



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BIRADS SINIFLAMASINA GÖRE DEĞERLENDİRİLEN MEME
LEZYONLU HASTALARDA PROGRESYON VARLIĞININ
ARAŞTIRILMASI VE RİSK FAKTÖRLERİYLE
İLİŞKİLENDİRİLMESİ**

Dr. Şenay UYSAL SÜRÜCÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Fahrettin ACAR**

KONYA-2015

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BIRADS SINIFLAMASINA GÖRE DEĞERLENDİRİLEN MEME
LEZYONLU HASTALARDA PROGRESYON VARLIĞININ
ARAŞTIRILMASI VE RİSK FAKTÖRLERİYLE
İLİŞKİLENDİRİLMESİ**

Dr. Şenay UYSAL SÜRÜCÜ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

**Danışman
Yrd. Doç. Dr. Fahrettin Acar**

KONYA-2015

TEŞEKKÜRLER

Bu günlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan , hakkını asla ödeyemeyeceğim canım annem başta olmak üzere tüm aileme ,her konuda, her yerde, her koşulda bana sonsuz destek olan ,sevgisini ,ilgisini benden ve oğlumuzdan eksik etmeyen eşim Gökse 'e ,hayatıma anlam katan ,en zor anımda bana ışık tutan , en değerli varlığım oğlum Kıvanç' a sonsuz teşekkürler.

Bana mesleki hayatımda iyi bir cerrah,iyi bir insan olmam yönünde destek olan ,bilgisi ve ilgisini esirgemeyen,zor anlarımda yol gösteren,amacıma inanan ve saygı duyan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

İş hayatının zorluklarında bana yardımcı olan,iyi kütü her anımda desteğini esirgemeyen başta Selma olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Küçük bir çocukken hayalini kurduğum ,gerçek olması için her gece dua ettiğim dileğimi gerçekleştiren yüce Allah 'ım ,tüm verdiğin nimetler için sana şükürler olsun.

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| SİMGELER VE KISALTMALAR | iv |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | v |
| TABLOLAR LİSTESİ..... | vi |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇLAR | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. Memenin Anatomisi | 3 |
| 2.2. Meme Lezyonları | 4 |
| 2.2.1. Benign Lezyonlar | 6 |
| 2.2.2. Premalign Lezyonlar..... | 7 |
| 2.2.3. Malign Lezyonlar | 7 |
| 2.3. Memede Görüntüleme Yöntemleri | 8 |
| 2.4. Tanısal Yöntemler | 12 |
| 2.5. Meme Biopsileri..... | 18 |
| 2.6. Meme Kanserinde Risk Faktörleri | 19 |
| 3. MATERYAL VE METOD | 21 |
| 3.1. Hasta ve metodlar..... | 22 |
| 3.2. Yöntem Bileşenleri..... | 23 |
| 4. BULGULAR | 25 |
| 5. TARTIŞMA..... | 32 |
| 6. SONUÇ | 35 |
| KAYNAKLAR..... | 37 |
| ÖZET | 40 |
| SUMMARY | 42 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 44 |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|---------------|--|
| AB | Avrupa Birliği |
| ABD | Amerika Birleşik Devletleri |
| BIRADS | Breast Imaging Reporting and Data Systems (Meme Görüntü Raporlama ve Veri Sistematiđi) |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

| | |
|---|----|
| Şekil 1: Kadınlarda memenin kesitsel görünümü..... | 3 |
| Şekil 2: İnvaziv olmayan ve invaziv meme kanseri | 5 |
| Şekil 3: Kanser hücresi etrafındaki lenf nodülleri | 5 |
| Şekil 4: Elle muayene yöntemleri..... | 12 |
| Şekil 5. Hastaların BIRADS sınıflarına göre dağılımları | 25 |

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

| | |
|---|----|
| Tablo I: Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları..... | 26 |
| Tablo II: BIRADS 2 ve BIRADS 3 Meme Kitlelerinin BIRADS 4 ve BIRADS 5'e Progresyonu | 27 |
| Tablo III: Malign ve muhtemel malign (BIRADS 4 ve 5) ile benign ve muhtemel benign (BIRADS 2 ve 3) grupların risk faktörlerine göre dağılımları ve fark analizi sonuçları | 28 |
| Tablo IV: BIRADS 4 grubundaki malign ve benign hastaların parametreleri arasındaki farklar..... | 30 |
| Tablo V: BIRADS 5 grubundaki malign ve benign hastaların parametreleri arasındaki farklar..... | 31 |

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen ve ikinci sıklıkta ölüme neden olan kanser tipidir. WHO ve IARC'ın (International Agency for Research on Cancer) ortak raporuna göre her yıl, dünyada 1.000.000 kadında meme kanseri gelişmekte ve 370.000 kadın ise bu hastalıktan ölmektedir. Sadece Avrupa'da her yıl 340.000 yeni meme kanseri olgusu gözlenmektedir. ABD'de ise yılda 184.000 yeni meme kanseri gözlenmekte olup, akciğer kanserinden sonra tüm kanser ölümleri arasında %18 ile ikinci ölüm nedeni olarak bildirilmektedir. Dünyada meme kanseri görülme sıklığı yıllık ortalama % 0,5 oranında artmaktadır. Ancak görülme sıklığındaki bu artışa karşın, gelişmiş Batı ülkelerinde mortalite oranında az da olsa gerileme gözlenmektedir.

Diğer taraftan meme kanseri sadece kadınlara özel bir hastalık değildir. Tüm meme kanserlerinin yaklaşık % 1'i erkeklerde görülmektedir. Meme kanseri erkeklerde görülen tüm kanser çeşitlerinin % 0,2'sinden ve ölümlerin ise % 0.14'ünden sorumludur.

İnsanlarda meme kanserinin nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Meme kanseri genetik ve çevresel faktörler arasında güçlü etkileşimin olduğu karmaşık ve multifaktöriyel bir hastalıktır. Son araştırmalar kadında meme kanserini tetikleyen faktörlerin ne olduğunu bulmaya yönelmiştir. Genetik, hormonal, sosyobiyojik ve psikolojik etkenlerin oluşumda rol aldığı kabul edilmekle beraber, meme kanserli kadınların % 70-80'i bu risk faktörlerine sahip değildir. Çok değişik ajanların kromozomal mutasyonlara neden olarak kanserin ortaya çıkışı ve gelişimi ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yeni çalışmalar en önemli belirleyici faktörün genetik imza olduğu yönünde veriler içermektedir (1,2,3,4).

Mamografi, meme kanserlerinin tanısında kullanılan standart inceleme yöntemidir. Ancak, mamografik incelemelerde, meme kanserlerinin % 10-30'u gözden kaçabilmektedir. Son çalışmalarda, meme kanserlerinin tanısında, ultrasonografi (US), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve nükleer tıp gibi alternatif görüntüleme yöntemlerinin kullanılabilmesi bildirilmektedir. US, meme görüntülemesinde uzun yıllardır kullanılmaktadır. Günümüzde, US ile benign ve malign lezyonların ayırıcı tanıları yapılabilmektedir. US aynı zamanda girişimsel işlemlere de rehberlik yapabilme özelliğine sahiptir (5).

Olguların tek başına bir yöntemle tanı ve sınıflandırması mümkün olmadığından, bunun için standart gereklidir. Yaklaşık 20 yıllık bir dönemde radyolojik yöntemlerin yorumlanmasında disiplinler arası standardizasyon sağlanabilmesi için BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System) sınıflandırması kullanılmaya başlanmıştır. Buna göre kanser olguları sınıflandırılmakta ve hem malign-benign ayrımının, hem de noninvaziv ya da invaziv yöntemlerin seçiminde kullanılmaktadır.

Ultrasonografi palpabl ve nonpalpabl lezyonların saptanmasında kullanılan önemli bir tekniktir. Bunun yanında lezyonların karakterizasyonu, klinik ve mamografik bulguların ileri tetkiki, girişimsel işlemlere kılavuzluk gibi sağlık uygulamalarında önemli kullanım alanına sahiptir. Emziren olgularda otuz yaş altı kadınlardaki palpabl lezyonlarda ve erkek memesi değerlendirmesinde birincil olarak bu yöntem başvurulur. Bu yöntemin birçok avantajı olup, iyonizan radyasyon kullanılmaması, ağrısız ve pratik olması, girişimsel işlemlerde kolaylık sağlaması bu avantajların başında gelmektedir (6).

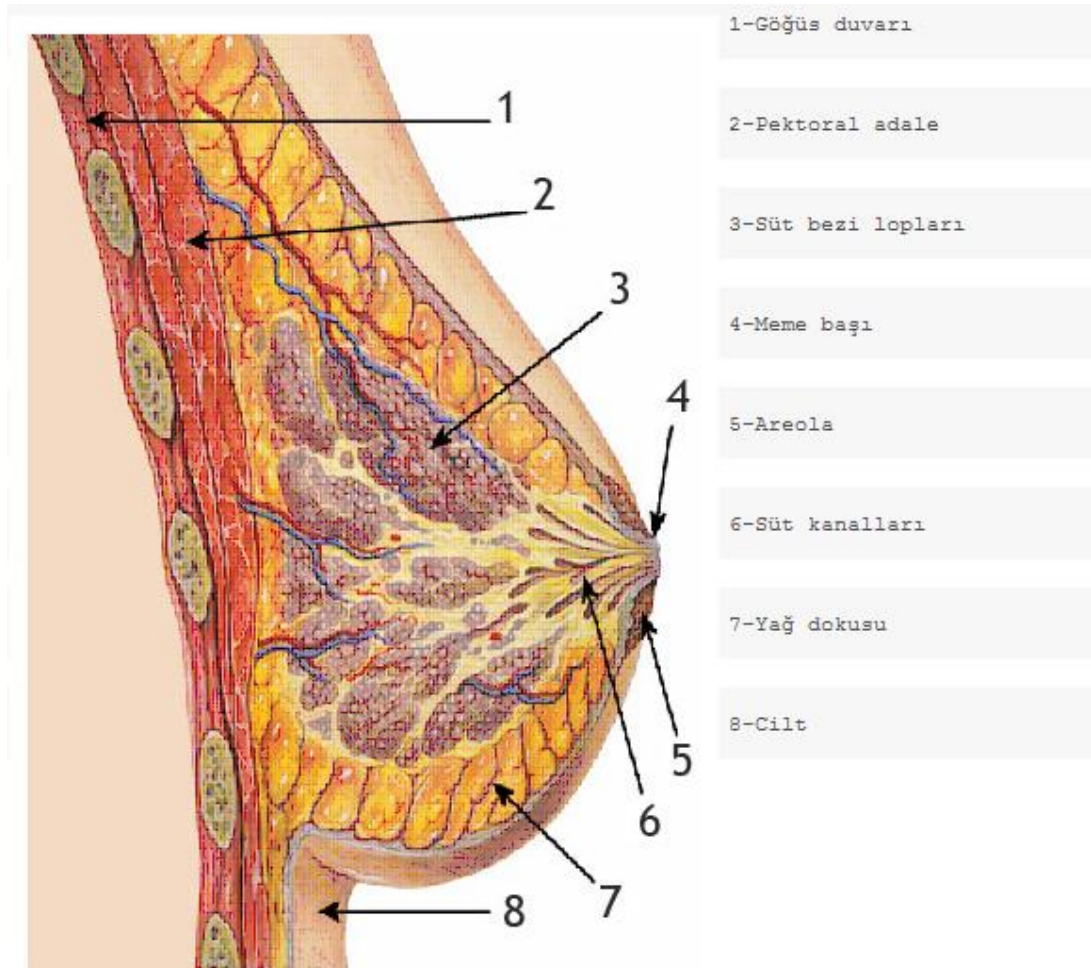
Mortalitesi yüksek olan meme kanseri risk faktörlerinin tespiti ve meme lezyonlu hastaların progresyonunun izlenmesi hem halk sağlığı, hem de klinik uygulamalarda büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada; kliniğimize başvuran meme lezyonu tespit edilen hastaların, BIRADS 2 ve BIRADS 3 benign ve muhtemel benign lezyona sahip hasta grubu ile BIRADS 4 ve BIRADS 5 muhtemel malign ve malign lezyona sahip hasta grubunun meme kanseri risk faktörlerinden olan emzirme, OKS kullanımı, BMI, sigara kullanımı, sosyoekonomik düzey, ailede meme kanseri öyküsü, doğurganlık durumunun bu iki grupta saptanan malignite üzerine etkisinin iki grupta karşılaştırılması , BIRADS 2 ve 3 lezyona sahip olan hastaların en az 6 ay ,en fazla 36 ay takip edilmek üzere ortalama 21 aylık takibi sonucundaki lezyonlarda BIRADS 4 ve BIRADS 5 e progresyon olup olmadığının incelenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Anatomisi

Yetişkin bireylerde kadınların memesi göğüs duvarına bağlarla tutunmuştur. Bu yapı süt üreten bezlerden oluşan bir çift organ olup, meme kendisi adale dokusu içermez. Öte yandan göğüs duvarının en büyük adaleleri olan pektoral adalelerin üzerine oturan bu yapıda, süt bezlerinin çevresi yağ dokusu ile sarmalanmıştır (7). Kadınlarda memenin kesitsel görünümü Şekil 1’de gösterilmektedir.



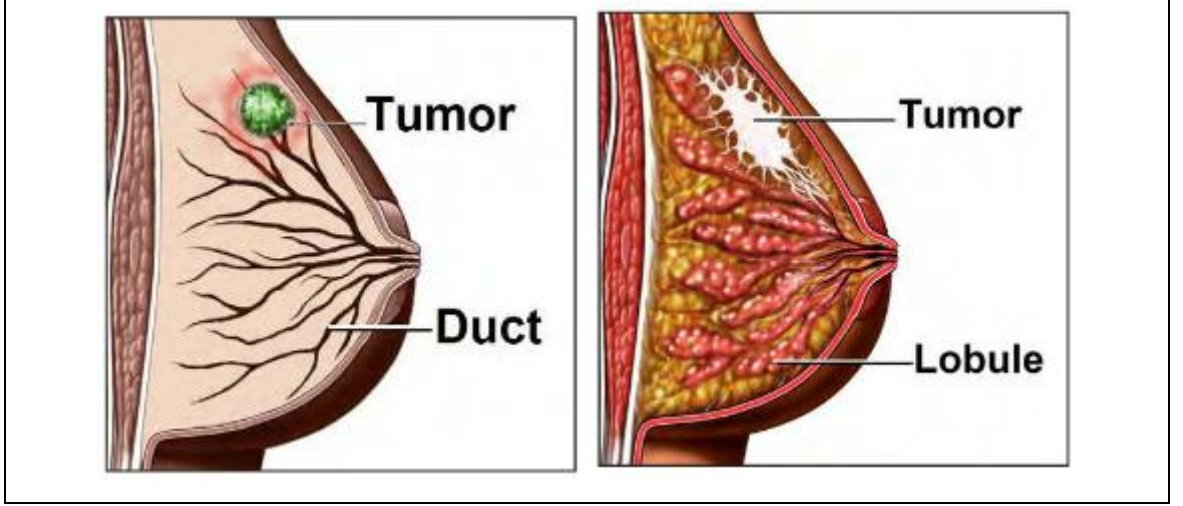
Şekil 1: Kadınlarda memenin kesitsel görünümü

Kaynak:<http://www.memesaglik.com/hastalarimiz-icin/meme-anatomisi-fizyolojisi.html>

Yetişkin kadın bireylerde meme glandı, sıklıkla ön göğüs duvarının fasiyal pektoral yüzeyinin ve derin tabakaları arasında lokalizedir (10). Memeler ikinci ve yedinci kaburgalar arasında olup, iç tarafta sternumun kenarında dışta ön ve orta aksiler marjine uzanmaktadır. Memenin dış tarafındaki üst kadranı diğer kadranslarla kıyaslandığında çok daha fazla glandüler elaman içermektedir. Bu nedenle kadranda selim ve habis meme tümörleri biraz daha yaygındır. Meme dokusunun koltuk altına doğru uzantısı Spence'nin aksiler kuyruğu olup bu yapı, derin fasyayı Langer deliği olarak adlandırılan bir aralıktan geçerek aksillaya kadar uzanır. Memede meydana gelen bütün fizyoloji değişimleri koltuk altı kuyruğunda görülmektedir. Memelerin ortasına denk gelen kısımlarında meme başı ve areola lokalize olup, b bölge meme derisinden daha fazla pigment içerir. Östrojen seviyesinin yükselmesi bu bölümün koyu rengini artırır (11). Memede meme dokusundan çevreye doğru görülen fibröz fasiyal septalar Cooper ligamanları adıyla bilinmekte olup (12), bunlar yüzeyde; yüzeyel fasyanın yüzeyel tabakası ve cilde, derinde de yüzeyin derin tabakasına ve pektoral yüzeye birleşiktir (13). Meme kanserinin seyri arttıkça fibröz ligamanlarda kısalma ve anormal bir çekilme görülerek, özellikle meme kanserinin önemli bulgusu diye bilinmektedir. Bu durum meme cildi retraksiyonu şeklinde tanımlanmakta olup, memede süt kanalları sistemi asinüslerin bir araya gelerek terminal duktus adı verilen bir kanala açılmasının ardından başlamaktadır.

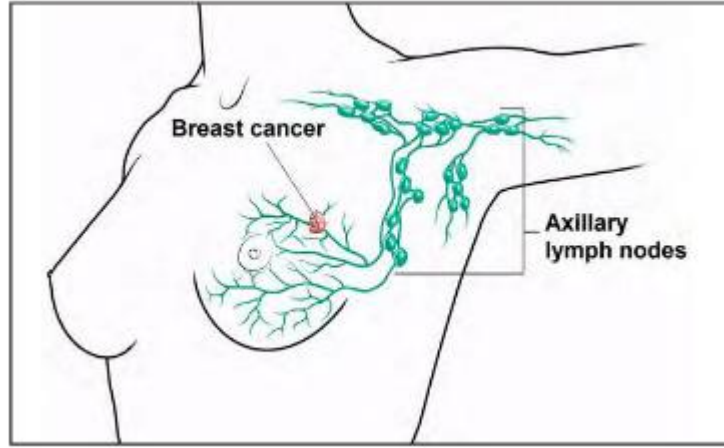
2.2. Meme Lezyonları

Meme kanserinin yaygın türleri kanserin lokalize ya da lobül veya kanallara yayılmasına göre karakterizedir. Kanal ya da lobüllere yerleşen meme kanseri, “noninvaziv” ya da “carcinoma in situ” olarak adlandırılmaktadır. Kanal ya da lobül duvarlarının gerisine yayılan kanser ise “infiltrate” ya da “invaziv” olarak bilinmektedir. Genellikle klinik olarak meme kanserinde invaziv ve noninvaziv kanser türü bir arada görülmektedir. Kanser hücrelerinin etrafında lenf nodülleri aşağıdaki şekilde gibidir (8). İnvaziv ve noninvaziv kanser türleri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.



Şekil 2: Noninvaziv ve invaziv meme kanseri

Kaynak: <http://www.nccn.org/patients/guidelines/breast/index.html#12/z>



Şekil 3: Kanser hücresi etrafındaki lenf nodülleri

Kaynak: <http://www.nccn.org/patients/guidelines/breast/index.html#10/z>

2.2.1. Benign Lezyonlar

Memede yaşanan benign histolojik değişiklikler ile ilgili birçok sınıflandırma mevcut olup, invazif kanser gelişmesiyle arasındaki ilişkiler raporlanmıştır. Benign histolojik değişiklikler proliferatif olmayan lezyonlardan atipisiz ve atipili proliferatif lezyonlara kadar uzanan bir grubu içermekte olup, proliferatif olmayan değişikliklerin kanser riskini anlamlı şekilde arttırmadığı bilinmektedir. Proliferatif hastalık riski hafif derecede yükselirken atipili proliferatif hastalık orta dereceli şekilde riski artırır. Her iki meme için risk olsa da, lezyonun olduğu memede karsinoma oluşması riski daha fazla olup, atipik hiperplazili kadınların %80'den yüksek kısmında meme kanseri görülmemektedir (10).

Benign meme lezyonları

- Atipik hiperplazi (lobüler veya duktal, kanser gelişimi için 5 kat artmış risk mevcuttur)
- Hiperplazi, orta derecede veya belirgin, solid veya papiller (kanser gelişimi için 2 kat artmış risk mevcuttur)
- Sklerozan adenom (kanser gelişimi için 2 kat artmış risk mevcuttur)
- Filloides tümör (Lezyonların büyük çoğunluğu benignedir, %10-15'i akciğer metastazları ile birlikte maligndir)
- Papillomatozis (artmış malignite riski mevcut)

Artmış risk olmayanlar:

- Kistler
- Fibrozis
- Adenozis
- Kanal ektazisi
- Hafif hiperplazi
- Mastit
- Yağ nekrozu
- Metaplazi (skuamöz, apokrin)
- Soliter intraduktal papillom
- Radial (ışımsal) skar

Benign Kitleler

- Fibroadenom
- Tübüler adenom
- Fibroadenolipom (hamartom)
- Lipom
- Tansiyon kistleri
- Galaktosel
- Dezmoid

2.2.2. Premalign Lezyonlar

Son yıllarda uzman ve radyologlar tarafından BIRADS-4 sınıf lezyonlara ve BIRADS-3 sınıf lezyonlara da biyopsi önerilmekte ve uygulanmakta olup, standart kriterler olmadığı için farklı doktor ve merkezlere göre farklılık görülebilmektedir. Sadece görüntüleme yöntemleriyle benign ve malign lezyon ayırıcı tanısı kesinlik ifade etmemekte olup, göre perkütan kor biyopsi ile atipik lobuler hiperplazi (ALH) ya da lobüler karsinoma in situ (LKIS) olan olgularda yaklaşım ile ilgili yeni kriterler geliştirilmeye devam etmektedir. Bu kriterlerin büyükçe bir bölümü kor biyopside LKIS veya ALH görüldüğünde eksizyonel biyopsiyi uygun olarak önermektedir (10).

2.2.3. Malign Lezyonlar

Meme derisinde çöküntü, ülser, ödem, kızarıklık gibi değişiklikler eşlik ettikleri maligniteyi destekler. İnfeksiyon belirtileri ile inflamatuvar meme kanseri karışabilir. Meme başında çekinti maligniteyi düşündürülebilir. Meme başından akıntıda spontan oluşu ve kanlı oluşu önemlidir. Bunlarda malignite daha dikkatli araştırılmalıdır. Kanlı akıntı duktusların benign papillomlarından olabileceği gibi malign papillomundan da olabilir veya emzirme sırasındaki travma ile oluşabilir. Akıntının spontan oluşu

fizyolojik durumlardan çok benign veya malign bir meme hastalığının varlığını düşündürebilir. Seröz akıntı (sarımsı veya açık renkte) sık görülür. Bu tür akıntı sıklıkla intraduktal papillomda unilateral veya oral kontraseptif kullananlarda bilateral olabilir. Galaktore (fizyolojik laktasyon dışında memeden süt gelişi) hipofiz tümörlerinde trankilizan gibi bazı ilaç kullananlarda görülebilir (9).

MALİGN MEME LEZYONLARI

- Duktal karsinoma in situ (DCIS)
- İnvaziv duktal karsinom
- Medüller karsinom
- Müsinöz veya kolloid karsinom
- Papiller karsinom
- Tübüler karsinom
- İnflamatuvar karsinom
- Paget Hastalığı
- Lobüler karsinoma in situ (LCIS)
- İnvaziv lobüler karsinom
- Sarkom: fibrosarkom, liposarkom
- Lenfoma
- Filloides tümör
- Karsinosarkom
- Metastazlar

2.3. Memede Görüntüleme Yöntemleri

Meme kanseri erken tanı ve tedavi sürecinde mortalite oranı düşen bir hastalık olduğundan, hastalığın erken tanısı vital öneme sahiptir. Bu nedenle meme kanserinde görüntüleme yöntemleri oldukça gelişmiştir. Hastalığın erken safhada teşhisi, tedavi ve profilaksi sürecini de olumlu etkilemektedir.

MR

Meme MRG son 20 yılda hızla gelişmiş ve meme görüntüleme yöntemleri arasında vazgeçilmez bir yer almıştır. MRG yüksek kontrast rezolüsyonuna sahip

olması, multiplanar görüntü alabilme yeteneği, iyonizan radyasyon içermemesi, dinamik kontrastlı görüntülemeye olanak tanınması ve kullanılan kontrast maddelerin iyotlu kontrast maddelere oranla güvenilir olması nedeniyle memenin incelenmesinde, konvansiyonel yöntemlere ek olarak özellikle seçilmiş olgularda uygulanabilen tanı koydurucu ve problem çözücü bir yöntem konumuna ulaşmıştır (13).MR kullanım alanları,

- Preop evreleme
- Multifokal/multisentrik (MKC için)
- Karşı meme değerlendirilmesi
- Pektoral kas invazyonu varlığı
- Kemoterapiye , RT ye cevap
- Problem çözücü (nüks/rezidü/neoadj KT/primeri bilinmeyen aksiller lenf nodu)
- İmplant
- Komplikasyonlar

Difüzyon MR: Difüzyon, su moleküllerinin ortamın ısısından kaynaklanan enerji ile farklı yönlere yaptığı rastlantısal Brownian hareketlerinden kaynaklanmaktadır. MR ile bu hareketin miktarı in vivo olarak ölçülebilmektedir. En yaygın kullanılan sekans spin-eko eko-planar görüntüleme (EPI)'dir. İyi bir difüzyon görüntüleme için; manyetik alanın homojen olması (etkin shimming) ve etkin yağ baskılama gereklidir. Paralel görüntüleme yöntemlerinin kullanımı ile de kimyasal shift ve susebtibilite artefaktları azaltılabilir.Yapılan çalışmalar difüzyon MR in benign malign ayrımının yanı sıra tümör agresifitesini göstermede etkin olduğu göstermiştir.Son dönemde yapılan çalışmalar,saptanan meme kitlelerinin neoadjuvan kemoterapiye verdiği yanıtı değerlendirmede erken dönemde yüksek duyarlılık gösterdiğini ortaya çıkarmıştır.

MR spektroskopisi: Manyetik rezonans spektroskopisi dokuların biyokimyasal yapısını analiz eden ve metabolit düzeylerini non-invaziv olarak ölçen bir tanı yöntemidir. Amaç, su ve yağ arasında rezonans yapan az miktardaki metabolitlerden gelen sinyalleri ayırt edebilmek ve ölçülebilmektir.Genellikle konvansiyonel ve dinamik meme MR incelemeye ilave bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Perfüzyon MR: Dokudaki mikroskopik düzeydeki kan akımını görüntüleme yöntemidir. Perfüzyon miktarını ölçmek için damar içinde kan ile taşınması mümkün olan bir takipçiye ihtiyaç vardır. MR’de bunun için en sık kullanılan iki teknik; bolus tracking ve arterial spin labeling (ASL)’dir. Perfüzyon MR benign malign ayrımında ,neoadjuvan kemoterapiye yanıtın erken aşamada değerlendirilmesinde kullanılır.

Mamografi

Mamografi, memenin radyolojik yöntemlerle, x-ışını kullanılarak görüntülenmesine dayanmaktadır. Amerikan Kanser Derneği (AKD), mamografiyi 40 yaşın üzerindeki kadınlarda rutin tarama tetkiki olarak önermektedir (ACS, 2003). Randomize Mamografik Tarama Çalışmaları ve İlk Sonuçlar aşağıdaki gibidir.

| Çalışma | Yaş | Mam. Pozisyon | Tarama Aralığı (ay) | Uyum oranı (%) | Tarama sayısı | Takip süresi (yıl) | Olgu sayısı | Mortalitede Azalma (%) |
|---------------------------|-------|---------------|---------------------|----------------|---------------|--------------------|-------------|------------------------|
| HIP (1963) | 40-64 | 2 | 12 | 67 | 4 | 18 | 60995 | 23 * |
| Malmö (1976) | 45-69 | 1-2 | 18 | 75 | 5 | 12 | 60076 | 19 |
| İsveç iki bölge (1979) | 40-74 | 1 | 23-33 | 89 | 4 | 20 | 133065 | 32 * |
| Edinburg (1979) | 45-64 | 2 | 24 | 61 | 4 | 14 | 44268 | 29 * |
| NBSS 1 ve 2 Kanada (1980) | 40-59 | 2 | 12 | 100 | 5 | 13 | 89835 | -2 |
| Stockholm (1981) | 40-64 | 1 | 28 | 81 | 2 | 8 | 60117 | 20 |
| Göteborg (1982) | 39-59 | 2 | 18 | 84 | 4 | 14 | 51611 | 23 |

- Mamografi tarama ya da tanı amaçlı yapılmaktadır.
- Amacı ne olursa olsun sınıflandırmada BIRADS kullanılır.
- Memenin mamografik görüntüsü aşağıdaki gibi olabilir:
 - Tip 1: bütünü yağlı meme
 - Tip 2: memede dağılan fibroglandüler dokular

- Tip 3: Heterojen yoğun yapı
- Tip 4: Çok yoğun olan meme dokusu
- Mamografi endikasyonları:
 - Tarama için yapılan mamografi
 - Tanı için yapılan mamografi
 - Son bir sene içerisinde mamografi yaptırmeyen, kırk yaşın üzerindeki kadınlarda doktor muayenesinde elle görülen kitle, düzensizlik ya da şüpheli durumun varlığı.
 - Mikrokalsifikasyon gibi bir yapısal değişikliğin olması durumunda biopsi öncesinde işaretlemek için.

Ultrasonografi

- Ultrasonografi mamografiye ilave olarak gerek duyulduğunda yapılmaktadır.
- Ultrasonografinin endikasyonları:
 - Doktor muayene ederken bir kadında ele gelen bir kitlenin karakterini saptamak için,
 - Mastalji, meme başı akıntısı ya da memede dolgunluk şeklindeki lokalize meme şikayetleri ile ilgili değerlendirmelerde,
 - Palpe edilmemiş olan ama diğer yöntemlerle görülen meme anormallikleri,
 - İnvaziv girişimlerde işaretleme amacıyla,
 - Cerrahi ya da tıbbi tedavinin ardından memenin incelenmesi,
 - Tanı almış meme kanserinde memenin ve aksillanın preoperatif değerlendirilmesi

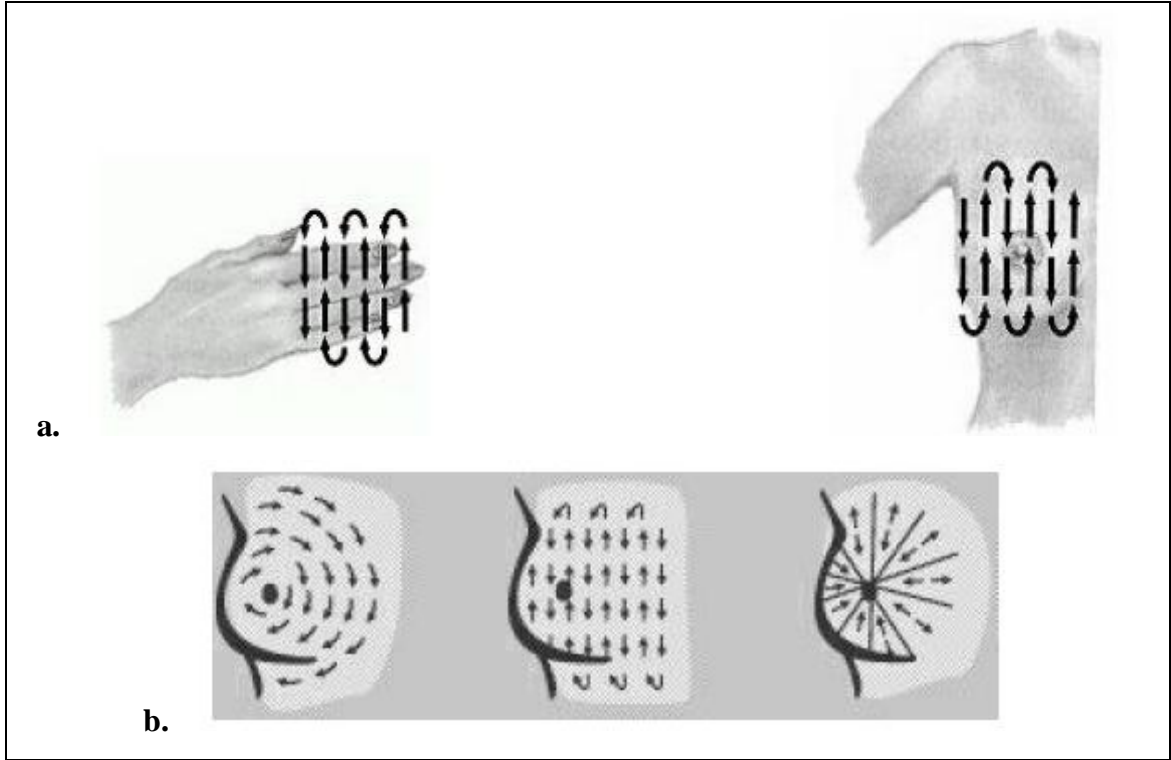
Mamografiye yardımcı-tamamlayıcı

- Solid-kist ayrımı
- Yüksek riskli olgular
- Dens memelerde
- Yerleşimi nedeniyle mamografide tam olarak değerlendirilemeyen kitleler
- < 30y, laktasyon veya hamilelik
- Erkek memesi
- Meme implantları
- Girişimsel işlemlere rehberlik

2.4. Tanısal Yöntemler

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) de tarama yöntemleri arasında yer alan ve önerilen bir yöntemdir. KKMM’de farklı tarama yöntemleri önerilmektedir. Bunlardan yaygın önerilenleri aşağıdaki gibidir (12).

Şekil 4: Elle muayene yöntemleri



Kaynak: Somunoğlu, 2010

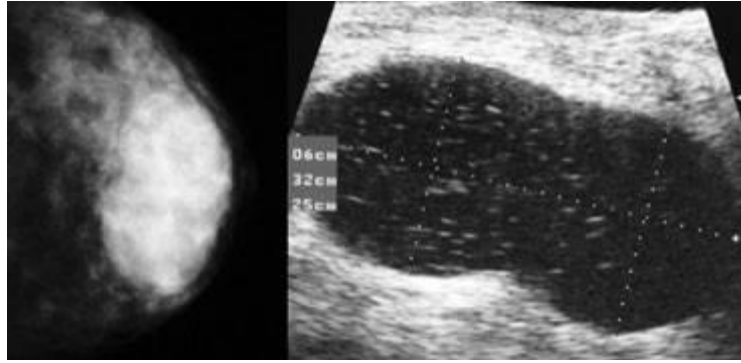
Elle muayenede, yukarıdan aşağıya (a) ve farklı yönlerde taramalar yapılmaktadır (b). Bu sayede, süt kanalları, koltuk altı çevresinde olası kitlelerin teşhis edilmesi mümkündür.

MAMOGRAFİDE BIRADS SINIFLAMASI

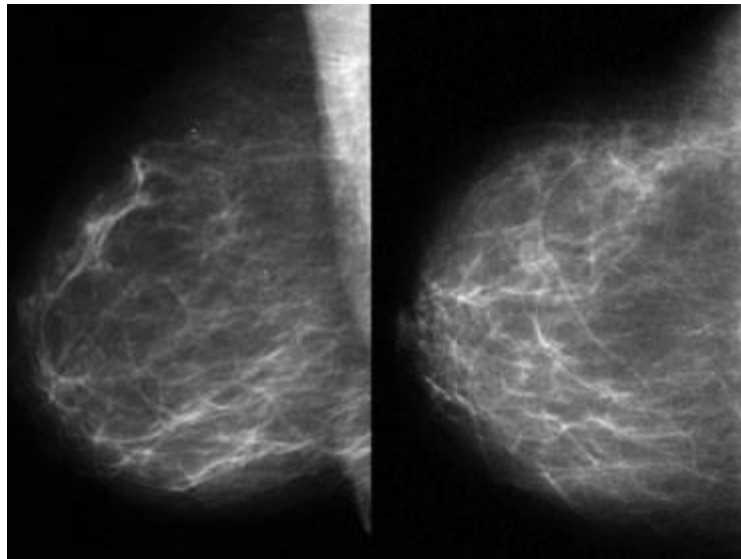
Mamografi ile saptanan lezyonların yorumunda standart bir yöntemin kullanılması hastanın yönlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca radyologların kendi aralarında ve klinisyenlerle radyologlar arasında ortak bir dilin olması iletişimi kolaylaştırmaktadır. Bu amaca yönelik olarak American College of Radiology

tarafından Breast Imaging Radiology Reporting and Data System (BIRADS) olarak adlandırılan ve mamografi yorumlamasında standart bir terminoloji geliştirilmiştir. Bu sistemde mamografide saptanan lezyonlar yorumlanırken 7 grupta sınıflandırılır (Akça):

BIRADS 0: Ek görüntüleme yöntemine gerek vardır. Ek görüntüleme yöntemlerine (spot kompresyon, büyütmemagnifikasyon, ultrason vs) gerek duyulduğunda yazılır. Tarama amacıyla yapılmakta olan mamografiler raporlanırken şayet önceden çekilen mamografilerin kıyaslanması için görülmek isteniyorsa kullanılır. Tüm görüntüleme yöntemlerine başvurulmuşsa bu kategoride raporlanma yapılmaz.



BIRADS 1: Her iki meme simetrik olup kitle, kalsifikasyon, yapısal bozukluk yoktur. Yorumlanacak bulgu olmayıp memeler simetrik şekilde ve kitle, yapısal bozukluklar ya da şüpheli kalsifikasyonlar görülmez.



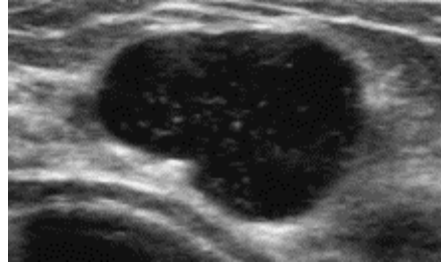
BIRADS 2: Basit kistler, kalsifiye fibroadenomlar, multipl sekretuar kalsifikasyonlar, yağ kisti, lipom, galaktosel, mikst dansitede hamartom gibi yağ içeriği olan lezyonlar, intramammarian lenf nodları, implantlar, vasküler kalsifikasyonlar veya önceki cerrahilere sekonder olduğu kesin kanıtlanmış doku distorsiyonu yer almaktadır. Bu mamografi sonucunun da normal olmasına karşın, involüsyon, kalsifiye fibroadenom, birden fazla sekretuar kalsifikasyonlar, yağ kistleri gibi yağ barındıran lezyon, lipom, galaktosel ve karışık yoğunlukta hamartom gibi çok tipik görünümde olan iyi huylu bir lezyon saptanmıştır. Bunun yanında meme içinde lenf nodu veya implant gibi bir durum görülürse mamografi bu kategoride rapor edilir.



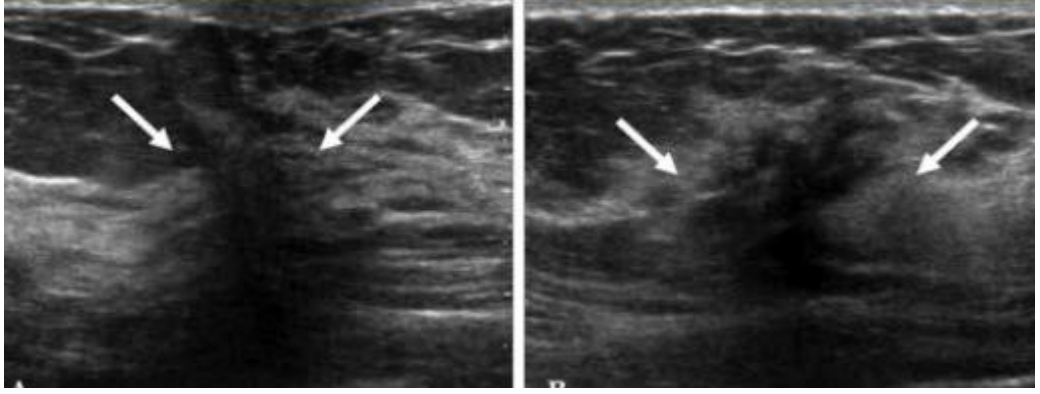
BIRADS 3: Bu kategoride üç spesifik lezyon yer almaktadır. Bunlar non kalsifiye düzgün sınırlı solid kitle, fokal asimetri, küme yapmış punktat kalsifikasyon kümesidir. BIRADS 3 sınıfında görülen bir kitle büyük ihtimalle benign olup, bunların kısa sürelerde karakterlerinde bir değişiklik olmayacağı düşünülür. Öte yandan radyolog stabil olduğunu kesinleştirmek için belli bir zaman sonra uygulamayı tekrarlar. Çalışmalara göre Kısa süreli takipler yeterlidir. Şayet 2 sene stabil seyreden lezyonlar olursa, Birads 2 kabul edilir.



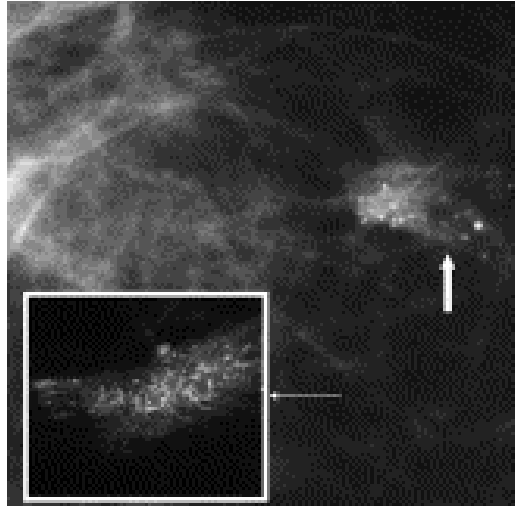
BIRADS 4A: Düşük olasılıklı malignite: içinde eko veren yuvarlak sınırlı kitle.
Komplike kist görünümlü olabilir.



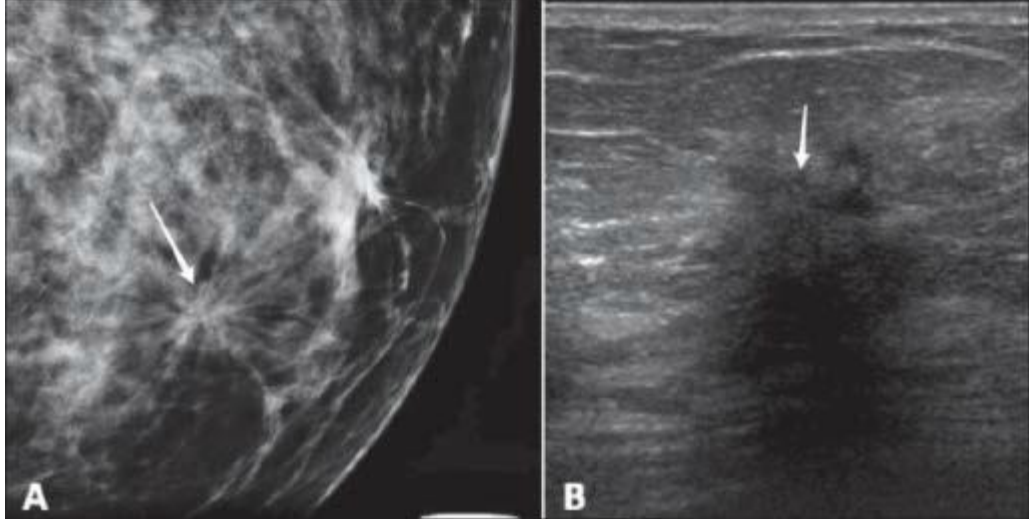
BIRADS 4B: Orta derece riskli malignite: düzgün sınırlı ve düzgün olmayan sınırlı kitledir.



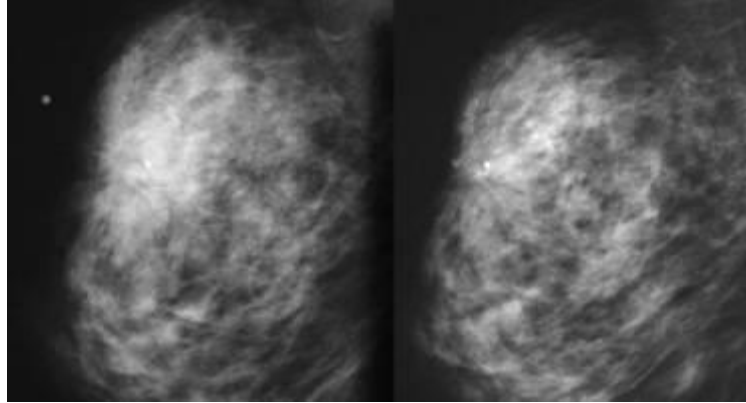
BIRADS 4C: Yüksek riskli malignite : pleomorfik kalsifikasyonlar



BIRADS 5: Olasılıkla malign lezyon- biyopsi ve uygun yaklaşım gerekli. Bu kategori malignite olasılığı %95 ve üzerinde olan, klasik meme kanseri bulgularını taşıyan lezyonlar için ayrılmıştır. Işınsal ve düzensiz kenarlı, yüksek dansiteli kitleler, segmental veya lineer dizimli mikrokalsifikasyonlar veya pleomorfik kalsifikasyonların eşlik ettiği irregüler ışınsal kenarlı lezyonlar bu kategoriye giren örneklerdir.



BIRADS 6: Bilinen malignite- uygun yaklaşım gerekli. BI-RADS Kategori 4 ve 5'ten farklı olup, maligniteyi kanıtlamak için gereken girişim ile ilişkili değildir. Bu kategori biyopsi öncesi bulgulara ikincil teşhis veya cerrahi eksizyon öncesi neoadjuvan kemoterapi cevabını izlemi sırasında uygun olup, malignitenin eksizyonu (lumpektomi) sonrası kullanılmamalıdır.



ULTRASONOGRAFİDE BIRADS SINIFLAMASI

BIRADS-0: Değerlendirme bitmiştir. MMG ve MRG benzeri incelemeler istenebilir.

BIRADS-1: Negatif olarak bilinip, normal meme görülür. Kitle, distorsiyon veya mikrokalsifikasyonlar veya cilt yüzeyinin kalınlaşması gibi lezyonlar görülmez.

BIRADS-2: Benign meme yapısı olup, basit kist, meme implantı, stabil postoperatif farklar ya da BT ile sabit olan fibroadenomları içerir.

BIRADS-3: Benign yüksek grup olup, yuvarlak ya da oval şekilli, horizontal yerleşimli solid kitle, nonpalpable komplike kist ile kümelenmiş mikrokisti içeren gruptur. Malignite oranı yüzde iki civarında olup, 6 ay ve bir yıl rutin kontrol istenir.

BIRADS-4: malignite şüpheli gruptur. BIRADS 3 ile BIRADS 5 arasında bir riske sahiptir. Bu gruba fibroadenomlar ve diğer benign lezyonların özelliklerini göstermeyen lezyonlar girmekte olup, malignite oranı yüzde ikiden, doksan beşe kadar değişir.

BIRADS-5: Malignite yüksek lezyonlar olup, biyopsi gerektiren bulguları vardır. Düzensiz sınırlı lezyon, lenf nodu metastazı gibi malignite riski yüzde doksan beşin üzerinde olan gruptur.

BIRADS-6: Kesin malign olan ve biyopsi ile ispatlanan gruptur (37)

2.5. Meme Biopsileri

Tüm meme İİAB, vakum biyopsi ve kor biyopsileri üçlü test sonuçlarına bağlı olarak değerlendirilmekte olup, çıkan istatistiklerine göre atipili proliferatif lezyonlar erken cerrahi biyopsiyle tanının kesinleşmesi için değerlendirilmelidir. Örneğin klinik, görüntüleme ve patoloji bulgularına göre proliferatif lezyon tanısı alan vakaların 6 aylık kontrollerle ve gerektiğinde tekrar İİAB ile takibinin uygun olacağı belirtilmiştir. Fakat üçlü testin herhangi bir bileşeninde malignite şüphesi varlığında genellikle erken cerrahi girişim ile biyopsi sonucu değerlendirilmelidir (10). Yaygın kullanılan biyopsi türleri aşağıdaki gibidir (9):

1.İİAS-İnce İğne Aspirasyon Sitolojisi: 21-23 no iğne ile ve 10 cc'lik enjektör kullanılarak direkt veya USG eşliğinde kitleden hücreler aspire edilir. Materyal

sitopatolog tarafından değerlendirilir. Tanı değeri %90-100 arasındadır. Yanlış negatiflik%4'dür.

2.Trucut Biyopsi-Kesici İğne Biyopsisi: Daha çok doku alındığında doğru tanı daha yüksektir. Yalancı negatiflik oranı düşüktür. İİAB'den daha güvenilir bilgiler verir. Günümüzde tavsiye edilen yöntemdir.

3.Eksizyonel Biyopsi: Kitlenin tümünün çevre sağlam meme dokusu ile çıkartılmasıdır.Özel bazı durumlar haricinde önerilmez.

4.İnsizyonel Biyopsi: Daha çok malignite ihtimali yüksek olan 4 cm'den büyük kitlelerden bir miktar doku çıkartılır. Özellikle inflamatuvar meme kanseri şüphesi olanlarda ve inoperabilite kriterleri mevcut kitlelerde kullanılır.

2.6. Meme Kanserinde Risk Faktörleri

Meme kanserinin nedeni, çoğu kanser türü gibi bilinmemektedir. Öte yandan bazı durumlar riski arttırmaktadır. Kadın olmak ve ileri yaş en fazla bilinen risk faktörleri olup, bunun dışında aşağıdaki risk faktörlerinin de hastalığın oluşmasında ve gelişiminde etkili olduğu bilinmektedir (14):

- i. Ailede kanser öyküsünün bulunması (Özellikle erken yaşlarda)
- ii. Erken yaşta başlayan menstrual döngü
- iii. Geç menopoza girme
- iv. Uzun süren hormon terapisi
- v. İlk bebeğin geç yaşlarda olması

AKD, 2013 yılı raporunda kadın olma ve ileri yaş dışında en yaygın risk faktörlerini 18 yaşından sonra aşırı kilo alma, obezite, östrojen ve progesteron kombine hormon tedavisi, düşük fiziksel aktivite ve alkol tüketimi olarak rapor etmiştir. Bunun yanında göğüs dokusunun yoğunluğunun fazla olması (mamografide glandüler dokunun yağ dokusuna oranı), kemiklerde yüksek mineral yoğunluğu (düşük yoğunluk ise

kadınlarda osteoporoz nedenidir), hiperplazi gibi durumlar da hastalık riskini arttırmaktadır (15).

2.7. Literatür

Flowers ve ark (2013) çalışmalarında, BIRADS 4A/B değerlendirmelerinde benin biyopsi oranlarını düşürmek için pilot çalışma yapmıştır. Çalışmada Ocak 2006 ile Mart 2007 tarihleri arasında klinik olarak BIRADS 4 lezyonu görülen kadınlarda prospektif olarak duktal karsinoma in situ (DCIS) ve invazif kanser (IC) risk faktörleri ile biyopsi oranları, kanser-biyopsi verimi ve değerlendirmeden kaçan malign tipleri incelenmiştir. Çalışmada, biyopsi ile paralel olarak cut off değerinin yükselmesinin yanlış pozitiflerin azalmsında etkili olabileceği rapor edilmiştir (16).

Bent ve ark (2010) çalışmalarında, BIRADS mikrokalsifikasyon tanımlayıcıların pozitif prediktif değerini ve son değerlendirme kategorilerini incelemiştir. Çalışmada Nisan 2005 ile Ağustos 2006 tarihleri arasında dijital mamografi ile teşhis konan 146 kadın incelenmiştir. BIRADS skorlaması ise bir radyolog tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre biyopsilerin pozitif prediktif değeri %28,8 olarak bulunmuştur. BIRADS değerlendirmesine göre malign olma durumunun pozitif prediktif değerler kategori 2 için %2,0; kategori 3 için %3,0; kategori 4A için %13; kategori 4B için %36,0; kategori 4C için %79,0 ve kategori 5C için %100 olarak bulunmuştur. Çalışmaya göre BIRADS morfoloji ve dağılım tanımlayıcılarının dijital mamografide görülen mikrokalsifikasyonların malignliğini ve riskini belirlemede etkili olduğu rapor edilmiştir (17).

Lazarus ve ark (2006) çalışmalarında, BIRADS Lexicon değerlendirmelerinin USG ve mamografi açısından pozitif prediktif değerini incelemiştir. Çalışmada 91 kadın üzerinde BIRADS 4A, 4B ve 4C için sonogram ve mamogram açısından pozitif prediktif değerini incelemiştir. Çalışmada incelenen lezyonların %32'si malign ve %68'i ise beningdir. USG sonuçları lezyon oryantasyonu, şekli ve çevresi açısından net olup, uyumludur. Lezyon marjini ve posterior akustik özellikler konusunda orta düzeyde uyum görülmüştür. Mamografik değerlendirmelerde ise kütle şekli, marjini ve kalsifikasyon dağılımı açısından orta düzeyde uyum gözlemlenmiştir. Kalsifikasyon

dağılımı, kütle yoğunluğu ve son kategori değerlendirmesinde düşük uyum gözlemlenmiştir. Kategori 4 ve 5 için BIRADS pozitif prediktif değerleri sırasıyla:kategori 4A için %6,0; kategori 4B için %15,0; kategori 4C için %53,0 ve kategori 5 için ise %91,0 olarak rapor edilmiştir (18).

3. MATERYAL VE METOD

Çalışmaya, Ocak 2011-Ocak 2014 tarihleri arasında, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniğine ve servisine başvuran meme lezyonuna sahip olan 207 hasta dahil edildi.

Çalışma retrospektif olarak yapıldı.

3.1. Hasta ve metodlar

18 yaş üstü meme ultrasonografi ile değerlendirilen BIRADS 2-3-4-5 lezyonu olan bayan hastalar araştırmaya alındı.

Ultrasonografide hiçbir lezyon saptanmayan BIRADS 1 lezyonu olan hastalar çalışmaya alınmadı ve kontrollere gelmeyen hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Meme kanseri risk faktörleri sorgulanırken çalışmaya dahil edilen hastaların seçiminde aşağıdaki özellikler dikkate alınarak yapıldı.

Emzirme;Hastaların ne kadar süreli emzirdiği,emzirmenin devamlı olup olmadığı ve emzirme süresi sorgulandı.hastaların ilk doğum yaşı ve emzirmeye başlama yaşı değerlendirildi. Emzirme süresi 1 yıldan uzun olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

OKS kullanımı;Hastaların OKS kullanım öyküleri sorgulandı,en az 1 yıl süreli OKS kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

BMI;Hastaların BMI leri $BMI > 25$ ve $BMI < 25$ olmak üzere iki grupta değerlendirildi.

Sigara kullanımı,Hastaların sigara kullanım öyküsü alındı.hastalar sigara kullanımı olan ve olmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. En az bir yıl süreli düzenli sigara kullanımı olan hastalar çalışmada sigara kullanan gruba dahil edildi.

Sosyoekonomik düzey:Hastaların sosyoekonomik düzeyleri kötü,orta ,iyi olmak üzere üç grupta sorgulandı.

Ailede meme kanseri öyküsü,Hastaların birinci ve ikinci derece akrabalarında ailede meme kanseri olup olmadığı sorgulandı.

Doğurganlık durumu:Hastalar doğum yapmış ve doğum yapmamış hastalar olmak üzere iki grupta değerlendirildi.

3.2. Yöntem Bileşenleri

Çalışmada hastaların ultrasonorafi sonuçları incelendi.Ultrasonografi raporları, ACR (American College of Radiology) tarafından yapılan‘Breast Imaging Reporting and Data System’ (BIRADS) sınıflamasına göre sınıflandırıldı.

Bu hastalara yapılan biopsiler sonucunda elde edilen materyellerin histopatolojik incelemesi Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi patoloji kliniği tarafından yapıldı.

Çalışmaya dahil edilen BIRADS 2, BIRADS 3 lezyona sahip hastalar, benign ve muhtemel benign lezyona sahip hasta grubu olarak, BIRADS 4,BIRADS 5 lezyona sahip hastalar ,malign ve muhtemel malign lezyona sahip hasta grubu olarak 2 grupta değerlendirilmeye alındı.Hastaların dosyalarından meme kanseri risk faktörlerinden olan emzirme, OKS kullanımı, BMI, sigara kullanımı, sosyoekonomik düzey, ailede meme kanseri öyküsü, doğurganlık durumunun hastalarda ne şekilde değişkenlik gösterdiği araştırıldı ve bu iki grupta bu değerlerin ne şekilde dağılım gösterdiği karşılaştırıldı.

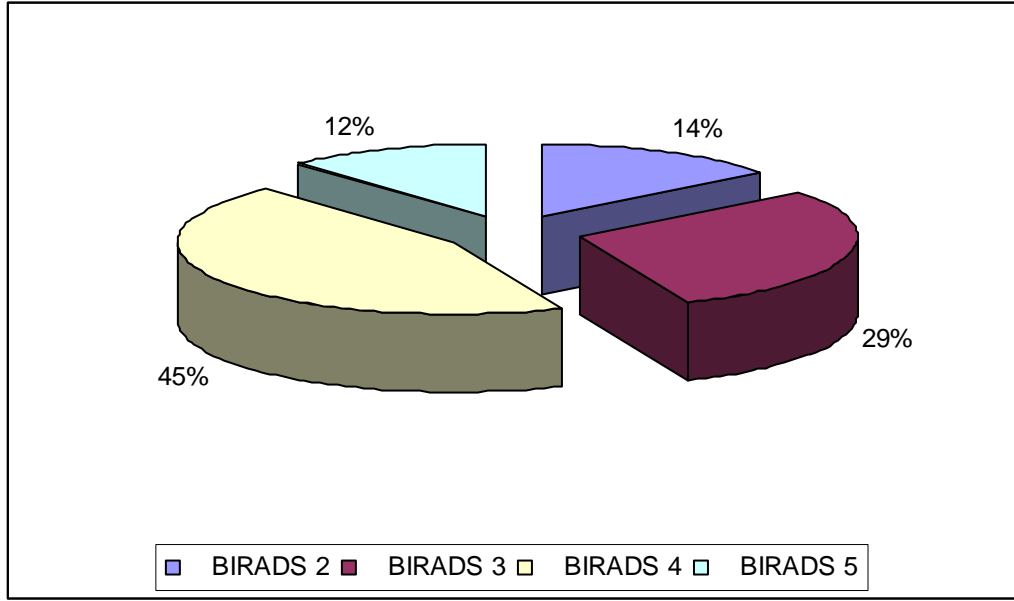
Meme biopsisi yapılan BRAIDS 4 ve BRAIDS 5 lezyonu olan hastaların dosyalarından meme kanseri risk faktörlerinden olan emzirme, OKS kullanımı, BMI, sigara kullanımı, sosyoekonomik düzey, ailede meme kanseri öyküsü, doğurganlık durumu ve fertil çağ süresinin hastalarda ne şekilde değişkenlik gösterdiği araştırıldı.

Hasta dosyalarından BIRADS 2 ve BIRADS 3 lezyona sahip hastalar seçilip bu hastaların en az 6 ay ,en fazla 36 ay takip edilmek üzere ortalama 21 aylık takibi sonucu lezyonlarda BIRADS 4 ve BIRADS 5 e progresyon olup olmadığı incelendi.

4. BULGULAR

Hastaların BIRADS sınıflarına göre kişi sayıları ve yüzde dağılımları Şekil 5'teki gibiydi.

Hastaların %14,5'i (n: 30) BIRADS 2, %29,0'u (n: 60) BIRADS 3, %44,4'ü (n: 92) BIRADS 4 ve %12,1'i (n: 25) ise BIRADS 5 sınıfındaydı.



Şekil 5. Hastaların BIRADS sınıflarına göre dağılımları

En fazla BIRADS 4 sınıfı hasta vardı ve bunu BIRADS 3 izlemekteydi. Hastaların emzirme durumu, OKS kullanımı, BMI, sigara kullanımı, sosyoekonomik düzey, ailede meme kanseri öyküsü, patoloji, yapılan biyopsi türü, doğurganlık durumu dağılımları Tablo I'deki gibiydi.

Tablo I: Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları

| | BRADS 2 | | BRADS 3 | | BRADS 4 | | BRADS 5 | | P |
|----------------------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Emzirme | | | | | | | | | |
| Evet | 21 | 70,0 | 41 | 68,3 | 65 | 70,7 | 21 | 84,0 | 0,517 |
| Hayır | 9 | 30,0 | 19 | 31,7 | 27 | 29,3 | 4 | 16,0 | |
| OKS Kullanımı | | | | | | | | | |
| Evet | 12 | 40,0 | 19 | 31,7 | 25 | 27,2 | 2 | 8,0 | 0,067 |
| Hayır | 18 | 60,0 | 41 | 68,3 | 67 | 72,8 | 23 | 92,0 | |
| BMI | | | | | | | | | |
| <25 | 9 | 30,0 | 29 | 48,3 | 36 | 39,1 | 9 | 36,0 | 0,429 |
| >25 | 21 | 70,0 | 31 | 51,7 | 56 | 60,9 | 16 | 64,0 | |
| Sigara Kullanımı | | | | | | | | | |
| Evet | 5 | 16,6 | 5 | 8,3 | 13 | 14,1 | 4 | 16,0 | 0,973 |
| Hayır | 25 | 83,3 | 55 | 91,7 | 79 | 85,9 | 21 | 84,0 | |
| Sosyoekonomik Düzey | | | | | | | | | |
| Kötü | 2 | 6,7 | 1 | 1,7 | 5 | 5,4 | 4 | 16,0 | 0,009 |
| Orta | 19 | 63,3 | 43 | 71,7 | 73 | 79,3 | 18 | 72,0 | |
| İyi | 9 | 30,0 | 16 | 26,7 | 14 | 15,2 | 3 | 12,0 | |
| Ailede M. K.Öyküsü | | | | | | | | | |
| Evet | 4 | 13,3 | 5 | 8,3 | 17 | 18,5 | 4 | 16,0 | 0,288 |
| Hayır | 26 | 86,7 | 55 | 91,7 | 75 | 81,5 | 21 | 84,0 | |
| Patoloji | | | | | | | | | |
| Benign | - | - | - | - | 72 | 78,3 | 3 | 12,0 | 0,000 |
| Malign | - | - | - | - | 20 | 21,7 | 22 | 88,0 | |
| Doğurganlık Durumu | | | | | | | | | |
| Evet | 26 | 86,7 | 42 | 70,0 | 73 | 79,3 | 25 | 100,0 | 0,157 |
| Hayır | 4 | 13,3 | 18 | 30,0 | 19 | 20,7 | - | - | |

Hastaların emzirme durumuna göre dağılımları incelendiğinde, BIRADS 2 grubundaki hastaların %70,0'inin, BIRADS 3 grubundaki hastaların %68,3'ünün, BIRADS 4 grubundaki hastaların %70,7'sinin ve BIRADS 5 grubundaki hastaların ise %84,0'ünün emzirdiği görüldü. Gruplar arasında emzirme oranı birbirine yakın olup, farklar ise istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

OKS kullanımı da gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). BIRADS 2 grubundaki hastaların %40,0'ı, BIRADS 3 grubundaki hastaların %31,7'si, BIRADS 4 grubundaki hastaların %27,2'si ve BIRADS 5 grubundaki hastaların ise %8,0'i OKS kullandıklarını ifade ettiler. BIRADS 2, 3 ve 4 arasında ciddi bir fark olmazken, bu gruplarla BIRADS 5 grubu arasında anlamlı bir fark vardı ($p<0,05$).

BMI değerleri de dört hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). BIRADS 2 grubundaki hastaların %30,0'u, BIRADS 3 grubundaki hastaların %48,3'ü, BIRADS 4 grubundaki hastaların %39,1'i ve BIRADS 5 grubundaki hastaların ise %36,0'sı 25'in altında BMI değerine sahipti. Genel olarak tüm gruplarda BMI değeri normalin üzerindeydi.

Sigara kullanımını yine dört hasta grubunda da birbirine yakın olup, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). BIRADS 2 grubundaki hastaların %16,6'sı, BIRADS 3 grubundaki hastaların %8,3'ü, BIRADS 4 grubundaki hastaların %14,1'i ve BIRADS 5 grubundaki hastaların %16,0'sı sigara kullanmaktaydı.

Sosyoekonomik düzey hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi ($p<0,05$). Genel olarak tüm hasta gruplarında orta düzeyde sosyoekonomik düzey görülürken, BIRADS 5 grubundaki hastaların sosyoekonomik durumu kötü olanlarının oranı, diğer gruplara göre çok daha yüksekti.

Ailede meme kanseri öyküsü de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). BIRADS 2 grubundaki hastaların %13,3'ünde, BIRADS 3 grubundaki hastaların %8,3'ünde, BIRADS 4 grubundaki hastaların %18,5'inde ve BIRADS 5 grubundaki hastaların %16,0'sında ailede meme kanseri öyküsü vardı.

Doğurganlık durumu tüm gruplarda benzer dağılım gösterip, gruplar arasında ciddi bir fark yoktu ($p>0,05$). En az doğurganlık oranı %70,0 oranla BIRADS 3 grubundaydı.

Patoloji sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında ciddi bir farklılık vardı ($p<0,05$). Patoloji yapılan BIRADS 4 grubundaki hastaların %78,3'ünde patoloji sonucu benign olurken, %21,7'si ise maligndi. Öte yandan BIRADS 5 hastaların %12,0'sinde benign sonucu alınırken, hastaların %88,0'i ise maligndi.

Hasta gruplarının BIRADS 2 ve BIRADS 3 meme kitlelerinin BIRADS 4 ve BIRADS 5 kitlelerine progresyon sonuçları aşağıdaki gibiydi.

Tablo II: BRAIDS 2 ve BRAIDS 3 Meme Kitlelerinin BRAIDS 4 ve BRAIDS 5'e Progresyonu

| | Kişi Sayısı | Progresyon yok | BIRADS 4'e | BIRADS 5'e |
|----------|-------------|----------------|------------|------------|
| BIRADS 2 | 30 | 30 | YOK | YOK |
| | Kişi Sayısı | Progresyon yok | BIRADS 4'e | BRADS 5'e |
| BIRADS 3 | 60 | 57 | 3 | YOK |

Sadece 3 hastada, BIRADS 3'ten BIRADS 4'e progresyon gözlemlendi. Öte yandan BIRADS 2 grubu hastalarda ise progresyon gözlemlenmedi.

Muhtemel malign ve muhtemel benign olan lezyonların risk faktörlerine göre dağılımları ve fark analizi sonuçları Tablo III'teki gibiydi.

Tablo III: Malign ve muhtemel malign (BIRADS 4 ve 5) ile benign ve muhtemel benign (BIRADS 2 ve 3) grupların risk faktörlerine göre dağılımları ve fark analizi sonuçları

| | Benign ve Muhtemel Benign (BIRADS 2 ve BIRADS 3) (n:90) | | Malign ve Muhtemel Malign (BIRADS 4 ve BIRADS 5) (n:117) | | p |
|----------------------------|---|------|--|------|--------------|
| | n | % | n | % | |
| Emzirme | | | | | |
| Evet | 62 | 68,9 | 86 | 73,5 | 0,466 |
| Hayır | 28 | 31,1 | 31 | 26,5 | |
| OKS Kullanımı | | | | | |
| Evet | 31 | 34,4 | 27 | 23,3 | 0,077 |
| Hayır | 59 | 65,6 | 89 | 76,7 | |
| BMI | | | | | |
| <25 | 38 | 42,7 | 45 | 38,8 | 0,573 |
| >25 | 51 | 57,3 | 71 | 61,2 | |
| Sigara Kullanımı | | | | | |
| Evet | 11 | 12,2 | 17 | 14,5 | 0,630 |
| Hayır | 79 | 87,8 | 100 | 85,5 | |
| Sosyoekonomik Düzey | | | | | |
| Kötü | 3 | 3,3 | 9 | 7,7 | 0,037 |
| Orta | 62 | 68,9 | 91 | 77,8 | |
| İyi | 25 | 27,8 | 17 | 14,5 | |
| Ailede M. K.Öyküsü | | | | | |
| Evet | 9 | 10,0 | 21 | 17,9 | 0,107 |
| Hayır | 81 | 90,0 | 96 | 82,1 | |
| Doğurganlık Durumu | | | | | |
| Evet | 68 | 75,6 | 98 | 83,8 | 0,142 |
| Hayır | 22 | 24,4 | 19 | 16,2 | |

Benign ve muhtemel benign grubunda bulunan 90 hastanın %68,9'unda en az bir yıl süre ile emzirme görülürken, %31,1'inde ise emzirme görülmemiştir. Malign ve

muhtemel malign olan 117 hastanın ise %73,5'inde en az bir yıl süreli emzirme gerçekleşirken, %26,5'inde ise gerçekleşmemiştir. Grupların emzirme dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

OKS kullanımı malign ve muhtemel malign grupta %34,4 olup, bu oran benign ve muhtemel benign grupta ise %23,3'tür. Yine OKS kullanımının da iki grup arasında ciddi farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

BMI değerleri incelendiğinde, 25'in üzerinde BMI sahip hasta oranı benign ve muhtemel benign grupta %57,3 iken, malign ve muhtemel malign grupta ise %61,2'dir. Öte yandan gruplar arasında BMI dağılımının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Sigara kullanımı da yine malign ve muhtemel malign grupla ve benign ve muhtemel benign hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahip değildir ($p>0,05$). Sigara içerenlerin oranı muhtemel benign grupta %87,8 olup, muhtemel malign grupta ise %85,5'tir.

Malign ve muhtemel malign grupla ve benign muhtemel benign gruptaki hastaların sosyoekonomik durumları arasında anlamlı bir fark vardı ($p<0,05$). Sosyoekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların benign ve muhtemel benign hastalarda oranı %27,8 iken, malign ve muhtemel malign grupta ise %14,5 oranındaydı. Malign ve muhtemel malign grubun sosyoekonomik düzeyinin, benign ve muhtemel benign gruptan daha düşük olduğu görülmektedir.

Ailede meme kanseri öyküsünün de her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$). Benign ve muhtemel benign olan hastaların %10,0'unun, malign ve muhtemel malign olan hastaların ise %17,9'unun ailesinde meme kanseri öyküsü vardı.

Benign ve muhtemel benign hastaların %75,6'sında doğurganlık varken, bu oran malign ve muhtemel malign grupta ise %83,8'dir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

BIRADS 4 grubu hastalardan, malign ve benign patoloji sonuca sahip hastalarda risk faktörlerinin dağılımları ve fark analizi sonuçları Tablo 4'teki gibiydi.

Tablo IV: BIRADS 4 grubundaki malign ve benign hastaların parametreleri arasındaki farklar

| | Benign | | Malign | | p |
|-----------------------------------|--------|------|--------|------|--------------|
| | n | % | n | % | |
| Emzirme | | | | | |
| Evet | 51 | 70,8 | 14 | 70,0 | 0,942 |
| Hayır | 21 | 29,2 | 6 | 30,0 | |
| OKS Kullanımı | | | | | |
| Evet | 17 | 23,6 | 8 | 40,0 | 0,145 |
| Hayır | 55 | 76,4 | 12 | 60,0 | |
| BMI | | | | | |
| <25 | 34 | 47,2 | 2 | 10,0 | 0,003 |
| >25 | 38 | 52,8 | 18 | 90,0 | |
| Sigara Kullanımı | | | | | |
| Evet | 11 | 15,3 | 2 | 10,0 | 0,551 |
| Hayır | 61 | 84,7 | 18 | 90,0 | |
| Sosyoekonomik Düzey | | | | | |
| Kötü | 4 | 5,6 | 1 | 5,0 | 0,588 |
| Orta | 56 | 77,8 | 17 | 85,0 | |
| İyi | 12 | 16,7 | 2 | 10,0 | |
| Ailede Meme Kanseri Öyküsü | | | | | |
| Evet | 9 | 12,5 | 8 | 40,0 | 0,005 |
| Hayır | 63 | 87,5 | 12 | 60,0 | |
| Doğurganlık Durumu | | | | | |
| Evet | 55 | 76,4 | 18 | 90,0 | 0,186 |
| Hayır | 17 | 23,6 | 2 | 10,0 | |

BIRADS 4 grubu benign hastaların %70,8'i, malign hastaların ise %70,0'i emzirdiklerini ifade ettiler ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

OKS kullanımını malign hastalarda %40,0 olup, benign hastalarda ise %23,6'ydı ve burada da gruplar arasındaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$).

BMI malign hastalarda daha yüksekti ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Sigara kullanımı ve sosyoekonomik düzeyler arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Gruplar arasında malign olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla ailede meme kanseri öyküsü görülürken ($p<0,05$), doğurganlık durumunun iki grup arasındaki dağılım farkı istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

BIRADS 5 grubu hastalardan, malign ve benign patoloji sonuçları gelen hastaların risk faktörü özelliklerine göre dağılımları ve fark analizi sonuçları Tablo IV'teki gibiydi.

Tablo V: BIRADS 5 grubundaki malign ve benign hastaların parametreleri arasındaki farklar

| | Benign | | Malign | | p |
|-----------------------------------|--------|-------|--------|-------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Emzirme | | | | | |
| Evet | 2 | 66,7 | 19 | 86,4 | 0,422 |
| Hayır | 1 | 33,3 | 3 | 13,6 | |
| OKS Kullanımı | | | | | |
| Evet | - | - | 2 | 9,09 | <0,05 |
| Hayır | 3 | 100,0 | 20 | 90,91 | |
| BMI | | | | | |
| <25 | 1 | 33,3 | 8 | 36,36 | >0,05 |
| >25 | 2 | 66,7 | 14 | 63,64 | |
| Sigara Kullanımı | | | | | |
| Evet | 1 | 33,3 | 3 | 13,6 | 0,422 |
| Hayır | 2 | 66,7 | 19 | 86,4 | |
| Sosyoekonomik Düzey | | | | | |
| Kötü | | | 4 | 18,2 | <0,05 |
| Orta | 3 | 100,0 | 15 | 68,2 | |
| İyi | | | 3 | 13,6 | |
| Ailede Meme Kanseri Öyküsü | | | | | |
| Evet | - | - | 4 | 18,2 | <0,05 |
| Hayır | 3 | 100,0 | 18 | 81,8 | |
| Doğurganlık Durumu | | | | | |
| Evet | 3 | 100,0 | 22 | 100,0 | >0,05 |
| Hayır | - | - | - | - | |

BIRADS 5 grubundaki hastalardan sadece üçünün patoloji sonucu benign olup, diğerleri ise maligndi. Benign hastalardan ikisi emzirmekte olup, birisi ise emzirmemişti. Benign hastaların tamamı OKS kullanmakta olup, malign hastalarda ise OKS kullanım oranı %9,09'du. BMI bir benign hastada 25'in altındayken, malign grupta ise %36,36'ydı. Sigara kullanımını benign hastalardan birisinde, malign hastaların ise %13,6'sında vardı. Sosyoekonomik düzey üç benign hastada da orta düzeyde olup, malign hastaların ise %68,2'sinde orta düzeydeydi. Benign hastaların tamamının ailesinde meme kanseri öyküsü yokken, malign hastaların ise %18,2'sinde ailede meme kanseri öyküsü vardı.

5. TARTIŞMA

Kerlikowske ve arkadaşlarının 2003 yılında yayınladıkları bir derlemede, BIRADS 3 olarak sınıflandırılan hastaların kanser açısından düşük risk taşıdıkları ve 6 aylık mamografi takiplerinin uygun olduğu belirtilmiştir (33). Bu çalışmada ise hastaların BIRADS dağılımı incelendiğinde, en fazla BIRADS 4 lezyonunun olduğu, bunu BIRADS 3'ün izlediği görüldü. Lezyonların büyükçe bir bölümünün kistik karakterde olduğu görüldü. Toplamda BIRADS 2 lezyonu olan 30 hasta , BIRADS 3 lezyonu olan 60 hasta , BIRADS 4 lezyonu olan 92 hasta ve BIRADS 5 lezyonu olan 25 hasta görüldü.

Bir başka çalışmada BIRADS 3 ve 4 lezyonlu 150 hasta, radyolojik ve patolojik sonuçları ile 4 yıllık bir takip süresi sonucu karşılaştırılmıştır. Buna göre BIRADS 3 sınıfının % 11'i, BIRADS 4 sınıfında ise % 67 malignite saptanmıştır.

Bizim sonuçlarımıza göre, BIRADS 4 meme lezyonuna sahip 92 hasta (% 44.4) dan 72 (% 78.3) hastanın patoloji sonucu benign,20 (% 21.7) hastanın ise patoloji sonucu malign olarak gelmiştir. BIRADS 5 lezyona sahip 25 (% 12.1) hastadan ise 22 (% 88) hastanın patoloji sonuçları malign,3 (% 12) hastanın patoloji sonuçları benign olarak gelmiştir. BIRADS 4 lezyona sahip hastalarda malignite saptanma oranı % 21.7 iken BIRADS 5 lezyona sahip hastalarda malignite oranı %88 olarak saptanmıştır. Bu rakamlar göz önünde bulundurulduğunda BIRADS 4 ve BIRADS 5 lezyona sahip hastaların biopsi ile tanılandırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Amerikan Kanser Birliğine göre emzirme, meme kanseri riskini azaltmada yardımcıdır (19). Kavlak vd (19) ise 305 makalenin sonuçlarını taradıkları oldukça kapsamlı meta analizinde, meme kanseri ile ilgili çalışmalardaki vakalarda, emzirme ile meme kanseri arasında %77,8 oranla istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre emzirmenin kanser riskini azaltmada önemli bir fonksiyonu vardır. Yılmaz vd (20) ise emziren annelerde kontrol edilebilir risk faktörünün %96,3 gibi oldukça yüksek bir oranda olduğunu rapor etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise benign ve muhtemel benign olan hastaların %68,9'u emzirirken, malign ve muhtemel malign olan hastaların ise %73,5'i emzirmektedir. Öte yandan gruplar arasındaki bu fark,

istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Tüm guruplarda emzirme oranları birbirlerine yakın olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi. Örneklemimizde, emziren annelerin her iki grupta da çoğunlukta olduğunu görmekteyiz. Emzirme durumunun prognoz olduğu başka çalışmalarda, bu farkın anlamlı olabileceği düşünülebilir.

BRAIDS 4 ve BRAIDS 5 lezyona sahip hastaların meme kanseri risk faktörleri sorgulanması sonucunda elde ettiğimiz verilere göre tüm guruplarda emzirme oranları birbirlerine yakın olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi.

Literatürde OKS kullanımı ile malignite arasında ilişki kuran çalışmalar mevcuttur. Yılmaz vd (20) çalışmalarında, OKS kullanımının kontrol edilebilir risk faktörünü %27,4 olarak tayin ettiğini rapor etmiştir. Aynı çalışmada, OKS kullanım süresi arttıkça, kontrol edilebilir risk faktörünün azaldığı gösterilmiştir.

Bizim çalışmamızda ise OKS kullanımı benign ve muhtemel benign olan hastalarda %34,4 olup, bu oran malign ve muhtemel malign olan hastalarda ise %23,3'tü. Öte yandan gruplar arasındaki bu fark, istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Her iki grupta da OKS kullanımı oldukça sınırlı olduğundan, bunun sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşüncesindeyiz. Yine bu farkın anlamsız olmasının da nedeni, bölgede kadınların hastaneye gitmelerinin sınırlı olmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

Bilir ve arkadaşlarının sigaraya başlama yaşı ile ilgili ülke çapında yaptıkları bir araştırmada, ülkemizde lise öğrencilerinde sigara kullanma yüzdesi ortalama %27,1 bulunmuştur (34). Yine Türk Toraks Derneği, 2005 yılında yaptığı çalışma da tütün ve mamüllerinin ne kadar erken yaşta başlanırsa o kadar zararının artacağını rapor etmiştir (35). Bilir ve arkadaşlarının sigaraya başlama yaşı ile ilgili ülke çapında yaptıkları bir araştırmada, ülkemizde lise öğrencilerinde sigara kullanma yüzdesi erkeklerde %31,5 ve kadınlarda %19,9 olarak rapor edilmiştir (36). Yılmaz vd (20) çalışmalarında, sigara kullanımının meme kanseri lezyonlarında ispatlanmamış risk faktörünü %36,0'lara düşürdüğünü rapor etmiştir.

Bizim çalışmamızda ise malign ve muhtemel malign grup ve benig ve muhtemel benign gruptaki hastaların sigara içme oranlarında göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$).

Sigara kullanımı, birçok kanser türünde olduğu gibi, meme kanserinde de önemli bir risk faktörüdür. Öte yandan bu faktörün etkisinin ortaya konması için, örneklem içerisinde farklı BIRADS gruplarındaki kadınların sigara içme oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olması beklenmektedir. Öte yandan bölgede genel olarak çalışmayan ve ev hanımı olan kadınların sigara içme oranları oldukça düşüktür.

Amerikan Kanser Birliği, sağlıklı kilonun meme kanseri riskini azaltmada yardımcı olduğunu rapor etmiştir (19). Yılmaz vd (20) ise BMI değerine göre şişman olanlarda kontrol edilebilir risk faktörünün, normal olanlara göre yaklaşık üç kat daha düşük olduğunu rapor etmiştir. Literatürde BMI ile malignite arasında ilişki kuran çalışmalar mevcuttur. Bizim çalışmamızda ise benign ve muhtemel benign hastaların %57,3'ü, malign ve muhtemel malign olan hastaların ise %61,2'si 25 ve üzerinde BMI değerine sahipti. Gruplar arasındaki farklar da istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Literatürde hastaların sosyoekonomik düzeyleri ile malignite arasında ilişki kuran çalışmalar mevcuttur (23, 24). Bizim çalışmamızda ise sosyoekonomik düzey dağılımı benign ve muhtemel benign ve malign muhtemel malign olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı çıktı. Benign ve muhtemel benign olan gruptaki hastaların daha iyi sosyoekonomik düzeye sahip oldukları görüldü.

Ailede kanser öyküsü, sadece meme kanserinde değil, diğer kanser türlerinde de önemli bir risk faktörüdür. Literatürde ailede kanser öyküsü olması ile malignite arasında ilişki kuran çalışmalar mevcuttur (21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32). Bizim çalışmamızda ise ailede meme kanseri öyküsü benign ve muhtemel benign olan hastaların %10,0'unda, malign ve muhtemel malign olan hastaların ise %17,9'unda görüldü. Gruplar arasındaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Literatür yayınlarında da, klinik uygulamalarda da aile öyküsü, birçok hastalığın en önemli etkenidir. Özellikle çeşitli kanser türlerinde, ailede kanserin varlığı, kişinin kanser açısından risk durumunu önemli ölçüde arttırmaktadır.

Varas vd (33) BIRADS 3 lezyonlarında %14 oranında progresyon gözlemlemiş, progresyon olanlarda ise istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kanser gelişimini rapor etmiştir.

Bent vd (34) ise çalışmalarında, BIRADS 4 lezyonlarında %29 oranında, BIRADS 5 lezyonlarının ise tamamında malignite rapor etmiştir.

Bizim çalışmamızda BIRADS 2 lezyona sahip hastalarda lezyonda progresyon görülmedi. Öte yandan BIRADS 3 lezyona sahip 60 hastanın 3 ünde BIRADS 4'e progresyon gözlendi.

BIRADS 4 lezyona sahip hastalarda malignite saptanma oranı %21.7 iken BIRADS 5 lezyona sahip hastalarda malignite oranı %88 olarak bulundu.

Tüm gruplarda sigara kullanımı, OKS kullanımı, aile meme kanseri öyküsü, doğurganlık durumu, fertil çağ süresi risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varılmadı. Genel olarak tüm hasta gruplarının sosyoekonomik düzeyleri orta düzeydeyken, BIRADS 5 meme lezyonu olan hastaların diğer gruplara kıyasla daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğu tespit edildi.

Genel olarak çalışma bulguları özetlendiğinde, dört grup arasından istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilen tek risk faktörü sosyoekonomik düzey farklılıklarıydı. Bu nedenle çalışmamızda sosyoekonomik durumun bireyler arasındaki farklılığının meme kanseri üzerine oldukça etkili olduğu sonucuna vardık.

6. SONUÇ

BIRADS 2 ve BIRADS 3 olarak gruplanan benign ve muhtemel benign hastaların sosyoekonomik düzeyleri, BIRADS 4 ve BIRADS 5 olarak gruplanan malign ve muhtemel malign hastaların sosyoekonomik düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti. Bunun dışındaki risk faktörleri iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi.

BIRADS 4 lezyona sahip hasta grubunda malignite oranı % 21.7 iken BIRADS 5 lezyona sahip hasta grubunda ise bu oran %88' di.

BRAIDS 4 lezyonu olan hasta grubunda malignite üzerine BMI ve ailesel meme kanseri öyküsü risk faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi. BRAIDS 5 lezyona sahip hasta grubunda malign olanların OKS kullanım oranı ve sosyoekonomik düzeyleri benign olanlara kıyasla daha düşüktü.

Memesinde BRAIDS 2 ve BRAIDS 3 lezyonu olan hastalarda ortalama 21 aylık izlem süresi sonrasında; BRAIDS 2 hasta grubunda BRAIDS 4 ve BRAIDS 5 e progresyonun saptanmayıp, yalnızca BIRADS 3 lezyona sahip 60 hastanın 3 ünde BIRADS 4'e progresyon gözlemlendi.

KAYNAKLAR

1. Goldhirsch, J. H. Glick, R. D. Gelber, A. S. Coates, B. Thu`rlimann, H.-J. Senn & Panel Members. Meeting Highlights: International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2005. Annals of Oncology 16: 1569–1583, 2005.
2. Topuz E, Aydiner A, Dinçer M. Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitabevleri, 2003.
3. Gazioglu E. Essentials in the Management of Breast Disease, Celcius Medical Publications, 2005.
4. Jatoi I, Singletary SE. Breast Cancer: New Concepts in Management. Surg Clin N Am. 83, August 2003.
5. Killi, Mahmut Refik Meme Kanserlerinin Tanısında ve Taramasında Ultrasonografi, Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics 2013;6(2):7-14
6. Majid S, Paredes E, Doherty R, Sharma R, Salvador X: Missed breast carcinoma: Pitfalls and Pearls. Radiographics 2003; 23: 881–95
7. Koçer, Hamdi, Meme Kanseri Hakkında Doğru Bilinen Yanlışlar, <http://www.memesaglik.com/images/stories/akatlar.pdf>
8. NCNN, National Comprehensive Cancer Network, <http://www.nccn.org/patients/guidelines/breast/index.html>
9. Öcal, Koray, Memede Kitleye Yaklaşım, http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/304/files/Memede_kitleye_yakla%C5%9F%C4%B1m%28D4-K%C3%96%29.pdf
10. Erel, Serap, Memenin Benign Proliferatif Lezyonları ve Kanser Riski, ARŞİV 2010; 19: 155
11. Akça, Tamer, Meme Kanseri, <http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/304/files/memekanseri.pdf>
12. Somunoğlu, Sinem, Meme Kanserinde Risk Faktörleri, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:5 (2007)
13. Akça, Tamer, Meme Kanseri, <http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/304/files/memekanseri.pdf>

14. NCCN, National Comprehensive Cancer Network, <http://www.nccn.org/patients/guidelines/breast/index.html#10/z>
15. AKD, American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. Atlanta: American Cancer Society; 2013.
16. Chris I. Flowers, Cristina O'Donoghue, Dan Moore, Adeline Goss, Danny Kim, June-Ho Kim et al, Reducing false-positive biopsies: a pilot study to reduce benign biopsy rates for BIRADS 4A/B assessments through testing risk stratification and new thresholds for intervention, Breast Cancer Res Treat (2013) 139:769–777.
17. Chris K. Bent, Lawrence W. Bassett, Carl J. D'Orsi ve James W. Sayre, The Positive Predictive Value of BIRADS Microcalcification Descriptors and Final Assessment Categories, AJR:194, May 2010.
18. Elizabeth Lazarus, Martha B. Mainiero, Barbara Schepps, Susan L. Koelliker ve Linda S. Livingston, BIRADS Lexicon for US and Mammography: Interobserver Variability and Positive Predictive Value, Radiology: Volume 239: Number 2—May 2006.
19. Kavlak O., Yılmaz B. H.ve Dülgerler Ş., Emzirme ve Kanser Araştırmalarının İncelenmesi, The Journal of Breast Health 2010 Vol: 6 • No: 4.
20. Yılmaz M. , Seki Z. , Gürler H. , Çifçi E. S., Bir Üniversitede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörleri Yönünden İncelenmesi, DEUHYO ED 2010, 3(2),65-71.
21. Manjer J, Malina J, Berglund G, Bondeson L, Garne JP and Janzon L (2001) Increased incidence of small and well-differentiated breast tumours in postmenopausal women following hormone-replacement therapy. Int J Cancer 92,919-922
22. Remennick L.I. Preventive Behavior among Recent Immigrants: Russian- Speaking Women and Cancer Screening in Israel. Social Science and Medicine, 1999, 48(11): 1669-1684.
23. Wang S. Y, Hsu M. L, Hsu H. C, editors. et al. The anti-tumor effect of Ganoderma lucidum is mediated by cytokines released from activated macrophages and T lymphocytes. Int J Cancer. 1997;70:699–705.
24. Zincir H. (1999) “Malatya İl Merkezinde 40 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanseri ve Korunma Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları”. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Malatya.

25. Barton M.B. (2001) Screening Mammography for Women Aged 40-49: Are We Off The Fence Yet? Canadian Medical Association;164(4):498-499.
26. Bottorff J.L., Johnson J.L. Bhagat R., Grewal S., Balneaves L.G., Clarke H., Hilton B.A. (1998) Beliefs Related to Breast Health Practices: The Perceptions of South Asian Women Living in Canada. Social Science and Medicine;47(12):2075-2085.
27. Campbell J.B. (2002) Breast Cancer-Race, Ethnicity, and Survival: Aliterature Review. Breast Cancer Research and Treatment;74:187-192.
28. Çevikbaş U. (2003) “Neoplazi” (çeviri:Kumar V., Cotran R., Robbins S.) Basic Pathology. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.ss:166-210.
29. Goodwin P.J. (2000) Management of Familial Breast Cancer Risk. Breast Cancer Research and Treatment;62:19-33
30. Matsui W. Breast Cancer.<http://www.nlm.nih.gov>
31. Meiser B., Butow P., Barratt A., Friedlander M., Kirk J., Gaff C.,et all. (2000) Breast Cancer Screening Uptake in Women at Increased Risk of Developing Hereditary Breast Cancer. Breast Cancer Research and Treatment; 59: 101- 111.
32. Özdemir O. ve Çalışkan D. (2002) Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılan Yöntemler. Sağlık ve Toplum;12(4):10-14.
33. Kerlikowske K, Molinaro A, Cha I, Ljung B, Ernster V, Stewart K, et all(2003) Characteristics associated with recurrence among women with ductal carcinoma in situ treated by lumpectomy. J Natl Cancer Inst 95:1692–1702
34. Özcebe H, Gençler ve Sigara, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
35. Türk Toraks Derneği Tütün Ve Sağlık Çalışma Kurulu 2005
36. Subaşı N, Bilir N, İlhan E, Avluk A, Bavlı G, Biteker M, Kırmızıgül E, Ağustos 2005, Cilt 6, Sayı 2, Sayfa(lar) 137-143 Türk Toraks Dergisi Nargile İçenlerin Nargile İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları
37. ACR, BIRADS-US, first edition, 2003, 77-9.

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**BRAIDS SINIFLAMASINA GÖRE DEĞERLENDİRİLEN MEME
LEZYONLU HASTALARDA PROGRESYON VARLIĞININ
ARAŞTIRILMASI VE RİSK FAKTÖRLERİYLE
İLİŞKİLENDİRİLMESİ**

Şenay SÜRÜCÜ

**Cerrahi Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ/Konya, 2015**

ÖZET

AMAÇ: Meme kanseri tanısında kullanılan radyolojik yöntemlerin yorumlanmasında disiplinler arası standardizasyon sağlanabilmesi için BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System) sınıflandırması kullanılmaya başlanmıştır. Böylece memede tespit edilen değişikliklerin malignite riski açısından değerlendirilmesi yapılarak, düşük risk grubu hastaların gereksiz invaziv girişimlerden kurtarılması sağlanmakta, orta- yüksek risk grubu hastaların ise malign-benign ayrımının yapılmasına yönelik duyarlılığın oluşması ve malign çıkan olguların da erken evrede tanınması ve tedavi edilmesi mümkün olabilmektedir.

Bu çalışmada, kliniğimize başvuran meme lezyonu tespit edilen hastaların, meme ultrasonografisi sonucunda elde edilen BIRADS sınıflamasına göre, BIRADS 2 ve 3 lezyona sahip hastalarda 6 aylık izlem süresi sonunda lezyonlarda progresyon durumu, BIRADS 2 ve 3 lezyona sahip muhtemel benign hastalarla BRAIDS 4 ve BRAIDS 5 meme lezyonuna sahip olan muhtemel malign hastaların meme ultrasonografisi sonucunda elde edilen histopatolojik tanıları ile meme kanser arasındaki risk faktörlerinin incelenmesi amaçlandı.

MATERYAL METOD: Haziran 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi genel cerrahi polikliniğine ve servisine başvuran BRAIDS 2,3,4,5 meme lezyonuna sahip olan 207 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı.Hastaların meme ultrasonografisi sonucunda elde edilen histopatolojik tanıları ile meme kanser arasındaki risk faktörleri incelendi. Çalışmada nonparametrik verilerin dağılımı için Frekans Analizi kullanıldı. Parametrik verilerin tanımlanmasında Ortalama ve Standart Sapma değerleri, fark analizinde ise Mann Whitney-U testi kullanıldı. Tüm testler SPSS 17,0 for Windows paket programında yapıldı. Güven aralığı olarak ise literatürde kabul gören %95 değeri seçildi.

SONUÇ: BIRADS 2 lezyona sahip hastalarda lezyonda progresyon görülmezken, BIRADS 3 lezyona sahip 60 hastanın 3 ünde BIRADS 4'e progresyon gözlemlendi. Muhtemel benign olan BIRADS 2 ve BIRADS hastaların sosyoekonomik düzeyleri, muhtemel malign olan BIRADS 4 ve BIRADS 5 hastalarinkinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($p<0,05$). Diğer risk faktörleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). BRAIDS 4 lezyona sahip hastalarda malignite saptanma oranı %21.7 iken BRAIDS 5 lezyona sahip hastalarda malignite oranı %88 olarak saptanmıştır. Bu rakamlar göz önünde bulundurulduğunda BRAID 4 ve BRAIDS 5 lezyona sahip hastaların biopsi ile tanılandırılması gerektiği teyid edildi. BIRADS 4 lezyona sahip hastalarda malign ve benign grubunun BMI ve ailede meme kanseri öyküsü istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,05$). BIRADS 5 grubunda ise sadece 3 hasta benign olup, 22 hasta ise maligndi. Bu hastalarda OKS kullanımı, sosyoekonomik düzey durumu, ve aile meme kanseri hikayesi özellikleri açısından anlamlı olduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: BIRADS; Meme kanseri; Lezyon.

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**EXAMINING OF PROGRESSION AND RELATION WITH RISK
FACTORS OF PATIENTS CLASSIFIED BASED ON BIRAIDS
CLASSIFICATION**

Şenay SÜRÜCÜ

Surgery Science Branch

Thesis for Specialty in Medicine/Konya, 2014

SUMMARY

AIM: BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System) is used in order to provide interdisciplinary standardization and interpretation of radiologic methods for diagnosis of breast cancer. By this way, differences diagnosed in breast can be evaluated by means of risks for malignancy, low risk factor patients are not subjected to unnecessary invasive operations, and malign-benign response rate of mild-high risked patients may be detected, and early detection and treatment of malign lesions becomes easier.

In this research, progression of lesions after 6 month follow-up duration in patients who have BIRADS 2 and 3 lesions, benign suspected group including BIRADS 2 and BIRADS 3 and in malign suspected group including BIRADS 4 and BIRADS 5 were examined in perspective of breast cancer and risk factors.

MATERIAL METHOD: In total, patient file of 207 patients having BRAIDS 2, 3, 4, 5 breast lesion attempting to Selçuk University General Surgeon policlinic between June 2013 to June 2014 were scanned. Breast ultrasound and breast cancer risk factor relations were examined. Frequency analysis was used to define nonparametric tests. Mean and standard deviation were used to define parametric data. Mann Whitney-U test was used for difference analysis. All analysis were performed at SPSS 17,0 for windows program. For confidence interval, 95% was used which is commonly accepted in literature.

RESULTS: There was not progression in BIRADS 2 lesion patients, although 3 of 60 patients in BIRADS 3 lesion showed progression to BIRADS 4. Malignancy rate for BIRADS 4 lesion was 21.7%, whereas it was 88% in BIRADS 5 lesion. Socioeconomic levels of patients in benign suspected group including BIRADS 2 and BIRADS 3 were found significant higher than of patients in malign suspected group including BIRADS 4 and BIRADS 5 ($p < 0,05$). Other risk factors found to be not statistically significant between groups ($p > 0,05$). Malignancy rate for BIRADS 4 lesion was 21.7%, whereas it was 88% in BIRADS 5 lesion. According to these rates, it was confirmed that patients having BIRADS 4 and BIRADS 5 must be diagnosed with biopsy. In BIRADS 4 lesion patients, there was statistically significant difference between malign and benign patients for BMI and breast cancer family history. In BIRADS 5 group, only 3 patients were benign and 22 patients were malign. OKS usage, socioeconomic level, breast cancer family history were important for these patients.

Key Words: BIRADS, Breast cancer; Lesion.

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri

Adı Soyadı:Şenay UYSAL SÜRÜCÜ

Doğum Yeri:İzmir/Konak

Medeni hali:Evli

Çocuk sayısı:1

E-posta: senayuysal83@hotmail.com

Adresi : Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ,Genel Cerrahi Anabilim Dalı,Konya

Eğitim:

Lise : İzmir Selma Yiğitalp Lisesi Ağırlıklı Yabancı Dil Bölümü

Üniversite: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzmanlık: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Yabancı Dil: İngilizce