

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 20 YAŞ
VE ÜZERİ KADINLARDA MEME KANSERİ
FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Özlem UÇAR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2021

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 20 YAŞ
VE ÜZERİ KADINLARDA MEME KANSERİ
FARKINDALIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Özlem UÇAR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

ESKİŞEHİR

2021

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Özlem UÇAR'a ait "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Meme Kanseri Farkındalığının Değerlendirilmesi" adlı çalışma, jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı

Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin KORKUT KURTOĞLU
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nunTarih
ve Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. İ. Özkan ALATAŞ

Dekan

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince emeklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU, Prof. Dr. Uğur BİLGE, Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na ve her zaman yanımda olan desteklerini her daim hissettiren değerli aileme ve sevdiklerime sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

UÇAR,Ö. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Meme Kanseri Farkındalığının Değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2021. Çalışmamızın amacı Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 20 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek farkındalık düzeyini saptamaktır. Çalışmamız 28.05.2019 tarih ve 25 sayılı Etik kurul onayından sonra 1 Haziran 2019-1 Ocak 2020 tarihleri arasında 512 kadının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmeye yönelik literatür eşliğinde hazırladığımız anket yüz yüze görüşme metodu ile uygulanmış ve yanıtlardan elde edilen veriler kaydedilmiştir. Verilerin analizi ve değerlendirilmesinde IBM SPSS 21 programı kullanılmıştır. Analiz sonucu $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları 35.92 ± 13.49 yıldır. Katılımcıların %91.8'i kanserlerin tarama ile yakalanabileceğini düşünmektedir. Çalışmamıza katılan bireylerin %81.1'i kendi kendine meme muayenesi ile meme kanserine erken tanının konulabileceğini düşünürken yapma oranı %72.1'dir. Katılımcıların %93'ü doktorun meme muayenesi ile erken tanı konulabileceğini düşünürken yaptırma oranı %37.9'dur. Çalışmaya katılan bireylerin %89.3'ü mamografinin erken tanıda yardımcı olabileceğini düşünürken, mamografi yaptırma oranları %27.0'dir. Katılımcıların %22,9'u ilk adet yaşının, %47.1'i menopoza yaşının meme kanseri risk faktörü olduğunu, %78,7'i ailede meme kanseri öyküsü olmasının riski artırdığını, %66.2'si emzirmenin riski azalttığını düşünmektedir. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin meme kanseri tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen bu yöntemleri uygulama oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Farkındalığın artırılabilmesi için meme kanserinde erken tanının mortalite ve morbiditeyi azalttığı, taramaların erken tanıdaki rolü ve gerekliliği anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, meme kanseri, tarama

ABSTRACT

UÇAR, Ö. Evaluation of Breast Cancer Awareness in Women 20 Years Old and Over Applying to the Family Medicine Polyclinic. Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialty Thesis, Eskişehir, 2021. The aim of our study is to determine the awareness level of women aged 20 and over who applied to the Family Medicine Polyclinic by evaluating their knowledge, attitudes and behaviors about breast cancer. Our study was conducted with the participation of 512 women between June 1, 2019 and January 1, 2020, after the approval of the Ethics Committee dated 28.05.2019 and number 25. The questionnaire, which we prepared along with the literature to measure the socio-demographic characteristics of the participants and their knowledge, attitudes and behaviors about breast cancer, was applied by face-to-face interview method and the data obtained from the answers were recorded. IBM SPSS 21 program was used to analyze and evaluate the data. Analysis result of $P < 0.05$ was considered statistically significant. The average age of the participants is 35.92 ± 13.49 years. 91.8% of the participants think that cancers can be detected by screening. While 81.1% of the individuals participating in our study think that breast cancer can be diagnosed early with breast self-examination, the rate of doing so is 72.1%. While 93% of the participants think that early diagnosis can be made with a doctor's breast examination, the rate of having it done is 37.9%. While 89.3% of the individuals participating in the study think that mammography can help in early diagnosis, the rate of having mammography is 27.0%. 22.9% of the participants think that the first menstrual age, 47.1% of the menopause age is a breast cancer risk factor, 78.7% of the family history of breast cancer increases the risk, 66.2% of them think that breastfeeding reduces the risk. Although the individuals included in our study had information about breast cancer screening methods, it was observed that the rate of applying these methods was low. It was found that their level of knowledge about breast cancer risk factors was insufficient. In order to increase awareness, early diagnosis of breast cancer decreases mortality and morbidity and the role and necessity of screening in early diagnosis should be explained.

Key Words: Family doctor, breast cancer, screening

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Meme Anatomisi	3
2.1.1. Memenin Dolaşımı	3
2.1.2. Memenin İnnervasyonu	3
2.2. Meme Lezyonları	4
2.2.1. Memenin Benign Lezyonları	5
2.2.2. Memenin Premalign Lezyonları	7
2.2.3. Memenin Malign Lezyonları	8
2.3. Meme Lezyonlarının Teşhis Yöntemleri ve Meme Kanserinde Tarama	8
2.3.1. Öykü ve Fizik Muayene	9
2.3.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	10
2.3.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	11
2.3.4. Mamografi	12
2.3.5. Ultrasonografi	14
2.3.6. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)	15

2.3.7. Tümör Belirteçleri	15
2.3.8. Patolojik Değerlendirme	16
2.3.9. Meme Kanserinde Tarama	16
2.4. Meme Kanseri	18
2.4.1. Meme Kanserinin Tanımı	18
2.4.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	18
2.4.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	20
2.4.4. Meme Kanserinden Korunma	26
2.4.5. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması	29
2.4.6. Meme Kanserinde Evreleme	32
2.4.7. Meme Kanserinde Tedavi	35
2.4.8. Meme Kanserinde Prognoz	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	78

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACS	American Cancer Society
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data Systems
BMI	Body Mass Index
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
BRCA	Breast Cancer Susceptibility Gene
CA 15-3	Kanser Antijeni 15-3
CEA	Karsinoembriyonik Antijen
DCIS	Ductal Carsinoma In Situ
DHEA	Dehidroepiandrostenedion
DNA	Deoksiribonükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ER	Östrojen Reseptörü
GLOBOCAN	The Global Cancer Observatory
Gy	Gray
HER-2	Human Epidermal Growth Factor Receptor-2
HRT	Hormon Replasman Tedavisi
İDK	İnvaziv Duktal Karsinom
İLK	İnvaziv Lobuler Karsinom
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinikte Meme Muayenesi
LCIS	Lobuler Carsinoma In Situ
MG	Mamografi
MKC	Meme Koruyucu Cerrahi

MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PI3K	Fosfotidilinozitol 3 Kinaz
PR	Progesteron Reseptörü
PTEN	Phosphatase and Tensin Homolog
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USG	Ultrasonografi

ŞEKİLLER

	Sayfa
4.1. Bireylerin Yaş Dağılımları	39
4.2. Yaş ile İlk Adet Yaşının Riski Artırdığını Düşünenler Arasındaki İlişki	57
4.3. Yaş ile Menopoz Yaşının Riski Artırdığını Düşünenler Arasındaki İlişki	58
4.4. Yaş ile Emzirmenin Riski Azaltacağını Düşünenler Arasındaki İlişki	58
4.5. Yaş ile Aile Öyküsünün Risk Artırdığını Düşünenler Arasındaki İlişki	59

TABLOLAR

	Sayfa
2.1. BI-RADS Sınıflaması (American Collage of Radiology,1998)	4
2.2. Globocan 2020 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kanser	20
2.3. İnvaziv Meme Karsinomunun Histolojik Sınıflaması	30
2.4. Meme Kanseri TNM Evrelemesi	34
4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	40
4.2. Kanser Tarama Bilgi Düzeyleri ve Kanser Sorgulaması	41
4.3. Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Sorgulaması ve Meme Kanserin Ailesel Yatkınlığı Hakkında Bilgi Düzeyleri	42
4.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yapma Durumları	43
4.5. Klinikte Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları	43
4.6. Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları	44
4.7. İlk Adet Yaşı Sorgulaması ve Meme Kanseri Riski Bilgi Düzeyi	45
4.8. Menopoz Yaşı Sorgulaması ve Meme Kanseri Riski Bilgi Düzeyi	45
4.9. Emzirme ve Meme Kanseri Riski İlişkisinin Sorgulaması	45
4.10. Eğitim Seviyesi ile Kanser Taraması Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	46
4.11. Eğitim Seviyesi ile Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	47
4.12. Eğitim Seviyesi ile Tarama Yöntemleri Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	48
4.13. Eğitim Seviyesi ile Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	49
4.14. Meslek ile Kanser Tarama Hakkında Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	50
4.15. Meslek ile Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	51
4.16. Meslek ile Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	52
4.17. Meslek ile Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	53
4.18. Yaş Grupları ile Kanser Tarama Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki	54

4.19. Yaş Grupları ile KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	55
4.20. Yaş Grupları ile KMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	56
4.21. Yaş Grupları ile Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	57
4.22. 40 Yaş Üstü Kadınlarda Kanserlerin Erken Taranarak Yakalanabileceğini Düşünenler ile Mamografi Yaptıranlar Arasındaki İlişki	59
4.23. 40 Yaş ve Üstü Kadınlarda Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları	60
4.24. Birinci Derece Akrabalarında Meme Kanseri Olanların Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları	61
4.25. Mamografide Tespit Edilen Herhangi Bir Problemin Meme Kanseri Erken Tanısında Yararlı Olacağını Düşünenlerin Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları	62
4.26. Mamografide Tespit Edilen Herhangi Bir Problemin Meme Kanseri Erken Tanısında Yararlı Olacağını Düşünenler ile Daha Önce Duyanlar Arasındaki İlişki	62
4.27. Kanserlerin Erken Tarama ile Yakalanabileceğini Düşünenler ile Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	63
4.28. Mamografinin Meme Kanseri Erken Tanısında Önemli Olduğunu Düşünenler ile Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki	64
4.29. KKMM ile Meme Kanseri Erken Tanısı Konulabileceğini Düşünenlerin KKMM Yapma Durumları	64
4.30. KMM ile Meme Kanserine Erken Tanı Konulabileceğini Düşünenlerin KMM Yaptırma Durumları	65

1. GİRİŞ

Kanser; farklı organlarda hücrelerin kontrol dışı çoğalmasından meydana gelen, klinik görünümleri, tedavileri ve yaklaşımları birbirlerinden farklı olan hastalıklar grubudur (1). Yüzden fazla bilinen kanser çeşidi bulunmasına ve bazı kanserler için mümkün olduğunca standart yaklaşımlar geliştirilmesine rağmen kanser aynı zamanda kişisel bir hastalık olarak değerlendirilmelidir (2).

Kanser, dünyada birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de kalp damar hastalıklarından sonra ölüme yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yerini almaktadır (3). Dünya’da her yıl 8.2 milyon kişi kanserden ölmektedir. Kanserden ölenler toplam ölümlerin %13’ünü oluşturmaktadır. 2012 yılında 14.1 milyon yeni kanser vakası, 32.6 milyon kanserle yaşayan insan bulunmaktadır. Yeni kanser vakalarında önümüzdeki 20 yıl içerisinde %70 artış beklenmektedir (4). Türkiye’de 2019 yılında toplam 435.941 ölüm meydana gelmiş olup, bunun 80.186’sı kanserlere bağlı ölümlerdir (5).

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür. Kanser tanısı alan her 4 kadından biri meme kanseridir (1). Aile hekimlerinin en önemli sorumluluklarından biri de koruyucu sağlık hizmeti sunmaktır. Koruyucu sağlık hizmetinin bileşenleri arasında toplum arasında yaygın olan ve önlenabilir hastalık etmenlerinden korunmayı sağlamak (primer korunma) ve bu hastalıkların erken teşhislerinin sağlanması için taramalar yapmak (sekonder korunma) bulunmaktadır. Bu kapsamda aile hekimi hastaları bilgilendirir, hastalıkları yok etmeye yönelik uygulamaları yapmaya gayret gösterir, taramalar yapar ve yönlendirmelerde bulunur. Bu yaklaşımlar sayesinde hastalıklara erken tanı ve tedavi olanağı artar, komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlar. Meme kanseri koruyucu hekimliğin etkinliğini gösterdiği en önemli hastalıklardan biridir (6). “Aile hekimlerinin kendine ait düzenli takip ettiği bir nüfusunun olması, takip ettiği nüfusa ailesi ve çevresi ile bütüncül yaklaşabilmesi, kanser taramaları gibi toplumun genelini ilgilendiren hastalıkların danışmanlığı, taraması ve takiplerinde aile hekimini eşsiz bir konuma getirdiği” Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018’de belirtilmektedir (7). Bundan dolayı kanser stratejilerinin bir bölümü olan tarama programlarının topluma uygulanmasında aile hekimlerinin rolü çok önemlidir.

Kadınlar için meme kanseri tarama programı kapsamında ayda bir defa kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapması için danışmanlık verilmesi, yılda bir defa klinikte meme muayenesi yapılması, 40-69 yaş arası kadınlara ise 2 yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir (8).

Birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de meme kanserinin erken tanısının konulması amacı ile tarama programlarını uygulayabilme oranları oldukça düşük seviyelerdedir. Bunun en önemli sebebi bu programlar hakkındaki kadınlarımızın bilgi eksikliği olduğu görülmektedir. Bilgi düzeylerindeki eksikliklerde tarama programlarına olan ilgiyi azaltmakta ve bu sebeple de erken teşhis zorlaşmaktadır.

Bu çalışmada Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri, tarama yöntemleri ve risk faktörleri hakkında bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamız meme kanseri farkındalığı konusunda verilen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Anatomisi

Meme dokusu hem erkeklerde hem kadınlarda olmasına rağmen meme bezleri doğum sonrası dönemde işlevsel olmakta ve süt bezlerinden yenidoğan bebeği beslemeye yönelik süt salgısı olmaktadır. İnsanlarda meme dokusu meme bezlerinin yanısıra bağ ve yağ dokudan oluşmaktadır. Her meme her birinde birçok lobül bulunan 15-20 lobdan oluşmaktadır. Memenin apeksinde ise pigmentli alan olan 'areola' bulunmaktadır.

Meme pektoral fasya önünde lokalize olarak bulunmakta ve burada submammaryan bir alanla pektoral fasyadan ayrılmaktadır. Bu alan sayesinde pektoral fasyanın altında bulunan pektoralis major kası, serratus anterior kası ve eksternal oblik kas gruplarıyla ilişkili olarak memenin rahat hareket edebilmesini sağlamaktadır. Meme laterale doğru sternumun lateral kenarından midaksiller çizgiye kadar ve yukarıdan aşağıya 2-6. kotlar arasında uzanmaktadır. Meme kuyruk kısmı ise aksillaya kadar uzanmaktadır (9).

2.1.1. Memenin Dolaşımı

Memenin arteriyel dolaşımı aksiller arterin dalları, internal torasik arter ve bazı posterior interkostal arterler ile sağlanır. Memenin venöz drenajı ise areola çevresindeki pleksustan başlar ve parankimal dokudan devam ederek arterlere eşlik eder ve ayrıca ek yüzeysel venöz pleksustanda drenaj sağlanır.

Memenin lenfatik drenajı ise çoğunlukla aksiller lenf nodlarına olur. Bunun yanısıra az miktarda nonaksiller lenfnodları olan internal mammaryan lenf nodlarına da drene olabilir (9).

2.1.2. Memenin İnnervasyonu

Memenin sinir uyarısı başlıca 4., 5. ve 6. interkostal sinirlerin anterior ve lateral kutenöz dalları aracılığıyla olmaktadır. Meme başı ise 4. interkostal sinirin dalları ile uyarılmaktadır (9).

2.2. Meme Lezyonları

Meme lezyonları benign, premalign ve malign lezyonlar olarak sınıflandırılabilir.

Meme lezyonlarının sınıflandırılmasında klinisyenler ve radyologlar arasında ortak bir dil olması açısından BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data Systems) sınıflaması kullanılmaktadır (Bkz. Tablo 2.1).

Tablo 2.1. BI-RADS Sınıflaması (American Collage of Radiology,1998)

BI-RADS 0	Yetersiz inceleme	Tamamlanmamış değerlendirmeyi tanımlar. USG gibi ek incelemeler ya da önceki tetkiklere ihtiyaç vardır.
BI-RADS 1	Normal	Mamografik olarak herhangi bir lezyon ya da şüpheli bulguya rastlanılmamıştır.
BI-RADS 2	Tipik olarak benign	Malignite şüphesi olan bir bulgu yoktur. Kalsifik fibroadenom, yağ içerikli lezyonlar, sekretuar kalsifikasyonlar gibi karakteristik görünümüleri olan benign lezyonların saptanmıştır. Ayrıca intramammarian lenf bezi ve ameliyata bağlı yapısal değişikliklerde bu kategoridedir.
BI-RADS 3	Muhtemelen benign	Malignite olasılığı %2 den az olan lezyonları tanımlar. Nonkalsifiye keskin sınırlı solid kitle, fokal asimetri ve kümelenmiş yuvarlak kalsifikasyonlar bu kategoridedir. Bu kategorideki lezyonlarda 6 aylık kısa aralıklarla takip önerilir. Yıllık takiplerde değişiklik olmazsa BI-RADS 2 lezyon kabul edilip rutin takibe geçiş yapılır.
BI-RADS 4	Şüpheli	Malignite olasılığı %3-94 arasında olan lezyonlardır ve biyopsi endikasyonu vardır. Malign olma olasılıklarına göre A,B,C olarak alt sınıflara ayrılabilir
BI-RADS 5	Yüksek malignite riski	Malignite olasılığı %95 ten fazla olan lezyonlardır. Biyopsi yapılması ve uygun tedavi gereklidir.
BI-RADS 6	Bilinen malignite	Biyopsi ile malignite tanısı konmuş ve kesin tedavi öncesinde inceleme yapılan hastalarda kullanılır.

2.2.1. Memenin Benign Lezyonları

Meme patolojilerinin %90'ı benign lezyonlardan oluşmaktadır. Meme ile ilgili herhangi bir şikayeti olan hastayı değerlendirirken ilk yapılması gereken semptomların kanser kaynaklı olup olmadığının ayırt edilmesidir (10).

Yapısal Meme Lezyonları

Fibrokistik Değişiklikler: Memede en sık görülen hastalıklarından biridir. Histopatolojik olarak fibrokistik yapıdadır ve kist, adenozis, fibrozis ve duktal ektazi olmak üzere 4 komponentten oluşur (11). Fibrokistik değişiklikler genelde üreme çağındaki kadınlarda görülür. Atipili epitelyal proliferatif değişiklikler olmadığı sürece meme kanseri riski bulunmaz. Tek başına kist varlığı meme kanseri riskini arttırmaz ama kistlerle birlikte aile öyküsünün varlığı meme kanseri riskini yaklaşık üç kat artırır (12).

Fibroadenom: Fibroadenom memenin en sık görülen solid ve benign lezyonudur. 20-30 yaş arası kadınlarda daha sık görülür. Etyolojisi tam bilinmemekle birlikte normal lobüller hücrelerin hiperplazisi ve distorsiyonu sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Tümör değildir (13). BI-RADS sınıflamasında 2. ve 3. kategoride yer alırlar.

Yağ Nekrozu: Travmaya bağlı memenin yağ dokusunda meydana gelen nonsüpüratif benign lezyonlardır. Kalsifikasyon bulundurabilirler. Meme kanseri ile ayırıcı tanının yapılması gerekir. BI-RADS 4 olarak tanımlanır ve biyopsi ile örnekleme gerektirir (12).

Radyal Skar: Fibrozis ve elastosis gösteren bir merkez ve çevresinde dışa doğru duktus ve lobüllerin ışınal tarzda dizilimleri ile karakterize yıldızimsı görünümlü benign karakterli meme lezyonlarıdır. Işınal spiküler uzanımları sebebiyle radyolojik ve histolojik olarak meme kanserine benzer ve ayırıcı tanısının yapılması gerekir. BI-RADS 4 olarak tanımlanır ve biyopsi ile histopatolojik olarak tanı konur (12).

Sklerozan Adenozis : Hastalığın olmadığı lobülde bulunan asini sayısının artmış olmasıdır. Lobüllerin normal yapılarında değişiklik yoktur. Stromadaki

fibrozis sebebiyle histolojik olarak invazif karsinoma benzetilebilir. Palpe edilebilen kitle, radyolojik dansite ve kalsifikasyon ile kendini gösterir (14).

Duktal epitelyal hiperplazi, lipom, hamartom memenin diğer benign yapısal lezyonlarıdır.

Memnin İnflamatuvar Lezyonları

Granülatöz Mastit: Nedeni bilinmeyen, idiopatik olduğu düşünülen kronik inflamatuvar hastalıktır. Üreme çağındaki kadınlarda daha sık görülen ve meme kanserine benzer bulgular gösteren bir hastalıktır. Genellikle tek taraflı, sınırları belli ve sert bir kitle olarak klinik bulgu verir. Kesin tanısı patolojik olarak konulur (15). Apse oluştuysa drene edilmesi gerekir. Kendiliğinden iyileşme gösterebileceği gibi eksizyon ve steroid de birçok yayında tedavi olarak önerilmektedir.

Subareolar Abse: Periareolar ve retroareolar alanda lokalizasyon gösteren lezyonlardır. Laktiferöz duktus hücrelerinin çok fazla skuamöz epitele dönüşmesi sebebiyle duktusun sellüler debrisler ile tıkanması sonucu duktusta kistik dilatasyon, fistülizasyon veya rüptür meydana gelebilir. Klinik olarak inflamatuvar meme karsinomu ile karışabilir. Tanısında ince iğne aspirasyon sitoloji materyalinde çok sayıda nötrofil, makrofaj, keratinöz içerik, kolesterol kristalleri, parakeratotik ve nükleus içermeyen skuamöz hücreler görülür (12).

Meme Başı Akıntısı: Meme başı akıntısı meme ile ilgili şikayeti olan hastaların %4.8'inde görülür. Bunların %48'i spontan oluşurken %52'si sıkmakla oluşur (16). Meme başı akıntısı spontan değilse klinik olarak çok önemli olarak değerlendirilmez. Yaygın olarak kabul edilen değerlendirmelere göre, unilaterale, tek kanal sisteminden gelen, spontan oluşan, seröanjinoz veya hemorajik akıntılar "patolojik" olarak nitelendirilebilir (17). Galaktore, mekanik uyarım sonucu fizyolojik akıntı, periduktal mastit, subareolar abse, fibrokistik değişiklik, duktal ektazi, intraduktal papillom ya da karsinom adenozis gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilir.

Laktasyon Mastiti (Puerperal Mastit): Laktasyon mastiti; meme dokusu içindeki lobüller arası yumuşak dokudaki inflamasyondur. Genellikle doğum sonrası ilk altı haftada meydana gelir. Anne sütü ile beslenmenin teşvik edilmesiyle beraber son yıllarda daha sık görülmeye başlanmıştır. Ateş, tek taraflı meme hassasiyeti, ağrı ve eritemle karakterizedir. Tedavisinde antibiyoterapi verilir. Emzirme bu süreçte kesilmelidir (18).

Galaktosel: Gebelik dönemindeki kadınlarda veya laktasyon dönemindeki kadınlarda daha çok görülen meme kistleridir.

2.2.2. Memenin Premalign Lezyonları

İntraduktal Papillom: Papillomlar benign epitel hücreleri ile örtülü, santralinde fibrovasküler doku bulunan intraduktal tümörlerdir. Daha çok 40-50 yaşlarındaki kadınlarda daha sık görülür ve tüm meme lezyonlarının %1-2'sini oluştururlar (19). BI-RADS 4 olarak tanımlanırlar ve görülmeleri durumunda biyopsi alınmaları gereklidir.

Atipik Duktal Epitelyal Hiperplazi: Morfolojik görünüm olarak düşük dereceli duktal karsinoma in situya benzer tipte duktal hiperplaziyi tarif etmek için kullanılır. Atipik duktal veya lobuler hiperplazinin meme kanseri riski vardır (20).

Atipik Lobuler Hiperplazi: Lobüler ünitenin genişlemesi ve asininin yarısından daha azının neoplastik hücreler ile dolu olmasıdır. Lobüler karsinoma in situya benzer histolojiye sahiptir fakat daha az miktarda asiner tutulum olmasıdır (20).

Duktal Karsinoma İn Situ (DCIS): Meme duktuslarını döşeyen epitel hücrelerinden köken alan noninvaziv meme kanseridir. DCIS; düşük grade lezyonlardan yüksek grade lezyonlara kadar geniş spektrumu ifade eder. Asemptomatik olabileceği gibi memede kitle ve meme başında değişiklik gibi klinik bulgularda gösterebilir (21).

Lobuler Karsinoma İn Situ (LCIS): DCIS'a göre daha nadir görülür. Karakteristik olarak multifokal ve bilateral olma eğilimindedir. Genelde hastalarda bulgu vermeyen noninvaziv meme lezyonudur (12).

Filloides tümör, papiller neoplazi, papillomatozis, lobüler neoplazi ve duktal neoplazi memenin diğer premalign lezyonlarıdır.

2.2.3. Memenin Malign Lezyonları

İnvaziv Duktal Karsinom (İDK): İnvaziv duktal karsinom, invaziv meme karsinomlarının en geniş grubunu oluşturur. İçerisinde nekroz, kanama ve kistik dejenerasyon bulundurulabilir (22). Mamografide invaziv duktal karsinom fokal bir kitle veya yapısal bozulma alanı olarak ortaya çıkabilir. İDK'nın klasik mamografi görüntüsü spiküler kitle görüntüsüdür fakat düzgün veya lobule bir kitle olarak görülebilir (11).

İnvaziv Lobuler Karsinom: Meme malignitelerinin yaklaşık olarak %7-10'unu oluşturur. Bilateral ve multisentrik olma sıklığı infiltratif duktal karsinomdan iki kat daha fazladır. %20 bilateralite göstermektedir. Mamografik bulgu görülmeyebilir. Klinik olarak semptom göstermeyebilir bu yüzden de fizik muayenede ve mamografide ihmal edilebilme olasılığı yüksektir (17).

Amerikan Kanser Derneği'nde bahsi geçen ve diğer nadir görülen meme kanseri tipleri ise; adenoid kistik karsinom, metaplastik karsinom, medüller karsinom, müsinöz karsinom, papiller karsinom, tübüler karsinom, inflamatuvar meme kanseri, meme başının paget hastalığı, filloides tümör, anjiosarkomdur.

2.3. Meme Lezyonlarını Teşhis Yöntemleri ve Meme Kanserinde Tarama

Meme hastalıklarında tanı klinik, radyolojik ve patolojik olarak değerlendirme ile konulur. Benign lezyonlar için klinik ve radyolojik değerlendirme genel olarak yeterli olmaktadır ama ön tanı olarak malign hastalık düşünüldüğünde genellikle patolojik olarak doğrulama gerekir.

Meme lezyonlarının teşhisinde kullanılan en temel yöntemler, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM), mamografi (MG) olarak sıralanabilir. Gerektiği durumlarda ise ultrasonografi, MRG ve biyopsiden faydalanılabilir.

2.3.1. Öykü ve Fizik Muayene

Öykü

Meme şikayeti olan hastaların başvuru sebeplerinde ilk üç sırada ele gelen kitle, meme başında akıntı ve ağrı yer almaktadır (12). Şikayetin başlangıcı, nasıl fark edildiği, süresi, adet döngüsüyle veya HRT ile ilişkisi, daha önce benzer şikayetlerinin olup olmadığı ve hekim başvurusu sorgulanır.

Öykü alırken tüm kadınlarda sorgulanması gerekenler;

- İlk adet yaşı
- İlk doğum yaşı
- Gebeliklerinin öyküsü
- Emzirme öyküsü
- Kişisel meme kanseri öyküsü
- Ailesel meme kanseri öyküsü
- Geçirilmiş cerrahi işlemler, biyopsiler ve patoloji sonuçları

Premenopoz dönemindeki kadınlarda ek olarak;

- Son adet tarihi
- Adetlerin ortalama süresi ve adet döngülerinin düzeni
- Hormon içeren doğum kontrol yöntemi kullanımı

Postmenopozal dönemdeki kadınlarda ek olarak;

- Menopoz yaşı
- Perimenopozal veya postmenopozal dönemde HRT kullanım öyküsü sorgulanması gerekir.

Fizik Muayene

Menopoz öncesi kadınlarda fizik muayene için en uygun zamanlama menstrüasyondan sonra gelen haftadır. İncelemede; her iki meme arasındaki asimetri büyüklük ve biçim değerlendirilir. Hafif büyüklük farkı olabilir fakat önemli olan bunun yeni gelişip gelişmediğidir. Meme başı çekintisi olup olmadığı, spontan

akıntı varlığı, erozyon, ülserasyon varlığı kontrol edilir. Palpasyonda; hastada supraklavikular fossa, ve aksiller bölge lenf nodları incelenir. Ele gelen kitlenin varlığı, şekli, boyutu, kıvamı ve hareketliliği incelenmelidir ve meme muayene diyagramına not edilmelidir (12).

2.3.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

KKMM, mamografi ve fizik muayene kadar olmamakla beraber tüm kadınlarda uygulanabilir olması açısından kolaylık sağlayan, ekonomik ve özel araç gerektirmeyen, güvenli ve noninvaziv bir yöntemdir. Ayrıca meme kanserinde etkili bir erken tanı yöntemi olabilmektedir. KKMM uygulaması yapan kadınların meme kanserini %95 oranında, erken evredeki meme kanserini ise %65 oranında kendilerinin tespit ettikleri ve bu sayede mortalitede %18 azalma sağladıklarına yönelik çalışmalar mevcuttur (13).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 20 yaşından sonra tüm kadınların her ay KKMM yapmasını önermektedir. Menopoz öncesi dönemde her ay menstrüasyonun ilk gününden itibaren 7-10. Günler arasında, postmenopozal dönemde ise her ay belli bir günde yapılmalıdır. Gebelik ve emzirme dönemlerinde yine düzenli bir şekilde KKMM yapmaya devam edilmelidir. Emzirme döneminde KKMM emzirmeden sonra uygulanmalıdır (23).

KKMM, önce gözle daha sonra elle muayene olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilir. Memelerin gözle değerlendirilmesinde odanın iyi aydınlatılmış olması gerekir. 5 ayrı pozisyonda yapılması gerekir. Öncelikle ayna karşısında, eller kalçada iken, kolları yana sarkıtılırken, eller havadayken, avuçlar öne uzatılıp sıkılı pozisyonda ve vücut önde serbestçe eğilmiş haldeyken memelerde kızarıklık, şişlik, deri çekilmeleri, meme başı çekintisi olup olmadığı kontrol edilmelidir. Son olarakta meme ucundan akıntı gelip gelmediği, akıntı var ise kanlı, seröz, pürülan olup olmadığı kontrol edilmelidir (24).

Elle muayenede muayene edilecek alan yatay olarak sternumun ortasından koltuk altı hizasına kadar, dikey olarak ise klavikula ile memenin bir kaç cm altı arasında kalan bölgedir. Muayene esnasında elin 2, 3, 4. parmaklarının iç kısımları kullanılmalıdır. Dairesel, dikey veya merkezden dışa doğru tarayarak muayene

yapılmalıdır. Tarama her meme için toplam üç kez olacak şekilde hafif, orta ve şiddetlice bastırılarak yapılmalıdır (23).

Memelerin elle muayenesi, hem sırt üstü yatar pozisyonda hem de ayakta dururken yapılmalıdır. Yatar durumdayken iken sağ meme değerlendirilecekse sağ omuzun altına ince bir yastık yerleştirilmeli ve sağ kol başın altına konulmalıdır. Sol el parmakları kullanılarak daha önce anlatıldığı şekilde sağ meme muayenesi yapılır ve sol memeye geçilerek aynı işlemler bu kez de sol meme için tekrarlanır. Ayakta muayene yapılırken ise sağ meme muayenesinde sağ el enseye koyularak yatar vaziyette yapılan muayene adımları tekrarlanır. Sol meme içinde sol el yine enseye yerleştirilerek aynı adımlar tekrar edilir. Ayakta muayene esnasında ellerin hareketini kolaylaştırması ve ele gelebilecek kitlenin daha iyi hissedilebilmesi için duşta ve eller sabunlu iken yapılması daha ideal sonuçlar verecektir. Her iki memede muayene edildikten sonra koltukaltı çukurunun ön, orta ve dış bölümleri derinlemesine dokunularak muayene edilmeli ve ele gelen lenf nodu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Meme kanserinde erken tanı ve tedavi olanağı tanınmasına rağmen hem ülkemizde hem de dünyada KKMM yapılma oranı düşüktür (24).

2.3.3. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

KMM, memelerin sıklıkla hekim tarafından muayenesi anlamı taşımaktadır. Meme kanserinin erken aşamada teşhis edilebilmesi için önerilen tarama yöntemlerindedir. Klinik meme muayenesi, meme dokusu daha yoğun olan kadınlarda mamografi kullanılarak tespit edilemeyen veya perifer yerleşimli mamografi sınırları içinde olmayan kitlelerin tespitinde oldukça yardımcıdır.

Latin Amerika'da birçok ülke klinik meme muayenesi ve KKMM ile mamografiyi birlikte öneren ulusal kılavuzlara sahiptir (25).

Amerikan Kanser Derneği (ACS) güncel kılavuzunda herhangi bir yaşta ortalama risk taşıyan kadınlar arasında meme kanseri taraması için klinik meme muayenesi önermemekteydi ama bu öneri geçerliliğini yitirmiştir; çünkü bu değişikliğin etkisi hiçbir zaman incelenememiştir. ACS klinik meme muayenesi

yapılmamasına dair tavsiyelerini, kadınların önerilen mamografi taramasından geçtiklerini varsayıyor olmasında dayandırmaktaydı ancak taranması gereken kadınların yaklaşık üçte biri bu hizmetlere erişememektedir (26). Bu sebeple klinik meme muayenesini önermek gerekmektedir.

Yanlış pozitif klinik meme muayenesi oranı (%2.2-%5.7), yanlış pozitif mamografi oranı (%6.5-%8) ile karşılaştırıldığında iyi bir orandadır fakat yanlış pozitif bir klinik meme muayenesinin etkisi yanlış pozitif mamografi taramasından daha az zararlıdır. Muayenede palpe edilen kitleler iyi huylu olduğu zaman hem hasta hem de klinisyene klinik izlem ve gelecekteki çalışmalar için iyi bir yol gösterici olmaktadır. Mamografiden farklı olarak meme kanseri gereksiz veya aşırı tedavisi klinik meme muayenesi yapılmasında önemli bir sorun teşkil etmemektedir. Klinik meme muayenesi ile saptanan kitlelerden en az %95'i 2 cm'den büyük invaziv kanserlerdir ve lenf nodu pozitifliği oranı %30'dan fazladır. Bu yüzden erken teşhis ve tedaviyi garanti eder (26).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı meme kanserinin erken evrede saptanabilmesi için 20-40 yaş arası kadınlarda KKMM ile birlikte birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olan kadınlarda yılda bir, olmayanlarda ise iki yılda bir klinik muayenenin yapılması, 40-69 yaş arası tüm kadınlarda yılda bir klinik muayene yapılması önerilmektedir. Klinik muayene esnasında ayakta dururken, otururken ve yatarken ayrı ayrı değerlendirme yapılmalıdır. Klinik muayene için tavsiye edilen zaman menstrüasyondan sonraki 7. ve 10. günler arasıdır (27).

2.3.4. Mamografi

Mamografi meme kanseri mortalitesini azaltan tarama yöntemidir ve memede bulunan yağ ve glandüler yapıları x ışını kullanarak görüntüleyen bir radyolojik tetkiktir. Meme kanserinin erken tanısında mamografinin etkinliği kanıtlanmıştır ve bu yöntem topluma yönelik meme kanseri taramalarında uluslararası kurumlar tarafından da önerilmektedir (28).

Mamografi hem tarama hem de tanı amaçlı olarak kullanılmaktadır. Tarama amaçlı yapılan mamografi, herhangi bir belirti ve şikayet olmayan kadınlara meme kanserinde erken tanı koymak için kullanılan görüntüleme yöntemidir (29). Ayrıca

tarama ve tanı için kullanılmasının dışında meme kanseri tedavisinden sonra hastanın takip edilmesinde de önemli bir tetkik olan mamografinin mens dönemi bitimini izleyen hafta içinde yapılması önerilmektedir.

Mamografi taramalarından sonra <2 cm in situ karsinomların tanısı %36'dan %68'e yükselmiştir (30). Mamografi, 1 cm ve altındaki küçük çaplı kitleleri, in situ duktal karsinom evresindeki lezyonları tespit etmesi sayesinde asemptomatik olgularda ele gelmeyen küçük boyutlardaki kanserleri yakalayabilmesi için başvurulan en önemli tanı aracı haline gelmiştir. Mamografinin sensitivitesi 50 yaş ve üzeri kadınlarda 40-49 yaş grubundakilere göre daha yüksektir. Çünkü mamografide duyarlılık yağ doku miktarı arttıkça artar. Yaş azaldıkça meme dokusunun dansitesi arttığı için duyarlılığı da azalır. Klinik uygulamalarda mamografinin sensitivitesi %70-75'lerde olmasına rağmen meme parankimi daha yoğun olan kadınlarda bu %30'lara düşmektedir (31).

Mamografide tespit edilen iyi sınırlı kitle lezyonları en sık kist ve fibroadenomlardır. Meme patolojilerinde rastlanılan mamografik bulgular arasında; kitle, yapısal distorsiyon, asimetrik dansite, kalsifikasyon, deri değişiklikleri, meme başı değişiklikleri ve trabekülasyonda gözlenen değişiklikler, aksiller lenf nodu patolojileri yer almaktadır. Memede kalsifikasyonlar da sıkça saptanır. Erken dönem kanserde görülen küme tipi mikrokalsifikasyonlar ise ileri düzey araştırma gerektirmektedir (22).

Ülkemizde meme kanseri tarama programı kapsamında mamografi taramasının başlangıç yaşı 40 olarak kabul edilmektedir. 40-69 yaş arasındaki tüm kadınlarda yılda bir rutin klinik muayene ve iki yılda bir mamografi yapılması önerilir (27). Ailede erken yaşlarda meme kanseri görülmüşse bir onkolog görüşü alınarak 30-35 yaşlarında ve bazı ailevi meme kanseri durumlarında 25 yaşlarında bile mamografi yapılabilir (32).

Mamografinin en büyük dezavantajı radyasyon tarafından tetiklenmiş meme kanseri, yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçların ortaya çıkmasıdır. Mamografi çekimi esnasında iki yönlü olarak çekim yapılır ve her iki meme için mamografi çekimi esnasında alınan radyoaktif ışın miktarı 0.002 Gray(Gy) olduğu bilinmektedir

(17). Çekim esnasında memelere yapılan bası sebebiyle ağrı olabilmektedir. Hem mamografi çekimi esnasında oluşan ağrı hem de çekim tekniği sebebiyle uygulanan bası hastalarda anksiyeteye sebep olabilmektedir.

2.3.5. Ultrasonografi

Ultrasonografi 1980'li yılların başında kullanılmaya başlanmıştır ve meme dokusunun değerlendirilmesinde günümüzde en sık kullanılan yöntemdir (33). Yüksek rezolüsyonlu USG'nin klinik uygulamalarda kullanıma girmesiyle birlikte, özellikle mamografinin ayırıcı tanıda yetersiz olduğu yağ dokudan fakir yoğunluktaki dens memelerde ultrasonografi de bir tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır (28). Ultrasonografide özgüllüğün düşük olması sebebiyle gereksiz biyopsi yapılma oranı ve takip edilen hasta sayısı artmaktadır. Bu yüzden de rutin tarama programlarında mamografiye ek olarak USG incelemesi önerilmemektedir (34).

Çoğunlukla 40 yaş altı semptom gösteren hastaların, gebe veya emziren hastaların değerlendirilmesinde ilk tercih edilen yöntem ultrasonografidir. Klinikte muayene bulgularının ve mamografide şüpheli görülen lezyonların değerlendirilmesinde, ele gelen veya gelmeyen kitle lezyonlarının tespit edilmesinde USG iyi bir yöntemdir. Lezyonlar değerlendirilirken lezyonların şekli, meme dokusu içerisindeki uzanımı, arka akustik gölgelenmesi ve iç eko paterni değerlendirilmelerinde dikkat edilmesi gereken önemli noktalarlardır. Şeklinin oval olması, kontürünün düzgün olması, uzanımının cilt ile paralel olması, eko paterninin anekoik ya da hiperekoik olması lezyonun benign özellikler gösterdiğini düşündürür. Yuvarlak şekilli olması, düzensiz konturlü olması, lobuler yada spikuler konturlü olması, ekojenik haloya sahip olması ve kenarlarının açılanma göstermesi lezyonların daha çok malign özellikler gösterdiğini düşündürür (35).

Ultrasonografinin avantajı hastanın radyasyon maruziyetinin olmaması, ağrısız olması, pratik olması ve girişimsel işlemlerde kolaylık sağlamasıdır. Fakat mikrokalsifikasyonları ve 5 mm'den daha küçük lezyonları tespit etmede başarı oranının düşük olması ve ultrasonografinin yapan hekimin tecrübesine bağlı olarak başarısında değişiklik meydana gelmesi ise dezavantajlarıdır.

2.3.6. Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

MRG daha çok yumuşak dokuların görüntülenmesi için kullanılan radyolojik bir yöntemdir. MRG radyasyon içermez, magnetik dalgaların yumuşak dokudaki etkileşimleri ile görüntü oluşturur. Hastaların iyonize radyasyona maruz kalmamaları MRG'yi güvenli kılar fakat çekim maliyetlerinin fazla oluşu ve çekim için gereken sürenin uzun olması meme görüntülemeye MRG kullanım alanını azaltır. İntravenöz kontrast madde kullanılarak vasküler yapılanmanın yüksek duyarlılıkla gösterilmesi diğer yöntemlere göre en önemli üstünlüğüdür. Tüm bu sebepler bir arada düşünüldüğünde MRG, diğer yöntemlere ek olarak ve özellikle seçilmiş olgularda kullanılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Meme MRG kullanım endikasyonları şunlardır;

- Patolojik meme başı akıntısı,
- Yüksek riskli kadınların taranması,
- Mamografi ve ultrasonografide belirsiz bulguların varlığı,
- Primeri bilinmeyen kanser varlığı,
- Yeni tanı meme kanserinde preoperatif evreleme,
- Meme koruyucu cerrahi sonrası nüks,
- Neoadjuvan kemoterapinin etkilerinin değerlendirilmesi,
- Meme implantı olan kadınların değerlendirilmesi (12).

2.3.7. Tümör Belirteçleri

Tümör belirteçleri; malign hücrelerin ürettiği veya normal hücrelerde maligniteye cevap olarak ürettiği maddelerdir. Genellikle protein yapıdadırlar ve sensitivite ve spesifiteleri düşüktür. Hem benign lezyonlarda hem de malign lezyonlarda yükseklikleri görülebilir. Ayrıca farklı kanser türlerinde de yükselebilirler. Meme kanserinde kullanılan tümör belirteçleri CEA ve CA 15-3'tür. Meme kanseri açısından yüksek risk düşünülen olgularda tarama amaçlı olarak, tedavi verilen olgularda tedavi seyrinin takibinde, tedavi sonrası rekürrens ve metastaz kontrolü amacıyla tümör belirteçleri kullanılabilir (12).

2.3.8. Patolojik Değerlendirme

Meme kanserinde kesin tanı ancak biyopsi ile konulabilmektedir. Radyolojik olarak BI-RADS 4 ve 5 kategorisine giren lezyonlara patolojik değerlendirme yapılması önerilmektedir.

İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi

Bu yöntemle sitolojik tanı elde edilmektedir. Pratik, ucuz, hızlı ve çabuk sonuç veriyor olması aynı zamanda hasta tarafından da iyi tolere ediliyor olması, hasta tarafından tolere edilebiliyor olması ve sonrasında yapılacak olan mamografilerin sonucunu etkilemiyor olması avantajlı taraflarıdır. Fakat histolojik olarak az miktarda materyal içermesi ve bu yüzden az bilgi vermesi, in situ ve invaziv kanser ayrımının zor olması dezavantajıdır. Kistlerin aspirasyonu, aksiller lenf nodlarının biyopsisi ve küçük ve derin yerleşimli kitleler için tercih edilen yöntemdir (36).

Cor (Tru - Cut) Biyopsi

İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile karşılaştırıldığında yetersiz tanı oranı düşüktür. Daha fazla doku örneği alabilmesi sayesinde kesin histolojik tiplendirme analizi yapılabilmesi, in situ ve invaziv kanser ayrımının yapılabilmesi avantajlarıdır. Aynı zamanda hormon reseptör analizi ve onkogen ekspresyon analizi de yapılabilmektedir (36).

Cerrahi Biyopsi

Cerrahi olarak memedeki patolojik lezyondan dokunun bir kısmı ya da tamamının çıkarılmasıdır. Lezyonun tamamının çevresinde bulunan sağlam doku ile birlikte çıkarılmasına eksizyonel biyopsi denir. Tanı amacıyla lezyonun bir kısmının çıkarılmasına insizyonel biyopsi denir. Ele gelmeyen lezyon varlığında ise tel ile işaretleme yapılarak lezyon çıkarılır.

2.3.9. Meme Kanserinde Tarama

Meme kanseri, hem ülkemizde hem de dünya genelinde kanser sebebiyle en sık ölüm nedenidir. Gelişmiş ülkelerde ise kanser sebebiyle kadınlardaki ikinci ölüm

nedenidir (25). Tarama yapılmasının amacı, meme kanserini erken evrede teşhis edip tedaviye erken başlayıp mortaliteyi düşürmektir. Taramalar sayesinde meme kanserinin neden olduğu ölüm oranının %25-30 oranında azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (37). Taramalar sayesinde erken tanı olanağı sağlanarak iyileşme ihtimalini artırıp hem mortalite hem de morbiditeyi azaltma imkanı doğmaktadır. Hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam kalitesini ve süresini yükseltmek taramaların amaçlarındandır.

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanseri erken teşhisi için kullanılan ve önerilen tarama yöntemleridir (29). Mamografi hem meme semptomlarına sahip olan hastalarda hem de şikayeti olmayan kadınlarda rutin taramalarda yüksek sensitivite oranlarına sahip olan yöntemidir. Ultrasonografi ile birlikte kullanılması zaten yüksek olan mamografinin sensitivitesini daha da artırmaktadır (28).

Mamografinin tarama yapma amacıyla kullanımının günümüzde yaygın hale gelmesi sayesinde asemptomatik meme lezyonları ve el ile hissedilmeyen meme kanserlerinin erken aşamada tespiti mümkün hale gelmiştir. Mamografi yıllardır KKMM ve klinik meme muayenesi ile birlikte meme kanserinin erken teşhisinde önerilen yöntemlerdir ve daha iyi duyarlılığa ve seçiciliğe sahip olan başka bir tarama yöntemi yoktur (29).

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018'de kadınların 40-69 yaş arasında her 2 yılda bir mamografi ile rutin olarak meme kanseri açısından taranması tavsiye edilmektedir (7). Ülkemizde toplum tabanlı taramalar KETEM tarafından yürütülmektedir. Fırsatçı taramalar ise hastaneye başvuruda bulunan kişilere yapılmaktadır. Ayrıca Gezici Mamografi Projesi ile ulaşım sorunları sebebiyle başvuruda bulunamayan kişilere de hizmet verilmesi sağlanmıştır.

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018'de de belirtildiği üzere "Aile hekimleri kanser tarama programında programın topluma anlatılmasında, aktarılmasında, katılımın artırılmasında, programa katılacak hedef nüfusun belirlenmesinde ve katılımının teşvik edilmesinde ve tarama sonuçlarının hedef nüfusa iletilmesinde anahtar role sahiptir (7)."

Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018'de sadece 2 yılda bir mamografi çekilmesi önerilirken, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2015 yılında yayınlanan ve aile hekimlerine öneriler veren Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Kitapçığı'nda ve 2005'te yayınlanan Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi mamografiye ek olarak 20 yaş üstü kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi vermek ve ayda bir kez uygulanmasını önermek, 20-40 yaş arası kadınlarda birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanlarda yılda bir kez, olmayanlarda iki yılda bir kez hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılmasını önermek gerekmektedir. 40-69 yaş arası bütün kadınlarda yılda bir kez hekim tarafından klinik muayene yapılması ve iki yılda bir mamografi yapılmasını önerilmelidir (27, 38).

Hastanelere başvuran bireylerde sonuçları tekrar hastaneye başvurarak öğrenmeleri zorluk oluştururken, KETEM'ne başvuran bireylerin sonuçlarını aile hekimleri de görebilmektedir bu sayede kişiler KETEM'e tekrar başvuru yükünden kurtulmuş olurlar (7).

2.4. Meme Kanseri

2.4.1. Meme Kanserinin Tanımı

Hücrelerin kontrolsüz şekilde meme dokusunda çoğalmasına meme kanseri denilmektedir. En sık süt sağım kanalları (duktus) ve süt salgılayan (lobüler) hücrelerde meydana gelmekle beraber meme dokusunda bulunan diğer hücrelerinde kontrolsüz şekilde çoğalmaları ile meme kanseri meydana gelmektedir (9).

2.4.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlar arasında en sık görülen meme kanserinin teşhisinden sonra 5 yıllık sağ kalım oranları %75 olarak bilinmektedir ve bu sebeple de en iyi yaşam süresine sahip kanser türlerinden biri olduğu bilinmektedir (39). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı meme kanserinin dünya üzerinde yaş gruplarına göre standardize insidans hızı yüz binde 46.3 yaşa bağlı standardize mortalite hızının miktarı ise yüz binde 13.0 olduğunu raporlamıştır. Türkiye'deki tanısı konulan kadın kanserlerinin %24.7'si meme kanseridir. İnsidansı 2015 yılında Türkiye'deki kadınlar için

100.000'de 43.8 iken 2018 yılı için bu sayı 45.6 olarak hesaplanmıştır. Yine 2018 yılı için Türkiye'deki meme kanseri mortalitesi %10.5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de meme kanseri tanısı konulan kadınların %40'ının 25-49 yaş, %44'nün 50-69 yaş arasında olduğu görülmüş ve evrelerine bakıldığında %11.5'i uzak evrededir (40).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2020 yılı verilerine göre dünyada yeni tanı kanserli hasta sayısı 19.3 milyon, 2040 yılında ise bu sayının 30.2 milyon olacağı öngörülmektedir. Bu öngörülere bakıldığında kanserli hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Dünyada 2020 yılında 9.958 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu sayının 2040 yılında 16.3 milyon olması öngörülmektedir. Türkiye'de ise bu sayı 2020 yılında 126.335 iken 2040 yılında 233.405 olması tahmin edilmektedir (41).

Dünyada 2020 yılında yeni tanı alan meme kanserli hasta sayısı 2.2 milyon iken bunun 2040 yılında 3.1 milyon olması öngörülmektedir. Türkiye'de 2020 yılında yeni tanı alan meme kanseri vaka sayısı 24.175 iken bu sayının 2040 yılında 33.457 olması öngörülmektedir (41).

GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünya genelinde kadınlarda görülen en sık kanser türü meme kanseri ikinci sıklıkta kolorektal kanserler görülmektedir. Türkiye'de de kadınlardaki en sık kanser meme kanseri ikinci sıklıkta ise tiroid kanseri görülmektedir. Meme kanseri sıklığı Amerika ve Avrupa'da benzer şekildedir. Hem dünya genelinde hem de Türkiye'de kadınlardaki en sık kanser meme kanseridir ve her geçen gün de yeni tanı meme kanserli hasta sayısı artmaktadır (Bkz. Tablo 2.2) (41).

2007 yılından bu yana meme kanseri nedeni ölüm oranları 50 yaş altında değişiklik göstermemiş fakat yaşlı hastalarda bu oran azalma eğilimi göstermektedir. Bu azalmanın sebebi olarak farkındalık düzeyinin artması, etkin tarama uygulamalarının yapılması, erken teşhis ve tedavinin olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2.2. Globocan 2020 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen Beş Kanser (41)

	Türkiye	Dünya	Avrupa	Amerika
1	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroid	Kolorektal	Kolorektum	Akciğer
3	Kolorektum	Akciğer	Akciğer	Kolorektum
4	Akciğer	Serviks	Corpus Uteri	Corpus Uteri
5	Corpus Uteri	Tiroid	Melanom	Melanom

Meme kanserinde yıllık sağ kalım oranları gelişmiş ülkelerde %83'lerde iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran %53'lere kadar gerilemektedir. Aradaki bu ciddi farkın nedeni, gelişmiş ülkelerde tarama uygulamalarının daha fazla yapılabilmesi, erken tanı ve tedavilerin daha iyi olanaklarla temin edilebilmesi olarak açıklanabilir. Yaklaşık 8 kadından biri meme kanseri tanısı alıyor ve 39 kadından biri de meme kanseri nedeniyle hayatını kaybediyor (42).

2.4.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanseri genel olarak genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle meydana gelmektedir. Normal hücreleri apoptozdan koruyan PI3K/AKT ve RAS/MEK/ ERK yolaklarının kodlandığı genlerin mutasyona uğraması sonucu ihtiyaç olmadığı hallerde apoptoza uğraması gereken hücreler apoptoza girmez ve bu da kanser oluşumunun başlangıcı olur. Bu genlerdeki mutasyonların östrojen maruziyetine bağlı olduğu deneysel olarak gösterilmiştir. Aynı zamanda growth faktörler arasındaki iletişimi sağlayan yolaklardaki anormalliklerinde malign özellikteki hücrelerin büyümesinde etkili oldukları düşünülmektedir (43). Fazla miktarda leptin salgılanmasının da memedeki yağ dokuda hücre çoğalmasını tetikleyerek kansere neden olduğu düşünülmektedir (44).

DNA'daki hataları düzeltmekle görevli BRCA1, BRCA2 ve P53 gibi DNA onarıcı genlerde mutasyon meydana gelmesi durumunda da hücreler birbirleriyle

arasındaki bağlarını kaybedip, kontrolsüz biçimde bölünmeye ve uzak organ metastazları yapabilirler. BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyon sebebiyle DNA çapraz bağlarında ve çift sarmal yapısında bozulmalar meydana gelir. Epitel diferansiyasyonu ve östrojen reseptörü (ER) ile ilişkili olan GATA-3 genindeki mutasyon sonucunda ise epitel farklılaşması bozulur, invazyon artar ve uzak metastazlara sebep olur. Bu yüzden GATA-3 kaybı kötü prognoz ile ilişkilidir (43).

Karsinom meydana gelmeden önce normal olan epitel çeşitli süreçlerden geçer. Normal epitel hücrelerinde atipi meydana gelip önce atipik hiperplazi daha sonra karsinoma insitu gelişir, karsinoma in situ ilerleyerek invaziv karsinoma dönüşür. Bu dönüşümlerin nedenleri hala tam olarak bilinmemekle birlikte meme kanseri gelişimi için risk faktörleri belirlenmiştir. Bu risk faktörlerini; demografik faktörler, reproduktif öykü, ailevi ve genetik etmenler, çevresel etmenler ve diğer faktörler olarak sınıflandırmak mümkündür (12).

Demografik Özellikler

Cinsiyet: Kadın cinsiyete sahip olmak meme kanseri açısından en büyük risk faktörüdür. Erkeklerde de meme kanseri görülebilir fakat kadınlarda bu risk 100 kat daha fazladır. Meme kanseri vakalarının %99'u kadın, %1'i ise erkektir (45). Kadınlarda meme hücrelerinin gelişimini destekleyen östrojen ve progesteronun erkeklerden daha fazla olması bunun nedeni olabilir.

Yaş: Meme kanseri gelişme riski yaş arttıkça artar. Meme kanseri vakalarının çoğunluğu 55 yaş ve üzeri kadınlardır. 50 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri görülme riski diğer faktörlerden bağımsız olarak daha yüksektir. Yaş meme kanserinde en önemli bağımsız risk faktörüdür (46).

Etnik köken: Meme kanseri beyaz kadınlarda siyahi kadınlara göre daha fazla görülmesine rağmen siyahi kadınlarda meme kanseri mortalitesi beyaz kadınlara göre daha fazladır. Etnik farklılıkların daha çok sosyoekonomik düzey ve yaşam tarzından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (12).

Reproduktif Öykü

Menarş ve Menopoz: Östrojen maruziyeti arttıkça meme kanseri gelişme riski artar. Östrojen maruziyetinin azalmasının da meme kanserine karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir. Erken menarş (<12 yaş) ve geç menopoz (>55yaş) östrojene olan maruziyeti artırdıkları için meme kanseri riskini artıran etmenlerdir (47). İlk adet olma yaşının her 1 yıl gecikmesiyle meme kanseri riskin %20 azalmaktadır (48).

Doğurganlık Öyküsü: Tam dönem gebelik sonucu meme epitelinde görülen diferansiyasyon meme kanserine karşı koruyucudur. Dolayısıyla ilk canlı doğumunu daha ileri yaşta yapanlarda ve hiç doğum yapmamış olanlarda meme kanseri riski artar. Çok sayıda doğum yapmış olmanın ise koruyucu olup olmadığı ise henüz netlik kazanmamıştır. Multiparite, infertilite ve infertilite tedavisinin meme kanseri riski üzerindeki etkilerinin ne olduğu ise tartışmalıdır (49).

Laktasyon: Laktasyonda nonfonksiyonel gland dokusu histolojik olarak değişikliğe uğrayarak süt salgılayan bir organ haline dönüşür. Aynı zamanda laktasyonda menstrüasyon engellenir ve siklus sayısı azalınca da meme kanseri riski azalır (49). Her 12 aylık emzirme meme kanseri riskini %4.3 azaltır her doğum için ayrıca bu orana %7 eklenebilir (50). Emzirme sadece çocuklar için değil aynı zamanda anne içinde birçok fayda sağlamaktadır. Emzirme sayesinde annelerde postpartum kanamada azalma, premenopozal meme kanseri ve over kanseri riskinde azalma sağlanır (51).

Ailesel ve Genetik Faktörler

Ailede meme kanseri varlığı meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Meme kanserli kadınların çoğunluğunun aile hikayesi olmadığını belirtmek gerekir fakat yakınlarında meme kanseri olanların meme kanseri açısından daha yüksek riske sahip olduğunu belirtmek gerekir. Birinci derece yakınında (anne, kız kardeş, kız çocuğu) meme kanseri olması kadının meme kanseri riskini iki kat artırır. Eğer birinci derece yakınlarında iki meme kanseri vakası var ise bu risk 3 kata çıkar. Aynı zamanda babasında ya da erkek kardeşinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda da meme kanseri riski daha fazladır (12, 52). Birinci derece akrabalara

meme kanseri teşhisinin erken yaşta konulması da riskin daha da yüksek olmasına sebep olur (53).

Meme kanserlerinin %5-10'unun genetik kökenli olduğu düşünülmektedir. Kalıtsal meme kanserleri ile ilgili genlerden en önemlisi ve en yaygın görüleni BRCA1 ve BRCA2'dir. Aynı zamanda P53 ve PTEN genleri de meme kanseri ile ilişkili diğer önemli genlerdir. BRCA1 ve BRCA2 genleri DNA onarım genleridir ve mutasyonları sonucu meme kanseri riskinin artmasıyla beraber over kanseri riski de artmaktadır (49). BRCA2 geninde meydana gelen mutasyonların genellikle erkeklerdeki meme kanseri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (12, 54). BRCA1 mutasyonlu kişilerde meme kanseri genellikle erken yaşta görülür, kötü diferansiyedir ve kötü prognoz gösterir (12).

Çevresel Faktörler

Sosyoekonomik düzey: Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması meme kanseri gelişme riskini 2 kat artırır bu da reproduktif alışkanlıklardaki değişikliklerinde birlikte oluşturduğu bir risk faktörü olarak düşünülebilir (47).

Radyasyona Maruz Kalma: Memenin aktif olarak geliştiği 10-14 yaşlar arasında memenin radyasyona maruz kalması meme kanseri riskini artırmaktadır (12).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT): İçeriğinde sadece östrojen veya östrojenle kombine olarak progesteron içeren tedaviler perimenopozal ve postmenopozal dönemde ortaya çıkan menopozal semptomları hafifletmek için çok uzun yıllardır kullanılmaktadır (55). Sadece östrojen içeren preparatlar genellikle histerektomi olmuş kadınlarda tercih edilir. Hem östrojen hemde progesteron içeren kombine preparatlar ise histerektomi olmayan kadınlarda tercih edilir çünkü progesteronla karşılanmamış östrojen uterus kanser riskini artırabilir (42). Menopozdan sonra kombine hormon tedavisinin (HRT) 2 yıl gibi kısa süreli bile kullanılmasından sonra meme kanseri riskinde artış görülür. Aynı zamanda kombine HRT kullanımı var olan kanserin daha ileri aşamada olma olasılığını da artırır. Hem meme kanseri riskini hem de kanser nedenli mortaliteyi artırmaktadır. HRT'lerin

neden olduğu meme kanseri riski tedavilerin kesilmesinden sonraki 5 yıl içerisinde azalmaktadır (12, 56).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Erken yaşlarda östrojen içeren oral kontraseptif kullanmak meme kanseri riskinde artışa neden olmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının kesilmesiyle birlikte risk azalmakta ve 10 yıl sonunda bu risk normal popülasyonla aynı olmaktadır (12).

Alkol Kullanımı: Yapılan birçok çalışma alkol kullanımının süre ve kullanım miktarı ile ilişkili olarak meme kanseri üzerinde risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Alkol kullanımı östradiolün serumdaki seviyesini yükseltmektedir ve orta düzeyde alkol kullanımın yani günde 1-2 bardak alkol kullanımının meme kanserini %30-50 oranında artırdığı düşünülmektedir (57).

Egzersiz: Özellikle postmenopozal dönemde düzenli egzersiz yapmanın meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir. Egzersizin endojen steroid mekanizmasını, vücut yağ kitlesini ve dolaşımdaki östrojen ve androjen seviyesini etkilemesi ile meme kanseri riski azalmaktadır. Bu etki postmenopozal dönemde daha belirginken premenopozal dönemde bu etkinin olduğuna dair yeterli düzeyde kanıt yoktur. Egzersizin anovuluar siklus sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (12). Önemli olan bu aktivitelerin düzenli ve yeterli miktarda ve yeterli sürede olmasıdır.

Beslenme Alışkanlığı: Diyetle ilişkili faktörlerin hem doğrudan östrojen düzeyini artırarak hem de dolaylı olarak obezite üzerinden etkiyle meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar yağlı yiyeceklerin, işlenmiş et ürünlerinin ve yüksek glisemik indeksli gıdaların meme kanseri riskini artırdığını göstermektedir (58). Aynı zamanda vitamin D takviyesinin, meyve-sebze ve balık tüketiminin de meme kanseri riskini azalttığı bilinmektedir (59, 60).

Sigara Kullanımı: Yapılan çalışmalarda sigaranın meme kanseri üzerindeki etkisi tartışmalıdır. Çalışmaların sonuçlarının düşündürücü ancak yetersiz kanıtlar olması ve çok farklı sonuçların çıkması diğer faktörlerin sigara kullanımı ile bir arada olmasının risk üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir (12).

Diğer Faktörler

Vücut Kitle İndeksi (BMI): Vücut kitle indeksi >30 kg/m² saptanan kadınlarda postmenopozal meme kanseri riski daha fazladır (57). Obezite ile meme kanseri arasındaki ilişki, kilo alımının başladığı yaş, kilolu yada obez olarak geçirilen süre ve yağ dokunun vücuttaki dağılımı ile ilişkilidir. Abdominal tipte obezite ve bel-kalça oranının yüksek olmasında risk faktörüdür. Obezite, premenopozal kadınlarda anovulatuvar döngülerle ilişkili olarak meme kanserinde riski azaltabilir (61). Postmenopozal kadınlarda ise; östrojenin asıl kaynağı adrenal bezden salınan dehidroepiandrostenedion'un (DHEA) periferik yağ dokuda metabolize olmasıdır ve yağ oranının yüksek olması meme kanseri riskini artırır (41).

Proliferatif Meme Lezyonları (Atipili ve Atipisiz): Bazı benign meme lezyonlarının varlığı meme kanseri riskini artırmaktadır. Tek bir nonproliferatif lezyon olması meme kanseri riskini artırmaz. Birden fazla nonproliferatif lezyon varlığında ise risk hafif düzeyde artar. Atipisiz proliferatif meme lezyonlarının meme kanserini 1.5-2 kat artırdığı görülmüştür. Proliferatif meme lezyonları incelendiğinde sitolojisinde atipi olanların meme kanseri riskini 4-5 kat artırdığı görülmüştür. Atipi multifokal olduğunda ise bu risk artışı 10 kat olmaktadır (62, 63).

Kişisel Meme Kanseri Öyküsü: Önceden in situ veya invaziv meme kanseri öyküsü olan kadınlarda diğer meme de invaziv kanser gelişme riski yüksektir (64). Daha önce meme biyopsisinde in situ karsinom saptananlarda her iki meme de kanser olma olasılığı genel popülasyona göre yaklaşık 10 kat daha fazladır (37).

Dens Meme Yapısı: Memedeki yağ dokunun az olması, fibröz ve glandüler dokunun fazla olmasına dens meme denilmektedir. Meme yapısı eğer dens karakterde ise kanser görülme riski 1.5-2 kat artar. Aynı zamanda memenin yoğun yapısı sebebiyle mamografide de kanserin tespit edilmesi zorlaşır (65). Mamografi değerlendirilmesi esnasında mutlaka meme yoğunluğunun yaş grubu da göz önünde bulundurularak rutin olarak belirtilmesi gereklidir.

Gece Çalışma: Geceleri uyanık olmanın melatonin sentezini suprese etmesi sebebiyle gece nöbeti tutmak zorunda olan ya da gece çalışan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı düşünülmektedir (66).

2.4.4. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanserinden korunma basamakları beş kategoride incelenmektedir. Bunlar; temel (primordiyal) koruma, birincil koruma, ikincil, üçüncül ve dördüncül korumadır.

Temel Koruma

Temel korumada amaç; hastalığın oluşmasına neden olabilecek çevresel ve sosyal faktörlerin önlenmesini sağlamak, toplumdaki risk faktörlerinin görülme oranını azaltmak ve hatta mümkünse yok etmek için önlemler alabilmek ve bunun için gayret göstermektir. Buradaki çabalar henüz var olmamış tehlike faktörlerini oluşmadan ortadan kaldırmak ve henüz tehlike içinde olmayan bireyler içindir. Temel koruma tarama testlerinin uygulanması, kanıta dayalı muayene, danışmanlık, hasta eğitimleri ve bağışıklamayı içinde bulunduran genellikle yüz yüze ve toplu eğitimlerle yapılmaktadır (67).

Birincil Koruma

Birincil korumanın amacı kontrol edilebilecek risk faktörlerini ortadan kaldırmak veya en azından kontrol altında tutabilmektir. Hastalık bireyi yakalamadan önce uygulanabilir önlemlerle nedenleri ortadan kaldırmak amaçlanır. Fiziksel inaktiviteden kaçınılması, dengeli beslenme, doğumun erken yaşta olması, emzirme, alkol ve sigara tüketiminin önlenmesi, erken cerrahi menopoz, kemoprevensiyon, profilaktik mastektomi ve iyonize radyasyona maruziyetin önlenmesi hastalığın görülme sıklığını azaltmak için yapılan çalışmalardır (67).

Profilaktik Ooferektomi

Profilaktik ooferektomi ve histerektominin meme kanserine karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır. Premenopozal kadınlarda ooferektomi yaşı küçüldükçe riskin azaldığı bilinmektedir. Bilateral histerektominin sadece histerektomiye kıyasla daha koruyucu olduğu düşünülmektedir. Profilaktik ooferektominin zayıf, genç ve çok sayıda çocuğa sahip kadınlarda yapıldığında koruyucu etkinliğinin daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda bilateral ooferektominin tek taraflı ooferektomiye göre daha fazla koruyuculuğa sahip olduğu da belirtilmektedir (32).

Profilaktik Mastektomi

Mastektominin meme kanseri üzerinde %100 koruyucu etkisi bulunmamaktadır. Fakat meme kanseri açısından çok yüksek riskli kadınlarda meme kanseri olasılığını azaltmak amacıyla yapılabilir. Profilaktik mastektominin yapılabilmesi için duktal ve lobuler karsinoma in situ, atipik duktal hiperplazi, genetik mutasyonlar ve aile anamnezinin olması gerekmektedir. BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon olması profilaktik mastektomi için endikasyondur. Endikasyonu koyabilmek için aynı zamanda bireyin histolojik, psikolojik ve sosyoekonomik faktörlerinin de ayrıntılı biçimde gözden geçirilmesi gerekmektedir (68).

Kemoprevensiyon

Kemoprevensiyon, kanser oluşmadan kimyasal ve farmakolojik ajanlarla kanser gelişiminin durdurulmasıdır. Meme kanseri açısından yüksek risk taşıyan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerine sahip kadınlarda kemoprevensiyon seçenek olarak kullanılmaktadır. Burada amaç meme kanseri görülme sıklığı ve ölüm oranını azaltmaktır. Tamoksifen, raloksifen ve fenretinid kemoprevensiyon için kullanılan ajanlardır.

Tamoksifen;hormon duyarlı meme kanseri tedavisinde kullanılır ve aynı zamanda nüks oluşmasını engellemektedir. Kemik yoğunluğunu koruyucu ve koroner hastalıkları önleyici etkisi bulunmaktadır. Fakat tamoksifenin meme kanserinde koruyucu etkisinin yanısıra endometrium kanserini artırma gibi olumsuz yan etkileri bulunmaktadır. Trombotik olaylar ve pulmoner emboliyi artırması da yine önemli yan etkilerindedir. Bu yüzden her ne kadar meme kanserinde yüksek riskli hastalarda kanser gelişimini azaltsa bile yan etkileri de göz önünde bulundurularak korunma açısından kullanmadan önce yarar zarar oranını iyi değerlendirmek gerekir (68).

Raloksifen; endometrium ve meme üzerinde antiöstrojenik özellik gösterirken, pıhtılaşma, kemik ve yağ metabolizması üzerine östrojenik etki göstermektedir. Postmenopozal osteoporozu olan kadınlarda öncelikle tercih edilir (69).

Fenretinid; apoptozisi tetikleyici etki gösteren bir ajandır. Postmenopozal kadınlarda ikinci meme kanseri gelişiminde azalma sağlar (70).

İkincil Koruma

İkincil korumada amaç; semptomsuz bireylerin erken tanısını sağlamak, erken tedavi olanağı sağlamak, meydana gelebilecek olan morbidite ve mortalitenin olabildiğince en aza indirilmesidir. Meme kanserini erken evrede yakalayabilmek için risk düzeylerinin saptanması ve bunun yanısıra uygulanabilir tarama programları geliştirilmelidir (32). Ülkemizde meme kanseri için yapılan tarama yöntemleri; mamografi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM)'dir.

Meme kanserine erken evrede tanı koyulması aynı zamanda uygun vakalarda meme koruyucu cerrahi yapabilme imkanı da sağlar. Erken tanı sağlanabilmesi için ise kadınların bu konuda bilinçlendirilmesi, eğitilmesi ve yüksek riskli grupların belirlenmesi gerekir. Taramaların amacı asemptomatik kadınlarda çeşitli yöntemlerle memesindeki anormallik bulunanları normal olanlardan ayırmaktır. Hedefi ise kanser biyolojik olarak başladıktan sonra erken evrede saptayıp erken tanı ve tedaviyi sağlamaktır. Taramalar ile meme kanserinde 50 yaş üstü kadınlarda mortalite ve morbiditeyi %25-40 oranında azaltmak mümkün olabilmektedir. Meme kanserinin %60-65'i 50 yaş üstü kadınlarda görüldüğü için bu yaş grubundaki kadınlar taramaların yapılması gerekmektedir. 40-49 yaş arası kadınlarda ise meme kanseri görülme oranı %25 olduğu için bu yaş grubunda da taramaların aksatılmadan yapılması gerekmektedir (42).

Üçüncül Koruma

Meme kanseri tanısı konulduktan sonra yaşam fonksiyonu ve kalitesini korumaya yönelik olarak gerçekleştirilen çalışmalar üçüncül koruma kapsamındadır. Hastalığın tedavi ve rehabilitasyonu ile ileride oluşabilecek komplikasyonları azaltmak amaçlanmaktadır. Yaşam süresini artırma amacıyla yapılan tedaviler, rehabilitasyon çalışmaları, komplikasyonların oluşmasını önleme, yaşam kalitesini koruma ve hastalık nedeni olabilecek işlevsellik kayıplarını engellemek için yapılan

çalışmalar üçüncül koruma olarak kabul edilebilir. Aynı zamanda postoperatif meme rekonstruksiyonu ve psikolojik destek üçüncül koruma olarak sayılabilir (71).

Dördüncül Koruma

Dördüncül koruma bir bireyin tüm sağlık bakım yönlerine uygulanabilmektedir. Aşırı medikasyon, yanlış rehabilitasyon teknikleri, endikasyonu olmadan yapılan invaziv işlemler ve klinik kanıt olmadan tarama yapmak gibi tüm gereksiz işlemlerden kaçınmayı amaçlar. Gereksiz ilaç kullanımından hastayı ve toplumu korumak ve onlara bilimsel olarak kabul edilen bakım prosedürlerini sağlamak gerektiğini ifade eder (67).

2.4.5. Meme Kanserinin Histopatolojik Sınıflaması

Meme kanseri farklı klinik davranış sergileyen subtiplere sahip heterojen bir hastalık grubudur. Kanser hücrelerinin farklı histopatolojik özelliklere sahip olmaları hem tedaviyi hem de prognozu belirlemede önemlidir.

Meme kanserlerinin büyük çoğunluğunu adenokarsinomlar oluştururlar ve memenin terminal duktus ve lobüler yapılarından gelişirler. Diğer meme kanseri türleri ise tüm meme kanserlerinin %5'ini oluştururlar. Bunlar; lenfoma, sarkoma, yassı hücreli karsinom ve filloides tümördür (72).

Meme kanserleri histolojik görünümleri ve biyolojik davranışlarına göre in situ ve invaziv karsinom olarak ikiye ayrılırlar. İn situ karsinom; duktus ve lobüller ile sınırlıdır ve stromaya invazyon yapmaz. İnvaziv karsinom; bazal membranı geçip stroma invazyonu yapar ve lenfovasküler dolaşım yoluyla bölgesel lenf nodları ve uzak organ metastazları yapabilmelerine imkan sağlar.

Meme kanserinde invaziv karsinomun histolojik olarak sınıflandırılmasında en sık kullanılan sınıflama sistemi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün ilk olarak 1982'de yayınladığı ve 2003 yılında revize edilen sınıflama sistemidir (73) (Bkz. Tablo 2.3).

Tablo 2.3. İnvaziv Meme Karsinomunun Histolojik Sınıflaması

İn situ karsinom	İnvaziv karsinom
<ul style="list-style-type: none"> ➤ İn situ duktal karsinom ➤ İn situ lobuler karsinom 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ İnvaziv duktal karsinom ➤ İnvaziv lobuler karsinom ➤ Tubuler karsinom ➤ İnvaziv kribriform karsinom ➤ Medüller karsinom ➤ Müsinöz karsinom ➤ İnvaziv papiller karsinom ➤ İnvaziv mikropapiller karsinom ➤ Apokrin karsinom ➤ Sekretuar karsinom ➤ Adenoid kistik karsinom ➤ Metplastik karsinom ➤ Nöroendokrin karsinom ➤ İnflamatuar karsinom

İn Situ Karsinomlar

Duktal Karsinoma İn Situ (DCIS)

Malign epitel hücrelerin bazal membranı geçmeyecek şekilde proliferasyon gösterdiği in situ karsinom çeşididir. Tedavi verilmemesi durumunda proliferasyon bazal membranı geçerek 5-30 yıl içerisinde invaziv karsinoma dönüşebilir (74). Duktusa açılmayan sekretuar materyal zamanla kalsifiye olur ve bu aşamada mamografide tespit edilebilir.

Asemptomatik olabileceği gibi kanlı meme başı akıntısı, ele gelen kitle ve paget hastalığı gibi DCIS semtomlar görülebilir. Mamografide saptanan lezyonların yaklaşık %20-30'unu oluştururlar (74).

Tanı alan hastalarda uzun dönemde sağ kalım %97 üzerindedir. Tedavide cerrahi ve radyoterapi ve fayda sağlayabileceği düşünülen olgularda antihormonal tedavi başlanabilir (75).

Lobuler Karsima İn Situ (LCIS)

Monomorfik hücrelerin proliferasyonu ile genişlemiş ve dejenere olmuş terminal duktus ve lobüllerle karakterize olup çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. DCIS'ten farkı; %80 premenopozal kadınlarda bulunmaları ve %70 multisentrik özellik ve %30 bilateralite göstermeleridir. Mamografide saptanmazlar. Bir hastaya LCIS tanısı konulması o kişide her iki memede de meme kanseri riskinin yüksek olduğunun göstergesidir ama bu lezyonun kendisi kanserleşmez (12).

İnvaziv Karsinomlar

İnvaziv Duktal Karsinom (İDK)

İnvaziv meme karsinomlarının en sık görülen tipidir. Makroskopik olarak sert ve düzensiz sınırlıdır. Kesit yüzeyinde meme dokusuna doğru yıldızimsı uzantılar mevcuttur. Hücreler lobuler karsinom hücrelerine göre daha büyük ve pleomorfik, geniş sitoplazmalı ve belirgin nükleol içerirler. Genellikle kalsifikasyon içerirler. Lenfovasküler invazyon odakları içerebilirler. Bu da metastaz olasılığını artırır. İnvaziv duktal karsinomların %70-80'inde östrojen reseptörü (ER), %60-70'inde progesteron reseptörü (PR), %15-30'unda da HER-2 pozitifdir. Bu reseptörler sayesinde antihormonal tedavi cevabı belirlenir (76).

İnvaziv Lobuler Karsinom (İLK)

İnvaziv karsinomların %15'ini oluşturur. İnvaziv duktal karsinoma göre bilateral, multisentrik ve multifokal olma olasılığı daha fazladır. HRT kullanan kadınlarda daha sık görülür. Histolojik alt tipleri prognozu belirler ve solid ve pleomorfik tip klasik tipe göre daha kötü prognozluyken tubulolobuler tip klasik tipe göre daha iyi prognozludur. Genelde palpabl kitleler oluştururlar. Hücrelerin oluşturduğu desmoplastik reaksiyon sayesinde mamografide görülebilirler. Az bir kısmı ise desmoplastik reaksiyon oluşturmaz ve meme dokusunda diffüz şekilde yayılım gösterip ileri evrelere kadar klinik bulgu vermezler (76).

İnvaziv lobuler karsinomların %70-95'i östrojen reseptörü (ER), %60-70'i progesteron reseptörü (PR) bulundurulur. HER-2 gen ekspresyonu çok nadir

görülür. Metastaz yaptığı yerler genellikle serozal yüzeyler, beyin omurilik sıvısı (BOS), over, uterus, kemik iligidir (77).

En sık kullanılan sınıflama sistemi histomorfolojik sınıflama (TNM sistemi) olmakla beraber bu belirteçler heterojeniteyi tam olarak açıklayamamaktadır. Bu yüzden östrojen reseptör (ER), progesteron reseptör (PR), Ki-67 proliferasyon indeksi ve HER-2 gen ekspresyonu özellikleri de rutin uygulamada sınıflama da kullanılmaktadır (78).

2.4.6. Meme Kanserinde Evreleme

Kanser hastasında hastalığın ne aşamada olduğunu belirleyen ve izlenecek yolu belirleyen en önemli öge evrelemedir. Evreleme hastalığın prognozu, farklı tedavi seçenekleri içerisinde hangi tedavinin uygulanması gerektiği hakkında bizlere bilgi verir. Evreleme klinik ve patolojik olarak 2 farklı şekilde yapılabilir. Tedavinin şekillenmesinde ve prognoz belirlenmesinde patolojik değerlendirme klinik değerlendirmeye göre daha çok yol göstericidir. Evreleme için en sık kullanılan TNM evreleme sistemidir. “T” primer tümör boyutunu, “N” lenf nodu tutulumunu, “M” uzak metastazı temsil eder ve klinik evreleme cTNM, patolojik evreleme ise pTNM olarak ifade edilir (79).

T: Primer Tümörün Çapı

- ❖ **Tx** : Primer tümör değerlendirilemiyor
- ❖ **T0**: Primer tümöre ait kanıt yok
- ❖ **Tis**: Karsinoma in situ
 - **Tis (DCIS)** : Duktal karsinoma in situ
 - **Tis (LCIS)** : Lobuler karsinoma in situ
- ❖ **T1**: Tümör ≤ 20 mm
 - **T1mi**: Tümör ≤ 1 mm
 - **T1a**: $1 \text{ mm} < \text{Tümör} \leq 5$ mm
 - **T1b**: $5 \text{ mm} < \text{Tümör} \leq 10$ mm
 - **T1c**: $10 \text{ mm} < \text{Tümör} \leq 20$ mm
- ❖ **T2**: $20 \text{ mm} < \text{Tümör} \leq 50$ mm
- ❖ **T3**: Tümör > 50 mm

- ❖ **T4:** Herhangi boyuttaki bir tümörün direk göğüs duvarı ve/veya cilt tutulumu (tek başına cilt tutulumu T4 olarak kabul edilmez)
 - **T4a:** Pektoral kas hariç göğüs duvarı tutulumu
 - **T4b:** Ciltte ülserasyon, ödem, aynı memede satelit cilt nodülleri, portakal kabuğu görünümü
 - **T4c:** T4a+T4b
 - **T4d:** İnflamatuvar karsinom

N: Bölgesel Lenf Nodları

1. Bölgesel Lenf Nodlarının Klinik Evrelemesi

- ❖ **Nx:** Değerlendirme yapılamayan nodal tutulum
- ❖ **N0:** Bölgesel lenf nodu tutulumu yok
- ❖ **N1:** Hareketli aynı taraflı bölgesel lenf nodu tutulumu
- ❖ **N2:** Komşuluğundaki dokulara yapışık aynı taraflı aksiller lenf nodu metastazı veya aksiller metastaz olmadan klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial lenf nodu tutulumu
 - **N2a:** Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu tutulumu
 - **N2b:** Aksiller metastaz olmadan klinik veya radyolojik olarak görülebilen ipsilateral internal mammarial lenf nodu tutulumu
- ❖ **N3:** İpsilateral infraklaviküler lenf nodu tutulumu veya klinik ve radyolojik olarak görülebilen ipsilateral mammarial lenf nodu tutulumu ile beraber aksiller lenf nodu tutulumu veya supraklaviküler lenf nodu tutulumu
 - **N3a:** İpsilateral infraklaviküler lenf nodu tutulumu
 - **N3b:** Klinik ve radyolojik olarak görülebilen ipsilateral mammarial lenf nodu tutulumu ile beraber aksiller lenf nodu tutulumu
 - **N3c:** Supraklaviküler lenf nodu tutulumu

2. Bölgesel Lenf Nodlarının Patolojik Evrelemesi

- ❖ **pNx:** Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor (önceden çıkarılmış veya patolojik çalışma için çıkarılmış lenf nodları)
- ❖ **pN0:** Bölgesel lenf nodu tutulumu yok

- ❖ **pN1:** Mikrometastazlar veya 1-3 adet lenf nodu tutulumu ve/veya sentinel lenf nodu biyopsisi ile saptanmış ancak klinik olarak saptanmamış internal mammarian lenf nodu tutulumu
- ❖ **pN2:** 4-9 adet aksiller lenf nodu tutulumu
- ❖ **pN3:** 10 veya daha fazla aksiller lenf nodu veya infraklavikuler lenf nodu veya bir veya birden fazla pozitif level I, II aksiller lenf nodu varlığında klinik olarak saptanmış ipsilateral internal mammarial lenf nodu veya 3'ten fazla aksiller lenf nodu mikrometastazı veya sentinel lenf nodu ile saptanmış fakat klinik olarak saptanmamış makrometastazları veya ipsilateral supraklavikuler lenf nodu tutulumu

M: Uzak Metastaz

- ❖ **Mx:** Değerlendirilemeyen uzak metastaz
- ❖ **M0:** Uzak metastaz yok
- ❖ **M1:** Uzak metastaz var

Tablo 2.4. Meme Kanseri TNM Evrelemesi (79)

EVRE	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Her T	N3	M0
IV	Her T	Her N	M1

2.4.7. Meme Kanserinde Tedavi

Meme kanserinin tedavisi lokal ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılır. Erken evrede (Evre I-II) metastazın henüz olmaması sebebiyle ve iyileşme şansı yüksek olması nedeniyle hastanın durumuna göre ve hasta ile işbirliği içerisinde olarak lumpektomi, parsiyel mastektomi, basit mastektomi ya da modifiye radikal mastektomi uygulanabilir. Evre III'de daha çok basit mastektomi veya modifiye radikal mastektomi uygulanır. Evre IV'de ise metastazlar olmasından dolayı kemoterapi ve hormonal tedavi gibi sistemik tedaviler tercih edilir.

Meme Kanserinin Lokal Tedavisi

Lokal tedavinin amacı var olan tümörün ortadan kaldırılması ve eğer varsa metastaz olan bölgelerdeki hastalığın kontrol altına alınmasıdır. Çoğunlukla cerrahi tedavi ve radyoterapi kullanılır.

Cerrahi Tedavi

Meme kanserinde cerrahi tedavi meme koruyucu cerrahi (MKC) ve mastektomi olmak üzere iki çeşittir.

Meme Koruyucu Cerrahi (MKC)

Meme koruyucu cerrahide tümör çevresindeki en az 1 santimlik sağlıklı meme dokusuyla çıkarılır. Memenin tümörlü olan kısmı alınır, tamamı alınmaz. Lumpektomi ve parsiyel mastektomi meme koruyucu cerrahinin yöntemlerindedir. Lumpektomide; normal olan meme dokusunun çevrelediği 3-4 cm'i aşmayan kanserli dokular çıkarılır. Parsiyel mastektomide ise; meme dokusunun dörtte biri ya da daha fazlası kanserli dokuyla birlikte çıkarılır. İki yöntemin sonrasında geride rezidü doku kalmış olabileceği göz önünde tutularak radyoterapi ile tedavi tamamlanmalıdır (80).

Mastektomi

Basit, radikal ve modifiye mastektomi olarak üç mastektomi yöntemi vardır. Basit mastektomide sadece meme dokusunun tamamı çıkarılır, altındaki kas tabakası ve aksiller lenf nodlarına dokunulmaz. Radikal mastektomide ise meme dokusunun

tamamı ile beraber pektoral kaslar ve aksiller lenf nodlarının tamamı çıkarılır. Modifiye radikal mastektomide meme dokusunun tamamı ile birlikte meme derisi ve aksiller lenf nodlarının bir kısmı ya da tamamı çıkarılır. Günümüzde en sık kullanılan mastektomi yöntemi modifiye radikal mastektomidir.

Radyoterapi

Cerrahi tedavi sonrası kalmış olabilecek ya da yeniden proliferere olabilecek hücreleri yok etmek veya ameliyat öncesi tümör boyutunu küçültmek amacıyla radyoterapi uygulanır. Cerrahi işlemler sonrası uygulanan radyoterapinin lokal nüksü azalttığı bilinmektedir. 5 cm'den büyük tümörlerde veya lenf nodu metastazı bulunan hastalarda genel sağkalımı artırdığı düşünülmektedir (80).

Meme Kanserinin Sistemik Tedavisi

Metastazları yok etmek amacıyla kullanılan tedavi şeklidir. Hormonal tedavi, kemoterapi ve immünoterapi olmak üzere üç yöntemi vardır.

Kemoterapi

Mikrometastazları yok etmek ve hastalığın tekrarlama riskini azaltmak için oral ya da intravenöz yolla ilaç verilen tedavi şeklidir. Kemoterapi uygulanan hastalarda meme kanseri nüks ve mortalitesinde %20-38 oranında azalma sağlandığı bildirilmektedir (81).

Hormonal Tedavi

Hormon reseptörü pozitif olan meme kanserinde hormon preparatları ile yapılan tedavi şeklidir. Bu tedavide amaç östrojen sentezi ya da östrojenin etkinliğini engellemektir. Günümüzde bu amaçla en sık kullanılan ilaç grubu antiöstrojenik ilaç olan tamoksifendir. Tamoksifen bir östrojen blokeridir ve östrojenin tümör hücreleri üzerindeki geliştirici etkisini engellemektir. Tamoksifenin 5 yıl süreyle kullanımında meme kanserinin tekrarlamasını %47, mortalitesini ise %20 azalttığı bildirilmiştir. Aynı zamanda post menopozal dönemde gelişen meme kanserinde hormonal tedavide aromataz inhibitörleri de son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (82).

İmmünoterapi

İmmünoterapi, kişinin kanser hücrelerine karşı bağışıklık sisteminin güçlendirildiği tedavi şeklidir. Bu yöntemde en sık kullanılan ilaçlar; trastuzumab, pertuzumab ve lapatinib gibi ajanlardır (83).

2.4.8. Meme Kanserinde Prognoz

Meme kanserinde prognozu etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenlerden biri yaştır ve genç hastalarda meme kanserinin daha agresif seyrettiği, aynı zamanda daha yüksek mortalite ve nüks oranına sahip oldukları bilinmektedir.

ER ve PR pozitifliği meme kanserinde iyi prognoz göstergesi iken HER-2 gen ekspresyonu varlığı kötü prognoz göstergesidir. Proliferasyonu gösteren Ki-67 proteininin artması ise hem kötü prognoz hemde nüks ile ilişkilidir (84).

Yapılan çalışmalarda erken evrede yakalanıp lokal ileri tedavi verilen ve sistemik tedavi almayan meme kanserli hastalarda 5 yıllık sağkalım %87'nin üzerindedir. 10 yıllık hastalıksız sağkalım %70-80 olarak, 10 yıl içerisinde meme kanserine bağlı mortalite ise %7-10 olarak bildirilmiştir (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma prospektif ve gözlemsel bir çalışmadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.05.2019 tarih ve 25 sayılı onayından sonra Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 1 Haziran 2019 – 1 Ocak 2020 tarihleri arasında başvuran 20 yaş ve üzeri, bilişsel bozukluğu olmayan, gönüllü kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen bireylere Helsinki Bildirgesi'ne göre hazırlanan "Hasta Bilgilendirme Formu" ve "Hasta Onam Formu" okutulmuş olup, imzalı onamları alınmıştır.

Çalışmada, polikliniğimize başvuran bireylerin sosyodemografik bilgileri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek) veri formuna kaydedilmiştir.

Çalışmada, meme kanseri farkındalığı, KKMM farkındalığı ve yapma durumları, KMM farkındalığı ve yaptırma durumları, mamografi farkındalığı ve yaptırma durumları sorgulanmış ve anket formuna kaydedilmiştir.

Ayrıca menopoz yaşı ve ilk adet yaşı bilgileri alınmış ve meme kanseri risk faktörleri olup olmadıkları konusundaki düşünceleri sorgulanmış veri formuna kaydedilmiştir.

İstatistiksel Analiz

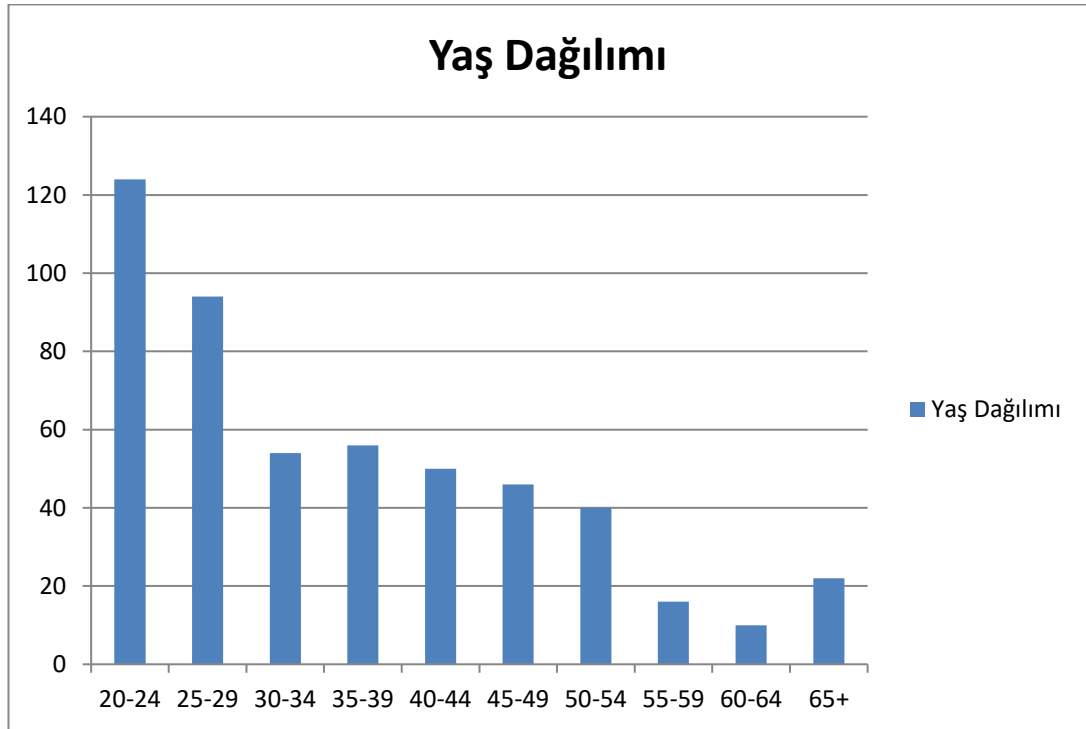
Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Nitel (kategorik) değişkenlere ait özet değerler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Nitel değişkenler arası ilişki ise Ki-Kare analizleri (Fisher Exact) ile incelenmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk,NY: IBM Corp.) programından yararlanılmıştır. Analiz sonucu $P<0.05$ olarak elde edilen durumlar anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya, Aile Hekimliği Polikliniğine 1 Haziran 2019 – 1 Ocak 2020 tarihleri arasında başvuran 20 yaş ve üstü 512 kadın dahil edilmiştir.

Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza dahil edilen bireylerin yaş durumları değerlendirildiğinde; 20-24 yaş arası 124 kişi (%24.2), 25-29 yaş arası 94 kişi (%18.4), 30-34 yaş arası 54 kişi (%10.5), 35-39 yaş arası 56 kişi (%10.9), 40-44 yaş arası 50 kişi (%9.8), 45-49 yaş arası 46 kişi (%9.0), 50-54 yaş arası 40 kişi (%7.8), 55-59 yaş arası 16 kişi (%3.1), 60-64 yaş arası 10 kişi (%2) ve 65 yaş ve üstü 22 kişi (%4.3) olarak bulunmuştur. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin yaş ortalaması 35.92 ± 13.49 olarak bulunmuştur (Bkz. Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Bireylerin Yaş Dağılımları

Bireylerin medeni durumları değerlendirildiğinde; 213 kişi (%41.6) bekar, 299 kişi (%58.4) evliydi. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin mesleklerine bakıldığında; devlet memuru 89 kişi (%17.4), özel sektörde çalışan 57 kişi (%11.1),

işçi 31 kişi (%6.1), emekli 24 kişi (%4.7) ve çalışmayan 311 kişi (%60.7) mevcuttu. Çalışmamıza dahil edilen bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında ise; okur-yazar olmayan 4 kişi (%0.8), okuma yazma bilip hiç okula gitmemiş 4 kişi (%0.8), ilkokul mezunu 72 kişi (%14.1), ortaokul mezunu 43 kişi (%8.4), lise mezunu 114 kişi (%22.3) ve üniversite mezunu 275 kişi (%53.7) kişi mevcuttu (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Yaş	20-24	124	24.2
	25-29	94	18.4
	30-34	54	10.5
	35-39	56	10.9
	40-44	50	9.8
	45-49	46	9.0
	50-54	40	7.8
	55-59	16	3.1
	60-64	10	2.0
	65+	22	4.3
Medeni Durum	Bekar	213	41.6
	Evli	299	58.4
Meslek	Devlet Memuru	89	17.4
	Özel Sektör	57	11.1
	İşçi	31	6.1
	Emekli	24	4.7
	Çalışmıyor	311	60.7
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	4	0.8
	Okur-Yazar	4	0.8
	İlkokul	72	14.1
	Ortaokul	43	8.4
	Lise	114	22.3
	Üniversite	275	53.7

Kanser taraması farkındalığı ve yakınlarında meme kanseri varlığı sorgulamasında; katılımcılardan 470 kişi (%91.8) kanserin tarama yapılarak yakalanabileceğini, 12 kişi (%2.3) yakalanmayacağını, 30 kişi (%5.9) ise bilmediğini söyledi. Herhangi bir kanser türü için taranmalı mısınız sorusuna; 247 kişi (%48.2) evet taranmalıyım, 118 kişi (%23.0) hayır taranmamalıyım ve 147 kişi (%28.7) ise bilmiyorum cevabını verdi. Yakınlarınızda kanser olan var mı sorusuna; 323 kişi (%63.1) evet, 181 kişi (%35.4) hayır, 8 kişi (%1.6) ise bilmiyorum cevabını verdi. Yakınlarında kanser olan kişilere yakınlık derecesini sorduğumuzda; 94 kişi (%18.4) birinci derece akrabalarında, 180 kişi (%35.2) ikinci derece akrabalarında, 49 kişi (%9.6) komşu ve arkadaşlarında olduğunu belirtti (Bkz. Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kanser Tarama Bilgi Düzeyleri ve Kanser Sorgulaması

		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Sizce kanser erken taranarak yakalanabilir mi?	Evet	470	91.8
	Hayır	12	2.3
	Bilmiyorum	30	5.9
Siz taranmalı mısınız?	Evet	247	48.2
	Hayır	118	23.0
	Bilmiyorum	147	28.7
Yakınlarınızda kanser olan var mı?	Evet	323	63.1
	Hayır	181	35.4
	Bilmiyorum	8	1.6
Yakınlarında kanser olanlarda yakınlık derecesi	Birinci derece akraba	94	18.4
	İkinci derece akraba	180	35.2
	Arkadaş ve komşu	49	9.6

Katılımcılara birinci derece akrabalarında meme kanseri olan var mı sorusu sorulduğunda; 86 kişi (%16.8) evet, 417 kişi (%81.4) hayır, 9 kişi (%1.8) bilmiyorum cevabını verdi. Ailelerinde meme kanserli birinin oluşu sizin meme kanserine yakalanma riskinizi artırır mı sorusu sorulduğunda; 403 kişi (%78.7) evet, 29 kişi (%5.7) hayır, 80 kişi (%15.6) bilmiyorum cevabını verdi (Bkz. Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Sorgulaması ve Meme Kanserinin Ailesel Yatkınlığı Hakkında Bilgi Düzeyleri

		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Birinci derece akrabalarınızda meme kanseri olan var mı ?	Evet	86	16.8
	Hayır	417	81.4
	Bilmiyorum	9	1.8
Ailenizde meme kanserli birinin olması sizin meme kanserine yakalanma riskinizi artırır mı?	Evet	403	78.7
	Hayır	29	5.7
	Bilmiyorum	80	15.6

Kendi kendine meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi sorusuna; 415 kişi (%81.1) evet, 47 kişi (9.2) hayır, 50 kişi (%9.8) ise bilmediğini söyledi. Katılımcılardan 368 kişi (%72.1) daha önce kendi kendine meme muayenesi yaptığını, 144 kişi (%27.9) ise yapmadığını belirtti. Daha önce meme muayenesi yapanlardan; 89 kişi (%24.2) ayda birden daha sık muayene yaptığını, 107 kişi (%29.1) ayda bir kez muayene yaptığını, 83 kişi (%22.6) üç ayda bir kez muayene yaptığını, 39 kişi (%10.6) yılda bir kez muayene yaptığını, 50 kişi (%13.6) ise 1 yıldan daha seyrek muayene yaptığını belirtti (Bkz.Tablo 4.4).

Katılımcılara doktorunuzun meme muayenesi yapmasıyla meme kanserine erken tanı konulabilir mi sorusu sorulduğunda; 476 kişi (%93.0) evet, 9 kişi (%1.8) hayır, 27 kişi (%5.3) ise bilmiyorum cevabını verdi. Katılımcılardan 194 kişi (%37.9) daha önce doktoruna meme muayenesi yaptırdığını, 318 kişi (%62.1) yaptırmadığını belirtti. Doktorunda meme muayenesi yaptırdığını söyleyenlerden; 23 kişi (%11.9) 1 yıldan daha sık muayene yaptırdığını, 49 kişi (%25.3) yılda bir kez yaptırdığını, 28 kişi (%14.4) iki yılda bir kez yaptırdığını, 94 kişi (%48.5) ise iki yıldan daha seyrek yaptırdığını söyledi (Bkz. Tablo 4.5).

Tablo 4.4. Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yapma Durumları

		Kişi sayısı	Yüzde (%)
KKMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	415	81.1
	Hayır	47	9.2
	Bilmiyorum	50	9.8
Daha önce KKMM yaptınız mı?	Evet	368	72.1
	Hayır	144	27.9
Yaptıysanız ne sıklıkla yaptınız?	Ayda 1'den daha sık	89	24.2
	Ayda 1 kez	107	29.1
	3 ayda 1 kez	83	22.6
	Yılda 1 kez	39	10.6
	Yılda 1'den daha seyrek	50	13.6

Tablo 4.5. Klinikte Meme Muayenesi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları

		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
KMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	476	93.0
	Hayır	9	1.8
	Bilmiyorum	27	5.3
Daha önce KMM yaptırdınız mı?	Evet	194	37.9
	Hayır	318	62.1
Yaptırdıysanız ne sıklıkta yaptırdınız?	1 yıldan daha sık	23	11.9
	Yılda 1 kez	49	25.3
	2 yılda 1 kez	28	14.4
	2 yıldan daha seyrek	94	48.5

Katılımcılardan 480 kişi (%93.8) daha önce mamografiyi duyduğunu, 32 kişi (%6.3) duymadığını belirtti. 457 kişi (%89.3) mamografi ile meme kanseri erken yakalanabilir, 4 kişi (%0.8) yakalanamaz, 51 kişi (%10.0) ise bilmiyorum cevabını verdi. Mamografide tespit edilen herhangi bir problem meme kanseri erken tanısında

önemli midir sorusuna; 441 kişi (%86.1) evet, 3 kişi (%0.6) hayır, 68 kişi (%13.3) ise bilmiyorum yanıtını verdi. Katılımcılardan 138 kişi (%27) daha önce mamografi yaptırdığını, 374 kişi (%73) ise yaptırmadığını ifade etti. Mamografi yaptıranlardan 32 kişi (%23) yılda bir kez yaptırdığını, 35 kişi (%25.2) iki yılda bir kez yaptırdığını, 72 kişi (%51.8) ise iki yıldan daha seyrek yaptırdığını belirtti (Bkz. Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları

		Kişi Sayısı	Yüzde (%)
Mamografiyi duydunuz mu?	Evet	480	93.8
	Hayır	32	6.3
Mamografi meme kanseri erken tanısında sizce önemli midir?	Evet	457	89.3
	Hayır	4	0.8
	Bilmiyorum	51	10.0
Mamografide tespit edilen herhangi bir problem meme kanseri erken tanısında yardımcı olabilir mi?	Evet	441	86.1
	Hayır	3	0.6
	Bilmiyorum	68	13.3
Daha önce mamografi yaptırınız mı?	Evet	138	27.0
	Hayır	374	73.0
40 yaş üstünde mamografi yaptırınız mı?	Evet	119	23.2
	Hayır	54	10.5
Yaptırdıysanız ne sıklıkla yaptırınız?	Yılda 1 kez	32	23.0
	2 yılda 1 kez	35	25.2
	2 yıldan daha seyrek	72	51.8

Katılımcıların ilk adet yaşları sorgulandığında; 45 kişi (%8.8) 11 yaş ve öncesi, 453 kişi (%88.5) 12-16 yaş arası, 14 kişi (%2.7) 17 yaş ve sonrası cevabını verdi. 117 kişi (%22.9) ilk adet yaşının meme kanseri üzerinde risk faktörü olduğunu, 134 kişi (%26.2) risk faktörü olmadığını, 261 kişi (%51) ise bilmediğini belirtti (Bkz. Tablo 4.7).

Tablo 4.7. İlk Adet Yaşı Sorgulaması ve Meme Kanseri Riski Bilgi Düzeyi

		Kişi sayısı	Yüzde (%)
İlk adet olduğunuz yaş kaçtı?	11 yaş ve öncesi	45	8.8
	12-16 yaş arası	453	88.5
	17 yaş ve sonrası	14	2.7
İlk adet olduğunuz yaş meme kanseri üzerinde risk faktörü olabilir mi?	Evet	117	22.9
	Hayır	134	26.2
	Bilmiyorum	261	51.0

Katılımcılardan 104 kişi (%20.3) menopoza girmiş ve 33 kişi (%31.7) 44 yaş ve öncesinde, 70 kişi (%67.3) 45-54 yaş arası, 1 kişi (%1.0) 55 yaş ve sonrasında menopoza girdiğini belirtti. Menopoza girme yaşının meme kanseri üzerinde risk faktörü olup olmadığını sorguladığımızda; 241 kişi (%47.1) evet, 49 kişi (%9.6) hayır, 222 kişi (%43.4) bilmiyorum cevabını verdi (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Menopoz Yaşı Sorgulaması ve Meme Kanseri Riski Bilgi Düzeyi

		Kişi sayısı	Yüzde (%)
Menopoza girdiniz mi?	Evet	104	20.3
	Hayır	408	79.7
Menopoza kaç yaşında girdiniz?	44 yaş ve öncesi	33	31.7
	45-54 yaş arası	70	67.3
	55 yaş ve sonrası	1	1.0
Menopoz yaşı meme kanserinde risk faktörü olabilir mi?	Evet	241	47.1
	Hayır	49	9.6
	Bilmiyorum	222	43.4

Emzirme meme kanseri riskini azaltır mı sorusuna; 339 kişi (%66.2) evet, 41 kişi (%8.0) hayır, 132 kişi (%25.8) bilmiyorum şeklinde yanıt verdi (Bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Emzirme ve Meme Kanseri Riski İlişkisi Sorgulaması

		Kişi sayısı	Yüzde(%)
Sizce emzirme meme kanseri riskini azaltır mı?	Evet	339	66.2
	Hayır	41	8.0
	Bilmiyorum	132	25.8

Eđitim seviyesi ile kanserin erken taranarak yakalanabileceđi dűşüncesi arasında istatistiksel olarak anlamlı iliřki saptanmıřtır. Eđitim seviyesi arttıkça, genel olarak kanserin erken tarama ile yakalanabileceđi dűşüncesi oranında artıř görűlmektedir ($P<0.001$) (Bkz. Tablo 4.10).

‘Siz herhangi bir kanser türű için taranacak kişilerden misiniz?’ sorusuna evet diyenlerin oranları incelendiğinde en yüksek oran ilkokul ve altında eğitimi olanlara aittir, en düşük oran ise üniversite mezunlarına aittir ve bu iki grup arasında evet deme oranları ağısından anlamlı fark vardır. Eđitim seviyesi arttıkça kendisine kanser taraması yapılması gerektiğini dűşünenlerin sayısı azalmaktadır ($P=0.005$)(Bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Eđitim Seviyesi ile Kansere Taraması Bilgi Dűzeyleri Arasındaki İliřki

		Eğitim Seviyesi				
		İlkokul ve altı düzey	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Sizce kanserler erken taranarak yakalanabilir mi?	Evet	62 %77.5	38 %88.4	106 %93.0	264 %96.0	P<0.001
	Hayır	5 %6.3	2 %4.7	1 %0.9	4 %1.5	
	Bilmiyorum	13 %16.3	3 %7.0	7 %6.1	7 %2.5	
Siz herhangi bir kanser için taranmalı mısınız?	Evet	51 %63.7	20 %46.5	52 %45.6	124 %45.1	P=0.005
	Hayır	11 %13.8	8 %18.6	20 %17.5	79 %28.7	
	Bilmiyorum	18 %22.5	15 %34.9	42 %36.8	72 %26.2	

Eđitim seviyesi ile kendi kendine meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini dűşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. KKMM ile erken tanı konulabileceğini dűşünenlerin oranı ilkokul ve altı düzeyde en düşük olmakla beraber aynı zamanda bilmeyenlerin oranı da eğitim seviyesi azaldıkça artmaktadır ve ilkokul ve altı düzeyde en yüksek oran görűlmektedir ($P=0.033$) (Bkz. Tablo 4.11).

Eğitim seviyesi ile klinikte meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünöenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.109) (Bkz. Tablo 4.11).

Eğitim seviyesi ile mamografi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünöenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.332) (Bkz. Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Eğitim Seviyesi ile Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Eğitim Seviyesi				
		İlköğretim ve altı düzey	Ortaokul	Lise	Üniversite	
KKMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	57 %71.3	33 %76.7	98 %86.0	227 %82.5	P=0.033
	Hayır	8 %10.0	3 %7.0	8 %7.0	28 %10.2	
	Bilmiyorum	15 %18.8	7 %16.3	8 %7.0	20 %7.3	
KMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	76 %95.0	36 %83.7	107 %93.9	257 %93.5	P=0.109
	Hayır	0 %0.0	1 %2.3	1 %0.9	7 %2.5	
	Bilmiyorum	4 %5.0	6 %14.0	6 %5.3	11 %4.0	
Mamografi ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	68 %85.0	40 %93.0	105 %92.1	244 %88.7	P=0.332
	Hayır	0 %0.0	0 %0.0	2 %1.8	2 %0.7	
	Bilmiyorum	12 %15.0	3 %7.0	7 %6.1	29 %10.5	

Eğitim seviyesi ile daha önce kendi kendine meme muayenesi yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.209) (Bkz. Tablo 4.12).

Daha önce klinikte meme muayenesi yaptıranlar ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ve eğitim seviyesi arttıkça KMM yaptırma oranı azalmaktadır ($P<0.001$) (Bkz. Tablo 4.12).

Eğitim seviyesi ile daha önce mamografi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça mamografi yaptıranların oranı azalmaktadır ($P<0.001$) (Bkz. Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Eğitim Seviyesi ile Tarama Yöntemleri Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

		Eğitim Seviyesi				
		İlkokul ve altı düzey	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Daha önce KKMM yaptınız mı?	Evet	53 (%14.4)	35 (%9.5)	87 (%23.6)	194 (%52.6)	P=0.209
	Hayır	27 (%18.9)	8 (%5.6)	27 (%18.9)	81 (%56.6)	
Daha önce KMM yaptırınız mı?	Evet	54 %27.8	27 %13.9	48 %24.7	65 %33.5	P<0.001
	Hayır	26 %8.2	16 %5.0	66 %20.8	210 %66.0	
Daha önce mamografi yaptırınız mı?	Evet	49 %35.5	21 %15.2	38 %27.5	30 %21.7	P<0.001
	Hayır	31 %8.3	22 %5.9	76 %20.3	245 %65.5	

Eğitim seviyesi ile ilk adet yaşının meme kanseri üzerinde risk faktörü olabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça risk faktörü olabileceğini düşünenlerin oranı artmıştır. Aynı zamanda eğitim seviyesi arttıkça ilk adet yaşının meme kanseri üzerinde risk faktörü olabileceği konusunda bilgi sahibi olmayanların oranında azalma saptanmıştır ($P=0.002$) (Bkz. Tablo 4.13).

Eğitim seviyesi ile menopoz yaşının meme kanseri üzerinde risk faktörü olabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($P=0.067$) (Bkz. Tablo 4.13).

Eğitim seviyesi ile emzirmenin meme kanseri riskini azaltabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.166) (Bkz. Tablo 4.13)

Eğitim seviyesi arttıkça ailede meme kanseri varlığı durumunda kendilerinde meme kanseri riskinin arttığını düşünenlerin oranında anlamlı oranda artış saptanmıştır (P=0.005) (Bkz. Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Eğitim Seviyesi ile Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Eğitim Seviyesi				
		İlkokul ve altı düzey	Ortaokul	Lise	Üniversite	
İlk adet yaşı meme kanseri üzerinde risk faktörü olabilir mi?	Evet	12 %15.0	4 %9.3	19 %16.7	82 %29.8	P=0.002
	Hayır	19 %23.8	15 %34.9	28 %24.6	72 %26.2	
	Bilmiyorum	49 %61.3	24 %55.8	67 %58.8	121 %44.0	
Menopoz yaşı meme kanseri üzerinde risk faktörü olabilir mi?	Evet	35 %43.8	16 %37.2	43 %37.7	147 %53.5	P=0.067
	Hayır	6 %7.5	4 %9.3	14 %12.3	25 %9.1	
	Bilmiyorum	39 %48.8	23 %53.5	57 %50.0	103 %37.5	
Sizce emzirme riski azaltır mı?	Evet	54 %67.5	30 %69.8	67 %58.8	188 %68.4	P=0.166
	Hayır	4 %5.0	4 %9.3	16 %14.0	17 %6.2	
	Bilmiyorum	22 %27.5	9 %20.9	31 %27.2	70 %25.5	
Ailede meme kanserli birinin olması sizin riskinizi artırır mı?	Evet	56 %70.0	28 %65.1	87 %76.3	232 %84.4	P=0.005
	Hayır	9 %11.3	2 %4.7	6 %5.3	12 %4.4	
	Bilmiyorum	15 %18.8	13 %30.2	21 %18.4	31 %11.3	

Meslek ile kanserin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.830) (Bkz.Tablo 4.14).

Herhangi bir kanser türü için taranmaları gerekmediğini düşünenler arasında en yüksek oran çalışmayan gruba aitken en düşük oran emekli grubuna aittir ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (P=0.011) (Bkz. Tablo 4.14)

Tablo 4.14. Meslek ile Kansere Erken Tarama Hakkında Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Meslek					
		Devlet memuru	Özel sektör	İşçi	Emekli	Çalışmıyor	
Sizce kanserler erken tarama ile yakalanır mı?	Evet	85 %95.5	52 %91.2	29 %93.5	23 %95.8	281 %90.4	P=0.830
	Hayır	1 %1.1	2 %3.5	0 %0.0	0 %0.0	9 %2.9	
	Bilmiyorum	3 %3.4	3 %5.3	2 %6.5	1 %4.2	21 %6.8	
Siz herhangi bir kanser türü için taranmalı mısınız?	Evet	49 %55.1	34 %59.6	15 %48.4	14 %58.3	135 %43.4	P=0.011
	Hayır	23 %25.8	5 %8.8	4 %12.9	2 %8.3	84 %27.0	
	Bilmiyorum	17 %19.1	18 %31.6	12 %38.7	8 %33.3	92 %29.6	

Meslek ve KKMM ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.117) (Bkz. Tablo 4.15)

‘Klinikte meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?’ sorusuna evet diyenlerin oranı ile hayır diyenlerin oranı arasında anlamlı fark olmasına karşın meslek ve KMM ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.330)(Bkz. Tablo 4.15).

Mamografinin meme kanseri erken tanısında önemli olduğunu düşünenler ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.099) (Bkz. Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Meslek ile Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Meslek					
		Devlet memuru	Özel sektör	İşçi	Emekli	Çalışmıyor	
KKMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	72 %80.9	45 %78.9	24 %77.4	21 %87.5	253 %81.4	P=0.117
	Hayır	14 %15.7	7 %12.3	2 %6.5	1 %4.2	23 %7.4	
	Bilmiyorum	3 %3.4	5 %8.8	5 %16.1	2 %8.3	35 %11.3	
KMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	84 %94.4	51 %89.5	29 %93.5	20 %83.3	292 %93.9	P=0.330
	Hayır	3 %3.4	1 %1.8	0 %0.0	1 %4.2	4 %1.3	
	Bilmiyorum	2 %2.2	5 %8.8	2 %6.5	3 %12.5	15 %4.8	
Mamografi ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	85 %95.5	52 %91.2	30 %96.8	22 %91.7	268 %86.2	P=0.099
	Hayır	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0	1 %4.2	3 %1.0	
	Bilmiyorum	4 %4.5	5 %8.8	1 %3.2	1 %4.2	40 %12.9	

Meslek ile daha önce kendi KKMM yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.258)(Bkz.Tablo 4.16).

Daha önce KMM yaptıranlar ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. KMM yaptıranlar arasında en yüksek oran çalışmıyor grubuna aitken en düşük oran işçi grubuna aittir (P=0.012) (Bkz.Tablo 4.16).

Meslek ile daha önce mamografi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Mamografi yaptıranlar içerisinde en yüksek oran çalışmıyor grubuna, en düşük oran ise işçi grubuna aittir. Aynı zamanda mamografi

yaptırmayanlar arasında da en yüksek oran yine çalışmıyor grubuna aittir, en düşük oran ise emekli grubuna aittir ($P<0.001$) (Bkz.Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Meslek ile Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

		Meslek					
		Devlet memuru	Özel sektör	İşçi	Emekli	Çalışmıyor	
Daha önce KKMM yaptırdınız mı?	Evet	71 %19.2	39 %10.6	25 %6.8	18 %4.9	216 %58.5	P=0.258
	Hayır	18 %12.6	18 %12.6	6 %4.2	6 %4.2	95 %66.4	
Daha önce KMM yaptırdınız mı?	Evet	31 %16.0	21 %10.8	14 %7.2	17 %8.8	111 %57.2	P=0.012
	Hayır	58 %18.2	36 %11.3	17 %5.3	7 %2.2	200 %62.9	
Daha önce mamografi yaptırdınız mı?	Evet	17 %12.3	14 %10.1	9 %6.5	21 %15.2	77 %55.8	P<0.001
	Hayır	72 %19.3	43 %11.5	22 %5.9	3 %0.8	234 %62.6	

Meslek ile ilk adet yaşının risk faktörü olduğunun düşünenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. İlk adet yaşının risk faktörü olduğunu düşünenler arasında en yüksek oran devlet memuru grubuna aitken en düşük oran emekli grubuna ait bulunmuştur, bu iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ($P<0.001$)(Bkz. Tablo 4.17).

Meslek ile menopoz yaşının meme kanseri risk faktörü olduğunu düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($P=0.207$) (Bkz. Tablo 4.17).

Meslek ile emzirmenin meme kanseri riskini azalttığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($P=0.295$)(Bkz. Tablo 4.17).

Meslek ile ailede meme kanserli birinin olmasının meme kanseri riskini artırdığını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ($P=0.966$) (Bkz. Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Meslek ile Meme Kanseri Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Meslek					
		Devlet memuru	Özel sektör	İşçi	Emekli	Çalışmıyor	
İlk adet yaşı meme kanseri risk faktörü olabilir mi?	Evet	36 %40.4	16 %28.1	6 %19.4	2 %8.3	57 %18.3	P<0.001
	Hayır	19 %21.3	11 %19.3	6 %19.4	4 %16.7	94 %30.2	
	Bilmiyorum	34 %38.2	30 %52.6	19 %61.3	18 %75.0	160 %51.4	
Menopoz yaşı meme kanseri risk faktörü olabilir mi?	Evet	52 %58.4	24 %42.1	12 %38.7	14 %58.3	139 %44.7	P=0.207
	Hayır	7 %7.9	6 %10.5	2 %6.5	0 %0.0	34 %10.9	
	Bilmiyorum	30 %33.7	27 %47.4	17 %54.8	10 %41.7	138 %44.4	
Sizce emzirme riski azaltır mı?	Evet	67 %75.3	34 %59.6	19 %61.3	16 %66.7	203 %65.3	P=0.295
	Hayır	3 %3.4	3 %5.3	3 %9.7	1 %4.2	31 %10.0	
	Bilmiyorum	19 %21.3	20 %35.1	9 %29.0	7 %29.2	77 %24.8	
Ailede meme kanserli birinin olması sizin riskinizi artırır mı?	Evet	75 %84.3	45 %78.9	23 %74.2	19 %79.2	241 %77.5	P=0.966
	Hayır	4 %4.5	3 %5.3	2 %6.5	1 %4.2	19 %6.1	
	Bilmiyorum	10 %11.2	9 %15.8	6 %19.4	4 %16.7	51 %16.4	

Yaş grupları ile kanserlerin erkenden taranarak yakalanabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kanserin tarama ile yakalanabileceğini düşünenler arasında en yüksek oran 25-29 yaş grubuna ait iken, en düşük oran 60-64 yaş grubuna aittir. Yaş ilerledikçe tarama ile kanserin yakalanabileceğini düşünenlerin oranı azalmaktadır (P=0.003) (Bkz.Tablo 4.18).

‘Siz kanser için taranacak kişilerden misiniz?’ sorusuna evet diyenlerin oranları incelendiğinde en yüksek oran 55-59 yaş grubuna ait iken en düşük oran 30-34 yaş grubuna aittir ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yaş ilerledikçe kanser için taranması gerektiğini düşünenlerin oranında artış görülmektedir (P<0.001) (Bkz. Tablo 4.18)

Tablo 4.18. Yaş Grupları ile Kanser Tarama Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Sizce kanserler erken taranarak yakalanabilir mi?			Siz herhangi bir kanser türü için taranmalı mısınız?		
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Yaş Grupları	20-24	118 %95.2	2 %1.6	4 %3.2	47 %37.9	46 %37.1	31 %25.0
	25-29	92 %97.9	1 %1.1	1 %1.1	41 %43.6	23 %24.5	30 %31.9
	30-34	46 %85.2	3 %5.6	5 %9.3	19 %35.2	10 %18.5	25 %46.3
	35-39	52 %92.9	1 %1.8	3 %5.4	23 %41.1	14 %25.0	19 %33.9
	40-44	43 %86.0	0 %0.0	7 %14.0	24 %48.0	9 %18.0	17 %34.0
	45-49	42 %91.3	1 %2.2	3 %6.5	35 %76.1	4 %8.7	7 %15.2
	50-54	36 %90.0	0 %0.0	4 %10.0	21 %52.5	5 %12.5	14 %35.0
	55-59	15 %93.8	0 %0.0	1 %6.3	13 %81.3	0 %0.0	3 %18.8
	60-64	8 %80.0	2 %20.0	0 %0.0	7 %70.0	3 %30.0	0 %0.0
	65+	18 %81.8	2 %9.1	2 %9.1	17 %77.3	4 %18.2	1 %4.5
P=0.003				P<0.001			

Kendi kendine meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünenler ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.320) (Bkz. Tablo 4.19).

Yaş grupları ile kendi kendine meme muayenesi yapanların oranları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.170) (Bkz. Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Yaş Grupları ile KKMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

		KKMM meme kanserine erken tanı konulabilir mi?			Daha önce KKMM yaptırınız mı?	
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır
Yaş Grupları	20-24	105 %84.7	8 %83.0	11 %8.9	86 %23.3	38 %26.6
	25-29	78 %83.0	9 %9.6	7 %7.4	59 %16.0	35 %24.5
	30-34	40 %74.1	9 %16.7	5 %9.3	38 %10.3	16 %11.2
	35-39	44 %78.6	7 %12.5	5 %8.9	41 %11.1	15 %10.5
	40-44	34 %68.0	9 %18.0	7 %14.0	39 %10.6	11 %7.7
	45-49	40 %87.0	1 %2.2	5 %10.9	40 %10.8	6 %4.2
	50-54	33 %82.5	1 %2.5	6 %15.0	32 %8.7	8 %5.6
	55-59	13 %81.3	1 %6.3	2 %12.5	10 %2.7	6 %4.2
	60-64	9 %90.0	1 %10.0	0 %0.0	8 %2.2	2 %1.4
	65+	19 %86.4	1 %4.5	2 %9.1	16 %4.3	6 %4.2
P=0.320				P=0.170		

Yaş grupları ile klinikte meme muayenesi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (P=0.231) (Bkz. Tablo 4.20).

Daha önce klinikte meme muayenesi yaptıranlar ile yaş grupları değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce klinikte meme muayenesi yaptırınız mı sorusuna hayır diyenlerin oranları incelendiğinde en yüksek oran 20-24 yaş grubuna aitken en düşük oran 55-59 yaş grubuna aittir ve bu iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Genç yaşlarda KMM yaptırma oranı daha düşük olarak saptanmıştır (P<0.001) (Bkz. Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Yaş Grupları ile KMM Hakkında Bilgi Düzeyi ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

		KMM meme kanserine erken tanı konulabilir mi?			Daha önce KMM yaptırdınız mı?	
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır
Yaş Grupları	20-24	118 %95.2	1 %0.8	5 %4.0	15 %7.7	109 %34.3
	25-29	88 %93.6	0 %0.0	6 %6.4	15 %7.7	79 %24.8
	30-34	49 %90.7	1 %1.9	4 %7.4	15 %7.7	39 %12.3
	35-39	49 %87.5	4 %7.1	3 %5.4	27 %13.9	29 %9.1
	40-44	46 %92.0	3 %6.0	1 %2.0	23 %11.9	27 %8.5
	45-49	43 %93.5	0 %0.0	3 %6.5	29 %14.9	17 %5.3
	50-54	38 %95.0	0 %0.0	2 %5.0	35 %18.0	5 %1.6
	55-59	15 %93.8	0 %0.0	1 %6.3	13 %6.7	3 %0.9
	60-64	9 %90.0	0 %0.0	1 %10.0	6 %3.1	4 %1.3
	65+	21 %95.5	0 %0.0	1 %4.5	16 %8.2	6 %1.9
P=0.231				P<0.001		

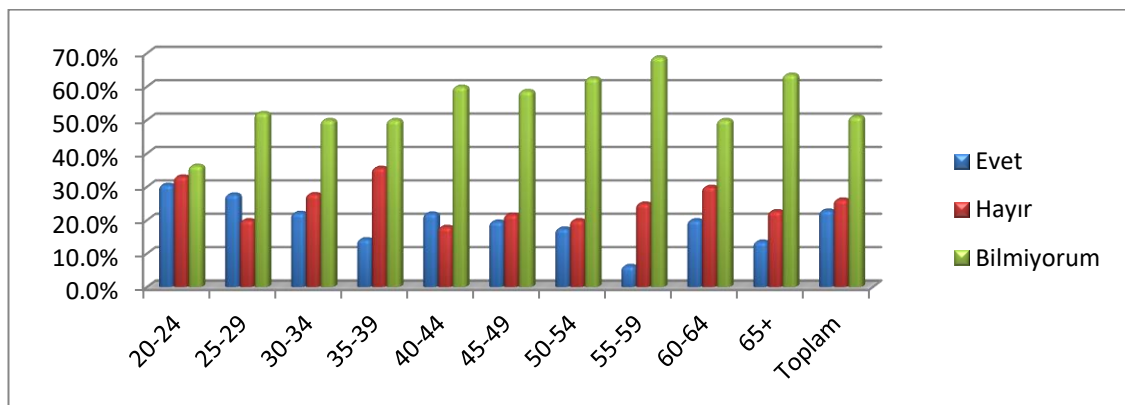
Mamografinin meme kanseri erken tanısında önemli olduğunu düşünenler ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.469) (Bkz. Tablo 4.21).

Yaş grupları ile daha önce mamografi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce mamografi yaptıranların oranı 40 yaş ve üzerinde 40 yaş altına göre daha yüksek bulunmuştur ve en yüksek oran 50-54 yaş grubuna aittir. Yaptırmayanların oranları incelendiğinde ise en yüksek oran 20-24 yaş grubuna aitken en düşük oran 55-59 yaş grubuna aittir ve bu gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (P<0.001) (Bkz. Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Yaş Grupları ile Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

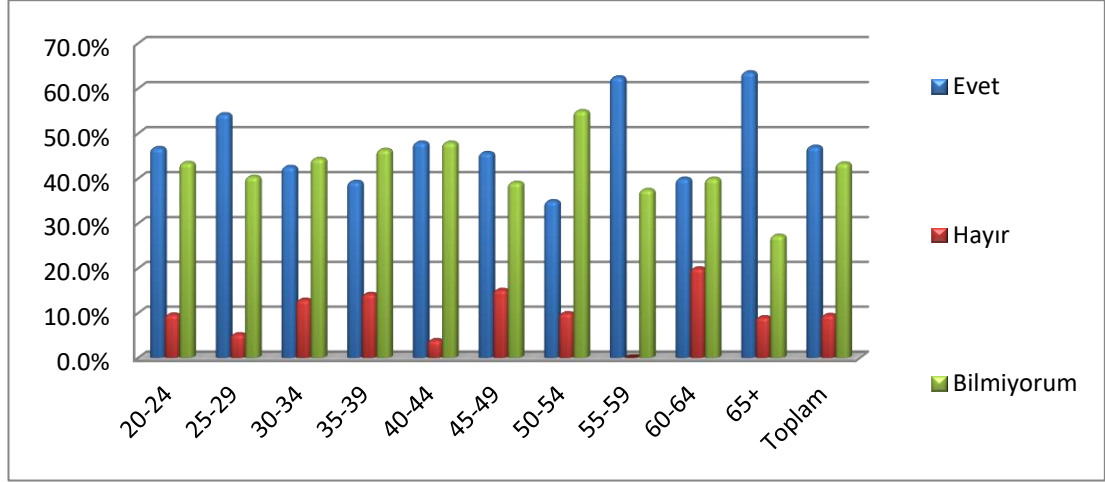
		Mamografi ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?			Daha önce mamografi yaptırдыңız mı?	
		Evete	Hayır	Bilmiyorum	Evete	Hayır
Yaş Grupları	20-24	107 %86.3	2 %1.6	15 %12.1	1 %0.7	123 %32.9
	25-29	82 %87.2	0 %0.0	12 %12.8	3 %2.2	91 %24.3
	30-34	45 %83.3	1 %1.9	8 %14.8	5 %3.6	49 %13.1
	35-39	49 %87.5	0 %0.0	7 %12.5	6 %4.3	50 %13.4
	40-44	47 %94.0	0 %0.0	3 %6.0	16 %11.6	34 %9.1
	45-49	43 %93.5	0 %0.0	3 %6.5	27 %19.6	19 %5.1
	50-54	39 %97.5	0 %0.0	1 %2.5	36 %26.1	4 %1.1
	55-59	15 %93.8	0 %0.0	1 %6.3	15 %10.9	1 %0.3
	60-64	10 %100.0	0 %0.0	0 %0.0	9 %6.5	1 %.3
	65+	20 %90.9	1 %4.5	1 %4.5	20 %14.5	2 %0.5
P=0.469				P<0.001		

Yaş grupları ile ilk adet yaşının risk faktörü olduğunu düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (P=0.082) (Bkz. Şekil 4.2).



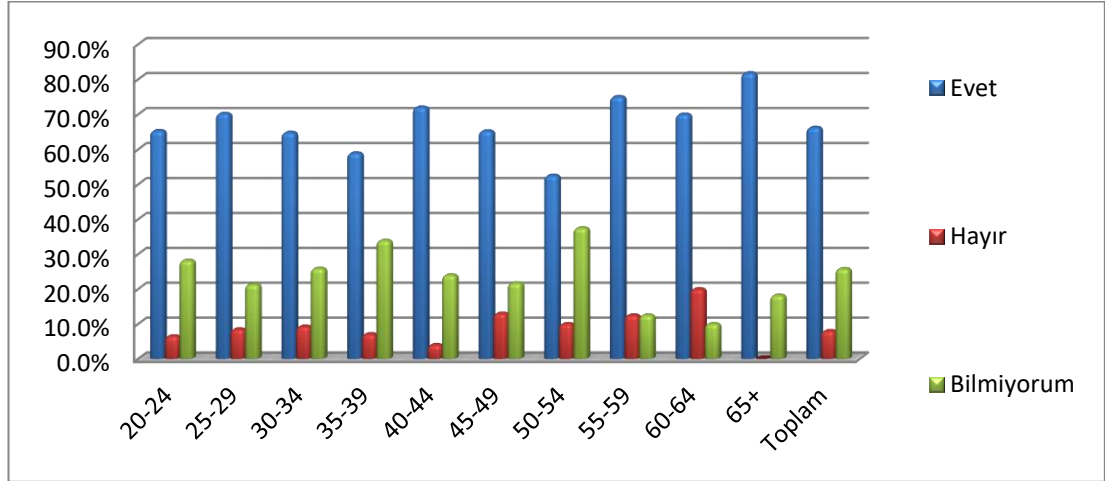
Şekil 4.2. Yaş ile İlk Adet Yaşının Riski Artırdığını Düşünenler Arasındaki İlişki

Yaş grupları ile menopoz yaşının meme kanseri risk faktörü olduğunu düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($P=0.424$) (Bkz. Şekil 4.3).



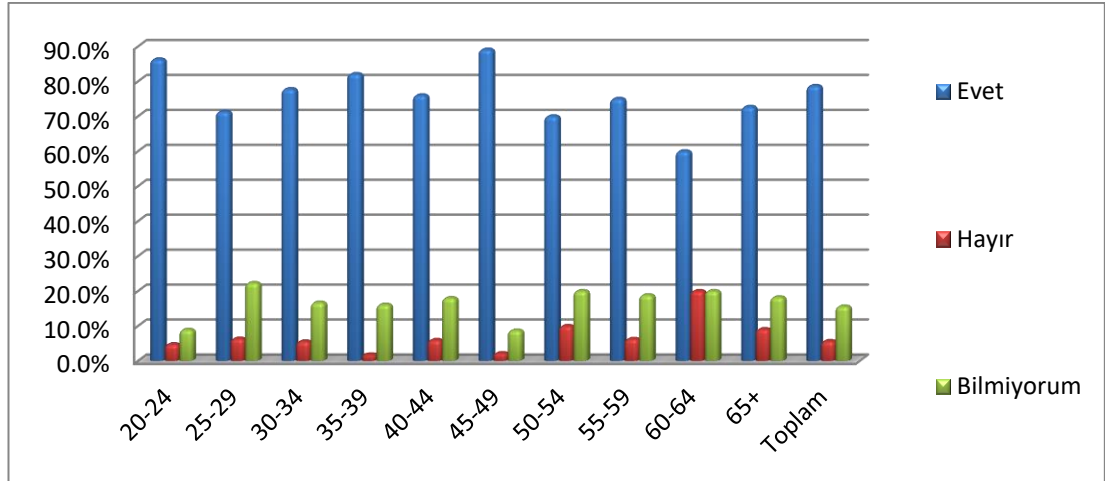
Şekil 4.3. Yaş ile Menopoz Yaşının Riski Artırdığını Düşünenler Arasındaki İlişki

Yaş grupları ile emzirmenin meme kanseri riskini azaltacağını düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($P=0.468$) (Bkz. Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Yaş ile Emzirmenin Riski Azaltacağını Düşünenler Arasındaki İlişki

Yaş grupları ile ailede meme kanserli birinin olması durumunda meme kanseri riskinin artabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($P=0.321$) (Bkz. Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Yaş ile Aile Öyküsünün Risk Artırdığını Düşünenler Arasındaki İlişki

40 yaş ve üstü kadınlarda kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenler ile mamografi yaptıranlar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P=0.099$) (Bkz. Tablo 4.22).

Tablo 4.22. 40 Yaş Üstü Kadınlarda Kanserlerin Erken Taranarak Yakalanabileceğini Düşünenler ile Mamografi Yaptıranlar Arasındaki İlişki

		Daha önce mamografi yaptırdınız mı? (40 yaş ve üzeri)		
		Evet	Hayır	
Sizce kanserler erken taranarak yakalanabilir mi?	Evet	106 %89.1	46 %85.2	P=0.099
	Hayır	5 %4.2	0 %0.0	
	Bilmiyorum	8 %6.7	8 %14.8	

40 yaş ve üstü kadınlarda mamografi duyanlar ile mamografi yaptıranların oranları kıyaslandığında aralarında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($P=0.096$) (Bkz. Tablo 4.23).

40 yaş ve üstü kadınlarda mamografi yaptıranlar ile mamografide tespit edilen herhangi bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Mamografi

yaptırınların %95.8'i mamografide saptanan herhangi bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünmektedir (P=0.028) (Bkz. Tablo 4.23).

Tablo 4.23. 40 Yaş ve Üstü Kadınlarda Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları

		Daha önce mamografi yaptırdınız mı?(40 yaş ve üzeri)		
		Evet	Hayır	
Mamografiyi duydunuz mu?	Evet	119 %100.0	52 %96.3	P=0.096
	Hayır	0 %0.0	2 %3.7	
Mamografide tespit edilen problem meme kanseri erken tanısında yardımcı olabilir mi?	Evet	114 %95.8	47 %87.0	P=0.028
	Hayır	1 %0.8	0 %0.0	
	Bilmiyorum	4 %3.4	7 %13.0	

Birinci derece yakınlarında meme kanseri olanlar ile daha önce kendi kendine meme muayenesi yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (P=0.545) (Bkz. Tablo 4.24).

Birinci derece akrabalarında meme kanseri olanlar ile daha önce klinikte meme muayenesi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Birinci derece yakınında meme kanseri öyküsü olanların olmayanlara göre KMM yaptırma oranları kıyaslandığında yakınlarında meme kanseri olanların KMM yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur (P<0.001)(Bkz. Tablo 4.24)

Birinci derece akrabalarında meme kanseri olanlar ile daha önce mamografi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Birinci derece akrabalarında meme kanseri olanların mamografi yaptırma oranları ile olmayanların yaptırma oranları kıyaslandığında yakınlarında meme kanseri olanların mamografi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur (P<0.001) (Bkz. Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Birinci Derece Akrabalarında Meme Kanseri Olanların Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları

		Birinci derece akrabalarınızda meme kanseri olan var mı?			
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	
Daha önce KKMM yaptınız mı?	Evet	66 %76.7	297 %71.2	6 %66.7	P=0.545
	Hayır	20 %23.3	120 %28.8	3 %33.3	
Daha önce KMM yaptırdınız mı?	Evet	55 %64.0	133 %31.9	6 %66.7	P<0.001
	Hayır	31 %36.0	284 %68.1	3 %33.3	
Daha önce mamografi yaptırdınız mı?	Evet	37 %26.8	95 %68.8	6 %4.3	P<0.001
	Hayır	49 %13.1	322 %86.1	3 %0.8	

Daha önce KKMM yapanlar ile mamografide tespit edilen herhangi bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce KKMM yapanlar ile mamografide tespit edilen herhangi bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olduğunu düşünenlerin oranı bilmiyorum diyenlerin oranları kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur ($P<0.001$) (Bkz. Tablo 4.25).

Daha önce KMM yaptıranlar ile mamografide tespit edilen herhangi bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. KMM yapanlar ile mamografide tespit edilen bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenlerin oranı %40.8 olarak bulunmuştur ve yararlı olmayacağını düşünenler ve bilmiyorum cevabını verenler ile kıyaslandığında en yüksek orana sahiptir ($P=0.001$) (Bkz. Tablo 4.25).

Daha önce mamografi yaptıranlar ile mamografide tespit edilen herhangi bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Daha önce mamografi yaptırmayanlar arasında en yüksek oran mamografide tespit edilen problemin erken tanıda yardımcı

olup olmayacağı konusunda bilgisi olmayanlara ait olarak bulunmuştur ($P<0.001$) (Bkz. Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Mamografide Tespit Edilen Herhangi Bir Problemin Meme Kanseri Erken Tanısında Yararlı Olacağını Düşünenlerin Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları

		Mamografide tespit edilen herhangi bir problem meme kanseri erken tanısına yardımcı olabilir mi?			
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	
Daha önce KKMM yaptınız mı?	Evet	337 %76.4	2 %66.7	30 %44.1	P<0.001
	Hayır	104 %23.6	1 %33.3	38 %55.9	
Daha önce KMM yaptırdınız mı?	Evet	180 %40.8	0 %0.0	14 %20.6	P=0.001
	Hayır	261 %59.2	3 %100.0	54 %79.4	
Daha önce mamografi yaptırdınız mı?	Evet	132 %29.9	1 %33.3	5 %7.4	P<0.001
	Hayır	309 %70.1	2 %66.7	63 %92.6	

Daha önce mamografiyi duyup mamografide tespit edilen bir problemin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenlerin oranı bilmiyorum cevabını verenlere oranla daha yüksektir ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($P<0.001$) (Bkz. Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Mamografide Tespit Edilen Herhangi Bir Problemin Meme Kanseri Erken Tanısında Yararlı Olacağını Düşünenler ile Daha Önce Duyanlar Arasındaki İlişki

		Mamografide tespit edilen herhangi bir problem meme kanseri erken tanısına yardımcı olabilir mi?			
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	
Daha mamografiyi duyduunuz mu?	Evet	437 %99.1	3 %100.0	40 %58.8	P<0.001
	Hayır	4 %0.9	0 %0.0	28 %41.2	

Kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenler ile daha önce KKMM yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenlerin daha önce KKMM yapma oranları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (P=0.031) (Bkz. Tablo 4.27).

Kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenler ile daha önce klinikte meme muayenesi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (P=0.335) (Bkz. Tablo 4.27).

Kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenler ile 40 yaş ve üzeri kadınlarda mamografi yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (P=0.099) (Bkz. Tablo 4.27)

Daha önce mamografiyi duyanların mamografinin meme kanseri erken tanısında yararlı olduğunu düşünme oranı anlamlı oranda yüksek saptanmıştır (P<0.001) (Bkz. Tablo 4.28)

Daha önce mamografi yaptıran ve mamografinin meme kanseri erken tanısında yararlı olduğunu düşünenlerin oranı anlamlı oranda yüksek saptanmıştır (P<0.001) (Bkz. Tablo 4.28).

Tablo 4.27. Kanserlerin Erken Tarama ile Yakalanabileceğini Düşünenler ile Tarama Yöntemlerini Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

		Sizce kanserler erken tarama ile yakalanabilir mi?			
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	
Daha önce KKMM yaptınız mı?	Evet	346 %73.6	7 %58.3	16 %53.3	P=0.031
	Hayır	124 %26.4	5 %41.7	14 %46.7	
Daha önce KMM yaptırdınız mı?	Evet	176 %37.4	7 %58.3	11 %36.7	P=0.335
	Hayır	294 %62.6	5 %41.7	19 %63.3	
Daha önce mamografi yaptırdınız mı? (40 yaş ve üzeri)	Evet	106 %89.1	5 %4.2	8 %6.7	P=0.099
	Hayır	46 %85.2	0 %0.0	8 %14.8	

Tablo 4.28. Mamografinin Meme Kanseri Erken Tanısında Önemli Olduğunu Düşünenler ile Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Yaptırma Durumları Arasındaki İlişki

		Mamografi meme kanseri erken tanısında sizce önemli midir?			
		Evet	Hayır	Bilmiyorum	
Daha önce mamografiyi duydunuz mu?	Evet	454 %99.3	3 %75.0	23 %45.1	P<0.001
	Hayır	3 %0.7	1 %25.0	28 %54.9	
Daha önce mamografi yaptırdınız mı?	Evet	135 %29.5	1 %25.0	2 %3.9	P<0.001
	Hayır	322 %70.5	3 %75.0	49 %96.1	

KKMM'nin meme kanseri erken tanısında yararlı olabileceğini düşünenlerin daha önce KKMM yapma oranları daha yüksek saptanmıştır (P<0.001)(Bkz. Tablo 4.29).

Tablo 4.29. KKMM ile Meme Kanseri Erken Tanısı Konulabileceğini Düşünenlerin KKMM Yapma Durumları

		Daha önce KKMM yaptınız mı?		
		Evet	Hayır	
KKMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	327 %88.6	88 %61.5	P<0.001
	Hayır	23 %6.2	24 %16.8	
	Bilmiyorum	19 %5.1	31 %21.7	

KMM ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini düşünenler ile daha önce KMM yaptıranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (P=0.212)(Bkz. Tablo 4.30).

**Tablo 4.30. KMM ile Meme Kanserine Erken Tanı Konulabileceğini
Düşünenlerin KMM Yaptırma Durumları**

		Daha önce KMM yaptınız mı?		
		Evet	Hayır	
KMM ile meme kanserine erken tanı konulabilir mi?	Evet	184 %94.8	292 %91.8	P=0.212
	Hayır	4 %2.1	5 %1.6	
	Bilmiyorum	6 %3.1	21 %6.6	

5. TARTIŞMA

Meme kanseri tüm dünya ve Türkiye’de kadınlarda görülen en sık kanser tipidir ve aynı zamanda erken tanı ile iyi prognoza sahiptir. Erken tanı amacıyla taramalar yapılmaktadır. Taramalar kapsamında yaşlara göre sıklığı değişen aralıklarla KKMM, KMM ve mamografi yapılması önerilmektedir. Meme kanseri hastanın kendisi kadar yakınlarını da etkilemektedir. Meme kanseri için bilinen önemli risk faktörlerinden biri özellikle birinci derece yakınlarda meme kanseri bulunmasıdır. İlk adet yaşının erken olması ve geç menopoz yaşı da meme kanseri için birer risk faktörüdür. Emzirmenin ise riski azalttığı bilinmektedir. Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran kadınlarda meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir.

Meme kanseri risk faktörleri incelendiğinde en önemli faktörün ileri yaş olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki meme kanseri tanısı alan kadınların %44.5’i 50-69 yaş arasında,%40.7’si 25-49 yaş arasındadır ve ortalama tanı konulma yaşının 53 olduğu belirtilmiştir (40).

Karahan’ın 2016 yılında Karabük’te 19-69 yaş aralığındaki kadınlar ile yaptığı çalışmada, 483 kadının yaş ortalaması 38.1 ± 11.5 ve %75.6’sı evliydi (86). Güzel ve ark. 2016 yılında yaptığı kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarını inceledikleri çalışmalarında katılımcıların yaş ortalaması 30.59 ± 8.04 ve %56.6’sı evliydi (87). Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması 35.92 ± 13.49 (min-mak:20-81) ve katılımcıların %58.4’ü evliydi.

Sohbet ve ark. 2014 yılında yapmış olduğu kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %39.5’i ilkokul, %19.3’ü ortaokul, %21.5’i lise, %19.7’sinin ise üniversite mezunu oldukları belirtilmiştir (88). Açıkgöz ve ark. 2011 yılında kadınların kanser konusunda bilgi, tutum ve erken tanı yöntemlerine davranışlarını inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %5.3’ü okur-yazar değil, %2.6’sı okur-yazar, %37.5’i ilkokul, %15.8’i ortaokul, %27’si lise ve %11.8’i üniversite mezunu olduklarını belirtmişlerdir (89). Çalışmamızda %0.8 okur-yazar değil, %0.8’i okuma yazma bilip

hiç okula gitmemiş, %14.1'i ilkokul mezunu, %8.4'ü ortaokul mezunu, %22.3'ü lise mezunu ve %53.7 üniversite mezunuydu.

Tekpınar ve ark. 2016 yılında yaptıkları kanser taramalarına ilişkin yaklaşımların değerlendirilmesine yönelik çalışmalarında katılımcıların %16.9'u memur, %4.4'ü özel sektör, %23.9'u işçi, %6.8'i emekli, %9'u çalışmıyor, %12.1'i ev hanımı, %8.9'u sağlık çalışanı, %14.9'u öğrenci, %1.3'ü serbest, %1.7'si diğer meslek gruplarındandı (90). Gök Uğur ve ark. 2015 yılında yaptıkları kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %63.9'u ev hanımı, %4.7'si emekli, %7.5'i işçi, %3.9'u serbest meslek ve %20'si ise devlet memuruydu (91). Bizim çalışmamızda ise %17.4 devlet memuru, %11.1'i özel sektör, %6.1'i işçi, %4.7'si emekli ve %60.7'si çalışmıyordu. Katılımcıların meslek grupları bizim çalışmamız ile benzerlik göstermiyordu.

Yiğitbaş ve ark. 2014 yılında Bingöl'de yaptıkları kanser tarama testleri hakkında bilgi tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada katılımcıların %57.9'unun kanserin erken tarama ile yakalanabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (92). Altunkeser'in 2020 yılında Eskişehir'de yaptığı çalışmada katılımcıların %89.3'ü, kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünmektedir (93). Bizim çalışmamızda katılımcıların %91.8'i kanserleri erken tarama ile yakalanabileceğini düşünmektedir. Çalışmamızdaki sonuç diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olmasından kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz.

Erdem ve ark. 2015 yılında Düzce'de kanser bilgi düzeyi hakkında yaptıkları çalışmada katılımcıların %81.4'ünün daha önce kanser taraması yaptırmadıklarını belirtmişlerdir (94). Tekpınar ve ark. 2016 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %76.6'sının daha önce hiçbir kanser taraması yaptırmadığı bulunmuştur (90). Altunkeser'in 2020 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %70.1'i, kanser taraması yapılması gerektiğini düşünmektedir (93). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %48.2'si herhangi bir kanser türü için taranmaları gerektiğini, %23'ü taranmaya gerek olmadığını, %28.7'si ise taranmaya gerek olup olmadığını bilmediklerini dile getirdiler. Kanser taramalarının erken tanıya yardımcı olduğunu düşünenler ile yaptıranlar arasında önemli ölçüde fark bulunmaktadır. Sosyoekonomik sebepler,

hizmete ulaşma zorlukları, toplumsal özellikler, kendini risk altında görmeme ve kanser olduğunu öğrenme kaygısı bu farkın önemli sebepleri olabileceğini düşünmekteyiz.

Yiğitbaş ve ark. 2014 yılında yaptıkları kanser tarama testleri bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada katılımcıların %18.4'ünün ailesinde, %43.7'sinin ise yakınlarında kanser tanısı konmuş bireylerin olduğunu belirtmişlerdir (92). Erdem ve ark. 2015 yılında kanser bilgi düzeyi hakkında yaptıkları çalışmada katılımcıların %64.2'sinin kanser tanısı alan yakını bulunmaktaydı ve %22.4'ünde bu yakını birinci derece akrabası, %28.6'sı ikinci derece akrabası, %49'u ise üçüncü derece akrabasıydı (94). Açıkgoz ve ark. 2011 yılında yaptıkları kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %46.7'sinin ailesinde kanser tanısı almış birey bulunmaktaydı. Ailesinde kanser öyküsü olanların %56.3'ünün birinci derece yakınında, %21.1'inde ikinci derece, %22.6'sının üçüncü derece yakınında kanser tanısı bulunmaktaydı (89). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %63.1'inin yakınlarında kanser tanısı almış birey bulunmaktaydı ve bu kişilerin yakınlık derecelerini sorguladığımızda %29.1'inde birinci derece akrabasında, %55.7'sinde ikinci derece akrabasında, %12.2'sinde tanıdık arkadaş ve komşusunda kanser öyküsü bulunmaktaydı.

Özaydın ve ark. 2008 yılında Bahçeşehir'de yaptıkları kadınların meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %5.3'ünde birinci derece akrabalarında, %6.8'inde ikinci derece akrabalarında, %5.9'unda uzak akrabada meme kanseri öyküsü bulunmaktaydı (53). Aker ve ark. 2013 yılında Samsun'da yaptıkları kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %3.1'inin birinci derece akrabalarında, %31.5'inin ise tanıdıklarında meme kanseri öyküsü bulunmaktaydı (95). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %16.8'inin birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunmaktaydı. Çalışmamızdaki sonuç diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek çıkmıştır.

Meme kanserinde en önemli risk faktörlerinden biri aile öyküsünün var olmasıdır. Gülten ve ark. 2008 yılında İzmir'de yaptıkları kadınların meme kanserine

ilişkin risk faktörleri bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %91'i ailede meme kanserli birey varlığının meme kanseri olmayı etkileyeceğini düşündükleri belirtilmektedir (96). Alan ve ark. 2012 yılında Çanakkale'de yaptıkları üniversite öğrencilerinin meme kanseri ile ilgili bilgilerini inceledikleri çalışmada katılımcıların %75'i ailede meme kanseri olmasının meme kanseri gelişimine etkisi olmadığını düşünmektedir (97). Çalışmamızda ise katılımcıların %78.7'si ailede meme kanserli birinin olmasının meme kanseri riskini artırdığını, %5.7'si artırmadığını, %15.6'sı ise bu konuda bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir.

Gülten ve ark. 2008 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %78.1'i KKMM'nin memedeki kitleye bulmaya yaradığını, %21.9'u ise KKMM'nin hakkında fikri olmadığını belirtmişlerdir (96). Şahin'in 2012 yılında Adıyaman Üniversitesi'nde çalışan kadınların KKMM ile ilgili bilgi ve uygulamalarını incelediği çalışmasında katılımcıların %90.6'sı KKMM'nin meme kanserinde erken tanıya yardımcı olacağını belirtmişlerdir (98). Çalışmamızda ise katılımcıların %81.1'i KKMM ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer sonuç elde edilmiştir.

Duman ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %51.8'inin KKMM yaptıkları, KKMM yapanların ise %62.1'inin ayda bir, %19.8'inin yılda bir, %18.1'inin ise daha uzun aralıklarla uygulamayı yaptıkları bildirilmiştir (99). Şahin ve ark. 2012 yılında yaptıkları çalışmada katılımcıların %90.6'sının KKMM'nin nasıl yapıldığını bildikleri, bunlarında %89.6'sının KKMM yaptıkları saptanmıştır. KKMM yapanların ise %14.9'unun ayda birden fazla, %49'unun ayda bir defa, %9'unun yılda bir defa, %22.6'sının yılda iki üç defa, %4.5'inin ise yılda bir defadan az sıklıkta uyguladıkları saptanmıştır (98). Bizim çalışmamızda katılımcıların %72.1'i KKMM yaptıklarını, bunlarında %24.2'sinin ayda bir defadan daha sık, %29.1'inin ayda bir kez, %22.6'sının üç ayda bir kez, %10.6'sının yılda bir kez, %13.6'sının ise bir yıldan daha seyrek süreyle KKMM yaptıkları saptanmıştır.

Tosun ve ark. 2020 yılında yaptıkları meme kanserleri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %19.1'i KMM ile erken tanı konulabileceğini, %36.4'ü KMM yaptırdığını, %1'i yaptırmaya gerek olmadığını, %13.2'si ayda bir kez, %68'i yılda bir kez yaptırmamanın

yeterli olduğunu düşündükleri saptanmıştır (100). Dişçigil ve ark. 2007 yılında yaptıkları kadınların meme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %42.7'si KMM yaptırmıştı (101). Kokkun ve ark. 2014 yılında yaptıkları ulusal kanser tarama programlarındaki taramalar konusundaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada katılımcıların %23.8'inin KMM yaptırdığı, %39'unun yılda 1 kez KMM yaptırdığı saptanmıştır (102). Bizim çalışmamızda katılımcıların %93'ü KMM ile meme kanserine erken teşhis konulabileceğini, %37.9'u KMM yaptırdığını, yaptıranların %11.9'u 1 yıldan daha sık, %25.3'ü yılda bir kez, %14.4'ü iki yıldan daha seyrek, %48.5'i ise iki yıldan daha seyrek aralıklarla muayene yaptırdıklarını saptadık. Çalışmamızda KMM yapma oranları diğer çalışmalar ile benzer bulunmuştur. Ama KMM ile erken tanı konulabileceğini düşünenlerin oranı ile yaptıranların oranı arasında anlamlı fark mevcuttu.

Özaydın ve ark. 2008 yılında Bahçeşehir'de yaptıkları ve kadınlarda meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %96.1'i mamografiyi duymuş, %53.6'sı mamografi ile meme kanserine erken tanı konulabileceğini belirtmiş, %83.8'i mamografinin erken tanı amaçlı olarak yılda bir kez yaptırılması gerektiğini belirtmiş, %65.5'i ise son 2 yıl içerisinde mamografi yaptırmıştır (53). Kokkun ve ark. 2014 yılında yaptıkları ulusal kanser tarama programlarındaki taramalar konusundaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada katılımcıların %14.0'ü mamografi yaptırmış, yaptıranların %37.5'inin yılda bir kez mamografi yaptırdıkları saptanmıştır (102). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %93.8'inin mamografiyi duymuş, %89.3'ünün erken tanıda yardımcı olduğunu düşündüğünü, 40 yaş üstündeki katılımcıların %68.7'sinin mamografi yaptırdığını, yaptıranların ise %23'ünün yılda bir kez, %25.2'sinin 2 yılda bir kez, %51.8'inin iki yıldan daha seyrek yaptırdıklarını saptadık. Mamografinin erken tanıda önemli olduğunu düşünmelerine rağmen düzenli olarak yaptıranların oranının düşük olması uygulamada eksiklikler olduğunu göstermektedir.

Alan ve ark. 2012 yılında yaptıkları yurtda kalan üniversite öğrencilerinin meme kanseri bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların %56'sı erken menarş yaşının meme kanseri gelişiminde etkili olduğunu düşündükleri

saptanmıştır (97). Göçgeldi ve ark. 2007 yılında Ankara’da yaptıkları meme kanseri risk faktörlerini inceledikleri çalışmada katılımcıların adet başlama yaşları incelendiğinde %17.9’unun 12 yaş ve altında, %74.2’sinin 13-15 yaş arasında, %7.9’unda ise 16 yaş ve sonrasında olduğu saptanmıştır (103). Çalışmamızda ise katılımcıların ilk adet yaşları incelendiğinde %8.8’inin 11 yaş ve altında, %88.5’inin 12-16 yaş arasında, %2.7’sinin ise 17 yaş ve sonrasında olduğunu saptadık. Katılımcıların %22.9’u menarş yaşının meme kanseri için bir risk faktörü olduğunu belirtirken, %51’inin bu konuda bilgisi olmadığını saptadık. Bu bağlamda meme kanseri risk faktörleri açısından bilgilendirme çalışmalarına ağırlık verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Alan ve ark. 2012 yılında yaptıkları üniversite öğrencilerin meme kanseri ile ilgili bilgi düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların %60’ının menopoz yaşının 50’nin üzerinde olmasının meme kanseri gelişimine etkisi olmadığını düşündüklerini saptamışlar (97). Gülten ve ark. 2008 yılında yaptıkları çalışmalarında katılımcıların %36.2’si menopoza girmiş, onlarında %97.3’ü 55 yaş sonrasında, %2.7’si ise 55 yaşından önce menopoza girmiştir (96). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %20.3’ü menopoza girmiş ve onlarında %31.7’si 44 yaş ve öncesinde, %67.3’ü 45-54 yaş arasında, %1’i ise 55 yaş ve sonrasında menopoza girmiştir. Katılımcılarımızın %47.1’i menopoz yaşının meme kanserinde risk faktörü olabileceğini, %43.4’ü ise bilgi sahibi olmadıklarını belirtti. Geç menopoza girenlerin oranı görece düşük olmakla beraber bunun birer risk faktörü olması konusunda yeterince bilgi sahibi olunmadığını saptadık ve bu konuda eğitimlere ağırlık verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Gülten ve ark. 2008 yılında yaptıkları kadınların meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada emzirmenin meme kanserini önlediğini düşünen katılımcıların oranı %92.4 olarak saptanmıştır (96). Alan ve ark. 2012 yılında yaptıkları üniversite öğrencilerin meme kanseri ile ilgili bilgi düzeylerini araştırdıkları çalışmada katılımcıların %69’u emzirmenin meme kanseri üzerinde etkisi olduğunu düşünmektedir (97). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %66.2’si emzirmenin meme kanseri riskini azalttığını düşünmekte, %25.8’inin ise bilgi sahibi olmadığını saptadık. Çalışmamız diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında

emzirme ve meme kanseri ilişkisi konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını tespit ettik.

Ailede meme kanseri öyküsü varlığı, erken menarş ve geç menopozun meme kanserinde riski artırdığı bilinmektedir. Aynı zamanda emzirmenin de meme kanseri gelişme riskini azalttığı bilinmektedir (12, 50, 52). Çalışmamızda meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri ile eğitim seviyesinin ilişkisini incelediğimizde; eğitim seviyesi arttıkça ilk adet yaşının risk faktörü olabileceğini düşünenler ve ailede meme kanseri öyküsünün varlığının meme kanseri riskini artırdığını düşünenlerin oranı artarken, menopoz yaşı ve emzirme ile ilgili olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Balaman ve ark. 2010 yılında yaptıkları kadınların kanserle ilgili tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça kanserden erken tarama ile kurtulabileceğine inanların oranının arttığını saptamışlardır (104). Altunkeser'in 2020 yılında Eskişehir'de yaptığı çalışmada eğitim seviyesi arttıkça kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceği düşüncesi oranında artış saptanmıştır (93). Bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi arttıkça kanserlerin erken tarama ile yakalanabileceğini düşünenlerin oranında artış saptanmıştır. Fakat herhangi bir kanser türü için tarama yapılmasına gerek olduğunu düşünenlerin oranı ise eğitim seviyesi arttıkça azalmaktadır. Bu durum taramaların gerekli olduğunu düşündükleri ama uygulama kısmında eğitim seviyesi arttıkça azalmasının altında yatan nedenlerin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Güner ve ark. 2007 yılında yaptıkları kadınların KKMM ile ilgili tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça KKMM yapma oranlarının da arttığı saptanmıştır (105). Topsakal ve ark. 2019 yılında yaptıkları kadınların meme kanseri tarama yöntemleri hakkında tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların en az bir kez KKMM yapma durumu üniversite mezunlarında daha yüksek oranda saptanmıştır (106). Duman ve ark. 2015 yılında yaptıkları 40 yaş üstü kadınların meme kanseri tarama yöntemlerini uygulama durumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça KKMM yapma ve düzenli uygulama oranlarının arttığı saptanmıştır (99). Çalışmamızda ise eğitim seviyesi arttıkça KKMM'nin meme kanseri erken tanısında yararlı olduğunu

düşünenlerin oranının da arttığı saptanmıştır. Fakat eğitim seviyesi ile KKMM uygulama durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tosun ve ark. 2020 yılında yaptıkları meme kanserleri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça KMM yaptırma oranlarının azaldığı saptanmıştır (100). Açıkgöz ve ark. 2011 yılında yaptıkları kadınların kanser tarama yöntemleri hakkında tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeyleri ile KMM yaptırma durumları arasında ilişki bulunamamıştır (89). Taşçı ve ark. 2020 yılında yaptıkları 40 yaş üstü kadınların tarama yöntemlerini kullanma durumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeylerinin artmasıyla KMM yaptırma oranlarında artış saptanmıştır (107). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların KMM yaptırma oranlarında azalma saptanmıştır.

Tosun ve ark. 2020 yılında yaptıkları meme kanserleri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi ile mamografi çekirme durumları arasında anlamlı ilişki saptanmış ve eğitim düzeyi arttıkça mamografi çekirme oranında azalma saptanmıştır (100). Taşçı ve ark. 2020 yılında yaptıkları 40 yaş üstü kadınların tarama yöntemlerini kullanma durumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların mamografi yaptırma durumları incelendiğinde yaptırmayan grubun eğitim düzeyi anlamı şekilde yüksek saptanmıştır (107). Çalışmamızda ise katılımcılarımızın eğitim düzeyi arttıkça mamografi çekirme oranlarında azalma saptanmıştır.

Hem KMM yaptırma hem de mamografi çekirme durumları eğitim düzeyi arttıkça azalmasının nedeni katılımcıların tarama yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarına rağmen uygulamada yetersiz olduklarını göstermektedir. Uygulama oranında artış sağlayabilmek için katılımcıların ne sebeple bu uygulamaları uygulamaktan kaçındıklarını saptamak ve sorunların çözümlerine yönelik çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Dişçigil ve ark. 2007 yılında yaptıkları kadınların meme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmalarında ev hanımlarının meme sağlığı ile ilgili daha az bilgi sahibi olduklarını ve mamografi yaptırma oranının da ev hanımlarında

çalışanlara göre daha düşük olduğunu saptanmıştır (101). Tosun ve ark. 2020 yılında yaptıkları meme kanserleri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada ev hanımlarının daha yüksek KMM yaptırma oranına sahip oldukları saptanmıştır (100). Gök Uğur ve ark. 2015 yılında yaptıkları kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada düzenli KKMM yapanlarda en yüksek oran devlet memurlarına aitken ev hanımlarının KKMM yapma oranları en düşük saptanmıştır. Emeklilerin de mamografi çekirme oranının en yüksek olduğu saptanmıştır. KMM yaptırma durumu ile meslek arasında ilişki gösterilememiştir (91). Çalışmamızda ise çalışmayan grubun hem KMM yaptırma hem de mamografi çekirme oranı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek ve en düşük oran ise işçi grubuna ait olarak saptanmıştır. KKMM yapma ve mesleki durum arasında ise anlamlı ilişki gösterilememiştir. Uygulamanın çalışan kesimde daha düşük oranlarda olmasının zaman ayırmakta zorluk yaşamaları sebebiyle olabileceğini düşünmekteyiz.

Erdem ve ark. 2015 yılında yaptıkları Düzce’de yaşayanların kanser bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada yaş ilerledikçe kanserin tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak görme oranında bir artış saptanmış ve kanser taraması yaptırma oranlarının ilerleyen yaşlarda daha yüksek olduğunu saptamışlardır (94). Tekpınar ve ark. 2016 yılında yaptıkları kanser tarama yöntemlerine karşı tutumları inceledikleri çalışmada 50 yaş ve üstü grupta herhangi bir kanser tarama testi yaptırma durumu ve meme kanseri taraması yaptırma isteği 50 yaş altına göre daha yüksek bulunmuştur (90). Bizim çalışmamızda ise yaş ilerledikçe kanserlerin tarama ile yakalanabileceği düşüncesi azalmakta fakat aynı zamanda herhangi bir kanser türü için tarama yaptırmak isteyenlerin oranı ise artmaktadır. Gençlerde tarama yaptırmanın erken tanı sağlayabileceğine yönelik düşüncenin eğitim düzeyinin daha yüksek olmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Taramaların yaşlı grupta daha fazla yaptırılmak istenmesinin sebebi ise yaş ilerledikçe kanser olma ve kansere bağlı ölümlerin daha yüksek oranda görülmesine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Gök Uğur ve ark. 2015 yılında yaptıkları kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların KKMM yapma oranı en yüksek 40-49 yaş grubuna ait olarak bulunmuştur. KMM yaptırma

oranı ise en yüksek 50-59 yaş grubuna ait olarak bulunmuştur. Mamografi çekirme oranı en yüksek 70 yaş grubuna ait olarak bulunmuştur (91). Dişçigil ve ark. 2007 yılında yaptıkları kadınların meme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada katılımcıların mamografi çekirme durumları ile yaş grupları arasında ilişki saptanamamıştır. Fakat yaşlı gruptaki kadınlarda KKMM, genç gruptaki kadınlarda da KMM yaptırma durumlarının daha düşük oranlarda olduğu saptanmıştır (101). Bizim çalışmamızda ise KKMM uygulama durumu ile yaş grupları arasında anlamlı ilişki gösterilememiştir. 20-24 yaş grubunda KMM yaptırma oranı en düşük olarak bulunmuştur. 50-54 yaş grubunda hem KMM hem de mamografi yaptırma oranları en yüksek saptanmıştır. Bunun sebebinin genç kadınlarda meme kanserinin yaş daha büyük kadınlarda ortaya çıktığı düşüncesinin var olması ve kendilerinde riskin olabileceğini düşünmemeleri olduğunu sanıyoruz.

Bayçelebi ve ark. 2015 yılında Trabzon'da yaptıkları kanser taramalarının farkındalığını inceledikleri çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olanların KMMM, KMM ve mamografi yaptırma oranları ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur (108). Dişçigil ve ark. 2007 yılında yaptıkları kadınların meme sağlığı konusundaki bilgi düzeylerini inceledikleri çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların mamografi yaptırma oranının daha yüksek olduğu, KKMM ve KMM uygulama durumları ile ise anlamlı ilişkisi bulunmadığı saptanmıştır (101). Tosun ve ark. 2020 yılında yaptıkları meme kanserleri tarama yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları inceledikleri çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların olmayanlara göre KKMM yapma oranı daha yüksek saptanmıştır (100). Çalışmamızda ise ailesinde meme kanseri öyküsü bulunanların KMM ve mamografi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuş, KKMM ile ise anlamlı ilişki gösterilememiştir. Bu sonuç bize ailesinde meme kanseri öyküsüne sahip kadınların meme sağlığına daha çok dikkat ettiğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tıp alanındaki gelişmeler ile birlikte meme kanseri tarama oranları artmıştır ve bu sayede erken teşhis imkanı ortaya çıkmıştır. Erken tanı hastalığa erken evrede müdahale edilmesine olanak vermiş ve bu durumda mortalitenin ve morbiditenin azalmasını sağlamıştır. Fakat her ne kadar bu gelişmeler umut verici olsa da meme kanserinin tüm dünya genelinde kadınların hayatını tehdit etmesini engelleyememiştir. Erken tanı koyulmasında, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında en önemli nokta kadınlarda kanserler ve tarama yöntemleri konusunda farkındalıklarının artırılmasıdır. Bu noktadan yola çıkılarak çalışmamızda kadınların meme kanseri tarama yöntemleri ve risk faktörleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir.

Kanser taramalarının erken tanıya yardımcı olduğunu düşünenler ile herhangi bir kanser türü için taranması gerektiğini düşünenler arasında önemli ölçüde fark mevcuttu. Taranması gerektiğini düşünenlerin çoğunluğunu ileri yaştaki katılımcılar oluşturmaktaydı.

Genel olarak tarama yöntemlerinin erken tanıya yardımcı olduğunu düşünenler çoğunlukta idi. Fakat tarama yöntemlerini uygulama durumları ve bu düşünceleri arasında önemli ölçüde fark mevcuttu. Eğitim düzeyi arttıkça tarama yöntemlerini uygulama oranı azalmaktaydı. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunanların ise tarama yöntemlerini uygulama oranları daha yüksekti. Yaş ilerledikçe de tarama yöntemlerini uygulama oranları artmaktaydı.

Meme kanseri risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olanların oranı oldukça düşük saptandı. En çok bilgi sahibi olunan risk faktörü ailede meme kanseri öyküsüydü. Eğitim seviyesi arttıkça ilk adet yaşı ve ailede meme kanseri öyküsünün risk faktörü olduğunu düşünenlerin oranında artış vardı. Katılımcıların yarısından fazlası emzirmenin riski azalttığını düşünmekteydi fakat bu yeterli bir oran değildi.

Meme kanserinde erken tanının mortaliteyi ve morbiditeyi azalttığı, taramaların erken tanıdaki rolü ve gerekliliği anlatılmalıdır. Tarama yöntemleri ve risk faktörleri hakkında bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Taramaların hangi yaşlarda başladığı ve hangi zaman aralıklarıyla yapıldığı, nasıl yapıldığı konusunda

eğitimler verilmelidir. Özellikle değiştirilebilir risk faktörleri açısından aile hekimlerinin hastalarını bilgilendirmesi ve bu sayede toplumsal risk düzeyinin azaltılması amaçlanmalıdır. Yüksek riskli hastaların tespit edilmesi, muayeneleri, tarama yöntemlerini uygulamaları ve yönlendirilmelerinde aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir. Kadınlarda farkındalığın artırılması amacıyla bilgilendirmelerde sürekliliği sağlamak ve kalıcı olması için yazılı ve görsel materyallerin kullanıldığı, uygulamalı eğitimlerin verilmesi ve kamu spotlarıyla eğitimde süreklilik sağlanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014;43:12-32.
2. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5(3):154-65.
3. Şahin S. Kanserde erken tanı ve tarama programları. Ege Tıp Dergisi. 2015;54.
4. Şeker N, Köksal Yasin Y, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşundaki Hemşirelerin Kansere Tarama Programları Bilgileri ile Tarama Testlerini Yaptırma Durumları. Duzce Medical Journal. 2017;19(1).
5. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri İnternet2019 [updated 3 Ocak 2021]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.
6. Yarış F, Şahin M, Dikici M. Aile Hekimliğinde Meme Kanselerine Yaklaşım-approach to breast cancer in family medicine. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2014;5(2):46-54.
7. Planı TKK. Meme Kanseri Taramaları İnternet2013-2018 [updated 11 Ocak 2021]. Available from: http://kanser.gov.tr/Dosya/NCCP_2013-2018.pdf
8. HSGM. Kansere Taramaları İnternet2021 [updated 24 Şubat 2021]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>.
9. Cabioğlu N. Memenin anatomisi ve fizyolojisi. Özmen, V, Çelik, V, Güler, N, Kapkaç, M, Koyuncu, A, Utkan, Z, Müslüman oğlu, M(ed), Meme Hastalıkları Kitabı(syf: 7-17) Ankara: Güneş Kitap Evi. 2012.
10. Morrow M. The evaluation of common breast problems. American family physician. 2000;61(8):2371.
11. Bektaş Onat D. Malign ve benign meme lezyonlarında difüzyon mr görüntüleme [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi; Diyarbakır,2016.

12. Özmen V, Cantürk Z, Güler N, Koyuncu A, Çelik V, Kapkaç M, et al. Meme Hastalıkları Kitabı. 2 ed: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012 2012.
13. Arslan M, Şahin DA. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) İle İlgili Bilgi Durumlarına Eğitimin Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi. 2013;1(1).
14. Stricker TP, Kumar V, Maitra A, Schoen FJ, Mitchell RN, Aster JC. Robbins Basic Pathology. Neoplasia. 2007;173:52.
15. Nuralina L, Boztepe G, Atakan N. Meme ve Meme Başının İnflamatuvar Hastalıkları. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi. 2006;16(1):14-22.
16. Göksel HA, Yağmurdur MC, Demirhan B, Işıklar İ, Karakayalı H, Bilgin N, et al. Management strategies for patients with nipple discharge. Langenbeck's archives of surgery. 2005;390(1):52-8.
17. Polatçı H. Mastalji Şikayetiyle Başvuran Hastalarda Mamografi, Meme Ultrasonografi, Patoloji ve Hormon Bulguları [Tıpta Uzmanlık Tezi]: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi; İzmir, 2015.
18. Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. American family physician. 2008;78(6):727-31.
19. Arslan S. Malign ve Benign Meme Lezyonlarının Ayırımında Sonoelastografinin Tanıya Katkısı [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi; Ankara,2014.
20. Erel S. Memenin Benign Proliferatif Lezyonları ve Kanseri Riski. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.19(3):155-67.
21. Tanas S. Meme Kanseri Olgularının Demografik Özellikleri [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Atatürk Üniversitesi; Erzurum, 2013.
22. Gıynaş NG. Meme kanserinde prognostik faktörlerin retrospektif olarak değerlendirilmesi ve mamografideki mikrokalsifikasyonların prognostik ve kemik metastazı gelişimindeki prediktif değerlerin araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; Konya,2010.

23. Çetintaş S. Meme Kanserinde Kendi Kendine Muayene ve Fizik Muayene. Meme Kanserleri. 2005:163-8.
24. İğci A, Asoğlu O. Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. İçinde: Meme Kanseri (Ed: Topuz E, Aydınar A, Dinçer M) İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2003:113-23.
25. Lauby-Secretan B, Scocciati C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-cancer screening—viewpoint of the IARC Working Group. New England journal of medicine. 2015;372(24):2353-8.
26. Anderson BO, Bevers TB, Carlson RW. Clinical breast examination and breast cancer screening guideline. Jama. 2016;315(13):1403-4.
27. Özkan S. Aile hekimliği Uygulamasında Önerilen periyodik sağlık Muayeneleri ve tarama Testleri. 2015.
28. Eryılmaz M, Karahan Ö, Sevinç B, Ay S, Cıvık S. Meme kanseri taramalarının etkinliği. J Breast Health. 2010;6:145-9.
29. Seçginli S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler? TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011;10(2).
30. Welch HG, Prorok PC, O'Malley AJ, Kramer BS. Breast-cancer tumor size, overdiagnosis, and mammography screening effectiveness. New England Journal of Medicine. 2016;375(15):1438-47.
31. Buchberger W, Geiger-Gritsch S, Knapp R, Gautsch K, Oberaigner W. Combined screening with mammography and ultrasound in a population-based screening program. European journal of radiology. 2018;101:24-9.
32. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;10(4):72-82.
33. Demirkazık FB. Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? Türk Radyoloji Seminerleri. 2014;2:206-16.

34. Kayhan A, Arıbal E. Meme kanseri taraması: neden yapıyoruz? ne zaman? değerlendirmede yaşanan sorunlar. Türk Radyoloji Seminerleri. 2014;2(2):230-40.
35. Kılıç F, Yılmaz MH. Meme Biyopsisi: Hasta ve Yöntem Seçimi; Hangi Lezyonda Ne Yapalım? Türk Radyoloji Seminerleri. 2014;2:140-57.
36. Mitra S, Dey P. Fine-needle aspiration and core biopsy in the diagnosis of breast lesions: a comparison and review of the literature. Cytojournal. 2016;13.
37. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım:“Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri”. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;12(1):9-17.
38. Rehberi UAPH. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara-2009 ss. 2000:9-41.
39. Çavdar İ. Meme Kanseri Hastalarda Cinsel Sorunlar. Meme sağlığı dergisi. 2006;2(2):64-6.
40. Kurumu THS. Türkiye kanser istatistikleri. Ankara; 2015.
41. GLOBOCAN. İnternet2020 [updated 11 Ocak 2021. Available from: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/tables?sexes=0&mode=population&cancers=20&populations=792>.
42. Society AC. Breast Cancer Facts & Figures İnternet2021 [updated 12 Ocak 2021. Available from: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/breast-cancer-facts-figures.html>.
43. Kabel AM, Baali FH. Breast cancer: insights into risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. Journal of Cancer Research and Treatment. 2015;3(2):28-33.
44. Kim HS. Leptin and leptin receptor expression in breast cancer. Cancer Research and Treatment: Official Journal of Korean Cancer Association. 2009;41(3):155.

45. Durmuş T. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri Risk Düzeyi ve Tarama Davranışlarına Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Sivas,2010.
46. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvcık S, Gurbuz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2010;20(2).
47. Casey PM, Cerhan JR, Pruthi S, editors. Oral contraceptive use and the risk of breast cancer. Mayo Clinic Proceedings; 2008: Elsevier.
48. Sönmez AD. Meme Kanseri: Birinci Basamakta Hormonoterapi Yan Etkileri Hakkında Önemli Noktalar [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; İzmir, 2014.
49. Wooster R, Weber BL. Breast and ovarian cancer. New England Journal of Medicine. 2003;348(23):2339-47.
50. Brinton LA, Schairer C, Hoover RN, Fraumeni JF. Menstrual factors and risk of breast cancer. Cancer investigation. 1988;6(3):245-54.
51. Kavlak O, Yılmaz HB, Dülgerler Ş. Emzirme ve Kanseri Araştırmalarının İncelenmesi. The Journal of Breast Health. 2010;6(4).
52. Pharoah PD, Day NE, Duffy S, Easton DF, Ponder BA. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. International journal of cancer. 1997;71(5):800-9.
53. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioglu N, Öner BR, et al. Bahçeşehir'de Oturan Kadınların Meme Kanseri Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları ve Meme Sağlığı İle İlgili Uygulamaları. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(4).
54. Malone KE, Daling JR, Doody DR, Hsu L, Bernstein L, Coates RJ, et al. Prevalence and predictors of BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based study of breast cancer in white and black American women ages 35 to 64 years. Cancer research. 2006;66(16):8297-308.

55. Investigators WGftWshI. 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):321-33.
56. Bland KI, Copeland III EM. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1993;92(5):973-4.
57. Terry MB, Zhang FF, Kabat G, Britton JA, Teitelbaum SL, Neugut AI, et al. Lifetime alcohol intake and breast cancer risk. *Annals of epidemiology*. 2006;16(3):230-40.
58. Taylor E, Burley V, Greenwood D, Cade J. Meat consumption and risk of breast cancer in the UK Women's Cohort Study. *British journal of cancer*. 2007;96(7):1139-46.
59. Rossi RE, Pericleous M, Mandair D, Whyand T, Caplin ME. The role of dietary factors in prevention and progression of breast cancer. *Anticancer research*. 2014;34(12):6861-75.
60. Bertone-Johnson ER, Chen WY, Holick MF, Hollis BW, Colditz GA, Willett WC, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and 1, 25-dihydroxyvitamin D and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2005;14(8):1991-7.
61. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2008;58(6):347-71.
62. Dinçol D. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 1992;12(6):457-9.
63. Degenim AC, Visscher DW, Berman HK, Frost MH, Sellers TA, Vierkant RA, et al. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: a Mayo cohort study. *Journal of clinical oncology*. 2007;25(19):2671-7.
64. Fisher B, Dignam J, Wolmark N, Wickerham DL, Fisher ER, Mamounas E, et al. Tamoxifen in treatment of intraductal breast cancer: National Surgical

- Adjuvant Breast and Bowel Project B-24 randomised controlled trial. *The Lancet*. 1999;353(9169):1993-2000.
65. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun L, Stone J, Fishell E, et al. Mammographic density and the risk and detection of breast cancer. *New England journal of medicine*. 2007;356(3):227-36.
66. Wang P, Ren F-M, Lin Y, Su F-X, Jia W-H, Su X-F, et al. Night-shift work, sleep duration, daytime napping, and breast cancer risk. *Sleep medicine*. 2015;16(4):462-8.
67. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2).
68. Gündoğan D. Hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusundaki bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.; İstanbul,2012.
69. Akpınar Yelen Y. Çorum il merkezinde çalışan hekim, hemşire ve ebelerin meme kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranışları [Yüksek Lisans Tezi]: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi; Kayseri, 2008.
70. Veronesi U, Mariani L, Decensi A, Formelli F, Camerini T, Miceli R, et al. Fifteen-year results of a randomized phase III trial of fenretinide to prevent second breast cancer. *Annals of oncology*. 2006;17(7):1065-71.
71. Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme Kanserinde Tarama ve Tanı (İstanbul Meme Kanseri Konsensus Konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2012;8(3).
72. İlvan Ş. Meme karsinomu patolojisi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Meme Kanseri Sempozyum Dizisi. 2006;54:65-71.
73. Sinn H-P, Kreipe H. A brief overview of the WHO classification of breast tumors. *Breast care*. 2013;8(2):149-54.

74. Ceilley E, Jagsi R, Goldberg S, Kachnic L, Powell S, Taghian A. The management of ductal carcinoma in situ in North America and Europe: results of a survey. *Cancer*. 2004;101(9):1958-67.
75. Kerlikowske K. Epidemiology of ductal carcinoma in situ. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2010;2010(41):139-41.
76. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Aster JC. *Robbins and Cotran's pathologic basis of disease*. 2010. Philadelphia, Pa. 2014.
77. Lee J-H, Park S, Park HS, Park B-W. Clinicopathological features of infiltrating lobular carcinomas comparing with infiltrating ductal carcinomas: a case control study. *World journal of surgical oncology*. 2010;8(1):1-7.
78. Provenzano E, Ulaner GA, Chin S-F. Molecular classification of breast cancer. *PET clinics*. 2018;13(3):325-38.
79. Giuliano AE, Connolly JL, Edge SB, Mittendorf EA, Rugo HS, Solin LJ, et al. Breast cancer—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2017;67(4):290-303.
80. Boyages J. Radiation therapy and early breast cancer: current controversies. *The Medical Journal of Australia*. 2017;207(5):216-22.
81. Burton R, Bell R. The global challenge of reducing breast cancer mortality. *The oncologist*. 2013;18(11):1200.
82. Wazir U, Mokbel L, Wazir A, Mokbel K. Optimizing adjuvant endocrine therapy for early ER+ breast cancer: An update for surgeons. *The American Journal of Surgery*. 2019;217(1):152-5.
83. Yalçın Ş, Sarı E, editors. *A General Overview of Personalized Cancer Medicine/Kanserde Bireyselleştirilmiş Tedavilere Genel Bakış*. Nuclear Medicine Seminars; 2015: Galenos Yayınevi Tic. Ltd.
84. Çolpan Öksüz D. Meme kanserinde prognostik ve prediktif faktörler. *Türkiye Klinikleri J Radiat Oncol-Special Topics*. 2015;1:7-12.

85. Bozdoğan A, Özçınar B, Gürdal SÖ, Müslümanoğlu M, İğci A, Keçer M, et al. Evre 1 Meme Kanseri Hastalarında Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2010;6(3).
86. Karahan N. Prevalence and determinants of breast self-examination in Karabük, Turkey. *Cukurova Medical Journal*. 2019;44(3):1046-54.
87. Güzel N, Bayraktar N. Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2019;6(2):101-10.
88. Sohbet R, Karasu F. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(4):113-21.
89. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kanseri Konusunda Bilgi ve Tutumları İle Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;25(3):145-54.
90. Tekpınar H, Özen M, Aşık Z. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(1):28-36.
91. Gök Uğur H, Aksoy Derya Y, Yılmaz Yavuz A, Şılbır MF, Öner A. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2019;28(5):340-52.
92. Yiğitbaş Ç, Bulut A, Bulut A, Semerci M. Bingöl Devlet Hastanesine Başvuran Yetişkinlerin Kanseri Tarama Testlerine İlişkin Bilgi ve Tutumları. *Türkiye Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2016;2:29-38.
93. Altunkeser M. Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran 50-69 Yaş Arası Bireylerde Kolon Kanseri Farkındalığının Belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; Eskişehir,2020.
94. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA, et al. Düzce'de Yaşayanların Kanseri ve Kanseri Risk Faktörleri Hakkında Bilgi

- Düzei. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(1):1-10.
95. Aker S, Öz H, Kaynar Tunçel E. Samsun'da Yaşayan Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri İle İlgili Uygulamaları ve Bu Uygulamaları Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. J Breast Health. 2015;11:115-22.
96. Gülten N. İzmir Balçova Bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları [Yüksek Lisans Tezi]: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; İzmir, 2008.
97. Alan H, Karadağlı F, Şıpkın S, Kocadaş S. Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumları. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2016;56(1):13-22.
98. Şahin T. Adıyaman Üniversitesi'nde çalışan bayanların kendi kendine meme muayenesiyle ilgili bilgi ve uygulamaları/Knowledge and practice related to the self breast examination of the female employees of the Adıyaman University [Yüksek Lisans Tezi]: Fırat Üniversitesi Adıyaman, 2012.
99. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. GOP Taksim EAH JAREN. 2015;1(1):30-8.
100. Tosun M. Karapınar 42.21.001 Nolu Aile Hekimliği Polikliniğine Naşvuram Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi; Konya, 2020.
101. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Medical Journal. 2007;20(1):29-36.
102. Kokkun M. Malatya il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin ulusal kanser tarama programlarındaki taramalar konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Malatya, 2014.

103. Göçgeldi E, Sağlam K, Özdemir L, Erdal M, Balkan M, Tekbaş ÖF. GATA Meme Hastalıkları Polikliniği'ne Başvuran Hastalarda Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Araştırılması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2008;11(4):163-7.
104. Balaman P, Pehlivan E, Güneş G. Malatya İl Merkezinde 18 Yaş Üzeri Kadınların Kansere İlgili Bazı Tutumları ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(2).
105. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2007;13(2):55-60.
106. Topsakal ÜN. Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemleri Hakkında Bilgi, Tutum, Davranışları ve Meme Kanseri Risk Düzeylerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; Konya, 2019.
107. Taşçı D. 40 Yaş ve Üzeri Kadın Hastalarda Meme Kanseri Tarama Yöntemlerini Kullanma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi; Ankara, 2020.
108. Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat TS, Varım C. Trabzon'da Kanseri Tarama Testleri Farkındalığı. Journal of Human Rhythm. 2015;1(3):90-4.

