

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Radyodiagnostik Bilim Dalı

**MEME KANSERLERİNİN ÖZELLİKLERİ,
PRİMER ve SEKONDER MALİGNİTE
BULGULARININ DEĞERİ ve
MAMMOGRAFINİN ERKEN ve DOĞRU TANIDAKİ YERİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Sıtkı Güra

İstanbul - 1982

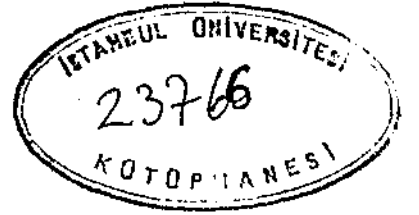
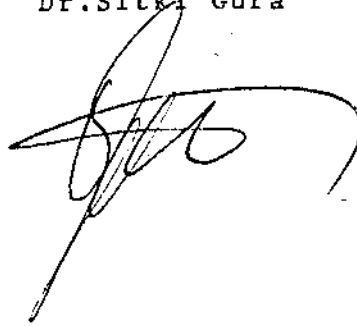
23 766

T.C.
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Radyodiagnostik Bilim Dalı

MEME KANSERLERİNİN ÖZELLİKLERİ,
PRİMER VE SEKONDER MALİGNİTE
BULGULARININ DEĞERİ VE
MAMMOGRAFINİN ERKEN VE DOĞRU TANIDAKİ YERİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Sitka Gura



İstanbul - 1982

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
ÖNSÖZ	
GİRİŞ	1
TARİHÇE	4
GENEL BİLGİLER	6
MATERYAL VE METOD	20
BULGULAR	22
OLGULAR VE RESİMLER	29
TARTIŞMA	56
SONUÇ	62
ÖZET	64
KAYNAKLAR	65

Ö N S Ü Z

Çağdaş bir hastalık olan kanserin tedavisinde erken tanının değeri bilinen bir gerçektir. Son yıllarda oldukça sık görülmeye başlayan meme kanseri tanısında çok değerli bir tanı yöntemi olan mammografi'nin değerini kanıtlamak ve meme kanserinin bazı önemli özelliklerine dikkati çekmek amacıyla bu çalışmayı yapmayı ve erken tanının önemini bir kez daha vurgulamayı uygun bulduk.

Asistanlığım boyunca mesleki çalışmalarımda bana ışık tutan ve yardımcı olan Radyobiyojji Anabilim Dalı ve Radyodiagnostik Bilim Dalı Başkanı, değerli hocam Prof.Dr.Erdem Gökmen'e, yetişmemde ve tez çalışmalarımda büyük yardımları dokunan ve özel tetkikler konusunda ilk bilgileri veren hocam Doç.Dr.Cahit Babuna'ya, rapor odasındaki ve klinikteki diğer çalışmalarımızda bizlere yol gösteren Doç.Dr.İlhan Kılıçözlü ve Doç.Dr.Uğur Talaslı'ya ve dört yıl boyunca birlikte çalıştığım ve yardımlarını gördüğüm tüm uzman ve asistan arkadaşlarıma en içten saygı ve sevgilerimi sunarım.

G I R I S

Günümüzde tıbbın ulaştığı düzey, hemen tüm hastalıkların tanı ve tedavisine yeni boyutlar kazandırmış ve artık hastalıkların tedavisi ile birlikte etyolojik faktörlerinin saptanması ve ortadan kaldırılması önem kazanmaktadır. Etiyolojisinin yeterince aydınlatılamaması çağdaş bir hastalık olan kanserle mücadele hızını yavaşlatmamakta, aksine erken tanı yöntemlerinin geliştirilmesi için çalışmalar hızlanmaktadır. Tekniğin harikaları sayılan ve gelişmiş ülkelerde rutin tanı yöntemleri arasına giren mammografik tetkikler, ultrasound, BT ve scanning gibi yöntemler kanser tanısında en önemli aşamalardır.

Kanserle mücadelenin hızla devam ettiği günümüzde meme kanseri kadınların en önemli hastalıklarından biri olma özelliğini korumakta ve genital kanserlerden sonra ikinci büyük kanser grubunu oluşturmaktadır(1,9,22,31). Meme kanseri etiolojisinde genetik etkenler, yapısal özellikler, çevresel faktörler, yaş, hormon kullanımı, menarş, doğurganlık ve emzirme, düzensiz beslenme ve sinirsel bozukluklar gibi faktörlerin rol oynadığı ileri sürülmektedir(1,2,7,15,19,20,22,31,34,35,41,47).

Meme kanserine ait bu risk faktörleri genellikle eksojen ve endojen olarak iki grupta toplanmaktadır(1,7,8). Eksojen faktörler olarak çevresel faktörler, düzensiz beslenme, soygeçmişe ait özellikler sayılmaktadır(1,7,20,35,41,47). En-

dojen faktörler olarak ise yapısal özellikler, yaş, hormon kullanımı, menarş, doğurganlık, emzirme, sinirsel bozukluklar sayılmaktadır(1,2,7,15,19,20,22,34,35,40,41). Bu faktörlerden hangisinin en önemli olduğu tam olarak saptanamamış olmakla birlikte son yıllarda yapılan araştırmalar özellikle hormon kullanımı, menarş, yapısal özellikler ve çevresel faktörler üzerine yoğunlaşmaktadır(2,20,22,31,34,35,41).

Meme kanseri tanısında kullanılan yöntemler arasında mamografinin önemi son yıllardaki gelişmelere rağmen devam etmektedir. Klinik muayene ve laboratuvar tetkiklerine ek olarak bugün tanı alanına girmiş olan termografi, kserografi ve ultrasound gibi yöntemler bazı üstünlükleri bulunmakla beraber mamografinin yerini alamamışlardır. Tanı yöntemleri arasında mamografi birinci sıradaki yerini kesinlikle korumaktadır(1,8,10,21,25,26,35,42,46). Özellikle erken meme kanseri tanısında mamografi önemli bir tanı yöntemidir(10,21,26,42).

Birçok ülkede meme kanseri konusunda geniş araştırmalar yapılmış ve yapılmaktadır. Ülkemizde bu konuda diğer branşlarda olduğu gibi geniş kapsamlı bir araştırma henüz yapılmamıştır. Ancak bazı bölgesel taramalar yapılabilmektedir. Ülkemizde tanı yöntemlerinin nispeten kısıtlı olması, coğrafi özelliklerin çok büyük farklılıklar göstermesi ve klinisyen dağılımının homojen olmaması, bu konuda geniş kapsamlı bir araştırma yapılmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle meme kanseri konusunda bir araştırma yaparak, bunların özellikle radyolojik özellikleri açısından tetkikini uygun bularak tezimizi bu konu üzerinde hazırlamayı kararlaştırdık.

Tezimizde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi ve Radyoterapi Bilim Dalı polikliniklerine 1977-1981 yılları arasında başvuran 2370 kadın hastayı ele alarak mamografik tetkiklerini yaptık. Bunlar arasında tesbit ettiği-

miz ve biopsi ile verifikasyonu yapılan 140 meme kanseri olgusunun etyolojik ve radyolojik özelliklerini inceleyerek mammografinin tanı değeri üzerine bir kez daha dikkati çekmeyi uygun bulduk.

T A R İ H Ç E

Meme kanseri hakkında radyolojik tetkik ilk kez 1913'de Berlin Üniversitesinden Salomon tarafından bildirilmiştir(21, 42). Salomon mastektomi sonrası cerrahi piyeslerin radyolojik tetkiklerini yapmış ve meme kanserinin röntgen bulgularını araştırmıştır. 1927'de ilk kez Kleinschmidt, Zweifel ve Payr tarafından yayınlanan bir kitapta yaşayan bir memenin filmini yayınlamıştır(21). Bundan sonra 30 yıl süreyle mammografi konusunda özellikle Amerika'da çeşitli yayınlar yapılmıştır.

1953'de Leborgne memedeki kalsifikasyonları ve özellikle meme kanseri ile ilişkisi olan mikrokalsifikasyonları göstermiştir(21,42). 1960 yılında Gershon-Cohen meme hastalıklarındaki röntgen bulgularını belirginleştirmeye çalışmışlardır. 1962'de Buttenberg ve Werner ilk kez mammografi atlasını yayınlamışlardır(21). Egan 1964'de ilk kez endüstriyel film kullanarak ve düşük kilovolt, yüksek mAs uygulayarak en iyi kontrast ve detayı elde edince mammografi daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır(21,42). Bundan sonra yine 1964'de Gros ilk kez molibden targetli tüp kullanmıştır(21).

O tarihlerde mammografi çekimindeki teknik güçlükler nedeniyle 1972'de Wolfe tarafından kseromammografi, mammografinin düzgün metodu olarak geliştirilmiş ve canlandırılmıştır (42). Daha sonra palpasyon ile birlikte mammografinin değerlendirilmesi ve meme kanserinden korunma konusunda "U.S:Health

Service" tarafından yayınlanan raporlar mammografiyi tekrar ön plana geçirmiştir(42).

Son yıllarda teknikteki gelişmeler sayesinde mammografi tekniğinde de hızlı değişimler olmuştur. Bugün mammografi için özel yapılmış düşük kV ve yüksek mAs verebilen özel molibden target tüplü cihazlar mevcuttur. Bu cihazlarda hasta ve doktor açısından çeşitli kolaylıklar sağlanmıştır. Endüstriyel film kullanılarak yüksek detaylı grafiler elde edilmesi sağlanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak bugün mammografi tüm dünyada geniş bir kullanım alanı bulmuştur(21,42).

GENEL BİLGİLER

Meme kanseri, ayırıcı tanısı bazen güçlükler gösteren ve histolojik olarak birçok tipleri bulunan bir kanser türüdür. Radyolojik olarak kanser bulguları ve hastanın klinik yakınmaları çok çeşitli olabilir.

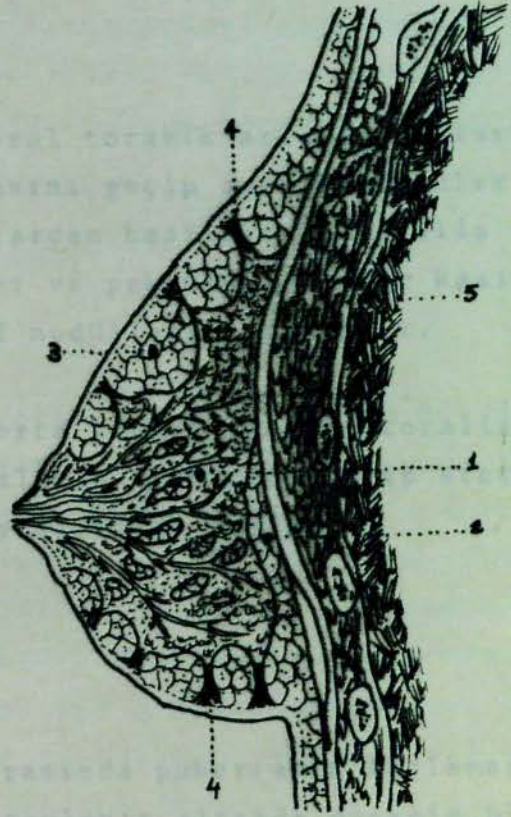
ANATOMİ-HİSTOLOJİ

Memeler göğüs duvarında pektoralis major kaslarının üzerinde ikinci ve altıncı kaburgalar arasında ve sternumdan aksilla çizgisine doğru yayılan diskoid, hemisferik ya da konik kabartılardır(8,53). Normalde 150-200 gram ağırlığında, laktasyonda ise 400-500 gram ağırlığındadır(53). Her memede areola denen santral, sirküler bir pigmente alan, papilla ve nipple vardır(8,21).

Meme parenkiması 15-20 glandüler lobdan oluşur(8,21, 53). Her lobun meme başına açılan bir kanalı vardır. Meme bezinin yapı ünitesi lobüldür. Her lob birçok lobülden oluşur(27). Meme başına açılan 15-20 adet toplayıcı kanalın çevrelerinde 10-100 kadar asinüs ve bunları çevreleyen intralobüller stroma vardır(27). Lobların çevresinde bağ ve yağ dokusu ile kan ve lenf damarları ve sinirler vardır(8,27). Konveks yüzde yüzeysel fasia ile derin fasia arasında bulunan fibroz septa (Cooper bağları) meme lobüllerini deriye bağlar(8,

21,53) (Şekil 1).

ŞEKİL 1- Memenin dikine kesiti:
1- Meme dokusu, 2- Retro-
mammar yağ dokusu,
3- Superfisial yağ doku-
su, 4- Cooper bağları,
5- Yağ dokusu.



Memenin arteriel kanı medialde A.Mammaria Interna'dan ve lateralde A.Axillaris'in kolları olan A.Toracoacromialis, A.Torasica Lateralis ve A.Torasica Dorsalis'den gelir(21,53). Memenin venleri kanserin yayılımı açısından önemlidir(1,21). Yüzeysel venler transvers ve longitudinal olmak üzere iki ana grupta toplanır(1,21,53). Derin venler ise V.Mammaria Interna'nın perforan dalları, V.Axillaris'in dalları ve V.Interkostalis'in dalları olmak üzere üç grupta toplanır(1,21,53).

Memenin lenfatikleri interlobüler veya perilobüler bölgelerden çıkar ve şu yolları izler(1,8,21,53):

a) En önemli yol aksiller yol olup memenin üst ve alt yarısından gelen kanallardan oluşur ve fasiayı geçip 2. ya da 3. interkostal bölgede yerleşmiş lateral nodül zincirinde sonlanır. Bu lenfatiklerin bazıları aksiller vena çevresindeki veya aksillanın ortasındaki lenf nodülleri grubuna devam

eder.

b) Transpektoral yol lateral torasik arterin kollari ile birlikte pektoralis major kasini geçip supraklaviküler lenf nodüllerinde sonlanır. Bunlardan bazıları pektoralis major kasının medial kenarını izler ve pektoralis minor kasının ortasındaki infarklaviküler lenf nodüllerine tırmanır.

c) Internal Mammary yol orta hat boyunca pektoralis major kasının ve interkostal kasların arasından geçip sternuma paralel olan internal mammary zincirde sonlanır.

FİZYOLOJİ-FİZYOPATOLOJİ

Kızlarda 10-15 yaşları arasında pubertanın başlamasıyla gelişen ve rengi koyulaşan areolanın altında diskoid bir meme dokusu gelişir. Menstrasyon başladığında memeler genellikle iyi gelişmiş olurlar. Ergin kadınlarda memenin karakteri iki faktöre bağlıdır. Birincisi kadının zayıf ya da şişman oluşu, ikincisi ise memelerin fonksiyon yapmış olup olmadığıdır. Şişmanlarda memelerde fazla yağ birikimi mevcuttur. Fonksiyon yapmamış memelerde yoğunluk ve dolgunluk mevcuttur. Fonksiyon sonrası memeler yumuşar(18,21). Menapozdan sonra da memelerin yoğunluğu, lobüllerin sayı ve büyüklüğü ile birlikte azalır.

Kadınların çoğunda menstrasyondan 3-4 gün önce memelerin yoğunluğu, dolgunluğu, büyüklüğü ve duyarlılığı artar. Bu dolgunluk menstrasyon sonuna doğru azalır ve kaybolur. Bu gibi siklik değişiklikler doğurmamış ve emzirmemişlerde daha belirgin olur.

Memelerin büyüme ve gelişmesi overlerin yaptığı östrojen'e bağlıdır(7,18,20). Uzun süre östrojen kullanan kadınlarda

rın memelerinin mikroskopik tetkikinde epitel proliferasyonu ve kistik değişiklikler görülmüştür(18). Östrojen ya da progesteron içeren oral kontraseptif kullanan kadınlarda memeler büyüyebilir.

PATOLOJİ

Meme kanserleri histopatolojik olarak değişik sınıflamalara tabi tutulmuştur. Tüm yazarların birleştikleri ortak nokta meme kanserlerinin büyük kısmının memenin iki ana yapısı olan duktus ve lobüllerden kaynaklandığıdır(2,8,21,22,35,44,45). İçeriklerindeki değişikliklere rağmen sınıflamaların değişmeyen iki özelliği mevcuttur. Bunlardan birincisi kanserlerin duktal ve lobüler olarak iki grupta toplanması, diğeri tüm kanserlerin infiltratif ve noninfiltratif olmak üzere iki alt gruba ayrılmasıdır. J.A.del Pegato ve H.J.Spjut'a göre memenin habis tümörleri duktal kanserler,lobüler kanserler, Paget's hastalığı, sarkomlar ve metastatik kanserler olarak 5 grupta toplanmıştır(8). J.G.Teplick ve M.E.Haskin'e göre son yapılan sınıflamada ise memenin habis tümörleri 6 grupta toplanmıştır(22,45) (Tablo 1).

Paget's hastalığı Paget's karsinomu ya da meme başı kanseri olarak da adlandırılmaktadır(2,8,16,45). Aslında intraduktal kanserin özel bir tipidir. Meme başında ekzamoid değişiklikler yapar(45).

Noninfiltre komedo kanserlerde % 75 oranında noktavi kalsifikasyonlar görülür. Bu grupta en sık rastlanan komedo kanser tipidir. Komedokanserler duktuslarla sınırlı iyi diferansiye hücrelerden oluşur(2,8,21,39).

Infiltre papiller kanser tüm meme kanserleri arasında

TABLO 1

Memenin Habis Tümörlerinin Histopatolojik Ayırımı

- 1- Meme başı kanseri (Paget's Hastalığı)
- 2- Duktal kanserler
 - A) Noninfiltrate: 1) Papiller kanser
2) Komedo kanser
 - B) İnfiltrate : 1) Papiller kanser
2) Komedo kanser
3) Skiröz kanser
4) Medüller kanser
5) Kolloid kanser
- 3- Lobüler kanserler
 - A) Noninfiltrate in situ lobüler kanser
 - B) İnfiltrate lobüler kanser
- 4- Nadir görülen kanser tipleri
 - A) İnflamatuar kanser
 - B) Tübüler kanser
- 5- Sarkomlar
- 6- Metastatik meme kanserleri

(Teplick'e göre)

% 1,5 oranında görülür. Yavaş büyür ve fibrozis ile santral nekroz en önemli özelliğidir(45). İnfiltrate komedo kanserleri noninfiltrate tiplerden ayırmak güçtür. Ancak mikroskopik olarak ayırdedilirler(21,45). Skiröz kanserler prodüktif fibrozis ile karakterizedirler. Bunlara basit kanserler adı da verilir. Kitle dens, düzensiz konturlu olup kalsifikasyon bulunur(2,21,45). Medüller kanserler düzgün konturlu, yavaş büyüyen kanserlerdir. Fibroadenomlarla karıştırılabilir(8,21,44,45). Kolloid kanserler sınırlı ve içleri jelatinöz yapıda kanserlerdir. Kalsifikasyon ihtiva etmezler. Tümör hücreleri tarafından musin yapılmaktadır(8,45).

Noninfiltrate in situ lobüler kanserler yavaş gelişen,

kalsifikasyon ihtiva eden ve nadir kanserlerdir(50). Lobüler infiltrate kanserler tüm meme kanserlerinin % 5-8'ini teşkil ederler(8,21,44,45). Meme dokusunun periferinde belirsiz mamografik işaretler ile karakterize zor belli olan bir kanser tipidir.

Tübüler ve inflamatuvar kanserler nadir rastlanan kanser tipleridir(8,21,44,45). Tübüler kanserler tübüllerden menşe alan mamografi ile kolayca tanınan ve kalsifikasyon ile karakterize kanserlerdir. İnflamatuvar kanserler klinik mastit'in tüm memeyi infiltrate eden ve dansite artışı ve deri retraksiyonu yapan formudur(2,8,21).

Sarkomlar ve metastatik meme kanserleri çok nadir olarak rastlanan habis meme tümörleridir(2,8,21,22,35,44,45).

Meme kanserlerinin metastazları iki grupta toplanmaktadır. Bunlar bölgesel ve uzak metastazlardır. Bölgesel metastazlar aksiller, supraklaviküler, infraklaviküler ve internal mammary lenf ganglionlarına metastazlardır(1,2,44). Uzak metastazlar lenf ya da kan yoluyla olur(2). Lenf yoluyla uzak metastaz aksi taraf lenf ganglionlarına ve öbür memeye olur. Kan yoluyla uzak metastazlar özellikle interkostal ven drenajı ile akciğer ve kemiklere olmaktadır(2,44).

EPİDEMİYOLOJİ-ETYOLOJİ

Meme kanseri çeşitli ülkelerde değişik epidemiyolojik özellikler göstermektedir. Genellikle bildirilen oran % 5-7 arasında değişmektedir(2,7,8,9,21,22,48). Bunun anlamı her 15-20 kadından birinin hayatı boyunca meme kanserine yakalanma olasılığı olduğudur. A.B.D.'de meme kanseri görülme oranı % 7 olarak bildirilmiştir(2,9). Tüm dünyada meme kanseri görülme oranı tahminen % 6 olarak bildirilmiş ve genital kanser-

lerden sonra ikinci sırayı aldığı öne sürülmüştür(2,7,9).

Meme kanserinin önemli epidemiyolojik özelliklerinden birisi batı dünyasında daha sık görülmesidir. Örneğin Japonya'da ABD'ye oranla % 20 daha az görüldüğü öne sürülmektedir(31,41). A.B.D'de yapılan bir araştırmaya göre kadınlarda yeni teşhis edilen tüm kanserler arasında % 27'sini meme kanserleri oluşturmaktadır(8,22,36). Erkeklerde meme kanseri kadınlardakinin % 1'i kadardır(7,22,45,48).

Meme kanseri etyolojisinde yaş çok önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir(2,9,12,18,22,31,34). 20 yaşın altında meme kanseri çok enderdir(18). Meme kanseri insidensi premenapoz devresine doğru hızla yükselir, daha sonra menapoz devresinde (3-5 yıl) aynı düzeyde kalır ya da çok yavaş bir artış gösterir ve postmenapozik devrede tekrar hızlı bir yükselme gösterir(2,9,22,34). Ancak bu konuda yine de kesin bulgular yoktur. Yaş ile meme kanseri ilişkisi karmaşıktır. Genellikle en sık görüldüğü yaş grubu 41-50 yaş grubudur(2,22,31).

Menarş yaşı da meme kanseri etyolojisinde geniş araştırmalara neden olmuştur(2,7,22,28,31,34,43). Erken menarş'ın meme kanseri riskini artırdığı ileri sürülmektedir(2,7,22). Erken menarş yaşı olarak genellikle 12-13 yaşlar kabul edilmektedir(43). Buna neden olarak erken menarş olan kadınlarda daha uzun bir menstrüel aktivite devresi olması gösterilmiştir(2,22,28).

Doğum yapmış olmanın meme kanseri riskini azalttığı ileri sürülmektedir(15,40,41,43,48). Ancak bu konuda önemli olan riskin, sadece doğum yapmış olmak değil ilk doğumun yapıldığı yaş olduğu öne sürülmektedir(31,41,43,48). 30 yaşın üzerinde ilk doğumunu yapan kadınlarda meme kanseri insidensi hiç doğurmamışlardakinden bile daha yüksek bulunmaktadır(7,8,

41). Doğum sayısının fazla olmasının menstrüel aktivite süresini kısalttığı ve böylece meme kanseri riskini azalttığı sanılmaktadır(41,43).

Laktasyonun meme kanserine karşı koruyucu etkisi üzerinde kesin bir sonuca varılamamaktadır(2,8,31,41,48). Bu konuda yapılan araştırmalarda ancak uzun süre ve düzenli emziren kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığı ileri sürülmektedir(40,41). Çocuklarını sürekli emziren Kanada Eskimo'larında meme kanserinin son derece az görüldüğü öne sürülmektedir(6). Yapılan hayvan deneylerinde laktasyon ile kimyasal karsinojen maddelerin dışarı atıldığı ileri sürülmektedir(6,9).

Soygeçmişinde kanser bulunan kadınlarda meme kanseri riskinin arttığı ileri sürülmektedir(2,5,8,15,18,22,31,40). ABD'de yapılan bir araştırmada soygeçmişin tek başına bir anlam taşımadığı, ancak, oral kontraseptif kullanımı, yaş, doğum gibi sekonder risk faktörleri ile birlikte meme kanseri riskini artıracak ileri sürülmektedir(5).

Meme gelişmesinin ve fonksiyonunun çeşitli hormonların etkisinde bulunması nedeniyle meme kanseri oluşumunda da hormonların etkisinin araştırılması deneysel çalışmalara konu olmaktadır(1,2,7,22,29,38,48,50). İnsan meme kanserine hormonların direkt etkisinin kanıtı bulunmamaktadır. Ancak çeşitli nedenlerle ooferektomi olmuş kadınlarda meme kanseri normal kadınlara oranla daha ender görülmektedir(1,2,8). Son yıllarda prolaktin progesteron ve androjenlerin meme kanseri üzerine etkisi ile ilgili geniş kapsamlı araştırmalar yapılmaktadır(2,7,22,29,38,48,50). Günümüzde yaygın olarak kullanılan oral kontraseptifler konusunda da çeşitli araştırmalar yapılmaktadır(2,5,7,8,23).

Bunlardan başka post-menapozal şişmanlık, jeografik faktörler ve meme yapısının meme kanseri üzerine etkileri geniş araştırmalara konu olmaktadır. Özellikle meme yapısı konusunda Wolfe'nin yaptığı sınıflama ile riskli gruplar saptanmaya çalışılmaktadır(2,7,13,14,17,19,24,31,33,47,51).

GENEL RADYOLOJİK BİLGİLER

Mammografi memedeki normal ve patolojik dokular arasındaki kontrast farkını gösteren bir teknik olarak tanımlanmaktadır(1,3,21,39,42). Klinik olarak palpe edilemeyen lezyonların görülmesi ve lokalizasyonu için en iyi metod olarak belirtilmektedir(1,21,42). Mammografi, palpasyon ile saptanan şüpheli kitlelerde, selim bir lezyonun bulunduğu memede memenin diğer bölümlerini incelemeye ve palpe edilemeyen lezyonlarda tanı konmasında değerli bir yöntem olarak gösterilmektedir(10,25,26,30,32,42,46,52). Meme kanseri klinik olarak palpabl hale gelmeden önce önemli bir preklirik devreye geçirmektedir. İşte mammografi bu erken devrede en önemli tanı yöntemi olmaktadır(10,30,32,42,52).

Bugün mammografi için özel olarak yapılmış molibden targetli, döner anodlu ve berilium pencereci, düşük kv., yüksek mAs. esasına dayanarak çalıştırılan cihazlar yapılmıştır. Bu cihazlarda film-foküs mesafesi kısa tutulmaktadır(3,21,22,39). Film-foküs mesafesinin kısa olması ve düşük kv. kullanılması nedeniyle cilt dozu oldukça yüksek olmasına rağmen tanı değerinin yüksek oluşu nedeniyle tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır(4,10,17,32,39,42,46,52). Çekim tekniği kranio-kaudal ve medio-lateral olarak standardize edilmekte ve doku kalınlığını eşitlemek için memeye hafif bir kompresyon uygulanmaktadır(3,39). Klinik muayene ile birleştirildiği zaman mammografinin tanı değeri daha da yükselmektedir.

Meme kanserlerinin histopatolojik tiplerine göre mamografik bulguları da ufak farklılıklar göstermekle birlikte meme kanserlerinde saptanan radyolojik bulguları başlıca iki grupta toplamak mümkün olmaktadır(3,49) (Tablo 2).

TABLO 2

Genel Radyolojik Bulgular (A.Willemin'e Göre)

A) Primer Bulgular

- 1- Tümör merkezi (kitle, dansite artışı)
- 2- Retraktif fibrozis
- 3- Peritümöral ödem
- 4- Malign kalsifikasyonlar

B) Sekonder Bulgular

- 1- Deri infiltrasyonu
- 2- Deri retraksiyonu
- 3- Mamilla retraksiyonu
- 4- Derin yayılım (Retromammar mesafeye)
- 5- Venöz belirginleşme

Primer bulguların başında gelen tümör merkezi iki tip görünüm vermektedir(4,11,49). Eğer malign hücreler yavaş bir yayılım gösteriyorsa bu grup oluşumlar filmlerde düzgün konturlu, yoğun, homojen nodüller bir opasite olarak belirlemektedirler. Eğer hızlı yayılım olmuşsa merkezi daha düşük dansitede, konturları düzensiz tümör görünümü olmaktadır.

Retraktif fibrozis tümör nodülü çevresindeki dokuların bir reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır(3,11,49). Burada da eğer lezyon yavaş büyüyorsa çevre doku reaksiyonu az olmakta ve tümör merkezini ince bir konturla çevrelemekte, saçaklı bir görünüm vermektedir. Daha ileri devrelerde neoplastik hücrelerin komşu dokulara yayılmasıyla spiküler görünümde bağ dokusu reaksiyonu olmaktadır. Nihayet ilerlemiş lezyonlarda neoplastik hücre bantları tüm memeye yayılım göstermektedir.

Bu da tümörden çevre dokuya doğru ışınsal bir dağılım olarak görülmektedir.

Tümör büyümesinin erken fazında tümör az veya çok yoğun bir ödem bulutu ile çevrilmektedir(3,49). Ödem halkası tümörü tamamen veya kısmen maskeleyecek bir opasitede ya da tümör merkezini çevreleyen belirgin radyotransparent bir halka şeklinde görülmektedir.

Nekrotik neoplastik hücrelerin üzerine kalsiyum çökmesi ile oluşan mikrokalsifikasyonlar radyolog için tanıda problem yaratmaktadır(3,45,49). Kanser için tipik oldukları söylenen mikrokalsifikasyonların değişken çapta, kristal benzeri görünümde, fragmente, değişken yoğunlukta olmaları ve lokalize ya da tüm memeye dağılmış olmaları gerekmektedir.

Sekonder bulgular neoplastik bir sürecin meme içerisindeki periferik etkileri olarak tanımlanmaktadır(3,49). Derideki değişiklikler deri yoğunluğunda artış, subdermal ödem ve superfisial staz olarak üç grupta toplanmaktadır(49). Normal mammogramda deri 1 cm kalınlığında uniform, radyotransparent bir çizgi halinde görülmektedir(3,21,49). Tümör varlığında deri belirli bölgelerde giderek artan bir opasitede görülmektedir. Eğer deri yoğunluğunda artış varsa ve buna komşu bir tümör mevcutsa oldukça şüpheli olarak değerlendirilmektedir. Derideki yoğunluk artışını subdermal ödem ve superfisial staz izlemektedir. Deri gölgesi normal kalınlığını ve düzenliliğini kaybetmekte, fusiform bir kalınlaşma göstermekte ve buna ek olarak superfisial dolaşım bozukluğu oluşmaktadır. Bu görünüme klinik olarak "peau d'orange" denmektedir(3,21,49).

Deri retraksiyonu lezyonunun yerine göre erken ya da geç devrelerde görülmektedir(45,49). Deri retraksiyonunun ilk devresinde tümör nodülünden uzanan spiküller, derinin derin tabakalarına fikse olmakta ve deri düzleşmektedir. İkinci dev-

rede bu bölgede depresyon oluşmaktadır. Üçüncü ve son devrede ve özellikle pre-torasik tümör olgularında meme dokusu tamamen retraktil fibrozis içerisinde kalmakta ve meme atrofik bir görünüm almaktadır.

Meme başı retraksiyonu genellikle areola gerisindeki bir kanser sonucu oluşmaktadır(45,49). Direkt olarak erken safhada lezyon meme başının derin yüzeyi ile temasta ise ya da indirekt olarak bir tümör nodülünden uzanan uzun bir spikül ile oluşmaktadır. Meme başının hacminde azalma ve göbeksleşme olmaktadır.

Tümör bölgesinde damarlanmada ve özellikle venlerde artış ve genişleme oluşmaktadır(1,3,45,49). Ancak tek başına damarlanmada artış tanı için yeterli değildir. Çünkü bazı selim lezyonlarda da damarlanma artışı görülebilir.

Bir kanser derine yayılım gösterirse glandın arka yüzü ya da superfisial fascia ile karşılaşmakta ve buna fikse olmaktadır, daha sonra tümör retromammar bölgeye yayılmaktadır(3,49). Derin yayılımın ikinci önemli etkisi lenf yoluyla aksilla, supraklaviküler, infraklaviküler ve internal mammary ganglionlarına yayılım olarak tanımlanmaktadır.

Bu radyolojik bulgular her zaman tipik görünüşleri ile karşımıza çıkmamaktadırlar. Bazen selim lezyonlarda da benzeri bulgular elde edilmekte ve kolaylıkla yanlış tanıya götürülebilmektedirler. Zaman zaman bunun akside olmakta ve tamamen selim görünümlü bir lezyon habisi olabilmektedir(1,21,22). Bu nedenle ayırıcı tanının iyi yapılması gerekmektedir. Bunun için de bazı selim lezyonların özelliklerinin bilinmesi zorunludur(1,21,22,49).

Kadınlarda özellikle 30-55 yaşları arasında görülen kistik hastalık (Kronik kistik mastit) ağrısız bir kitle ola-

rak karşımıza çıkmakta ve yuvarlak, mobil ve düzgün kontürlü kitleler olarak belirlenmektedir. Bazen bilateral olmakta ve deri retraksiyonu yapmamaktadır(1,22).

Skleroze Adenozis klinik olarak kanseri taklit eden, fikse ve sınırları belirsiz selim bir lezyondur. Tüm memeye yaygın makrokalsifikasyonlar tipik radyolojik özelliği olarak belirtilmektedir(1,21).

Ayırıcı tanısı yapılması gereken ve memede sık görülen bir diğer selim lezyon fibroadenomlardır. 20-40 yaş arası kadınlarda daha sık görülmektedir. Bunlar yumuşak, düzgün kontürlü, mobil lobüller karakterde, bazen multipl özellik gösteren tümörlerdir(1,21,22).

Terminal toplayıcı kanalların dilatasyonu ve bunların çevresinde iltihap ile karakterize bir hastalık olan duktal ektazi ağrısız, bazen bilateral olabilen ve sekonder enfeksiyona bağlı olarak aksilla ganglionuna neden olan ve meme başı retraksiyonu yapan selim bir lezyon olarak tanımlanmaktadır(1, 22,49). Bazen meme başından seröz, kanlı ya da koyu kıvamlı bir akıntı olabilmektedir. 45-50 yaş arasında daha sık görülmektedir.

Intraduktal papilloma'da genellikle 45-50 yaş arasında görülen ağrısız, akıntı ile karakterize bir hastalık olarak tanımlanmaktadır(1,21,22). Akıntı genellikle sarı-kahverengi ve spontan olmaktadır.

Sistosarkoma filloides memeye özel fibroepitelial bir tümör olup orta yaşlı kadınlarda görülmektedir. Mammografide tek, büyük ve yuvarlak bir kitle ya da kitlelerden oluşan, kenarları düzenli bir tümör görünümü vermektedir. Bu tümörü habes kabul edenler olduğu gibi(18), selim kabul edenler de vardır(1,21,49).

Bunlardan başka memede yağ nekrozu, Mondor's hastalığı, papillamatozis ve mastit ayırıcı tanısı yapılması gereken lezyonlar olarak belirtilmektedir(1,21,22,49).

MATERYAL VE METOD

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi ve Radyoterapi Bilim Dalı polikliniklerinden 1977-1981 yılları arasında Bilim Dalı'mıza gönderilen 2.370 hastanın mamografik tetkiki yapılmış, meme kanseri tanısı konan ve biopsi ile verifiye edilen 140 olguda elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

Hastaların tamamından geniş kapsamlı anamnez alınmaya çalışılmıştır. Alınan anamnezlerin analizinde elde ettiğimiz sonuçlar meme kanserinin klinik bulgularına ve etyolojisine ışık tutacak niteliktedir.

Kliniğimize gönderilen 2.370 hastanın 1973'ünde (% 83,24) memede sertlik ve kitle, 1.736'sında (% 73,25) memede ağrı, 52 tanesinde de (% 2,19) çeşitli meme deformasyonları başlıca yakınmalar olarak karşımıza çıktı. Hastaların hastalık süreleri ile ilgili verdikleri anamnezlerde 1.876 tanesi (% 79,15) 6 aydan daha uzun süreli anamnez vermişlerdir.

Hastalarımızın büyük bir kısmını 31-50 arasındaki kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 3). Hastalarımızın 263 tanesinin (% 11,09) sigara kullandığı (10 adet/gün'den fazla), 313 tanesinin (% 13,20) oral kontraseptif ve adet düzenleyici hormonlar kullandığı (6 aydan çok), 2.047 tanesinin (% 86,37) doğum yaptığı, 1982 tanesinin (% 83,62) çocuklarını emzirdiği

(3 aydan çok) ve 262 tanesinin (% 11,05) soygeçmişlerinde kanser bulunduğu saptanmıştır. Menses başlangıç yaşı özellikle 13-14 yaş grubunda yoğunlaşmıştır (Tablo 4).

Hastalara Siemens marka döner anod'lu, molibden target ve berilium pencereci, t p  270 derece d nebiien, kompresyon kon s  bulunan, iontomat ya da manuel kumanda edilebiien, film fokus mesafesi 45 cm ve ayakta ya da oturarak film ekebiien 300 mA Mammomat ile çekim yaptık.

Yoğun genç kız memelerinde 400-500 mA 22.kV ve doğum yapmış kadınların çekimlerinde 320 mA, 30-35 kV kullandık. Çekimleri kranio-kaudal ve medio-lateral olarak uyguladık. Hastaların bir kısmında end striiel, bir kısmında da standart Agfa-Geveart film kullandık. Bunun nedeni end striiel filmi s rekli temin edemememizdir. Filmler kliniğimizde rutin olarak kullanılan el banyolarında banyo edilmiştir.

Çekimler sırasında hastaların klinik muayenelerini yaptık. B ylece klinik ile mamografiyi birlikte değerlendirmeye çalıştık. Hastalardan 284 tanesine (% 11,98) biopsi uygulandı. Bunlardan 140 tanesinde (% 5,9) meme kanseri saptandı. Malignite ş phesi olan hastalara Frozen Section uygulandı. Bu hastaların hemen tamamına simple ya da radikal mastektomi uygulandı. Bir kısmına aksiller k raj yapıldı. Bu hastaların parafin sonuçları daha sonra patolojiden araştırıldı.

B U L G U L A R

Kliniğimizde mammografik tetkikleri yapılan ve meme kanseri tanısı konarak, biopsi ile verifiye edilen olguların anamnezlerine göre yaptığımız değerlendirmelerde oldukça ilginç sonuçlar elde ettik.

Olgularımız arasında 30 yaşın altında sadece 9 olguda (% 1,01) 31-40 yaş grubunda 28 olguda (% 4,77), 41-50 yaş grubunda 37 olguda (% 6,52), 51-60 yaş grubunda 36 olguda (% 15,9), 61-70 yaş grubunda 22 olguda (% 26,5) ve 71 yaşın üzerinde de 8 olguda (% 34,78) meme kanseri saptadık (Tablo 3).

TABLO 3

Olgularımızın, Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş	Malignite Bulunan	Malignite Bulunmayan	Toplam
30+	9 (% 1,01)	876 (% 98,99)	885 (% 100)
31-40	28 (% 4,77)	558 (% 95,23)	586 (% 100)
41-50	37 (% 6,52)	526 (% 93,48)	567 (% 100)
51-60	36 (% 15,9)	190 (% 84,10)	226 (% 100)
61-70	22 (% 26,5)	61 (% 73,50)	83 (% 100)
71+	8 (% 34,78)	15 (% 65,22)	23 (% 100)
TOPLAM	140 (% 5,9)	2.230 (% 94,10)	2.370 (% 100)

Menarş yaşı olarak hastalarımızı iki grupta toplamayı uygun bulduk. Buna göre 13 ve daha aşağı yaşlarda menarş olan 1.181 hastadan (% 49,83) 81 tanesinde (% 6,84) ve 14 ve daha yukarı yaşlarda menarş olan 1.189 hastadan (% 50,17) ise 59 tanesinde (% 4,96) meme kanseri saptadık (Tablo 4).

TABLO 4

Olgularımızın Menarş Yaşına Göre Dağılımı

	<u>13 ve Daha Aşağı</u>	<u>14 ve Daha Yukarı</u>	<u>Toplam</u>
Malignite Bulunan	81 (% 6,84)	59 (% 4,96)	140 (% 5,9)
Malignite Bulunmayan	1.100 (% 93,16)	1.130 (% 95,04)	2.230 (% 94,1)
TOPLAM	1.181 (% 100)	1.189 (% 100)	2.370 (% 100)

Olguların soy geçmişini araştırdığımız zaman kanser anamnezi veren 262 olgumuzdan (% 11,05) 26 tanesinde (% 9,92) meme kanseri saptadık. Soygeçmişinde kanser tarif eden 236 olgumuzda (% 90,08) kanser tesbit etmedik. Buna karşılık soygeçmiş anamnezinde kanser bulunmayan 2.108 olgumuzdan (% 88, (% 88,95) 114 tanesinde (% 5,40) meme kanseri saptadık (Tablo 5).

TABLO 5

Soygeçmiş Anamnezine Göre Olgularımızın Dağılımı

	<u>Soygeçmiş (+)</u>	<u>Soygeçmiş (-)</u>	<u>Toplam</u>
Malignite Bulunan	26 (% 9,92)	114 (% 5,40)	140 (% 5,90)
Malignite Bulunmayan	236 (% 90,08)	1.194 (% 94,60)	2.230 (% 94,10)
TOPLAM	262 (% 100)	2.108 (% 100)	2.370 (% 100)

Olgularımızın doğum yapıp yapmadıklarına göre değerlendirilmesi sonucunda, doğum yapmış olan 2.047 olgumuzdan (% 86,37) 117 tanesinde (% 5,71) ve doğum yapmamış olan 323 olgumuzdan (% 13,63) ise 23 tanesinde (% 7,12) meme kanseri saptanmıştır (Tablo 6).

TABLO 6

Olgularımızın, Doğum Yapıp Yapmadıklarına Göre Dağılımı

	<u>Doğum Yapan</u>		<u>Doğum Yapmayan</u>		<u>Toplam</u>	
Malignite Bulunan	117	(% 5,71)	23	(% 7,12)	140	(% 5,90)
Malignite Bulunmayan	1.930	(% 94,29)	300	(% 92,88)	2.230	(% 94,10)
TOPLAM	2.047	(% 100)	323	(% 100)	2.370	(% 100)

Olgularımızın 388 tanesinin (% 16,38) hiç emzirmedeği ya da üç aydan daha kısa bir süre emzirdiği saptanmıştır. Bunlardan 65 tanesinin (% 16,75) doğum yaptıkları halde emzirmedikleri ya da üç aydan az emzirdikleri saptanmıştır. Emzirmeyen 388 olgudan 29 tanesinde (% 7,27) meme kanseri saptanmıştır. Çocuklarını emzirdikleri saptanan 1982 olgumuzdan (% 83,62) ise 111 tanesinde (% 5,60) meme kanseri saptanmıştır (Tablo 7).

TABLO 7

Olgularımızın, Emzirme Durumuna Göre Dağılımı

	<u>Emzirmeyen</u>		<u>Emziren</u>		<u>Toplam</u>	
Malignite Bulunan	29	(% 7,47)	111	(% 5,60)	140	(% 5,40)
Malignite Bulunmayan	359	(% 92,53)	1.871	(% 94,40)	2.230	(% 94,10)
TOPLAM	388	(% 100)	1.982	(% 100)	2.370	(% 100)

Oral kontraseptifler ya da adet düzenleyiciler yoluyla en az 6 ay süreyle hormon kullanan 313 olgumuzdan (% 13,20) 32'sinde (% 10,22) meme kanseri saptanmıştır. Hormon kullanmayan 2.057 olgumuzdan (% 86,80) ise sadece 108'inde (% 5,25) meme kanseri saptanmıştır. Hormon kullandığı belirlenen 313 olgumuzdan 281 tanesinde (% 89,78) maligniteye rastlanmamıştır (Tablo 8).

TABLO 8

Eksojen Hormon Kullanımına Göre, Olgularımızın Dağılımı

	<u>Hormon Kullanan</u>		<u>Hormon Kullanmayan</u>		<u>Toplam</u>	
Malignite Bulunan	32	(% 10,22)	108	(% 5,25)	140	(% 5,90)
Malignite Bulunmayan	281	(% 89,78)	1.949	(% 94,75)	2.230	(% 94,10)
TOPLAM	313	(% 100)	2.057	(% 100)	2.370	(% 100)

Olgularımızın kanser etyolojisinde adı sıkça geçen sigara kullanıp kullanmadıklarını araştırdığımızda sigara kullanan 263 olgumuzdan (% 11,09), 24 tanesinde (% 9,12) meme kanseri saptadık. Sigara kullanmayan 2.107 olgumuzdan (% 88,91) olgumuz arasında 116 tanesinde (% 5,82) meme kanseri saptadık (Tablo 9).

TABLO 9

Olgularımızın, Sigara Kullanımına Göre Dağılımı

	<u>Sigara Kullanan</u>		<u>Sigara Kullanmayan</u>		<u>Toplam</u>	
Malignite Bulunan	24	(% 9,12)	116	(% 5,82)	140	(% 5,90)
Malignite Bulunmayan	239	(% 90,88)	1.991	(% 94,18)	2.230	(% 94,10)
TOPLAM	263	(% 100)	2.107	(% 100)	2.370	(% 100)

Olgularımızın klinik muayene sonuçlarına gelince, meme kanseri saptanan 140 olgumuzdan 110 tanesinde (% 78,57) palpasyon ile kitle tesbit ettik. 65 olgumuzda (% 46,42) mamillada retraksiyon ve 45 olgumuzda (% 32,14) deride retraksiyon saptadık. 27 olgumuzda (% 19,28) deri infiltrasyonu mevcuttu. Aksilla palpasyonu sonucu 68 olgumuzda (% 48,57) ganglion saptadık. Sadece 7 olgumuzda (% 5) ise meme ya da kolda ödem saptadık (Tablo 10).

TABLO 10

Olgularımızdaki, Klinik Bulguların Dağılımı

Kitle	110 olgu	% 78,57
Mamilla retraksiyonu	65 olgu	% 46,42
Deri retraksiyonu	45 olgu	% 32,14
Deri infiltrasyonu	27 olgu	% 19,28
Aksilla ganglionu	68 olgu	% 48,57
Kolda ödem*	7 olgu	% 5

NOT: Birçok hastamızda birden fazla klinik bulgu saptanmıştır.

Meme kanseri tanısı konan ve verifiye edilen 140 olgumuzdan 129 tanesinde (% 92,14) radyolojik olarak malignite bulgusuna rastladık. Sadece 11 olgumuzda (% 7,86) malignite düşünmedik. Olgularımıza ait radyolojik malignite bulgularını değerlendirdiğimizde ortaya çıkan tablo şöyledir.

120 olgumuzda (% 85,71) kitle saptadık. Bu arada klinik olarak saptanamayan 10 olgudaki kitle (% 7,14) radyolojik olarak saptandı. 89 olgumuzda (% 63,8) dansite artışı saptandı. Retraktıl fibrozis 88 olgumuzda (% 62,9) görüldü. 57 olgumuzda ise (% 40,9) peritümöral ödem görüldü. Sadece 35 olgumuzda (% 25) malign mikrokalsifikasyon görüldü.

* Aksilla biopsisi sonucu görülmüştür.

Sekonder radyolojik bulgulara primer bulgulara oranla daha az rastladık. 71 olgumuzda (% 50,71) mamilla retraksiyonu tesbit ettik. Klinik olarak saptayamadığımız 6 olgumuzdaki (% 8,45) retraksiyon radyolojik olarak saptandı. 53 olgumuzda (% 37,85) radyolojik olarak deri kalınlaşması saptandı. Venöz belirginleşme 50 olgumuzda (% 35,71) ve deri retraksiyonu 45 olgumuzda (% 32,14) saptandı (Tablo 11).

TABLO 11

Olgularımızda Saptanan Radyolojik Bulguların Dağılımı

A- Primer Bulgular*

1- Tümör merkezi (kitle)	120 olgu	% 85,71
2- Tümör merkezi (dansite)	89 olgu	% 63,8
3- Retraktif fibrozis	88 olgu	% 62,90
4- Peritümöral ödem	57 olgu	% 40,90
5- Malign kalsifikasyon	35 olgu	% 25

B- Sekonder Bulgular**

1- Mamilla retraksiyonu	71 olgu	% 50,71
2- Deri kalınlaşması	53 olgu	% 37,85
3- Venöz belirginleşme	50 olgu	% 35,71
4- Deri retraksiyonu	45 olgu	% 32,14

Olgularımızın histopatolojik sonuçlarının sınıflanmasında karşımıza en fazla duktal kanserler çıkmaktadır. 109 olgumuzda (% 77,85) duktal kanser saptanmıştır. Bunlardan 6 tanesi (% 4,28) noninfiltre komedo kanser, 10 tanesi (% 7,14) infiltre papiller kanser, 15 tanesi (% 10,71) infiltre komedo kanser, 49 tanesi (% 35) skiröz kanser, 11 tanesi (% 7,86) medüller kanser, 8 tanesi (% 5,72) kolloid kanser olarak bulunmuştur. Ayrıca nadir rastlanan duktal kanser tipleri olan

* Birçok olgumuzda birden fazla primer bulgu saptanmıştır.

** Birçok olgumuzda birden çok sekonder bulgu saptanmıştır.

tübüler kanser ve inflamatuvar kanserlere 5'er olguda (% 3,57) rastlanmıştır.

27 olgumuzda (% 19,29) infiltrate lobüler kanser saptandı. Ayrıca iki olgumuzda (% 1,43) Paget's hastalığı ve yine iki olgumuzda (% 1,43) malign fibröz histiositozis tanısı kondu (Tablo 12).

TABLO 12

Olguların Histopatolojik Ayrımı

1- Paget's hastalığı	2 olgu	% 1,43
2- Duktal kanser	109 olgu	% 77,85
a) Noninfiltrate komedo Ca.	6 olgu	% 4,28
b) İnfiltrate papiller Ca.	10 olgu	% 7,14
c) İnfiltrate komedo Ca.	15 olgu	% 10,71
d) İnfiltrate skiröz Ca.	49 olgu	% 35
e) İnfiltrate medüller Ca.	11 olgu	% 7,86
f) İnfiltrate kolloid Ca.	8 olgu	% 5,72
g) Nadir inflamatuvar Ca.	5 olgu	% 3,57
h) Nadir tübüler Ca.	5 olgu	% 3,57
T O P L A M	109 olgu	% 77,85
3- İnfiltrate lobüler kanser	27 olgu	% 15,29
4- Malign fibröz histiositozis	2 olgu	% 3,57
T O P L A M	140 olgu	% 100

Sıra No	Prot. No	Tarih	Adı Sıyadı	Yaş	Menarş	Soy-Geçmiş	Doğum	Emzirme	Hormon	Sigara	KLİNİK BULGU	RADYOLOJİK BULGU	B I O P S I
1	9	1977	A.L.	35	12	+	+	+	-	-	1,4,5	1,4,5	Skiröz Ca.
2	12	1977	A.H.	50	16	-	+	+	+	+	6	-	Skiröz Ca.
3	99	1977	K.N.	52	12	+	+	+	+	-	1,10	1,11	Skiröz Ca.
4	100	1977	Ç.N.	48	14	-	+	+	-	-	1,10	1	Tübüler Ca.
5	152	1977	G.N.	55	13	+	+	+	-	+	1,7	1	Papiller Ca.
6	172	1977	E.J.	65	14	-	+	+	-	-	5,7,10	1,5	İnf.Komodo Ca.
7	178	1977	S.M.	40	11	+	+	+	-	-	1,10	1	Komodo Ca.
8	194	1977	Ö.R.	55	12	-	+	+	-	-	1,10	1,4	Papiller Ca.
9	218	1977	Ü.F.	78	12	+	+	+	-	-	1,4	1,4,5	Skiröz Ca.
10	229	1977	G.A.	26	12	-	+	+	-	-	1,7	1	İnf.Papiller Ca.
11	235	1977	T.S.	59	13	-	+	+	-	-	10	4	Lobüler Ca.
12	243	1977	G.N.	50	12	-	+	-	-	+	1,7	1,5	Lobüler Ca.
13	255	1977	E.Y.	30	12	-	-	-	+	-	1	1,4	Skiröz Ca.
14	262	1977	H.G.	42	13	-	+	+	-	-	1,4,5,10	1,4,5	Skiröz Ca.
15	264	1977	Y.A.	32	13	-	+	-	+	-	1	1,12,9	Skiröz Ca.
16	314	1977	K.Ş.	73	16	-	+	+	-	-	1	1,4,5	Skiröz Ca.
17	326	1977	D.S.	35	17	+	-	-	-	-	1,10,8	1,9,12	İnflamatuvar Ca.
18	343	1977	O.G.	42	13	-	+	+	+	+	1	1,2,5	Skiröz Ca.
19	347	1977	S.N.	71	15	-	+	+	-	-	1,4,5,10	1,4,5,12	Lobüler Ca.
20	374	1977	G.R.	38	13	-	+	+	-	+	6	13	Noninf.Komodo Ca.
21	376	1977	Y.A.	68	12	-	+	+	-	-	1	1,3,11	İnf.Komodo Ca.
22	408	1977	K.N.	49	14	-	-	-	+	+	1,7	1,2,9	Skiröz Ca.
23	411	1977	L.Ü.	38	13	-	-	-	-	-	1,7	1,3,13	Maling Fibröz Histiositozis
24	435	1977	S.Y.	65	12	-	+	+	-	-	1,10,8	1,5,9	Skiröz Ca.
25	443	1977	D.A.	68	16	-	+	+	-	+	1,10	1,2,4,12	Skiröz Ca.
26	480	1977	U.M.	64	13	-	+	+	-	-	1,7,10	1,2,3,5,9	Skiröz Ca.
27	495	1978	K.N.	35	12	-	+	+	-	-	1,7,10	1,3,11	İnf. Komodo Ca.
28	499	1978	B.G.	37	11	-	+	+	-	-	1,7,8	1,3,9	Lobüler Ca.
29	500	1978	G.K.	37	16	-	+	+	-	-	1,5,8	1,2,3	Skiröz Ca.
30	514	1978	İ.N.	60	12	-	-	-	-	-	1,5	1,5,12	Lobüler Ca.
31	520	1978	G.H.	45	13	-	+	+	+	-	7,5	5,9,3	Skiröz Ca.
32	530	1978	Y.S.	66	13	-	+	+	+	-	1,10	1,3,9	Medüller Ca.
33	537	1978	Ç.A.	40	15	-	-	-	+	-	1,7	1,8,9	Skiröz Ca.
34	539	1978	K.F.	45	13	-	-	-	+	-	1,7,8	1,2,9	Skiröz Ca.
35	541	1978	N.G.	48	13	+	+	+	-	-	1,10	1,3,11	Noninf. Komodo Ca.
36	542	1978	U.B.	53	12	-	+	+	+	-	5	5,3,9	Paget's
37	547	1978	G.H.	70	15	+	+	+	-	-	1,5,10	1,5,12	Kolloid Ca.
38	550	1978	Y.N.	31	14	-	+	-	-	+	1	1,3,4,9	Lobüler Ca.
39	554	1978	Ö.S.	50	15	-	-	-	+	-	1,7,10	1,2,9,12	Skiröz Ca.
40	556	1978	Ş.M.	55	14	-	+	+	-	-	1,10	1,2,11	Papiller Ca.
41	570	1978	E.H.	50	18	-	+	+	-	-	1,5	1,5,9	İnf. Komodo Ca.
42	574	1978	K.S.	65	13	-	+	+	+	-	1,4,10	1,2,3,5,9	Skiröz Ca.
43	582	1978	T.Ş.	53	14	-	+	+	-	-	8	3,9	Kolloid Ca.
44	584	1978	V.A.	56	13	+	+	+	+	-	1,5	1,5,3,2	Skiröz Ca.
45	605	1978	D.F.	56	11	-	+	+	-	-	4,5,10	4,5,8,9	Skiröz Ca.
46	623	1978	K.H.	44	14	-	+	+	-	+	6,5	3,5,9	Skiröz Ca.
47	682	1978	B.N.	51	13	-	+	+	-	-	5	1,3,5	Medüller Ca.
48	686	1978	Ö.F.	62	13	-	+	+	+	+	1	1,2,11	Papiller Ca.
49	688	1978	K.V.	38	16	-	+	+	+	-	7	1,3,12	Medüller Ca.
50	695	1978	Y.F.	66	16	-	+	+	+	-	1,5,10	1,2,5,9	İnf. Komodo Ca.
51	696	1978	K.G.	48	15	-	+	+	-	-	1,8	1,2,4,9	Skiröz Ca.
52	701	1978	D.A.	70	13	-	+	+	+	-	1,10	1,2,3,12	Skiröz Ca.
53	710	1978	A.E.	35	15	-	+	+	+	-	1,7	1,9,11	Skiröz Ca.
54	722	1978	K.S.	55	15	-	+	+	-	+	1,10	1,9,2	Skiröz Ca.
55	723	1978	G.Ş.	62	13	-	+	+	-	-	1,5	1,5,9	İnflamatuvar Ca.
56	730	1979	B.M.	39	12	-	+	+	-	+	7,8	1,9	Papiller Ca.
57	731	1979	Ç.H.	50	17	-	+	+	-	-	1,4,5	1,2,4,5	Skiröz Ca.
58	734	1979	E.M.	47	14	-	-	-	-	-	1,9	1,9,2	Skiröz Ca.
59	742	1979	K.G.	39	14	-	+	+	-	+	7	1,3	İnf. Komodo Ca.
60	746	1979	A.Ş.	32	13	-	+	+	-	-	1	1,2,9	Skiröz Ca.
61	759	1979	Ö.M.	48	11	-	+	+	-	-	1,7	1,11	Lobüler Ca.
62	804	1979	Ç.Ü.	30	13	+	+	+	-	-	1,10	1,3,8,9	İnflamatuvar Ca.
63	807	1979	T.F.	50	13	+	+	+	-	-	1	1,3,5	Papiller Ca.
64	808	1979	Ç.N.	40	12	-	+	+	-	+	1,5,8	1,5,11	İnf. Komodo Ca.
65	822	1979	B.H.	66	15	-	+	+	-	-	1	1,2,3	Skiröz Ca.
66	824	1979	O.N.	48	14	+	+	+	-	-	1,7	1,3,9	Lobüler Ca.
67	828	1979	B.K.	37	13	-	+	+	-	+	7,10	3,9,12	Lobüler Ca.
68	878	1979	U.A.	35	12	+	+	+	+	-	7	1,3,11	Skiröz Ca.
69	879	1979	E.R.	22	15	-	+	+	-	-	4,5,10	1,2,3,4,5	Skiröz Ca.
70	886	1979	S.İ.	57	14	+	+	-	-	-	1	1,2,9	Skiröz Ca.
71	505	1979	B.F.	55	14	-	+	+	-	-	1,10	1,3,9,12	İnflamatuvar Ca.
72	948	1979	M.S.	65	15	-	+	+	-	-	1,7	1,3,9	Papiller Ca.
73	950	1979	S.M.	46	12	-	-	-	+	-	7	13	Skiröz Ca.
74	974	1979	H.M.	29	12	-	+	-	-	-	1,8	1,9	Skiröz Ca.
75	984	1979	E.A.	79	12	+	-	-	-	-	5	3,5,9	Paget's
76	985	1979	E.K.	65	13	-	+	+	-	-	1	1,2,3	Skiröz Ca.
77	1008	1979	A.A.	46	16	-	+	+	-	+	1,7	1,12	İnf. Komodo Ca.

Sıra No	Prot. No	Tarih	Adı Soyadı	Yaş	Menarş	Soy-Geçmişi	Doğum	Emzirme	Hormon	Sigara	KLİNİK BULGU	RADYOLOJİK BULGU	B i o p s i
78	1015	1979	A.H.	65	14	-	-	-	-	-	7	1,3,9	Lobüler Ca.
79	1021	1979	A.H.	65	15	-	-	-	-	-	1	1,3,11	Tübüler Ca.
80	1040	1979	Ö.H.	35	13	+	+	+	-	-	7	1,5,3	Skiröz Ca.
81	1048	1979	S.K.	45	14	+	+	+	-	-	1,7	1,3	Lobüler Ca.
82	1066	1979	A.D.	50	16	-	+	+	+	-	1,4	1,2,4	Skiröz Ca.
83	1069	1979	S.Ş.	60	12	+	-	-	-	-	1,7	1,3	İnf. Papiller Ca.
84	1088	1979	Ç.H.	50	15	-	+	+	-	-	1,4,5,10	1,4,5,9	Lobüler Ca.
85	1092	1979	A.J.	54	14	-	+	+	-	-	1,10	1,3,12	Medüller Ca.
86	1106	1980	G.H.	60	11	-	-	-	-	-	1	1,3	Noninf. Komedo Ca.
87	1118	1980	G.N.	54	14	-	+	+	-	-	1,4,10	1,3,4	Kolloid Ca.
88	1123	1980	E.M.	54	12	-	+	+	-	-	1,5,10	1,3,9,12	Lobüler Ca.
89	1136	1980	D.İ.	52	15	-	+	+	-	+	1	1,3,8	Lobüler Ca.
90	1139	1980	O.N.	38	13	-	-	-	-	-	1	1,3	Papiller Ca.
91	1162	1980	D.F.	65	14	-	+	+	-	-	7	3,11	Noninf. Komedo Ca.
92	1163	1980	V.S.	48	13	-	-	-	-	-	1,5,10	1,3,5,11	İnf. Komedo Ca.
93	1175	1980	B.M.	50	13	+	+	+	-	-	7	3,9	Lobüler Ca.
94	1182	1980	K.G.	75	15	-	+	+	-	-	1,5,10	1,4,5,2,3	Medüller Ca.
95	1190	1980	Ö.R.	54	13	+	+	-	+	-	10	3,9	Skiröz Ca.
96	1191	1980	G.H.	68	13	-	-	-	-	-	1,5,4,10	1,3,4,5,11	İnf. Komedo Ca.
97	1192	1980	A.A.	60	15	-	+	+	-	-	6	5,9	Papiller Ca.
98	1201	1980	E.Y.	31	13	-	-	-	-	-	1	1,2,4	Skiröz Ca.
99	1220	1980	H.G.	55	14	+	-	-	+	-	5	3,5,12	Lobüler Ca.
100	1221	1980	A.S.	47	16	-	+	+	-	-	1,4,5,10	1,4,5,3	Skiröz Ca.
101	1239	1980	Ö.G.	46	15	-	+	+	-	-	1,4,5,8,10	1,4,5,9	Lobüler Ca.
102	1246	1980	B.A.	52	13	-	+	+	-	+	1,4	1,4,11	İnf. Komedo Ca.
103	1250	1980	I.E.	37	14	-	+	+	+	+	1	1,2,9	Skiröz Ca.
104	1258	1980	U.S.	50	12	-	+	+	-	-	5,8,10	3,5,9,12	Lobüler Ca.
105	1278	1980	S.H.	45	17	-	+	+	-	-	1,10	1,2,9	Skiröz Ca.
106	1302	1980	T.D.	27	14	+	+	-	+	-	1	1,3	Noninf. Komedo Ca.
107	1311	1980	T.S.	21	13	+	+	-	-	-	7	1,3	Skiröz Ca.
108	1330	1980	K.E.	42	15	-	+	+	+	-	1,5,10	1,4,5,2	Skiröz Ca.
109	1373	1980	K.Y.	30	13	+	+	+	-	+	1	1,3,9	Skiröz Ca.
110	1377	1980	Ç.Z.	42	13	-	+	+	-	-	1,8	1,2,3,9,12	Skiröz Ca.
111	1392	1980	Ö.B.	36	12	-	+	+	-	-	1,4,5	1,4,5,9	Lobüler Ca.
112	1392	1980	Ö.B.	36	12	-	+	+	-	-	1,5	1,3,5	Medüller Ca.
113	1428	1981	Ş.R.	55	13	-	+	+	-	-	1,4,5	1,4,5,2	Skiröz Ca.
114	1430	1981	A.A.	58	12	-	+	+	-	-	1	1,5	Lobüler Ca.
115	1452	1981	T.H.	73	16	-	+	+	-	-	1,5	1,3,5	Medüller Ca.
116	1467	1981	G.I.	55	12	-	+	+	-	+	1	1,2,3	Skiröz Ca.
117	1485	1981	A.E.	60	13	-	+	+	-	-	4	4,9	Lobüler Ca.
118	1497	1981	Y.G.	36	14	-	+	+	+	-	1,7	1,13	Medüller Ca.
119	1521	1981	A.R.	24	12	-	-	-	-	-	1,10	1,3,11	Komedo Ca.
120	1535	1981	K.F.	47	13	-	+	+	-	-	1,7	1,4,11	Lobüler Ca.
121	1540	1981	K.F.	47	13	-	+	+	-	-	1,7	1,4,11	Lobüler Ca.
122	1556	1981	B.A.	55	11	-	+	+	-	-	1	1,2,3,9	Skiröz Ca.
123	1560	1981	G.M.	56	12	+	-	-	+	-	8	3,9	Lobüler Ca.
124	1572	1981	M.R.	73	10	-	+	+	-	-	8,10	3,9,12	Lobüler Ca.
125	1588	1981	Ş.B.	36	13	-	+	+	-	+	1,4	1,4,3	Skiröz Ca.
126	1608	1981	E.F.	70	14	+	+	+	-	-	10	9,12	Skiröz Ca.
127	1615	1981	E.N.	54	13	-	+	+	+	-	1	1,2,3	Skiröz Ca.
128	1716	1981	Y.H.	33	15	-	+	+	+	-	1,7	1,3,11	İnf. Komedo Ca.
129	1736	1981	U.F.	44	14	-	+	+	-	-	1,4,5,8,10	1,4,5,3,9	Skiröz Ca.
130	1756	1981	A.Y.	72	13	-	+	+	-	-	1,10	1,12	Malign Fibröz Histiositozis
131	1758	1981	K.B.	40	12	-	+	+	-	-	1	1,2	Skiröz Ca.
132	1789	1981	K.H.	51	12	-	+	+	-	-	1,7	1,2,3,4	Skiröz Ca.
133	1824	1981	A.Ş.	47	11	-	+	+	-	+	10	3,9	Lobüler Ca.
134	1863	1981	T.N.	51	12	-	+	+	-	-	1	1,3,12	Medüller Ca.
135	1972	1981	G.B.	61	11	-	+	+	-	-	1,8	1,9,3	Lobüler Ca.
136	2047	1981	G.Ş.	45	14	-	+	+	-	-	7	1,3,9	Skiröz Ca.
137	2109	1981	C.E.	55	13	-	+	+	-	-	1,5,10	1,5,9	Skiröz Ca.
138	2154	1981	T.M.	63	14	-	+	+	-	+	1	1,2	Skiröz Ca.
139	2173	1981	A.Z.	47	14	-	+	+	-	-	1,7	1,3,12	Lobüler Ca.
140	2174	1981	B.N.	66	12	-	+	+	-	-	1,4,5	1,4,5,2	Skiröz Ca.

(1) Kitle
(2) Retraktif fibrozis
(3) Dansite artışı
(4) Deri retraksiyonu
(5) Mamilla retraksiyonu

(6) Akıntı
(7) Ağrı
(8) Peau d'orange
(9) Deri infiltrasyonu
(10) Aksilla ganlionu

(11) Kalsifikasyon
(12) Venöz belirginleşme
(13) Duktal genişleme



RESİM 1 - Kranio-Kaudal



OLCU NO : 1

Adı, Soyadı : K.P.

Prot.No. : 1540

Yaşı : 47

KLİNİK BULGU: Sağ memede şişlik

BIOPSİ: İnfiltratif lobüler Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Fibro kistik hastalık.

RESİM 2 - Medio-Lateral



RESİM 3 - Kranio-Kaudal



OLCU NO : 2

Adı, Soyadı : D.F.

Prot.No. : 1162

Yaşı : 65

KLİNİK BULGU: Sol memede sertlik

BIOPSİ: İnfiltratif komedo Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Duktal belirginleşmeler

RESİM 4- Medio-Lateral



RESİM 5- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 3
Adı, Soyadı : G.A.
Prot.No. : 229
Yaşı : 26
KLİNİK BULGU: Sağ memede şişlik ve ağrı

BIOPSİ: İnfiltratif papiller Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ meme üst dış kad-
ranında fındık büyük-
lüğünde kitle. Fibroadenom.

RESİM 6- Medio-Lateral



RESİM 7- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 4

Adı, Soyadı : H.A.

Prot.No. : 12

Yaşı : 50

KLİNİK BULGU: Sağ meme başından kanlı akıntı

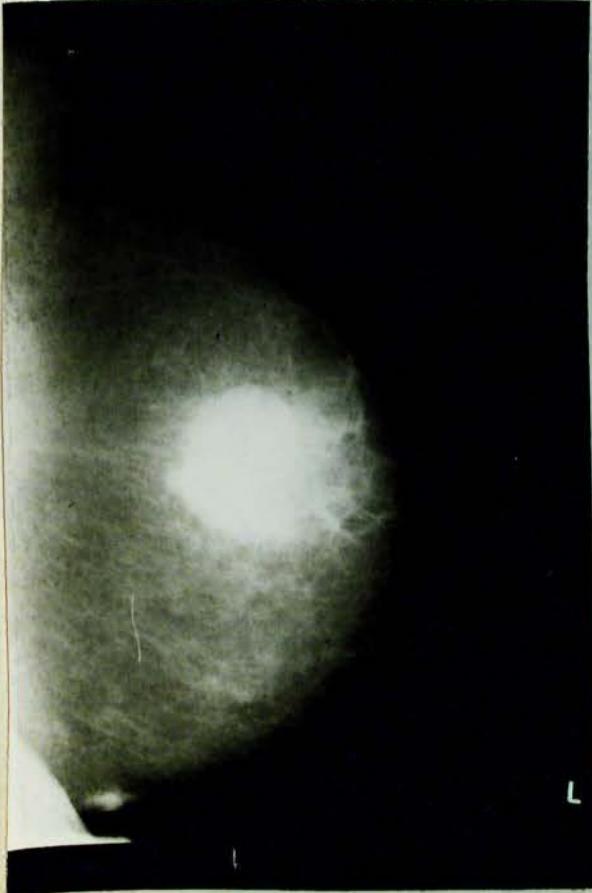
BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Introductal papillom.

RESİM 8- Medio-Lateral



RESİM 9- Kranio-Kaudal



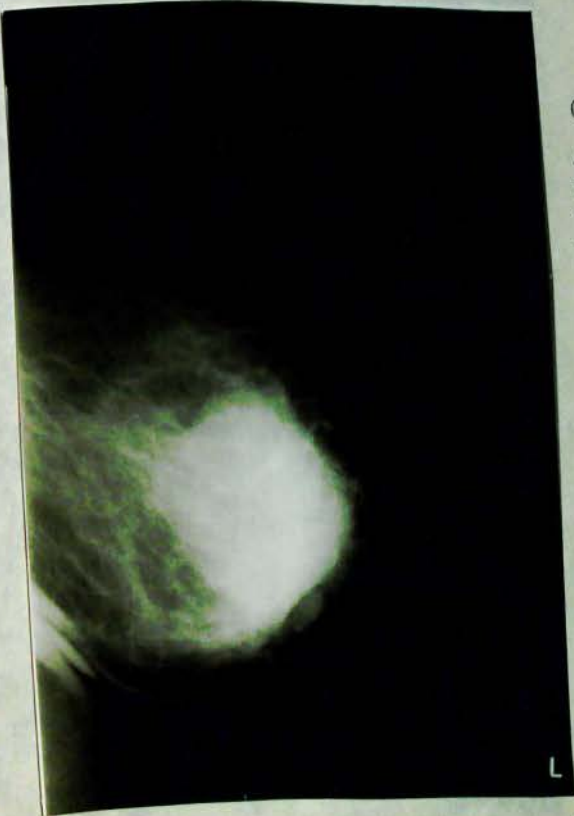
OLCU NO : 5
Adı, Soyadı : A.Y.
Prot.No. : 1756
Yaşı : 72
KLİNİK BULGU: Sol memede şişlik

BIOPSİ: Malign fibröz histiostozis
RADYOLOJİK BULGU: Sol memede tümöral
kitle, damar be-
lirlenmesi malignite.

RESİM 10- Medio-Lateral



RESİM 11- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 6

Adı, Soyadı : F.Ü.

Prot.No. : 218

Yaşı : 78

KLİNİK BULGU: Sol memede sertlik

BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede kitle,
mamilla retraksiyonu.

RESİM 12- Medio-Lateral



RESİM 13- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 7

Adı, Soyadı : N.K.

Prot.No. : 99

Yaşı : 52

KLİNİK BULGU: Sağ memede sertlik

BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede multipl
sertlikler ve mikro-
kalsifikasyonlar

RESİM 14 - Medio-Lateral



RESİM 15- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 8

Adı, Soyadı : H.Ç.

Prot.No. : 731

Yaşı : 50

KLİNİK BULGU: Sol memede sertlik, meme başında çekilme

BIOPSİ: İnfiltratif Skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede kitle mamilla ve deri retraksiyonu.

RESİM 16- Medio-Lateral



RESİM 17- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 9

Adı, Soyadı : Ş.T.

Prot.No. : 582

Yaşı : 53

KLİNİK BULGU: Sol memede sertlik.

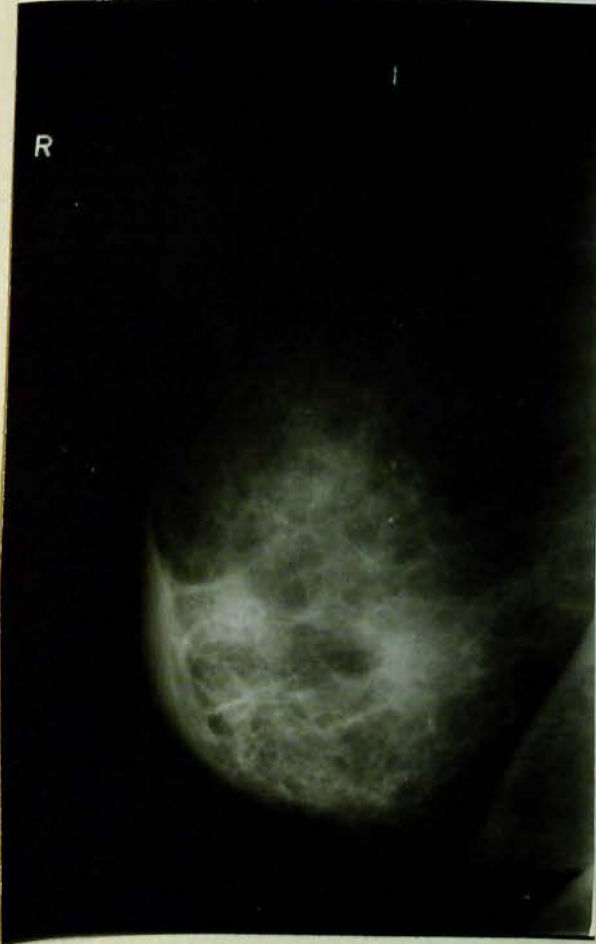
BIOPSI: İnfiltratif kolloid Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede sertlik,
peau d'orange

RESİM 18- Medio-Lateral



RESİM 19- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 10

Adı, Soyadı : F.D.

Prot.No. : 605

Yaşı : 56

KLİNİK BULGU: Sağ aksillada ağrı

BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede peau d'orange ve mamilla retraksiyonu.

RESİM 20- Medio-Lateral



RESİM 21- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 11
Adı, Soyadı : S.E.
Prot.No. : 172
Yaşı : 65
KLİNİK BULGU: Sol memede ağrı

BIOPSİ: İnfiltratif komedo Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Mamilla, retraksiyonu,
kitle, makro ve mikro
kalsifikasyonlar

RESİM 22- Medio-Lateral



RESİM 23- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 12

Adı, Soyadı : S.T.

Prot.No. : 235

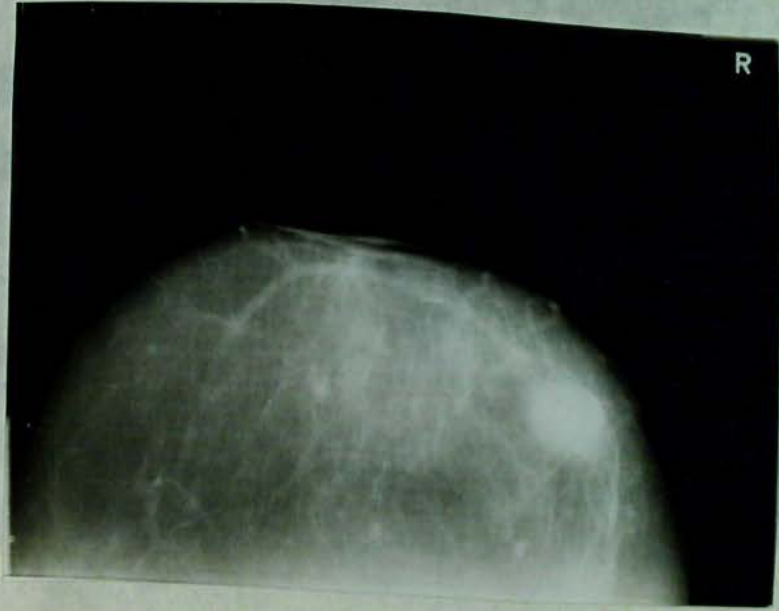
Yaşı : 59

KLİNİK BULGU: Sol aksillada sertlik

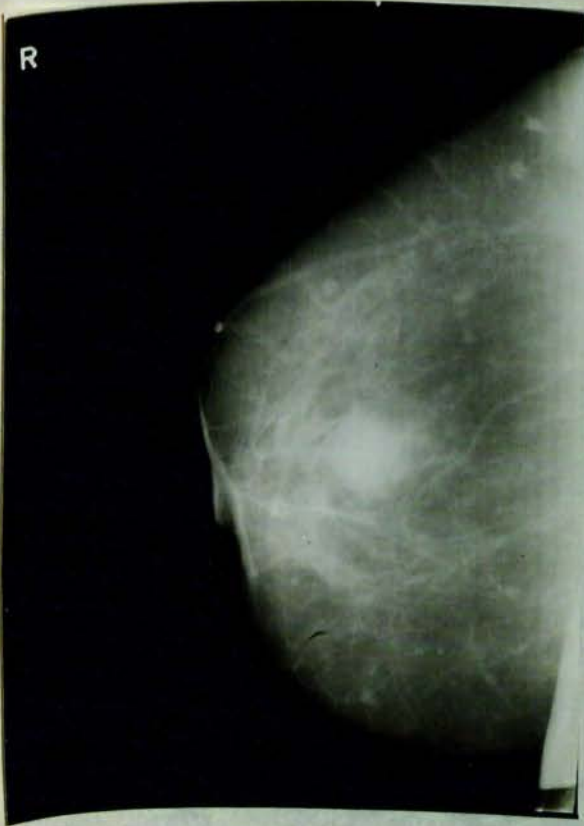
BIOPSİ: İnfiltratif lobüler Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Deri retraksiyonu.

RESİM 24- Medio-Lateral



PESİM 25- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 13

Adı, Soyadı : S.K.

Prot.No. : 722

Yaşı : 55

KLİNİK BULGU: Boynunda ganglion

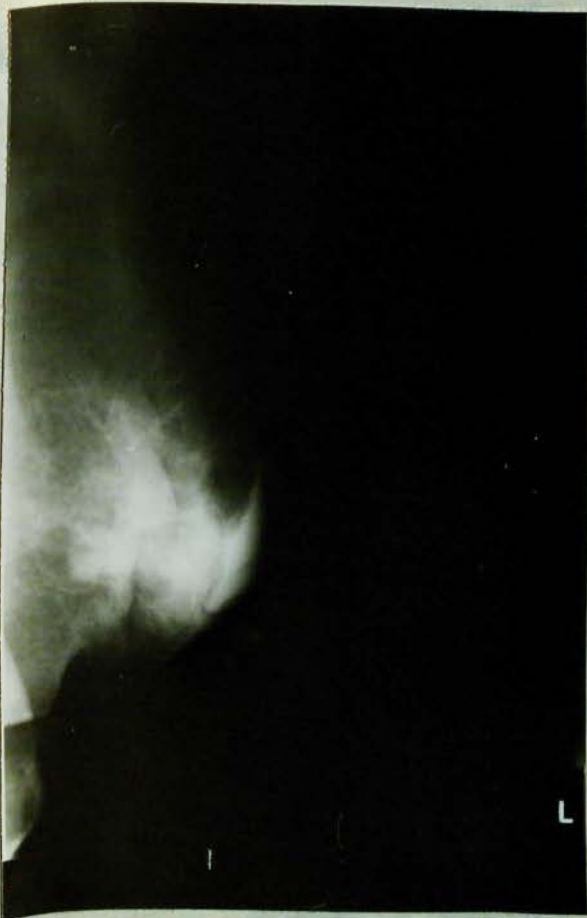
BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede multipl kitleler, venlerde genişleme.

PESİM 26- Medio-Lateral



RESİM 27- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 14

Adı, Soyadı : Ş.K.

Prot.No. : 314

Yaşı : 73

KLİNİK BULGU: Sol memede sertlik

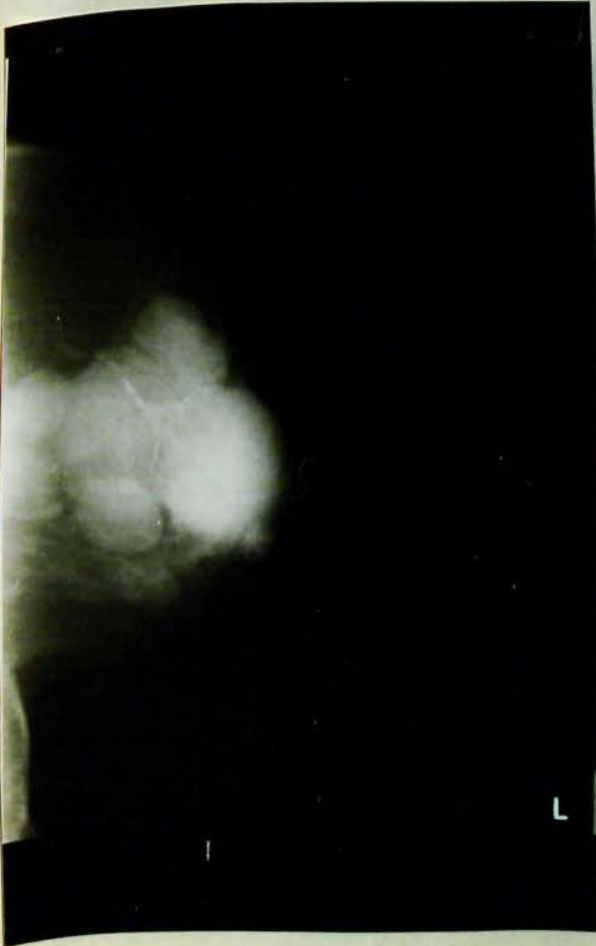
BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Memede sertlik, mamilla ve deri retraksiyonu.

RESİM 28- Medio-Lateral



RESİM 29- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 15

Adı, Soyadı : H.A.

Prot.No. : 1021

Yaşı : 65

KLİNİK BULGU: Sol memede şişlik, ağrı

BIOPSİ: Tübüler Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede polilobüler kitle, arter kalsifikasyonu.

RESİM 30- Medio-Lateral



RESİM 31- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 16

Adı, Soyadı : H.P.

Prot.No. : 1452

Yaşı : 73

KLİNİK BULGU: Sağ memede sertlik

BIOPSİ: İnfiltratif medüller Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede kitle,
mamillada retraksiyon,
retraktil fibrozis.

RESİM 32 - Medio-Lateral



RESİM 33- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 17

Adı, Soyadı : R.M.

Prot.No. : 1572

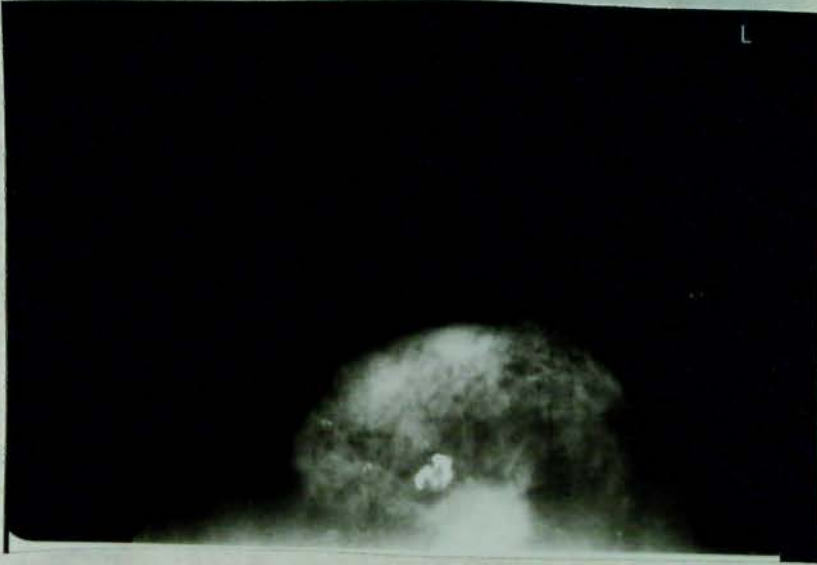
Yaşı : 73

KLİNİK BULGU: Sol kolda ağrı

BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede kitle

RESİM 34 - Medio-Lateral



RESİM 35- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 18

Adı, Soyadı : M.E.

Prot.No. : 1123

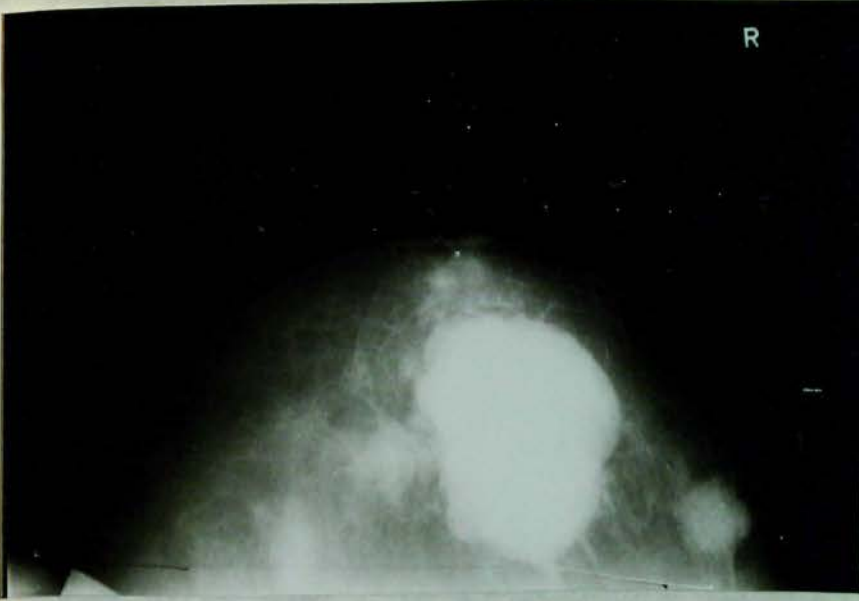
Yaşı : 54

KLİNİK BULGU: Sol memede şişlik, ağrı.

BIOPSİ: İnfiltratif lobüler Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede kitle,
mamillada retraksiyon,
makro ve mikro kal-
sifikasyonlar

RESİM 36- Medio-Lateral



RESİM 37- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 19

Adı, Soyadı : N.T.

Prot.No. : 1863

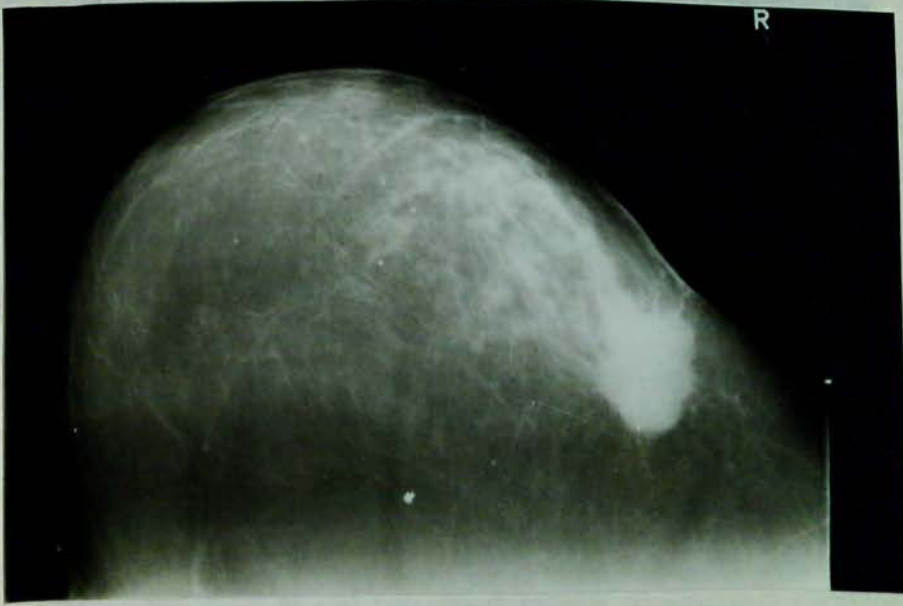
Yaşı : 51

KLİNİK BULGU: Sol memede kitle

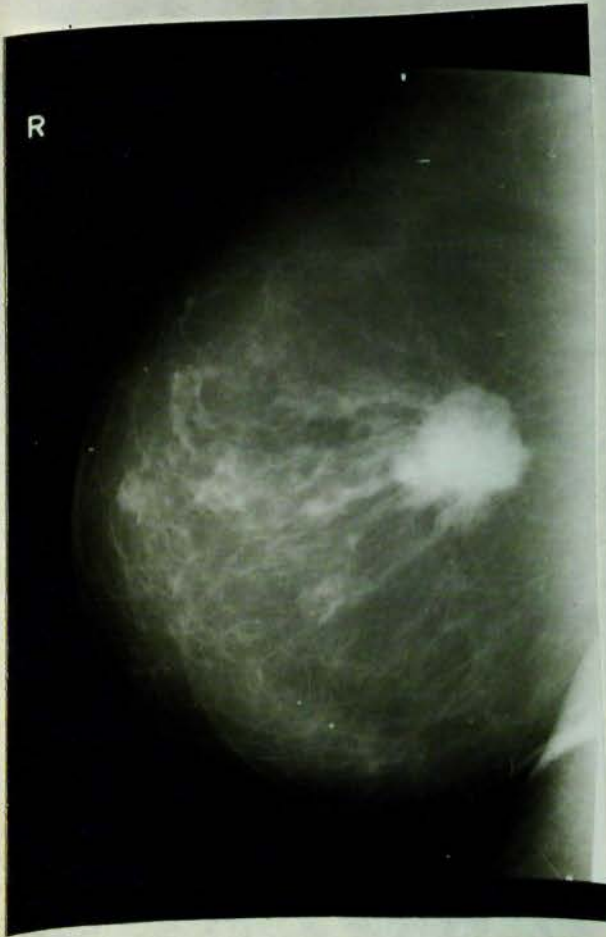
BIOPSİ: İnfiltratif medüller Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede lobüler kitle, satellit kit-
leler.

RESİM 38- Medio-Lateral



RESİM 39- Kranio-Kaudal



OLGU NO : 20
Adı, Soyadı : S.Ş.
Prot.No. : 1069
Yaşı : 60
KLİNİK BULGU: Sağ memede sertlik

BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede kitle, retraktıl fibrozis, deri retraksiyonu.

RESİM 40- Medio-Lateral



RESİM 41- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 21

Adı, Soyadı : G.B.

Prot.No. : 1972

Yaşı : 61

KLİNİK BULGU: Sağ memede sertlik

BIOPSI: İnfiltratif lobüler Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Deri kalınlaşması,
mamillada retraksiyon.

RESİM 42- Medio-Lateral



RESİM 43- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 22

Adı, Soyadı : A.A.

Prot.No. : 1008

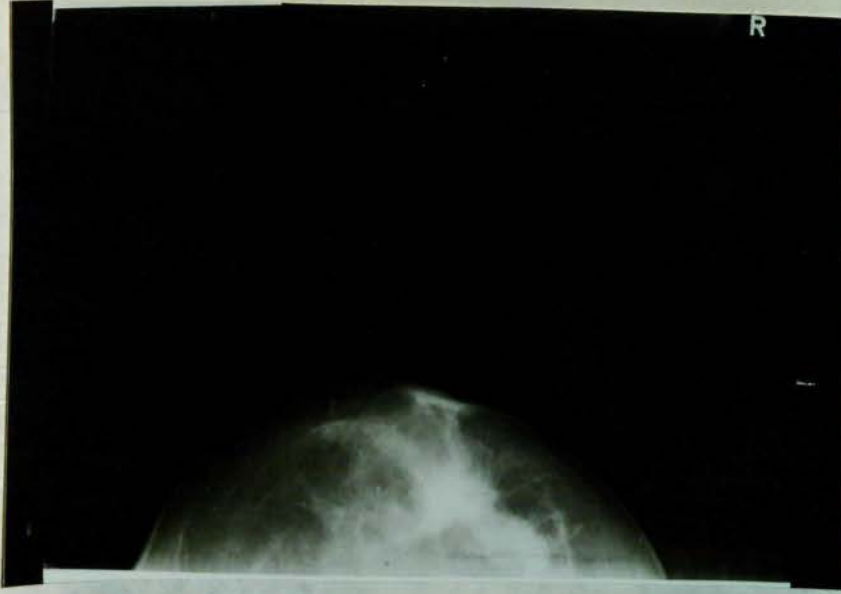
Yaşı : 46

KLİNİK BULGU: Sol memede şişlik

BIOPSİ: İnfiltratif komedo Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede kitle,
fibro kalsifikasyon-
lar.

RESİM 44- Medio-Lateral



RESİM 45- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 23

Adı, Soyadı : L.A.

Prot.No. : 9

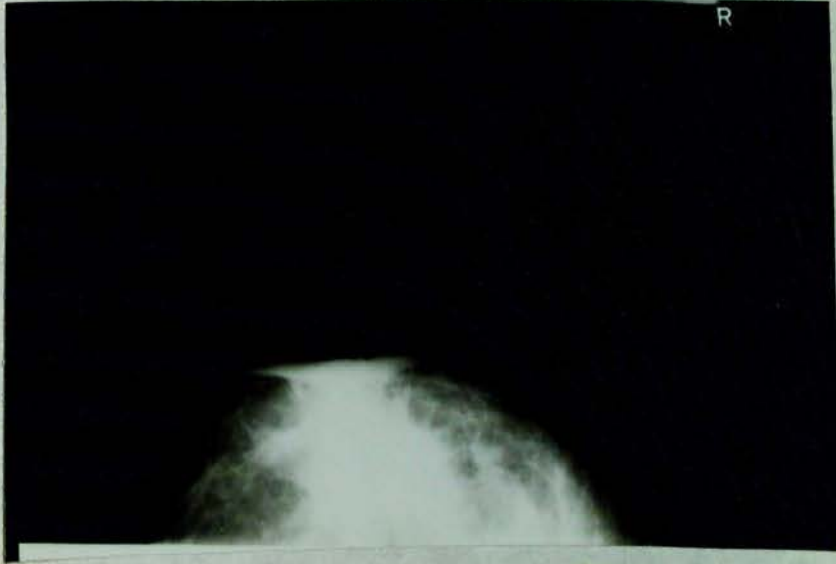
Yaşı : 35

KLİNİK BULGU: Sağ memede sertlik

BIOPSİ: İnfiltratif skiröz Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sağ memede kitle,
mamilla ve deri retraksiyonu.

PESİM 46- Medio-Lateral



RESİM 47- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 24

Adı, Soyadı : N.S.

Prot.No. : 347

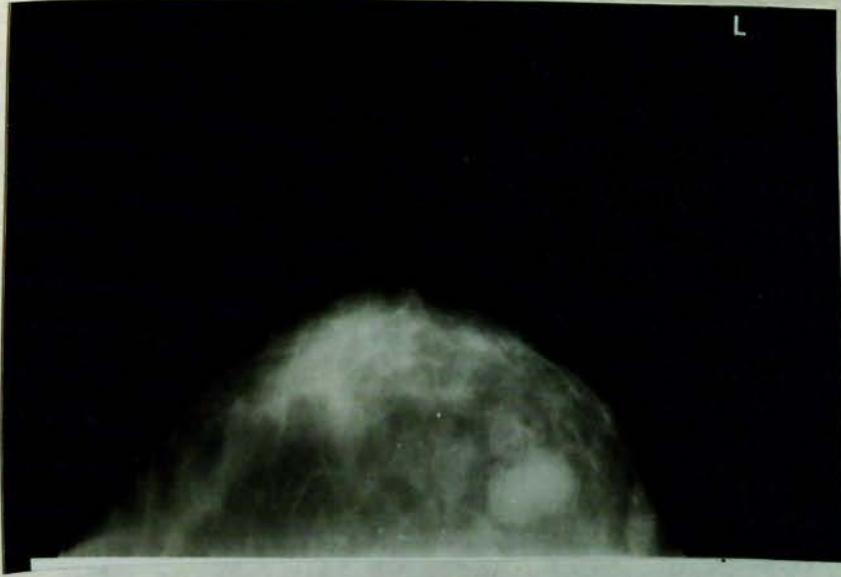
Yaşı : 71

KLİNİK BULGU: Sağ memede ağrı, kızarıklık.

BIOPSİ: İnfiltratif lobüler Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Mamilla ve deri retraksiyonu, deride kalınlaşma, kitle.

RESİM 48- Medio-Lateral



RESİM 49- Kranio-Kaudal



OLCU NO : 25

Adı, Soyadı : Ü.Ç.

Prot.No. : 804

Yaşı : 30

KLİNİK BULGU: Sol memede sertlik

BIOPSİ: İnfilamatuvar Ca.

RADYOLOJİK BULGU: Sol memede kitle,
dansite artışı.

RESİM 50- Medio-Lateral

TARTIŞMA

Meme kanseri insidensi konusunda verilen rakamlar genellikle geniş kapsamlı taramalar sonucunda edilmiş olup % 5-7 arasında değişmektedir(2,7,8,9,21,22,37). Biz kliniğimizde yapmış olduğumuz çalışmada 2.370 kadın hastadan 140 tanesinde (% 5,9) meme kanseri saptadık. Bu rakam meme kanseri insidensi konusunda bir bilgi vermekten uzaktır. Çünkü biz klinik şikayetleri olup, bize başvuran kadınlar arasında bu rakamı bulduk. Oysa literatürdeki sonuçlar şikayeti olsun ya da olmasın büyük gruplarda yapılan taramalar sonucu elde edilmiştir.

Meme kanseri için yaş önemli bir risk faktörü olarak belirtilmekte ve 31-40 yaş arası ve 51 yaşın üzerinde artma eğiliminde olduğu söylenmektedir(2,9,12,18,22,31,34). Olgularımızın verdikleri anamnezlere göre 31 yaşından sonra meme kanseri görülme oranı yükselmektedir. 31-50 yaşlar arasında yükselme hızı düşmekte ve 51 yaşından sonra tekrar tırmanmaya başlamaktadır. Sonuçlarımız literatür ile uyum göstermektedir. Bu sonuçlara göre yaş meme kanseri için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilebilir (Tablo 3).

Menarş yaşı son yıllarda oldukça sık olarak risk faktörü olarak belirtilmektedir(2,22,7,28,31,34,43). Genellikle yapılan araştırmalarda 13 ve daha aşağı yaşlar erken menarş ve 14 ve daha yukarı yaşlar geç menarş yaşı olarak kabul edilmektedir(43). Çalışmamızda erken menarş olanların % 6,84

ünde ve geç menarş olanların % 4,96'sında meme kanseri saptadık. Bu bulgularımız menarşın meme kanserine etkisi konusunda anlamlı bir netice vermemektedir (Tablo 4).

Soygeçmişinde kanser bulunan kadınlarda meme kanseri riskinin daha yüksek olduğu söylenmektedir(2,5,8,15,18,22,31,40). Özellikle anne ya da kız kardeşinde meme kanseri bulunan kadınlarda bu riskin daha da çok arttığı belirtilmektedir(2,8,18,22,31). Bir araştırmada da soygeçmiş anamnezinin tek başına yeterli olamayacağı söylenmektedir(5). Araştırmamızda soygeçmişinde kanser bulunan kadınların % 9,92'sinde ve soygeçmişinde kanser bulunmayan kadınları ise % 5,40'ında meme kanseri saptadık. Bu sonuç geçmişinde kanser anamnezi bulunan kadınlarda meme kanseri riskinin anlamlı şekilde arttığını göstermektedir.(Tablo 5).

Doğum yapma ile meme kanseri arasındaki ilişki konusunda literatürde farklı düşünce ve sonuçlar belirtilmektedir(15,18,37,40,43,48). Bir kısım yazarlar sadece doğum yapmış olmanın bir etken olamayacağını, ilk doğumun yapıldığı yaşın daha önemli olduğunu belirtmektedirler(21,41,43,48). Araştırmamızda doğum yapan olgularımız arasında % 5,71 oranında ve doğum yapmamış olgularımız arasında ise % 7,12 oranında meme kanseri saptadık. Aradaki fark anlamlı bir fark olarak kabul edilmemektedir (Tablo 6).

Laktasyonun meme kanseri üzerine etkisi konusunda da literatürde çelişkili yayınlar yapılmaktadır(2,8,31,37,41,48). Bu konuda ancak düzenli ve uzun süreli emzirmelerde meme kanseri riskinin azaldığı ileri sürülmektedir(6). Kliniğimizde çocuklarını 6 aydan çok emziren kadınlar arasında % 5,6 ve daha az ya da hiç emzirmeyenler arasında % 7,47 oranında meme kanseri saptadık. Bu sonuçlara göre emzirme ile meme kanseri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (Tablo 7).

Hormonların meme kanseri üzerine etkileri konusunda çok geniş kapsamlı çalışmalar yapılmaktadır(1,2,7,22,29,38,48,50). Ancak literatürde daha çok endojen hormonlar üzerinde durulmaktadır(29,37,38,50). Eksojen hormonlar konusunda gelişikili yayınlar mevcuttur(2,5,7,8,23). Kliniğimizde sadece eksojen hormon kullanımı konusunda ve anamnezlere dayanan bir araştırma yaptık ve hormon kullananlar arasında % 10,22 oranında ve kullanmayanlar arasında ise % 5,25 oranında meme kanseri saptadık. Bu sonuçlara göre hormon kullananlarda meme kanseri riski anlamlı şekilde yükselmektedir (Tablo 8).

Şimdiye kadar yapılan yayınlarda sigara ile genel anlamda kanser arasında anlamlı bir ilişki olduğu yazılmaktadır(8,22). Ancak meme kanseri ile sigara arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda bir yayın bulamadık. Kliniğimizde yaptığımız araştırmada bu konuya bir açıklık getirebilmek amacıyla hastalarımızın sigara kullanıp kullanmadıklarını saptamaya çalıştık. Sonuçta sigara kullanan kadınlarda % 9,12 ve kullanmayanlar arasında ise % 5,82 oranında kanser olgusu saptadık. Karşımıza çıkan bu anlamlı fark nedeniyle sigaranın meme kanseri riskini artırdığını söylemek olanaksız olmakla beraber bu konudayapılacak geniş kapsamlı araştırmaların bu konuda bir fikir verebileceğini düşünmekteyiz (Tablo 9).

Radyolojik olarak saptanabilen meme kanserlerinin histopatolojik ayrıntılarına girmek genellikle mümkün olmamaktadır. Ancak infiltratif tipte olanlarda radyoloji ile kısmen tanı koyma olanağı mevcuttur (Olgu 9, 10, 21, 24). Histopatolojik olarak en sık finfiltre duktal kanserler görülmektedir(2,8,22,35,44,45). Bunlar arasında da skiröz kanserler en sık görülmektedir(2,8,44). Biz de çalışmalarımızda en sık duktal kanserlere rastladık (% 77,85). Bunlar arasında skiröz kanserler % 35 oranında görülmüştür (Olgu 10, 23). Ayrıca lobüler kanserler en sık rastlanan ikinci büyük grubu oluşturmakta ve genellikle infiltratif tipte ortaya çıkmaktadırlar

(Olgu 18, 24). Olgularımız arasında bunlardan başka 2'şer adet Paget's hastalığı ve malign fibröz histiositozis (Olgu 5) saptanmıştır (Tablo 10).

Olgularımızda klinik bulgulara oldukça değişik oranlarda rastladık (Tablo 10). Klinik muayene sonuçlarında en sık rastladığımız bulgu kitle (% 78,57) oldu (Olgu 5, 6, 8, 15, 19, 25). Hastalarımıza uyguladığımız aksilla palpasyonu sonucunda % 48,57 oranında aksilla ganglionu saptadık. Bunlardan başka % 46,42 olgumuzda mamilla retraksiyonu (Olgu 6, 8, 11, 14), % 32,14 olgumuzda (Olgu 8, 14, 20) deri retraksiyonu ve % 19,28 olgumuzda ise (Olgu 9, 10, 21) deri infiltrasyonu saptadık (Tablo 10). Saptadığımız bu klinik bulgular oldukça yüksek orandadır. Ancak hastalarımız genellikle klinisyen tarafından memede kitle ve ağrı bulguları ile gönderilmişler ve çok az olguda kanser tanısı klinik olarak konmuştur.

Radyolojik olarak saptadığımız bulgular ise klinik bulgulardan daha farklı ve daha kesindir. Mammografilerin değerlendirilmesinde gerek primer ve gerekse sekonder bulgular oldukça önemli rol oynamaktadır. Genellikle filmlerde primer odak karşımıza açık olarak çıkmaktadır. Bunun sonucu olarak klinik palpasyon ile saptanamayan 10 adet kitle (% 7,14) radyolojik olarak saptanmıştır (Olgu 12, 17). Çok küçük olan bazı primer odakları genç ve yoğun meme yapıları arasında ayırtetmek güç olabilir. Bu tür olguların değerlendirilmesinde sekonder bulgular oldukça önemli katkılarda bulunmaktadır(49). Diğer taraftan daha yaşlı hastalarda ve yağ involüsyonuna uğramış memelerdeki primer odakları saptamak ve erken tanıya gitmek oldukça kolaydır (5, 6, 8, 15, 19, 25 no'lu olgular). Bazen konturları silik olabilen kitleleri çevre doku ile arasındaki büyük dansite farkları ile ayırtetmek mümkündür (Olgu 6, 22). Primer radyolojik bulguların en önemlile-

rinden birisi olan ve % 62,90 oranında gördüğümüz retraktıl fibrozis (Olgu 8, 16, 20) çevre dokuların tümör merkezine karşı bir reaksiyonudur(49). Kitle ve retraktıl fibrozisten başka primer lezyon olarak % 40,90 oranında peritümöral ödem (Olgu 6, 22) ve % 25 oranında malign kalsifikasyon(7,17,18) saptandı (Tablo 11).

Radyolojik değerlendirilmelerde yine önemli bulgular olarak özellikle mamilla ve deri üzerindeki değişmeler dikkati çekmektedir(3,49). Bunlar arasında mamilla retraksiyonu % 50,71 oranında saptandı (Olgu 8, 10, 11, 14). Mamillanın içe çekik olması değişik nedenlere bağlı olmaktadır(49). Bazı kadınlarda konjenital olarak, yapısal özellik sonucu mamillalarda içe çekiklik bulunabilmektedir. Ayrıca, çeşitli enfeksiyonlardan sonra örneğin, emzirme esnasında görülen laktasyon mastitlerinden sonra, ya da bazı fibröz reaksiyonlardan sonra mamillalarda retraksiyon görülebilmektedir. Bu nedenle mamilla retraksiyonlarının değerlendirilebilmesi için hastanın anamnezi ve geçirmiş olduğu meme hastalıkları önemlidir. Buna rağmen meme kanserlerinin en önemli belirtilerinden birisi mamilla retraksiyonudur(3,49). Mamilla retraksiyonu özellikle arkasındaki tümörden retroareolar bölgeye ve memenin derin dokularına fibrozis gelişmesiyle birlikte olmakta ve bu durumda tanıya gitmek daha kolay ve kesin olmaktadır (Olgu 8, 11, 14).

Deride görülen başlıca değişiklikler, deride kalınlaşma, dansite artışı, deri altı yağ dokusunun kaybolması, dışa itilme ve içeri çekilme gibi şekil değişiklikleri olarak sayılabilir. Bunlar arasında deri retraksiyonu en ön planda gelmektedir. Ancak burada da hastanın vereceği anamnez önem kazanmaktadır. Çünkü çeşitli enfeksiyonlardan sonra, post-operatuvar yapışıklıklarda ve bazı benzeri durumlarda memede deri retraksiyonu görülebilir. Bu nedenle mammografik değerlendirmede hastanın anamnezi ve diğer malignite bulguları

birlikte ele alınmalı ve tanıya gidilmelidir(3,49). Olgularımız arasında % 37,85 oranında deri kalınlaşması (Olgu 14, 21, 24) % 32,14 oranında deri retraksiyonu (Olgu 8, 11, 14) saptadık. Sekonder bulgular arasında % 35,71 oranında gördüğümüz venöz belirginleşme (Olgu 11, 13) tek başına bir anlam taşımamaktadır. Çünkü bazı selim lezyonlarda da damarlanmada artış görülebilmektedir. Venöz dolgunluk diğer malignite bulguları ile birleştiği zaman önemli olmaktadır.

Histopatolojik olarak meme kanseri tanısı verifiye edilen 140 olgumuzdan 129 tanesinde (% 92,14) radyolojik olarak malignite bulunmuştur. Sadece 11 olgumuzda (% 7,86) maligniteye karar verilememiş ve selim lezyon düşünülmüştür. Bu olgulardan 5 tanesine (% 3,57) fibrokistik hastalık (Olgu 1), 2 tanesinde (% 1,43) fibroadenom (Olgu 3), 2 tanesinde (% 1,43) intraduktal papillom (Olgu 4) ve yine 2 tanesinde (% 1,43) duktal ektazi (Olgu 2) düşünülmüştür. Bu sonuçlar mammografinin tanı değeri hakkında oldukça kesin bir bilgi vermektedir. Literatürde mammografinin tanı oranını yükseltmek için klinik muayene ile birlikte değerlendirilmesinin önemi açıkça belirtilmektedir(8,10,25,26,31,46). Biz de mammografik tetkiklerini yaptığımız 2.370 kadın hastanın klinik muayenelerini de yaptık ve kesin tanı oranımızı yükseltmeye çalıştık. Sonuçta tanıda % 90'ın üzerinde başarı sağladık.

S O N U Ç

Meme kanseri etyolojisinde yaş, soygeçmişe ait özellikler, eksojen hormon kullanımı araştırdığımız etkenler arasında en dikkati çekenlerdir. Bunların dışında doğum, emzirme, erken menarş da araştırılmış, ancak anlamlı bir etkileri olduğu saptanamamıştır. Yaş, soygeçmişinde kanser bulunması ve hormon kullanımı ise meme kanseri riskini anlamlı derecede artırmaktadır.

Meme kanserleri en sık duktuslardan kaynaklanmaktadır (Tablo 12). Daha az oranda lobüler kanserler görülmekte ve bundan sonra Paget's hastalığı üçüncü sırayı almaktadır. Duktal kanserler arasında habaset oranı yüksek olan skiröz kanserler en sık görülmektedir.

Meme kanserlerinin tanısını en kolay olarak mammografi ile yapmanın mümkün olduğu görülmektedir. Mammografi ile % 92'nin üzerinde kesin tanı konabildiği görülmektedir. Radyolojik bulguların dikkatle değerlendirilmesi ve klinik muayene ile birleştirilmesi durumunda tanı oranı yükseltmektedir.

Çalışmamızda bize başvuran hastaların hastalık süreleri oldukça uzun bulunmuştur. Bu nedenle olgularımız arasında açıkça gelişmiş olan ve radyolojik olarak kolaylıkla tanı konabilen olgu sayısının yüksek olduğu görülmektedir. Oysa meme

kanserlerinde erken tanı konduğu zaman tedavide oldukça yüz güldürücü sonuçlar alınabilmektedir. Mammografinin de preklinik dönemde meme kanserini yakalamak ve etrafa infiltre olmadan tanı koyma özelliği mevcuttur.

Bu nedenle yaptığımız bu çalışma ile bir kez daha mammografi üzerine dikkati çekmek, erken tanı koyma özelliklerini vurgulamak ve bu şekilde klinik tanıya ve tedaviye yardımcı olmak nitelikleri üzerinde durmaya çalıştık.

Ö Z E T

Meme kanserinin etyolojik ve radyolojik özellikleri İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Bilim Dalı'nda 2.370 hasta arasında saptanan 140 olgu ve konuyla ilgili literatür gözden geçirilerek incelendi. Tanı yöntemi olarak klinik muayene ve mammografi kullanıldı. Olguların etyolojik, radyolojik ve histopatolojik bulguları gözden geçirildi. Klinik bulgular ile radyolojik bulgular karşılaştırılarak literatür ile tartışıldı. Mammografinin erken ve doğru tanıya katkısı ve tanı değeri ispatlanmaya çalışıldı.

KAYNAKLAR

- 1- Alican,F.: Meme Kanseri, İstanbul, 1981.
- 2- Baker,R.: Current Trends in the Management of Breast Cancer Balliera, Tindall, London, 1977.
- 3- Berk,U., Işıkman,E., Sümer,H.: Klinik Radiodiagnostik, Cilt I, Ankara, 1981.
- 4- Betsill,W.L., Byrd,B.F., Hartman,W.H.: Breast Cancer Report. Cancer 36:305-307, 1975.
- 5- Black,M.M., Kwon,C.S.; and et all.: Family history and oral contraceptives; Unique Relationships in Breast Cancer Patients. Cancer 46:2747-2751, 1980.
- 6- Cohen,P., Dix,D.: Lactation and Breast Cancer are they Unrelated. Evrop J. Cancer Vol.: 17, 259-260, 1981.
- 7- Cole,P.: Major Aspects of the Epidemiology of Breast Cancer, Cancer 46:865-867, 1980.
- 8- del Regato,J.A., Spjut,H.J.: Cancer, diagnosis, treatment and prognosis. Fifth edition. The C.V.Mosby Company, St Louis, 1977.

- 9- Donegan, W.L.: Epidemiology In.: W.L. Donegan and J.J. Spratt (Eds.), Cancer of the Breast. Second Edition, W.B. Saunders Philadelphia, 1979, 448-463.
- 10- Egan, R.L.: Mammographic Detection of Early Breast Cancer. Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys. 1977, vol. 2, pp. 743-746.
- 11- Egan, R.L.: Breast Cancer mammography patterns. Cancer, 40:2087-2090, 1977.
- 12- Egeli, R.A., Urban, J.A.: Mammography in Symptomatic women 50 years of age and under, and those over 50. Cancer, 43: 878-882, 1979.
- 13- Fisher, B., Wolmark, N.: New concepts in the management of primary Breast Cancer. Cancer, 36:627-633, 1978.
- 14- Fisher, E.R., Fisher, B.: Relationship of Pathologic and some Clinical Discriminants to the Spread of Breast Cancer, Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys. 1977, Vol. 2, pp. 747-750.
- 15- Frankl, G., Ackerman, M.: Risk Factors and Occult Breast Cancer in Young Women, A.J.R., 132:427-428, March, 1979.
- 16- Freund, H., Maydovnik, M., and et al.: Paget's disease of the breast. Journal of Surgical Oncology, 9:93-98, 1977.
- 17- Golinger, R.C., and et al.: The Significance of Concordance in Mammographic Interpretations. Cancer, 44:1252 - 1255, 1979.
- 18- Haagensen, C.D.: Diseases of the Breast. Second Edition, W.B. Saunders Comp. Philadelphia, 1971.

- 19- Hainline, S., Myers, L., and et all.: Mammographic Patterns and Risk of Breast Cancer. AJR: 130:1157-1158, June, 1978.
- 20- Hayward, J.: Contraceptive Steroids and Breast Cancer (In): N. Thatcher, Gynecological Cancer Vol.: VIII, 1978, 21-25.
- 21- Hoeffken, W., Lanyi, M.: Mammography Technique, Diagnosis, Differential Diagnosis, Results, Stuttgart, 1977.
- 22- Holland, J.F., Frei, III, E.: Cancer Medicine. Second Edition. Philadelphia, 1982.
- 23- Lewison, E.F.: Role of Exogenous Estrogens. In: B.A. Stoll (Ed.). Risk Factors in Breast Cancer, Vol.: 2, William, Heineman Medical Books, London, 1976, 67-70.
- 24- Lubin, J.H., Burns, P.E., and et all.: Dietary Factors and Breast Cancer Risk. Int.J.Cancer: 28, 685-689, 1981.
- 25- Lundgren, B., Jakobsson, S.: Single View Mammography. Cancer, 38:1124-1129, 1976.
- 26- Martin, J.E., Moskowitz, M., Milbrath, J.R.: Breast Cancer Missed by Mammography. AJR, 132:737-739, May 1979.
- 27- Maskar, Ü.: Histoloji, İstanbul, 1969.
- 28- MacMahon, B., et all.: Age at Menarche, Probability of Ovulation and Breast Cancer Risk. Int.J.Cancer 29; 13-16, 1982.
- 29- Mc Guire, W.L., Costlow, M.E., Chamness, G.C.: Prolactin Receptors in Experimental Breast Cancer Workshop Human Prolactin. Amsterdam, The Netherlands Aug. 24-25, 1975.

- 30- Miller, A.B.: Mammography in Mass Screening. Europ. J. Cancer, Vol. 16, pp. 737-739.
- 31- Miller, A.B.: Breast Cancer. Cancer, 47:1109-1113, 1981.
- 32- Moskowitz, M.: Mammographic Screening. A.J.R. 136:735-738, April, 1981.
- 33- Moskowitz, M., Gartside, P., McLaughlin, C.: Mammographic Patterns as Markers for High-Risk Benign Breast Disease and Incident Cancers. Radiology, 134:293-295, February, 1980.
- 34- Rosen, P.P., Lesser, M.L., Senie, R.T., Duthie, K.: Epidemiology of Breast Carcinoma IV: Age and Histologic Tumor Type. Journal of Surgical Oncology, 19:44-47, 1982.
- 35- Rubin, P., Balemcier, R.F.: Clinical Oncology for Medical Students and Physicians. Fifth Edition Rochester, New York, 1981.
- 36- Rubin, P.: Current Concepts in Cancer Updated Breast Cancer-I. Epidemiology, Etiology, Screening and Detection. Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys. 1977, Vol. 2, pp. 739 - 742.
- 37- Sahni, K., Sanyal, B., Agrawal, M.S., Pant G.C., Khanna, N.N. and Khanna, S.: Carcinoma of Breast Associated with Pregnancy and Lactation Journal of Surgical Oncology, 16:167-173, 1981.
- 38- Salih, H., Brander, W., Flax, H., and Hobbs, J.R.: Prolactin dependence in human Breast Cancer, The Lancet, Vol.: 2, pp. 1103, 1972.

- 39- Samuel, E.: Mammography (Sec. II.). (In.) Modern Trends in Oncology, Part II: Clinical Progress, Ed. by Ronald W. Raven, 1973.
- 40- Senie, R.T., Rosen, P., Lesser, M.L., and et all.: Epidemiology of Breast Carcinoma II. Cancer, 46:1705-1713, 1980.
- 41- Stoll, B.A. (Ed.): Risk Factors in Breast Cancer U.2. New concepts of Breast Cancer, William Heineman Medical Books, London, 1976.
- 42- Strax, P.: Value of Mammography (in) Cancer Control, Vol.: II, by A. Smith, C.A. Alvarez, Buenos Aires, 1978.
- 43- Tulinius, H., Day, N.E., and et all.: Reproductive Factors and Risk for Breast Cancer in Iceland. Int. J. Cancer: 21, 724-730, 1978.
- 44- Özel Patolojik Anatomi, Fasikül: 4, Genital sistem ve meme hastalıkları, 3. Basım, İstanbul, 1968.
- 45- Teplick, J.G., Haskin, M.F.: Surgical Radiology, W.B. Saunders Comp. 1981.
- 46- von Bekhum, D.W.: Mammography in Mass Screening. Europ. J. Cancer, Vol.: 15, pp.311-315, 1979.
- 47- Waard, F.: Breast Cancer Incidens and Nutritional Status with Particular Referance to Body Weight and Height. Cancer Res., 35:3351, 1975.
- 48- Waard, F.: Epidemiology (Including Geographical Pathology) of Breast Cancer. In: N. Thatcher Gynecological, Cancer, Vol.: VIII, 1978.

- 49- Willemin, A.: Mammographic Appearances, 1977.
- 50- Wilson, R.G., et al.: Prolactin and Breast Cancer. Proc. Roy. Soc. Med. 66(9):865, 1973.
- 51- Wolfe, J.N.: Risk for Breast Cancer Development Determined by Mammographic Parenchymal Pattern. Cancer, 37:2486-2492, 1976.
- 52- Woodard, F.D., et al.: Screening for Breast Cancer in a High-Risk Series. Journal of Surgical Oncology, 19:31-35, 1982.
- 53- Zeren, Z.: İnsan Anatomisi, İstanbul, 1971.