

MEME KANSERİ

ÖZET

Şenay ÖZEN

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olmaya devam etmektedir. Türkiye'de 1990 yılına ait istatistik verilerine göre meme kanseri görülme oranı %28.38 olarak ilk sırada yer almıştır. Meme kanserlerinin %75'1 40 yaşın üzerindeki kadınlarda görülmektedir.

Epidemiyoloji

Kadınlarda kansere bağlı ölüm nedeni olarak akciğer kanserinin meme kanserini geçtiği bildirilmekteyse de, meme kanseri batı dünyasındaki kadınlarda görülen kanserlerin içinde en sık ve en yaygın kanser olmaya devam etmektedir.

ABD'de her 10 kadından birinde meme kanseri görüldüğü bildirilmektedir. 1990 yılında yaklaşık 151.000 yeni meme kanseri vakası olacağı ve bunların 44.000'den fazlasının bu hastalıktan öleceği tahmin edilmektedir. kadınlarda 54 yaşına kadar kansere bağlı ölüm nedeni olarak ilk sırada meme kanseri yer almaktadır. 55-74 yaşlar arasındaki kadınlarda malign bir nedene bağlı olarak akciğer kanseri ve 75 yaşın üzerindeki kadınlarda kolorektal kanserler meme kanserine bağlı ölüm oranını geçmektedir (6, 32, 34, 43).

- E.Ü. Hemşirelik Yüksek okulu Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı (Dr.)

5.

Türkiye'de Kanser Kayıt Merkezi sonuçlarına göre meme kanseri görülme oranının kadın yaş gruplarında görülme yüzdeleri (1990) şöyledir (9).

YAŞ	SAYI	%
1-4	4	4.00
5-14	4	1.79
15-24	22	7.09
25-44	869	38.77
45-64	1567	30.5756
65 +	310	17.49
TOPLAM	2771	28.33

Dünyada meme kanserine bağlı ölüm oranları; İngiltere, Danimarka, Hollanda, ABD ve Kanada'da 100.000'de 25-35 arasında olup Japonya, Meksika ve Venezuela'da 100.000'de 2-5 arasındadır. Dünyada bölgelere göre meme kanseri görülme sıklığı aşağıda sıralanmıştır (41).

Dünya'da Bölgelere Göre Meme Kanseri Görülme Sıklığı

Kuzey Amerika	87	Çin	1
Batı Avrupa	84		2
Kuzey Avrupa	82	Doğu Afrika	9
Güney Amerika	79	Batı Afrika	7
Avustralya/ Yeni Zelanda		Mikronezya/ Polonezya	
Güney Avrupa	66	SSCB	7
Batı Avrupa	61		
Karayıplar	36		2
	30		
Tropikal G. Amerika	27		
Kuzey Afrika	25		
	20		
	20		
Güney Afrika	16		
Japonya	15		
	15		
Doğu Asya	14		
	14		
	13		
Orta Doğu Asya	12		
Kuzey Doğu Asya			
Güney Doğu Asya			
Rakamlar 100.000'de olarak verilmiştir.			
Asya Orta			
9 Amerika			
6 Malezya			
Orta Afrika			

Türkiye'de Kanser Araştırma ve Savaş Kurumunun bildirdiğine göre 1975-1978 yıllarında tüm hastanelere yatan kanser hastalarından %11-78 ile meme kanseri ilk sırada yer almıştır. 1980 yılı il ve ilçe merkezlerindeki ölüm kayıtlarına göre tüm kanser ölümlerinin içinde meme kanserinden ölenler %10.57 ile akciğer ve mide kanserinden sonra üçüncü sırada yer almaktadır.

1987 yılında kadınlarda meme kanseri görülme oranı %26.6 (1845), 1988 yılında %23.6 (1452), 1989 yılında %35.3 (2524) olarak tüm kanserler içinde birinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (39).

Kanser kayıt merkezinin 1990 yılı sonuçlarına göre Türkiye genelinde meme kanseri görülme sıklığı ise kadınlarda %28.38 (277), erkeklerde %0.15 (24)'dir.

Türkiye'deki kadınlarda görülen kanser olgularının sistemlere göre görülme yüzdeleri (1990) aşağıda sıralanmıştır (40).

Meme Kanseri	%	28.38
Sindirim Sistemi	%	18.37
Ürogenital Sistem	%	17.51
Diğer Kanserler	%	7.55
Solunum Sistemi	%	7.18
Cild Kanseri	%	7.18
Lenfatik ve Hematopoetik Sistem	%	6.73
Kemik ve Bağ dokusu	%	3.54
Ağız Boşluğu ve Farenks	%	2.62

Etyoloji

Pek çok kanserde olduğu gibi meme kanserinin etyolojisinde tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir. Hastalığın gelişiminde rol oynayan çok fazla faktör ve olaylar olduğuna inanılmaktadır ve özellikle etkili olan belirli risk faktörleri tanımlanmıştır (32. 35. 42. 45).

Bu risk faktörleri şöyle sıralanabilir; total menürel aktivite uzunluğu. diğer organ kanserlerinin varlığı, yaş. ailede meme kanseri öyküsü, cinsiyet. hiç gebe kalmamış olmak. emzirmemiş olmak, belirli meme hastalıkları. virüs kanserojenler. egzozerji gösterojerji alınması. kronik psikolojik stresler. radyasyon. immün yetersizlikler.

kimyasal maddeler ve ilaçlar. coğrafi faktörler. beslenme alışkanlıkları ve sürekli alkol alınması (14, 29).

Meme hastalıktan her iki cinsiyette de (kadın ve erkek) görölmektedir. Ancak rriyalgrı meme tümörlerinin %99'u kadınlarda görölmektedir.

Bazı hastalarda ailesel faktörlerin yüksek risk taşıdığı açıktır.

Birinci derece yakınında (anne, kızkardeş) meme kanseri olan bir kadının normal populusyona göre iki veya üç kat daha fazla risk taşıdığı düşünölmektedir (21, 43).

Meme kanseri gelişiminde menapozal durum önemlidir. Prerne- napozal dönemde tanı konulan vakalar yüksek risk taşımaktadır. B1- lateral meme kanserli premenapozal dönemdeki bir kadının kızkardeşi 70 yaşına kadar %30 meme kanseri gelişme riskine sahiptir. Eğer postmenapozal dönemde ve unilaterale bir kanser tanısı konulmuşsa bu risk %17 oranında azalma göstermektedir (43).

Hormona! durum da, bu hastalığın gelişirinde rol oynayan etkili bir faktör olarak gösterilmektedir. Hiç gebe kalmamış olmak, ilk gebeliğın 35 yaşından sonra olması, ve erken menarş hastalığın gelişmesinde etklidir. Doğal menapozun gecikmesi önemli bir risk faktörüdür. 20 yaşından önceki gebelik meme kanserine karşı koruyucu olmaktadır (22, 43).

40 yaşından önce ovariumların cerrahi olarak çıkarılmasının meme kanseri riskini %75 oranında azalttığı bildirUmektedir (14).

Meme kanseri oluşumunda egzojeri östrojenlerin rolü (doğum kontrol hapları, postmenapozal östrojen) tartışmalıdır.

Doğum kontrol haplarının çoğu hem östrojeri, hem de progesierori içermektedir. Bu dengelenmiş hormona! etki meme kansertnın İrisıdarısı üzerine etkili degridir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda progesteronsuz östrojeri kullanımırın daha fazla problem olduğu bildirilmektedir. Östrojenin tek başına kullanıldığı durumlarda meme kanseri riskini 2.5 kat arttırdığı ortaya çıkmıştır (43).

Hayvan deneylerinde kimyasal olarak yağın rnerne karstriomasını arttırıcı bir risk faktörü olduğu gösternınışu- (28).

İnsanlarda postmenapozal dönemdeki kadınlarda yağlı yiyeceklerin alınmasının ve vücut ağırlığının fazla olmasının meme kanse~ bağılı ölüm riski ile pozttif bir paralellik gösterdiği bazı çalışma-

Jarda bildirilirken başka çalışmalarda çlişkili sonuçlar bildirilmektedir (43).

Yaş faktöründe meme kanserinin görülmesinde önemli olduğu ve yaş ilerledikçe meme kanserinin de progrcstf olarak insidansında artış olduğu bildirilmektedir {16, 25, 48}.

Yüksek dozda radyasyona maruz kalınmasının meme kanserine neden olduğu bilinmektedir. Tedavi amacıyla göğüs duvarına ve memeye uygulanan radyasyonun meme kanserinin artmasıyla ilişkili olduğu. tanı amacıyla uygulanan mamrnograftnırı artırıcı bir risk taşımadığı gösterilmiştir (28).

Tarama Programları ve Tanı

Meme kanserinin tanısı; meme dokusundaki anormal değişikliklerin incelenmesine yönelik tekniklerin kullanılmasını içerir. Mamrnograft fiziksel meme muayenesi. kendi kendine meme muayenesi eğllml en sık ku11anılan yöntemlerdir. Asemptomatik kadınlarda bu tekniklerin kullanımı tarama amacıyla yapılmaktadır. Semptom bulunan kadınlarda bu tetkikler tanı koymak amacıyla kullanılır. Meme kanserinin kesin tanısı meme btopstsl ve alınan doku örneğinin patolojik incelenmesi ile konur (9, 32).

Meme kanseri tarama programında, mammograft. fizik muayene ve kendi kendine meme muayenesi eğilimi en popüler olanıdır (2. 7, 8).

ABD'de tarama programları Halk Sağlığı Enstitüleri ve diğer özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bu tarama programlarının bazıları hemşireler tarafından koordine edilmektedir. Programlar genellikle Amerikan Kanser Derneği tarafından saptanmaktadır.

Amerikan kanser derneğinin Nisan 1980'de tarama programı için önerileri şunlardır:

- 20 yaşını geçen her kadın aylık kendi kendine meme muayenesi yapmalı.
- 20-40 yaş arasındaki her kadın 3 yılda bir fiziksel meme muayenesi yaptırmalı.
- 40 yaşını geçen her kadın her yıl fiziksel meme muayenesi yaptırmalı.

- 35-40 yaş arasındaki kadınlar ilk mamografilerini yaptırmalı.
- 40-50 yaş arasındaki kadınlar 2 yılda bir mammografi yaptırmalı.
- 50 yaşın üzerindeki kadınlar her yıl mammografi yaptırmalıdır.

Temmuz 1989'da Amerikan Kanseri Derneği, Ulusal Kanseri Enstitüsü, Amerikan Radyoloji Koleji ve ayrıca yedi tıbbi grupla birlikte 40-49 yaş arasındaki her kadının bir yıl fiziksel muayene diğer yıl mammografi ile periyodik olarak tarama programına alınmasını önermektedir (5, 12, 24).

Eğitim

Meme kanseri ile ilgili eğitim, risk faktörlerini neler olduğunu, belirti ve bulguları ve kendi kendine meme muayenesini içermelidir. Meme kanserinin uyarıcı belirtileri kitle, ciltte kalınlaşma, gamzeleşme, iritasyon, meme başının yön değiştirmesi, içe çekilmesi, veya duyarlılık olması gibi memede olan değişikliklerdir (11).

Erken bulgular ağrısız kitle veya sertlik olmasıdır, ve genellikle kadının kendisi tarafından tespit edilir. Bu kitlelerin %50'den fazlası memenin üst dış kısmında oluşur (4).

Kendi kendine meme muayenesi tüm kadınlar tarafından aylık rutin bir şekilde yapılması gereken ağrısız bir işlemdir. Bu teknik memenin ve koltuk altının anormal belirti ve bulgular yönünden sistematik olarak gözlenmesini ve palpasyonunu içerir. Kendi kendine meme muayenesi eğitimi pek çok araştırmacı tarafından önemli bir hemşirelik fonksiyonu olarak tanımlanmıştır (2, 38).

Meme kanserinin tipi ve sınıflandırılması

Meme kanserleri için pek çok sınıflama önerilmişse de en geçerlisi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmiştir. Bu sınıflama şu şekilde yapılmıştır (11, 43).

Memenin Malign Tümörleri

Karsinomalar

1- Non-invasiv

a- Intraduktal karsinoma

b- Lobular karsinoma in situ

2. İnvazive

a- İnvazive duktal karsinoma

b- (İntraduktal komponenti, hakim)

İnvaziv duktal karsinoma c-

İnvaziv lobular karsinoma d-

Mustnöz karsinoma

e- Medullar karsinoma

f- Papillar karsinoma

g- Tubular karsinoma

h- Adenoid kistik karsinoma

1- Sekretuar (Ünvenli) karsinoma J-

Apokrin karsinoma

k- Metaplastik karsinoma

l- Squamoz tip

3- Meme başının Paget Hastalığı
ü- Spindlecell (İg hücreli) karsinoma İU-

Sarkomlar
Cartilaginous ve Osseous tip

iv- Mixt tip

1- Stastosarkoma

1- Diğerleri
2- Seröz Sarkoma

3- Fibrosarkoma

4- Liposarkoma

5- Anjiasarkoma

Meme kanserine en uygun tedavi yönteminin seçilebilmesi için klinik evreleridtrme oldukça önemlidir. UICC klinik cvrelendirmest aşağıda vcnlmtştır (41).

TNM , Tedavi t\neesl klinik evrelendlInne

T-Pdmer Tümör

T_{is} Pref nvazlv karstnorn (Karslnoma in-sttu), non-infillran. Intraduktal karslnom veya meme başının paget hastalığı ile birlikte tümör bulunmaması

Not : Paget trasiarai ile birlikte tümör bulunması durumunda tümörün büyüTclüğüne göre sınıfl andırma yapılır. Not : T₄-de görülenlenn dışında dende çektlme, meme başı relaksasyonu veya herhangi dıger deri değışiklikleri. T₁, T₂ veya T₃-de sınıflandırmayı değiştirmeden bulutabilir.

T₁

T_{1a}

T_{1b}

T₂

T_{2a}

T_{2b}

T₃

T_{3a}

T_{3b}

T₄

Tümörün en büyük çapı 2 cmveya daha küçük

Altteki pektoral fasla ve/veya adaleye fiksasyon yok
Altteki pektoral fasla ve/veya adaleye fiksasyon var
Tümörün en büyük çapı 2 cm'den fazla fakat 5 cm'nin altında

Pektoral fasla ve/veya adaleye yapışıklık yok
Pektoral lasa ve/veya adaleye yapışıklık var
Tümörün en büyük çapı 5 cm den fazla

T_{4a}

T_{4b}

Pektoral fasla ve/veya adaleye yapışıklık yok Pektoral lasta ve/veya adalaye yapışıklık var Herhangi büyüklükte göğüs duvarı veya cilde direkt yayılım yapan tümör

T_{4c}

Not : Göğüs duvarı kaburgalar, intcrkostal adale. serratus ant erior adalesini içerir, pektoral adaleyi içermez. Göğüs duvarına fiksasyon var

N-Bölgesel Lenf Nodülleri

No

N_{1a}

N_{1b}

N₂

N₃

Palpe edilebilir ipsilateral aksiller lenf nodülleri yok o-
Hareketli ipsilateral aksiller lenf nodülleri var Büyümeleri tanımlanabilir

Her tümörü değerlendirecek rınımurn bilgiler sağlanamamıştır.

Büyümeleri tümöre bağlı olduğu düşünölen lenf nodülleri
Birbirine veya dıger yapılaraya yapışık ve büyümesi tümöre bağlı olduau düşünölen ipsilateral aksiller lenf nodülleri
Büyüme gösteren Ipsilateral supraklavikular veya infra-klavikular lenf nodülleri veya kolda ödem

Not : Lenfatik obsrüksiyona bağlı kolda ödem lenf bezleri palpe edilemeyebilir.

Bölgesel lenf nodüllerinl değerlendirecek rınımurn bilgiler sağlanamamıştır
Uzak metastaz bulgusu yok
Uzak metastaz buldusu var

M-Uzak Metastaz

Uzak metastaz varlığını değerlendirecek minimum bilgiler sağlanamamıştır

Tedavi

Meme kanserinde tedavi evreye göre planlanır. Cerrahi, radyoterapi ve kemo-hormonal tedavinin değişik kombinasyonları sıklıkla kullanılmaktadır (41).

Cerrahi:

Kanser tanısı kesin olarak doku biopstst ile belirlenmektedir.

Vakalar çoęunlukla cerrahi işlem gerektirir.

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak iki ameliyat tipi uygulanmaktadır. Bunlar, Modillye Radikal Mastektoml ve Lurn-pektoml'dir.

Kozmetik etkileri nedeniyle memeyi koruyucu ameliyatlar yapılmaktadır. Ancak bu tip ameliyatlar çok erken dönemde tanı konulmuş ve özenle seçilmiş olan vakalardır. Meme gibi çok özel bir konuda hastanın kozmetik isteklerine uymakla birlikte, asıl amaç en mükemmel şekilde etkili bir tedavinin uygulanmasıdır (11, 27).

Günümüzde erken meme kanseri (Evre I ve II) tedavisinde standart operasyon Modifiye Radikal mastektomldlr. Bu amellyat koltukaltı lenf nodüllerinin tamamı veya bir kısmı ile birllkte tüm meme dokusu çıkarılmaktadır. Pektoralis rnajor kası yerinde bırakılarak rekonsrükltf cerrahide daha iyi kozmetik sonuçlar alınmasına olanak sağlanır. Bu ameliyat totalmastektomi + koltukaltı dtsseksiyoruu veya basit yaygın mastektomi olarak da bilinmektedir (4, 10, 11, 23).

Radyoterapi : Ameliyat sonrası radyoterapinin uzun dönemde yaşama etkisi olmadığı, ancak lokal nüksleri azalttığı görölmüştür. Sonuçta rutin ameliyat sonrası radyoterapi terkedilmiş ve bunun yerini nüks riski fazla olan hastalarda adjuvan kemoterapi almıştır. Ancak post-operatif radyoterapi, küçük hacimli tümörlerde uygulanan sınırlı cerrahiye tamamlayıcı olarak gereklidir.

Radyoterapinin ıytleşttrtct etkisinin yanısıra bazı yan etkileri söz konusudur. bu yan etkilerin hastaya daha fazla problem yaratmaması için hem radyoterapi hakkında, hem de yan etkileri hakkında hasta önceden bilgilendirilmelidir.

Cilt bakımı konusunda ha starun tedavi işarelerini yıkama¹⁰. radyasyon verilen bölgenin güneşe maruz kalmaması. terletmeyen Bol giysilerin giyilmesi bu bölgenin sabunlu su ile yıkanmaması. yapıştırıcı bantların yapıştırılmaması anlatılmalıdır.

Radyoterapi esnasında hastalarda enfeksiyona yatkınlık, iştah azalması gibi durumlar gelişebilir. Bu bulgular yönünden hasta izlenmeli ve doku yenilenmesi için proteinli ve yüksek kalorili gıda alınması sağlanmalıdır (3).

Adjuvan Sistemik Tedavi : Görünüşte lokalize ve operabl meme kanserli hastaların yansından fazlasının, metastatik hastalığa bağlı olarak öldüğünün gözlenmesi, mastektomi sonrası adjuvan sistemik tedavi uygulanmasına neden olmuştur. Adjuvan sistemik tedavinin amacı, tanıda hastaların %50'den fazlasında bulunan mikrometastazları yok etmektir (37).

Bugün adjuvan kemoterapi : koltukaltı lenf nodülleri, pozitif olan, metastazı tespit edilmeyen, cerrahi radyoterapi veya her ikisiyle birlikte tedavi edilen Evre II ve III'deki hastalarda asıl tedaviye ek olarak kullanılmaktadır (11).

Kemoterapiye karar verildiğinde tedavinin amacı, uygulama yolu. olası yan etkiler hastaya anlatılmalıdır. Yan etkiler hastada büyük sıkıntılara yol açabilir. Bulantı ve kusma kemoterapinin en yaygın toksik etkilerdir. Antiemetikler: sık sık ağzın çalkalanması, sık sık ve küçük öğünler bu durumu azaltabilir. Sık sık ağız bakımı yapılmalıdır. Bu hastalarda anemi ve enfeksiyon bulguları izlenmeli ve önlem alınmalıdır. Kemoterapi alan hastalarda saç dökülmesi de önemli bir problemdir. Bu durumun geçici olduğu ve bir süre peruk kullanılabileceği hastaya anlatılmalıdır (3).

Preoperatif Bakım

Ameliyat öncesi hasta ile mastektominin neden yapılacağı, yararları, psikolojik ve kozmetik etkileri iyice anlatılmalı ve tartışılmalıdır. Hastaların standart ve modifiye radikal mastektomiye alternatif olan segmental mastektomi, simple mastektomi veya radyoterapi hakkında soruları olabilir veya diğer yöntemlerin riskleri ve yararları hakkında bilgi isteyebilirler. Eğer bu olanak varsa meme rekonstrüksiyon da tartışılmalıdır. Preoperatif dönemde hastanın ve ailesinin durumu kavrayabilmesi için zaman verilmelidir (4, 17, 44, 46).

Postoperatif Bakım

Hasta ameliyattan sonra postoperatif bakım ünitesine getirildiğinde semifowler pozisyonunda yatırılır. Bu pozisyon, istirahat yerinin gerilip ağrı yapmaması ve rahat solunum için en uygun pozisyonudur.

Hastanın vital bulgu izlemi ve drenlerin kontrolü sık sık yapılmalıdır. Ayrıca ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonlar yönünden de hasta izlenmelidir. Bu komplikasyonlar :

- Enfeksiyon
- Serama
- Kanama
- Derin ven trombozu
- Lenfödem'dir (11).

Mastektomi ile birlikte koltukaltı disseksiyonu da yapılmışsa hastada bir adet koltukaltında, diğeri flep altında olmak üzere iki adet dren bulunur. Drenler kapalı ve vakumlu bir drenaj sistemine bağlanmalıdır (Bunun için hemovak kullanılmaktadır) (30). Drenlerin tıkanmaması için 4 saat ara ile kontrolü yapılmalıdır. Drenaj kapları 24 saatte bir, aynı saatte drenaj miktarı ölçülerek kaydedilip aseptik tekniğe uygun olarak değiştirilir. Drenaj kabının yeniden vakum yapacak şekilde havası çıkarılmalıdır.

Genellikle total drenaj miktarı 24 saatte 40-50'ml. 'nırı altına düşlülüğü zaman drenler çıkarılırlar.

Insizyon alanı ve drenlerin giriş yerleri sık sık kontrol edilmeli ve enfeksiyon bulguları olup olmadığı gözlenmelidir.

Flepler enfeksiyon ve nekroz bulguları yönünden hergünü kontrol edilmelidir.

Koltukaltı disseksiyonu yapılan hastalarda ameliyat edilen taraftaki kol bir yastık yardımıyla elevasyona alınmalı ve dirsekten yüksekte olacak şekilde pozisyon verilmelidir (6).

Koltukaltı disseksiyonu yapılan hastaların ameliyattan sonra omuz ve kol egzersizlerini yapması için teşvik edilmesi gerekir. Bu egzersizler hastanın fiziksel durumuna göre giderek arttırılarak yaptırılır. Gerekirse egzersizlerden bir saat önce analjezik verilerek ağrı

duyulması önlenir.

Ameliyatla koltukaltı disseksiyonu yapılması sonucu kolda lenfödem gelişebilir. Hastaya, etkilenen taraftaki el ve kol bakımı ve muhtemel enfeksiyon riski hakkında açıklamalar yapılmalı ve önlenmesi için yapılması gerekenler öğretilmelidir (13).

Mastektomi Sonrası El ve Kol Bakımı İçin

Öneriler :

- Bu elle sigara tutulmamalı,
- Bu kolla çanta veya ağır eşya taşınmamalı,
- Bu kola kol saati veya diğer mücevherat takılmamalı,
- Bu eldeki batmış tırnaklar çıkarılmaya çalışılmamalı,
tırnaklar çok derin kesilmemeli,
- Bahçe işlerinde çalışırken koruyucu eldiven giymeli,
- Sıcak fırına el sokulmamalı,
- Bu kola enjeksiyon yapılmamalı,
- Bu koldan kan alınmamalı,
- Bu koldan tansiyon ölçülmemeli,
- Bulaşık yıkarken eldiven kullanılmalı,
- Dikiş dikerken dikiş yüzüğü kullanılmalı,
- Günde birkaç kez eller kremlenmeli,
- Bu kolda kesi, kızarıklık, ateş, enfeksiyon görüldüğünde
doktora başvurulmalıdır (13, 31).

Lenfödem

Radikal mastektomiden sonra özellikle radikal mastektomi + radyoterapiden sonra lenfödem görülmektedir (11). Radikal mastektomi yerine modifiye radikal mastektomi veya simple mastektomi + koltukaltı disseksiyonu yapılan girişimler sonucunda da lenfödem gelişmektedir. Doreen H. G .. Modifiye radikal mastektomi geçiren kadınlarda lenfödem görülme oranı %5-10 olduğu belirtilmektedir (13). Postoperatif değerlendirilmesinden sonra ameliyat olan taraftaki kolun kas direnci ve dolaşımının artmasını sağlamak, ayrıca omuz fonksiyonlarının kısıtlamasını önlemek için egzersizlere başlanmalıdır. Bu egzersizler etkilenen taraftaki kol ile dış fırçalama, yüz yıkama, saç tarama gibi aktivitelerle başlayıp giderek artırılır (6, 12, 24).

Radikal veya modifiye radikal mastektomunun komplikasyonu olarak gelişen lenfödem iki şekilde ortaya çıkar,

1. Ameliyattan hemen sonra erken dönemde ortaya çıkan tıv geçici olup kol egzersizleri ve bandaj uygulaması ile düzelir.
2. Ameliyattan aylar veya yıllar sonra gelişen lenfödem kalıcı özelliğdir.

Lenfödemın nedenleri hakkında pek çok fikir ortaya atılmıştır.

Mastektomi sonrası lenfödem gelişmesinde etkili olan beş faktör belirlenmiştir. Bunlar :

3. enfeksiyon
4. Kol hareketinin azalması
5. Radyoterapi
6. Şişmanlık
7. Kolun eksternal konstrüksiyonu'dur.

Lenfödemın oluştuktan sonra tedavisi pek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle oluşmasını önlemeye çalışmak için yapılması gereken bazı şeyler vardır(1).

Bunlar ameliyat esnasında lenfatiklerin korunması, yara ayrılması ve enfeksiyonun gelişmesinin önlenmesi.kola elastik bandaj uygulanması, ameliyat sonrası kol egzersizleridir. Burada hemşireye düşen en büyük sorumluluk kol egzersizlerinin, el ve kol bakımının öneminin hastaya anlatılması ve uygulanmasıdır (4).

Psikolojik Yaklaşım

Mastektomi, bir malignite sonucu yapıldığı için pek çok hastada kanserin yayılacağı, tekrarlayacağı ve bunun sonucu olarak da ağırlı bir ölüme neden olacağı korkusu gelişebilir.

Mastektomi geçiren pek çok hastanın tanıya ve ameliyata ilk tepkisinden sonra, seksüel algılamanın, ölüme duyulan algılamadan daha önemli hale geldiği bildirilmektedir (19, 26, 33).

Mastektomi, stoma, amputasyon ve omurilik yaralanmalarında olduğu gibi bir kadının vücut imajını değışttirerek onun kendisine olan

saygısına. özgüverene ve dişilik görünümüne bir tehdit haline gelebilir. kadın memesi gençliğin ve cinsel cazibenin sımgest olarak görülmektedir. Bunun sonucu olarak mastektoml kadınlığın ve cinselliğiri kaybı olarak sorunlara neden olmaktadır (18, 20, 36).

Hailey (1988) mastektomı geçiren 27 kadınla yaptığı çalışmasında kadınların çoğunun mastektomlyl yaşamlarında aldıkları büyük travmalardan biri olarak algıladıklarını bildirmektedir (19).

Eşler için de kadının değışen vücut yapısına bağılı olarak ilişkiyi yeniden kurmada zorluklar olabillr(33, 47).

Northouse'un (1987) 50 mastektomi hastası ve eşleriyle görüşerek yaptığı bir çalışmada "eşlerin ruh hali ve ıstırap semptomları açısından hastalarla aynı durumda olduklarını ve sağılık personelinin mastektomli hastaların eşlerinin de en az hasta kadar desteğe gereksinmesi olduğunu" bildirmektedir (33).

Mastektomlın psikolojik iyileşme dönemi blrkışlnin ölümüne duyulan yas-gıbyı memenin kaybına kederlenme şeklinde yorumlanabilir. Böylece depresyon normal bir tepki olarak görülmelidir. Kederlenme ilk önce meme kaybının inkarı şeklinde görülür. Fakat bundan sonra kaybın iyice anlaşılması üzüntü, kızgınlık, depresyon ya da ani ağlama ataklarına neden olur. Son aşama ise kaybın kabulü yada çözülmüdur. Kadınlara bu aşamaları kendilerine uygun bir hızda geçirmeleri tçırı zaman verilmeli, özellikle eşleri tarafından desteklenmelidir (15).

Hailey'in (1988) mastektoml hastalarıyla yaptığı bir çalışması hasla için önemli olan kişilerin, özellikle eşlerin, önemini iyice ortaya çıkarmıştır. bu çalışmada hastaların %80'den fazlası eşlerinin duyarlı ve destekleyici olduğunu belirtmişlerdir (19).

Mastektomı sonrası danışmanlık hlzmetınlın yalnızca psikolojik bozukluk oranını azaltmakla kalmayıp hastaların kendi durumlarına karşı davranışlarını değıştirerek yaşam süresini uzatableceğıt de yapılan çalışmalarda bellrtlrnektedir (23).

Bu konuda en iyi eğitim yöntemi yalnızca cerrahı tekniğı açıklayan bir yöntem olmayıp, muhtemel duyumsal etkileri içeren bilgilerin ve amellyat sonrası rahatsızlığı azaltacak önerilerin verildiğı bir yöntem olmalıdır (19, 20, 36).

Rekonstrüksiyon

Hasta dış görünümünden dolayı oldukça fazla etkilenebilir. Bu nedenle hastaneden taburcu olmadan önce hafif, yumuşak özellikte geçici bir protez verilir. Hastanın bakımlı olması kendini daha iyi hissetmesine yardımcı olur. ameliyat yarası tamamen iyileştiğinde ise ona uygun değişik materyalden yapılmış ve sutyeninin içine yerleştirebileceği protezler önerilebilir. Mastektomi yapılan bazı hastalara ise. rekonstrüktif mammoplasti ameliyatı önerilebilir. Ancak bunun için hastanın durumunun uygun olması gerekmektedir. Deri altına yerleştirilen bir meme protezi estetik açıdan oldukça iyi sonuç-tar vermektedir. Böylece hastaların benlik imgeleri düzelmiş ve memenin alınmasıyla birlikte görülen dış görünümle ilgili ve psikolojik pek çok sorun ortadan katlanış olur (3).

SUMMARY

Breast Cancer

Breast cancer is distinguished as the most frequent one of all types of cancer among women. According to the statistical data in Turkey, the incidence of breast cancer is found at the first rank with the 28.38 %, Breast Cancer occurs above 40 years old women with 75%.

KAYNAKLAR

1. Badger, C .. 1\vcross. R., management of Lymphoedema. Oxford: Sir Michael Sobell House Churchill Hospital, 1988.
2. Baines, C. J.: Breast Self Examination". 69, 7 (1992). 1942,2003.
3. Barckley, V.: "Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar". Çev. Ed. Platin. N., UICCTeknik Raporlar serisi, Cilt: 39. I. Baskı, Ankara. 1987.
4. Baum. M .. : Meme Kanseri. çev. Yılmaz, M., M., Özbal, O .. I. Baskı, İzmir: Bilgehan Basımevi, 1988.
5. Bird, R. E .. "A Successful breast cancer screening program", Cancer, 69, 7, (1992). 1938-1941.

6. Brunner, L. S. and Suddarth. D.S.: Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Comp. • 1988 .. 1128-1145.
7. Champlon, V.: "The Role of breast Self-Examination In Breast Cancer Screening", Cancer, 69,7. (1992). 1984-1997.
8. Costanza, M. E.: "Breast Cancer Screening in Older Women". Cancer. 69. 7, (1992). 1925-1931.
9. Dantels. C.J. and Blasdel, A.. "Early Stage Breast Cancer", American Journal of Nursing. 90, II. (1990). 32-33.
10. Değerli. O.: Sökücü. N. ve Değerli. O.: Cerrahinin Sırları. I. Baskı, İstanbul. Nobel np Kitabevi, 1989. 26-29.
11. Dinçtürk. C.: Meme Kanseri. Ankara. Gül Ajans Basımevi. 1990.
12. Dodd, G. D.: "American Cancer Society Guidelines on Screening for Breast Cancer", Cancer, 69. 7. (1992). 1885-1887.
13. Doreen. H. G.: "The Primary. Secondary and Tertiary Nursing Interventions of Lymphedema", Cancer Nursing, 8. 3, (1985). 177- 184.
14. Dupond, W. D.: Page. D. L.: Rogers. W. and Parl. F. F.: "Exogenous Estrogens and Breast Disease", Cancer , 63. (1989). 948-957.
15. Feather, b. L.: Wainstock, J. M.: "Perceptions of Postmastectomy Patients", Cancer Nursing, 12. 5. 1989. 293-309.
16. Fırat, D. Küçükü, N. : kanser Konusunda Genel Bilgiler. 4. Baskı. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları. 1987.
17. Ganz, P. A.; Schag A. C.; Lee, J. et al.: "Breast Conservation Versus Mastectomy", Cancer, 69. 7. 1992. 1729-1738.
18. Glasgow. M.; Hallin. V.; Althausen. A. F.; Sexual Response and Cancer. New York: Professional Education Publications. A. C. S. .. 1988.
19. HaUey. B. J.; Lavine, B.; Hogan, B.: "The Mastectomy Experience: Patients' Perspectives", Woman and Health, 14, 1, 1988.
20. Haskell. M. D.: Charles. M.: Cancer Treatment. Philadelphia: W. B.Saunders Comp .. 1990. 893-894.

21. Henderson, I. C. . Current Problems in Cancer, what cana Women do About Her Risk Of Dying OfBreast Cancer?" XIV, 4, (1990).
22. HJslop, T. B.B.: Coldman A J.: Elwood, J. M .. et al.: "Relationship Between Risk Factors For Breast Cancer and Horrnonal Status", In-tematlonal Journal of Epldemyology, 15, 4, 1986, 469-477.
23. Holland, J.: Welllsch. D.: "Psychosocial Issues And Cancer" Profes-slonal Educatlon Publclatons, CA: 38. 1988. 2-4.
24. Holleb, A. I.: "Review of Bre ast Cancer Screening Guidellnes", Cancer, 69, 7, 1992. 1911-1912.
25. Kessler, L. G.: "The Relationship Between Age And Incldence of Breast Cancer", Cancer, 69, 7, 1992, 18965-1903. .
26. Love, N.: "Hastalar Kanser Semptomlannın Tedavlslnl Niçin Ge-ciktirirler?", Sendrom, 3, 7, 1991, 23-27.
27. Mc Ardle, J. M. Hughson, AV. M .. and Mc Ardle, C. S.: "Reduced Psychological Morbidlty After Breast Conservation", Brltsh Journal Surgery, 77, November, 1990, 1221-1223.
28. Mettlln, C. §"Breast Cancer Risk Factors", Cancer, 69, 7, 1992. 1904-1909.
29. Mills. p. K: Beeson, W. L.: Philips. L. R. et al., : "Dleatary Hablts and Breast Cancer Incldance Among Seventhday Adventist", Cancer, 64, 1989, 582-590.
30. Morris. A M.: "A Controlled Trial Of Closed Wound Suction", Brlt. J. Surgery, 60, 5, 1973, 357-359.
31. National Cancer Institute, After Breast Cancer, Public Helath Service. NIH Publclcatlon, No: 90-2400, April, 1990.
32. Nielsen, B. B.; East, D.: "Advances in Breast Cancer", The Nurstng Cllruc of North America. 25. 2, 1990, 365-375.
33. Northouse , L. L.; Swain, M. A.: "Adjusment of Patients arıd Hus-bands to The Inıtılal İmpact of Breast Carıcer". Nurstrıg Research, 36, 4, 1987,
34. Osteen, R T.: "Breast Cancer", National Cancer Data Base, 1992. 29-39.

35. Osteen, R T.: Connolly, J. L.; Costanza, M. E. et al.: "Cancer of The Breast", Cancer Manual, 8 th. Edit., Boslon: American Cancer Society, 1990, 171-201.
36. Price, B.: Nursing Concepts and Care. London:Prentice Hall International Ltd .. 1990, 234-245.
37. Rose. **M. A.**, et al.: "Conservative Surgery and Radiation Therapy For Early Breast Cancer" ARCH Surg .. 124, Feb., 1989, 153-157.
38. Rutledge, D. N.: "Factors Related to Women's Practice of Breast Self-Examination", Nursing Research, 36. 1987, **117-121**.
39. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Kanser İhbarlarının Değerlendirilmesi. Yayın No: 537. Ankara. 1990.
40. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı. Kanser İhbarlarının Değerlendirilmesi. Yayın No: 544, Ankara. 1991.
41. Sherrnarn, C. D.; Clman, K. C.: Eckhard, S. ve diğ.: (Ed). Klinik Onkoloji. Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, 4. baskı, Ankara, 1990.
42. Spratt, J. S.; Greenberg. R. A. Kuhns. J.G., et al.: "Breast Cancer Risk: A Review of Definitions and Assessment of Risk", Journal of Surgical Oncology, 41. 1989, 42-46.
43. Stein. P.: Zera, R T.: "Breast Cancer", AORN Journal, 53. 4, 1991.
44. Taylor. J.: "A place For Women", Nursing Times. 87, 35. 1991, 54- 55.
45. Temple, W. J. Lindsay, RL.: Magt. E .. et al.: "Technical Considerations For Prophylactic Mastectomy in Patients At High Risk For Breast Cancer", The American Journal of surgery, 161, April. 1991, 413-415.
46. Ward .. S.; Hettrich , S. and Wolberg. W.: "Factors Women take Into Account When Deciding Upon Type of surgery For Breast Cancer". Cancer Nursing, 12,6. 1989. 344-351.
47. Woods. N. I.: Lewis. F. M.: Ellison. E. S.: "Living With Cancer". Cancer Nursing, 12, 1, 1989. 28-33.
48. Yancik. R: Ries. I. G. and Yates. J. W .. "Breast cancer in Aging Women". Cancer, 63. March, 1989. 976-981.