



Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan “meme kanseri” nedeniyle dünyada her yıl 5 milyon kadının meme kanseri tedavisi gördüğü bildiriliyor. Günümüzde meme kanseri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ile tedavi ediliyor. Hastalığın erken teşhisi ise kadınların uzun ve sağlıklı bir yaşama sahip olmasını sağlıyor.

Kadınların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen ve erken teşhis edilmediğinde önemli sağlık sorunlarına yol açan meme kanseri, milyonlarca kadının ortak derdi olarak biliniyor. Uzmanlar erken tanı ve tedavi sayesinde kadınların yaşam kalitesinin artacağını önemle vurguluyor. Amerika’da 2002 yılı istatistiklerine göre her yıl 220 bin yeni meme kanseri vakası tespit edilirken, dünyada her yıl 5 milyon kadının meme kanserinden tedavi gördüğü ifade ediliyor. “Doğru zamanda teşhis edilip tedavi uygulanırsa, hastaların uzun ve sağlıklı bir yaşam sürme şansı artıyor. Kadınların ve erkeklerin meme kanserinin tanısı, tedavisi konusunda aydınlatılması gerekliliğine inanıyoruz.”

HASTALIĞIN BELİRTİLERİ

- Memede ele gelen kitle,
- Meme cildinde değişiklik, cildin içeriye çökmesi, kızarması, portakal kabuğu görüntüsü olması,
- Meme başının içeriye çekilmesi,
- Kahve renkli kısmının genişlemesi, sağa, sola, yukarı veya aşağı dönmesi,
- Meme başından kan veya akıntı gelmesi (40 yaş üstündekilerde önemli)
- Koltuk altında lenf bezi büyümesi.

KANSERLİ ANNENİN KIZINDA TARAMAYA ERKEN BAŞLANMALI !

Meme kanseri ortaya çıkmasında “ailesel geçiş” rol oynamaktadır. Kanserli bir annenin kızında meme kanseri açısından taramaya, annede görüldüğü yaştan 10 yıl erken başlamak gerekiyor. Ailesinde meme kanseri olanlarda hastalığın en genç meme kanserinden 10 yıl önce ortaya çıktığı, en genç 40 yaşında görüldüyse 30 yaşında meme kanseri taramasına başlanması uygundur. Annede kanser varsa, hasta annenin kızında kanser, annenin çıkardığı yaştan 7-11 yıl önce görülebilir. Annenin meme kanseri olmasının erkek çocukta kanser riskini arttırdığı, babanın prostat kanseri olmasının da erkekte meme

kanseri riskini arttırdığı gibi her 100 kadın meme kanserine karşı, 1 tane erkek meme kanseri görülmektedir.

MEME KANSERİNE KİMLER ADAYDIR?

- Ailesinde meme kanseri bulunması (anne, teyze, kız kardeş veya bayan akrabalarında)
- Anne veya teyzede meme kanseri varsa, o annenin kızında meme kanseri, anne veya teyzesinde meme kanseri görülmeyen kadınlara göre 2,5 kat daha fazla görülmektedir.
- Anne, teyze ve kız kardeşlerde memede menopoz öncesinde kanser ortaya çıkmışsa kızlarında hastalığın ortaya çıkma oranı 4 kat, her iki memede görülmüşse 8 kat artabilir.
- Kadının çocuk doğurmaması,
- Geç yaşta çocuk doğurulması,
- Geç menopoza girilmesi,
- Erken yaşta adet görülmesi,
- İleri yaş (20 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riski 27.000/1 – 70 yaşında 20/1'dir.)

HORMON KULLANINCA MEME KANSERİ RİSKİ ARTIYOR MU?

Ailesinde meme kanseri olanların, ister HT (Hormon Tedavisi), ister doğum kontrol hapı, isterse çocuk doğurmak için alınan uyarıcı ilaçları mutlaka ciddi hekim kontrolünde almaları lazımdır.

ERKEKLERDE DE MEME KANSERİ GÖRÜLEBİLİR Mİ?

Meme kanserinin sıklığının 40 yaşından sonra giderek arttığını, artış hızının menopozdan sonra yavaşladığını, her 8 kadından birinde meme kanseri görüldüğünü belirtiyor. Ailesel olanlar tüm kanserlerin yüzde 5-10'unu oluşturuyor. "Bu ailelerde meme kanserinin yanı sıra rahim, yumurtalık kanseri ve kolon kanseri öyküsü de olabilir. Kilolu olmak, özellikle menopoz sonrası şişmanlık ve alkol kullanımı da riski artırıyor"

Meme kanserinin erkeklerde de görüldüğünü ancak bu oranın tüm meme kanserlerinin sadece yüzde 1'i olduğuna, erkeklerde görülen meme kanserinin yine erkek kanserlerinin yüzde 0,2'sini oluşturduğuna ve ortalama görülme yaşının kadınlardan 10 yıl daha geç olduğuna işaret ediyor. "Erken tanı hastalarda etkili tedaviyi sağlıyor. Mamografi, kendi kendine muayene, hekim muayenesi hastalığın tanısında 3 önemli basamak olarak değerlendiriliyor. "Kadınların doktora başvurmasında memelerinde ağrı duymalarının da

büyük önemi vardır. Meme kanserine bağlı kitlelerin 10'da 9'unun ağrısız olduğunu, ağrı olmayınca da hastaların "kitle fark etmelerine rağmen" doktora gitmediklerine oysaki hastaların sadece 10'da birinde ağrı sorununun ortaya çıktığı düşünülebilir. Kaliteli mamografi çekimi de hastalığın tanısını kolaylaştırıyor. Memedeki kitlelerin yüzde 14-27'sinin mamografide görülemeyip yalnızca meme cerrahının muayenesinde saptanacağı unutulmamalıdır. Meme cerrahının meme muayenesi ve mamografi takibi birlikte yapılmalıdır. Meme ultrasonografisi tek başına bir erken tanı ve tarama yöntemi değil, ancak yoğun memelerde, genç hastalarda mamografiye yardımcı yöntem olarak ultrasonografi yapılması duyarlılığı artırır. Ailesinde risk faktörü olanlarda mamografiye 40 yaşından önce başlanması gerekir. Bu arada tanıda kullanılan MR, kesinlikle rutin tarama yöntemi değildir. Mamografi ve meme ultrasonografisine yardımcı yöntem olarak değerlendirilmektedir.

MEME KANSERİ TEŞHİSİ NASIL KONULUYOR?

Hastaların doktora başvurmaları, kendisinden şüphe etmesiyle başlar. Hastaya hekime başvurduktan sonra ilk olarak klinik muayene, ardından mamografi çekilir. Bu arada mamografinin 40-50 yaş arasında 1-2 yılda bir, 50 yaşından sonra her yıl yapılması önerilir. Hastaya yapılan klinik muayene ve çekilen mamografi sonucunda şüpheli lezyon saptanırsa hasta hastaneye sevk edilir ve tarama programından çıkarılır. Şüpheli lezyonun ne kadar şüpheli olduğuna bakıldıktan sonra hasta bir meme cerrahi uzmanına yönlendirilir.

İnce iğne biyopsisi : Bir enjektörle memedeki tümörün içine girilip hücre grupları alınır. Daha sonra bu hücre grupları patoloji uzmanı tarafından incelenir.

Trukat cur (kor) biyopsi: Bu yöntemle daha kalın bir miktar doku tümörün içinden alınarak incelenir.

Lokal anestezi altında biyopsi: Hastanın memesi lokal anestezi ile uyuşturulur. Memeden bir parça alınır ve incelenir. Bu incelemenin sonucu birkaç günde veriliyor. Eğer hasta kanserse hekim gerçek ameliyatın yapılacağını hastasına söyler.

Ameliyat sırasında biyopsi: Bu yöntemde hastaya baştan beri ameliyat olacağı söyleniyor. Hastanın memesinden çıkan parça, ameliyat sırasında farklı bir odada patoloğ tarafından inceleniyor. Eğer kanserse ameliyata devam ediliyor.

Hekimin ameliyat sırasında karar vermesi sayesinde hasta bir seansta ameliyat olup, ikinci bir defa ameliyat stresini ve zorluklarını yaşamaz.

RADYOTERAPİ BAŞKA ORGANLARA ZARAR VERİR Mİ?

Ekip çalışmalarında meme cerrahı, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, plastik cerrahi uzmanı ve psikiyatrist bulunuyor. Meme tümörünün büyük olduğu, koltuk altında kitle bulunan hastalarda tedavinin standart olmasına karşın, "erken meme kanseri"nde doğrular

birden fazla olur. "Memedeki tümörü 3 santimetreden küçük, aksillası negatif hastada memenin alınması yerine koruyucu cerrahi uygulanabilir. Erken meme kanserinde memenin korunması kozmetik açıdan hastanın beden bütünlüğünün korunmasını sağlayacak bir uygulamadır" Radyoterapinin memedeki tümöre verilen dozla mikroskobik hastalığı yüzde 90'ın üzerinde, kontrol şansı radyoterapi sırasında verilen dozun akciğer, kalp ve diğer yumuşak dokular üzerindeki etkilerini göz önüne almak büyük önem taşır. Modern teknoloji sayesinde radyoterapi sırasında riskli organların korunduğu, yaşlı hastalarda radyoterapinin yan etkisinin fazla olabileceği, hastanın tedavisi değerlendirilirken cerrahi ve radyoterapinin birlikte ele alınması, tümör yatağının işaretlenmesinin, doğru radyoterapi için önemli bir yaklaşım olduğu söylenir. Memedeki tümör büyükse meme koruyucu cerrahi yapma şansı azalır, hasta memesinin bir kısmının alınmasını istiyor, tüm memesini kaybetmek istemiyorsa önceden kemoterapiyle kitleyi küçültüp meme koruyucu cerrahi yapma ihtimali artırılır. Ameliyat öncesi verilen kemoterapinin hastaların sağ kalım süresini değiştirmediğini, ancak memeyi koruyarak müdahale olasılığını artırır.

MEME KANSERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE HANGİ YÖNTEMLER UYGULANIR?

Günümüzde meme kanserinin tedavisinde uygulanan başlıca yöntemler arasında, "mastektomi" ve "meme koruyucu cerrahi" yer alıyor. Modifiye (değiştirilmiş) mastektomi olarak tanımlanan "meme temizleyici cerrahi" ameliyatında, meme, memeyi örten cilt, meme başı ve kaslara dokunulmuyor, kasların arkasındaki koltuk altı lenf bezleri ve yağlı doku tümüyle çıkarılıyor. Bu yöntem sayesinde hastaların hastalısız lokal tekrarlama olmadan yaşam süresinin uzadığını, ameliyattan sonra gerekirse dokuya radyoterapi uygulanarak hastalığın lokal yayılması önlenir. Meme koruyucu cerrahi olarak isimlendirilen ameliyatta memedeki tümörün etrafındaki bir miktar hastalısız doku çıkarılırken, meme yerinde bırakılıyor. İlave olarak ayrı bir kesi ile eğer kanser hücresi yayılmışsa koltuk altı lenf bezleri çıkarılıyor. Bu hastaların memelerine sonradan mutlaka radyoterapi uygulanması gerekiyor. Uygulanmayan hastalarda meme kanseri tekrarlayabilir.

MEME KORUYUCU CERRAHİ KİMLERE UYGULANIYOR? BU AMELİYATLAR İÇİN EN UYGUN ADAYLAR KİMLER?

- Çapı 3 santimetreyi geçmemiş tümörler
- Memenin dış kısımlarına yerleşmiş tümörler
- Koltuk altında yoğun lenf bezi tutulumu olmayan tümörler

Meme koruyucu cerrahi için uygun olmayan adaylar ise şöyle sıralanıyor:

- Çok büyük veya çok küçük memede kozmetik sonucun iyi olmadığı hastalar
- Çok sayıda tümör saptanan hastalar
- Hamilelerde bu yöntem radyoterapinin etkilerinden ötürü uygulanmıyor.

RADYOTERAPİ NASIL UYGULANIR?

Lenf bezlerinin memedeki tümörün sistemik yayılımındaki ilk adım olmasından ötürü büyük önemi var. Meme koruyucu cerrahi sonrasında yapılan radyoterapi uygulamasında, memenin tamamı ve gerektiğinde lenf bezlerinin ışınlandığını ve tümörün çıkarıldığı yatağa ek doz verildiğini böylece mikroskopik hastalıktan yüzde 90 oranında korunma sağlanır. "Memedeki tekrarlamaların yüzde 75/80'i tümörün çıkarıldığı tümör yatağında olmaktadır. Onun için buradaki dozun daha fazla olması gerekiyor. Doğru tümör yatağına ışınlama yapabilmek için meme cerrahinin radyasyon onkoloğuna destek olabilmesi için ameliyat sırasında hastanın ameliyat edilmiş memesine çok küçük metal işaretler koyması gerekiyor. Ultrason ile de tümör yatağının tespiti yapılabilir ama metal klipe işaretlenmesi daha sağlıklıdır. Ek doz ışınlamasında değişik yöntemler kullanılıyor. Ya dışardan ışınlama ya da tümör yatağına radyasyon kaynaklarını gönderebilecek tüpler yerleştirir. (Bunun adı brakiterapi, yakından tedavidir.) Bunun yanı sıra meme koruyucu cerrahide koltuk altı lenf bezlerinin ışınlanması söz konusu oluyor. Koltuk altı pozitif olan hastalara yani tümör hücresi saptananlara yapılıyor. Eğer 4 lenf bezin üstünde tümör tutulumu saptanırsa mutlaka lenf bezleri bölgesi ışınlanır. 1 ve 3'üncü lenf bezinin ışınlanması konusunda tartışmalar vardır. Bunların da ışınlanması yönünde eğilim vardır. Mastektomi sonrası radyoterapide ise lenf bezi ışınlanması için yine aynı kurallar geçerlidir." Memenin alındığı göğüs duvarındaki tekrarlamaları önlemek için bu bölgenin de ışınlandığını, akciğerin, kalbin ve geri plandaki omuriliğin, kola giden sinirlerin herhangi bir fonksiyon bozukluğu çıkarmaması için de tedbir alınması gerekir. Bazı lenf bezlerinin iç ve merkezi yerleşimli tümörlerde, göğüs içinde, göğüs kemiğinin iç bölümünde lenfatik yayılım yapabileceğini sentinel lenf bezi çalışmalarında, buraya olan dökülümün de saptandığı vurgulanmaktadır. Eğer bu bölgeye lenf akımı saptanmazsa, tamamen radyoterapi alanı dışında bırakılır. Günümüzde uygulanan radyoterapiler sırasında kalp büyük ölçüde korunuyor.

KOLTUK ALTI LENF BEZİ NEDEN ÇIKARILYOR?

Ameliyat sırasında koltuk altı lenf bezinde yayılım tespit edilmişse, koltuk altı lenf bezleri de çıkarılır. Koltuk altı lenf bezi çıkarılmış ve ışın tedavisi görmüş hastalarda "kol ödemi" oluşabilir, çünkü ameliyat sırasında kolun lenfini boşaltacak olan damarların büyük bölümü çıkarılıyor. Kol ödemi çok çeşitli derecelerde oluyor. Elin üzerinde küçük bir şişlikten

kolun 3-5 katına çıkacak yerinden kaldırılmayacak kadar şiştiği durumlar da olabilir. Koltuk altı lenf bezlerinin en alt noktasında yer alan "Bekçi lenf nodülü biyopsisi" yöntemi kol ödemi önlemeye yönelik modern bir tedavi olarak görülmektedir. Ancak bu tekniğin uygulanabilmesi için iyi bir nükleer tıp merkezine, deneyimli meme cerrahına ve meme kanseri konusunda deneyimli patoloğlara gereksinim vardır. Çünkü bekçi lenf nodülünde hastalık saptanmayan kişilerin koltuk altı lenf bezleri çıkarılmıyor, böylece kol ödemi riski de ortadan kalkıyor. Bu nedenle gerçekten koltuk altı lenf bezlerinin tedavisinde "bekçi lenf nodülü biyopsisi"nin büyük kabul gördüğünü koltuk altı lenf bezi çıkarma işlemini bu işte deneyimli olan, meme cerrahisinde çok sayıda hasta ameliyat ederek deneyim kazanmış cerrahlar yapmalıdır. Bu arada sonuçlar çok deneyimli patoloğlar tarafından incelenmelidir ve üniversitemiz hastanesinde yoğun biçimde yapılmaktadır.

HASTALARA KORUYUCU TEDAVİ UYGULANABİLİR Mİ?

Erken evre meme kanserinde cerrahi ve radyoterapi ile lokal kontrolün sağlanmasından sonra hastalık nüksünü ve yayılma riskini azaltmak için "koruyucu sistemik tedavi" yapılması büyük önem taşıyor. Bu amaçla uygulanan iki ana tedavi yöntemi kemoterapi ve hormonal tedavi olarak belirtiliyor. Bu tedaviler tek başlarına veya kombine olarak kullanılıyorlar. Bu tedavilere karar verirken şunlar göz önünde bulundurulur:

- Patoloji raporundaki bilgiler,
- Hastanın yaşı,
- Menopoz durumu,
- Hastanın ek sağlık sorunları,
- **HASTA TERCİHİ.**

Patoloji raporlarında koltuk altı lenf bezinde hastalık olup olmadığı, tümörün boyutu, tümörün çoğalma hızı (grade), hormon reseptör bilgisi (östrojen ve progesteron reseptör) ve bazı merkezlerde cerbB-2 onkogeni ile ilgili bilgiler, klinik önemlerine göre standart koşulları koltuk altı lenf bezlerinde hastalık olup olmaması, yaş, menopoz, tümörün çapı ve grade'li, histolojik tipi, östrojen reseptör, progesteron reseptör durumu önemlidir. Patoloji bilgilerinde östrojen ve progesteron reseptörleri negatifse kemoterapi verildiğini, hormon reseptörlerinden herhangi biri pozitif olan hastalarda tedavi seçiminin risk gruplarına göre tek başına hormonal tedavi ya da kemoterapi sonrası hormonal tedavi şeklinde yapılabilir. Kemoterapi ve hormonal tedavinin eş zamanlı kullanılmamasının son çalışmalarda belirlendiği, "Hem adetleri devam eden hem de menopozdaki hastalarda koruyucu hormonal tedavide tamoksifen kullanılması standart olan bir uygulamadır ve kullanma süresi 5 yıldır. Tamoksifen kullanılmasının riskli olduğu veya tamoksifene bağlı ciddi yan etkilerin görüldüğü

menopozdaki hastalarda aromataz inhibitörleri kullanılabilir. Adet gören hastalarda yumurtalık fonksiyonlarının ilaçlarla, cerrahi veya radyoterapi ile baskılanması da koruyucu hormonal tedavi seçenekleri arasındadır. Bu uygulama tek başına veya tamoksifenle birlikte yapılabilir. Hastaya hem kemoterapi tamamlandıktan sonra hormonal tedaviye başlanmalıdır.” Koltuk altı lenf bezlerinde hastalık olmayan, tümör boyutu 1 santimetreden küçük, hormon reseptörleri pozitif, düşük grade’li hastalığı olan hastalarda hastalığın nüksetme, yayılma olasılığı çok düşük olarak bildiriliyor. Bu hastalar koruyucu bir sistemik tedavi verilmeden izlenebilir. Erkek meme kanserlerindeki koruyucu sistemik tedavi yaklaşımları da kadın meme kanserlerindeki koruyucu sistemik tedavi yaklaşımları da kadın meme kanserlerindeki gibi yapılır. Erkek meme kanserlerinde hormon reseptör pozitiflik oranı daha yüksek olarak karşımıza çıkıyor. Hastaya kemoterapi verilecekse tedaviye ilk 3 haftada başlanması önemlidir. Tedavide değişik ilaç seçenekleri ve kür sayıları bulunmaktadır. “Hastalara, patoloji raporlarındaki bilgiler doğrultusunda 4-8 kür kemoterapi uygulanır. Eğer koltukaltı lenflerinde hastalık varsa 6-8 kür, hastalık yoksa 4-6 kür uygulanır. Kemoterapi planlamasında ek sağlık sorunları önemlidir. Kalp hastalığı olanlarda kullanılan ilaçlar farklıdır, ek sorunu olmayanlarda kullanılan ilaçlar farklıdır.” Bu arada radyoterapinin 12 hafta içinde başlamasının lokal bölgesel kontrol üzerinde olumsuz etkisi bulunmadığını kemoterapi tamamlandıktan sonra radyoterapi başlanabilir. Hastadaki kesi sınırlarına bakıp tekrarlama riski yüksek olan hastalarda radyoterapi uygulamasının hastalara göre farklılık gösterdiğini radyoterapinin sistemik tedaviden önce yapılmasının özel durumlarda söz konusu olabilir.

METASTATİK (BAŞKA ORGANA YAYILMA) TEDAVİ NASIL YAPILABİLİR?

Hastaların ilk lokal ve sistemik tedavisi tamamlandıktan sonra belli aralıklarda kontrolleri yapılıyor. İlk 3 yıl 3-6 ayda bir, 3-5 yıl arası 6-12 ayda bir, 5 yıldan sonra da yılda bir kontroller gerçekleştirilir. Bu kontroller sırasında hastalık sonucunda ameliyat bölgesinde lokal yineleme var mı, başka bir organa yayılım var mı diye bakılır. Diğer memenin yıllık mamografik takipleri yapılır ve yılda bir jinekolojik muayene önerilir. Meme kanserinin en sık yayıldığı organlar, kemik, akciğer, karaciğer ve diğer dokular olarak bilinir. Son yıllarda özellikle sistemik kontrolün etkin olması nedeniyle beyne olan sıçramalarda giderek artış saptandığı bildiriliyor. Metastatik hastalıktaki tedavi yöntemleri, metastazın yerine göre cerrahi, radyoterapi ve sistemik tedavi ile yapılabilir. Sistemik tedavide hormonal tedavi ve kemoterapi uygulanabilir. “Eğer hastalık ilk tedavilerin tamamlanmasından sonraki ilk 1 yıl içinde tekrarlıyorsa, hayati organ tutulumları varsa, hormon reseptörleri negatifse, ciddi yakınmalar ortaya çıkmışsa öncelikle kemoterapi yapılır.” İlk 2 yıldan sonra nüksü olan, hormon reseptörleri müsbet olan, hayati organ tutulumu bulunmayan veya belirgin şikayeti olmayan hastalarda da hormonal tedavi kullanılabilir. “Metastatik tedavide amaç, yakınmaları

azaltıp yaşam süresini uzatmaktır. Yüksek doz kemoterapi standart bir uygulama değildir.” Metastatik tedavide belirtileri ortadan kaldıracı radyoterapi yapıldığını, bunun daha çok kemik ve beyin metastazında kullanıldığını, akciğer ve karaciğer metastazında radyoterapinin yeri olmadığını belirtilmektedir. Hastalarda sistemik metastazın yanısıra göğüs duvarı yinelemesi olabilir. “Bunların tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kullanılabilir. Radyoterapi daha önceden bu bölge ışınlanmadıysa kullanılır, radyoterapi verilmiş hastalarda bu bölgenin tedavisinde cerrahi ve kemoterapi öne çıkmaktadır. Omurga tutulumlarında, kalça kemiklerinin tutulumunda kemiğin vücudu taşıma gücü azalıyor, kırılmalar, omurgada çökmeler oluşuyor. Omurilik çökünce sinirlere bası oluyor ve felç gelişebiliyor. Bu durumda zayıflayan kemiklerde radyoterapi kemiklerin sağlamlaşmasını sağlıyor, ağrıları yüzde 70 oranında azalabilir.”

YAYILIM FAZLAYSA MEME ÇIKARILIR MI?

Lokal yineleme de önceden meme koruyucu cerrahi yapıldıysa, küçük boyutta tümör çıktıysa, memenin büyüklüğü de müsaitse yeniden tümör çıkarma yapılabilir. Ama tekrarlama yaygınsa, birçok odaktaysa, memenin tümünü ilgilendiriyorsa ”mastektomi” (memenin çıkarılması) ameliyatı uygulanabilir. Başka organlarda tutulum varsa, patolojik kırıklar oluşmuşsa hasta ortopedik yöntemlerle tedavi edilir.”Sadece karaciğer metastazı varsa belli bölgeyi ilgilendiriyorsa, hastanın genel koşulları uygunsa, başka hiçbir yerde tekrarlama yoksa bir bölümü çıkarılabilir. Akciğerde tek bir taneyse, başka hiçbir yerinde yoksa, belli bir bölgenin çıkarılması şeklinde yapılabilir. Burada amaç tümör yükünü azaltmaktır. Bunlar hastanın yaşam süresini uzatmaya yönelik değil, yaşam kalitesini artırıcı ameliyatlardır. Lokal tekrarlamanın tedavisi çoğunlukla mümkündür. Mastektomi yapılmış hastaların, göğüs duvarındaki tekrarlamalar cerrah açısından tedavisi en zor olan gruptur. Radyoterapist açısından da zor olan gruptur. Kemoterapi ilaçlarının etkisi lokal kontrol üzerinde tartışmalıdır.”

MEME KANSERİNDE YENİ TEDAVİLER NELERDİR?

Metastatik meme kanserinin tedavisinde çeşitli monoklonal antikorların etkinliği araştırılıyor. Tümör dokusunda c-erbB-2 kuvvetli pozitif bulunan hastalarda trastuzumab (herceptin) denilen “monoklonal antikor” tek başına veya kemoterapi ile birlikte kullanılır ve etkili olur. ”Herceptin’in erken evre meme kanserinde koruyucu tedavideki yeri araştırılmaktadır. Bekasizumab’ın kemoterapi ile kombine olarak metastatik hastalardaki etkinliği araştırılmaktadır. ”Hastaların koruyucu cerrahi sonrasında sadece tümör yatağını ışınlayarak tedavi edilip edilmeyeceğini araştırmakta, “Tümörün 3 santimetreden küçük olması, başka odak bulunmaması ve bazı patolojik özellikleri taşıması zorunluluğu vardır. Bu

çalışmaların erken sonuçlarında memedeki tekrarlamalarda, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sınırlı alan ışınlanması ümit vericidir.” Tümörün büyüklüğü, koltuk altı lenf bezlerinin sayısı ve büyüklüğü, uzak organ metastazının bulunup bulunmadığına göre tedavi yapılabilir. Hastalar tek tek değerlendirilip ortak bir karar verilmesi gerekir. Meme cerrahı, radyasyon onkolojisi ve medikal onkoloji uzmanının tedaviyi planlaması, bu planlamanın da kişiye özel yapılması büyük önem taşır. Çünkü her meme kanserli hasta aynı değildir ve geçerli tek bir standart tedavi modeli olmayabilir. Tamoksifen’in hastalık nüksünü ve yayılmasını önleyici etkisinin yanında diğer memede kanser oluşma riskini yarı yarıya azalttığını aromataz inhibitörlerinin de (anastrozol ve letrozol) benzer etkisinin olduğunu saptandığını ilaç önerisi yaparken yarar ve zararları çok iyi bilinmeli, önerilen hastalara, ilacın rahimde östrojen benzeri etkisi sonucu rahimdeki kanser riskini hafifçe artırabilir. Hem bu yan etki nedeniyle, hem de meme kanserli hastalarda rahim ve yumurtalık kanserleri görülme olasılığının meme kanseri olmayanlara göre daha fazla olması nedeniyle tüm hastalara en az yılda bir kez kadın doğum muayenesi yaptırılmalıdır. Beklenmedik bir kanama olması halinde, yıllık kontrolü beklemeden muayene olmaları aromataz inhibitörlerinde bu yan etki daha az olması umut vericidir.

RADYOTERAPİ SIRASINDA HASTA AĞRI HİSSEDER Mİ?

Radyoterapi sırasında hastaların vücuduna çeşitli kaynaklardan elektro manyetik radyasyon gönderilir. Işın tedavisi alırken hastalar tıpkı güneş banyosundaki gibi ağrı hissetmiyorlar, vücutlarında herhangi bir değişiklik olmuyor. “Hastaların vücuduna tedavi alanları özel odalarda, özel cihazlarla çizim yoluyla işaretlenir. Tedavi cihazına yatan hasta belli pozisyonlarını korur. Ancak ışının etkisi aynen güneş banyosunda olduğu gibi geçen kısa sürede ortaya çıkar, hastanın derisi esmerleşir, kıl dipleri daha koyu renk alır. Bazı bölgelerde tedavinin sonlarına doğru kızarmalar, su toplamaları olabilir. Hekimin vereceği ilaçlarla bu bulgular hafifler. Hekim hastasını bu arada görür.” Hastaların tedaviden çıktıktan sonra da şikayetlerinin olmayacağını ve günlük yaşamlarına aynı şekilde devam edebilecekleri söylenebilir. “Halsizlik, uyku hali olabilir, ancak bu şikayetler genel değildir. Kişi sosyal hayatını sürdürebilir. Saç değişikliği ya da vücuttaki diğer bölgelerde değişiklik olmaz. Kalp, akciğer dozları risklerin altında tutulur. Tüm bunların yanı sıra;

“meme cerrahı, medikal onkolog ve radyasyon onkoloğu kendi branşlarının yan etkilerini bilip belli aralıklarla hastalarını görmelidir”

Kemoterapi sırasında bulantı, kusma, iştahsızlık, halsizlik, saç dökülmesi gibi yan etkilerinin yanı sıra sistemik yan etkiler de ortaya çıkabilir.

”Sistemik tedavi planlaması mutlaka medikal onkolog tarafından yapılmalıdır.”

KANSER TEDAVİSİNDE HALK İLACINDAN UZAK DURUN LÜTFEN!

Son yıllarda gerek Avrupa, gerek Amerika'da gerekse ülkemizde kanser hastalığının tedavisinde "halk ilaçları" olarak bilinen bazı bitkiler, bitki karışımları sıkça gündeme gelmeye başladı.

Isırgan otu, tohumu, çayı, ginseng gibi bitkilerin kanser tedavisinde kullanılmasının hiçbir şekilde standart tedavinin yerini almayacağını "tüm bunlar meme cerrahinin, kemoterapinin ve radyoterapinin yerini alamaz. Hiçbir şekilde hastalığın gidişatı üzerinde olumlu bir etkilerinin olduğu gösterilememiştir." Bu maddelerin alınmasının sadece ruhsal yönden destek sağladığının düşünüldüğünü ancak bunları kullanarak hastalara umut verilmesi ciddi bir hata olur. Zakkum, ısırgan otu sık sık kanser tedavisinde gündeme gelmektedir. Bunlar veya diğer maddelerin kullanılması, hiçbir zaman standart tedavilerin yerini asla almamalı, hastalar bu konuda cesaretlendirilmemelidir. Radyoterapi sonrasında ortaya çıkacak bazı reaksiyonların bireysel olup, bu etkiler bazı hastalarda ortaya çıkıp bazılarında hiç ortaya çıkmayabilir, "Hastaların hekimin vermediği hiçbir ilacı veya maddeyi kullanmaması gerekiyor. Aksi takdirde hiç umulmayan reaksiyonlar olabilir." Kemoterapi sırasında halk ilaçlarının kullanılmaması gerekir. Bu maddeler, bizim verdiğimiz ilaçların etkisini azaltıp, yan etkileri arttırabilir. Hastaların özellikle tedavi uygulamaları sırasında bu tip ek maddeleri kesinlikle almamaları gerekir. Kanser hastalarına bitkisel karışımlar içeren tedaviler vermeyi düşünenlerin doktor olsalar da olmasalar da medyaya çıkmamaları gerekir. "Reklamın iyisi kötüsü olmaz. Tüm dünyada böyle bir eğilim yaygınlaşıyor. Amerika'da yapılan bir çalışmada, kanser tedavisinde bildiğimiz yöntemlere harcanan paradan fazlasının alternatif yöntemlere harcandığı bildiriliyor. Artık tıp kongrelerinde bu yöntemlerle ilgili oturum düzenleniyor. Araştırma kurumları, üniversiteler bunlara çok para harcıyor." Dünya ilaç pazarının toplam büyüklüğünün 300 milyar dolar olduğunu, ilaç şirketlerinin 30-40 milyar doları her yıl araştırma ve geliştirme çalışmalarına harcadıklarını, paranın 10 milyar dolardan fazlası kanser ilacı geliştirmek için harcanıyor. Çok iyi bir kanser ilacının yıllık cirosu 1 milyar dolar. Isırgan otu tabletleri satılıyor bunlar ilaç molekülü olarak bile değerlendirilemez, çünkü molekül değil. Üzerinde ilaç değildir yazıyor.

"Sağlıklı ve mutlu günler dileriz"

iletişim:

Tel: (0224) 2952100

web: www.uludaggenelcerrahi.com; www.uludag.edu.tr