



AİLE HEKİMLERİ İÇİN MEME KANSERİ TANI ALGORİTMALARI

Prof. Dr. Ekmel TEZEL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İçindekiler



Önsöz.....	3
Risk Değerlendirilmesi.....	4
Risk Değerlendirilme Tablosu.....	5
Memede Yeni Bir Kitle.....	6
Mamografi ve Ultrasonografi.....	8
Birads Sınıflandırması.....	9
Meme Başı Akıntısı.....	10
Meme Derisinde Değişiklikler ve Meme Ucunun Retraksiyon.....	12
Meme Ağrısı (Mastalji).....	14
Meme Biyopsi Yöntemleri ve Meme Patolojisi.....	16
Meme Muayenesi: Görsel Klavuz.....	18
Meme Anamnez ve Değerlendirme Formu.....	19
Meme Muayene Formu.....	20
Kaynakça.....	22

Önsöz



Bu kitapçık siz değerli Aile Hekimleri için hatırlatıcı nitelikte hazırlanmıştır ve meme hastalıkları ile ilgili güncel bilgiler ile rutin klinik uygulamada pratik olduğuna inandığım algoritmaları içermektedir. Günümüz modern toplumunun en büyük sorunlarından biri olan ve özellikle 40 yaş üstü kadınları etkileyen meme kanserine yönelik erken tanı ve etkin tedavi anlayışı çerçevesinde hem hekimlerin hem de bireylerin (ama özellikle de kadınların) farkındalığının artması birinci amacımız olmalıdır. Rutin işleyişinizde karşılaşılabileceğiniz her türlü sorun için her zaman ulaşabilmeniz amacıyla iletişim bilgileri arka kapakta verilmiştir. Bu kitapçık ücretsiz olarak dağıtılmaktadır ve dileyenler www.ekmeltezel.com adresinden hem kitapçığındaki bilgileri hem de eklerde verilen formları indirip dilediklerince çoğaltıp kullanabilirler. Bu kitapçığın sizlere ulaşmasındaki büyük katkılarından dolayı AHEF Yöneticileri Sayın Dr. Murat Girginer ve Dr. Halil Aktaş'a teşekkür ediyorum. Başarı dilekleriyle.

Ocak.2013, Ankara.

Prof. Dr. Ekmel TEZEL



Risk Değerlendirilmesi

- Meme kanseri için en önemli 4 klinik risk faktörü: Cinsiyet (kadın olmak), ileri yaş, aile öyküsü ve diğer memede kanser olmasıdır.
- Meme kanserli kadınların dörtte üçü (3/4) 50 yaş ve üzerindedir. Otuzlu yaşlarda meme kanserine yakalanma ihtimali ortalama binde 4 iken (%0.4), atmışlı yaşlarda bu oran otuzda bire (1/30) çıkar.
- Bir kadının hayat boyu meme kanserine yakalanma riski sekizde birdir (1/8).
- Risk faktörlerinin bilinmesi bireysel olarak önlemlerin alınmasını (örneğin alkol kullanımı ve şişmanlık değiştirilebilir risk faktörleridir) ve erken tanı amacıyla kontrollerin düzenli yapılmasını sağlar.
- Risk değerlendirilmesi amacıyla bazı programlar geliştirilmiştir. Bunlardan en sık kullanılan GAIL modelidir. Bu modelde bazı verilerle 5 yıllık risk tahmin edilebilir. Tahmini değer %1,67'den fazla ise yüksek risk kabul edilir. Bu modele online olarak <http://www.cancer.gov/bcrisktool/> adresinden ulaşılabilir.
- Diğer modeller ve açıklamalar için lütfen www.ekmeltezel.com adresine bakınız.
- Risk faktörleri:
 - Değiştiremez Risk Faktörleri:Cinsiyet (kadın olmak), yaş (ileri yaş),genetik risk faktörleri (BRCA1 and BRCA2 mutasyonu olması), ailede meme kanseri öyküsü olması, diğer memede daha önce kanser olması, ırk, yoğun meme dokusu, iyi huylu meme lezyonları, lobular carcinoma in situ (LCIS), adet süreci (erken menarş, geç menapoz),daha önce toraksa radyoterapi almış olmak, dietilstilbestrol kullanılması.
 - Hayat Tarzı İlişkili (Değiştirilebilir) Faktörler:Çocuk sahibi olmamak, doğum kontrolü, hormon replasman tedavisi (HRT), emzirme, alkol, aşırı kilolu ya da obez olmak, düzenli fizik aktivite yapmamak.



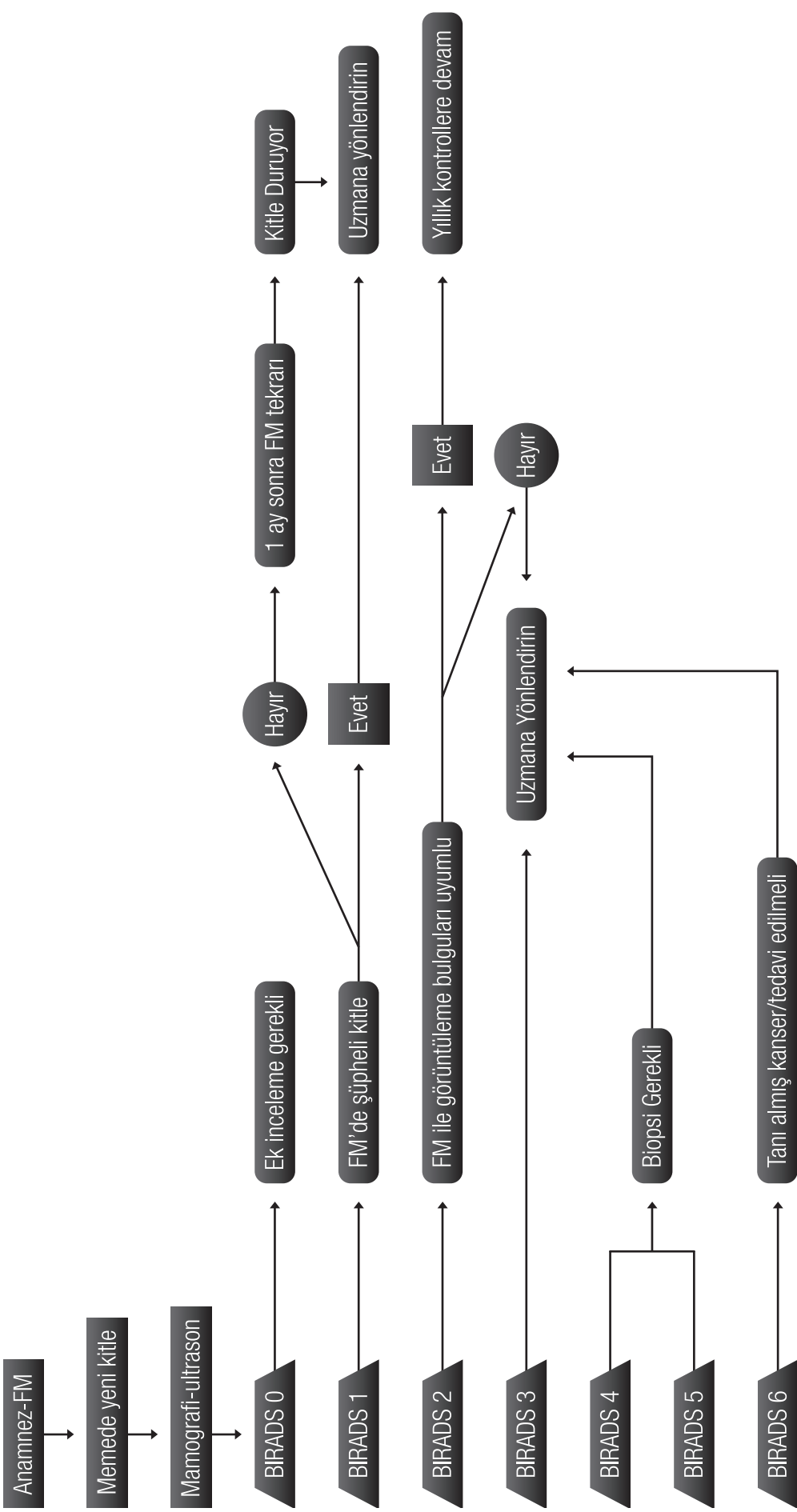
Risk Değerlendirme Tablosu

Risk Grubu	Öneri:
Ortalama riske sahip olanlar (RR= 1);	
<ul style="list-style-type: none">• Belirtilen risk faktörlerini taşımayan kadınlar• GAIL sonucu < %1.67 olanlar	20 yaşından başlayarak kendi kendine meme muayenesi (KMM) ve 3 yılda bir hekim kontrolü (HK) 40 yaşından itibaren 1 ya da 2 yılda bir mamografi ve HK
Hafif-orta risk (RR=1.1-2.9);	
<ul style="list-style-type: none">• 12 yaş öncesi menarş• 55 yaş sonrası menapoz• 2 yıldan daha uzun süre hormon replasman tedavisi• Hiç doğum yapmamış ya da ilk doğumu 30 yaş üstü yapmış olmak• 50 yaş üstü 1inci dereceden bir akrabasında meme kanseri olması• Kendisinde biyopsi ile tanı almış non-proliferatif lezyon olması• Biyopsi ile atipisiz proliferatif lezyon tanısı olması• Alkol kullanımı• Obezite	GAIL sonucu <%1.67 olanlar: 20 yaşından başlayarak KMM ve 3 yılda bir hekim kontrolü HK 40 yaşından itibaren yılda bir mamografi ve HK GAIL sonucu >%1.67 olanlar: Yıllık HK 35 yaştan itibaren görüntüleme yöntemleriyle takip
Yüksek risk (RR>3.0);	
<ul style="list-style-type: none">• Daha önce tanı almış meme kanseri olması (İnvaziv veya DCIS*)	Yıllık HK
<ul style="list-style-type: none">• Daha önce tanı almış LCIS olması• Atipik duktal veya lobüler hiperplazi tanısı olması	Tanı sonrası yıllık mamografi ve/veya meme MR'ı
<ul style="list-style-type: none">• 30 yaş öncesi toraksa radyoterapi almış olması	Radyoterapiden 10 yıl sonrasında itibaren görüntüleme yöntemleriyle takip
<ul style="list-style-type: none">• Mamografide yüksek yoğunlukta meme	Yıllık HK ve yıllık mamografi ve gerekirse meme MR'ı
<ul style="list-style-type: none">• 2 veya daha fazla 1inci derece akrabada meme kanseri• 50 yaş altı bir 1inci veya 2inci dereceden akrabada meme kanseri	Genetik danışma



Memede Yeni Bir Kitle

- Kendi kendine meme muayenesi sırasında veya tesadüfen hastanın ya da hekimin saptadığı, daha önceden varlığından haberdar olunmayan kitlelerde izlenmesi gereken algoritm bir sonraki sayfada verilmiştir.
- Anamnez sırasında olası risk faktörleri sorulmalı ve not edilmelidir (Bkz. Risk faktörleri, sayfa 4 ve Anamnez ve Risk Değerlendirme Formu, sayfa 19).
- Fizik muayenede yeni saptanan bir kitleyle ilgili dikkat edilmesi gereken özellikler aşağıda verilmiştir ve bulgular bu özellikler göz önünde tutularak not edilmelidir. (Bkz. Meme Muayene Formu, sayfa 20).
 - Yerleşimi: Lütfen formda verilen şekle uygun olarak kitlenin areolaya göre konumunu hem yazıyla hem de çizerek belirtiniz.
 - Boyutlarını tahmini olarak birbirine dik en geniş çapı alarak not ediniz.
 - Şeklini belirtiniz: yuvarlak, oval, irregüler.
 - Sınırlarının belirginliğini belirtiniz.
 - Kıvamını benzetme yaparak belirtiniz (silgi kıvamında ya da fındık sertliğinde gibi).
 - Hareketliliği: Mobil, fikse.
 - Üzerindeki deride değişiklikler (çekinti, ödem, kızarıklık vb) varsa belirtilmelidir.
 - Muayene sırasında hassasiyet ya da ağrı olup olmadığı gözlemlenmelidir.
- Muayene için ideal zaman menstrüasyonun başladığı günden itibaren 7. gündür. Hasta eğer premenstrüel dönemde geldiyse muayeneyi belirtilen zamanda tekrarlamayı ihmal etmeyin.
- Her iki meme ve koltukaltları ile supraklaviküler ve infraklaviküler lenf nodları mutlaka muayene edilmeli ve bulgular not edilmelidir.
- Muayenede şüphe uyandıran bulgular varsa mutlaka bu tetkik istem kağıdında radyoloğa iletilmek üzere belirtilmelidir.
- Görüntüleme sonucunda Birads 1 ya da 2 gelmiş olsa dahi eğer fizik muayene bulgularınız şüpheli ise mutlaka bir uzmana yönlendirin.





Mamografi ve Ultrasonografi

- Mamografi iki amaçla yapılır: tarama ya da tanı amaçlı.
- Hangi amaçla yapılırsa yapılsın raporlama bir sonraki sayfada özetlenen BIRADS sınıflamasına göre yapılır.
- Memenin mamografik görünümü:
 - Tip 1: Tamamen yağlı meme
 - Tip 2: Dağılmış fibroglandüler dokular
 - Tip 3: Heterojen yoğun
 - Tip 4: Çok yoğun meme dokusu
- Mamografi için endikasyonlar:
 - Tarama amaçlı mamografi (Lütfen Risk Değerlendirme Tablosuna bakınız.)
 - Tanı amaçlı mamografi
 - Son 1 yıl içinde mamografi çekirmemiş, 40 yaş üstü bir kadında hekim muayenesinde ele gelen kitle, düzensizlik ya da şüpheli durum olması.
 - Mikrokalsifikasyon ya da yapısal değişiklik durumunda biopsi için işaretleme amacıyla.
- Ultrasonografi mamografiye ek olarak gerekli görülmesi durumunda yapılır.
- Ultrasonografi için endikasyonlar:
 - Hekim muayenesi sırasında herhangi bir yaştaki kadında ele gelen bir kitlenin karakterinin saptanması,
 - Mastalji, meme başı akıntısı ve dolgunluk gibi lokalize meme şikayetlerinin değerlendirilmesi,
 - Palpe edilemeyen ancak diğer görüntüleme yöntemleriyle saptanan meme anormallikleri,
 - İnvaziv girişimlerde işaretleme amacıyla,
 - Cerrahi ya da medikal tedavi sonrası memenin değerlendirilmesi,
 - Tanı almış meme kanserinde memenin ve aksillanın preoperatif değerlendirilmesi



Birads* Sınıflandırması

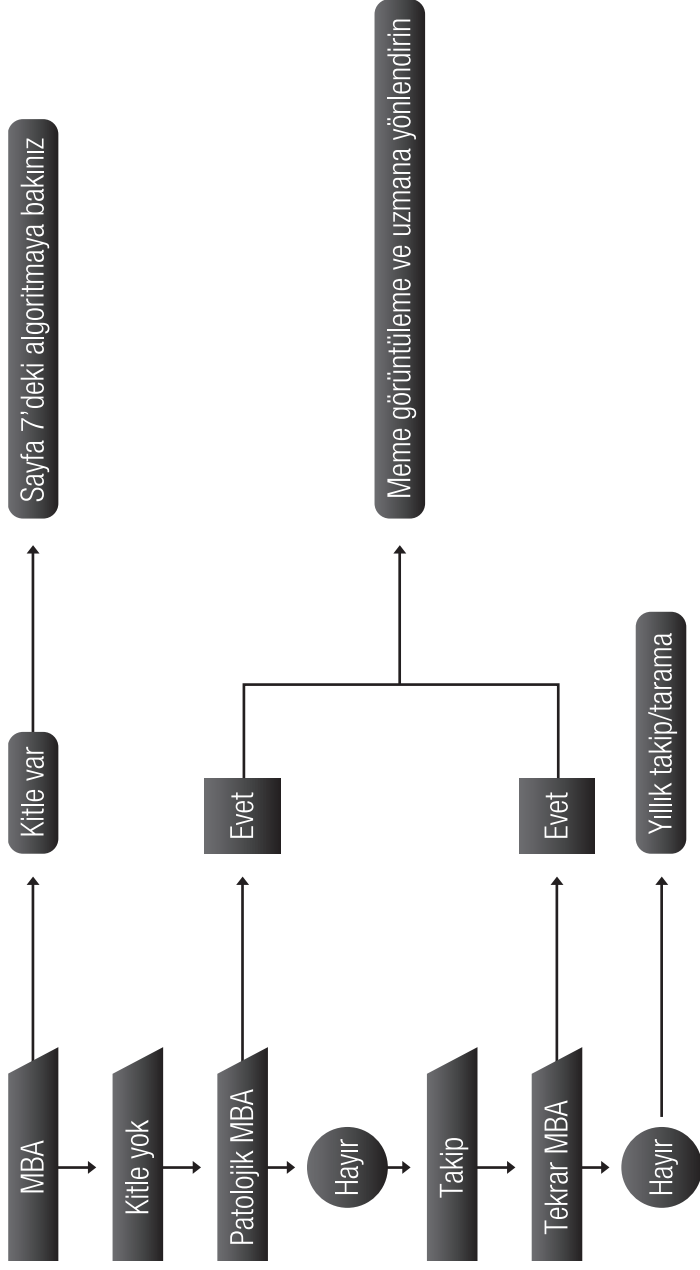
Kategori 0	
Ek görüntüleme yöntemlerine veya karşılaştırma için daha önceki mamografi sonucuna gereksinim vardır.	Ek görüntüleme yöntemlerine (spot kompresyon, büyütme-magnifikasyon, ultrason vs) gerek duyulduğunda yazılır. Tarama amaçlı yapılan mamografiler raporlanırken eğer daha önce çekilen mamografiler karşılaştırma amacıyla görülmek isteniyorsa bu kategoride raporlanır. Tüm görüntüleme yöntemleri kullanılmışsa bu kategoride raporlanmaz.
Kategori 1	
Negatif/Normal	Yorumlanacak bir bulgu yoktur. Memeler simetrik. Kitle, yapısal bozukluklar veya şüpheli kalsifikasyonlar yoktur.
Kategori 2	
Benign (iyi huylu) bulgular	Bu mamografi de normaldir ancak involüsyon, kalsifiye fibroadenom, çok sayıda sekretuar kalsifikasyonlar, yağ kistleri gibi yağ içeren lezyonlar, lipomlar, galaktosel ve karışık yoğunlukta hamartomlar gibi çok tipik görünümde olan iyi huylu bir lezyon saptanmıştır. Ayrıca meme içinde lenf nodu ya da implant gibi bir durum da saptandığında bu kategoride rapor edilir.
Kategori 3	
Yüksek olasılıkla (%98) benign (iyi huylu) - takip önerilir	Bu kategoride saptanan bir kitle yüksek olasılıkla iyi huyludur demektir. Yakın zamanda karakterinde bir değişiklik olmayacağı öngörülmektedir ancak radyolog stabil olduğundan emin olmak amacıyla belli bir zaman sonra tekrar görmek istemektedir. Veriler kısa bir takip süresinin (ilk yıl 6 ayda bir, ikinci yıl yılda bir) yeterli olduğunu göstermektedir. İki yıl stabil seyreden lezyonlar artık Birads 2 kabul edilir.
Kategori 4	
Anormalite şüphesi (%50-80 olasılıkla malign) Biopsi Düşünülmeli	Bu kategorideki lezyonlar kesin kanser dedirtmemekle birlikte kanser şüphesi değişik derecelerde var demektir ve radyolog biopsi yapılması gerekliliğini bildirmektedir.
Kategori 5	
Yüksek olasılıkla (%95 kötü huylu) - Gereklili İşlemler Hemen Yapılmalı	Büyük olasılıkla bu lezyonlar kanserdir.
Kategori 6	
Biopsi ile tanı almış meme kanseri	Daha önce biopsi ile kanser tanısı almış memenin mamografik incelemesi bu kategoride raporlanır.

*Meme görüntüleme, raporlama ve veri sistemi anlamına gelen "Breast Imaging Reporting and Data System" sözcüklerinin baş harflerinden oluşur. Amerikan Radyoloji Derneğinin hazırladığı bir sınıflandırmadır.



Meme Başı Akıntısı

- Mastalji ve kitleden sonra memede görülen 3. sık semptom meme başı akıntısıdır (MBA). Genellikle rengi koyu yeşil-kahverengiden süt rengine kadar değişebilir. Büyük çoğunluğu normal memede (laktasyonda) veya iyi huylu lezyonlarda görülür. Her koşulda, emzirmeyen bir kadında MBA olduğunda mem ultrasonografisi istenmelidir.
- Anamnez ve fizik muayenede dikkat edilmesi gereken özellikler: **Spontan olması, tek taraflı olması, tek duktustan gelmesi ve kanlı ya da seroanjinoz olmasıdır.** Bu özellikler varsa MBA patolojik kabul edilir ve araştırılmalıdır. Ancak yine de çoğu patolojik MBA da benign bir nedenden kaynaklanır: intraduktal papilloma, duktal ektazi ve fibrokistik hastalık.
- %5-15 olguda maligniteye bağlı MBA gelişir. 40 yaş üstünde kanser riski yükselir.
- Laktasyonda MBA normal kabul edilir: emzirme kesildikten bir yıl sonrasına kadar sütlü akıntı devam edebilir.
- Galaktore ise laktasyon olmaksızın görülen sütlü meme başı akıntısıdır: spontan, multiduktal ve bilateraldir. Nadiren kanserle ilişkilidir. Genellikle bazı ilaçlar, hipotiroidizm, hipofiz adenomları, meme başının uyarılması gibi nedenlerle ortaya çıkar.
- Patolojik MBA ile başvuran her hastada mutlaka radyolojik görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.
- Görüntüleme sonucu şüpheli ya da malign gelmesi durumunda hasta mutlaka bir uzmana yönlendirilmelidir. Normal gelmesi malignite olmadığı anlamına gelmez.
- MBA'nın sitolojik incelemesi bazı olgularda yararlıdır. Görüntüleme ve sitoloji sonuçları normal olduğunda da patolojik MBA saptanan hastalar uzmana yönlendirilmelidir. Bu hastalarda tanı genellikle cerrahi olarak konur.
- Persistan MBA patolojik olmasa da uzmana yönlendirilmelidir.
- MBA için bir sonraki sayfadaki algoritme bakınız.

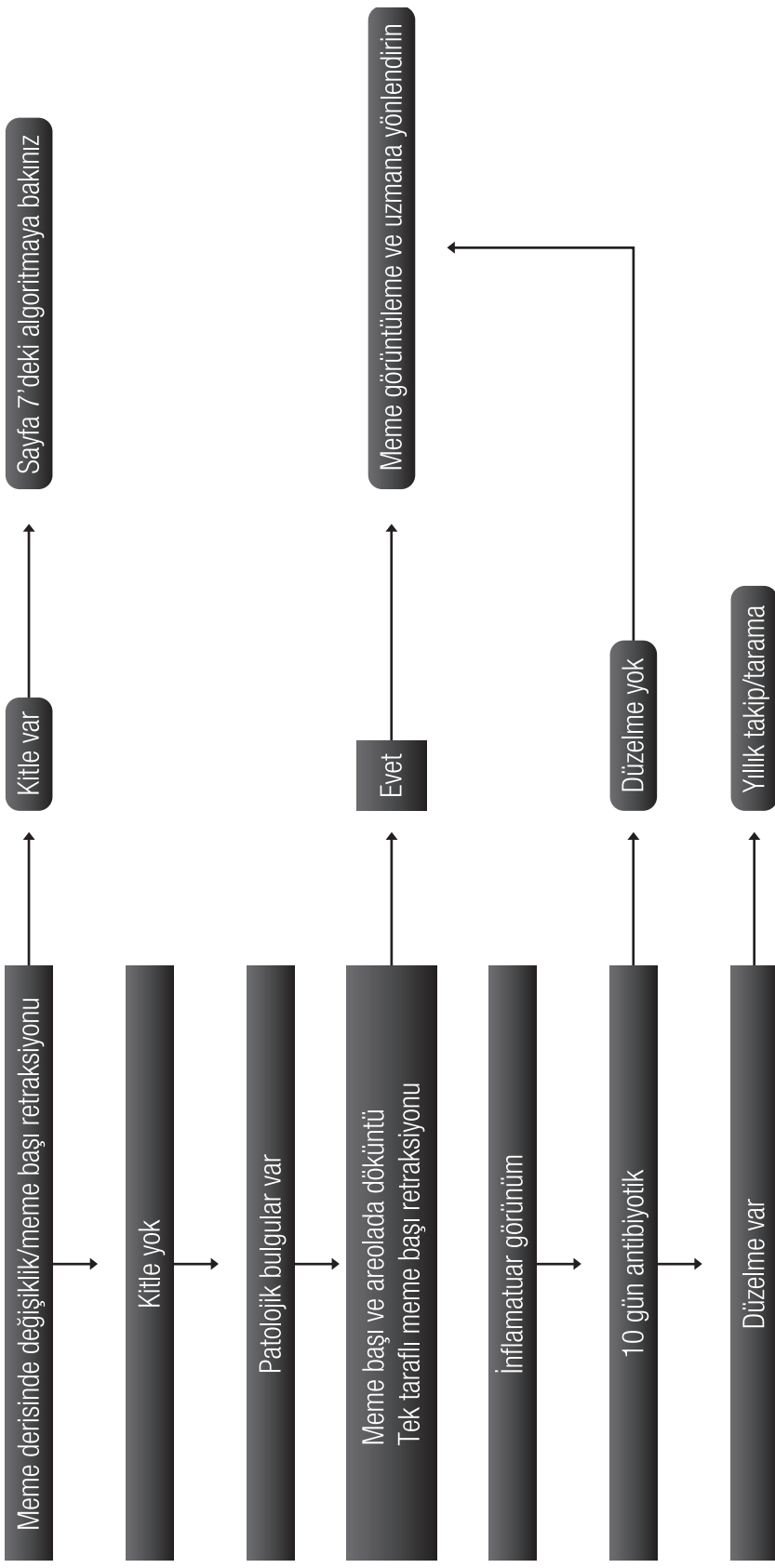




Meme Derisinde Değişiklikler ve Meme Ucunun Retraksiyonu

- Anamnezde şunlar önemlidir:
 - Süresi: Ne kadar zamandır meme başı retrakte ya da deride değişiklikler var?
 - Lokalizasyon: Tek taraflı mı?
 - Eşlik eden durum: Kitle var mı? Akıntı?
- Kitle saptanmasa da şüpheli durumlarda mutlaka meme görüntülemesi yapılmalıdır.
- Meme başında ekzema ile Paget hastalığının mutlaka ayırıcı tanısı yapılmalıdır. (Bkz. Tablo).
- Yakın zamanda gelişen tek taraflı meme başı retraksiyonu mutlaka araştırılmalıdır. Doğuştan olanlar klinik olarak bir önem arzetmez.
- Meme derisinde kızarıklık ve ödem durumunda eğer hasta emzirmiyor ve yakın zamanda bir travma öyküsü yoksa inflamatuvar meme kanseri akla gelmelidir. 7-10 günlük antibiyotik tedavisi (Ampisilin/Sulbaktam veya Amoksisilin/Klavulonat 2x1g oral) sonrası eğer belirtilerde bir değişiklik yoksa mutlaka hasta bir uzmana yönlendirilmelidir. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, granülomatöz mastit ve inflamatuvar meme kanseri göz önünde bulundurulur.
- İnflamatuvar meme kanserinde meme derisinde yoğun ödem ve kızarıklık portakal kabuğu manzarasını yaratır. Ayrıca kızarıklıkla birlikte döküntüler de görülebilir. Her zaman kitle olmayabilir ya da memede bir kadranı ya da tüm kadranları tutan büyük bir kitle ele gelebilir. Tanı deriyi de içeren biopsi ile konur.

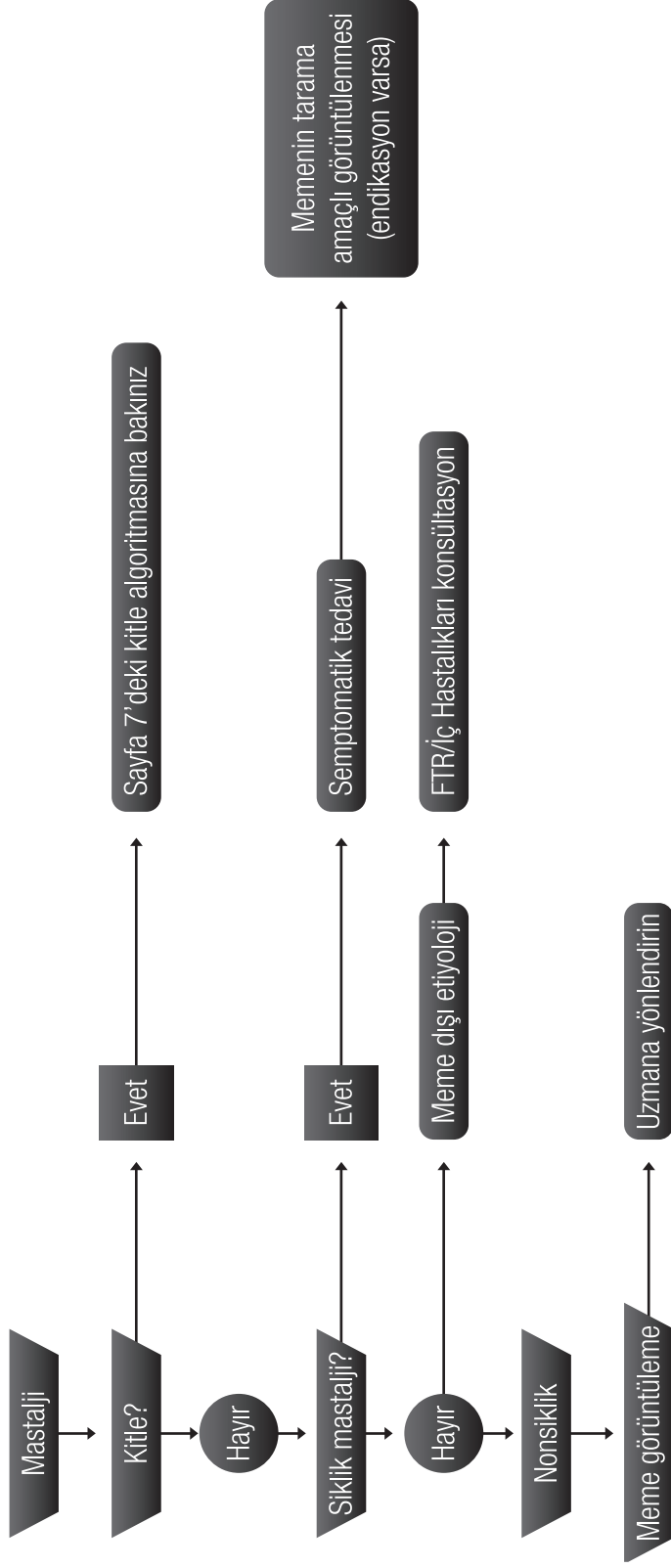
Ekzema	Paget hastalığı
Genellikle bilateral	Unilateral
Aralıklı olarak hızlı gelişim	Sürekli yavaş gelişim
Deri nemli	Nemli veya kuru
Belirsiz sınırlar	İrregüler fakat belirgin sınırlar
Meme başı tutulmayabilir	Meme başı her zaman tutulur, ilerlemiş olgularda meme başı kaybolabilir
Sıklıkla kaşıntı olur	Sıklıkla kaşıntı olur





Meme Ağrısı (Mastalji)

- Mastalji 3 kadından 2'sinde görülür. Nadiren kanser belirtisidir.
- En sık nedenleri fibrokistik değişiklikler ve hamilelik, menstrüasyon ve menapoza bağlı olarak gelişen hormonal değişikliklerdir. Aşırı ya da alışkın olunmayan fizik aktivite, travma ve bazı ilaçlar da (hormonlar, antidepresanlar, anksiyolitikler, antihipertansifler ve antibiyotikler) mastalji yapar. Anamnezde bu özellikler sorgulanmalıdır.
- Mastalji 3 grupta sınıflandırılır: siklik, nonsiklik ve meme dışı.
- Siklik mastalji en sık görülendir ve menstrüel siklusla ve memelerde gelişen ödemle ilişkilidir. Genellikle bilateraldir ve sıklıkla üst dış kadrantlarda lokalizedir ve bazen koltukaltına yayılır.
- Nonsiklik mastalji sürekli veya intermitan olabilir. Sıklıkla tek taraflıdır ve memenin bir bölgesinde sınırlıdır. Bazen laterale doğru yayılabilir. Keskin, yanıcı, zonklayıcı veya acıtıcı tarzda olabilir.
- Meme dışı (ekstramamarian) mastalji memeden kaynaklanıyor sanılsa da orijini sıklıkla göğüs duvarı, nadiren de kardiyak, pulmoner veya gastrointestinal sistemdir.
- Meme kanserine bağlı mastalji iyi lokalize ve non sikliktir. Ancak mastaljiyle gelen hastaların ancak %1-6'sında kanser saptanır.
- Mastalji ile gelen bir hastada uygulanacak algoritm 16. sayfada verilmiştir.
- Siklik mastalji için öncelikle parasetamol ya da asetaminofen grubu ilaçlar kullanılmalıdır. Özellikle premenstrüel dönemde bu ilaçlar başlanmalı ve menstrüasyonun başlamasıyla kesilmelidir. Aspirin türevi analjezikler tavsiye edilmez. Nonsteroidal antiinflamatuvarlar (naproksen ya da ibuprofen grubu) da aynı şekilde kullanılabilir. Refrakter olgular uzmana yönlendirilmelidir. Ciddi refrakter siklik mastaljide danazol ve tamoksifen kullanılabilir.
- Oral kontraseptifler de mastaljide yararlı olabilir.
- Diyetle alınan yağların kısıtlanması (günlük total kalori gereksiniminin %15'ten daha azının yağlarla sağlanması) siklik mastaljide belirgin düzelmeye sağlamaktadır. Ayrıca çay ve kahve tüketiminin kısıtlanması da mastaljinin kontrolüne yardımcı olur.
- Düzenli egzersiz yapan kadınlarda mastalji daha az görülmektedir.





Meme Biopsi Yöntemleri ve Meme Patolojisi

1. Görüntüleme Yöntemleri Kılavuzluğunda Meme biyopsi yöntemleri

• Ultrasonografi Kılavuzluğunda

İnce İğne (aspirasyon): İnce bir iğneyle, dokudan hücre düzeyinde örnekler alınmasını sağlar. Örnek alınması da değerlendirilmesi de güçtür. Tecrübeli bir radyolog ve sitolog gerektirir.

Kalın İğne (Tru-cut): Daha kalın bir iğneyle doku örnekleme yapılmasını sağlar. Palpabl kitlelerde bir uzman tarafından kolaylıkla yapılabilir. İnce iğneden daha doğru sonuç verir.

Tel ya da Radyoaktif Madde ile İşaretleme

• Mamografi Kılavuzluğunda

Stereotaktik Vakum Biyopsi: Palpe edilemeyen ancak görüntüleme ile saptanan kitlelerde uygulanan bir yöntemdir. Mamografi eşliğinde yapılan daha çok mikrokalsifikasyonlarda uygulanır.

Tel ya da Radyoaktif Madde ile İşaretleme

• Magnetik Rezonans Görüntüleme Kılavuzluğunda

Stereotaktik Vakum Biyopsi

Tel ya da Radyoaktif Madde ile İşaretleme

• Cerrahi Yöntemle Meme Biyopsisi

Görüntüleme Yöntemleri Kullanılarak İşaretleme Sonrası Cerrahi Açık Biyopsi

Görüntüleme Kullanılmadan Elle Muayene Bulguları Kılavuzluğunda Cerrahi Açık

Biyopsi: Diğer yöntemlerle alınan örneklemelerde çelişkili ya da yetersiz veya kuşkulu sonuçlar varsa, ya da diğer biyopsi yöntemlerinin yapılamadığı koşullarda açık cerrahi biyopsi yapılır. Palpe edilemeyen ya da derin yerleşimli lezyonlarda görüntüleme yöntemiyle işaretlenerek (tel işaretli) biyopsi yapılır.

Eksizyonel biyopsi: Lezyonun tümüyle çıkarılmasıdır.

İnsizyonel biyopsi: Lezyondan patolojik inceleme için yeterli olacak boyutta bir parça alınmasıdır.

2. Spesifik meme patolojileri

Benign (Nonproliferatif) lezyonlar:

- **Meme kistleri.** Sıvıyla dolu iç yüzeyleri epitelle döşeli boşluklardır. Hemen daima multiple ve bilateraldir, ve kanserleşmezler. Terminal duktus lobüler ünitesinden veya obstrükte olmuş genişlemiş kanaldan gelişirler. Sıvı yeşil-griden kahverengiye kadar değişik renklerde olabilir.
- **Duktal ektazi.** Büyük veya orta çaplı kanalların genişlemesidir. Dökülen hücreler ve proteinimsi bir materyalle doludurlar. Palpe edilebilirler. Kanser riski yoktur, ancak muayenede karışabilir. Hafif duktal epitelyal hiperplazi. Bazal membran üzerinde normalde 2 tabaka olan hücrelerin sayıca artmasına epitelyal hiperplazi denir. Apokrin, lobüler veya atipik özellikler yoktur. Kanser riski taşımaz.
- **Fibroadenom.** Sınırları belirgin hücresel ve stromal komponentlerin eşit dağıldığı, hücreden fakir stromaya sahip iyi huylu lezyonlardır.
- **Hamartom.** Tek taraflı meme büyümesine yol açan palpe edilemeyen tipik mamografik görüntüsü olan yağ, gland, lif ve düz kaslar içeren ince kapsüllü lezyonlardır. Multiple hamartomlar Cowden hastalığı ile ilişkilidir ki bu durum kanser riskini artırır.
- **Tübüler adenom.** Genç kadınlarda görülen fibroadenoma benzer iyi sınırlı lezyonlardır. Stromal kısmı daha azdır. Emziren kadınlarda görülen özel bir tipi vardır (lactating adenoma).



Benign fakat takibi gereken (proliferatif) lezyonlar:

- **Papiller lezyonlar.** (intraduktal papillomlar). Soliter (tek) papillomlar, majör laktiferöz duktuslarda gelişir ve en sık premenapozda görülür. Kanlı veya seröz meme başı akıntısı yapar. Multipl olanlar daha genç yaşlarda görülür ve bilateral olma eğilimindedirler. Atipik hiperplazi veya DCIS dörtte bir olguya eşlik ettiğinden cerrahi eksizyon önerilir.
- **Sklerozan adenozis.** Lobüler glandların artarak lobül unitesini ve sınırlarını bozduğu, ancak bazal membranın korunduğu lezyonlardır. Mikrokalsifikasyonlar ve multipl kistler ile birlikte görülür ve bu durum mamografide ayrımı güçleştirir.
- **Radial skar.** Ortasında skleroz ve onu çevreleyen değişik derecelerde epitelyal hiperplazi, apokrin metaplazi ve papillom oluşumuyla karakterize lezyonlardır. Boyutları genelde 1 cm'den küçüktür. Daha büyük lezyonlara kompleks sklerozan lezyonlar denir. Kanser riski diğer proliferatif hastalıklardan fazla değildir.

Atipik proliferatif lezyonlar:

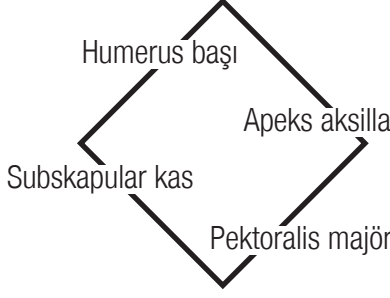
- **Atipik lobüler hiperplazi.** Lobüler carcinoma in situ'ya benzer ancak hücre özellikleri ve dizilimi daha uniformdur. Premenapozeal kadınlarda siktir. Kanser riskini 4 kat, ailede meme kanseri öyküsü varsa 10 kat artırır.
- **Atipik duktal hiperplazi.** DCIS tanısı koymak için gerekli kriterlerden (bkz. DCIS) bir kısmı yoksa atipik duktal hiperplazi denir. Kanser riski 4 kat artmıştır.

Premalign ya da malign lezyonlar:

- **Lobüler karsinoma in situ (LCIS).** Lobül yapısı içerisinde aşırı atipik hücre çoğalması sonucu lobülün distansiyonu ve distorsiyonu ile karakterizedir. Artmış kanser riskinin bir belirticidir. Sadece bulunduğu meme lokalizasyonunda değil memenin herhangi bir yerinde ve diğer memede de invaziv kanser gelişir.
- **Duktal carcinoma in situ (intraduktal karsinom) (DCIS).** Hiperkromatik nükleuslu, uniform dizilim gösteren hücreler mikropapiller yapılar oluştururlar. Morfolojik olarak çeşitli tipleri vardır. Bazal membran iyi korunmuştur. Bazen nekroz alanları içerir (komedo tip). Tedavisi yüksek invaziv kanser riski dolayısıyla cerrahi, radyoterapi ve hormonoterapidir.
- **İnvaziv karsinomalar.** Bir çok histolojik alt tip tanımlanmışsa da büyük kısmı özel bir tip olmayan invaziv duktal (meme) karsinomlarıdır (Invazive mammary carcinoma of no special type). Diğer alt tipler tübüler, invaziv kribriform, müsinöz, infiltran lobüler ve medüller karsinomlardır. İnflamatuvar meme kanseri özel bir tip olarak kabul edilir ve tedavisi diğerlerinden farklılık gösterir.
- **Paget Hastalığı.** Meme başı ve areolada epidermis içerisinde glandüler neoplastik hücrelerin görüldüğü, kliniği ekzema ile seyreden bir kanser türüdür. %90 olguda altta bir invaziv ya da in situ kanser vardır.
- **Mezankimal neoplazmlar.** Fibroepitelyal kökenliler (fibroadenom, filloides tümörü ve hamartom), fibro blastik/myofibroblastik kökenliler (fibromatozis, myofibroblastoma, hemanjioperistoma vs), vasküler kökenliler (hemanjiom, anjiomatozis, anjiosarkoma vs) ve diğerleri (lipom, liposarkom, granüler hücreli tümör, leiomyosarkom ve rabdomyosarkom).



Meme Muayenesi

ANAMNEZ	LENF SİSTEMİ MUAYENESİ	İNSPEKSİYON
<p>Hastanın şikayeti</p> <p>Özgeçmiş-Memeye yönelik sorgu</p> <p>Soygeçmiş</p> <p>Meme Anamnez ve Değerlendirme Formu</p>	<p>Supra ve infraklavikular lenf nodları</p> <p>Aksiller</p>  <p>Humerus başı Apeks aksilla Subskapular kas Pectoralis majör</p>	<p>Oturur pozisyonda:</p> <p>Simetri</p> <p>Deri değişiklikleri</p> <p>Meme başı değişiklikleri</p> <p>Çukurlaşma</p> <p>Venöz belirginleşme</p>
MUAYENE: POZİSYON	PALPASYON	KAYIT
<p>Sırt üstü yatarken, hangi taraf muayene ediliyorsa o taraf kol baş altına konur, baş diğer tarafa döndürülür.</p> <p>O taraf skapula altına küçük bir yastıkçık konur.</p> <p>Meme boyutu büyükse hasta yan yatırılıp kol baş üstüne alınır, omuz arkaya düşürülür (Cahan pozisyonu)</p>	<p>Orta 3 parmağın pulpalarıyla</p> <p>-sirküler (saat yönünde tüm kadranslarda) ve</p> <p>-radial (meme kenarlarından ucuna doğru.)</p> <p>İşaret ve orta parmakla yürüme hareketleri yaparak saat yönünde tüm kadranslarda, radial.</p> <p>Herhangi bir kitle saptandığında parmaklar 3 aşamalı olarak daha derine bastırılarak kitlenin bulunduğu seviye saptanmaya çalışılır.</p>	<p>Anamnez, Özgeçmiş ve Soygeçmiş eksiksiz not edilmeli</p> <p>Meme Muayenesi sırasında saptanan bulgular anında kaydedilmeli</p> <p>İstenen tetkikler ve bir sonraki kontrol tarihi belirtilmeli</p> <p>Kontrolde gelen hastalarda daha önceki kayıtlar mutlaka görülerek varsa değişimler gözden kaçırılmamalı.</p>



Meme Anamnez ve Değerlendirme Formu

Tarih / / 201.....

Adınız-Soyadınız :

Adres :

Doğum tarihiniz : / /

Yaşınız :

Tel :

Boy : cm

Cep Tel :

Kilo : kg

E-posta :

Son 3 ay içerisinde memenizde herhangi bir sorun ya da değişiklik farkettileriniz mi?

Hayır Evet ise Sağ Sol Adetlerle birlikte

Kitle

Meme başı akıntısı

Meme başında çekinti

Kızanklı/şişlik

Döküntü/kaşıntı

Meme ağrısı

Diğer (belirtiniz)

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç yaptırdınız mı?

Hekim tarafından meme muayenesi Hayır Evet En son ne zaman

Sonuç

Mamografi veya ultrason Hayır Evet En son ne zaman

Sonuç

Meme biopsisi Hayır Evet En son ne zaman

Sonuç

İlk adetinizi 12 yaşından önce mi gördünüz? Hayır Evet Kaç yaşında

Adetleriniz hiç bir yıldan daha uzun süre kesildi mi? Hayır Evet Kaç yaşında

Hiç hormon replasman tedavisi aldınız mı? Hayır Evet Kaç yaşında

Ne aldınız?

Hiç doğum yaptınız mı? Hayır Evet İlk doğum kaç yaşında

Alkol kullanıyor musunuz? Hayır Evet

Türü ve miktarı

Göğüs bölgesine hiç ışın tedavisi (radyoterapi) aldınız mı? Hayır Evet

Kaç yaşında

Nedeni?

Mamografide yoğun meme dokusu (Tip 4) olduğu söylendi mi? Hayır Evet Bilmiyorum

Ailenizde hiç meme, rahim, yumurtalık ya da bağırsak kanseri olan var mı?

Yok Var Varsa Belirtiniz:

Sizde meme kanseri varsa nasıl bir tedavi aldınız?

Cerrahi:Meme koruyucu Tüm meme alındı Sağ Sol İkisi de

Işın tedavisi (radyoterapi)

Kemoterapi

Hormon

Diğer (belirtiniz)

Kanser dışı bir nedenle hiç meme ameliyatı oldunuz mu? Hayır Evet

Meme küçültme Büyütme (implant)

Ailede hiç meme kanseri için genetik test yaptırılan var mı? Hayır Evet

Varsa kim?

Hangi gen?



Meme Muayene Formu

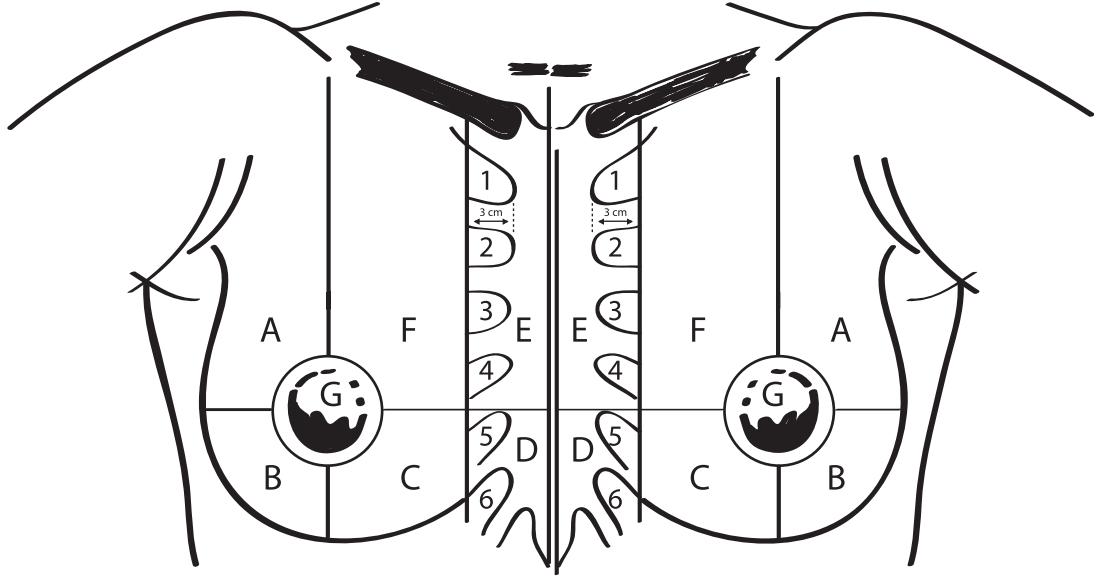
Tarih / / 201.....

Adı-Soyadı :

TC Kimlik No :

Doğum Tarihi :

Meme Spesifik Anamnez	Geliş Nedeni Yıllık kontrol Yeni bir sorun Takip Diğer	Son Muayene Tarihi / /	Meme Kanseri Öyküsü Hastada <input type="checkbox"/> Yaşı Annede <input type="checkbox"/> Yaşı Kızkardeşte <input type="checkbox"/> Yaşı Kızında <input type="checkbox"/> Yaşı Teyze/Hala <input type="checkbox"/> Yaşı Erkek Akraba <input type="checkbox"/> Yaşı			
	Şikayeti Yok Kitle Meme başı akıntısı Meme başında çekinti Kızarıklık/Şişlik Döküntü Mastalji Diğer	R 	L 	Sıklık 	Saptandığı Tarih / /	Meme Öyküsü SAT : Menarş : Menapoz : İlk Doğum yaşı : Doğum sayısı : Düşük/kürtaj : OK Kull. : HRT : Son MG tarihi : Meme biopsisi/sayısı : Bx Tanısı :
Fizik Muayene	Meme Bulguları Normal meme Granüler pattern Yoğun nodülarite Deride ödem Nipple/areola patolojik Hassasiyet Meme başı akıntısı Kitle Simetri	Sağ 	Sol 	Kadran 	Saat 	Areolaya Uzaklık
	Kitle Özellikleri	Şekil Yuvarlak Oval İrregüler	Sınırlar Belirgin Belirsiz	Boyutlar (cm) 	Yapı Yumuşak Sert Lastik kıvamı Çok sert	Mobilite Mobil Fikse
Lenf Nodları						
Özellik Yuvarlak Oval İrregüler	Aksiller Sağ 	Sol 	Supraklavikular Sağ 	Sol 	İnfraklavikular Sağ 	Sol



Sonuç	Fizik Muayene Sonucu Normal muayene Benign bulgular Şüpheli	İstenen Görüntüleme Tarama MG Tanısal MG Meme USG Diğer	Hasta Eğitimi Yıllık taramanın önemi Kendi kendine muayene Aile bireylerinin takibi
Ön Tanı			
	Tarih:	Dr.	
Karar	Muayene ve görüntüleme uyumlu Muayene ve görüntüleme çelişkili	Konsültasyon: Radyoloji Cerrahi	Kontrole çağrıldı: 1 - 2 - 3 - 6 ay sonra Yıllık kontrol
	Konsültasyon sonucu: / / 201 Konsültan Dr.		
	Tanı		
Takip Notları			



Kaynakça

1. Hunt KK, Green MC, Buchholz TA. Diseases of the Breast. Chapter 36. Townsend CM (Editor). Sabiston Textbook of Surgery. 19th Edition. 2012. Pp 824-884. Elsevier Saunders.
2. Bland KI, Copeland III EM. The Breast. 2011. Elsevier Saunders.
3. Hunt KK, Newman LA, Copeland III EM, Bland KI. The Breast. Brunnicardi FC (Editor). Schwartz's Principles of Surgery. 9th Edition. 2010. Pp 423-474. McGrawHill.
4. Degnim AC, Boughey JC. Screening fo Breast Cancer. Cameron CL, Cameron AL. Current Surgical Therapy. 10th Edition. 2011. Pp 512-515. Elsevier Saunders.
5. NCCN Guidelines for Treatment of Cancer by Site. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#breast
6. Breast Cancer. Diagnostic Algorithms for Primary Care Providers. California Department of Public Health. Cancer Detection Section. Breast Expert Workgroup. http://qap.sdsu.edu/screening/breastcancer/bda/pdf/BDA_4thEdition_bw.pdf





PEMBE
KURDELE
DERNEĐİ

AİLE HEKİMLERİ İÇİN MEME KANSERİ TANI ALGORİTMALARI

Prof. Dr. Ekmel TEZEL

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Tel & Fax : **0312 441 14 14**

Cep : **0533 655 16 94**

ekmeltezel@yahoo.com

www.ekmeltezel.com

www.pembekurdele.org

AHEF'in Katkılarıyla



AİLE HEKİMLERİ DERNEKLERİ
FEDERASYONU
2008