

MEME KANSERİNDE GEÇ BAŞVURUYU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hedef Özgün, Aykut Soyder, Pars Tunçyürek

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ÖZET

Giriş: Çalışmamızın amacı meme kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda başvuru evrelerini ve geç başvuruya neden olan faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: Hastane verileri geriye dönük olarak incelendi. Klinik, radyolojik ve patolojik parametreler değerlendirildi.

Bulgular: Erken evrede olmayan (IIB, III, IV) başvurular kitle dışı bulgu ile başvuru ($p=0,022$), kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmamak ($p=0,019$) ve hekime veya cerraha geç başvuru (sırasıyla $p=0,016$ ve $0,013$) ile anlamlı derecede korelasyon göstermekteydi.

Sonuç: KKMM ve hastalıkla ilgili eğitim verilmesi meme kanserinde erken evrede başvuru insidansını iyileştirmek için ülke çapında yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi, geç başvuru

FACTORS EFFECTING THE DELAYED PRESENTATION IN BREAST CANCER

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the stage of breast cancer at presentation, and the factors that cause delayed admission in patients operated for breast cancer.

Methods: Data were collected retrospectively from our institutional database. Clinical, radiological, and pathological parameters were evaluated.

Results: Non-early stage (IIB, III, IV) admission was significantly correlated with the disease presenting with a non-lump symptom ($p=0,022$), not performing breast self-examination ($p=0,019$), and late admission to a doctor or surgeon ($p=0,016$ and $0,013$ respectively).

Conclusion: Breast self-examination and disease related education should be generalized nation-wide to improve the incidence of early stage presentation in breast cancer.

Key words: breast cancer, breast self-examination, delayed presentation

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için ülkemizde yürütülmekte olan ve farkındalığı arttırmayı amaçlayan çalışmalar ne yazık ki henüz yeterli olgunluğa ulaşamamıştır. Genç nüfusta bile meme kanseri ile ilgili bilgi ve uygulama yetersizlikleri olduğu dikkat çekmektedir (1). Bunun kaçınılmaz bir sonucu olarak, hastalar erken evrede başvurmamakta ve küratif tedavi şansı azalmaktadır (2).

Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir olması, erken evrelerde günümüz koşullarında tanınmasının olanaklı olması meme kanserinin önemini daha da arttırmaktadır (3). Çalışmamızın amacı meme kanseri tanısı ile ameliyat olan hastalarımızın başvurdukları sıradaki kanser evrelerini belirlemek ve erken evrede başvuruyu etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem

Bu çalışmada Ocak 2003-Ocak 2008 tarihleri arasında kliniğimizde meme kanseri tanısı konulan ve tedavilerinin bir aşamasında meme kanseri cerrahisi uygulanan 162 hastanın başvuru sırasındaki demografik özelliklerini, klinik ve patolojik evrelerini belirledik.

Öyküsündeki verilerden; tanı sırasındaki yaşı, yakınması, hormon replasman tedavisi alma durumu, menopoz durumu, meme kanseri riski, önceden tetkik yaptırma durumu, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma durumu, ekonomik durumu (*ailenin aylık geliri; kötü: asgari ücretin altında, orta: asgari ücret ile onun beş katı arası, iyi: asgari ücretin beş katından fazla*), gönderen kişi veya kurum, fark eden kişi, memesindeki sorunu fark etmesi ile hekime ve cerraha başvurana dek geçen süre, ilk tanı koyan hekimin uzmanlık alanı ve

yapılan cerrahi girişimler kaydedildi. Tümörün klinik, radyolojik (*ma-mografi, USG veya MR*) ve patolojik boyutları değerlendirildi. Veriler cerrahi kliniği meme muayene formu, radyoloji ve patoloji raporları değerlendirilerek toplandı. Eksik kalan bilgiler bire bir veya telefon görüşmeleri yoluyla tamamlandı. Başvuru evresi ile tanı yaşı, menopoz durumu, meme kanseri risk varlığı, önceden tetkik yaptırma durumu, KKMM yapma, ekonomik durum, sorunu fark edip hekime ve cerraha başvurana dek geçen süre arasındaki bağlantı incelendi.

İstatistik değerlendirme

Veriler tek yönlü ANOVA, Kruskal-Wallis, χ^2 ve t testi ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak parametrik veriler ortalama \pm standart sapma olarak belirtildi. Korelasyon değerlendirmesi için Pearson ve Spearman testleri kullanıldı, p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması $55,6 \pm 12,7$ idi. 132 olgu (%81,5) 45 yaş ve üzerindeydi. En sık rastlanan ilk başvuru yakınmaları; memede ağrısız kitle (129 olgu, %79,1), ağrılı kitle (21 olgu, %12,8) ve yalnız ağrı (5 olgu, %3) idi. Meme kanseri olgularından menopoz ve postmenopozda olan toplam 112 hastadan yalnız 19 olgunun (%11,7) hormon replasman tedavisi (HRT) aldığı belirlendi. Premenopozal meme kanseri 50 olguda (%30,9) saptandı. Olguların 147'sinde (%90,8) meme kanseri açısından herhangi bir risk faktörü yoktu (Tablo 1).

Meme sağlığı açısından 149 olgu (%92) önceden hiç bir muayene veya tetkik yaptırmamış olmakla birlikte, 57 olgu (%35,2) düzenli KKMM yapmaktaydı. Olguların ailenin aylık gelirine göre ekonomik durumları sorgulandığında 38'inin (23,5%) kötü, 94'ünün (58%) orta, 30'unun da (18,5%) iyi grupta olduğu belirlendi. Çalışma grubunu oluşturan 162 olgudan 144'ünün (%88,9) meme kanserini kendilerinin fark ettiği görüldü. Meme kanseri tanısı için yönlendirilen kaynak 107 olguda (%66,0) kendisi veya yakınıydı. Sorunu fark ettikten sonraki 3 ay içinde bunların 115'inin (%71) bir sağlık merkezine başvurduğu (hekime başvurana dek geçen süre) ve 97'sinin (%59,9) bir cerraha muayene olduğu saptandı. İlk ay içinde hekime başvuranların sayısı 58 (%35,8), cerraha başvuranların sayısı 51 (%31,5) idi. Hekime başvuru için geçen süre 3-6 ay arasında olanlar 23 (%14,2), 6 ay – 1 yıl arasında olanlar 11 (%6,8) ve 1 yıldan uzun süreler 13 olgu (%8,0) idi. Cerraha başvuru için geçen süre 3-6 ay arasında olanlar 33 (%20,4), 6 ay – 1 yıl arasında olanlar 19 (%11,7) ve 1 yıldan uzun süreler 13 olgu (%8,0) idi. Olguların memesindeki sorunu fark edip hekime gitmeleri arasında geçen süre ortalama $5,05 \pm 9,3$ ay iken, fark etmeleri ile cerraha başvurmaları arasında geçen süre ortalama $5,70 \pm 9,5$ aydı ($p=0,001$, eşleşmiş gruplar t testi). İlk tanı koyan hekimin uzmanlık alanı tüm olgular için genel cerrahi uzmanı idi. Buna radyoloji ve patoloji uzmanlarının değerlendirmeleri de katkıda bulunmaktaydı. Hekimler tarafından cerraha meme muayenesine gönderilen olgular aile hekimleri ve kadın doğum uzmanlarıncada yönlendirilmiş olmasına karşın, aile hekimi, kadın doğum uzmanı ve diğer uzmanlık alanlarından hekimler tarafından tanı konulmadığı görüldü. Olguların 128'inin

Tablo 1. Meme kanseri olgularının tanı konulduğundaki özellikleri

		Sayı	Yüzde (%)
Tanı yaşı	<35	5	3,1
	35–44	25	15,4
	>45	132	81,5
Yakınma	Kitle	126	77,8
	Kitle + Ağrı	23	14,2
	Ağrı	5	3,1
	Akıntı	3	1,9
	Deri bulgusu	3	1,9
	Akıntı + kitle	1	0,6
	Ağrı + deri bulgusu	1	0,6
Hormon replasman tedavisi*	Almamış	143	88,3
	Alıyor / almış	19	11,7
Menopoz durumu	Premenopoz	50	30,9
	Menopoz dönemi	10	6,2
	Postmenopoz	102	63,0
Risk faktörleri	Aile öyküsü	13	8,0
	Diğer memede kanser	2	1,2
	Diğer risk faktörleri	-	-
	Yok	147	90,8

* Menopoz ve postmenopozda olanlar arasında.

(%78,5) tanısı hastanemizde konulmuştu. En sık tanı konulan yöntem 129 hastada (%79,7) ince iğne aspirasyon biyopsisi veya kor biyopsi olarak belirlendi. Doku tanısı olmadan eksizyonel biyopsi yapılan 20 hastanın tamamı başka merkezlerden tanı sonrası tedavi amacıyla yönlendirilen hastalardı (Tablo 2).

Muayene bulguları ile patolojik tümör boyutları arasında önemli bir farklılık yoktu ve tanı konulduğunda memedeki tümörün boyutları açısından en sık T2 grubunda olduğu (2-5 cm boyutlarda) görüldü. Başvuru sırasında klinik muayene, radyolojik ve patolojik inceleme sonuçlarına göre ortalama tümör boyutları sırasıyla $3,7 \pm 1,6$ cm, $3,4 \pm 1,5$ cm ve $3,5 \pm 1,5$ cm olarak belirlendi. Klinik ve patolojik olarak aksiler lenf nodu tutulumunun sırasıyla %60,5 ve %65,4 olduğu görüldü (Tablo 3). Erken evre meme kanseri (Evre I ve IIA) 55 olguda (%33,7) saptandı (Tablo 4). Olguların 120'sine modifiye radikal mastektomi (üçü bilateral), 40'ına meme koruyucu cerrahi (MKC) uygulanırken, 1'er olguya da deri koruyucu mastektomi ve basit mastektomi yapılmıştı. Klinik olarak erken evrede (Evre I ve IIA) değerlendirilen 55 hastanın 24'üne (%43,6) MKC uygulandığı belirlendi. MKC uygulanan diğer 16 hastanın klinik olarak evre IIB'de olduğu görüldü.

Hastalığın evresi ile tanı yaşı, hormon replasman tedavisi alma ve menopoz durumları, meme kanseri riski, önceden tetkik yaptırma durumu, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma, ekonomik durum, biriyle paylaşılan dek geçen süre arasında korelasyon varlığı incelendi.

Tablo 2. Meme kanseri olgularının erken tanıya yönelik davranışları ve tanı konulma sürecine ait özellikleri

		Sayı	Yüzde (%)
Önceden tetkik yaptırma	Hiç yaptırmamış	149	92,0
	Düzensiz yaptırmış	7	4,3
	Rutin olarak yaptırmış	6	3,7
Kendi kendine muayene	Yapıyor	57	35,2
	Yapmıyor	105	64,8
Yönlendiren kaynak	Kendi / yakını	107	66,0
	Sağlık birimi veya hekim	55	34,0
Sorunu fark eden	Kendisi	144	88,9
	Muayene/tetkik sırasında	18	11,1
İlk tanı yeri	Kliniğimiziz	128	79,0
	Cerrahi uzmanı	22	13,6
	Aile hekimi	12	7,4
Tanı yöntemi	Mamografi – US	12	7,4
	İiAB / Core biyopsi	129	79,7
	Stereotaktik biyopsi	1	0,6
	Eksizyon / Frozen	20	12,3

Olguların kitle dışı bulgu ile başvurması ($p=0,022$), KKMM yapmama ($p=0,019$), hekime geç başvurma ($p=0,016$) ve cerraha geç başvuru ($p=0,013$) ile ileri evrede başvuru arasında anlamlı ilişki vardı. Ancak; hekime veya cerraha geç başvuru ile yaş, primer yakınma, HRT kullanımı, menapoz dönemi ve ekonomik durum arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Ekonomik durumu kötü olan grubun başvurusu sırasındaki tümör boyutu ($4,65\pm 0,2$ cm) ile diğer iki grup (iyi; $3,13\pm 0,1$ cm ve orta; $3,47\pm 0,1$ cm) arasında fark vardı ($p=0,001$).

Tartışma

Hastalarımızın çoğu memelerindeki sorunu kendileri fark etmişler ve doktora başvurmuşlardır. Tarama sonucunda şüpheli nedeni ile stereotaktik biyopsi yapılarak tanı konulan yalnızca tek olgu vardır. Ancak; sistemli ve sürekli yapılan taramalar ile elde edilmesi gereken sonuçlar çok daha tatmin edici olmalıdır (4).

Olgularımızın %88,9'u memelerindeki problemi kendi kendilerine fark etmişlerdir. Buna rağmen; ilk ay içinde hekime başvuranların sayısı sadece %35,8'dir. Burgess ve ark.ları (5) tarafından yapılan bir çalışmaya göre başvuruda gecikmeyi etkileyen risk faktörleri kitle dışındaki bulguların varlığı ve bulguların hasta tarafından gizlenmesidir. Olgularımızın hekime veya cerraha başvuruları arasında geçen süreyi incelediğimizde, sorunun kısmen *kansere yakalanma korkusu* olduğunu görüyoruz (6). Bu sürenin 5 ayın üzerinde olması, zaten rahatlıkla palpe edilebilir duruma gelmiş tümörlerin (*bizim serimizde yaklaşık 3,5 cm*) daha da ilerlemesine neden olmuştur. Richards ve ark.ları (7) üç ay veya daha uzun süreli gecikmelerin evreyi ilerlettiğini ve sağ kalım süresini kısalttığını bildirmişlerdir.

Verilerimiz incelendiğinde, ortaya çıkan ilginç bir nokta da, rutin olarak izlenmesi gereken olguların (*hormon tedavisi alan veya ai-*

Tablo 3. Olguların TNM sınıflamasına göre klinik ve patolojik olarak tümör boyutları (kT= klinik T, pT= patolojik T) ve aksiller lenf nodu tutulum oranları.

	kT	Yüzde(%)	pT	Yüzde (%)
T1	10	6,1	24	14,8
T2	113	69,8	99	61,1
T3	35	21,6	35	21,6
T4	4	2,5	4	2,5
Nodal tutulum				
Pozitif	98	60,5	106	65,4
Negatif	64	39,5	56	34,6

lesinde meme kanseri bulunan) geliş evreleri arasında fark görülmemesiydi. Risk altındaki olgulara genetik incelemenin de içinde bulunduğu ayrıntılı testlerin önerildiği güncel protokoller düşünüldüğünde (8), erken evrede başvurabilecek bu hasta grubunun daha dikkatli ele alınması gerektiğini düşünüyoruz.

Rasyonel bir bakış açısı ile gecikmenin hastaya vereceği zarar şu şekilde özetlenebilir: Tümörün katlanma zamanı ortalama olarak 157 gün olduğu kabul edilmektedir. Başvurudan önce ortalama 170 gün tümörün bir kez katlanmasına denk gelmektedir. Erken evre meme kanseri olan bir hastada tedavide gecikilirse aksiller tutulum riskinin 1 ay için %0,9; 3 ay için %2,6; 6 ay için %5,1 olduğu, 65 gün katlanma zamanı için ise bu riskin sırasıyla %1,8; %5,2 ve %10,2 olduğu bildirilmiştir (9,10). Yine aynı matematiksel modele göre orta derecede katlanma zamanı olan 130 günde günlük aksilla metastazı riski artışı %0,028, hızlı katlanma zamanı olan 65 günde %0,057 olarak belirlenmiştir (9,10). Aksiler lenf nodu tutu-

Tablo 4. Olguların evrelere göre dağılımı

EVRE	Klinik				Patolojik			
	N	Toplam	Yüzde (%)	Toplam	N	Toplam	Yüzde (%)	Toplam
Erken	I	8	4,9		8		4,9	
	IIA	47	28,8		50		31,0	
		55		33,7		58		35,9
Ara	IIB		73	44,7		65		40,1
Lokal ileri	IIIA	28	17,1		30		18,5	
	IIIB	2	1,2		2		1,2	
	IIIC	3	1,8		5		3,1	
		33		20,2		35		22,8
Metastatik	IV		2	1,2		2		1,2

lumu meme kanseri sağ kalımı için en önemli prognoz belirleyicisi olduğuna göre, hastalarımızda ortalama 170 günlük gecikme katlanma zamanına göre aksiller metastaz risk artışı, katlanma zamanı 130 gün için %4,76; 65 gün için %9,69 olmaktadır.

Ramirez ve ark.ları (11) ileri yaştan hastaların geç başvurusu açısından önemli bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda yaş grupları arasında anlamında farklılık saptanmamış olması, bize göre genç yaş grubundaki hastaların da hekime geç başvurmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda ileri evrede başvuruya neden olan faktörler; memede kitle dışında yakınmaların olması, KKMM yapmamak ve hekime/cerraha başvuru süresinin uzun olmasıdır. Burgess ve ark.ları (6) geç başvuruya neden olan en önemli faktörlerin hekime ve hastalığa karşı olumsuz tutumdan kaynaklandığını bildirmektedirler. Çalışmamızda tutum ve davranışları belirleyen kalitatif psikolojik testler kullanmamış olsak da, ülkemizle ilgili veriler incelendiğinde olgularımızın büyük çoğunluğunda eksik yönelim ve bilgilendirme sorunları olduğu görülmektedir (12). Başvuru sürecinin önemi Arndt ve ark.larının (13) yaptıkları çalışmada da vurgulanmıştır. Bu çalışmada; en geç bir ay içinde hekime başvuran olgularda kötü diferansiye meme kanserlerinin daha az görüldüğü anlaşılmaktadır.

Hekime başvuru konusundaki özensizliğin diğer bir göstergesi de, ilk bir ay içinde girişimde bulunulan hastaların yalnızca 1/3'lük dilimi içermesidir. Sosyokültürel açıdan az gelişmiş özellikleri yönünden ülkemizle benzerlikler gösteren İran'da yapılan çalışmalarda hastaların bulguları fark etmeleri ile hekime başvurma süreleri olguların %25'inde, hatta %42'sinde 3 ayı geçmektedir (14,15). Ne yazık ki, bizim serimizde de hekime başvurunun 3 aydan fazla sürdüğü olguların oranı yaklaşık %29'dur. Bu zaman aralığı hastaların subjektif ifadelerine bağlı olduğundan, ayrıntılı sorgulamaya rağmen pozitif veya negatif yanıtı olasılığı vardır. Örneğin, mastodini gibi benign sebeplere bağlı bulguları yakınmalarının başlangıcı olarak kabul edenler, veya gecikme süresini utandırıcı bulgular yanıltıcı ifade verebilirler. Bunu destekleyen bir bulgumuz da hastaların %33,7'sinin halen erken evrede (Evre I ve IIA) ve evre IIB'de (%44,7) başvurmuş olmalarıdır. Oranlarımızın evrelere göre

dağılımı Hong Kong'tan bildirilen bir olgu serisiyle benzerlik göstermektedir (16).

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun muayene veya tetkik yaptırma endişesi içine girmedikleri görülmektedir. Ama yarıya yakını, doğru veya hatalı yöntem kullanarak, KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu tablo, mamografi taramalarının yaygın olmadığı, sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin kısıtlı olduğu, teknolojinin yabancı kaynaklardan temin edilerek sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ülkemizde KKMM'nin yaygınlaştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Ancak; KKMM'nin beklenen ölçüde yarar sağlamadığını düşündüren veriler de vardır. Şangay çalışmasında KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmadığı bildirilmektedir (17). Yine de, KKMM eğitiminin sınırlı bir etkisi olması çalışmanın eleştirilen yönleridir, çünkü, kontrol grubundaki hastaların yarısını T1 tümürlü hastalar oluşturmuştur.

Gelişmiş ülkelerdeki durum çok farklıdır; Rhode Island Sağlık İdaresi verilerine göre 40 yaşın üzerindeki kadınların %84'üne son iki yılda tarama mamografisi yapıldığı görülmektedir (18). Ülkemizde Aslan ve ark.ları (19) tarafından, İstanbul'daki 1085 kadın incelenmiş, %54,7'sinin KKMM yaptığı, ama bunun ancak %6,6'sının düzenli olduğu bildirilmiştir. Seçginli ve Nahcivan ise ayda bir düzenli KKMM yapma oranını %5,5 olarak bildirmişlerdir (20). Dündar ve ark.larının (2) çalışmasında Manisa'daki kadınların %75'inin hiç KKMM yapmadıkları, %89,3'ünün hiç mamografi çekemedikleri ve yalnız %5,1'lik kesimin yıllık mamografi kontrolü yaptırdığı saptanmıştır.

Gelişmekte olan diğer ülkelerde de durum farklı değildir. Hisham ve Yip'in çalışmasında Malezya'da sağlıklı kişiler için yürütülen bir programda düzenli KKMM yapanların yalnızca %1,3 olduğunu, geçmişinde veya ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda bu oranın ancak %2,9 olduğunu bildirilmiştir (21). Bu nedenle; Malezya, Tayland, Pakistan, İran, Nijerya ve Meksika gibi diğer gelişmekte olan ülkelerde daha genç yaşlarda ve daha ileri evrelerde meme kanserine rastlanmaktadır (21). Pakistan'dan bir çalışmada etkin ve hedefe yönelik erken belirleme programları, halk eğitimi, klinik ve KKMM'nin gelişmekte olan ülkelerde başlatılması önerilmektedir (22). KKMM, ülkemizde de hastanın hekime başvurusunu

hızlandıracak bir unsur olarak kullanılabilir. Hastalığın tedavisinde asıl hedefe yönelik mesajlar verilemezse, erken yaşta memesinde ağrısı veya bir şekilde yakınması olan genç nüfus, meme kanseri tanısı konulabilecek daha ileri yaştaki kadınlara sunulacak hizmeti engelleyeceğini ve KKMM'nin meme kanserinin erken evrede yalanmasına yardımcı olmayacağını düşündürmektedir.

Sonuçta, her kadına KKMM alışkanlığı kazandırılmalıdır. Aile hekimliği sistemi KKMM'nin yaygınlaşmasına katkıda bulunabilir. KKMM'nin ülkemizde erken evrede başvuruları arttıracığını düşünüyoruz. Kadınların düzenli KKMM yapmasını sağlayacak ve başvurudaki gecikmeleri ortadan kaldıracak çalışmalara hız verilmelidir.

Kaynaklar

1. Karayurt O, Ozmen D, Cetinkaya A: Awareness of breast cancer risk factors and practice of breast self examination among high school students in turkey. BMC Public Health 2008; 8:359. (PMID: 18928520)
2. Dundar PE, Ozmen D, Ozturk B, Haspolat G, Akyildiz F, Coban S, Cakiroglu G: The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006; 6:43. (PMID: 16504119)
3. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P: Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005; 55:74-108. (PMID: 15761078)
4. Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Dudley DJ, Fiscella K, Paskett E, Raich PC, Roetzheim RG: National cancer institute patient navigation research program : Methods, protocol, and measures. Cancer 2008; (PMID: 18951521)
5. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Love SB: Who and what influences delayed presentation in breast cancer? Br J Cancer 1998; 77:1343-1348. (PMID: 9579844)
6. Burgess C, Hunter MS, Ramirez AJ: A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. Br J Gen Pract 2001; 51:967-971. (PMID: 11766868)
7. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ: Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. Lancet 1999; 353:1119-1126. (PMID: 10209974)
8. Hamilton R, Williams JK, Bowers BJ, Calzone K: Life trajectories, genetic testing, and risk reduction decisions in 18-39 year old women at risk for hereditary breast and ovarian cancer. J Genet Couns 2008; (PMID: 18979190)
9. Peer PG, van Dijck JA, Hendriks JH, Holland R, Verbeek AL: Age-dependent growth rate of primary breast cancer. Cancer 1993; 71:3547-3551. (PMID: 8490903)
10. Nettleton J, Long J, Kuban D, Wu R, Shaeffer J, El-Mahdi A: Breast cancer during pregnancy: Quantifying the risk of treatment delay. Obstet Gynecol 1996; 87:414-418. (PMID: 8598965)
11. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA: Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: A systematic review. Lancet 1999; 353:1127-1131. (PMID: 10209975)
12. Demirkiran F, Balkaya NA, Memis S, Turk G, Ozvurmaz S, Tuncyurek P: How do nurses and teachers perform breast self-examination: Are they reliable sources of information? BMC Public Health 2007; 7:96. (PMID: 17547778)
13. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Dhom G, Brenner H: Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in germany -- a population based study. Br J Cancer 2002; 86:1034-1040. (PMID: 11953844)
14. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A: Delayed presentation in breast cancer: A study in iranian women. BMC Womens Health 2003; 3:4. (PMID: 12846932)
15. Harirchi I, Ghaemmaghami F, Karbakhsh M, Moghimi R, Mazaherie H: Patient delay in women presenting with advanced breast cancer: An iranian study. Public Health 2005; 119:885-891. (PMID: 15913679)
16. Chan WF, Cheung PS, Epstein RJ, Mak J: Multidisciplinary approach to the management of breast cancer in hong kong. World J Surg 2006; 30:2095-2100. (PMID: 17102919)
17. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, Porter P, Hu YW, Zhao GL, Pan LD, Li W, Wu C, Coriaty Z, Evans I, Lin MG, Stalsberg H, Self SG: Randomized trial of breast self-examination in shanghai: Final results. J Natl Cancer Inst 2002; 94:1445-1457. (PMID: 12359854)
18. Coburn NG, Chung MA, Fulton J, Cady B: Decreased breast cancer tumor size, stage, and mortality in rhode island: An example of a well-screened population. Cancer Control 2004; 11:222-230. (PMID: 15284713)
19. Aslan FE GA, Şelimen D, İşsever H: İstanbul'da kadınların meme kanseri tarama programlarına katılımı. Çağdaş Cerrahi Dergisi 2002; 16:86-96. (PMID: 18979190)
20. Secginli S, Nahcivan NO: Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among turkish women. Cancer Nurs 2004; 27:287-294. (PMID: 15292724)
21. Hisham AN, Yip CH: Overview of breast cancer in malaysian women: A problem with late diagnosis. Asian J Surg 2004; 27:130-133. (PMID: 15140665)
22. Aziz Z, Iqbal J, Akram M: Effect of social class disparities on disease stage, quality of treatment and survival outcomes in breast cancer patients from developing countries. Breast J 2008; 14:372-375. (PMID: 18540953)

İletişim

Hedef Özgün
Tel : 0(256) 4441256
E-Posta : hedefozgun@yahoo.com