

KETEM'e Başvuran Kadınlarda Meme Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Breast Complaints of Women Applying to KETEM

¹Mehmet Ali Eryılmaz, ²Said Bodur, ¹Seher Civcık, ²Yasemin Durduran

¹Konya Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi, Konya
²Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Özet

Konya Kanser Erken Teşhis-Tarama Ve Eğitim Merkezi (KETEM)'ne 2007-2010 yıllarında başvuran kadınların mevcut ve geçirilmiş meme yakınmalarının dağılımı ve demografik değişkenlerle ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı. KETEM'in elektronik ortamdaki veri giriş paneline ait bilgiler, çalışma için gerekli olanları süzülerek ve kişisel bilgilerden arındırılarak, Excel dosyası formatında elde edildi. Bağımlı ve bağımsız değişkenler demografik özellikler ve meme şikâyetleriydi. Veriler SPSS ortamına aktarıldı ve analiz edildi. Betimleyici istatistikler kullanıldı. İlişkilerin belirlenmesinde adım adım lojistik regresyon analizi yapıldı. Konya KETEM'e 2007-2010 yıllarında başvuran ve meme sorgusu yapılan 19600 kadının yaş ortalaması 44±12 yıl olup % 92'si sosyal güvenceye sahipti. Kadınların ilk adet yaşı ortancası 13 yıl, canlı doğum sayısı ortancası 3 çocuk, toplam emzirme süresi ortancası 36 ay idi. OKS kullananların oranı % 9, sigara içenlerin oranı % 7, şişmanlık oranı % 33 ve bitkisel ağırlıklı beslenme oranı sadece % 2 idi. Mamografi çekme oranı % 32, kendi kendine meme muayenesi yapma oranı % 18'di. Kadınların % 44'ü herhangi bir meme şikâyetine, % 8'i de geçirilmiş meme hastalığı öyküsüne sahipti. Meme yakınması varlığı yaş, boy, canlı doğum sayısı, toplam emzirme süresi ve beslenme tipi ile ilişkili bulunurken, geçirilmiş meme hastalığı boy ve sigara kullanımı ile ilişkili bulundu (her biri için en az p<0,05). KETEM'e başvuranların yarısı meme yakınmasına sahiptir. Yaş, boy, canlı doğum sayısı ve beslenme tipi ile meme hastalıklarının ilişkisi ileri araştırmalarla daha belirgin hale getirilmelidir. Emzirmenin teşviki ve sigarasız yaşam meme hastalıklarını azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Meme hastalığı, tarama, emzirme, sigara

Abstract

To determine the distribution and association with demographic variables of breast complaints of women in Early Diagnosis-Scanning and Education Centers (KETEM). Electronically kept data in Konya KETEM was analyzed by omitting personal information via SPSS package software in 2011. Dependent and independent variables were demographic features and breast complaints. Descriptive statistics were used, and logistic regression analysis was performed step by step to define the correlations. Mean age of women applying to KETEM between 2007 and 2010 was 44±12 years, and 92% were of social security. Median age of first menstrual cycle was 13 years, median number of living births was 3, and median total duration of breastfeeding was 36 m. The rates of OKS use, smokers, obesity and vegetative life style were 9%, 7%, 33% and 2%, respectively. The rates of mammography and self-checked breast examination were 32% and 18%, respectively. 44% had any kind of breast complaints, and 8% had a history of experienced breast disease. While the existence of complaints was associated with age, height, number of living births, total breastfeeding duration and type of nutrition, experienced breast disease was related to height and smoking (at least, p<0,05 for each). Half of the women declared breast complaints. The association of breast diseases with age, height, number of living births and type of nutrition should be further investigated. The encouragement of breastfeeding and non-smoking type of life style could diminish breast diseases.

Key words: Breast disease, scanning, breastfeeding, smoking

GİRİŞ

Meme kanseri, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda en sık görülen kadın kanseridir. Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir (1). Amerika'da Meme kanseri kadınlarda kanserlerin % 33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin % 20'sinden sorumludur (2). Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında yüzde 35 oranında olduğu ileri sürülmekte ve her yıl on bin yeni meme kanseri vakasının gelişeceği hesaplanmaktadır. Meme kanserinin risk faktörleri arasında demografik özellikler, reproduktif öykü, ailesel/genetik faktörler, kişisel meme kanseri öyküsü, meme biyopsi sayısı, dens meme yapısı, vücut kütle indeksi (VKİ) gibi faktörler sayılmaktadır (3,4).

Meme kanseri aile öyküsü olan kadınların (annesinde, kız kardeşinde ve kızında) kendisinde meme kanseri görülme riski toplumdaki diğer kadınlara göre 2-3 kat daha fazladır (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2005 yılında, özellikle düşük/orta gelirli ülkelere kanser mortalitesini azaltacak ve kanser hastaları ile bunların ailelerinin yaşam kalitelerini artıracak programların geliştirilmesinde kendisi ile işbirliği yapılmasını önermiştir. DSÖ, ülkelere kanser kontrol programlarını mevcut sağlık sistemlerine entegre etmelerini, kanser erken tanı ve tedavisinde kanıt dayalı, kaynakların verimli bir şekilde kullanılabileceği programlar geliştirmelerini tavsiye etmiştir (6). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kanserlerin erken tanısı için tüm illeri kapsayan ve sayıları 124'e varan Kanser Erken Teşhis-Tarama ve Eğitim Merkezlerini (KETEM) kurmuştur. KETEM'ler

meme, serviks, deri, mide-kolon ve prostat kanserlerinin erken tanısı ve sigara bağımlılığının azaltılması için çalışmalar yapmaktadır (7). Ulusal düzeyde meme kanseri için farkındalığın artırılması ve tarama alt yapısının oluşturulması için 2004 yılında Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından KETEM'lerde uygulanmak üzere meme kanseri tarama standartları yayınlanmıştır (8). Bu çalışmada, dört yıldır tarama faaliyeti gösteren Konya KETEM'e 2007-2010 yıllarında başvuran kadınların mevcut demografik özellikleri, meme şikâyetlerinin değerlendirilmesi ve bunların meme kanseri ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Evren-örneklem: Bu betimleyici retrospektif çalışma, Konya KETEM'de tutulan kayıtlar üzerinde 2011 yılında gerçekleştirildi. Konya ilindeki tek tarama merkezi olan Konya KETEM 16 Kasım 2006'da kuruldu, 2007'nin başında hizmete başladı. 1 Ocak 2007'den itibaren dört yıllık kayıtların tümü, erkek başvurular hariç tutularak, örnekleme yapılmaksızın çalışma kapsamına alındı.

Veri toplama ve değişkenler: Konya KETEM'e gelen 19600 kadın katılımcıya; KETEM eğitim salonunda meme kanseri, risk faktörleri, korunma, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi

Tablo 1. KETEM'e meme kanseri taraması için başvuran kadınların özellikleri (n=19600)

Değişkenler	n	Ortanca (min-max)
İlk adet yaşı	11631	13 (9-26)
İlk gebelik yaşı	11877	20 (12-43)
Son gebelik yaşı	11157	28 (15-50)
Canlı doğum sayısı	11149	3 (0-13)
Ölü doğum sayısı	1674	1 (0-10)
Düşük sayısı	2501	1 (0-9)
Kürtaj sayısı	4040	1 (0-15)
İlk evlilik yaşı	12312	18 (11-51)
Toplam emzirme süresi	15680	36 (0-99)
		Yüzde
Yaş grubu (19600)	≤39	35.2
	40-49	31.9
	50-59	24.1
	60≤	8.8
Öğrenim durumu (n=250)	Öğrenim görmemiş	14.0
	İlkokul	63.2
	Ortaokul ve üzeri	22.8
Sosyal güvence (n=249)	Var	92,0
	Yok	8,0
VKİ (n=14233)	≤24,9	16.3
	25-29,9	49.8
	30≤	33.9
Menopoz durumu (n=6708)	Premenapoz	45.8
	Postmenapoz	54.2
Beslenme tercihi (n=14508)	Hayvansal ağırlıklı	97.6
	Bitkisel ağırlıklı	2.4
Alkol tüketimi (n=14446)	Hayır	91.7
	Evet	8.3
Sigara (n=13569)	İçmeyen	92.9
	İçen	7.1
Spor (n=14472)	Yapmayan	95.1
	Yapan	4.9
Ailede meme kanseri öyküsü (n=19600)	Var	9.6
	Yok	90.4
OKS kullanımı (n=1806)	Kullanan	8.8
	Kullanmayan	91.8
Aile planlaması yöntemi (n=10317)	Kullanan	85.4
	Kullanmayan	14.6
KKMM (n=19600)	Yapan	18.1
	Yapmayan	81.9
Geçirilmiş meme hastalığı (n=19600)	Var	8.0
	Yok	92.0
Meme yakınması (n=19549)	Var	43.7
	Yok	66.3
Daha önce MG çekirme öyküsü (n=19600)	Var	31.7
	Yok	68.3

Tablo 2. KETEM'e başvuran kadınların öykülenen meme hastalıklarının dağılımı

Geçirilmiş meme hastalığı (% 8)	n	%
Fibrokistik hastalık	830	52.6
Mastit	421	26.7
Fibroadenom	186	11.8
Meme kanseri	64	4.1
Meme başı çekilmesi	31	2.0
Diğerleri	40	2.5
Toplam	1577	100

konusunda projeksiyon görüntüleri eşliğinde ve maket üzerinde eğitim verildi. KETEM tıbbi sekreteri tarafından tüm katılımcıların sosyal güvence durumu, yaş, boy, ağırlık, öğrenim durumu, meslek, spor yapma durumu, ailede meme kanseri öyküsü, sigara, alkol alışkanlığı, beslenme tercihi, kronik hastalık varlığı, KKMM'i yapıp yapmadığı, daha önce Mamografi (MG) çekirip çekmediği, ilk adet yaşı, ilk gebelik yaşı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, toplam emzirme süresi, doğurganlık döneminde oral kontraseptif (OKS) kullanımı, son gebelik yaşı, menopoz yaşı, meme ile ilgili şikâyeti, geçirilmiş meme hastalığı öyküsünün sorgulandığı katılımcı bilgileri KETEM'in elektronik ortamdaki kayıtlarına eklendi. KETEM'in elektronik ortamdaki veri giriş paneline ait bilgiler, çalışma için gerekli olanları süzülerek ve kişisel bilgilerden arındırılarak, otomasyon birim yetkilisinin gözetiminde Excel dosyası formatında elde edildi. Bağımsız değişkenler demografik özellikler olup bağımlı değişken ise meme şikâyeti, geçirilmiş meme hastalığı ve ailesinde meme kanseri öyküsü idi.

Tarama süreci: Ön bilgilendirme sonunda Klinik Meme Muayenesini (KMM) ve MG ve/veya Ultrasonografi (USG) çekirtmeyi kabul eden 17768 kadının kimlik bilgileri kayıt altına alındı. Yaşı 40'ın altında olanlara USG, 40 ve üzerinde olanlara ise MG yapıldı. MG'nin yorumlanmadığı dens meme dokusuna sahip kadınlara ek olarak USG istendi. Her iki yöntemin yetersiz kaldığı durumlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerildi. Kansere Savaş Dairesi Başkanlığının meme kanseri tarama protokolü gereği MG ile taramanın üst sınırı olarak 69 yaş alındı. Yaşı 69'dan daha büyük olup tarama için başvuran kadınlara KMM'ni takiben meme USG ile ilk değerlendirmesi yapıldı. Değerlendirmenin yetersiz kaldığı durumlarda MG ve/veya MRG istendi. KMM ve görüntüleme yöntemlerinde kanser açısından şüpheli lezyonu olanlardan biyopsi istendi.

Veri analizi: Kodlama işlemleri tamamlandıktan sonra veriler SPSS ortamına aktarıldı ve analiz edildi. Çalışma bir kayıt araştırması olup otomasyonda hem demografik hem de tarama amacına yönelik

Tablo 3. KETEM'e başvuran kadınların tanımladığı meme yakınmalarının dağılımı

Meme yakınması (% 44)	n	%
Ağrı-Sızı	6633	77.5
Kitle-Şişlik	1154	13.5
Akıntı	405	4.7
Cilt tezahürü	184	2.1
Meme apsesi	69	0.8
Meme başı çekilmesi	60	0.7
Aksiller lenfadenopati	56	0.7
Toplam	8561	100

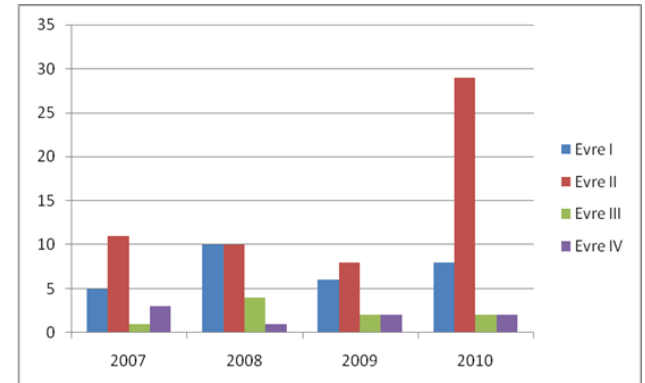
Tablo 4. KETEM'e başvuranların meme kanseri öyküledikleri akrabalarının dağılımı

Meme kanserli olduğu bildirilen akraba	Sayı	Bildirimler içindeki oranı (%)
Anne	400	22,1
Kardeş	381	21,0
Hala	297	16,4
Teyze	294	16,2
Yeğen-kuzen	260	14,3
Büyükanne	142	7,8
Diğerleri	38	2,2
Toplam	1812	100,0

bilgilerde eksik kayıtlar bulunmaktaydı. Tarama yapılanların sayısı çok büyük olduğu için betimlemede kullanılan yüzdeler her bir değişken için boş veriler dikkate alınmaksızın hesaplanarak sunuldu. Örneğin taramaya gelenlerin % 20'sinin toplam emzirme süresi kaydedilmemişti; bu durumda toplam emzirme süresi ortancası kaydedilenler üzerinden hesaplanıp bildirildi. Sigara kullanım öyküsü sorgulamasında 5 adet/gün ve 3 aydan daha uzun sigara kullanım öyküsü tanımlayanlar ve hala içenler sigara içiyor olarak tanımlandı. Alkol kullanım öyküsünde ayda bir kadeh ve daha fazlasını kullananlar alkol tüketiyor olarak tanımlandı. Spor yapma öyküsü için en az ayda bir kez ve daha sık spor yapanlar spor yapıyor olarak tanımlandı. Boy uzunluğu 140 cm'nin altında olanlar kısa boylu, 160 cm'nin üzerinde olanlar uzun boylu olarak tanımlandı. Yaş kategorisi 40 yaş altı, 40-49 yaş, 50-59 yaş ve 60 yaş ve üstü olarak dört grupta sınıflandı. Hesaplamalarda 50 yaş altı fırsatçı grup, 50-69 yaş arası tarama grubu olarak tanımlandı. Vücut ağırlığı kilogram olarak kaydedildi, VKİ boy ve ağırlık değerleri kullanılarak hesaplandı. VKİ ≥ 30 olanlar obez olarak tanımlandı. Verilerin betimlemesinde ortalama, ortanca (min-max) ve yüzdelerden yararlanıldı. İlişkilerin belirlenmesinde adım adım lojistik regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR

Konya KETEM'e 2007-2010 yıllarında başvuran toplam 19600 kadının yaş ortalaması 44 ± 12 yıl olup % 92'si sosyal güvenceye sahipti. Başvurular en çok Mart-Nisan aylarında yapılmış olup başvuru sayısı

Grafik 1. Meme kanseri tanısı konulan hastalarda yıllara göre evre dağılımı

Tablo 5. Meme yakınması ve geçirilmiş meme hastalığı ile ilişkili faktörler

Sonuç değişken	Beta	S.H.	P	O.R.	
Meme yakınması	Boy	-0,009	0,004	0,019	0,992
	Yaş	-0,014	0,002	0,000	0,986
	Canlı doğum sayısı	0,075	0,017	0,000	1,077
	Beslenme tipi (hayvansal)	0,445	0,219	0,043	1,560
	Toplam emzirme süresi	-0,094	0,032	0,003	0,910
Geçirilmiş meme hastalığı	Boy	0,023	0,005	0,000	1,023
	Sigara	0,491	0,099	0,000	1,634

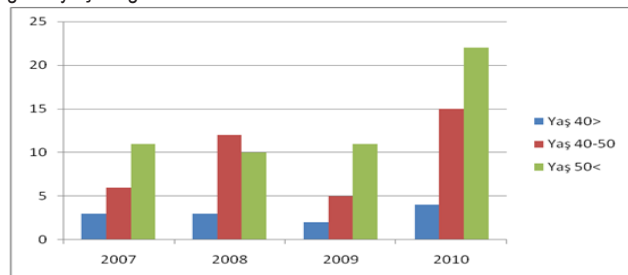
yıllar içinde azalmaktaydı. Kadınların ilk adet yaşı ortancası 13 yıl olup canlı doğum sayısı ortancası 3 çocuk, toplam emzirme süresi ortancası 36 ay idi. OKS kullanan kadın oranı % 9, sigara içenlerin oranı % 7, şişmanlık oranı % 34 ve bitkisel ağırlıklı beslenme oranı sadece % 2 idi. Mamografi çekirme oranı % 32, kendi kendine meme muayenesi yapma oranı % 18'di (Tablo 1). Taranan kadınların % 8'i geçirilmiş meme hastalığı öyküsüne sahip olup geçirilmiş meme hastalıklarından en sık görülenleri kist ve mastit idi (Tablo 2). Kadınların % 44'ü herhangi bir meme şikâyetine sahipti ve bunların % 78'i ağrı-sız, % 14'ü kitle-şişlik idi (Tablo 3). Kayıt taraması yapılan kadınlardan ailesinde meme kanseri öyküsü verenlerin oranı % 9.2 olup meme kanseri bildirilenler arasında % 22 ve % 21 ile ilk sırayı anne ve kardeş almaktaydı (Tablo 4). Meme kanseri tanısı olan ve almayanlarda ailede meme kanseri öyküsü bildirme düzeyi benzer bulundu (% 8 ve % 9). Meme yakınması varlığı yaş, boy ve toplam emzirme süresi ile negatif, canlı doğum sayısı ve hayvansal beslenme tipi ile pozitif ilişkili bulunurken ($p<0.001$), geçirilmiş meme hastalığı boy ve sigara kullanımı ile ilişkili bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Meme sorgusu yapılan 19600 kadından KMM'yi kabul eden % 90'ının yaş ortancası 51 (28-89) yıl idi. KMM yapılanların % 60'ına MG, % 59'una meme USG, % 0.6'sına MRG yapıldığı belirlendi. Malignite açısından şüpheli bulunan 378 (% 2.1) meme lezyonundan biyopsi alınarak 104 (% 0.6) meme kanseri tanısı konulduğu saptandı. Meme kanserli hastaların % 12'si 40 yaşın altında, % 49'u 50 yaşın altında, % 28'i evre I, % 55'i evre II idi (Grafik 1-2).

TARTIŞMA

Meme kanserinden ölümleri azaltmak için kullanılacak en geçerli yöntem mamografi ile taramadır. Uluslararası kuruluşlar mamografi ile taramayı önermektedir (9). Amerikan Kanseri Enstitüsü tarama için 40 yaşından itibaren yılda bir mamografi önerirken, Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'de, 50 yaşından itibaren iki yılda bir mamografi ile tarama

önerilmektedir (10,11). Gelişmiş ülkelerde, meme kanseri tanısı alan kadınların % 5 - % 7'si 40 yaşın altında ve % 25'i premenopozal iken Türkiye'de meme kanserli kadınların % 20'si 40 yaşın altında, % 45'i ise premenopozaldır (4). Annesinde ve/veya kız kardeşinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin diğer kadınlardan daha fazla olduğu bilinmektedir (12). Bizim çalışmamızda meme kanseri tanısı alan kadınların ailesinde meme kanseri öyküsü düzeyi diğerlerinden daha yüksek değildi. Bu çalışmada meme kanseri tanısı alan hastalarımızın % 12'si 40 yaşın altında ve % 46'sı premenopozal idi. Mamografi rutin taramada ve meme yakınmaları olanlarda yüksek özgülük ve duyarlılık oranlarına sahiptir. Mamografiye USG'nin eklenmesi, mamografinin duyarlılığını artırmaktadır (13). MRG ise MG ve USG'ye ek bir tanı yöntemi olarak daha sıklıkla kullanılmakta olup, meme görüntüleme yöntemleri içinde en yüksek özgülük (% 23-80) ve duyarlılık (% 83-100) oranlarına sahiptir (14,15). Memedeki kitlenin tanımlanmasında USG ve MG'nin sınırlı kaldığı durumlarda MRG istenmelidir (16,17). Bizim çalışmamızda meme kanseri tanısı konmuş olan hastaların dosyalarının incelenmesinde MG'ye ilave olarak 40-49 yaş grubundaki kadınların % 72'sine USG, % 55'ine MRG yapılmış olup, 50 yaşından daha büyük olan kadınlarda bu oranlar sırası ile % 36 ve % 25'tir. İleri yaş, ailede meme kanseri öyküsü varlığı, memede benign olarak tanımlanan lezyonların varlığı meme kanseri için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanırken, meme kanseri gelişen kadınların % 75'inde hiçbir risk faktörü bulunamamıştır (18,19). Meme şikâyetlerine sebep olan benign meme lezyonları, meme kanseri gelişme riskini 1.3-2.0 kat artırırken, atipik lobüler hiperplazi ve atipik duktal hiperplazileri gibi atipi içeren meme lezyonları meme kanseri gelişme riskini 4-6 kat arttırmaktadır (20). Konya KETEM'e başvuran kadınların % 9.2'si yakınlarında meme kanseri öyküsü tanımlamış, % 44'ü meme şikâyeti tanımlamışlardır.

Obezite ve sigara kullanımının meme kanseri gelişme riskini artıracığı, doğum sayısı ve emzirme süresi arttıkça meme kanseri gelişme riskinin azalacağı vurgulanmaktadır (5,12). Konya KETEM'e başvuran kadınların % 34'ü obez ($VKİ \geq 30$), % 7'si sigara içmekte olup canlı doğum sayısı ortancası 3, toplam emzirme süresi ortancası 36 aydır. Geçirilmiş meme hastalığı boy ve sigara kullanımı ile ilişkiliyken, meme yakınması varlığı yaş, boy ve toplam emzirme süresi ile negatif, canlı doğum sayısı ve hayvansal beslenme tipi ile pozitif ilişkilidir (Tablo 5). Diyet şeklinin meme kanseri üzerine etkisinin araştırıldığı 7 prospektif çalışmanın analizinde yağ tüketiminin meme kanseri gelişimi üzerine etkisi gösterilememiştir (21). Öte yandan meyve-sebze ağırlıklı bir diyetin meme kanseri gelişiminde "olası" orta derece koruyucu olarak tanımlanmıştır. Obezite premenopozal dönemde meme kanseri gelişmesi üzerine olumsuz etki göstermezken, postmenopozal dönemde oluşan obezitenin ($VKİ \geq 30$) meme kanseri gelişme riskinde artışa neden olduğu ileri sürülmektedir (22,23). Bu çalışmada kadınların % 98'i hayvansal

Grafik 2. Meme kanseri tanısı konulan hastalarda yıllara göre yaş dağılımı

gıda ağırlıklı beslendiğini belirtmiştir. Tam anlamıyla netlik kazanmasa da alkol kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin nispeten arttığı ifade edilmektedir (24-27). Alkol tüketimi ile meme kanseri gelişimi arasındaki ilişkiyi araştıran epidemiyolojik çalışmalarda, alkol tüketimi ile meme kanseri gelişimi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur, 60 gr/gün'ün üzerinde tüketilen her 10 gr/gün bu riski % 9 daha arttırmaktadır (28). Literatürde egzersiz, fiziksel aktivite ve beden kütle indeksinin 30'un altında tutulmasının meme kanserini önlemede yardımcı olduğu belirtilmektedir (29-31). Çin'de 1459 meme kanserli ve 1556 kontrol grubu kadın üzerinde yapılan bir çalışmada düşük fiziksel aktiviteye ve yüksek beden kütle indeksine sahip olan kadınların, düşük beden kütle indeksi ve yüksek fiziksel aktiviteye sahip kadınlarla karşılaştırıldığında iki kat daha fazla meme kanserine yakalanma risklerinin bulunduğu bildirilmiştir (32).

Boyu ile meme kanseri riski arasında zayıf korelasyon tanımlanmıştır (33). Yedi prospektif kohort çalışmanın analizinde, her 5 cm'lik fark için risk 1.07 (1.03-1.12) kat artmaktadır, maksimum boya 13 yaşından önce ulaşanlarda bu risk artışı 1.3 kat olarak tanımlanmıştır (22). Sigara kullanımının meme kanseri oluşması üzerine bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceğine işaret edilmektedir (25,26). 2002'de basılmış IARC monografında aktif sigara içimi ile meme kanseri gelişimi arasında kanıtlanmış bir ilişki olmadığı, birkaç çalışmada (34,35) genç yaşta sigaraya başlayanlarda ya da çok uzun yıllar sigara kullananlarda bu kanserin gelişebileceği yönünde bulgular olduğu vurgulanmıştır. 40 yıl ya da üzerinde sigara içen kadınlarda meme kanseri riski sigara kullanmayan kadınlarınkinden % 60 fazla bulunmuştur. Bunlardan günde 20'den fazla sigarayı 40 yıl içenlerde ise bu oran % 83'e yükselmektedir. Yüksek riskli kadınların meme kanseri taraması: Meme kanserinde kadın popülasyonunda MG ile yılda bir yapılan taramanın etkinliği kanıtlanmıştır. Birçok bilimsel veri nedeniyle meme kanseri için yüksek risk taşıyan kadın popülasyonun daha erken yaşlarda MG ve/veya ilave olarak MRG ve USG ile taranabileceği düşünülmektedir. Yüksek maliyete rağmen duyarlılık ve seçiciliği en yüksek yöntem MRG'dir (36-38). Yüksek riskli kadınların MG ile meme kanseri taraması, örneğin, birinci derece akrabada meme kanserinin tanımlandığı yaştan 10 yıl önce başlatılması önerilmektedir (39). Yüksek riskli kadınlarda USG, çeşitli uluslararası rehberlerde (guideline) tarama için MG'ye ek inceleme olarak önerilmekle birlikte, meme kanseri taramasında primer modalite olarak tek başına önerilmemektedir (40,41). Özellikle dens memeli kadınlarda tek başına kullanılan MG'ye göre USG+MG kullanımının meme kanser saptama oranını artırdığı bildirilmektedir (42,43). Türkiye şartlarında MG'ye ek olarak USG'nin yüksek riskli ve dens meme yapılı hastalarda meme kanseri taramasına eklenmesi; özellikle MRG standartları tam oturmamış ve MRG rehberliğinde yapılan biyopsilerin sınırlı kalması nedeniyle, düşünülebilir. Yüksek riskli hasta grubunda MRG'nin MG'ye ilave olarak meme kanserinin MRG ile taranması konusunda rehberler hazırlanmıştır. Bu rehberlerden yararlanılmalıdır.

Sonuç olarak, KETEM'e başvuranların yarıya yakını meme yakınmasına, % 9'u meme kanseri açısından yüksek riske sahiptir. KETEM'ler tarama amaçlı başvuran kadın sayısını artırarak meme kanserinden ölen kadın sayısını azaltmayı amaçlamaktadır. Bunun için meme kanseri teşhisine yönelik olarak her yaştaki kadını kabul etmeli ve MG'ye ilave olarak kadının risk düzeyi ile ilgili USG, MRG gibi ek tetkikleri isteyebilmelidir. Yaş, boy-ağırlık, sigara içimi, fiziksel aktivite, alkol kullanımı ve beslenme tipi ile meme hastalıklarının ilişkisi ileri araştırmalarla daha belirgin hale getirilebilir. Emzirmenin teşviki ve sigarasız yaşamın özendirilmesi meme hastalıklarının azaltılmasına katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics 2009. *CA Cancer J Clin* 2009;59:225-49.
3. Tuncer M. Significance of cancer in Turkey, the burden of disease and cancer control policies. In: Tuncer M, editor. *Cancer control in Turkey*. Ankara: Onur Press, 2008:5-9.
4. Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *J Breast Health* 2008;4:7-12.
5. Eroğlu C, Eryılmaz MA, Civcik S, Gürbüz Z. Breast Cancer Risk Assessment: 5000 Cases. *Int J Hematol Oncol* 2010;20:27-33.
6. World Health Organization. 58th World Health Assembly approved resolution on cancer prevention and control. Geneva: WHO Pub. WHA 58; 2005.
7. Özbaş S. Epidemiyoloji ve tarama. 11. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 5-9 Ekim 2011. Antalya, 2011.
8. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. Kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartları 2004. http://www.ukdk.org/pdf/meme_standart.pdf
9. Özmen V. Dünya'da ve Türkiye'de meme kanseri tarama (Screening) ve kayıt programları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006;2:55-8.
10. Boyle P. Recommendation for mammographic screening after the dust settles. In: 8th International Conference: Primary Therapy of Early Breast Cancer, March 12-15 2002. Switzerland: St Gallen; 2002.
11. Ballard-Barbash R, Brown ML, Potosky AL. Exploring the role of prevention, screening and treatment in cancer trends. In: Perry ML, editor. *American Society of Clinical Oncology: Educational Book, 38th Annual meeting*. Baltimore; Lipponcott; 2002. p.127-36.
12. Karayurt Ö, Zorukoş SN. Feel of women at high risk for breast cancer and meeting, their needs for knowledge and support. *J Breast Health* 2008;4:56-61.
13. Doğan R, Söğütü G, Kutlu R, Gürses İ, Çakır İ, Barut B, et al. Başlangıçta negatif bulgulu veya palpe edilemeyen benign meme lezyonlu kadınlarda yaş gruplarına göre takip protokolü: mamografik ve ultrasonografik BI-RADS değerlendirmesi ve ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi. *J Breast Health* 2007;3:58-62.
14. Heywang-Korunner SH, Dershaw DD, Schreer I. *Diagnostic imaging*, second ed. Ludwigsburg: Thineme; 2001.
15. Orel SG. MR imaging of the breast. *Radiol Clin North Am* 2000;38:899-913.
16. Başara I, Örgüç Ş, Coşkun T. Diagnostic values of mammography, ultrasonography and dynamic enhanced magnetic resonance imaging in breast lesions. *J Breast Health* 2011;7:118-26.
17. Okuş A, Dönmez M, Eryılmaz MA. Is MRI imaging additive to tripple test in diagnosing breast lesions. *J Breast Health* 2011;7:27-9.
18. Onat H, Baflaran M. Meme kanseri risk faktörleri ve koruma. Topuz E, Aydiner A, Dinçer, editörler. *Meme kanseri*, 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2003. s.90-107.
19. Dumitrescu RG, Cotarla I. Understanding breast cancer risk where do we stand in 2005. *J Cell Mol Med* 2005;9:208-21.
20. Degnim AC, Visscher DW, Berman HK, Frost MH, Sellers TA, Vierkant RA, et al. Stratification of breast cancer risk in women with atypia: A Mayo cohort study. *J Clin Oncol* 2007;25:2671-7.
21. Blackburn GL, Ishakova M, Smith JA, Flynn M. Dietary fat and the risk of breast cancer. *N Engl J Med* 1996;334:1606-7.
22. Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson L, Folsom AR, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 2000;152:514-27.
23. Michels KB, Mhollajee AP, Roset-Bahmanyar E, Beehler GP, Moysich KB: Diet and breast cancer: A review of the prospective observations studies. *Cancer* 2007;109:2712-49.
24. Clavel-Chapelon F, Gerber M. Reproductive factors and breast cancer risk. Do they differ according to age at diagnosis? *Breast Cancer Res Treat* 2002;72:107-15.
25. Manjer J, Berglund B.L, Garne J.P, Janzon L, Malina J. Breast cancer incidence in relation to smoking cessation. *Breast Cancer Res Treat* 2000;61:121-9.

26. Remennick L.I. Preventive behavior among recent immigrants: Russian speaking women and cancer screening in Israel. *Soc Sci Med* 1999;48:1669-84.
27. Barton M.B. Screening mammography for women aged 40-49: are we off the fence yet? *Canadian Medical Association*;2001;164:498-9.
28. Singletary KW, Gapstur S.M. Alcohol and breast cancer: Review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *JAMA* 2001;286:2143-51.
29. Battzell K, Wensch MR. Strengths and limitations of breast cancer risk assessment. *Oncol Nurs Forum* 2005;32:606-13.
30. Vogel WH. The advanced practice nursing role in a high- risk breast cancer clinic. *Oncol Nurs Forum* 2003;30:115-22.
31. Johnson MR. An approach to reducing disparities in breast cancer in the United States Virgin Islands. *ABNF J* 2006;17:44-7.
32. Mcemore MR. Activity levels and weight may affect women's risk for breast cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2005;9:513-4.
33. Friedenreich CM. Review of anthropometric factors and breast cancer risk. *Eur J Cancer Prev* 2001;10:15-32.
34. Marwick C. Adverse reactions to dietary supplements under investigation by FDA. *BMJ* 2002;325(7359):298.
35. Ambrosone CB, Kropp S, Yang J, Yao S, Shields PG, Chang-Claude J. Cigarette smoking, N-acetyltransferase 2 genotypes, and breast cancer risk: pooled analysis and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17:15-26.
36. Kuhl CK, Schmutzler RK, Leutner CC, Kempe A, Wardelmann E, Hocke A, et al. Breast MR imaging screening in 192 women proved or suspected to be carriers of a breast cancer susceptibility gene: preliminary results. *Radiology* 2000;215:267-79.
37. Nothacker M, Duda V, Hahn M, Warm M, Degenhardt F, Madjar H, et al. Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review. *BMC Cancer* 2009;9:335. doi:10.1186/1471-2407-9-335
38. Podo F, Sardanelli F, Canese R, D'Agnolo G, Natali PG, Crecco M, et al. The Italian multi-center project on evaluation of MR and other imaging modalities in early detection of breast cancer in subjects at high genetic risk. *J Exp Clin Cancer Res* 2002;21:115-24.
39. Dershaw DD. Mammographic screening of the high-risk woman. *Am J Surg* 2000;180:288-9.
40. Scottish Intecollegiate Guideline Network (SIGN). Management of breast cancer in women. Edinburgh: SIGN; 2005.
41. Albert US, Altland H, Duda V, Engel J, Geraedts M, Heywang- Köbrunner S, et al. 2008 update of the guideline early detection of breast cancer in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol* 2009;135:339-54.
42. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Occult cancer in women with dense breasts: detection with screening US-diagnostic yield and tumor characteristics. *Radiology* 1998;207:191-9.
43. Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: an analysis of 27,825 patient evaluations. *Radiology* 2002;225:165-75.