



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

**GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE MEME
KANSERİNDE TANI VE TEDAVİDE GECİKME
SEBEPLERİNE YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI**
(PROSPEKTİF ÇALIŞMA)

Dr. EYYUP ÖNER
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2014



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

**GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE MEME
KANSERİNDE TANI VE TEDAVİDE GECİKME
SEBEPLERİNE YÖNELİK ANKET ÇALIŞMASI
(PROSPEKTİF ÇALIŞMA)**

Dr. EYYUP ÖNER
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SADULLAH GİRGİN

DİYARBAKIR-2014

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, çalışmalarında bana yol gösteren kişiliği ve işindeki başarısını daima örnek alacağım Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği Öğretim Üyesi Doç. Dr. SADULLAH GİRGİN' e teşekkür ederim

Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım, Prof. Dr. Celalettin KELEŞ, Prof. Dr. Bilsel BAÇ, Prof. Dr. İbrahim Halil TAÇYILDIZ, Yrd. Doç. Dr. Hatice Gülşen YILMAZ, Doç. Dr. Ercan GEDİK, Doç. Dr. Metehan GÜMÜŞ, Doç. Dr. Murat KAPAN, Doç. Dr. Akın ÖNDER, Doç. Dr. Abdullah BÖYÜK, Doç. Dr. Zülfü ARIKANOĞLU, Doç. Dr. Mesut GÜL, Yrd. Doç. Dr. Fatih TAŞKESEN, Yrd. Doç. Dr. İbrahim ALİOSMANOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Ömer USLUKAYA, Yrd. Doç. Dr. Abdullah OĞUZ, Yrd. Doç. Dr. M.V.BAHADIR, Yrd. Doç. Dr. Burak Veli ÜLGER, Yrd. Doç. Dr. Ahmet TÜRKOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Zübeyir BOZDAĞ'a; Eğitimim boyunca birlikte aile olduğumuz asistan arkadaşlarım Dr. Musluh HAKSEVEN, Dr. Fırat TEKEŞ, Dr. Erman ÇETİN, Dr. M. Cemil KUBA, Dr. Hıdır BUDAK, Dr. Nizamettin BOZBAY' ya kliniğimizde görev yapan tüm arkadaşlara sevgi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca çalışmamızın istatistiki açısından yardımlarından ötürü Biyoistatistikten hocamız Yrd. Doç. Dr. İsmail YILDIZ'a teşekkür ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın asıl amacı meme kanserinde bölgemizde hasta ilişkili ve sağlık sistemi ilişkili gecikmede etkili olan faktörlerin incelenmesidir

Materyal ve Metod: Bu çalışmada 2012 Aralık -2014 Temmuz tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran 100 Meme kanserli hasta incelendi. Hedef popülasyon; anketin yapılmasından önce son 6 ay içerisinde 18 yaş ve üstündeki Meme Kanser tanısı almış, tedavisi alan veya almakta olan kadınlardır. Çalışmanın amacı doğrultusunda hastalara bilgi vermek amaçlı görüşmeler düzenlendi. Hastaların onamı alındı, hastalar çalışma anketini doldurdu. Anket 4 bölüm ve 25 sorudan oluşmaktaydı (hasta ve sistem ilişkili faktörler, demografik veriler ve kanser evresinin değerlendirilmesi)

Bulgular: Hastaların sadece %13 periyodik muayene sırasında, sadece bir hasta mamografik kontrol sırasında tespit edilmiş, diğer tüm hastalar meme semptomları ortaya çıktıktan sonra fark edilmiş. Çalışmamızda %57 hastamız meme de kitle şikayeti,%24' te meme ağrısı ile polikniğimize başvurmuştu, Hastalarımızın %84'ü şikayetleri ile ilgili olarak genel cerrahi doktoruna başvurmuş, %3'lük küçük bir kesim aile hekimine başvurmuştu. Çalışmamızda meme kanseri aile öyküsü %14 idi. Hastalarımızın %82'i ilk bir hafta içinde mamografi çekimi yapılabilmisti. Hastaların %78' inin meme biyopsi alma işlemi ilk bir haftada yapılmış olup, biyopsi inceleme sonuçları %87 oranında 2-4 haftalar arasında çıkmıştır. Hastalarımız tedavi başlangıcı %94'lük bir kısımda 4-6 haftalar arasında olmuştu. Hastalarımızın %59'luk kısmı 50 yaş altında idi. Hastalarımızın %72' sinde okuma yazma yoktu. Hastalarımızın %82'i işsiz/ev hanımıydı. Hastalarımızın %63 mamagrafi davetini almadığını, kalanların ise mamografi daveti alıp almadıkları konusunda bilgi sahibi değillerdi. Hastalarımızın %65'i memedeki tümörün kaç cm çapında olduğunu, %73'ü lenf bezlerinin etkilenip etkilenmediğini, %58'i hastalığın vücudun başka yerinde olup olmadığını bilmiyorlardı.Hastalarımızın polikniğimize başvurmaları esnasında %72' sine herhangi bir tedavi başlanılmamış,%15'ine daha önce meme cerrahisi geçirmiş olduğu,%11'inin kemoterapi aldığı,%1'inin diğer tedavilerden aldığı ancak hangi tedavi aldığını bilmediği, %1 hastamızın da sorumuza cevap vermeyenlerden oluşmaktaydı. Hastalarımızın %30'una sentinel lenf nodu biyopsisi ile beraber meme koruyucu cerrahi, %5'i sentinel lenf nodu biyopsisi ile beraber mastektomi, %7 axiller diseksiyonla beraber meme koruyucu cerrahisi, %23'üne modifiye radikal mastektomi yapılmıştı. Hastalarımızın %93' ü meme kanserinin hangi evrede olduklarını bilmiyorlardı.

Sonuç : Sonuç olarak meme kanserinde tanıda gecikme olması tanı konulduktan sonraki süreçte önemli değişimler oluşturmaktadır. Tanı ve tedavideki gecikmede hastanın yaşı, okuma yazma bilip bilmemesi, duygusallık durumu, sağlık sistemi etkili olabilmektedir. TGZ'nin azaltılmasında kadınların ve sağlık çalışanlarının meme kanser hakkındaki bilgisinin artması, bölgemizde özellikle birinci sağlık kuruluşlarının büyük sorumluluk alarak polikliniklerine başvuran bayanların meme ile ilgili şikayetlerinde

endişelenmemesi ve memedeki lezyonların farkındalığında olmaması , memede meydana gelen lezyonların önemsemeleri, 40 yaş üstü bayanlarda mutlaka mamografi çektirmeleri sağlamalarına yönelik diyalogların geliştirmeleri gerekmektedir. Bölgemiz ve ülkemiz için meme kanseri açısından tarama programlarının yapılmasını zorunluluk kılmaktadır

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate the factors that are effective on the patient-induced and health system-induced delays in the treatment of breast cancer cases in our region.

Materials and Methods: The study included 100 patients with breast cancer who were admitted to Dicle University Medical School General Surgery Clinic between December 2012 and July 2014. The target population consisted of women over 18 years of age who were either diagnosed with, treated, or being treated due to breast cancer within 6 months before the survey. The patients were given a questionnaire after signing the informed consent. The questionnaire comprised 4 sections and 25 items (patient-induced and health system- induced factors, demographic profile, and evaluation of cancer stage).

Results: Thirteen percent of the patients were diagnosed during periodical examination, one patient at mammographic check, and the remaining patients were diagnosed via breast symptoms. The symptoms at admission were breast mass (57%) and breast pain (24%). Eighty-four percent of the patients presented to general surgery clinics and 3% applied to family doctors. Family history of breast cancer was present in 14% of the patients. In 82% of the patients, mammography scan was performed in the first week. Breast biopsy was performed in the first week in 78% of the patients and the biopsy analyses were obtained in 2-4 weeks in 87% of the patients. Treatment was started in 4-6 weeks in 94% of the patients. Fifty-nine percent of the patients were under 50 years of age. Seventy-two percent of the patients were uneducated and 82% of the patients were unemployed/housewives. Sixty-three percent of the patients claimed that they had not received any invitation for a mammography scan and the other patients stated that they had no information as to whether they had ever been invited. Sixty-five percent of the patients did not know the size of the diameter of their breast mass, 73% of them did not know whether their lymph nodes were affected, and 58% of them did not know whether the cancer had affected other parts of their body. The clinical profiles of the patients at hospital admission were as follows: 72% had not received any treatment, 15% had a history of breast surgery, 11% had received chemotherapy, 1% had received treatment but did not recall the name of the treatment procedure, and 1% rejected to provide an answer. The treatment procedures included sentinel lymph node biopsy with breast protective surgery (30%), sentinel lymph node biopsy with mastectomy (5%), axillary dissection with breast

protective surgery (7%), and modified radical mastectomy (23%). A large proportion of our patients did not know the stage of their breast cancer.

Conclusion: Delayed diagnosis of breast cancer leads to important changes in the post-diagnostic period. The delays in the diagnosis and treatment of breast cancer can result from the patient's age, level of education, emotional state, and the national health system. We conclude that the total delay time can be minimized by raising awareness of breast cancer among women and health care professionals and by a number of effective measures to be taken particularly by the first-step health centers in our region to raise awareness about the fact that the patients who present to the polyclinics do not worry about their complaints and they are not aware of and do not care about their lesions, and also to invite women over 40 years of age to mammography scanning. In addition, diagnostic assessment programs for breast cancer should be performed both in our region and our country.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar	viii
ŞEKİLLER	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	2
MATERYAL VE METOD	33
BULGULAR	41
TARTIŞMA	62
SONUÇ	67
KAYNAKLAR	68

TABLÖLAR

Tablo 1. Meme kanserinde TNM sınıflaması -----	15
Tablo 2. TNM sınıflamasına göre evreler -----	15
Tablo 3. Tanı için hangisini izlediniz -----	
Tablo 4. İlk semptomunuz neydi-----	
Tablo 5. Semptomların keşfinden doktora gitme zaman aralığı-----	
Tablo 6. İlk gittiğiniz doktorun uzmanlık alanı -----	
Tablo7. Ailede kanser öyküsü -----	
Tablo8. Tıp uzmanına başvuru -----	
Tablo9. Onkolog muayenesi -----	
Tablo 10. Mamografi çekimi -----	
Tablo 11. Meme biyopsi işlemi zamanı -----	
Tablo12.Biyopsi inceleme sonuçları -----	
Tablo 13. Tedavi başlangıcı -----	
Tablo 14. Yaş -----	
Tablo 15. Eğitim durumu -----	
Tablo 16.İş profili -----	
Tablo17.Mamografi daveti -----	
Tablo18.Meme tümörü boyutu-----	
Tablo 19.Lenf nodları etkilenimi -----	
Tablo 20.Hastalığın vücudun başka bir yerinde bulunması-----	
Tablo21..Şu ana kadar uygulanan tedavi veya uygulanacak tedavi -----	
Tablo22.Meme kanserinde size ilk uygulanan tedavi -----	
Tablo23.Size uygulanan veya uygulanacak cerrahi tedavi kapsamı-----	
Tablo24. Hastalığınızın evresi -----	

ŞEKİLLER

Şekil 1. Meme dokusunun tabakaları-----	4
Şekil 2. Memede süt kanallarının sistemi-----	5
Şekil 3. Memenin arterleri -----	6
Şekil 4. Memenin derin lenfatikleri -----	8
Şekil 5 a. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memelerin Eller Kalçalarda İken gözlemlenmesi -----	27
Şekil 5 b. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memelerin Eller Havada İken Gözlemlenmesi -----	28
Şekil 5 c. Elle Muayenede Yukarıdan Aşağı - Aşağıdan Yukarı Tarama Yöntemi	28
Şekil 5 d. Elle Muayenede Farklı Tarama Yöntemleri -----	28
Şekil 5 e: Yatar Pozisyonda Elle Muayenede Sağ Memenin Değerlendirilmesi--	29
Şekil 5 f. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi -----	29

KISALTMALAR

AJCC	: Amerikansern Joint of Kanserncere Comittee
DCIS	: Ductal karsinoma insitu
E	: Evre
EGF	: Epidermal groft hormon
ER	: Östrogen reseptörü
FISH	: Floresan in situ hibridizasyon
IDC	: İnvaziv duktal karsinom
IHC	: İmmunohistokimya
ILC	: İnvaziv duktal karsinom
LCIS	: Lobuler karsinoma insitü
LN	: Lenf nodu
PR	: progesteron reseptrü
TNM	: Tumor, nod, metastaz
UICC	: Uluslar arası kanser derneği
VCS	: Vena cava süperior
WHO	: World Health Organisation
MKC	: Meme koruyucu cerrahi
MRM	: Modifiye radikal mastektomi
HGZ	:Hasta gecikme zamanı
SGZ	:Sistem gecikme zamanı
TGZ	:Total gecikme zamanı
KMM	:Klinik meme muayenesi
KKMM	:Kendi kendine meme muayenesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme Kanseri hem gelişen hem de gelişmiş ülkelerdeki kadınlarda görülen en sık kanserdir, 2008 yılında dünya çapında 1.38 milyon yeni kanser vakası görülmüştür(1). Meme kanseri insidansı gelişen ülkelerde giderek artış göstermektedir (2-5). 1993 yılında Türkiye'deki meme kanseri insidansı 24/100.000'dir ve bu rakam 2010 yılında 50/100.000'e artmıştır (6-7). Üreme faktörlerinde, yaşam stillerinde (batılı yaşam) ve popülasyon yaşında (yaşlı popülasyon) değişim olması özellikle Batı Türkiye'deki insidansı ve mortaliteyi arttırmıştır (7).

Diğer taraftan gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tedavi modalitelerinin gelişmesiyle birlikte meme kanseri insidansı ve mortalitesi azalmıştır (8,9). Tam tersine toplum bilincinin olmaması, organize tarama programlarının olmaması ve etkili tedavi seçeneklerine ulaşamama gelişen ülkelerde tedavi gecikmesine ve mortalite artışına neden olmuştur (10).

Türkiye'de meme kanseri farkındalığı ve bilinci açısından yeni yapılan bir çalışmada kadınların %23'ünün Meme kanserinden haberi olmadığı, sadece kadınların %56'sının yeterli bilgi sahibi olduğu gösterilmiştir (11). Başka bir çalışmada meme kanseri hastalarının büyük bir kısmının 50 yaşından küçük olduğu ve 50 yaşından büyük hastaların sadece %25'ine meme kanseri tanısında meme görüntülemesi yapıldığı gösterilmiştir (12). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada 40-69 yaş arasındaki tüm sağlıklı kadınların sadece yarısında düzenli bir tarama programı olmaksızın yaşamları boyunca sadece bir defa mammografi yapıldığı görülmüştür (13).

İlk semtomdan tedavinin başlaması arasında geçen süreye toplam tedavi gecikmesi adı verilmektedir. Tedavi genellikle hasta, doktor ve sağlık sistemleri ile ilgili faktörler ve farklılıklar nedeniyle gecikmektedir. Tedavinin uzun süre gecikmesi kötü prognozla, düşük sağkalımla ve mastektomi sıklığının artmasıyla ilişkilidir (14-16). Önceki çalışmaların birçoğunda meme kanseri tanısındaki ve tedavisindeki gecikme değerlendirilmiştir (17). Ancak sadece bir kaç çalışmada gecikmenin hastayla ve sağlık sistemiyle nasıl ilişkili olduğu analiz edilmiştir. Bu çalışmanın asıl amacı bölgemizde hasta ilişkili ve sağlık sistemi ilişkili gecikmede etkili olan faktörlerin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. TARİHÇE

Meme muayene ederken göz ve elle ulaşılması en kolay organlardan biri olduğundan bu organda ortaya çıkan patolojik değişiklikler ilk çağlardan beri insanların ve hekimlerin dikkatini çekmiş dolayısıyla da önemli gözlemlerin yapılmasını sağlamıştır.

Meme hastalıkları ile ilgili ilk yazılı kayıtlara eski Mısır'da rastlanmıştır. Teb Şehri'nde 1862 yılında Edwin Smith tarafından bulunup okunan bu papiruslar, M. Ö. 3000 yıllarına aittir. Kırksekiz vaka içeren bu papiruslarda; abse, travma, infekte yaralar ve tümör hakkında bilgiler verilmiştir. Vakalardan 8' i tümörü düşündürmektedir. Bu vakalar sert, dokunulduğunda soğuk, sıvı içermeyen bu nedenle abse ve inflamasyonlardan ayrılanlar olarak tarif edilmiş, tedavi olanağının da bulunmadığı belirtilmiştir. Yalnız 1 hastada yanan bir odunla koterizasyon denenmiştir. Daha sonra M.Ö. 1500 yılına ait Eber papiruslarında ise meme kanserine ait herhangi bir kayıta rastlanmamıştır. Hamurabinin; hastasının ölümüne sebep olan doktorun da öldürülmesini kabul eden kanunu; Hipokrat'ın ise diğer kanserler gibi meme kanserlerinin de cerrahiden yarar görmediği öngörüsü, hekimleri meme kanseri ile uğraşmaktan bir süre alıkoymuştur.(18)

İlk kez İskenderiyeli Leonides M. S. 100. yıllarda birbirini izleyen kesi ve koterizasyon yaparak sağlam meme dokusu ile tümörü çıkarmıştır. Ebu Kasım (10. yy), Mondeville (13. yy) ve Lanfranc, Leonides' in tekniğini geliştirmişlerdir (18).

Onaltıncı ve 17. yy' da önce Fabry sıkıştırarak meme amputasyonu yapan bir alet geliştirmiş daha sonra Arceo ilk kez memenin cerrahi yolla çıkarıldığı mastektomi ameliyatını tarif etmiş; Kanserbol buna büyük pektoral kasın çıkarılmasını eklemiştir. Kısa bir süre sonra ise Severinus koltuk altı disseksiyonunu eklemiştir (19),

Halsted' in 19. yy' nin sonlarında; meme kanserinin lokal bir hastalık olduğunu ve o bölgenin ve bölgesel lenf ganglionlarının alınmasının tedavi için yeterli olduğunu söylemesi ile başlayan meme cerrahisi ameliyatları tüm dünyada uzun yıllar kullanılmış, ancak meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğunun ispatlanması ile değişiklik göstermiştir. Halsted kendi adı ile tanımlanan bu teorisine dayanarak Halsted Mastektomisi olarak da bilinen radikal mastektomiye tariflemiştir. Daha sonra bir yandan çıkarılan kısımlar genişletilirken (geniş radikal mastektomi) diğer yandan modifiye radikal mastektomi, basit mastektomi gibi sınırlı meme amputasyonları yapılmaya başlanmıştır (20).

İlk uygulamaları 1940' lı yıllarda başlayan ve ameliyattan sonra memenin ışınlanmasını gerektiren meme koruyucu ameliyatlar o zamanki ışınlama tekniğinin komplikasyonları sonucu yaygın kullanım alanı bulamadı. Günümüzde Co 60 ve lineer akseleratör gibi mega voltaj ünitelerinin kullanım alanına geçmesi ile meme koruyucu ameliyatlar her yerde yaygın olarak uygulanmaya başlandı. Meme hastalıkları ile ilgili çalışmalar günümüzde de durmaksızın sürmekte; şifa veya uzun hastalıksız sağ kalım amaçlarından ödün vermeden, daha iyi kozmetik sonuç ve daha iyi yaşam kalitesi sunacak memeyi koruma, sınırlı rezeksiyon ve aksiller küraj, meme rekonstrüksiyonlarının aynı seansta uygulanması gibi modern görüşleri desteklemektedir (19).

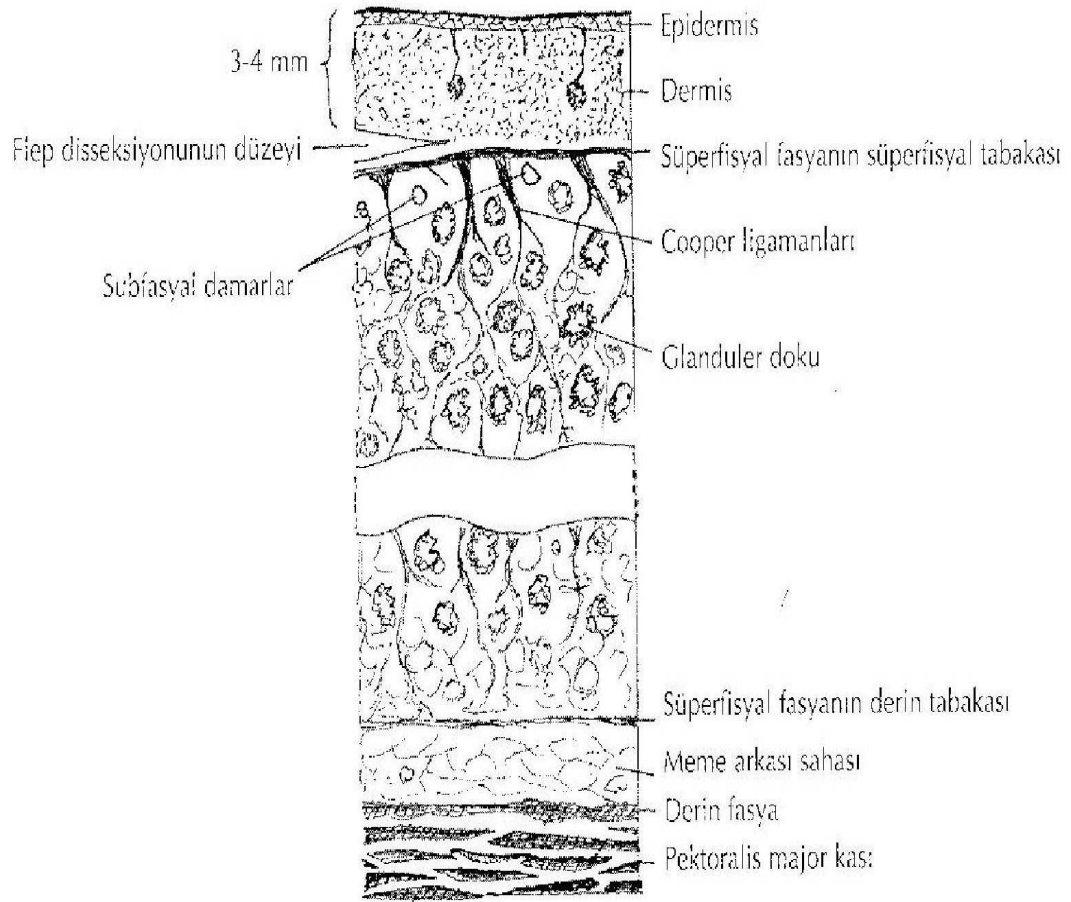
2. 2. MEMENİN ANATOMİSİ

Erişkin bir kadında meme glandı, genellikle ön göğüs duvarının yüzeyel pektoral fasyasının yüzeyel ve derin tabakaları arasında bulunur (21). Memeler 2. ile 7. kaburgalar arasında yer alırlar. İçte sternumun kenarından dışta ön ve orta aksiller çizgiye kadar uzanırlar. Memenin üst-dış kadranı diğer kadrana nazaran çok daha fazla glandüler elaman içerdiği için bu kadranda selim ve habis meme tümörleri daha sık görülür. Meme dokusunun koltuk altına doğru bir uzantısı vardır. Buna “Spence’ in aksiller kuyruğu” denilir. Bu yapı derin fasyayı Langer deliği olarak adlandırılan bir aralıktan geçerek aksillaya kadar uzanır. Memede oluşan tüm fizyolojik olaylar koltuk altı kuyruğunda da kendini gösterir(21).

Memenin yukarı aşağı çapı ortalama 10 -12 cm ve santral bölgede maksimum kalınlığı 5-7 cm' dir. Laktasyonda olmayan bir memenin ağırlığı 150 -200 gram, laktasyonda ise 400 -500 gram kadardır (21). Memenin çapları ve sınırları kadından kadına değişebileceği gibi aynı kadında gebelik, emzirme, şişmanlama, zayıflama ve yaşlılık nedeniyle farklılık gösterebilir. Memelerin hemen hemen orta bölümüne rastlayan kısmında meme başı ve areola bulunur. Bu bölge meme derisinden daha fazla pigment içerdiğinden rengi koyudur. Rengin koyuluğu östrojen seviyesinin yükselmesi ile artar (22).

Meme başlarında gelişmiş cilt papillaları ve yağ bezleri vardır. Kıl folikülü bulunmaz. Areolada ise kıl folikülleri, yağ bezleri ve aksesuar areolar bezler (Montgomery bezleri) bulunur. Montgomery bezleri areolada küçük kabartılar halinde görülürler. Meme glandı, aksillaya doğru uzanan kısmı hariç yüzeyel fasyanın yüzeyel ve derin tabakaları arasında bulunur (Şekil 1).

Şekil 1. Meme dokusunun tabakaları

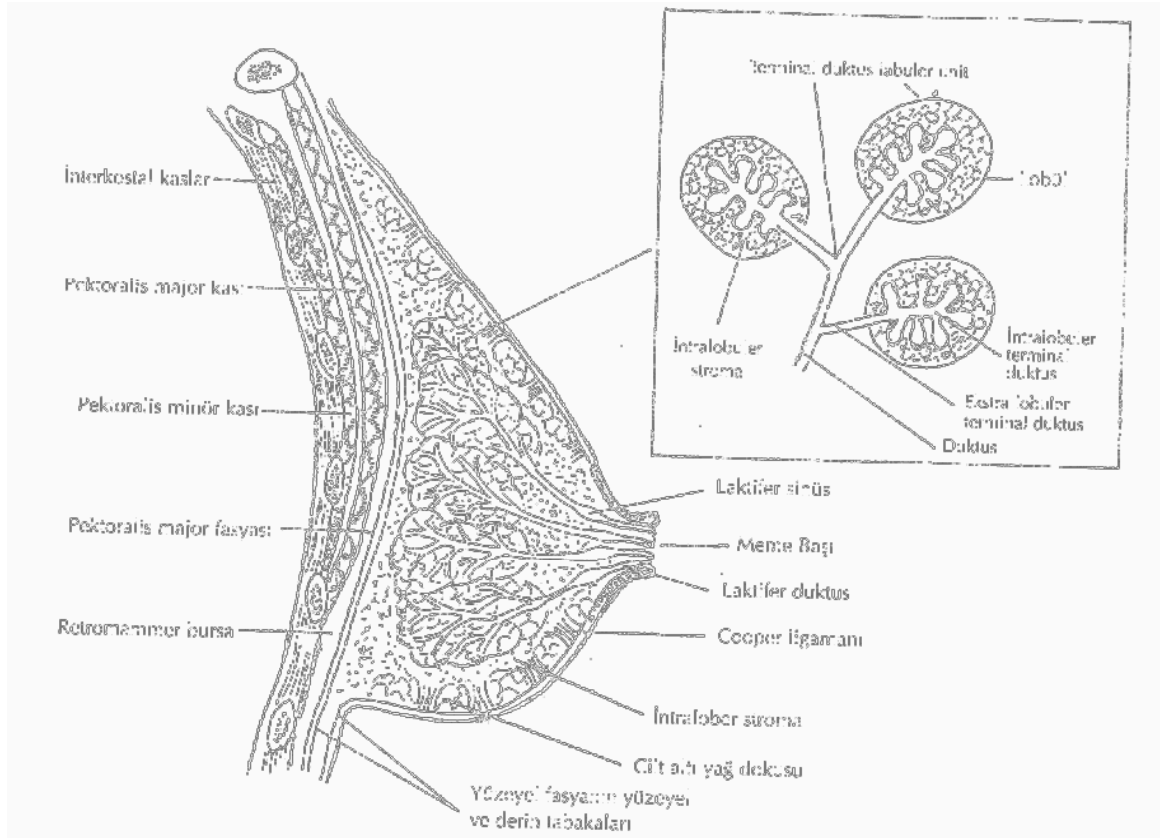


Memede meme dokusundan çevreye doğru uzanan dış gibi fibröz çıkıntılar mevcuttur. İlk defa Sir Astley Cooper tarafından tarif edildiği için bu fasial septalar Cooper ligamanları olarak isimlendirilmişlerdir (23). Bu ligamanlar yüzeyde; yüzeyel fasyanın yüzeyel tabakası ve cilde, derinde de yüzeyel fasyanın derin tabakasına ve pektoral fasyaya yapışıktır (24). Meme kanserinde hastalık ilerledikçe bu fibröz ligamanlarda kısalma ve anormal bir çekilme ortaya çıkar. Bu durum özellikle meme kanserinin önemli bulgularından biridir ve meme cildi retraksiyonu olarak isimlendirilir.

Gelişmiş meme; asinüsler, duktuslar ve stromal elamanlardan oluşmuştur. Asinüsler memenin salgı yapan birimidir. İçleri küboid veya silindirik epitel ile döşelidir. Dışı ise bağ dokusu, kan ve lenf damarları ile sarıdır. Asinüsler bir araya gelerek lobülüsleri, lobülüsler de lobları oluşturur. Epitelyal parankim ise her biri ayrı bir salgı kanalı ile meme başına açılan 15 -20 lobdan oluşur (21, 22, 25). Her lobda 20 -40 kadar lobül içerir. Yani her duktus bir meme lobunu ve 20 -40 kadar lobülü drene eder. Her bir lobülde toplayıcı duktus çevresinde gruplaşmış sayıları 10 ile 100 arasında değişen asinüsler bulunur. Lobüller meme glandının esas yapısal birimini oluştururlar. Genç

kadınlarda sayıları fazla ve büyük görünümündedirler. Menapozdan sonra ise lobüllerin sayısı azalır ve her biri yalnızca birkaç asini içeren küçük üniteler şekline dönüşürler. Memede süt kanalları sistemi asinüslerin birleşerek terminal duktus adı verilen bir kanala açılmasıyla başlar.

Şekil 2. Memede süt kanalları sistemi



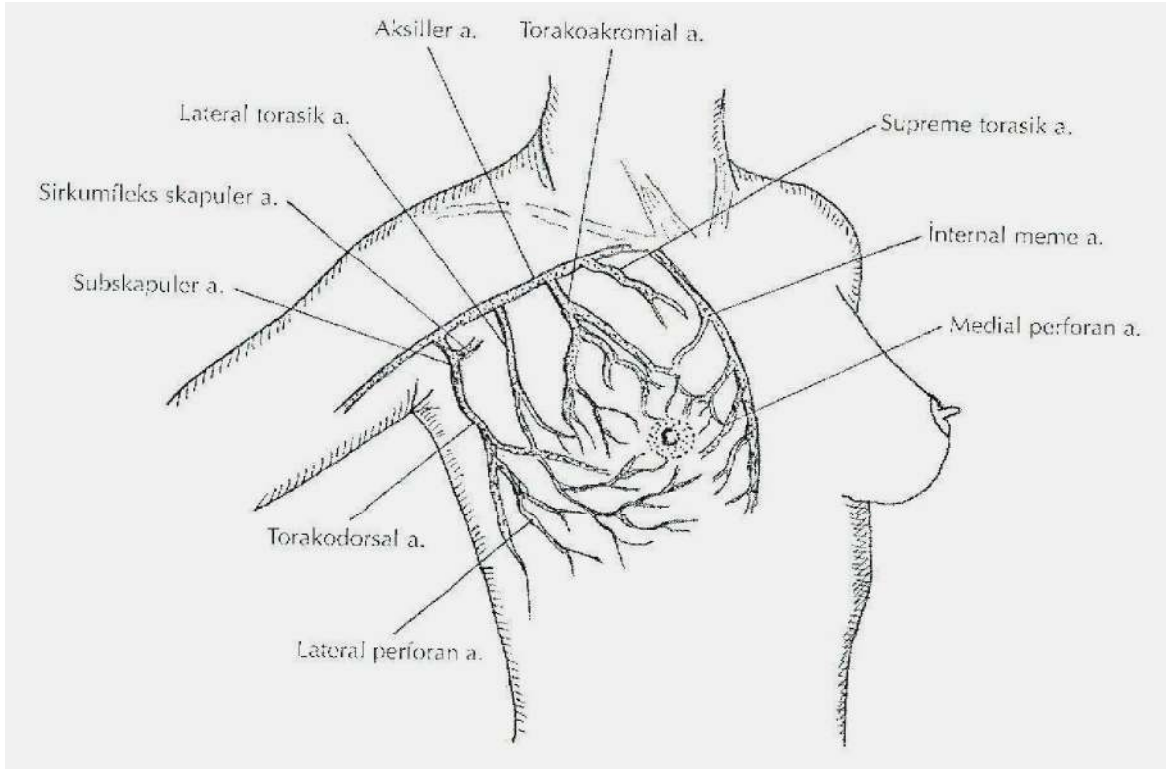
Terminal duktusun biri lobül içinde (intralobüler segment) ve diğeri lobül dışında (ekstralobüler segment) olmak üzere iki bölümü vardır (26). Birkaç lobülün terminal duktuslarının birleşmesi ile laktifer duktus oluşur. Bu duktuslar birbirlerine yaklaşıp meme başına doğru ilerler ve meme başının altında laktifer sinüs olarak isimlendirilen bir genişleme gösterirler. Bu laktifer sinüsler ampulla adı verilen çok katlı yassı epitelyum ile örtülü son kısım ile meme başından dışarı açılırlar. Aktif olmayan bir memede ampulla dökülmüş epitelyum hücrelerinin artıklarıyla doludur ve bunlar duktus ağzlarını tıkaç gibi kapatırlar. Her bir lobu drene eden laktifer duktusların çapı 2- 4 mm ve subareolar bölgedeki laktifer sinüslerin çapı da 5- 8 mm' dir (27).

2. 2. 1. Memenin arterleri ve venleri

Meme kanlanması iyi olan ve bir çok kaynaktan beslenen bir organdır. Memenin arteriyel kanlanmasını sağlayan damarlar ve bunların dalları şunlardır (21, 24, 28).

1. İnternal mamarian arterin ön perforan dalları (Subclavian arterin yan dalı).
2. Lateral torasik arter (Eksternal meme arteri) (Aksiller arterin dalı).
3. Torako akromial arterin pektoral dalı (Aksiller arterin dalı).
4. En üst torasik arter (Supreme torasik arter) (Aksiller arterin dalı).
5. Posterior interkostal arterlerin lateral dalları.
6. Subskapuler arter (Aksiller arterin en büyük dalı).
7. Torakodorsal arter (Şekil 3).

Şekil 3. Memenin arterleri



Memenin yaklaşık % 60' ı (özellikle medial ve santral kısımları) internal mamarian arterin ön perforan dalları ile beslenir. Subklavian arterin bir yan dalı olan internal mamarian arterin 1- 4. ön perforan dalları sternumun kenarı yakınında bulundukları interkostal aralıkların düzeyinde göğüs duvarını delerler ve pektoralis major kasını geçerek meme glandının iç kenarına ulaşırlar. Memenin yaklaşık % 30' u özellikle üst ve dış kadrantlar lateral torasik arterden kan alır. Bu arter aksiller arterin ikinci kısmından çıkar ve memenin lateral kısmına ulaşır. Torakoakromial arterin pektoral dalları da memenin kanlanmasında rol oynar. Torakoakromial arter pektoralis minörün üst kenarı

hizasında aksiller arterden çıkar. Aksiller arterin en üst torasik dalı (supreme torasik arter) genellikle göğüs duvarının kanını verir, ancak memeye giden dalları da mevcuttur. Posterior interkostal arterlerin lateral perforan dalları da memeye kan verirler (25).

Subskapuler arter; aksiller arterin en büyük dalıdır. Lateral göğüs duvarında aşağıya doğru ilerlerken torakodorsal arter adını alır. Bu arter latissimus dorsi ve serratus kaslarını besler. Mastektomi esnasında bu arteriyel dallarda ve onlara eşlik eden venlerde bir kanama olursa bunun kontrol edilmesi çok zor olacaktır. Bundan dolayı bu bölgeye “kanlı köşe” ismi verilmiştir. Torakodorsal arter memenin kanlanmasıyla önemli bir rol oynamaz; ancak sıklıkla metastaz içeren santral ve skapular lenf nodülleri ile çok yakın ilişkileri olduğundan aksiller diseksiyon sırasında bu artere dikkat edilmelidir.

Memenin venleri; arterlerin dağılımına uymakta ve onlara eşlik etmektedir. Meme venlerinin dağılımı ve özellikle yaptıkları anastomozlar metastatik karsinom embolilerinin de yolculuğunu dolayısıyla da meme kanserinin en sık metastaz yaptığı uzak organları belirler (24,27). Buna göre:

1. İnternal mamarian ven □ İnnominate ven □ V.C.S (Vena cava Superior)
□ Akciğer Kapiller Ağı
2. Aksiller ven □ İnnominate ven □ V.C.S. □ Akciğer kapiller ağı
3. İnterkostal venler □ Azigos venleri □ V.C.S. □ Akciğer Kapiller Ağı
4. İnterkostal venler □ Vertebral venöz pleksuslar □ Vertebra metastazları (29).

Batson teorisine göre kaydedilen bu son ilişki sonucunda; içinde kapakçık olmayan sistemde basıncın da düşük olması nedeniyle retrograd kan akımı kolayca oluşur. Böylece meme kanserindeki metastatik elemanlar vertebralarda retrograd olarak metastaza neden olabilirler.

2. 2. 2. Memenin sinirleri

Memenin duyuşal inervasyonu başlıkanser 2.- 6. interkostal sinirler ile sağlanır (27,30). Aksiller diseksiyon sırasında genelde skapuler ve santral lenf nodlarından geçerek yol aldığı için korunması pek mümkün olmayan torakodorsal sinirin esasen kesilmesinin de pek fazla sakıncası yoktur. Özellikle dikkat edilecek sinir ise serratus anterior kasını inerve eden nervus torasikus longus (Charles Bell siniri)' tur. Aksiller diseksiyon esnasında bu sinir korunmalıdır. Kesilmesi serratus anterior' un felcine ve “skapula alata” durumunun ortaya çıkmasına neden olur (24).

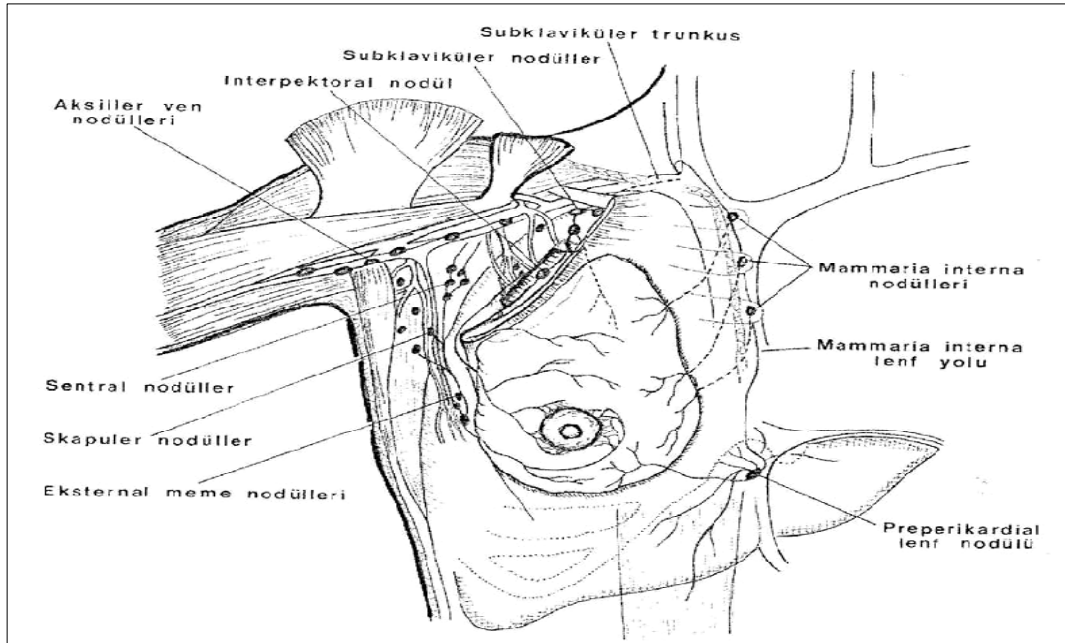
2. 2. 3. Memenin lenfatikleri [Lenf Nodülleri (LN)]

İki grup altında incelenebilir. Yüzeyel LN (Deri lenfatikleri) ve derin LN (Parankimal lenfatikler).

2. 2. 3. 1. Memenin Yüzeyel LN

Meme glandının üzerindeki derinin lenfatikleridir. Meme embriyolojik olarak ektodermden köken alır. Bundan dolayı lenfatik yapısı diğer bölgelerdeki deri eklerinininkine uymaktadır. Bu bölgede başlıca iki adet lenf ağı bulunmaktadır: Subepitelyal veya papiller peksus ve subdermal lenfatik peksus. Subepitelyal peksusda kapak yoktur ve lenf akımı herhangi bir yönde olabilir. Subdermal peksusda kapak mevcuttur ve akım tek yönlüdür. Areolanın altında subareolar peksus (Sappey peksusu) bulunur. Memenin yüzeyel lenfatikleri esas olarak derin lenfatikler vasıtası ile aksiller LN' na drene olurlar.

Şekil 4. Memenin derin lenfatikleri



2. 2. 4. Aksiller LN

Aksiller LN' leri memeden gelen lenf akımının en önemli çıkış bölgesini oluşturur. Aksiller lenfatik sistem bir bütün oluşturmaya karşın, tanıyı kolaylaştırmak ve meme kanserinin yayılma derecesini belirlemek amacıyla LN' leri altı gruba ayrılarak incelenebilir (31). Genellikle aksiller LN' lerinin sayısı 20 ila 40 arasında değişir (21).

2. 2. 4. 1. Eksternal meme LN

Lateral torasik damarlar ile birlikte pektoralis major kasının dış kenarının altında

bulunur. Bu LN' lerinden çıkan efferent lenfatikler büyük ölçüde santral LN' lerine ve kısmen de subklavikuler LN' lerine giderler.

2. 2. 4. 2. Skapuler LN

Bu nodüller subskapular venin aksiller trunkusa döküldüğü noktadan bu damarların latissimus dorsi kası ile birleştiği yere kadar ulaşır ve lateral göğüs duvarında bulunurlar. İnterkostobrakial sinir (2. interkostal sinir) ve latissimus dorsiye inerve eden torakodorsal sinir skapuler LN' lerin içinden geçerek seyrederler. Aksiler diseksiyon esnasında; bu sinirleri kendilerine komşu olan ve metastaz içermeye olası bulunan LN' lerinden ayırarak korumaya çalışmak gereksizdir. Zira sinirlerin ameliyat esnasında kesilmesi önemli bir sakatlığa neden olmaz (24).

2. 2. 4. 3. Santral LN

Aksillanın merkezindeki oldukça büyük LN' leridir. Bundan dolayı en kolay palpe edilebilen nodüllerdir. Çok defa diğer grupların lenf drenajı santral LN' lere olduğu için metastazlar da en sık bu nodüllerde oluşur (24).

2. 2. 4. 4. İnterpektoral (Roller) LN

Bu LN grubu 1- 4 lenf nodu içerir ve pektoralis major ve minör kasları arasında bulunurlar (24).

2. 2. 4. 5. Aksiller ven LN

Bu LN' ler aksiller venin distal kısmı boyunca ve bu venin iç tarafında veya arkasında bulunurlar. Aksiller diseksiyonda aksiller venin fasyal kılıfının çıkarılması uygulaması gereksizdir (24).

2. 2. 4. 6. Subklavikuler LN

Bu LN' ü grubu aksillanın en tepesinde torakoakromial venin çıkış noktasının hemen iç tarafında bulunur. Haagensen' e göre subklavikuler LN' lerinde metastaz varsa olgu "inoperabl" ve radikal bir ameliyat yapmak mümkün değildir (24). Subklavikuler LN' lerinden çıkan lenfatik damarlar arasında bağlantılar mevcuttur ve bunlar pleksus oluştururlar. Bu lenfatik pleksuslardan da bir veya daha fazla sayıda büyük lenfatik trunkus (Subklavikuler lenfatik trunkuslar) doğar (24).

2. 2. 5. Mamaria Interna Lenf Yolu

Mamaria interna lenf yolu diafragmanın üst yüzünün ön kısmında bulunan ön preperikardial LN' lerinden kaynağını alır (24). Preperikardial LN' lerine toplayıcı lenfatikler yoluyla aşağıdaki yerlerden lenf sıvısı gelir:

- a) Ligamentum falciparum yoluyla karaciğerin ön- üst kısmından
- b) Diyafragmanın ön kısmından
- c) Rektus abdominis kasının üst kısmından
- d) Rektus kılıfından
- e) Meme glandının alt- iç kadranından

Preperikardial LN' lerinden çıkan mamaria interna lenfatik trunkusları sternumun her iki yanında seyredererek yukarı doğru giderler. Memeden mamaria interna lenf yollarına giden esas lenfatikler memenin derin yüzünden ve meme glandının iç kısmından doğarlar. Bunlar pektoral fasya üzerinde bulunurlar veya bu fasyayı delerek pektoralis major kasına girerler. Perforan damarların dalları ile birlikte iç tarafa doğru seyrederler. İnterkostal aralıkların iç uçlarındaki mamaria interna LN' lerinde sonlanırlar (24).

2. 3. AKSİLLANIN ANATOMİSİ

Yüzleri birbirine eşit olmayan bir piramide benzetilebilir. Piramidin üç yüzü ve aksillayı kapatan cildin oluşturduğu bir de tabanı vardır. Piramidin tepesinde serviko aksiler kanal adı verilen bir açıklık bulunmaktadır. Boyun bölgesinden gelerek kola giden damar ve sinirler bu kanaldan geçerler. Piramid şeklindeki aksillanın tabanını, hemen cildin altında bulunan aksiller fasya yapar. Aksillanın ön duvarının cerrahi anatomi bakımından önemi büyüktür. Pektoralis major ve minör kasları ve bunların fasyaları bu duvarı oluşturur. Pektoralis minör kası kuvvetli bir fasya tabakası ile çevrelenmiştir. Kostokorokoid fasya olarak isimlendirilen bu yapı; aksillanın tam bir diseksiyonu için mutlaka kesilmelidir. Aksiller boşluğun iç duvarı; kaburgalar, interkostal kaslar ve serratus anterior kası tarafından oluşturulur. Aksillanın arka duvarı esas olarak subskapular ve latissimus dorsi kasları tarafından oluşturulur. Latissimus dorsi kası yalnız aksiller boşluğun arka duvarının bir kısmını oluşturması bakımından değil, aynı zamanda ön kenarının mastektomide aksiller diseksiyonun sınırını göstermesi bakımından önemli bir yapıdır (27).

2. 3. 1. Aksillanın İçindeki Yapılar

Aksiller damar sinir demeti, aksillanın tepesinden geçtikten sonra üst tarafta

ilerleyerek kola kadar gelir. Bu demetin içinde aksiller arter ve ven ile brakiyal pleksus bulunur. Brakiyal pleksusa ait elemanların meme ile fazla bir ilgileri yoktur. Buna karşın aksiler ven cerrahi açıdan çok önemlidir. Aksiler diseksiyon esnasında aksiller veni çevreleyen fibröz kılıfın ve bu kılıf içinde bulunan LN' lerinin birlikte çıkarılması gerekir. Aksiler ven aksiler arter ve sinir demetlerinden oldukça uzaktır. Aksillada brakiyal pleksustan iki önemli dal ayrılır. Bunlar serratus anterior kasına giden uzun torasik sinir ve latissimus dorsi kasına giden totakodorsal sinirdir. Serratus anterior kasına giden Bell siniri, aksillanın apeksinde, damar sinir demetinin arka tarafından brakiyal pleksustan ayrılır. Bu sinir aksiler diseksiyon esnasında dikkatli bir şekilde korunmalıdır. Sinirin kesilmesi serratus anterior kasının felcine ve “skanserpula alata” durumunun ortaya çıkmasına neden olur.

2. 4. MEME KANSERİNİN DOĞAL SEYRİ VE SINIFLANDIRILMASI

Günümüzde klinik çalışmalarda tedavi edilmeyen hastalardan kontrol grubu oluşturmak etik değerlerle bağdaşmamaktadır. Bu nedenle, çalışmalarda farklı tedavi yöntemleri birbirleri ile karşılaştırılmakta, tedavinin meme kanserinin doğal seyrine etkisi ise belirgin olarak ortaya konulamamaktadır. Lokal ve bölgesel tedavi şekillerinin gerçek etkilerinin belirlenebilmesi için öncelikle meme kanserinin sistemik bir hastalık olup olmadığına karar verilmelidir. Son birkaç yüzyıldır meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirilmesi, tedavi edilmemiş olgularla ilgili detaylı serilere sahip olmamızı engellemiştir. Uzun süreli takiplerde, istatistik anlamda küratif tedavi uygulandığı sanılan olguların dahi normal bir popülasyona göre daha yüksek bir mortalite riski taşıdıkları ortaya çıkmaktadır. Brinkley ve Haybitte; 1947 -1950 yılları arasında meme kanseri tanısı konarak tedavi edilen 704 olguyu en az 31 yıl takip etmişlerdir. Meme kanserli olguların sağ kalım eğrisi normal popülasyonun sağ kalım eğrisi ile hiçbir dönemde paralel seyir göstermemektedir. Tedaviden 25 yıl sonra dahi meme kanserinde görülen mortalite normal popülasyonda beklenenin 15 kat üzerindedir (32).

Meme kanserinin palpe edilebilir bir büyüklüğe ulaşması için (yaklaşık 10 mm) ya da mamografik olarak saptanabilmesi için (yaklaşık 3 -5 mm) geçen sürede tümör 28 - 29 eksponensiyel bölünmeye uğramaktadır. Tümör 1 mm³’ lük hacime ulaştığında tümör hücrelerinin hematojen yolla yayılmaya başladığı da bildirilmektedir (33). Tarama yöntemleriyle yakalanan tümörlerin yavaş büyüyen tümörler olduğu, prognozlarının ise tanısız gecikmelerden çok da fazla etkilenmediği düşünülmektedir. Buna karşın çok hızlı büyüyen agresif tümörler iki tarama zamanı arasındaki sürede dahi oldukça ileri evrelere

ulaşabilirler. Meme kanserinde tümör boyutunun iki kat artması için geçen süre (doubling time) 50 günden kısa veya 500 günden uzun olabilmektedir. Erken olarak saptandığı düşünülen tümörlerin bile ortalama 6 -10 yıllık bir geçmişe sahip olduğu bilinmektedir (1).

2. 4. 1. Kanser hücrelerinin meme içinde yayılması

Meme parankimine doğrudan infiltrasyon yoluyla veya meme duktusları boyunca veya meme lenfatikleri aracılığıyla gerçekleşir. Kanser in  evre dokuya direkt infiltrasyonu sıklıkla sivri uzantılar şeklinde dir. Bu durum mamografik görüntülerde veya makroskopik kesitlerde karakteristik yıldızvari (spiküler) görünümünü kazanmasına neden olur. Farklı duktuslardaki yayılımın tek bir kanser odağından mı geliştiği yoksa yaygın olarak bulunan in situ duktal karsinom odaklarının invaziv kanserler şekline mi dönüştüğü henüz aydınlık kazanmamıştır.

Kanser in meme dokusundaki yerleşimi kadranslara göre tanımlanmaktadır. Altıy z doksanaltı olguluk bir seride tümörlerin %48' inin üst dış kadranda, %15' inin üst i  kadranda, %11' inin alt dış kadranda, %6' sının alt i  kadranda ve %17' sinin de santral bölgede (areola ve çevresindeki 1 cm' lik alan) yerleştiği bildirilmiştir. Geriye kalan %3' l k grup ise multisentrik olmaları veya tümörün tüm memeyi kaplaması nedeniyle diffüz olarak tanımlanmıştır. Tümörün sıklıkla üst dış kadranda bulunmasının nedeni bu kadrandaki meme dokusu hacminin büyüklüğüne bağlanmaktadır. Primer tümörün lokalizasyonu ve prognoz arasındaki ilişki çok daha büyük serilerde de araştırılmıştır (National Survey of Amerikanser n College of Surgeons 1978 ve National Surgikanserl Adjuvant Breast Project) (35). Her iki çalışmadaki benzer sonuçlara göre aksilla metastazı bulunmayan olgularda dış kadranslardaki tümörlerde prognoz, i  kadrandaki aynı büyüklükteki tümörlere göre daha iyidir. Bu durum i  kadranslardaki tümörlerin mamaria interna lenf bezi grubuna metastaz eğiliminde oldukları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Aksilla metastazı bulunan olgularda ise prognozda farklılık görülmemiştir. Meme kanserinin bölgesel olarak en sık yayıldığı lenf bezleri mamaria interna LN ve supraklavikuler bölge LN dır. Bu bölgedeki tutulumların iyi bilinmesi hem evreleme hemde tedavi yöntemlerinin planlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

2. 4. 2. Aksilla LN

Memenin lenfatik drenajının büyük bir kısmı aksiller LN aracılığıyla gerçekleşmektedir. Fizik muayenede palpe edilecek boyutlara ulaşmış tümörü bulunan olguların yaklaşık %50' sinde aksiller LN tutulumunun da bulunduğu histolojik olarak belirlenmiştir. Aksilla metastazı olasılığı primer tümörün boyutu ile direkt olarak ilişkilidir. Primer tümör ne kadar büyükse, aksilla metastazı riski de o derece fazladır.

Fisher ve ark. (35) dış kadranlardaki tümörlerde aksilla metastazı oranını %52, iç kadranlardakini ise %39 olarak bildirmişlerdir. Bu durum iç taraftaki tümörlerin bir kısmının mamaria interna LN metastaz yaptığı şeklinde yorumlanmaktadır.

2. 4. 3. Mamaria interna LN

Meme kanserinin metastaz yaptığı ikinci LN grubudur. Bu lenfatik zincir interkostal aralıkların ön uçlarında ve internal torasik arterin yanlarında yer almaktadır. Toraks içinde bulunmaları ve klinik belirti vermemeleri nedeniyle bu gruba olan metastazlar aksilladaki kadar kolay saptanmazlar (37).

2. 4. 4. Supraklavikuler LN

Supraklavikuler LN metastazları, yaygın aksilla LN tutulumu ile birlikte seyretmektedir. Rutin supraklavikuler LN diseksiyon uygulanan bir hasta grubunda aksilla LN pozitif olguların %18' inde supraklavikuler LN metastaz saptanmış, aksilla LN negatif olgulardan hiçbirinde supraklavikuler LN metastaz görülmemiştir (36).

Supraklavikuler LN metastazlar yaygın aksilla LN tutulumunu takiben ortaya çıkmakta ve prognozun kötü olduğunu göstermektedir. Bu nedenle yeni evreleme sistemlerine göre supraklavikuler LN metastazlar M1 olarak değerlendirilmektedir (37).

2. 4. 5. Uzak metastazlar

Meme kanseri pek çok organa metastaz yapabilmektedir. Çeşitli otopsi serilerinde bazı farklılıklar görülmekle birlikte en sık tutulan organlar kemik, akciğer ve karaciğerdir (38 -40). Klinik belirti veren metastazlar çok uzun bir zaman sonra dahi ortaya çıkabilmektedir. İlk tanıdan 10 -15 yıl sonra görülmeleri nadir değildir. Tüm metastazlı olgular bakıldığında tedaviden metastaza kadar geçen süre ortalama olarak 42 ay civarındadır. Bu süreç tümörü 8,5 cm ve daha büyük olan hastalarda 4 ay kadar bulunmuştur. Tümör ne kadar küçükse, uzak metastaz o denli geç ortaya çıkmaktadır.

2. 4. 6. Meme Kanserinin Evrelemesi

Meme kanserinde evreleme yalnızca hastaya hangi tedavinin seçileceği ve prognozun nasıl olacağı konusunda bilgi vermekle kalmaz. Aynı zamanda farklı tedavi tiplerinin kıyaslanmasında da imkan sağlar. Hastalığın anatomik yayılımını esas alarak fizik muayene, çeşitli labaratuvar parametreleri ve görüntüleme yöntemlerine göre belirlenen klinik evreleme hastalarda prognoz hakkında her zaman en doğru bilgiyi vermemektedir. Zira klinik evreleme tümörün hormon reseptör durumu, grade' i ve büyüme hızı göstergeleri gibi önemli prognoz ölçütlerini içermemektedir. Oysa cerrahi olarak çıkartılan materyalin incelenmesi ile yapılan patolojik evreleme gerçekte prognoz tayininde daha değerlidir. Başlangıçta meme kanserinin evrelemesi çok daha basit bir yöntemle;

- Lokalize hastalık
- Bölgesel lenf düğümü tutulumu
- Uzak metastaz şeklinde yapılmaktaydı.

Günümüzde bile cerrahlar arasında bu tarzda bir ayırıma gidilebilmektedir. Bugünkü kriterlerimize uygun ilk klinik evrelemeyi Steintal 1905' te tanımlamış ve meme kanserini bölgesel anatomik yayılımına göre üç gruba ayırmıştır. Fakat tamamen klinik değerlendirmeye dayalı bu sınıflama invaziv ve non invaziv tümörleri ayıramaması ve erken evre kanserlerde tümör büyüklüğünün prognostik değerini gözardı ettiği için eleştirilmiştir. Bu nedenle 1960' lardan itibaren hem çeşitli merkezlerin farklı tedavi yöntemlerinin kıyaslanması hem de standart bir yaklaşımın belirlenebilmesi için TNM sınıflaması kullanıma girmiştir. Bin dokuzyüz yetmiş yedi ve 1992' de bazı değişiklikler yapılarak bugün dünyada oldukça yaygın kullanılan TNM sınıflamasında T harfi primer tümör boyutunu, N bölgesel LN' larını, M ise uzak metastazı temsil etmektedir (41 -44) (Tablo 1).

Tablo 1. Meme kanserinde TNM sınıflaması

EVRELER	TÜMÖR BOYUTU	LENF NODU DURUMU	METASTAZ
EVRE 0	Tis	N0	M0
EVRE 1	T1	N0	M0
EVRE 2 A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
EVRE 2 B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
EVRE 3 A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
EVRE 3 B	T4	N (HERHANGİ)	M0
	T (HERHANGİ)	N3	M0
EVRE 4	T (HERHANGİ)	N (HERHANGİ)	M1

Tablo 2. TNM sınıflamasına göre evreler

Tx: Primer tümör değerlendirilemiyor

T0: Primer tümöre ait bulgular yok

Tis: _insitu karsinom, intraduktal karsinom,lobuler karsinoma in situ; ya da tümörsüz meme basının Paget hastalığı

T1: Tümör 0 ila 2 cm arasında

T1mic: Mikroinvazyon tümör 0,1 cm'den küçük

T1a : Tümör 0,1-0,5 cm arasında

T1b : Tümör 0,5-1 cm arasındaT1c : Tümör 1-2 cm arasında

T2: Tümör 2-5 cm arasında

T3: Tümör 5 cm'den fazla

T4: Herhangi bir boyuttaki tümör

T4a : Göğüs duvarına yayılım

T4b : Ödem (peau d' orange dahil), cilt ülserasyonu, ya da ipsilateral memede sınırlı satellit cilt nodülleri

T4c : 4a + 4b

T4d : İnflamatuar meme kanseri

BÖLGESEL LENF NODLARI (N)

Nx : Bölgesel nodlar değerlendirilemiyor (Daha önce çıkartılmış olanlar da dahil)

N0 : Bölgesel nod metastazı yok

N1 : Mobil ipsilateral aksiller lenf nodlarına metastaz ; meme içi, infraklaviküler ve “Rotter” nodları dahil

N2 : Bir diğerine ya da diğer yapılara fikse “konglomere” ipsilateral aksiller lenf nodlarına metastaz

N3 : Ipsilateral internal mamarian lenf nodlarına metastaz

LENF NODLARININ PATOLOJİK SINIFLAMASI (pN)

pNx : Bölgesel nodlar değerlendirilemiyor (Daha önce çıkartılmış olanlar da dahil)

pN0 : Bölgesel nod metastazı yok

pN1 : Mobil ipsilateral aksiller lenf nodlarına metastaz

pN1a : Yalnızkanser mikrometastazlar 0,2 cm’den küçük

pN1b : Nodlara metastazlar 0,2 cm’den büyük

pN1bi : 1-3 noda yayılım

pN1bii : 4 veya daha fazla nodlara metastaz

pN1biii : 2 cm’den küçük nodlarda ekstrakapsüler invazyon

pN1biv : En büyük boyutuyla 2 cm’den fazla noda yayılım

pN2 : Bir diğerine ya da diğer yapılara fikse (konglomere) ipsilateral aksiller lenf nodlarına metastaz

pN3 : Ipsilateral internal mamarian lenf nodlarına metastaz

UZAK METASTAZ

M0 : Uzak metastaz yok

M1 : Uzak metastaz var (Ipsilateral supraklaviküler, servikal ya da kontrateral internal mamarian lenf nodlarına yayılım)

2. 4. 6. 1. TNM

Tümör boyutu (T): Primer tümör değerlendirilmesi fizik muayene, mamografi ve ultrasonografi ile yapılabilir. Fizik muayenede aşikar tümör saptansada, mamografi yapılmalı ve hem aynı hemde karşı memede gizli başka kanser varlığı araştırılmalıdır. Fizik muayenede saptanan tümör çapı ile patolojik incelemede belirlenen gerçek tümör çapının aynı olma oranı %54 iken görüntüleme yöntemleri kıyaslandığında bu oran %59 dur (45).

Bölgesel lenf düğümü metastazı olasılığı, nüks ve ölüm oranlarının tümör çapı ile doğrudan bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Özellikle LN tutulumu negatif olan olgularda hayatta kalımda primer tümörün çapı çok önemli bir prognostik belirleyici haline gelmektedir. T1a tümörlerde aksiller LN metastazı riski %8 iken T1b tümörlerde bu risk %12' ye çıkmaktadır (45).

Tümör boyutunun LN tutulumundan bağımsız olarak prognoz üzerinde etkili olduğu gözlenmektedir. Tümör çapı 1 cm' nin altında olan LN tutulumu negatif hastalarda 10 yıllık sağ kalım oranları %90 veya daha iyidir. Oysa çapı 2 -4 cm arasındaki tümörlerde bu oran yaklaşık %55' tir.

Bölgesel LN (N): Evrelendirme için bölgesel LN değerlendirilmesi yalnızca fizik muayene ile yapılır. İnvaziv kanserli hastalarda tutulan aksiller LN sayısı hayatta kalımdaki en önemli prognostik belirleyicidir. On yıllık sağ kalım oranı aksiller LN tutulumu negatif olgularda %65 iken, 4 ya da daha fazla LN tutulumu olan olgularda bu oran %15' tir. Ayrıca level 3' te çapı 2cm' den daha büyük metastatik LN olması prognozu daha kötü hale getirmektedir.

Eskiden komplet aksiller disseksiyon amacıyla level 1, 2 ve 3 LN tamamı çıkarılmaya çalışılırken günümüzde artık bunun gereksiz olduğu ve toplam on adet LN çıkarılmasının yeterli olduğu düşünülmektedir. Günümüzde aksiller mikrometastazların belirlenmesinde geleneksel hemotoksilen eozin boyama tekniklerinin yanısıra sitokeratin gibi immünohistokimyasal teknikler ve polimeraz zincir reaksiyonuna bakılması gibi yöntemlere de başvurulmaktadır (46).

Son yıllarda baştan komplet aksiller disseksiyon yapmak yerine vital mavi boya ya da gama kamera kullanılarak yapılan sentinel lenf düğümü haritalaması ve buna göre komplet aksiler disseksiyon yapıp yapmama kararının alınması bu girişimin yaratabileceği morbiditeden hastayı sakınmak açısından da giderek klinik kullanıma girmektedir.

Meme kanseri saptanan her olguda aksiller LN ve memenin iç kadranlarında yerleşen tümörlerde mamaria interna LN grubunun ultrasonografi ile değerlendirilme önerisi kabul görmemiştir. Zira tüm operabl meme kanserlerinde nasıl olsa aksiller disseksiyon yapılmaktadır ve bu sayede de patolojik değerlendirme ile LN tutulumu hiç yanılmadan saptanabilmektedir (46). Klinik evrelemede dikkate alınacak bazı özel durumlar şunlardır: Makroskopik incelemede rezeksiyon sınırında tümör saptanırsa primer tümörün genişliği değerlendirilemediğinden bu durum Tx olarak kabul edilir. Mamografi ile saptanmış non palpabl tümörlerde mamogram üzerinde kitlenin en büyük çapı ölçülmeli ve biopsi sonrasında uygun bir T kategorisi belirlenmelidir. Multipl, ipsilateral, invaziv simultane kanserler olduğu zaman T boyutu için en büyük çaplı tümör esas alınmalıdır. Simultane bilateral kanserler ayrı ayrı evrelendirilmelidir. Tümörün deriye doğrudan yayılımı dışında meme başı çekintisi ve derinin içe doğru çökmesi gibi faktörler T evrelemesini değiştirmez. T evresini değiştirerek T4b düzeyine getiren cilt değişiklikleri ise portakal kabuğu şeklindeki ödem, ülserasyon, derinin fiksasyonu ya da derideki satellit lezyonlardır. İnflamatuvar karsinomda altta palpabl kitle bulunsun ya da bulunmasın deride ortaya çıkan endurasyon ve erimatöz değişiklikler T4d bulgusu olarak kabul edilmektedir. Kitle yada invaziv kanser olmadığında meme başının Paget hastalığı Tis olarak kabul edilir. Kitle olduğunda ise evreleme bu tümörün boyutuna göre yapılır. Göğüs duvarı tutulumu ile kastedilen pektoral kasların tutulumu değil, kostaların, interkostal kasların ve anterior serratus kaslarının tutulumudur(46).

Metastaz (M): Meme kanseri saptanan hastalarda klinik evrelemenin bir parçası olarak uzak metastaz aranmasının nasıl yapılacağına dair sorulara klinik pratikte farklı yanıtlar verilmektedir. Görüş birliği olan bir nokta invaziv olmayan tümörlerde uzak metastaz aranmasına gerek olmadığıdır. Meme kanserleri en sık kemik metastazı yapar. ancak erken evre meme kanserlerinde kemik metastazı oranı son derece düşüktür. Ayrıca kemik metastazlarının en erken saptanabileceği oldukça duyarlı ama özgün olmayan bir yöntemdir. Şayet sintigrafide aktivite farklılığı yaratan kemik lezyonları varsa o zaman direkt radyografi, tomografi ya da MR' a başvurulabilir. Meme kanserinin akciğer ve plevra metastazları sıklıkla asemptomatikken akciğer radyografisinde parankimal dansite artışı veya plevral effüzyon biçiminde saptanırlar. Meme kanserinde karaciğer metastazı klinikte az görülen ama otopside sık rastlanılan bir bulgudur. Metastazların saptanmasında enzim düzeyi ölçümünün değeri yoktur.

Rutin klinik uygulamada invaziv meme kanserlerinde metastaz olasılığı çok yüksek olmasa da akciğer radyografisi, üst abdomen ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi yapılmaktadır. Bunun amacı yalnızca klinik evrelemeyi mutlak bir doğrulukla yapmak değil, aynı zamanda tedavi sonrası ortaya çıkabilecek patolojilerin karşılaştırılabilmesidir. Daha seyrek görülen olası metastaz alanları ise ankanserk klinik varsa taranmaktadır. Örneğin nörolojik belirtileri olan hastalarda nöroloji ve beyin cerrahisi incelemesi ve gerektiğinde ileri tetkiki uygundur (46).

2. 4. 7. Meme kanserinde prognostik faktörler

Meme kanserinde tanıdan sonraki doğal seyir hastalar arasında farklılıklar göstermektedir. Aynı tümör çapına sahip olan ve takip edilen hastalardan bazılarında tümör nüksü çok kısa sürede ortaya çıkmakta iken diğerleri sağlıklı olarak yaşamaya devam etmektedir. Bundan dolayı meme kanseri olan hastalardaki bu klinik ve biyolojik davranış farklılıklarını ve hastalığın hızla gelişebileceği yüksek risk grubunu belirlemek için prognostik faktörler kullanılır. Bunlar: Tümör çapı

- Aksiller LN tutulumu
- Histolojik tümör tipi, histolojik grade
- Hormon reseptörleri (Östrojen ve Progesteron reseptörleri)
- Tümör proliferasyon hızı (mitoz sayısı, timidin işaretleme indeksi, S- faz reaksiyonu, immün histokimyasal işaretleyiciler)
- Moleküler prognostik faktörler (enzimler, cerb- B2, onkosüpresör genler)

Bunlardan bazılarının (tümör çapı, axiller LN tutulumu, tümörün histolojik özellikleri, hormon reseptörleri) prognoz belirlemedeki rolü çok iyi bilinmesine rağmen; bazıları (c-erb B2, tümör baskılayıcı genler) ise henüz araştırılmaktadır.

Tümör çapı: Tümör çapı meme kanserinde nüks riski ve özellikle LN negatif hastalarda adjuvan tedavi seçimi için önemli ve güvenilir bir prognostik faktördür (47). Tümör çapının klinik, radyolojik ve patolojik ölçümleri arasında büyük çelişkiler saptanabilmektedir. Bu nedenle patolojik ölçümlerin gerçek tümör çapını daha iyi yansıttığı ve esas alınması gerektiği vurgulanmıştır (48). Tümör çapı aksiller LN tutulumunu da etkiler. Çap büyüdükçe aksiller LN tutulumun yanında tutulan LN sayısında da artış söz konusudur. Aksiller LN tutulum gösteren küçük çaplı tümörlerin prognozu, büyük çaplı olanlara göre daha iyidir. Tüm LN tutulum kategorilerinde tümör çapı büyüdükçe yaşam süresi kısalmaktadır (49).

Özellikle aksiller tutulum göstermeyen primer meme tümörlü hastalarda tümörün meme içindeki lokalizasyonu da prognostik önem taşımaktadır. Medial tümörlere göre lateral lokalizasyonlu tümörlerin aksiller metastaz yapma olasılığı daha fazladır. Tümör çapı, tümör dinamiği yanında tanıda gecikmeyi de ifade eder. Tümörlerin büyüdükçe agresif olma özelliği yanısıra daha agresif oldukları içinde çabuk büyümeleri söz konusudur.

Aksiller LN tutulumu: Günümüzde meme kanserinin prognozunu belirleyen en önemli faktör aksiller LN' nin metastaz içerip içermediği, eğer içeriyorsa tutulan LN' nin sayısıdır (50). Aksiller LN' larında metastaz yoksa 10 yıllık hastalıksız yaşam süresi %70-80 arasındadır. Bu oran aksilla LN pozitif olan hastalarda % 30' lara kadar düşer (51,52). Birçok klinik çalışmada aksiller LN tutulumuna göre hastalar, negatif nod, 1-3 pozitif nod veya 4 ile daha fazla pozitif nod gibi gruplara ayrılmıştır. Araştırmaların hemen tamamında hastalığın seyri ve tutulan nod sayısı arasında direkt bir ilişki saptanmıştır (53). İnvaziv tümörlerin aksine, in-situ (non-invaziv tümörlerde) aksiller tutulum oranı çok düşüktür (%2 -3 oranında). Hastaların yaşam süreleri ile tutulan nod sayısı arasında sıkı bir ilişki vardır. Tutulan nod sayısı arttıkça prognoz kötüleşmektedir. Hastalıksız yaşam süresinin de tutulan nod sayısı ile ilişkisi vardır. Aksilla LN negatif olan hastalarda 10 yılda nüks oranı %20 iken, 4 veya daha fazla nod pozitif olanlarda nüks %71' dir. Onüç veya daha fazla sayıda nod pozitifliği nüksü %87' ye çıkarmaktadır. Bu bilgilere dayanarak denilebilir ki tutulan nod sayısı arttıkça tedavide başarısızlık oranı da artmaktadır (54). Ayrıca LN tutulumu tümörün büyüklüğü ile ilgilidir. Tümör çapı büyüdükçe tutulum riski artar. Nodal tutulumun, tümör reseptör durumu ve proliferasyon ölçümü gibi biyolojik işaretleyicilerden bağımsız olduğu, dolayısıyla tümörün kronolojik yaşı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür (55). Aksillada yaygın tutulum olan olgularda hastalık nüks olasılığı yüksek olmakla kalmayıp, tutulum göstermeyenlere göre çok daha erken görülmektedir (56). Çok sayıda nodal tutulum gösteren olguların hastalıksız yaşam süresinin kısalmasının (erken nüks) daha süratli tümör büyümesi veya ameliyatta geride tümör bırakma olasılığındaki fazlalıktan ya da her iki nedenden birden olabileceği gösterilmiştir (56).

Aksiller diseksiyon materyali, mastektomi yapılan hastalarda meme ile birlikte; meme koruyucu cerrahi yapılanlarda ise aksilla üzerine uygulanan ayrı bir kesi ile çıkarılır. Pektoralis minör kasının dış yanındaki (Level 1) ve arkasındaki (Level 2) LN' nin çıkarılması aksiller diseksiyon için yeterlidir. Bu işlemle 10 tane LN' nin çıkarılması ve değerlendirilmesi aksilla tutulumu konusunda yeterli bilgileri sağlamaktadır. Aksillada Level 1 düzeyindeki LN' nda metastaz yok ise; Level 2 ve Level 3' e metastaz olması riski

(skip metastaz) çok düşüktür (%1.3 -5). Aksillanın tam diseksiyonu (Level 1, 2, 3 ile birlikte) hastanın sağ kalımını çok fazla etkilememektedir. Bununla birlikte tam diseksiyon yapılan hastalarda birlikte radyoterapi de almış ise kol ödemi riski %36' ya ulaşmaktadır. Kesin bir evreleme için her ne kadar aksiller diseksiyon gerekli ise de gerekmeyen hallerde yapılması morbiditeyi arttırmaktadır (50). Evreleme için gerekli diseksiyon genişliği nodal tutulumun olup olmadığını saptamak veya tutulan nod sayısını belirlemeye yöneliktir. Bunun için gerekli hallerde Level 1 ve Level 2 seviyelerinde yapılacak diseksiyonun, skip metastaz oranını % 2 -3 düşürdüğü ve yeterli prognostik bilgi verebileceği görüşü yaygındır .(57)

Aksiller evrelemede güvenilirlik bakımından en az 10 nod diseke etmenin gerekliliği vurgulanmıştır. Ancak sentinel nod biopsi tekniğinin cerrahi pratikte yerini bulmasıyla birlikte aksiler diseksiyon hakkındaki klasik görüşlerde değişim eğilimine girmeye başlamıştır. Bu görüşe göre meme kanser hücreleri anatomik bir sırayla aksiler LN tutmakta yani genelde önceleri tümör yatağını drene eden 1 -3 nod tutulmakta sonra diğerlerine geçmektedir. Bu nedenle sentinel nod pozitif olan olgularda diğerlerinin de pozitif olma olasılığı doğar. Sentinel nodların negatif olması halinde rutin aksiller diseksiyondan vazgeçilebilir.(58) Histolojik olarak aksillası negatif olgularda sağkalım için en iyi prognostik gösterge tümörün büyüklüğüdür.

Histolojik tümör tipi ve prognoz: Günümüzde meme karsinomlarının histopatolojik tipleri için dünyada tek bir sınıflama sistemi bulunmamakla birlikte genelde Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflaması farklı merkezlerde değiştirilerek kullanılmaktadır (59).

İnvaziv Duktal Karsinom: Herhangi bir özel tip morfoloji göstermeyen tüm invaziv karsinomlar bu gruba alınır. Bu nedenle duktal karsinoma tanısı genellikle diğerlerinin ekarte edilmesi ile konur. Memenin duktus epitelinden gelişen tümörlerdir. Tüm invaziv meme karsinomlarının % 47- 75' ini oluştururlar. En büyük oran Amerika Birleşik Devletlerinde görülürken, en düşük oran Japonya' da bildirilmektedir. Morfolojik olarak duktal karsinomalar geniş bir grup içermekte olup bazıları yoğun bir stromal reaksiyon ile birlikte oldukları için sert kıvamlı ve çevreye infiltre görünümde kitleler oluştururlar. Histolojik olarak değişik derecelerdeki duktal elemanlar veya stromayı infiltre eden kordon yapılarından oluşmaktadırlar.

İnvaziv lobuler karsinom: İnvaziv lobuler karsinomların sıklığı %2-15 arasında değişmektedir (59,60). Bu tümörler duktal karsinomlar gibi düzensiz sınırlı olabileceği gibi palpasyonla iyi sınırlı kitleler de oluşturabilir. Oldukça yüksek oranda bilateral olma eğiliminde olup senkron (%3) yada metakron (%20) gelişebilirler (61). Klasik tipte lobuler karsinomlar ile invaziv duktal karsinomların prognozu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmektedir(60,61).

Prognozu iyi olan özel tipte meme karsinomları:

Tubuler Karsinom; Tüm meme karsinomlarının %2' sini, mamografi ile tespit edilenlerin %8 -20' sini oluşturur (62,63).

İnvaziv Kribriiform Karsinom; Küçük, düzenli epitelyal hücrelerin adacık oluşturması ile karakterli olup, aksiller LN metastazı ve nüks oranları invaziv duktal karsinomlara göre anlamlı şekilde daha azdır.

Müsinöz Karsinom; Tüm meme karsinomlarının %1 -6' sını oluşturmakta olup genelde daha ileri yaşta görülürler (63). Mikroskopide stromada geniş müsin göletleri içinde yüzen iyi diferansiye tümör hücre grupları bulunur. Sekretuar Karsinom; İlk olarak çocuklarda tanımlanmış olmakla birlikte erişkinde de tüm yaşlarda bildirilmektedir (64). Çocuklarda iyi gidişli iyi diferansiye malignitelerdir.

Prognozu Kötü Olan Özel Tipte Meme Karsinomları: Metaplastik Karsinom; farklı derecede diferansiyasyon gösteren epitelyal ve sarkomatöz komponentlerin bir arada bulunması ile karakterize heterojen bir gruptur. Tüm meme karsinomlarının %0,5' inden azdır.

Taşlı Yüzük Hücreli Karsinom; Dünya Sağlık Örgütü tarafından ayrı bir grup olarak sınıflanmamıştır. Sıklıkla lobuler karsinomlara eşlik edebilir. Pür formları oldukça agresif bir klinik gidiş göstermektedir. Peritoneal ve serozal yüzeylere metastaz sıktır (65,66).

İnflamatuvar Meme Karsinomu; görülme oranı %1 -3 arasındadır. En agresif meme karsinomu olduğu düşünülmektedir. Daha çok post menopozal dönemde görülür. Klinik olarak memede diffüz genişleme ve deride eritemle birlikte ağrı hassasiyet ve lokal ısı artışı görülür.

Lipid-rich Karsinom; agresif gidişli nadir bir tümördür (67). Genelde tanı konduğunda aksiller lenf nodu tutulumu mevcuttur.

Meduller Karsinom; tüm invaziv karsinomaların %5 -7' sini oluşturan bu grubun önceleri çok iyi prognozlu olduğu düşünülmekteydi (68). Ancak son çalışmalar sağkalımın kötü olduğunu göstermektedir. Genelde az diferansiye invaziv duktal karsinoma göre daha iyi seyirli olduklarını belirten çalışmalar nedeniyle orta dereceli prognoz gösteren grupta yer alırlar (69,70).

2. 4. 7. 1. Meme kanserinde hormonal reseptörler ve prognoz

Reseptör, bir hormona özel noktalarda bağlanarak, hormon-reseptör kompleksi oluşturan ve onun bilinen fizyolojik etkilerinden sorumlu; onları düzenleyen, intrasellüler ya da membran proteini niteliğindeki molekül ya da moleküllerdir. Östrojen ve progesteron reseptörleri; intrasellüler proteinler olup, konsantrasyon değişimine bağlı olarak, dolaşımdan hücre içine alınarak, hormon molekülüne seçici olarak bağlanır ve hormon reseptör kompleksini oluştururlar. Aktive olan hormon–reseptör kompleksi, spesifik olarak, nükleus içindeki hormon yanıt elemanları olarak isimlendirilen kısa DNA sekanslarına bağlanır ve fizyolojik hormon aktivitesini sağlayan transkripsiyonu gerçekleştirirler (71,72). Östrojen ve progesteron reseptörlerinin hücre içinde nükleus ve sitozolde lokalize olduğu gösterilmiştir. Ultrasüruktürel olarak ise hormon reseptörlerinin nükleus içinde kromatin serpintileri arasında ya da nükleus membranının yakınında yer aldığı belirlenmiştir (73).

Meme kanserlerinde, östrojen ve progesteron hormonları mutajenik ve promotor etki yapmaktadır. Östrojen hormonunun mutajenik etkisi reseptörler tarafından düzenlenmektedir. Kültür çalışmalarında da fonksiyonel östrojen reseptörü taşıyan meme kanser hücrelerinde mutajenik etkisi kanıtlanmıştır (74).

Östrojen ve progesteron reseptörlerinin dokularda varlığını belirlemek için immunhistokimyasal, histokimyasal, biyokimyasal, otoradyografi gibi yöntemler bulunmaktadır. Immunhistokimyasal ve biyokimyasal yöntemlerin reseptör durumunu saptamada benzer sonuçlar verdiği, anksersk immunhistokimyasal yöntemin seçici ve topografik üstünlüğü bulunduğu, prognoz yönünden daha yol gösterici olduğu belirtilmiştir (75,76).

Immunhistokimyasal yöntemlerde, rutin olarak antiöstradiol antikoru kullanılır (60). ER ve PR nükleer boyanma yapar. %30' dan fazla boyanma sınır değeri olarak kabul edilir. Bazı ekoller pozitifliği %5, bazıları da %10' dan fazla boyanma olarak kabul etmektedir. Başta meme ve endometrium karsinomu olmak üzere, bir grup neoplastik hastalıkta östrojen ve progesteron reseptörlerinin prognostik önemi belirlenmiştir. ER ve

PR pozitif tümörler hormonal sağaltıma yanıt verir ve daha iyi prognoz gösterirler (61). Primer meme kanserlerinin ortalama %55 -65' i ve meme kanseri metastazlarının yaklaşık %45 -55' i ER pozitifdir (76). Primer ve metastatik meme kanserlerinin yaklaşık %45 -60' ı PR pozitifdir (76). ER ve PR pozitifliği postmenopozal dönemde, premenopozal dönemden daha fazladır. ER pozitif tümörlerde, hormon sağaltımına %55 -60, ER negatif tümörlerde ise %8 yanıt alınmaktadır. Hem ER hem de PR pozitif tümörlerde hormonal sağaltıma yanıt %75 -80' e ulaşmaktadır (60). ER, evre 1 ve 2 meme kanserlerinde, sağkalım ve hastalıksız sağkalım ile ilgili bulunmuş PR' nin ise sağkalım için ER' den daha belirleyici olduğu belirtilmiştir (76). ER ve PR, meme kanserlerinde bağımsız prognostik faktördür(78).

C-erb B2 onkoproteini: Yapısal olarak epidermal büyüme faktörü (EGF) reseptörüne benzerlik gösteren protein ürünü tirozin kinaz aktivitesi gösterir. Yapılmış olan çalışmalar neu onkogeninin hücre proliferasyon ve diferansiasyonunun önemli bir medyatörü olduğunu göstermiştir (79). Bu gen 17. kromozomda lokalizedir. C-erb B2 pozitifliği, yüksek histolojik grade, ER ve PR negatif, LN pozitif ve yüksek proliferasyon oranı gösteren meme kanserinde karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak sağ kalımda bir azalma ile c-erb B2 pozitifliği arasında bir ilişki mevcuttur. Bu ilişkiyi daha spesifik hasta gruplarında çalışıp saptayamamış çalışmalarda olmasına rağmen c-erb B2' nin amplifikasyonu yada ekspresyonunun agresif meme kanserlerinde daha sık görüldüğü söylenebilmiştir. Bu arada konservatif tedaviden sonra gelişen lokal nüks ile c-erb B2 ilişkisi araştırılmış, lokal nüks oranının c-erb B2 pozitif tümörlerde negatiflere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. C-erb B2 değişikliklerini gösterebilmek için moleküler ve immünohistokimyasal yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bu metodlar tam olarak standardize edilememiş ve hangilerinin daha üstün olduğu konusunda henüz tam olarak fikir birliğine varılamamıştır. FISH(fluresence in situ hybridization), prob (tikanserri olarak üretilmiş ve baz dizisi bilinen florokrom işaretli DNA parçaları) ile hastaya ait DNA' nın kendi ortamında, kromozom yapısı bozulmadan hibridizasyonu temeline dayanan moleküler sitogenetik bir yöntemdir. IHC(immunhistokimyasal) yöntemde; IHC olarak parafin bloklardan hazırlanan preparatlar, c-erb B2 spesifik antikor ile muamele edildikten sonra özel kitler kullanılarak tayin edilmektedir. Bu sistem ile c-erb B2 ekspresyonu 0' dan 3' e kadar (0=ekspresyon yok, 1=az ekspresyon, 2=orta ekspresyon, 3=yüksek ekspresyon) belirlenmektedir. FISH tekniği IHC tekniğine nazaran daha kantitatif sonuçlar sağlamakta, laboratuvarlar arası farklılığı ve subjektifliği ortadan kaldırmakta, ancak oldukça pahalı ve her laboratuvarında yapılamamaktadır. IHC ve FISH

yöntemleri %80 aynı sonuçları vermektedir (80,81). Sonuç olarak; c-erb B2' nin prognostik (tedaviden bağımsız) ve prediktif (tedaviye bağımlı) sonuçlarının önemini ortaya koyabilmek için daha fazla çalışmaya gerek vardır

Meme Kanseri: Erken Tanıda Kullanılan Tarama Yöntemleri

Meme kanserinden olan ölümlerin önlenmesi ve hastalığa yakalananların erken evrede teşhis edilip tedavi olanağına kavuşabilmeleri için; memede ortaya çıkan belirtilere dikkat edilmesi önem taşımaktadır. Belirtilerin erken evrede teşhis olanağının yükseltilebilmesi için; Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Klinik Meme Muayenesi (KMM) yapılması, mamografi çektirilmesi ve gerekli görüldüğü hallerde de ultrasonografi ile manyetik rezonans gibi ilave tarama yöntemlerinin kullanımına özen gösterilmesi gerekmektedir (82).

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanmasının en önemli nedeni; meme kanserinin tarama yöntemlerine ve tedaviden sonra yapılan kontrol programlarına bağlı olarak mortalitesi ve morbiditesi azaltılma olasılığı bulunan birkaç kanser türünden biri olmasıdır. Buna ek olarak, meme kanserinin erken safhada teşhis edilmesi daha başarılı tedavi şansının elde edilmesini de beraberinde getirmektedir (82).

Meme kanseri vakalarının birçoğunun engellenemez bir özellik taşıması, meme kanserinden olan ölümlerin önlenmesi ve memenin alınması ile sonuçlanan ameliyatların azaltılması yönündeki beklentiler, hastalığın erken dönemde teşhis ve tedavi edilmesini sağlayan tarama yöntemlerinin kullanılmasını önemli stratejilerden biri haline getirmiştir. Her yıl dünya genelinde birçok kadının meme kanseri nedeni ile hayatını kaybettiği düşünüldüğünde, sözü edilen bu üç tarama yönteminin kullanılmasının meme kanserinden olan ölümlerin azaltılması konusunda ne kadar etkili olduğu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte sağlık kaynaklarının artan maliyeti de, meme kanserinde önleyici ve erken tanıya yönelik çabaların gerçekleştirilmesini gündeme getirmiştir. Tarama yöntemlerinin en önemli faydası; hastalıkların, dönem dönem yapılan taramalar sonucunda teşhis edilmesine ve hayatta kalma olasılığının yüksek olmasına imkan tanımasıdır. Tarama yöntemleri kanseri henüz başlangıç aşamasında yakaladıkları için de son derece faydalı olarak nitelendirilmektedir(82).

Batı ülkelerine bakıldığında; sivil toplum örgütlerinin çalışmaları ve hükümetlerin sağlık politikaları sonucu, meme kanseri ile ilgili toplum bilincinin oldukça yüksek bir seviyeye geldiği ve bunun sonucunda da meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin yaygınlık kazandığı ifade edilmektedir. Bunun aksine erken tanı ve tarama yöntemlerinden uzak olan ve bu yöntemleri kullanmayan kadınların büyük birçoğunda, uygulanakanserik tedavi seçeneklerinin de fazla olmadığına altı çizilmektedir (82)

1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılması

KKMM, meme kanseri tarama yöntemleri arasında yer alan ve yapılması önerilen bir yöntemdir. Bu önerinin altında yatan en önemli neden, düzenli olarak yapılan meme muayenesinin, meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesine yardımcı olakanserığı yönünde görüşlerin olmasıdır. Bu nedenle her bilinçli kadının KKMM yapmayı öğrenmesi ve bu muayeneyi düzenli olarak uygulamayı alışkanlık haline getirmesi önerilmekte ve bu bakış açısı ile KKMM önemli bir sağlık alışkanlığı ve davranışı olarak nitelendirilmektedir. Literatürde gerek iyi gerekse kötü huylu meme kitlelerinin %80,0'ının, kadınlar tarafından ya tesadüfen (duş alırken, giyinirken), ya da bilinçli olarak yapılan KKMM'nde keşfedildiğine işaret edilmektedir (82). Bununla birlikte tesadüfen keşfedilen kitlelerin genellikle büyük kitleler olduğu, usulüne uygun olarak yapılan KKMM sonucunda ise, daha ufak çaptaki kitleleri ve meme kanserine işaret edebilecek bazı bulguları keşfetme imkanı doğan kanseri ifade edilmektedir. KKMM usulünü kavrayarak aylık olarak uygulandığında, erken tanındığında tedavi şansı yüksek olan bu kanser türü ile başa çıkma şansının yüksek olacağına değinilmektedir (Anna ve Purdy, 2003).

Yukarıda ifade edilen bu görüşlerden farklı olarak, literatürde KKMM'nin faydası konusunda da farklı kuruluşlar tarafından yapılan farklı görüşlerin olduğu görülmektedir. Buna göre; Amerikan Kanseri Derneği (Amerikan Kanseri Society-ACS), Amerikan Tıp Birliği (The Amerikanerin Medikanseril Association-AMA), Amerikan Jinekologlar Koleji (The Amerikanerin College of Obstetricians and Gynecologist -ACOG), ve Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (The Amerikanerin Akanseridemy of Family Physicians-AAFP) tarafından KKMM yapılması gerektiği yönünde öneriler bulunurken, Kanada Koruyucu Sağlık Hizmetleri Görev Gücü (The Kanserinadian Task Force on Preventive Health Kanserire-CTFPHC) ise, 2001 yılı için hazırladığı raporunda, hekimlere 40-69 yaşlarındaki kadınlara KKMM yapmayı öğretmemelerini tavsiye etmektedir.

Hekimlere bu tarz tavsiyelerde bulunulmasının en önemli nedeni, KKMM yapan kadınların ellerine gelen ama kanser olmayan her türlü kitle sonucunda hekime başvurmaları ve kitlenin türünü belirlemek amacı ile yapılan biyopsiler sonucunda da maliyetlerin yükselmesidir .Ancak KKMM dışında başka herhangi bir tarama yönteminin kullanılma imkanının olmadığı durumlar açısından değerlendirildiğinde, bu yöntemin kadınlar açısından taşıdığı önem ortaya çıkmakta ve etkili bir tarama yöntemi olarak nitelendirilmesinin mümkün olabileceğine işaret edilmektedir (82).

Düzenli olarak KKMM yapılması, kadının memesinin normalde nasıl olması gerektiği konusunda fikir sahibi olmasına, normal durumun ne olduğunu öğrenmesine ve herhangi bir değişiklik gelişince kısa sürede belirlenmesine imkan tanımaktadır. Meme muayenesi için en uygun zaman, adet gören kadınlar için adetinin bitiminden sonraki ikinci ya da üçüncü gün olarak belirtilmekte ve 20 yaşından itibaren her ay düzenli olarak bu muayenenin gerçekleştirilmesi beklenmektedir. Adet görmeyen kadınların ise, ayın belirli bir gününü seçip her ay gün atlamaksızın KKMM yapmaları tavsiye edilmektedir. Diğer tarama yöntemlerinde hekimlere başvurulması gerekirken, KKMM’nde böyle bir durum söz konusu olmamakta, bu muayene, sağlık merkezleri ve hizmet sunucuları ile kurulan ilişkilerin dışında kalmakta ve kadınların kendi kontrolleri altında olan bir yöntem olarak nitelendirilmektedir.

Kendi kendine meme muayenesinin üç ayrı aşaması vardır. Bunlar ;

- ☐ Memelerin gözle değerlendirilmesi,
- ☐ Memelerin yatar pozisyonda elle değerlendirilmesi,
- ☐ Memelerin ayakta elle değerlendirilmesi.

Memelerin Gözle Değerlendirilmesi

KKMM yapılmasının ilk aşaması memelerin gözle değerlendirilmesi olarak ifade edilmekte ve bunun için de iyi aydınlatılmış bir odada muayeneye başlanması gerektiğine işaret edilmektedir. Bu değerlendirme yönteminde; memelerde belirgin şişlik, meme ucunun içe doğru çekilmesi, meme başında şekil ve renk değişiklikleri, kızarıklık, yüzeysel damarlarda önceden varolmayan bir belirginleşme hali veya ciltte "portakal kabuğu" görünümüne benzeyen bulguların olup olmadığına bakılmaktadır.

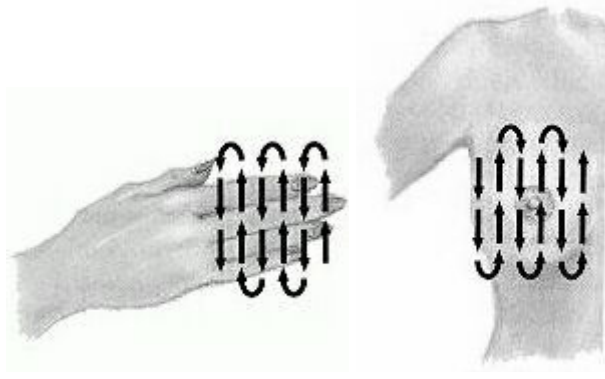


Şekil 5 a. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memelerin Eller Kalçalarda İken gözlemlenmesi (82)

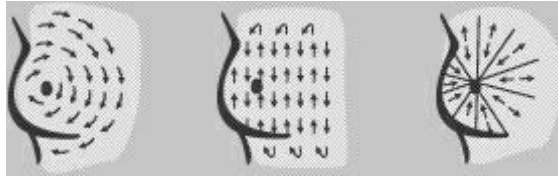


Şekil 5 b. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Memelerin Eller Havada İken Gözlemlenmesi (82).

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



Şekil 5 c. Elle Muayenede Yukarıdan Aşağı - Aşağıdan Yukarı Tarama Yöntemi (82)



Şekil 5 d. Elle Muayenede Farklı Tarama Yöntemleri (82)

Memelerin Yatar Pozisyonda Elle Değerlendirilmesi

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



Şekil 5 e: Yatar Pozisyonda Elle Muayenede Sağ Memenin Değerlendirilmesi.(82)

Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi

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



Şekil 5 f. Memelerin Ayakta Elle Değerlendirilmesi.(82)

2. Klinik Meme Muayenesi Yapılması

KKMM, meme kanserinin erken teşhisinde kullanılan tek yöntem değildir. Daha önce de ifade edildiği gibi, bu yönteme ek olarak her yetişkin kadının düzenli olarak, KMM yaptırmasının ve mamografi çekirtmesinin büyük önem taşıdığına işaret edilmektedir. Literatürde hem hekim veya hemşire tarafından yapılan meme muayenesinin hem de mamografi çektirilmesinin, meme kanserinden meydana gelen ölüm oranlarının azaltılmasında etkili olabileceği yönünde bilgiler bulunmaktadır. Bununla birlikte meme kanseri ile ilgili rehber yayınlayan kuruluşlar tarafından; KMM yaptırma yaşı ve tarama aralıkları konusunda geniş ve birbirinden farklı önerilerin geliştirildiği görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında genel kabul gören görüşe göre; kadınlardan yaşları 20 ile 39 arasında olanların her 3 yılda 1, 40 ve daha yukarı olanların ise, yıllık olarak bu muayeneyi olmaları tavsiye edilmektedir (82)

Memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlar ile kadınlardan yaşı genç olanlarda mamografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği durumlarda, mamografinin etkisi sınırlı olakanserliği için, KMM yapılmasının olumlu sonuçlar vereceğine işaret edilmektedir. Ayrıkanserli yukarıda ifade edilen nedenlerden dolayı yanıltıcı olabilecek mamografi sonuçlarının kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin KMM ile ortadan kaldırılabilmesi de düşünülmektedir.. Bu nedenle düzenli olarak KMM yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle de meme kanserinin erken evrelerde teşhis edilme imkanının doğakanserliği belirtilmektedir (82)

3. Mamografi Çektirilmesi

Mamografi, memenin radyolojik olarak x-ışını ile görüntülenmesi şeklinde tanımlanmakta ve memenin yapısını ortaya koymaktadır. Mamografi, meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesinin iyi ve doğru bir yolu olarak ifade edilmekte ve bu yöntem, rutin tarama tetkiki olarak kabul edilmektedir. Mamografinin, meme kanserine bağlı olarak ortaya çıkan ölümlerin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunun altı çizilmekte ve bu oranın da %30.0 ila %40.0 arasında değiştiği ifade edilmektedir . Bu düşünceden hareketle, Amerikan Kanser Derneği-AKD (Amerikan Kanser Derneği-Kanser Sıradışı Hastalıkları Derneği) tarafından da kadınların 40 yaşından itibaren düzenli olarak mamografi çektirmeleri tavsiye edilmektedir (82). Bununla birlikte ailede meme kanseri görülen ve risk altında bulunan kadınların, hekim tarafından bu yaşlardan daha önce kontrol altına alınıp, izlenmesi mümkün olabilmektedir. Meme için yapılmış özel aygıtlar ile memenin filmlerinin çekilmesi olarak ifade edilen mamografi tarama amaçlı ve teşhis amaçlı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tarama amaçlı mamografide, her iki memenin üstten ve yandan filmleri çekilmekte, gerek duyulması halinde değişik pozisyonlarda ek filmler istenmektedir. Bu yöntem kısaca “kanser taraması veya tarama amaçlı mamografi” şeklinde ifade edilmektedir. Tarama amaçlı mamografinin en önemli faydası, meme kanserini erken safhada yakalayıp tedavi edilmesini sağlayarak bu hastalıktan olan ölümlerin azaltılabilmesidir. Meme kanserinin görülme sıklığının yaştan yükselmesi ile birlikte artması; bilim çevrelerinde yıllık düzenli mamografi taramasının hayat kurtarıcı olduğu yönünde fikir birliğine varılmasına da yardımcı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi’nce (The World Health Organization’s International Agency for Research on Cancer-IARC) yapılan ve toplam 11 ülkeden 24 uzmanın katıldığı toplantı sonucunda, tarama amaçlı mamografinin meme kanserinden olan ölümlerin azaltılmasında oldukça etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışma programı tarafından meme kanseri tarama programları değerlendirilmiş ve özellikle yaşları 50-69 arasında olan kadınların meme kanserinden olan ölümlerinin %35.0 oranında azaltıldığına dikkat çekilmiştir (82).

Bunun dışında memede kitle ve ağrı, meme başı akıntısı gibi semptomlara sahip olan kişilere, erken evre meme kanseri teşhisi konulan kişiler ile, tarama mamografisi yapılması sırasında anormal bulguların bulunduğu kişilere de hekimin tavsiye etmesi üzerine mamografi çekilebilmekte bu yöntem de “teşhis amaçlı mamografi” olarak ifade edilmektedir . Teşhis amaçlı olarak çekilen bu mamografi sonucunda şüpheli bir bulgu olması durumunda meme ultrasonografisi yapılmakta ve tespit edilen kitlenin kist (içi sıvı

dolu kitle) olup olmadığı araştırılmaktadır. Memedeki kitlenin kist olmadığı anlaşıldığında ise, bu kitleden iğne ile parça alınıp inceleme yapılmaktadır ki bu yönteme de “biyopsi” adı verilmektedir. Bir kimsenin meme kanserine yakalanıp yakalanmadığı konusundaki kesin sonu kanseri da biyopsi yöntemi sayesinde ulaşılmaktadır. Özel bir röntgen tekniği olarak nitelendirilen mamografinin en önemli avantajı, kanser olarak ifade edilebilecek olan memede meydana gelen değişiklikleri, fiziksel semptomların ortaya çıkmasından çok daha önce belirleyebilmesidir. Bu durumda da erken dönemde teşhis edilen meme kanserinde, tümörün boyutu küçük olacağı gibi metastaz riski de azalacaktır . Ancak bununla birlikte unutulmaması gereken bir diğer nokta da, mamografinin bazı kanserleri gözden kaçırmaması nedeni ile her zaman mükemmel olarak nitelendirilemeyeceğidir. Bu nedenle hekimler, zaman zaman mamografide bulunan değişikliklerin kanser olup olmadığını belirleyebilmek için düzenli mamografiye ilave olarak birtakım testlerin yapılmasını da tavsiye etmektedir. Ayrıca 35 yaşın altındaki kadınların meme yapısının daha yoğun olması nedeni ile memede meydana gelen değişiklikleri belirlemede yetersiz kalan mamografi genellikle 35 yaşın üzerindeki kadınlar için uygun bir yöntem olarak ifade edilmektedir. Birtakım kısıtlılıklarına rağmen mamografi, meme kanserinden olan ölümlerin azaltılmasında oldukça faydalı ve etkili bir araç olarak tanımlanmaktadır .(82)

Çektirilen mamografilerden maksimum faydanın sağlanabilmesi için, mamografi çektilmesinden kısa bir süre önce, KMM yapılması tavsiye edilmektedir. Bu durum, yapılacak olan taramaların güvenilirliğini yükseltmesi açısından da ayrıca bir önem taşımaktadır. Bu noktada belirtilmesi gereken bir diğer konu da, mamografinin direkt olarak kanser yaptığına yönelik kanıtların yetersiz olmakla birlikte; yoğun radyasyona maruz kalınmasının, mamografi çekiminin olması gerekenden daha sık yaptırılmasının hipotetik olarak kadınlar için tehlikeli olabileceğidir. Meme kanserinin erken tanısında önemli bir yere sahip olan ve KKMM, KMM yapılması ve mamografi çektilmesi şeklinde ifade edilen bu tarama yöntemlerinin dışında; meme kanserine yakalanma açısından yüksek risk grubunda olan kadınlara yönelik ilave tarama stratejilerinin geliştirilmesi de söz konusu olmuştur. (82)

3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışmada 2012 Aralık -2014 Temmuz tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran 100 Meme kanserli hasta incelendi. Hedef popülasyon; anketin yapılmasından önce 6 ay içerisinde 18 yaş ve üstündeki Meme Kanser tanısı almış, tedavisi alan kadınlardır. Çalışmanın amacı doğrultusunda hastalara bilgi vermek amaçlı görüşmeler düzenlendi. Hastaların onamı alındı, Hastalar çalışma anketini doldurdu. Anket 4 bölüm ve 25 sorudan oluşmaktaydı (hasta ve sistem ilişkili faktörler, demografik veriler ve kanser evresinin değerlendirilmesi) . (Anket çalışmasının soruları ‘Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies’ adlı çalışmadan alınmıştır) (83). Hasta ilişkili faktör hakkındaki sorular içerisinde tanı yöntemi, başlangıç semptomları ve doktora ilk başvuru süresi yer almaktaydı. Sistem ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla hastalara belirli bir tanı ve tedavi süreci basamak şeklinde uygulandı ve her bir basamak arasındaki süre aralıklarının uzunluğu değerlendirildi. Demografik verilerin toplanmasının yanında mammografi tarama programlarının kullanılabilirliği ve uygulanması; mammografi ile taramaya katılım ve ücretsiz mamografi çekirme gibi sorularla değerlendirilmiştir.

Hasta gecikme zamanı (HGZ) semptomların ilk görülme zamanı ile ilk doktor başvurusu arasındaki süre olarak kabul edildi, Sistem gecikme zamanı (SGZ) ise ilk doktor başvurusu ile tedavinin başlaması arasındaki süre olarak kabul edildi. Total gecikme zamanı (TGZ) belirlenmesinde 8 skala kullanıldı, bunlardan biri hasta gecikmesi ile ilgiliyken 7 si tanı sürecindeki sonraki aşamalarla ilgiliydi, TGZ; HGZ ve SGZ ‘nın toplamıydı.

ANKET

Meme kanseri hastalarında tanı ve tedavide gecikmenin nedenlerine ve kapsamına ilişkin çalışma

Hasta No:

Tarih

Bu araştırma çalışması, meme kanseri tanı ve tedavisindeki önemli aşamalar için zaman aralıklarının uzunluğunu ve gecikmenin göze çarpan belirleyicilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ankete katılım tamamen gizlidir ve yanıt verenlerin cevapları,gelecekteki meme kanseri hastalarının iyileşme şansını artıracak çözümler sunma açısından,ulusal sağlık hizmetleri sistemini daha iyi anlamamıza büyük ölçüde yardımcı olacaktır.

Bölüm 1:Hastayla ilgili faktörler

S.1:Aşağıda listelenen seçeneklerin hangisi tanı için bir tıp uzmanına gittiğiniz sırada meme kanserinizin bulunduğu durumu en iyi şekilde açıklıyor? lütfen yalnızca en uygun cevabı seçiniz.

- Mememde bir sorun olduğunun farkında değildim. Periyodik tıbbi check-up sırasında veya başka bir nedenle doktora gittiğimde bir yumru(veya başka semptomlar) tespit edildi.
- Mememde bir sorun olduğunun farkında değildim. Tesadüfen bir mamografi muayenesi sırasında yumru(veya başka semptomlar) tespit edildi.
- Bulguları kendim saptadım ve muayene olmak için tıp uzmanını ziyaret etmeye karar verdim

Birinci veya ikinci cevabı seçtiyseniz lütfen 8. Soruya geçin; aksi taktirde 2. Soruyu cevaplayın.

S.2 :Meme kanserinin ilk fark ettiğiniz semptomu neydi?Lütfen yalnızca en uygun cevabı işaretleyin.

- a)memede yumru b) meme ağrısı c) meme başı veya deri değişiklikleri
- d) meme başında akıntı e)diğer semptomlar(lütfen belirtin)

S.3: Bir tıp uzmanını ziyaret etmeden önce başka semptomlar da ortaya çıktı mı? Lütfen yalnızca en uygun cevabı işaretleyin.

- a)memede yumru
- b) meme ağrısı
- c) meme başı veya deri değişiklikleri
- d) meme başında akıntı
- e)diğer semptomlar(lütfen belirtin)

S.4:Kanser semptomlarını ilk saptadığınız andan itibaren muayene için tıp uzmanını ziyaret etmenize kadar ne kadar zaman geçti?

>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	-------------	-----------

S.5:Memnizde fark ettiğiniz sorunları muayene ettirmek için ilk gittiğiniz doktorun uzmanlık alanı neydi?

a)Pratisyen hekim/aile doktoru b)jinekolog c)onkolog d) dahiliye e) genel cerrah f)diğer

S.6:Özel hastaneye mi, devlet hastanesine mi gittiniz?

a) özel b)devlet

S.7:Meme kanseri semptomlarını saptadığınız andan itibaren tıbbi tanı konulana kadar geçen süredeki duygu ve davranışlarınız için geçerli olabilecek birçok ifade aşağıda listelenmiştir. lütfen her ifadeye katılma derecenizi işaretleyiniz, bunların durumunuzu ne düzeyde açıkladığını belirtiniz.

İfade	Kesinlikle katlıyorum	katlıyorum	Tercihen katlıyorum	Tercihen katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Kanser belirtileri açısından memelerimi düzenli olarak kontrol etmiştim						
Kanser semptomlarını memelerimi kontrol ederken farkettim						
İlk başta semptomların kanser belirtisi olduğunu anlamadım;ciddi bir şey olmadığını ve tıbbi müdahale olmadan yakında düzeleceğini düşündüm						
Semptomların iyi huylu meme sorunlarıyla ilişkili olabileceğini düşündüm						
Bunun ciddi bir şey, hatta kanser olabileceğini hemen anladım						
Semptomları keşfettikten hemen sonra güvendiğim bir kişiye bunları anlattım(,anne,baba,çocuk,arkadaş v.s)						
Semptomları anlattığım kişi tarafından doktora gitmeye ikna edildim.						
Mememdeki sorunları fark ettikten sonra bu konuda çok fazla düşünmemeye çalıştım.						
İlk başta tıbbi yardıma başvurmaya zamanım yoktu.						
Semptomların keşfi ,bu konuyu saplantılı şekilde düşünmeme yol açtı.						
Olası kanser belirtilerini saptadıktan sonra,olası sonuçlarından aşırı derecede korktum.						
Bunun meme kanseri olabileceğinden çok korktum.						
Meme kanseri tedavisinin başarılı olabileceğine inanmadım.						
Doktora gitmek genelde iyi bir deneyim değil.						

S.8:Arkadaşınızın bir ay kadar önce memelerinden birinde bazı olağandışı değişiklikler fark ettiğini ,ancak şimdiye kadar doktora gitmediğini öğrendiğinizi hayal edin.Bu gecikmenin temel nedeni sizce ne olabilir?

.....

.....

.....

S.9:Birinci derece yakın akrabalarınızdan birinde (kızınız,kız kardeşiniz,anneniz,büyükanneniz) aşağıdaki kanser türleri var mıdır?

a) meme kanseri b) yumurtalık kanseri c) diğer kanser türleri

Bölüm 2:Sağlık sistemi ile ilgili faktörler

S.10:Aşağıdaki tabloda, bir meme kanseri hastasına uygulanan tipik tanı ve tedavi işlemlerinin ardışık aşamalarını görebilirsiniz.

İlk olarak ,’’uygun’’ veya ‘’uygun değil’’ kutularından birini işaretleyerek kişisel olarak hangi aşamalardan geçtiğinizi lütfen belirtin. Ardından, lütfen size ardışık aşamalar arasındaki zaman aralıklarının uzunluğu konusunda bilgi verin.Cevaplarınızı,her aşamanın hemen altındaki ‘’uygun ’’ zaman ölçeğini kullanarak işaretleyin. Her ölçek, hemen üsteki aşama ile bir altaki ‘’uygun ’’ aşama arasındaki zaman aralıklarını belirleyecektir.Örneğin,aşama 3’ün uygun olmadığı belirtilmisse ,bu durumda aşama 2’nin altındaki ölçek,aşama 2’ ile aşama 4 (aşama 4’ün uygun olduğu varsayılırsa) arasında geçen süreyi belirtecektir.

Aşama 1: Birinci sağlık kuruluşundan veya hastaneden doktor randevusu almak						uygun	Uygun değil
>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
Aşama 2: Tıp uzmanına semptomlarla ilk başvuru (onkolog dışında herhangi bir uzmanlık alanındaki tıp doktoru)						uygun	Uygun değil
>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
Aşama 3: Onkolog muayenesi						uygun	Uygun değil
>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
Aşama 4: Mamografi						uygun	Uygun değil
>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
Aşama 5: Meme biyopsisi						uygun	Uygun değil
>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
Aşama 6: Biyopsi inceleme sonuçları						uygun	Uygun değil
>1 hafta	1-2 hafta	2-4 hafta	4-6 hafta	6-8 hafta	8-10 hafta	10-12 hafta	>12 hafta
Aşama 7: Tedavi başlangıcı (Gerçek tedavinin ,cerrahi,kemoterapi veya radyoterapiden hangisi daha önce gerçekleşirse onunla başladığını varsayın)						uygun	Uygun değil

Bölüm 3: Demografik veriler

V.1 Yaş:

- a) < 30 b)30-39 c)40-49 d)50-59 e)60-69 f)>70

V.2 Eğitim:

- a)ilköğretim b)diplomasız teknik orta öğretim c)diplomalı orta öğretim d)yüksek öğretim e)okuma yazma yok

V.3 İkamet yeri

- a)mezra/köy b)şehir <50bin nüfus c)şehir 50-100 bin nüfus d)şehir 100-500 bin nüfus e) >500bin nüfus

V.4 İş profili :

a) İşsiz/ev kadını b) beden işçisi c) ofis çalışanı d) öğretmen/üst düzey yönetici e) iş kadını/yönetici f)diğer

Sonraki iki soru yalnızca 40 ile 50 yaş arası yanıt verenler için geçerlidir.

V.5 Son iki yıl içinde ücretsiz bir mamografi muayenesine katılmaya davet edildiniz mi?

a) evet b)hayır

V.6 :Mamografi daveti aldıysanız ,bunu kullandınız mı?

a)evet kullandım b)hayır, kullanmadım çünkü en fazla ıkı yıl önce başka bir etkinlikte mamografi çektiirmiştım

c) hayır, başka nedenlerden dolayı kullanmadım

Sonraki iki soru yalnızca 50 ile 69 yaş arası yanıt verenler için geçerlidir.

V.7 Son iki yıl içinde ücretsiz bir mamografi muayenesine katılmaya davet edildiniz mi?

a)evet kullandım b)hayır, kullanmadım çünkü en fazla ıkı yıl önce başka bir etkinlikte mamografi çektiirmiştım

c) hayır,başka nedenlerden dolayı kullanmadım

Bölüm 4:Kanser evresi değeriendirmesi

Sonraki birkaç soru, hastalığınızın kapsamıyla ilgili tahminde bulunmamızı sağlamayı amaçlamaktadır. lütfen soruları bildiğiniz kadarıyla yanıtlayın ve yanıttan emin değilseniz ‘ ‘ bilmiyorum ’ ’ seçeneğini kullanın.

D.1 Meme tümörü hangi boyuttaydı?

a) <1cm b)1-2cm c)2-4cm d)>4cm e)bilmiyorum

D.2 Lenf nodları hastalıktan ne ölçüde etkilendi?

a)lenf nodları etkilenmedi b)yüzeyel sentinel nod c)sentinel ve diğer nodlar e)bilmiyorum

D.3 Hastalık meme ve lenf nodları haricinde vücudunuzun diğer organlarında da bulundu mu?

a) evet b)hayır c)bilmiyorum

D.4 Şimdiye kadar size ne tip terapötik prosedürler uygulandı veya doktorunuzun bildirdiği üzere kesin olarak uygulanacak?

a)meme cerrahisi b)lenf nodu cerrahisi c)kemoterapi d)radoterapi e)hormon blokaj tedavisi f)bilmiyorum

D.5 Meme kanseri tedavisinin bir parçası olarak size uygulanan ilk tıbbi prosedür neydi?

- a)meme cerrahisi
- b)kemoterapi
- c)diğer d)uygun değil-henüz tedaviye başlamadım

D.6 Size uygulanan veya doktorunuzun bildirdiği üzere kesin olarak uygulanacak olan cerrahilerin kapsamı nedir?

- a) memenin tamamen alınması ve lenf nodlarının alınması
- b)sentinel nod biyopsisiyle birlikte memenin tamamen alınması
- c) sentinel nod biyopsisiyle birlikte meme koruma tedavisi
- d)koltuk altı nodlarının alınmasıyla birlikte meme koruma tedavisi
- e)bilmiyorum

D.7 Meme kanserinizin tanı konulan evresi hangisiydi?

Lütfen soruyu yalnızca cevaptan kesinlikle eminseniz cevap verin.

- a)I.evre
- b)II.evre
- c)III.evre
- d)IV.evre e)emin değilim

İstatistikler:

İstatiksel analizler çift yönlü yapıldı, %5 anlamlılık değeri kullanıldı. Değişkenlerdeki farklılıklar Ki-kare testi veya Fisherexact test kullanılarak hesaplandı. P değeri 0.005in altında anlamlı kabul edildi. Sürekli değişkenler için veri dağılımı grafikler üzerinde değerlendirildi.

Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde IBM SPSS 15.0 for windows istatistik paket programı kullanıldı. Ölçümsel değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (SD) ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Nitel değişkenlerin gruplararası karşılaştırılması Chi-kare (χ^2) testi analizi kullanıldı. Hipotezler çift yönlü olup, $p \leq 0.05$ ise istatistiksel olarak anlamlı sonuç kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 4: ‘Aşağıda listelenen seçeneklerin hangisi tanı için bir tıp uzmanına gittiğiniz sırada meme kanserinizin bulunduğu durumu en iyi şekilde açıklıyor?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Cevap Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Periyodik tıbbi check-up için doktora gittiğimde bir yumru(veya başka semptomlar) tespit edildi.	13	13,0	13,0	13,0
	Tesadüfen bir mamografi muayenesi sırasında yumru(veya başka semptomlar) tespit edildi	1	1,0	1,0	14,0
	Bulguları kendim saptadım ve muayene olmak için tıp uzmanını ziyaret etmeye karar verdim	86	86,0	86,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Meme kanserinin ilk fark ettiğiniz semptomu neydi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	memedede yumru	70	70,0	79,5
	meme ağrısı	5	5,0	5,7
	meme başı veya deri değişiklikleri	12	12,0	13,6
	meme başında akıntı	1	1,0	1,1
	TOPLAM	88	88,0	100,0
Cevap	Vermeyenler	12	12,0	
TOPLAM	100		100,0	

‘Bir tıp uzmanını ziyaret etmeden önce başka semptomlar da ortaya çıktı mı?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	memede yumru	57	57,0	65,5	65,5
	meme ağrısı	24	24,0	27,6	93,1
	meme başı veya deri değişiklikleri	4	4,0	4,6	97,7
	diğer semptomlar(lütfen belirtin)	2	2,0	2,3	100,0
	TOPLAM	87	87,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	13	13,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Kanser semptomlarını ilk saptadığınız andan itibaren muayene için tıp uzmanını ziyaret etmenize kadar ne kadar zaman geçti?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	>1 hafta	4	4,0	4,6	4,6
	1-2 hafta	1	1,0	1,1	5,7
	2-4 hafta	6	6,0	6,9	12,6
	4-6 hafta	7	7,0	8,0	20,7
	6-8 hafta	7	7,0	8,0	28,7
	8-10 hafta	2	2,0	2,3	31,0
	10-12 hafta	2	2,0	2,3	33,3
	>12 hafta	58	58,0	66,7	100,0
	TOPLAM	87	87,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	13	13,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Memenizde fark ettiğiniz sorunları muayene ettirmek için ilk gittiğiniz doktorun uzmanlık alanı neydi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde (%)	Cevap Verenler Yüzde (%)	Toplamlı Yüzde (%)
	Pratisyen hekim/aile doktoru	3	3,0	3,4	3,4
	dahiliye	1	1,0	1,1	4,5
	genel cerrah	84	84,0	95,5	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Özel hastaneye mi, devlet hastanesine mi gittiniz?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Özel	14	14,0	15,9	15,9
	Devlet	74	74,0	84,1	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Kanser belirtileri açısından memelerimi düzenli olarak kontrol etmişim’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	4	4,0	4,5	4,5
	katılıyorum	1	1,0	1,1	5,7
	Tercihen katılıyorum	3	3,0	3,4	9,1
	Tercihen katılmıyorum	1	1,0	1,1	10,2
	Katılmıyorum	33	33,0	37,5	47,7
	Kesinlikle katılmıyorum	46	46,0	52,3	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Kanser semptomlarını memelerimi kontrol ederken farkettim’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	19	19,0	21,6	21,6
	katılıyorum	44	44,0	50,0	71,6
	Tercihen katılıyorum	14	14,0	15,9	87,5
	Katılmıyorum	4	4,0	4,5	92,0
	Kesinlikle katılmıyorum	7	7,0	8,0	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

**‘İlk başta semptomların kanser belirtisi olduğunu anlamadım;ciddi bir şey olmadığını ve tıbbi müdahale olmadan yakında düzeleceğini düşündüm
‘sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.**

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	34	34,0	38,6	38,6
	katılıyorum	47	47,0	53,4	92,0
	Tercihen katılıyorum	5	5,0	5,7	97,7
	Katılmıyorum	1	1,0	1,1	98,9
	Kesinlikle katılmıyorum	1	1,0	1,1	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

**‘Semptomların iyi huylu meme sorunlarıyla ilişkili olabileceğini düşündüm’
sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.**

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	34	34,0	38,6	38,6
	katılıyorum	45	45,0	51,1	89,8
	Tercihen katılıyorum	4	4,0	4,5	94,3
	Katılmıyorum	1	1,0	1,1	95,5
	Kesinlikle katılmıyorum	4	4,0	4,5	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Bunun ciddi bir şey ,hatta kanser olabileceğini hemen anladım’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	5	5,0	5,7	5,7
	katılıyorum	2	2,0	2,3	8,0
	Tercihen katılıyorum	2	2,0	2,3	10,2
	Tercihen katılmıyorum	2	2,0	2,3	12,5
	Katılmıyorum	38	38,0	43,2	55,7
	Kesinlikle katılmıyorum	39	39,0	44,3	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Semptomları keşfettikten hemen sonra güvendiğim bir kişiye bunları anlattım(koca,anne,baba,çocuk,arkadaş v.s) ‘sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	40	40,0	45,5	45,5
	katılıyorum	41	41,0	46,6	92,0
	Tercihen katılıyorum	1	1,0	1,1	93,2
	Katılmıyorum	4	4,0	4,5	97,7
	Kesinlikle katılmıyorum	2	2,0	2,3	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Semptomları anlattığım kişi tarafından doktora gitmeye ikna edildim.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	38	38,0	43,2	43,2
	katılıyorum	41	41,0	46,6	89,8
	Tercihen katılıyorum	2	2,0	2,3	96,6
	Tercihen katılmıyorum	4	4,0	4,5	94,3
	Katılmıyorum	1	1,0	1,1	97,7
	Kesinlikle katılmıyorum	2	2,0	2,3	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Mememdeki sorunları fark ettikten sonra bu konuda çok fazla düşünmemeye çalıştım.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	16	16,0	18,2	18,2
	katılıyorum	51	51,0	58,0	76,1
	Tercihen katılıyorum	9	9,0	10,2	86,4
	Tercihen katılmıyorum	4	4,0	4,5	90,9
	Katılmıyorum	2	2,0	2,3	93,2
	Kesinlikle katılmıyorum	6	6,0	6,8	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘İlk başta tıbbi yardıma başvurmaya zamanım yoktu.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	6	6,0	6,9	6,9
	katılıyorum	3	3,0	3,4	10,3
	Tercihen katılıyorum	1	1,0	1,1	11,5
	Tercihen katılmıyorum	1	1,0	1,1	12,6
	Katılmıyorum	35	35,0	40,2	52,9
	Kesinlikle katılmıyorum	41	41,0	47,1	100,0
	TOPLAM	87	87,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	13	13,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Semptomların keşfi ,bu konuyu saplantılı şekilde düşünmeme yol açtı.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	22	22,0	25,0	25,0
	katılıyorum	46	46,0	52,3	77,3
	Tercihen katılıyorum	7	7,0	8,0	85,2
	Tercihen katılmıyorum	3	3,0	3,4	88,6
	Kesinlikle katılmıyorum	10	10,0	11,4	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Olası kanser belirtilerini saptadıktan sonra,olası sonuçlarından aşırı derecede korktum.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	38	38,0	43,2	43,2
	Katılıyorum	42	42,0	47,7	90,9
	Tercihen katılıyorum	2	2,0	2,3	93,2
	Katılmıyorum	1	1,0	1,1	94,3
	Kesinlikle katılmıyorum	5	5,0	5,7	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Bunun meme kanseri olabileceğinden çok korktum.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	38	38,0	43,2	43,2
	Katılıyorum	41	41,0	46,6	89,8
	Tercihen katılıyorum	2	2,0	2,3	92,0
	Tercihen katılmıyorum	2	2,0	2,3	94,3
	Katılmıyorum	2	2,0	2,3	96,6
	Kesinlikle katılmıyorum	3	3,0	3,4	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Meme kanseri tedavisinin başarılı olabileceğine inanmadım.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	5	5,0	5,7	5,7
	Tercihen katılıyorum	3	3,0	3,4	9,1
	Tercihen katılmıyorum	3	3,0	3,4	12,5
	Katılmıyorum	42	42,0	47,7	60,2
	Kesinlikle katılmıyorum	35	35,0	39,8	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Doktora gitmek genelde iyi bir deneyim değil.’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Kesinlikle katılıyorum	2	2,0	2,3	2,3
	Katılıyorum	2	2,0	2,3	4,5
	Tercihen katılmıyorum	2	2,0	2,3	6,8
	Katılmıyorum	42	42,0	47,7	54,5
	Kesinlikle katılmıyorum	40	40,0	45,5	100,0
	TOPLAM	88	88,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	12	12,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Arkadaşınızın bir ay kadar önce memelerinden birinde bazı olağandışı değişiklikler fark ettiğini ,ancak şimdiye kadar doktora gitmediğini öğrendiğinizi hayal edin.Bu gecikmenin temel nedeni sizce ne olabilir?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
Bayan doktor olmadığı için	1	1,0	1,0	1,0
Bayan doktor olmadığından	1	1,0	1,0	2,0
bilgisizlikten	1	1,0	1,0	3,0
Bilgisizlik	2	2,0	2,0	5,0
Bilgisizlikten	4	4,0	4,0	9,0
iyi huylu olduğunu düşünmek	1	1,0	1,0	10,0
korkamasından	1	1,0	1,0	11,0
Korkmak	2	2,0	2,0	13,0
Korkmasından	17	17,0	17,0	30,0
Korkmasından dolayı	2	2,0	2,0	32,0
Kötü bir şey değil	1	1,0	1,0	33,0
Kötü bir şey değildir	2	2,0	2,0	35,0
Kötü bir şey olmasından korkmak	1	1,0	1,0	36,0
Kötü birşey değil	1	1,0	1,0	37,0
Kötü birşey değildir	2	2,0	2,0	39,0
Kötü değil diye düşünmek	1	1,0	1,0	40,0
Normal bir şey olduğunu düşünmek	1	1,0	1,0	41,0
Önemememe	1	1,0	1,0	42,0
Önemsemek	1	1,0	1,0	43,0
Önemsememe	14	14,0	14,0	57,0
Önemsememek	18	18,0	18,0	75,0
Umursamama	1	1,0	1,0	76,0
Umursamamak	23	23,0	23,0	99,0
Vakit olmaması	1	1,0	1,0	100,0
TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Birinci derece yakın akrabalarınızdan birinde (kızınız, kız kardeşiniz, anneniz, büyükanneniz) aşağıdaki kanser türleri var mıdır?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Meme kanseri	14	14,0	73,7	73,7
	Yumurtalık kanseri	2	2,0	10,5	84,2
	Diğer kanseri türleri	3	3,0	15,8	100,0
	TOPLAM	19	19,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	81	81,0		
TOPLAM		100	100,0		

Aşama 1: Birinci sağlık kuruluşundan veya hastaneden doktor randevusunu alanların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Uygun	100	100,0	100,0	100,0

‘Aşama 1: Birinci sağlık kuruluşundan veya hastaneden doktor randevusu almak’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	>1 hafta	77	77,0	77,0	77,0
	1-2 hafta	22	22,0	22,0	99,0
	4-6 hafta	1	1,0	1,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Aşama 2:Tıp uzmanına semptomlarla ilk başvuru(onkolog dışında herhangi bir uzmanlık alanındaki tıp doktoru)’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
Uygun	100	100,0	100,0	100,0

‘Aşama 2:Tıp uzmanına semptomlarla ilk başvuru(onkolog dışında herhangi bir uzmanlık alanındaki tıp doktoru)’ sorusuna verilen yanıt tablosu.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
>1 hafta	70	70,0	70,0	70,0
1-2 hafta	23	23,0	23,0	93,0
2-4 hafta	2	2,0	2,0	95,0
4-6 hafta	4	4,0	4,0	99,0
>12 hafta	1	1,0	1,0	100,0
TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Aşama 3: Onkolog muayenesi’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
Uygun	99	99,0	100,0	100,0
Cevap Vermeyenler	1	1,0		
TOPLAM	100	100,0		

‘Aşama 3: Onkolog muayenesi’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	>1 hafta	50	50,0	50,5	50,5
	1-2 hafta	12	12,0	12,1	62,6
	2-4 hafta	29	29,0	29,3	91,9
	4-6 hafta	6	6,0	6,1	98,0
	8-10 hafta	1	1,0	1,0	99,0
	10-12 hafta	1	1,0	1,0	100,0
	TOPLAM	99	99,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	1	1,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Aşama 4:Mamografi’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Uygun	100	100,0	100,0	100,0

‘Aşama 4:Mamografi’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	>1 hafta	82	82,0	82,0	82,0
	1-2 hafta	16	16,0	16,0	98,0
	2-4 hafta	1	1,0	1,0	99,0
	4-6 hafta	1	1,0	1,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Aşama 5:Meme biyopsisi’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Uygun	100	100,0	100,0	100,0

‘Aşama 5:Meme biyopsisi’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	>1 hafta	78	78,0	78,0	78,0
	1-2 hafta	22	22,0	22,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Aşama 6:Biyopsi inceleme sonuçları’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Uygun	100	100,0	100,0	100,0

‘Aşama 6:Biyopsi inceleme sonuçları’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	>1 hafta	2	2,0	2,0	2,0
	1-2 hafta	3	3,0	3,0	5,0
	2-4 hafta	87	87,0	87,0	92,0
	4-6 hafta	8	8,0	8,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Aşama 7:Tedavi başlangıcı (Gerçek tedavinin ,cerrahi,kemoterapi veya radyoterapiden hangisi daha önce gerçekleşirse onunla başladığını varsayın’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
Uygun	100	100,0	100,0	100,0

‘Aşama 7:Tedavi başlangıcı (Gerçek tedavinin, cerrahi, kemoterapi veya radyoterapiden hangisi daha önce gerçekleşirse onunla başladığını varsayın’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
>1 hafta	2	2,0	2,0	2,0
2-4 hafta	4	4,0	4,0	6,0
4-6 hafta	94	94,0	94,0	100,0
TOPLAM	100	100,0	100,0	

Yaş

	Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
<30	5	5,0	5,0	5,0
30-39	25	25,0	25,0	30,0
40-49	29	29,0	29,0	59,0
50-59	22	22,0	22,0	81,0
60-69	11	11,0	11,0	92,0
70 +	8	8,0	8,0	100,0
TOPLAM	100	100,0	100,0	

Eğitim

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	İlköğretim	8	8,0	8,0	8,0
	Diplomalı orta öğretim	11	11,0	11,0	19,0
	Yüksek öğretim	9	9,0	9,0	28,0
	Okuma yazma yok	72	72,0	72,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

İkamet yeri

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Mezra/köy	19	19,0	19,0	19,0
	Şehir <50bin nüfus	4	4,0	4,0	23,0
	Şehir 50-100 bin nüfus	17	17,0	17,0	40,0
	Şehir 100-500 bin nüfus	21	21,0	21,0	61,0
	>500bin nüfus	39	39,0	39,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

İş profili

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	İşsiz/ev kadını	82	82,0	82,0	82,0
	Ofis çalışanı	9	9,0	9,0	91,0
	Öğretmen/üst düzey yönetici	3	3,0	3,0	94,0
	İş kadını/yönetici	2	2,0	2,0	96,0
	Diğer	4	4,0	4,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Son iki yıl içinde ücretsiz bir mamografi muayenesine katılmaya davet edildiniz mi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Hayır	37	37,0	100,0	100,0
Cevap	Vermeyenler	63	63,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Mamografi daveti aldıysanız ,bunu kullandınız mı?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Hayır, başka nedenlerden dolayı kullanmadım	3	3,0	100,0	100,0
Cevap	Vermeyenler	97	97,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Son iki yıl içinde ücretsiz bir mamografi muayenesine katılmaya davet edildiniz mi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)		
Cevap	Vermeyenler	100	100,0		

‘Meme tümörü hangi boyuttaydı?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	<1cm	8	8,0	8,0	8,0
	1-2 cm	12	12,0	12,0	20,0
	2-4 cm	5	5,0	5,0	25,0
	>4 cm	10	10,0	10,0	35,0
	Bilmiyorum	65	65,0	65,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Lenf nodları hastalıktan ne ölçüde etkilendi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Lenf nodları etkilenmedi	24	24,0	24,0	24,0
	sentinel ve diğer nodlar	3	3,0	3,0	27,0
	Bilmiyorum	73	73,0	73,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Hastalık meme ve lenf nodları haricinde vücudunuzun diğer organlarında da bulundu mu?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Evet	1	1,0	1,0	1,0
	Hayır	41	41,0	41,0	42,0
	Bilmiyorum	58	58,0	58,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Şimdiye kadar size ne tip terapötik prosedürler uygulandı veya doktorunuzun bildirdiği üzere kesin olarak uygulanacak?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Meme cerrahisi	48	48,0	48,0	48,0
	Kemoterapi tedavi	15	15,0	15,0	63,0
	Radyoterapi	3	3,0	3,0	66,0
	hormon blokaj tedavisi	2	2,0	2,0	68,0
	Bilmiyorum	32	32,0	32,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Meme kanseri tedavisinin bir parçası olarak size uygulanan ilk tıbbi prosedür neydi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Meme cerrahisi	15	15,0	15,2	15,2
	Kemoterapi	11	11,0	11,1	26,3
	Diğer	1	1,0	1,0	27,3
	Uygun değil-henüz tedaviye başlamadım	72	72,0	72,7	100,0
	TOPLAM	99	99,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	1	1,0		
TOPLAM		100	100,0		

‘Size uygulanan veya doktorunuzun bildirdiği üzere kesin olarak uygulanacak olan cerrahilerin kapsamı nedir?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	Memenin tamamen alınması ve lenf nodlarının alınması	23	23,0	23,0	23,0
	sentinel nod biyopsisiyle birlikte memenin tamamen alınması	5	5,0	5,0	28,0
	sentinel nod biyopsisiyle birlikte meme koruma tedavisi	30	30,0	30,0	58,0
	koltuk altı nodlarının alınmasıyla birlikte meme koruma tedavisi	7	7,0	7,0	65,0
	Bilmiyorum	35	35,0	35,0	100,0
	TOPLAM	100	100,0	100,0	

‘Meme kanserinizin tanı konulan evresi hangisiydi?’ sorusuna hastaların vermiş olduğu cevap aşağıdaki tablodadır.

		Kişi Sayısı	Yüzde(%)	Verenler Yüzde(%)	Toplamlı Yüzde(%)
	I. evre	6	6,0	6,3	6,3
	Emin değilim	90	90,0	93,8	100,0
	TOPLAM	96	96,0	100,0	
Cevap	Vermeyenler	4	4,0		
TOPLAM		100	100,0		

5. TARTIŞMA

Hastalarımızın 13 tanesi genel kontrol sırasında, 1 tanesi tarama amaçlı mamografi çekimi sırasında tanı almış olup diğer hastalarımızı meme semptomları oluştuktan sonra doktora gelip tanı konulan hastalar oluşturmaktaydı. Semptomla başvuran hastalarda ensık semptom meme de kitle(57 hasta), meme ağrısı (24 hasta) meme başı ve meme derisi değışiklikleri (4 hasta) oluşturmaktaydı. Meme semptomlarını fark ettikten sonra doktora gitme süresi 12 haftadan sonra olanların yüzdesi %58 idi. Başvurdukları ilk doktorun uzmanlık alanı %84 oranında genel cerrah , %74 oranında devlet hastanesine başvurmuşlardı. Kanser semptomlarını fark etmek açısından memelerini düzenli kontrol edenlerin oranı düşük olup %8 idi. Kanser semptomları fark edildikten sonra bunun ciddi bir durum olmadığını ve kendiliğinden iyileşeceğini düşünenlerin oranı %86 idi.Hastalarımızın on iki tanesi soruya yanıt vermedi.İki hastamız da olumsuz yanıt verdi. Bunun iyi huylu meme sorunuyla ilişkili olduğu düşünülmüş olup , böyle düşünceye sahip olanların oranı % 83 idi. Memedeki lezyonu, kanser olabileceğini düşünenlerin oranı ise % 9 oranındaydı. Semptomların hasta tarafından anlaşılmasından sonra herhangi birine anlatıp (%82), o kişinin yönlendirilmesiyle doktora gelenlerin oranı ise %81 idi. Hastaların arkadaşlarında aynı şikayetlerinin olması durumunda doktora gitmeme nedenine yönelik soruya hastaların % 2 si bayan doktor olmadığı için, %7 bilgisizlikten, %23 oranında korkmasından %59'u önemsememe şeklinde cevaplamıştı. Meme kanseri aile hikayesi olanlar %14 idi. Hastaların %77 si ilk bir hafta içinde doktor randevusu alabilmiş, %82 ilk bir hafta içinde mamografi çekimi yapabilmiş, %78'i ilk bir hafta içinde meme biyopsi işlemini yapabilişti. Ancak meme biyopsi sonuçları %87 oranında 2-4 hafta arasında çıkabilmişti. Hastaların % 94' nde tedavi başlangıcı 4-6 hafta arasında olup gecikme nedeni olarak biyopsi inceleme sonuçlarının geç çıkması idi. Hastalarımızın %76' sı 30-60 yaş arası hastalar oluşturmakta, %74 gibi bir oranda okuma yazma bilmeyenler,%82' si ise işsiz veya ev kadını idi. Mamografi daveti alan hastamız ise yoktu. Hastaların %65'i kitle boyutunun ne kadar olduğunu, %73' ü lenf nodlarının etkilenip etkilenmediğini,% 58'i hastalığın vücudun başka yerinde olup olmadığını bilmiyen gruptaydı. Hastalarımızın %72 'si henüz bir tedavi başlamayan grupta olup, % 23' üne modifiye radikal mastektomi,%30' na meme koruyucu cerrahı ve sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmıştı. Hastaların %35' i ne yapıldığını bilmeyen gruptandı.Bu da

gösteriyor ki hastalarımızı ameliyat öncesi yeterli bilgilendirmemekteyiz. Buna neden doktorların hastaları bilgilendirmek için gerekli zamanlarının olmaması ve diğer bir neden olarak hastaların eğitim düzeylerinin düşüklüğü olabilir.

Kanser semptomlarını ilk saptandığı andan itibaren muayene için tıp uzmanının ziyaret edilmesine kadar geçen zaman ile uygulanan veya uygulanacak olan cerrahilerin kapsamı ve kanserinin tanı konulan evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$).

Hastanın memelerini düzenli olarak kontrol etmesi ile hastanın yaş, eğitim durumu ve işi arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ayrıca kanser semptomlarının memelerini kontrol ederken fark edilmesinde hastanın yaş, eğitim durumu, ikamet yeri, işinin anlamlı olmadığı görüldü.

Hastanın olası kanser semptomlarını fark ettikten sonra sonuçlarından korkması şeklindeki duygusal durumun üzerinde yaş faktörü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup özellikle 30-50 yaş aralığındaki kadınlarda bu durumun olduğu izlendi ($p < 0.05$).

Meme kanserinin tedavisinin başarılı olacağına inanmamak konusunda ve doktora gitmenin iyi bir deneyim olmadığı şeklindeki sorumuzda yaş faktörünün etkili olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Ağırlıklı olarak bu yaş grubunu 30-60 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktaydı.

Doktora gitmenin iyi bir deneyim olmadığı düşüncesinde eğitimsizlik ve işsiz (ev kadını) olmanın etkili olduğu ve bu şekildeki olumsuz düşünceye sahip olanların okuma yazma bilmeyen gruptan ve işsiz (ev kadını) olanlar olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Yaş faktörünün erken onkolog muayenesinde etkili olduğu ve 30-50 yaş arası bayanların daha erken muayene oldukları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Biyopsi inceleme sonuçlarının erken çıkmasında eğitim durumunun ve çalışan durumunun etkili olduğu ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda ve çalışanlarda biyopsi sonuçlarının daha erken çıktığı görüldü ($p < 0.05$).

Meme kanser tanı ve tedavisindeki gecikme hastaların morbiditesini ve mortalitesini arttırmaktadır, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında gecikme süreleri arasında büyük farklılıklar vardır. TGZ; Amerikada 4.9 (84), Danimarkada 9.3 hafta olarak bildirilmiştir (85). Kenya (86), Hindistan (87) Malezyada (88) daha uzun gecikme zamanı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ortalama TGZ 8.3 hafta hesaplanmıştır, önceki

Çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldığında ortalama bir gecikme zamanı olarak düşünölebilir.

Sağlık sistemine güvensizlik, semptomları önemsememe, kendi kendini muayene etmeme, tarama mamografilerinin yapılmaması ve düşük eğitim seviyesi HGZ üzerinde etkili olmaktadır (89). Bizim alışmamızda da semptomları önemsememe, bilgisizlik, kendi kendine meme muayenesi yapmama ,düşük eğitim seviyesinin HGZ de etkili olduğunu gördük. Danimarkada yapılan bir çalışmada da HGZ deki gecikmenin TGZ üzerinde etkili olduğu göröldü (85). Ukraynada yapılan başka bir çalışmada 6 kanser tipinde gecikme zamanı karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre meme kanser hastalarında HGZ'nin 4 hafta ile en kısa olduğu ve bu sürenin hasta sevklerinin net bir şekilde yapılması, ulusal tarama programları ve toplum sosyoekonomik düzeyinin yüksek olmasıyla ilgili bulunmuştur (90). On bir farklı ölkede gecikme zamanını incelediğimiz bir başka çalışmada Hindistan ve Letonyada gecikme zamanlarının sırasıyla 6.1 ve 6.2 hafta gibi yüksek değerlerde olduğu göröldü. (91). Bizim alışmamızda gecikme zamanı ortalaması 8.3 haftaydı, bu değer gelişmekte olan ve gelişmiş ölkelerin arasında bir değerd (85,89,90).

Gelişmiş ölkelerde 65 yaş üstü olmak, eğitim seviyesinin düşük olması, rutin meme muayenesi yapılmaması ve sağlık bakımı veren kurumların olmaması ile uzun HGZ arasında bir ilişki bulunmuştur (92). Bizim alışmamızda uzun HGZ; semptomları önemsememe ve okuryazar olmaması ile bir ilişki bulunmuştur.

TGZ'na katkısı olan majör faktörlerden biri de SGZ'dir. SGZ; Danimarkada 5.7 hafta, iskoçyada 6 hafta, amerikada 4.9 hafta olarak bildirilmiştir (84-85,93). Çinde ise SGZ 8.7 hafta, TGZ 21.7 hafta olarak bildirilirken gecikmenin en büyük kısmını oluşturan (%60) HGZ 13.1 hafta olarak bildirilmiştir (94). Bölgemizde ortalama SGZ 4,5hafta, TGZ ise 8.3 hafta olarak bulunmuştur. SGZ nin azaltılmasında toplumda ve sağlık alışanlarında meme kanseri bilincinin artırılması, toplum tabanlı mammografi tarama programlarının uygulanması ve daha kapsamlı meme kanseri merkezlerinin oluşturulması etkili olacaktır.

Meme kanseri'nin erken evrede saptanmasında mammografi altın standarttır. Bu çalışmadaki hastaların çoğunda en sık semptom memede kitleydi (%57) ve hastaların çoğu meme kanserinin semptomları başladıktan ve tanımlandıktan sonra sağlık kuruluşları tarafından yardım almıştır (%88). Bahçeşehir toplum tabanlı mammografi tarama programı sonuçlarına göre hastaların sadece %22'si asemptomatikti ve meme kanseri tanısı genellikle fırsatçı mammografi ile koyulmuştu, bu sonuçlar Türkiyede ölkede çapında tarama programları olması gerektiğine işaret etmektedir (95). Bu sonuçlar aynı zamanda meme

kanserinin erken dönem tanısı ve tedavisi için tarama programlarının ne kadar önemli olduğunu da göstermiştir.

Dünyanın farklı bölgelerinde meme kanser hastalarının demografik özellikleri değişkenlik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması nedeniyle meme kanser hastalarının sadece %25'i premenapozal dönemdedir (50 yaş altı), hastaların sadece %5-6 sı 40 yaşından gençtir (96). Bizim demografik verilerimize göre hastaların % 59 u premenopozal dönemdeydi ve hastaların %30'u 40 yaşından gençti. Bu farklılık Türkiye'deki 40 yaş üstü kadınların kadın nüfusunun %65'ini oluştururken Amerikada %45'ini oluşturmasından kaynaklanıyor olabilir (97,98). Bu nedenle yerel programlar oluşturulurken o bölgenin demografik özellikleri ve yaşlı popülasyonu dikkate alınmalıdır. Özellikle bölgemizde genç bayanlarda meme kanseri insidansının artması bölgemizin ırksal yapısının analizini ve çevresel faktörlerin ayrıca değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Kanadada yapılan bir çalışmaya göre 40'lı yaşlardaki çoğu kadının tarama mamografisinin yararlarını ve risklerini bilmediği, hasta talep etmedikçe çoğu kadına yeterli medikal tavsiyelerde bulunulmadığı gösterilmiştir(99). Sonuçlarımıza göre meme kanser tanısı alan sadece bir hastamıza meme kanser tanısı fırsatçı mammografi ile koyulmuştu. Hastalarımızın %13'ünde periyodik tıbbi check-up için doktora gittiklerinde kanser tanısı koyulmuştu.

Mammografi taramalarında kadınların meme kanser hakkındaki farkındalığı ve eğitimi önemli bir role sahiptir.

Türkiyede ve özellikle bölgemizde bu nedenle toplum bilincinin artması kadınların mammografi tarama programlarına karşı duyarlılığını artıracak, insidental mammografi sırasında saptanan asemptomatik vakaların oranını arttıracak ve ileri evre meme kanser oranını düşürecektir.

Düşük eğitim seviyesi birçok çalışmada uzun HGZ'de belirleyici olarak bulunmuştur (19). Bizim çalışmamızda da böyle bir ilişki bulunmuştur.

Hasta başvurusundan meme kanseri tedavisine kadar geçen sürede etkili olan diğer bir faktör ise kırsal kesimde yaşamaktır. Ukrayna ve polanyada yapılan iki çalışmada kanser merkezlerinden uzakta yaşayan meme kanser tanılı kadınların kanser merkezlerine yakın yerde yaşayan kadınlardan daha hızlı tedavi aldıkları gösterilmiştir (93,104). Diğer taraftan İran, Hindistan gibi daha az gelişmiş ülkelerde kırsal alanlarda doktora ulaşılabilirliğin az olması, hastane ve kanser merkezlerinin olmaması, eğitim seviyesinin ve meme kanser bilincinin düşük olması nedeniyle hasta ve sistem gecikme zamanı daha

uzun bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların %61 kırsal alanda yaşıyordu (nüfusu 500.000 den az yerlerde), çoğu hasta ev hanımıydı ve hastaların çoğunun ailesinde kanser öyküsü yoktu. Bu faktörlerden hiçbiri TGZ ile ilişkili bulunmamıştır. Bölgemizde kız çocuklarının okula gönderilmesini sağlamak, meme sağlığı açısından memedeki lezyonların erken yaşta farkına varılması için liseler düzeyinde eğitim müfredatlarına meme sağlığı ile ilgili konular eklenilmesi düşünülebilir.

Bugün için erken evre meme kanser tedavisinde meme koruyucu cerrahi ile radyoterapi altın standarttır. Bizim çalışmamızda farkındalığın az olması ve mammografi tarama programlarının yeterli düzeyde uygulanamamasına rağmen bu oran %37 gibi bir değerde bulunmuştur.

6. SONUÇ

Sonuç olarak meme kanser tanısındaki ve tedavisindeki gecikme önemli bir problemdir. Tanı ve tedavideki gecikmede hem hastanın fizyolojik ve davranışsal tutumu hem de sağlık sistemi etkili olmaktadır. Çalışmamızda SGZ’de en etkili faktör patoloji inceleme sonuçları idi. Bunun azaltılması klinikler arası konseylerin olmasını zorunlu kılmaktadır. TGZ’nin azaltılmasında kadınların ve sağlık çalışanlarının meme kanser hakkındaki bilgisinin artması, bölgemizde özellikle birinci sağlık kuruluşlarının büyük sorumluluk alarak polikliniklerine başvuran bayanların meme ile ilgili şikayetlerinde kaygılanmaları, memede meydana gelen lezyonları önemsemeleri, 40 yaş üstü bayanlarda mutlaka mamografi çektirmelerini sağlamalarına yönelik diyalogları geliştirmeleri gerekmektedir. Hastalarımızın %59’ luk kısmı 50 yaş altında bulundu. A.B.D. de meme kanseri görülme yaş ortalaması 61, Türkiye de meme kanseri ortalama görülme yaşı 51, bölgemizde meme kanseri görülme yaşı ortalama 48 idi. Bölgeye göre meme kanserinin görülme yaş farklılıklarının olması tartışılması ve nedenlerinin açığa çıkarılmasını

gerektiren bir konu olup bununla ilgili ek çalışmalara ihtiyaç vardır.Ülkemizde ve bölgemizde;meme kanseri farkındalığı açısından topluma yönelik toplantılar yapılmalı,medya kuruluşları ve özellikle kamuya bağlı medya kuruluşlarında sağlık programları ile toplum bilinçlendirilmelidir. Okul müfredatlarına meme kanseri ile ilgili bilgilendirilme konularınında konulması ileride meme kanseri için erken başvuruların olmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz

7. KAYNAKLAR

- 1) Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 12/12/2012.
- 2) Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J eds (1997): Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII, IARC Scientific Publications No. 143, Lyon, IARC.
- 3) Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB, eds (2002): Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VIII, IARC Scientific Publications No.155, Lyon, IARC.

- 4) Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, Boyle P, eds (2007): Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX, IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC.
- 5) Bray F, McCarron P, Parkin DM: The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res* 2004, 6:229-239.
- 6) Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: First Results From Izmir Cancer Registry. *Eur J Cancer* 2001; 37:83-92.
- 7) Ozmen V: Breast Cancer in the World and Turkey. *The Journal of Breast Health (Meme Sağlığı Dergisi)* 2008; 4 (2), www.memesagligi.dergisi.org.
- 8) Surveillance, Epidemiology, and Results (SEER). Program (www.seer.cancer.gov): SEER Stat Database: Incidence-SEER 9 Regs Public Use, Nov 2005 Sub (1973-2003). National Cancer Institute, Division of Cancer Control and Population Sciences, Surveillance Research Program, Cancer Statistics Branch, released April 2006, based on the November 2005 submission.
- 9) Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK, Fryback DG, Clarke L, Zelen M, Mandelblatt JS, Yakovlev AY, Habbema JD, Feuer EJ; Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET) Collaborators : Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. *N Engl J Med*. 2005 Oct 27;353(17):1784-92.
- 10) Shetty MK, Longatto-Filho A: Early Detection of Breast, Cervical, Ovarian and Endometrial Cancers in Low Resource Countries: An Integrated Approach. *Indian J Surg Oncol*. 2011 Sep;2(3):165-71. Epub 2011 Aug 4.
- 11) Dundar PE, Ozmen D, Ozturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, Cakiroglu G: The Knowledge and Attitudes of Breast Self-examination and Mammography in a Group of Women in Rural Area in Western Turkey. *BMC Cancer* Feb 2006, 6:43.
- 12) Saip P, Keskin S, Ozkan M, Kaplan MA, Aydogan F, Gonullu Demirag G, Uzunoglu S, Engin H, Basaran G, Guler N, Uygun K, Demirkan B, Ozdemir F, Cubukcu E, Salepci T, Cicin I The access rate to diagnosis and treatment modalities in breast cancer patients in Turkey; multicenter observational study. *J BUON*. 2011 Oct-Dec;16(4):664-71.

- 13) Ozmen V, Ozaydin N, Cabioglu N, *et al.* Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul Turkey. The Breast Journal, Vol 17 (3), 2011 260-267
- 14) Shin DW, Cho J, Kim SY, *et al.* Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. Ann Surg Oncol. 2013 Aug;20(8):2468-76
- 15) Rutqvist LE. Waiting times for cancer patients--a "slippery slope" in oncology. Acta Oncol. 2006;45(2):121-3
- 16) Richards MA: The National Awareness and Early Diagnosis Initiative in England: assembling the evidence. Br J Cancer 2009, 101:S1-S4.
- 17) Partridge AH, Hughes ME, Ottesen RA, , *et al.* The Effect of Age on Delay in Diagnosis and Stage of Breast Cancer. Oncologist. 2012;17(6):775-82
- 18) Kalaycı G, Acarlı K, Demirkol K, Ertekin C. Meme hastalıkları ve tarihçe. Genel Cerrahi, Cilt 1. Nobel, 2002;1: 534-5.
- 19) Sikorak K et al. Genes, dreams and cancer. BMJ. 1994;308: 1217-21.
- 20) Haagensen CD. My personal technique for the Halsted radical mastectomy. Diseases of the breast. Philadelphia: WB Saunders, 1986; 3: 872-902
- 21) Spratt JS, Tabin GR. Gross anatomy of the breast. In: Donegan WL, Spratt JS, eds. Cancer of the breast. Philadelphia. W.B.Saunders, 1995; 4: 22-42.
- 22) Kalaycı G, Acarlı K, Demirkol K, Ertekin C. Meme anatomisi ve gelişmesi. Genel cerrahi .Türkiye, İstanbul: Nobel, 2002; 1: 537-42.
- 23) Cooper sir AP. The anatomy and disease of the breast. Philadelphia: Lea and Blanchard,1999: 1845.
- 24) Haagensen CD. Physicians role in detection and diagnosis of breast disease. In: Haagensen CD, ed. Disease of the breast. Philadelphia, London: W.B.Saunders, 1986; 3: 516-76.
- 25) Osborne MP. Breast development and anatomy. In: Harris JR, Helleman S, Henderson IC,Kinve DW, eds. Breast disease. Philadelphia: J.B Lippicott, 1991; 2: 1-13.

- 26) Kuhns JG, Ackermann DM. Microscopic anatomy of the breast. In: Donegan WL, Spratt JS, eds. Cancer of the breast. Philadelphia, London: W.B.Saunders, 1995;4: 16-21.
- 27) Romrell LJ, Blend KI. Anatomy of the breast, axilla, chest wall and related metastatic sites. In: Blend KI, Copeland EM, eds. The breast comprehensive management of benign and malignant disease. Philadelphia, London: W.B.Saunders, 1995; 2: 16-21.
- 28) Cunningham L. The anatomy of the arteries and veins of the breast. J Surg Oncol. 1977; 9:71-85.
- 29) Batson OV. The role of the vertebral veins in metastatic process of the breast cancer. Ann IntMed. 1942: 16-38.
- 30) Miller MR, Kasahara M. Cutaneous innervation of the human breasts. Anat Rec. 1959;135: 153-67
- 31) Rouviere H. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Paris: Masson, 1932: 16-22.
- 32) Brinkley D, Habittle J. Long-term survival of woman with breast cancer. Lancet. 1984;1:1109-18.
- 33) Spratt JS, Spratt SW. Medical and legal implications of screening and follow-up procedures for breast cancer. Cancer. 1990; 66: 1351-62.
- 34) Skrabonek P. False premises and false promises of breast cancer screening. Lancet 1985: 316-20;
- 35) Fisher B, Slack N, Ausman R, et al. Location of breast carcinoma and prognosis. SurgGynecol Obstet. 1969; 129: 705-16.
- 36) **20-** Dahl Iversen E. Recherches sur les metastases microscopiques des cancers du sein dans les ganglions lymphatiques parasternaux et sus-claviculaires. Mem Acad Clin. 1952; 78:651-5.
- 37) Allred Cerb-B2, Ashley P et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer Staging System for breast cancer. J Clin Oncol. 2002; 20: 3628-70.
- 38) Haagensen C. In: Diseases of the breast. Philadelphia: W.B.Saunders, 1986; 3: 686.

- 39) Warren S, Witham E. Studies on tumor metastases: The distribution of metastases in cancer of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 57: 81-85.
- 40) Saphir O, Parker M. Metastases of primary carcinoma of the breast with special reference to spleen, adrenal glands and ovaries. *Arch Surg* 1981: 1003-1018.
- 41) Donegan WL. Staging and primary treatment. In: Donegan WL, Spratt JS. *Cancer of the breast*. W.B.Saunders, 1995; 4: 375-442.
- 42) Ciatto S, Pacini P, Axini J, et al. Preoperative staging of primary breast carcinoma. *Cancer*. 1988; 61: 1038-1764.
- 43) Fleming ID. For the American Joint Commission on Cancer. In: Cooper JS, Henson DE. *AJCC Cancer staging manual*. Lippincott-Raven, 1997; 4: 45-9.
- 44) Yeatman TJ, Blond KI. Assessment and designation of breast cancer stage. In: Blond KI, Copeland EM. *The breast: Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: WB Saunders, 1998: 567-76.
- 45) Sener SF, Lee LH. Staging of Breast Cancer. In: Singletary SE, Robb GL. *Advanced Therapy of Breast Disease*. Philadelphia: BC Decker Inc, 2000: 113-9.
- 46) Wilkens W. Prognostic significance of occult lymph node metastases in node negative breast cancer. In: Clare SE. *Ann Surg Oncol*. Philadelphia: WB Saunders, 1997; 3: 447-51.
- 47) Joensuu H, Toikanen S, Klemi PJ. DNA index and S phase fraction and their combinations as prognostic factors in operable ductal breast carcinoma. *Cancer*. 1990; 66: 331-40.
- 48) Crowe JR, JP Gordon NH, Shenk RR, Zolliger Jr. RM, Brumberg DJ and Shuck JM. Primary tumor size. Relevance to Breast Cancer Survival. *Arch Surg* 1992; 127: 910-5.
- 49) Robbins GF, Leis HP Jr, Hutter R. A rational approach to and result of women with breast carcinoma. *J Breast* 1997; 3: 9-13
- 50) Fisher B, Slack NH. Number of lymph nodes examined and prognosis of breast carcinoma. *Surg Gynecol Obstet*. 1970; 131: 79-88.

- 51) Berg JW, Robbins GF. Factors influencing short and long-term survival of breast cancer patients. *Surg Gynecol Obstet.* 1966; 122: 1311-6.
- 52) Saez RA, Clark GM, Mc Guire WL. Prognostic factors in breast cancer. *Semin SurgOncol* 1989; 5: 99-102.
- 53) Fisher B, Boyer M, Wickerham DL et al. Relation of number of positive axillary nodes to the prognosis of patients with primary breast cancer: An NSABP update. *Cancer.* 1983; 52:1551-7.
- 54) Nemeto T, Vana J, Bedwani RN, Baker HW, Mac Gregor FH, Murphy GP. Management and survival of female breast cancer: Results of a national survey by the American College of Surgeons. *Cancer.* 1980; 45: 2917-24.
- 55) Mittra I, Mac Rae KD. A meta-analysis of reported correlations between prognostic factors in breast cancer: Does axillary lymph node metastasis represent biology or chromology ? *Sur J Cancer* 1991; 27: 1524-83.
- 56) Donegan WL. Surgical management. In: Donegan WL, Spratt JS. *Cancer of the Breast.. Philadelphia: WB Saunders Comp,* 1995; 4: 387-89.
- 57) Fisher B, Wolmork N, Bauer M, Redmond G, Gebherdt M. The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histologic nodal status in carcinoma of the breast. *Surg. Gynecol Obstet.* 1981; 152: 765-72.
- 58) Albertini JJ, Lyman GH, Cox C et al. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy in breast cancer patient. *JAMA* 1996; 276: 1818-22.
- 59) International Histological Classifications of tumours. In: World Health Organization. *Histological Typing of Breast Tumors*, 2nd ed. Geneva: World Health Organizations 1982; 2:19.
- 60) Rosen PP. Invasive lobular carcinoma. In: Rosen PP. *Breast Pathology.* Philadelphia:Lippincott-Raven, 1997: 545-65.
- 61) Du Toit RS, Locker AP, Ellis IO, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast. *Br JCancer* 1989; 60: 605-9.

- 62) Cartens PHB, Greenberg RA, Francis D, et al. Tubular carcinoma of the breast: A long term follow-up. *Histopathology* 1985; 9: 221-280.
- 63) Anderson TJ, Lamb J, Donnan P, et al. Comparative pathology of breast cancer in randomised trial of screening. *Br J Cancer* 1991; 64: 108-13.
- 64) Tavassol FA, Norris HJ. Secretory carcinoma of the breast. *Cancer* 1980; 45: 2404-13
- 65) Hull MT, Seo IS, Battersby JS, et al. Signet-ring cell carcinoma of the breast: A clinicopathologic study of 24 cases. *Am J Clin. Pathol* 1980; 73: 31-5.
- 66) Merino MJ, Livolsi JA. Signet-ring carcinoma of the female breast: A clinicopathologic analysis of 24 cases. *Cancer* 1981; 48: 1830-7.
- 67) Ramos CV, Taylor HB. Lipid-rich carcinoma of the breast: A clinicopathologic analysis of thirteen examples. *Cancer*. 1974; 33: 812-9.
- 68) Rapin J, Contesso G, Mouriessse H et al. Medullary breast carcinoma: A reevaluation of 95 cases of breast cancer with inflammatory stroma. *Cancer* 1988; 61: 2503-10.
- 69) Rigaud C, Theobald S, Noel P, et al: Medullary carcinoma of the breast: A multicenter study of its diagnostic consistency. *Arch Pathol Lab Med*. 1993;117: 1005-8.
- 70) Fisher ER, Kenny JP, Sass R, et al. Meduller cancer of the breast revisited. *Breast Cancer Res Treat*. 1990; 16: 215-29.
- 71) Green S, Chambon P. The oestrogen receptor from perception to mechanism. In: Parker MG. *Nuclear hormon receptors*. London: Academic Press, 1991: 15-38.
- 72) Klein-Hitpass L, Scharpp M, Wagner J, Ryffel GJ. An oestrogen responsive element derived from the 5. region. *Cell*. 1986; 46: 1053-61.
- 73) Concongiv ML, Chambers JT, Joynick JM, Pirro M, Schwartz PE. Immunohistochem icalevaluation of estrogen and progesterone receptor content in 183 patients with endometrial carcinoma. *Am J Clin Pathol*; 1989; 94: 247-54.

- 74) King WJ, De Sambre ER, Jensen EV, Greene GL. Comparison of immunocytochemical and steroid binding assays for estrogen receptors in human breast tumors. *Cancer Research*.1985; 45: 293-9.
- 75) Molino A, Micciolo R, Turazza M, Bonetti F, Piubello Q, Coughnati A, Sperotto L, Recaldin E, Spagnolli P, Mafrin E, Bonetti A, Nortilli R, Tamezzoli A, Pollini GP, Modena S, Cetto GL. Prognostic significance of estrogen receptors in 405 primary breast cancers. *Breast Cancer Res Treat*. 1997; 45: 241-9.
- 76) Tavansol F. *Pathology of the breast*. 2nd Ed. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1999; 2: 52-3.
- 77) Giri DD, Dundas SAC, Nothingam JF, Underwood JCE. Oestrogen receptors in benign epithelial lesions and intraductal carcinomas of the breast: An immunohistological study. *Histopathology*. 1989; 574-84.
- 78) Jakesz R, Reiner A, Bieglmaier C, Reiner G, Krisch K, Kolb R, Spana J, Schemper M. Tumor histology and steroid receptors in breast carcinoma. *Oncologic*.1981; 4: 73-8.
- 79) Slamon DJ, Godolphin W, James CA et al: Studies of the Her-2/neu proto-oncogene in human breast and ovarian cancer. *Science*. 1989; 244: 707-12.
- 80) Pres MF, Slamon DJ, Flom KJ, eds. Evaluation of HER-2/neu gene amplification and overexpression: comparison of frequently used assay methods in a molecularly characterized cohort of breast cancer specimens. *J Clin Oncol*. 2002 ;20:3095-105.
- 81) Jacobs TW, Gown AM, Yaziji H, eds. Specificity of HercepTest in determining HER-2/neu status of breast cancers using the United States Food and Drug Administration-approved scoring system. *J Clin Oncol*. 1999 ;17: 1983-7.
- 82) Somunluoğlu S. Meme kanseri: belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. *Fırat Sağlık Yüksekokulu Dergisi* 2009; 4(10): 103-122
- 83) ‘Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: a study from Turkish Federation of Breast Diseases Societies’

- 84) Fedewa SA, Edge SB, Stewart AK, Halpern MT, Marlow NM, Ward EM: Race and ethnicity are associated with delays in breast cancer treatment (2003-2006). *J Health Care Poor Underserved*. 2011 Feb;22(1):128-41.
- 85) Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res*. 2011 Oct 25;11:284. doi: 10.1186/1472-6963-11-284.
- 86) Otieno ES, Micheni JN, Kimende SK, *et al*. Provider delay in the diagnosis and initiation of definitive treatment for breast cancer patients. *East Afr Med J*. 2010 Apr;87(4):143-6
- 87) Norsa'adah B, Rampal KG, Rahmah MA, Naing NN, Biswal BM. Diagnosis delay of breast cancer and its associated factors in Malaysian women. *BMC Cancer*. 2011 Apr 17;11:141
- 88) Chintamani, Tuteja A, Khandelwal R, et al. Patient and provider delays in breast cancer patients attending a tertiary care centre: a prospective study. *JRSM Short Rep*. 2011 Oct;2(10):76
- 89) Jassem J, Bacanu F, Eglitis J, Mardiak J, Pienkowski T, Kahan Z, Ozmen V, Drobnienė M, Vrbanc D, Semiglazova T, Stamatovic L, Timcheva C, Vasovic S, Zaborek P: Patient-related factors influencing time between first signs of breast cancer (BC) and appointment for medical visit (AVM): An international survey. *J Clin Oncol* 30, 2012 (suppl; abstr 9046)
- 90) Allgar VL, Neal RD. Delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the National Survey of NHS Patients: Cancer. *Br J Cancer* 2005;92:1959–1970.
- 91) Jassem J, Ozmen V, Bacanu F, et al. Factors influencing time to seeking medical advice and start of treatment in breast cancer – an international survey. Thirty-fifth Annual CTRC-AACR San Antonio Breast Cancer Symposium – December 4-8, 2012; San Antonio, TX (abstract)
- 92) Montella M, Crispo A, D'Aiuto G, De Marco M, de Bellis G, Fabbrocini G, Pizzorusso M, Tamburini M, Silvestra P. Determinant factors for diagnostic delay in operable breast cancer patients. *Eur J Cancer Prev* 2001 Feb;10 (1):53-9.

- 93) Rauscher GH, Ferrans CE, Kaiser K, Campbell RT, Calhoun EE, Warnecke RB: Misconceptions about breast lumps and delayed medical presentation in urban breast cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010 Mar;19(3):640-7
- 94) Robertson R, Campbell NC, Smith S, Donnan PT, Sullivan F, Duffy R, Ritchie LD, Millar D, Cassidy J, Munro A: Factors influencing time from presentation to treatment of colorectal and breast cancer in urban and rural areas. *Br J Cancer.* 2004 Apr 19;90(8):1479-85.
- 95) Yau TK, Choi CW, Ng E, Yeung R, Soong IS, Lee AW: Delayed presentation of symptomatic breast cancers in Hong Kong: experience in a public cancer centre. *Hong Kong Med J.* 2010 Oct;16(5):373-7.
- 96) Hofvind S, Lee CI, Elmore JG: Stage-specific breast cancer incidence rates among participants and non-participants of a population-based mammographic screening program. *Breast Cancer Res Treat.* 2012 Aug;135(1):291-9.
- 97) Kahan A, Gurdal SO, Ozaydin N, *et al.* First round results of a long term population-based breast cancer screening program from Bahcesehir. *J Breast Health.* 2012; 8(4):180-4
- 98) Fornier MN, Modi S, Panageas KS, Norton L, Hudis C: Incidence of chemotherapy-induced, long-term amenorrhea in patients with breast carcinoma age 40 years and younger after adjuvant anthracycline and taxane. *Cancer.* 2005 Oct 15;104(8):1575-9.
- 99) Online: Turkiye Istatistik Kurumu (Turkish Statistical Institute). Available at <http://www.tuik.gov.tr> [accessed: July 2013].
- 100) U.S. Census Bureau; Census 2010, Table PEAGESEX; generated by B. Murat Ozdemir; using American FactFinder; <<http://factfinder2.census.gov>>; (18 July 2012)
- 101) Smith P, Hum S, Kakzanov V, Del Giudice ME, Heisey R: Physicians' attitudes and behaviour toward screening mammography in women 40 to 49 years of age. *Can Fam Physician.* 2012 Sep;58(9):e508-13.

- 102) Guvenc I, Guvenc G, Tastan S, Akyuz A: Identifying women's knowledge about risk factors of breast cancer and reasons for having mammography. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(8):4191-7.
- 103) Dunder PE, Ozyurt BC, Erdurak K: Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:816903.
- 104) Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B, Vedsted P: Identifying specific non-attending groups in breast cancer screening - population-based registry study of participation and socio-demography. *BMC Cancer*. 2012 Nov 14;12:518.
- 105) Lagerlund M, Sontrop JM, Zackrisson S: Do reproductive and hormonal risk factors for breast