T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI
ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ'NE 2007-2011 YILLARI ARASINDA BAŞVURAN MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN

EDİRNE – 2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen, öğütlerinden, duruşlarından, Halk Sağlığı nosyonlarından her zaman etkilendiğim başta tez danışmanım Prof. Dr. Galip EKUKLU olmak üzere; Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Faruk YORULMAZ ve değerli öğretim üyelerimiz, Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Doç. Dr. Burcu TOKUÇ, Yrd. Doç Dr. Ufuk BERBEROĞLU'na, tüm çalışma arkadaşlarıma katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Hayatı birlikte göğüslediğimiz, hayat arkadaşım, biricik oğlum Mustafa Baran'ın babası, eşim Dr. Mustafa Burak SAYHAN'a, samimi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme sonsuz teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 4

- **KANSER** 4
- **KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ** 4
- **MEME KANSERİ** 12
- **MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ** 14
- **MEME KANSERİ PATOGENEZİ** 16
- **MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ** 17
- **MEME KANSERİ BELİRTİ ve BULGULARI** 25
- **MEME KANSERİNDE HİSTOPATOLOJİK ve KLİNİK SINIFLAMA** 26
- **MEME KANSERİNDEN KORUNMA** 28
- **MEME KANSERİNDE TANI** 39
- **MEME KANSERİNDE TEDAVİ** 40

GEREÇ ve YÖNTEMLER 43

BULGULAR 50

TARTIŞMA 87

SONUÇLAR ve ÖNERİLER 102

ÖZET 108

SUMMARY 110

KAYNAKLAR 112

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AH : Aile Hekimi

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome

AJCC : Amerikan Joint Committee On Cancer

BRCA : Breast Cancer

CEA : Carcino Embrionik Antigen

DCIS : Ductal Carcinoma Insitu

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HASUDER : Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

HER 2 : Human Epidermal Growth Factor Receptör Tiype 2

IARC : International Agency For Cancer On Research

İİAB : İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KLMM : Klinik Meme Muayenesi

LCIS : Lobuler Carcinoma Insitu

MECC : The Middle East Cancer Consortium

MR : Manyetik Rezonans

NOS : Not Otherwise Specified

OKS : Oral Kontraseptif

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK **:** Sosyal Sigortalar Kurumu

TC **:** Türkiye Cumhuriyeti

TNSA **:** Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

TÜSAM **:** Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

TÜTF **:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

USG **:** Ultrasonografi

VKI **:** Vücut Kitle Indeksi

WHI **:** Women's Health Initiative

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tüberküloz, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ve sıtmadan yaşamını kaybedenlerin toplamından çok daha fazla kişinin ölümüne neden olan kanserin, toplum üzerindeki yıpratıcı etkisi giderek artmaktadır.

Kanser türleri içinde meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması ve günümüz koşullarında erken evrelerde tanınmasının olanaklı olması önemini daha da arttırmaktadır (1).

Günümüzde meme kanserinde birincil koru(n)ma önlemlerinin henüz olanaklı uygulamalar arasında yer almaması, tedavi şansını artırmaya yönelik olan ikincil koruma önlemlerinin önemini ön plana çıkarmaktadır. Meme kanserinde erken tanı mortaliteyi azaltmakta, memede koruyucu cerrahi yapılabilme olanağı sağlamaktadır. Meme kanserinde mortalite oranlarını düşürmede en etkili yaklaşım erken tanı/ tarama yöntemleridir. Erken tanı/ tarama yöntemleri ile kadınların memelerindeki normal olmayan değişimlerin erken dönemde belirlenmesi hedeflenir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KLMM) ve mammografi meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde yaygın olarak önerilen erken tanı/ tarama yöntemleridir (2-5).

Araştırmamızın amacı; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne (TÜSAM) başvuran meme kanseri tanılı hastaları inceleyerek, bu hastaların sosyodemografik, klinik özellikleri, risk faktörleri, erken tanı ve tarama yöntemlerini tanımlamaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314 000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ'ye bağlı International Agency on Cancer for Research'un (IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Tahminlere göre, on yılda meme kanserli yeni hasta sayısı 1.500.000, meme kanserinden kaybedilecek kadın sayısı 500.000 olacaktır. 1990-2002 yılları arasındaki on iki yıllık süre içerisinde, dünyada meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında % 25'lik artış görülmektedir. Meme kanserinin erken tanısı için, kadınların meme kanserinin farkında olması (eğitim), kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve tarama mammografisi gereklidir (2).

Sağlık bilimlerindeki ilerlemelere, erken tanı yöntemlerinin gelişmesine, toplumun bu konuda duyarlılığının artmasına karşın, meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Bu tehdidin azaltılmasında atılacak adımlardan bazıları; her toplumun kendi içinde meme kanseri risklerini ortaya koyması, risk gruplarını belirlemesi, ulusal tarama programları geliştirmesi ve bu programlarını yaygınlaştırmasıdır. Doğurganlık yaşı ve çocuk sayısı, beslenme alışkanlığı, sosyoekonomik düzey, yaşam tarzı ve çevresel etkenlerin önemi meme kanseri gelişiminde göz ardı edilmemelidir. Çünkü meme kanserinde tek bir etiyolojik etmenden söz etmek olası değildir (6,7).

Bu çalışmada; TÜSAM'ye 2007-2011 yılları arasında başvurmuş olan meme kanserli hastalar incelemeye alınmıştır. Araştırmada hastaların sosyodemografik, klinik özellikleri, risk etmenleri, kullanılan erken tanı, tarama, kesin tanı yöntemlerinin incelenmesiyle, meme kanserinin insan hayatı bakımından taşıdığı riskler göz önüne alındığında; öncelikle kadınların eğitiminin, kendi kendine meme muayenesi yapılmasının, klinik meme muayenesi yapılmasının, mammografi çektirilmesinin önemli olup olmadığının ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla TÜSAM'ye başvuran meme kanseri tanılı hastaların sosyo demografik, klinik, tümör özellikleri, risk faktörleri, hastalık ve muayene öykülerine göre erken tanı ve tarama yöntemleri kullanma ilişkisi araştırılmıştır.

Elde edilen sonuçlar aracılığıyla meme sağlığı ile ilgilenen sağlık profesyonellerine; kadınlara KKMM yapma konusunda bilgi, tutum ve davranış kazandırma, klinik meme muayenesi yapma ve mammografi çektirme oranlarının artırılmasında, meme sağlığı programlarının planlanmasında ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Meme kanserine erken dönemde tanı konulmasında büyük önem taşıyan bu yöntemlerin uygun bir biçimde kullanımının, meme kanserinin tedavi olanağını yükseltmekle birlikte, bu hastalığa bağlı ölümlerin azaltılmasında da etkili olacağı

gerçeği vurgulanmış olacaktır. Bu araştırma sonunda elde edilecek bulgular meme kanserine yakalanma bakımından yüksek risk grubunda olan kadınlara yönelik ilave tarama stratejilerinin geliştirilmesi için bilimsel dayanaklarla çözümlerin üretilmesine katkı sağlayabilecek, hem kadınlar hem de sağlık çalışanları için ileride planlanacak eğitimler açısından yol gösterici olabilecektir.

GENEL BİLGİLER

KANSER

Kanser, en kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz çoğalması demektir. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde yapısal farklılıklar olduğu gibi, işlevleri açısından da farklılıklar vardır. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler, bulundukları yerdeki doku ve organları ve hatta daha uzaktaki organları ve sistemleri işgal ederek görevlerini engellemektedir (8).

Gereksinim olduğunda vücut hücreleri belirli bir kontrol altında yeni hücre oluşturmak için büyür ve bölünür ya da yaşlanarak ölürler ve yerlerini yeni hücreler alır. Ancak bazen bu sıralı işleyişin düzeni bozulur. Hücreler ihtiyaç olmadığı halde çoğalmaya devam edebilirler ya da yaşlı hücreler ölmesi gerektiği halde ölmezler ve yeni hücreler oluşturmaya devam ederek tümör adını verdiğimiz doku topluluğunu oluştururlar. Tümör kelimesi hem iyi huylu kitlelerde (benign tümörler) hem de kötü huylu kitlelerde (malign tümörler) kullanılan bir terimdir. İyi huylu tümörler, genellikle çıkarıldığında yeniden üremeyen, tedavi edilebilen, çevre dokulara ve organlara yayılmayan ve yaşamı ciddi boyutta tehdit etmeyen tümörlerdir. Kötü huylu tümörler ise çevre doku ve organlara yayılan (metastaz), çıkarılmasına rağmen yeniden üreme riski bulunan ve yaşamı ciddi boyutta tehdit eden tümörlerdir (9).

KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser, son yıllarda sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu niteliğindedir (10). Kanserin modern zamanlara ait bir hastalık olduğu düşünülebilir, ancak bu görüşün aldatıcı olduğunun işaretleri vardır. Öncelikle kanser ve kalp hastalıkları ilerleyen yaşlarda rastlanan başlıca

hastalıklar ve ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. İnsanların kronik hastalıkların sık rastlandığı yetmişli, seksenli, hatta doksanlı yıllarını yaşama şansını yakalamaları ve dünya nüfusundaki artışla kanser geçmişe oranla daha sık görülmektedir. Klinik tanı koymadaki ilerlemelerin daha önceki dönemlerde farkına varılmayan daha çok kanser vakasının teşhis edilmesine yol açması da önemli gelişmelerden biridir. Epidemiyoloji, insanlarda görülen kanserlerin büyük bir kısmının engellenebilir olduğunun delillerini sunmaktadır (11).

Dünyada Kanser

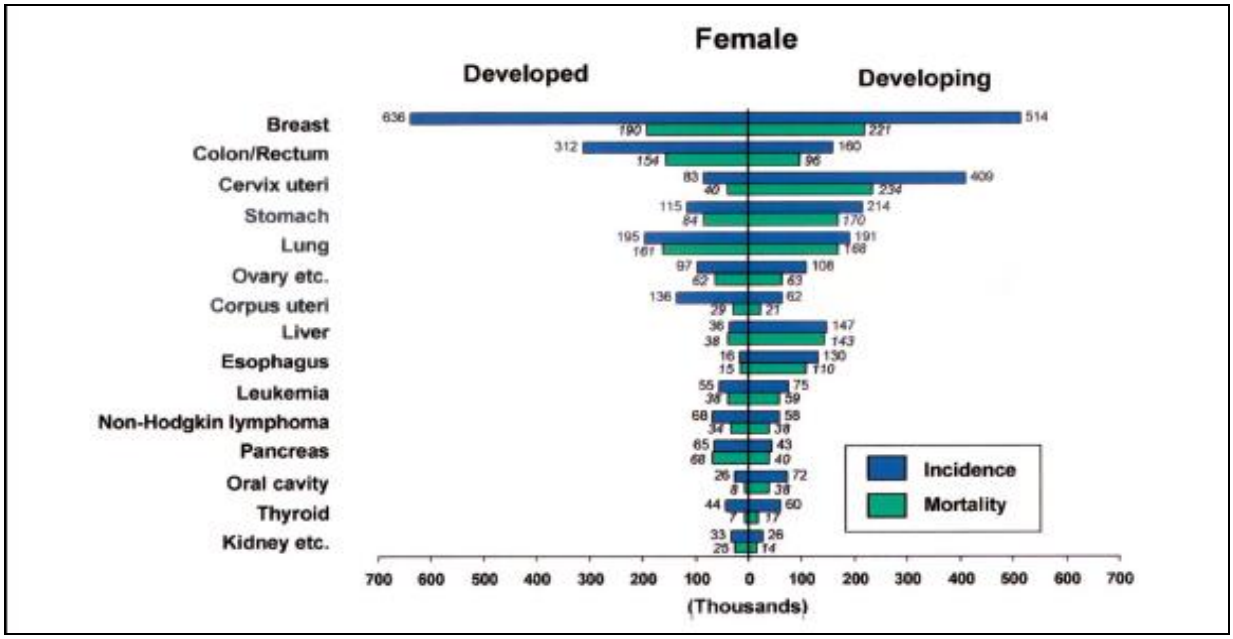
Dünya genelinde farklı toplumlar farklı kanser türleriyle farklı oranlarda karşılaşırlar ve bu oranlar zamanla değişim gösterir. Yaygın biçimde insanlarda görülen kanserlerin % 80'e varan bir oranının, hatta belki % 90'ının, beslenme, sosyal ve kültürel alışkanlıklar da dâhil olmak üzere yaşam tarzı boyutlarını da içerecek biçimde tanımlandığı çevresel etkenlerden kaynaklandığına inanılmaktadır. Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kattan fazla artmıştır. 2008'de 12 milyon yeni kanser vakasının teşhis edildiği, kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün gerçekleştiği ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir. Dünya nüfusunun devam eden artışı ve yaşlanması kanser yükü üzerinde de büyük değişikliklere yol açacaktır. 2030'a gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yılda 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşacağı kestirilmektedir. Her iki cinsiyet için tahmini ve öngörülen tüm kanser vaka ve ölüm sayıları Tablo 1'de verilmiştir (11).

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü bölgesi veya gelişmişlik düzeyine göre her iki cinsiyet için tahmini ve öngörülen tüm kanser vaka ve ölüm sayıları (milyon cinsinden) (11)

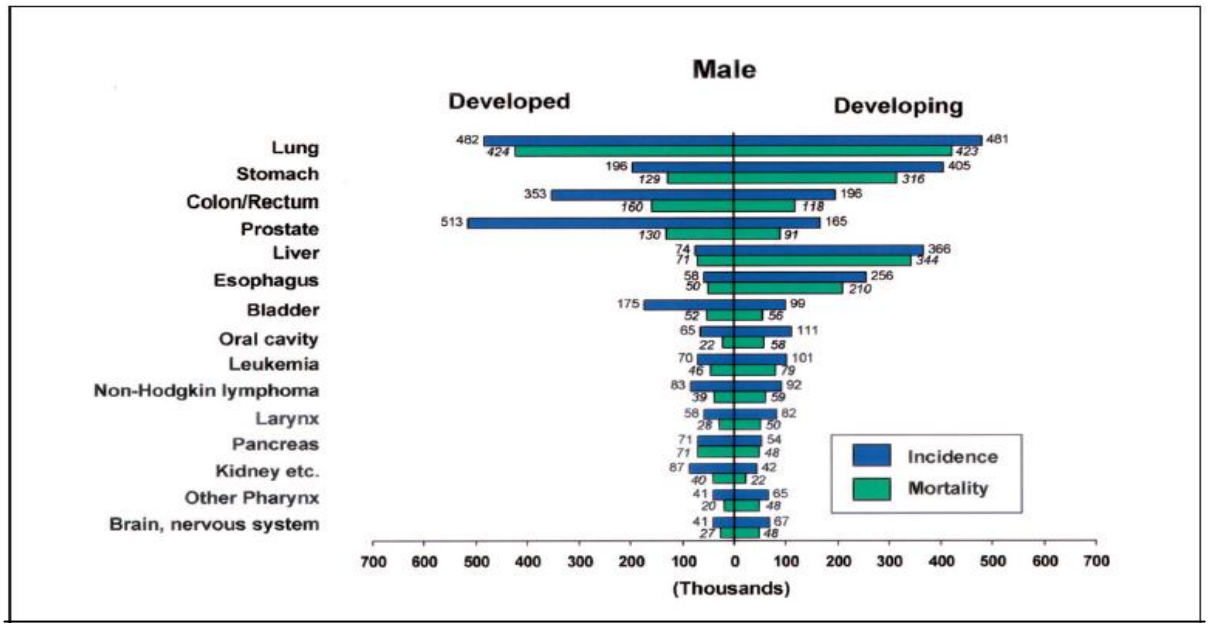
Bölge	**2008**		**2030***		**2030****	
	Vakalar	Ölümler	Vakalar	Ölümler	Vakalar	Ölümler
Dünya	12,4	7,6	20,0	12,9	26,4	17,0
Afrika	0,7	0,5	1,2	0,9	1,6	1,3
Avrupa	3,4	1,8	4,1	2,6	5,5	3,4
Doğu Akdeniz	0,5	0,3	0,9	0,6	1,2	0,9
Pan Amerika	2,6	1,3	4,8	2,3	6,4	3,1
Güney Doğu Asya	1,6	1,1	2,8	1,9	3,7	2,6
Batı Pasifik	3,7	2,6	6,1	4,4	8,1	5,9

*: Şu andaki oranlarda bir değişme olmazsa; **: Yıllık % 1'lik oran artışı olursa.

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelere bakıldığında, bu ülkelerdeki kanser insidans hızlarının ve profillerinin farklı olduğu görülür. Gelişmiş ülkelerde, erkeklerde akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sık görülürken, az gelişmiş ülkelerde ise erkeklerde akciğer, mide ve karaciğer kanseri, kadınlarda da meme ve serviks kanseri daha sık görülmektedir (Şekil 1,2) (12, 13).



Şekil 1. Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda kanser türlerine göre insidans ve mortalite hızları (binde) 2002 (13)



Şekil 2. Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erkeklerde kanser türlerine göre insidans ve mortalite hızları (binde) 2002 (13)

Ülkelere göre gözlenen kanser türleri ve insidans hızları Tablo 2 ve 3'te sunulmuştur.

Tablo 2. Erkekler için ülkelere göre gözlenen kanser türleri ve insidans hızları (yüz binde) (14)

Ülkeler	Özofagus	Mide	Kolorektal	KC	Larinx	AC	Prostat
Türkiye (2006)	4,7	16,3	15,4	3,4	9,4	60,3	22,8
İran (2004-2006)	19,5	51,8	9,6	3,7	1,8	10,8	5,7
Bulgaristan (1998-2002)	2,2	17,2	29,9	5,9	9,0	49,6	17,1
Mısır (1999-2002)	1,7	3,3	6,3	21,9	4,2	14,0	8,5
Almanya (1998-2002)	6,8	13,6	50,5	6,9	5,9	59,6	65,3
İsrail (Yahudiler, 1998-2002)	2,1	12,0	42,5	3,1	4,6	30,5	49,2
İsrail (Yahudi olmayanlar,1998-2002)	1,1	6,7	18,9	2,6	6,1	40,4	20,0
İtalya (1998-2002)	0,9	10,8	30,6	14,5	4,7	45,1	28,1
Malta (1998-2002)	2,8	10,9	27,0	2,5	5,2	38,8	35,1
İspanya (1998-2002)	3,6	10,9	29,3	7,8	11,2	43,0	29,0
ABD (1998-2002)	5,1	7,2	37,7	6,2	4,9	52,8	113,7

KC: Karaciğer; **AC:** Akciğer.

Tablo 3. Kadınlar için ülkelere göre gözlenen kanser türleri ve insidans hızları (yüz binde) (14)

Ülkeler	Özofagus	Mide	Kolo rektal	Over	AC	Meme	Serviks	Uterus	Tiroid
Türkiye (2006)	3,1	8,8	11,5	5,4	7,7	33,7	4,2	7,2	8,8
İran (2004-2006)	19,7	24,9	7,4	3,9	4,8	12,0	1,4	1,3	3,3
Bulgaristan (1998-2002)	0,5	8,3	19,3	11,3	7,0	42,9	18	15,3	2,8
Mısır (1999-2002)	0,9	2	4,3	5,1	3,6	42,5	2,1	2,6	2,6
Almanya (1998-2002)	1,5	6,9	31,7	10,1	17,3	76,6	9,8	13,3	5,3
İsrail (Yahudiler, 1998-2002)	0,9	6,3	34,2	9,9	12,4	96,8	5,8	13,2	12
İsrail (Yahudi olmayanlar,1998-2002)	0,4	3,5	15,6	3,7	5,1	38,5	2,4	9	7
İtalya (1998-2002)	0,2	5,1	22,3	9,5	5,4	61,6	5,7	12,3	10
Malta (1998-2002)	0,6	4,6	22,3	10,8	6,1	67,7	3,9	16,5	9,4
İspanya (1998-2002)	0,4	5,6	19,3	8,3	3,3	55,9	6	13,6	7,4
ABD (1998-2002)	1,3	3,4	27,2	10	34,3	90,9	7,4	16,8	9,1

AC: Akciğer.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu küresel yük artmaya devam etmekte olup bunu kontrol altına alma zorluğu, 21. yüzyılda kalkınmanın önündeki en büyük problemlerden birini oluşturmaktadır. Başlıcaları kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları olan bulaşıcı olmayan hastalıklar, 2005 yılında tahminen 35 milyon ölüme neden olmuştur. Bu sayı, küresel ölçekte tüm ölümlerin % 60'ını oluşturmaktadır ve bunun % 80'ini düşük ve orta gelirli ülkelerde görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler oluşturmaktadır. Bu ölümlerden 16 milyonu 70 yaş altı gruptaki insanlarda gözlenmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların, neden olacağı toplam ölüm

sayısının gelecek 10 yılda % 17 oranında artacağı tahmin edilmektedir. Bu hastalıkların hızla artan yükü, ülkeler arasındaki ve içindeki sağlık eşitsizliklerinin genişlemesine katkıda bulunarak orantısız bir biçimde fakir ve dezavantajlı nüfusları etkilemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar çoğunlukla önlenebilir olduğundan beklenenden erken gerçekleşen ölüm sayıları büyük ölçüde azaltılabilir. Bunun için DSÖ'nün 2008-2013 yıllarını kapsayan Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Programı'nda 6 amaç barındıran eylem planı açıklanmıştır. Bu amaçlar şunlardır;

1. Küresel ve ulusal düzeylerdeki kalkınma çalışmaları içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklara verilen önceliği yükseltmek ve bu tür hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü tüm hükümet birimlerinin politikalarına entegre etmek.

2. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için araştırma yapılmasını özendirmek.

3. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal politikalar ve planlar oluşturmak ve güçlendirmek.

4. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için değiştirilebilir ana risk faktörleri olan tütün kullanımını, sağlıksız beslenmeyi, fiziksel inaktiviteyi ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleleri özendirmek.

5. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ortaklıkları özendirmek.

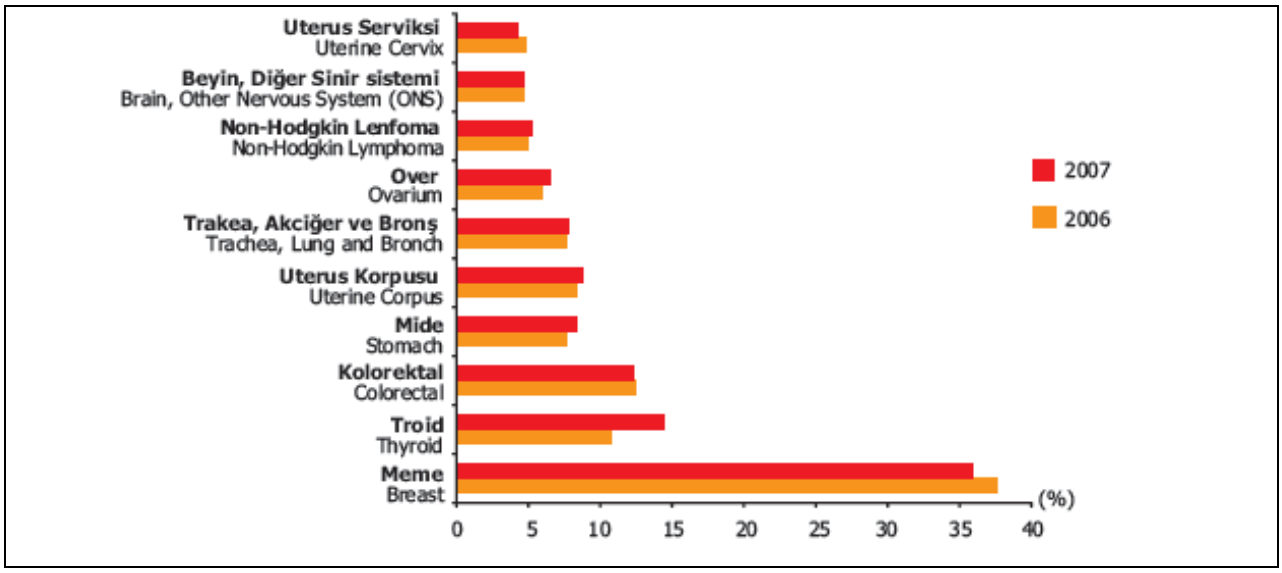
6. Bulaşıcı olmayan hastalıkların ve belirleyicilerini izlemek ve ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde sağlanan ilerlemeyi değerlendirmek (15).

Dünyadaki ölüm nedenlerine bakıldığında kardiyovasküler sistem hastalıkları % 30'luk oranla (17.5 milyon ölüm) en başta gelirken, % 13'lük oranla (7.6 milyon ölüm) kanser ilk üç içinde yer almaktadır. Kanserden ölüm oranı sürekli artmaya devam etmekte, 2015 yılında 9 milyon, 2030 yılında ise 11.4 milyon insanın kanserden öleceği tahmin edilmektedir (9).

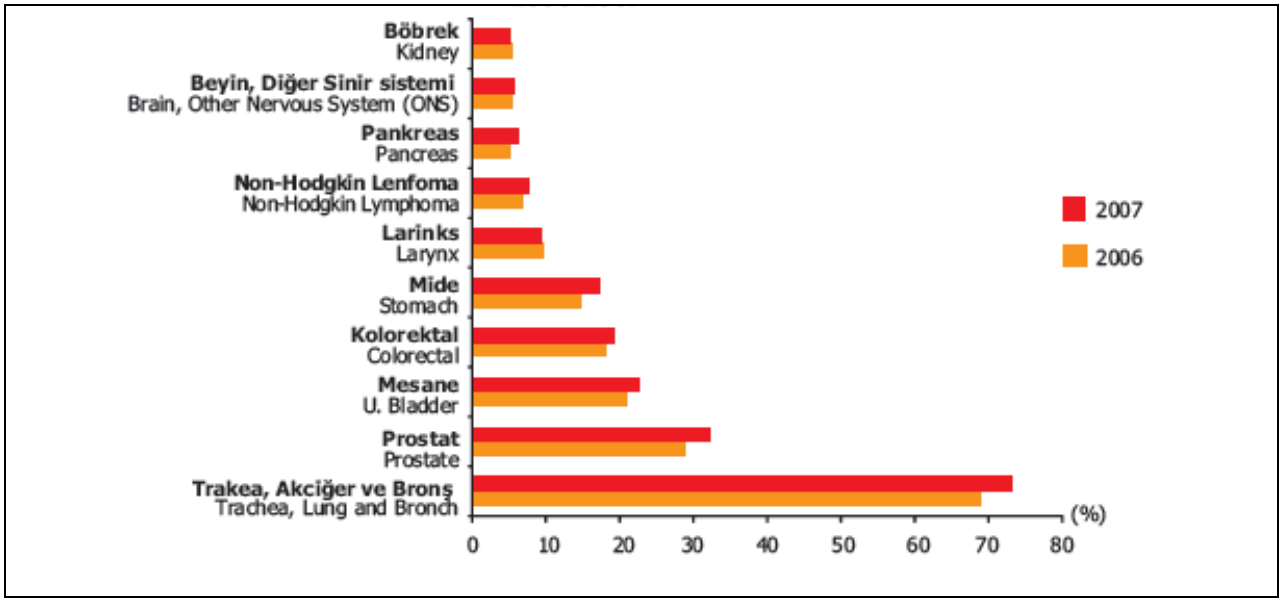
Türkiye'de Kanser

Türkiye'de ise erkek nüfusta akciğer, mesane ve mide kanserleri, kadın nüfusta da meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sıklıkla izlenmektedir (11).

Türkiye İstatistik Yıllığı 2011 verilerine göre, cinsiyete göre toplam kanser insidansı 2007 yılında; yüz bin nüfusta kadınlarda 165.1 iken, erkeklerde 279,0 dır. En sık görülen 10 kanser türünün insidansı incelendiğinde; erkeklerde trakea, akciğer ve bronş kanseri görülürken, kadınlarda ise meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (Şekil 3, 4).



Şekil 3. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen 10 kanser türünün insidansı (onbinde) 2011 (16)



Şekil 4. Türkiye'de erkeklerde en sık görülen 10 kanser türünün insidansı (onbinde) 2011 (16)

Türkiye'de ölüm nedenleri de dünyadaki ölüm nedenleri ile paralellik göstermektedir. DSÖ' nün sitesinde yayınlanan "Kanser" hakkındaki rapora göre 2005 yılında Türkiye'de görülen ölüm nedenleri arasında ilk sırada kardiyovasküler sistem hastalıkları % 55.9 oranı ile yer alırken, % 11.7 oranında görülen kanserin ilk 3 ölüm nedeni arasına girdiği görülmektedir (9).

Türkiye'de kanser ile mücadele: Ülkemizde kanser kayıt çalışmalarının geçmişi çok eskilere dayanmamaktadır. Türkiye'de kanserle savaş faaliyetleri 1947'de Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu'nun kurulması ile başlamıştır. Ahmet Andiçen Onkoloji Hastanesi Ankara'da 1955'te faaliyete girmiş ve Sağlık Bakanlığı'nda Kanserle Savaş Dairesi haline gelecek olan Birincil Sağlık Hizmetlerinde Kanserle Savaş Dairesi 1962'de kurulmuştur. Bu daire kanserle savaşla ilintili önleyici hizmetlerin ve tedavi hizmetlerinin düzenlenmesinden ve kanser tedavisi kaynaklarının uygulanması, yürütülmesi ve denetlenmesinden sorumludur. 1970'te 1-7 Nisan haftası Ulusal Kanser Haftası olarak belirlenmiş olup bugün de bu uygulamaya devam edilmektedir (11).

Ülkemizdeki kanser kontrol çalışmalarının 1940'lı yıllarda kurumsallaşmaya başlamasına karşın kanser kayıt çalışmaları 1982 yılında 14.09.1982 tarih ve 5621 sayılı Bakanlık Genelgesi gereğince 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası'nın 57.maddesinde belirtilen bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınması ile başlamıştır demek yanlış olmayacaktır. Ülkemizde kanserin bidirimi zorunlu olması ile kayıt çalışmalarının yürütülebilmesi amacı ile 1983 yılında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı" kurulmuştur. Kanser kontrolünden sorumlu olan Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın temel görevlerinden birisi de kanser kayıtlarını kaliteli, güvenilir ve doğru bir şekilde toplamaktadır. Türkiye'de her yıl 150 000 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de kanser tedavisi devlet hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde yapılmaktadır (10,11,17) .

Kanserle savaşın basitçe tedavi hizmetleri olarak yorumlanması dünya genelinde bir sorundur. Kanserin önlenebilir ve kontrol edilebilir bir hastalık olduğu bilinci, ancak çok yakın bir zamanda yerleşmeye başlamıştır (10,11,17).

Kanser kayıtçılığı: Kanser kayıt merkezlerinin kurulmasına yönelik ilk proje 1992'de başlatılmıştır. Bugün ulusal politika olarak kabul edilen kanserle savaş planının birinci önceliği kanser insidansı ile ilgili güvenilir ve doğru verilerin toplanmasıdır. Kanser kayıtçılığı, "Kanser kontrolü" çalışmalarının başlangıç noktasıdır. Bir kez veri tabanı kurulduğunda nedensel etkenleri araştırmak, kanserleri önlemek için uygun girişimlerde bulunmak mümkündür. 2006 yılında Ankara, Antalya, Samsun, Erzurum, Trabzon, İzmir, Edirne ve Eskişehir'de kanser kayıt merkezlerinin oluşturulması ve geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Ayrıca her ilde bir Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) kurulmasına yönelik adımlar atılmaktadır. KETEM projesi Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından ortaklaşa 1996'da başlatılmış ve 2004'te

uygulamaya konmuştur. Dahası, kolo-rektal serviks ve meme kanserleri için Avrupa Birliği (AB) kalite kontrol kriterlerine uygun olarak tasarlanmış nüfus tabanlı tarama programları yurt genelinde hızla ilerlemektedir. Sayıları yıldan yıla artan ve 250.000 nüfusa bir tane bulunması planlanan bu merkezlerde, halk eğitimlerinin ve klinik muayenelerin yanı sıra, ağırlıkla fırsatçı taramalar yürütülmektedir (10,11,17).

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri 2010 yılı itibariyle tüm Türkiye'de 122 adete ulaşmıştır. Bugün ülkemizde veri toplayan 14 Aktif Kanser Kayıt Merkezimiz bulunmaktadır. Bu iller Ankara, İzmir, Antalya, Samsun, Eskişehir, Erzurum, Edirne, Trabzon, Bursa, Kocaeli, Malatya, İstanbul, Mersin ve Gaziantep illeridir (16).

Aktif Kanser Kayıt Sistemi: Kanser kayıt elemanları tarafından tek tek hasta dosyaları ve elektronik veri tabanları araştırılarak bilgiler, kanser kayıt formlarına aktarılır. Bu formların il Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezleri'nde Canreg-4 bilgisayar programına girilmesinin ardından tekrar kayıt kontrolü ve diğer kalite kontrol çalışmaları yapıldıktan sonra veriler Bakanlığa elektronik ortamda gönderilir.

Ülkemizde halen aktif ve pasif sürveyans ile veri toplanmaktadır.

1. Pasif Sürveyans; Hekimler ya da diğer sağlık personeli tarafından doldurulan kanser kayıt formu İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilir ve bilgisayar programına girilir. İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezi, bilgisayar ortamına girilen bu verileri üçer aylık dönemlerle Kanser Daire Başkanlığı'na elektronik ortamda göndermektedirler.
2. Aktif Sürveyans; Kanser kayıt elemanları tarafından hasta dosyaları araştırılarak elde edilen bilgilerin Uluslar arası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) ve Orta Doğu Kanser Konsersiyumu (MECC) standartları kullanılarak kanser kayıt formlarına aktarılmasıdır (11).

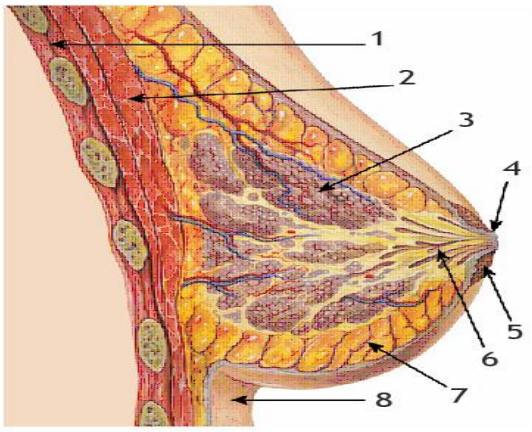
MEME KANSERİ

Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş, farklılaşmış lobüller (süt bezleri) ve duktuslardan (kanallar) oluşan tubulo-alveolar bir ter bezidir. Meme yukarıda 2-3. kaburgalar seviyesinden, aşağıda 6-7. kaburgalar seviyesindeki meme altı kıvrımına kadar uzanır (18). Meme dokusunda bulunan bu lobülleri ve duktusları döşeyen hücrelerin kontrol dışı çoğalmaları ve vücudun çeşitli yerlerine yayılarak çoğalmaya devam etmelerine meme kanseri denir (19).

Memenin Anatomik Yapısı

Kadın memesinde her biri meme başından başlayan, giderek daha ince dallara ayrılan ve terminal duktus lobul birimlerini oluşturarak sonlanan 6–10 adet kanallar sistemi bulunur.

Terminal duktus lobul birimleri, tek bir duktusa açılan üzüm salkımı gibi keseciklerden oluşur. Bu kesecikler arasında hormona duyarlı stroma vardır. Her bir kesecik, bazal membran üzerinde miyoepitelyal hücreler ve bunlar üzerinde lümene bakan epitel hücrelerinden oluşur (Şekil 5) (20).



1-Göğüs duvarı,
2-Pektoral adale,
3-Süt bezi lopları,
4-Meme başı,
5-Areola,
6-Süt kanalları,
7-Yağ dokusu,
8-Cilt.

Şekil 5. Memenin anatomik yapısı (21)

Meme Kanserinde Tarihçe

Meme, muayene ederken göz ve elle ulaşılması en kolay organlardan biri olduğu için bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri insanların ve hekimlerin dikkatini çekmiş dolayısıyla da önemli araştırmaların yapılmasını sağlamıştır. Meme hastalıkları ile ilgili ilk yazılı belgelere eski Mısır'da rastlanmıştır. Halsted'in 19.yy.'ın sonlarında; meme kanserinin lokal bir hastalık olduğunu ve o bölgenin ve bölgesel lenf ganglionlarının alınmasının tedavi için yeterli olduğunu söylemesi ile başlayan meme cerrahisi ameliyatları, tüm dünyada uzun yıllar kullanılmış, ancak meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğunun ispatlanması ile tedavi şekli değişiklik göstermiştir. Halsted kendi adı ile tanımlanan teorisine dayanarak Halsted mastektomisi olarak da bilinen radikal mastektomiyi tariflemiştir. Daha sonra, bir yandan çıkarılan kısımlar genişletilirken (geniş radikal mastektomi) diğer yandan modifiye radikal mastektomi, basit mastektomi gibi sınırlı meme amputasyonları yapılmaya başlanmıştır (22,23).

İlk uygulamaları 1940'lı yıllarda başlayan ve ameliyattan sonra memenin ışınlanmasını gerektiren meme koruyucu ameliyatlar, o zamanki ışınlama tekniğinin komplikasyonları sonucu yaygın kullanım alanı bulamamıştır. Günümüzde Kobalt 60 ve lineer akseleratör gibi mega voltaj ünitelerinin kullanım alanına girmesi ile meme koruyucu ameliyatlar her yerde yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır (22,24). Meme hastalıkları ile

ilgili çalışmalar günümüzde de sürmekte; şifa veya uzun hastalıksız sağ kalım amaçlarından ödün vermeden, erken tanı ve tarama metodları geliştirilmeye, ulusal programlar uygulamaya konulmaya çalışılmaktadır (22).

MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Tarama programlarının artmasına, operasyon tekniklerinin gelişmesine ve adjuvan tedavilere rağmen meme kanseri, kadınlarda mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (25).

Meme kanseri batı dünyasında kadınlarda en sık görülen neoplastik hastalık olup, genel kadın nüfusuna bakıldığında bu hastalığa hayat boyu yakalanma riski % 11-12' dir (25). Meme kanseri kadınlarda en sık ikinci ölüm nedenidir. Her sekiz kadından birinin yaşamı sırasında meme kanseri tanısı alacağı ve otuz kadından birinin meme kanseri nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Bu yüksek risk nedeniyle, meme kanseri bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır (12).

Hastalık ırksal bir dağılım gösterir. Amerika, Avrupa ve Türkiye'de çok sık görülürken, Japonya'da nadirdir (25,26).

Küresel çapta meme kanseri kadınlarda en yaygın kanserdir ve her yıl 1,1 milyondan fazla kadında rastlanarak kadınlarda yeni teşhis edilen tüm kanserlerin % 23'ünü oluşturmaktadır (10,13). Meme kanseri kaynaklı olarak her yıl 411.000 ölüm meydana gelmekte ve bu tüm nedenlerden kaynaklanan kadın ölümlerinin % 1,6'sını oluşturmaktadır (10,27). Önümüzdeki yıllar için projeksiyonlar, yeni meme kanser vakalarının yıllık küresel yükünün 1,5 milyona ulaşacağını ve bunların artmakta olan bir çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde görüleceğini göstermektedir. Son beş yıl içinde meme kanseri tanısı konmuş yaklaşık
4,4 milyon kadın halen hayattadır ve bu rakam da meme kanserini dünya genelinde en yaygın rastlanan kanser yapmaktadır (10,13).

Meme kanserinin büyük ölçüde zengin ülkelerin bir sorunu olduğu yönündeki yaygın yanlış kanıya rağmen her yıl meme kanserinden ölümlerin çoğunluğu gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelecekte gelişmekte olan ülkelerde meme kanseri yükünün artış göstereceğinin muhtemel nedenleri; artan ortalama yaşam beklentisi ve artan meme kanseri riskiyle ilişkilendirilen değişen doğurganlık ve davranış şekilleri biçiminde sayılmaktadır (10).

Bu istatistikler muhtemelen, meme kanseri oranlarındaki artışı gerçek oranın altında tahmin etmektedir. Bunun da nedeni, gelişmekte olan ülkelerden alınabilen kısıtlı verilerdir.

Ancak şu açıkça ortadadır ki; meme kanseri görülmesindeki artışın en önemli nedenleri; azalan doğurganlık, ilerleyen doğum yaşı, azalan fiziksel egzersiz ve daha erken yaşta adet görme ile ilişkilendirilen beslenme alışkanlıkları gibi risk faktörlerindeki değişimlerdir (10).

Dünyada Meme Kanseri

Meme kanseri tüm ekonomik düzeylerdeki ülkeleri etkileyen uluslararası bir problem, kadınlarda en yaygın kanserdir. Dünya genelinde bir kadının kanserden ölüm nedenleri arasında en üst sırada yer almaktadır. Son beş yıl içinde meme kanseri tanısı konmuş yaklaşık olarak 4,4 milyon kadın halen hayattadır ve bu rakam da meme kanserini dünya genelinde en yaygın rastlanan kanser yapmaktadır. Meme kanseri yönetiminde kaydedilen önemli bilimsel gelişmelere rağmen dünya uluslarının çoğu hastalığı erken tespit, teşhis ve tedavi yeteneklerini artıracak kaynaklardan yoksundur. Düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkelerde kanserden hayatta kalma oranlarındaki kötüye gidiş, büyük ölçüde geç aşamada müdahale edilmesinden kaynaklanmakta ve bu durum da kısıtlı teşhis ve tedavi olanakları ile bir araya geldiğinde idealden uzak sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkeler, enfeksiyon hastalıklarının en önemli halk sağlığı sorunu olmasından ötürü, henüz kanseri öncelikli bir sağlık sorunu olarak tanımlamamışsa da kanser tedavisi, gelecek on yıllarda bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasındaki gelişmeler ve ortalama yaşam beklentisindeki artış sonucunda, önemli bir sağlık sorunu olarak gündemde yer alacaktır. Ülkeler için, özellikle mevcut sağlık sistemi kaynaklarını göz önünde bulunduran, klinik uygulama kılavuzları oluşturulması gerekmektedir. Geç teşhis sorununa ek olarak, meme kanserinin ölüm oranları gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemi altyapısının önemli bileşenlerinin ve meme kanserinin erken tespit, teşhis ve tedavisi için gerekli kaynakların eksikliği nedeniyle yüksek seyretmektedir. 2002 yılı verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm oranı % 0,30 olarak hesaplanmakta iken, gelişmekte olan ülkeler için bu oranın % 0,43 olduğu belirtilmektedir (10).

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında meme kanseri insidansındaki farklılıklar nispeten yaşlı kadınlarda (menopoz sonrası) büyük fark göstermektedir ancak meme kanserinden ölüm oranları 50 yaş altındaki kadınlarda tüm gruplarda oldukça yakın rakamlardır (10).

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 (28).

Türkiye'de Meme Kanseri

Ülkemizde meme kanseri kayıt programı ve kanser kayıtçılığı ile ilgili çalışmalar henüz çok yeni olduğu için, kesin sıklığının belirlenmesi güçtür. Ancak mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde yüzbinde 20, batı bölgelerimizde ise yüzbinde 40-50 dolayında bir sıklığın olduğu tahmin edilmektedir. Bu sıklık farkı muhtemelen, Türkiye'nin batısındaki yaşamın Avrupa'dakine benzerliğinden ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığından kaynaklanmaktadır (29,30). Örneğin meme kanseri sıklığı İzmir'de yüz binde 45,6, Eskişehir'de 35,3, Erzurum'da 30,7, Bursa'da 30,5, Edirne'de 21,4, Antalya'da 34,7, Trabzon'da 34,6 ve Samsun'da 31,1'dir (14). Edirne'de yapılan ölümlerin yaş grupları ve ölüm nedenlerine göre dağılımlarını inceleyen bir çalışmada 2004 yılında 5 (% 0,67), 2008 yılında ise 6 (% 0,71) meme kanseri nedenli ölüm tespit edildiği bildirilmiştir (31).

MEME KANSERİ PATOGENEZİ

Birçok çalışma yapılmasına rağmen, meme kanserinin kesin patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Çevresel, üremeyle ilgili, hormonal ve genetik özellikler, meme kanseriyle ilgili risk faktörlerini oluşturur (32).

Meme kanseri, en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitel hücrelerinin malign transformasyonu sonucu oluşan bir adenokanserdir (25,33-35). Genel olarak hücresel malign transformasyon; genetik ve epigenetik değişikliklerin genel hücre kontrol mekanizmasını bozarak, kontrol dışı hücre çoğalmasına yol açmasıyla oluşur. Burada karsinogenez, 3 genle ilişkilidir; proto-onkogenler, tümör supresör genler, Deoxyribonucleic acid (DNA) tamiriyle ilgili genler. Bu genlerin aktivasyonu, inaktivasyonu veya fonksiyonlarının kaybı genetik bir predispozisyonun sonucu olabileceği gibi, fiziksel (örneğin; radyasyon), kimyasal (örneğin; karsinojenler, diyet içeriği), biyolojik (örneğin; virüsler) ve diğer çevresel etmenler sonucu da olabilir. Maalesef bu karışık karsinogenetik olaylara neden olan spesifik biyokimyasal ve moleküler mekanizmalar, halen tam olarak açıklanamamaktadır. Meme kanseri için de aynı durum halen geçerlidir (25).

Histoloji bilimindeki gelişmelerle, meme kanseri oluşumunun çoklu basamaklarla gerçekleştiği ve tanımlanmış farklı basamakları sırasıyla izlediği gösterilmiştir (25,36).

Çoğu meme kanseri, şart olmamakla beraber, premalign evrelerden gelişir. Meme kanseri gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm süreci yıllarca sürer. Başlarda duktus içinde sınırlı olan kanser hücreleri ki; buna duktal karsinoma in situ (DCIS) denir, sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu aşamada

tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olurlar (25).

Eğer kanser süt bezlerinden kaynaklanıyorsa lobüler karsinoma in situ (LCIS) adını alır. Ancak günümüzde lobüler karsinoma in situ kanser olarak kabul edilmemektedir. Çünkü ileri safhalarda süt bezi dışına çıkarak invaziv lobüler karsinomaya dönüşmemektedir (33).

Karsinogenez mekanizmasında genetik predispozisyon mutlaka etkilidir, fakat kanserli doku oluşumunda genetik etkilerin nasıl işlev gördüğü konusunda bilgimiz sınırlıdır. Endojen estrojen fazlalığının anlamlı bir rol oynadığı düşünülmektedir. Estrojenlerin nasıl rol oynadığı konusunda bazı kanıtlar vardır. Normal meme epitelinde estrojen ve progesteron reseptörlerinin bulunduğu bilinmektedir. Estrojen reseptör-hormon kompleksi nukleusa taşınabilir ve burada hormonlar, hücre bölünmesini sağlayan genleri harekete geçirirler. Bazı kanserlerde steroid reseptörleri saptanmıştır. Bu da dengesiz estrojenik uyarıların karsinojenik süreçte promotor rolü oynayabileceği şeklinde akla yakın bir mekanizmayı düşündürmektedir. % 40-50 oranında üst dış kadrandan başlayan meme kanseri, yavaş büyümekte ve hastanın % 70'inde 2-9 ayda hacmini ikiye katlamaktadır. En hızlı büyüyen tümörün dahi, klinik olarak palpe edilebilir hale gelebilmesi için 5-8 yıl geçmesi gerekmektedir. Ancak bazı tümörler daha çok küçükken metastaz yapma potansiyeline sahipken, bazı tümörler 3-4 cm çapa ulaştıkları halde aksiller lenf nodu metastazı yapmamaktadırlar. Ölümlerin büyük çoğunluğu organ metastazlarından olmaktadır. En sık kemik, akciğer, karaciğer metastazları görülmektedir. Bunun yanı sıra deri ve beyin metastazları, perikardiyal effüzyon, plevral effüzyon, lenfödem, spinal kord basısı ve hiperkalsemi meme kanserinin başlıca komplikasyonlarıdır (33-35).

MEME KANSERİNDE RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanserinin oluşum nedeni henüz bilinmemekle birlikte, genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmekte ve pek çok faktörün meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Diğer taraftan, meme sağlığı programlarının oluşturulmasında meme kanseri risk faktörleri değerlendirilmeli ve planlamalar bu doğrultuda yapılmalıdır (18).

Meme kanseri riskini arttırdığı düşünülen bir takım etkenler vardır. Bunlardan en fazla bilinenleri şu şekilde sıralanmaktadır:

Cinsiyet

Yalnızca kadın olmak bile meme kanseri gelişimi açısından önemli bir risktir. Her 100 meme kanserinden biri erkeklerde görülmektedir (18).

Tüm meme kanserli hastaların % 99'u kadın, % 1'i ise erkektir. Önceleri bunun kromozomal nedenlerle olduğu düşünülse de şimdilerde neredeyse kesin olarak hormonal nedenlerle ilişki kurulmaktadır. Erkeklerde de artmış vücut östrojeni (Klinefelter sendromu, siroz gibi) meme kanseri riskini artırmaktadır. Erkek meme kanserlerinin % 10'undan ise genetik faktörler sorumludur. Bilinen en önemli genetik faktör ise BRCA-2 geni mutasyonlarıdır. Jinekomasti meme kanseri nedeni değildir (25).

Yaş

Çoğu kanser türünün yaşlılarda görülme sıklığının arttığı bilinmektedir ve son zamanlarda yaşlılıkta tanı alan hasta sayısı da artmaktadır. Genel olarak yaşla kanser sıklığının artması mevcut çevresel, kimyasal ve hormonal etkilere maruziyetin artması ile ilişkilendirilmektedir (25,33).

Meme kanserine neden olabilecek risk faktörlerinin sıkça çalışılmış olmasına rağmen, hastaların yarısında ileri yaş dışında herhangi bir risk faktörünün saptanamadığı da bilinmektedir (25). Meme kanseri teşhisi konulan kadınların % 70'i, 50 yaş üzerindedir. Yaşı 50'nin üzerinde olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, yaşı 50'nin altında olan kadınlardan çok daha fazladır (33,34). Meme kanseri 75-79 yaŞları arasında pik yapmakta iken, 80 yaşlarında bu artış durmaktadır. Bir çalışmada 1996-2000 yılları arasında tanı alan kadınlar incelendiğinde % 44,2'sinin tanı anında 65 yaş ve üzerinde olduğu, % 22,5'inin 75 yaş ve üzerinde olduğu gösterilmiştir (25). Bununla beraber mammografi gibi tarama yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşması nedeniyle artık erken yaş gruplarında hastalığın daha çok görüldüğünü belirten çalışmalar da mevcuttur (25,37,38).

Daha Önce Malign ya da Benign Meme Hastalığı Bulunması

Meme kanseri oluşan bir kadında hayatı boyunca ikinci bir meme kanseri olma riski % 25–30 oranındadır (18). Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memede kanser gelişme olasılığı, diğer kadınlara göre 3-4 kat daha fazladır (33,34). Memede atipik hiperplazi, meme kanseri riskini 4–5 kez artırır (18). Atipisiz hiperplastik lezyon gösteren eski meme biyopsisi olan bir kadının meme kanseri geliştirme riski, normal popülasyona göre 1,5-2 kat fazladır. Atipik duktal veya lobüler hiperplazi varsa risk 4-5 kat artmaktadır. Lobüler karsinoma insitu lezyonu olanlarda bu risk, 8-10 kat, duktal karsinoma

insitu lezyonu olanlarda ise 4-10 kat artmıştır. Bu lezyon non infiltratif olmasına rağmen invaziv hastalığın öncülü olarak kabul edilir ve tedavisi buna göre yapılır (25,39).

Genetik Yatkınlık ve Aile Hikayesi

Aile hikâyesi ile kişisel meme kanseri riski arasında ilişki gösterilmiştir. Ailede meme kanseri öyküsü olması nispi olarak meme kanseri riskini arttırır (25). Anne ve kız kardeşte menapoz öncesi, bilateral meme kanseri görülmesi riski çok fazla arttırmaktadır. Menapoz sonrası ve tek taraflı olması, hala, büyük anne, teyze gibi 2. derece akrabalarda görülmesi riski artırmakla beraber diğer gruba göre daha az risk artışına neden olmaktadır (33,34).

Otuz altı çalışmalık bir meta analizde birinci derece akrabasında (anne, kız kardeşler ve kızları) meme kanseri olan bir kadında riskin 3 kat arttığı gösterilmiştir. Meme kanserli kadınların % 15'inden daha azında aile hikâyesi vardır. Bunların ortalama % 5-10'unda ise aile hikayesi olmakla birlikte kanıtlanmış genetik yatkınlık yoktur. Bu kanserlerin genetik ve çevresel etkilerin kombinasyonuyla ya da henüz tanımlanmamış gen mutasyonlarına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (25,40).

Meme kanserli kadınların yaklaşık % 5-10'unda genetik yatkınlığa bağlı olarak BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olduğu tahmin edilmektedir (25,33,40).

Ailesinde prostat, kalın barsak, over ve endometriyum kanseri öyküsü bulunanlarda meme kanseri riskinin önemli derecede arttığı bildirilmiştir (33).

Üç veya daha fazla genç meme kanseri vakası görülen ailelerin yaklaşık % 50'sinde BRCA-1 mutasyonu bulunmaktadır. Bu ailelerin kadınlarının hayat boyu meme kanserine yakalanma riskleri % 87 olarak belirtilmektedir. Ayrıca bu mutasyon taşıyıcılarında 70 yaşına kadar yaşadıkları var sayıldığında öbür memede de kanser gelişme riski % 60-80 olarak hesaplanmıştır. BRCA-1 mutasyonu olan bir kadının hayat boyu over kanseri olması riski % 40-50 arasında görünmektedir (25).

BRCA-1 mutasyonlarının erkek meme kanserlerinde çok az etkisi olduğu söylenmesine rağmen, BRCA-2 mutasyonları erkek meme, prostat, kolon ve pankreas kanserleriyle de ilişkilidir. Bu mutasyonu taşıyan erkeklerde hayat boyu meme kanseri gelişme riskleri % 5-7 oranındadır ve bu oran normal populasyonun 200 katıdır (25).

Genetik yatkınlığı destekleyen bu bulgulara karşın meme kanseri olgularının büyük çoğunluğunu aile hikayesi veya genetik yatkınlığı olmayan olgular oluşturmaktadır (25).

Irk

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) meme kanseri riski beyazlarda, Afrika'lı

Amerika'lılara göre yüksek olmasına rağmen, erken yaşta ortaya çıkan meme kanseri olgularının Afrika'lı Amerika'lılarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Mortalite de bu grupta daha fazladır. ABD'de yaşayan diğer ırk ve etnik gruplarda belirgin olarak meme kanseri riski düşüktür (25).

Doğurganlık ve Hormonal Faktörler

Meme kanseri gelişiminde hormonal ve doğurganlıkla ilgili faktörlerin etkili olduğu gösterilmiştir (25,41). Meme kanseri riski bir kadının yaşam boyu geçirdiği toplam ovulatuar menstruel siklusların sayısıyla ilişkilidir. Risk menarş yaşı ile ters orantılı olup, menopoza girme yaşının artmasıyla artış göstermektedir (25,42). Doğurganlık çağı ne kadar uzun ise risk de o ölçüde artmaktadır (33). Erken menarş meme hücre proliferasyonunu daha erkene çeker böylece daha hücreler diferansiye değilken estrojene ve diğer karsinojenlere maruziyet süresi artar. Menarşda her bir yıllık gecikme başına premenopozal meme kanseri riskinde % 9 oranında, menopoz sonrası ise % 4 oranında azalma sağlanır (25,42). İlk adetin 12 yaşından önce olması ve menopozun 55 yaşından sonra gerçekleşmesinin risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir (33). İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan bir kadında meme kanseri gelişme riski, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat fazladır (18).

Premenopozal ooferektomi, riski azaltır. Bir çalışmada herhangi bir nedenden dolayı ooferektomi yapılan kadınlar arasında meme kanseri gelişme oranı izlenmiştir. Bu kadınlar risk gruplarına ayrılarak araştırılmış ve ooferektomi yapılan kadınlarda meme kanseri beklenenin çok altında seyretmiştir. Örneğin yüksek risk grubunda, beklenenin dörtte biri-yarısı kadar meme kanseri gözlenmiştir. En önemli yarar ise 50 yaşından önce ve premenopozal dönemde ameliyat edilen kadınlarda görülmüştür (25,43). Erken yaşta doğum, riski belirgin olarak azaltır. Nulliparitede ise risk artar. Ne kadar erken canlı doğum yapılır ve laktasyon başlarsa meme epitelinin diferansiasyonu o kadar erken tamamlanır ve karsinojenlerden o kadar az etkilenir (25).

Bir çalışmaya göre ilk canlı doğum yaşında her bir yıllık azalma, premenopozal riski % 5, postmenopozal riski ise % 3 oranında azaltır. Her canlı doğum ise riski; premenopozal meme kanserinde doğum başına % 3 oranında, postmenopozal dönemde ise % 12 oranında azaltır. Riskin her gebelik sonrasında geçici olarak arttığını gösteren çalışmalar da vardır. Bu çalışmalara göre multiparite; artmış hormonal dönem nedeniyle kısa vadeli riskli dönemlerin ardından, meme gelişiminin bu dönemde tamamlanması nedeniyle uzun vadede postmenopozal kanserlere karşı koruyucudur (25).

Laktasyonun meme kanseri riskini azaltıcı etkisi hala tartışmalıdır (33). Hiç emzirmeyen kadınlarla karşılaştırıldığında herhangi bir zamanda ve sürede emziren kadınların meme kanseri riski oldukça düşmektedir (0.5-1.1 kat daha az). Emzirme süresi arttıkça koruyuculuğun özellikle premenopozal kadınlarda arttığını gösteren çalışmalar olduğu gibi daha erken yaşta emzirmeye başlayan annelerde riskin daha fazla azalacağını söyleyen çalışmalar da vardır (25).

Laktasyon ve meme kanseri arasındaki ters ilişki çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır. Bir tanesi laktasyon sırasında prolaktinin etkisiyle hipofizerovaryan aksın baskılanması sonucu seks hormonlarına maruziyetin azalmasını esas almaktadır. Estrojen ve progesteronun meme hücrelerinde mitotik aktiviteyi artırdığı bilinmektedir. Bir başka hipotez ise laktasyonun meme hücrelerinde diferansiasyonu sağlaması sonucu karsinojenlere direncin artmasını savunmaktadır (25).

Düşük ve küretajlarla meme kanseri ilişkisi de çok çalışılmış olan, fakat netlik kazanamamış konulardan biridir. Küretaj ve meme kanseri arasında çoğu araştırmada bir ilişki saptanmamıştır (25,44). Fakat düşükler incelendiğinde düşük sayısında artma ile meme kanseri riskinde artış gözlenen çalışmalar vardır. Bunlardan birinde üç veya daha fazla düşük yapan kadınların riskinin 0.92-1.56 oranında arttığı, özellikle de postmenopozal grupta gözlenmiştir. Gebeliğin durması ile meme kanseri arasındaki ilişki gebelik hormonlarının kesilmesine bağlanmıştır. Gebelikte artan estrojen, progesteron ve prolaktin, meme bezlerinin laktasyon için diferansiasyonuna yol açar. İkinci ve üçüncü trimesterde bu hormonların konsantrasyonundaki değisim diferansiasyonu artırır ve özellikle ilk gebelikte, memenin yapısını belirler. Bu teoriye göre gebeliğin iptali diferansiasyonu yarıda keser, bu da karsinogenez olasılığını artırır (25).

İnvivo estrojenler meme tümörlerini indükleyebilir veya ilerletebilir. Mekanizma tam anlaşılamamakla beraber estrojenlerin ve bazı metabolitlerinin genotoksik olduğu gösterilmiştir. Bir alternatif hipoteze göre hormonal kontrol altında normal gelişimini devam ettiren memede fazla estrojenik stimulasyon sonucunda tümör gelişimi görülebilmektedir. Premenopozal kadınlarda endojen estrojen seviyelerinin kanser gelişimindeki rolünü tanımlamak zordur. Bir çalışmada, meme kanserli kadınlarda yüksek estrojen seviyeleri gösterilmiş, karşıt olarak da düşük riskli Asyalı kadınlarda düşük estrojen seviyeleri saptanmış, diğer bir çalışmada ise yüksek serum estrojeni ve kısmen estradiolün postmenopozal kadınlarda riski artırdığı gösterilmiştir (25).

Ekzojen hormonlar da (oral kontraseptif ajanlar ve hormon replasman tedavileri) sıklıkla çalışılmış bir konudur. Estrojen ve progesteronla kombine hormon replasman

tedavisinin meme kanseri riskini % 26 oranında artırdığı yaklaşık 16.000 postmenopozal kadının izlendiği Women's Health Initiative (WHI) çalışmasında gösterilmiştir. Süre arttıkça riskin arttığı bilinmektedir. Beş yıldan daha uzun hormon replasmanı riski % 10 civarında artırmaktadır. Kombine preparatlar, sadece estrojenli preparatlardan daha riskli olarak görülmektedir (25,44-46).

Oral kontraseptif kullanımının etkisi daha çelişkilidir. Anovulatuar sikluslara neden oldukları için koruyucu gibi görünmektedirler fakat estrojen ve progesteron kombine preparatlar memede mitotik aktiviteyi tetikleyebilirler (25). Menapoz nedeni ile uzun süre (10 yıldan fazla) östrojen içeren ilaçlarla tedavi gören kadınlarda uzun süre (10 yıl) kullanılmasıyla risk artmakta, ancak ilaç kullanımın bıraktıktan 10 yıl sonra tamamen ortadan kalkmaktadır (33).

Aile hikayesinin oral kontraseptiflerin etkisini modifiye edebileceğini gösteren kanıt yoktur. Fakat BRCA-1 veya 2 taşıyıcılarında riskin artabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Sonuç olarak; 12 yaşından önce menarş, 55 yaşından sonra menopoz, ilk canlı doğumun 30 yaşından sonra olması, nulliparite, hiç emzirmemiş olmak, erken yaşta ve uzun süredir doğum kontrol hapları kullanmak, postmenopozal dönemde kombine hormon replasman tedavisi, meme kanseri riskini belirgin olarak artırmaktadır (25).

Yaşam Şekli ve Çevresel Faktörler

Yaşam şekli ve çevresel faktörler değiştirilebilir olduğundan önemli bir risk sınıfını oluşturur (25). Bu değiştirilebilir risk faktörlerinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Obezite ve beslenme alışkanlığı: Obezite üzerinde en çok çalışılan konudur. Vücut yağ dokusu arttıkça endojen estrojen üretimi artmaktadır. Çünkü bilindiği gibi yağ dokuları androjenleri estrojenlere metabolize eder. Ayrıca obezite steroid hormon bağlayan globülin düzeylerini de azaltır, bu da serbest estrojen düzeylerini artırır (25). Menopoza girdikten sonra alınan kiloların meme kanserini arttırdığı ileri sürülmektedir. Menopoz öncesi dönemde Vücut Kitle Indeks'inin (VKI) 35'in üzerinde olması riski 0,7 oranında arttırırken, menapoz sonrası dönemde VKI'nin 35'in üzerinde olması riski 2 kat arttırmaktadır. Tanı öncesi kilo alımı, yüksek riski belirler (33,34). Tanı sonrası ve tedavi sırasında kilo alımı ise kötü prognoz ve artmış nüks hızıyla birliktedir (25).

Beden kitle indeksi yetişkin bir insanın kilosunun boyuna göre normal olup olmadığını gösteren bir parametredir. Kilogram (beden ağırlığı) / m^2 (boy) formülü ile hesaplanır.

18.5 kg/m^2'nin altında ise zayıf, 18.5-24.9 kg/m^2 arasında ise normal kilolu, 25-29.9 kg/m^2 arasında ise hafif şişman (fazla kilolu), 30-34.9 kg/m^2 arasında ise orta derecede şişman (I.derece), 35-39.9 kg/m^2 arasında ise ağır derecede şişman (II. derece), 40 kg/m^2 üzerinde ise çok ağır derecede şişman (III. derece) olarak değerlendirilir (25).

Doymuş yağların aşırı miktarda ve sık tüketilmesinin de meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir (34). Santral obezitenin de nüks hızı ve mortalite hızıyla doğru orantılı bir ilişkisi vardır (25,47). Bir çalışmada ise tümör büyüklüğü ile santral obezitenin ilişkisi gösterilmiştir (25).

Fiziksel aktivite: Fiziksel aktivitenin sedanter yaşam tarzına oranla meme kanseri riskini % 20–30 oranında azalttığı düşünülmektedir. Haftada 3 kez yapılan düzenli egzersizle yağ dokusu, dolayısıyla endojen estrojen üretimi azalmaktadır (25,48).

Metabolik sendrom: Metabolik sendrom; obezite, hipertansiyon, dislipidemi, mikroalbüminemi kriterlerinden, tip 2 diabetes mellitus varlığında ikisinin veya normal glukoz toleransı olanlarda insülin rezistansı ile ikisinin görüldüğü sendromdur. Son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre meme kanserli kadınlar, hastalıksız kontrol grubu ve benign meme hastalıkları olan kadınlarla karşılaştırılmış ve meme kanserli hastalarda tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi gibi komorbiditeler belirgin olarak fazla bulunmuştur (25).

Diyabet-meme kanseri ilişkisinde bahsedilen 3 mekanizma vardır: insülin yolunun aktivasyonu, insüline benzer büyüme faktörü yolunun aktivasyonu ve endojen seks hormonlarının regulasyonu. İnsülin rezistansı ile beraber giden hiperinsülineminin DNA sentezini stimüle ederek anormal doku proliferasyonuna neden olabileceği, insüline benzer büyüme faktörlerinin çoğu dokuda hücre döngüsünü hızlandırdığı ve özellikle meme kanseri ile bağlantısı sıklıkla bahsedilen konulardır. İki bin beş yılında yayınlanan bir derlemede meme kanserli hastaların % 16'sında diyabet varlığı bildirilmiştir. Tersi olarak da diyabetli hastalarda % 10-20 oranında artmış meme kanseri riski vardır (25).

Alkol alımı: Ağır alkol alımının (günde 45 gramdan fazla yüksek dereceli alkol) hiç içmemeye göre riski 1.46 kat artırdığı gösterilmiştir (25,33,34). Nedeni tam açıklanamamakla birlikte, alkol alımıyla karsinojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasıyla meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açtığı düşünülmektedir (18,25).

Sigara: Sigaranın meme kanseri gelişimine olan etkisi tam olarak açıklanamamakla birlikte, sigara kullanımı özellikle pasif içici konumunda olan kadınlar daha fazla meme kanseri riski altındadırlar (18,33,34). Sigara antiestrojenik etkisiyle meme dokusunun çoğalmasını azaltır, meme dansitesini düşürür. Erken yetişkin dönemde sigara kullanımı meme dansitesini, geç yaşta başlamaya oranla daha fazla etkiler. Elli üç çalışmanın değerlendirildiği bir meta analizde ise sigara ile meme kanseri arasında ilişki bulunmamıştır (25). Bununla birlikte sigaranın genel sağlık durumuna olan olumsuz etkisinden dolayı, içiminin bırakılması önemlidir (18).

Sonuç olarak; özelikle diyabetin eşlik ettiği metabolik sendrom, menopoz sonrası gelişen obezite, sedanter yaşam, aşırı alkol alımının meme kanseri riskini artırdığı yönünde görüş birliği oluşmuştur (23).

Radyasyon maruziyeti: Radyasyon maruziyetinin meme kanseri riskini artırdığı, uzun yıllardır bilinmektedir (25). Kız çocuklarında ve 10 yaşından önce toraks duvarına yüksek dozda iyonizen radyasyon, meme kanseri riskini arttırmaktadır. 40 yaşından sonra radyasyona maruz kalanlarda ise risk çok az artmaktadır (33,49).

Retrospektif çalışmalar Hodgkin hastalığı olup ışınlama yapılan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığını göstermiştir. Bu kanserler ışınlanan bölgenin ya içinde ya da buraya yakın olmaya eğilimlidirler. Hastalık riski alınan ışının dozuyla doğrudan ilişkilidir ve 21 yaşından önceki tedavilerde risk en yüksektir. Meme dokusu, en aktif döneminde radyasyonun karsinojenik etkilerine daha açıktır (25).

Sosyoekonomik Faktörler

Sosyoekonomik faktörlerin hem meme kanseri, hem de meme kanserinden ölümlerle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde ekonomik düzey, eğitim düzeyi, populasyon yoğunluğu, meslek, yoksulluk düzeyi gibi ölçütler ve bunların birbirleriyle kombinasyonları kullanılır. Son 20 yılda sosyoekonomik farklılıkların, kanserde sağkalım oranları ve kansere bağlı komplikasyonlarla doğrudan ilişkisi olduğu gösterilmiştir (25,50).

Sosyoekonomik düzeyin yüksek olduğu ailelerde kadınlar, daha iyi beslendikleri için erken yaşta adet görmeye başlamaktadır. Ayrıca geç evlenmekte ve geç çocuk sahibi olmaktadırlar. Buna bağlı olarak da meme kanseri riski artmaktadır (33,34).

Sosyoekonomik düzey farklılıkları sağlık hizmetlerine erişimi ve hizmetin kalitesini de etkilemektedir. Örneğin; meme kanseri, genel olarak beyaz kadınlarda daha sık görülürken,

Afrika-Amerika'lı kadınlarda ileri evre ve metastatik meme kanseri görülme insidansı beyaz kadınlara oranla yüksektir. Benzer şekilde sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda ileri evre meme kanseri görülme insidansı yüksek iken, yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kadınlarla, beyazlarda erken evre meme kanseri daha sıklıkla görülmektedir. Beş yıllık sağkalım oranları incelendiğinde siyah kadınlarda beyazlara oranla sağ kalımın daha düşük olduğu görülmüştür (siyahlarda % 70, beyazlarda % 86). Her evrede, siyah kadınlarda sağ kalım oranı, beyaz kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur. Yine başka bir çalışmada yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kadınlarda yüksek sağkalım oranları bulunmuştur (25).

MEME KANSERİ BELİRTİ VE BULGULARI

Erişkin sağlıklı bir kadında memeler simetriktir ancak tamamen eşit değildir. Memenin ölçüsü ve şekli kadının yaşı, genetik yapısı, beslenme durumu, gebelik, laktasyon ve menstruasyon durumuna bağlı olarak değişiklikler gösterir. Normal bir memenin dış görünüşünde herhangi bir çekilme (retraksiyon), çökme veya kabarıklık bulunmaz (18). Memenin özellikle üst dış kadranı geri kalan bölgelerinden daha fazla glandüler doku içerir. Bu nedenle meme kanserinde lezyonlar daha sık üst dış kadranda görülür. Cooper ligamentleri meme parankimini sarar ve memeyi yerine tespit eder ve kanserin ilk belirtilerinin ortaya konulmasında önem taşır (18,51).

Meme kanseri sol memeyi sağ memeye göre biraz daha sık tutar. Hastaların % 4-l0' unda iki taraflı birincil tümörler vardır ya da birincinin ardından ikinci birincil tümör gelişir. Meme içinde tümörlerin yerleşimi sırasıyla; % 50 üst dış kadran, % 20 santral bölüm, % 10'ar da alt dış kadran, üst iç kadran, alt iç kadran şeklindedir (12).

Genel olarak meme kanserinin ilk ve erken belirtisi ele gelen bir sertlik ya da gözle görülebilen kitlenin ortaya çıkmasıdır (9,33). Meme kanserinin diğer klinik belirtileri arasında; meme derisinde kalınlaşma, portakal kabuğu görünümü, ödem, ülserasyon ve renk değişikliği, areolada kalınlaşma, kızarıklık ya da yara, memede ya da areolada retraksiyon belirtileri, meme başlarının duruşunda değişiklik, meme ucunda kaşıntı, bir memenin diğer memeden anormal bir şekilde sarkık olması, genellikle tek taraflı, spontan, seröz ya da kanlı akıntı gelmesi, koltuk altında kitle ele gelmesi, memedeki damarlarda belirginleşme, kitle olan meme tarafındaki kolda ödem, ileri dönemde sırt ve kemik ağrıları gibi fiziksel değişiklikler sayılabilir (9,18).

MEME KANSERİNDE HİSTOPATOLOJİK ve KLİNİK SINIFLAMA

Bugün kabul edilen histopatolojik sınıflama, tümör özelliklerine ve kaynak hücrelere göre yapılmaktadır. Histolojik olarak herhangi bir meme karsinomunda esas olarak adenokarsinom yapısı bulunabilir, ama bir tümörde birkaç değişik histolojik yapı da bulunabilir. Meme tümörleri makroskopik özelliklerine göre (skirö, kolloid, medüller), histolojik karakterlerine göre (adenokarsinom, papiller, sarkom), histogenezine göre (duktal, lobüler, asiner) olarak ayrılır (12,20).

Dünya Sağlık Örgütü 2003 Sınıflaması'na göre meme kanserlerinin alt tipleri Tablo 4'te verilmiştir (12).

Tablo 4. Dünya Sağlık Örgütü 2003 sınıflamasına göre meme kanseri sınıflaması (12)

Meme kanseri histopatolojik tipleri
İnvaziv duktal karsinoma, NOS tip
Tubular karsinoma
Medüllar karsinoma
Müsin oluşturan karsinomlar
İnvaziv papiller karsinom
İnvaziv mikropapiller karsinom
Apokrin karsinom
Lipitten zengin karsinom
Sekretuar karsinom
Adenokistik karsinom
Glikojenden zengin berrak hücreli karsinom
Asinik karsinom
Sebase karsinom
Metaplastik karsinom
İnvaziv lobuler karsinoma
Nöroendokrin karsinomlar

NOS: Özellik göstermeyen tip

Meme tümörlerinin % 90'ı invaziv duktal ya da invaziv lobuler karsinomdan oluşur. Duktal tip, meme kanserlerinin % 80'ini oluşturur ve tubuler, mikropapiller, medüller gibi alt tiplere ayrılır. Bununla birlikte duktal karsinomaların % 80'i hiç bir alt tipe uymayan ''not

otherwise specified-NOS'' olarak isimlendirilen tipten oluşur. Lobular karsinomalar meme kanserlerinin % 10-15'ini oluşturur. Duktal karsinomadan farklı olarak duktus yapısı oluşturmazlar (12,20).

Meme kanserinin klinik sınıflandırılmasında en yaygın kullanılan 2003 yılında American Joint Committee On Cancer (AJCC) tarafından güncellenen tümör, lenf nodu, metastaz (TNM) sınıflandırmasıdır.

Meme kanserinde TNM sınıflamasına göre gruplandırılması Tablo 5'te olduğu şekildedir.

Tablo 5. Meme kanserinde TNM sınıflamasına göre evrelerin gruplandırılması (12)

EVRE	**T**	**N**	**M**
Evre0	Tis	N0	M0
EvreI	Tl	N0	M0
Evre IIA	TO	N1	M0
	Tl	N1	M0
	T2	N0	M0
Evre IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
EvreIIIA	TO	N2	M0
	Tl	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
EvreIIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
Evre IIIC	Herhangibir T	N3	M0
Evre IV	Herhangibir T	Herhangibir N	M1

T: Tümör; N: Lenf nodu; M: Metastaz.

Primer tümör (T) TX'den başlayarak yani primer tümörün saptanamadığı durumdan, T4'e yani; herhangi bir boyutta ancak (a) göğüs duvarına veya (b) cilde direkt yayılıma uzanan bir sınıflama içermektedir. Bölgesel lenf nodülleri (N); NX: Bölgesel lenf nodlarının

saptanamadığı durumdan, N3c: İpsilateral supraklaviküler lenf nodlarında metastaza uzanan bir sınıflama içermektedir. Uzak metastaz (M) ise; MX: Uzak metastaz bulunamıyor, M0: Uzak metastaz yok ve M1: Uzak metastaz var şeklinde tanımlanmaktadır (12).

Cerrahi girişimden önce memedeki malign lezyonun lokalizasyonu, durumu ve yaygınlığını belirlemek için fiziksel muayene ve laboratuar bulgularına göre klinik sınıflandırma yapılır. Klinik sınıflandırmanın amacı tedavi yöntemlerini kıyaslamak, standardize etmek ve prognozu belirlemektir (12).

Günümüzde tümörlerin farklı klinik seyirlerinin genellikle kanserler arasındaki moleküler farklılıklardan kaynaklandığı, kanserin ayrıntılı moleküler analizi ile prognozun tahmininin gözleneceği, bireye uygun tedavi modelleri geliştirileceği kabul edilmektedir (12).

MEME KANSERİNDEN KORUNMA

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanseri olma riski % 11'dir. Kanser oluşan kadınların sadece % 25' inde tanımlanmış risk faktörleri saptanabilmekte, bu risk faktörlerinin önemli bir bölümü de değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler, aile hikayesi, menstrual özellikler, menarş ve menopoz yaşı vb…) faktörler olarak değerlendirilmektedir (9). Diyet, çevresel etmenler, obezite, sigara, alkol, oral kontraseptif kullanımı ve hormon replasman tedavileri gibi faktörler ise değiştirilebilir etkenlerdir (25). Kanser günümüzde yaygın olarak görülmekte ve erken teşhis edildiğinde tedavisi çoğu zaman mümkün olabilen bir hastalıktır. İnsan hayatındaki karsinojen etkenleri tümüyle ortadan kaldırmak mümkün olamayacağından kanserle mücadelede en etkili yolun; kanser belirtileri, erken tanı konusunda bilinçlendirme ve sağlıklı yaşam davranışları geliştirme konusunda yapılacak çalışmalar olduğu bilinen bir gerçektir. Birçok ülkede yoğun eğitim kampanyaları, afişler, broşür, televizyon ve radyo ile kanserin tehlikeleri konusunda toplum bilinçlendirilmektedir (33).

Meme Kanserinde Birincil Korunma

Meme kanserinin birincil korunmasında, meme kanseri etiyolojisinde rol oynayan kontrol edilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınabilmesi önemlidir. Günümüzde meme kanserinden korunmak için verilebilecek kesin bir öneri yoktur. Ancak meme kanseri riskini azalttığı öne sürülen bir takım yaşam biçimi davranışları bulunmaktadır (9,33). Bunlar şu şekilde özetlenebilir;

Dengeli beslenme, bol sebze, meyve tüketilmesi, düşük yağlı ve yüksek lifli gıdalarla beslenme, alkol ve sigara alışkanlıklarını terk etme, haftada 3–4 kez fiziksel aktivitede bulunma ve düzenli spor alışkanlığı, ilk doğumun 30 yaş altında yapılması, emzirmenin

sürdürülmesi, uzun süreli oral kontraseptif ve hormon replasman tedavisi kullanımından kaçınılması veya doktor denetiminde kullanılması, stresin kontrol altına alınması, özellikle puberte döneminde ve 30 yaş altında göğüs bölgesine gereksiz radyasyondan korunulması meme kanseri riskini azaltmaktadır (9).

Bunların yanında ailesel hikâyesi, genetik yatkınlığı, daha önceden geçirilmiş meme kanseri öyküsü bulunan çok yüksek riskli kadınlarda kanser oluşmadan birincil korunma amaçlı cerrahi yöntem olan bilateral mastektomi ya da antiöstrojen olan "Tamoksifen" de kullanılmaktadır (9).

Meme Kanserinde İkincil Korunma

Hastalıkların klinik olarak belirti vermeden ya da belirtilerin çok hafif olduğu dönemlerde tanılanarak tedavi edilmesine ikincil korunma denir (9). İkincil korunma, erken tanı ve tedavi etkinliklerine yoğunlaşarak morbiditeyi ve mortaliteyi azalttığından oldukça önemlidir. Erken tanı yöntemleri ile kadınların memelerindeki anormal değişimlerin erken evrede belirlenmesi hedeflenir. Meme kanserinin erken dönemde tanılanması halinde mortalite azaltmakta ve meme koruyucu cerrahi yapılabilme olanağı artmaktadır (9,18).

Koruyucu hekimliğin bir çalışma alanı olan erken tanı şöyle tanımlanabilir: *"*Belli bir hastalığı, hastalık sürecinin başlangıcında, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan önce saptamak amacı ile, sağlıklı toplumun bütününü ya da risk altında olduğu kabul edilen bölümünü hedef alarak yürütülen her türlü sağlık hizmeti faaliyeti*"* (17).

Erken tanı uygulamaları, genellikle topluma yönelik kampanyalar biçiminde yürütülür. Bir erken tanı programı hazırlanırken, sağlıkçıların eğitimi, tanı ve tedavi kuruluşlarının başvuruları karşılayacak şekilde organizasyonu gibi öğeler de dikkate alınmalıdır. Tarama yöntemleriyle kişiye tanı konmaz, yalnızca kuşkulular, yani sıradışı bulgusu olan kişiler ayırt edilir, geri çağırılır ve klinik yöntemlerle "sağlam" ya da "hasta" olarak tanımlanırlar (17).

Tarama için ölçütler: Hangi hastalık ya da sağlıkla ilgili durum için tarama yapılmasının uygun olacağı konusunda, DSÖ'nün bir monografında açıklanmış 10 ilke, halen geçerliliğini korumaktadır. Bir kanser tarama programı hazırlanırken de göz önünde tutulması gereken bu ilkeler şunlardır:

1. Araştırılan durum, önemli bir sağlık sorunu olmalıdır,
2. Tanımlanan hastalığa sahip hastalar için kabul edilmiş bir tedavi bulunmalıdır,
3. Tanı ve tedavi tesisleri mevcut olmalıdır,
4. Klinik bulgu öncesi veya erken bulgu aşaması tanınabilir olmalıdır,

5. Uygun bir test veya muayene yöntemi bulunmalıdır,

6. Test, toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır,

7. Hastalığın örtük halden açık hastalık haline gelişi de dahil olmak üzere, doğal gelişim tarihçesi yeterince anlaşılmış olmalıdır,

8. Kimlerin hasta kabul edileceği konusunda üzerinde anlaşılmış bir politika bulunmalıdır,

9. Olgu bulma maliyetleri (hastaların tanısı ve tanılanan hastaların tedavisi dahil), bir bütün olarak sağlık bakımının olası masraflarına kıyasla ekonomik açıdan dengelenmiş olmalıdır,

10. Olgu bulma, bir "tek seferlik" proje değil, sürekli bir süreç olmalıdır (15,17).

Halk sağlığının kanser alanındaki hedefi, insidans, mortalite ve benzeri ölçütlerle belli bir toplumdaki kanser yükünü tanımlamak, sık görülen kanserlere yönelik stratejiler geliştirmek ve toplumun kaynaklarını bu stratejileri uygulamaya yönelterek toplumdaki kanser yükünü azaltmaya çalışmaktır. Bu çabaların etkin biçimde birleştirilmesi, belli bir toplum için hazırlanacak ve uygulanacak bir *kanser kontrol programı* ile sağlanabilir. Bir erken yakalama stratejisinin yeterince etkin olabilmesi için, ülkeye ya da bölgeye özgü kanser kontrol programının bir bileşeni olarak uygulanmalıdır (11,15,17).

Bir toplumda meme kanseri mortalitesinin mammografi ile yürütülen taramalar ile % 30 kadar azalması için, bu taramaların topluma dayalı olarak yapılması, katılımın % 70'i geçmesi ve taramaların yıllar boyu sürdürülmesi, ayrıca programın her aşamasında kalite güvencesinin sağlanması gerektiği bilinmektedir. Topluma dayalı meme kanseri taraması sırasında hangi yaş grubundaki kadınlara ve ne sıklıkta mammografi çekilmesi gerektiği konusunda uluslararası kuruluşların farklı önerileri olmaktadır, doğru olanı, her ülkenin kendi koşullarına göre standartlar geliştirmesidir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın Türkiye için geliştirmiş olduğu ve internet üzerinden de erişilebilecek olan standartta, meme kanseri yönünden özel bir risk grubunda olmayan 50 – 69 yaş grubu kadınlara iki yılda bir ve iki yönlü mammografi çekilmesi öngörülmektedir. Yakın kadın akrabalarında meme kanseri görülmesi, bir kadın için önemli bir risk faktörü olduğundan bu grubun daha sık izlenmesi önerilebilir. Ancak, kaynak azlığı ya da başka herhangi bir nedenle yalnızca bilinen meme kanseri olgularının yakınlarının taranması doğru olmayacaktır, çünkü böyle bir tarama ile olguların ancak % 7 – 10 kadarına ulaşılabilir (3,5,10,11,15).

Meme kanserinde erken tanı ve tarama programları: Dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın kanser erken tanı yaklaşımları tarama programlarıdır. Meme kanserinin

erken tanısında bütün tarama yöntemleri birbirini tamamlamakta ve birbirinden ayırt edilemeyecek düzeyde çok önemli olup hepsinin bir arada düzenli aralıklarla uygulanması gerekmektedir. Geçmişten günümüze gelinceye kadar meme kanseri taramalarının hangi yaş grubunda, ne kadar aralık ve süreler ile yapılması gerektiği çeşitli araştırma verilerine göre belirlenmiştir (4,10,11,20).

Ulusal Kanser Tarama Standartlarımız

Meme Kanseri için;

• 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kraniokaudal olmak üzere ikişer poz mammografi filmi çekilir.

• Mammografi iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız değerlendirilmelidir.

• Asıl tarama metodu mammografi olmakla beraber, taramaya katılan her kadın hekim tarafından da muayene edilir (4).

Meme kanserinde Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberi Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen yaş gruplarına göre meme kanseri tarama rehberi (52)

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM*	Her ay
	Klinik meme muayenesi	3 yılda bir
40-49	KKMM*	Her ay
	Klinik meme muayenesi	Her yıl
	Mammografi	1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM*	Her ay
	Klinik meme muayenesi	Her yıl
	Mammografi	Her yıl

*: Kendi kendine meme muayenesi.

Meme kanseri tarama programları dikkatli planlanması gereken uygulamalardır. Tarama etkili olmalı ve tarama yapılan hastalıkta mortalitede azalmaya yol açmalıdır. Bu nedenle programlarda maliyet-yarar dengesinin korunması ve meme sağlığı konusunda eğitimli uzman sağlık personelin yetiştirilmesi önem kazanmaktadır (18).

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

İnsanlardaki kanserlerin büyük bir çoğunluğu vücutta gözle görülebilen ve rutin muayene yaklaşımları ile kolaylıkla ulaşılabilen yerlerdedir ve bu kanserler erken dönemde yakalandığında tedavide çok başarılı sonuçlar sağlanabilmektedir. Meme kanseri olgularının % 90'ı memede kitle ile kendini göstermektedir (33). Meme kitlelerinin % 85–90'ı kadınlar tarafından yapılan muayene ile fazla büyümeden erken dönemde saptanabildiği belirtilmektedir. Meme tümörünü palpabl kitle haline gelir gelmez tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bu dönemde aksiller metastaz oranı oldukça azdır. Foster ve ark.(9) yaptıkları bir çalışmada meme kanserinde KKMM ile küçük tümörlerin erken evrede tespit edildiği ve KKMM yapanlarda 5 yıllık sağ kalım oranlarının % 75 iken, yapmayanlarda bu oranın % 57'ye düştüğü saptanmıştır.

Kendi kendine meme muayenesi, kadınların memelerini "kendi kendini muayene" yöntemiyle kontrol etmelerine denilen ucuz, risksiz, kolay öğrenilip uygulanan, invaziv olmayan ve kadınların kendi ortamlarında yapabilecekleri zahmetsiz, etkin bir yöntemdir. Yetişkin kadınlarda meme kanserinin erken teşhisinde ayda bir kez yapılan kendi kendine meme muayenesinin yardımı büyüktür. Ancak bu yöntemin başarılı olabilmesi için sürekli ve periyodik aralıklarla yapılması, kadınların meme muayenesine istekli olmaları, muayene tekniğinin çok iyi bilinmesi ve kendilerini pratik yapmada sorumlu hissetmeleri gerekmektedir (33). Meme sağlığı otoriteleri meme kanserinin erken dönemde tanılanması için kadınların her ay memelerini muayene etmesini önermektedir (18).

Fakat yapılan araştırmalardan anlaşıldığı üzere ülkemiz de dahil olmak üzere bir çok ülkede kadınların düzenli KKMM yapma oranlarının düşük olduğunu ve kadınların KKMM yapmasını engelleyen pek çok faktörün olduğunu belirtmektedir. Türk kadınlarında KKMM yapmayı engelleyen faktörler arasında bilgi eksikliği, meme kanserini sağlığına bir tehdit olarak görmeme, kendi kendine elle muayenenin hoş olmayan bir durum olarak algılanması, kendi kendine meme muayenesi yapmanın unutulması sıralanabilir (9,18,25,53,54).

Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde, meme kanseri görülme sıklığında artma olmasına rağmen, meme kanserinden ölüm oranlarında bir azalma olmuştur. Bunun nedeni; Amerikan ve İngiliz toplumunun meme hastalıkları ve özellikle meme kanseri konularında eğitilmiş olmaları ve hastalığın erken dönemlerinde hekime başvurmalarıdır. Buna paralel olarak ülkemizde de kadınlara KKMM konusunda verilecek eğitim ile meme kanserinin erken teşhisi mümkün olabilecektir (33).

Meme muayenesi için en uygun zaman, adet gören kadınlar için adetinin bitiminden sonraki ikinci ya da üçüncü gün olarak belirtilmekte ve 20 yaşından itibaren her ay düzenli

olarak bu muayenenin gerçekleştirilmesi beklenmektedir. Adet görmeyen kadınların ise, ayın belirli bir gününü seçip her ay gün atlamaksızın KKMM yapmaları tavsiye edilmektedir. Hamilelik veya emzirme döneminde de her ay düzenli olarak KKMM uygulanmalıdır. KKMM'yi emzirme döneminde emzirme sonralarında uygulamak gerekmektedir (5).

Meme kanserinin erken yaşlarda çok nadiren görülmesi nedeniyle bu yaşlarda KKMM' ye başlamanın gereksiz olduğunu ifade eden çalışmalarda bulunmaktadır. Ancak ülkemizde meme kanseri tarama programlarının uygulama düzeyi dikkate alındığında KKMM' nin önemli bir yer teşkil ettiği ortaya çıkmaktadır. KKMM'yi her kadın aynı kalitede yapamamakta ve bu konuda eğitim çalışmaları gerekmektedir. Bu nedenle KKMM'nin erken yaşlardan itibaren öğretilmesi gerekmektedir (1,9,11,15,17).

Doğru ve yeterli bir kendi kendine meme muayenesi için belirlenmiş 3 ayrı aşama vardır.

1. Memelerin gözle değerlendirilmesi

Kendi kendine meme muayenesi yapılmasının ilk aşaması memelerin gözle değerlendirilmesi olarak ifade edilmekte ve bunun için de iyi aydınlatılmış bir odada muayeneye başlanılması gerektiğine işaret edilmektedir. Bu değerlendirme yönteminde; memelerde belirgin şişlik, meme ucunun içe doğru çekilmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden var olmayan bir belirginleşme hali veya ciltte "portakal kabuğu" görünümüne benzeyen bulguların olup olmadığına bakılmaktadır (Şekil 6,7) (55).

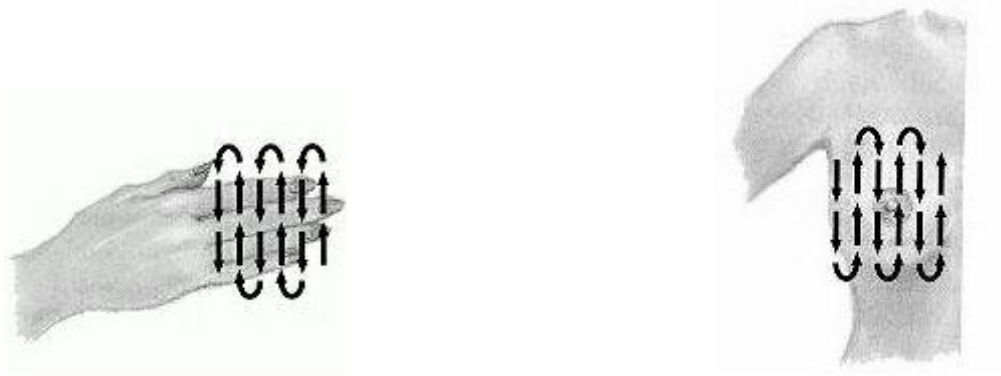


Şekil 6. Kendi kendine meme muayenesinde memelerin eller kalçalarda iken gözlemlenmesi (55)

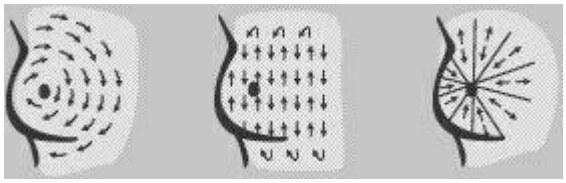


Şekil 7. Kendi kendine meme muayenesinde memelerin eller havada iken gözlemlenmesi (55)

Memelerin gözle değerlendirilmesinden sonra elle değerlendirilme muayenesi uygulanmakta ve aşağıda yer alan şekillerde gösterilen muayene işlemleri ile meme dokusunda olmaması gereken bir doku ve normal dışı kitlenin varlığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Bunun için de meme dokusu tümü ile taranmakta, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar olan tüm alanları dikkatlice hissedilerek değerlendirilmektedir (Şekil 8,9).



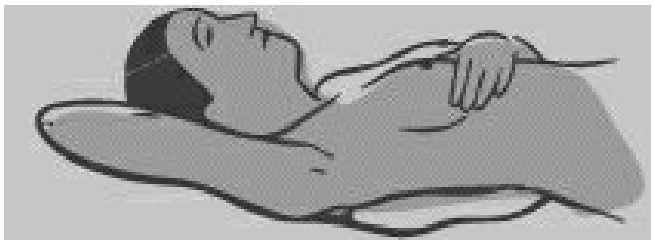
Şekil 8. Elle muayenede yukarıdan aşağı - aşağıdan yukarı tarama yöntemi (55)



Şekil 9. Elle muayenede farklı tarama yöntemleri (55)

2. Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi

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 yukarıda açıklanan elle tarama yöntemleri kullanılıp, sağ meme tümü ile taranmaktadır. Sağ memenin değerlendirilmesi tamamlandıktan sonra aynı işlemler sol meme için de uygulanmaktadır (Şekil 10).



Şekil 10. Yatar pozisyonda elle muayenede sağ memenin değerlendirilmesi (55)

3. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi

Bu muayenenin ideal olarak duş altında ve sabunlu elle yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle meme dokusundaki muhtemel kitlelerin daha kolay bir biçimde belirlenebileceği belirtilmektedir (Şekil 11).



Şekil 11. Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi (55)

Kendi kendine meme muayenesinde sağlık profesyonellerinin rolü;

Meme kanserinin kadınlarda hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı ülkemizde, özellikle genç yaşlardan itibaren kadınlara KKMM'nin öğretilmesi meme sağlığı farkındalığının arttırılmasında önemli bir uygulamadır.

Meme sağlığı otoriteleri meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemlerinin önemine ve bu tarama yöntemlerinin geliştirilmesinde sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları

olduğuna işaret etmektedir. Mevcut araştırma kanıtları, sağlık profesyonellerinin KKMM' sindeki sorumluluklarını tekrar gözden geçirmelerini gerekli kılmıştır (55).

Kendi kendine meme muayenesinde sağlık çalışanlarının üzerine düşen görevler şu şekilde sıralanabilir:

Kadınların sadece meme kanseri ve muayene yöntemine ilişkin bilgileri değil, meme kanserine yönelik farkındalıkları artırılmalıdır.

1. Farkındalığı artırmak için, tüm kadınlara memelerindeki normal olmayan herhangi bir değişimin meme kanserinin erken dönem belirtilerinden biri olabileceği anlatılmalıdır.
2. KKMM'ye ilişkin eğitimlerde muayene işleminin etkin ve doğru yapılmasının önemi vurgulanmalıdır. Kadınlar düzenli KKMM yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir.
3. Kadınlara KKMM'nin ancak etkin ve doğru bir şekilde yapıldığında meme kanserinin erken dönemde belirlenmesine yararı olacağı anlatılmalıdır.
4. Kadınların KKMM yapma konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmelidir.
5. Kadınlarda KKMM yapma oranını artırmak için KKMM'ini etkileyen faktörler (sağlık inançları, tutum ve algıları vb.) incelenmeli ve kültürel özelliklere uygun meme sağlığı eğitim programları planlanmalıdır
6. KKMM'nin meme kanserinden ölümü azaltmada etkisinin sınırlı olabileceği ve KKMM ile birlikte KLMM ve mammografinin önemi vurgulanmalıdır (55).

Klinik Meme Muayenesi (KLMM)

Klinik meme kontrolleri, memenin genellikle hekim tarafından incelenmesi ile yapılmaktadır. Meme kanserinin erken evrede saptanabilmesi için Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society) ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu 20– 39 yaşları arasında asemptomatik kadınlarda her 3 yılda bir, 40 yaş üstü kadınlarda ise her yıl memenin klinik muayenesini önermektedir. Klinik muayene sırasında kadının memesi ayakta, otururken ve yatar pozisyonda ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Klinik muayene için en uygun zaman menstruasyondan sonraki 7–10. günler arasındadır (55,56).

Memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlar ile kadınlardan yaşı genç olanlarda mammografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği durumlarda, KLMM yapılmasının olumlu sonuçlar vereceğine işaret edilmektedir. Ayrıca yukarıda ifade edilen nedenlerden dolayı yanıltıcı olabilecek mammografi sonuçlarının, kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin KLMM ile ortadan kaldırılabileceği de

düşünülmektedir. Bu nedenle düzenli olarak KLMM yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle de meme kanserinin erken evrelerde teşhis imkanının doğacağı belirtilmektedir (55,57).

Mammografi

Mammografi, erken evrede meme kanserini saptayan ve asemptomatik kadınlarda taramada kullanılan memedeki kitleleri radyolojik olarak görüntüleyen en önemli tanı yöntemidir (9). Amerikan Kanser Birligi (American Cancer Society) ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu mammografiyi 40 yaşından sonra yılda 1 kez önermektedir. Mammografi, memedeki kitlelerin elle hissedilebilecek boyuta gelmeden 2 yıl önce belirlenebildiği bir yöntemdir. Kitlelerin elle hissedilemediği bu dönemde kanserin erken evrede olduğu ve henüz lenf tutulumunun olmadığı belirtilmektedir (9,56). Mammografinin yalancı-negatiflik oranı % 10–15 olmasına rağmen duyarlılığı % 85–90 olup oldukça yüksektir. İlk mammografi uygulamalarında 1–4 rad doz kullanılırken bugünkü teknik ilerlemeler ile mammografi uygulamalarında 0,04–0,08 rad doz kullanılmakta ve bu da radyasyona bağlı kanser riskini en aza indirmektedir. 0,1 radlık dozun 35 yaş üstü kadınlarda milyonda 4 oranında kanser oluşturma riski yarattığı belirtilmektedir (9).

Meme için yapılmış özel aygıtlar ile memenin filmlerinin çekilmesi olarak ifade edilen mammografi tarama amaçlı ve teşhis amaçlı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tarama amaçlı mammografide, her iki memenin üstten ve yandan filmleri çekilmekte, gerek duyulması halinde değişik pozisyonlarda ek filmler istenmektedir. Bu yöntem kısaca "kanser taraması veya tarama amaçlı mammografi" şeklinde ifade edilmektedir. Tarama amaçlı mammografinin en önemli faydası, meme kanserini erken safhada yakalayıp tedavi edilmesini sağlayarak bu hastalıktan olan ölümlerin azaltılabilmesidir. Meme kanserinin görülme sıklığının yaşın yükselmesi ile birlikte artması; bilim çevrelerinde yıllık düzenli mammografi taramasının hayat kurtarıcı olduğu yönünde fikir birliğine varılmasına da yardımcı olmuştur. DSÖ'nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nce (The World Health Organization's International Agency for Research on Cancer-IARC) yapılan ve toplam 11 ülkeden 24 uzmanın katıldığı toplantı sonucunda, tarama amaçlı mammografinin meme kanserinden olan ölümlerin azaltılmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışma programı tarafından meme kanseri tarama programları değerlendirilmiş ve özellikle yaşları 50-69 arasında olan kadınların meme kanserinden olan ölümlerinin % 35,0 oranında azaltıldığına dikkat çekilmiştir (58). Bunun dışında memede kitle ve ağrı, meme başı akıntısı gibi semptomlara sahip olan kişilere, erken evre meme kanseri teşhisi konulan kişiler ile, tarama mammografisi ve KLMM yapılması sırasında anormal bulguların bulunduğu kişilere

de hekimin tavsiye etmesi üzerine mammografi çekilebilmekte bu yöntem de "teşhis amaçlı mammografi" olarak ifade edilmektedir. Teşhis amaçlı olarak çekilen bu mammografi sonucunda şüpheli bir bulgu olması durumunda meme ultrasonografisi yapılmakta ve tespit edilen kitlenin kist (içi sıvı dolu kitle) olup olmadığı araştırılmaktadır. Memedeki kitlenin kist olmadığı anlaşıldığında ise, bu kitleden iğne ile parça alınıp inceleme yapılmaktadır ki bu yönteme de "biyopsi" adı verilmektedir. Bir kimsenin meme kanserine yakalanıp yakalanmadığı konusundaki kesin sonuca da biyopsi yöntemi sayesinde ulaşılmaktadır. 35 yaşın altındaki kadınların meme yapısının daha yoğun olması nedeni ile memede meydana gelen değişiklikleri belirlemede yetersiz kalan mammografi genellikle 35 yaşın üzerindeki kadınlar için uygun bir yöntem olarak ifade edilmektedir. Birtakım kısıtlılıklarına rağmen mammografi, meme kanserinden olan ölümlerin azaltılmasında oldukça faydalı ve etkili bir araç olarak tanımlanmaktadır (55,59).

Aile Hekimlerinin Meme Kanseri Tarama Programındaki Görevleri

Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde kanser erken tanı ve tarama yöntemlerinin nasıl yapıldığıyla ilgili ayrıntılı bilgi verilmişti. Aile Hekimleri'nin (AH) de bu konuda üzerine düşen görev ve sorumluluklar vardır. Bilindiği gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetler bağışıklama, aile planlaması hizmetleri, erken tanı, kemoproflaksi, kişisel hijyen, sağlık eğitimi ve yeterli beslenme alt başlıklarında toplanır. Aile hekimliği modelinin bunlardan erken tanı, kemoproflaksi ve kişisel hijyen şıklarını karşılayabileceği düşünülebilir (60). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre; " kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramalarının (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapılması Aile Hekimlerinin görevidir'' denilmektedir (61). Ayrıca sağlık eğitimi her hekimin görevi olmakla birlikte, sadece muayeneye gelen yani hizmet talep eden kişilere sağlık eğitimi vermekle "topluma sağlık eğitimi hizmeti vermekteyiz" denemeyeceği açıktır. Eğitimin önemli ilkeleri vardır ve halk eğitimi ise belki de en zor gerçekleştirilecek eğitim türlerindendir. Başarılı bir halk eğitimi çıktılarını halkın eğilim ve davranışlarından izlemek yani bir değişim meydana getirmek gerekir. Sık tekrarlanması, pek çok sağlık çalışanınca vurgulanması verilen eğitimin başarısını artıracaktır (60).

Meme Kanserinden Üçüncül Korunma

Meme kanserinde üçüncül korunmanın amacı; hastaya tıbbi yardımların yanı sıra, hastalığı konusunda bilgi vermek aynı zamanda hastanın psikolojik dengesini korumak,

fiziksel yeterliliğe kavuşturmak gibi medikal ve sosyal rehabilitasyona önem vermektir. Meme kanseri olan kişinin üçüncül korunması tedavi sonrası yaşam kalitesini en üst düzeye çıkartma çabalarıdır (9).

MEME KANSERİNDE TANI

Meme kanserinin tanısında anamnez ve fizik muayenenin yeri önemlidir. Anamnezde hastanın meme kanseri oluşturabilecek risk hikayesi araştırılırken, fizik muayene ile hekim inspeksiyon ve palpasyon yöntemlerini kullanarak memede kanser bulgusu araştırmaktadır. Bunların dışında teşhis amaçlı kullanılan diğer yöntemler şunlardır:

1. Laboratuar parametreleri; sedimantasyon hızı, serum alkalen fosfataz, kalsiyum ve serum karsino embriyonik antijen (CEA) ve Ca 15-3'e bakılmaktadır.

2. Mammografi; memenin iki tabaka arasında sıkıştırılarak röntgeninin çekilmesi işlemidir.

3. Ultrasonografi; ses dalgalarının memeye gönderilerek meme dokusundaki değişikliklerin görüntüsünü alma işlemidir. Başlıca ultrason endikasyonları şunlardır:

-Kitlelerin solid ve kistik ayrımında

-Yoğun memelerde mammografi ile görülemeyen palpe edilebilir kitlelerin değerlendirilmesinde

-Yerleşim yeri nedeniyle mammografi ile değerlendirilemeyen kitlelerin incelenmesinde

-Lenf nodlarının değerlendirilmesinde

-Girişimsel radyolojide kullanılmaktadır.

4. Manyetik Rezonans (MR); mammografiden daha ayrıntılı bilgi verdiği için tercih edilmektedir. Bilgisayara bağlı güçlü bir mıknatıs meme içindeki dokuların detaylı görüntüsünü almak için kullanılır (33).

5. Biyopsi; meme kanserinin kesin tanısında özel bir yeri vardır. Basit kistlerin dışında memede her hissedilen kitlenin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. KKMM, klinik meme muayenesi ve mammografiye rağmen kesin tanının konulmasında biyopsiye ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü benign izlenimi veren kitlelerin yaklaşık % 15 kadarının kanser olması, yine aynı şekilde kanser olduğu düşünülen her 3 hastadan birinde de lezyonun benign olması biyopsinin önemini açıkça ortaya koymaktadır (9).

İnce iğne biyopsisi; 22 numaralı bir iğne ile sitolojik inceleme için memedeki kitleden hücre örneği alınmasıdır.

Kalın iğne (core) biyopsisi; 14-18 numaralı iğneleri olan biyopsi tabancası ile kitleden küçük bir doku silindiri alınmasıdır.

Cerrahi biyopsi (eksizyonel biyopsi); memede saptanan kitlenin tümünün ameliyatla çıkarılarak kanser yönünden araştırılmasıdır.

Ensizyonel biyopsi; memede yer alan büyük lezyonlarda tanıya varmak için, cerrahi yöntemlerle kitleden yeterli doku parçası alınmasıdır.

Bilgisayarlı tomografi; sadece mastektomi uygulanmış hastalarda göğüs duvarı ve aksiller nükslerin saptanmasında yararlı olabilen bir tetkiktir.

Digital mammografi; normal mammografiden farkı görüntünün bilgisayar ortamında değerlendirilmesi, şüpheli alanların büyütülebilmesidir (33,34).

MEME KANSERİNDE TEDAVİ

Önemli bir sağlık problemi olduğu açık olan meme kanserinde, tedavi yaklaşımının doğru belirlenmesi son derece önemlidir (12).

Meme kanseri olan kadınlar için kanserin evrelerine göre cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, immünoterapi ve hormonal tedavi gibi birçok tedavi olanakları vardır. Meme kanseri tedavisi genel olarak lokal tedavi ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır (9).

Lokal Tedavi

Memedeki tümörün çıkarılması, meme kanserinin vücudun diğer bölgelerine yayılması durumunda o bölgelerde hastalığın kontrol altına alınmasının amaçlandığı, cerrahi tedavi ve radyoterapi yöntemlerini içeren tedavi türüdür (9).

Cerrahi Tedavi

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde meme koruyucu ameliyatlar ve mastektomi olmak üzere iki türlü yöntem kullanılmaktadır.

Meme koruyucu ameliyatlar; memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı ameliyatlardır. Meme koruyucu ameliyatlar lumpektomi ve parsiyel mastektomi olmak üzere 2 ayrı yöntemle uygulanmaktadır. Lumpektomi; normal meme dokusu ile çevrili 3–4 cm'yi geçmeyen kanserli dokuların çıkarılması, parsiyel mastektomi ise memenin dörtte birinin ya da daha fazlasının kanserli doku ile birlikte çıkarılması işlemidir. Her iki yöntem sonunda da memede kalmış olabilecek kanserli hücreleri yok edebilmek için radyoterapi uygulanması gerekmektedir (9).

Mastektomi; basit, modifiye radikal ve radikal mastektomi olmak üzere 3 yöntemle gerçeklestirilen bir yöntemdir. Basit Mastektomi; yalnızca meme dokusunun tümünün çıkarıldıgı, altındaki kas tabakası ile koltuk altı lenf bezlerinin korunduğu yöntemdir. Modifiye radikal mastektomi, günümüzde yaygın olarak yapılan, meme dokusunun tümü ile meme derisinin, koltuk altı lenf bezlerinin bir kısmı ya da tamamının çıkarıldığı bir yöntemdir. Radikal mastektomi, yaklaşık 25 yıl öncesine kadar sık uygulanan memenin tümünün, pektoralis minör ve majör kasları ile koltuk altı lenf bezlerinin tümünün çıkarılması işlemidir. I. evre ve II. evrede hastalık henüz metastaz yapmadığından ve iyileşme şansı yüksek olduğundan basit mastektomi ve modifiye radikal mastektomi gibi büyük ameliyatlar uygulanacağı gibi lumpektomi ve parsiyel mastektomi de uygulanmaktadır. III. evrede daha çok basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi, IV. evrede ise metastazlar olduğu için kemoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik tedavi uygulanmaktadır (62).

Radyoterapi (RT)

Ameliyattan önce tümörün boyutunu küçültmek, ameliyattan sonra memede, gögüs duvarında ya da koltuk altında kalmış olabilecek ya da yeniden üreyebilecek kanser hücrelerini yok etmek için uygulanan tedavi yöntemidir (9).

İntraoperatif RT tedavisi:

1. Çok kısa sürede tamamlanıyor olması, (ameliyathanede ameliyat sırasında yapılan ve 2-3 dakika süren bir tedavi)
2. Klasik tedavide oluşan cilt çekintileri, meme ödemi oluşturmaması,
3. Daha az liponekroz, daha az fibrozis, daha az kozmetik probleme neden olması,
4. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresini etkilememesi nedeniyle avantajları olan bir tedavi yöntemidir.

Bu avantajların yanında, bu tedavi için her meme kanserli hastanın uygun olmadığını da belirtmek gerekir. Genel olarak elli yaş altında ve tümör çapı 3 cm üzeri olan hastalar uygun değildir (63).

Sistemik Tedavi

Vücudun diğer bölümlerine yayılan tümörleri yok etmek amacıyla kemoterapi, hormonal tedavi ve immünoterapi yöntemlerini içeren tedavi şeklidir.

1. Kemoterapi: Vücuda yayılmış olması muhtemel kanser hücrelerinin ortadan kaldırılarak hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması amacıyla meme kanserinin ilaçla

tedavisidir. Bu ilaçlar damar içine ya da oral yolla uygulanabilmektedir. Kemoterapi protokollerinin uygulanması ile meme kanseri nüks ve mortalite riskinde % 15- 30 azalma sağlandığı bildirilmektedir (9,62).

2. Hormonal Tedavi: Hormon preparatları ile yapılan meme kanseri tedavisidir. Günümüzde hormonal tedavi alanında geçerliliği kanıtlanmış olan ve en yaygın kullanılan antiestrojen ilaç "Tamoksifen" dir. Estrojen reseptör blokeri olan bu ilaç hem estrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önlemekte hem de sitostatik özellik taşımaktadır. Tamoksifenin meme kanserinin yıllık yenileme riskini % 26, yıllık ölüm riskini % 14 oranında azalttığı ileri sürülmektedir. Ayrıca estrojen üretimini önemli ölçüde azaltan over fonksiyonlarının ooforektomi ya da ilaçlar ile durdurulması hormonal tedavi başlığı altında incelenebilmektedir (9,52,62).

3. İmmünoterapi: Vücudun kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin çeşitli ajanlarla güçlendirilmesi yöntemidir. İmmünoterapi çalışmaları özellikle HER 2, Human Epidermal Growth Factor Reseptör Tip 2, onkojenine karşı antikor oluşturma eğilimine yoğunlaşmıştır. Ancak "herceptin" adlı ilacın hastaların % 15'inde olumlu cevap verdiği bildirilmektedir (9,62).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi, Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine Ocak 2007-Aralık 2011 tarihleri arasındaki 5 yıllık süre içinde başvuran meme kanseri tanılı hastalar araştırmaya dahil edildi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23 Şubat 2012 / 1940 sayılı etik onay kararının alınmasının ardından, bu hastaların dosyaları TÜTF Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi merkez arşivi ve TÜTF Onkoloji Hastanesi arşivinden geriye dönük olarak incelendi. Olguların sosyodemografik özellikleri, klinik bilgileri, adres ve telefon numaraları taranarak araştırmacılarca hazırlanmış olan veri toplama / anket formuna kayıt edildi. Etik Kurul onay yazısı (Ek 1) ve veri toplama/anket formu (Ek 2) ekte sunulmuştur.

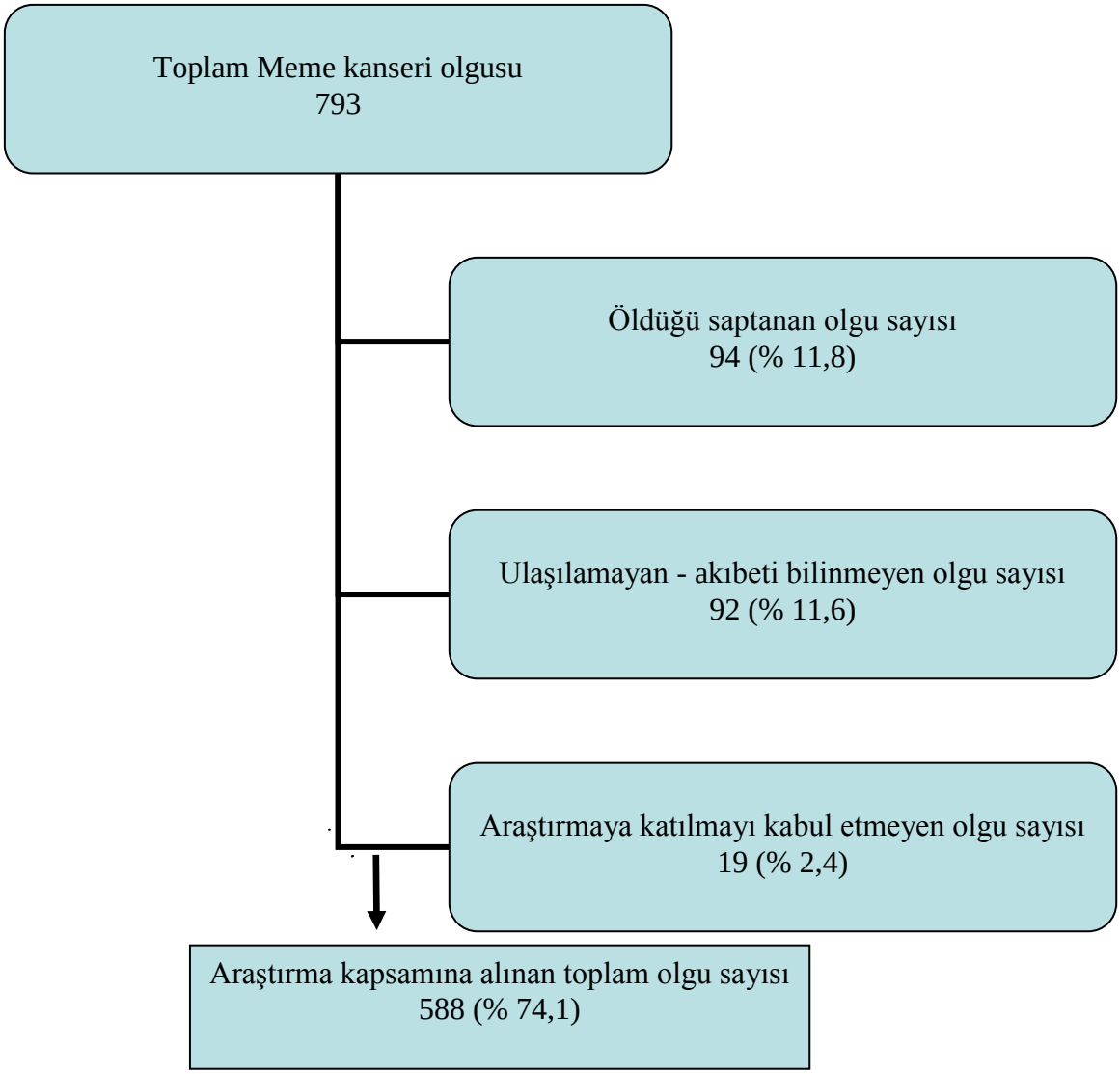
Hem merkez arşivde hem de Onkoloji Hastanesi arşivinde dosyası bulunan olguların ayrıca aynı hasta için farklı başvurularda tekrar dosya çıkarılması nedeniyle birden çok olan dosyaların tekrar kayıt edilmesinden kaçınmak için aynı hasta adına hazırlanmış olan dosyalar bir arada incelenerek elde edilen bilgiler o hasta için tek bir veri toplama formuna doldurulduldu. Kayıp dosyalar ile adres ve telefon kayıtları, kimlik bilgileri, klinik bilgilerin eksik olduğu dosyalar çalışma dışı bırakılarak toplam 793 olgu araştırmaya dahil edildi.

Hasta dosyasında Türkiye Cumhuriyeti Kimlik Numarası kayıtlı olan hastaların kimlik numaraları kayıt edildi. Hasta dosyasında kimlik numarası kayıtlı olmayan hastaların T.C. Kimlik Numaraları tek tek isim ve protokol numaraları kullanılarak TÜSAM otomasyon sisteminden bulundu. Araştırmaya dahil edilen ve T.C. Kimlik Numarasına ulaşılabilen tüm meme kanserli olguların T.C. Kimlik Numaraları kullanılarak Edirne Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde Türkiye İstatistik Kurumu verilerine ulaşıldı ve 89 olgunun öldüğü ve ölen

olguların ölüm tarihleri tespit edildi. Araştırmaya dahil edilen hastalara telefon ile veya adreslerine gidilerek görüşme yapılması sırasında 5 kişinin daha ölmüş olduğu böylece toplam ölen olgu sayısının 94 olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen hastalar için önce hasta dosyalarındaki bilgiler çalışma ve anket formuna kayıt edildi, daha sonra hastalar ile yüzyüze görüşülerek veya telefon ile ulaşılarak çalışma ve anket formundaki eksik kalan bilgiler tamamlandı.

Veri toplama formunun kullanılabilirliğini belirlemek amacı ile 10 kadın ile yüz yüze, 10 kadın ile de telefon ile pilot uygulama yapıldı. Anlaşılamayan sorular tekrar düzenlenerek formlara son şekli verildi. Pilot uygulamada her bir formun uygulanmasının yaklaşık 15-20 dakika sürdüğü görüldü.

Araştırmaya dahil edilen ve yaşayan olgulardan, Edirne ili merkez ilçede ikamet eden 166 hastadan adresleri tam olarak kayıtlı olan ve görüşmeyi kabul eden 117'sinin (% 70,4) adreslerine gidilip yüz yüze görüşme yapıldı. Adres bilgisi eksik olan Edirne ili merkez ilçe ikametli 34 (% 20,4) kişi ile de telefon ile görüşme yapılarak toplam 151 anket formu dolduruldu. Ulaşılamayan 13 kişi, görüşme yapmayı kabul etmeyen 6 kişi ve öldüğü tespit edilen 15 kişi ile görüşülemedi. Araştırmaya dahil edilen ve yaşayan Edirne ili merkez ilçe dışında, diğer köy, ilçe ve illerde oturan 497 olgunun, telefon ile ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul eden 437' si ile (% 87,9) telefon ile görüşülerek anket formu dolduruldu. Ulaşılamayan 79 kişi, görüşme yapmayı kabul etmeyen 13 kişi ve öldüğü tespit edilen 79 kişi ile görüşülemedi. Dolayısıyla toplam yaşayan 663 kişinin 588'i (% 88,6) ile yüz yüze veya telefon ile görüşme yapılmış oldu. 92 kişiye ulaşılamadı ve 19 kişi de görüşmeyi kabul etmedi.



Şekil 12. Araştırmanın akış ve veri toplama şeması

Araştırmanın genel analizleri 588 hasta ile yapıldı. Araştırmaya dahil edilen 588 hastadan 552'sinin (% 93,9) 15-69 yaş grubunda olduğu, 36'sının ise (% 6,1) 70 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi. 552 hastanın 5' inin (% 0,9) erkek hasta olduğu tespit edildi. 69 yaşın üzerindeki kadın hastalar ve 15-69 yaş arasında olduğu tespit edilen 5 erkek hasta, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın şu anki Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre; erkeklere ve 69 yaşından büyük olan kadınlara yönelik uygulama olmadığı için analiz dışı bırakıldı. Erken tanı tarama yöntemi kullanma durumunu araştırmak için yapılan analizler geriye kalan 547 kadın hasta ile yapıldı.

Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları, Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı ve Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumu ve bunun bileşenleri olan KKMM yapma, KLMM yaptırma

ve mammografi çektirme durumu ile ilgili analizler yapılırken: 547 kişiden 50 yaş ve üzerinde olanların son iki yılda mammografi çektirmiş olanları, 50 yaşın altında olanların da sağlık profesyonellerinden birebir veya eğitici televizyon programları aracılığı ile KKMM öğrenip uyguluyorum veya KLMM yaptırdım, mammografi çektirdim diyenler, erken tanı ve tarama yöntemi kullanmış kabul edildi (3,4,5,10,11,15).

Araştırmaya dahil edilen hastalar için risk değerlendirmede Amerikan Kanser Birliği ve Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği "Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu" kullanıldı (64).

Tablo 7. Meme kanseri risk değerlendirme formu (64)

Risk faktörü	Kategori	Puanlar
Yaş	30 yaş altı	10
	30-40 yaş	30
	41-50 yaş	75
	51-60 yaş	100
	60 yaş üstü	125
Ailesel meme kanseri öyküsü	Yok	0
	Bir hala, teyze yada büyükanne	50
	Anne yada kız kardeş	100
	Anne ve kız kardeş	150
	Anne ve iki kız kardeş	200
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok	0
	Meme kanseri var	300
Çocuk doğurma yaşı	30 yaş öncesi ilk doğum	0
	30 yaş sonrası ilk doğum	25
	Çocuk yok	50
Menstruel öykü	Menstruasyona başlama yaşı 15 ve üstü	15
	Menstruasyona başlama yaşı 12-14	25
	Menstruasyona başlama yaşı 11 ve altı	50
Beden yapısı	Zayıf (VKI< 18.5 kg/m^2)	15
	Orta (VKI =18.5-24.9 kg/m^2)	25
	Şişman (VKI>25 kg/m^2)	50

VKI: Vücut Kitle Indeksi.

Tablo 8. Meme kanseri için risk düzeyi sınıflaması (64)

Puan	Kategori
200 puan altı	Düşük risk
201-300 puan	Orta risk
301-400 puan	Yüksek risk
400 puan üstü	Çok yüksek risk

Bizim çalışmamızda kadınların hepsi meme kanseri tanısı almış hastalardı. Çalışmamızda Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'na göre; meme kanseri tanısı almadan önceki dönemde erken tanı tarama yöntemi kullanıp kullanmadıkları ve bu programın bileşenleri olan KKMM yapma, KLMM yaptırma ve mammografi çektirme durumları incelendiği için "Kişisel meme kanseri öyküsü'' sorusuna her kadın için – meme kanseri yok- yani " 0'' puan verildi. Diğer parametreler için tabloda belirtildiği biçimde puanlama yapıldı.

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. (SPSS 20.0 programı için seri numarası: 10240642). Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin (Ortalama, Standart sapma, ortanca, minumum, maximum) yanı sıra kesikli veriler için Ki Kare testi, sürekli veriler için Student t testi kullanıldı. Çok değişkenli analizlerde adım adım (stepwise) lojistik regresyon modeli (ENTER) kullanıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Hipotezleri

H0: TÜSAM'ye başvuran meme kanseri tanılı hastaların erken tanı ve tarama yöntemleri kullanma durumları, KKMM yapmaları, KLMM yaptırmaları, mammografi çektirmeleri; klinik özellikleri, risk faktörleri, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisizdir.

H1: TÜSAM'ye başvuran meme kanseri tanılı hastaların erken tanı ve tarama yöntemleri kullanma durumları, KKMM yapmaları, KLMM yaptırmaları, mammografi çektirmeleri; klinik özellikleri, risk faktörleri, sosyodemografik değişkenlerle ilişkilidir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne 2007-2011 yılları arasında başvurmuş olan meme kanseri tanılı hastaların risk durumları, meme kanseri tanılı hastaların erken tanı ve tarama yöntemi kullanma, KKMM yapma, KLMM yaptırma ve mammografi çektirme durumları.

Bağımsız değişkenler:

- Yaş
- Cinsiyet
- Doğum yeri
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Meslek
- Aylık gelir
- Sağlık güvencesi durumu
- Sosyal güvence türü
- İkamet adresi
- Sigara alışkanlığı
- Vücut Kitle Indeksi
- Kanser tanısının ilk konulduğu merkez
- Tanıya esas olan yöntem
- Histolojik tanı
- Evre
- Uygulanan tedavi
- Tedavisinin nerede yapıldığı
- Tümör boyutu
- Nüks durumu
- Hastalığın ilk fark edilme durumu
- Sağlık hizmetine erişmede sorun yaşama
- Hastalık için cepten harcama yapma
- Ailesinde meme ca tanısı olması
- Memede iyi huylu kitle tanısı olması
- Doğum sayısı
- İlk doğum yaşı
- Emzirme süresi
- Oral kontraseptif kullanma durumu
- Dışarıdan hormon kullanma durumu

- Meme kanseri için risk düzeyi
- Menarş yaşı
- Menapoz yaşı
- AH'nin KLMM yapma durumu
- AH'nin mammografi hakkında bilgi verme durumu
- AH'nin KETEM'e yönlendirme durumu

Araştırmanın Kısıtlılıkları

— Araştırma Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde kayıtlı hastalar üzerinde yapıldığı için sonuçlar Türkiye'ye genellenemeyecektir.

— Bazı veriler hasta beyanlarına göre doldurulduğu için bu beyanlar doğru kabul edilmiştir.

— Adres veya telefonlarını değiştiren hastalara ulaşmakta sorun yaşanmıştır.

— Bazı hastalarla telefon ile görüşme yapıldığı için bazı sorulara uygun ve anlaşılır yanıtlar alınamamış, görüşme sırasında hastayı anket sorularına yönlendirmekte zorlanılmıştır.

— Tarama yöntemleriyle ilgili çalışmaların sınırlı olmaları nedeniyle bu başlıkla ilgili karşılaştırmalar ayrıntılı yapılamamıştır.

— Hastaların bilgilerinin bir bölümü kayıtlardan bir bölümü de görüşme yoluyla hastalardan anket yöntemi ile toplanmıştır. Kayıtlardaki düzensizlikler ve hatırlama etmeni geriye yönelik bilgi toplandığından bazı sayısal verilerde eksikliğe yol açmış olabilir. Ancak bu kısıtlılık rastgele hata olup, taraf tutma olarak değerlendirilemez.

BULGULAR

Araştırma kapsamında yapılan arşiv çalışması sonucunda 793 hasta dosyasına ulaşıldı. Bu hastalardan 94'ünün (% 11,9) öldüğü tespit edildiği, 92'sine (% 11,6) adres veya telefon numarası değişikliği nedeniyle ulaşılamadığı ve 19'unun (% 2,4) ise çalışmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma dışında bırakılması sonucunda araştırma 588 hasta ile yapıldı. Çalışmaya dahil edilen 588 meme kanseri tanılı hastanın 117'si (% 19,9) ile yüz yüze ve 471'i (% 80,1) ile de telefon ile görüşülerek anket formu uygulandı.

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya dâhil edilen meme kanseri tanılı hastaların Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi'ne yıllara göre başvuru zamanları incelendiğinde; 50'sinin (% 8,5) 2007 yılında, 85'inin (% 14,5) 2008 yılında, 158'inin (% 26,9) 2009 yılında, 152'sinin (% 25,9) 2010 yılında, 143'ünün (% 24,3) ise 2011 yılında başvurduğu tespit edildi.

Hastaların 582'si (% 99) kadın iken, yalnızca 6 tanesi erkekti. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 54,6 ± 10,5 (min=26-maks=83-mod=52) iken, meme kanseri tanısı aldıkları andaki yaş ortalaması 51,5 ± 10,7 (min=24-maks=81-mod=47) idi.

Çalışmaya alınan hastaların 438'inin (% 82,3) kent merkezinde (il ve ilçe merkezleri), 94'ünün ise (% 17,7) kırsal alanda (köy) yaşadıkları tespit edildi.

Hastaların 151'i (% 25,7) Edirne ili merkez ilçede, 437'si (% 74,3) Edirne ili merkez ilçe dışı ilçe ve köyler ile diğer il ve ilçelerde ikamet etmekteydi (Tablo 9).

Hastaların Edirne dışı ikamet ettikleri illere göre dağılımları incelendiğinde en sık % 28,7 (n=169) ile Kırklareli, ikinci sıklıkta % 19,4 (n=114) Tekirdağ gelmekte idi (Tablo 9). Çalışmaya dâhil edilen hastaların medeni durumlarına göre dağılımı, 462'si (% 78,6) evli, 18'i (% 3,1) bekâr, 108'i (% 18,4) dul veya boşanmış biçimindeydi (Tablo 9).

Hastaların % 56,8'inin (n=334) ilkokul veya ortaokul mezunu, % 18,9'unun (n=111) okur-yazar olduğu, % 12,4'ünün (n=73) lise mezunu, % 6,1 'inin (n=36) üniversite mezunu olduğu, % 5,8'inin (n=34) ise okuma yazma bilmediği tespit edildi (Tablo 9).

Çalışmaya dâhil edilen hastaların mesleklerine bakıldığında, 467'sinin (% 79,6) ev hanımı, 55'inin (% 9,4) emekli olduğu, azalan sıklıklar ile ücretli-maaşlı bir işte çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar, yevmiyeli bir işte çalışanların izlediği tespit edildi. Hastalarımızın % 98,6'sının (n=580) sağlık güvencesi bulunmakta iken, % 1,4'ünün ise herhangi bir sağlık güvencesi olmadığını belirledik. Sağlık güvencesinde; % 45,7 oranıyla (n=265) Sosyal Sigortalar Kurumu ilk sırada yer almaktaydı (Tablo 9).

Çalışmaya katılan hastaların sosyo demografik özellikleri Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Araştırmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellikleri		**Sayı**	**%**
İkamet Edilen İller	**Edirne**	**291**	**49,5**
	Kırklareli	169	28,7
	Tekirdağ	114	19,4
	Çanakkale	5	0,9
	İstanbul	5	0,9
	Diğer*	4	0,8
İkamet Yeri	**Kent**	**438**	**82,3**
	Kır	16	17,7
Cinsiyet	**Kadın**	**582**	**99,0**
	Erkek	6	1,0
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmeyen	34	5,8
	Okur-yazar	111	18,9
	İlkokul-orta okul mezunu	**334**	**56,8**
	Lise mezunu	73	12,4
	Üniversite mezunu	36	6,1
Medeni durum	**Evli**	**462**	**78,6**
	Bekar	18	3,1
	Dul veya boşanmış	108	18,4
Meslek	Kendi hesabına çalışan	13	2,2
	Ücretli maaşlı	43	7,3
	Yevmiyeli	9	1,5
	Emekli	55	9,4
	Ev hanımı	**467**	**79,6**
Sağlık güvencesi	**Var**	**580**	**98,6**
	Yok	8	1,4
Sağlık güvence türü	**Sosyal Sigortalar Kurumu**	**265**	**45,7**
	Bağ-Kur	152	26,2
	Emekli Sandığı	124	21,4
	Özel Sigorta	2	0,3
	Yeşil Kart	37	6,4
Tanı yaşı	**24-49 yaş**	**275**	**46,8**
	50-69 yaş	277	47,1
	70 ve üzeri yaş	36	6,1

***:** Konya, Ankara, Tokat, Kilis.

Tümör Özellikleri

Araştırmaya alınan meme kanseri tanılı hastaların tanı konulduğu andaki tümörün lokalizasyonları değerlendirildiğinde kitlelerin; en sık % 32,9 (n=194) oranında sol üst dış kadran ve % 31,9 oranında da (n=188) sağ üst dış kadranda bulundukları tespit edildi (Tablo 10).

Tanı konulduğu anda % 53,3 (n=311) gibi büyük bir çoğunluğunun erken evre meme kanseri olduğu, tümörün boyutlarına bakıldığında ise % 52,5'inin (n=289) T2 boyutunda olduğu, sadece % 5,6'sında (n=17) axiller lenf nodu tutulumunun varlığı tespit edildi. Ayrıca tümörlerin histolojik tanılarının dağılımına bakıldığında; % 72,9'unun (n=429) invaziv ductal karsinoma olduğu bulundu (Tablo 10).

Çalışmaya dahil olan hastaların tümör özellikleri Tablo 10'da ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

Tablo 10. Araştırmaya dahil edilen hastaların tümör özelliklerinin dağılımı

Tümör özellikleri		**Sayı**	**%**
Tümör boyutu	Tıs	29	5,0
	T1	186	32,1
	T2	**289**	**49,8**
	T3	51	8,8
	T4	25	4,3
Axiller lenf nodu tutulumu	Var	17	5,6
	Yok	**284**	**94,4**
Histopatolojik tipleri	Duktal karsinoma insutu	26	4,4
	İnvaziv duktal karsinom	**429**	**72,9**
	Metaplastik karsinom	20	3,4
	Adenoid kistik karsinom	2	0,3
	Apokrin karsinom	2	0,3
	i.müsinöz karsinom	11	1,9
	medüller karsinom	9	1,5
	i.komedo karsinom	1	0,2
	i.papiller karsinom	3	0,5
	İnflamatuar meme karsinomu	2	0,3
	Lobüler karsinoma insutu	2	0,3
	İnvaziv lobüler karsinom	55	9,4
	Mixt (İDK+İLK)	22	3,7
	Paget	1	0,2
	Taşlı yüzük hücreli karsinom	1	0,2
	İnvaziv kribriform karsinom	1	0,2
	Komedo karsinom	1	0,2

İDK.: İnvaziv duktal karsinom; **İLK:** İnvaziv lobüler karsinom; **Tıs:** Insutu; **T1:** ≤2cm; **T2:** 2-5cm; **T3:** 5≥; **T4:** Tümör herhangi bir boyutta ancak göğüs duvarına ve cilde direkt yayılım var.

Tablo 10. (devamı) Araştırmaya dahil edilen hastaların tümör özelliklerinin dağılımı

Tanı anında evre	**Erken evre**	**311**	**53,3**
	Ara evre	140	24,0
	Lokal ileri evre	104	17,8
	Metastatik evre	28	4,8
Tanı anında lokalizasyon	Bilateral	6	1,1
	Sağ multifokal	23	3,9
	Sağ alt iç	18	3,1
	Sağ alt dış	29	4,9
	Sağ üst iç	26	4,4
	Sağ üst dış	188	31,9
	Sağ santral	12	2,0
	Sağ areolar	6	1,0
	Sol multifokal	9	1,5
	Sol alt iç	8	1,3
	Sol alt dış	29	4,9
	Sol üst iç	30	5,1
	Sol üst dış	**194**	**32,9**
	Sol santral	5	0,8
	Sol areolar	5	0,8

İDK.: İnvaziv duktal karsinom; **İLK:** İnvaziv lobüler karsinom; **Tıs:** Insutu; **T1:** ≤2cm; **T2:** 2-5cm; **T3:** 5≥; **T4:** Tümör herhangi bir boyutta ancak göğüs duvarına ve cilde direkt yayılım var.

Hastalık Tanı, Tedavi ve Takip Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen hastalar ilk olarak meme kanseri tanısı aldıkları merkezlere göre sınıflandırıldığında; 348'inin (% 59,2) bir devlet hastanesinde, 174'ünün (% 29,6) bir üniversite hastanesinde, azalan sıklıklar ile özel hastane ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesinde ilk olarak meme kanseri tanısı almış oldukları tespit edildi (Tablo 11).

Hastalarımızın tanı öncesi ilk şikayetleri sorgulandığında; % 77,9'unda (n=458) memede kitle, % 8,8'inde (n=52) memede ağrı ve kitle, azalan sıklıklarda meme başı retraksiyonu, meme başı akıntısı gibi farklı şikayetler olduğu görüldü (Tablo11).

Meme kanseri tanılı hastalarımızın tanıya esas olan yöntemleri değerlendirildiğinde; ilk sırada % 41,3 (n=242) ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)/tru cut biyopsi yer alırken azalan sıklıklarda % 31,2 (n=183) cerrahi eksizyon ve % 27,5 (n=161) ile mammografi-Ultrasonografi bulunmakta idi.

Araştırmaya dâhil edilen meme kanseri tanılı hastaların ilk tedavilerinin başlanıp devam ettiği merkezler analiz edildiğinde; % 39,4'ünün tüm tedavisinin yalnızca Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi'nde (TÜSAM) gerçekleştirildiği tespit

edildi. Ayrıca hastalarımızın % 39,9'unun TÜSAM + devlet hastanesinde, % 10,2'sinin TÜSAM+özel bir sağlık kuruluşunda, % 5,1'inin ise TÜSAM+ başka bir üniversite hastanesinde tedavilerinin gerçekleştirilmiş olduğu tespit edildi (Tablo 11).

Meme kanseri tanılı hastalarımıza uygulanılan tedavi şekilleri ayrıntılı bir biçimde değerlendirildiğinde yalnızca cerrahi tedavi uygulanan 15 hasta (% 2,6), yalnızca kemoterapi uygulanan 8 hasta (% 1.4), yalnızca radyoterapi uygulanan 5 hasta (% 0.9) bulunmakta iken tek başına hormonoterapi uygulanan bir hasta mevcuttu.

Uygulanılan kombine tedavi protokolleri incelendiğinde; en sık % 42,1 (n=246) ile cerrahi+ kemoterapi+ radyoterapi kombinasyonu yer almakta iken, azalan sıklıklarda % 33,8 (n=198) ile cerrahi+ kemoterapi ve % 6,8 (n=40) oranı ile de cerrahi+ kemoterapi+ radyoterapi+ hormonoterapi kombinasyonu izlemekte idi.

Hastalarımıza uygulanılan cerrahi tedavi teknikleri değerlendirildiğinde; % 48,3 (n=265) ile meme koruyucu mastektomi, % 43,9 (n=241) ile modifiye radikal mastektomi ilk iki sırada yer almaktaydı.

Uygulanan tedavi sonrası nüks görülme oranı % 2,2 (n=12) olarak tespit edildi.

Hastalarımızın meme kanseri tanı, tedavi ve takip sürecinde cepten harcama yapma durumları sorgulandığında; % 95,2'si (n=558) harcama yaptığını belirtirken, tetkik, tedavi ve hastane giderleri için harcama yapan hastaların % 66,5'i (n=371) bu süreçte oldukça zorlandığını, % 9,0'u (n=50) borçlandığını belirtirken, % 24,6'sı da (n=137) herhangi bir şekilde bu durumdan etkilenmediğini söylemişlerdir (Şekil 13,14).

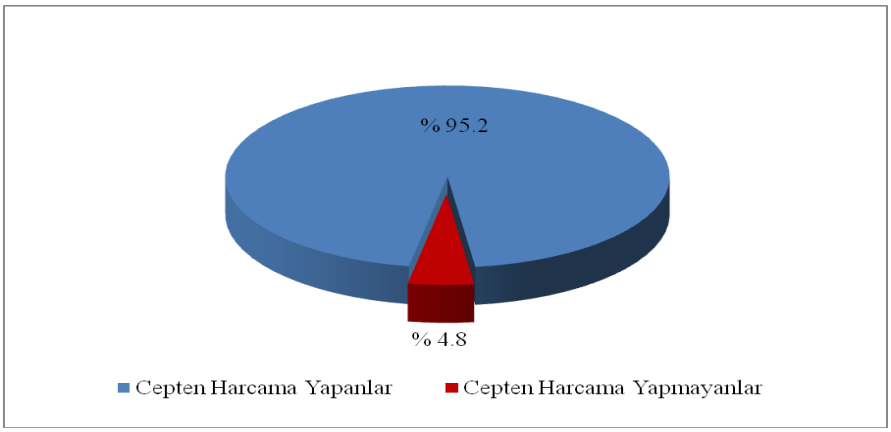
Çalışmaya dâhil edilen hastalarımızın % 58,6'sı (n=343) hastalığın başlangıcından itibaren sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda herhangi bir sorunla karşılaşmadığını belirtirken, % 41,4'ü (n=242) bir takım sorunlarla karşılaştığını belirttiler. Karşılaşılan bu sorunların analizi yapıldığında % 29,3 ile maddi sorunlar, (n=71) ilk sırada yer alırken, azalan oranlarda ulaşım (% 25,2), refakatçi bulma güçlüğü (% 3,3), işini kaybetme korkusu (% 0,8) izlemekte idi. Ayrıca hastalarımıza evde sağlık hizmetleri biriminden herhangi bir destek alıp almadıkları sorulduğunda, hastalarımızın hepsi bu hizmeti almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 11).

Araştırmaya dahil edilen hastaların tanı, tedavi ve takipleri ile ilgili veriler Tablo 11'de ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

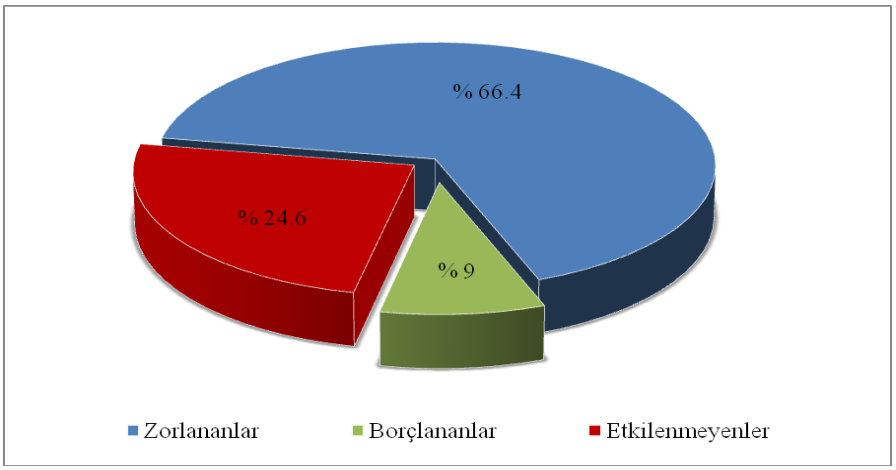
Tablo 11. Araştırmaya dahil edilen hastaların tanı, tedavi ve takip özellikleri

Hastaların tanı, tedavi ve takipleri		**Sayı**	**%**
Tanı merkezleri	**Üniversite hastanesi**	**174**	**29,6**
	Devlet hastanesi	348	59,2
	Sigorta Hastanesi	2	0,3
	Özel hastane	64	10,9
Tedavi merkezleri	TÜSAM	232	39,4
	Özel hastane	4	0,7
	Devlet hastanesi	6	1,0
	Başka üniversite hastanesi	8	1,4
	TÜSAM+Özel hastane	60	10,2
	TÜSAM+Devlet Hastanesi	**235**	**39,9**
	TÜSAM+Başka üniversite Hastanesi	30	5,1
	TÜSAM+Diğer Hastaneler	13	2,2
Takip merkezleri	**TÜSAM**	**538**	**91,5**
	Başka Üniversite Hastanesi	35	5,9
	Devlet hastanesi	3	0,5
	TÜSAM+Başka üniversite hastanesi	10	1,7
	TÜSAM+Devlet hastanesi	2	0,3
Doktora başvurduğu ilk şikayet	Ağrı	11	1,9
	Kitle	**458**	**77,9**
	Deride yara, ülser	3	0,5
	Meme başı akıntısı	7	1,2
	Meme başı retraksiyonu	9	1,5
	Ağrı+kitle	52	8,8
	Diğer	32	5,6
Hastalığın ilk fark edilme durumu	**Kendim**	**506**	**86,1**
	Muayene veya tetkik sırasında	82	13,9
Sağlık hizmetine erişmede sorun yaşama durumu	Evet	242	41,4
	Hayır	**343**	**58,6**
Sorun yaşayanların karşılaştıkları sorunlar	Ulaşım	61	25,2
	Refakat	8	3,3
	İş kaybı	2	0,8
	Maddi sorunlar	**71**	**29,3**
	Ulaşım+refakat	49	20,2
	Diğer	50	21,1

TÜSAM: Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.



Şekil 13. Olguların konuyla ilgili sağlık hizmetlerine cepten harcama yapma durumları



Şekil 14. Cepten harcama yapanların yaptıkları harcamalardan etkilenme durumları.

Muayene Özellikleri

Çalışma grubunun % 16,2'si (n=94) KKMM yaptığını belirtti. Hastaların KKMM'yi nereden öğrendikleri sorulduğunda; 17'si (% 29,8) KETEM, 20'şer (% 35,1) hasta ise AH ve uzman hekimden olmak üzere 57'sinin (% 58,2) bir sağlık çalışanından, 37'sinin (% 37,8) televizyon veya radyolardaki eğitici sağlık programlarından öğrendikleri tespit edildi (Tablo 12).

Hastalardan, meme kanseri tanısı almadan önceki dönemde KKMM yaptığını bildiren 94 hastanın ne sıklıkla meme muayenesi yaptıklarına bakıldığında; % 36.2 si (n=34) her banyo sonrası, % 63,8'inin ise (n=60) ayda bir kez KKMM yaptıkları öğrenildi (Tablo 12).

Kendi kendine meme muayenesi yapmamış olan hastaların 253'ü (% 51,8) bilmediği için, 229'u (% 46,9) şikayeti olmadığından gereksiz bulduğu için 6'sı da (% 1,3) erkek olduğu için yapmadığını belirtti (Tablo 12).

Hastaların yalnızca % 15,0'ine (n=86) Aile Hekimi (AH) tarafından KLMM yapıldığı, % 15.1'ine (n=87) AH tarafından mammografi ile ilgili bilgi verildiği, % 14.9'unun (n=86) ise AH tarafından KETEM'e yönlendirilmiş olduğu tespit edildi. Çalışmaya alınan hastalardan yalnızca % 27,0'sinin (n=156) meme kanseri tanısı almadan önce KETEM' de tarama yaptırdığı öğrenildi. Ayrıca çalışmaya alınan hastalardan % 39,2'sinin (n=228) meme kanseri tanısı almadan önce mammografi çektirdiği, % 47,1'inin (n=277) KLMM yaptırdığı belirlendi (Tablo 12).

Araştırmaya dahil edilen hastaların bazı muayene özellikleri Tablo 12' de ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur.

Tablo 12. Araştırmaya dahil edilen hastaların meme kanseri tanısı almadan önce yaptırdıkları bazı muayene özelliklerinin dağılımı

Muayene özellikleri			**Sayı**	**%**
KKMM	Evet		94	16,2
	Hayır		**488**	**83,8**
KKMM yapmayanların nedenleri	**Bilmiyordum**		**253**	**51,8**
	Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum		229	46,9
	Erkek olduğum için		6	1,3
KKMM yapanların muayene sıklığı	Her banyo yapışında		34	36,2
	Ayda bir		**60**	**63,8**
KKMM nereden öğrendiği	**Sağlık çalışanı**	KETEM (17-% 29,8)	**57**	**58,2**
		AH (20-% 35,1)		
		UH (20-% 35,1)		
	TV/Radyo		37	37,8
KLMM	Evet		277	47,1
	Hayır		**305**	**51,9**
KLMM'nin kim tarafından yapıldığı	Uzman Hekim		95	34,4
	Aile Hekimi		25	9,1
	KETEM		**123**	**44,6**
	Diğer		44	15,9
KLMM yaptıranların nedenleri	Kitle fark ettiğim için		35	12,5
	Şikayetim olmasa da muayene olmak istedim		108	39,0
	Doktor düzenli muayene olmam gerektiğini söyledi		**126**	**45,6**
	Akrabalarımda meme kanseri olduğu için		8	2,9

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, **KLMM:** Klinik meme muayenesi; **KETEM:** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, **AH:** Aile Hekimi; **UH:** Uzman Hekim.

Tablo 12 (devamı). Araştırmaya dahil edilen hastaların meme kanseri tanısı almadan önce yaptırdıkları bazı muayene özelliklerinin dağılımı

Mammografi	Evet	228	39,2
	Hayır	**354**	**60,8**
Mammografi çektirmeyi kim önerdi?	**KETEM**	**139**	**60,9**
	Uzman Hekim	87	38,2
	Aile Hekimi	2	0,9
Hastalık tanısı almadan önce AH tarafından KLMM yapılma durumu	Evet	86	15,0
	Hayır	**489**	**85,0**
Hastalık tanısı almadan önce AH tarafından mammografi hakkında bilgi verilme durumu	Evet	87	15,1
	Hayır	**490**	**84,9**
Hastalık tanısı almadan önce AH tarafından KETEM'e yönlendirilme durumu	Evet	86	14,9
	Hayır	**491**	**85,1**
Hastalık tanısı almadan önce KETEM'de tarama yaptırma durumu	Evet	156	27,0
	Hayır	**421**	**73,0**

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, **KLMM:** Klinik meme muayenesi; **KETEM:** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, **AH:** Aile Hekimi; **UH:** Uzman Hekim.

Risk Faktörleri

Çalışmaya alınan hastalardan meme kanseri tanısı almadan önceki dönemde yalnızca % 8,4'ünde (n=49) memede iyi huylu kitle tespit edildiği öğrenildi. Meme kanseri tanısı alan hastaların % 6,1'inin (n=36) birinci derece, % 11,6 sının (n=68) ise ikinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunmakta idi (Tablo 13).

Meme kanseri öyküsü ikinci derece akrabalardan en sık % 41,2 (n=28) ile kuzende görülürken, birinci derece akrabalardan da en sık % 72,3 (n=26) ile kız kardeşte tespit edildi. Ayrıca hem kız kardeşinde hem de annesinde meme kanseri öyküsü bulunan dört (% 11.1) hastamız mevcuttu (Tablo 13).

Çalışmaya alınan hastaların meme kanseri tanısı aldıkları anda % 57,7'si (n=336) post menapozal, % 38,3'ü (n=223) premenapozal dönemde iken, % 4,0'ü ise menapozal dönemde idi. Hastaların menapoza girme yaşları ortalaması 48,7 ± 4,1 (35-56) idi (Tablo 13).

Ayrıca çalışmaya alınan hastaların % 93,8'inin (n=546) meme kanseri tanısı almadan önce doğum yaptığı tespit edildi (Tablo 13). Hastaların ilk doğum yaptıkları yaş ortalaması 21,8 ± 3,4 (15-37) ve ortalama doğum sayısı 2,5 ± 1,2 (1-10) idi.

Hastalarımızın % 94,1'inde (n=515) emzirme öyküsü varken,% 5,9'u (n=32) doğum sonrası emzirmediği tespit edildi (Tablo 13). Ayrıca çalışmamızda meme kanseri tanılı hastaların toplam emzirme süresi ortalamasının 26,5 ± 17,8 ay olduğu tespit edildi.

Çalışmaya alınan hastaların meme kanseri tanısı almadan önceki dönemde % 2,6'sında (n=15) hormon replasman tedavisi, % 19,0'unda ise (n=109) oral kontraseptif ilaç kullanma öyküsü mevcuttu (Tablo 13).

Oral kontraseptif ilaç kullanan hastalarımızdan 27'si (% 26,0) aile hekimi,31'i (% 29,8) kadın doğum uzmanı ve 36'sı (% 34,6) sağlık ocağı hekimi önerisiyle başlamış iken, % 9,6'sının (n=10) herhangi bir hekim kontrolü olmadan kendisinin kullanmaya başladığı tespit edildi. Hastalarımızın yalnızca % 17,5'inde (n=102) sigara içme öyküsü mevcuttu. (Tablo 13).

Araştırmaya dahil edilen hastaların meme kanseri için risk faktörlerine ait dağılımları Tablo 13'te ayrıntılı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 13. Araştırmaya dahil edilen hastaların meme kanseri için risk faktörlerine göre dağılımları

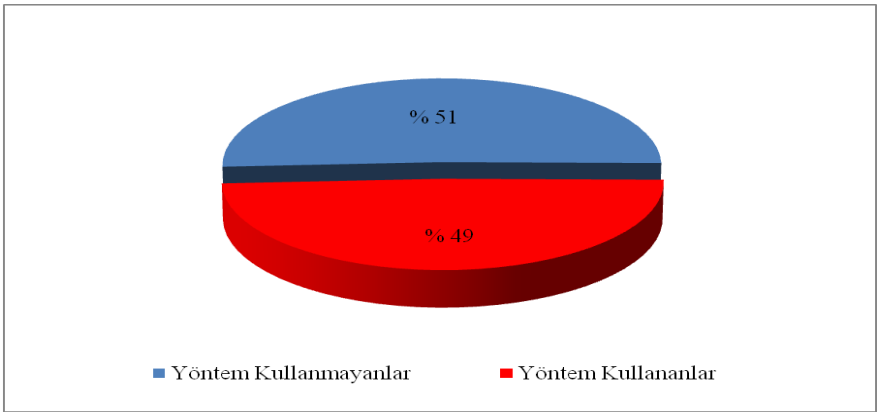
Meme kanseri için risk faktörleri		**Sayı**	**%**
Meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitle varlığı	Var	49	8,4
	Yok	**534**	**91,6**
1. derece akrabasında meme kanseri varlığı	Var	36	6,1
	Yok	**550**	**93,9**
1. derece akrabasında meme kanseri varsa kimde olduğu	Anne	6	16,6
	Kız kardeş	**26**	**72,3**
	Anne ve kız kardeş	4	11,6
2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	Var	68	11,6
	Yok	**518**	**88,4**
2. derece akrabasında meme kanseri varsa kimde olduğu	Teyze	20	29,4
	Hala	19	27,9
	Kuzen	**28**	**41,2**
	Anneanne	1	1,5
Menapoz durumu	Premenopoz	223	38,3
	Menopoz	23	4,0
	Postmenopoz	**336**	**57,4**
Doğum yapma durumu	**Evet**	**546**	**93,8**
	Hayır	36	6,2
Emzirme durumu	**Evet**	**515**	**94,1**
	Hayır	32	5,9
Hastalık tanısı almadan önce dışarıdan hormon kullanma durumu	Evet	15	2,6
	Hayır	**565**	**97,4**
Hastalık tanısı almadan önce OKS kullanma durumu	Evet	109	19,0
	Hayır	**464**	**81,0**
OKS'yi kimin önerdiği	Uzman hekim	31	29,8
	Aile hekimi	27	26,0
	Sağlık ocağı hekimi	**36**	**34,6**
	Kendisi alanlar	10	9,6
Sigara kullanma durumu	**Hiç içmemiş**	**482**	**82,5**
	Bir süre içmiş bırakmış veya halen içiyor	102	17,5

OKS: Oral kontraseptif.

Erken Tanı Tarama Yöntemi Kullanma

Araştırmaya dahil edilen 588 hastadan 552'sinin (% 93,9) 15-69 yaş grubunda olduğu, 36'sının ise (% 6,1) 70 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi. 552 hastanın 5' inin (% 0,9) erkek hasta olduğu tespit edildi. 69 yaşın üzerindeki kadın hastalar ve 15-69 yaş arasında olduğu tespit edilen 5 erkek hasta, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın şu anki Ulusal Meme Kanseri Tarama Programında erkeklere ve 69 yaşından büyük olan kadınlara yönelik uygulama olmadığı için analiz dışı bırakıldı. Erken tanı tarama yöntemi kullanma durumunu araştırmak için yapılan analizler geriye kalan 547 kadın hasta ile yapıldı.

Araştırmaya dahil edilen hastalardan 268'inin (% 49,0) erken tanı tarama yöntemi kullandığı, 279'unun (% 51,0) ise kullanmadığı tespit edildi (Şekil 15).



Şekil 15. Olguların erken tanı – tarama yöntemi kullanma durumları

Araştırmaya dahil edilen meme kanseri tanılı hastaların meme kanseri tanısı almadan önce bu üç tarama yönteminden kaç tanesini kullandıklarına yönelik dağılımları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Meme kanseri tanılı hastaların tanı öncesi kullandıkları tarama yöntemi sayısı dağılımları

Erken tanı tarama yöntemi kullanma durumu	Sayı	%
Hiç yöntem kullanmayanlar	260	47,5
Bir yöntem kullananlar	48	8,8
İki yöntem kullananlar	178	32,5
Üç yöntemi de kullananlar	61	11,2
Toplam	547	100,0

Yöntemler: Kendi kendine meme muayenesi, Klinik meme muayenesi, Mammografi.

Tablo 14 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen kadın hastaların meme kanseri için erken tanı tarama programında adı geçen, KKMM, KLMM ve mammografi yöntemlerinden

her üç yöntemi de kullandığını belirtenler 61 (% 11,2) kadın iken, hiç yöntem kullanmadığını belirtenler 260 kadın (% 47,5) idi.

Araştırmaya dahil edilen kadın hastalardan 94'ü (% 17,2) KKMM yaptığını, 222'si (% 40,6) mammografi çektirdiğini, 270'i (% 49,4) KLMM yaptırdığını belirtti.

KLMM ve mammografiyi, KLMM ve KKMM'yi, KKMM ve mammografiyi birlikte kullanan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15. Tanı tarama yöntemlerini birlikte kullananların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	KLMM+MG				KLMM+KKMM				KKMM+MG			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
15-39	3	1,4	70	21,5	8	10,4	65	13,8	0	0	73	15,0
40-49	72	32,4	129	39,7	38	49,6	163	34,7	30	49,2	171	35,2
50 ve üstü	147	66,2	126	38,8	31	40,2	242	51,5	31	50,8	242	59,8
Toplam	222	100,0	325	100,0	77	100,0	470	100,0	61	100,0	486	100,0

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi; **MG:** Mammografi.

Yaş gruplarına göre kadın hastaların meme kanseri tanısı almadan önce, meme kanseri için erken tanı tarama programında adı geçen, KKMM, KLMM ve mammografi yöntemlerinden kaç tanesini kullandıklarına yönelik dağılımlar Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Meme kanseri tanılı hastaların yaş gruplarına göre tanı almadan önce üç tarama yönteminden kaç tanesini kullandıklarına yönelik dağılımları

Yaş Grupları	Hiç yöntem kullanmayanlar		Bir yöntem kullananlar		İki yöntem kullananlar		Üç yöntemi de kullananlar		p*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
15-49 yaş	153	58,8	30	62,5	61	34,3	30	49,2	
50 yaş ve üzeri	107	41,2	18	37,5	117	65,7	31	50,8	**0.001**
Toplam	260	100	48	100	178	100	61	100	

Ki-kare, *p<0.05.

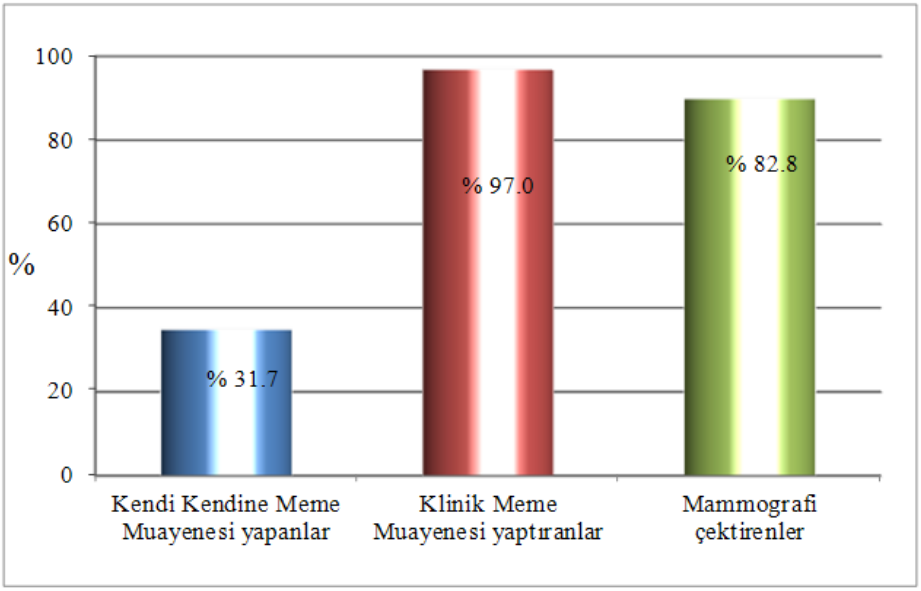
Tablo 16 incelendiğinde araştırmaya dahil edilen 50 yaş ve üzerindeki kadın hastaların daha fazla iki yöntem, 15-49 yaş grubu kadın hastaların ise daha fazla tek yöntem kullandıkları tespit edildi (p<0.001).

Araştırmamızda yer alan kadınların Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan muayene yöntemlerini erken tanı tarama yöntemi olarak kullanma durumları Tablo 17 ve Şekil 16'da verilmiştir.

Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların erken tanı tarama yöntemi olarak Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan muayene yöntemlerini kullanma durumları

Muayene Yöntemleri		Erken tanı tarama yöntemi kullanmış olanlar		Erken tanı tarama yöntemi kullanmamış olanlar	
		Sayı	%	Sayı	%
KKMM	**Evet**	85	31,7	9	3,2
	Hayır	183	68,3	270	96,8
	Toplam	268	100,0	279	100,0
KLMM	**Evet**	260	97,0	10	3,6
	Hayır	8	3,0	269	96,4
	Toplam	268	100,0	279	100,0
Mammografi	**Evet**	222	82,8	0	0
	Hayır	46	17,2	279	100,0
	Toplam	268	100,0	279	100,0

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi.



Şekil 16. Erken tanı – tarama yöntemi kullanan olguların yöntemlere göre dağılımları

Tablo 17 incelendiğinde; araştırmaya dahil edilen, meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullandığı belirlenen hastalardan 183'ünün (% 68,3) KKMM yapmadığı ama; KLMM veya mammografi gibi diğer yöntemleri yaşına uygun kullandığı için erken tanı tarama yöntemi kullananlar grubunda yer aldığı tespit edildi. 9 hastanın ise (% 3,2) KKMM yaptığı halde yalnızca bununla yetinip yaşına göre yaptırması gereken KLMM veya mammografi gibi yöntemleri yaptırmadığı için erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar grubunda yer aldığı tespit edildi. Yine 8'inin (% 3,0) KLMM yapmadığı halde erken tanı tarama yöntemi kullananlar arasında yer aldığı yani yaşına göre KKMM yaptığı veya

mammografi çektirdiği tespit edildi. Ayrıca 10 (% 3,6) hastanın da KLMM yaptırdığı halde erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar grubunda yer aldığı; yani KLMM yaptırdığı halde mammografi çektirmediği tespit edildi. 46 (% 17,2) hastanın da mammografi çektirmediği ama; KKMM veya KLMM gibi diğer yöntemleri yaşına uygun kullandığı için erken tanı tarama yöntemi kullananlar grubunda yer aldığı tespit edildi.

Erken Tanı Tarama Yöntemi Kullanma ve Sosyodemografik Özellikler

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullanma durumlarının dağılımı Tablo 18'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 18. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullanma durumlarının dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Erken tanı tarama yöntemi kullananlar		Erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İkamet ettikleri yer	**Kent**	213	51,8	198	48,2	411	100,0	**0.017**
	Kır	32	37,6	53	62,4	85	100,0	
Tanı yaşı	**15-49 yaş**	121	44,2	153	55,8	274	100,0	**0.023**
	50 yaş ve üzeri	147	53,8	126	46,2	273	100,0	
Eğitim	**Okur yazar değil**	6	35,3	11	64,7	17	100,0	
	Okur yazar	44	45,4	53	54,6	97	100,0	
	İlk-orta okul	150	46,0	176	54,0	326	100,0	
	Lise-üniversite	68	63,6	39	36,4	107	100,0	**0.007**
Medeni durum	**Evli**	227	50,4	223	49,6	450	100,0	
	Bekar	7	38,9	11	61,1	18	100,0	0,327
	Dul	34	43,0	45	57,0	79	100,0	
Meslek	**Kendi hesabına çalışan**	6	50,0	6	50,0	12	100,0	
	Ücretli veya maaşlı	24	57,1	18	42,9	42	100,0	**0.002**
	Yevmiyeli	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
	Emekli	38	73,1	14	26,9	52	100,0	
	Ev hanımı	198	45,8	234	54,2	432	100,0	
Sağlık güvencesi durumu	**Var**	267	49,4	273	50,6	540	100,0	
	Yok	1	14,3	6	85,7	7	100,0	0,123
Sağlık güvencesi türü	**SSK**	129	51,4	122	48,6	251	100,0	
	BK	49	36,0	87	64,0	136	100,0	
	ES	79	68,1	37	31,9	116	100,0	**0.001**
	ÖS	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
	YK	9	25,7	26	74,3	35	100,0	
Tanı anında yaş grupları	**15-39 yaş**	18	24,7	55	75,3	73	100,0	
	40-49 yaş	103	51,2	98	48,8	201	100,0	**0.001**
	50 yaş ve üzeri	147	53,8	126	46,2	273	100,0	

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu; **BK:**Bağ-Kur; **ES:** Emekli Sandığı; **ÖS:** Özel Sigorta; **YK:**Yeşil Kart
Ki-kare, *p<0.05.

Erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları analiz edilen meme kanseri tanılı hastaların 411'inin (% 83,0) kentte oturduğu, 274'ünün (% 50,1) 15-49 yaş grubunda olduğu, 540'ının (% 98,7) sağlık güvencesinin olduğu tespit edildi.

Meme kanseri tanılı hastalardan kentten oturanların 213'ünün (% 51,8), emekli olan hastaların 38'inin (% 73,1), sağlık güvencesi olan hastaların 267'sinin (% 49,4), sahip oldukları sağlık güvence türü Emekli Sandığı olan hastaların 79'unun (% 68,1), tanı anında 50 yaş ve üzerinde olanların 147'sinin (% 53,8), lise-üniversite mezunu olanların 68'inin (% 63,6) meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullandığı tespit edildi.

Araştırmaya dahil edilen meme kanseri tanılı hastalardan kentte yaşayanların kırda yaşayanlara göre (p=0.017), sağlık güvencesi emekli sandığı olanların diğer sağlık güvencesi türüne sahip olanlara göre (p=0.001), lise veya üniversite mezunu olanların diğerlerine göre (p=0.023), 50 ve üzeri yaşlarda olan hastaların 15-49 yaş grubundaki kadınlara göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi (p= 0.007).

Aylık gelir ortalaması erken tanı tarama yöntemi kullananlarda 661,9 TL ± 573,3 TL iken (min.=0 TL, median= 650 TL maks.= 2500 TL); kullanmayanlarda 470,5 TL ± 491,4 TL (min.=0 TL, median=550 TL maks.= 2700 TL) tespit edildi. Bu fark önemliydi (p= 0.001).

Tanı anındaki yaş ortalaması erken tanı tarama yöntemi kullananlarda 51,0 ± 8,0 (min.=27 – maks.=68), kullanmayanlarda 48,9 ± 10,2 (min.=24 – maks.=69) olarak tespit edildi ve aradaki fark önemli bulundu (p=0.010).

Erken Tanı Tarama Yöntemi Kullanma ve Tümör Özellikleri

Hastaların bazı tümör özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları Tablo 19'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 19 incelendiğinde; meme kanseri tanılı kadın hastaların tanı anında tümör boyutlarının sırasıyla 271' inin (% 50,3) T2, 171' inin (% 31,7) T1, 50'sinin (% 9,3) T3, 27'sinin (% 5,0) Tıs, 20'sinin de (% 3,7) T4 olduğu; erken tanı tarama yöntemi kullananlar ile kullanmayanlar arasında tanı anında tümör boyutu açısından anlamlı fark olmadığı tespit edildi (p=0.431).

422 (% 77,9) hastanın erken veya ara evrede tanı almış olduğu, 120 (% 22,1) hastanın lokal ileri veya metastatik evrede tanı aldığı tespit edildi. Erken veya ara evrede tanı almış olan hastaların 217' sinin (% 51,4), lokal ileri veya metastatik evrede tanı almış olan hastaların 48'inin (% 40,0) erken tanı tarama yöntemi kullandığı; erken tanı tarama yöntemi kullananların daha yüksek oranda erken veya ara evrede tanı aldıkları saptandı (p=0.027).

Tablo 19. Hastaların bazı tümör özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları

Tümör özellikleri		Erken tanı tarama yöntemi kullananlar		Erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tümör boyutu	**Tıs**	16	59,3	11	40,7	27	100,0	0.431
	T1	86	50,3	85	49,7	171	100,0	
	T2	134	49,4	137	50,6	271	100,0	
	T3	21	42,0	29	58,0	50	100,0	
	T4	7	35,0	13	65,0	20	100,0	
Tanı anında evre	**Erken**	143	49,5	146	50,5	289	100,0	**0.036**
	Ara	74	55,6	59	44,4	133	100,0	
	Lokal ileri	41	43,6	53	56,4	94	100,0	
	Metastatik	7	26,9	19	73,1	26	100,0	
Tanı anında evre	**Erken-ara**	217	51,4	205	48,6	422	100,0	**0.027**
	Lokal ileri-metastatik	48	40,0	72	60,0	120	100,0	

Tıs: Insutu; **T1:** ≤2cm; **T2:** 2-5cm; **T3:** 5≥; **T4:** Tümör herhangi bir boyutta ancak göğüs duvarına ve cilde direkt yayılım var.
Ki kare, *p<0.05.

Erken Tanı Tarama Yöntemi Kullanma ve Hastaların Tanı Takip Tedavi Özellikleri

Hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları Tablo 20'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen meme kanseri tanılı hastalardan erken tanı tarama yöntemi kullandığını belirten hastaların 5'inde (% 45,5) nüks geliştiği, erken tanı tarama yöntemi kullananlar ile kullanmayanlar arasında nüks gelişmesi bakımından önemli fark olmadığı tespit edildi (p=0.731).

Erken tanı tarama yöntemi kullanan hastaların 83'ünün (% 54,2) mammografi/Ultrasonografi (USG) yöntemiyle, 106'sının (% 47,5) ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)/trucut biyopsi ile, 78'inin (% 46,2) eksizyonel biyopsi ile tanı aldıkları, erken tanı tarama yöntemi kullananlar ile kullanmayanlar arasında kesin tanı yöntemi açısından fark olmadığı tespit edildi (p= 0.297).

Hastalık belirtilerini ilk kendim fark ettim diyen hastalardan 194'ünün (% 41,4), muayene veya tetkik sırasında fark edildi diyenlerin 74'ünün (% 94,9) erken tanı tarama yöntemi kullandığı, hastalığı ilk kendim fark ettim diyenlerin daha az erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi (p=0.001).

Hastalığın başından beri sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun ile karşılaştığını belirten hastaların 91'inin (% 41,4), erken tanı tarama yöntemi kullandığı, 176'sının (% 54,3) kullanmadığı; hastalığın başından beri sağlık hizmetine erişmeyi

engelleyecek sorun ile karşılaşanların daha az erken tanı tarama yöntemi kullandığı tespit edildi (p= 0.003).

Tablo 20. Hastaların bazı hastalık özelliklerine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumlarının dağılımı

Hastalığa ait bazı özellikler		Erken tanı tarama yöntemi kullananlar		Erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tanı yöntemi	Mammografi/USG	83	54,2	70	45,8	153	100,0	0.297
	İİAB/tru cut biyopsi	106	47,5	117	52,5	223	100,0	
	Eksizyonel biyopsi	78	46,2	91	53,8	169	100,0	
Nüks	Var	5	45,5	6	54,5	11	100,0	0.731
	Yok	254	50,7	247	49,3	501	100,0	
Yapılan cerrahi tedavi tipi	Meme koruyucu cerrahi	143	56,1	112	43,9	255	100,0	#
	Modifiye radikal mastektomi	100	44,4	125	55,6	225	100,0	
	Basit mastektomi	14	42,4	19	57,6	33	100,0	
	Deri koruyucu mastektomi	1	33,3	2	66,7	3	100,0	
Hastalığı ile ilgili sorunun ilk fark edilme şekli	Kendim	194	41,4	275	58,6	469	100,0	**0.001**
	Muayene veya tetkik sırasında	74	94,9	4	5,1	78	100,0	
Sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun yaşama durumu	Var	91	41,4	129	58,6	220	100,0	**0.003**
	Yok	176	54,3	148	45,7	324	100,0	
Hastalık için cepten para harcama durumu	Evet	258	49,5	263	50,5	521	100,0	0.452
	Hayır	10	41,7	14	58,3	24	100,0	

İİAB: İnce iğne aspirasyon biyopsisi; **USG:** Ultrasonografi; # : Hasta dağılımındaki çarpıklık nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır
Ki-kare, *p<0.05.

Görüşülen hastaların tamamı son kontrol tarihlerini net hatırlayamamakla birlikte düzenli olarak takiplerini yaptırdıklarını bildirdi.

Erken Tanı Tarama Yöntemleri Kullanma ve Risk Faktörleri

Hastaların meme kanseri için risk faktörlerine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları ayrıntılı bir şekilde Tablo 21, Tablo 22 ve 23'te verilmiştir.

Tablo 21. Hastaların risk faktörlerine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları

Risk faktörleri		Erken tanı tarama yöntemi kullananlar		Erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilme durumu	**Var**	46	95,8	2	4,2	48	100,0	**0.000**
	Yok	221	44,5	278	55,5	499	100,0	
Anne veya kız kardeşinde meme kanseri varlığı	**Evet**	22	62,9	13	37,1	35	100,0	0.092
	Hayır	246	48,1	266	51,9	512	100,0	
2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	41	62,1	25	37,9	66	100,0	**0.024**
	Hayır	227	47,3	254	52,7	481	100,0	
Ailesinde meme kanseri varlığı	**Evet**	59	60,8	38	39,2	97	100,0	**0.011**
	Hayır	209	46,5	241	53,5	450	100,0	
Hastalıktan önce dışarıdan hormon alma durumu	**Evet**	8	66,7	4	33,3	12	100,0	0.216
	Hayır	259	48,6	276	51,4	535	100,0	
Hastalıktan önce OKS kullanma durumu	**Evet**	65	59,6	44	40,4	109	100,0	**0.017**
	Hayır	201	46,9	228	53,1	429	100,0	
Sigara kullanma durumu	**Hiç içmemiş**	211	47,3	235	52,7	446	100,0	**0.041**
	Bir süre içmiş bırakmış veya halen içiyor	57	58,8	40	41,2	97	100,0	
Çocuklarını Emzirme durumu	**Evet**	236	49,1	245	50,9	481	100,0	0.673
	Hayır	14	45,2	17	54,8	31	100,0	
Tanı anında menopoz durumu	**Pre menopoz**	97	43,5	126	56,5	223	100,0	0.067
	Menopoz	10	43,5	13	56,5	23	100,0	
	Post menopoz	161	53,5	140	46,5	301	100,0	
VKI (kg/m^2)	**Zayıf-normal**	54	50,5	53	49,5	107	100,0	0.540
	Şişman-çok şişman	135	54.0	115	46,0	250	100,0	
Risk düzeyi	**Düşük**	240	47,5	265	52,5	505	100,0	**0.017**
	Orta	28	66,7	14	33,3	42	100,0	

VKI: Vücut Kitle İndeksi, **OKS:** Oral kontraseptif
Ki kare, *p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen hastaların 48' inin (% 8,8) meme kanseri tanısı almadan önce memesinde iyi huylu kitle tespit edildiği, 35'inin (% 6,4) 1. derece akrabasında, 66'sının (% 12,1) 2. derece akrabasında meme kanseri tanısı olduğu tespit edildi.

Meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastalardan 46'sının (% 95,8), ailesinde (1. ve 2. derece akrabalarında) meme kanseri olan hastalardan 59'unun (% 60,8) erken tanı tarama yöntemi kullandığı, meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastaların (p=0.001), ailesinde (1. veya 2. derece akraba) meme kanseri olan hastaların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi (p=0.010).

Kadınların 505'i (% 92,3) düşük risk grubunda, 42'si (% 7,7) orta risk grubunda idi. Yüksek ve çok yüksek risk grubunda hiç hastamız yoktu. Orta risk grubundakiler daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmıştı (p=0.017).

Tablo 22. Hastaların risk faktörlerine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları

Risk faktörleri	**Erken tanı tarama yöntemi kullananlar**	**Erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar**	**P***
	Ortalama ± ss	**Ortalama ± ss**	
Toplam Emzirme süresi (ay)	23,0 ± 15,2 (min=1- median=20-maks=96)	26,8 ± 16,0 (min=2- median=24-maks=100)	**0.009**
Yaptığı doğum sayısı	2,3±0,9 (min=1- maks=7)	2,4±2,0 (min=1- maks=9)	**0.048**
İlk doğum yaşı	22,3 ± 3,5 (min=16- maks=36)	21,7 ± 3,4 (min=15- maks37)	**0.042**

ss: Standart sapma,
Student t test, *****p<0.05.

Çalışmaya alınan hastalardan erken tanı tarama yöntemi kullananların; toplam emzirme süresi ortalamalarının daha kısa olduğu, ortalama doğum sayısının daha az olduğu, ilk doğum yaşlarının daha yüksek olduğu saptandı (sırasıyla p=0.009, p=0.048, p=0.042).

Tablo 23. Hastaların muayene durumlarına göre ortalama meme kanseri risk puanları.

Ulusal meme kanseri tarama programına uyum		**ORP±SS**	**p***
Erken tanı tarama yöntemi	**Kullananlar**	159,6 ± 46,3	**0.001**
	Kullanmayanlar	141,5 ± 47,5	
KKMM	**Yapanlar**	155,1 ± 53,5	0.287
	Yapmayanlar	149,4 ± 46,5	
KLMM	**Yaptıranlar**	160,7 ± 45,6	**0.001**
	Yaptırmayanlar	140,3 ± 47,8	
Mammografi	**Çektirenler**	168,6 ± 42,3	**0.001**
	Çektirmeyenler	137,9 ± 47,4	

ORP: Ortalama meme kanseri risk puanı; **ss:** Standart sapma; **KKMM:** Kendi kendine meme muayenesi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi.
Student t test, *p<0.05.

Kendi kendine meme muayenesi dışında (p=0.287), ortalama meme kanseri risk puanı yüksek olan kadınların daha fazla KLMM yaptırdığı (p= 0.001), mammografi çektirdiği (p=0.001) ve daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandığı tespit edildi (p=0.001).

Erken Tanı Tarama Yöntemi Kullanma ve Muayene Özellikleri

Hastaların bazı muayene özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullanma durumlarının dağılımı Tablo 24'te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 24. Hastaların bazı muayene özelliklerine göre erken tanı tarama yöntemi kullanma durumlarının dağılımı

Muayene özellikleri		Erken tanı tarama yöntemi kullananlar		Erken tanı tarama yöntemi kullanmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce AH'nin Mammografi hakkında bilgi verme durumu	**Evet**	76	88,4	10	11,6	86	100,0	**0.001**
	Hayır	189	41,4	268	58,6	457	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Hastaları KETEM'e yönlendirme durumu	**Evet**	78	91,8	7	8,2	85	100,0	**0.001**
	Hayır	187	40,8	271	59,2	458	100,0	
Hastalıktan önce Hastaların KETEM 'de tarama yaptırma durumu	**Evet**	148	98,0	3	2,0	151	100,0	**0.001**
	Hayır	117	29,8	275	70,2	392	100,0	

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi; **AH:** Aile Hekimi.
Ki kare, *p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen hastalardan AH tarafından mammografi hakkında bilgi verilenlerin, KETEM'e yönlendirilenlerin daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi (p=0.001). Hastaların 151'inin (% 27,8) meme kanseri tanısından önce KETEM'de tarama yaptırdığı tespit edildi.

Ulusal meme kanseri tarama programında yer alan muayene yöntemlerini kullanan ve kullanmayanlar tek tek incelendiğinde;

Kendi Kendine Meme Muayenesi

Araştırmaya dahil edilen kadınların 94'ünün (% 17,2) hastalık tanısı almadan önce KKMM yaptığı belirtilmişti. KKMM yapan ve yapmayan kadınlar arasında sosyo demografik özelliklerine, tümör özelliklerine, bazı hastalık özelliklerine, risk faktörlerine, muayene anamnezine göre fark olup olmadığı incelendiğinde;

Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Sosyodemografik Özellikler

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık tanısı almadan önce KKMM yapma durumları Tablo 25'te ayrıntılı verilmiştir.

Tablo 25. Hastaların sosyo demografik özelliklerine göre hastalık tanısı almadan önce kendi kendine meme muayenesi yapma durumları

Sosyodemografik Özellikler		KKMM yapanlar		KKMM yapmayanlar		Toplam		p**
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İkamet ettikleri yer	**Kent**	74	18,0	337	82,0	411	100,0	**0.013**
	Kır	6	7,1	79	92,9	85	100,0	
Tanı yaşı	**24-49 yaş**	54	19,7	220	80,3	274	100,0	0.117
	50 yaş ve üzeri	40	14,7	233	85,3	273	100,0	
Eğitim	**Okur yazar olmayan**	1	5,9	16	94,1	17	100,0	**0.001**
	Okur yazar	9	9,3	88	90,7	97	100,0	
	İlk-orta okul mezunu	52	16,0	274	84,0	326	100,0	
	Lise-üniversite mezunu	32	29,9	75	70,1	107	100,0	
Medeni durum	**Evli**	82	18,2	368	81,8	450	100,0	0.332
	Bekar	3	16,7	15	83,3	18	100,0	
	Dul veya boşanmış	9	11,4	70	88,6	79	100,0	
Meslek	**Kendi hesabına çalışan**	4	33,3	8	66,7	12	100,0	**0.008**
	Ücretli veya maaşlı	15	35,7	27	64,3	42	100,0	
	Yevmiyeli	1	12,5	7	87,5	8	100,0	
	Emekli	9	17,3	43	82,7	52	100,0	
	Ev hanımı	65	15,0	367	85,0	432	100,0	
Sağlık güvencesi durumu	**Var**	93	17,2	447	82,8	540	100,0	1.000*
	Yok	1	14,3	6	85,7	7	100,0	
Sağlık güvence türü	**SSK**	41	16,3	210	83,7	251	100,0	0.092
	BK	20	14,7	116	85,3	136	100,0	
	ES	28	24,1	88	75,9	116	100,0	
	ÖS	1	50	1	50	2	100,0	
	YK	3	8,6	32	91,4	35	100,0	
Tanı anında yaş grupları	**24-39 yaş**	10	13,7	63	86,3	73	100,0	0.083
	40-49 yaş	44	21,9	157	78,1	201	100,0	
	50 yaş ve üzeri	40	14,7	233	85,3	273	100,0	

BK: Bağ-Kur; **ES:** Emekli Sandığı; **ÖS:** Özel Sigorta; **YK:** Yeşil Kart; **KKMM:** Kendi kendine meme muayenesi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi.
Fisher's Exact Test, *p<0.05, Ki kare, **p<0.05.

Kentte yaşayanların kırda yaşayanlara göre (p=0.013), lise- üniversite mezunu olanların diğer eğitim düzeyinde olanlara göre (p=0.001) hastalık tanısı almadan önce daha fazla KKMM yaptığı, yaş grubuna göre (p= 0,117), sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre (p= 1,000) KKMM yapma açısından fark olmadığı görüldü.

Aylık gelir ortalaması KKMM yapanlarda 760,4 TL ± 684,4 TL iken (min=0 TL, median= 730 TL, maks= 2500 TL); yapmayanlarda 520,8 TL ± 491,3 TL (min=0 TL, median= 600 TL, maks= 2700 TL) idi. Bu fark istatistiksel olarak önemliydi (p= 0.001).

Meme kanseri tanısı almadan önce KKMM yapan grubun yaş ortalaması 50,6±7,3 (min=38-maks=70) iken, yapmayan grubun 53,7±9,4 (min=26-maks=78) 'di. KKMM yapan grup yapmayanlara göre daha gençti (p=0.003).

Meme kanseri tanısı almadan önce KKMM yapan grubun tanı anında yaş ortalaması 48,1 ±7,2 (min=36-maks=67), yapmayan grubun 50,3±9,6 (min=24, max=69) idi. KKMM yapanların, yapmayanlara göre tanı anında yaş ortalaması daha düşüktü (p=0.033).

Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Tümör Özellikleri

Hastaların bazı tümör özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce KKMM yapma durumları Tablo 26'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 26. Hastaların bazı tümör özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce kendi kendine meme muayenesi yapma durumlarının dağılımı

Tümör özellikleri		KKMM yapanlar		KKMM yapmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tümör boyutu	Tıs	8	29,6	19	70,4	27	100	0.129
	T1	34	19,9	137	80,1	171	100	
	T2	40	14,8	231	85,2	271	100	
	T3	8	16,0	42	84,0	50	100	
	T4	1	5,0	19	95,0	20	100	
Tanı anında evre	Erken	54	18,7	235	81,3	289	100	**0.010**
	Ara	30	22,6	103	77,4	133	100	
	Lokal ileri	8	8,5	86	91,5	94	100	
	Metastatik	1	3,8	25	96,2	26	100	
Tanı anında evre	Erken-ara	84	19,9	338	80,1	422	100	**0.001**
	Lokal ileri-metastatik	9	7,5	111	92,5	120	100	

Tıs: Insutu; **T1:** ≤2cm; **T2:** 2-5cm; **T3:** 5≥; **T4:** Tümör herhangi bir boyutta ancak göğüs duvarına ve cilde direkt yayılım var.
Ki kare, *p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen hastalardan KKMM yapanlar ile yapmayanlar arasında tanı anında tümör boyutu açısından anlamlı fark olmadığı tespit edildi (p=0,129).

Erken veya ara evrede tanı almış olan hastaların 84'ünün (% 19,9), lokal ileri veya metastatik evrede tanı almış olan hastaların 9'unun (% 7,5) KKMM yaptığı; KKMM yapan hastaların daha yüksek oranda erken veya ara evrede tanı aldıkları tespit edildi (p=0.001). Ara evrede tanı alanların erken, lokal ileri ve metastatik evrede tanı alanlardan daha fazla, erken evrede tanı alanların lokal ileri ve metastatik evrede tanı alanlardan daha fazla, lokal ileri evrede tanı alanların metastatik evrede tanı alanlardan daha fazla KKMM yaptığı tespit edildi (p=0.010).

Hastaların Tanı Tedavi ve Takip Özellikleri

Hastaların hastalıkları ile ilgili bazı özelliklerine göre KKMM yapma durumları Tablo 27'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 27. Hastaların bazı hastalık özelliklerine göre kendi kendine meme muayenesi yapma durumları

Hastalığa ait bazı özellikler		**KKMM yapanlar**		**KKMM yapmayanlar**		**Toplam**		**p***
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Tanı yöntemi	**Mammografi/USG**	38	24,8	115	75,2	153	100	
	İİAB/tru cut biyopsi	32	14,3	191	85,7	223	100	
	Eksizyonel biyopsi	24	14,2	145	85,8	169	100	**0.014**
Nüks	**Var**	1	9,1	10	90,9	11	100	0.698
	Yok	89	17,8	412	82,2	501	100	
Yapılan cerrahi tedavi tipi	**Basit mastektomi**	7	21,2	26	78,8	33	100	
	Deri koruyucu mastektomi	0	0	3	100	3	100	
	Modifiye radikal mastektomi	30	13,3	195	86,7	225	100	
	Meme koruyucu cerrahi	51	20,0	204	80,0	255	100	#
Hastalığı ile ilgili sorunun ilk fark edilme şekli	**Kendim**	67	14,3	402	85,7	469	100	
	Muayene veya tetkik sırasında	27	34,6	51	65,4	78	100	**0.001**
Sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun yaşama durumu	**Var**	27	12,3	193	87,7	220	100	
	Yok	67	20,7	257	79,3	324	100	**0.011**
Hastalık için cepten para harcama durumu	**Evet**	89	17,1	432	82,9	521	100	
	Hayır	5	20,8	19	79,2	24	100	0.585

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, **İİAB:** İnce iğne aspirasyon biyopsisi; **USG:** Ultrasonografi

#: Hasta dağılımındaki çarpıklık nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Ki-kare,*p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen meme kanseri tanılı hastalardan, KKMM yaptığını belirten hastaların 1'inde (% 9,1) nüks geliştiği, KKMM yapanlar ile yapmayanlar arasında nüks gelişmesi bakımından önemli fark olmadığı tespit edildi (p=0.698).

Kendi kendine meme muayenesi yapan hastaların 38'inin (% 24,8) mammografi/USG yöntemiyle, 32'sinin (% 14,3) İİAB/trucut biyopsi ile, 24'ünün (% 14,2) eksizyonel biyopsi ile tanı aldıkları, KKMM yapanların daha çok mammografi yöntemi ile tanı aldıkları tespit edildi (p= 0.014).

Hastalığın başından beri sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun ile karşılaştığını belirten hastaların 27'sinin (% 12,3) KKMM yaptığı ve bu hastaların sorun ile karşılaşmayanlara göre daha az KKMM yaptığı tespit edildi(p= 0.011).

Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Risk Faktörleri

Hastaların risk faktörlerine göre KKMM yapma durumları ayrıntılı bir şekilde Tablo 28'de verilmiştir.

Tablo 28. Hastaların risk faktörlerine göre KKMM yapma durumlarının dağılımı

Risk faktörleri		**KKMM yapanlar**		**KKMM yapmayanlar**		**Toplam**		**p***
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilme durumu	**Var**	18	37,5	30	62,5	48	100,0	**0,001**
	Yok	74	14,9	423	85,1	497	100,0	
1. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	12	34,3	23	65,7	35	100,0	**0.006**
	Hayır	82	16,0	430	84,0	512	100,0	
2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	10	15,2	56	84,8	66	100,0	0.636
	Hayır	84	17,5	397	82,5	481	100,0	
1. veya 2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	20	20,6	77	79,4	97	100,0	0.328
	Hayır	74	16,5	376	83,5	450	100,0	
Hastalıktan önce dışarıdan hormon alma durumu	**Evet**	3	25,0	9	75,0	12	100,0	0.443
	Hayır	91	17,1	442	82,9	533	100,0	
Hastalıktan önce OKS kullanma durumu	**Evet**	30	27,5	79	72,5	109	100,0	**0.002**
	Hayır	64	14,9	365	85,1	429	100,0	
Çocuklarını Emzirme durumu	**Evet**	79	16,4	402	83,6	481	100,0	0.071
	Hayır	9	29,0	22	71,0	31	100,0	
Risk durumu	**Düşük risk**	81	16,0	424	84,0	505	100,0	**0.014**
	Orta risk	13	31,0	29	69,0	42	100,0	

OKS: Oral kontraseptif; **KKMM:** Kendi kendine meme muayenesi
Ki kare, *p<0.05.

Meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastalardan 18'inin (% 37,5), ailesinde (1. ve 2. derece akrabalarında) meme kanseri olan hastalardan 20' sinin (% 20,6) KKMM yaptığı, meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastaların(p=0.001), anne veya kız kardeşinde (1. derece akraba) meme kanseri olan hastaların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi (p=0.006). Meme kanseri için orta risk taşıyanların düşük risk taşıyanlara göre daha fazla KKMM yaptığı tespit edildi (p=0. 014).

Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Muayene Özellikleri

Hastaların bazı muayene özelliklerine göre KKMM yapma durumlarının dağılımı Tablo 29'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 29. Hastaların bazı muayene özelliklerine göre KKMM yapma durumları.

Muayene özellikleri		KKMM yapanlar		KKMM yapmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce AH'nin KLMM yapma durumu	**Evet**	35	41,2	50	58,8	85	100,0	**0.001**
	Hayır	59	12,9	399	87,1	458	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Mammografi hakkında bilgi verme durumu	**Evet**	34	39,5	52	60,5	86	100,0	**0.001**
	Hayır	60	13,1	397	86,9	457	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Hastaları KETEM'e yönlendirme durumu	**Evet**	34	40,0	51	60,0	85	100,0	**0.001**
	Hayır	60	13,1	398	86,9	458	100,0	
Hastalıktan önce Hastaların KETEM 'de tarama yaptırma durumu	**Evet**	45	29,8	106	70,2	151	100,0	**0.001**
	Hayır	49	12,5	343	87,5	392	100,0	

KKMM: Kendi kendine meme muayenesi, **KLMM:** Klinik meme muayenesi, **AH:** Aile hekimi, **KETEM:** Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
Ki kare, *p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen hastalardan AH tarafından klinik meme muayenesi yapılanların, Mammografi hakkında bilgi verilenlerin, KETEM'ye yönlendirilenlerin daha fazla KKMM yaptıkları tespit edildi (p=0.001).

Klinik Meme Muayenesi

Erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları analiz edilen 547 hastadan ulusal meme kanseri tarama programında yer alan, klinik meme muayenesini yaptıran ve yaptırmayan hastalar değerlendirildiğinde;

Klinik Meme Muayenesi ve Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık tanısı almadan önce KLMM yapma durumları Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık tanısı almadan önce klinik meme muayenesi yapma durumları

Sosyodemografik Özellikler		KLMM yaptıranlar		KLMM yaptırmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İkamet ettikleri yer	**Kent**	215	52,3	196	47,7	411	100,0	**0.024**
	Kır	33	38,8	52	61,2	85	100,0	
Eğitim	**OYD**	7	41,2	10	58,8	17	100,0	0.065
	Okur yazar	44	45,4	53	54,6	97	100,0	
	İlk-orta okul mezunu	154	47,2	172	52,8	326	100,0	
	Lise-üniversite mezunu	65	60,7	42	39,3	107	100,0	
Medeni durum	**Evli**	227	50,4	223	49,6	450	100,0	0.551
	Bekar	8	44,4	10	55,6	18	100,0	
	Dul	35	44,3	44	55,7	79	100,0	
Meslek	**Kendi hesabına çalışan**	7	58,3	5	41,7	12	100,0	**0.001**
	Ücretli-maaşlı	22	52,4	20	47,6	42	100,0	
	Yevmiyeli	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
	Emekli	39	75,0	13	25,0	52	100,0	
	Ev hanımı	200	46,3	232	53,7	432	100,0	
Sağlık güvencesi	**Var**	270	50,0	270	50,0	540	100,0	**0.015**
	Yok	0	0	7	100	7	100,0	
Sağlık güvencesi türü	**SSK**	129	51,4	122	48,6	251	100,0	**0.001**
	BK	53	39,0	83	61,0	136	100,0	
	ES	77	66,4	39	33,6	116	100,0	
	ÖS	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
	YK	10	28,6	25	71,4	35	100,0	
Tanı anında yaş grupları	**24-39 yaş**	16	21,9	57	78,1	73	100,0	**0.001**
	40-49 yaş	97	48,3	104	51,7	201	100,0	
	50 yaş ve üzeri	157	57,5	116	42,5	273	100,0	

BK: Bağ-Kur; **ES:** Emekli Sandığı; **ÖS:** Özel Sigorta; **YK:** Yeşil Kart.
Ki-kare, *p<0.05.

Kentte yaşayanların kırda yaşayanlara göre (p=0.024), sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre (p=0.015) hastalık tanısı almadan önce daha fazla KLMM yaptırdığı, 15-39 yaş grubunda olanların, 40-49 yaş grubundan da , 50 yaş ve üzerinde olanlardan da daha az

KLMM yaptırdığı (p= 0.001) tespit edildi. Hastalık tanısından önce KLMM yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında eğitim durumları açısından fark olmadığı tespit edildi (p= 0.065).

Aylık gelir ortalaması klinik meme muayenesi yaptıranlarda 643,0 TL ± 559,4 TL iken (min=0 TL, median= 650 TL, maks.= 2500 TL); yaptırmayanlarda 485,4 TL ± 512,5 TL (min=0 TL, median=550 TL, maks= 2700 TL) tespit edildi.Bu fark istatistiksel olarak önemliydi (p= 0.009).

Meme kanseri tanısı almadan önce klinik meme muayenesi yaptıran grubun tanı anında yaş ortalaması 51,6 ±8,1 (min=27-maks=69), yaptırmayan grubun 48,3±10,1 (min=24, maks=69) idi. KLMM yaptıranların, yaptırmayanlara göre tanı anında yaş ortalaması daha yüksekti (p=0.001).

Klinik Meme Muayenesi ve Tümör Özellikleri

Hastaların meme kanseri tanısı almadan önce KLMM yapma durumlarına göre bazı tümör özellikleri Tablo 31'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 31. Hastaların bazı tümör özelliklerine göre meme kanseri tanısı almadan önce klinik meme muayenesi yapma durumlarına dağılımı

Tümör özellikleri		**KLMM yapanlar**		**KLMM yapmayanlar**		**Toplam**		**p***
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Tümör boyutu	**Tıs**	16	59,3	11	40,7	27	100,0	0.295
	T1	91	53,2	80	46,8	171	100,0	
	T2	131	48,3	140	51,7	271	100,0	
	T3	21	42,0	29	58,0	50	100,0	
	T4	7	35,0	13	65,0	20	100,0	
Tanı anında evre	**Erken-ara**	218	51,7	204	48,3	422	100,0	**0.036**
	Lokal ileri-metastatik	49	40,8	71	59,2	120	100,0	

Tıs: Insutu; **T1:** ≤2cm; **T2:** 2-5cm; **T3:** 5≥; **T4:** Tümör herhangi bir boyutta ancak göğüs duvarına ve cilde direkt yayılım var; **KLMM:** Klinik meme muayenesi.
Ki kare, *p<0.05.

Klinik meme muayenesi yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında tanı anında tümör boyutu açısından anlamlı fark olmadığı tespit edildi (p=0.295).

Erken veya ara evrede tanı almış olan hastaların 218'inin (% 51,7), lokal ileri veya metastatik evrede tanı almış olan hastaların 49'unun (% 40,8) KLMM yaptırdığı; KLMM yaptıran hastaların daha yüksek oranda erken veya ara evrede tanı aldıkları tespit edildi (p=0.036).

Klinik Meme Muayenesi ve Hastaların Tanı, Tedavi ve Takip Özellikleri

Hastaların bazı özelliklerine göre KLMM yapma durumları Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32. Hastaların bazı hastalık özelliklerine göre klinik meme muayenesi yapma durumlarının dağılımı

Hastalığa ait bazı özellikler		**KLMM yaptıranlar**		**KLMM yaptırmayanlar**		**Toplam**		**p***
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Hastalığı ile ilgili sorunun ilk fark edilme şekli	**Kendim**	196	41,8	273	58,2	469	100,0	**0.001**
	Muayene veya tetkik sırasında	74	94,9	4	5,1	78	100,0	
Sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun yaşama durumu	**Var**	94	42,7	126	57,3	220	100,0	**0.010**
	Yok	175	54,0	149	46,0	324	100,0	
Hastalık için cepten para harcama durumu	**Evet**	260	94,9	261	50,1	521	100,0	0.430
	Hayır	10	41,7	14	58,3	24	100,0	

KLMM: Klinik meme muayenesi.
Ki-kare, *p<0.05.

Hastalığın başından beri sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun ile karşılaştığını belirten hastaların 94'ünün (% 42,7) KLMM yaptırdığı ve bu hastaların sorun ile karşılaşmayanlara göre daha az KKMM yaptığı tespit edildi (p= 0.010).

Klinik Meme Muayenesi ve Risk Faktörleri

Hastaların risk faktörlerine göre KLMM yapma durumları Tablo 33'te verilmiştir.

Tablo 33. Hastaların risk faktörlerine göre KLMM yapma durumlarının dağılımı

Risk faktörleri		KLMM yaptıranlar		KLMM yaptırmayanlar		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilme durumu	**Var**	46	95,8	2	4,2	48	100,0	**0.001**
	Yok	224	45,1	273	54,9	497	100,0	
1. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	21	60,0	14	40,0	35	100,0	0.197
	Hayır	249	48,7	263	51,3	512	100,0	
2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	40	60,6	26	39,4	66	100,0	0.053
	Hayır	230	47,9	251	52,1	481	100,0	
1. veya 2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	57	58,8	40	41,2	97	100,0	**0.043**
	Hayır	213	47,4	237	52,6	450	100,0	
Hastalıktan önce dışarıdan hormon alma durumu	**Evet**	8	66,7	4	33,3	12	100,0	0.225
	Hayır	261	49,0	272	51,0	533	100,0	
Hastalıktan önce OKS kullanma durumu	**Evet**	63	57,8	46	42,2	109	100,0	0.056
	Hayır	204	47,6	225	52,4	429	100,0	
Çocuklarını emzirme durumu	**Evet**	237	49,3	244	50,7	481	100,0	0.657
	Hayır	14	45,2	17	54,8	31	100,0	
Risk durumu	**Düşük risk**	243	48,1	262	51,9	505	100,0	**0.044**
	Orta risk	27	64,3	15	35,7	42	100,0	

OKS: Oral kontraseptif; **KLMM:** Klinik meme muayenesi.
Ki kare, *p<0.05.

Meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastalardan 46'sının (% 95,8), ailesinde (1. ve 2. derece akrabalarında) meme kanseri olan hastalardan 57' sinin (% 58,8) KLMM yaptırdığı, meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastaların (p=0.000), anne veya kız kardeşinde (1. derece akraba) meme kanseri olan hastaların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi (p=0.043). Orta risk grubundaki kadınların düşük risk grubundaki kadınlara göre daha çok klinik meme muayenesi yaptırdığı görüldü (p=0.044).

Mammografi

Ulusal meme kanseri tarama programı dahilinde erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları analiz edilen 547 hastadan mammografi çektiren 222 (% 40,5) ve çektirmeyen 325 (% 59,4) hastanın kimi özellikleri incelendiğinde:

Mammografi ve Sosyodemografik Özellikler

Hastaların sosyo demografik özelliklerine göre hastalık tanısı almadan önce mammografi çektirme durumları Tablo 34'te ayrıntılı verilmiştir.

Tablo 34. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre hastalık tanısı almadan önce mammografi çektirme durumlarının dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Mammografi çektirenler		Mammografi çektirmeyenler		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İkamet ettikleri yer	**Kent**	174	42,3	237	57,7	411	100,0	0.013
	Kır	27	31,8	58	68,2	85	100,0	
Eğitim	**OYD**	5	29,4	12	70,6	17	100,0	0.085
	Okur yazar	43	44,3	54	55,7	97	100,0	
	İlk-orta okul mezunu	121	37,1	205	62,9	326	100,0	
	Lise-üniversite mezunu	53	49,5	54	50,5	107	100,0	
Medeni durum	**Evli**	182	40,4	268	59,6	450	100,0	0.965
	Bekar	7	38,9	11	61,1	18	100,0	
	Dul	33	41,8	46	58,2	79	100,0	
Meslek	**Kendi hesabına çalışan**	2	16,7	10	83,3	12	100,0	#
	Ücretli veya maaşlı	18	42,9	24	57,1	42	100,0	
	Yevmiyeli	2	25,0	6	75,0	8	100,0	
	Emekli	36	69,2	16	30,8	52	100,0	
	Ev hanımı	164	38,0	268	62,0	432	100,0	
Sağlık güvencesi	**Var**	222	41,1	318	58,9	540	100,0	0.045
	Yok	0	0	7	100	7	100,0	
Sağlık güvencesi türü	**SSK**	112	44,6	139	55,4	251	100,0	0.001
	BK	38	27,9	98	72,1	136	100,0	
	ES	66	56,9	50	43,1	116	100,0	
	ÖS	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
	YK	5	14,3	30	85,7	35	100,0	

OYD: Okur yazar değil; **SSK:** Sosyal sigortalar kurumu; **BK:** Bağ-Kur; **ES:** Emekli sandığı; **ÖS:** Özel sigorta; **YK:** Yeşil kart.

#: Hasta dağılımındaki çarpıklık nedeni ile istatistiksel analiz yapılamamıştır

Ki kare,*p<0.05.

Sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre, hastalık tanısı almadan önce daha fazla mammografi çektirdiği (p=0,045), 15-39 yaş grubunda olanların, 40-49 yaş grubundan da, 50 yaş ve üzerinde olanlardan da daha az mammografi çektirdiği tespit edildi (p= 0.001).

Hastalık tanısından önce mammografi çektirenler ile çektirmeyenler arasında eğitim durumları (p=0.085), ikamet ettikleri yer (p=0.071), medeni durumları (p=0.965) bakımından fark olmadığı tespit edildi.

Aylık gelir ortalaması mammografi çektirenlerde 685,0 TL ± 532,4 TL iken (min=0 TL, median= 650 TL maks= 2300 TL); çektirmeyenlerde 488,8 TL ± 536,4 TL (min=0 TL, median= 500 TL maks 2700 TL) idi. Bu fark istatistiksel olarak önemliydi (p= 0.001).

Meme kanseri tanısı almadan önce mammografi çektiren grubun tanı anında yaş ortalaması 52,9±7,2 (min=27-maks=69), çektirmeyen grubun 27,8±4,9 (min=24, maks=69) idi. Mammografi çektiren grubun çektirmeyenlere göre tanı anında yaş ortalaması daha yüksekti (p=0.001).

Mammografi ve Tümör Özellikleri

Hastalık tanısı almadan önce mammografi çektirenlerin tanı anında tümör boyutu sırasıyla; % 49,5 T2, % 33,9 T1, % 7,3 T3, % 6,8 Tıs, % 2,2 T4 şeklindeydi.

Mammografi çektirenler ile çektirmeyenler arasında tanı anında tümör boyutu ve tanı aldıkları evre açısından önemli fark olmadığı tespit edildi (p=0.157), (p=0.066).

Mammografi ve Hastaların Tanı, Tedavi ve Takip Özellikleri

Hastalık ile ilgili sorunu ilk kendim fark ettim diyen hastaların 153'ü (% 32,6), muayene veya tetkik sırasında fark edildi diyenlerin 69'u (% 88,5) hastalık tanısı almadan önce mammografi çektirdiğini belirtti. Hastalığın başından beri sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek herhangi bir sorun yaşadığını belirtenlerin 72'si (% 32,7), yaşamadım diyenlerin 149'u (% 46,0) hastalık tanısı almadan önce mammografi çektirdiğini belirtti. Hastalık için cepten harcama yaptığını belirtenlerin 213'ü, yapmadım diyenlerin 9'u (% 37,5) hastalık tanısı almadan önce mammografi çektirdiğini belirtti.

Hastalığın başından beri sağlık hizmetine erişmeyi engelleyecek sorun ile karşılaştığını belirten hastaların sorun ile karşılaşmayanlara göre daha az mammografi çektirdiği tespit edildi (p= 0.002). Hastalık için cepten harcama yapanlar ile yapmayanlar arasında mammografi çektirme bakımından önemli fark olmadığı görüldü (p= 0.742).

Mammografi ve Risk Faktörleri

Hastaların risk faktörlerine göre mammografi çektirme durumları ayrıntılı bir şekilde Tablo 35'te verilmiştir.

Tablo 35. Hastaların risk faktörlerine göre mammografi çektirme durumlarının dağılımı

Risk faktörleri		Mammografi çektirenler		Mammografi çektirmeyenler		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilme durumu	**Var**	42	87,5	6	12,5	48	100,0	**0.001**
	Yok	180	36,2	317	63,8	497	100,0	
1. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	20	57,1	15	42,9	35	100,0	**0.040**
	Hayır	202	39,5	310	60,5	512	100,0	
2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	37	56,1	29	43,9	66	100,0	**0.007**
	Hayır	185	38,5	296	61,5	481	100,0	
1. veya 2. derece akrabasında meme kanseri varlığı	**Evet**	53	54,6	44	45,4	97	100,0	**0.002**
	Hayır	169	37,6	281	62,4	450	100,0	
Hastalıktan önce dışarıdan hormon alma durumu	**Evet**	8	66,7	4	33,3	12	100,0	0.077
	Hayır	213	40	320	60,0	533	100,0	
Hastalıktan önce OKS kullanma durumu	**Evet**	42	38,5	67	61,5	109	100,0	0.575
	Hayır	178	41,5	251	58,5	429	100,0	
Çocuklarını Emzirme durumu	**Evet**	192	39,9	289	60,1	481	100,0	0.824
	Hayır	13	41,9	18	58,1	31	100,0	
Risk durumu	**Düşük risk**	196	38,8	309	61,2	505	100,0	**0.003**
	Orta risk	26	61,9	16	38,1	42	100,0	

OKS: Oral kontraseptif
Ki kare, *p<0.05.

Meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastalardan 42'sinin (% 87,5), anne veya kız kardeşinde (1.derece akrabalarında) meme kanseri olan hastalardan 20' sinin (% 57,1) mammografi çektirdiği, meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitlesi olan hastaların (p=0.001), anne veya kız kardeşinde (1. derece akraba) meme kanseri olan hastaların daha fazla mammografi çektirdiği tespit edildi (p=0.040).

Mammografi ve Muayene Özellikleri

Hastaların bazı muayene özelliklerine göre mammografi çektirme durumlarının dağılımı Tablo 36'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 36. Hastaların bazı muayene özelliklerine göre mammografi çektirme durumları.

Muayene özellikleri		Mammografi çektirenler		Mammografi çektirmeyenler		Toplam		p*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce AH'nin KLMM yapma durumu	**Evet**	54	63,5	31	36,5	85	100,0	**0.001**
	Hayır	166	36,4	292	63,6	458	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Mammografi hakkında bilgi verme durumu	**Evet**	55	64,0	31	36,0	86	100,0	**0.001**
	Hayır	165	36,1	292	63,9	457	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Hastaları KETEM'e yönlendirme durumu	**Evet**	58	68,2	27	31,8	85	100,0	**0,001**
	Hayır	162	35,4	296	64,6	458	100,0	
Hastalıktan önce Hastaların KETEM 'de tarama yaptırma durumu	**Evet**	136	90,1	15	9,9	151	100,0	**0.001**
	Hayır	84	21,4	308	78,6	392	100,0	

AH: Aile hekimi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi; **KETEM:** Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi.
Ki kare, *p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen hastalardan, hastalık tanısı almadan önce AH tarafından klinik meme muayenesi yapılanların, mammografi hakkında bilgi verilenlerin, KETEM'e yönlendirilenlerin daha fazla mammografi çektirdikleri tespit edildi (p=0.001).

Ailesinde (1. Veya 2. Derece Akrabalarında) Meme Kanseri Öyküsü

Ulusal meme kanseri tarama programında meme kanseri için risk taşıyan bireylerin erken tanı tarama programından yararlanmaları için yaş sınırlaması olmadığı için; ailesinde (1. veya 2. derece akrabalarında) kanser öyküsü olma durumuna göre yapılan analizlerde araştırmaya dahil edilen 588 hasta dikkate alınmıştır.

Ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumuna göre bazı özelliklerin dağılımı Tablo 37'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 37. Ailesinde meme kanseri öyküsü olma durumuna göre hastaların bazı muayene özelliklerinin dağılımı

Hastalara ait bazı muayene özellikleri		Ailesinde meme kanseri öyküsü olanlar		Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanlar		p*
		Sayı	%	Sayı	%	
Hastalıktan önce AH'nin KLMM yapma durumu	**Evet**	12	12,5	74	15,5	0.455
	Hayır	84	87,5	404	84,3	
	Toplam	96	100,0	478	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin hastaları KETEM'e yönlendirme durumu	**Evet**	13	13,4	73	15,2	0.643
	Hayır	84	886,6	406	84,8	
	Toplam	97	100,0	479	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Mammografi hakkında bilgi verme durumu	**Evet**	12	12,4	75	15,7	0.410
	Hayır	85	87,6	404	84,3	
	Toplam	97	100,0	479	100,0	
Hastalıktan önce KETEM'de tarama	**Var**	35	36,1	121	25,3	**0.029**
	Yok	62	63,9	358	74,7	
	Toplam	97	100,0	479	100,0	

AH: Aile Hekimi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi; **KETEM:** Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi.
Ki-kare, *p<0.05.

Araştırmaya dahil edilen hastaların 99'unun (% 16,9) ailesinde meme kanseri öyküsü olduğu tespit edildi.Bu hastaların 12'sine (%12,5) AH tarafından KLMM yapıldığı, 13'ünün (% 13,4) AH tarafından KETEM'e tarama için yönlendirildiği, 35'inin (% 36,1) KETEM'de tarama yaptırdığı tespit edildi. Ailesinde meme kanseri olanlar ile olmayanlar arasında AH tarafından KLMM yapılma durumu, KETEM'e yönlendirilme durumu, mammografi hakkında bilgi verilme durumu benzerdi (p>0.05).

Memede İyi Huylu Kitle Tespit Edilmesi

Ulusal meme kanseri tarama programında meme kanseri için risk taşıyan bireylerin erken tanı tarama programından yararlanmaları için yaş sınırlaması olmadığı için; meme

kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitle tespit edilmesi durumuna göre yapılan analizlerde, araştırmaya dahil edilen 588 hasta dikkate alınmıştır.

Meme kanseri tanısı almadan önce memesinde iyi huylu kitlesi olan hastaların bazı özellikleri Tablo 38'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 38. Meme kanseri tanısı almadan önce memesinde iyi huylu kitlesi olan ve olmayan hastaların bazı muayene özelliklerinin dağılımı

Hastalara ait bazı muayene özellikleri		**İyi huylu kitlesi olanlar**		**İyi huylu kitlesi olmayanlar**		**p***
		Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Hastalıktan önce KETEM'de tarama	**Var**	25	52,1	131	24,9	**0.001**
	Yok	23	47,9	395	75,1	
	Toplam	48	100,0	526	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin KLMM yapma durumu	**Evet**	8	16,7	77	14,7	0.713
	Hayır	40	83,3	447	85,3	
	Toplam	48	100,0	524	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Hastaları KETEM'e yönlendirme durumu	**Evet**	8	16,7	77	14,6	0.705
	Hayır	40	83,3	449	85,4	
	Toplam	48	100,0	526	100,0	
Hastalıktan önce AH'nin Mammografi hakkında bilgi verme durumu	**Evet**	8	16,7	78	14,8	0.733
	Hayır	40	83,3	448	85,2	
	Toplam	48	100,0	526	100,0	

AH: Aile Hekimi; **KLMM:** Klinik meme muayenesi; **KETEM:** Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi.
Ki-kare, *p<0.05.

Araştırmaya alınan hastalardan 49'unda (% 8,4), meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitle olduğu tespit edildi. Meme kanseri tanısı almadan önce memesinde iyi huylu kitlesi olan ve olmayan hastalar arasında; AH tarafından KLMM yapılması, mammografi hakkında bilgi verilmesi, tarama için KETEM'ye yönlendirilmesi açısından fark olmadığı görüldü (p>0.05).

Adım adım (stepwise) lojistik regresyon modelinde erken tanı-tarama yöntemini kullanma durumu bağımlı değişken, tümörün evresi, sağlık hizmetlerine erişim, kent ya da kırda yaşıyor olmak, hastanın tanı anındaki yaş grubu, ailede meme kanseri öyküsü, hastanın gelir düzeyi ve eğitimi ise bağımsız değişkenler olarak modele alınmıştır. Analiz sonuçları Tablo 39'da sunulmuştur.

Tablo 39. Araştırmaya katılan olgularda erken tanı –tarama yöntemi kullanma durumu ile ilişkili olabilecek bazı değişkenlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	Regresyon katsayısı	Wald istatistiği	p	OR	%95 Güven Aralığı	
					Alt sınır	Üst sınır
Yaşanan yer						
Kent				Referans		
Kır	0,141	0,124	0,724	0,868	0,396	1,903
Tanı anındaki yaş grubu						
15-49 yaş				Referans		
≥ 50 yaş	0,313	1,236	0,266	0,732	0,422	1,269
Sağlık hizmetlerine erişimde sorun						
Yaşamayanlar				Referans		
Yaşayanlar	0,571	6,680	**0,010**	**1,770**	1,148	2,729
Eğitim durumu						
OYD				Referans		
Lise + Üniversite	1,845	5,507	**0,019**	6,33	1,355	29,56
ilk + Orta öğretim	,286	,675	0,411	1,33	0,672	2,64
OY	,496	3,007	0,083	1,64	0,937	2,88
Gelir düzeyi	,0001	0,487	0,486	1,0	0,999	1,0
Ailede meme kanseri öyküsü						
Ailede meme kanseri öyküsü olmayanlar				Referans		
Ailede meme kanseri öyküsü olanlar	0,827	8,453	**0,004**	2,287	1,309	3,996
Tümörün tanı anındaki evresi						
Erken-ara evre				Referans		
Lokal ileri-metastatik evre	0,344	1,144	0,285	0,709	0,377	1,332
AH'nin KETEM'e yönlendirme durumu						
Yönlendirilmeyenler				Referans		
Yönlendirilenler	2,328	26,573	**0,001**	10,45	4,55	23,9
Emzirme süresi	0,018	6,334	**0,012**	1,02	1,004	1,032
Sabit	2,403	9,339	**0,002**			

OY: Okur yazar; **OYD:** Okur yazar değil; **AH:** Aile hekimi; **KETEM:** Kanser Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi.

Tablo 39 incelendiğinde; sağlık hizmetine erişimde sorun yaşamayanların, sorun yaşayanlara göre 1,7 kat (p=0.010), lise üniversite mezunu olanların, okur yazar olmayanlara göre 6,3 kat (p= 0.019), ailesinde meme kanseri öyküsü olanların, olmayanlara göre 2,2 kat (p= 0.004), AH tarafından KETEM'ye yönlendirilenlerin, yönlendirilmeyenlere göre 10,4 kat (p=0.001) ve ortalama emzirme süresi kısa olanların, uzun olanlara göre 1,02 kat (p=0.012) fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları görülmektedir.

TARTIŞMA

Kadınlardaki dört kanserden biri memede yerleşmekte olup, meme kanseri dünya genelindeki en yaygın kanser türüdür ve ülkemizde tüm kanserlerin % 24.1'ini meme kanserlerinin oluşturduğu belirtilmektedir (10,29,65,66). Ancak mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde yüzbinde 20, batı bölgelerimizde ise yüzbinde 40-50 oranında bir sıklığın olduğu tahmin edilmektedir (29). Bu sıklık farkı, bölgemizin de içinde bulunduğu batı Türkiye'deki yaşantının Avrupa ülkelerindeki benzerliğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Ülkemizde faaliyet gösteren Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu'nun hazırladığı meme kanseri kayıt programı ile meme kanserli olguların tek bir havuzda toplanması, bu olgulara ait detaylı bilgiye ulaşılabilmesi ve daha sonra bu verilerle bir hasta izlem programı oluşturulması hedeflemiştir. Bu programda kayıtlı 8.649 hastanın % 98,5'i kadın, % 1,5'i erkektir (29). Bizim çalışmamızda da, meme kanseri olgularının benzer oranlarda çok büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı.

Aynı kayıt programında hastaların % 20,2'sinin 40 yaşın altında, % 31,1'inin 41–50 yaş arasında, % 48,7'sinin ise, 50 yaşın üzerinde olduğu rapor edilmiştir (29). Ayrıca literatür incelemelerinde; meme kanseri gelişiminde yaş arttıkça meme kanseri riski arttığından yaşın tek başına en önemli bağımsız risk faktörü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (67,68). 2002 yılında Aslan ve ark.(69)'nın 1085 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada; araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması 34,8 iken, Kılıç ve ark. (70)'nın yaptıkları başka bir çalışmada ise hastaların meme kanseri tanısı aldıkları andaki yaş ortalaması 50,0±12,1 şeklinde rapor edilmiştir. Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde; meme kanseri tanısı konulan hastaların ilk tanı yaşı ortalamaları Nijerya için 42,7, Finlandiya için 58,7 olarak bulunmuştur (71). İzlanda'da 1120 meme kanserli hastanın saptandığı bir

prospektif kohort araştırmasında ise hastaların tanı yaşı 26 ile 90 arasında değişmektedir ve % 8,7'sinin tanı yaşı 40 yaşın altında, % 58,6'sının ise 55 yaşın üstündedir (70). Pakistan'da yapılan iki ayrı çalışmada hastaların ortalama tanı yaşı 47,8 ve 48,0 yaş olarak bildirilmiştir (72,73). Çalışmamızda ise hastalarımızın tanı anında yaş ortalaması 51,5 idi ve % 47'si 15-49 yaş arasında % 47'si, 50-69 yaş arasında % 6'sı, 70 yaş ve üzerindeydi.

Sağlık bilimlerindeki ilerlemelere karşın, meme kanseri yaşamı tehdit etmeye devam etmektedir. Meme kanseri için risklerin ortaya konulması ve risk gruplarının belirlemesi amacıyla ülkemizde son yıllarda çok sayıda epidemiyolojik çalışma yapılmıştır (29,66,70,74).

Haydaroğlu ve ark.(66)'nın 1992–2003 yılları arasında Ege Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran ve meme kanseri tanısı alan 3897 olguyu; yaşadıkları bölgeler, kentsel ve kırsal alan olarak incelemeleri sonucunda, %70,5'inin kent merkezinde oturduklarını rapor etmişlerdir. Bu çalışmaya alınan hastalarımızın da benzer şekilde % 82,3 gibi büyük bir oranı kent merkezinde ikamet etmekteydi.

Meme kanserinin etiyolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır. Ülkemizde meme kanserli hastalarda risk faktörlerinin dağılımı ile ilgili yapılan geniş seriler bulunmaktadır (25,69,74). Bu risk faktörleri arasında; cinsiyet, yaş, daha önce malign ya da benign meme kanseri öyküsünün olması, aile öyküsü, ırk, menstrual öykü (erken menarş ve geç menopoz), ilk gebelik yası, alkol tüketimi, yağdan zengin diyet ile beslenme, yüksek VKI, oral kontraseptif kullanımı ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi yer almaktadır (9,69,70,74). Çalışmamızda obezite varlığı (VKİ>25) literatürle uyumluluk gösteren risk faktörüdür. Doğurganlık ve laktasyon oranları literatürdekinden yüksek iken, sigara ve oral kontraseptif kullanma, hormon replasman tedavisi alma, ailede meme kanseri bulunma oranları ise literatürden düşüktür (25). Ülkemiz için risk faktörlerinin belirlenmesi ve uygun önlemler alınmasının sağlanması açısından yapılacak çok merkezli prospektif çalışmaların yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Uluslararası Kanser Savaş Örgütü tarafından hazırlanmış ve 2008 yılı Dünya Kanser Zirvesi'nde kabul edilmiş olan Dünya Kanser Bildirgesi'nde; "Kanserde doğru teşhis, uygun tedaviler, destek bakım, rehabilitasyon hizmetleri ve palyatif bakıma erişim hakkı bütün hastalar için dünya genelinde iyileştirilmeli ve maliyeti karşılanabilir olan güvenli, kaliteli kanser ilaçlarına tam olarak erişimin sağlanabilmesini artırmak için sosyal güvenlik şemsiyesinin genişletilmesi gerekmektedir'' konusu üzerinde özellikle durulmuştur (10). Nahçıvan ve ark. (54)'nın 2002 yılında İstanbul'da yaptıkları çalışmada sağlık güvencesine sahip olanların oranının % 58,9 olduğu, bu hastaların çoğunun da Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan(SSK) hizmet aldığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastalarımız % 98,6

gibi yüksek oranda bir sağlık güvencesine sahip olduğunu ve bu hastaların % 45,7' sinin SSK' dan hizmet aldıklarını tespit ettik. Çalışmamızda 2007-2011 yılları arasındaki 5 yıllık hasta dosyaları tarandığı için, şu an Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında tek çatıda toplanan sosyal güvence durumu, çalışma kapsamına alınan tarihlerde nasıl tanımlanmış ise o şekilde sınıfladık.

Hastalarımızın % 41,4'ü meme kanseri tanı, tedavi ve takip sürecinde sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda bir takım sorunlarla karşılaştığını belirtmişlerdir. Hastalarımızın % 95,2 gibi büyük bir çoğunluğu tanı ve tedavi giderleri için cepten harcama yaptıklarını belirtmiş, bunların da % 9,0'u ise bu harcamaları borçlanarak karşıladığını belirtmişlerdir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'in yayınladığı (HASUDER) Türkiye Sağlık Raporu 2012'de; 2003 yılında 24 milyar TL olan toplam sağlık harcamasının 2012 sonunda 99 milyar TL'ye çıkacağı, bununla beraber aynı dönemde cepten yapılan harcamaların da 3 milyar TL'den 19 milyar TL'ye çıkacağı tahmin edilmektedir (75). Yine Dünya Kanser Bildirgesi'nde yer alan destek bakım, rehabilitasyon hizmetlerinin kolay ulaşılabilir konuma getirilmesi konusundaki öneri ve temenniler doğrultusunda; hastalarımızın hiçbirinin evde sağlık hizmetleri biriminden herhangi bir destek almadıkları öğrenilmiştir (10). Sosyal güvenlik şemsiyesinin bu denli geniş kapsayıcılığa ulaştığı bir durumda bu tür sıkıntıların belirmesi ve hasta mağduriyetlerinin oluşması, ülke ve sağlık yöneticilerinin sosyal güvenlik kurumları üzerinde daha fazla çalışma yapması gereğini doğurmaktadır.

Literatürde meme kanseri tanılı hastaların tanı konulduğu andaki tümörün lokalizasyonları, histolojik tanısı, evresi konusunda daha önce yapılan geniş seriler bulunmaktadır.

Meme kanseri tanılı hastalardaki tümör lokalizasyonları incelendiğinde; en sık lokalizasyonun üst dış kadran olduğu rapor edilmiştir (66,70). Bizim çalışmamızda da tümörün; hastaların % 31,7'sinde sağ üst dış, % 32,9'unda sol üst dış kadranda lokalize olduğu tespit edilmiştir.

Lee ve ark. (76)'nın, meme kanserinin üst dış kadranda daha sık olarak görülmesinin nedenini araştırmış ve malign lezyonların üst dış kadranda daha sık olarak görülmesini, üst dış kadranda daha fazla meme dokusu bulunmasıyla açıklamışlardır.

Tanı konulduğu andaki tümör evreleri değerlendirildiğinde; Haydaroğlu ve ark. (66) olguların % 34,6'sının, Kılıç ve ark. (70) ise % 62,1'inin erken evrede bulunduğunu tespit etmişlerdir. Yurt dışı çalışmalarda, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan ülkelerdeki durum bizim sonuçlarımızdan ve ülkemizdeki diğer çalışma verilerinden oldukça farklıdır. Hindistan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün sonuçlarına bakıldığında, hastaların % 76'sında tanı

sırasındaki evre; evre III ve IV'tür. Batı Afrika ülkesi olan 20 milyon nüfuslu Gana'da da hastaların nerdeyse tamamının ileri evrede tanı aldıkları tespit edilmiştir (29).Bizim çalışmamızda erken evrede tanı alanların oranı % 53,3'tür.

Tümör histolojisi incelendiğinde, duktal tümörlerin en sık görüldüğü duktal tümörler içinde ise, invaziv duktal karsinomun ilk sırada bulunduğu gösterilmiştir (66,70). Tunus'ta 729 hastada gerçekleştirilen bir çalışmada olguların % 90'ı, İskoçya' da 35 yaş ve altında tanı konulan 113 hastada gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise hastaların % 94'ü invazif duktal karsinom olarak rapor edilmiştir (77,78). Pakistan'da yapılmış olan çalışmada ise invazif duktal tümörlerin payı % 81 olarak bulunmuştur (73). Çalışmamızda da hastaların % 72,9'unun histopatolojik tanısının invaziv duktal karsinom olduğu; tümörün lokalizasyonları, histolojik tanısı, evresi ile ilgili elde edilen verilerin literatür ile uyumlu olduğu bulunmuştur.

Meme kanserinden olan ölümlerin önlenebilmesi ve hastalığa yakalananların erken evrede teşhis edilip tedavi olanağına kavuşabilmeleri için; memede ortaya çıkan belirtilere dikkat edilmesi ve toplumun hastalık semptomlarına karşı bilinçli olması önem taşımaktadır (57). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınlarda tanı öncesi en sık rastlanan ilk başvuru yakınmaları sorgulandığında; sırasıyla memede ağrısız kitle (%79,1), memede ağrılı kitle (%12,8) ve memede yalnızca ağrının (%3) ilk başvuru nedeni olduğu ortaya çıkmıştır (1). Çalışmamızda da benzer şekilde olguların % 77,9'unda memede ağrısız kitle, % 8,8'inde memede ağrı ve kitle en sık başvuru nedenleriydi. Görüldüğü üzere kadınları meme kanseri şüphesiyle doktora yönlendiren en sık şikâyet memede ağrısız kitledir. Bu durumda kadınlar tarafından uygulanan KKMM'nin önemi ortaya çıkmaktadır. Kadınların KKMM'leri sırasında memelerinde kitle fark etmeleri durumunda gecikmeden bir hekime başvurması oldukça önemlidir.

Hastaların meme kanseri şikayetleri ile gidip ilk tanı aldıkları merkez de önemlidir. Özgün ve ark. (1)'nın yaptığı Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına başvuran meme kanseri tanılı hastaların incelendiği çalışmada ilk tanı yerleri % 79,0 Adnan Menderes Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği , % 13,6 Genel Cerrahi uzmanı ve % 7,4 aile hekimi olarak sınıflanmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada araştırmaya dahil edilen hastaların ilk tanı yeri; % 59,2 devlet hastanesi, % 29,6 üniversite hastanesi, % 10,9 özel hastane ve % 0,3 SSK Hastanesi şeklinde sıralanmaktadır.

Meme kanserinde tanıya esas olan yöntemler değerlendirildiğinde; Özgün ve ark. (1)'nın gerçekleştirmiş oldukları 129 hastalık seride, tanı %79,7 oranında ince iğne

aspirasyon biyopsisi (İİAB) veya kor biyopsiyle konulmuş iken, bizim çalışmamızda ise İİAB veya kor biyopsi yapılma oranı % 41, cerrahi eksizyon oranı % 31,2 idi.

Meme kanserinde çok farklı medikal ve cerrahi tedavi teknikleri mevcuttur (1, 29,66). Haydaroğlu ve ark. (66)'nın 1992–2003 yılları arasında, Ege Üniversitesi Hastanesin'e başvuran ve meme kanseri tanılı 3897 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; uygulanan tedavi şekillerinin, % 94,6'sına cerrahi, % 33,3'üne radyoterapi, % 35,6'sına da kemoterapi şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Dicle Üniversitesi'nde meme koruyucu cerrahi oranı % 5 iken, İstanbul Tıp Fakültesi'nde % 60'a ulaşmaktadır. Ege Üniversitesi'nde % 30, Akdeniz Üniversitesi'nde ise % 20 civarındadır (29).

Çalışmamızda meme kanseri tanılı hastalarımıza uygulanılan tedavi şekilleri ayrıntılı bir biçimde değerlendirildiğinde % 42,2 oranında cerrahi+kemoterapi+radyoterapi kombinasyonu ilk sırada yer almakta idi. Hastalarımıza uygulanılan cerrahi tedavi teknikleri değerlendirildiğinde; % 48,3 ile meme koruyucu mastektomi, % 43,9 ile modifiye radikal mastektomi ilk iki sırada yer almaktaydı.

Meme kanseri, erken tanı konulduğunda kolay tedavi edilen ve iyileşen bir kanser türüdür (79). 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 (13). Meme hastalıklarının erken tanısında doktor kadar hastanın da rolü olduğu bilinmektedir (79). Literatürde meme kanserinin % 90'ının ilk kez kişinin kendisi tarafından fark edildiği belirtilmektedir (80). Bizim çalışmamızda da % 86,1'inin hastalığı ilk olarak kendisinin fark ettiği tespit edildi.

Meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı önem göz önüne alındığında; KKMM yapılması, KLMM yapılması ve mammografi çektirilmesi olarak nitelendirilen ve meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemleri olan uygulamaların, ne kadar önemli olduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır (55).

Literatürde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın şu anki Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan meme kanserinde erken tanı tarama yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi yönünde çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar dikkatle incelendiğinde; çalışma evrenini genellikle meme kanseri için risk altında bulunan kadınlar, sağlık sektöründe çalışan ebe ve hemşireler, erken tanı tarama yöntemleri ile ilgili daha önceden eğitim alan kişiler, sağlık alanındaki çeşitli okullarda eğitim görenler ve yurtta kalan kız öğrenciler gibi çok çeşitli gruplar oluşturmaktadır (9,33,81,82). Bu çalışmaların ortak özelliği çalışmaya katılan kişilerin meme kanseri tanısı almamış olmalarıdır.

Özgün ve ark. (1) 2008 yılında meme kanseri tanısı bulunan 162 hasta üzerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmada, erken tanı tarama yöntemlerini ve erken evrede başvuruyu etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Bizim çalışmamızın, gerek dâhil edilen hasta sayısı, gerek verilerin detayları açısından oldukça kapsamlı bir çalışma olduğu düşüncesindeyiz. Ayrıca daha önceki çalışmalarda, meme kanseri tanılı hastaların tanı almadan önce Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan üç tarama yönteminden kaç tanesini kullandıklarına yönelik dağılımları inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat, Karakuş ve Bilgin'in (9) 2008 yılında yapmış oldukları yüksek lisans tez çalışmasında daha öncesinde meme kanseri tanısı olmayan 362 ebe ve hemşirenin Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan tarama yöntemlerinden üçünü birden kullanma oranını % 13,8 olarak belirtmişlerdir. Açıkgöz ve Ergör'ün (83) 2010 yılında yapmış oldukları yüksek lisans tez çalışmasında İzmir ilinde yaşayan, daha önce meme kanseri tanısı olmayan 227 kadından % 47,6'sının Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan tarama yöntemlerinden hiç birini kullanmadıkları rapor edilmiştir.

Türkiye'de daha önce yapılan bazı çalışmalar, Türk popülasyonunun meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının erken tanı tarama yöntemlerini kullanmadığını ortaya koymuştur (53,81).

Özgün ve ark. (1) meme kanseri tanısı alan hastalarından % 92'sinin tanı öncesi hiç bir muayene veya tetkik yaptırmamış olduğunu, yalnızca % 35,2'sinin düzenli KKMM yaptığını rapor etmişlerdir.

Bizim verilerimizde de her üç tanı tarama yöntemini de kullandığını belirtenlerin oranı % 11,2 iken, herhangi bir erken tanı tarama yöntemini kullanmadığı belirtenlerin oranı % 47,5 olarak tespit edilmiştir.

Kişilerin erken tanı tarama yöntemlerinin kullanılıp kullanılmamasına etki eden faktörlerin belirlenmesi ve bu doğrultuda gerekli önlemlerin alınması, meme kanseri tanısında gecikmeleri ortadan kaldıracak ve yaşam süresinin uzamasında, mortalitenin azalmasında, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde oldukça faydalı olacaktır.

Meme kanseri, Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle Türkiye'de meme kanseri için Ulusal Meme Kanseri Kontrolü Programı geliştirilmiş ve bu program T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından oluşturulan Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar'a göre yürütülmektedir (4,11,84). Erken tanı tarama yöntemleri yardımıyla direkt olarak bireylere hemen kanser tanısı konulamaz, elde edilen bulgular değerlendirilerek şüpheli durumlarda kliniklere yönlendirilerek daha ileri tanı yöntemleri ile kesin tanısı konulur (17).

Sosyodemografik özellikler bireylerin kanser semptomlarına olan ilgisini ve tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Robsham ve ark. (85) kent merkezinde yaşayan kadınların kırsal alanda yaşayan kadınlara göre daha fazla erken tanı tarama yöntemlerini kullandığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde; kent merkezinde yaşayan kadınlar, kırsal alanda yaşayan kadınlara göre daha fazla oranda KKMM ve KLMM gibi erken tanı tarama yöntemlerini kullanılırlarken, mammografi çektirenler ile çektirmeyenler arasında kent merkezinde ve kırsal alanda yaşama durumuna göre fark olmadığı görüldü.

Meme kanserine ilişkin çeşitli inceleme raporları, Dünya'nın pek çok ülkesinde kadınlarda KKMM yapma, mammografi ve KLMM yaptırma gibi erken tanı tarama yöntemlerinin yetersiz olduğunu, bu yöntemlerin önerilen sıklıkta ve nitelikte yapılmadığını göstermektedir (18,86-89).

Ülkemizde daha önce yapılan bazı çalışmalar, Türk kadınlarının meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının KKMM yapmadığını ortaya koymuştur (53,81). Aslan ve ark. (90) tarafından, İstanbul'daki 1085 kadın incelenmiş, % 54,7'sinin KKMM yaptığı, ama bunun ancak % 6,6'sının düzenli olduğu bildirilmiştir. Seçginli ve Nahcivan (9) ise ayda bir düzenli KKMM yapma oranını % 5,5 olarak bildirmişlerdir (3,18,53,54,91,92). Dündar ve ark. (93)'nın çalışmasında Manisa'daki kadınların % 75'inin hiç KKMM yapmadıkları rapor edilmiştir. Gelişmekte olan diğer ülkelerde de durum farklı değildir. Hisham ve Yip'in (94) çalışmasında Malezya'da sağlıklı kişiler için yürütülen bir programda düzenli KKMM yapanların yalnızca % 1,3 olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmaya dahil ettiğimiz hastaların % 16,2'si KKMM yapmakta idi. Bu oran öteki çalışmalara göre yüksek olmakla birlikte yine de yetersizdir. Kadınların doğru bir teknik ile KKMM yapmaları ve memelerindeki olası değişiklikleri doğru değerlendirebilmeleri için uygun eğitim almaları çok önemlidir. Öncelikli olarak ta bu eğitimleri kişiye yönelik korucu sağlık hizmeti sunumundan sorumlu olan AH'lerinin yapması beklenir. Eskiocak ve ark. (95)'nın 2008 yılında Edirne'de yaptıkları çalışmada KKMM konusunda AH tarafından bilgilendirilenlerin oranı % 75 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise KKMM'sini AH'den öğrendim diyenlerin oranı % 35,1'dir. Bu veriler KKMM eğitimleri konusunda yıllar içinde bir ilerleme olmadığını ve AH'lerinin üzerine çok iş düştüğünü göstermektedir.

Daha önceki çalışmalarda genç nüfusta meme kanseri ile ilgili bilgi ve uygulama yetersizliklerinin olduğuna dikkat çekilmektedir (29). Bunun kaçınılmaz bir sonucu olarak, hastalar erken evrede başvurmamakta ve küratif tedavi şansı azalmaktadır (93). Farklı olarak Zincir ve ark. (96) Malatya il merkezinde kırk yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada,

kadınların % 39,3'ünün KKMM' si yaptığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise kırk yaş altında olan kadınlar daha az oranda erken tanı tarama yöntemi kullanırken, elli yaş üstü kadınlar daha fazla oranda erken tanı tarama yöntemi kullanmaktaydı. Bu konu ile ilgili erken tanı tarama yöntemleri kullanılmasında yaşın karıştırıcı bir faktör olabileceğinin de göz ardı edilmemesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Ülke çapında oluşturulacak bir erken tanı tarama programı belirlenirken, toplumun mevcut alt yapısı ve yöntemlerin maliyetleri de göz önüne alınmalıdır (18). KKMM 'nin kolay öğrenilip uygulanabilmesi, zararsız ve gelir seviyesi düşük kişilerde ekonomik olması bu yönteme üstünlük kazandıran özelliklerdir (97).

Çalışmaya dâhil edilen hastalarımız arasında; aylık gelir ortalaması daha yüksek olan grupta erken tanı tarama yöntemlerinin kullanılması daha fazla iken, erken tanı tarama yöntemi kullanma durumlarının, sosyal güvenceye sahip olma ile anlamlı fark kazanmadığı, bununla birlikte herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayan veya düşük gelir seviyeli grupta KKMM tekniğini kullanma durumunun da anlamlı farklılık taşımadığını tespit ettik. Ayrıca çarpıcı bir sonuç olarak da hastalarımız arasında sosyal güvenceye sahip olmayanların tamamının hiç klinik meme muayenesi yaptırmadığını belirledik. Meme kanseri ile etkin bir biçimde mücadele etmeyi planlayan ve bu konuda oldukça uğraş veren sağlık otoriteleri, parasız, toplumun her kesimi tarafından ulaşılacak metotlar geliştirmelidir. Bu veriler ışığında KKMM, toplumun her kesimi tarafından kolaylıkla uygulanabilecek ve hastanın hekime başvurusunu hızlandıracak bir unsur olarak kullanılabilir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları-2008 (TNSA-2008) verilerine göre tüm bölgeler göz önüne alındığında, ülkemizde yaşayan kadınların % 33'ü ya hiç eğitim almamış, ya da ilkokulu tamamlamamışken, batı Marmara bölgesinde bu oran % 25,2'dir (98). Çalışmamıza dâhil edilen hastalarımızda ise bu oran % 24,7'dir.

Eğitim durumu ve erken tanı tarama yöntemleri bilgi ve uygulama sıklığı ile ilişkili sonuçlar yurt içi ve dışında gerçekleştirilen çok sayıda çalışmada bildirilmiştir (33,70,83). Açıkgöz ve Ergör (83) çalışmalarında lise veya üniversite mezunlarının % 73,3'ünün erken tanı tarama yöntemleri kullandıklarını rapor etmişlerdir. Yine Kılıç ve ark. (70)'nın yapmış olduğu çalışmada eğitim durumunun artışı ile birlikte KKMM yapılma sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da benzer biçimde lise veya üniversite mezunu olanların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandığı, KKMM'sini daha fazla yaptığı, fakat mammografi çekilmesi ve KLMM yaptırma yöntemlerinde ise eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Bu veriler ışığında eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak toplumda erken tanı tarama yöntemlerini kullanma oranının daha da artacağı inancındayız. Ayrıca

toplumun eğitim düzeyleri de göz önüne alınarak, meme kanseri erken tanı tarama yöntemleri ile ilgili kadınlara yönelik eğitim çalışmalarının artırılması ve yaygınlaştırılması ile başvurudaki gecikmeler ortadan kaldırılabilir.

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi, yaşam süresinin uzamasında, mortalitenin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olabilmektedir (99). Erken tanı ve tarama yöntemlerinden uzak olan ve bu yöntemleri kullanmayan kadınların çoğunda, uygulanacak tedavi seçeneklerinin de fazla olmadığının altı önemle çizilmektedir (55).

Kadınlar arasında en sık görülen kanser olan ve erken tanı ile başarılı sonuçların mümkün olduğu meme kanseri konusunda, kadınlara tanı ve tarama yöntemleri konusunda bilgi, tutum ve davranış kazandırılması oldukça önemlidir.

Öztürk ve ark. (100) KKMM uygulaması yapan kadınlarda, uygulamayanlara göre meme kanserinin daha erken dönemde saptanabildiğini göstermişlerdir. Yine Özyılkan ve ark. (101) da benzer bir biçimde KKMM uygulaması yapanların kanserlerinin daha erken dönemde saptandığı ve bunun hem siyah hem de beyazlarda, tüm sosyal ve ekonomik düzeylerde ve yaş gruplarında geçerli olduğunu belirtmişlerdir. 2008 yılında yayımlanan "Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri'' adlı derlemede KKMM mortalite oranını azaltmamakta ancak saptanan tümör çapında küçülme sağlamaktadır denilmektedir (29).

Bizim çalışmamızdaki verilerde göre, KKMM yapanlar ve/veya KLMM yaptıranların daha çok erken ve ara evrede tanı aldıkları tespit edilirken, bu iki erken tanı ve tarama yöntemini kullananlarda tedavi sonrası nüks gelişmesi açısından fark olmadığı tespit edildi.

Pakistan'dan bir çalışmada etkin ve hedefe yönelik erken belirleme programları, halk sağlığı eğitimi, klinik ve KKMM'nin gelişmekte olan ülkelerde başlatılması önerilmektedir (102). Kadınların özellikle KKMM ile şüphelendikleri anda derhal bir sağlık kurumuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmelerinin yanı sıra, düzenli olarak KLMM yaptırmaları, meme kanserinin erken tanı ve tedavisi konusundaki çabaları güçlendirecektir.

Mammografi erken evrede meme kanseri tanısı konulmasında en etkili toplum tabanlı tarama yöntemidir (83). Dündar ve ark. (93)'nın yaş ortalaması 37,8±13,7 olan 244 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların, % 89,3'ünün hiç mammografi çektirmedikleri ve yalnız % 5,1'lik kesimin yıllık mammografi kontrolü yaptırdığı saptanmıştır. İzmir merkezli 227 kadının değerlendirildiği kesitsel tipteki araştırmada kadınların % 52,7'si en az bir kez mammografi yaptırmışlardır ve 40 yaş üstü kadınlarda son iki yılda mammografi yaptırma oranı % 41,3 olarak bulunmuştur. HASUDER'nin yayımladığı "Türkiye Sağlık Raporu 2012'' kitabında da belirtildiği üzere ulusal kanser tarama programlarının başarılı olabilmesi için hedef kitleye ulaşma yüzdesinin yüksek olması gerekmektedir. Buna karşın ülkemizde

maalesef mammografi taraması için hedef nüfusa ulaşma oranı % 25'lerde kalmaktadır (75). Çalışmamızda araştırmaya dâhil edilen kadın hastalardan tanı almadan önceki dönemlerde; % 40,6'sı yalnızca mammografi çektirdiğini, yine % 40,6'sı KLMM ve mammografiyi bir arada yaptırdığını, % 11,2'si ise KKMM ve mammografiyi bir arada yaptırdığını belirtmişlerdir. Mammografi çektiren hastalarımız daha çok 50 ve üstü yaş grubunda olan hastalardan oluşmaktaydı. Bu durum önceki çalışmalarla uyumludur (29).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada lise ve üstü eğitimi olanlar arasında Ulusal Meme Kanseri Tarama Standardı'na uyarak mammografi yaptıranlar ortaokul ve altında eğitimi olanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu rapor edilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların % 88,2'sinin mammografi yaptırma ücreti sosyal güvence tarafından karşılanmaktadır (83). Bizim çalışmamızda da benzer biçimde sosyal güvenceye sahip olanların daha fazla mammografi çektirdikleri tespit edildi. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı KETEM'lerde ekonomik durumu kötü ve hiçbir sosyal güvencesi olmayan kadınlara ücretsiz mammografi çekilmektedir (74).

Topluma yönelik olarak ve mammografi incelemesi ile yürütülen meme kanseri taramalarının meme kanserinin mortalite hızını yüzde otuz kadar düşürdüğü çeşitli çalışmalarla gösterilmiş olup bu konudaki farklı yorum ve görüşlere karşın, topluma yönelik meme kanseri taramaları yapılması, uluslararası kurumlar tarafından ülkelere önerilmektedir (84). Bu çalışmalardan biri 1963 yılında başlatılan New York Health Insurance Plan çalışmasıdır. Bu çalışmada, çift yönlü mammografi + KLMM kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Taramaya katılım oranı % 67 olup, 18 yıllık takip yapılabilmiştir. Tüm yaş grupları dikkate alındığında, mortalitede % 20'lik azalma görülmüştür. Bu konuda yapılan ve yayımlanmış olan tüm çalışmalar dikkate alındığında, mortalitede % 35'e varan azalma görülebilmektedir (29). Çalışmamızda mammografi çektirme durumuna göre tanı anındaki tümör boyutu ve evresi açısından fark olmadığını tespit ettik.

Literatürde kadınların KKMM'sini bilip bilmediklerini, yapıp yapmadıklarını, yapmıyorlarsa yapmama nedenlerini, yapanların bu yöntemi hangi kaynaktan öğrendiklerini inceleyen çok sayıda çalışma mevcut iken ulusal yayınlarda meme kanseri tanısı almış hastalarda bu verileri irdeleyen çalışmaya rastlanılmamıştır (18,70,81,99).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Türk kadınların % 5,5 ile % 32 oranları arasında KKMM yaptıkları bildirilmiştir (81,91,92). Kırıkkale ilinde yapılan bir çalışmada kadınların % 19.3' ünün KKMM'yi yapmayı bildiği ifade edilmiştir (103). Şirin ve ark. (104)'nın İzmir'de gerçekleştirdikleri çalışmada kadınların % 53,9'unun KKMM'yi bildikleri saptanmıştır. Nijerya'lı kadınlarda gerçekleştirilmiş bir çalışmada ise son 1 yıl içinde KKMM

yapanlar % 43,2 olarak bulunmuştur (100). Bu çalışmada meme kanseri tanısı almış hastaların % 16,2'si tanı almadan önceki dönemlerde KKMM yaptığını ortaya koyduk. Bu oranın az olduğu sonucundan yola çıkarak kadınların KKMM neden yapmadıklarının üzerine eğilinmesi gerekmektedir.

Kişilerin KKMM yapmama nedenleri arasında Aslan ve ark. (81)'nın yaptıkları çalışmalarında ilk sıralarda ihmal (% 53,7) ve bilgi yokluğunu (% 18,9), Ishida ve ark. (105) ise kanserin ölüm olduğuna ve tedavisinin olmadığına inanmalarından kaynaklandığını rapor etmişlerdir. Çalışmamızda KKMM yapmamış olan hastaların % 51,8'i bilmediği için, % 46,9'u şikâyeti olmadığından gereksiz bulduğu için yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Kendi kendine meme muayenesi yapılmasının yanı sıra düzenli aralıklarla doğru bir biçimde yapılması da gereklidir. KKMM için en uygun zaman, adet gören kadınlar için adetinin bitiminden sonraki ikinci ya da üçüncü gün olarak belirtilmekte ve 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak bu muayenenin gerçekleştirilmesi beklenmektedir (55). Çalışmamızda hastalarımızın ne sıklıkla meme muayenesi yaptıklarına bakıldığında; % 36.2 si her banyo yapmayı takiben, % 63.8'inin ise ayda bir kez KKMM yaptıkları ortaya çıkmıştır.

Kılıç ve ark. (99)'nın Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda KKMM bilgi düzeylerini inceleyen çalışmalarında; KKMM hakkındaki bilgiyi nereden aldınız sorusuna kadınların % 47'si görsel basın, %25'i ise yazılı basını işaret etmişlerdir. Çevik ve ark. (106) kitle şüphesiyle hastaneye başvuran kadınlar üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise % 37,1'inin televizyon-radyo, % 8,1'inin sağlık personeli, % 3,2'sinin kitap dergi ya da broşür yanıtlarını verdiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda hastalarımıza KKMM'yi nereden öğrendikleri sorulduğunda; % 58,2'inin bir sağlık çalışanından, % 37,8'inin televizyon veya radyolardaki eğitici sağlık programlarından öğrendiklerini yanıtını vermişlerdir. Bu veriler doğrultusunda hastaların meme kanserinin erken tanısında önemli bir yeri bulunan KKMM hakkındaki bilgileri aldıkları kaynakların başında görsel medya gelmektedir. Etkin anlaşılır mesajları vermek ve farkındalığı artırmak amacı ile ulusal ve yerel televizyonların kullanılmasının sağlanması oldukça önemlidir.

Karakuş ve Bilgin'in (9) Malatya'da yaptıkları çalışmada çalışmaya alınan ebe ve hemşirelerin % 40,3'ü KLMM yaptırmış ve yaptıranlar da yaptırma nedenlerini hastalık fark ettikleri için (% 51,3), erken tanı tarama için (% 42,5) şeklinde sıralamışlardır. Bizim çalışmamızda hastalarımızın % 47,1'inin meme kanseri tanısı almadan önce KLMM

yaptırdığı; yaptıranların yaptırma nedenlerinin de kitle fark etme (% 12,5) ve erken tanı için (% 87,5) şeklinde sıralandığı tespit edilmiştir.

Ülkemizin sosyokültürel özellikleri ve toplumumuzun gelenekleri göz önünde bulundurulduğunda, kadın sağlık çalışanlarının hemcinsleri ile daha kolay iletişim kurmaları ve KKMM konusunda hastaları bilgilendirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti almak için sağlık kuruluşlarına başvurmuş kadınlara buralarda özellikle mümkünse kadın sağlık personelince eğitici faaliyetlerin gerçekleştirilmesi faydalı olacaktır (100).

Meme kanseri tüm dünyada ve ülkemizde halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birinci basamak sağlık hekimlerinin meme kanseri risk tayini hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (25). Her kadına KKMM ile birlikte diğer meme kanseri tanı tarama yöntemlerini kullanma alışkanlığı kazandırılmalıdır. Aile hekimliği sistemi yaşa ve endikasyonlara uygun olan tüm meme kanseri tanı tarama yöntemlerinin kullanılmasının yaygınlaşmasına katkıda bulunabilir. Tanı tarama yöntemlerinin yaygınlaştırılmasıyla ülkemizde erken evre meme kanseri başvurularını arttıracaktır.

"Türkiye Sağlık Raporu 2012'' kitabında da özellikle belirtildiği üzere; temel sağlık hizmetleri yaklaşımı çerçevesinde koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin önemi nedeniyle bu tür hizmetlerin sağlık kuruluşlarına başvurmayan kişileri de kapsaması gerekmektedir (75). Bu konuda gözden kaçırılmaması gereken bir nokta; bu hizmetleri vermesi gereken AH biriminin hizmet verdiği nüfusun fazla olduğu ve bunun da nitelikli ve kapsayıcı hizmet verilmesini güçleştirici bir etken olduğudur. Kadınların düzenli tanı tarama yöntemlerinin (KKMM, KLMM ve mammografi) uygulanmasını sağlayacak ve başvurudaki gecikmeleri ortadan kaldıracak çalışmalara hız verilmelidir. Bu da gezici sağlık hizmetlerinin ve 15-49 yaş kadın izlemlerinin geliştirilmesiyle olanaklı olabilecektir.

Nahcivan ve Seçginli (18) yapmış oldukları çalışmalarında, birinci basamakta çalışan hekimlerin, sağlık hizmeti almak için gelen 40 yaş üstü kadınların mammografi çektirme durumlarını mutlaka sorgulamaları ve çektirmeleri yönünde istem yapmaları gerektiğini özellikle vurgulamışlardır. Hekim tarafından yapılan hatırlatmanın, mammografi çektirmede önemli olduğunu işaret etmişlerdir. Şimşek ve ark. (107)'nın 2009 yılında yaptıkları çalışmaya göre ülkemizde aile hekimliği uygulaması ile birlikte 1. basamak kurumlarında kişi başına yıllık muayene sayılarında artış olduğu bildirilmekle birlikte, bazı risk gruplarına yönelik izlemlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Nesanır ve Erkman'ın (108) 2010 yılında yaptıkları çalışmada sağlık ocağında yılda iki kez izlenmesi beklenen 15-49 yaş kadınların aile hekimliği uygulamasında böyle bir zorunluluk olmaması nedeniyle düşme eğilimine girdiği belirtilmektedir. Çalışmamıza dâhil edilen hastalarımızın yalnızca % 15,0'ına AH

tarafından klinik meme muayenesi yapıldığı, % 15,1'inin AH tarafından mammografi ile ilgili bilgi verildiği, % 14,9'unun ise AH tarafından KETEM' e yönlendirilmiş olduğu tespit edilmesi de bu çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bununla birlikte çalışmamızda koruyucu sağlık hizmetlerinde yer alan birinci basamakta çalışan hekimlerinin önemini bir kez daha vurgulayacak değerli sonuçlara da ulaşılmıştır. Hastalarımızdan tanı almadan önceki dönemlerde aile hekimi tarafından klinik meme muayenesi yapılan, kendisine mammografi hakkında bilgi verilen ya da KETEM'e yönlendirilenlerin büyük bir çoğunluğu düzenli olarak KKMM yapmakla birlikte KLMM'si de yaptırmış ve mammografi çektirmişlerdi. Bütün bu bulgular 15-49 yaş kadın izleminin erken tanıda ne kadar önemli olduğunu ve AH uygulamasıyla birlikte tavsayan bu izlemlerin meme kanseri erken tanısında olumsuz sonuçlara neden olabileceğini ortaya koymaktadır.

Meme kanserinin etiyolojisinde birçok risk faktörü tanımlanmaktadır (9). Bu risk faktörlerinin iyi bilinmesi, meme kanserinin tanı ve tarama programları ile erken dönemde saptanması; daha az estetik bozukluk yapan cerrahi girişimlerin uygulanmasına, sağkalımın artırılmasına ve mortalitenin azaltılmasına neden olur (74).

Avrupa ülkelerinde meme kanseri risk faktörleriyle, risk belirleme yöntemleriyle, tarama programlarıyla ilgili geniş çaplı araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Son dönemdeki çalışmalar daha çok, yüksek riskli kadınlara neler yapılabileceği, etkili koruyucu önlemlerin neler olabileceği yönündedir (25). Ülkemizde bu konularla ilgili tıbbi çalışmalar ve verilerin kısıtlı olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar genellikle risk faktörlerinin ortaya koyulması üzerinedir. Meme kanseri tanısı alan ve tanı almadan önceki dönemde sahip oldukları risk faktörlerine göre, Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı'nda yer alan erken tanı tarama yöntemlerinin tamamını kullanılıp kullanılmadığını irdeleyen kapsamlı sistematik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamızda herhangi bir meme kanseri risk faktörüne sahip olan kadınlara, erken tanı ve tarama yöntemlerinden her birini uygulayıp uygulamadığını ayrı ayrı olarak sorma yöntemiyle inceledik.

"Türkiye Sağlık Raporu 2012''de özellikle belirtildiği üzere kanserden birincil koruma ile kanser insidansı düşürülürken, ikincil koruma ile ancak erken tanı konularak yaşam süreleri uzatılabilmektedir (75). Kanser risk faktörleri arasında değiştirilebilir ve değiştirilemez etkenler bulunmaktadır. Çalışmamızda değiştirilemez risk faktörlerinden olan ailesinde (1. veya 2. derece akraba) meme kanseri olan kadınların erken tanı tarama yöntemlerinin tamamını kullandıkları tespit edildi. Benzer biçimde meme kanseri tanısı almadan önce memesinde iyi huylu kitlesi olduğu tespit edilen kadınlar da erken tanı tarama yöntemlerinin tamamını kullandıkları görüldü. Bu durum burada belirtilen iki risk faktörünün

de kadınlar tarafından oldukça iyi bir biçimde, doğru bir şekilde algılanmış olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Yine 50 yaş üstünde olma, menapoza girme, OKS kullanma, sigara içme gibi diğer risk faktörlerine sahip kadınlar, erken tanı tarama yöntemlerinin tamamını kullanmasalar da en az birini kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu risk faktörlerine sahip bireylerde erken tanı tarama yöntemlerinin yaygınlaştırılması konusunda daha kapsamlı, yaygın ulusal bilgilendirme programlarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer nokta da; tanı öncesi dönemde, OKS kullanılma durumunun aksine, dışarıdan hormon alanlar ile almayanlar arasında erken tanı tarama yöntemi kullanma açısından fark olmadığının tespit edilmesidir. Bu durum hastalar tarafından dışarıdan hormon alımının, OKS kullanımındaki gibi meme kanseri risk faktörü olarak algılanmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda kadınların daha çok bilgilendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Aslan ve Gürkan'ın (69) 2007 yılında İstanbul'da 1085 kadınla yaptıkları çalışmada çocuk emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı sonucuna varılmıştır. Özmen'in (29) 2008 yılında yaptığı çalışmada, birden fazla çocuk emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada meme kanseri olan kadınlarda emzirme süresi ortalamasının 18.5 ay olduğu belirtilmiştir (13). Bizim çalışmamızda meme kanseri tanılı hastaların toplam emzirme süresi ortalamasını 26,5± 17,8 olduğu ve erken tanı tarama yöntemi kullandığını belirten kadınların emzirme süresi ortalamalarının daha kısa olduğu görülmüştür. Emzirme süresinin kısa olmasının meme kanseri açısından risk oluşturduğunu saptayan bu çalışmalara göre bizim çalışmamızdaki kadınların erken tanı tarama yöntemi kullanıyor olmaları sevindiricidir.

Alkoy ve ark.(109)'nın 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada; ülkemizde AH'liği uygulamasının temelde hizmetin başvuranın talebi üzerine sunulduğu bir sistem olduğu görülmektedir. Sağlık ocağında çalışan sağlık personeli sorumlu olduğu coğrafi alandaki nüfusu ve riskli grupları/ bölgeleri tanırken; AH'de bölge kavramının ortadan kalkması ile riskli grupların tanınması, izlenmesi; bu kişi ve gruplara yönelik gereğinde pozitif ayrımcılıkla hizmet yürütümünün ortadan kalktığı tespiti yapılmaktadır. Bizim çalışmamızdaki bulgular da bu tespiti destekler niteliktedir. Çalışmamızda Ailesinde Meme kanseri bulunması, meme kanseri tanısından önce memede iyi huylu kitle tespit edilmesi gibi meme kanserine yakalanma açısından risk taşıdığı tespit edilen hastalar ile bu riskleri taşımayanlar arasında; AH'leri tarafından klinik meme muayenesi yapılması, mammografi hakkında bilgi verilmesi ve KETEM'ye taramaya gönderilmeleri açısından anlamlı fark

olmadığı tespit edildi. Bu bulgu AH sisteminde risk yaklaşımı anlayışının önemsenmediğini düşündürmektedir.

Aslan ve ark. (69)'nın 2007 yılında İstanbul'da 20 yaş üstü 1085 kadın üzerinde Amerikan Kanser Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın meme kanseri riskini değerlendirmek amacıyla önerdiği " Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu''na göre yaptıkları çalışmada; kadınların % 98,5'inin düşük riskli, % 0,7'sinin orta riskli, % 0,6'sının yüksek riskli, % 0,2'sinin ise çok yüksek riskli olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda araştırmaya dahil ettiğimiz kadınlar arasında yüksek ve çok yüksek risk taşıyan kadın hiç yokken; araştırmaya dahil edilen kadınların % 92,3'ünün düşük risk, % 7,7'sinin ise orta risk taşıdığını tespit ettik. Farklı risk düzeyi hesaplama modelleri kullanarak, sağlıklı kadınlar üzerinde meme kanseri için risk analizi yapan ve risk durumuna göre Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartına uyumu sorgulayan bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada yalnızca Ulusal Meme Kanseri Tarama Standart'ında yer alan 50-69 yaş arası kadın hastalardan son iki yılda mammografi çektirenler "Ulusal Tarama Programına uyan'' şeklinde nitelenerek, 110 kadın üzerinde analiz yapılmıştır (83). Biz çalışmamızda meme kanseri tanısı almış olan hastaların hastalık tanısı almadan önce risk düzeyleri bakımından; 15-49 yaş ve 50 yaş ve üzeri, yaşa göre erken tanı tarama yöntemi kullanma ve erken tanı tarama yöntemlerinin bileşenleri olan KKMM yapma, KLMM yaptırma ve mammografi çektirme durumlarını inceledik. Bunun sonucunda orta risk grubunda olanların, düşük risk grubunda olanlara göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandığı, KKMM yaptığı, KLMM yaptırdığı ve mammografi çektirdiğini tespit ettik. Erken tanı tarama yöntemi kullananların, mammografi çektirenlerin ve KLMM kullananların risk puanlarının daha yüksek olduğunu, KKMM yapanlar ile yapmayanlar arasında ortalama risk puanları açısından fark olmadığını tespit ettik. Bu bulgular meme kanseri olgularının bariz risk taşımayan olgularda ne kadar yaygın olduğunu ve konuyla ilgili programlar geliştirilirken bu özelliğin dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yürüttüğümüz bu çalışma tek merkezli kesitsel bir çalışma olup sonuçlarımız tüm Türkiye'yi yansıtmamaktadır. Erken tanı tarama yöntemi kullanmayı ve buna paralel olarak KKMM yapmayı, klinik meme muayenesi yaptırmayı ve mammografi çektirmeyi etkileyebilecek faktörleri araştırmak üzere daha geniş çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda planlanan çalışmamızın amacı, 2007 ve 2011 yılları arasında TÜSAM'ye başvuran meme kanseri tanılı hastaların demografik, klinik özelliklerini ve risk düzeylerini, erken tanı tarama yöntemi kullanma durumları ile karşılaştırmalı olarak değerlendirerek, belirlenecek farklılıklara göre öneriler geliştirmek ve bu önerileri ilgili birimler ile paylaşmaktı.

Çalışma ile ortaya çıkan sonuçlar aşağıda sıralanmıştır;

1. Kentte yaşayanlar kırda yaşayanlara göre daha yüksek oranda erken tanı-tarama yöntemi kullanmaktadırlar.
2. Lise veya üniversite mezunu olanlar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadırlar.
3. Yaş dikkate alındığında 50 yaşından büyük olan kadınlar, 50 yaş altına göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadırlar.
4. Erken tanı tarama yöntemi kullanan hastalar daha yüksek oranda erken veya ara evrede tanı almışlardır.
5. Meme kanseri tanısı almadan önce memede iyi huylu kitle tespit edilen hastalar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadırlar.
6. Ailesinde (1. veya 2. derece akraba) meme kanseri olan hastalar olmayanlara göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadırlar.
7. Hastalığından önce dışarıdan hormon alanlar ile almayanlar arasında erken tanı tarama yöntemi kullanma açısından fark bulunmamaktadır.
8. OKS kullananlar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadırlar.

9. Daha önce sigara içip bırakmış veya şu an hala sigara içtiğini belirtenler, hiç sigara içmeyenlere göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
10. Toplam emzirme süresi ortalaması kısa olanlar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
11. İlk doğum yaşı ortalaması daha yüksek olanlar, daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
12. Orta risk grubunda olanlar düşük risk grubunda olanlara göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmışlardır.
13. Ortalama risk puanları yüksek olanlar, daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
14. Sağlık hizmetine erişmede sorun ile karşılaşanlar daha az erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
15. Aylık gelir ortalamaları yüksek olanlar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
16. Aile hekiminden mammografi hakkında bilgi alanlar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
17. Aile hekimi tarafından KETEM'ye yönlendirilen hastalar daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmaktadır.
18. Kentte oturanlar, kırda oturanlara göre daha fazla KKMM yapmaktadır.
19. Lise –üniversite mezunu olanlar, diğerlerine göre daha fazla KKMM yapmaktadır.
20. KKMM yapanlar daha çok erken ve ara evrede tanı almışlardır.
21. Hastalıktan önce AH'nin KLMM yaptığı hastalar daha çok KKMM yapmaktadır.
22. Hastalıktan önce AH'nin mammografi hakkında bilgi verdiği hastalar daha çok KKMM yapmaktadır.
23. Hastalıktan önce AH'nin KETEM'ye yönlendirdiği hastalar daha çok KKMM yapmaktadır.
24. KETEM'de tarama yaptırdığını belirten hastalar daha çok KKMM yapmaktadır.
25. Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilen hastalar daha çok KKMM yapmaktadır.
26. Anne veya kız kardeşinde meme kanseri tespit edilen hastalar daha çok KKMM yapmaktadır.
27. Hastalığından önce dışarıdan hormon alanlar ile almayanlar arasında, KKMM yapma açısından fark yoktur.
28. OKS kullananlar daha çok KKMM yapmaktadır.

29. Orta risk grubunda olanlar düşük risk grubunda olanlara göre daha fazla KKMM yapmaktadır.
30. KKMM yapanlar ile yapmayanlar arasında ortalama risk puanı açısından fark yoktur.
31. 50 yaşından küçük ve büyükler arasında KKMM yapma açısından fark yoktur.
32. Aylık gelir ortalamaları yüksek olanlar, daha fazla KKMM yapmaktadır.
33. KKMM yapanların tanı konulduğundaki yaş ortalamaları daha küçüktür.
34. Kentte oturanlar kırda oturanlara göre daha fazla KLMM yaptırmaktadır.
35. KLMM yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında eğitim durumları açısından fark yoktur.
36. Sosyal güvenceye sahip olmayanların hiç KLMM yaptırmadığı tespit edilmiştir.
37. KLMM yaptıranlar, daha çok erken ve ara evrede tanı almaktadırlar.
38. Hastalıktan önce AH'nin mammografi hakkında bilgi verdiği hastalar daha çok KLMM yaptırmaktadır.
39. Hastalıktan önce AH'nin KETEM'ye yönlendirdiği hastalar daha çok KLMM yaptırmaktadır.
40. Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilen hastalar daha çok KLMM yaptırmaktadır.
41. Ailesinde(1. veya 2. derece) meme kanseri olan hastalar daha çok KLMM yaptırmaktadır.
42. Post menopozda olanlar, menopozda veya premenopozda olanlara göre daha çok KLMM yaptırmaktadır.
43. Hastalığından önce dışarıdan hormon alanlar ile almayanlar arasında KLMM yaptırma açısından fark yoktur.
44. OKS kullananlar ile kullanmayanlar arasında KLMM yaptırma açısından fark yoktur.
45. KLMM yaptıran hastalar daha çok 50 ve üstü yaş grubunda olan hastalardır.
46. Orta risk grubunda olanlar düşük risk grubunda olanlara göre daha fazla KLMM yaptırmaktadır.
47. Ortalama risk puanı daha yüksek olanlar daha fazla KLMM yaptırmaktadır.
48. Sağlık hizmetine erişmede sorun yaşamayanlar, daha fazla KLMM yaptırmaktadır.
49. Aylık gelir ortalamaları yüksek olanlar daha fazla KLMM yaptırmaktadır.
50. Kent veya kırda yaşamanın mammografi çektirmeyi etkilemediği görüldü.
51. Eğitim durumunun mammografi çektirmeyi etkilemediği görüldü.
52. Sosyal güvenceye sahip olanlar daha fazla mammografi çektirmektedirler.
53. Mammografi çektiren hastalar daha çok 50 ve üstü yaş grubunda olan hastalardır.
54. Mammografi çektirme durumu, tanı konulan evreyi etkilememektedir.

55. Hastalıktan önce AH tarafından KLMM yapılan hastalar daha fazla mammografi çektirmektedir.
56. Hastalıktan önce AH' nin mammografi hakkında bilgi verdiği hastalar daha çok mammografi çektirmektedir.
57. Hastalıktan önce AH' nin KETEM'ye yönlendirdiği hastalar daha çok mammografi çektirmektedir.
58. Hastalıktan önce memede iyi huylu kitle tespit edilen hastalar daha çok mammografi çektirmektedir.
59. Orta risk grubunda olanların düşük risk grubunda olanlara göre daha fazla mammografi çektirmektedir.
60. Ortalama risk puanı yüksek olanlar daha fazla mammografi çektirmektedir.
61. Ailesinde(1. veya 2. derece) meme kanseri olan hastalar daha çok mammografi çektirmektedir.
62. Hastalığından önce dışarıdan hormon alanlar ile almayanlar arasında mammografi çektirme açısından fark yoktur.
63. OKS kullananlar ile kullanmayanlar arasında mammografi çektirme açısından fark yoktur.
64. Sigara içme durumu ile mammografi çektirme ilişkisizdir.
65. Sağlık hizmetine erişmede sorun yaşamayanlar daha çok mammografi çektirmektedirler.
66. Aylık gelir ortalamaları yüksek olanlar daha çok mammografi çektirmektedir.
67. Tanı konduğundaki yaş ortalamaları yüksek olanlar daha çok mammografi çektirmektedir.
68. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan ve kanser tanısı öncesi memede iyi huylu kitle tespit edilen hastalar ile bu riskleri taşımayanlar arasında; Aile Hekimleri tarafından KLMM'nin yapılması, mammografi hakkında bilgi verilmesi, KETEM'ye yönlendirmesi konularında fark yoktur.

ÖNERİLER

1. Kentte yaşayanlar kırda yaşayanlara göre daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmakta, daha çok KKMM yapmakta ve daha çok KLMM yaptırmaktadırlar. Bunun muhtemel nedeni hizmete erişim (coğrafyasal, güvence vb. nedenlerle) olabilir. Ancak yine de kent ve kır arasındaki bu farkın nereden kaynaklandığını ayrıntıları ile ortaya koyabilecek ve çözüm üretilmesine katkı sağlayabilecek yeni araştırmalar

planlanmalı ve bu eşitsizlik önlenmeye çalışılmalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın da önerdiği gezici mammografi cihazları ile hizmete erişim kolaylaştırılabilir.

2. Eğitim düzeyi yüksek olanların, meme kanseri için erken tanı tarama yöntemi kullanma, özellikle KKMM yapma durumlarının daha yüksek olması, eğitimin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyinin arttırılması ve özellikle de kız çocuklarının okula gönderilmelerini destekleyen kampanyalar çok önemlidir ve desteklenerek devamı sağlanmalıdır. Eğitim kurumlarındaki müfradata meme kanseri risk faktörleri, erken tanı tarama yöntemleri ve bu hizmetlerin hangi merkezlerde verildiğine dair konular entegre edilerek farkındalık yaratılmaya çalışılmalıdır.
3. Kitle iletişim araçları, eğitici sağlık programlarının geniş kitlelere ulaşmasında önemlidir. Medya yardımıyla meme kanseri için risk faktörleri, belirtiler, erken tanı tarama yöntemleri, bu hizmetlerin ücretsiz verildiği tanıtılabilir. Aile hekimi tarafından mammografi hakkında bilgi verilen, KETEM'ye yönlendirilen kadınların; daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandığı, KKMM yaptığı, KLMM yaptırdığı, Mammografi çektirdiği tespit edilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve özellikle kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti vermek ile yükümlü olan aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerinde meme kanseri erken tanı yöntemleri, meme kanserinin belirtileri ve risk faktörleri, bu hizmetin hangi merkezlerden ve ne şekilde alınabileceği eğitimi öncelikli konular arasında yer almalıdır. Ayrıca aile hekimlerinin kendilerinde kayıtlı meme kanseri için risk taşıyan kadınlara bireysel riskleri konusunda danışmanlık vermeleri, özellikle taramalarını aksatmamaları gerekmektedir. Verilecek bu hizmetlerin AH'lerinin performanslarını değerlendirecek kriterler arasına eklenmesi konuya verilecek önemi arttıracaktır.
4. Sağlık çalışanlarına mezuniyet sonrası eğitimler verilerek konunun gündemde kalması sağlanabilir.
5. 2011 yılı itibariyle 122 KETEM'nin faaliyette olduğu, 250 000 nüfusa bir merkez olmak üzere KETEM'lerin çoğaltılması çalışmaları olduğu anlaşılmaktadır. Ama şu an için KETEM'ler ulaşılmak istenen toplumun tümüne hizmet vermek için yeterli sayıda ve konumda (il-ilçe merkezlerinde kurulu oldukları için) olmadığından bu hizmetlerin verilmesi için aile hekimleri veya toplum sağlığı merkezleri gerekli düzenlemeler yapılarak, bu hizmetleri vermek üzere hazırlanabilir.
6. Tarama programları toplum tabanlı hizmetler olduğu ve hedef nüfusun çoğunluğuna ulaşılması gerektiği için şu an KETEM'lerin genelinde uygulanan mektup veya telefon

ile davet etme uygulaması desteklenerek, devam etmesi sağlanmalıdır. Çünkü tarama hizmetleri başvuruya dayalı olmamalıdır.

7. Hastaların sağlık hizmetine erişmelerinde sorun varsa bu erken tanı tarama hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir. Bu sorunların ne olduğunun saptanması ve çözüm önerileri oluşturulabilmesi için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

ÖZET

Kanser türleri içinde meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 30'unu oluşturmaktadır. Meme kanserinin sık görülmesi ve erken evrelerde tedavi edilebilir olması önemini daha da arttırmaktadır.

Araştırmamızın amacı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne başvuran meme kanseri tanılı hastaları inceleyerek, bu hastaların sosyo demografik, klinik özellikleri, risk faktörleri, erken tanı ve tarama yöntemlerini tanımlamaktır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi, Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi bölümlerine Ocak 2007-Aralık 2011 tarihleri arasındaki 5 yıllık süre içinde başvuran 793 meme kanseri tanılı hasta araştırmaya dahil edildi. Bu hastalardan öldüğü tespit edilen 94'ü (% 11,8), ulaşılamayan 92'si (% 11,6) ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 19'u (% 2,4) araştırma dışında bırakılarak 588 (% 74,1) hastanın dosya verileri kayıt edilerek ve yüz yüze veya telefon ile anket formu uygulanarak araştırma yürütüldü.

Meme kanseri tanılı hastalardan kentten oturanların 213'ünün (% 51,8), sağlık güvencesi olan hastaların 267'sinin (% 49,4), tanı anında 50 yaş ve üzerinde olanların 147'sinin (% 53,8), lise-üniversite mezunu olanların 68'inin (% 63,6) meme kanseri tanısı almadan önce erken tanı tarama yöntemi kullandığı tespit edildi.

Araştırmaya katılan meme kanseri tanılı hastalardan kentte yaşayanların, sağlık güvencesi Emekli Sandığı olanların, lise veya üniversite mezunu olanların, 50 yaş ve üzerinde olanların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edildi ($p< 0.05$).

Yapılan risk skorlamasına göre kadınların % 92'si (505 kadın) düşük risk grubunda, % 8'i (42 kadın) orta risk grubunda idi. Orta risk grubundakiler daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullanmıştı (p=0.017).

Sonuç olarak; kentte oturanların, eğitim düzeyi yüksek olanların, sağlık hizmetine erişmekte sorun yaşamayanların daha fazla erken tanı tarama yöntemi kullandıkları tespit edilmiştir. Erken tanı tarama yöntemi kullanımı ile ilgili durum tespiti yapılması, sorun varsa tespit edilmesi ve çözüm önerileri oluşturulabilmesi için daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, mammografi, erken tanı tarama yöntemi, meme kanserinde risk skorlaması.

EVALUTION OF THE PATIENTS WITH BREAST CANCER WHO ADMITTED TO TRAKYA UNIVERSTY RESEARCH AND TRAINING CENTER IN 2007-2011

SUMMARY

Breast cancer is the most frequent cancer with a proportion of 30 % in women population in the world. This frequency and curability in the early stages increase the importance of breast cancer.

The aim of this study to investigate social, demographic, clinical, risc factors, early diagnosis and treatment of the patients with breast cancer who have admitted to Trakya Universty Research and Training Center.

793 patients with breast cancer who have apllied to admitted to Trakya Universty Research and Training Center General Surgery, Medical Oncology, Radiation Oncology in 5 years (January 2007- December 2011) were included to the study. Except 94 patients who were dead (11.8%), 92 patients who were unreacheable (11.6%), and 19 patients who didn't accept to be included, 588 patients (74.1%) were evaluated by investigating file database, and fill a form by interviewing face to face or on the phone.

It was determined that the patients with breast cancer had taken an early diagnosis method with the number of 213 (51.8%) of who lives in the city, 267 (49.4%) of with a health insurance, 79 (68.1%) of with a health insurance which is Emekli Sandığı, 147 (53.8%) of with 50 years old age and older in the diagnosis, 68 (63.6%) of with a high school or university degree.

It was determined that the patients with breast cancer who have included to the study, who lives in the city, with a health insurance which is Emekli Sandığı, with a high school or university degree, with 50 years old age and older, had taken more an early diagnosis method ($p< 0.05$).

Ninety three percent of the women patients (505 women) were in the low risc group and eight percent of the women (42 women) were in the middle risc group. In the middle risc group had taken more an early diagnosis method ($p= 0.007$).

As conclusion, it was determined that who lives in the city, who with a high educational situation, who can reach medical services easily had taken more an early diagnosis method. It is quite needed more comprehensive research study to determine the usage of early diagnosis methods, to establish of the problems and the suggestions for solutions.

Key Words: Breast cancer, mammography, screening method for early diagnosis, risk scoring in breast cancer.

KAYNAKLAR

1. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. The Journal of Breast Healty 2009:2;87-91.

2. Parkin DM, Fernandez LM. Use of statistics to assess the global burden of breast cancer. Breast J 2006;12:70-80.

3. Seçginli S. Breast Cancer Screening: What are the Last Changes? TAF Preventive Medicine Bulletin 2011;10(2):193-200.

4. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. Ulusal kanser tarama programları. http://www.asm.gov.tr/ah_dergi/material/documents/pg_5/kanser.pdf (Erişim Tarihi:25.02.2013).

5. American Cancer Society. How is breast cancer found? http://www.cancer.org_Cancer/BreastCancer/OverviewGuide/breast-canceroverview diagnosed (Erişim Tarihi:29.01.2013).

6. Mincey BA. Genetics and the management in women at high risk for breast cancer. Oncologist 2003;8: 466-73.

7. Hulka BS, Stark AT. Breast cancer: cause and prevention. Lancet 1995;346:883-7.

8. Öztürk Y. Kanser Epidemiyolojisi. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Öztürk Y, Günay O (Editörler). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları; 2011. s.1087-95.

9. Karakuş F. Malatya İl Merkezinde Bulunan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

10. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Dünya Kanser Raporu 2008. Lyon. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf (Erişim Tarihi:29.01.2013).

11. Tuncer M. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Programı 2009- 2015. http://www.tapdk.gov.tr/tutunalkolkontrol/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Program%C4%B1,%202009-2015.pdf (Erişim Tarihi:29.01.2013).

12. Daghmoura H. Evre 2 Meme Kanserli Hastalarda Yeni Evreleme Sisteminin Prognostik Önemi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.

13. Parkin M, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. Cancer J Clin 2005;55(2):74–108.

14. Eser S, Yakut C, Özdemir R, Karakılınç H, Özalan S, Marshall SF, et al. Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed Registry Based Estimation. Asian Pacific J Cancer Prev 2010 11:1731-9.

15. Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi.2008–2013 Eylem Planı. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789755903163_tur.pdf (Erişim Tarihi:29.01.2013).

16. Turkey's Statistical Yearbook 2011. http://www.google.com.tr/search?hl=tr&q=Turkey%E2%80%99s+Statistical+Yearbook2011&meta=&rlz=1I7ADSA_trTR500 (Erişim Tarihi:29.01.2013).

17. Fidaner C. Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. Türkiye'de kanser kontrolü. Tuncer AM (Editör). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2007.s.319-32.

18. Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Sağlığı Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

19. Balcı E. Meme Kanseri Epidemiyolojisi. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Öztürk Y, Günay O (Editörler). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları; 2011. s.1113-6.

20. Yoder BJ, Wilkinson EJ, Massoll NA. Molecular and morphologic distinctions between infiltrating ductal and lobular carcinoma of the breast. Breast J 2007; 13(2): 172-9.

21. Meme Anatomisi ve Fizyolojisi. http://www.memekanseri.com.tr/hastalarimizicin/memeanatomisi.html (Erişim Tarihi:29.01.2013).

22. Evcimik T. Meme Kanserinde Prognostik Faktörlerin Sağkalıma Etkisi (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.

23. Haagensen CD. My personal technique fort he Halsted radical mastectomy. Haagensen CD (Ed.). Diseases of the breast. 3th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1986. p. 872-902.

24. Kalaycı G, Acarlı K, Demirkol K, Ertekin C. Meme hastalıkları ve tarihçe. Kalaycı G (Editör). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.s. 534-5.

25. Harman Ö. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Bölümü'ne Başvuran Meme Kanserli Hastalarda Risk Faktörlerinin Dağılımı (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

26. Miller AB, Bulbrook RD. The epidemiology and etiology of breast cancer. N Engl J Med. 1980;20(21):1246-8.

27. Stewart BW, Kleihues P. World Cancer Report. International Agency for Research on Cancer. 2003 Lyon. http://tr.scribd.com/doc/2350813/World-Cancer-Report-2003-Stuart-e-Kleihues-WHO-e-IARC (Erişim Tarihi:29.01.2013).

28. Vorobiof DA, Sitas F, Vorobiof G (2001) Breast cancer incidence in South Africa. J Clin Oncol 2001;19:125–7.

29. Ozmen V. Breast cancer ın the world and Turkey. Meme Sağlığı Dergisi 2008;4(1):7-12.

30. Shyyan R, Masood S, Badwe RA, Errico KM, Liberman L, Ozmen V, et al. Breast cancer in limited-resource countries: diagnosis and pathology. Breast J 2006;12:27-37.

31. Karakaya M. Edirne Merkez ilçe ve Köylerinde 2004 ve 2008 Yılları içinde Oluşan Ölümlerin Yaş Grupları ve Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımının Karşılaştırılması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

32. Bowcock AM. Breast cancer genes.Breast J 1997;3:1-6.

33. Elik Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi (tez). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

34. Gürbüz C. Kadınlar için meme sağlığı bilgileri. İstanbul: Türkiye Meme Vakfı Yayınları, 2003:4-47.

35. Aydıntuğ S. Meme kanserinde erken tanı. STED 2004;13(6):226-8.

36. Russo J, Calaf G, Russo IH. A critical approach to the malignant transformation of human breast epithelial cells with chemical carcinogens. Crit Rev Oncog 1993;4(4):403-17.

37. Sweeney C, Blair CK, Anderson KE, Lazovich D, Folsom AR. Risk factors for breast cancer in elderly women. Am J Epidemiol 2004;160(9):868-75.

38. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey Data.Atlanta,GA: Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services, 2004. http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/Trends/TrendData.asp (Erişim Tarihi:29.01.2013).

39. Page DL, Jensen RA, Simpson JF, Dupont WD. Historical and epidemiologic background of human premalignant breast disease. J Mammary Gland Biol Neoplasia 2000;5(4):341-9.

40. Mincey BA. Genetics and the management of women at high risk for breast cancer. Oncologist 2003;8(5):466-73.

41. Vogel VG. Management of the high-risk patient. Surg Clin North Am 2003;83(4):733-51.

42. Clavel-Chapelon F, Gerber M. Reproductive factors and breast cancer risk. Do they differ according to age at diagnosis? Breast Cancer Res Treat 2002;72(2):107-15.

43. Olson JE, Sellers TA, Iturria SJ, Hartmann LC. Bilateral oophorectomy and breast cancer risk reduction among women with a family history. Cancer Detect Prev 2004;28(5):357-60.

44. Paoletti X, Clavel-Chapelon F. Induced and spontaneous abortion and breast cancer risk: results from the E3N cohort study. Int J Cancer 2003;106(2):270-6.

45. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. 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. JAMA 2002;288(3):321-3.

46. 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(4):485-91.

47. Kumar NB, Cantor A, Allen K, Cox CE. Android obesity at diagnosis and breast carcinoma survival: Evaluation of the effects of anthropometric variables at diagnosis, including body composition and body fat distribution and weight gain during life span, and survival from breast carcinoma. Cancer 2000;88(12):2751-7.

48. Lee IM. Physical activity and cancer prevention-data from epidemiologic studies. Med Sci Sports Exerc 2003;35(11):1823-7.

49. Cardenas K, Frısch K. Comprehensive breast cancer screening. Postgraduate Medicine 2003;113(2):34-46.

50. Baquet CR, Commiskey P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women. Cancer 2000;88:1256-64.

51. Ustaoğlu C. Meme Hastalıklarında Görüntüleme Yöntemleri ve Isparta Yöresi Meme Kanseri Tarama Sonuçlarımız (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.

52. American Cancer Society. Breast Facts and Figures. 2005-2006. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/caff2005brfacspdf2005pdf.pdf (Erişim Tarihi:29.01.2013).

53. Seçginli S, Nahcıvan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. Cancer Nursing 2004;27(4):287-94.

54. Nahcıvan NO, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modeli'nin kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(1):33-8.

55. Somunoğlu S. Meme Kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;10 (4):103-22.

56. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. Cancer Journal for Clinicians 2003;53:7-43.

57. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, Burke W. Costanza ME, Evans WP, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003.Cancer Journal for Clinicians 2003;53(3):141-69.

58. Beaton DE, Schemitsch E. Measures of Health-Related Quality of Life and Physical Function. Clinical Orthopaedics and Related Research 2003;413:80-9.

59. Lane DS, Zapka J, Breen N, Messina CR, Fotheringhams DJ.A Systems Model of Clinical Preventive Care: The Case of Breast Cancer Screening Among Older Women. Preventive Medicine 2000;31:481-93.

60. Yüksel H. Aile Hekimliği Modeli Bireye Yönelik Korunmayı Gerçekleştirebilir mi? Kentsel Bölgede sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir? Eskiocak M (Editör). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2007.s.95-6

61. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Mevzuat/Aile_Hekimligi_Uygulama_Yonetmeligi_25_Ocak_2013.pdf (Erişim Tarihi:10.02.2013).

62. Bozfakıoğlu Y, Asoğlu O. Meme kanseri. Değerli Ü, Erbil Y (Editörler). Genel Cerrahi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2006.s.277-86.

63. Zhang YJ, Liu L, Ma L, Yu W, Liu M, Cheng LQ, Li J, Zheng YQ, Wang JD, Kong QL, Li XR. Intraoperative radiotherapy in patients with breast cancer treated by breast-conserving therapy. Tumori. 2012;98(6):736-42.

64. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download%5C97_8_36_rehber-cilt-1.pdf

65. Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özsaran Z. Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirilmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2007;22(1):22-8.

66. Haydaroğlu A, Dubova S, Özsaran Z, Bolukbaşı Y. Yılmaz R, Kapkac M, et al. Ege Üniversitesinde meme kanserleri: 3897 olgunun değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2005;1(1):6–11.

67. Sant M, Francisci S, Capocaccia R. Time trends of breast cancer survival in Europe in relation to incidence and mortality. Int J Cancer 2006;119:2417-22.

68. Onat H, Başaran M. Meme kanseri risk faktörleri ve koruma. Topuz E, Aydıner A (Editörler). Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2003.s. 90-107.

69. Aslan FE, Gürkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi 2007;3 (2):63-8.

70. Kılıc S, Tezcan S, Kömürcü S, Özet A, Cakir B, Arpaci F. Characteristics of survival of female breast cancer patients followed at the Gulhane Military Medical Academy Department of Medical Oncology between 1992–2002. Turk J Hematol Oncol 2004;14:1–13.

71. Ikpatt OF, Kuopio T, Ndoma-Egba R, Collan Y. Breast cancer in Nigeria and Finland: epidemiological, clinical and histological comparison. Anticancer Res 2002;22(5):3005-12.

72. Malik IA. Clinico-pathological features of breast cancer in Pakistan. J Pak Med Assoc 2002;52(3):100–4.

73. Siddiqui MS, Kayani N, Sulaiman S, Hussainy AS, Shah SH. Muzaffar S. Breast carcinoma in Pakistani females: a morphological study of 572 breast specimens. J Pak Med Assoc 2000;50(6):174–7.

74. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvcık S, Gürbüz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology and Oncology 2010;1(20):27-33.

75. HASUDER Türkiye Raporu 2012. Türkiye'de Sağlık Politikaları ve İstihdam. http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/salk_politikalar_1.pdf(Erişim Tarihi:29.01.2013).

76. Lee HS.Why is carcinoma of the breast more frequent in the upper outer quadrant? A case series based on needle core biopsy diagnoses. The Breast 2005;14(2):151-2.

77. Ben AS, Aloulou S, Bibi M, Landolsi A, Nouira M, Ben FL, et al. Breast cancer prognosis in Tunisian women: analysis of a hospital series of 729 patients.Sante Publique 2002;14(3):231–41.

78. Jmor S, Al-Sayer H, Heys SD, Payne S, Miller I, Ah-See A, et al. Breast cancer in women aged 35 and under: prognosis and survival. J R Coll Surg Edinb 2002 ;47(5):693-9.

79. Eskiocak P, Çatal B. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulunda okuyan bayan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. 5.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı s.158, Şanlıurfa, 2005.

80. Şimşek Ş, Tuğ T. Memenin İyi Huylu Tümörleri: Fibroadenomlar. STED 2002;11(3):102–5.

81. Aslan A, Temiz M, Yiğit Y. Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin meme kanseri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6:193-8.

82. Beydağ Taşcı KD, Karaoğlan H. Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(2):106-11.

83. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

84. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları İçin Ulusal Standartlar. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kanser/pdf/ulusal_meme_tarama_standart.pdf (Erişim Tarihi:29.01.2013).

85. Robsham TE, Tretli S. Weak associations between sociodemographic factors and breast cancer: possible effects of early detection. Eur J Cancer Prev 2005;14(1):7-12.

86. Sorenson J, Hertz A, Gudex C. Evaluation of a Danish teaching program in breast self-examination. Cancer Nursing 2005;28:141-7.

87. Luszczynska A. Change in breast self-examination behavior: Effects of intervention on enhancing self-efficacy. International Journal of Behavioral Medicine 2004;11:95-103.

88. Danigelis NL, Worden JK, Flynn BS, Skelly JM, Vacek PM. Increasing mammography screening among low-income African American women with limited access to health information. Preventive Medicine 2005;40,880-7.

89. Avis NE, Smith KW, Link CL, Goldman MB. Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. Preventive Medicine 2004;39:498–506.

90. Aslan FE, Şelimen D, İşsever H. İstanbul'da kadınların meme kanseri tarama programlarına katılımı. Çağdaş Cerrahi Dergisi 2002;16:86–96.

91. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women:a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 2006;43:161-71.

92. Secginli S,Nahcivan NO. Kendi kendine meme muayenesi:Yeni öneriler neler? Sağlık ve Toplum Dergisi 2007;16:13-8.

93. Dündar PE, Özmen D, Özturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Çoban S, Çakiroglu G. 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.

94. Hisham AN, Yip CH. Overview of breast cancer in Malaysian women: A problem with late diagnosis. Asian J Surg 2004; 27:130-3.

95. Eskiocak, M, Dedeler H, Saraçoğlu GV, Berberoğlu U, Eraslan T, Alkoy S, et al. Aile Hekimliği'nin birinci yılında Edirne'de topluma dayalı hizmetlerin durumu 2008. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı s.517, Ankara, 2008.

96. Zincir H. Malatya İl Merkezinde 40 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi Tutum Ve Davranışları (tez). Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.

97. Franek GA, Nowak-Kaputsa ZE, Cabaj M. Breast cancer prophylaxis among nurses. Wiad Lek 2004;57:82-4.

98. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008 (Erişim Tarihi:29.01.2013).

99. Kılıç S, Uçar M, Seymen E, Ince S, Erguvenli O, Yıldırım A. Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. Gulhane Medical Journal 2006;48(4):200-4.

100. Öztürk M, Engin VS, Kısıoglu AN, Yılmazer G. Effect of education on knowledge and attitude of breast self-examination among 25+ years old women.Eastern Journal of Medicine 2000;5(1):13-7.

101. Özyılkan Ö. Meme Kanserli Hasta Takibinde Seruloplazmin, CA 15-3 ve Doku Polipeptid Spesifik Antijeninin Rolü (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü;1994.

102. Aziz Z, Iqbal J, Akram M. Effect of social class disparities on disease stage, quality of treatment and survival outcomes in breast cancer patients from developing countries. Breast J 2008;14:372-5.

103. Çakmak Z. Kırıkkale ilinde meme patolojileri prevalansı. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kongresi Bildiri Özet Kitabı s.406, Ankara, 2005.

104. Sirin A, Atan SU, Tasci E. Protection from cancer and early diagnosis applications in Izmir, Turkey: a pilot study. Cancer Nurs 2006;29:207-13.

105. Ishida DN, Toomata-Mayer TF, Braginsky NS. Beliefs and attitudes of Samoan women toward early detection of breast cancer and mammography utilization. Cancer 2001;91(1): 262–6.

106. Çevik C, Akbulut G, Erkal S. Memede Kitle Şüphesiyle Hastaneye Başvuran Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Kitle Fark Edilmesine Etkisi. Hemşirelik Forumu 2005;6:4-8.

107. Şimşek, E. Düzce'de Aile Hekimliği Pilot Uygulamasında 4. Yıl. Aile Hekimliği Dergisi 2009;3(3):47–9.

108. Nesanır N. Düzce'deki ölü doğumların ve bebek ölümlerinin sağlık hizmetleri açısından değerlendirilmesi. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı s.285, Ankara, 2008.

109. HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu Toplantı Tutanağı
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/HSGekim2011.pdf
(Erişim Tarihi:29.01.2013).

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARA .R ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI/BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	ÜTF-GOKAEK 2012/67	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesine 2007-2011 Yılları Arasında Başvuran Meme Kanseri Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 06/10** **Tarih:22.02.2012**
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Görevli Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GOKAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA. D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Avukat Gülden ATİLLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Tufan BGE
Dekan V.

Ek 2

‘‘ TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ’NE 2007-2011 YILLARI ARASINDA BAŞVURAN MEME KANSERİ TANILI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ’’ ÇALIŞMA VE ANKET FORMU

SÜREKLİ YAŞADIĞI İL : ..... , İLÇE: …….

MAHALLE YA DA KÖY……

TÜSAM ’A BAŞVURU TARİHİ:

DOĞUM YERİ (İl, İlçe, Köy ya da Mahalle): …….....

DOĞUM TARİHİ : ../…/…

DOĞDUĞU YERDE OTURMA SÜRESİ :.....AY …..YIL

CİNSİYETİ: Erkek ( ) Kadın ( )

EĞİTİM DURUMU: Okur yazar değil ( ) Okur yazar ( ) İlk-orta ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

MEDENİ DURUMU: Evli ( ), Bekar ( ), Diğer (Belirtiniz)……..

SÜREKLİ OTURMA ADRESİ VE OTURMA SÜRESİ : .....

……..……

MESLEĞİ: (Lütfen ayrıntılı olarak yazınız.)…….....

Kendi hesabına çalışan ( ) ücretli yada maaşlı ( ) yevmiyeli ( )

işveren ( ) ücretli aile işçisi ( ) emekli ( )

AYLIK GELİRİ: ..... (YA DA YILLIK GELİRİ ……..)

SOSYAL GÜVENCE DURUMU: Var ( ) HANGİSİ YAZINIZ…….. Yok ( )

BEDEN VÜCUT KİTLE ENDEKSİ (Tanı konulduğu zamanki) Boy ( ), Kilo( )

KANSER TANISININ İLK KONULDUĞU TARİH VE MERKEZ: ……/…../20…….

( ) Üniversite Hastanesi ( ) Devlet Hastanesi

( ) SSK Hastanesi ( ) Özel Sağlık Kuruluşu

KANSER ŞİKAYETİ İLE GİDİP DOĞRU TANI ALANA KADAR KAÇ HEKİME/KURUMA BAŞVURULDUĞU :

TANI KONDUĞUNDAKİ YAŞI :

TANIYA ESAS OLAN YÖNTEM :

 Mammografi-USG

 İİAB/ Core biyopsi

 Eksizyon

TANI KONULDUĞUNDA TÜMÖRÜN LOKALİZASYONU (AYRINTILI BİÇİMDE YAZINIZ):…….....

SON İZLEMDE TÜMÖRÜN LOKALİZASYONU:

TANI KONULDUĞUNDA TÜMÖRÜN BOYUTLARI:

T1

T2

T3

T4

SON İZLEMDE TÜMÖR BOYUTLARI:

SON İZLEMDE AKSİLLER LENF NODU TUTULUMU VAR MI?

□ **Evet** □ **Hayır**

HİSTOLOJIK TANI: (Ayrıntılı olarak Patoloji Raporuna göre yazınız.)

TANI KONULDUĞUNDAKİ EVRE:

SON İZLEMDE EVRE :

□ Erken(evre 1, 2A)

□ Ara (evre 2 B)

□ Lokal ileri (evre 3 A,B,C)

□ Metastatik (evre 4)

TEDAVİSİ NEREDE YAPILDI / YAPILIYOR (Birden Fazla Kurum Da Olabilir**):**

TEDAVİ: (Birden fazla işaretlenebilir.)

(1) Cerrahi (2) Kemoterapi

(3) Radyoterapi (4) Hormonoterapi

Bunun dışında ise yazınız……..

YAPILAN CERRAHİ TEDAVİ:

□ Basit mastektomi

□ Deri koruyucu mastektomi

□ Modifiye radikal mastektomi

□ Meme koruyucu cerrahi

SON KONTROL TARİHİ : ……/…../20…….

TAKİBİ NEREDE YAPILIYOR:…….

İLK TANI VE TEDAVİNİZDEN SONRA NÜKS OLDU MU?

□ Evet □ Hayır

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE KENDİ KENDİNİZE MEME MUAYENESİ YAPIYOR MUYDUNUZ?

□ Evet □ Hayır

CEVABINIZ HAYIRSA, NEDEN?

□ Nasıl yapıldığını bilmiyordum.
□ Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyordum.
□ Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyordum
□ Diğer.....(açıklayınız)

CEVABINIZ EVETSE, NE SIKLIKTA YAPIYORDUNUZ?

( ) Her banyo yapışımda
( ) Ayda bir
( ) 6 ayda bir
( ) Yılda bir
( ) Aklıma geldikçe

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE KKMM' SİNİ NEREDEN ÖĞRENDİNİZ?

□ AH
□ Uzman Hekim
□ Sağlık Ocağı Hekimi
□ KETEM
□ TV, Medya
□ Arkadaş
□ Diğer……..

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE AİLE HEKİMİNİZ SİZE KLİNİK MEME MUAYENESİ YAPTI MI?

□ Evet □ Hayır

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE AİLE HEKİMİNİZ MAMMOGRAFİ HAKKINDA SİZE BİLGİ VERDİ Mİ?

□ Evet □ Hayır

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE AİLE HEKİMİNİZ SİZİ KETEME YÖNLENDİRDİ Mİ?

□ Evet □ Hayır

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE KETEM DE MEME CA İLE İLGİLİ TARAMA YAPTIRDINIZ MI?

□ Evet □ Hayır

MEME CA TANISI İLK MEME MUAYENENİZDE Mİ KONULDU?

□ Evet □ Hayır

HAYIR İSE ÖNCE KAÇ KEZ MUAYENE OLDUNUZ?

AŞAĞIDAKİLERDEN HANGİSİ TARAFINDAN DÜZENLİ MEME MUAYENESİ YAPILDI?

□ Uzman Hekim
□ Aile Hekimi
□ Sağlık Ocağı Hekimi
□ KETEM

EĞER YAPILDIYSA NEDEN?

□ Siz şişlik fark ettiğiniz için doktora gittiniz
□ Şikayetiniz olmasa da muayene olmak istediniz
□ Doktor düzenli olarak muayene olmanız gerektiğini söyledi
□ Diğer..... (yazınız).

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE SİZE HİÇ MAMOGRAFİ ÇEKİLDİ Mİ?

□ Evet □ Hayır

MAMOGRAFİ Yİ KİM ÖNERDİ?

□ AH
□ Uzman Hekim
□ Sağlık Ocağı Hekimi
□ KETEM
□ Diğer……..

ÇEKİLDİYSE HANGİ YILLARDA VE KAÇ KEZ?..... (YAZINIZ).

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE SİZE HİÇ MEME ULTRASONU YAPILDI MI?

□ Evet □ Hayır

ULTRASONU KİM ÖNERDİ?

□ AH
□ Uzman Hekim
□ Sağlık Ocağı Hekimi
□ KETEM
□ Diğer …….

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE MEMEDE İYİ HUYLU KİTLE TESPİT EDİLMİŞ MİYDİ?

□ Evet □ Hayır

ANNE VEYA KIZ KARDEŞİNİZDE MEME KANSERİ VAR MI?

□ Evet □ Hayır

KAN BAĞINIZ OLAN BAŞKA AKRABANIZDA MEME KANSERİ VAR MI?

□ Evet □ Hayır

SİZCE KİMLER KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ YAPMALI?

*□ Erişkin tüm kadınlar □ Ailesinde meme kanseri olanlar
□ 40 yaşından sonra her kadın □ Şikayeti olanlar □ Diğer……

SİZCE MEME KANSERİ HANGİ YAŞ GRUBUNDA DAHA SIK GÖRÜLÜR?
□ Her yaşta kadında □ 20-29 yaş arası □ 30-39 yaş arası *□ 40 yaşından sonra

MEME KANSERİ İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİZİ NEREDEN ÖĞRENDİNİZ?
□ Doktor □ Gazete-dergi □ TV-radyo □ Komşu- arkadaş □ Diğer

MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ BİLGİLERİNİZİ NEREDEN ÖĞRENDİNİZ?

□ Doktor (nerede……..) □ Gazete-dergi □ TV-radyo □ Komşu- arkadaş □ Diğer

KAÇ YAŞINDA ADET GÖRMEYE BAŞLADINIZ?

TANI ANINDA MENOPOZ DURUMU?

□ Premenopoz

□ Menopoz

□ potmenopoz

MENOPOZA GİRMİŞ İSE MENOPOZA GİRDİĞİ YAŞ NEDİR?

DOĞUM YAPTINIZ MI?

□ Evet □ Hayır

KAÇ DOĞUM YAPTINIZ?

İLK DOĞUMUNUZU KAÇ YAŞINDA YAPTINIZ?

BEBEĞİNİZİ EMZİRDİNİZ Mİ?

□ Evet □ Hayır

TOPLAM NE KADAR SÜRE EMZİRDİNİZ?

……AY

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE DIŞARIDAN HORMON ALDINIZ MI?

□ Evet □ Hayır

NE KADAR SÜRE HORMON ALDINIZ?

……..AY

HASTALIĞINIZDAN ÖNCE DOĞUM KONTROL HAPI KULLANDINIZ MI?

□ Evet □ Hayır

HANGİ TÜR OKS KULLANDINIZ ?

EVET İSE KAÇ AY?.....Ay.

OKS' Yİ SİZE KİM ÖNERDİ?

SİGARA ALIŞKANLIĞI :

( ) Hiç içmemiş

( ) ……yıl, günde…… adet içmiş……önce bırakmış (EN UZUN SÜRE İÇMİŞ OLDUĞU SAYI/GÜN).

( )…….yıldan beri ……..adet / gün içiyor. (EN UZUN SÜRE İÇMEKTE OLDUĞU SAYI/GÜN)

HASTALIĞINIZ İLE İLGİLİ SORUN İLK NASIL FARK EDİLDİ?

□ Kendim fark ettim

□ Muayene veya tetkik sırasında

İLK HANGİ ŞİKÂYET İLE DOKTORUNUZA BAŞVURDUNUZ?

□ Ağrı

□ Kitle

□ Deride yara ülserasyon

□ Deride çekilme portakal kabuğu görüntüsü

□ Deride eritem

□ Meme başı akıntısı

□ Meme başı retraksiyonu

□ Kol ödemi

□ Tüm memede enflamasyon

HASTALIĞINIZ İÇİN CEPTEN HARCAMA YAPTINIZ MI?

Evet( ), Hayır( )

YAPTIĞINIZ HARCAMADAN ETKİLENME DURUMUNUZ:

Zorlandım ( )

Borçlandım( )

Mal mülk sattım( )

Etkilenmeden Ödedim ( )

BU HASTALIĞIN BAŞINDAN BERİ, SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞMENİZİ ENGELLEYECEK HERHANGİ BİR SORUN YAŞADINIZ MI?

Ulaşım

Refakat

İşini kaybetme

İşten izin alamama

Diğer……

ŞU AN BEDEN SAĞLIĞINIZI NASIL ALGILIYORSUNUZ?

Çok iyi ( )

İyi ( )

Orta ( )

Kötü ( )

Çok kötü( )

ŞU AN RUH SAĞLIĞINIZI NASIL ALGILIYORSUNUZ?

Çok iyi ( )

İyi ( )

Orta ( )

Kötü ( )

Çok kötü ( )

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALIYOR MUSUNUZ? Evet ( ) Hayır ( )