



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İSTANBUL İLİNDE BİR ÖZEL HASTANEDE MEME HASTALIKLARI
SERVİSİNDE YATAN MEME KANSERİ HASTALARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE TANIMLANMASI

GÜL GÖKÇE DOĞDU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Prof. Dr. ADNAN İŞGÖR

İSTANBUL-2010

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

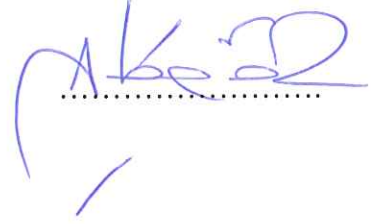
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Gül Gökçe DOĞDU tarafından hazırlanan *“İstanbul İlinde Bir Özel Hastanede Meme Hastalıkları Servisinde Yatan Meme Kanseri Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tanımlanması”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18.10.2010

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

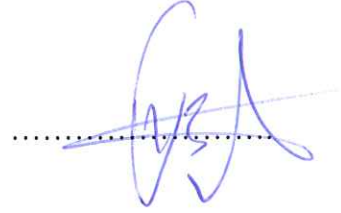
Jüri Üyesi :Prof.Dr.Adnan İŞGÖR
:Haliç Üniversitesi / HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniversitesi / SBYO.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi / HYO



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanmasında ve yürütülmesinde her türlü destek ve yardımlarını gördüğüm danışmanım Sayın Prof. Dr. Adnan İşgör'e, her zaman yardımlarını esirgemeyen Atilla Bozdoğan' a, Aslı Sucuğ ve Zeki Sucuğ'a. Her zaman yanımda olan Elif Güven'e, yüksek lisans eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen ve bana yol gösteren hocalarım Prof. Dr. Necmiye SABUNCU ve Öğretim Görevlisi Fatma ÖZHAN olmak üzere, Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndaki diğer öğretim üyelerine,

Sonsuz teşekkürler...

Saygılarımla

Gül Gökçe DOĞDU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
TABLO LİSTESİ.....	V
ÖZET	1
SUMMARY	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Anatomi:.....	4
2.1.1. Memenin Yerleşimi	4
2.1.2 Memenin Yapısı	5
2.1.3. Meme İle Koltuk Altı İlişkisi	6
2.1.4. Memenin Fizyolojisi	6
2.2. Meme Kanseri	7
2.2.2. Duktal Karsinoma In situ	8
2.2.3. Duktal Karsinoma In situ (DCIS)	9
2.2.4. Lobüler Karsinoma In situ (LCIS).....	9
2.2.5. İnfiltratif Duktal Karsinom.....	9
2.2.6. Tubüler Karsinom	10
2.2.7. Medüller Karsinom	10
2.2.8. Müsinöz Karsinom.....	10
2.2.9. Adenokistik Karsinom	10
2.2.10. Papiller Karsinom	10
2.2.11. Paget's Hastalığı	11
2.2.12. Karsinosarkom.....	11
2.2.13. Filloides tümör.....	11
2.3. Epidemiyoloji	12
2.4. Etyoloji.....	13
2.4.1. Genetik Faktörler	13
2.4.2. Edinsel Faktörler	14

2.4.2.A. Östrojen Alınması ve Doğum Kontrol Hapı Kullanılması	15
2.4.2.B. Alkol Kullanılması	15
2.4.2.C. Sigara Kullanılması	15
2.4.3. Kişisel Risk Faktörleri.....	15
2.4.3.A. Yaş.....	16
2.4.3.B. Kişisel Meme Kanseri Hikayesi.....	16
2.4.3.C. Fertil Çağ Süresi.....	16
2.4.3.D. Ailede Meme Kanseri Hikayesi	17
2.4.3.E. Doğurganlık Hikayesi	17
2.4.3.F. Sosyo-ekonomik Seviyenin Yüksekliği	17
2.5. Tarama ve Tanı Yöntemleri	18
2.5.1. Anamnez.....	18
2.5.2. Fizik muayene.....	18
2.5.3. Mamografi	18
2.5.4. Sitoloji	19
2.5.5. Ultrasonografi.....	19
2.5.6. Biyopsi	19
2.6. Meme Kanserinde Tedavi	19
3.GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21
4.BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA	33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
7. EKLER	37
8. KAYNAKLAR	38
ÖZGEÇMİŞ	42
HASTANE YÖNETİMİ ONAYI	43

ŞEKİL LİSTESİ

ŞEKİL-1 MEMENİN SINIRLARI VE KADRANLARI.....	4
ŞEKİL-2 MEMENİN YAPISI.....	5
ŞEKİL-3 MEME LOBU	5
ŞEKİL-4 OLGULARIN YAŞ DURUMU (GRAFİK).....	23
ŞEKİL-5 MEDENİ DURUM (GRAFİK).....	24
ŞEKİL-6 MENARŞ YAŞI (GRAFİK).....	25
ŞEKİL-7 ADET DÜZENİ (GRAFİK).....	26
ŞEKİL-8 İLK DOĞUM YAŞI (GRAFİK).....	27
ŞEKİL-9 OLGULARIN EMZİRME SÜRESİ (GRAFİK).....	28
ŞEKİL-10 MENAPOZAL DURUM.....	29
ŞEKİL-11 ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI (GRAFİK).....	30
ŞEKİL-12 AİLE KANSER TÜRÜ (MEME CA- OVER CA) KARŞILAŞTIRILMASI.....	31

TABLO LİSTESİ

TABLO - 1 OLGULARIN YAŞ DURUMU.....	23
TABLO - 2 MEDENİ DURUM.....	24
TABLO - 3 MENARŞ YAŞI.....	25
TABLO - 4 ADET DÜZENİ.....	26
TABLO – 5 İLK DOĞUM YAŞI.....	27
TABLO – 6 TOPLAM EMZİRME SÜRESİ.....	28
TABLO – 7 MENAPOZAL DURUM.....	29
TABLO – 8 ORAL KONTRASEPTİF KULLANIMI.....	30
TABLO – 9 AİLE ÖYKÜSÜ.....	31
TABLO- 10 YAŞ DURUMUNA GÖRE OLGU DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	32

ÖZET

İSTANBUL İLİNDE BİR ÖZEL HASTANEDE MEME HASTALIKLARI SERVİSİNDE YATAN MEME KANSERİ HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE TANIMLANMASI

Meme kanseri, kadınlarda en yaygın görülen kanserdir. Meme kanserine neden olan pek çok risk faktörü bulunmaktadır. Bu çalışmada bir özel hastanede meme hastalıkları servisinde yatan meme kanseri hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini 21-85 yaşları arasında meme kanseri tanısı almış 285 kadın hasta oluşturmaktadır. Veriler, araştırmacı tarafından, hastanede kullanılan anamnez dosyalarındaki bilgilerden elde edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 50.0 ± 12.1 olarak bulundu (ortanca = 49). 72 (%25,3) olgunun menarş yaşı 12 ve altı, olarak saptandı. Hastaları 156'sının (%54,7) Postmenapozal devrede kansere yakalandığı belirlendi. 237(%83,2) olgunun adetleri düzenliydi. Çocuğunu emziren 247 hastadan 105'inin (%42,5) toplam emzirme süresinin 6 aydan az olduğu, 38 olgunun canlı doğum yapmadığı belirlendi. Kansere yakalanmadan önce oral kontraseptif kullanan hasta sayısı 67 (%23.5) olarak bulundu. Ailesinde kanser öyküsü pozitif olan 114 (%40,0) olgunun 48'inde (%42,1) meme kanseri, 7'sinde (%6,1) over kanseri vardı. Meme kanserli hastaların oransal olarak önemli bir bölümünde meme kanseri risk faktörlerinin saptanması kadınların risk faktörlerine yönelik olarak bilgilendirilmeleri ve bilinçlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda 1. Basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık personelinin bilgi ve donanımın yeterli olması meme kanserinin erken tanısında önemli rol oynayacaktır. Ayrıca, kişisel meme kanseri hikayesi olan kadınların takibine meme kanseri genetik danışmanlığının yapılabileceği ve kadınların bu kliniklerde risklerini hesaplatmalarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının da gerekli olduğu kanısına varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Meme Kanseri, Risk Faktörleri, Yaşam Biçimi Risk Faktörleri, Doğrulanmamış Risk Faktörleri, Kontrol Edilemeyen

SUMMARY

DETERMINATION OF SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF BREAST CANCER PATIENTS WHO HAS BEEN UNDER MEDICAL TREATMENT IN ONE OF A PRIVATE HOSPITAL IN ISTANBUL.

Breast cancer is the most frequent cancer type all over the world. There are a lot of risk factors and causes of cancer. In this study is aimed to evaluate the social demographic of breast cancer patients who stay at breast cancer service in a private hospital. Planned in descriptive type study's sampling is composed of 285 breast cancer patients between the ages 21-85. The average of the patients' age was 50.0 ± 12.1 years (median= 49). 72 (25,3%) of patients' menarche age is 12 and below. 156 (54,7%) of cases were in postmenopausal state. 237(83,2%). The number of mothers who breastfeed was 247, breast feeding period was less than 6 months in 105(42.5%) women. 38 (13%) out of 285 had no live births. It is determined that, 67 (23.5%) of cases were used pills before breast cancer diagnosis. Family cancer history was positive in 114 (40%) patients. 48 (42.1%) of them were breast cancer and 7 (6.1%) of them were ovary cancer. To determine of breast cancer risk factors In proportion to most of the breast cancer patients shows that women should be informed and aware of the disease.

Specially development of 1. Step health services, health persons knowledge and sufficient equipment is very important for early diagnosis of breast cancer. Also following women who has personal breast cancer story clinic genetic advisory services are very important and it's necessary to calculate women's risk factors in these clinics.

Key Words: Breast Cancer, Risk Factors, Life Style Risk Factors, Substantiated Risk Factors, Uncontrolled

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri kadınlar arasında en sık görünen malign tümördür (İrgil, 2001; Parkin et al. 1990). Gelişmiş ülkelerde kadınlarda rapor edilen meme kanseri insidansı yüz binde 80 iken, gelişmekte olan ülkelerde yüz binde 15.9'dur (Parkin et al. 1990). Dünya ülkeleri arasında hastalık sıklığındaki bu fark, özellikle menopoz sonrası kadınlarda görülmektedir. Menapoz öncesi dönemde ise ülkeler arasındaki farklar oldukça azdır. Ülkemizde de kadınlarda bildirilen kanserler arasında ilk sırada yer alan meme kanserinin 1999 yılında tüm kanserler içinde %24.1'lük bir paya sahip olduğu rapor edilmiştir. Dünya genelinde kadınlarda görülen kanserlerin %22'sini oluşturan meme kanserinde, olguların sadece %2'si 35 yaşın altındadır.

Aile öyküsü pozitifliği, erken menarj yaşı (<13 yaş), geç menopoz yaşı (<55 yaş), medeni durum, oral kontraseptif kullanımı, toplam emzirme süresi, ilk doğum yaşı, adet düzeni ve hiç doğum yapmamış olmanın meme kanseri riskini arttırdığı çeşitli çalışmalarda rapor edilmiştir (Darendeliler, 1997; Özgültekin, 2001; Winer et al.2002).

Bu araştırmada İstanbul ilinde bir özel hastanede meme kanseri nedeniyle izlenen 285 hastanın sosyodemografik özellikleri ve kanser ile bu faktörler arasındaki ilişkiler irdelenecektir.

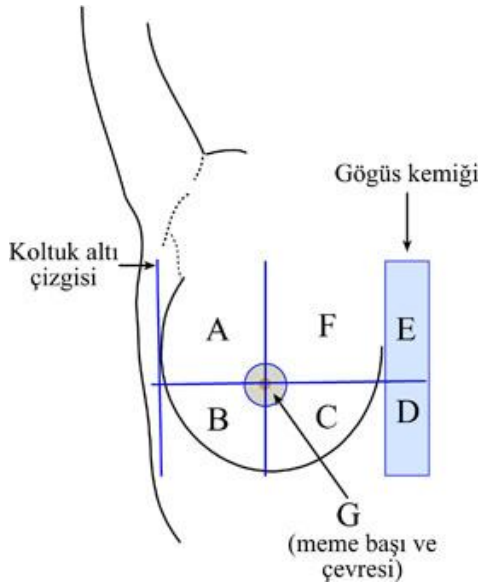
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anatomi:

2.1.1. Memenin Yerleşimi

Meme, göğüs ön duvarındaki göğüs kaslarının üstünde yerleşim gösteren bir organdır. Normal gelişimini tamamlamış bir meme, yukardan aşağıya doğru 2. kaburga ile 7. Kaburga arasındaki bölgede bulunur. Memenin sınırları, orta hatta göğüs kemiğinin dış kenarına, yanda ise koltuk altının ön sınırından aşağı doğru indirilen çizgiye kadar uzanır (şekil 1). Bazen, bir miktar meme dokusu koltuk altına kadar uzanabilir. Buna memenin koltuk altı kuyruğu adı verilir.

Şekil 1: Memenin sınırları ve kadrantları.



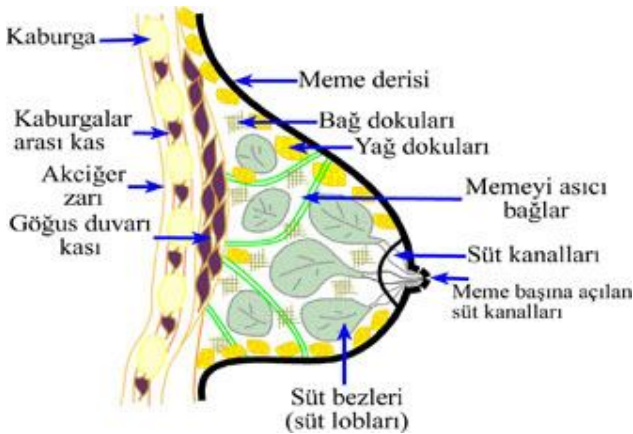
Meme hastalıklarının yerini belirtmek için meme şemaları kullanılır. Bu şemalarda memenin temel olarak 5 kadrana ayrıldığı görülür. Buna göre; A (üst dış kadrant), B (alt dış kadrant), C (alt iç kadrant), F (üst iç kadrant), G ise memebaşı ve çevresindeki koyu renkli bölgeyi (areola) sembolize eder (Şekil 1). Memenin şekli ve büyüklüğü bireyden bireye göre değişir. Bazen aynı bireyde bile her iki memenin şekli ve büyüklüğü farklı olabilir. Anne karnındaki bebekte memeye ait dokular ilkel bir şekilde gelişir ve doğumdan sonra ergenlik çağına kadar memede gözle görülebilir bir

gelişme ve büyüme olmaz. Bu devreden sonra çeşitli hormonların devreye girmesi ile memeyi oluşturan dokular hızla gelişmeye başlar ve meme büyür, ancak ilk gebelik oluşuncaya kadar meme olgun şekline gelemmez. Memenin şekli ve büyüklüğü her bireyde farklıdır, hatta aynı bireyde bile iki meme arasında farklılıklar olabilir. Memenin şekli ve büyüklüğü temel olarak, içerdiği yağ dokusu miktarı, adet döngüleri, gebelik, süt verme ve menapoz evrelerinde değişimler gösterir. Bunlara daha sonra değinilecektir.

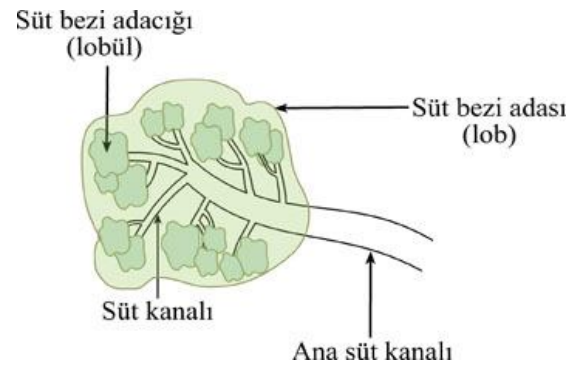
2.1.2 Memenin Yapısı

Meme süt salgılayan bir dış salgı bezi olup, çeşitli dokulardan oluşur. Memenin dış kısmını epitel dokusundan oluşan deri örter, daha sonra deri altı dokusu ve hemen bunun altında yağ dokusu vardır. Yağ dokusunun miktarı memenin şeklini ve büyüklüğünü belirleyen faktörlerden biridir. Yağ dokusunun altında ise süt üreten ve epitel doku kaynaklı süt bezleri yer alır. Bir çok süt bezi önce adacık şeklinde bir araya gelir (lobül). Adacıkların bir araya gelmesi sonucu ise lob adı verilen adalar oluşur. Bir memede 15-20 arasında ada (lob) vardır ve her birinin kendine ait bir kanalı vardır. Ana meme kanalı adını alan bu yapılar meme başına kadar uzanır. (Şekil 2). Ana süt kanalı, ait olduğu lobun içindeki lobüllere ait süt kanallarının birleşmesi ile oluşur (Şekil 3).

Şekil 2: Memenin yapısı



Şekil 3: Meme lobu; Süt bezleri ve süt kanalları



Meme loblarının arasında lobları bir arada tutan bağ dokusu, yağ dokusu ve memenin dik durmasını ve ciltle beraber hareket edebilmesini sağlayan asıcı bağlar yer alır (Şekil- 2). Asıcı bağlar memenin arkasını örten zar ile cilt arasında uzanır. Meme başı, hemen hemen memenin merkezinde yer alan bir çıkıntıdır. Üzerinde süt kanallarının açıldığı delikler bulunur. Meme başının etrafında kahverengimsi ve meme derisinden farklı bir görünümde olan bir bölge yer alır. Bu bölge areola olarak bilinir. Meme başı ve areola bölgesinin bebek tarafından emilmesi ile süt kanallarından meme başına ulaşan sütün dışarı alınması sağlanmış olur. Süt bezleri en yoğun olarak memenin üst dış kadranda (A kadranı) bulunur. Dolayısıyla bu bölge diğer bölgelere daha fazla yoğun ve sert olarak hissedilebilir. Genel olarak bakıldığında bu bölgede meme dokusuna ait hastalıkların biraz daha fazla olduğu görülür.

2.1.3. Meme İle Koltuk Altı İlişkisi

Koltuk altında lenf düğümü adı verilen yapılar vardır. Bunların sayısı yaklaşık 50 tanedir. Meme dokusunda oluşan lenf adı verilen sıvı (ak kan ya da beyaz kan) lenf kanalı (beyaz kan damarı) isimli kanallarla lenf düğümüne ulaşır. Koltuk altındaki lenf düğümlerinden çıkan kanallar ise vücudun diğer yerlerinden gelen lenf kanalları ile birleşerek kalbe giden büyük kan damarlarına açılırlar. Koltuk altında bulunan lenf düğümleri ile meme arasındaki ilişkinin önemi meme kanserlerinin bu düğümlere yayılabilmesidir. Memede oluşan kanser hücreleri önce lenf kanalları aracılığı ile lenf düğümlerine, buradan da kana karışarak çeşitli bölgelere gidebilirler. Dolayısıyla meme kanserinin hangi evrede olduğunun belirlenmesinde en önemli nokta koltuk altı lenf düğümlerine kanserin yayılıp yayılmadığının belirlenmesidir. Bu nedenle meme muayenesi sırasında koltuk altının da dikkatli bir şekilde muayene edilmesi kuraldır (www.adnanisgor.com., Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010).

2.1.4. Memenin Fizyolojisi

Doğumdan yaşlılığa kadar olan süreçte meme değişime uğramaktadır. Memede büyüme ve gelişme, menstrüal siklus, gebelik ve laktasyon olmak üzere 3 tip fizyolojik değişiklik olur.

Östrojen, progesteron, prolaktin, hormonları memenin gelişmesinden ve fonksiyonlarından sorumludur.

Pubertal dönemde, ilk mensturasyondan önce östrojen ve progesteronun etkisi ile memeler büyümeye başlar.

Menstrüal siklus sırasında bu hormonların kandaki düzeyine bağlı olarak meme yapısında değişiklikler görülür. Hamileliğe hazırlanıyormuşcasına her ay süt bezleri aktif hale geçerler ve göğüsler şişer. Hormon değerlerinin normala dönmesi ile süt bezleri yeniden aktif olmayan normal haline dönerler. Menapoz ile birlikte, hormon düzeylerinde düşmeler görülür ve süt bezlerinin bir bölümü küçülür veya yok olur. Bu nedenle meme dokusu atrofiye uğrarken yağ dokusu artar Gebelik ve laktasyon sırasında östrojen, progesteron ve prolaktinin etkisi ile memeler büyür (Lemone et al., 1996; Carpenter, 1998).

2.2. Meme Kanseri

Meme kanserinin tanımı: Meme kanserinin tanımlanması memenin yapısından yola çıkılarak yapılmaktadır. Meme kanseri, lobüllerdeki süt kanallarından ya da ana süt kanallarından gelişir. (Canadian Cancer Society). Ana süt kanallarından kaynaklanan kansere duktal karsinom, lobüllerdeki kanallardan kaynaklanan kansere de lobüler karsinom adı verilmektedir.

Meme kanseri farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Aşağıda The American Joint Committee on Cancer (AJCC) kurumunun sınıflandırması verilmiştir.
Karsinom, NOS

* Duktal.

- Intraduktal (in situ).
- Baskın intraduktal komponent ile İnvaziv.

İnvaziv, NOS.

- Komedo.
- İnflamatuvar.

Medullar lenfositik infiltrat ile.

- Müsinöz (kolloid).
- Papiller.
- skirö.
- Tubuler.
- Diğer.

* Lobüler.

- İnsitu
- İnsitu komponent baskın ile İnvaziv.
- İnvaziv

* Meme başı

- Paget hastalığı, NOS.
 - intraduktal karsinom ile Paget hastalığı.
 - invaziv duktal karsinom ile Paget hastalığı.

* Diğer.

- farklılaşmamış karsinom.

Meme kanseri alt sınıfına girmeyen meme tümörleri

Filloid tümör.

Anjiyosarkom.

Primer lenfoma.

2.2.2. Duktal Karsinoma In situ

Premalign in situ karsinoma, lobüllerde meydana gelirse lobüler karsinoma in situ (LKIS), duktuslarda meydana gelirse duktal karsinoma in situ (DKIS) adını alır (Bomford et al, 1993).

2.2.3. Duktal Karsinoma In situ (DCIS)

Intraduktal karsinoma sadece eksizyonel biyopsi ile tedavi edilebilen, hastaların %30-35'inde 10 yıl içinde rekürrens ya da invaziv duktal karsinoma'ya progresyon potansiyeli taşıyan non invaziv bir lezyondur. "Invaziv intraduktal karsinoma" terimi çelişkili bir ifade olup kullanılması tavsiye edilmemektedir. Noninvaziv duktal meme kanserinin histolojik subtiplerinin prognozu hususunda araştırmacılar arasında fikir ayrılıkları vardır. Fakat netice itibariyle yüksek nükleer grade' e, yüksek Thymidine Labeling Index (TLI) ve mikroinvazyon kapasitesine ve yalnız tyelektomi (geniş tümör eksizyonu) yapıldığında en sık lokal rekürrense komedokarsinoma'da rastlanır. Üstelik en sık rastlanan subtiptir. Diğer subtipler ise sıklık sırasına göre papiller, mikropapiller (multisentrisitesi en yüksek ve memenin büyük bir bölümünü isgal edebilecek kadar diffüz olabilen tip), kribriform ve solid tip intraduktal kanserlerdir (Patchefsky et al, 1998).

2.2.4. Lobüler Karsinoma In situ (LCIS)

Memenin lobüllerindeki epitel hücrelerinin noninvaziv, anormal proliferasyonudur. Menapoz sonrası lobüllerin atrofiye uğraması nedeniyle LKIS genellikle premenapozal eğilimlidir. Çoğu nonpalpabl olup, mamografik olarak da gözden kaçma ihtimali yüksektir. Bu yüzden genellikle tesadüfen tanı konur. Multisentrik ve sıklıkla bilateralidir (Moyak et al, 1992).

2.2.5. Infiltratif Duktal Karsinom

Meme kanserinin en sık subtipi olup vakaların %50' sinden fazlasını oluşturur. Nekroz nadir olmakla beraber, lenfatik invazyon mevcut olabilir. Bir in situ komponent sıklıkla eşlik eder (Moyak et al, 1992).

2.2.6. Tubüler Karsinom

Tek kat iyi diferansiye epitel tarafından tubüler yapıların tipik olarak sıralanması esastır. Tubüler hücreler, normal duktus ya da duktulusları taklid eder. Multiglandüler, kribriiform ya da adenokistik konfigürasyonlara rastlanır. Perinöral invazyon görülebilir. Bu tümörler nonagressif bir büyüme patternine sahip olup aksiller lenf nodu tutulumu %10 vakada bildirilmiştir (Moyak et al, 1992).

2.2.7. Medüller Karsinom

Az oranda fibröz stroması olmasına karşın lenfoid infiltrasyon barızdır. Bazı sikirroz karsinomalar, invaziv lobüler lezyonlara eşlik edebilir ki bu durumda daha agressif ve multisentrik olmaya meyillidirler ve uzak metastaz gelişme ihtimali de yükselir. Diğer tümörlerden genelde daha iyi bir prognoza sahiptir, özellikle tubülo-lobüler subtipinde, prognoz daha iyidir (Moyak et al, 1992).

2.2.8. Müsinöz Karsinom

Mukoid yada kolloid karsinom olarak da isimlendirilir. Daha ziyade uzun süredir semptomu olan yaşlı bayanlarda görülür. Yavaş büyür ve aksiller metastaz insidansı düşüktür. Nekroz ve lenfatik invazyon nadirdir. Genel sağkalım, infiltratif duktal karsinom'dan oldukça iyidir (Moyak et al, 1992).

2.2.9. Adenokistik Karsinom

Memede nadir görülür. Histolojik özellikleri ve klinik davranışı, tükrük bezi ve üst solunum yolundaki benzerleri gibidir (Moyak et al, 1992).

2.2.10. Papiller Karsinom

Nadirdir. Invazyon ve regional lenfatiklere yayılma insidansı düşüktür (Moyak et al, 1992).

2.2.11. Paget's Hastalığı

'Meme başının tümörle infiltrasyonudur' diye tanımlanır. Çoğu araştırmacı buradaki hadisenin, meme başı gerisindeki duktuslarda mevcut tümörün dışarıya taşması olduğunda hemfikirdirler. Bazı araştırmacılara göre primeri belli olmayan bir karsinomun metastazıdır. Multisentrik ve subareoler tümörle birlikte olabilir (Moyak et al, 1992).

2.2.12. Karsinosarkom

Nadirdir. Nodüler, irregüler, kapsülsüz tümördür. Aksilla tutulumu %50 gibidir. Sıklıkla malign fibröz histiyositoma ve fibrosarkomatöz neoplaziler'e benzer. Beş yıllık genel sağkalım %49'dur (Moyak et al, 1992).

2.2.13. Filloides tümör

Geniş, genellikle kapsüllü ve bitişik meme dokusuna invazyon yapmayan tümörlerdir. Genellikle preexisting fibroma'lardan gelişirler. Uzun süren ve yavaş ilerleyen bir latent periyoddan sonra hızlı bir büyüme gösterirler. Grade (mitotik indeks) ve cerrahi sınırlar prognostik öneme sahiptir. Treves ve Sunderland' in bir serisinde 77 vakanın 18' i malign, 18' i borderline ve 41 tanesi de benign olarak değerlendirilmiş; malign olanların dokuz tanesi uzak metastaz yapmıştır.

Bu sayılanların dışında memede alışık olunmayan tümörlere de rastlanır: Sarkom, pür squamöz cell carsinom, basal cell carsinom ve malign lenfoma bunlardan bazılarıdır.

Invaziv karsinomaların büyük bir çoğunluğu baska bir ayrıntı belirtilmeyen (NOS= not otherwise specified) gruba dahildir ve sikirroz ve komedokarsinom tipleri de dahil edilirse tüm meme kanserlerinin % 60' ini oluşturlar (Moyak et al, 1992).

2.3. Epidemiyoloji

Meme kanseri, dünya genelinde kadın kanserleri açısından ele alındığında en yaygın kanser türü olarak nitelendirilmekte ve birçok yazar da bu konuda aynı görüşü paylaşmaktadır (Hossfeld et al, 1992).

Bunun yanı sıra yaşamları boyunca her dokuz kadından birinde bu hastalığın görülme riski bulunduğu işaret edilmekte ve yapılan tahminlerde gelecek 10 yıl içerisinde de dünya genelinde yaklaşık olarak 5 milyon kadının bu hastalıktan etkileneceği ifade edilmektedir. Meme kanseri kadınlarda yalnız en çok görülen kanser değil, aynı zamanda birçok ülkede özellikle de batı ülkelerinde kanserden olan ölümlerin başlıca nedenleri arasında sayılmaktadır (Schoutman et al, 2003).

Meme kanserinin kadınlarda görüldüğü yaşlar açısından literatürdeki dokümanlar incelendiğinde, genellikle 20'li yaşlarda meme kanseri oranının düşük olduğu görülmektedir. 30'lu yaşlardan menopoza kadar olan dönemde göreceli olarak artış görülmekte, menopozdan sonra oldukça net bir şekilde artış olduğu ifade edilmektedir (Evans et al, 1997).

Meme kanseri kadınlarda en çok görülen kanser olmasının yanında, birçok ülkede kadınlardaki kanser ölümlerinin de başlıca nedenidir. Mortalite ve morbidite verileri ülkelere göre değişiklik arz eder. Kuzey Amerika' da kadınlar arasındaki kanserlerin %29' unu ve tüm kanserlerden ölümlerin %18' ini meme kanseri oluşturur (1991' de 175.000 yeni meme kanseri teşhis edilmiş, aynı yıl 44.800 kadın meme kanserinden ölmüştür (Hossfeld et al, 1992). Meme kanserlerinden ölüm oranları Danimarka, İngiltere ve Hollanda gibi batı ülkelerindeki kadınlarda 100.000'de 10-25 iken; Japonya, Meksika ve Venezüella' da 100.000' de 2-5 arasındadır (Hossfeld et al, 1992). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde kadınlar arasındaki kansere bağlı ölümlerde ilk iki sırayı akciğer (Akc) ve meme kanseri almaktadır. Akciğer kanserlerinden ölümlerin daha fazla olması, kadınlar arasındaki sigara alışkanlığının artışı ve son 50 yılda meme kanserlerinden ölüm oranlarının stabil kalması gibi

nedenlerle izah edilmektedir. Hatta yaşla orantılı olarak meme kanserlerine bağlı ölüm oranları hafif azalmıştır. Oysa meme kanseri insidansında bir artma söz konusudur. Örneğin yine ABD’ nde 1940-1982 yılları arasında ortalama meme kanseri insidansındaki artış % 1.2 iken, 1982-1986 yılları arasında bu oran % 4’ e yükselmiştir. İnsidanstaki artışa rağmen mortalitenin azalması; hastalığın benign formunun artmış olması, erken teşhis ya da tedavideki ilerlemelere bağlı olabilir (Özgültekin, 2001). Kadınlarda, meme kanseri gelişme riski tüm yaşam boyunca (0-110 yas) % 7-10 arasındadır. Yani yaklaşık her 10 ile 14 kadından bir tanesi meme kanserine yakalanmaktadır. Tüm meme kanserleri içinde erkek meme kanseri oranı ise % 1 civarındadır (Fisher, 1994). Meme kanseri 25 yaşın altında nadirdir ve görülme sıklığı yaşla orantılı olarak artar. En sık 45-74 yaşları arasında görülür (Hossfeld et al, 1992).

2.4. Etyoloji

Çoğu olguda meme kanserinin etyolojisi bilinmez, ancak pek çok predispozan faktör ileri sürülmüştür. Hem genetik, hem de edinsel olabilen bu faktörler ise şöyle sıralanabilir:

2.4.1. Genetik Faktörler

Meme kanserli hastaların ailesinde sıkça kanser hikayesine rastlanır. Meme kanserli bir kadının kız kardeşi ya da kızı hastalık açısından üç kat fazla risk altındadır. Hem annesi hem kızkardeşi meme kanseri olan bir kadında ise risk 10 kat artmıştır (Bomford et al, 1993).

Annesinde menapoz öncesi bilateral meme kanseri görülen kadınların ortalama %50’ sinde meme kanseri gelişir (Hossfeld et al, 1992). Herediter Meme Kanseri Sendromu (%50-80 premenapozal, bilateral meme kanseri riski taşır), Li-Fraumeni Sendromu, Cowden Sendromu, Klinefelter’s Sendromu (XXY, erkeklerde % 3 meme kanseri riski taşır), C-myc, C-erb-2 (Her-2/neu) onkogenleri de meme kanseri riskini artırmaktadır. (Hossfeld et al, 1992). Meme kanseri bazı spesifik gruplarda daha sıktır. Örneğin beyaz ırkta siyah ırktan ve Musevi kadınlarda diğerlerinden daha sıktır (Bu

farklılığın sosyokültürel çevreye mi bağlı olduğu yoksa genetik özelliklerden mi kaynaklandığı hususu tartışmalıdır). Çoğu Asya ve Afrika ülkesinde hem meme kanseri riski ve hem de mortalitesi daha düşüktür. Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika’da ise yüksek risk ve mortalite söz konusudur. Bunu çevresel ve diyet faktörleriyle açıklamak mümkündür. Zira yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip insanlarda, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olanlara kıyasla daha yüksek risk söz konusudur (Moyak, 1992).

2.4.2. Edinsel Faktörler

İyonize radyasyona maruz kalmak (puberte esnasında ya da sonrasında) meme kanseri riskini artırır (Moyak, 1992). Bu durum, benign mastit nedeniyle sürekli düşük doz radyasyon alan kadınlar için de geçerlidir. Dört Gy’e kadar olan radyasyon dozu ile meme kanseri insidansı arasında bir lineer (doğru) ilişki vardır. Bunun üzerindeki dozlarda ise plato çizer. Hiroshima ve Nagasaki’deki Bombardımana maruz kalan çocuklarda da dozla ilişkili bir risk artışı söz konusudur. Oral kontraseptif kullanımının bir risk faktörü olup-olmadığı hala kesinlik kazanmamıştır (Bomford et al, 1993). Yüksek alkol bağımlılığı da meme kanseri riskini artırır. Sigara ile meme kanseri arasında ilgi kurulamamıştır.

Hayvansal yağlardan zengin diyet meme kanseri gelişimini provake edebilmektedir (Willet et al, 1987). İkibinikiyüzbir kadında yapılan bir araştırmada, yağ dokusu artışı ile meme kanseri gelişimi arasında bir ilgi kurulamamış, ancak merkezden periferiye doğru artan yağ dokusunun, bu hastalığa zemin hazırlayan malign hormonal patterni artırabileceği söylenmiştir (Moyak, 1992).

2.4.2.A. Östrojen Alınması ve Doğum Kontrol Hapı Kullanılması

Menopoz nedeniyle uzun süre (10 yıldan fazla) östrojen tedavisi gören kadınlarda meme kanseri görülme riskinin yükseldiği ifade edilmektedir (Kelsey et al, 1993).

2.4.2.B. Alkol Kullanılması

Her ne kadar bu konu tam anlamıyla netlik kazanmasa da alkol kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin nispeten arttığı ifade edilmektedir (Chie et al, 2000).

2.4.2.C. Sigara Kullanılması

Sigaranın meme kanseriyle ilgili kesin bir ilişkisi tam olarak kurulamasa da genel anlamda sağlığı olumsuz yönde etkilediği için bırakılması tavsiye edilmektedir. Ancak bununla beraber bazı araştırmalarda sigaranın meme kanserinin oluşması yönünde olumsuz bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğine de işaret edilmektedir (Chie et al, 2000).

2.4.3. Kişisel Risk Faktörleri

Menstruasyonun uzun yıllar devam etmesi, menarşın 12 yaşından önce başlaması da meme kanseri riskini artırır. Bu bağlamda evli kadınlarda, evlenmeyenlere göre meme kanseri riski daha düşüktür (Bomford et al, 1993).

Meme kanserinin halen yeni bilgilerin ortaya çıktığı ve gelişmelerin yaşandığı oldukça geniş bir alan olduğu ifade edilmektedir (Wingo et al, 1997). Bununla birlikte meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemekte, tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmekte (Clavel and Chapelon, 1997). Ve bu özelliklere de kısaca “risk faktörü” adı verilmektedir. (Clavel and Chapelon, 1997). Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin

azalmasına ve artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir. Kadınlarda meme kanseri görülme riskini yükselten bu faktörler de şu şekilde sıralanmaktadır (www.kanservakfi.org., Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009).

2.4.3.A. Yaş

Meme kanserine yakalanmada etkili olan risk faktörleri incelendiğinde ileri yaşa sahip olmanın önemli bir risk faktörü olarak ele alındığı görülmektedir (Wingo et al, 1997).

Meme kanseri tanısı konan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda, %70.0'nın yaşının 50 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmekte ve yaşı 50 yaş ve üzerinde olan kadınların meme kanseri görülme sıklığının, yaşı 50 yaşın altında olan kadınlara nazaran 4 kat daha fazla olduğunun altı çizilmektedir (Wingo et al, 1997).

2.4.3.B. Kişisel Meme Kanseri Hikayesi

Daha önce meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların, diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının meme kanseri teşhisi konulmamış kadınlara göre 3-4 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Wingo et al, 1997).

2.4.3.C. Fertil Çağ Süresi

Kadınların adet görmeye erken yaşta başlamaları, bununla birlikte ilerleyen yaşlarda menopoza girilmesi fertil çağı uzatmaktadır. Bu sırada kadının daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kaldığı bunun da meme kanseri gelişme riskini yükselttiğine işaret edilmektedir (www.kanservakfi.org., Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009). Örneğin 12 yaşından önce adet gören veya ileri yaşlarda menopoza giren kadınlarda meme kanseri görülme riski artmaktadır (www.kanservakfi.org., Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009). Kırk yaşın altında artifisyal menapoza girilmesi halinde meme kanseri riski dört kat azalır.

2.4.3.D. Ailede Meme Kanseri Hikayesi

Aile bireyleri arasında meme kanserine yakalanmış kimse bulunmasının, kadınların meme kanserine yakalanma olasılığını yükselttiği ifade edilmektedir. Özellikle kız kardeşi veya annesi meme kanserine yakalanan bir kadının, meme kanserine yakalanma riski, diğer kadınlara nazaran 2 ila 5 kat oranında daha fazladır. Bu kadınların diğer kadınlara nazaran daha dikkatli izlenmeleri; meme kanseri genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklere başvurarak risklerini hesaplattırmaları gerekmektedir (www.kanservakfi.org, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009).

2.4.3.E. Doğurganlık Hikayesi

Kadınların ilk çocuğunu doğurma yaşı meme kanserine yakalanma açısından önemlidir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre 2 kat daha fazladır. Hiç çocuk doğurmayan kadınlarda ise risk daha da yükselmektedir (www.kanservakfi.org, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009).

2.4.3.F. Sosyo-ekonomik Seviyenin Yüksekliği

Varlıklı ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda, meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu özelliğe sahip olan ailelerin kızları daha iyi beslendikleri için daha erken yaşta gelişmekte ve bunun sonucu olarak da daha erken yaşta adet görmeye başlamaktadır. Ayrıca bu çocuklar büyüdükleri zaman eğitim ve iş nedeniyle daha geç yaşta evlendikleri için daha geç yaşta çocuk sahibi olmaları söz konusudur (www.gata.edu.tr, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009).

2.5. Tarama ve Tanı Yöntemleri

Meme kanserinde tanı anemnez, fizik muayene, mamografi ve biyopsi yardımıyla konur.

2.5.1. Anamnez

Yaş, ailenin sağlık öyküsü, menarj yaşı ve düzeni, menapoz yaşı, doğum yaşı, meme ile ilgili geçirdiği hastalıklar v.b. anemnezde alınır.

2.5.2. Fizik muayene

İnspeksiyon: Memelerin büyüklüğü, simetrisi, üzerinin ve kenarlarının görünümü, deride renk değişikliği, retraksiyon, ödem, ülserasyon ve meme başlarına bakılır.

Palpasyon : Hasta önce oturur sonra yatar duruma getirilerek muayene yapılır. Kitle hissedildiğinde, kitlenin çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları, lokalizasyonu, yumuşaklığı tespit edilir. Aksiller ve subraklaviküler lenf nodlar muayene edilir.

2.5.3. Mamografi

Herhangi bir kontras madde kullanılmadan, memeye uygulanan röntgen tekniğidir.

Mamografi; Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeni ile palpe edilemeyen kitleleri ortaya koyar,

Biyopsi alanını belirler,

Aksiller bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulamayan primer lezyonu bulmaya yarar,

Kanser tarama amacıyla yapıldığında asemptomatik devrede bir çok kanserli hastayı saptar.

2.5.4. Sitoloji

Meme başından gelen akıntıdan habis hücre aranmasıdır.

2.5.5. Ultrasonografi

Memenin kistik lezyonlarının ortaya konmasına yardımcıdır.

2.5.6. Biyopsi

Meme hastalıklarında kesin teşhis biopsi ile konur. Biyopsi; Memede her palpe edilen kitlede, meme başından devamlı akıntı varlığında (gebelik ve laktasyon dışında) yapılmalıdır (Hosfeld, 1992; Lemone, 1996; Carpenter et al, 1998).

2.6. Meme Kanserinde Tedavi

Evreleri ve tedavi

Evre 1: Tümör 20 mm. ve daha küçüktür. Bu durumda kanser lenf bezlerine sıçramamıştır. Tedavide meme koruyucu yöntemle lenf bezlerinin alınmasından sonra radyasyon tedavisi uygulanır. Desteklemek için kemoterapi ve/veya hormonoterapi eklenir. Bir diğer uygulama da mastektomi yöntemidir. Bu yöntemde kanserli göğüs alınarak koltuk altı lenf bezleri çıkarılır.

Evre 2-A: Tümörün 20 - 50 mm. arasında olup, lenf bezlerine sıçramamış halidir.

Evre 2-B: Tümörün 2-A evresindeki gibi bir boyut aralığında olup (50 mm. den büyük olabilir), koltuk altı lenf bezlerine sıçramamış halidir.

Evre 2: Evre 1 ile aynı tedavi yöntemi uygulanmakla birlikte, eğer tümör aşırı büyümüş ya da lenf bezlerine sıçramışsa kemoterapi, hormonoterapi ve radyasyon tedavisi tamamlayıcı olarak önerilir.

Evre 3-A: Tümör koltuk altı lenf bezlerine ve göğüs dışı dokulara sıçramış durumdadır ve bu halde mastektomi yöntemiyle tedavi youna gidilir. Cerrahi müdahaleden sonra kemoterapi ve hormon tedavisi uygulanır.

Evre 3-B: Bu aşamada tümörün boyutu dikkate alınmaz; tümör göğüs duvarına bağlıdır ve lenf bezlerine sıçramıştır. "Neoadjuvant" adı verilen tümörün boyunun küçültülmesi amaçlı kemoterapi uygulanmasının ardından tümörün boyunun küçülmesinden sonra lampektomi veya mastektomi yapılır.

Evre 4: Bu aşamada kanser göğüs dışındaki vücut bölümlerine yayılmıştır. Bu evre tedavisinde hastanın yaşam süresini artırmak ve yaşam kalitesini yüksek düzeyde tutmak hedeflenir. Kemoterapi ve hormonoterapi yapılır. Hasta şikayetlerine bağlı olarak mastektomi de uygulanabilir.

Mastektomi uygulamaları sonrasında alınan memenin yerine, plastik cerrahi teknikler ile yeniden meme rekonstrüksiyonu yapılması ameliyatları söz konusu olabilmektedir (www.wikipedia.org, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma retrospektif nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul İlinde Özel bir hastanede, meme hastalıkları servisinde yatan, meme kanseri tanısı almış 285 hasta üzerinde yapılmıştır. Araştırma 2009 Eylül- Aralık ayları arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir özel hastanenin meme hastalıkları servisinde yatan, meme kanseri tanısı konmuş 285 kadın hasta oluşturmaktadır. Tüm hastaların anamnez dosyalarından alınan veriler kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler hastanede kullanılan anamnez formlarında belirtilmiş olan risk faktörlerinin toplanmasıyla oluşturulmuştur. Anamnez formunda ; yaş, medeni durum, menarj yaşı, adet düzeni, ilk doğum yaşı, toplam emzirme süresi, menapozal durum, oral kontraseptif kullanımı, aile öyküsü yer almaktadır.

Verilerin Toplanması

Çalışma için gerekli yazılı izinler alındıktan sonra, veriler anamnez formu kullanılarak, 2009(Eylül-Aralık) tarihleri arasında araştırmacı tarafından, hasta dosyaları incelenerek toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for windows 15,0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken sayı, yüzdelik, ortalama, ortanca değer, dağılımların oranları arasındaki farklılık için Ki-kare uygunluk testi ve karşılaştırmalarda da Ki kare

bağımsızlık test analizleri kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

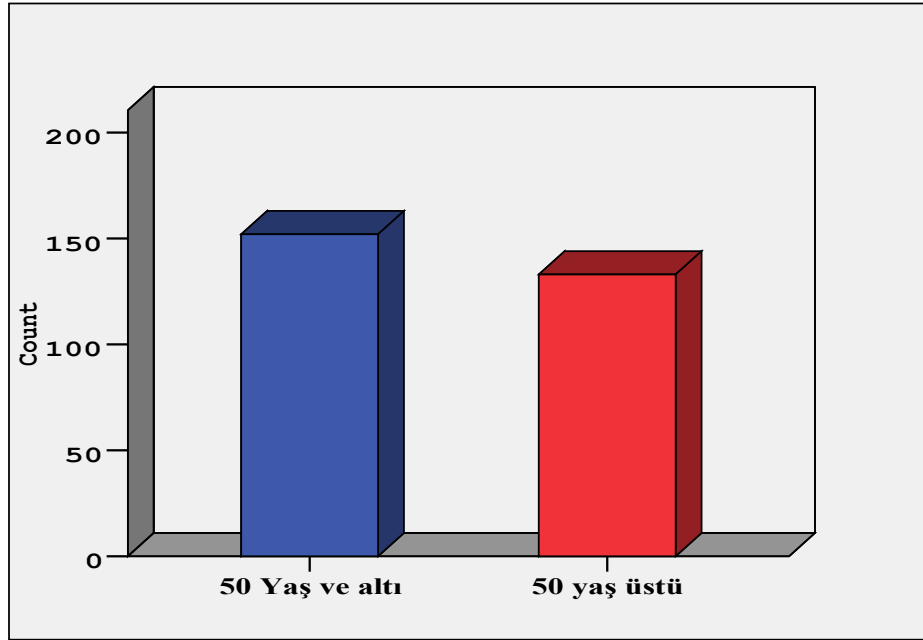
Çalışmanın sınırlılıkları

Çalışmanın sadece özel bir hastanede yapılmış olması, çalışma grubuna katılan kadınların başka bir grupta karşılaştırılmamış olması çalışmanın en önemli sınırlılığıdır.

4.BULGULAR

Tablo 1: Olguların yaş durumu

Ortanca yaş 49 (Aralık:21-85)	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
≤50	152	53,3	0,001
>50	133	46,7	
Toplam	285	100,0	



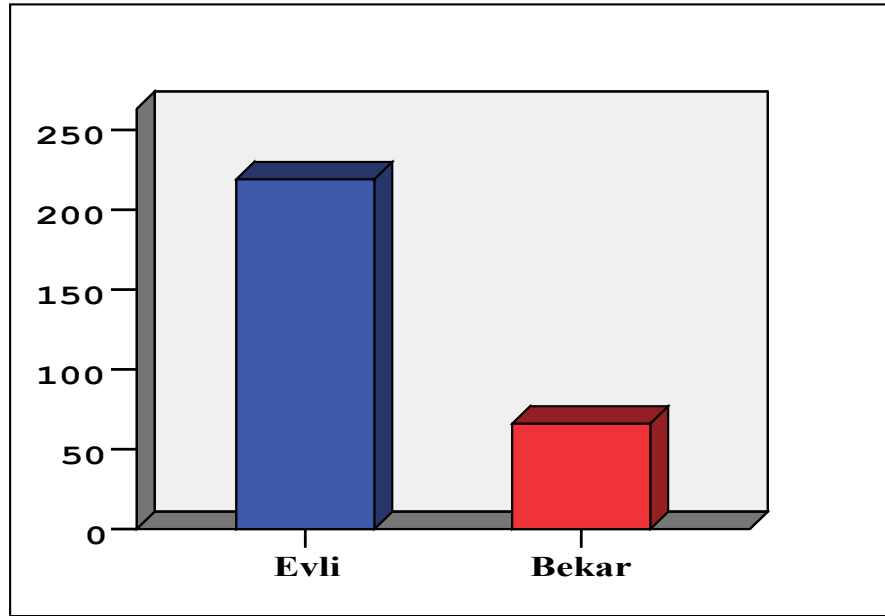
Şekil-4 Olguların yaş durumu (Grafik)

Tablo 1’de meme kanseri klinik tanısı konmuş 285 kadın olgunun yaş dağılımlarına yer verilmiştir. Veriler incelendiğinde tüm olguların ortanca yaşı 49 (Aralık:21-85) olarak bulundu. Olguların %53,3’ü(n=152) 50 ≥ yaşında, %46,7 (n=133) 50 < olduğu mevcut verilerden tespit edildi.

Olguların yaş oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.(p<0,005)

Tablo 2: Medeni durum

Medeni durum	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
Evli	219	76,8	0,001
Bekar	66	23,2	
Toplam	285	100,0	



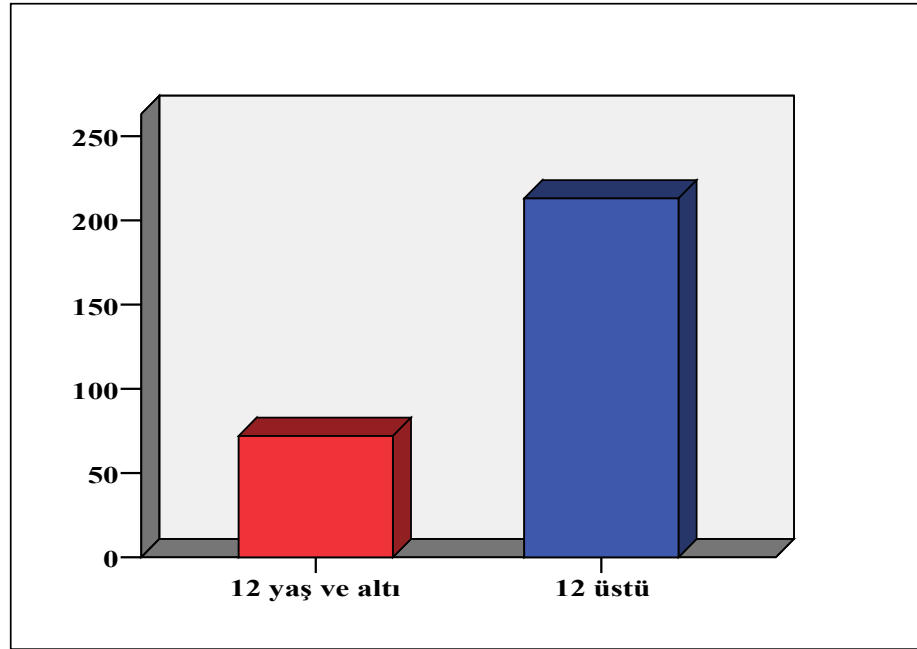
Şekil-5 Medeni Durum (grafik)

Tablo 2’deki verilere bakıldığında evli olan olguların sayısı 219 (%76,8), bekar olanların 66 (%23,2) olduğu saptandı.

Olguların medeni durumları oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.($p<0,005$)

Tablo 3: Menarş yaşı

Ortanca menarş yaşı 13 (Aralık:10-18)	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
≤ 12	72	25,3	0,001
> 12	213	74,7	
Toplam	285	100,0	

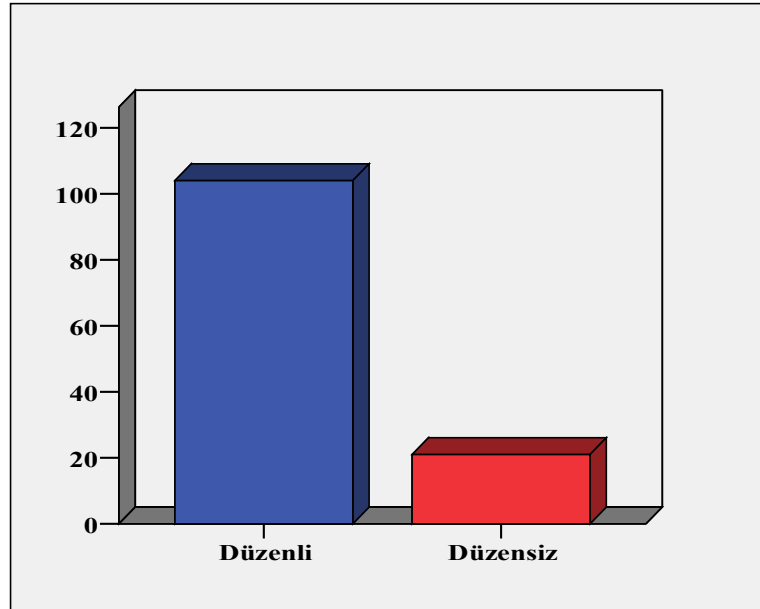


Şekil 6 –Menarş yaşı (grafik)

Tablo 3’te olguların tanı anındaki menarş yaşlarının dağılımları görülmektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde 72 (%25,3) olgunun menarş yaşı 12 ve atı, 213(%74,7) olgunun 12 yaş üzeri olduğu mevcut verilerden saptandı. Menarş yaşı oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.($p<0,005$)

Tablo 4: Adet düzeni

Adet düzeni	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
Düzenli	237	83,2	0,001
Düzensiz	48	16,8	
Toplam	285	100,0	



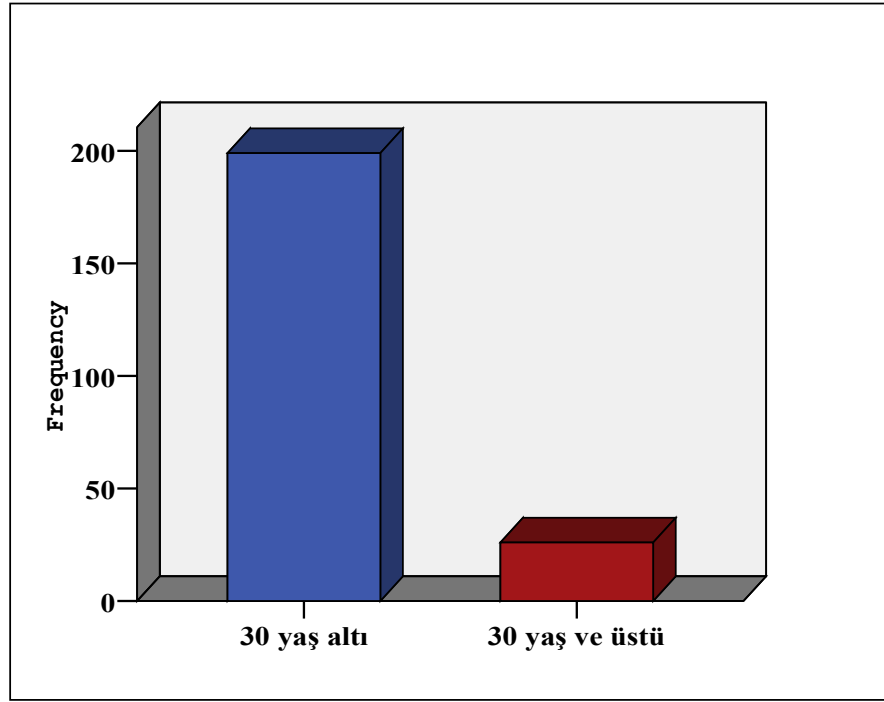
Şekil 7 – Adet düzeni (grafik)

Tablo 4’te menopoza olmayan (premenopozal) olguların adet düzeni dağılımları görülmektedir. Mevcut veriler incelendiğinde 237(%83,2) olgunun adetleri düzenli, 48(%16,8) olgunun ise düzensiz seyirli olduğu saptandı.

Adet düzenliliği oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden tespit edildi.($p<0,005$)

Tablo 5: İlk doğum yaşı

İlk doğum yaşı(Aralık:14-42)	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
<30	199	88,4	0,001
≤30	26	11,6	
Toplam	224	100	

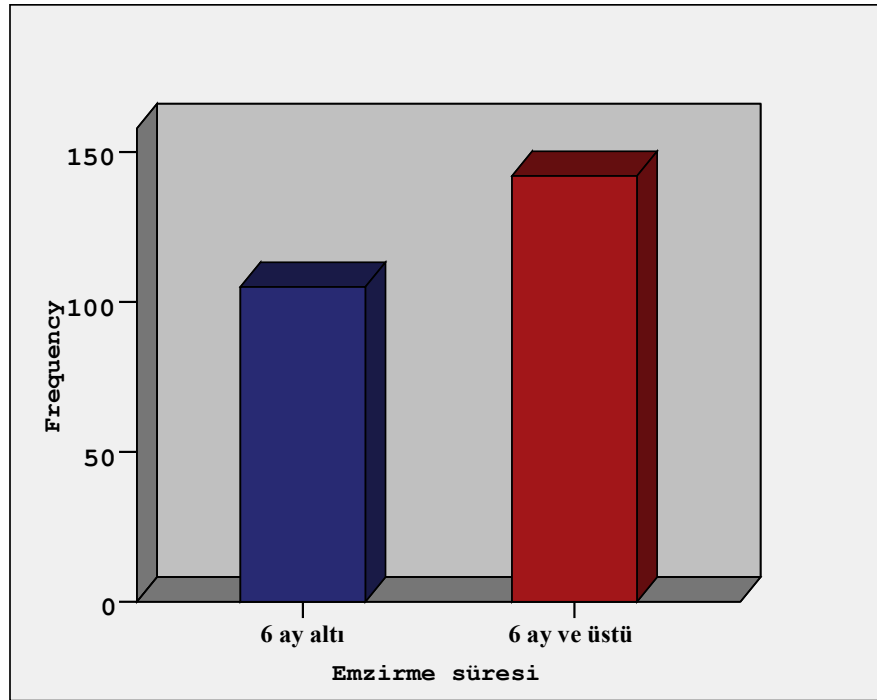


Şekil 8- İlk doğum yaşı (grafik)

Tablo 5’deki verilere bakıldığında canlı doğum yapan 224 olgudan %88,4’ünün (n=199) ilk doğum yaşı 30 yaş altı iken, %11,6’sının (n=26) 30 ve üstü olduğu verilerden saptandı. Olguların ilk doğum yaşı oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.($p<0,005$)

Tablo 6: Toplam emzirme süresi

Ortanca emzirme süresi 38 ay(Aralık:0-99)	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
6 ay altı	105	42,5	0,019
6 ay ve üstü	142	57,5	
Toplam	247	100,0	



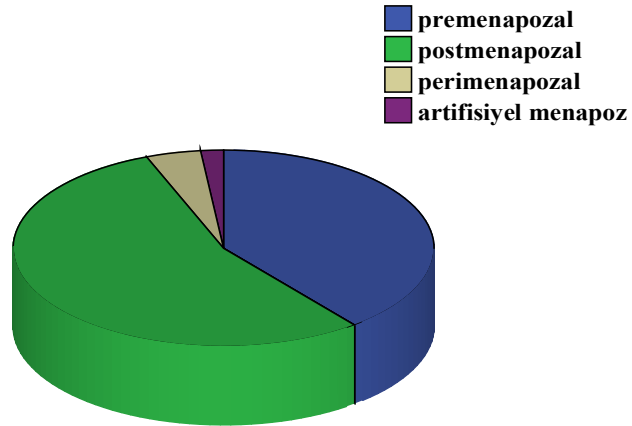
Şekil-9 Olguların toplam çocuk emzirme süresi (grafik)

Tablo 6’da ki veriler incelendiğinde çocuğunu emziren olguların toplam emzirme sürelerine bakıldığında 105’i(%42,5) 6ay altı, 142’si (%57,5) 6 ay ve üstü toplam sürede çocuğunu emzirdiği saptandı.

Olguların emzirme süresi oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.($p<0,005$)

Tablo 7: Menapozal durum

Menapozal durum	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
Premenapozal	112	39,3	0,001
Postmenapozal	156	54,7	
Perimenapozal	12	4,2	
Artifisiyel	5	1,8	
Menapoz			
Toplam	285	100,0	



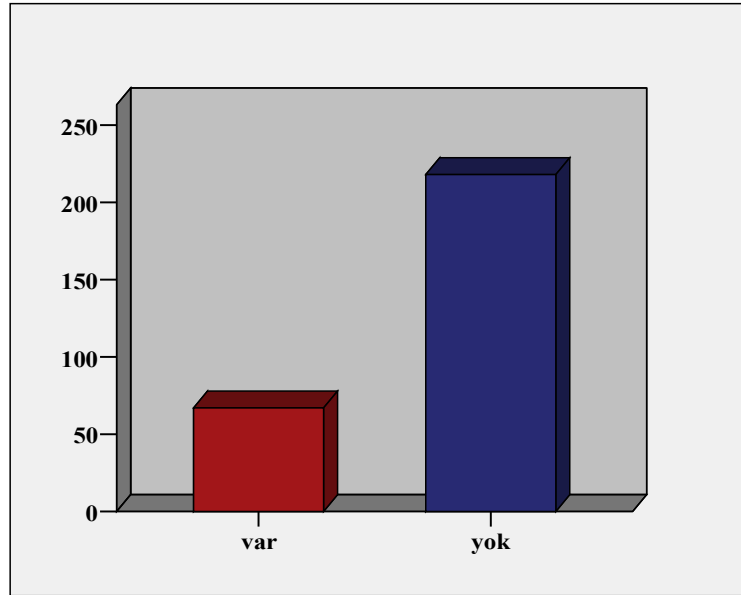
Şekil-10 Menapozal durum

Tablo 7’da çalışma kapsamına alınan olguların menopozal durumlarının dağılımları görülmektedir. Veriler incelendiğinde 112 (%39,3) olgunun Premenapozal, 156’sının (%54,7) Postmenapozal, 12,sinin (%4,2) Perimenapozal ve 5 (%1,8) tanesinin de Artifisiyel menopozal durumda olduğu saptandı.

Menapozal durumunun oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.($p<0,005$)

Tablo 8: Oral kontraseptif kullanımı

Oral kontraseptif	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
Kullanan	67	23,5	0,001
Kullanmayan	218	76,5	
Toplam	285	100,0	



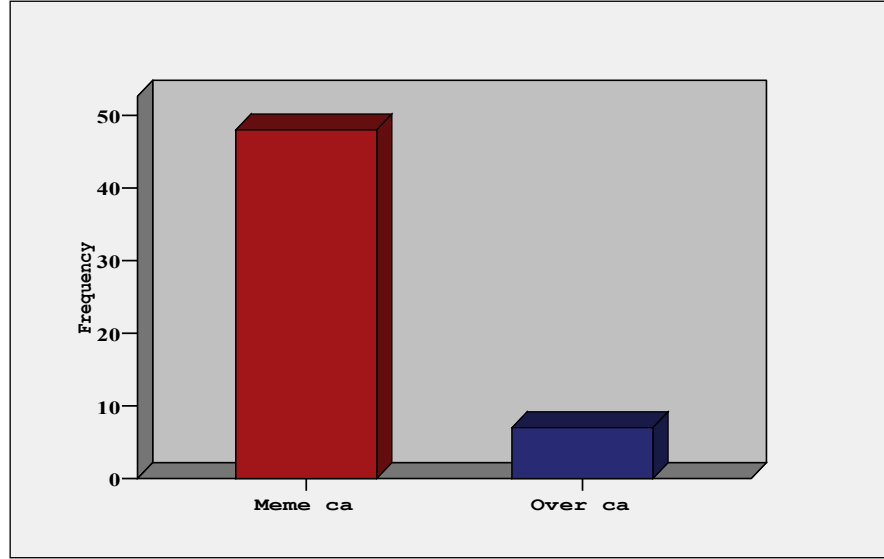
Şekil 11- Oral kontraseptif kullanımı (grafik)

Tablo 8’de ki veriler incelendiğinde 285 olgunun %76,5’i(n=218) oral kontraseptif kullanmadığı, %23,5’inin ise (n=23,5) kullandığı mevcut verilerden saptandı.

Olguların Oral kontraseptif kullanımı oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı.($p<0,005$)

Tablo 9: Aile kanser öyküsü

Kanser öyküsü	Sayı(n)	Yüzde (%)	p
Aile kanser öyküsü			
Pozitif	114	40,0	0,001
Negatif	171	60,0	
Toplam	285	100,0	
Aile kanser türü			
Meme ca	48	87,3	0,001
Over ca	7	12,7	
Toplam	55	100,0	



Şekil-12 Aile kanser türü (meme ca- over ca) karşılaştırılması

Tablo 9'deki veriler incelendiğinde ailesinde kanser öyküsü pozitif olan 114 (%40,0) olgudan 48'inde (%42,1) meme kanseri, 7'sinde (%6,1) over kanseri ve 59'unda (%51,8) diğer kanser türlerinin olduğu mevcut verilerden saptandı.

Olguların aile hikayesi oranları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu mevcut verilerden saptandı. ($p < 0,005$)

Tablo 10: Yaş durumuna göre (≤ 50 ve $50 <$) olgu durumlarının karşılaştırılması

	≤ 50 yaş	> 50 yaş	X ²	p
Menapozal durum				
Premenapozal	108	4	161,196	0,001
Postmenapozal	31	125		
Perimenapozal	11	1		
Artifisiyel menopoz	2	3		
Aile hikayesi				
Var	57	57	0,848	0,357
Yok	95	76		
İlk doğum yaşı				
30 yaş altı	92	107	2,159	0,142
30 yaş ve üstü	16	10		
Oral kontraseptif				
Var	38	29	0,403	0,526
Yok	114	104		
İlk adet yaşı				
12 yaş ve altı	42	30	0,968	0,325
12 üstü	110	103		
Emzirme süresi				
6 ay altı	56	49	0,543	0,461
6 ay ve üstü	69	73		

Tablo 10'daki veriler incelendiğinde yaş durumu ile menopozal durum, durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($p < 0,05$).

5.TARTIŞMA

Meme kanserinde prognozu belirleyen en önemli faktör, erken dönemde tanı konulmasıdır. Meme kanseri risk faktörlerinin irdelenmesi ve buna bağlı olarak yapılacak muayene ve tetkiklerle erken tanı konması bu amaca hizmet edebilecek önemli değişkenlerdir. Ayrıca hedef kitlenin bu açılardan bilgilendirilmesi de önemlidir. Gelişmiş ülkelerde risk faktörlerinin belirlenmesi ve yapılan mamografi ile tarama çalışmaları sonucunda 50 yaş üzeri kadınlarda meme kanseri mortalitesinde %35'e varan azalma saptanmıştır (Theriault et al, 1998). Bilindiği gibi meme kanseri görülme riski yaş ile artmaktadır. Batı toplumunda tüm meme kanserlerinin %5-7'si 40 yaş altında iken, Türkiye'de bu oran %20 civarındadır (www.cancer.gov, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009; Sampalis et al, 2003). Kansere yakalanma yaşının önemi, meme kanserinin genç hastalarda daha agresif seyretmesi ve daha yüksek mortalite ve nüks oranına sahip olmasıdır (Olsson and Bladstrom, 2002). Yapılan bu çalışmada hastaların ortalama yaşı 47.8 olarak tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen 285 olgunun yaş durumu ≤ 50 ve >50 yaş üstü olarak incelendiğinde, olguların %53,3'ünün (n=152) 50 yaş ve altı , %46,7'sinin (n=133) de 50 yaş üstü olduğu saptandı. (Tablo-1)

Literatürel olarak yaş arttıkça meme kanseri görülme sıklığı artmaktadır. Fakat son yıllarda genç yaşta meme kanserine yakalanma sıklığının arttığı da yapılan çalışmalarda gözlenmektedir. Yaptığımız çalışmada da 50 yaş altı meme kanseri oranı %53,3 olarak bulunmuştur. Genç yaşta meme kanseri görülme oranının arttığı söylenebilir. (Tablo-1)

Kadınların adet görmeye erken yaşta başlamaları, bununla birlikte ilerleyen yaşlarda menopoza girilmesi fertil çağı uzatmaktadır. Bu sırada kadının daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kaldığı bunun da meme kanseri gelişme riskini yükselttiğine işaret edilmektedir (Clavel and Chapelon, 1997). Örneğin 12 yaşından önce adet gören veya ileri yaşlarda menopoza giren kadınlarda meme kanseri görülme riski artmaktadır (www.kanservakfi.org, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010). ABD'de

kadınların ortalama menarş yaşı 12.8 iken yine İzlanda'da 1120 meme kanserli hastanın özelliklerinin saptandığı bir prospektif kohort araştırmasında menarş yaşı 13'ten küçük olanların oranı %45 olarak bildirilmiştir (Theriault et al, 1998). Bu çalışmada ise olguların %25,3'ünün (n=72) menarş yaşı 12 ve altı, olduğu mevcut verilerden saptandı(Tablo-3).

55 yaşında menopoza giren kadınlar, 45 yaşında menopoza giren kadınlara oranla hayat boyunca meme kanseri olma riskleri 3 kat daha fazladır (www.cancer.gov., Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010). Yapılan bu çalışmada postmenopozal olguların %80,1'i 50 yaş üstünde olduğu görülmektedir. Bu bağlamda yapılan bu araştırma bulguları literatüre uygundur. Bu araştırmada da erkern menarş yaşı meme kanseri riskini artırmakta, ileri yaşlarda menapoza girme yaşıda kanser riskini artırmaktadır.

Bütün kadınlar aile hikayesi olmaksızın meme kanseri yönünden risk altındadırlar. Gerçekte meme kanserli hastaların %90' ında, bu hastalığın aile hikayesi yoktur (Sampalis et al, 2003).

İsveç'te 434 meme kanseri olan kadın hastada yapılan bir çalışmada aile meme kanseri öyküsü pozitifliği %10.3 olarak bildirilmiştir (Olsson and Bladstrom, 2002). Yapılan bu çalışmada ailesinde kanser öyküsü pozitif olan 114 (%40,0) olgudan 48'inde (%42,1) meme kanseri, 7'sinde (%6,1) over kanseri ve 59'unda (%51,8) diğer kanser türlerinin olduğu mevcut verilerden saptandı (Tablo-7). Bu seride de hastaların % 16'sında ailesinde meme kanseri öyküsü vardı. Bu oran İsveç grubunun oranlarına yakındır. Bu verilere göre ailede meme kanseri öyküsünün olması meme kanseri olma riskini arttırabilmektedir. Ayrıca ailede over kanseri ve diğer kanser türlerinin de mevcut olması hastaların meme kanseri riski açısından daha dikkatli değerlendirilmesini gerektiğini gösterebilir.

Doğum kontrol haplarının meme kanseri görülme riskini yükselttiği belirtilmekle birlikte (www.kanservakfi.org., Erişim tarihi: 10 Mayıs 2009). Konu ile ilgili farklı görüşlerin olduğu ifade edilmektedir. Her ne kadar bu hapları kullanan

kadınlarda meme kanserine yakalanma açısından bir risk artışı olduğu ileri sürülse de, 10 yıl önce doğum kontrol hapi kullanmayı bırakmış olan kadınlarda bu riskin tamamen ortadan kalktığına da işaret edilmektedir (Clavel and Chapelon, 1997).

Yapılan bu çalışmada oral kontraseptif kullanan olgu sayısı 67(%23.5) olmakla beraber (Tablo-8) bunların kaç yıl süre ile kullandıkları belirlenemediğinden oral kontraseptiflerin kanser için risk faktörü oluşturup oluşturmadıkları açısından yorum yapılamamıştır.

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelik, doğum sayılarının artması ve emzirme süresinin uzamasıyla meme kanseri insidansının azaldığı görülmüştür (Danielsson et al, 2003). Bu çalışmada ise çocuğunu emziren olguların toplam emzirme sürelerine bakıldığında 105'i (%42,5) 6ay altı, 142'si (%57,5) 6 ay ve üstü toplam sürede çocuğunu emzirdiği saptandı ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemli idi(Tablo-6). Bu veri literatürle tam uyuşmamaktadır. Nedeni olgu sayısının azlığına bağlı olabilir.

Çocuk sahibi olma yaşının özellikle kişisel ve mesleki nedenlerle yükselmesi de insidansını artırmaktadır. Son yıllarda çocuk sahibi olma yaşı 30-40'lı yaşlara geciktirilmektedir. Bu yaşlarda aynı zamanda meme kanseri görülme insidansı da artmaktadır (Gemignani and Petrek, 1999). Yapılan bu çalışmada ise canlı doğum yapan 224 olgudan %88,4'ünün (n=199) ilk doğum yaşı 30 yaş altı iken, %11,6'sının (n=26) 30 ve üstü olduğu verilerden saptandı (Tablo-5). Bu örnekleme 30 yaşın üstünde çocuk sahibi olan olgu sayısının azlığı sonuçların literatüre uymamasının bir nedeni olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Meme kanserine bağılı olan ölümlerin azaltılması hedeflendiğinde; hastalığın erken dönemde teşhis edilebilmesinin taşıdığı önemin yükseldiği görülmektedir. Bunun için de öncelikle kadınların meme kanseri görülmesinde etkili olan risk faktörlerine yönelik olarak bilgilendirilmeleri ve bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin kadınların bilinçlendirilmesinde oldukça önemli rolü vardır. Özellikle 1. Basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık personelinin bilgi ve donanımının yeterli olması meme kanserinin azalmasında önemli rol oynayacaktır. Bunun yanında risk faktörleri açısından bakıldığında; kişisel meme kanseri hikayesi olan kadınların takibine ve ailede meme kanseri görülen kadınların meme kanseri genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklerde risklerini hesaplatmalarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının da hastalıktan meydana gelen ölümlerin azaltılmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

7. EKLER

Katılımcı Takip Formu

1. Form no:
2. Adı soyadı:
3. Yaşı:
4. Medeni durum: ☐ Evli ☐ Bekar
5. İlk adet yaşı:
6. Adet düzeni: ☐ Düzenli ☐ Düzensiz
7. İlk doğum yaşı:
8. Toplam emzirme süresi:
9. Menopozal durum: ☐ premenopozal ☐ postmenopozal ☐ Artifisiyel menopoz
10. Menopoz yaşı:
11. Oral kontraseptif kullanımı: Var ☐ Yok ☐
12. Aile kanser Öyküsü: Var ☐ Yok ☐
13. Aile kanser öyküsü tür: ☐ Meme Ca ☐ Over Ca ☐ Diğer ☐ Bilinmiyor
14. Yakınlık Derecesi: ☐ 1.derece ☐ Diğer

8. KAYNAKLAR

Bomford CK., Kunkler IH., Sherriff SB. (1993) Walter and Miller's Textbook of RT, Radiation Physics, Therapy and Oncology. (2 nd ed). Churchill Livingstone Inc., Edinbudgh, 383-394

Carpenter L.C. (1998) Nursing Care of Clients with Breast Disorders. In: Clinical Management for Continuity of Care. Eds: Black J.M., Jacobs E.M., W.B. Saunders Comopany, London

Chie WC., Hsieh C., Newcomb PA., Longnecker MP., Mittendorf R., Greenberg ER., Clapp RW., Burke KP., Titus-Ernstoff L., Trentham-Dietz A., MacMahon B. (2000) Age at any full-term pregnancy and breast cancer risk. Am J Epidemiol 151: 715 – 722.

Clavel F., Chapelon F. (1997) and the E3N group , French cohort study on cancer risk factors. Eur J Cancer Prev 6: 473 – 478.

Danielsson R., Sanchez-Crespo A., Pegerfalk A., Grabowska H. (2003) ^{99m}Tc-sestamibi uptake and histological malignancy grade in invasive breast carcinoma. Eur J Nucl Med. 30: 662-666

Darendeliler E. (1997)Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. İçinde: Meme Kanseri Biyoloji Tanı, Evreleme, Tedavi. Eds: Topuz E, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları 3, İstanbul.

Evans WP., 3rd, Starr AL., Bennos ES. (1997) Comparison of the relative incidence of impalpable invasive breast carcinoma and ductal carcinoma in situ in cancers detected in patients older and younger than 50 years of age. Radiology Aug; 204 (2):489-91

Fisher B. (1994) Malignancies of the Breast. In: Practical Oncology. Appleton & Lange, Connecticut. Eds: Cameron RB, p 417-434.

Gemignani ML., Petrek JA. (1999) Pregnancy After Breast Cancer. Cancer Control. 6: 272-276

Hossfeld DK. (1992) Manual of Clinical Oncology, 5th Eds: Springer- Verlag, UICC

Hossfeld DK., Sherman CD., Love RR., Bosch FX (1992) Manuel of Clinical Oncology. (5 th ed). UICC, Genova (Türkçeye çevrilmiş besinci baskı. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ve Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu işbirliği ile yayınlanmıştır, p 236-248.

İrgil, E.(2001) Meme Kanseri Epidemiyolojisi, Meme Hastalıkları, Eds: Ünal G., Ünal H., Nobel Tıp Kitapevleri, s: 227-232

Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999), T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No:618, 145

Kelsey JL., Gammon MD., John EM. (1993) Reproductive and hormonal risk factors. Epidemiol Rev 15: 36 – 47

Lemone P., Burke KM. (1996) “Medical Surgial Nursing -Critical Thinking in Client Care”, California, s: 2039-2057

Moyak D.(1992) Breast: Lokally Advanced (T3 and T4) and Recurrent Tumors. In: Principles and Practice of Radiation Oncology. Eds Perez CA., Brady LW, J.B Lippincott Company, Philadelphia, p: 877-969.

Olsson H., Bladstrom AA. (2002) Cohort study of reproductive factors and family history of breast cancer in southern Sweden, Breast Cancer Res Treat Dec;76(3):203-9

Özgültekin R.(2001) Meme Kanserinde Etyoloji ve Risk Faktörleri, Meme Hastalıkları, Eds: Ünal G., Ünal H. Nobel Tıp Kitabevleri, s: 233-245

Parkin DM., Pisani P., Ferlay J. (1999) Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990, *Int.J.Cancer* , 80: 827-841

Patchefsky AS., Schwartz GF., Finkelstein SD.(1998) Heterogeneity of intraductal carcinoma of the breast. *Cancer* , 63: 731-741.

Sampalis FS., Denis R., Picard D., Fleischer D., Martin G., Nassif E., Sampalis JS. (2003) International prospective evaluation of scintimammography with ^{99m}Techetium sestamibi. *The Am J of Surg.* 185: 544-549

Schootman M., Kinman E., Farria D. (2003) Rural-urban differences in ductal carcinoma in situ as a proxy for mammography use over time. *J Rural Health Fall*; 19(4):470-6

Theriault R., Buzdar A., Hortobagyi G. (1998) Irradiation (XRT following mastectomy in patients treated with FAC adjuvant therapy – M.D. Anderson experience [abstract]. *Proc Am Soc Clin Oncol.* 17; (381):99

Willet WC., Stampfer MJ., Colditz GA. (1987). Moderate alcohol consumption and risk of breast cancer. *N Engl J Med*, 315:1174-1180.

Winer PW., Morrow M., Osborne CK., Harris J.R. (2002) *Cancer of Breast, Cancer Principles& Practice of Oncology*, 6th Edition, Eds: De Vita V.T.Jr., Hellman S., Rosenberg S.A. Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, ABD. p:1651-1710

Wingo PA., Newsome K., Marks JS., Calle EE., Parker SL. (1997) The risk of breast cancer following spontaneous or induced abortion. *Cancer Causes Con* 8: 93 – 108.

<http://www.adnanisgor.com/meme3genelbilgikonu.html#memeyapisi>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010

<http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010

<http://www.gata.edu.tr>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010

www.kanservakfi.org. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010

http://tr.wikipedia.org/wiki/Meme_kanseri. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Gül Gökçe DOĞDU
Doğum Yeri ve Tarihi: 28.06.1985
Medeni Hali: Bekâr
Yabancı Dil: İngilizce
E-posta Adresi: ggul_gokcedogdu@mynet.com
Tel: 0216 493 04 98

EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Kandilli Kız Lisesi	2002
Lisans	Haliç Üniversitesi	2007

İŞ TECRÜBESİ

Görev: Cerrahi Servisi Hemşiresi
Süre: 4 yıl

BİLDİRİLER/YAYINLAR

Epileptik nöbetlerde çinkonun kan-beyin bariyeri permabilitesi üzerindeki etkisi
2007 LİSANS TEZİ

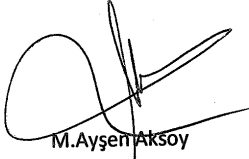
HASTANE YÖNETİMİ ONAYI

MEDICAL PARK

27.05.2010

TC. HALİÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Sn. Gül Gökçe Doğdu'nun "Bir Özel Hastanede Meme Ca Tanısı İle Yatan Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tezini Medical Park Göztepe Hastanesi Onkoloji Poliklinik ve Yatan Hasta Ünitelerinde gerçekleştirmesi uygundur.



M. Ayşen Aksoy

Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Medical Park Göztepe Hastanesi

Medical Park Sağlık Grubu
Medical Park Göztepe Hastanesi
Merdivenköy Mah. 23 Nisan Sk. No:17 Göztepe Kavşağı Göztepe / Kadıköy - İSTANBUL
Tel: +90 (216) 468 44 44 Faks: +90 (216) 468 45 67 www.medicalpark.com.tr