

Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Meme Hastalıklarına Yaklaşım “Bulgular ve Tanı Yöntemleri”

APPROACH TO COMMON BREAST DISEASES IN PRIMARY CARE
“FINDINGS AND DIAGNOSTIC MODALITIES”

Bahadır M. Güllüoğlu¹

Özet

Memeye ait yakınmalar birinci basamakta kadınların doktora başvurma nedenleri arasında sıklıkla yer almaktadır. Meme kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Toplumda bu konudaki duyarlılık arttıkça kadınların polikliniklere sadece yakınma nedeni ile değil tarama için de başvurdukları görülmektedir. Bu derlemede en sık rastlanan meme yakınmaları konusunda bilgi verilmeye çalışılacaktır. Bu yakınmaları olan kadınlara uygulanabilecek özgün yaklaşım stratejileri konusunda aydınlatıcı bilgi verilecektir. Bahsedilecek yakınmalar arasında meme ağrısı, memede ele gelen kitleler, meme başı akıntıları ve meme başına ait değişiklikler gibi sık rastlanan durumlar yer almaktadır. Ayrıca özellikle laktasyon sırasında oluşabilecek mastit ile ilgili pratik yaklaşım bilgileri ve oportunistik tarama için kullanılan yöntemlerde ortaya çıkan anormal görüntüleme bulguları için nasıl bir yaklaşımın benimsenmesi gerektiği konusunda bilgi verilecektir. Son olarak, meme yakınması ile başvuran kadınlara uygulanan çeşitli tanı yöntemleri açıklanacaktır. Her bir tanı yönteminin kullanım endikasyonları, kısıtlılıkları ve avantajları konusundaki bilgiler derlenerek sunulacaktır. Birinci basamakta görev yapan hekimin her türlü meme yakınmasının altında yatabilecek nedenler konusunda bilgi sahibi olması gereklidir. Bu şekilde hem habis kitlesi olan hastanın zaman kaybetmeksizin daha ileri tedavi merkezine sevkı sağlanabilecek, hem de daha basit meme hastalıklarının tanı ve tedavisi ile hastanelerdeki yığılmanın önüne geçilebilecektir.

Anahtar sözcükler: Meme hastalıkları, tanı, meme görüntülemesi.

Summary

Women consult their primary care physicians frequently due to breast symptoms. Since breast cancer is the most common malignant disease in Turkish women, most breast symptoms are caused by physiological or benign rather than malignant diseases. For many women, a great deal of anxiety is associated with experiencing a breast symptom. Much of the primary care physician's role therefore is to exclude cancer and provide an explanation of the nature of the condition. He/she reassures the patient that the symptom is not dangerous. This article, reviews the most common breast-related symptoms, including breast pain, breast mass, nipple discharge as well as nipple and areola changes. Further information about investigation of breast symptoms and the use of different diagnostic tools will be given as well as a practical approach for the management of lactational mastitis. Since opportunistic screening for breast cancer is getting common among intellectual women, accordingly the abnormal findings are increasingly reported. The importance of these findings should be discussed as a second opinion by an experienced radiology consultant. By implementing a rational as well as algorithmic approach, the patients with high probability of having malignant disease would be referred to specialized centers without delay. Moreover, unnecessary referrals to these centers can also be prevented by appropriate diagnose and management of benign breast diseases at the primary care settings.

Key words: Breast diseases, diagnosis, breast imaging.

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Meme ve Endokrin Cerrahisi Ünitesi, Marmara Üniversitesi Hastanesi, Meme Merkezi. Doç. Dr.

Bugün kadınların genel cerrahi polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinin başında meme yakınmaları gelmektedir.¹ Bunun nedenlerinden biri, memede farke edilen herhangi bir yakınmanın kanserle ilişkisinin olup olmadığından kaygı duyulmasıdır. Günümüzde kadınlarda görülen en sık kanser türü memeye ait olmaktadır.² Bu nedenle kadınlar herhangi bir yakınmaları olmasa da tarama amacı ile doktora başvurabilmektedirler. Ülkemizde meme kanseri sıklığı kadınlarda en ön sıralarda yer almasına karşılık, Batı ülkelerinde görüldüğü kadar sık değildir. Türkiye’de yapılan tek dar alanlı toplum taraması sonucunda bu sıklığın (prevalans) 100.000’de 25 olduğu ortaya konulmuştur.² Bu rakam Batıdaki oranların yaklaşık dörtte biridir. Ancak yine de ülkemizde bu hastalığın önemsiz olduğunu söylemek doğru değildir.

Ülkemizde meme hastalıklarına özgü tanı ve tedavi hizmeti veren ünite ya da merkezlerin sayısı yeterli değildir. Bu tür merkezlerde tanı kalitesinin ve tanıya ulaşmaktaki hızın yükselmesi nedeni ile hasta memnuniyetinin arttığı bilinmektedir.¹ Bugün ülkemizde, kamuda ve özel hastaneler bünyesinde az sayıda meme polikliniği hizmet vermektedir.³ Ancak bu merkezlerin hizmet standartı merkezi bir sistemle denetlenmemektedir. Meme hastalıkları çok disiplinli yaklaşım ile ele alınması ve her disiplin içerisinde de memeye özgü ayrı bir uzmanlık eğitimi gerektiren bir sağlık durumudur.⁴ Bugün için Batı’da oluşturulan yapılanmanın ülkemizde var olduğunu söylemek mümkün değildir. Meme merkezlerinin kurulmasının yanısıra, birinci basamakta çalışan pratisyen doktorlar da bu konuda asgari bilgi düzeyine sahip olmalıdır. Ancak bu şekilde referans merkezlerindeki yığılmalar önlenemez ve önceliğe sahip hastalar belirlenerek doğru ve hızlı bir şekilde sevk edilebilir. Meme yakınmalarının altında, çoğunlukla ya hiçbir patolojik durum yoktur ya da selim hastalıklar vardır; erken tanı ile gereksiz sevk yapmadan, kişinin kaygılarını en erken dönemde gidermek mümkün olabilir. Günümüzde, üzerinde durulması gereken bir diğer durum da, meme kanseri için risk belirlenmesi ve riski yüksek kişilerin takip ya da tedavi edilmesidir.

Meme Yakınmaları

Meme Ağrısı (Mastalji, Mastodini)

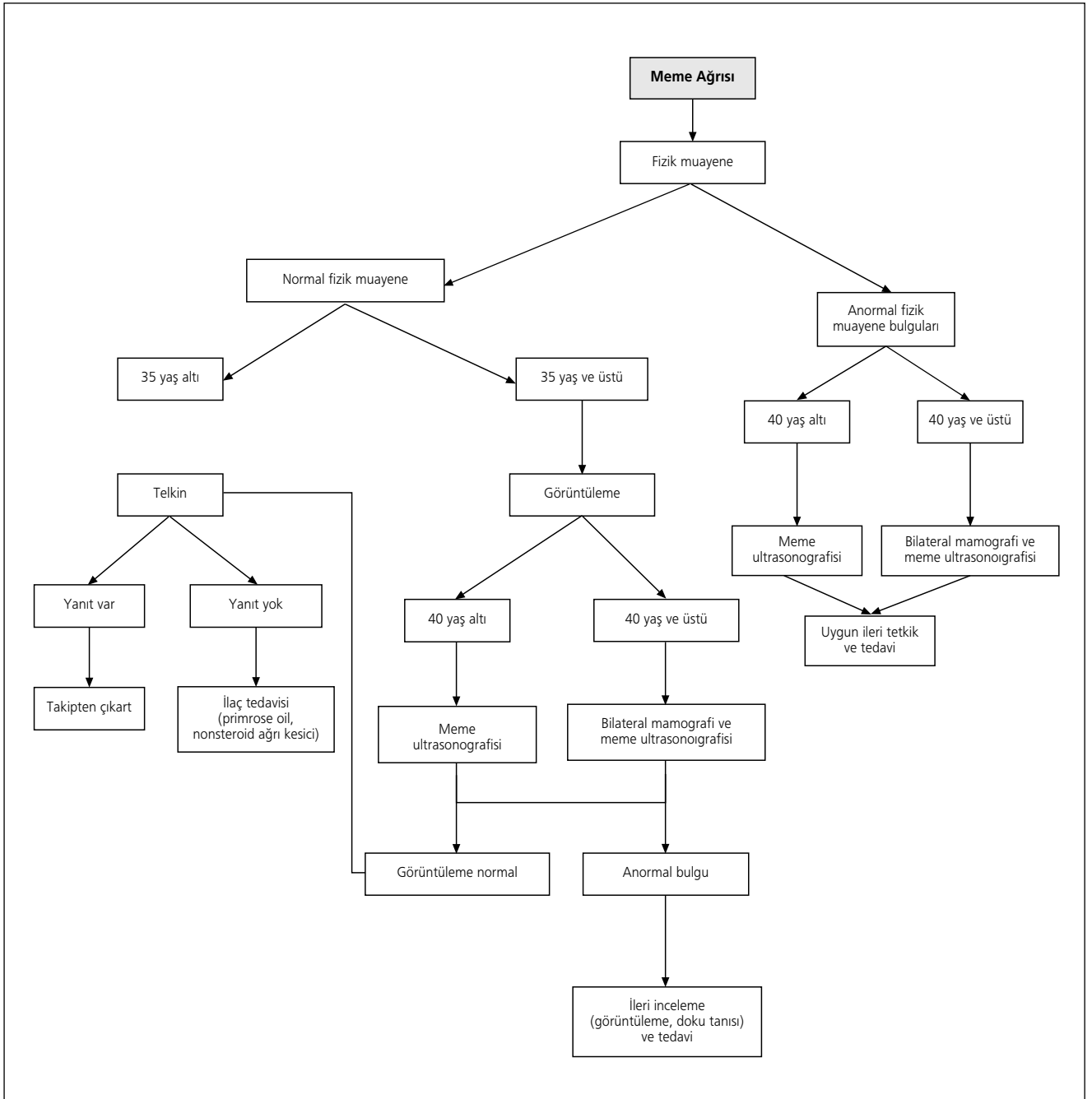
Meme yakınmaları içerisinde meme ağrısı kadınların en sık doktora başvurma nedenidir.^{1,5} Meme ağrısı en çok premenstrüel dönemin yakınması olmakla birlikte her yaşta ve her dönemde görülebilir. Kabaca ikiye ayrılır:

a. Döngüsel (siklik) ağrı

b. Döngüsel olmayan (nonsiklik) ağrı.

Döngüsel ağrılar genellikle premenstrüel dönemdeki bilateral ağrılardır. Çoğunlukla üst dış kadranda, memede ağırlık ve büyüme hissi ile birlikte. Adet kanamasının başlaması ile şiddetini kaybeder ve çoğunlukla kaybolur. İzleyen adet öncesi dönemlerde de hissedilebilir.⁵ Etiyolojisi hormonların premenstrüel etkisiyle, memede meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlanmaktadır.⁶ Döngüsel olmayan meme ağrısı ise çoğunlukla perimenstrüel veya postmenstrüel kadınlarda görülür. Bu ağrılar direkt memeye ait olmayabilir; çoğunlukla tek taraflıdır ve belli bir meme bölgesini etkiler. Bu durumda anjina pektoris, plörezi, perikardit, pnömoni, kostokondrit, interkostal kas hastalıkları gibi meme dışı etmenler araştırılmalıdır.^{5,6} Tüm bu etmenler dışlandıktan sonra memeye yönelinmelidir. Memede lokalize enfeksiyon (mastit, abse) veya makrokistler bu tip ağrı oluşturabilir. Ancak yine de, çoğu kez, ağrıya yol açan nedene ulaşılamamaktadır.^{6,7} Postmenstrüel dönemde memede ağrı yapabilecek bir diğer faktör de menopoz nedeni ile kullanılan östrojen preparatlarıdır: Bu ağrı çoğunlukla rahatsız edici düzeyde değilse de kişinin günlük hayatında dikkatini çekebilmektedir.

Meme ağrısına yaklaşım için öncelikle ağrının tipi, şiddeti ve hastanın yaşı göz önüne alınmalıdır. 35 yaşın altında orta derecede döngüsel ağrı tarif eden hastanın, fizik muayenesi normal ise, herhangi bir görüntüleme yöntemi uygulamadan telkin ile tedavi edilmesinin uygun olduğu gösterilmiştir. Ancak hastanın yaşı 35 ve üstünde ise, ağrının şiddeti ve tipi ne olursa olsun fizik muayeneye ek olarak mamografi ve gerekli görülürse meme ultrasonografisi (USG) eklenmelidir.^{5,6,8} Herhangi bir anomali söz konusu değil ise telkin ile tedaviye başlanmalıdır. Organik nedene bağlı olmayan meme ağrılarında telkinin yeri kanıtlanmıştır.^{7,9} Bu da, meme ağrısının etiyojisinde psikolojik etmenlerin sıklıkla yer tuttuğunu göstermektedir.¹⁰ Ancak hastanın yaşı ne olursa olsun fizik muayenede bir anomali saptandığında hastanın yaşına uygun görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.⁸ Meme dışı nedenlere bağlı ağrıların tedavi için uygun disiplinlere yönlendirilmeleri önemlidir. Telkin dışında meme ağrısı tedavisi için basit analjezikler verilebilir. Düzenli kullanıldığında “primrose oil”in de özellikle döngüsel meme ağrısında etkin olduğu gösterilmiştir. Hasta bütün bunlardan fayda görmediğinde tamoksifen ya da danazol gibi dördüncü basamak tedavilere başvurulabilir. Bromokriptin eskiden meme ağrısı için sıklıkla kullanı-



Şekil 1
Meme ağrısına klinik yaklaşım

lan bir ilaçken sık yan etkileri nedeni ile bugün tedavi protokolünde yer almamaktadır.^{5,6,11} Son olarak ilaç tedavisine yanıt vermeyen dirençli hastalar için psikiyatri konsültasyonu istenebilir. Ancak bu adımdan önce, hastada, ağrıyı açıklayabilecek organik bir nedenin olmadığı net bir şekilde ortaya konmalıdır (Şekil 1).

Mastit (Memenin Enfeksiyöz ve Enflamatuvar Durumları)

Meme enfeksiyonu her yaştaki kadında görülebilir. Başlıca iki gruba ayrılır:

- Puerperal (laktasyonel) mastit
- Non-puerperal (non-laktasyonel) mastit.¹²

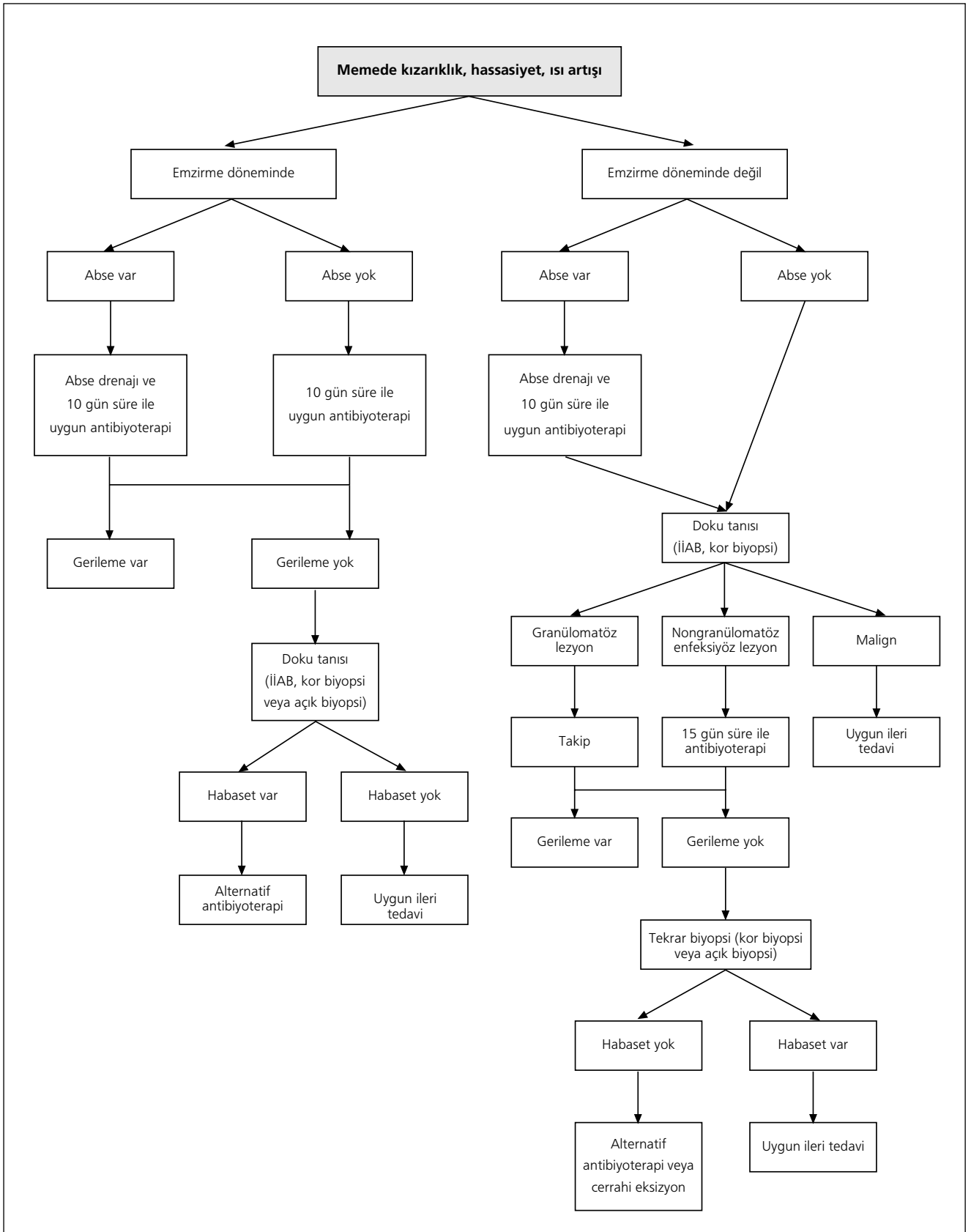
Puerperal mastit adından da anlaşılacağı üzere yeni doğum yapmış, emzirmeye devam eden kadınlarda görülür. Çoğunlukla doğumu izleyen ay içinde ortaya çıkar. Etmenleri arasında emen bebeğin ağız florası olduğu söylenmişse de, abselerden elde edilen kültür sonuçları etkenin çoğunlukla cilt florasının doğal üyesi olan stafilokoklar (s. aureus ve epidermidis) olduğunu göstermiştir. Bebeğin emerken yaptığı meme başı travması bu enfeksiyona yol açmaktadır. Özellikle emzirme konusunda tecrübesiz, ilk bebeğini doğurmuş acemi annelerde ortaya çıkmaktadır. Enfeksiyon için hızlandırıcı faktör sütün memede göllenmesidir. Enfeksiyon mastit şeklinde başlar; zamanında tedavi edilmezse abseleşebilir.^{12,13} Tedavi oral yoldan uygun antibiyotik verilmesi (10-14 gün süre ile penisilinaza dirençli semisentetik penisilin veya sefalosporinler) ve memeye sıcak pansuman uygulanmasından ibarettir. Eskiden bebeğin enfekte olan memeden emmesi engellenirdi. Ancak bugün için mastitin en önemli tedavi araçlarından birisi sütün memede birikmesini önlemektir. Bu da en iyi şekilde bebeğin enfekte olan memeyi emmesi ile sağlanabilmektedir.¹³ Emzirmeye devam etme enfeksiyonun tedavisinde bir aksamaya ya da bebeğin enfeksiyon kapmasına yol açmamaktadır. Meme absesi gelişmesi durumunda ise drenaj ön plana geçmektedir. Bu da kalın bir enjektör (kan enjektörü) yardımı ile yapılabilir. Birden çok kez girişim gerektirebilir. Beraberinde oral yoldan antibiyotik başlanmalıdır. Drenajın yeterli olmadığı düşünülüyorsa ya da hastanın tedaviye uyumu yeterli değil ise açık cerrahi drenaj tercih edilebilir.^{12,14} Enjektör veya cerrahi drenajda günlük hasta takibi önemlidir. En iyi tedavi ise mastitin oluşmasına meydan vermeyecek tedbirlerin anne tarafından alınmasıdır. Meme başının temiz tutulması, bebeğin saatinde aralıklı olarak (çok acıkmasına meydan vermeyecek şekilde) emzirilmesi, her emzirme sonrası meme başının temizlenmesi alınabilecek belli başlı tedbirler arasındadır.

Puerperal olmayan mastitler içinde, periareolar mastit (mamiller fistül kompleksi) ve granüloamatöz mastitler önde gelir.¹³ Burada ne yeni yapılmış doğum ne de emziren bir bebek vardır. Her iki mastit tipinin de gerçek etiolojisi bilinmemektedir. Periareolar mastitin, meme başı altındaki geniş çaplı duktusların kronik enflamasyonu üzerinde sekonder enfeksiyon gelişmesiyle ortaya çıktığı düşünülmek-

tedir. Etiyolojisinde sigaranın rol aldığı söylenmekle beraber tam olarak kanıtlanamamıştır. Gelişen enfeksiyonun etmenleri arasında anaerob mikroorganizmalara da sıklıkla rastlanmaktadır. Tedavisi puerperal mastit ve absede olduğu gibidir. Antibiyoterapiye antianaerob ajanları eklemek yararlıdır. Abse nedeni ile yapılan drenaj sonrası kronik fistül oluşabileceği bilinmelidir. Hasta ilk başvurduğunda ya da 10 günlük antibiyoterapi sonrası biyopsi yapılması önerilir: Böylece tedaviye dirençli durumlardaki enflamatuvar kanser olasılığı ekarte edilebilir. Tercihe göre ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), kor biyopsi ya da açık biyopsi yapılabilir. Tekrarlayan enfeksiyon veya gerilemeyen kronik fistül oluşumunda subareolar patolojik duktusların da çıkarıldığı cerrahi eksizyon tercih edilmelidir.^{12,13} Granüloamatöz mastit olgularında ise tanı biyopsi ile konulur. Genellikle antibiyotiklere yanıt vermez. Kendi kendine gerileyebilir. Bunun için en az 6 ay beklenmesi gerektiğini bildiren yayınlar mevcuttur. Etmenleri arasında otoimmün olayların olduğu düşünülmektedir. Beraberinde sarkoidoz, poliarteritis nodosa, dev hücreli artrit gibi otoimmün hastalıklar bulunabilir. Tedavide düşük doz steroid kullanılabilir. Eğer hastalık tam olarak gerilemez ise cerrahi eksizyon gereklidir.^{12,13} (Şekil 2).

Ele Gelen Kitle

Memede ele gelen kitlelere yaklaşım için de yaş önemli bir faktördür. 35 yaş altında ele gelen kitleler genellikle selim iken, bu yaşın üzerindeki kadınlarda daha önce farkedilmeyen bir kitlenin ortaya çıkması habaset açısından ciddi şüphe uyandırmalıdır. Öz ya da soygeçmişinde meme kanseri için risk faktörü/faktörleri olan 35 yaş altındaki kadınlarda ortaya çıkan kitlelere de azami dikkati göstermek gerekir. Özellikle aile öyküsü kuvvetli pozitif veya daha önce yüksek riskli atipik proliferasyonun eşlik ettiği lezyon saptanmış, biyopsi öyküsü olan kadınlarda konvansiyonel görüntüleme yöntemleri normal bile olsa, ele gelen kitleye biyopsi uygulanmalıdır. 35 yaş üstündeki kadınlarda ise risk faktörü olsun olmasın tüm ele gelen meme kitlelerine biyopsi (özellikle ince iğne aspirasyon biyopsisi) yapılması önerilmektedir.^{8,15,16} Bazı yazarlar 35 yaş altında olan kadınlarda klinik ve görüntüleme bulguları selim olsa da ele gelen tüm kitlelere İİAB önermektedirler.¹⁵

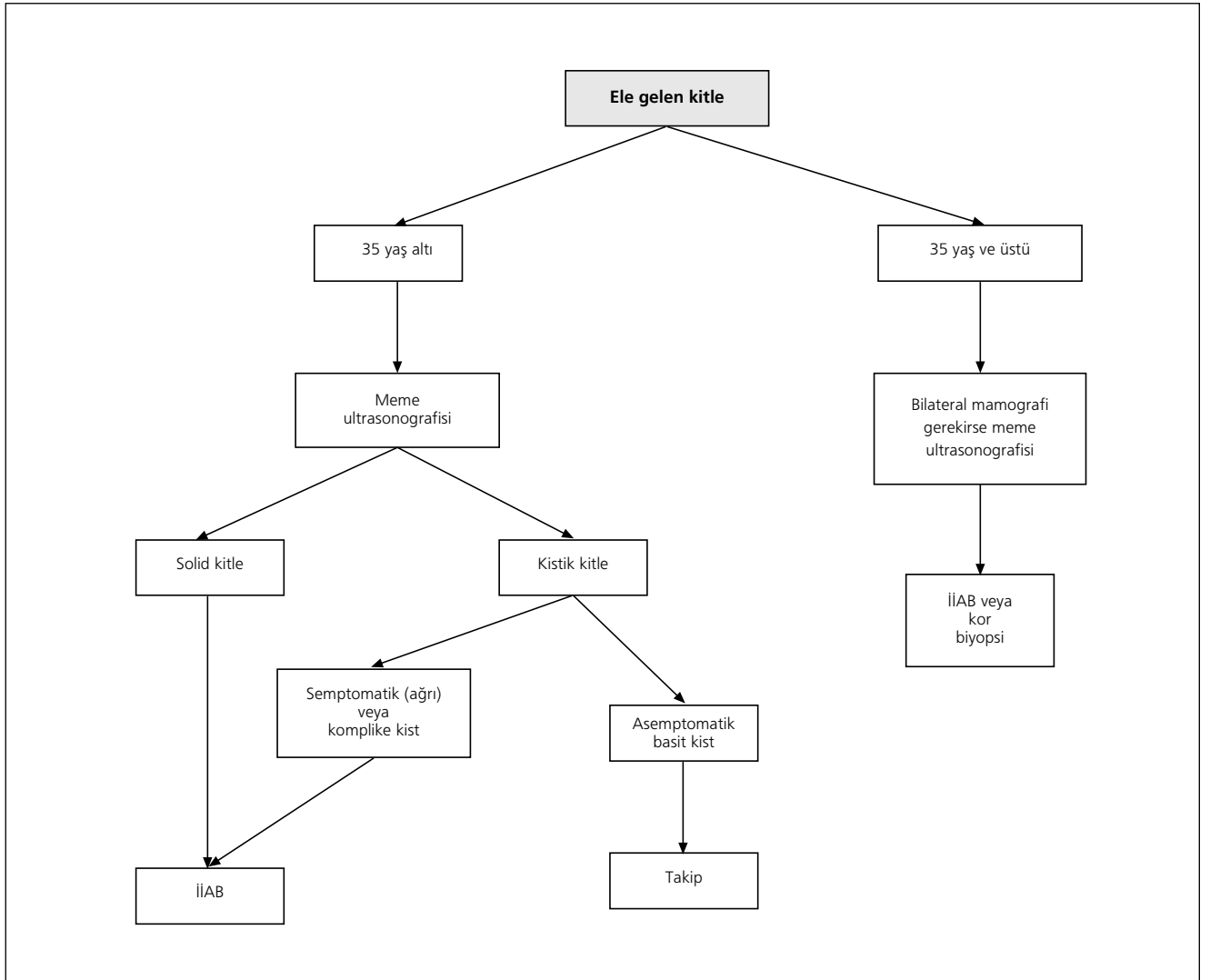


Şekil 2
Memenin enflamatuvar durumlarına klinik yaklaşım

Memede ele gelen kitlelerin ağırlı olup olmaması da göz önüne alınmalıdır. Ağırlı lezyonlar daha çok komplike olmuş (örn. enfekte) ya da olmamış kistlerden oluşabilmektedir. Kitlenin ağırsız olması ise habaset açısından daha şüpheli çekicidir. Yine burada göz önünde tutulması gereken durum hastanın yaşıdır. 40 yaş altındaki (özellikle 18-30 yaş arası) kadınlarda ağırsız meme kitlelerinin büyük çoğunluğunu fibroadenomlar ya da makrokistler oluşturur.¹⁷

Hastanın yakınması memede ele gelen kitle olsa bile, klinik muayenede gerçekten bir kitle olup olmadığı araştırılmalıdır. Bazen, özellikle premenstrüel dönemdeki fizyolojik değişiklikler kitle olarak algılanabilmektedir. Bu kitle-

ler genellikle iki taraflı olarak memenin üst dış kadranda hissedilirler. Ancak unutulmamalıdır ki meme kanseri de en sık üst dış kadranda gelişir.¹⁸ Bu nedenle iyi ve ayrıntılı bir fizik muayene yapılmalıdır. Bulgular fizik muayene formundaki şekil üzerinde belirtilmelidir. Bu şekilde, daha sonraki kontrollerde kitlenin takibi daha iyi yapılabilir.¹⁹ Kitlenin şekli, sınırları, mobilitesi ve ağırlı olup olmaması selim-habis ayırımı için ipuçları veren en önemli unsurlardır. Bunların dışında kitlenin üzerindeki cilt çekintisi, ödem, meme başı çekintisi gibi diğer bulgular daha az sıklıkta görülmekle beraber daha belirgin habaset bulgularıdır. Kitlenin boyutu veya kıvamı ise net ayırım yapılması için

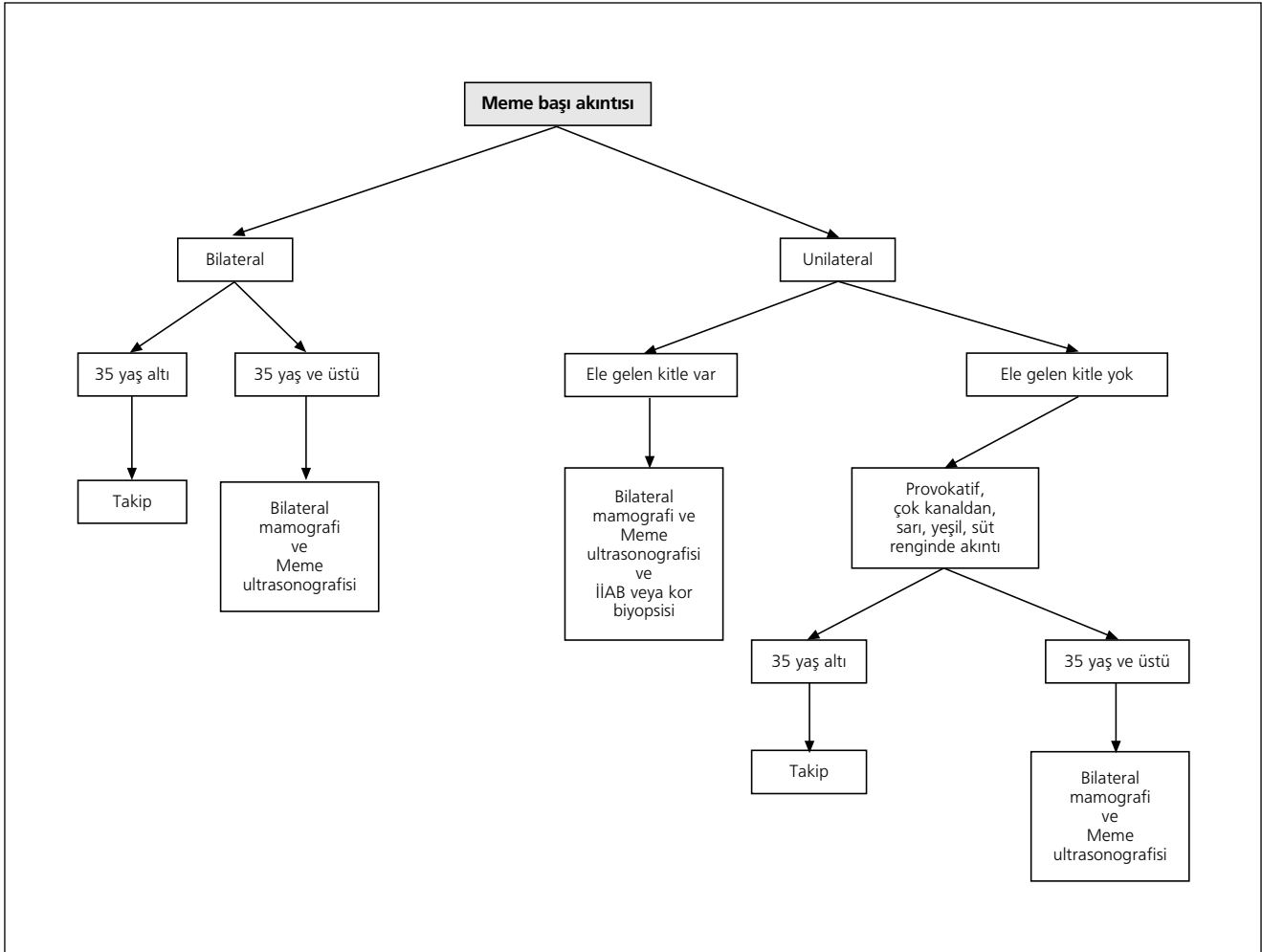


Şekil 3
Memede ele gelen kitlelere klinik yaklaşım

yeterli özgün ölçütler arasında değildir. Örneğin bir fibroadenom kanser kitlesi kadar sert olarak ele geldiği gibi 5 cm boyutunda da ölçülebilir. Ancak sınırlarının düzgünlüğü ve mobil olması gibi selim ölçütler taşır.^{15-18,20}

Meme ile ilgili yakınmalarda, fizik muayene sonrasında yaşına uygun görüntüleme yöntemi seçilmelidir. Ancak fizik muayenede hastanın yakınmasına uyacak bir kitle ele gelmiyor, hastanın yaşı da 35'in altında ve herhangi yüksek dereceli bir risk faktörü taşıyor ise, tanı amaçlı bir görüntüleme yapılmasına ihtiyaç duyulmayabilir. Ancak fizik muayenede ele gelen kitle var ise ve de hastanın yaşı 35-40 arasında ise meme USG'si tercih edilmelidir. Fizik muayenede ele kitle gelmiyor ancak hastanın yaşı 40'ın üzerinde ise bilateral mamografi ve gerekirse yanında meme USG'si

istenmelidir.^{8,15,16,20} Görüntüleme yöntemleri habeset şüphesi gösteren (ele gelen veya gelmeyen) tüm lezyonlara biyopsi (tercihen İİAB) ile histolojik tanımlama yapılmalıdır. Kistik lezyonlar, radyolojik habeset şüphesi ve hastanın yakınması olmadığında biyopsi yapılmaksızın izlenebilir.^{8,15,16,21} Bu lezyonlar, ilk muayenede 6-12 ay ara ile, daha sonra habeset telkin eden bir değişiklik olmadıkça 12 ayda bir görüntüleme ile izlenebilir. Radyolojik olarak şüpheli olan ya da hastanın yakınması (ağrı) olan kistler aspire edilmeli ve şüpheli durumda patolojik incelemeye yollanmalıdır (Şekil 3). Tekrarlayan aspirasyonlara rağmen nüks eden basit kistlerde açık cerrahi biyopsi önerilir.^{8,15,16,21} Hastanın yaşı ne olursa olsun görüntüleme sonucu selim ancak USG bulgusu olarak solid olan lezyonlarda kitlenin ele gelmesi de göz



Şekil 4
Meme başı akıntularına klinik yaklaşım

önüne alınarak İİAB yapılması önerilir. Solid kitlelerin İİAB ya da kor biyopsi sonucu selimse 12 ay ara ile fizik muayene ve görüntüleme ile izlenmelidir. İİAB veya kor biyopsi sonucu yetersiz ya da şüpheli ise açık cerrahi biyopsi yapılmalıdır.¹⁷

Meme Başı Akıntısı

Meme başı akıntısı fizyolojik ve patolojik olarak ikiye ayrılır. İlkinde akıntı genellikle bilateral, kişinin memesini sıkması ile, meme başındaki bir çok kanaldan sarı, yeşil veya süt renginde akıntı şeklinde ortaya çıkar. Ancak özellikle 40 yaş üstü kadınlarda daha önce görmediği tek taraflı, spontan, kanlı veya seröz akıntı gelişmiş olması patolojik olarak kabul edilmelidir. Özellikle fizik muayenede tek bir meme başı kanalından akıntı gelmesi, areola altında bir kitlenin eşlik etmesi habaseti düşündürülen bulgulardır.²² Bu durumda hastanın yaşına uygun görüntüleme yöntemlerinden en az biri istenmelidir. Eşlik eden patolojik bir kitle var ise mutlaka öncelikle bu kitleye biyopsi yapılmalıdır. Herhangi bir kitle saptanmaması durumunda dahi, akıntının patolojik özellikler göstermesi durumunda subareolar cerrahi eksplozasyon ile patolojik görünümlü duktuslar çıkarılmalıdır (Şekil 4). Bu işlemden önce duktografi (galaktografi) yapılması konusu ise tartışmalıdır.²³ Bazı yazarlara göre gereksiz olmakla beraber, bazıları için tanıdan ziyade cerrahi eksplozasyon için yön gösterici olduğu belirtilmektedir.^{23,24} Ancak duktografinin normal rapor edilmiş olması patolojik akıntılarda cerrahi eksplozasyonun yapılmasına engel olmamalıdır. Memebaşı akıntısından sürüntü alınarak patolojik inceleme yapılmasının tanıya yardımcı olabileceğini destekleyen yayınlar olmasına rağmen duktal lavaj yapmaksızın sadece sürüntü ile yetinilmesinde yanlış negatiflik oranının yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{25,26} Bu nedenle patolojik olarak nitelendirilen akıntılarda sürüntü sonucu negatif dahi gelse memebaşı altının cerrahi eksplozasyonu yapılmalıdır. Fizyolojik akıntılarda ise hastanın ilk 1 yılda 3-6 ay ara ile izlenmesi tavsiye edilir. Bu izlemede fizik muayene ön planda olmakla birlikte şüphelenilen durumlarda görüntüleme tekrarlanabilir. Herhangi bir şekilde akıntının karakteri değişir ya da görüntüleme anormallik saptanır ise görüntüleme eşlikli biyopsi ya da cerrahi eksplozasyon endikasyonu doğar.^{22,27}

Meme başı akıntılarının çoğunluğunu duktal ektaziler yapar. Bunu sıklık sırası ile intraduktal papillomlar, duktal karsinoma in situ ve invaziv meme kanserleri izler.²² Bu nedenle akıntının nedenleri arasında habis lezyonları ekarte etmek hekimin başlıca görevidir.

Meme Başı Değişiklikleri

Yapısal olarak meme başının içeri doğru çekilmesi veya meme başı-areola kompleksinde dermatolojik değişiklikler olarak görülebilir. Meme başının içe doğru çekilmesi meme kanseri için şüpheli olmakla birlikte fizyolojik olarak da ortaya çıkabilmektedir. Özellikle soğuk ortamlarda meme başının tek taraflı ya da iki taraflı olarak içe çökmesi görülebilir. Ancak fizyolojik durumlarda bu çökme geri dönüşlüdür. Bu durum sıklıkla tekrar edebilir. Bazen kişiler bu çökmenin uzun yıllardan beri var olduğunu ifade ederler. Bu durumda da çökmenin habitüel olduğu düşünülebilir.²⁸ Ancak başvuran kişi 40 yaş üstünde ise tarif edilen her türlü meme başı çökmesi durumunda mamografi ile kanserin ekarte edilmesi tavsiye edilir. 40 yaş altındaki kişiler için fizyolojik çökme tarif ediliyor ve fizik muayene normal ise herhangi ek bir görüntülemeye ihtiyaç yoktur.²⁸ Meme başı-areola kompleksinde dermatolojik bir takım değişiklikler de ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında öncelikle ekarte edilmesi gereken durum meme kanserinin türlerinden olan Paget hastalığıdır. Bu hastalık meme başı ve areola kompleksinde ekzematöz değişiklikler ile karakterizedir. Aslında bu değişiklikler bu alandaki cilt dokusunun tümör hücreleriyle enfilte edilmesi ile ortaya çıkar. Paget hastalığı sadece meme başında ortaya çıkabileceği gibi altındaki meme dokusunda kanser kitlesi ile de beraber görülebilir. İlerleyen durumlarda meme başı ve areola kompleksi epiteli tamamen eriyerek yerini ekzematöz lezyona bırakabilir. Bu tip bir durumla karşılaşıldığında fizik muayenenin yanısıra mutlaka mamografi ve meme USG ile beraberinde mevcut olabilecek meme kanseri araştırılmalıdır. Ayrıca lezyondan tam kat cilt-cilt altı biyopsi alınmalıdır. Paget hastalığı aslında klasik in situ ya da invaziv meme kanserinin meme başı-areola kompleksinin bulunduğu cildi enfilte etmesi ile oluşur. Sadece bulunduğu yer nedeni ile özel olarak bu ismi almıştır.²⁹ Kanser dışında meme başına ait diğer hastalıklar arasında meme başı dermatiti, hiperkeratoz, eroziv adenom ve leiomyom nadir de olsa yer almaktadır.³⁰ Meme başına

ait her türlü yakınması olan kişiler konunun uzmanına yönlendirilmelidir.

Anormal Görüntüleme Bulguları

Hiçbir yakınması olmadan meme kanseri taraması için görüntüleme yaptıran aşırı titiz kadınlarda bazen mamografik ya da ultrasonografik şüpheli bulgular saptanabilir. Ya da herhangi bir yakınması olan kadında araştırma amaçlı yapılan görüntüleme hastanın yakınması ile ilgili radyolojik bulgu ya da bulgularla karşılaşılabılır. Bu durumda öncelikle radyolojik konsültasyon (ikinci görüş) yapılmalıdır. Mamografik ve ultrasonografik olarak saptanan lezyonun ne kadar şüpheli ya da ne kadar selim olabileceği konusunda BI-RADS sınıflaması yapılır.²⁸ Buna göre radyolojik görüntünün ya periyodik takibe devam edilebilecek kadar selim olduğu düşünülür (BIRADS 2), ya da düşük de olsa habaset ihtimalinin varlığı nedeniyle hasta ya kısa süreli ek görüntüleme önerilir (BIRADS 3; 6 ay sonra tek poz mamografi) ya da habis olma ihtimali orta veya yüksek derecede artmış olması nedeni ile (BIRADS 4 ve 5) biyopsi önerilir.³¹ Mamografik olarak saptanan patolojik bulguların ultrasonografik olarak da araştırılması sıklıkla yapılan bir işlemdir. Bu şekilde mamografik görüntü daha iyi tanımlanabilir. Ultrasonografik olarak da şüpheli özelliklere sahip tüm lezyonlara boyutu ve mamografik görüntüsü ne olursa olsun biyopsi yapılması tavsiye edilir. Ancak her durumda yorumu yapan radyoloji uzmanının tecrübesi karar vermede en önemli faktördür. Bu şekilde hem gereksiz biyopsiler (ve hasta kaygısı da) önlenmiş, hem de kanser olgularının atlanması engellenmiş olur. Biyopsi endikasyonu olan lezyona manyetik rezonans (MR) görüntüleme yapılması ise gereksizdir. Ayrıca radyolojik olarak görüntüleme selim özelliklere sahip (BIRADS 2) ancak ultrasonografik olarak solid nitelikte olan ve 1 cm'nin üzerindeki tüm non-palpabl kitlelere görüntüleme eşliğinde kor biyopsi, palpabl olanlara da palpasyon kılavuzluğunda İİAB önerilmektedir.^{8,32}

Tanı Yöntemleri

1. Fizik Muayene

Yakınması olan tüm kadınlara tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Mamografisi normal olup, sadece fizik muayene

ile saptanan meme kanserleri bildirilmiştir. Toplum çapında uygulanan meme kanseri tarama programlarında mamografiye ek olarak fizik muayene her zaman tavsiye edilmemektedir.³³ Ancak yüksek riskli kadınlarda görüntülemeye ek olarak fizik muayene mutlaka eklenmelidir. Aile öyküsü çok belirgin olan kadınlara 25 yaş, daha düşük risk faktörlerine sahip kadınlara ise 35-40 yaşından itibaren fizik muayene yapılması önerilmektedir.³⁴ Fizik muayene hem oturarak hem de yatarak yapılmalıdır. Her iki meme sırası ile klavikuladan inframamaryen kıvrıma, sternumdan ön aksiller çizgiye kadar meme başı-areola kompleksi dahil olmak üzere palpe edilmelidir. Her iki aksilla oturur pozisyonda iken palpe edilmelidir. Memede habaset şüpheli kitle saptanır ise supraklaviküler alanlar da kontrol edilmelidir. Meme başı akıntısı tarif eden kadınlarda areolanın çepeçevre tüm kadranlarına ayrı ayrı sıra ile basmak sureti ile akıntı olan kanallar saptanmalıdır. Akıntının olduğu kanal ya da kanalların adedi, lokalizasyonu ve akıntının rengi not edilmelidir. Tüm fizik muayene bulguları şekil üzerine kayıt edilmelidir.¹⁹

2. Mamografi

İki taraflı çift poz (CC, MLO) mamografi çekilmesi standarttır. Herhangi bir yakınması olan 35 yaş ve üstü kadınlara mamografi çekilebilir. Kişilerin yaşı arttıkça mamografinin özgüllüğü ve özgünlüğü artmaktadır. Genç ve yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda mamografinin hassasiyeti düşer. 40 yaş ve üstü kadınlarda ise daha iyi sonuç verir.^{28,35} Dijital mamografi bazı durumlarda konvansiyonel mamografiye üstün olmakla birlikte, şu an dünyada tüm standart tarama programlarında konvansiyonel mamografinin kullanılmasının bir dezavantaj yaratmadığı bildirilmektedir.³⁶ Mamografinin adet gören kadınlarda mens başlangıcından 7-10 gün sonra çekilmesi hem meme dansitesinin mamografi kalitesini etkilememesi için hem de daha az ağrılı olması nedeni ile tavsiye edilmektedir. Habaset şüphesi nedeni ile mamografi istenenlerde mutlaka bu tavsiyeye uyulmalıdır.³⁵

3. Ultrasonografi

Daha çok mamografiye ek olarak istenen bu yöntem altında 35 yaş altı kadınlarda en uygun ve ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme metodudur. Yoğun meme dokusuna

sahip kadınlarda mamografiye göre daha uygun bir yöntemdir. Bir başka uygulama alanı ise mamografide saptanan lezyonları daha iyi tanımlayabilmek için mamografi ile birlikte veya sonrasında kullanılmasıdır. Ele gelmeyen kitlelerin biyopsisini yaparken kılavuz olması amacı ile de USG'ye sıklıkla başvurulur.^{28,35,36}

4. Manyetik Rezonans Görüntüleme

Kısıtlı endikasyonlarda değerli bir inceleme yöntemidir. Ancak günümüzde çokca istismar edilmektedir. Bugün rutin uygulamada MR görüntülemenin gereksiz yere yapılması ciddi maddi ve manevi yük getirmektedir. MR'ın bugün için tavsiye edilen uygulama alanları;

1. Konvansiyonel görüntüleme bulguları sonucu ile minimal invaziv yöntemle alınan biyopsi histopatolojisinin birbiri ile uyumlu değilse,

2. Daha önce kanser nedeni ile meme koruyucu cerrahi yapılmış kadında operasyon bölgesinde şüpheli görüntü saptanmışsa,

3. Aksillada kanser metastazı olduğu halde konvansiyonel yöntemle memede belirgin kanser kitlesi görüntülenememişse (gizli kanser),

4. Meme kanseri nedeni ile mastektomi ve rekonstrüksiyon yapılmış memenin takibi,

5. Lokal ileri evre meme kanserinde neoadjuvan tedavinin etkinliğinin izlenmesi,

6. Meme kanseri riski çok yüksek olan sağlıklı bireylerde (tartışmalı da olsa) tarama yapılmasıdır.^{36,37}

5. Biyopsi

Radyolojik ya da klinik endikasyon varsa histopatolojik doğrulama için biyopsi yapılmalıdır. Konvansiyonel yöntem açık biyopsidir. Minimal invaziv biyopsi yöntemlerine de başvurulabilir.^{28,38} Ele gelen lezyonlarda, eğer değerlendirme yapabilecek deneyimli sitopatolog var ise, palpasyon kılavuzluğunda İİAB yapılabilir. Basit, hızlı ve ucuz bir yöntemdir.^{28,38} Ele gelmeyen lezyonlarda ise mutlaka bir görüntüleme aracının kılavuzluğuna ihtiyaç vardır. Bu araç çoğunlukla ultrasonografidir. USG kılavuzluğunda İİAB ya da (daha çok tercih edilen) kor biyopsi (kalın iğne ile; 11 veya 14 G) yapılabilir. Kor biyopside dokunun çatısı histo-

patolojik olarak incelenebilir ve daha ayrıntılı patolojik tanı elde edilebilir. Ancak bu tip biyopsi yapabilmek için lezyon ultrasonografik olarak görüntülenebilmelidir.³⁸ Sadece mamografik olarak görüntülenebilen lezyonlarda mamografi eşliğinde kor biyopsi yapılabilir: Ancak bunun için pahalı bir alet parkına ihtiyaç vardır.³⁸ Bir başka minimal invaziv biyopsi yöntemi ise vakum yardımcı biyopsidir. Bu yöntemde kılavuz olarak USG ya da mamografi kullanılır. Bu yöntem için de pahalı araç parkına ihtiyaç vardır. Bu yöntem ile çok daha fazla sayıda ve kalın parçalar elde edilebilir. Hatta kitlenin tamamı bu yöntemle parça parça çıkarılabilir.^{39,40} Yukarıda sayılan biyopsi yöntemlerinin hiçbirisi ameliyathanede yapılmamaktadır. Ancak İİAB hariç diğerlerinde lokal anestezi altında işlem yapılmaktadır. Mamografi yardımı ile yapılan biyopsi işlemlerinde spesimen grafisi mutlaka çekilmelidir. Bu şekilde lezyonun isabetli olarak örneklediği doğrulanmalıdır.^{35,36,39} Yukarıda sayılan yöntemlere ulaşabilme imkanı olmayan yerlerde ise hala altın standart biyopsi yöntemi açık cerrahi biyopsidir.³⁸ Lokal anestezi altında steril şartlarda insizyon yapılarak gerçekleştirilen biyopside tüm lezyon örneklenebilmektedir. Bu yöntem (selim lezyonlar için) tedavi edici de olabilmektedir. Ele gelmeyen lezyonlarda önceden görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda lezyona tel yerleştirilerek ameliyatta lezyonun bulunması kolaylaştırılabilir. Yine mamografik olarak işaretlenen lezyonlar çıkarıldıktan sonra spesimen mamografisi ile örnekleme doğruluğu kontrol edilmelidir.^{35,36,38} Bugünün çağdaş kalite kontrol standartları kanser tanı biyopsilerinin en fazla %20'sinin açık biyopsi şeklinde yapılması gerektiğine işaret etmektedir. Bundan ötürü mümkün olduğunca minimal invaziv yöntemler kullanılmalıdır.⁴¹

Sonuç

Bir meme yakınması ile kliniğe başvuran hastaya yaşı, yakınma nedeni, risk faktörleri ve fizik muayene bulgularına bağlı olarak ilk değerlendirmesi yapılır. Bu ilk değerlendirme sonucunda ileri görüntüleme yapıp yapılmayacağına karar verilir. Her yakınması olana görüntüleme ya da biyopsi uygulanması gerekmemektedir. Bu özellikle 35 yaş altı hastalar için söz konusudur. Ancak 35 yaş altı da

olsa hastanın ele gelen belirgin kitlesi var ise ya da aile öyküsü meme kanseri için risk oluşturuyor ise ileri görünlülemeye ihtiyacı vardır. Bu görüntüleme yöntemi; 35 yaş altı hastalar için öncelikle USG iken, 35 yaş üstü tüm hastalar için mamografidir (beraberinde USG yapılabilir). 40 yaş üstü tüm hastalara yakınması ya da fizik muayene bulgusu ne olursa olsun bilateral mamografi istenmesi yerinde bir klinik yaklaşımdır. Biyopsi endikasyonları arasında: 1. Boyutu ne olursa olsun ele gelen tüm kitleler, 2. Sadece görüntüleme yöntemi ile saptanmış çapı ne olursa olsun “şüpheli” solid ya da kistik tüm kitleler, 3. Ele gelmeyen ancak mamografik ve/veya ultrasonografik olarak 10 mm üzerindeki tüm solid kitleler yer almaktadır. Biyopsi yöntemi olarak da, olanaklar yeterli ise minimal invaziv yöntemler tavsiye edilmektedir.

Kaynaklar

1. **Düşünceli F, Manukyan MN, Albas Ö ve ark.** Multidisipliner meme merkezinde verilen sağlık hizmeti hastaları ne kadar memnun ediyor? Marmara Üniversitesi Hastanesi Meme Merkezi'nin prospektif değerlendirilmesi. *Meme Hastalıkları Dergisi* 2005; 12: 31-7.
2. İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi. İzmir'in kanser verileri. <http://www.ism.gov.tr/kidem/Tdoc3.htm> adresinden 10/02/2007 tarihinde erişilmiştir.
3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. İstanbul'da 12 eğitim ve araştırma hastanesinde meme hastalıkları poliklinikleri 27 Mart 2006 tarihinden itibaren hizmete başladı. http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/anasayfalinkler/meme_kanseri.asp adresinden 10/02/2007 tarihinde erişilmiştir.
4. **Blamey R, Cataliotti L.** The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2288-93.
5. **Brennan M, Houssami N, French J.** Management of benign breast conditions. Part 1 – painful breasts. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 143-4.
6. **Rosolowich V. Mastalgia.** *J Obstet Gynecol Can* 2006; 28: 49-57.
7. **Çakır T, Cingi A, Fıstıkçı N, Bez Y, Topçuoğlu V, Güllüoğlu BM.** Organik bir nedene bağlı olmayan mastalji yakınması olan hastalarda telkinin yeri. Prospektif kesitsel çalışma. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2: 96-9.
8. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Meme Hastalıkları Grubu. Meme Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Matbaası, İstanbul, 2006.
9. **Barros AC, Mottola J, Ruiz CA, Borges MN, Pinotti JA.** Reassurance in the treatment of mastalgia. *Breast J* 1999; 5: 162-5.
10. **Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Gimzal A ve ark.** Mastalji hastalarında aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyleri: kontrollü bir çalışma. Yeni Symposium 2003; 41: 178-84.
11. **Pye JK, Mansel RE, Hughes LE.** Clinical experience of drug treatments for mastalgia. *Lancet* 1985; 17: 373-7.
12. **Scott-Conner CEH.** Infections of the breast. *Prob Gen Surg* 2002; 19: 1-6.
13. **Chagpar A, Babiera GV.** Mastitis and breast abscess. *Prob Gen Surg* 2003; 20: 27-34.
14. **Brennan M, Houssami N, French J.** Management of benign breast conditions. Part 3 – other breast problems. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 353-5.
15. **Pruthi S.** Detection and evaluation of a palpable breast mass. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 641-8.
16. **Kepple J, Klimberg VS.** Management of benign breast mass. *Prob Gen Surg* 2003; 20: 56-65.
17. **Brennan M, Houssami N, French J.** Management of benign breast conditions. Part 2 – breast lumps and lesions. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 253-5.
18. **Rastelli A.** Breast pain, fibrocystic changes and breast cysts. *Prob Gen Surg* 2003; 20: 17-26.
19. **Rosato FE, Rosato EL.** Examination techniques: roles of the physician and patient in evaluating breast diseases. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disorders'da. Ed. Bland K, Copeland EM. 3.baskı.Vol I. St. Louis, Missouri, Saunders, 2004; 601-10.
20. **Irwig L, Macaskill P, Houssami N.** Evidence relevant to the investigation of breast symptoms; the triple test. *Breast* 2002; 11: 215-20.
21. **Venta LA, Kim JP, Pelloski CE, Morrow M.** Management of complex breast cysts. *Am J Roentgenol* 1999; 173: 1331-6.
22. **Dietz JR.** Nipple discharge. *Prob Gen Surg* 2003; 20: 42-55.
23. **Simmons R, Adamovich T, Brennan M ve ark.** Nonsurgical evaluation of pathologic nipple discharge. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 113-6.
24. **Cabioglu N, Hunt KK, Singletary E ve ark.** Surgical decision making and factors determining a diagnosis of breast carcinoma in women presenting with nipple discharge. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 354-64.
25. **Goksel HA, Yagmurdu MC, Demirhan B ve ark.** Management strategies for patients with nipple discharge. *Langenbecks Arch Surg* 2005; 390: 52-8.
26. **Klimberg VS.** Nipple discharge: more than pathologic. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 98-9.
27. **Pritt B, Pang Y, Kellogg M, John TS, Elhosseiny A.** Diagnostic value of nipple cytology: study of 466 cases. *Cancer (Cancer Cytopathology)* 2004; 102: 233-8.
28. **Cady B, Steele GD Jr, Morrow M ve ark.** Evaluation of common breast problems: guidance for primary care providers. *CA Cancer J Clin* 1998; 48: 49-63.
29. **Chen CY, Sun LM, Anderson BO.** Paget disease of the breast: changing patterns of incidence, clinical presentation and treatment in the US. *Cancer* 2006; 107: 1448-58.
30. **Lowe J, Sengelmann R.** Cutaneous lesions of the nipple and areola. *Prob Gen Surg* 2003; 20: 35-41.
31. American College of Radiology (ACR). Breast imaging reporting and data system atlas (BI-RADS® Atlas), 4th editin, Reston, VA, ACR, 2003.
32. **Utkan Z.** Meme kanseri tanısında algoritma ve standartlar. *Ulusal Meme Kanseri Konsensus Özet Kitabı* 2006: 12-9.
33. **Fletcher SW, Elmore JG.** Mammographic screening for breast cancer. *N Eng J Med* 2003; 348: 1672-80.
34. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Breast cancer screening and diagnosis guidelines. V.1.2007. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast-screening.pdf adresinden 10/02/2007 tarihinde erişilmiştir.
35. **Bassett LW, Shiroishi M.** Breast imaging. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disorders'da. Ed. Bland K, Copeland EM. 3.baskı.Vol I. St. Louis, Missouri, Saunders, 2004; 611-65.
36. **Houssami N, Brennan M, French J, Fitzgerald P.** Breast imaging in general practice. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 467-73.

37. American Society of Breast Surgeons. Consensus statement on the use of magnetic resonance imaging in breast oncology. http://breastsurgeons.org/mri_statement.shtml adresinden 10/02/2007 tarihinde erişilmiştir.
38. **Bilous M, Brennan M, French J, Boyages J.** Making sense of breast pathology. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 581-6.
39. **Jackman RJ, Nowels KW, Rodriguez-Soto J, Marzoni FA, Finkelstein SI, Shepard MJ.** Stereotactic, automated large core needle biopsy of nonpalpable breast lesions: false negative and histologic underestimation rates after long term follow up. *Radiology* 1999; 210: 799-805.
40. **Semiz Oysu A, Kaya H, Güllüoğlu B, Arıbal E.** Comparison of sonographically guided vacuum-assisted and automated core-needle breast biopsy methods. *Tanı Girişim Radyol* 2004; 10: 44-7.
41. **Perry NM.** Quality assurance in the diagnosis of breast disease. *Eur J Cancer* 2001; 37: 159-72.

Geliş tarihi: 15.02.2007
Kabul tarihi: 17.03.2007

İletişim adresi:

Doç. Dr. Bahadır M. Güllüoğlu
Marmara Üniversitesi Hastanesi
Meme Merkezi Cerrahi Koordinatörlük
Tophanelioğlu Cad. 13-15
Altunizade, Üsküdar 34662 İstanbul
Tel: 0216 327 1010 PBX 120
e-mail: bmgulluoglu@marmara.edu.tr