

MEME HASTALIKLARINDA MUAYENE VE KLİNİK YAKLAŞIM

Mustafa BERKEŞOĞLU¹

Dört kadından biri hayatının bir döneminde memeye ait şikayet nedeniyle hastaneye başvurmaktadır. En sık başvuru nedenleri; memede kitle, meme ağrısı ve meme başı akıntısıdır. Sık karşılaşılan meme şikayetlerinin doğru yönetilmesinde ilk önemli aşama hastanın şikayet, menstürel durum ve risk faktörleri sorgulanmasının ve klinik muayenesinin usulüne uygun olarak yapılmasıdır. Bazı otorlör tanısai yöntemlerin gelişmesi ile birlikte hastaların artık iyi muayene edilmemesine atıfta bulunarak; muayenenin önemini vurgulamak için 20.yüzyıl hastasının Hippocrates devrindeki hastadan daha talihsiz olduğunu ifade etmektedir (1-9).

ANAMNEZ (HİKAYE ALINMASI)

Meme muayenesi için başvuruda bulunan hastalar; ulusal tarama programından yönlendirilmiş veya rutin takip hastası olabilir veya yeni ortaya çıkan bir şikayet nedeniyle başvuru yapmış olabilir. Değerlendirme sırasında yardımcı personelin (hemşire) meme muayenesine eşlik etmesi uygun olacaktır (1,2).

Şikayet Sorgulama

Başvuru gerekçesi öğrenildikten sonra anamnez aşamasında; varsa şikayetin başlangıç süresi ve diğer faktörler ile ilişkisi sorgulanır. Sorgulama sırasında ağrı değerlendiriliyorsa; ağrının yeri, tipi, şiddeti, süresi, periyodik olma durumu, ağrıya eşlik eden durumlar, diyet ile ilişkisi, kıyafet ve yaşam şekliyle ilişkisi yönünden sorgulama yapılır. Eğer palpabl kitle var ise; kitlenin boyutu, kitlenin oluşma zamanı ve hassasiyet durumu sorgulanır. Meme başı akıntısı varsa; akıntının süresi, rengi, spontan-unilateral-uniduktal olma durumu (kendiliğinden akıntı, tek memeden, tek duktustan), eşlik eden kitle olup olmadığı, ilaç kullanım durumu, hamilelik durumu, laktasyon durumu ve hormonal durum sorgulanır (Tablo-1) (1-7).

Özgeçmiş, Soygeçmiş ve Risk Faktörleri

Hastaların özgeçmişinde daha önceden meme ile ilgili tanı, tetkik, cerrahi veya travma öyküsü varsa detayları sorgulanır. Hastaların eşlik eden diğer hastalıkları, ilaç kullanım durumları, alışkanlıkları, allerji durumu, mensturasyon

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin Üniversitesi, berkesoglu@yahoo.com

temler genellikle işe yaramadığından olası riskler (his kaybı, hipersensitivite, emzirememe) anlatılarak cerrahi olarak eversiyon yapmak gerekebilir (1,4,7).

SONUÇ

Meme şikayetlerinin doğru yönetilmesinde ilk önemli aşama hastanın şikayet, menstürel durum ve risk faktörleri sorgulanmasının ve klinik muayenesinin usulüne uygun olarak yapılmasıdır. En sık başvuru nedenleri; memede kitle, meme ağrısı ve meme başı akıntısıdır. Özellikle meme kanseri riskinin az olduğu siklik mastalji durumunda hayat tarzı değişiklikleri ile ağrı azalma veya düzelme gözlenebilir. Meme başı akıntısı ile başvuran hastaların yaklaşık %88-95'inde akıntının nedeni fizyolojik veya benign sebeplerdir. Akıntının spontan olması, tek taraflı ve tek bir ductustan kaynaklanması, persistan olması, kanlı olması, akıntıya kitlenin eşlik ediyor olması ve hastanın ileri yaşta olması *patolojik meme başı akıntısı* şüphesi ile ileri inceleme gerektirir. Genellikle benign nedenlerden kaynaklansa da; memede kitle varlığı kanser ile ilişkili en önemli belirti veya bulgudur. Memede kitlesi bulunan hastalar genellikle üçlü test (muayene, görüntüleme ve biyopsi) ile değerlendirilir. Muayene için en ideal zaman premenapozal kadınlarda mensturasyon sonrası ilk haftadır. Tümör alt tiplerinin tedavi planlamasında daha belirleyici hale gelmesi nedeniyle immünohistokimyasal boyamalar yapılabilmesi için doku tanısının kalın iğne biyopsi ile alınması önemlidir. Tetkik sonuçları incelenirken öncelikli olarak hasta bilgileri kontrol edilir ve sadece sonuç kısmına bakılmaksızın tüm rapor detaylı olarak incelenmelidir. Klinik şüphe durumunda ek görüntüleme yöntemleri, işlem tekrarı, yakın takip ve tanısal veya tedavi amacıyla uygulanacak cerrahi yöntem seçeneklerinden uygun olanı belirlenir. Yüksek riskli lezyonlarda atipi durumu, kullanılan tanısal yöntem, iğne çapı, eşlik eden başka patoloji olması, patolojik ve radyolojik korelasyon durumu gibi faktörler yaklaşımda belirleyicidir. Riskli lezyon-

larda; yetersiz örnekleme nedeniyle tanı atlama, yetersiz tedavi ihtimali (undertreatment) veya cerrahi eksizyon sonrası tümör saptanmaması nedeniyle fazla tedavi (overtreatment) durumu yaklaşımda belirsizliğe neden olmaktadır. Yüksek riskli lezyonlara yaklaşımda tartışmalar devam etmektedir; multidisipliner yaklaşım ile hastanın karar-verme sürecine aktif katılımı önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Dixon JM. ABC of Breast Diseases. 4th ed. UK: Wiley-Blackwell, 2012.
2. Özmen V, Cantürk Z, Çelik v, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M. Meme Hastalıkları Kitabı, 2.baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2012.
3. Wyld L, Markopoulos C, Leidenius M, Senkus-Konefka E. Breast Cancer Management for Surgeons, A European Multidisciplinary Textbook. Switzerland: Springer, 2018.
4. Riker AI. Breast Disease, Comprehensive Management. New York: Springer, 2015.
5. Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. Diseases of the Breast. 5th ed. China: Wolters Kluwer Health, 2014.
6. http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/bolum_3_converted.pdf, Erişim tarihi: 12.11.2020.
7. Bumin O, Bumin C. Cerrahide Muayene Usulleri ve Hastalıklardaki Bulgular. 12. baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1993.
8. Smania MA. Evaluation of common breast complaints in primary care. Nurse Pract. 2017 Oct 18;42(10):8-15.
9. Salzman B, Collins E, Hersh L. Common Breast Problems. Am Fam Physician. 2019 Apr 15;99(8):505-514.
10. https://www.uptodate.com/contents/breast-pain?topicRef=806&source=see_link, Erişim tarihi: 12.11.2020.
11. www.uptodate.com/contents/nipple-discharge?topicRef=806&source=see_link, Erişim tarihi: 12.11.2020.
12. http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/bolum_42_1_donusturuldu.pdf, Erişim tarihi: 12.11.2020.
13. Magny SJ, Shikhman R, Keppke AL. Breast Imaging Reporting and Data System. [Updated 2020 Sep 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459169/>, Erişim tarihi: 11.11.2020.

14. Orr B, Kelley JL 3rd. Benign Breast Diseases: Evaluation and Management. *Clin Obstet Gynecol*. 2016 Dec;59(4):710-726.
15. Lavoué V, Fritel X, Antoine M, et al; French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF): benign breast tumors - short text. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 May;200:16-23.
16. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-benign-breast-disease>, Erişim tarihi: 12.11.2020.
17. http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/bolum_39_varol_celik_.pdf, Erişim tarihi: 12.11.2020.
18. Amersi F, Calhoun K. *Atypical Breast Proliferative Lesions and Benign Breast Disease*, Switzerland: Springer Nature, 2018.
19. Thomas PS. Diagnosis and Management of High-Risk Breast Lesions. *J Natl Compr Canc Netw*. 2018 Nov;16(11):1391-1396.
20. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf, Erişim tarihi: 12.11.2020.
21. http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/bolum_24_converted.pdf, Erişim tarihi: 12.11.2020.
22. Wen HY, Brogi E. Lobular Carcinoma In Situ. *Surg Pathol Clin*. 2018 Mar;11(1):123-145.
23. <https://www.uptodate.com/contents/atypia-and-lobular-carcinoma-in-situ-high-risk-lesions-of-the-breast>, Erişim tarihi: 11.11.2020
24. Kader T, Hill P, Rakha EA, et al. Atypical ductal hyperplasia: update on diagnosis, management, and molecular landscape. *Breast Cancer Res*. 2018 May 2;20(1):39.
25. Racz JM, Carter JM, Degnim AC. Challenging Atypical Breast Lesions Including Flat Epithelial Atypia, Radial Scar, and Intraductal Papilloma. *Ann Surg Oncol*. 2017 Oct;24(10):2842-2847.
26. DiPasquale A, Silverman S, Farag E, et al. Flat epithelial atypia: are we being too aggressive? *Breast Cancer Res Treat*. 2020 Jan;179(2):511-517.
27. Rudin AV, Hoskin TL, Fahy A, et al. Flat Epithelial Atypia on Core Biopsy and Upgrade to Cancer: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Surg Oncol*. 2017 Nov;24(12):3549-3558.
28. Srour MK, Donovan C, Chung A, et al. Flat epithelial atypia on core needle biopsy does not always mandate excisional biopsy. *Breast J*. 2020 Apr;26(4):679-684.