



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

OKMEYDANI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**KADINLARDA KENDİ KENDİNE MEME MUAYENELERİNDE
TESPİT ETTİKLERİ BULGULAR İLE GÖRÜNTÜLEME
SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE KENDİ KENDİNE MEME
MUAYENESİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif DEMİRÖREN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2018



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

OKMEYDANI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**KADINLARDA KENDİ KENDİNE MEME MUAYENELERİNDE
TESPİT ETTİKLERİ BULGULAR İLE GÖRÜNTÜLEME
SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI İLE KENDİ KENDİNE
MEME MUAYENESİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Elif DEMİRÖREN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
KISALTMALAR.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. MEME KANSERİNİN GENETİK TEMELLERİ.....	2
2.2. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ.....	2
2.3. MEME KANSERİ TARAMA PROGRAMLARI.....	6
2.4. MEME KANSERLERİNDE TEDAVİ.....	10
2.5. MEME KANSERLERİNDE BULGULAR.....	11
2.6. MEME KANSERLERİNDE HİSTOPATOLOJİK SINIFLANDIRMA.....	12
2.7. MEME KANSERLERİNDE EVRELEME.....	15
2.8. MEME KANSERLERİNDE TANI YÖNTEMLERİ.....	17
2.9. MEME KANSERLERİNDE PROGNOTİK FAKTÖRLER.....	19
2.10. MEME KANSERLERİNDEN KORUNMA.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR.....	50
ÖZGEÇMİŞ.....	54
EKLER.....	55

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca asistanı olmaktan her zaman gurur duyduğum, bilgi, deneyim ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam, tez danışmanım ve Aile Hekimliği Klinik Şefimiz Doç. Dr. Seçil Arıca'ya,

Rotasyonlarım ve eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan tüm klinik şeflerimiz, uzmanlarımız, ve bir arada çalışmaktan keyif aldığım bölüm arkadaşlarım, asistan meslektaşlarıma ve sağlık çalışanlarına,

Hasta toplama sürecinde beraber çalıştığım Op. Dr. Semra Günay'a, ve tez yazım aşamasında benden bilgisini ve desteğini esirgmeden içtenlikle yardımcı olan Sn.Gülşen Taşdelen Teker'e,

Hem hayatım hem de eğitimim boyunca sevgi ve desteklerini her zaman hissettiğim, iyi bir insan ve iyi bir doktor olmak için bana en değerli örnek olan başta annem Doç.Dr.Meral Demirören, babam Dt. Kahraman Demirören ve sevgili babaannem Sevil Demirören olmak üzere sevgili büyük ailemin tüm üyelerine,

Zor anlarımda bana desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım ve meslektaşlarım Dr. Fırat Baluken, Dr. Elif Melisa Önder, Dr. Sena Güler, Dr. Özgür Atmaca ve Ahmet Onur Çıtnak'a,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif Demirören

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BRCA	: Breast Cancer Susceptibility Gene-Meme Kanserine Yatkınlık Geni
DCIS	: Ductal Carcinoma in situ
HER	: Human Epidermal Growth Factor Receptor
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KT	: Kemoterapi
LCIS	: Lobular Carcinoma in situ
MR	: Manyetik Rezonans
NBSS	: National Breast Screening Study
RT	: Radyoterapi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1:	BIRADS Sınıflaması.....	9
Tablo 2:	Meme kanserlerinde evreleme.....	17
Tablo 3:	Demografik özelliklerin dağılımı.....	25
Tablo 4:	Mesleklerin dağılımı.....	26
Tablo 5:	Genel özelliklerin dağılımı.....	27
Tablo 6:	Bilinen hastalıkların dağılımı.....	28
Tablo 7:	Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeylerine ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımları.....	29
Tablo 8:	Bilinen meme hastalığına ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımları.....	30
Tablo 9:	Meme ultrasonografi ve mamografi taraması sorularına verilen cevapların dağılımları.....	30
Tablo 10:	Hastaneye geliş sebeplerinin dağılımları.....	36
Tablo 11:	Kendi kendine meme muayenesi bulgularının dağılımları.....	37
Tablo 12:	Görüntüleme yöntemi bulgularının dağılımları.....	38
Tablo 13:	Görüntüleme yöntemindeki bulgu yerine göre kendi kendine meme muayenesi sırasındaki bulgu yerinin değerlendirilmesi.....	40
Tablo 14:	Görüntüleme yöntemindeki bulgu büyüklüğüne göre kendi kendine meme muayenesi sırasındaki bulgu büyüklüğünün değerlendirilmesi.....	42
Tablo 15:	Görüntüleme yöntemindeki bulgu niteliğine göre kendi kendine meme muayenesi sırasındaki bulgu niteliğinin değerlendirilmesi.....	43

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Eğitim düzeyi ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi ilişkisi.....	32
Şekil 2: Eğitim düzeyi ve rutin mamografi taraması bilgi düzeyi ilişkisi.....	32
Şekil 3: Evlilik durumu ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi ilişkisi.....	33
Şekil 4: Evlilik durumu ve rutin mamografi taraması bilgi düzeyi ilişkisi.....	33
Şekil 5: Çalışma durumu ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi ilişkisi.....	34
Şekil 6: Çalışma durumu ve rutin mamografi taraması bilgi düzeyi ilişkisi.....	34
Şekil 7: Ailede meme kanseri hikayesi ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi ilişkisi.....	35
Şekil 8: Ailede meme kanseri hikayesi ve rutin mamografi taraması bilgi düzeyi ilişkisi.....	35

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ

Bu çalışmada S.B.Ü Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran ve meme görüntülemesi yapılmış olan 20-65 yaş arası kadınlarda kendi kendine meme muayenesi ile tespit ettikleri bulguların görüntüleme sonuçlarındaki bulgularla karşılaştırılması ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi ölçülmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

S.B.Ü. Okmeydanı EAH'ne başvuran 20-65 yaş arası, herhangi bir sebeple meme görüntülemesi yapılmış olan, daha önce bilinen invazif bir meme hastalığı olmayan ve gebe olmayan kadınlar çalışmaya dahil edildi. Çalışmada hastaya kendi kendine meme muayenesi ile bilgi seviyesini ve tutumlarını sorguladığımız sorulardan oluşan bir anket formu dolduruldu. Ayrıca hastanın söz konusu mamografi/ultrasonografi çekilmeden önce eğer yaptıysa kendi kendine meme muayenesi sırasında rastladığı, eğer yapmadıysa eline gelmesi/kazara karşılaşması şeklinde bulunduğu bulgular sorularak araştırmacı tarafından not edildi ve hastanın meme görüntüleme sonuçlarındaki bulgular araştırmacı tarafından kaydedildi.

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri IBM® SPSS® Statistics Version20 paket programında yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Çalışma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

BULGULAR

Çalışma 99 olgu ile yapılmıştır. Olgulardan %52,5'i kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmekte, %13,6'sı her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır. Çalışmaya katılan olguların kendi kendine meme muayenesi bulguları ile meme görüntülemesi bulguları arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı benzerlik görülmüştür. ($p<0,05$)

SONUÇ

Meme kanserinin erken tanısında kendi kendine meme muayenesi yararlı bir araçtır ve desteklenmelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Kendi kendine meme muayenesi, görüntüleme sonuçları, bulgular



ABSTRACT

INTRODUCTION and OBJECTIVE

In this study, assessment of breast self-examination awareness of women, who consulted to Okmeydanı Training and Research Hospital with mammary radiography results, and comparison of the breast self-examination findings and existing radiography results of same individuals were aimed.

MATERIALS and METHODS

The women consulted to Okmeydanı Training and Research Hospital with existing mammary radiography results were included in the study. Pregnant women, women with invasive mammary malignencies or women who are younger than 20 or older than 65 years were excluded of the study. The women were asked to fill in a questionnaire referring to the individual's information and behaviour about breast self-examination. Also, the individuals were asked about the findings they came across during breast self-examination before conducting to the specialist, and those findings were noted as well as the results of their mammographs or ultrasonographies, and those findings were compared to the results.

The data retrieved from the study was assessed with IBM® SPSS® Statistics Version20 programme. For statistical significance, descriptive statistical methods (mean, standart deviation, frequencies) and Chi-square test were used. Statistical significance was given as $p < 0.05$ level. The study is a descriptive, cross-sectional study.

RESULTS

The study was made with 99 women. %52,5 of them were found to have information about breast self-examination, and %13,6 of all the individuals examine their breasts monthly. Statistically significant corelation was found in between breast self-examination findings and mammary radiography results of the individuals. ($p < 0,05$)

CONCLUSION

Breast self-examination is a useful tool in early diagnosis of breast cancer and should be encouraged.

KEYWORDS

Breast self-examination, breast imaging results, findings

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan vücudundaki hücrelerin uygunsuz diferansiyasyonu ve kontrol dışı çoğalması sonucu ortaya çıkan hastalıklar grubuna kanser adı verilir. (1). Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve kadınlarda kanserden ölüm nedeni olarak ilk sırada bulunan kanserdir. (1). Türkiye’de de kadınlarda en sık görülen kanserdir ve her 4 kadından birinin hayatının herhangi bir döneminde meme kanseri ile karşılaşacağı öngörülmektedir. (2)

Meme kanserinin etiolojisinde beraber genetik, çevresel, hormonal ve sosyobiyojik etkenlerin beraber rol aldıkları düşünülmektedir. (1). Meme kanserinde en sık görülen başvuru nedeni ele gelen kitle olmakla beraber, hastalar meme başı akıntısı, retraksiyonu, ödem, portakal kabuğu görünümü, eritem, ülserasyon ve lenfadenopati gibi nedenlerle de presente olabilirler. (3)

Meme kanseri aynı zamanda erken dönemde tanı konulursa yaşam süresi uzatılabilen ve kür şansı olan bir kanser olmasıyla da dikkat çekmektedir. Bu amaçla Amerikan Kanser ‘nin ilk kez 1980 yılında belirlediği yöntemler altın standartlar olarak kabul edilmiş olup geçerliliğini korumaktadır (1). Bunlar, tüm asemptomatik kadınlara 20–39 yaşları arasında her ay düzenli olarak yapması önerilen “Kendi Kendine Meme Muayenesi” (KKMM), aynı gruba her 3 yılda bir yapılması önerilen “sağlık personeli tarafından yapılan klinik muayene” (KMM) ve 40 yaş üzerinde her asemptomatik kadına her yıl yapılması önerilen “mamografidir”. (4). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından ülkemizde yürütülen toplum tabanlı meme kanseri tarama programının bir parçası olarak 40-70 yaş arası asemptomatik kadınlara 2 yılda bir mamografi çekilmesi önerilmektedir (5).

Bu çalışmanın amacı; meme kanserinin erken tanısında önemli bir tarama yöntemi olan kendi kendine meme muayenesi konusunda kadınların bilgi düzeyini değerlendirmek ve örnekleme oluşturan kadınlarda kendi kendine meme muayenesi bulgularıyla görüntüleme sonuçlarındaki bulguları karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEME KANSERİNİN GENETİK TEMELLERİ

Meme kanserlerinin büyük çoğunluğu sporadik, yaklaşık %5-10 oranında ise kalıtsal nedenli ailesel meme kanseri olarak ortaya çıkmaktadır. Kalıtsal meme kanserinde yüksek penetransa sahip meme kanserine yatkınlık genleri olarak BRCA1 ve BRCA2 genleri bulunmuştur. (6). Bu genlerdeki germ hücre soyu mutasyonlarını içeren kadınların yaşamlarının bir döneminde meme kanseri geliştirme riski %50-80 arasında değişmektedir. (7)

BRCA1 geni, kromozom 17q21'e , BRCA2 ise kromozom 13q12'e yerleşik olan, BRCA1 Ve BRCA2 proteinlerini kodlayan genlerdir. BRCA1 ve BRCA2'deki mutasyonlar ve BRCA proteinlerinin inaktivasyonu, tümör baskılayıcı proteinlerin ve diğer genom koruyucu rolü olan proteinlerin inaktivasyonuna neden olarak hücreyi tümör oluşumuna götürür (8).

Hereditör meme over kanseri sendromu, bölgeye spesifik hereditör meme kanseri, Li-Fraumeni sendromu, Cowden sendromu ve Muir sendromu gibi kalıtsal sendromların varlığında da meme kanseri görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. (9,10).

2.2. MEME KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Meme kanseri ile ilişkili birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri:

Demografik faktörler: yaş, etnisite/ırk

Reproduktif öykü: menarş yaşı, parite, ilk canlı doğum yaşı, menapoz yaşı, ilk tam dönem hamilelik yaşı, laktasyon, infertilite

Ailesel/genetik faktörler: aile öyküsü, meme kanseri riski ile ilişkili olduğu bilinen veya şüphe edilen BRCA 1/2, p53, PTEN veya diğer gen mutasyonları

Çevresel faktörler: 30 yaşından önce toraks bölgesine radyoterapi [örneğin Hodgkin hastalığı tedavisi nedeniyle], hormon replasman tedavisi, alkol kullanımı, sosyoekonomik düzey

Diğer faktörler: kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, atipik hiperplazi veya lobular karsinoma in situ [LCIS], dens meme yapısı, vücut kitle indeksi [BMI] olarak sınıflandırılabilir. (11)

2.2.1. Demografik faktörler:

Cinsiyet ve Yaş: Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade eder. Günümüzde bir kadının hayatının herhangi bir döneminde noninvazif meme kanseri geliştirme riski 1/6, invazif meme kanseri riski 1/8dir. (11) Bu riskin büyük bölümü yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkar. Yeni meme kanseri tanısı alan kadınların %79'u ve meme kanseri nedeniyle ölenlerin %88'i 50 yaş ve üzerindeki kadınlardır (1)

Sosyoekonomik düzey: Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından 2 kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; reproduktif alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. (12)

2.2.2. Reprodüktif öykü:

Reproduktif dönem: Östrojen hormonuna maruz kalınan sürede artış olması, meme kanseri gelişme riskinde artışla ilişkilidir. Erken menarş (12 yaşından önce) ve geç menapoz (55 yaşından sonra) östrojene maruz kalınan süreyi artırarak risk faktörü oluşturur. (12). Artan siklus sayısı, proliferen olan duktal dokuda artmış DNA hasarına neden olmakta, bu da meme kanserine yol açabilecek mutasyon riskini arttırmaktadır (12). 55 yaşından sonra menapoza giren kadınlarda, 45 yaşından önce menapoza giren kadınlara göre meme kanseri gelişme riski 2 kat artmaktadır (13).

Doğurganlık öyküsü: Tam dönem gebelikte görülen meme epitelinin terminal diferansiyasyonu da koruyucudur, dolayısıyla ilk canlı doğumun daha ileri yaşta yapılması ve hiç doğum yapmamış olmak meme kanseri riskinin daha daha yüksek olduğu anlamına gelir. Nulliparitenin meme kanseri rölatif riskinde 1.2-1.7 artışa neden olduğu gösterilmiştir. (14). Multiparite, infertilitenin ve infertilite tedavisinin meme kanseri riskini ne yönde etkilediği çelişkilidir. Meme Kanserinde Risk Faktörleri 2010 Konsensus Raporu'na göre indüklenmiş veya spontan düşük yapmanın meme kanseri ile bir ilişkisi gösterilememiştir (14).

Laktasyon: Laktasyon; hem nonfonksiyonel gland dokusunu süt üreten bir organa dönüşecek şekilde histolojik değişikliğe uğratarak, hem de menstruasyonun engellenmesiyle yaşam boyu görülecek siklus sayısını azaltarak meme kanseri riskini azaltır. (14,15). Bu etki beklendiği üzere özellikle premenapozal kadınlarda daha belirgindir.

Oral kontraseptif kullanımı: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda, meme kanseri gelişme riski küçük oranda (1.24 kat) artmaktadır. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ile bu risk azalmakta ve 10 yıl sonra ortadan kalmaktadır (12). Daha yakın tarihli iki çalışmada ise oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski ilişkisi ortaya konamamıştır (16,17). Ancak çalışmaların çoğunun yüksek doz östrojen ve progesteron içeren oral kontraseptif formları ile yürütüldüğü, daha düşük doz içeren yeni formlar ile meme kanseri arasındaki ilişkinin net olarak bilinmediği not edilmelidir.(13).

Hormon replasman tedavisi: Östrojen veya östrojenle kombine progesteron içeren HRT perimenopozal ve postmenopozal dönemde klimakterik semptomların kontrolü için verilmektedir. (18) Tek başına östrojen replasman tedavisinin 10 yıldan uzun süre kullanımda meme kanseri gelişme riskini artırdığı, kombine östrojen ve progesteron replasman tedavisinde riskin 2-4 kat daha fazla arttığı saptanmıştır. HRT kullanımı kesildikten 5 yıl sonra ise risk ortadan kalkmaktadır (12).

2.2.3. Ailesel/genetik faktörler:

Aile hikayesi: Meme kanseri olgularının %5-10'unun ailesel olduğu bilinmektedir (14). Bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olmasının, meme kanseri riskini 1.80 kat artırdığı, iki tane birinci derece akraba varlığında ise 2.9 kat artırdığı gösterilmiştir. (12). Meme kanseri tanısının, etkilenen akrabada erken yaşta konulması daha yüksek riske neden olur. (1).

Genetik: Kalıtsal meme kanseri ile ilişkili çeşitli genler tanımlanmıştır. Bu genler içinde en önemlileri herediter meme ve over kanseri sendromundan sorumlu BRCA1/BRCA2, LiFraumeni sendromundan sorumlu TP53 ve Cowden sendromundan sorumlu PTEN genleridir. (14). Herediter meme kanserinin en yaygın nedeni olan BRCA1 ve BRCA2 genleri DNA tamir genleri olup, mutasyonlarında meme kanserinin yanı sıra over kanseri riskini arttırmaktadırlar (14). BRCA1 geni kromozom 17q21''de, BRCA2 geni ise kromozom 13q12''de lokalizedir. BRCA2 mutasyonları, özellikle erkeklerde meme kanseri riski ile ilişkilidir (19). BRCA1 veya BRCA2 mutasyonu olan kişilerde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski %40 ile 80 arasında değişmektedir. (19). BRCA1 mutasyonu kaynaklı meme kanserleri erken yaşta görülür, kötü diferansiye histopatolojik özellik gösterir ve kötü prognozludur.

2.2.4. Çevresel faktörler:

Radyasyona maruz kalma: Özellikle puberte ve hayatın ilk 3 dekatında toraks bölgesine yapılan radyoterapi meme kanseri riskini artırmaktadır. Tanısal amaçla yapılan işlemlere bağlı olarak oluşan radyasyona maruziyetin yarattığı risk ise genetik geçiş riski olanlar dışında dikkate alınmayacak kadar düşük olarak kabul edilir (14).

Alkol kullanımı: Alkol tüketiminin serum östradiol düzeylerini ve östradiol biyoyararlanımını yükselttiği bilinmektedir. Birçok çalışmada orta düzeyde alkol alımının (her gün 1-2 kadeh) meme kanseri insidansında artışa neden olduğu, alkol alımının östrojen reseptör pozitif meme kanseri gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir. (20). Amerikan Kanser Derneği günlük 2-5 bardak alkol tüketen kadınlarda hiç tüketmeyenlere göre 1.5 kat artmış meme kanseri riski olduğunu önermiştir. (1).

Egzersiz: Düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak özellikle premenapozal kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir. (14). Amerikan Kanser Derneği meme kanseri riskini azaltmak için yetişkinlerin orta şiddette en az 150 dakika ya da şiddetli 75 dakika haftalık egzersiz yapmasını önermektedir (1).

Beslenme alışkanlığı: Menapozdan sonra östrojenin ana kaynağı; adrenal bezlerden salgılanan dehidroepiandrosteron'un (DHEA) periferik yağ dokusunda metabolize edilerek östradiol ve östrona dönüşmesidir. Bu nedenle yağ oranının yüksekliği artmış meme kanseri riskiyle ilişkilidir. (14). Son yıllardaki çalışmalar, vitamin D'nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini önermiştir. (21). Vitamin E, C veya beta-karoten gibi antioksidanların alımının meme kanseri riskine etki ettiği yönünde güçlü bir kanıt yoktur.(14)

Sigara kullanımı: Çalışmalarda çok değişik sonuçlar elde edilmekle birlikte, eşlik eden bazı diğer faktörlerle birlikte riski artırdığı düşünülmektedir (14).

2.2.5. Diğer faktörler:

Vücut Kitle İndeksi (BMI): Fazla kilolu kişilerde kan insülin seviyesi yüksek olup bu da meme kanseri dahil birçok kanserle ilişkilidir (1). Ancak, obezite ile meme kanseri arasındaki ilişki karmaşıktır. Premenapozal kadınlarda, vücut ağırlığı ile meme kanseri riski arasında ters bir ilişki vardır. Obezite, premenapozal kadınlarda anovulatuvar menstrual sikluslarla ilişkili olarak meme kanseri riskini azaltabilir (14). Postmenapozal kadınlarda ise obezite meme kanseri riskinde artışa neden olur. Menapozdan sonra östrojenin ana kaynağı; adrenal bezlerden salgılanan dehidroepiandrosteron'un (DHEA) periferik yağ dokusunda

metabolize edilerek östradiol ve östrona dönüşmesidir. Bu nedenle yağ oranının yüksekliği artmış meme kanseri riskiyle ilişkilidir. (14) Ayrıca yağ dokusu, bazı toksinleri, ilaçları vitaminleri depolayarak bazı kanserojenlere de sürekli kaynak oluşturmaktadır.

Benign meme lezyonları: Benign meme hastalıkları risk derecelerine göre; nonproliferatif lezyonlar, atipisiz proliferatif lezyonlar ve atipili proliferatif lezyonlar olmak üzere üç gruba ayrılırlar. Nonproliferatif lezyonlara örnek olarak basit kist, hafif hiperplazi sayılabilir ve bu grubun meme kanseri riski üzerine etkileri minimaldir. Atipisiz proliferatif lezyonlar ise (atipisiz duktal hiperplazi, fibroadenom) meme kanseri riskinde 1.5-2 kat artışa neden olurlar. (14). Atipili proliferatif lezyonlar da (atipik duktal hiperplazi, atipik lobular hiperplazi) ortalama riske göre 4-5 kat artışa neden olurlar. Atipi multifokal olduğunda ise risk 10 kat artar (22). Proliferatif meme lezyonlarında kolumnar hiperplazi bulgusunun da kanser gelişimi için bir uyarı olarak ele alınması gerektiği önerilmektedir. “Kolumnar hücre değişikliği” ve “kolumnar hiperplazi” terminal duktus lobüler üniti döşeyen hücrelerin kolumnar özellikte olmasını ifade eder. Bu durum genellikle multifokaldir ve tipik olarak 35-50 yaşları arasındaki premenopozal kadınlarda meydana gelir. (14) Özellikle sitolojik ve yapısal atipi gösteren kolumnar lezyonların düşük dereceli DKIS ve özellikle tübüler tipte invaziv kanser gelişimi açısından risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (23).

Kişisel meme kanseri öyküsü: Geçmişte invazif veya in situ meme kanseri öyküsü kontralateral memede invazif kanser gelişme riskini artırır. (14). Erken başlangıçlı meme kanseri tanısı alan kadınlarda (<40 yaş) yeni meme kanseri gelişimi için yaklaşık 4.5 kat artmış risk vardır (1).

Dens meme yapısı: Dens meme dokusu daha fazla glanduler ve fibröz doku içerirken yağ dokusunu az miktarda içermektedir. Mamografik olarak dens meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin 4-5 kat artmış olduğu düşünülmektedir. (24). Meme dokusunun yoğunluğunu etkileyen faktörler; yaş, menapozal durum, kullanılan belli ilaçlar (hormon replasman tedavisi), gebelik ve genetikdir (4).

2.3. MEME KANSERİ TARAMA PROGRAMLARI

Amerikan Kanser Birliği tarafından 2005 yılında önerilen meme kanseri tarama programında:

20-39 yaş arası: Her ay KKMM, 3 yıl bir KMM

40-49 yaş arası: Her ay KKMM, Her yıl KMM, 1-2 yılda bir Mammografi

50 yaş ve üzeri: Her ay KKMM, Her yıl KMM, 3 yılda bir Mamografi,

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'na önerilen ve ülkemizde kullanılan ulusal kanser tarama protokolüne göre;

20-40 yaş: Her ay KKMM, 2 yılda bir KMM,

40-69 yaş: Ayda bir KKMM, yılda bir KMM, 2 yılda bir Mamografi çektirilmesi önerilmektedir. (2)

2.3.1. Kendi kendine meme muayenesi

İlk kez 1950li yıllarda Kuzey Amerika ve Avrupa'da uygulanmaya başlanan KKMM, meme kanserinin mümkün olduğunca erken dönemde tanınmasını sağlamak amacıyla kadınların, meme ve çevresindeki bölgeyi, olağan dışı kitle ve şekil değişikliklerini belirlemek için düzenli aralıklarla, sistematik bir şekilde, aynı yöntemi kullanarak muayene etmesidir. (11) 20 yaşından itibaren yaşam boyu ayda 1 kez yapılmalı, menstruasyondan sonraki 3-5. Günlerde yapılmalı, siklusları düzensiz olan kadınlarda olabildiğince düzenli aralıklarla yapılmalıdır. KKMM'nin avantajları kolay uygulanabilen, ekonomik bir yöntem olması ve her kadının kendi meme dokusuna alışkın hale gelmesi sayesinde değişiklikleri daha rahat farketmesini sağlamasıdır. (2)

KKMM iki aşamadan oluşur:

İnspeksiyon: Bir ayna karşısında kollar yukarı kaldırılarak inspeksiyon yapılır. Memelerde belirgin şişlik, boyut veya şekil değişikliği, areolanın içeri çekilmesi, kızarıklık, yüzeysel damarlarda belirginleşme, ciltte "portakal kabuğu görünümü" görülebilir. (11)

Palpasyon: önce ayakta iken , sonra sırtüstü yatıp her eli sırasıyla başın altına koyarak her iki meme ve aksillar bölgenin palpasyonu yapılır ve normal dışı veya yeni farkedilen bir kitle/bulgu için taranır. Tarama hareketleri için areoladan başlayarak dairesel hareketlerle dışa doğru, areoladan başlayarak lineer hareketlerle dışa doğru, veya yukarıdan aşağıya dikey lineer hareketlerle tarama yöntemleri önerilmektedir. 4)

2.3.2. Klinik meme muayenesi

Asemptomatik kadınlarda rutin doktor muayenesi dünyada ve ülkemizde bir tarama yöntemi olarak uygulanmaktadır. Değişik serilere göre tek başına meme muayenesi ile doğru

tanı konma oranı %44-85 arasında değişmekte, meme kanserlerinin %10dan fazlası ise mamografi ile görüntülenemediği halde palpasyon ile bulgu vermektedir. (25,46). Fizik muayene, yoğun memede mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynayabilir. Premenopozal kadında FM için en uygun zaman hem hassasiyet, hem yoğunluk yönünden uygun olmasıyla menstrüasyonu takip eden haftadır.

2.3.3. Mamografi

Mamografi 40 yaş ve üstü kadınlara bir veya iki yılda bir kez periyodik yapılması önerilen bir tarama testi olarak erken tanıda önemli bir yer almaktadır. Mamografi raporlarındaki terminolojinin standardizasyonu, lezyonların standart kriterlere göre kategorizasyonu ve tarama mamografilerinde saptanan nonpalpabl lezyonların izlem protokollerinin belirlenmesi amacıyla 1993 yılında Amerikan Radyoloji Derneği tarafından „Breast Imaging Reporting and Data System“ (BIRADS) geliştirilmiştir (26).

Tablo 1: BIRADS Sınıflaması (27)

Kategori 0	İlave görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç var		Herhangi bir kategoriye karar vermek için ileri görüntüleme yapılmalıdır.
Kategori 1	Normal mamogram	Memeler simetrik olup, kitle, yapısal distorsiyon, şüpheli mikrokalsifikasyon içermezler	Yıllık mamografi devamı önerilir. (40 yaş üstü kadınlar için)
Kategori 2	Benign bulgular	Bu da, negatif bir mamogramdır. Kalsifiye fibroadenomlar, yağ kisti, lipom, galaktosel, hamartom gibi lezyonlar görülebilir.	Yıllık mamografi devamı önerilir. (40 yaş üstü kadınlar için)

Kategori 3	Muhtemelen benign bulgular	Büyük olasılıkla benign özelliklere sahip, ancak çok düşük olasılıkla malign olma ihtimali olduğu için stabil olduğunu göstermek için izlem gerektiği düşünülen bulgulardır	6 ay sonra mamografi tekrarı önerilir.
Kategori 4	Şüpheli bulgular	Meme kanseri açısından karakteristik görünüme sahip değildir ancak malign olmaları kuvvetle olası lezyonlardır	Biyopsi gerekebilir.
4A	hafif derecede kuşkulu		
4B	orta derecede kuşkulu		
4C	ileri derecede kuşkulu		
Kategori 5	Yüksek olasılık ile malignite düşündürülen bulgular	Mamografi histolojik tanı vermese de morfolojisi tipik olup malign olma olasılığının çok yüksek olduğu bulgulardır, doku tanısı elde edilmelidir.	Biyopsi önerilir.
Kategori 6	Malign olduğu bilinen (biyopsi ile verifiye) ancak henüz kesin tedavi uygulanmamış olgular		Biyopsi sonucuna göre tedavi planlanır.

2.3.4. Ultrasonografi

USG tarama testi olmamakla birlikte, 40 yaş altı kadında, dens meme dokusu olan ve FM’de ele gelen benign özellikteki kitlelerin tanısında mamografiden daha duyarlı olmasıyla tanısal amaçlı kullanılmaktadır. Meme lezyonlarının yaklaşık %25’i kistik olup, USG ile solid / kistik ayrımı efektif olarak yapılabilir. USG, benign özellikteki dominant kitlelerin takibinde de tercih edilen görüntüleme yöntemidir. (28)

2.4. MEME KANSERİNDE TEDAVİ

Meme kanserinde primer tedavi cerrahi olmakla beraber, kemoterapi, radyoterapi ve hormon tedavisi de uygulanır.

Cerrahi tedavi: Meme kanserlerinin cerrahi tedavisinde radikal mastektomi, modifiye radikal mastektomi ve meme koruyucu cerrahi uygulanır. Tüm tekniklerin öncelikli amacı tümörün lokal kontrolünü ve evrelendirmeyi sağlamaktır. Radikal mastektomi tüm meme dokusu, m. pectoralis major, minor ve aksiller dokunun çıkarılması ameliyatıdır. Uzun yıllar meme kanserlerinin standart tedavisi olarak uygulanmıştır, günümüzde ise temiz cerrahi sınır gerektiren ileri evre meme kanserlerinde uygulanmaktadır. (3) Modifiye radikal mastektomi pectoralis majör kasının çıkarılmadığı tekniktir. Meme koruyucu cerrahi meme başı/areola kompleksi, eğer varsa biyopsi skarı ve tüm meme parankiminin çıkarıldığı ve eğer endikasyon varsa aksiller diseksiyonun yapıldığı, erken evre meme kanserlerinde uygulanan cerrahi tekniktir. (9)

Radyoterapi: Meme kanserlerinin cerrahi tedavisinden sonra uygulanan radyoterapinin mortalite ve nüks üzerinde negatif sonuçları olduğu gösterilmiştir. (1) Metastatik kitlelerin semptomatik tedavisinde de radyoterapi kullanılır.

Kemoterapi: Cerrahi öncesi kitle küçültülmesi için neoadjuvan kemoterapi, veya lenf nodu tutulumu veya mikrometaastazları olan olgularda adjuvan kemoterapi kullanılır.

Hormon tedavisi: Östrojen veya progesteron reseptörleri pozitif olan olgularda hormon tedavisinin diğer memede malignite gelişimini ve nüksü azalttığı gösterilmiştir. (3) Adjuvan olarak veya metastatik meme kanserlerinin tedavisinde kullanılan tamoksifen; selektif östrojen reseptör düzenleyicisi olup, diğer dokularda östrojen ancak meme hücresinde antiöstrojen etkilere sahiptir. Postmenapozal kadınlarda androjenlerden östrojen sentezini inhibe eden aromataz inhibitörleri ve premenapozal kadınlarda overleri baskılayarak östrojen düzeylerini azaltan LHRH agonistleri de hormonal tedavinin elementleridir. (29)

Moleküler yaklaşımlar: Onkogen kaynaklı meme kanserlerinde özellikle p53 ve cerbB-2 moleküler biyobelirteçler olarak prognostik öneme sahiptir ve her ikisi içinde çeşitli tedavi metodları geliştirilmektedir. Bunlar arasında cerbB-2 proteinine bağlanan bir rekombinant monoklonal antikor olan Trastuzumab (=Herceptin= rhumAbHER2), cerbB-2 nin fosforilasyonunu ve hücre içi sinyalleşmesini engelleyen tirozin kinaz inhibitörleri, plazma zarındaki cerbB reseptörlerine yönelik geliştirilen insan monoklonal antikorları, DNA

hasarı oluştururarak hücreyi normal p53 yolu ile apoptoza gönderen Fluorourasil-Epirubicin-Cyclophosphamide ve mikrotübül stabilizasyonu sağlayan Paklitaksel sayılabilir. (5,8)

2.5. MEME KANSERİNDE BULGULAR

Meme kanseri başlangıç aşamasındayken çoğunlukla asemptomatik seyreden sinsi bir malignitedir. Meme kanserinde en sık görülen bulgular; ele gelen kitle, meme başı akıntısı, retraksiyon, portakal kabuğu görüntüsü, ülserasyon, eritem olarak sıralanabilir. (1)

Meme kanseri olan kadınlarda %70 ilk bulgu memede kitle varlığıdır. Kitle; kanserli hastaların %47-50'sinde üst dış kadran, %12-15'inde üst iç kadran, %25'inde alt iç, %2-5'inde alt dış kadran, %15-22'sinde ise meme başı ve areolada yerleşim gösterir (30). Kitle çoğunlukla ağrısız ve serttir.

Meme kanseri olan kadınların yaklaşık %10'unda ise ilk bulgu meme başında akıntı olmasıdır. Kanserin neden olduğu meme başı akıntısı genellikle tek taraflı ve spontandır. Akıntı seröz, seröz-kanlı ya da kanlı olabilir. Bu özelliği taşıyan akıntıların %8-10'unu kanserler oluştururken geri kalan büyük bir çoğunluğun nedeni intraduktal papillom ve duktal ektazidir (9).

Meme kanseri, fibrotik komponenti nedeniyle deri çekintileri ile bulgu verebilir. Bu çekintiler, hasta dinlenme durumundayken görünür olabilir veya retraksiyon ile ortaya çıkabilir. Memenin santral kadranındaki tümörlerde meme başı tümörün bulunduğu kadrana doğru çekilerek meme başı retraksiyonu görülebilir (3).

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

Meme kanserinde tümörün lokal ilerlemesi ve deri infiltrasyonuna bağlı olarak ülserasyon görülebilir. Ülserasyon sıklıkla tek, bazen çevredeki satellit deri nodüllerinin de ülserasyonu olmasıyla multipl olur. Satellit deri nodülleri meme kanserinin ileri döneminde görülebilen büyüklüğü değişen nodüller olarak kendini gösterir. Meme kanserine bağlı ülserasyon kolay kanayabilen, nekrotik ve püylü olarak görülür. (9).

Meme kanserine bağlı meme derisinde eritem görülebilir ve iki şekilde olur. Birincisi ve en sık görüleni, tümörün hemen üzerindeki deriye yaklaştıkça venöz göllenmeye bağlı olarak

görülen eritemdir. Diğeri ise, inflamatuvar meme kanserinde görülen yaygın, gergin ve parlak bir eritem alanıdır. (9).

2.6. MEME KANSERLERİNDE HİSTOPATOLOJİK SINIFLANDIRMA

Meme malignitelerinin %95'ten fazlası epitelden dokudan köken alır, karsinom olarak adlandırılırlar ve iki ana gruba ayrılırlar:

1) Non-İnvaziv veya İn Situ Karsinomlar: malign epitelyal hücreler, etrafı bazal membran ile çevrili duktus ve asinuslar içinde sınırlıdır. Bazal membranın ötesindeki stromaya invazyon göstermemişlerdir.

2) İnvaziv Karsinomlar: tümör hücreleri bazal membranı aşmış etraftaki stromayı invaze ederler. İnvaziv karsinomlar, lenf ve kan dolaşımına karışarak lenfatik ve uzak metastaz yapma kapasitesine sahiptir. (30)

2.6.1. İn Situ Karsinomlar

Duktal karsinoma in-situ (DCIS): Malign epitelyal hücrelerin meme duktuslarının sınırları içinde kalacak, diğeri bir deyişle bazal membranı geçmeyecek şekilde proliferasyon yaptığı in-situ karsinom tipidir. (9). Tedavisiz bırakıldığında invaziv karsinoma değişme süresi prognostik tipine göre 5-30 yıl arası değişmektedir. (31). Mammografik tarama sayesinde hastaların önemli kısmı asemptomatik haldeyken tanı alınırken, semptomları arasında palpabl kitle, kanlı meme başı akıntısı ve Paget hastalığı sayılabilir. Duktal karsinoma in situ insidansı 1980'lerde %2 civarında iken, bugün için tüm meme tümörlerinin %15'ini, mammografik olarak saptanan tüm meme patolojilerinin ise %20-30'unu oluşturmaktadır (31,32).

Histopatolojik değerlendirmede DCIS yapısal özelliklere göre beş ana alt grupta değerlendirilmektedir: komedo, kribriform, papiller, solid ve mikropapiller tip. Bu alt tipler kabaca komedo ve nonkomedo tip olarak ikiye ayrılarak ifade edilir. Komedo tip yüksek proliferasyon ve artmış nekroz ile birliktelik göstermektedir. Prognostik faktör olarak histopatolojik tipin yanısıra nükleer derece (düşük, orta ve yüksek) ve nekroz varlığı da kullanılmaktadır (33).

Lobüler karsinoma in-situ (LCIS): Monoforfik hücrelerin proliferasyonu nedeniyle genişlemiş ve şekli bozulmuş terminal duktuslar ve lobüller ile karakterizedir, genelde insidental olarak ortaya çıkar. Lobüler karsinoma in-situ %80 oranında premenapozal

kadınlarda görülmesi, %70 oranında multisentrik ve %30-40 oranında bilateral olması, ve genelde mamografik anormallik görülmemesi ile duktal karsinoma-in-situ'dan farklılık gösterir. (9)

İnsidental veya hedefe yönelik bir biyopside lobüler karsinoma in-situ tanısının konulması o hastada her iki meme için de meme kanseri riskinin yüksek olduğunun habercisidir, ancak lezyonun kendisi kansere dönüşmez. En çok görülen kanser türü %50-65 oranında invaziv duktal karsinomdur. (34).

2.6.2. İnvaziv Karsinomlar

İnvaziv duktal karsinom (İDK): İnvaziv duktal karsinom, meme karsinomlarının en sık görülen (%70-80) geniş bir grubunu oluşturmaktadır ve epitalyal ve stromal komponentlerden oluşan duktal karsinomun bazal membranı geçip stromaya invaze olmuş haline verilen adlandırmadır. Diğer özel tiplerin ekarte edilmesiyle tanı konulur. Bazı invaziv duktal karsinomlarda minimal veya baskın in-situ bileşeni olabilir (9).

İnvaziv lobüler karsinom (İLK): Tüm invaziv meme karsinomlarının %5-15'ini oluşturan, bilateral ve multisentrik olma sıklığı invaziv duktal karsinomdan iki kat fazla olan, % 20 oranında bilateral olan invaziv karsinom tipidir. (35). Prognozu histolojik alt tiplerine göre belirlenir.. Bunlar klasik, alveolar, solid, pleomorfik ve mikst tiplerdir. Klasik tipe göre tubülobüler tip daha iyi, pleomorfik ve solid tip ise daha kötü prognoz göstermektedir (36).

Tübüler karsinom: Tümör dokusunun %90'ı tübüler yapılardan köken alan, prognozu çok iyi olan invaziv karsinomdur. Çoğunlukla postmenapozal kadınlarda görülür.

İnvaziv kribriform karsinom: Tübüler karsinomla yakından ilişkili nadir görülen, prognozu iyi olan bir meme karsinomu türüdür (35).

Müsinöz (Kolloid) karsinom: Ekstrasellüler ve/veya intrasellüler müsin üretimi ile karakterize olan, daha çok ileri yaş kadınlarda görülen ve prognozu iyi olan bir invaziv karsinom türüdür. (35).

Medüller karsinom: Genellikle 50 yaş altı kadınlarda görülen, makroskopik olarak oldukça büyük boyutlara ulaşabilen iyi sınırlı bir kitle oluşturabilen invaziv karsinom türüdür. Klinik olarak fibroadenom ile karıştırılabilir. Herediter meme kanserinin oldukça sık bir fenotipi olup, BRCA1 gen mutasyonu olan kadınlarda görülmektedir (9).

İnvaziv papiller karsinom: Sıklıkla postmenapozal kadınlarda görülen, papiller yapıların varlığı karakterize, prognozu genellikle iyi olan invaziv karsinom türüdür. (9).

İnvaziv mikropapiller karsinom: Kötü prognozlu olan, lenf nodu metastazı ve multisentrisitenin sık olarak görüldüğü invaziv karsinom türüdür. (37).

Apokrin karsinom: Oldukça nadir görülen bir tümör olup hem in-situ hem de invaziv diğer karsinomlardan yaygın apokrin farklılaşma görülmesiyle ayrılan invaziv karsinom türüdür. (35).

Juvenil (Sekretuar) karsinom: 30 yaş altındaki kadınlarda görülen, iyi sınırlı palpabl kitle oluşturan, prognozu oldukça iyi olan invaziv karsinom türüdür (38).

Metaplastik karsinom: Lenfatik değil hematojen mateastaz yapmasıyla ayrılan, prognozu genelde kötü olan invaziv karsinom türüdür (38).

Paget hastalığı: Memenin Paget hastalığı, Meme başı ve areolar cildin egzematöz ve eroziv lezyonuyla ortaya çıkar ve %92-100 oranında altta yatan invaziv ya da in situ karsinomla ilişkilidir. Meme başı-areolada kaşıntı yanma en yaygın semptomlardır. Topikal tedavi ile deri semptomunun tedavisi altta yatan tanının gecikmesine ve kliniğin maskelenmesine neden olabilir. (39). Eşlik eden palpabl kitle varlığında sıklıkla invaziv duktal karsinom, yokluğunda ise in situ karsinom bulunmaktadır. Tedavi ve prognoz birlikte olan tümöre bağlıdır (27).

İnflamatuvar karsinom: Yaygın dermal lenfatik invazyon sonucunda lenfatik drenajın bozulduğu ve deride ödem, eritem, endurasyon, hassasiyet ve portakal kabuğu görünümünün olduğu, kötü prognozlu özel bir tiptir. İnflamatuvar bir durumu taklit etmesi nedeniyle bu isim verilmiştir. Altta yatan invaziv karsinom genellikle yüksek gradeli invaziv duktal karsinomdur. (9, 38).

Fibroepitelyal (Bifazik) tümörler: Filloides tümörü (sistosarkoma filloides) nadir görülen fibroepitelyal meme tümörü olup 5 cm veya daha büyük boyutlara ulaşabilen, hızla büyüyen tümörlerdir ve benign, borderline ve malign olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Yapısal olarak fibroadenoma benzemekle beraber; histolojik olarak artmış sellülerite ve klinik olarak lokal nüks ve metastatik yayılımı ile ayırt edilirler. (9,39).

Malig n mezenkimal tümörler: Sarkomlar, epitelyal bir komponenti olmayan ve memede zaman zaman görülen tümörlerdir. En sık tip malig n fibröz histiositomdur. Diğer primer sarkomlar fibrosarkom, liposarkom, leiomyosarkom, osteojenik sarkom ve kondrosarkomdur (9).

Hematopoyetik tümörler: Yaygın ektranodal lenfomada meme sık tutulumlardan biridir. Ancak memenin primer lenfoması çok nadir görülür ve tek bir nodül veya yaygın infiltratif bir süreç şeklinde kendini gösterebilir. (9).

2.7. MEME KANSERLERİNDE EVRELEME

Günümüzde hemen her yerde American Joint Commitee on Cancer (AJCC)“in biçimlendirdiği TNM sistemi kullanılmaktadır. TNM Evreleme Sistemi“nde tümörleri sınıflamak için kullanılan kriterler; tümör boyutu (T), aksiller lenf nodlarına yayılım (N) ve uzak bölgelere yayılımdır (M). Mammografik tarama programlarının yaygınlaşması ve cerrahi tekniklerdeki gelişmeler sonucunda meme kanseri erken evrelerde daha sık yakanabilmektedir. Dolayısıyla evreleme sisteminde bazı değişikliklere gidilmiş ve AJCC“de oluşturulan klinik konsensus sonucunda yeni evreleme sistemi oluşturulmuştur (38).

AJCC‘ye göre gözden geçirilmiş TNM sınıflaması:

Primer tümör: T

Tx: Değerlendirilemeyen primer tümör

T0: Primer tümöre ait bulgu yok

Tis: İn situ karsinom

Tis (DCIS): Duktal karsinoma in situ

Tis (LCIS): Lobüler karsinoma in situ

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

T1: En büyük çapı ≤ 2 cm tümör

T1mic: En büyük çapı $\leq 0,1$ cm (mikroinvaziv tümör)

T1a: Tümör çapı $> 0,1$ cm ancak $\leq 0,5$ cm

T1b: Tümör çapı $> 0,5$ cm ancak ≤ 1 cm

T1c: Tümör çapı > 1 cm ancak ≤ 2 cm

T2: Tümör çapı > 2 cm ancak ≤ 5 cm

T3: Tümör çapı > 5 cm

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

T4a: Pektoralis major kası dışında göğüs duvarına yayılım

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

T4c: T4a + T4b

T4d: Enflamatuvar karsinom

Bölgesel lenf nodları: N (klinik sınıflandırma)

Nx: Değerlendirilemeyen nodal tutulum

N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok

N1: Hareketli ipsilateral bölgesel lenf nodu metastazı

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

N2a: Komşu dokulara yapışık ipsilateral aksiller lenf nodu metastazı

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

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

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

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

N3c: Supraklaviküler lenf nodu metastaz

Uzak metastaz: M

Mx: Değerlendirilemeyen uzak metastaz

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Tablo 2: Meme kanserlerinde evreleme

Evre	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	Tmic	N0	M0
	T1	N0	M0
I IA	T0	N1	M0

	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
I IB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
I I IA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
I I IB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
I I IC	T1-4	N3	M0
VI	T1-4	N0-3	M1

2.8. MEME KANSERİNDE TANI YÖNTEMLERİ

2.8.1. Anamnez ve fizik muayene

Hastanın anamnezinde yaşı, menstruasyon durumu, menopozdaki değişiklikler, gebelikleri ve doğumları, hormon tedavisi alıp almadığı sorgulanmalı, geçirilmiş meme kanseri veya diğer organ kanseri öyküsü öğrenilmelidir. Ailesinde meme veya over kanseri olup olmadığı da büyük önem taşımaktadır. (9)

Premenopozal kadında fizik muayene için en uygun zaman menstruasyonu takip eden haftadır. Bu dönemde meme en az gergin düzeydedir ve yapılar en belirgin şekilde palpe edilebilir. Fizik muayenede saptanan kitleler palpasyon özellikleri ile kitle benign, malign ya da kuşkulu olarak tanımlanır. Benign kitleler genellikle iyi sınırlı, hareketli, sert ya da yumuşak olup, üzerindeki deride değişikliğe yol açmazlar. Fibrokistik değişiklikler sıklıkla yaygın simetrik kalınlaşma tarzında bulgu verir. Malign kitleler ise sıklıkla sert, immobil, çevre yumuşak doku ve deriye fikse olup sınırları düzensizdir (40). Hassasiyetin olmaması karsinom için tipiktir ama değişmez bir bulgu değildir. Kitle üzerindeki deride çöküntü, meme başında çekilme ve kanlı akıntı maligniteyi düşündürülen bulgulardır. Eritemli, gergin ve dokunmakla ağrılı lezyonlar mastit gibi enfeksiyöz etyolojiyi düşündürür. Abse formu

oluşmuş ise daha iyi sınırlandırılabilen kitle bulgusu alınır. Ancak benzer semptomların inflamatuvar meme karsinomlarında da olabileceği akılda tutulmalıdır. (28)

2.8.2. Görüntüleme

2.8.2.1. Mamografi

Mamografi meme patolojilerinin temel görüntüleme yöntemi olup hem tarama testi hem tanısal test olarak kullanılır. Tanısal mamografi, ele gelen kitle, lokalize ağrı, meme başı akıntısı, tarama mamografisinde anormallik gibi klinik durumlarda endikedir. (41)

Mamografinin tanı değeri memenin yapısına göre değişir. Yağlı bir memede mamografinin duyarlılığı %100'e yaklaşır, parankim ve stromadan zengin dens bir memede ise tanı değeri düşer. 35 yaş altı kadında ve gebelerde mamografinin duyarlılığı düşmektedir. (28) Genellikle bilateral meme parankiminin dağılımı simetriktr. Bu nedenle asimetric dokunun değerlendirilebilmesi için hastanın şikayeti tek taraflı olsa bile bilateral mamografi çekilmelidir. (9)

150-200 mm boyutunda oldukları için mikrokalsifikasyon da denilen kalsifikasyonlar, erken meme kanserinin en duyarlı mamografik bulgusudur. Mikrokalsifikasyonların kuvvetli malignite düşündüren özellikleri arasında pleomorfik özellikte olması, segmenter dağılım veya duktal dizilim göstermesi, asimetric özellikte tek bir memenin tek bir bölgesinde olması, mikrokalsifikasyon kümesine yapısal distorsiyon veya dansite artışının eşlik etmesi, mikrokalsifikasyon kümesinin dış konturunun düzensiz olması, boyutsal veya sayısal artış göstermesi bulunur. (22).

Mamografide saptanan kenarları spiküle, belirsiz, çevre doku tarafından gizlenmiş veya mikrolobüle olan düzensiz lezyonlar da malignite olasılığının yüksek olduğunu düşündürmelidir. (9).

1993 yılında Amerikan Radyoloji Derneği mamografi terminolojisinin standartizasyonu ve genelgeçer protokoller belirlenmesi amacıyla „Breast Imaging Reporting and Data System“ (BIRADS)'ı geliştirilmiştir (26).

2.8.2.2. Ultrasonografi

Ultrasonografi emzirmekte olan, gebe ve 30 yaş altı kadınlarda temel görüntüleme yöntemi ve diğer durumlarda da mamografinin tamamlayıcısı olarak kullanılan görüntüleme yöntemidir. Taramada tek başına kullanılmamasının sebepleri subjektif olması ve mikrokalsifikasyonları güvenilir şekilde göstermemesidir. En önemli avantajları ise kitlenin

kistik- solid ayrımını yapması ve dokuların superpoze olmaması sayesinde iç yapılar ve kitlelerin sınırlarının daha iyi değerlendirilmesidir. Non-palpabl kitleleri lokalize etmek için ve palpabl ve non palpabl kitlelere iğne biyopsisi yaparken de kullanılır. (9, 22)

2.8.2.3. MR

Manyetik rezonans (MR) görüntüleme endikasyonları arasında primeri bilinmeyen metastatik lezyonların değerlendirilmesi, preoperatif evreleme, meme koruyucu cerrahi sonrası rekürrens ve post-op cerrahi sınır değerlendirilmesi, meme kanserinde neoadjuvan kemoterapiye cevabın değerlendirilmesi ve meme protez implantlarının değerlendirilmesi sayılabilir. (41,42) Çok dens meme parankimi olan veya yoğun postoperatif skar dokusu olan vakalarda da diğer görüntüleme yöntemlerine tamamlayıcı olarak kullanılabilir. Yüksek riskli hasta grubunda MR'ın duyarlılığının mamografiye kıyasla oldukça yüksek olduğu gösterilmiş, ayrıca metastatik aksiller lenf nodu varlığında meme MR'ın %75-85 olguda primer meme tümörünü saptadığı bildirilmiştir. (44).

2.8.3. Biyopsi

Meme kanserinin kesin tanısı biyopsi ile konulur ve histolojik olarak doğrulanır. Palpabl kitlelerin değerlendirilmesi için İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB), Kor İğne biyopsisi, Eksizyonel Cerrahi Biyopsi kullanılır. Nonpalpabl kitlelere yaklaşımda ise Ameliyat öncesi tel yerleştirme ve ROLL (Radionuclide guided occult lesion localization) tekniği yer almaktadır. (3)

2.9. MEME KANSERLERİNDE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Aksiller lenf bezi tutulumu: Meme kanserinde en önemli prognostik faktördür. Değerlendirilmesinde cerrahi diseksiyon ve histopatolojik inceleme esas alınır. (22)

Aksiller metastazı olmayanlarda 10 yıllık hastalısız sağkalım %70 iken bu oran 1-3 nod metastazı olanlarda %50'ye, 4-10 nod metastazı olanlarda %35'e, 11-20 nod metastazı olanlarda %20'ye ve 20'den fazla nod metastazı olanlarda da %17'ye inmektedir (9).

Tümör boyutu: Aksiller lenf bezi tutulumu negatif olan hastalarda tümör boyutu, nüks öngörmede en güçlü olan faktördür. Primer tümör ne kadar büyükse prognoz o kadar kötüdür. Tümörün boyutu arttıkça lenf nodu tutulumuna bakılmaksızın sağkalım azalmaktadır, yine

aynı şekilde lenf nodu tutulum oranı attıkça tümör boyutuna bakılmaksızın sağkalım azalmaktadır (44)

Histolojik tip: Meme kanseri olan hastalarda en sık rastlanan histolojik tip infiltratif duktal karsinomlardır ve kötü prognoza sahiptir. Müsinöz, tübüler ve papiller karsinomlar nadiren metastaz yaparlar. Bu nedenle en iyi prognoza sahip olan tiplerdir (9).

Tümör diferansiyasyon derecesi (grade): Tümör diferansiyasyon derecesi (grade), tümörün çekirdek özellikleri, nükleer grade ve atipi derecesi gibi histolojik özelliklerine göre tanımlanır. Grade I iyi, grade II orta ve grade III kötü derecede diferansiye olmuş tümörleri tanımlar (9).

Östrojen ve progesteron reseptörleri: Evre I meme kanserinde Östrojen Reseptörü (ER) eksikliği, erken nüks ve düşük sağkalım öngörmede en belirleyici faktör olarak görülmüştür. (44) Hormon reseptörlerinin varlığı hormonal tedavi seçeneğinin yolunu açması sayesinde en önemli prognostik faktörlerden biridir.

Proliferasyon ölçümleri: Meme kanserinin gelişiminde büyüme fraksiyonu ya da yüksek proliferasyon yeteneğini gösteren mitotik indeks, timidin işaretleme indeksi ve KI67 yüksek oranları olumsuz prognostik faktörlerdir (9).

Protoonkogen aktivasyonu: Meme kanseri risk faktörleri arasında c-myc, c-erbB2 (HER-2 veya neu) ve int2 onkogenlerinin amplifikasyonu gösterilmiştir. Prognostik faktör olarak üzerinde en çok durulan c-erbB2 onkogeni, epidermal büyüme faktörü reseptörüne benzeyen bir proteinin sentez edilmesini sağlar. Meme kanseri olgularının yaklaşık %30'unda c-erbB2 amplifikasyonu saptanmıştır. C-erbB2 ekspresyonu arttıkça meme kanserinde grade artar, prognoz kötüleşir. Ayrıca c-erbB-2 pozitif hastalarda rekürrens riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (22).

2.10..MEME KANSERİNDEN KORUNMA

2.10.1. Birincil korunma

Birincil korunma, henüz hastalık oluşmaya başlamadan önce değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya engellenmesi ile kanser olgularının önlenmesi için uygulanabilecek yöntemleri içerir. Öncelikle kişinin meme kanseri için risk seviyesi belirlenmelidir. Meme Kanserinde Risk Faktörleri 2010 Konsensus Raporu'na göre meme kanseri açısından yüksek risk grubundaki kadınlar şu şekilde sınıflandırılmıştır:

a. Genetik test yapılmışsa; BRCA 1 ve/veya BRCA 2, p53, PTEN ve meme kanseri ile ilişkili diğer gen mutasyonlarının pozitifliği olanlar

b. Genetik test yapılmamışsa veya yapılmış ve negatif bulunmuş olsa da;

i. Kuvvetli aile öyküsü nedeniyle “genetik riski” olduğu düşünülen kadınlar (2 adet birinci derece akrabada veya 1 adet birinci derece ve 2 adet ikinci derece akrabada meme veya over kanser öyküsü, özellikle ailede premenapozal, bilateral meme kanseri, erkek meme kanseri öyküsü varsa)

ii. Genç yaşta toraks bölgesine radyoterapi yapılanlar

iii. Lobüler karsinoma in situ varlığı

iv. Atipik duktal hiperplazi ile birlikte kuvvetli aile öyküsü varlığı (14)

Meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadınlarda uygulanabilecek korunma yöntemleri şöyle sıralanabilir:

2.10.1.1. Yaşam biçiminde değişiklik yapılması: Yaşam tarzında yapılacak değişiklikler ile meme kanseri riskinde azalma olması arasındaki ilişki kesin olarak gösterilememekle beraber, fiziksel aktivitede bulunmak, alkol alımını kısıtlamak, d vitamini eksikliğinin önlenmesi, ilk doğumun 30 yaşın altında olması, emzirmenin sürdürülmesi, özellikle puberte döneminde ve 30 yaşın altında radyasyondan kaçınılması önerilebilir.(462)

2.10.1.2. Yakın izlem (Tarama): Ülkemizde ve diğer pek çok ülkede rutin tarama programı 40 yaşından büyük, yüksek veya normal riskli tüm kadınlara yılda bir kez mammografi çekilmesidir. Amerikan Kanser Derneği'nin yüksek riskli hastalar için önerileri ise 1.derece yakınında meme kanseri görülmüş olan kişilerde mamografi taramasına başlama yaşının; yakınının kanser tanısı aldığı yaştan 10 yaş önce başlatılmasıdır. BRCA1 geni taşıdığı bilinen kişilerde ise yıllık mammografi taramasının 25 yaşında başlatılmasını önermektedir. Mammografide görülen herhangi bir patolojinin takibinde ise tamamlayıcı görüntüleme yöntemi olarak MR önerilmiştir. (1,14) Göğüs ve mediasten bölgesinden radyasyon terapisi alan kişilerde radyoterapi sonrası 8. yılda veya 25 yaşla birlikte (hangisi geç olursa) taramaya başlanması da önerilmektedir. (1).

2.10.1.3. İlaçla önleme (Kemoprevansiyon): Yüksek riskli kadınlarda 5 yıl süreyle tamoksifen veya raloksifen kullanılması meme kanseri riskinde azalma sağlayacağı önerilmektedir. (11)

2.10.1.4. Cerrahi: Risk azaltıcı Mastektomi ve ooferektomi: Risk azaltıcı cerrahi yüksek riskli kadınlar için bir diğer alternatifi oluşturmaktadır ve ancak multidisipliner konsültasyonlar yapıldıktan sonra düşünölmelidir(11).

2.10.2. İkincil koruma

İkincil korunma, bireylerin risk faktörlerine maruz kaldığı, ancak hastalığın biyolojik olarak başlasa da henüz semptomatik olmadığı aşamada erken tanı konulması ve tedavisinin başlatılması yaklaşımıdır.

Meme kanseri erken yaşlarda başlayabilmesi ve sinsi ilerlemesi nedeniyle tarama ve erken tanı yaklaşımlarından fayda görölebilecek bir hastalık grubudur. Meme kanserinin erken tanısında KKMM(kendi kendine meme muayenesi), KMM (klinik meme muayenesi) ve rutin mamografi uygulamaları yer alır. (26)

2.10.3. Üçüncül koruma

Üçüncül korunma hastalığın klinik bulgu verdikten sonraki döneminde, tedavi ve rehabilitasyon ile bireylerin maruz kaldığı negatif sonuçların azaltılmasıdır.

Meme kanserinde üçüncül korunma arasında postoperatif meme rekonstrüksiyonu ve psikolojik destek sayılabilir. (26)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Hasta seçimi ve çalışma tasarımı

Bu çalışmaya, vaka grubu olarak T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.03.2018-30.05.2018 tarihleri arasında herhangi bir sebeple mamografi veya meme ultrasonografi yapılmış olan ve bu sonuçla başvuran, 20-65 yaş arası 100 kadın hasta dahil edildi. Çalışmaya gebe, emzirmekte olan veya bilinen invazif meme hastalığı olup tedavi görmüş olan hastalar dahil edilmedi. İnvazif meme kanseri tanısı almış olduğu sonradan öğrenilen 1 kadın hasta çalışmadan çıkarıldı. Çalışmada hastaların onamı alınarak kendi kendine meme muayenesi ile bilgi seviyesini ve tutumlarını sorguladığımız sorulardan oluşan bir anket doldurulması istendi. Hastaların kafasının karıştığı sorularda yönlendirici olmayan açıklamalarda bulunuldu. Ayrıca hastanın söz konusu mamografi/ultrasonografi çekilmeden önce eğer yaptıysa kendi kendine meme muayenesi sırasında rastladığı, eğer yapmadıysa eline gelmesi/kazara karşılaşması şeklinde bulunduğu bulgular sorularak araştırmacı tarafından not edildi ve hastanın meme görüntüleme sonuçlarındaki bulgular araştırmacı tarafından kaydedildi. Çalışmamızdaki değişkenler; hastanın yaşı, gebelik durumu, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, menstruasyon durumu, emzirme süresi, hormon içeren ilaç kullanma hikayesi, vücut kitle indeksidir. Bunların sonucunda örneklemimizdeki kadınların kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve tutumları tanımlandı, kendi kendine meme muayenesi ve görüntüleme sonuçları arasında karşılaştırma yapıldı ve bulgular literatür eşliğinde tartışılarak değerlendirildi.

3.2. İstatistiksel yöntem

Çalışmada elde edilen bulguların istatistiksel analizleri IBM® SPSS® Statistics Version20 paket programında yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Etik Kurul onayı S.B.Ü. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik kurulundan alındı. Etik Kurul Protokol Kodu: **48670771-514.10/17.04.2018**

4. BULGULAR

Çalışma yaşları 20 ile 64 arasında değişmekte olan toplam 99 kadın olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların yaş ortalaması 40.20±12.67 yıldır. Olgulara ilişkin demografik özelliklerin dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: Demografik özelliklerin dağılımı

		Min-Maks	Ort±SS
Yaş		20-64	40,20±12,67
		n	%
Eğitim	İlköğretim	36	36,4
	Lise	42	42,4
	Yüksek Öğretim	21	21,2
Medeni Durum	Bekar	19	19,2
	Evli	80	80,8
Akraba Evliliği (n=80)	Hayır	77	96,3
	Evet	3	3,8
Çocuk Sayısı	0	35	35,4
	1	32	32,3
	2	15	15,2
	3	9	9,1
	4	8	8,1
BMI	Normal kilolu	25	25,3
	Fazla kilolu	39	39,4
	Obez	35	35,4
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	62	62,6
	Çalışıyor	37	37,4
Sigara Kullanımı (n=84)	Hayır	84	88,4
	Evet	11	11,6

Olguların %36.4’ü ilköğretim, %42.4’ü lise, %21.2’si yüksek öğretim mezunudur. %19.2’si bekar, %80.8’i evlidir. Evli olanların %3.8’inde akraba evliliği mevcuttur. %35.4’ünün çocuğu yokken, %32.3’ünün 1 çocuğu, %15.2’sinin 2 çocuğu, %9.1’inin 3 çocuğu ve %8.1’inin 4 çocuğu vardır.

Olguların %25.3’ü normal kilolu, %39.4’ü fazla kilolu, %35.4’ü obezdir. %37.4’ü çalışmaktadır. Çalışılan işlerin dağılımları Tablo 4’de verilmiştir. %88.4’ü sigara

kullanmaktadır. Sigara kullanan kişilerin kullanım miktarları 2 paket/yıl ile 15 paket yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 7.64 ± 5.28 paket/yıldır.

Tablo 4: Mesleklerin dağılımları

	n	%
Arama Merkezi Ç	2	5,4
Aşçı	1	2,7
Avm Çalışanı	1	2,7
Avukat	2	5,4
Diş hekimi	1	2,7
Doktor	3	8,1
Garson	1	2,7
Güvenlik	2	5,4
Hemşire	4	10,8
Kasiyer	1	2,7
Muhasebeci	1	2,7
Mühendis	1	2,7
Ofis İşi, sekreterlik	3	8,1
Öğretmen	1	2,7
Sayman	1	2,7
Serbest	4	10,8
Tekniker	1	2,7
Temizlik	5	13,5
Ticaret	1	2,7
Yazar	1	2,7

Tablo 5: Genel özelliklerin dağılımı

		n	%
Emzirme (N=64)	Hayır	5	7,8
	Evet	59	92,2
Şu anda gebelik veya çocuk emzirme	Hayır	99	100
	Evet	0	0
Şu Anda Adet Kanaması	Hayır	85	85,9
	Evet	14	14,1
Bilinen Bir Hastalık	Hayır	60	60,6
	Evet	39	39,4
Radyoterapi alma	Hayır	99	100
	Evet	0	0
Hormon tedavisi veya OKS kullanma durumu	Hayır	91	91,9
	Evet	8	8,1
Hormon tedavisi veya OKS kullanma durumu (n=8)	1 defa aşılama yapılmış	1	12,5
	2 defa klomifen	1	12,5
	2,5 yıl oks	1	12,5
	3 yıl oks	1	12,5
	oks 6 ay	1	12,5
	oks, 2 yıl, 1 yıl önce bırakmış.	2	25
	oks, 2 yıldır kullanıyor.	1	12,5
Meme veya Over Ca Aile Hikayesi (n=95)	Yok	76	80
	Var	19	20
Meme veya Over Ca Aile Hikayesi Olan Kişi	Birinci derece	9	47,4
	İkinci derece	10	52,6
Adet düzeni (n=95)	Evet, düzenli	30	31,6
	Hayır (her ay erken veya geç)	50	52,6
	Hayır (olmadığı aylar oluyor)	15	15,8
PCOS	Hayır	96	97,0
	Evet	3	3,0

Çocuğu olan olguların %92.2'si çocuğunu emzirmiştir. Emzirme süresi 2 ay ile 48 ay arasında değişmekte olup, ortalaması 12.75±9.50 aydır.

Hiçbir olgunun şu anda gebeliği veya emzirme durumu bulunmamaktadır. %85.9'unun şu anda adet kanaması mevcuttur. %39.4'ünün bilinen bir hastalığı mevcuttur. Hastalıkların dağılımları Tablo 6'te görülmektedir.

Olguların hiçbiri daha önce radyoterapi almamıştır. %8.1'i hormon tedavisi almış veya OKS kullanmıştır.

%20'sinin ailesinde meme veya over ca öyküsü bulunmaktadır. Bu kişilerin %47.4'ünün birinci derece, %52.6'sının ikinci derece yakınında öykü vardır.

Olguların ilk mens yaşları 11 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalaması 13.46 ± 1.17 yıldır. Menopoza giren olguların son mens yaşları 42 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalaması 49.64 ± 4.55 yıldır. %31.6 kadının adeti düzenli iken, %52.6'sı her ay erken veya geç olduğunu, %15.8'i her ay olmadığını söylemiştir. %3'ü PCOS tanısı almıştır.

Tablo 6: Bilinen hastalıkların dağılımları

	n	%
Ankilozan Spondilit, romatoid artrit, osteoartrit	3	7,8
Apandisit, Opere	2	5,1
Beyin Tümörü, Opere	1	2,6
Diyabetes mellitus	7	18,2
Hipertansiyon	12	31,2
Gastrik Ülser	1	2,6
Glokom	1	2,6
Hiperlipidemi	6	15,3
Hipotiroidi	2	5,1
İdiopatik trombositik purpura	1	2,6
Koroner arter hastalığı	1	2,6
Kolesistektomi,	1	2,6
Migren	1	2,6
Polikistik over sendromu	3	7,7
Psöriasis	2	5,1
Uterine Myom	2	5,1
Ülseratif Kolit	1	2,6
Vertigo	1	2,6

Tablo 7: Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeylerine ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımları

		n	%
KKMM hakkında bilgi sahibi olma	Hayır	47	47,5
	Evet	52	52,5
Evet ise; KKMM hakkında bilgi kaynakları (n=52)	Doktor	26	50
	Arkadaş/Akraba	11	21,2
	Gazete/Yazılı Kaynak	4	7,7
	İnternet	5	9,6
	Televizyon	5	9,6
	Arkadaş/Akraba-TV	1	1,9
KKMM'nin nasıl yapıldığını bilme (n=52)	Hayır	30	57,7
	Evet	22	42,3
Evet ise, her ay uygulama (n=22)	Hayır	19	86,4
	Evet	3	13,6
Hangi yaştaki kadınlar yapmalı (n=52)	20 Yaş Ve Sonrası	13	25
	15 Yaş Ve Sonrası	15	28,8
	12 Yaş Ve Sonrası	5	9,6
	Her Yaş Grubu	15	28,8
	Bilmiyorum	4	7,7
Ne sıklıkla uygulanmalı (n=52)	6 Ayda Bir	5	9,6
	Birkaç Ayda Bir	22	42,3
	Her Ay	20	38,5
	Bilmiyorum	5	9,6
Ne zaman uygulanmalı (n=52)	Adet Döneminden 5-7 Gün Sonra	5	9,6
	Adet Döneminde	9	17,3
	Bilmiyorum	38	73,1

Olguların %52.5'i kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olduğunu söylemiştir. Bu kişilere bilgi kaynakları sorulduğunda %50'si doktor, %21.2'si arkadaş/akraba, %7.7'si gazete/yazılı kaynak, %9.6'sı internet, %9.6'sı televizyon, 1 kişi arkadaş/akraba+televizyon cevaplarını vermiştir.

Olguların %42.3'ü KKMM'nin nasıl yapıldığını doğru bir şekilde tarif edebilmektedir. Tüm olguların %13.6'sı her ay uygulama yapmaktadır.

Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olan kadınların %25'i KKMM'nin 20 yaş ve sonrasında, %28.8'i 15 yaş ve sonrasında, %9.6'sı 12 yaş ve sonrasında, %28.8'i her yaş grubunda yapılması gerektiğini söylerken, %7.7'si bilmiyorum cevabını vermiştir.

Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olan kadınların %42.3'ü KKMM'nin birkaç ayda bir uygulanması gerektiğini düşünüyorken, %38.5'i her ay, %9.6'sı 6 ayda bir, %9.6'sı da bilmiyorum cevaplarını vermiştir.

Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olan kadınların %73.1'i KKMM'nin ne zaman uygulanması gerektiğini bilmiyorken, %17.3'ü adet döneminde, %9.6'sı adet döneminden 5-7 gün sonra uygulanması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 8: Bilinen meme hastalığına ilişkin sorulara verilen cevapların dağılımları

		n	%
Bilinen bir meme hastalığı (n=74)	Yok	44	59,5
	Var	30	40,5
Meme hastalığı (n=14)	Fibroadenom	4	28,6
	Fibrokistik değişiklik	7	50
	Memede kitle	2	14,3
	Kist	1	7,1
Meme hastalığı için doktora gitme sıklığı (n=14)	Birkaç yılda bir	4	28,6
	Yılda bir	5	35,7
	6 ayda bir	3	21,4
	Bir defa	2	14,3

Olgulara bilinen bir meme hastalığınız var mı diye sorulduğunda 74'ü bu soruya cevap vermiştir. Bu olguların 30'unun (%40.5) bilinen bir meme hastalığı vardır. Ancak olgulara hastalıkları sorulduğunda 14'ü cevap vermiştir. Bu kişilerin %50'sinde fibrokistik değişiklik, %28.6'sında fibroadenom, %14.3'ünde memede kitle ve %7.1'inde kist vardır. %35.7'si yılda bir, %28.6'sı birkaç yılda bir, %21.4'ü 6 ayda bir, %14.3'ü ise bir defa doktor kontrolüne gitmiştir.

Tablo 9: Meme USG ve mamografi sorularına verilen cevapların dağılımları

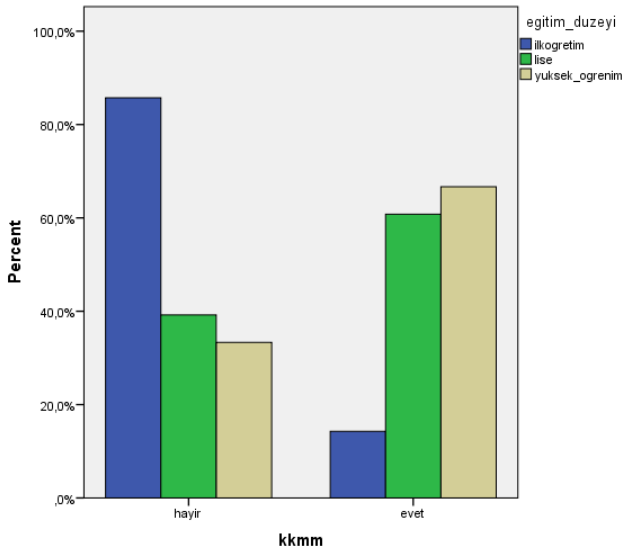
		n	%
Meme USG çekilme (n=94)	Hayır	57	60,6
	Evet	37	39,4
Meme USG çekilme sıklığı (n=37)	Birkaç defa, 3 ay arayla	9	24,3

	Bir defa	28	75,7
Mamografi çekilme (n=94)	Hayır	40	42,6
	Evet	54	57,4
Mamografi çekilme sıklığı (n=54)	Birkaç defa, 1 yıldan fazla aralıklarla	5	9,3
	Birkaç defa, 1 yıl arayla	8	14,8
	Birkaç defa, 6 ay arayla	2	3,7
	Birkaç defa, 3 ay arayla	4	7,4
	Bir defa	35	64,8
Rutin mamografi uygulaması hakkında bilgi sahibi olma (n=94)	Hayır	64	68,1
	Evet	30	31,9
Evet ise, bilgi kaynakları (n=30)	Doktordan bilgi aldım	15	50
	Arkadaş/akraba	11	36,7
	Televizyon	4	13,3
Evet ise, Mamografi yaşı (n=30)	40 yaş ve sonrası	9	30
	30 yaş ve sonrası	5	16,7
	Bilmiyorum	16	53,3
Evet ise, rutin mamografi sıklığı (n=30)	Birkaç yılda bir	4	13,3
	Yılda bir	16	53,3
	Bilmiyorum	10	33,3

Meme USG ve mamografi çekilme sorularına 94 kadın cevap vermiştir. Bu olguların %39.4'ü meme USG yaptırmıştır. Meme USG yaptıranların %75.7'si bir defa, %24.3'ü birkaç defa, 3 ay arayla yaptırmıştır. Olguların %57.4'ü mamografi çekilmiştir. Mamografi yaptıran olguların %9.3'ü birkaç defa, 1 yıldan fazla aralıklarla, %14.8'i birkaç defa, 1 yıl arayla, %3.7'si birkaç defa, 6 ay arayla, %7.4'ü birkaç defa, 3 ay arayla ve %64.8'i bir defa mamografi yaptırmıştır.

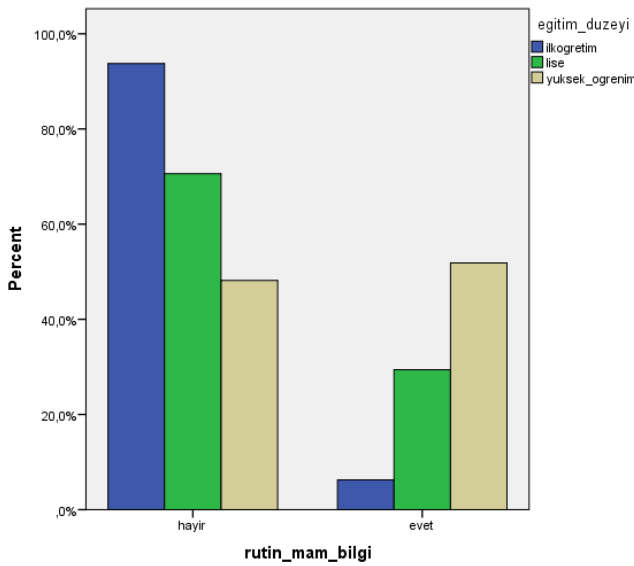
Olguların %31.9'u rutin mamografi uygulaması hakkında bilgi sahibidir. Bu kişilerin %50'si doktordan, %36.7'si arkadaş/akrabalarından, %13.3'ü ise televizyondan bilgi almıştır. %30'u mamografinin 40 yaş ve sonrasında, %16.7'si 30 yaş ve sonrasında yapılmasını gerektiğini düşünüyorken, %53.3'ü bilmiyorum demiştir. %50'si rutin mamografi sıklığının yılda bir olduğunu söylerken %13.3'ü birkaç yılda bir, %33.3'ü ise bilmiyorum demiştir.

Şekil 1: Eğitim düzeyi ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



Olguların eğitim düzeyi ile kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p:0.000$; $p<0.05$). Yüksek öğrenim mezunlarının %69'u ve lise mezunlarının %62,5'i kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, ilköğretim mezunlarının %17'si kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi sahibi saptanmıştır.

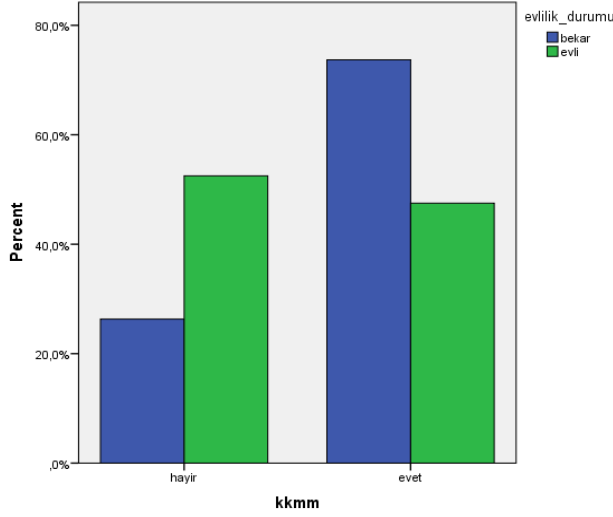
Şekil 2: Eğitim düzeyi ve rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



Olguların eğitim düzeyi ile rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p:0.000$; $p<0.05$). Yüksek öğrenim

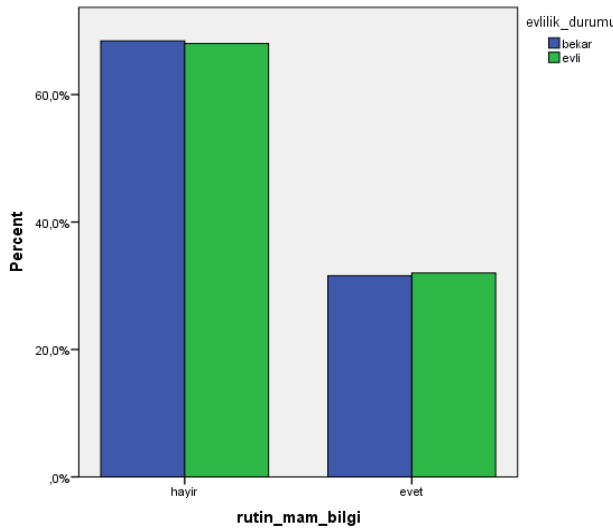
mezunlarının %51,2'si ve lise mezunlarının %31,5'i rutin mamografi taraması konusunda daha bilgili olduklarını ifade ederken, ilköğretim mezunlarının %8,7'si rutin mamografi taraması konusunda bilgi sahibi saptanmıştır.

Şekil 3: Evlilik durumu ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



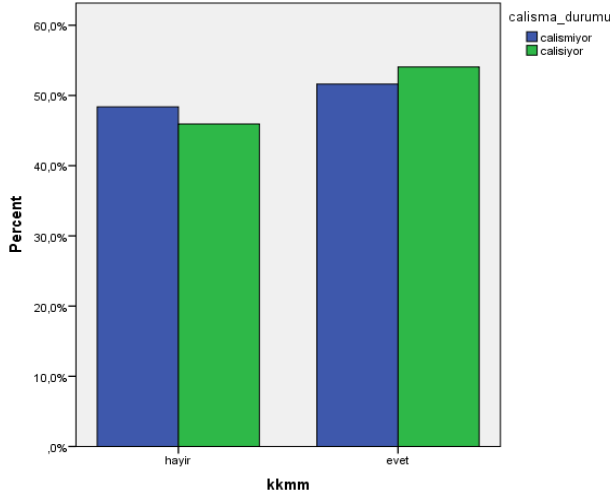
Olguların evlilik durumu ile kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p:0.000$; $p<0.05$). Medeni durumu bekar olan olguların %72,5'i, evli olan olguların %50,2'si kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Şekil 4: Evlilik durumu ve rutin mamografi bilgisi hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



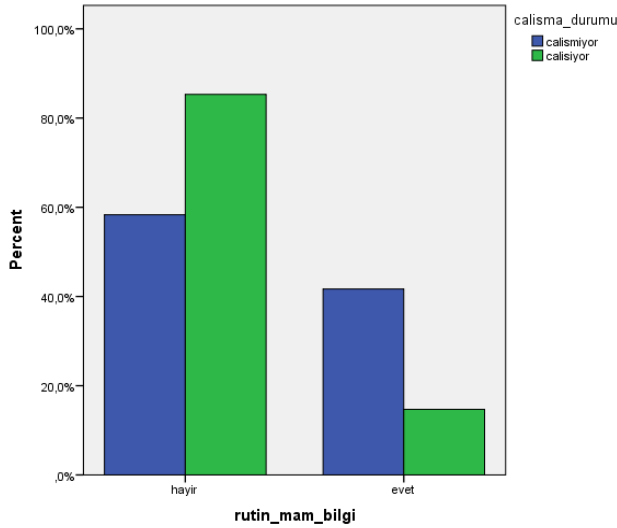
Olguların evlilik durumu ile kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. ($p:0.000$; $p<0.05$).

Şekil 5: Çalışma durumu ve kendi kendine meme muayenesi bilgisi hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



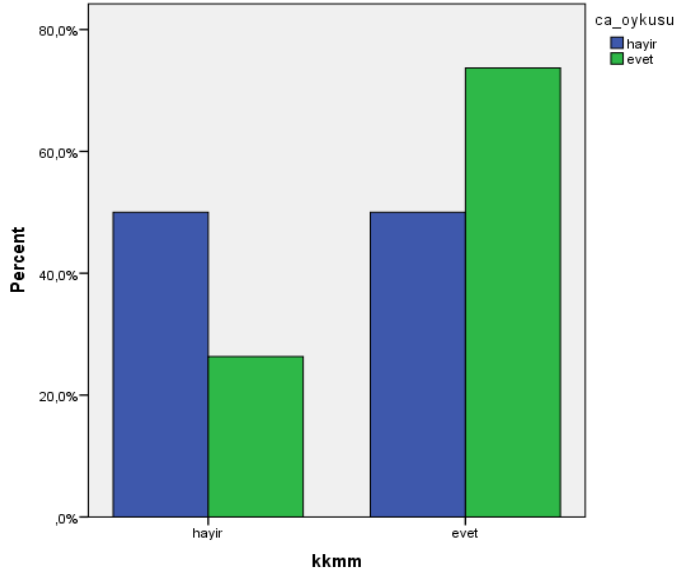
Olguların evlilik durumu ile kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. (p:0.000; p<0.05).

Şekil 6: Çalışma durumu ve rutin mamografi taraması bilgisi hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



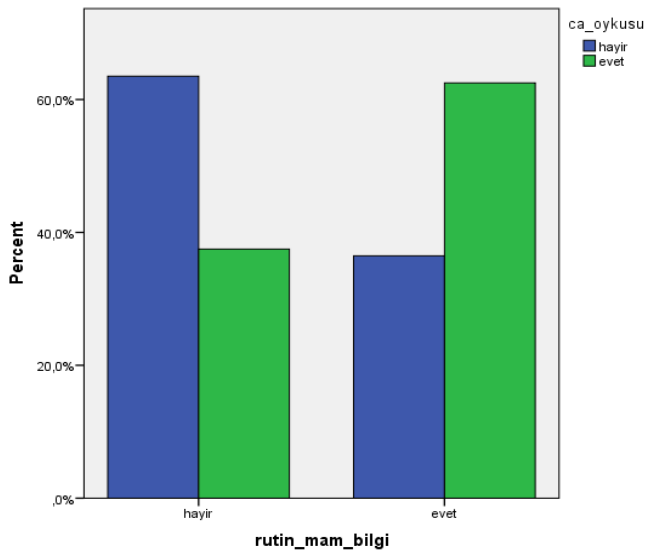
Olguların çalışma durumu ile rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (p:0.000; p<0.05). Çalışmakta olan olguların %18,5'i , çalışmayan olguların ise %42,1'i rutin mamografi taraması hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Şekil 7: Ailede meme kanseri hikayesi ve kendi kendine meme muayenesi bilgisi hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



Olguların ailede meme kanseri hikayesi ile kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. ($p:0.000$; $p<0.05$). Ailesinde meme kanseri olan olguların %78,6'sı, ailesinde meme kanseri olmayan olguların ise %50,1'i kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Şekil 8: Ailede meme kanseri hikayesi ve rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyi ilişkisi



Olguların ailede meme kanseri hikayesi ile rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. (p:0.000; p<0.05). Ailesinde meme kanseri olanların %62,5'i, ailesinde meme kanseri olmayan olguların ise %37,5'i rutin mamografi taraması konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 10: Hastaneye geliş sebeplerinin dağılımları

Hastaneye geliş sebebi (n=97)	n	%
KKMM aksiller kitle	2	2
KKMM aksiller kitle + Ağrı	2	2
KKMM aksiller kitle + Rutin ilk başvuru	6	6,2
Çift büyüme	5	5,2
Tek büyüme	3	3,1
Süt gelmesi	5	5,2
Süt gelmesi + KKMM kitle	1	1
Ağrı	20	20,6
Ağrı+KKMM kitle	5	5,2
KKMM kitle	5	5,2
KKMM kitle + Şikayet yok, tekrar	9	9,3
Şikayet yok, tekrar	20	20,6
Şikayet yok, rutin ilk başvuru	11	11,3
KKMM kitle + Rutin ilk başvuru	3	3,1

Olguların %20.6'sı ağrı sebebi ile, %20.6'sı şikayet yok, tekrar, %11.3'ü şikayet yok, rutin ilk, %9.3'ü KKMM kitle+şikayet yok-tekrar, %6.2'si KKMM aksiller kitle+Ağrı, %5.2'si Ağrı+KKMM kitle, %5.2'si KKMM kitle, %5.2'si çift büyüme, %5.2'si süt gelmesi, %3.1'i tek büyüme, %3.1'i KKMM kitle+rutin ilk, %2'si KKMM aksiller kist, %2'si KKMM aksiller kist+ağrı, %1'i süt gelmesi+KKMM kitle şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur.

Tablo 11: KKMM bulgularının dağılımları (n=49)

		n	%
KKMM sırasında bulgu yeri	Sol meme dış alt kadran	6	12,2
	Sol meme dış alt ve üst kadran	2	4,1
	Sol meme dış üst kadran	6	12,2
	Sol meme iç alt kadran	1	2
	Sol meme iç üst kadran	2	4,1
	Sağ meme dış alt kadran	1	2
	Sağ meme dış alt ve üst kadran	3	6,1
	Sağ meme dış üst kadran	3	6,1
	Sağ meme iç alt kadran	3	6,1
	Sağ meme iç üst kadran	1	2
	Her iki memede yaygın	5	10,2
	Sol aksilla	5	10,2
	Sağ aksilla	5	10,2
	Hasta yerinden emin değil	6	12,2
KKMM bulgu büyüklüğü	0-1 cm arası	7	14,3
	0-1cm/1-3cm	1	2
	1-3 cm arası	27	55,1
	3-5 cm arası	6	12,2
	Emin değil	8	16,3
KKMM bulgu niteliği	Yumru	30	61,2
	Fikse sertlik	16	32,7
	Yüzeysel inflamasyon	3	6,1

KKMM esnasındaki bulguların %12.2'si sol meme dış alt kadran, %12.2'si sol meme dış üst kadran, %4.1'i sol meme dış alt ve üst kadran, %2'si sol meme iç alt kadran, %4.1'i sol meme iç üst kadran, %2'si sağ meme dış alt kadran, %6.1'i sağ meme dış alt ve üst kadran, %6.1'i sağ meme dış üst kadran, %6.1'i sağ meme iç alt kadran, %2'si sağ meme iç üst kadran, %10.2'si her iki memede yaygın, %10.2'si sol aksilla, %10.2'si sağ aksillada iken, %12.2'sinde ise hasta yerinden emin değildir.

Bulguların %55.1'i 1-3 cm arasında, %14.3'ü 0-1cm arasında, %12.2'si 3-5 cm arasında, %2'si 0-1cm/1-3 cm arasında iken , %16.3'ü emin değildir.

Bulguların %61.2'si yumru, %32.7'si fikse sertlik ve %6.1'i yüzeysel inflamasyon şeklindedir.

Tablo 12: Görüntüleme yöntemi bulgularının dağılımları

		n	%
Hangi görüntüleme yöntemi (n=99)	Mamografi	48	48,5
	USG	51	51,5
Görüntüleme bulgu yeri (n=70)	Sol meme dış alt kadran	6	8,6
	Sol meme dış alt ve üst kadran	1	1,4
	Sol meme dış alt ve iç alt kadran	1	1,4
	Sol meme dış üst kadran	7	10
	Sol meme dış üst ve iç alt kadran	1	1,4
	Sol meme iç alt kadran	2	2,9
	Sol meme iç üst kadran	2	2,9
	Sağ meme dış alt kadran	4	5,7
	Sağ meme dış alt ve üst kadran	1	1,4
	Sağ meme dış alt ve iç alt kadran	1	1,4
	Sağ meme dış üst kadran	5	7,1
	Sağ meme dış üst ve iç üst kadran	1	1,4
	Sağ meme iç alt kadran	2	2,9
	Sağ meme iç alt ve iç üst kadran	1	1,4
	Sağ meme iç üst kadran	2	2,9
	Her iki memede yaygın	12	17,1
	Her iki memede yaygın ve sol meme dış üst kadran	1	1,4
	Her iki memede yaygın ve sol meme iç üst kadran	1	1,4
	Her iki memede yaygın ve sağ meme iç üst kadran	1	1,4
	Sol aksilla	5	7,1
Sağ aksilla	8	11,4	
Sol meme belirtilmemiş	4	5,7	
Sağ meme belirtilmemiş	1	1,4	
Görüntüleme bulgu büyüklüğü (n=67)	0-1 cm arası	3	4,5
	1-3 cm arası	32	47,8
	3-5 cm arası	5	7,5
	Belirtilmemiş	27	40,3
Görüntüleme bulgu niteliği (n=74)	Nodül	10	13,5
	Nodül+fibrokistik değişiklik	2	2,7
	Kist	8	10,8
	Fibroadenom	6	8,1
	Lenfadenopati	13	17,5
	Zengin glandüler doku	4	5,4
Zengin glandüler doku+Fibrokistik değişiklik	4	5,4	

	Fibrokistik değişiklik	21	28,4
	Fibrokistik değişiklik+kist	2	2,7
	İnflame yumuşak doku	2	2,7
	Spiküler özellik taşıyan lezyon	1	1,4
	Spiküler özellik taşıyan lezyon+Nodül	1	1,4

Olguların %51.5'inde görüntüleme yöntemi olarak USG, %48.5'inde mamografi kullanılmıştır.

Görüntülemelerde tespit edilen bulguların %8.6'sı sol meme dış alt kadran, %1.4'ü sol meme dış alt ve üst kadran, %1.4'ü sol meme dış alt ve iç alt kadran, %10'u sol meme dış üst kadran, %1.4'ü sol meme dış üst ve iç alt kadran, %2.9'u sol meme iç alt kadran, %2.9'u sol meme iç üst kadran, %5.7'si sağ meme dış alt kadran, %1.4'ü sağ meme dış alt ve üst kadran, %1.4'ü sağ meme dış alt ve iç alt kadran, %7.1'i sağ meme dış üst kadran, %1.4'ü sağ meme dış üst ve iç üst kadran, %2.9'u sağ meme iç alt kadran, %1.4'ü sağ meme iç alt ve iç üst kadran, %2.9'u sağ meme iç üst kadran, %17.1'i her iki memede yaygın, %1.4'ü her iki memede yaygın ve sol meme dış üst kadran, %1.4'ü her iki memede yaygın ve sol meme iç üst kadran, %1.4'ü her iki memede yaygın ve sağ meme iç üst kadran, %7.1'i sol aksilla, %11.4'ü sağ aksillada iken, %5.7'sinde sol meme ve %1.4'ünde sağ meme belirtilmemiştir.

Görüntülemelerdeki bulguların %47.8'i 1-3 cm arasında iken, %7.5'i 3-5 cm arasında, %4.5'i 0-1 cm arasındadır. %40.3'ünün büyüklüğü belirtilmemiştir.

Bulguların %28.4'ü fibrokistik değişiklik, %17.5'i lenfadenopati, %13.5'i nodül, %10.8'i kist, %8.1'i fibroadenom, %5.4'ü zengin glandüler doku, %5.4'ü zengin glandüler doku+ fibrokistik değişiklik, %2.7'si nodül+fibrokistik değişiklik, %2.7'si fibrokistik değişiklik+kist, %2.7'si inflame yumuşak doku, %1.4'ü spiküler özellik taşıyan lezyon, %1.4'ü spiküler özellik taşıyan lezyon+nodül olarak tespit edilmiştir.

Tablo 13: Görüntüleme yöntemindeki bulgu yerine göre KKMM sırasındaki bulgu yerinin değerlendirilmesi (n=43)

KKMM sırasında bulgu yeri	Görüntüleme Yöntemindeki Bulgu Yeri																
	Sol meme dış alt kadran	Sol meme dış alt ve üst kadran	Sol meme dış alt ve iç alt kadran	Sol meme dış üst kadran	Sol meme iç üst kadran	Sağ meme dış alt kadran	Sağ meme dış alt ve iç alt kadran	Sağ meme dış üst kadran	Sağ meme iç alt kadran	Sağ meme iç üst kadran	Her iki meme de yaygın	Her iki memede yaygın ve sol meme dış üst kadran	Her iki memede yaygın ve sol meme iç üst kadran	Her iki memede yaygın ve sağ meme iç üst kadran	So l ak sill a	Sa ğ ak sill a	Sol meme belirtil memiş
Sol meme dış alt kadran	3 (%75)	0 (%0)	1 (%100)	1(%16, 7)	0 (%0)	1(%33, 3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0	0 (%0)
Sol meme dış alt ve üst kadran	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1(%16, 7)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0	1 (%100)
Sol meme dış üst kadran	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	4(%66, 7)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%20)	0	0 (%0)
Sol meme iç üst kadran	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	0	0	0 (%0)
Sağ meme dış alt kadran	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1(%33, 3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0	0 (%0)
Sağ meme dış alt ve	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	1(%33, 3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	1(%	0 (%0)

üst kadran																14,3)	
Sağ meme dış üst kadran	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2(%66,7)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0 (%0)	0 (%0)
Sağ meme iç alt kadran	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%50)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0 (%0)	0 (%0)
Sağ meme iç üst kadran	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%50)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0 (%0)	0 (%0)
Her iki memede yaygın	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2(%66,7)	1 (%100)	0 (%0)	1 (%100)	0	0 (%0)	0 (%0)
Sol aksilla	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	4 (%80)	1(14,3)	0 (%0)
Sağ aksilla	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	5(%71,4)	0 (%0)
Hasta yerinden emin değil	1 (%25)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1(%33,3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)	1(%33,3)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0	0 (%0)	0 (%0)

Ki-kare test; n(%)

p:0.000; p<0.05

Görüntülemedeki bulgu yeri ile kendi kendine muayenedeki bulgu yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p:0.000$; $p<0.05$). Görüntülemede sol meme dış alt kadranda tespit edilen bulgunun %75'i KKMM'nde de sol meme dış alt kadranda tespit edilmiştir. Görüntülemede sol meme dış üst kadranda tespit edilen bulgunun %66.7'si KKMM'nde de sol meme dış üst kadranda tespit edilmiştir. Görüntülemede sağ meme dış üst kadranda tespit edilen bulgunun %66.7'si KKMM'nde de sağ meme dış üst kadranda tespit edilmiştir. Görüntülemede her iki memede yaygın olarak tespit edilen bulgunun %66.7'si KKMM'nde de her iki memede yaygın olarak tespit edilmiştir. Görüntülemede sol aksillada tespit edilen bulgunun %80'i KKMM'nde de sol aksillada tespit edilmiştir. Görüntülemede sağ aksillada tespit edilen bulgunun %71.4'ü KKMM'nde de sağ aksillada tespit edilmiştir.

Tablo 14: Görüntüleme yöntemindeki bulgu büyüklüğüne göre KKMM sırasındaki bulgu büyüklüğünün değerlendirilmesi (n=43)

KKMM bulgu büyüklüğü	Görüntüleme yöntemindeki bulgu büyüklüğü			
	0-1 cm arası	1-3 cm arası	3-5 cm arası	Belirtilmemiş
0-1 cm arası	1 (%33,3)	6 (%25)	0 (%0)	0 (%0)
1-3 cm arası	2 (%66,7)	14 (%58,3)	2 (%100)	7 (%50)
3-5 cm arası	0 (%0)	2 (%8,3)	0 (%0)	2 (%14,3)
Emin eğil	0 (%0)	2 (%8,3)	0 (%0)	5 (%35,7)

Ki-kare test; n(%)

p:0.281; p>0.05

Görüntülemedeki bulgu büyüklüğü ile kendi kendine muayenedeki bulgu büyüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p:0.281$; $p>0.05$).

Tablo 15: Görüntüleme yöntemindeki bulgu niteliğine göre KKMM sırasındaki bulgu niteliğinin değerlendirilmesi (n=44)

KKMM Bulgu Niteliği	Görüntüleme Bulgu Niteliği									
	No dü l	Ki st	Fibr oad eno m	Lenfa deno pati	Zengin glandüler doku	Zengin glandüler doku+ Fibrokistik değişiklik	Fibrokistik değişiklik	Nodül+ fibrokistik değişiklik	Fibrokistik değişiklik + kist	İnflame yumuşak doku
Yumru	2 (%66,7)	3 (%60)	6 (%100)	11 (%91,7)	1 (%100)	1 (%50)	2 (%20)	1 (%100)	2 (%100)	0 (%0)
Fikse sertlik	1 (%33,3)	2 (%40)	0 (%0)	1 (%8,3)	0 (%0)	1 (%50)	8 (%80)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)
Yüzeyel inflamasyon	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)

Ki-kare test; n(%)

p:0.000; p<0.05

Görüntüleme bulgu niteliği ile kendi kendine muayenedeki bulgu niteliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0.000; p<0.05). Görüntüleme nodül olarak saptananların %66.7'si, kist olarak saptananların %60'ı, fibroadenom olarak saptananların %100'ü ve lenfadenopati olarak saptananların %91.7'si KKMM'de yumru olarak nitelendirilmiştir. Görüntüleme fibrokistik değişiklik olarak saptanan bulguların %80'i, KKMM'de fikse sertlik olarak nitelendirilmiştir. Görüntüleme inflame yumuşak doku olarak saptananların %100'ü, KKMM'de yüzeyel inflamasyon olarak belirtilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda olguların %52.5'i kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgisi olduğunu söylemiştir. Ülkemizde Güner ve ark.larının yaptığı çalışmada olguların %50sinin kendi kendine meme muayenesi yapmayı bilmediği, Dişçigil ve ark.larının çalışmasında %39unun hiç kendi kendine meme muayenesi yaptırmadığı görülmüştür. (47,48) Çalışmamızın sonuçları bu çalışmalar ile uyumludur. Kırsal bölgelerde yapılan çalışmalardan Altuncan ve ark.larının çalışmasında hiç kendi kendine meme muayenesi yapmamış olanların oranı %86, Alpteker ve ark.larının çalışmasında kendi kendine meme muayenesi bilmeyenlerin oranı %77, hiç kendi kendine meme muayenesi yapmayanların oranı ise %72 görülmüştür. (49,50) Çalışmamızın İstanbul ili merkezinde yer alan üçüncü basamak bir hastanede yapıldığı düşünüldüğünde bu sonuçlar ile olan farklılık, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki ve bilgi edinmedeki kolaylıkların etkisi ile açıklanabilir.

Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında Petro-Nutrus ve ark.larının Ürdün'de üniversite öğrencileri ve çalışanları arasında yapılan bir çalışmada kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi sahibi olma oranı %67 olarak görülmüştür. (51) Oluwatosin ve ark.larının Nijerya'da yaptığı çalışmada ise kendi kendine meme muayenesi bilme oranı %13, yapma oranı %10 olarak görülmüştür. (52). Hong kong'da (53) ve ABD'de (54) yapılan çalışmalarda ise düzensiz de olsa kendi kendine meme muayenesi yapma oranı sırasıyla %48 ve %57 olarak bulunmuştur. Dünyada yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık hizmetlerine ulaşım sıkıntısı az olan gelişmiş ülkelerde ve eğitim seviyesi yüksek popülasyonlarda kendi kendine meme muayenesi oranının da yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık personeline ulaşımın kolaylığı, eğitim materyallerini ve medyayı kullanabilme, etkili eğitim programları sayesinde sağlık bilincinin artması ile açıklanabilir. Çalışmamızda kendi kendine meme muayenesi bilincinin bu ülkelere benzer oranda çıkması ise çalışmamızın yürütüldüğü merkezin İstanbul şehir merkezinde yer alan üçüncü basamak bir hastane olması nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olduğu düşüncesini akla getirmektedir.

Çalışmamızda olguların %31.9'u rutin mamografi uygulaması hakkında bilgi sahibidir. Bu kişilerin bilgi kaynağı olarak en sık %50 oranıyla sağlık personeli gözükmetedir. %30'u mamografinin 40 yaş ve sonrasında çekilmesi gerektiğini düşünürken, %53.3'ü bilmiyorum cevabını vermiştir. Bu sonuçlar da kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi sonuçlarıyla ve yukarıdaki çalışmalarla uyumlu görünmektedir.

Kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi kaynakları sorulduğunda çalışmamızda %50'si sağlık personeli, %21.2'si arkadaş/akraba, %7.7'si gazete/yazılı kaynak, %9.6'sı internet, %9.6'sı televizyon, 1 kişi arkadaş/akraba+televizyon cevaplarını vermiştir. Güner ve ark.larının yaptığı çalışmada bilgi kaynakları %38 sağlık personeli, %33 arkadaş/akrabalar olarak görülmüştür. (47) Güçlü ve ark.larının yaptığı çalışmada belediye sosyal tesislerinde bulunan kadınlarla yapılan çalışmada kendi kendine meme muayenesi ile ilgili en sık bilgi kaynağı sağlık personeli olarak görülmüştür. (55) Alpteker ve ark.larının yaptığı çalışmada en sık bilgi kaynağı sağlık personeli, ikinci sıklıkta televizyon olarak görülmüştür. (50) En sık bilgi edinilen kaynağın sağlık personeli olması açısından çalışmamız bu sonuçlar ile uyumludur. Öte yandan en sık bilgi kaynağının televizyon/görsel medya olarak görüldüğü çalışmalar olmuş, (48,56), bazı çalışmalarda da en sık bilgi kaynağı eş-dost olarak karşımıza çıkmıştır. (57,58) Çalışmamızda sağlık personelinin en yüksek olmasının sebebinin, hasta popülasyonunun başka sağlık sorunları sebebi ile de çalışmanın yürütüldüğü hastaneye sık başvurması veya hastanedeki doktorlara takipli olması nedeniyle aynı doktoru birden fazla kez görerek iyi bir doktor-hasta ilişkisi geliştirmesi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda olguların %42.3'ü kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapıldığını doğru bir şekilde tarif edebilmektedir. Ancak tüm olguların %13.6'sı her ay uygulama yapmaktadır ve %25'i kendi kendine meme muayenesinin 20 yaş ve sonrasında yapılması gerektiğini, %38,5'i her ay uygulanması gerektiğini, sadece %9,6'sı ise adet döneminden 5-7 gün sonra uygulanması gerektiğini bilebilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kendi kendine meme muayenesinden haberi olan olgulardan sadece %20'sinden az bir kısmının her ay düzenli uyguladığı görülmüştür. (56,59) Hemşirelik öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada bile kendi kendine meme muayenesi bilme oranı %77 iken düzenli uygulama oranı %31 görülmüştür. (60) Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada olguların %86'sının kendi kendine meme muayenesi yapmayı bildiği ancak %13'ünün düzenli yaptığı görülmüştür. (61) Bu çalışmada meme kanseri ile ilgili bilgi sahibi olmanın kendi kendine meme muayenesi yapma alışkanlığını artırdığı da saptananlar arasındadır. Ketten ve ark.larının çalışmasında hem sağlık çalışanı, hem de genel toplumdaki bireylerle çalışılmış, kendi kendine meme muayenesi yapma oranı %63,8 iken, sağlık çalışanlarının yalnızca %6'sının, genel popülasyonun ise %0,4'nün doğru şekilde kendi kendine meme muayenesi yaptığı görülmüştür. (57) Kendi kendine meme muayenesi hakkında genel fikir sahibi olursa da ayrıntılı ve derin bilgi sahibi olma ve düzenli uygulama konusunda genel bir eksiklik

görülmektedir, ve çalışmamızın sonuçları da bu durumla uyumludur. Bu eksikliğe sebep olan bariyerlerin eğitimsizlik, sosyokültürel tabular, sağlık hizmetlerine erişimdeki sıkıntılar, sağlık bilincinde eksiklik, kötü sonuç alma korkusu olduğu düşünülebilir. Örneğin, Erkal ve ark.larının çalışmasında hepsi 40 yaşın üzerinde kadınlar arasında kendi kendine meme muayenesi yapmama ve rutin mamografi çektirmeme nedeni %99,2 bilgi ve eğitim eksikliği saptanmıştır. (62) Dişçigil ve ark.larının çalışmasında Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadın ile çalışılmış, meme kanseri ile ilgili bilgi sahibi olmanın ve bilgi kaynağının doktor olmasının kendi kendine meme muayenesi ve mamografi çektirme davranışını pozitif yönde etkilediği gösterilmiştir. Aynı zamanda kentsel bölgede yaşamının da meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmayı artırdığı görülmüştür. (48) Öte yandan kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda ileri yaş ve eğitim düzeyi düşük olan olgu gruplarında mamografi tarama programına katılımın anlamlı derecede azaldığı, olguların tarama programı konusunda eğitildikten sonra bile ancak %58inin programa katıldığı görülmüştür. (63) Katılmama sebepleri arasında %24 gereksiz bulma, %14 eşinin izin vermemesi yer almaktadır. Gaziantep'te yapılan bir çalışmada olguların %47si mamografi çektirmeye utandığını, bunların yarısı ise bu utancın mamografi çektirmeye engel düzeyde olduğunu ifade etmiştir. (50) Olguların %53ü için sağlık personelinin cinsiyeti önem teşkil etmektedir. Aynı çalışmada kendi kendine meme muayenesi yapmama nedenleri olarak sıklık sırasına göre kötü sonuç anlamına gelen bulgudan korkma, ailede meme kanseri olmadığı için yapmaya gerek görmeme, kendisinde meme kanseri olmayacağı düşüncesi sıralanmıştır. Bir başka çalışmada kadınların %11,7'sinin bir şey bulmaktan korktukları, %22'sinin kendi kendine meme muayenesi yapmayı unuttuğunu, %6,5'inin ise yardımcı olduğuna inanmadığı için kendi kendine meme muayenesi yapmadığını saptamışlardır. (64) Bu sonuçlardan yola çıkarak meme kanseri erken tanısı için gereken taramalara hastaların sosyokültürel tabular, kötü sonuç alma korkusu, sağlık bilincinin düşük olması, meme kanseri konusunda bilgisizlik gibi nedenlerle uzak kaldıklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda evlilik durumu, çalışma durumu ve ailede meme kanseri hikayesi bulunmasının kendi kendine meme muayenesi ve rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyine etkisi incelenmiştir. Sonuçlarda ailesinde meme kanseri hikayesi olmanın ve eğitim düzeyinin kendi kendine meme muayenesi ve mamografi bilgisi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisinin bulunduğu görülmüştür. Ailesinde meme kanseri hikayesi bulunan olguların ve eğitim düzeyi yüksek olguların hem kendi kendine meme muayenesi hem de rutin mamografi taraması ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksektir. Çalışmakta olan olguların rutin mamografi

taraması ile ilgili bilgi düzeyi daha düşük bulunmuş, bekar olan olguların ise kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi açısından eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumunun anlamlı derecede fark sağladığı görülmüştür. Avustralya'da 2974 kadın ile yapılan çalışmada evli ya da ilişkide olan olguların rutin mamografi taramasına katılımı bekar/dul/boşanmış olgulardan daha fazla saptanmıştır. (65) Aynı çalışmada mamografide çıkacak herhangi bir sonucun kesinlikle kanser anlamına geleceğini düşünen olgular ile taramanın etkili ve gerekli olduğunu düşünen olguların mamografi taramasına katılımı karşılaştırılmış, birinci grubun katılımı daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde Özen ve ark.ları tarafından yapılan çalışmada ailede meme kanseri hikayesi olmasının, Dişçigil ve ark.ları tarafından yapılan çalışmada ise çalışıyor olmanın kendi kendine meme muayenesi davranışını artırdığı saptanmıştır. (48,61) Ürdün'de yapılan bir çalışmada ailesinde meme kanseri hikayesi bulunan ve lise üstü eğitim alan olguların kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. (51) Ketten ve ark.larının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ve sosyoekonomik statü yüksekliğinin kendi kendine meme muayenesi yapma oranı ile anlamlı bağlantısı bulunmuştur. (57) Kendi kendine meme muayenesi yapılması düzeyini etkileyen faktörler, mamografi taramasına katılımı etkileyen faktörler ile de paralellik göstermektedir. Örneğin, ülkemizde yapılan bir çalışmada evli olan ve premenapozal dönemdeki olguların mamografi taramasına katılımı daha yüksek bulunmuş, ABD'de yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve ailede meme kanseri hikayesi ile mamografi çekirme eğilimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. (63,66)

Çalışmamızda yukarıdaki sonuçlara benzer bir şekilde çalışmakta olan ve ailesinde meme hikayesi bulunan gruplarda rutin mamografi taraması hakkında bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır, ki bu da literatürün geri kalanıyla uyumlu bir sonuçtur. Ancak çalışmamızda medeni durumu bekar olan olguların kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi düzeyi daha yüksek saptanmış, ancak rutin mamografi taraması ile ilgili bilgi düzeyi daha düşük saptanmıştır, ki bu da yukarıdaki sonuçların bazılarıyla çelişmektedir. Bu durum, bekar olan olguların meme kanserine yakalanmayacağını düşünme, rutin görüntüleme için hastaneye gelmemeleri gibi nedenlere bağlanabilir.

Çalışmamızda vakaların kendi kendine meme muayenesi bulguları ile meme görüntüleme sonuçları arasında tutarlılık görülmüştür. Her iki grup bulguların lokalizasyonu ve niteliği arasında istatistiksel olarak anlamlı eşleşme görülmüş, bulguların büyüklükleri

arasında görülmemiştir. Bu da, çalışmamızın çıkış noktası olan kendi kendine meme muayenesinin önemini doğrular niteliktedir.

Yapılan diğer çalışmalarda kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi ile tanı konulan hastaların patolojik özellikleri ve klinik seyirleri karşılaştırılmış, çeşitli sonuçlar bulunmuştur. Mesela ABD’de 1980-2003 arası tanı almış olan, meme kanseri olup tedavi edilmiş olan 361 hastanın kayıtları geriye yönelik incelenmiş, bunlardan %25’inin kendi kendine meme muayenesi ile, %18’i insidental olmak üzere toplam %43’ünün ilk semptomu kendisinin bulduğu görülmüştür. (67) Çalışmanın son yıllarında tanı alan vakalarda teknolojik gelişmeler ve rutin mamografi hizmetinin yaygınlaşmasına rağmen, ilk semptomu hastanın kendisinin bulduğu vakaların oranı toplam %39’dan aşağı inmemiştir. San Diego’da 26 kolej öğrencisine kendi kendine meme muayenesi eğitimi verilip, daha sonra bu kadınların 13 doktor tarafından muayene edildiği ve sonuçların karşılaştırıldığı çalışmada kadınlar kendi kendine meme muayenesi ile doktorların saptadığı lezyonların tümünü saptamış olmayı başarmıştır. (68) Sonuç olarak kendi kendine meme muayenesi eğitimi verilmesinin ve kadınların kendi kendine meme muayenesi için cesaretlendirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Özgün ve ark.larının çalışmasında meme kanseri tanılı 162 hastaya sorulan sorularda geçmişte %35’inin düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığı, %88’inin kanser bulgularını kendisinin farketmediği, ancak %65’inin semptomları farketmesinden sonra doktora başvuruda 3 aydan fazla geciktiği görülmüştür. (71) Aynı çalışmada kendi kendine meme muayenesi yapmayan hasta grubunda başvuru anında ileri evrede malignite tanısı almanın daha fazla olduğu görülmüştür. Bunlar kendi kendine meme muayenesinin önemini vurgulayan çalışmalar olmakla beraber, klinik meme muayenesi ve meme görüntülemenin önemini kesinlikle azaltmamalıdır. Örneğin Hong Kong’da 2003-2010 yılları arasında tanı almış olan DCIS veya invazif meme kanseri tanılı 2763 kadın, ilk prezentasyon şekillerine göre iki gruba ayrılarak karşılaştırılmıştır: tarama ile tanı konulan grup (rutin mamografi, ultrasonografi veya rutin klinik meme muayenesi ile tanı alanlar) ve kendisi başvurarak tanı konulan grup (kendi kendine meme muayenesi bulgusu veya kendisinin bulduğu başka bulgu ile başvuranlar). Tarama ile tanı konulan grupta erken evrede tanı alma daha fazla, lenf nodu invazyonu daha az görülmüş, kendi başvurarak tanı alan grupta geç evrede tanı alma ve mastektomi ihtiyacı daha fazla görülmüştür. (70) Başka bir çalışmada ise bu grupların uzun vadede takibi ve mortalitesinde şaşırtıcı sonuçlar elde edilmiştir: Kanada’da 1980-1985 yılları arasında DCIS veya invazif meme kanseri tanısı alan 39405 hasta 1996’ya kadar takip edilmiş, tanı alma şekillerine göre rutin mamografi veya rutin

linik meme muayenesi ile tanı alanlar; ve hastanın semptomla başvurması üzerine yapılan fizik muayene veya kendi kendine meme muayenesi bulgusu ile tanı alanlar olarak ikiye ayrılmıştır. İlk grubun daha erken tanı aldığı ve daha küçük boyutta malignitelerin yakalanabildiği, ikinci gruba göre iki katı sayıda lezyona tanı konulduğu, ancak uzun süre takibin sonunda her iki grubun mortalitesinin benzer görüldüğü ve tanı konulan invazif kanserlerin oranının da benzer görüldüğü gösterilmiştir. Bu sonuçların kendi kendine meme muayenesinin önemini ortaya koymasının yanı sıra kadınları mamografi çektirmekten vazgeçiren bir faktör olmaması gerektiği de vurgulanmıştır. (71)

Bu çalışmalarla karşılaştırsak, bizim çalışmamızda hastaların kendi kendine meme muayenesi bulgularının görüntüleme sonuçları ile uyumlu çıkması kendi kendine meme muayenesinin önemi düşünüldüğünde sevindiricidir. Ancak kendi kendine meme muayenesi bilinç düzeyi artırılmalı, hastaların sağlık okuryazarlığı ve bilinci kuvvetlendirilmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir sağlık sorunu olan meme kanseri, erken tanı ve tarama programlarıyla aynı zamanda yaşam süresi uzatılabilir ve kür sağlanabilir bir hastalık grubudur. Meme kanserinin taramasında kendi kendine meme muayenesi, ucuz, kolay uygulanabilir ve pratik bir yöntem olmasıyla dikkat çekmektedir. Aynı zamanda kadının kendi meme dokusuna aşina olmasını sağlayarak yeni ortaya çıkan lezyonların farkedilmesini kolaylaştırmaktadır. Rutin klinik meme muayenesi ve rutin mamografi gibi diğer tarama yöntemlerine tamamlayıcı olmakla beraber, özellikle sağlık hizmetine erişimi kısıtlı olan topluluklarda sağladığı faydalar ve önemi artmaktadır.

Çalışmamızda da belirtildiği gibi sağlık personelinden bilgi alan ve meme hastalıkları konusunda bilgisi daha fazla olan olgularda kendi kendine meme muayenesi yapma eğilimi artmaktadır. Bu konuda biz sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Hastalara en kolay ulaşabilecek olan, en sağlıklı hasta-hekim ilişkisi kurabilecek olan sağlık gruplarından birisi de kuşkusuz aile hekimleridir. Aile hekimliğinin hastayı bütüncül bakış açısıyla ele alabilmesi ve hastanın savunucusu olması özellikleri düşünüldüğünde, hastalarımızın meme sağlığı ve diğer tarama modaliteleri ile birlikte kendine kendine meme muayenesi konusunda bilinçlendirilmesine bulunacağı katkı toplum sağlığı için önemli bir katkı olacaktır.

Kendi kendine meme muayenesi eğitimine önem verilmesi, kadınların bu yönde cesaretlendirilmesi hem bireylerin sağlık bilincini artıracak, hem de toplum sağlığına önemli bir katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010. Atlanta.
http://www.cancer.org/downloads/STT/F861009_final%209-08-09.pdf Erişim tarihi: 18.05.2010
2. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM),
<http://kanser.gov.tr/dairefaaliyetleri/ketem-ve-kanser-taramalari.html>, Erişim tarihi: 10.05.2018
3. Ünal A. Meme Kanseri, Ünal A. ed. Ankara: Klinik Cerrahi Onkoloji 1997: 389-404.
4. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer.
<http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer>, Erişim tarihi: 03.05.2018
5. Erensoy N, Süssleyici B, Oztürk M , et al. Amplification and overexpression of c-erbB-2 gene in breast carcinomas. *Breast*. 4(Suppl 1):S55,1998
6. Darendeliler E, Ağaoglu FY. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. Meme Kanseri. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri. 2003; 13-33.
7. Polyak K. Breast cancer gene discovery. <http://www.expertreviews.org/> 2002 Erişim tarihi: 15.05.2018
8. Öztürk M, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Meme Kanseri Sempozyum Dizisi 2006, 54;15-26
9. Sayek İ. Temel Cerrahi, 2013;895-897 Güneş Tıp Kitabevleri, 4.baskı,.
10. Öztürk M. Onkogenler ve Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitabevleri. 2001;251-264.
11. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, et al. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *The Journal of Breast Health* 2011; 7:42-67
12. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with Breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996;347(9017):1713-27.
13. Casey PM, Cerhan JR, Pruthi S. Oral Contraceptive Use and the Risk of Breast Cancer. *Mayo Clin Proc* 2008;83(1):86-91.
14. Breast cancer risk factors: a review of the evidence July 2009 National Breast and Ovarian Cancer Centre. <https://canceraustralia.gov.au/> Erişim tarihi: 16.05.2018
15. Sherman ME, Figueroa JD, Henry JE, et al. The Susan G. Komen for the Cure Tissue Bank at the IU Simon Cancer Center: a unique resource for defining the “molecular histology” of the breast. *Cancer Prev Res (Phila)* 2012;5(4):528–535.
16. Hankinson SE, Colditz GA, Manson JE, et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *Cancer Causes Control* 1997; 8: 65-72.
17. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 346: 2025-2032.
18. Writing Group for the Women’s Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women’s Health Initiative randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2002;288:321-33.

19. Malone KE, Daling JR, Thompson JD. et al. BRCA1 mutations and breast cancer in the general population: analyses in women before age 35 years and in women before age 45 years with first-degree family history. *JAMA* 1998;279:922–929.
20. Suzuki R, Ye W, Rylander-Rudqvist T. Alcohol and postmenopausal breast cancer risk defined by estrogen and progesterone receptor status: a prospective cohort study. *J Natl Cancer Inst.* 2005; 97: 1601-1608.
21. Linos E, Willett WC. Diet and breast cancer risk reduction. *J Natl Compr Canc Netw.* 2007; 5: 711-718.
22. Dinçol D. Meme Kanserinde Prognostik Faktörler. *T Klin Tıp Bilimleri* 1992:12.
23. Devilee P, Tavassoli FA. World Health Organization: Tumours of the Breast and Female Genital Organs. Lyon. IARC Press 2003.
24. McCormack VA, dos Santos Silva I. Breast density and parenchymal patterns as markers of breast cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 1159.
25. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? *JAMA.* 1999 Oct 6;282 (13):1270-80.
26. Başkan S, Atahan K, Arıbal E. Meme kanserinde tarama ve tanı. *The Journal of Breast Health* 2012;8(3).
27. American College of Radiology. Breast imaging reporting and data system (BI-RADS). 4th edition. Reston (VA): American College of Radiology 2003.
28. Rezanko T, Meme Tümörlerinde Tanısal Algoritma ve Üçlü Test, *Meme Sağlığı Dergisi* 2008 Cilt: 4 Sayı: 3
29. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, Davies C, Godwin J, et al. Relevance of breast cancer hormone receptors and other factors to the efficacy of adjuvant tamoxifen: patient-level meta-analysis of randomised trials. *Lancet* 2011; 378(9793):771-84.cancer
30. Salman MC, Gültekin M, Taşkıran Ç, Ayhan A. Hormon ve meme. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2005;8:37-53.
31. Ceilley E, Jaggi R, Goldberg S, et al. The management of ductal carcinoma in situ in North America and Europe. *Cancer* 2004;101:1958-1967
32. Leonard GD, Swain SM. Ductal carcinoma in situ, complexities and challenges. *J Natl Cancer Inst* 2004;96: 906-920.
33. Consensus conference on the classification of ductal carcinoma in situ. The Consensus Conference Committee. *Cancer* 1997; 80:1798-1802
34. Schwartz GF. Treatment of In Situ Breast Cancer. In *Breast Cancer*. 2. Ed. Roses D, ed. Elsevier Inc 2005: 383-399.
35. Kuzey GM. Temel Patoloji. 1.Baskı. Ankara: Günes Kitabevi 2007.
36. Gonzales MA, Pinder SE. Invasive carcinoma: other histologic prognostic factors size, vascular invasion and prognostic index. In: *Breast Pathology*. O'Malley FP, Pinder SE (eds). Philadelphia: Churchill Livingstone 2006: 235-240.
37. Singletary E, Allred C, Ashley P, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer Staging System for breast cancer. *J Clin Onkol* 2002; 20:362-7.

38. American College of Radiology: Standarts for the performance of diagnostic mammography and problem solving breast evaluation (Adopted by the ACR Council 1994). In: ACR Digest of Official Actions. Reston, VA, American College of Radiology 1994.
39. Shah R, Rosso K, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. *World J Clin Oncol* 2014; 5(3): 283-298.
40. Morrow M. The evaluation of common breast problems. *Am Fam Physician*. 2000 Apr 15;61 (8):2371-8, 2385.
41. Van Goethem M, Tjalma W, Schelfout K. Magnetic resonance imaging in breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2006; 32:901–910.
42. Kuhl C. The current status of breast MR imaging. Part I. Choice of technique, image interpretation, diagnostic accuracy, and transfer to clinical practice. *Radiology* 2007;244:356-78
43. Kuhl CK, Schrading S, Leutner CC. Mammography, breast ultrasound, and magnetic resonance imaging for surveillance of women at high familial risk for breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005 Nov 20;23 (33):8469-76
44. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59: 225-249.
45. Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik İ. Kanserde Birincil Korunma. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2006;13(2): 57-71.
46. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormonereplacement therapy in the million women study. *Lancet* 2003; 362: 419-427
47. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HD. Determination of women's knowledge, attitude and behaviours about self-examination of breast, *Gaziantep Tıp Dergisi* 2007, 55-60
48. Dişciğil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007;20(1);29-36
49. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri *J of Breast Health* 2004, 4(2); 84-92
50. Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *J of Breast Health* 2010, 6(2);74-80
51. Petro-Nutrus W, Mikhail IB. Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *J of Public Health Nursing* 2002, 19(4);263–271
52. Oluwatosin OA, Oladepo O. Knowledge of breast cancer and its early detection measures among rural women in Akinyele Local Government Area, Ibadan, Nigeria, *BMC Public Health* 2006. <https://bmccancer.biomedcentral.com/> Erişim tarihi: 26.06.2018
53. Fun S, Factors associated with breast self-examination behaviour among Chinese women in Hong Kong. *J of Patient Education and Counseling* 1998, 33;233–243
54. Sadler G, Ko CM, Cohn JA. Breast cancer knowledge, attitudes and screening behaviours among African women: the Black cosmetologists promoting health program. *BMC Public Health* 2007, <https://bmccancer.biomedcentral.com/> Erişim tarihi: 28.06.2018
55. Güçlü S, Tabak RS. Impact of health education on improving women's knowledge and awareness of breast cancer and breast self-examination. *J of Breast Health* 2013, 9(1);18-24

56. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in Western Turkey. BMC Cancer 2006, <https://bmccancer.biomedcentral.com/> Erişim tarihi: 26.06.2018
57. Ketten HS, Yıldırım F, Ölmez S, Üçer H, Çelik M. Kahramanmaraş Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne başvuran kadınların meme kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranışları Gaziantep Med J 2014;20(3):212-216
58. Öner E, Girgin S, Uslukaya Ö. Güneydoğu Anadolu bölgesinde meme kanserinde tanı ve tedavide gecikme sebeplerine yönelik anket çalışması. J of Clinical and Experimental Investigations 2015; 6 (4): 375-381
59. Secginli S, Nahcivan N. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. Int J of Nursing Studies 2006, 43;161-171
60. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004, 7(1);10-19
61. Özen B, Zincir H, Erten ZK, Özkan F, Elmalı F. Knowledge and Attitudes of Women about Breast Cancer, Self Breast Examination and Healthy Life Style Behaviours. J Breast Health 2013; 9:200-204.
62. Erkal Aksoy Y, Çeber Turfan E, Sert E, Mermer G. Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. J of Breast Health 2015; 11: 26-30
63. Maral I, Budakoğlu İ, Özdemir A, Bumin A. Topluma dayalı mamografi taramasına katılımı etkileyen faktörler, Trakya Univ Tıp Fak Derg 2010;27(2):122-126
64. Arslan M, Şahin DA (2013). The Effect of planned education on women's knowledge about breast cancer and breast self examination. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E- Dergisi. 1(1):8-16.
65. Achat H, Close G, Taylor R. Who has regular mammograms? Effects of knowledge, beliefs, socioeconomic status, and health-related factors. Prev Med 2005; 41: 312-320.
66. Meissner HI, Breen N, Taubman L, Vernon SW, Graubard B. Which women aren't getting mammograms and why? (United States). J of Cancer Causes Control 2007, 18:61-70
67. Roth MY, Elmore JG, Yi-Frazier JP. Self-Detection Remains a Key Method of Breast Cancer Detection for U.S. Women. J of Women's Health 2011, 20(8);1135-1139
68. Jacob TC, Penn NE, Giebink J, Bastien R. A Comparison of breast self-examination and clinical examination. J of California National Medical Association, 86(1);40-45
69. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. J Breast Health 2009; 1:87-91.
70. Lau SS, Cheung P, Wong TT, Ma MM, Kwan WH. Comparison of clinical and pathological characteristics between screen-detected and selfdetected breast cancers: a Hong Kong study, Hong Kong Med J 2016, 22(3);202-209
71. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-year results of a randomized trial in women aged between 50-59 years. J of Natl Cancer Inst 2000, 92(18);1490-1499

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı – Soyadı : Elif DEMİRÖREN
Doğum yeri ve tarihi : 1988, Çankaya/ANKARA
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekar
İletişim adresi : edemiroren.elif@gmail.com
Yabancı dili : İngilizce

Eğitim

2015-2018 SBÜ OKMEYDANI SUAM Aile Hekimliği Kliniği (İSTANBUL)
2014-2015 İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı (Fatih/İSTANBUL)
2005-2013 Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İngilizce Tıp Bölümü (ANKARA)
2005-2006 East Union High School, Manteca, California, ABD
2002-2005 Çankaya Milli Piyango Anadolu Lisesi (Çankaya/ANKARA)
1997-2002 TED Ankara Koleji İlköğretim Okulu (Çankaya/ANKARA)

Mesleki Deneyim

2014-2015 İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı (Fatih/İSTANBUL)

EKLER



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ İSTANBUL OKMEYDANI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ

24/04/2018 10:19 - 48670771 - 514 10 - E 8184



00067542731

Sayı : 48670771-514.10

Konu : etik kurul

Sayın DOÇ.DR.SEÇİL ARICA
Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu

Kliniğinizde yürütmeyi planladığımız 'Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Kadınlarda Meme Muayenelerinin ve Görüntülemesi Sonuçlarının Karşılaştırılması ile Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ' isimli çalışmanız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 17/04/2018 tarihli toplantısında incelenmiş olup, alınan 890 sayılı karara göre etik açıdan uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Ziya SALTURK
Doç.Doktor

EKLER:

1 adet karar evrakı



Darulaceze cad. no:25 Şişli/İSTANBUL

Faks No:02123145588

e-Posta:keziban.tokgoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: etikkurul@okmeydani.gov.tr

Bilgi için:Keziban TOKGÖZ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02123145588

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f7bbd07b-699e-4f54-80c6-b98043826785 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EKLER

MEME HASTALIKLARI, MUAYENESİ VE GÖRÜNTÜLEMESİ – BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ANKETİ

Yaş:	Meslek:	Çocuk sayısı:			
Eğitim:	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> ilkokul mezunu	<input type="checkbox"/> Lise mezunu	<input type="checkbox"/> Üniversite mezunu	<input type="checkbox"/> Yüksek lisans
Kilo:	Boy:				
Sigara kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise günde kaç paket ve kaç yıl kullandınız?		
Çocuklarınızı emzirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise, toplam kaç ay emzirdiniz:		
Şu anda gebe misiniz veya çocuk emziriyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Şu anda adet kanamanız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Bilinen bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise, nedir? :		
Hiç göğüs bölgesine radyoterapi aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise, toplam kaç ay aldınız:		
Hiç hormon tedavisi veya doğum kontrol hapı kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise, toplam kaç ay kullandınız? :		
Ailenizde meme veya yumurtalık kanseri olan var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise, akrabalık dereceniz nedir? :		
Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Evet ise nerden bilgi edindiniz?	<input type="checkbox"/> Televizyon	<input type="checkbox"/> İnternet	<input type="checkbox"/> Gazete/dergi/ broşür/ yazılı kaynak	<input type="checkbox"/> Arkadaş/ akraba	<input type="checkbox"/> Doktorumdan/ sağlık personelinden bilgi aldım
Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapıldığını biliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Evet ise, her ay uyguluyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			

Sizce kendi kendine meme muayenesini hangi yaştaki kadınlar yapmalı?	<input type="checkbox"/> Her yaş grubu	<input type="checkbox"/> 12 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 15 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 20 yaş ve sonrası	
Sizce kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkla uygulanmalı?	<input type="checkbox"/> Her ay	<input type="checkbox"/> Birkaç ayda bir	<input type="checkbox"/> 6 ayda bir	<input type="checkbox"/> Yılda bir	
Sizce kendi kendine meme muayenesi ne zaman uygulanmalı?	<input type="checkbox"/> Adet döneminde	<input type="checkbox"/> Adet döneminden 5-7 gün sonra	<input type="checkbox"/> Adet döneminden 2 hafta sonra	<input type="checkbox"/> Adet döneminden hemen önce	
Hiç meme hastalıklarından şüphelenerek doktor muayenesi oldunuz mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Doktor tarafından rutin muayene olmanız gerektiği ile ilgili bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Evet ise nerden bilgi edindiniz?	<input type="checkbox"/> Televizyon	<input type="checkbox"/> İnternet	<input type="checkbox"/> Gazete/dergi/ broşür/ yazılı kaynak	<input type="checkbox"/> Arkadaş/ akraba	<input type="checkbox"/> Doktorumdan/ sağlık personelinde bilgi aldım
Sizce rutin doktor muayenesini hangi yaştaki kadınlar yapmalı?	<input type="checkbox"/> Her yaş grubu	<input type="checkbox"/> 12 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 15 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 20 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 30 yaş ve sonrası <input type="checkbox"/> 40 yaş ve sonrası
Sizce rutin doktor muayenesi ne sıklıkla uygulanmalı?	<input type="checkbox"/> Her ay	<input type="checkbox"/> Birkaç ayda bir	<input type="checkbox"/> 6 ayda bir	<input type="checkbox"/> Yılda bir	<input type="checkbox"/> Birkaç yılda bir
Bilinen bir meme hastalığınız var mı? (şüpheli kitle dahil)	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Evet ise, nedir? :		
Bilinen bir meme hastalığınız varsa (şüpheli kitle dahil) ne sıklıkla doktora gidiyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Bir defa gittim	<input type="checkbox"/> 2-3 ayda bir gidiyorum	<input type="checkbox"/> 6 ayda bir gidiyorum	<input type="checkbox"/> Yılda bir gidiyorum	<input type="checkbox"/> Birkaç yılda bir gidiyorum
Hiç meme ultrasonu çekildiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Evet ise, kaç defa ve ne sıklıkla çekildiniz?	<input type="checkbox"/> Bir defa	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 3 ay arayla	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 6 ay arayla	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 1 yıl arayla	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 1 yıldan fazla aralıklarla
Hiç mamografi çekildiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			

Evet ise, kaç defa ve ne sıklıkla çekildiniz?	<input type="checkbox"/> Bir defa	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 3 ay arayla	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 6 ay arayla	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 1 yıl arayla	<input type="checkbox"/> Birkaç defa, 1 yıldan fazla aralıklarla
Rutin mamografi uygulaması ile ilgili bilginiz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır			
Evet ise nerden bilgi edindiniz?	<input type="checkbox"/> Televizyon	<input type="checkbox"/> İnternet	<input type="checkbox"/> Gazete/dergi/broşür/ yazılı kaynak	<input type="checkbox"/> Arkadaş/ akraba	<input type="checkbox"/> Doktorumdan/ sağlık personelinde bilgi aldım
Sizce rutin mamografi hangi yaşdaki kadınlara çekilmeli?	<input type="checkbox"/> Her yaş grubu	<input type="checkbox"/> 20 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 30 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 40 yaş ve sonrası	<input type="checkbox"/> 60 yaş ve sonrası
Sizce rutin mamografi ne sıklıkla çekilmeli?	<input type="checkbox"/> Her ay	<input type="checkbox"/> Birkaç ayda bir	<input type="checkbox"/> 6 ayda bir	<input type="checkbox"/> Yılda bir	<input type="checkbox"/> İki yılda bir
Şu anda hastaneye geliş sebebiniz nedir? (Birden çok şikayetiniz varsa hepsini işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Şikayetim yok, rutin kontrol amacıyla ilk defa geldim				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim yok, daha önceki gelişimde tekrar gelmem söylendiği için geldim.				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim var, elime memede kitle geldi.				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim var, memede hassasiyet/ağrıdan şikayetçiyim.				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim var, memeden süt gelmesinden şikayetçiyim.				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim var, memede tek taraflı büyümeden şikayetçiyim.				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim var, memede çift taraflı büyümeden şikayetçiyim.				
	<input type="checkbox"/> Şikayetim var, elime koltukaltında elime kitle geldi.				
Eğer elinize kitle geldiyse, yerini ve büyüklüğünü tarif edersiniz?	<input type="checkbox"/> Sol memede		<input type="checkbox"/> Sağ memede		
	<input type="checkbox"/> Üstte, dış tarafta <input type="checkbox"/> Alttta, dış tarafta <input type="checkbox"/> Üstte, iç tarafta <input type="checkbox"/> Alttta, iç tarafta <input type="checkbox"/> Yerinden emin değilim <input type="checkbox"/> Her yerde yaygın hissediyorum		<input type="checkbox"/> Üstte, dış tarafta <input type="checkbox"/> Alttta, dış tarafta <input type="checkbox"/> Üstte, iç tarafta <input type="checkbox"/> Alttta, iç tarafta <input type="checkbox"/> Yerinden emin değilim <input type="checkbox"/> Her yerde yaygın hissediyorum		
	<input type="checkbox"/> 0-1 cm arası (bezelyeden küçük) <input type="checkbox"/> 1-3 cm arası (bezelye gibi) <input type="checkbox"/> 3-5 cm arası (ceviz gibi) <input type="checkbox"/> Emin değilim		<input type="checkbox"/> 0-1 cm arası (bezelyeden küçük) <input type="checkbox"/> 1-3 cm arası (bezelye gibi) <input type="checkbox"/> 3-5 cm arası (ceviz gibi) <input type="checkbox"/> Emin değilim		