

MEME KANSERİNDE KORUNMA

Nuran GENÇTÜRK*

Kabul Tarihi: 05.06.2006

ÖZET

Meme kanseri, kadınlarda görülen kanser vakalarının %30'unu oluşturmakta ve tüm kanser ölümlerinin %18'inden sorumlu tutulmaktadır.

Epidemiyolojik veriler, meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu açıkça göstermektedir. Riski azaltacak ya da en aza indireyecek tutum ve davranışlar yoluyla kanserin gelişmesi önenebilir. Hastalığın varlığında ise, erken tanı ve etkili tedavi ile yaşam süresi ve kalitesi yükseltilebilir. Bu amaçla, birincil ve ikincil korunma yöntemlerinin kadınlara öğretilmesi önem kazanmaktadır.

Birincil korunma yöntemleri kapsamında, bireylerin sağlık eğitimi ile bilinçlendirilerek sağlıklı beslenme, erken doğum yapma, emzirme, fiziksel aktivite, hormon kullanımının önlenmesi, cerrahi erken menapoz, kemoprevensiyon, profilaktik mastektomi, alkol ve sigara kullanımının engellenmesi gibi uygulamalar önerilmektedir.

İkincil korunma basamağında öncelikli hedef erken tanının konmasıdır. Meme kanserinin erken evrede belirlenebilmesi için, ayrıntılı anemnez, fizik muayene, risk faktörlerinin tanınması, kendi kendine meme muayenesi, hekim muayenesi ve mammografiyi kapsayan tarama programları yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, korunma, erken tanı

ABSTRACT

Protection of Breast Cancer

Breast cancer is constituted 30% cancer cases that is appear to women and have been responsible 18% of total cancer mortality.

Epidemiology data clearly showed us, breast cancer is one of the most important risk factor that life of women is threat. Development of cancer is prevented via positive attitude and behaviours reducing risk. In the cancer, early diagnosis and effective treatment are increased quality of life and life span. This aim, the education of women about primary and secondary prevention methods have very important by degrees.

Primary prevention methods include to make conscious of women with health education. In this health education was been recommended who healthy nutrition, early childbirth, breast-feeding, physical activity, prevention used of hormone, early menopause causes of surgical, chemoprevention, prophylactic mastectomy, prevent to use of alcohol and smoking, etc. The firstly aim of secondary prevention methods had been made early diagnoses. It was included patient history, diagnosis of risk factors, breast self-examination, the physical examination of the breast by a trained health professional, mammography to comprise screening programe that it was determineted at early stage of breast cancer.

Keywords: Breast cancer, protection, early diagnosis

GİRİŞ

Evrensel bir sorun olan ve her yıl milyonlarca insanın yaşamının sonlan-masına neden olan kanser, kalp hastalıklarından sonra ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Merey 2002, Nural 1995). Organizmanın her yerinde oluşabilen

kanser türleri içinde meme kanseri, kadınlarda görülen kanser vakalarının %30'unu oluşturmakta ve tüm kanser ölümlerinin %18'inden sorumlu tutulmaktadır (Darendeliler ve Yaman Ağaoğlu 2003, Nural 1995, Schoultz 1997,

*İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu (Araş.Gör. Dr.)
e-mail: gencnur@yahoo.com

Yüceyar 2000). Epidemiyolojik veriler incelendiğinde meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk faktörlerinden biri olduğu açıkça görülmektedir. Bu nedenle riski azaltacak ya da en aza indirgeyecek tutum ve davranışlar yoluyla kanser gelişiminin önlenmeye çalışılması, hastalığın geliştiği durumlarda ise erken tanı ve etkili tedavi ile yaşam süresi ve niteliğinin artırılmasını destekleyici girişimlerde bulunulması gerekmektedir. Bu durum birincil ve ikincil korunma yöntemleri ile sağlanabilmektedir (Abaan 1996, Aksoy 2000).

1. BİRİNCİL KORUNMA

Günümüzde, diğer kanserlerde olduğu gibi meme kanserinin de etyolojik nedeni henüz bilinmediği için, birincil korunma kapsamında hastalığın gelişiminin önlenmesi pek mümkün olamamaktadır. Ancak son yıllarda meme kanseri gelişimi açısından yüksek risk gösteren kadınlarda, kanserin ortaya çıkmadan önce önlenmesine yönelik çalışmalar ve tartışmalar yoğun bir şekilde sürdürülmektedir. Bu çalışmalar kapsamında, meme kanserinin oluşmaması için çevresel risk faktörlerinden ve karsinogenlerden korunma ve beslenmenin düzenlenmesi gibi önlemlerin yanı sıra, yüksek risk grubunu oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan bireylerde kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon (Kimyasal Korunma) önerilmektedir (Aksoy 2000, Dinçer 2000, Yüceyar 2000).

Bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %11-12.57 oranında olduğu dikkate alındığında, meme kanserinden korunabilmek önem kazanmaktadır (Darendeliler ve Yaman Ağaoglu 2003, Onat ve Başaran 2003, Özdemir ve Işık 1998, Yüceyar 2000). Ancak, meme kanserinin oluşumunda tanımlanmış risk faktörlerinin sadece %25 oranında etkili olduğu ve bu risk faktörlerinin önemli bir kısmının da

kontrol edilebilir faktörler olmadığı ileri sürülmektedir (Onat ve Başaran 2003). Birincil korunma, teknolojik ve bilişsel olmak üzere 2 temel etkinliği içermektedir. Teknolojik etkinlik, kanserden koruyucu aşıların geliştirilmesini; bilişsel etkinlikler ise hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer alan sağlık eğitimini kapsamaktadır (Abaan 1996, Nural 1995).

Sağlık eğitimi, bireylere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılması ile gerçekleştirilir. Bu bağlamda sağlık eğitiminin amacı, bireylere ve dolayısıyla topluma, kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir (Taşocok 2003). Meme kanserinden korunma konusunda uygulanacak sağlık eğitimi aşağıda verilen başlıklar altında gerçekleştirilir.

1.1. Sağlıklı Beslenme

Yaşamın sürdürülebilmesi için sürekli ve düzenli olarak gerekli olan tüm yiyecek ve içeceklerde, hem kansere neden olan, hem de kanserden koruyan çok çeşitli maddeler bulunmaktadır. Örneğin, et uzun süre ızgara yapıldığında benzopiren adlı kanserojen maddelerin ortaya çıktığı; ayrıca hayvan yeminden ete arsenik ve mikotoksinler gibi başka kanser yapıcı maddelerin geçtiği bildirilmektedir. Buna karşın, dana, kuzu, hindi eti gibi etlerde ve süt ürünlerinde kanserden koruyucu etkisi olan Konjuge Linoleik Asit (KLA) ve selenyum bulunduğu; mide ve meme kanserini önemli ölçüde azalttığı ifade edilmektedir (Kavas 2000, Uçar 2001).

Kanserojen maddelerin etkisi, o maddenin beslenme rejiminde ne miktarda bulunduğuna ve hangi sıklıkla tüketildiğine bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle beslenme ve kanser ilişkisi, diyetle yer alan temel besin öğelerine göre açıklanacaktır (Kavas 2000).

Yağ: Yağ doğrudan kanser medyana getiren bir madde olarak değerlendirilmese de, yüksek yağlı bir diyetin bağırsaklardaki bakterileri çoğal-

tarak, östrojen hormonu bileşiklerinin üretimini arttırdığı ve lif miktarı az olduğu için östrojenin yeniden emiliminin artmasına neden olduğu belirtilmekte ve en çok günlük kalorisinin %20-27'sinin yağlardan alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Yağın fazla alınması sonucu vücutta birikmesi ile şişmanlık meydana gelmektedir. Şişman bireylerde kanser, normal kilolu bireylerden çok daha fazla görüldüğü için yağlı besinlerin alımından çok, şişmanlığın önlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Criss ve Baysal 1999, Darendeliler ve Yaman Ağaoğlu 2003, Kavas 2000, Onat ve Başaran 2003, Uçar 2001, Yates 1995).

Zeytin ve balık yağı gibi bazı yağların meme kanseri riskini azalttığı, ayçiçeği, mısır özü gibi çoklu doymamış ve doymuş yağların ise riski arttırdığı belirtilmektedir (Kavas 2000).

Karbonhidrat: Karbonhidratlı besinlerin de fazla miktarda alınması şişmanlığa neden olduğundan kilo artışına dikkat etmek gerekmektedir. Karbonhidrattan zengin kepekli tahıl ürünleri, kuru baklagil, taze sebze ve meyvelerin fazla tüketilmesi ile vücutta fazla miktarda posa alındığı ve posa içeren besinlerin, bağırsakların düzenli olarak çalışmasını sağladığı belirtilmektedir. Bunun sonucunda ise vücut için zararlı olan maddelerin atıldığı ve östrojenin emiliminin engellenerek kandaki düzeyinin düştüğü vurgulanmaktadır. Ayrıca oligosakkarit gibi karbonhidratların da bağırsaklarda yararlı bakterilerin çoğalmasını, dolayısıyla kanserden korunmayı sağladığı ifade edilmektedir (Criss ve Baysal 1999, Kavas 2000, Uçar 2001).

Protein: Öncelikle hayvansal proteinlerin çok tüketilmesi sonucu meme, prostat, rahim, kalın bağırsak gibi kanserlerin daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Neden olarak, hayvansal protein alımından çok, hayvansal protein alımının yağ tüketimini arttırması ve kırmızı ette doymuş yağ miktarının fazla olması gösterilmektedir. Dolayısıyla,

beslenmede yağsız et, süt ve benzeri hayvansal proteinlere yer verilmesinin daha doğru olduğu savunulmaktadır (Criss ve Baysal 1999, Kavas 2000, Uçar 2001).

Vitaminler: Genelde vitamin alımının, kanser oluşumunu önlediği, özellikle A, C, E gibi antioksidan vitaminlerin gerekenden biraz fazla alınmasının yararlı olduğu ifade edilmektedir (Uçar 2001, Vogel 1996).

İnsan vücudunun düzenli olarak çalışmasında görev alan minerallerin; bir kısmının kanserin önlenmesine yardımcı olduğu, bir kısmının ise kanser oluşumuna neden olduğu ifade edilmektedir. Kanser önlenmesinde etkili olan mineraller, selenyum, iyot, molibden, bakır, demir, manganez; kanser oluşumuna neden olan mineraller ise nikel, kurşun, kadmiyum, arsenik ve amyant olarak gösterilmektedir (Criss ve Baysal 1999, Uçar 2001).

Yukarıda yer alan besin öğelerinin ve minerallerin dışında, karotenoidler, flavonoidler, monoterpenerler gibi bazı özel maddelerin de kanser oluşumunu önlediği belirtilmektedir (Uçar 2001, Yüceyar 2000).

Sebzelerin içerdiği kanserden koruyucu maddelerle ilgili çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmaların çoğu lahanaya, brokoli, turp otu, hardal otu ve karnabahar gibi dört yapraklı çiçek açan sebzeler üzerine yoğunlaşmıştır. Brokoli ve lahanaya özel kokusunu veren indoller, östrojenin etkisini azaltarak meme kanseri gibi hormonlara bağlı gelişen kanserleri önlemeye yardımcı olmaktadır. Sebzelerde bulunan birçok anti kanserojen maddenin aşırı pişirme sonucu kaybolduğu; bu nedenle, çiğ olarak yenilebilen sebzelerin mümkün olduğunca çiğ olarak tüketilmesi, yenilemeyenlerin ise az su içinde hafif yumuşayınca kadar pişirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kavas 2000).

Kuru baklagiller ve tahıllarda da, kanserden koruyucu maddeler bol miktarda bulunmaktadır. Buğday kepeği, pirinç, bakla, soya, yer fıstığı, arpa, yulaf ve mısırdaki bulunan fitatların, başlangıç aşamasındaki meme kanserini önlediği belirtilmektedir. Kadınlardaki östrojen metabolizmasını düzenleyen fitoöstrojenler kuru baklagiller, bezelye, barbunya, börülce ve soya fasulyesinde bol miktarda bulunmaktadır. Soya fasulyesini fazla tüketen Uzak Doğu ülkelerinde meme ve prostat kanseri riskinin düşük olduğu ifade edilmektedir (Kavas 2000, Vogel 1996).

Ayrıca kanser riskini azaltmak için besinlerin saklanması ve pişirilmesi sırasında da bazı noktalara dikkat etmek gerekmektedir. Besinlerin tütülenmesi, ızgara üzerinde veya ateşe çok yakın pişirilmesi, tuzlanması, salamura ve turşu şeklinde saklanması sonucu bazı kanserojen maddelerin ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ayrıca besinlerin aşırı derecede saflaştırılması, kanserden korunmada önemli bir etkiye sahip olan posanın kaybına; hatalı pişirilmesi ise, kanserden korunmada önemli etkisi olan vitaminlerin yok olmasına ve kanserojen maddelerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Criss ve Baysal 1999, Dinçer 2000, Uçar 2001).

1.2. Erken Yaşta Doğum

İlk doğum yaşının erken olması, meme kanseri riskini azaltmada etkili olan en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Ancak 15-20 yaş arasında doğum yapmayı önermek, gelişmiş toplumlardaki eğitim gereksinimleri ve mesleki eğilimleri ile uyumlu bulunmamaktadır. Kadın meme epitelinde, benzer koruyucu etkinin, geçici hormon kullanımıyla yalancı gebelik oluşturularak gerçekleştirilebileceğinden söz edilmektedir. Bu amaçla koryonik gonadotropin kullanılması önerilen kadınlarla ilgili olgu kontrol çalışmasında riskte azalma olduğu belirtilmiştir (Onat ve Başaran 2003). Yine aynı kaynaktan,

son verilere göre BRCA1 (Breast Cancer Susceptibility Gene 1) veya BRCA2 (Breast Cancer Susceptibility Gene 2) geni taşıyıcı kadınlarda hamileliğin meme kanserinden koruyucu etkisinin bulunmadığı ileri sürülmektedir (Onat ve Başaran 2003).

1.3. Emzirme

Meme kanserini önlemede, önemli faktörlerden biri olan emzirmenin etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte, özellikle menopoza öncesi meme kanserine karşı koruyucu etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca emzirmenin, sadece annenin meme kanseri olma riskini değil, aynı zamanda emzirdiği kız çocuğunun da meme kanseri riskini azaltabileceği ileri sürülmektedir. Emziren kadınlarda, genel olarak meme kanseri sıklığının %20-35 oranlarında azaldığı, bu etkinin özellikle menopoza öncesi gelişen meme kanserinde daha belirgin olduğu belirtilmektedir (Can 2001, Onat ve Başaran 2003).

Emzirmenin koruyucu etkisinin esas olarak artmış prolaktin ve östrojen sentezleri ile ilgili olduğu belirtilmekte; emzirme süresince ovulasyonun olmaması veya seyrek olmasının, meme kanserine karşı koruyucu bir faktör oluşturduğu ileri sürülmektedir (Darendeliler ve Yaman Açoğlu 2003, Kopans 1998, Özdemir ve Işık 1998).

Uzun süre emzirmenin yararlarının araştırıldığı 2 farklı çalışmadan birinde, en az 24 ay emziren kadınlarda, menopoza öncesi meme kanseri riskinin %25-30 oranında azaldığı (Kopans 1998); diğerinde ise 4-12 ay emziren kadınlarda riskin %11, 2 yıl veya daha fazla emziren kadınlarda ise %25 oranında azaldığı gösterilmiştir (Merey 2002).

1.4. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivitenin önemli derecede meme kanseri riskini azaltabileceğine ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Atletizm yapan kızlarda meme kanseri riskinin azaldığı gösterilmiş; atlet olan ve atlet olmayan kadınlar arasında yapılan

kontrollü bir çalışmada, atlet olmayan kadınlarda RR (Relatif Risk) değeri, diğer gruba göre 2.53 bulunmuştur (Özdemir ve Işık 1998). Bale yapan kızlar üzerinde gerçekleştirilen farklı bir çalışmada, deney grubunun ortalama menarj yaşı 15.4, kontrol grubunun ise 12.5 olarak bulunmuş; ayrıca kızların baleye aktif olarak devam ettikleri sürece, meme dokusunun gelişiminin geciktiği ve 20'li yaşlarda aralıklı olarak amenorelerin olduğu bildirilmiştir (Darendeliler ve Yaman Ağaoğlu 2003). Fiziksel aktivitenin; endojen hormon düzeylerini etkileyerek fertil ovulasyon sayısını azalttığı, seks steroidlerinin etkilerini değiştirdiği, immün sistemi etkilediği, total ve bölgesel vücut yağını azaltarak meme kanseri riskini azaltabileceği ifade edilmektedir (Darendeliler ve Yaman Ağaoğlu 2003, Onat ve Başaran 2003, Vogel 1998).

Adölesan dönemde menstruasyonların yarısı önlenebilirse, meme kanseri riskinin %50 azaltılabileceği ileri sürülmektedir (Onat ve Başaran 2003). Adölesan yaşlarda spor yapan ancak daha sonra devam etmeyen kadınlarda, erken yaşta spor yapmanın olumlu etkisinin ileriki yıllarda görülmediği bildirilmekte, koruyucu etkinin devamlılığı için düzenli spor yapılması önerilmektedir (Can 2001, Onat ve Başaran 2003). Ayrıca fiziksel aktivitenin; kadınların daha iyi yeme alışkanlıkları geliştirmesine, kilo vermesine, eğer sigara içiyorlarsa sigara sayısını azaltmasına veya tamamen bırakmasına ve zinde olmasına katkı sağladığı, ifade edilmektedir. Ayrıca göbek çevresinde yağ dağılımı bulunan kadınlarda, meme ve endometrium kanser riski, kalça çevresinde yağ dağılımı bulunan kadınlara göre daha yüksektir. Haftada 4-5 kez yapılan 90 dakikalık bir yürüyüş, bisiklete binme, aerobik dansı veya yüzme gibi yoğun egzersiz programlarının, özellikle göbek çevresindeki yağı azaltmada etkili olduğu ve kanser riskini etkileyebileceği; ayrıca

egzersizin genellikle tümör büyümesi ile birlikte olan protein kaybını da geciktirdiği bildirilmektedir (Yates 1995).

1.5. Hormon Kullanımı

Uzun süreli hormonal kontraseptif kullanımı, 45 yaşın altında meme kanseri riskini arttırmaktadır. Ancak bu riskin daha ileri yaşlara yansımaları ile ilgili bir bilgi bulunmamaktadır. Özellikle, ailede meme kanseri riski olan 25 yaşın altındaki kadınlar, hormonal kontraseptif kullanmamaları konusunda uyarılmalıdır (Onat ve Başaran 2003).

1.6. Cerrahi Erken Menapoz

Ooferektomi ve histerektominin meme kanserine karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır. Bu koruyucu etkinin, bilateral ooferektomide sadece histerektomiye göre daha fazla olduğu, menopoz öncesi ooferektomi yaşı küçüldükçe, riskin de azaldığı belirtilmektedir. Ooferektominin, meme kanseri riskini, doğum sayısına, kiloya ve yapay menopozun yapıldığı yaşa bağlı olarak %75'in üzerinde azaltılabileceği; genç, zayıf ve çok çocuğu olan kadınlarda riskin daha da azalacağı ifade edilmekte ve çift taraflı ooferektominin meme kanseri riskini tek taraflı ooferektomiye göre daha da azaltacağı vurgulanmaktadır (Özdemir ve Işık 1998).

1.7. Kemoprevensiyon

Yüksek risk grubunu oluşturan ve değiştirilemeyecek risk faktörlerini taşıyan kadınlarda, kanserin birincil olarak önlenmesi için kemoprevensiyon kullanılmaktadır (Akyolcu 2003, Vogel 1996, Vogel 1998, Yüceyar 2000).

Kemoprevensiyon, malignite oluşmadan, kimyasal ajanlarla karsinogenezin durdurulması veya yavaşlatılmasıdır (Can 2001, Onat ve Başaran 2003, Vogel 1998). Kemoprevensiyonda hedef, serbest radikaller ile oluşan DNA harabiyetinin önlenmesini sağlamak, epitelyal hücre proliferasyonunu baskılamaktır. Kemoprevensiyonda kullanılan ajanlar, uzun

süre kullanılacakları için bu ajanların toksisitelerinin çok düşük olması gerekmektedir. Kemoprevensiyonda en önemli hedef nokta, meme kanserinin görülme sıklığını ve ölüm oranını azaltmaktır (Onat ve Başaran 2003). Günümüzde, meme kanserinin kemoprevensiyonunda kullanılan ve üzerinde araştırma yapılan Fenretinid, Tamoksifen ve Raloksifen olmak üzere 3 ajan bulunmaktadır (Can 2001, Garber and Smith 1996, Onat ve Başaran 2003).

1.8. Profilaktik Mastektomi

Günümüzde profilaktik mastektomi, meme kanseri gelişiminin önlenmesi için var olan birincil ve etkili bir yöntem olmamakla birlikte, farklı bir çalışmada Hartman, profilaktik mastektominin, meme kanseri nedeniyle yüksek ölüm riskine sahip kadınlarda riski azaltabileceğini belirtmektedir (Morris et al. 2001).

Profilaktik mastektomi endikasyonunun konulabilmesi için risk belirlemede Gail veya Claus modelinin kullanılması uygun görülmeyle birlikte, bireyin genetik, histolojik, psikolojik durumunun ve sosyo-ekonomik faktörlerin bu işlem uygulanmadan önce özenle değerlendirilmesi, mastektominin %100 koruyucu olmadığı gerçeğinin de unutulmaması gerektiğinin üzerinde durulmaktadır (Garber and Smith 1996, Yüceyar 2000). Profilaktik mastektomi için, duktal ve lobular karsinoma insitu, atipik duktal hiperplazi, aile anemnezi ve genetik mutasyonların saptanmış olması önemli kriterleri oluşturmaktadır. BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları saptanan kadınlarda, profilaktik mastektomi güçlü endikasyon nedeni olmaktadır (Goodman and Mellon-Reppen 2001, Onat ve Başaran 2003, Smeltzer and Bare 2000, Yüceyar 2000).

1. 9. Alkol ve Sigara

Kullanımının Engellenmesi

Alkol alımının azaltılması, tüm kanserlerde olduğu gibi meme kanseri gelişim riskini azaltmaktadır. Ancak riske

neden olabilecek alkol miktarının ne olduğu belirlenemese de, günde 1-2 kadehin üzerinde alkol alınmaması önerilmektedir (Can 2001, Onat ve Başaran 2003).

Tüm kanser ölümlerinin %25-35'inden sorumlu olan sigara içiminin (Abaan 1996, Turna 2003) engellenmesi ile meme kanseri gelişim riskinin azalabileceği tahmin edilmektedir.

1.10. İyonizan Radyasyona Maruz Kalmama

Gereksiz meme ışınlamasının önlenmesi, tedavi amacı ile genç yaşta iyonizan radyasyona maruz kalan kadınlarda erken yaşta meme kanseri taramalarının yapılması gerekmektedir (Can 2001).

2. İKİNCİL KORUNMA

İkincil korunmada; meme kanserinin, erken tanı yöntemleriyle klinik belirti ve bulgu vermeden önce erken evrede saptanıp, bireyin iyileşme şansını artırarak morbidite ve mortalite oranını düşürmek, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, meme kanserini erken evrede belirlemek için ayrıntılı anamnez, fizik muayene, risk faktörlerinin tanılanmasının, yanı sıra Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), hekim muayenesi ve mammografiyi kapsayan tarama programları yer almaktadır (Abaan 1996, Aksoy 2000, Akyolcu 2003, Dinçer 2000, Leight et al. 2000, Nural 1995).

2.1. Ayrıntılı Anamnez

Hastanın demografik özellikleri, özgeçmişi, soygeçmişi, şuan ki sağlık durumunun sorgulanması, fiziksel ve laboratuvar değerlendirmelerinin yapılması ve kayıt edilmesidir (Bırol 2002, Nural 1995).

2.2. Fizik Muayene

Hastanın genel durumu, yaşam bulguları, baştan ayağa bütün iç ve dış organlarının palpasyon, inspeksiyon, perküsyon ve oskültasyon tekniklerini

kullanarak muayene edilmesidir (Biol 2002).

2.3. Meme Kanseri Risk Tanılaması

Meme kanseri riski yüksek olan bireylerin belirlenmesi, erken tanının önemli ölçütlerinden birisidir. Bireylerin risk altında olmalarının bilincinde olması, onların kontrol edebilecekleri yaşam şekli ve çevresel faktörlere ait değişimlere uyumlarını kolaylaştırırken, tarama programlarına katılımlarını da olumlu yönde etkileyecektir (Aksoy 2000, Akyolcu 2003).

Günümüzde meme kanseri riskinin belirlenmesi için farklı modeller uygulanmakta ve en yaygın olarak Gail ve Claus Modeli kullanılmaktadır (Akyolcu 2003, Garber and Smith 1996, Vogel 1996, Yüceyar 2000).

Meme kanseri risk faktörleri içinde; kadın, 65 yaş ve üzeri, bireysel meme kanseri öyküsü ve ailede meme kanseri öyküsü olma, 12 yaşından önce adet görme (menarş), 55 yaşından sonra adetten kesilme (menopoz), ilk doğumu 30 yaş ve üstünde yapma, bebek emzirmeme, hormonal kontraseptif kullanma, hormon replasman tedavisi görme, atipik epitelyal hiperplazi memeye sahip olma, coğrafik konum, boy ve kilo, beslenme şekli, radyasyona maruz kalma, alkol ve sigara kullanma gibi faktörlerin yer aldığı belirtilmektedir (Garber and Smith 1996, Goodman and Mellon-Reppen 2001, Nural 1995, Özdemir ve Işık 1998, Smeltzer and Bare 2000).

Bu risk faktörlerinin dışında değişik literatürlerde, sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olması, mammografide memede yoğunluk, primer over, endometrium, kolon kanseri öyküsü, spontan veya tıbbi abortus, infertilite ve buna ilişkin tedavi, elektromanyetik etkiler de risk faktörleri arasında yer almaktadır (Özdemir ve Işık 1998, Schoultz 1997, Yüceyar 2000).

2.4. Meme Kanserinin Erken Tanısında Tarama Yöntemleri

Tarama programları, birey ve topluma sağlık eğitiminin verildiği, yüksek risk gruplarının belirlendiği ve olumlu davranış değişikliği önerilerinin entegre edildiği programlardır. Kanser tarama ve erken tanılamada hekim ve hemşireler birbirini tamamlayıcı ve destekleyici konumdadırlar. Bir çalışmada özellikle meme, cilt ve pelvik alana ait fiziksel değerlendirmede, özel eğitilmiş onkoloji hemşirelerinin erken tanıda %90 oranında etkili olduğu belirtilmektedir (Aksoy 2000).

Meme kanseri tanısını erken evrede koymak, prognozu iyi yönde etkilemesi, mortaliteyi azaltmasının yanı sıra, uygun olgularda meme koruyucu cerrahi yapabileme olanağını da sağlamaktadır (Bickell 2002, İğci ve Asoğlu 2003). Erken tanının sağlanabilmesi için, kadınların bu konuda eğitilmesi, bilgilendirilmesi ve yüksek riskli grupların belirlenmesi gerekmektedir (Bickell 2002, İğci ve Asoğlu 2003, Mery 2002).

Tarama programlarının amacı hiçbir şikayeti olmayan kadınlarda, çeşitli yöntemlerle memesinde anormallik olanları, olmayanlardan ayırt etmektir. Hedef, meme kanserini biyolojik olarak başladıktan sonra, klinik olarak semptom vermeden önce saptayarak erken tanı ve tedaviyi sağlamaktır (İğci ve Asoğlu 2003, Mery 2002). Bu amaca yönelik taramalar ile 50 yaşın üzerindeki kadınlarda meme kanseri morbidite ve mortaliteyi %25-40 azaltmak mümkün olabilmektedir (İğci ve Asoğlu 2003, Yüceyar 2000).

Meme kanserinin %60-65'inin 50 yaşın üzerindeki kadınlarda görülmesi nedeniyle bu yaş grubunda tarama yapılması önerilmektedir. 40-49 yaş grubunda tarama yapılmasının tartışmalı olduğu; ancak bu grupta kanser görülme insidansının yaklaşık %25 olması nedeniyle taramanın göz ardı edilmemesi ve tarama aralığının 1 yıl olması gerektiği

belirlenmektedir (İğci ve Asoğlu 2003, Merey 2002).

Meme kanseri taramasında, sıklıkla kullanılan yöntemler KKMM, fizik muayene ve mammografidir (Dinçer 2000, Dirksen and Lewis 2000, Leight et al. 2000, Ünal 2002). Amerikan Kanser

Derneği tarafından önerilen (Tablo 1.) üçlü uygulamanın birlikte yapılması ile, 50-69 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri mortalitesinin %30 azaldığı belirtilmektedir (Smeltzer and Bare 2000).

Tablo 1. Meme Kanseri Tarama Programı

Yaş Grubu	Yöntem	Sıklığı
20 – 40	KKMM	Her ay
	Hekim muayenesi	Üç yılda bir
41 – 49	KKMM	Her ay
	Hekim muayenesi	Her yıl
	Mammografi	Her 1-2 yılda bir
50 yaş ve üstü	KKMM	Her ay
	Hekim muayenesi	Her yıl
	Mammografi	Her yıl

(Akyolcu N. : Kadınlarda meme kanserinin önemi ve sağlık eğitimi. I. Uluslar arası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi. 19-22 Eylül 2001, Kapadokya/Nevşehir.)

2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kadınların, her ay düzenli olarak memelerini KKMM ile kontrol etmeleri hem ucuz hem de risksiz bir yöntemdir. KKMM'yi düzenli olarak yapan kadınlarda, KKMM yapmayan kadınlara göre meme kanserinin daha erken evrede ve tümör küçük iken saptandığı; evre küçüldükçe sağ kalım oranının arttığı (Aydiner ve ark. 2000, İğci ve Asoğlu 2003, Leight et al. 2000) ve mortalitenin %19 oranında azaldığı belirtilmektedir (Merey 2002).

Mammografinin yaygın olarak kullanılmasından önce, meme kanserinin %90'ı, kadınların kendileri tarafından belirlenmekteydi. Günümüzde mammografi ile, palpabl olmayan kanserlerin de saptanması ile bu oran giderek azalmaktadır (İğci ve Asoğlu 2003, Nural 1995).

Kadınların memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser olma korkusu nedeniyle ancak %25-30'unun düzenli olarak meme muayenesi yaptığı; ülkemizde ise bu oranın daha da düşük olduğu bildirilmektedir. Ayrıca genç

kadınların, meme dansitesinin yoğun olması nedeniyle normal ve anormal kitleleri ayırt etmede zorluk çekmeleri de KKMM'yi olumsuz yönde etkilemektedir. "Kendi Kendine Meme Muayenesi" yöntemini uygulamada, kadınların tümü-nün KKMM yöntemini aynı kalitede yapamaması, yöntemi terk etmeleri, normal ve anormal yapıları fark edememeleri gibi bazı sorunlarla karşılaşılrsa da, bu sorunların eğitim yoluyla giderilmesi olasıdır (Dirksen and Lewis 2000, İğci ve Asoğlu 2003, Smeltzer and Bare 2000, Ünal 2002).

Sağlık kurumları, radyo, TV, gazete, internet gibi yazılı ve görsel medya kullanılarak sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen eğitim programlarının, kadınların meme kanserine ve KKMM yapma duyarlılığını arttırarak, erken tanı ve mortalite oranının azalmasıdaki katkısı yadsınamaz (Akyolcu 2003, İğci ve Asoğlu 2003). Bu nedenle, mammografi ve fizik muayene kadar duyarlı olmamasına karşın KKMM sıfır maliyet ve düşük risk nedeniyle, diğer tarama

yöntemleri ile birlikte kadınlara öğretilmeli ve yapmaları için ikna edilmelidir (İğci ve Asoğlu 2003).

Meme kanserinin erken tanısında yaşamsal önemi olan KKMM'nin başarılı olabilmesi için, sürekli, düzenli ve periyodik aralıklarla yapılması, kadınların KKMM'ye istekli olması, muayene tekniğini iyi bilmesi ve kendilerinin uygulama yapmada sorumlu hissetmeleri gerekmektedir. KKMM'ye başlamak için 20-25 yaşları uygundur. Eğer bir kadının özellikle birinci derece akrabalarında, genç yaşta meme kanseri tanısı konulmuş ise, ailede görülen en genç meme kanseri yaşından 5 yıl daha önce KKMM'ye başlanmalıdır (Akyolcu 2003, Dinçer 2000).

2.4.2. Hekim Muayenesi

Meme kanserinin erken belirlenebilmesi için, Amerikan Kanser Derneği KKMM ve mammografi ile birlikte 20-40 yaşlarındaki asemptomatik kadınlarda, her 3 yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından muayenesini önermektedir. Menopoz öncesi kadınlar-da, hem yoğunluk, hem de hassasiyet yönünden hekim muayenesi için en uygun zamanın, menstruasyondan sonraki hafta olduğu belirtilmektedir (Aydiner ve ark. 2000, İğci ve Asoğlu 2003, Mery 2002, Ünal 2002).

Hekim muayenesinin, mammografi ile birlikte uygulandığında, kanserin belirlenme oranını %5-20 arttırdığı; yoğun memelerde mammografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş, mammografi sınırlarına girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynadığı belirtilmektedir (İğci ve Asoğlu 2003, Mery 2002, Ünal 2002).

2.4.3. Mammografi

Mammografi ile, meme kanserinin palpabl olmadan 2 yıl önce belirlenmesi ve küçük meme kanserlerinin invazyon yapmadan ve meme dışına yayılmadan önce saptanması mümkün olmaktadır

(Akyolcu 2003, Goodman and Mellon-Reppen 2001, İğci ve Asoğlu 2003, Smeltzer and Bare 2000, Ünal 2002). Ayrıca tarama ve tanının dışında, meme kanseri tedavisinden sonra, hastanın izlenmesinde de önemli bir yeri bulunan; mammografinin, menstrüel kanamanın bitimini izleyen hafta içinde çekilmesi önerilmektedir (Aydiner ve ark. 2000, Mery 2002).

Mammografinin, 30 yaşın altındaki kadınlarda kullanılması, meme parankim dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır (Aydiner ve ark. 2000, Dirksen and Lewis 2000, İğci ve Asoğlu 2003, Mery 2002). Kadın 30 yaşın üstünde gebe kaldı ise, ailesinde meme kanseri öyküsü veya genetik predispozan bulgular var ise yıllık mammografi taramalarına başlanması gerektiği vurgulanmakta; memesinde hiçbir bulgu olmayan fakat Gail modeline göre risk skoru 5 veya daha üstünde olanlarda ilk tarama mammografisine 30 yaşında başlanması önerilmektedir (Vogel 1996).

Amerikan Kanser Derneği ve birçok kuruluş, asemptomatik 35-40 yaşları arasındaki kadınlarda, daha sonraki mammografiler ile karşılaştırmada temel oluşturması için 1 kez, 41-49 yaşları arasındaki kadınlarda 1-2 yılda bir, 50 yaşın üzerindeki kadınlarda ise her yıl mammografi çekilmesini önermektedir. Ailede çok genç yaşlarda meme kanseri görülmüş ise, bir onkoloğa danışarak 30-35 yaşlarında, hatta bazı ailevi meme kanseri durumlarında 25 yaşında dahi tarama mammografisine gerek duyulabilir (Can 2001, Dinçer 2000, Dirksen and Lewis 2000, İğci ve Asoğlu 2003).

Tarama mammografisinin, meme kanserini erken evrede belirlemek, mortaliteyi azaltmak, meme koruyucu cerrahi girişim oranını arttırmak ve sistemik tedavi oranını azaltmak gibi yararlarının yanı sıra biyopsi, radyasyon

ve tanısal işlemlerin sayısını arttırmak gibi olumsuzlukları da bulunmaktadır. Düzenli mammografi taramaları ile meme kanseri morbidite ve mortalite oranlarının önemli ölçüde azaldığı birçok araştırmada kanıtlanmış olmasına karşın, sosyal güvencenin olmaması, gelir düzeyinin ve eğitim seviyesinin düşük olması, bilgi eksikliği, radyasyona maruz kalma ve çok acı vereceği

KAYNAKLAR

Abaan S (1996). Kanserın önlenmesi ve kanser riskinin azaltılması. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 1. Baskı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 31-40.

Aksoy G (2000). Birincil ve ikincil korumada hemşirenin rolü. Klinik Onkoloji. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz, İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayın-ları:06, Tunç Matbaası, İstanbul, 340-345.

Akyolcu N (2003). Kadınlarda meme kanserinin önemi ve sağlık eğitim. I.Uluslar arası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresi Kongre Kitabı. 19-22 Eylül 2001, Nevşehir, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, 349-355.

Aydın A, Dinçer M, Topuz E (2000). Meme kanseri. Klinik Onkoloji. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz, İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayın-ları:06, Tunç Matbaası, İstanbul, 70-81.

Bickell NA (2002). Race, ethnicity, and disparities in breast cancer: Victories and Challenges. Women's Health Issues 12 (5): 238-251.

Biol L (2002). Hemşirelik Süreci. 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir.

Can G (2001). Meme kanserli hastalarda yorgunluğun ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sađl. Bil. Ens. İstanbul.

Criss WE, Baysal A (1999). Kanserden Korunmak İçin Beslenme Rehberi. Hatibođlu Yayınevi, Ankara.

Darendiler E, Yaman Ağaoğlu F (2003). Meme kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. Meme Kanseri. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 13-33.

düşüncesi, bireylerin mammografi çektirmesine engel oluşturmaktadır (İğci ve Asoğlu 2003, Merey 2002).

Sonuç olarak; hemşirelerin tüm kadınlara, meme kanserinde korunmak için birincil ve ikincil korunma yöntemleri hakkında sağlık eğitimi vererek, bu konularda bilinçlenmelerini sağlamak önemli görevlerinden biridir.

Dinçer M (2000). Kanserden korunma. Klinik Onkoloji. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Ahmet Nafiz Karadeniz, İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayın-ları:06, Tunç Matbaası, İstanbul, 59-62.

Dirksen SR, Lewis SM (2000). Nursing management breast disorders. Medical-Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Eds: Sharon M Lewis, Margaret M Heitkemper, Shannon R Dirksen, 5th Edition, Mosby Inc., Philadelphia, 1472-1493.

Garber JE, Smith BL (1996) . Management of the high-risk and the concerned patient. Diseases of the Breast. Eds: Jay R Harris, Marc E Lippman, Monica Morrow, Samuel Hellman, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 323-334.

Goodman M, Mellon-Reppen S (2001). Management of the client with breast disorders. Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. Eds: Joyce M Black, Jane H Hawks, Annabelle M Keene, Volume 1, 6th Edition, WB Saunders Company, Philadelphia, 1011-1039.

İğci A, Asoğlu O (2003). Meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemleri. Meme Kanseri. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 113-123.

Kavas A (2000). Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 1. Baskı. Mart Matbaacılık, İstanbul, 124-147.

Kopans DB (1998). Epidemiology, etiology, risk factors, survival, and prevention of breast cancer. Breast Imaging. 2th Edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 29-52.

Leight SB, Deiriggi P, Hursh D et al. (2000). The effect of structured training on

breast self-examination search behaviors as measured using biomedical instrumentation. *Nursing Research* 49(5): 283-289.

Merey S (2002). Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniv. Sađl. Bil. Ens. İstanbul.

Morris KT, Johnson N, Krasikov N et al. (2001). Genetic counseling impacts decision for prophylactic surgery for patient perceived to be at high risk for breast cancer. *The American Journal of Surgery* 181:431-433.

Nural N (1995). Kanser riski altında olan kişilerin saptanmasında hemşirenin rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniv. Sađl. Bil. Ens. Ankara.

Onat H, Başaran M (2003). Meme kanseri risk faktörleri ve korunma. *Meme Kanseri*. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 90-107.

Özdemir A, Işık S (1998). Meme kanseri taramasında mammografi-I: Meme kanseri risk faktörleri. *İnsizyon Cerrahi Tıp Bilimleri Derg. Bilimsel-Tıp Yayınevi*, 1 (2):118-122.

Schultz BV (1997). HRT and breast cancer risk, what to advise? *European Journal of Obstetric&Gynecology and Reproductive Biology*, 71: 205-208.

Smeltzer SC, Bare BG (2000). Assesment and management of patient with breast disorders. *Textbook of Brunner & Suddarth's Medical-Surgical Nursing*. Eds: Suzanne C Smeltzer, Brenda G Bare, 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1259-1296.

Taşocok G (2003). Hasta Eğitimi. İÜ Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul.

Turna H (2003). Çevre ve kanser. *Güncel Klinik Onkoloji*. Editörler: Süheyla Serdengeçti, Gökhan Demir, 1. Basım, Kaya Basım, İstanbul, 133-144.

Uçar N (2001). Kanser ve beslenme. *Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu*. Editörler: Deniz Şelimen, Serdal Turhal, A Karamanođlu, Onbir Matbaacılık Yayıncılık Ltd., İstanbul, 99-108.

Ünal M (2002). Meme kanserinde tarama. *Genel Cerrahi*. Editör: Göksel Kalaycı, Cilt I, Tayf Ofset, 569-572.

Vogel VG (1996). Clinical considerations in breast cancer prevention. *Disease of the Breast*. Eds: Jay R Harris, Marc E Lippman, Monica Morrow, Samuel Hellman, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 341-354.

Vogel VG (1998). Primary prevention of breast cancer. *The Breast Comprehensive Management of Bening and Malignant Diseases*. Eds: Kirby I Bland, Edward M Copeland, 2th Edition, Volume 1, WB Saunders Company, Philadelphia, 352-369.

Yates JW (1995). The role of exercise and weight control in cancer prevention and rehabilitation. *Canser of The Breast*. Eds: William L Donegan, John S Spratt, 4th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia, 809-821.

Yüceyar S (2000). Meme kanseri epidemiyoloji, etyoloji, risk faktörleri ve korunma. *Meme Hastalıkları*. Editörler: Kemal Alemdarođlu, Feridun Aksu, İstanbul, 21-36.