

MEME HASTALIKLARINDA CERRAHİ TEDAVİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

MEME ANATOMİSİ-FİZYOLOJİSİ

Pektoral kasın üst ve orta bölümünün üzerine oturur, yukarıda klavikula, aşağıda 7. kosta, yanlarda latissimus dorsi kası ile komşudur

Meme parankimi kuyruk şeklinde aksillanın içine uzanır

Meme dokusu için askı görevi yapan fibröz banda COOPER ligamanı denir

Meme; tübüloalveolar tipte bir bez olup 10-15 lobtan oluşmuştur

Her meme lobu 20-40 lobulardan oluşmuş olup, her lobül içerisinde 10-100 arasında asinus bulunur

Asinuslar birleşerek terminal duktusa açılırlar

Ortalama bir meme laktasyon dışında 150-400 g ağırlığında, 10-12 cm çapındadır.

Meme dokusu üç temel yapıdan oluşur: cilt, cilt altı yağ dokusu ve meme dokusu (parankim ve stroma)

Meme, üst dış ucunda, m. pectoralis major kasının alt kenarı boyunca koltuk altına doğru uzanır

Bu uzantı bazen ele gelen, hatta gözle görülebilen bir kitle oluşturabilir.

Meme dokusunun ana kitlesi genellikle üst yarıda ve daha çok dış kadranda yerleşmiştir. Bu nedenle lezyonlar daha sık üst dış kadranda görülür

Memenin yaklaşık dörtte üçü m. pectoralis major üzerinde bulunur.

Cooper ligamentleri meme parankimini saran, yönleri cilde dik olan ve meme dokusunu septalara ayıran fibröz bantlardır (ligamanlardır).

Cooper ligamanlarının malign tümörlerle infiltre olması sonucu yada herhangi bir nedenle gelişen fibrozis nedeniyle kısalması ile deride karakteristik içeri çekilmeye neden olur (Portakal kabuğu görünümü-Peau D'orange).

Kanserin sekonder işaretlerinden olan ciltte retraksiyonun nedeni budur.

Kansere yanıt olarak gelişen bu reaksiyon komşu duktusların duvarlarını da kalınlaştırır. Bunların mammogramlarda belirginleşmesine, kısaltmalarıyla da meme başı çekintisi oluşmasına neden olur.

Meme dokusu normalde bilateral ve simetriktir. Simetrinin bozulması meme kanserinin işareti olabilir.

Lenf Drenajı

Memenin lenfatik drenajı başlıca 3 yoldan olur

1. Aksiller lenf nodları,

meme lenf akımının % 75-97'si aksiller lenf nodlarına olmaktadır.

2. Parasternal (mammaria interna) lenf nodları, memenin toplam lenfatik akımının % 3-25 'ini alır.

3. Posterior interkostal lenf düğümleri

Meme glandı süt üretimi gibi özel bir görevi olan modifiye apokrin bir bezdir

Memenin şekil, büyüklük ve durumu kadının hayatı boyunca sürekli bir değişim içerisinde.

Meme genellikle hiç doğurmamış kadınlarda koniktir

Doğurmuş kadınlarda ve yaş ilerledikçe, belirgin yağlanma yoksa gevşer, daha sarkık bir biçim alır.

Puberteden sonra her bir menstruel siklusta, gebelikte ve laktasyonda deęişiklikler olur ve son olarak menapozda memelerde involüsyon (gerileme), atrofi izlenir.

Adet döneminde ödemli

Gebelik ve laktasyonda meme büyür, damarlar artar, areola ve meme rengi koyulaşır, yağ ve bağ doku azalır

Hormonal etki

Pubertede hipofizer FSH ve LH overlerden östrojen salgılanmasını uyarır.

Östrojen uyarısı ile memeler büyür ve olgunlaşır.

Erken adolesan dönemde overlerin östrojen sentezi progesteron sentezinden fazladır.

Gelişmekte olan memeye östrojenin etkisi ; longitudinal duktal büyümeyi ve terminal duktül tomurcuklarının oluşumunu stimüle etmektedir.

Periduktal bağ dokusu ve yağ depolanması artar.

Erişkin memesinde progesterona yanıt olarak lobüllerin oluşumu ile karakterize olan glandüler gelişimin ikinci evresi oluşur

Prolaktin ve Oksitosin Hormonları

Bu iki hormon süt üretiminde ve üretilen sütün süt kanallarında ilerlemesinde önemli görevler üstlenir.

Bebek meme başını emdikçe annenin hipofiz bezinden "prolaktin hormonu" salgısı artar. Prolaktin, meme dokusuna geçerek süt yapıcı hücrelerin süt yapımını başlatmasını sağlar.

Bebeğin emmesi prolaktin salgısını artırması yanında hipofiz bezinden kana "oksitosin hormonu" salgılanmasını da artırır. Hatta yalnızca bebeğin hayal edilmesi veya ağladığının duyulması bile aynı etkiyi yaratabilir.

Oksitosin hormonu süt üreten hücrelerin etrafında bulunan kas dokusunu harekete geçirerek bunların kasılmasını ve sütün kanallarda ilerlemesini sağlar.

Ayrıca oksitosin hormonunun kanalları genişletici etkisi sütün kanallarda ilerlemesini daha da kolaylaştırır.

Mamografi

Mamografi, memenin röntgen ışınları (X ışınları) ile incelenmesidir.

Memenin yumuşak dokusunu ve patolojik değişikliklerini yansıtan primer görüntüleme yöntemidir.

Mamografi Tarama Testi Programları;

35-40 yaş arasında temel bir mammografi

40-49 yaş 2 yılda bir mammografi

50 yaş sonrası her yıl mammografi şeklindedir.

PET - BT pozitron emisyon tomografi

Organ ve dokuların fonksiyon ve metabolizmalarındaki değişiklikleri anatomik detaylarla birlikte gösteren bir Nükleer Tıp görüntüleme tekniğidir.

Meme Ultrasonografisi

Memede tespit edilmiş kitlenin yapısını ortaya koymada kullanılan yararlı bir yöntemdir.

Mamografinin yetersiz veya şüpheli olduğu durumlarda, meme ultrasonu ilave bir tetkik olarak hekim tarafından istenebilir.

Kolay uygulanır. İstenen sıklıkta uygulanabilir.

Duktal yapılar daha kolay ortaya konabilir

USG eşliğinde ince iğne aspirasyon sitolojisi yapılabilir

BiOPSi

Kapalı

- * İnce İğne Aspirasyon
- * True-Cut İğne Biopsisi

Açık

- *İnsizyonal Biopsi
- *Eksizyonal Biopsi

KONJENİTAL ANOMALİLER

POLİTELİ (Polythlia) : (aksesuar meme başları) Meme ucunun çok sayıda olmasıdır. Sık rastlanılır. Nüfusun % 1-2 lik kısmında görülür. Sıklıkla küçük kabarık pigmente nevüsler şeklindedir.

POLİMASTİ (Polymastia) : (aksesuar memeler) Daha az görülür. Fakat aksesuar memeler tam boyutlara ulaşabilirler , hatta süt verebilirler

AMASTİ (Amastia) : Meme dokusunun olmamasıdır. Karşı meme tam olarak geliştikten sonra mamoplasti yapılmalıdır

AMAZİ: memenin parankiminin yokluğu gelişimsel meme anomalileridir

BENİGN HASTALIKLAR

PUBERTOKS PREKOKS: Adrenal korteks veya over tümörlerine bağlı püberte öncesi meme hipertrofisi

JİNEKOMASTİ: Erkeklerde meme dokusunun büyümesidir

MAKROPLASTİ VE JUVENİL HİPERTROFİ: Adolesan kızlardaki memelerin aşırı büyümesidir.

MASTİT ve MEME ABSELERİ

Travma ve laktasyonda enfeksiyonlar görülür. Stafilokok Aureus en sık görülen mikroorganizmalardır

Sıklıkla emzirme döneminde görülmekle beraber menopoz dönemindeki kadınlarda da görülebilir.

Genel olarak meme uçlarında oluşan küçük çatlaklardan mikroorganizmaların girmesiyle oluşur

Mastitler; memede ağrı, ateş ve tek taraflı akıntı ile karakterizedir. Enfeksiyona ait klinik ve laboratuvar bulguları ile tanı konulabilir.

Tedavi için kültür alınarak uygun antibiyotik ve antiinflamatuar ilaçlar verilir.

Mastitler daha da ilerleyerek meme dokusu içinde abse haline gelebilir

Meme abselerinde antibiyotik tedavisine ek olarak bu abselerin küçük bir cerrahi girişimle boşaltılarak drene edilmesi gereklidir.

MASTALJİ

Mastalji, meme ağrısına verilen genel isimdir. Kadınlarda oldukça sık görülen bir şikayettir. Genellikle ağrıya neden olabilecek bir lezyon saptanamaz.

Genellikle meme ağrıları adet dönemleri ile ilgilidir ve adet öncesi dönemde tekrarlar.

Özellikle Premenstrüel Sendrom'da adet öncesi dönemde sık olarak memelerde ağrı (mastalji), hassasiyet ve gerginlik hissi şikayetleri olabilmektedir.

Uygun sütyen kullanımı, adet öncesi dönemde tuz, çay ve kahve tüketiminin önlenmesi şikayetleri çoğunlukla azaltacaktır.

Ağrının devam ettiği durumlarda uygun bir ağrı kesici ile şikayetler ortadan kaldırılabılır.

MEME KİSTLERİ

Memede görülen kitlelerin birinci nedeni meme kistleridir.

Bu kistler üreme çağında sık görülür ve genellikle iki taraflıdır.

Çoğunlukla yakınma yapmayıp muayene, mamografi ve meme ultrasonu gibi rutin taramalar sırasında saptanırlar

MEMENİN FİBROKİSTİK DEĞİŞİKLİKLERİ

Fibrokistik Hastalık

Fibrokistik hastalık, memede fibrokistik değişikliklerle giden ve üreme çağındaki bir çok kadında izlenen bir durumdur

Fibrokistik hastalıkta en sık karşılaşılan yakınma genellikle her iki memede görülen ele gelen kitle ve ağrıdır.

Her iki memede birden görülüp adet periyotlarında ağrıya neden olması ile olası kanserden klinik yönden ayrılır.

Fibrokistik hastalığın kesin tanısı meme biyopsisi ile konur.

İnce iğne aspirasyon biyopsisi en kolay ve en ucuz yöntemdir.

İğne ile kist içine girilip aspire edilir ve tetkik için patolojiye gönderilir. Eğer kitle ise küçük bir parça aspire edilir ve patolojik incelemeye gönderilir.

Kist aspire edildikten sonra hala ele kitle geliyorsa cerrahi yöntem ile kitle çıkartılmalıdır

Memenin Fibroadenomu

Genç yaşlarda izlenen memenin benign bir tümörüdür.

Sıklıkla bir yakınmaya neden olmadan meme muayenesi sırasında saptanır.

Fibroadenomların nedeni bilinmemektedir.

Fibroadenomlar genellikle 2-3 cm boyuta ulaştıklarında büyümeleri kendiliğinden durur.

Muayenede fibroadenomlar 2-3 cm çapında ,sınırları iyi tespit edilebilen, yuvarlak ,düzgün sınırlı, hareketli ve çoğu ağrısızdırlar.

Tedavisi cerrahidir. Kitle lokal anestezi altında çevresindeki bir miktar normal meme dokusu ile birlikte çıkarılır.

Tamamı çıkarılan fibroadenomlar nüks etmezler.

Kendiliğinden kaybolabilirler

35 yaşından önce izlenir, 35 yaşından sonra eksize edilir

Memede Paget Hastalığı

Meme başında görülen oldukça nadir bir meme kanseri tipidir.

Süt kanallarından başlar ve meme başına ve areolaya yayılır

Meme başında hassasiyet, kaşınma, yanma ve aralıklı kanlı meme başı akıntısı gibi şikayetler görülebilir.

Deride kabuklanma ve akıntı olabilir. Bu görüntüsü nedeniyle egzema ile karıştırılabilir.

Ayrırcı tanı için biyopsi yapılması gerekir.

Hastaların yaklaşık 1/3 – 1/4'ünde tanı anında koltuk altı lenf bezlerinde yayılım söz konusudur. Ancak hastaların şikayetleri nedeniyle sıklıkla erken dönemde tanı konduğu için tedavi başarısı da yüksektir.

Çoğu zaman meme başını almak zorunlu olduğu için genellikle meme koruyucu cerrahi yerine mastektomi ve uygun hastalarda rekonstrüksiyon ile tedavi edilir.

Tedavi sonrası prognozu iyidir.

Galaktore Ve Hiperprolaktinemi

Her iki memeden gebelik ve emzirme dönemleri dışında, spontan olarak sütlü akıntı gelmesi "galaktore" olarak adlandırılır.

Farmakolojik (ilaçlara bağlı) nedenler: Bu ilaçlar arasında en sıklıkla mide ülseri ilaçları, doğum kontrol hapları, antiemetikler (bulantı gidericiler) ve antidepresanlar sayılabilir. Ayrıca kronik morfin kullananlarda da bu durum görülebilir.

Hipofiz Adenomları ve hiperprolaktinemi: Gebelik ve emzirme harici dönemlerde "hiperprolaktinemi" yani kanda prolaktin yüksekliği ile giden durumlarda memelerden süt gelmesi şikayeti gelişebilir.

Bu durumda beyindeki hipofiz bezinden süt salgılamasını uyaran "prolaktin hormonu" kontrolsüz olarak salgılanmaktadır. Bu salgının sebebi ise hipofizdeki "adenom" olabilir.

MEMENİN KANLI AKINTILARI

Kanlı meme başı akıntıları, meme ile ilgili bazı problemler sonucunda gelişebilir. Bunlar sıklıkla:

Intraduktal papillom (%48.1)

Fibrokistik değişiklik (%32.9)

Kanser (%14.3)

Duktal ektazi (kanallarda genişleme) (%4.8) dir.

Intraduktal papillomlar

Genellikle 20-40 yaşlarında görülürler.

Çoğunlukla meme başına yakın bir kist ya da genişlemiş bir kanal içinde gelişen genellikle 1 cm' den küçük lezyonlardır.

Fizik muayene ile akıntının geldiği kanal (duktus) saptanmaya çalışılır. Tanıda mamografi yalnız başına yetersizdir. meme ultrasonu da son derecede önemli diğer tanısal metodlardır.

Duktografi (kanallardan ilaç verilerek görüntüleme) intraduktal papillom tanısında yardımcı olabilir

Ele gelen tüm meme kitlelerinde "ince iğne aspirasyon biyopsisi" gereklidir. Bu şekilde histolojik olarak kesin tanı konulabilir.

Duktal Ektazi (Meme kanallarının genişlemesi)

Bu gruptaki akıntılar farklı renklerde, kendiliğinden, yapışkanimsi ve iki taraflıdır.

Çocuk doğurmuş, meme başı uyarımı olan, 35-55 yaşları arasındaki kadınlarda daha sıklıkla görülür.

Akıntı sıklıkla farklı renklerde karşımıza çıkarken genellikle yeşil hakimdir. Sırasıyla sarı, beyaz, kahverengi-gri ve kırmızımsı kahverengi olabilir.

MEME KANSERİ

Kadınlarda en sık görülen kanser türü ve ölüm sebebidir

<25 yaş nadir olup yaşla birlikte artış gösterir

En fazla 55-64 yaşları arasında ölüme neden olmaktadır

Gençlerde en sık fibroadenom, <60 yaşta ise %90 kanserdir

Erkeklerde görülme sıklığı kadınlardakinin %1'i kadardır

Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri

1-Yaş

Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artmaktadır. Meme kanseri 20 yaşın altında pek görülmez. Hastaların çoğunluğu 50 yaşın üzerindedir.

2-Cinsiyet

Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda %1 kadarı da erkeklerde görülür. Sadece kadınlara özgü bir kanser değildir.

3-Aile öyküsünün olması

Kişinin yakın akrabalarında (anne, kız kardeş teyze gibi) meme kanseri varsa risk iki misli artmaktadır.

Meme kanserlerinin %5-10 kadarının genetik olduğu ispatlanmıştır.

BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde ve P53 geninde mutasyon olması meme kanseri riskini artırmaktadır

Meme kanseri ile ilişkili olan BRCA1 ve BRCA2 genlerini taşıyan bir kişinin 70 yaşına kadar meme kanserine yakalanma riski %55 civarındadır

4-Diğer memede kanser varsa

Bir memesinde kanser gelişen kişinin diğer memesinde kanser çıkma riski diğer kadınlardan çok daha fazladır. İkinci bir meme kanseri gelişme riski %25-30 civarındadır.

5-Erken adet görme ve geç menapoz

İlk adet yaşı 12 den küçük ve menapoz yaşı 50 den büyük olan kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır.

6-Doğum öyküsü

Hiç doğum yapmamış kadınlar meme kanseri açısından riskli gruba girerler. İlk doğum yaşı 30 ve üzerinde olan kadınlarda meme kanseri riski ilk doğum yaşı 20 olan kadınlara göre 4 kat daha fazladır

7-İrk

Beyaz ırka ait kadınlarda meme kanseri siyah ırka mensup olanlardan daha fazladır.

Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri

1-Alkol

Günde iki bardak ve daha fazla alkol alınması durumunda risk artmaktadır.

2-Yağlı diyet ve şişmanlık

Özellikle hayvansal yağlardan zengin bir diyetle beslenmenin meme kanseri riskini artırdığı saptanmıştır.

3-Radyasyon

30 yaşın altında radyasyona ve elektromanyetik alanlara maruz kalma riski artırır.

MEME KANSERİNİN BELİRTİ VE BULGULARI

İlk bulgu olguların %70'inde sert, hareketsiz, çoğunlukla ağrısız kitledir.

Memede asimetri

Deride retraksiyon

Deride portakal kabuğu görünümü

Meme başı retraksiyonu

Meme başı akıntısı: Spontan, tek taraflı, kanlı olabilir.

Meme başında ülserasyon

Memede büyüme, kızarma, ödem (inflamatuar ca.bulguları)

Koltukaltı lenf bezlerinde büyüme.

Memede Kitle

Meme kanserli hastaların %70 kadarında ilk ve önemli bulgu bir kitlenin varlığıdır.

En fazla memenin üst dış kadranda ele gelir, kitlenin sınırları genelde iyi tespit edilemez üzeri kaba yada pürtüklü olabilir.

Kansere ait kitlelerin %90'ı ağrısızdır ve geç dönemde ortaya çıkar.

Meme Başı Akıntısı

Ağrı

Meme kanserli hastaların büyük çoğunluğuunda başlangıçta ağrı olmaz. Ağrı daha çok geç dönemde ortaya çıkar.

Meme Ucunun İçe Çekilmesi: Genelde meme başına yakın yerleşen kanserlerde görülen bir bulgudur.

Lenfödem

Kanser hücrelerinin memedeki lenf damarlarını tıkaması sonucunda oluşur.

Lenf akımı yavaşlayınca deri kalınlaşır ve kıl folikülleri içeri çekilir; bu durum derinin portakal kabuğu gibi görünmesine (peau d'orange belirtisi) neden olur.

Meme Başı ve Etrafındaki Deride Eritem ve Ülserasyon

Lenfatiklerin tıkanması ile derinin beslenmesi bozulur ve deride eritem (kızarıklık) oluşur.

Meme başları tahrişe açık olduğundan buna benzer lezyonlar sık görülür. Tahrişe bağlı lezyonlar genelde 1-2 haftalık uygun pomadlarla düzelirken kansere ait lezyonlar düzelmez, bu durumda mutlaka doktora başvurulmalıdır.

Koltuk Altı Lenf Bezlerinde Büyüme

Tümörün lenf kanallarından ilerleyip koltuk altındaki lenf bezlerine yayılması sonucu oluşur.

Forgue Belirtisi : (Meme başı retraksiyonu)Meme başının kitleye doğru çekilmesine bağlı olarak, önden bakıldığında, hasta meme başının daha yüksekte olması durumudur .

Tillaux Belirtisi : Tümör hücrelerinin göğüs duvarına kadar ilerlemesiyle memenin hareket yeteneğini kaybetmesine Tillaux belirtisi denir

Meme kanserinde yerleşim ve yayılım

%50 üst dış kadranda

Kan ve lenf yoluyla yayılım

Metastaz yaptığı organlar: kemik, akciğer, karaciğer, plevra, böbreküstü bezler, deri, beyin

MEME KANSERİNİN TİPLERİ

Meme iki ana yapıdan oluştuğundan meme kanserinin 2 tipi vardır:

1-Süt salgılayan kısımdan gelişen Lobuler kanser.

2-Süt kanallarından gelişen Duktal kanser

En yaygın görülen meme kanser tipi Duktal Kanserdir ve tüm meme kanserlerinin %75' ini oluşturur.

MEME KANSERİNDEN KORUNMA

Meme kanserinden korunmada en önemli nokta kişinin kendi risklerini bilmesi ve bu riskleri azaltacak tedbirleri almasıdır.

Genç yaşta (20-30 yaş) sağlıklı doğum yapmak ve doğan çocuğu emzirmek,

Aşırı yağlı diyetle beslenmemek ve özellikle menapozdan sonra aşırı kilo alınmaması,

Alkol alınmaması,

Yeterli fizik egzersizin yapılması.

Bu kurallara tamamen uyulması hiçbir zaman meme kanserinin oluşmayacağını garanti etmediğinden düzenli kontrol ve tetkiklerin yapılması şarttır.

MEME KANSERİNDE ERKEN TANI

Anamnez

Fizik Muayene

İnspeksiyon

Palpasyon

Tanıya Yardımcı Testler

Mamografi

Biyopsi

Kendi kendine meme muayenesi(KKMM): Memedeki lezyonun erken dönemde bulunması açısından her ay düzenli olarak kişi tarafından yapılmalıdır

TANI

Mamografi: Diagnostik ve izlemde en önemli yöntem.

Eksizyonel biopsi

Lab.tetkikleri: -Tam kan sayımı, biokimyası

- Tm.belirteçleri (CA-15)
- Histopatolojik belirteçler

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM)- (BREAST SELF-EXAMINATION-BSE)

20 yaşından sonra her kadın kendi kendine meme muayenesine mutlaka başlamalıdır.

KKMM için en uygun zaman menstrasyon bitimidir.

Menapoza girmiş olan kadınlarda ise her ayın aynı günüdür.

Her ay yapılan KKMM ile kişi memesinin doğal yapısını daha iyi tanıy ve memede gelişecek olağan dışı bir gelişmeyi kolayca ayırt edebilir.

AMAÇ;

Kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanımasıdır ve değişiklikleri fark edebilmesidir.

Öğretilmesi kolay, zararsız ve ücretsizdir.

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ NASIL YAPILIR?

Bu işlem;

1. Ayakta
2. Yatarak yada
3. Duş altında yapılabilir.

Bu muayene sırasında;

- Olağan dışı şişlik sertlik yada kitle
- Her iki memenin şekil ve büyüklüğünde farklılık
- Memede asimetri
- Meme üzerindeki venlerde belirginleşme
- Meme başında içe çekilme
- Meme derisi üzerinde içe çekilme gibi çukurlaşmalar
- Meme başında kabuklanma pullanma gibi değişikliklerden en az birisi tespit edildiğinde vakit kaybedilmeden dr.'a başvurulmalıdır.

Memelerin büyüklüğüne simetrisine, meme başlarına ve koltuk altlarına bakılır.

Sonra sağ meme için sol, sol meme için sağ elin üç orta parmağının iç kısımları ile saat yönünde dairesel hareketler çizerek memenin tamamı ve koltuk altları muayene edilir.

ELLE MUAYENE ŞEKİLLERİ

Paralel: Meme hem dikey olarak, hem de yatay olarak muayene edilir.

Dairesel (sirküler): Parmaklar hem kendi etrafında, hem de meme etrafında daireler çizerek hareket ettirilir. Hareket ettirirken memenizden kaldırmayın, bu şekilde tüm memeyi kontrol edin.

Işınsal (Tekerlek): Meme başından dışarı ve/veya meme başına doğru tüm memeyi ışınsal olarak tarama.

Ayakta muayene için;

Belden yukarısı soyunuk olarak kollar iki yanda serbest halde iken bir ayna karşısına geçilir.

Kollar baş seviyesi üzerinde iken,

Eller kalçalarda ve hafifçe bastırırken

YATARAK ELLE MUAYENE

Meme dokusunun tümüyle taranması,

MEME KANSERİNİN EVRELERİ

Evre I : Tümörün çapı 5 cm'den küçüktür. Aksilla lenf metastazı yoktur.

Evre II : Tümörün çapı 5 cm'den küçüktür. Aksilla lenf metastazı vardır. Fakat lenf nodülü mobildir.

Evre III : Tümörün çapı herhangi bir büyüklükte

Aksilla lenf nodülü ve deri fiksasyonu olabilir yada olmayabilir, fakat uzak metastaz yoktur.

Evre IV : Evre III'den farkı uzak metastazların (akciğer, karaciğer vb.) olmasıdır. Diğer bulgular aynıdır

MEME KANSERİNDE TEDAVİ

Cerrahi

- Meme Koruyucu Cerrahi

- Mastektomi

Kemoterapi

Radyoterapi

Hormonal Tedavi

İmmunoterapi

Meme kanserinde uygulanan tedavi yöntemleri

Kuadrenektomi: Lezyonun bulunduğu kadranın çıkarılması ve koltuk altı diseksiyonu

Lumpektomi: Yalnızca tümörün çıkarılması.

Parsiyel mastektomi: Tümörün ve tümörü çevreleyen yaklaşık 2 cm kadar sağlam dokunun çıkarılması.

Süperfisiyel mastektomi: Meme dokusunun çıkarılıp, meme derisi ve meme başının yerinde bırakılması.

Basit mastektomi: Memenin tümü ile birlikte aşağı aksilla lenf nodüllerinin çıkarılması.

Modifiye radikal mastektomi: Meme ve meme dokusunun ilişkili olduğu aksilla lenf nodüllerinin tümünün total olarak çıkarılması

Radikal mastektomi: Memenin tümü ile komşu lenf nodülleri, pektoralis majör ve minör kasların birlikte çıkarılması

MASTEKTOMİ SONRASI BAKIM

Kanama ve şok belirtileri gözlenir.

Yaşam bulguları kaydedilir.(ANT)

Hasta genellikle semi-fowler pozisyonunda tutulur.

Ağrısı giderilir.

Yara bakımı yapılır. (hemovak dren kullanılmış ise drenajın tam işlerliği sağlanması için, hastanın giysileri ve yatağı sık kontrol edilir. Eğer dolmuş ise kaydedilerek boşaltılır

Ameliyatlı kolun dolaşımı ve nabızı kontrol edilir. Parmak hareketleri, uyuşukluk ve ödem belirtileri gözlenir

Ameliyatlı koldan enjeksiyon, aşı, kan testleri ve kan basıncı ölçümleri yapılmamalıdır.

Derin nefes alıp vermesi ve öksürmesi için cesaretlendirilip yardım edilir.

yara iyileşmesi ve drenlere ilişkin sorunlar;

-ağrı,

-lenfödem

-ameliyat olan taraftaki kola ilişkin komplikasyonlar

-ameliyat sonrası dönemde en sık gelişen fizyolojik sorunlardır

Hastaların bir çoğu ameliyat sonrası kemoterapi, radyoterapi yada hormon tedavisi almak zorunda kalmaktadır.

Bu tedavilerin yan etkilerinin olması, hastalığın klinik seyrinin belirsizliği ve tedavinin tam olarak garanti edilememesi hastada endişe uyandırmaktadır.

Mastektomi beden imajının bozulmasına,

cinsel yaşamda sorunların ortaya çıkmasına ve

sosyal izolasyon gelişmesine neden olmaktadır.

Bu nedenle

hastaların stres ve anksiyete düzeyleri artmakta,

ileri dönemlerde ciddi depresyon bulguları yaşamaktadırlar

Mastektomi sonrası hastaların

fiziksel,

psikolojik ve

sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olabilmesi için;

klınık hemşireleri tarafından hazırlanan kapsamlı bir taburculuk eğitimi hastalara verilmelidir.

Bu amaçla hastalara verilecek eğitim;

hastanın ve ailesinin bu süreçte gelişen fizyolojik ve psikososyal sorunlarla daha kolay baş etmelerini sağlamaktadır

Eğitim verilmesi gereken konular

Kol egzersizleri

Ağrının azaltılması

Lenfödemin engellenmesi

Enfeksiyonun engellenmesi

Yaranın izlenmesi

Ameliyat sonrası kanser tedavisi

Kendi kendine meme muayenesi

Omuz ve Kol Egzersizleri

Egzersiz programını; cerrah, hemşire ve fizyoterapist birlikte belirlemeli ve izlemelidirler.

Egzersizlere ne zaman başlanacağına ve hangi egzersizin ne zaman yapılacağına karar vermek önemlidir.

Çünkü omuz hareketlerine erken başlanması aksiler drenajı artırabilir ve yara iyileşmesini geciktirebilir.

Geç kalındığında ise kas kısaltmaları ve kontraktürler oluşabilir

İlk 24 saat kolun pozisyonu korunur ve kol kullanılmaz

Egzersizlere ameliyattan 1 gün sonra başlanması ve bunların belirli bir plan kapsamında sürdürülmesi gerekir

Drenaj miktarının ve seroma oluşumunun artmaması için drenler çekilinceye kadar sadece parmaklar, el bileği ve dirseğe yönelik egzersizler yaptırılmalıdır

1. günden itibaren elde top sıkma, parmak, bilek hareketleri (yumruk yapıp açma veya el bileğini fleksiyona ve ekstansiyona getirme şeklindeki hareketler) birkaç kez/saat yaptırılarak el egzersizlerine başlanır

2. günden itibaren dirsek hareketleri başlanır

Drenler çekildikten sonra zamanla omuz eklemi her yönde hareket ettiren; kol, göğüs ve sırt kaslarını çalıştıran egzersizlere geçilir. (cerrah, hemşire ve fizyoterapist'in uygun gördüğü zamanda)

Lenfatik akımı hızlandıran bu egzersizler yavaş yavaş arttırılarak yaptırılır ve birkaç kez/gün tekrarlanması yararlı olur.

Mastektomi sonrası özel egzersizler

-Duvara tırmanma egzersizi

-İp çevirme egzersizi

-Makara egzersizi

-Çubuk egzersizi

-Saç tarama

Ağrının azaltılması

Kolda lenfödem ve enfeksiyon gelişiminin engellenmesi ve Hemşirelik Bakımı

Lenfödem, lenfatik akımın tümör, fibrozis ya da inflamasyon nedeniyle kesilmesi veya tıkanması sonucu proteinden zengin sıvının yumuşak doku içinde birikmesidir

Kronik, tedavisi zor bir durumdur ve ekstremitede şişlik, ağırlık, sıklık hissi ve ağrı oluşturur

Cilt bakımı son derece önemlidir. Cilt temiz tutulmalı ve iyice kurulanmalı, kimyasal maddeler içermeyen nemlendiriciler kullanılmalıdır.

Kesik, kedi-köpek tırmalaması, darbeler enfeksiyona ve lenf yollarının hasarına yol açacağından kaçınılması gereken durumlardır.

Lenfödemli hastalar sıcak su, kaplıca suyu, güneşlenmekten uzak durmaya, aksine ödemli kolu soğuk tutmaya özen göstermelidirler

Tekrarlanan, yorucu hareketlerden kaçınılmalıdır.

Aşırı kilo, dengesiz beslenme, yetersiz veya aşırı egzersiz, uzun süre ısıya maruz kalması, yolculuk, ağır şeyler taşıma etkilenen kolun sıkılması (örn: tansiyon ölçülmesi, sıkı saat, sıkı kıyafetler) lenfödem tetikler ve artırır.

Etkilenmiş kola manikür ve enjeksiyon yaptırılmamalıdır

Mutfakta veya bahçede iş yaparken kesiklerden korunmak için mutlaka eldiven giyilmelidir

En ideal sporlar yüzme ve yürüyüştür.

Sütyen, çamaşır, diğer giysiler ve takılar sıkı olmamalıdır. Bu giysilerin ciltte oluşturduğu kızarıklıklar lenf dolaşımının engellendiği anlamına gelmektedir.

Etkilenmiş koldan tansiyon ölçülmemelidir.,

Ameliyatlardan kan alınmamalıdır, kan verilmemelidir. Zorunlu olmadıkça ameliyatlardan koldan serum takılmamalıdır

Uçak yolculuğu sırasında basınç düşmesi nedeniyle kol çorabı ve kompresyon bandajı mutlaka kullanılmalıdır.

Hastanın kolunun fiziksel muayenesi yapılarak ve kol çevre ölçümleri alınarak lenf ödemin derecelendirilmesi yapılır.

Lenf ödem gelişen kol eleveyona alınır.

Lenfödem derecesine göre elastik bandaj ya da kompresyon giysileri uygulanır.

Elle lenf ödem masajı yapılır. Masaj sadece lenf ödem gelişen kolu değil, göğüs ve sırtı da kapsamalıdır el hareketleri sıvazlama şeklinde olmalıdır.

El hareketlerinin yönü kolda elden omuza; gövdede orta hattan gövdenin dışına doğru yapılmalıdır.

Deri bütünlüğünün devamını sağlamak için cilt bakımı yapılır ve cilt yaralanmalarından korunur.

(Kol ölçümü: Her iki kolun dirsek hizasının 10 cm alt ve 10 cm üst bölümünden çevresinin ölçülmesi ve sağlam kolun ölçümleriyle karşılaştırılmasıdır. Buna göre iki kol arasındaki farkın 2cm'den fazla olması lenfödem olarak değerlendirilir.)

Yaranın izlenmesi:

Meme cerrahisi sonrası en sık gelişen komplikasyonlar

enfeksiyon,

hematom,

seroma,

deri flep nekrozları,

sinir hasarı ve

kolda lenfödemdir

Seroma: İnsizyonun altında ve aksiller bölgede seröz sıvı toplanmasıdır. Şişlik, ağrı, ağırlık hissedilir

Hematom: Cerrahi alanda kan birikmesidir. İlk 12 saatte oluşabilir. Kanlı akıntı, şişlik, gerginlik, ağrı, ekimoz olabilir.

Yara iyileşmesine yönelik hemşirelik girişimleri

Hemşire pansumanların uygulandığı alanı incelemeli ve kanama veya seröz sıvı akıntısı olup olmadığını kontrol etmelidir.

Hemşire drenaj miktarını ve özelliklerini izleyip kaydetmelidir. Yara üzerine kapatılan pansuman basınç uygulamak ve iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla elastik bir sargı ile sarılır.

Sargı ve pansuman değiştirilmesi genellikle cerrah tarafından 36-48 saat sonra yapılır.

Pansuman değişimi esnasında insizyon yeri, iyileşme ve yara enfeksiyonu bulguları açısından gözden geçirilir.

Daha sonraki pansumanlar yara iyileşmesinin gözlenmesi amacıyla her gün değiştirilir.

Drenaj sistemi ise 24 saatlik drenaj miktarı 20-30cc'ye düşünceye kadar yerinde bırakılır.

Drenajdan gelen renk değişimi kanlı (seröz kanlı), seröz şeklindedir.

Hemşirenin hastayı drenaj sistemleri konusunda bilgilendirilmesi gerekir

İnsizyon alanı temiz ve kuru tutulmalıdır. İnsizyon alanı tam iyileşmeden pudra, deodorant, losyon veya parfümlerin bu alana sürülmemesi gerekir(yaklaşık 4-6 hafta).

Hasta hazır olduğunda pansuman değişimi esnasında hastanın insizyon yerine bakması için teşvik edilmeli ve insizyonun normal görünümünü tanınması sağlanmalıdır.

Hasta drenleriyle taburcu edilecekse drenaj izlemi ve drenaj kabının boşaltılması konusunda bilgilendirilmelidir

Dokuların tamiri ve enerji gereksinimi için yüksek kalorili ve proteinli diyet verilmelidir.

Ancak hastaneden taburcu olmadan önce hastanın mümkün olduğu kadar günlük bakım gereksinimini kendisinin yapması için teşvik etmek gerekir

Beden imgesinin bozulması

Korku ve yanlış anlamalar ortadan kaldırılmalı,

Hastanın mahremiyet hakkındaki duygularını açıklamasına izin verilmeli,

Cinsellik hakkındaki düşünceleri, seksüel kaygıları, beden imajı ve tedavinin etkisi hakkında açık ve duyarlı bir tartışma ortamı sağlanmalı,

Mastektomi sonrası en sık karşılaşılan anksiyete, depresyon, kızgınlık, suçluluk, korku ve sosyal izolasyon gibi sorunlar tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir

Hastanın duygularını paylaşmasına fırsat tanınmalıdır.

Hasta evliyse eşinin de bu görüşmelere katılması sağlanmalıdır.

Hastanın mastektomi ameliyatı geçirmiş ve ameliyat sonrası dönemi başarıyla atlattığı bir hastayla tanıştırılması oldukça yararlıdır