

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TIBBİ RESİMLEME ANA BİLİM DALI



**MEME KANSERİ CERRAHİ GİRİŞİMLERİNDE
HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME ÖRNEK
İLLÜSTRASYON UYGULAMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Sema ÇINAR

Danışman

Doç. Dr. Saim Savaş YÜRÜKER

II. Danışman

Prof. Dr. Ali SEYLAN

SAMSUN
2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Sema ÇINAR tarafından, Doç. Dr. Saim Savaş YÜRÜKER danışmanlığında hazırlanan “Meme Kanseri Cerrahi Girişimlerinde Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Örnek İllüstrasyon Uygulaması ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 27.9.2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Doç. Dr. Saim. Savaş YÜRÜKER Ondokuz Mayıs Üniversitesi Cerrahi Tıp Bilimleri Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Doç. Dr. Servet KARAGÜL Yeditepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğrt. Üyesi. Özlem AYVAZ TUNÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Görsel İletişim Ana Sanat Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Dönem Projesi tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

27/ 09/ 21

Sema ÇINAR

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Meme Kanseri Cerrahi Girişimlerinde Hasta/ Hasta Yakını Bilgilendirmede Örnek İllüstrasyon Uygulaması Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 10.08.2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 18

Tek kaynak oranı : % 5 çıkmıştır.

10/ 08/ 2021

Doç. Dr. Saim. Savaş YÜRÜKER

ÖZET

MEME KANSERİ CERRAHİ GİRİŞİMLERİNDE HASTA/HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME ÖRNEK İLLÜSTRASYON UYGULAMASI

Sema ÇINAR

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Tıbbi Resimleme Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Eylül/2021

Danışman: Doç. Dr. Saim. Savaş YÜRÜKER

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Bu kanser türünün kadınlarda sıkça görülüyor olması tedavi sürecinde erken tanının önemini de beraberinde getirmektedir. Erken tanıya yönelik çeşitli sağlık kuruluşları tarafından birçok görsel ifadeler yer verildiği de görülmektedir. Hasta kanser teşhisi konulduktan sonraki süreçte tedavi içeriğini bilmek ve vücudunda yapılacak girişimlerle ilgili izin vermek ya da vermemek hakkına da sahiptir. Bu bağlamda hastanın bilgi alma hakkı ve doktorun hastayı bilgilendirme yükümlülüğü hasta aydınlatılmış onamı ile düzenlenmiş ve uygulamaya konulmuştur.

Cerrahi girişimler hastanın karşılaştığı yeni bir durum olması sebebiyle aydınlatılmış onamın önemli olduğu bir alandır. Meme kanserinde cerrahi tedavi hastalığın evresine, hastanın sağlık durumuna ve hastanın isteğine göre değişmektedir. Hastalara sunulan tedavi seçenekleri sözlü ifadelerle olmakta ve yazılı onam ile de tedavi kararı onaylanmaktadır.

Hasta aydınlatılmış onamının yazılı ve tıbbi terminoloji içermesi tedavi sürecini zorlaştırmakta cerrah hastayı tıbbi terminolojiden uzaklaştırıp anlatamamakta, hasta tıbbi terminolojiyi anlayamamaktadır. Bu süreç hastada strese ve kaygıya sebebiyet vermekte hastanın hastalığı kabul etme ve tedaviye başlama sürecini de uzatmaktadır. Yazılı ve tıbbi terminolojinin yoğun olduğu kaynaklara göre görsel kaynakların anlama, öğrenme ve hatırlama üzerindeki etkisinin yüksek olduğunu destekleyen bilimsel çalışmalar da literatürde açıkça görülmüştür.

Bu araştırmada öncelikle literatür taraması yapılmış, alanında uzaman cerrah eşliğinde ameliyat ortamında ameliyatlar gözlemlenmiş ve meme kanserindeki cerrahi girişim prosedürleri, hasta hasta yakını bilgilendirmede kullanılan kaynaklar incelenmiş, söz konusu hastalığın tespit sürecine ilişkin görsel ifadelerin sadece tespit etme sürecini kapsayan afişler ve broşürlerle sınırlı olduğu gözlemlenmiştir. Hastalığı teşhis edildikten sonraki sürece ilişkin hastanın vücudunda yapılacak cerrahi girişimleri içeren görsel kaynakların olmadığı saptanmıştır. Bu bağlamda meme kanseri cerrahisine ilişkin hastanın vücudunda yapılacak cerrahi girişim prosedürünü içeren hasta hasta yakını bilgilendirmede örnek bir illüstrasyon uygulaması hazırlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Meme Kanseri, Cerrahi Girişim, Aydınlatılmış Onam, Illüstrasyon

ABSTRACT

SAMPLE ILLUSTRATION IMPLEMENTATION OF INFORMING PATIENT AND PATIENT RELATIVE IN BREAST CANCER SURGICAL INTERVENTIONS

Sema ÇINAR

Ondokuz Mayıs University

Institute Of Graduate Studies

Department Of Medical Illustration

Master, October/2021

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Saim Savaş YÜRÜKER

Breast cancer is the most commonly seen type of cancer in women. The prevalence of this type of cancer in women brings along the importance of early diagnosis in the treatment process. It is also seen that various healthcare organizations give space to many visual expressions for early diagnosis. In the process following being diagnosed with cancer, the patient also has the right to know the content of the treatment and give permission for or refuse the interventions to be made on her body. In this sense, the patient's right to demand information and the doctor's obligation to inform the patient have been arranged and put into practise with informed consent.

Since surgical interventions are new situations faced by the patient, it is a field where informed consent is significant. Surgical treatment in breast cancer varies according to the stage of the disease, the patient's medical condition and wishes. The treatment options provided to the patients are carried out verbally and the treatment decision is approved with written consent.

That the patient informed consent involves written and medical terminology makes the treatment process difficult, the surgeon is unable to move the patient away from medical terminology and explain it, thus the patient cannot understand the medical terminology. This process causes stress and anxiety in the patient, slows down the process of accepting the disease and starting treatment as well. It is clearly seen in the literature that there are scientific studies supporting higher effect of visual resources on understanding, learning and remembering, compared to the sources which have intensive written and medical terminology.

In this research, initially, a literature review was made, then surgical operations were observed in their real environment in company with an expert in the field. The surgical intervention procedures in breast cancer and the resources used to inform patients and their relatives were examined. Thus, it was observed that the visual expressions concerning the determination process of the disease are limited to posters and brochures including merely the diagnosis process. It was determined that there were no visual resources involving surgical interventions that are planned to be performed on the patient's body. Within this context, a sample illustration application has been prepared to inform patients and their relatives that include the surgical intervention procedures to be implemented on the patient's body regarding breast cancer surgery

Keywords: Breast Canser,Surgical Intervention,Informed Consent,Illustration

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesi sırasında desteğini esirgemeyen değerli hocalarım, Prof. Dr. Ali SEYLAN' a, yoğun iş temposuna rağmen çalışmalarımın her aşamasında değerli klinik katkıları ve bilgileriyle yol gösteren danışman hocam Doç. Dr. Saim Savaş YÜRÜKER'e, eğitim hayatımın her aşamasında en büyük destekçilerim babam Tahsin ÇINAR'a, annem Güler ÇINAR'a, ablam Seher ÇINAR'a teşekkür ederim.

Tıp bilimine ve bu kanserle mücadele eden tüm hastalara katkı sağlaması dileğiyle...

Sema ÇINAR

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem	1
1.2. Amaç	2
1.3. Önem	2
1.4. Yöntem	3
1.5. Tanıtımlar	3
2. İKİNCİ BÖLÜM.....	5
2.1. Memenin Anatomisi	5
2.2. Memenin Kanlanması.....	5
2.3. Memenin İnervasyonu	6
2.4. Memenin Lenfatikleri.....	6
3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	7
3.1. Meme Kanseri	7
3.2. Meme Kanseri Belirtileri.....	9
3.3. Meme Kanserinde Evreleme	10
3.4. Meme Tümörlerinin Sınıflandırılması.....	10
3.5. Dünya Sağlık Örgütü İnvaziv Meme Tümörleri Sınıflaması	10
3.6. Moleküler Sınıflamaya Göre Kanser Evreleme	11
3.7. T Evrelemesi.....	12
3.8. Bölgesel Lenf Nodlarının Klinik Evrelemesi	12
3.9. Uzak Metastaz Evrelemesi	12
4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	15
4.1. Meme Kanseri Cerrahisinin Kronojik Gelişimi	15
4.2. Meme Kanserinde Cerrahi Girişimler	18
4.3. Radikal Mastektomi	19
4.4. Modifiye Radikal Mastektomi.....	19

4.5. Basit Mastektomi.....	19
4.6. Meme Koruyucu Cerrahi.....	19
4.7. Subkutan Mastektomi (Skin Sparing Mastektomi)	20
4.8. Meme Başı Koruyucu Mastektomi (Nipple Sparing Mastektomi)	20
4.9. Aksilla İçin Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi Ve Aksiller Diseksiyon	20
5. BEŞİNCİ BÖLÜM.....	21
5.1. Meme Kanseri İllüstrasyon.....	21
5.2. Hastanın Ve/Veya Yasal Temsilcisinin Aydınlatılmış Onamı.....	26
5.3. Meme Kanseri Cerrahisinde Aydınlatmanın Önemi	27
6. ALTINCI BÖLÜM	29
6.1. Meme Kanseri Cerrahisinde Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Örnek İllüstrasyon Uygulama Önerisi.....	29
6.2. Meme Kanseri Cerrahisinde İllüstrasyonlarla Form Uygulama Önerisi.....	49
6.2.1. Tel İle Meme İşaretleme Ultrasonografi Prosedürü	49
6.2.2. Meme Koruyucu Cerrahi Sentinel Lenf Nodu Biyopsi Prosedürü.....	50
6.2.3. Meme Korucu Cerrahi Aksiller Lenf Nodu Diseksiyon Prosedürü.....	51
6.2.4. Mastektomi Sentinel Lenf Nodu Biyopsi Prosedürü	52
6.2.5. Mastektomi Aksiller Lenf Nodu Diseksiyon Prosedürü.....	53
6.2.6. Modifiye Radikal Mastektomi Cerrahi Prosedürü.....	54
6.2.7. Subkutan Mastektomi Cerrahi Prosedürü	55
7. SONUÇ	56
8. KAYNAKÇA.....	57
9. ÖZ GEÇMİŞ	59

SİMGELER VE KISALTMALAR

ALND : Aksiller Lenf Nodu Diseksiyonu

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

KETEM : Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi

MKC : Meme Koruyucu Cerrahi

SLNB : Sentinel Lenf Nodu Biyopsi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. 2020' de Dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı (Özdoğan, 2020).....	8
Şekil 3.2. 2020' de Dünya çapında her iki yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm (Özdoğan, 2020)	8
Şekil 5.1. Meme kanseri geç kalma sağlıklı kal afiş tasarımı örneği (1-31 Ekim meme kanseri bilinçlendirme ayı basın bülteni, 2018).....	22
Şekil 5.2. Meme kanseri kaderiniz olmasın afiş tasarımı örneği (1-31 Ekim meme kanseri bilinçlendirme ayı basın bülteni, 2018).....	23
Şekil 5.3. Meme kanseri belirtileri illüstrasyonu örneği (Kocaeli hastanesi basın bülteni, 2018)	23
Şekil 5.4. 1-31 Ekim meme kanseri farkındalık ayı afiş tasarımı örneği (Aksaray il sağlık müdürlüğü, 2019)	24
Şekil 5.5. Meme kanseri risk faktörü illüstrasyonu (Balkaç, M, 2019)	24
Şekil 5.6. Meme kanseri taramanızı yaptırdınız mı, afiş tasarımı örneği (Salihli İlçe Sağlık Müdürlüğü, KETEM, 2019)	25
Şekil 5.7. Farkında olmak önlem almaktır, afiş tasarımı örneği (T.C Sağlık Bakanlığı Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü, 2020)	25
Şekil 5.8. Erken teşhis neden önemlidir? Afiş tasarımı örneği (T.C Sağlık bakanlığı Kırıkkale il Sağlık Müdürlüğü, 2021).....	26
Şekil 6.1. Memenin tel ile işaretlenmesi öncesinde lokal anestezi uygulama aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	30
Şekil 6.2. Memenin tel ile işaretlenmesi, biyopsi aşamaları (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	31
Şekil 6.3. Memenin tel ile işaretlenmesi, telin cilt yüzeyindeki görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	32
Şekil 6.4. Meme koruyucu cerrahi boya aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	33
Şekil 6.5. Meme koruyucu cerrahi kesi aşamaları (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	33
Şekil 6.6. Meme korucu cerrahide sentinel lenf nodu biyopsi prosedürü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	34
Şekil 6.7. Meme korucu cerrahi, aksiller lenf nodu diseksiyon prosedürü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	35

Şekil 6.8. Meme koruyucu cerrahi sonrası cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	36
Şekil 6.9. Mastektomi boya aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	37
Şekil 6.10. Mastektomi kesi aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	37
Şekil 6.11. Mastektomi sentinel lenf nodu biyopsi aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	38
Şekil 6.12. Mastektomi aksiller lenf nodu diseksiyonu (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	39
Şekil 6.13. Mastektomi sentinel lenf nodu biyopsi ve aksiller lenf nodu diseksiyon sonrası medialden cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	40
Şekil 6.14. Mastektomi sentinel lenf nodu biyopsi ve aksiller lenf nodu diseksiyon sonrası lateralden cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	40
Şekil 6.15. Modifiye radikal mastektomi kesi açılacak alanın belirlenmesi (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	41
Şekil 6.16. Modifiye radikal mastektomi, memenin ve aksillanın bir kısmının çıkarıldığı aşama (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	42
Şekil 6.17. Sol mastektomi sonrası medialden cilt görüntüsü, sağ mastektomi sonrası lateralden cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	43
Şekil 6.18. Subkutan mastektomi, kesi açılacak cerrahi sınırın belirlenmesi (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	44
Şekil 6.19. Subkutan mastektomi, meme içinin boşaltılma aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)	45
Şekil 6.20. Subkutan mastektomi, protez uygulama alanı (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	46
Şekil 6.21. Subkutan mastektomi kas üstü, kas altı protez uygulamaları (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	47
Şekil 6.22. Subkutan mastektomi protez uygulama sonrası ciltteki kesinin görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021).....	48

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Moleküler sınıflama	11
Tablo 3.2. (MR) BI-RADS Sınıflaması.....	13
Tablo 3.3. TNM' ye Göre Evre Sınıflama.....	14
Tablo 4.1. Meme kanseri cerrahisinin kronolojik gelişimi.....	15

1. GİRİŞ

Bu çalışmanın birinci bölümünde; araştırmanın problemi, önemi, yöntemi, tanımları açıklanmıştır. İkinci bölümde memenin anatomisi ve etiyolojisi hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde meme kanseri belirti ve evreleri, meme kanserinde sınıflandırmalar ve klinik evrelemeler hakkında bilgi verilmiştir. Dördüncü bölümde; meme kanseri tedavisi ve cerrahi girişimleri incelenmiştir.

Beşinci bölümde; meme kanserinde illüstrasyon kullanımı, hasta ve hasta yakını bilgilendirmede aydınlatılmış onam, meme kanseri cerrahisinde aydınlatılmış onam önemi konuları irdelenmiştir. Yapılan literatür araştırması sonucunda, hasta aydınlatılmış onamların sadece yazılı olarak sunulduğu ve görsel ifadeleri içermediği görülmüştür. Sağlık kuruluşlarının meme kanserinde erken tanıya yönelik toplumu bilinçlendirme amacıyla tasarlanmış birçok görsel ifadeye önem verdiği, fakat tanı almış hastanın cerrahi süreçlerini içeren görsel ifadelerle yer verilmediği görülmüştür. Bu bağlamda, görme organının öğrenme üzerinde etkilerinden yola çıkarak hastalara sunulan yazılı kaynaklara ek hastanın anlayacağı şekilde düzenlenmiş görsel ifadelerin kullanılması hastalara bilgi sağlama konusunda yazılı kaynaklara göre daha etkili olacağını göstermektedir. Bu doğrultuda altıncı bölümde; hasta bilgilendirmeye yönelik illüstrasyonlarla desteklenmiş meme kanseri cerrahi girişim prosedür uygulamaları sunulmuştur.

1.1. Problem

Meme kanseri kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sıradadır. Çoğu kadın meme kanseri sonucunda meme organını kaybetmektedir. Kadın bedeniyle özdeşmiş bir organın yok olacağı düşüncesi bile kadınlarda anksiyeteye hatta travmaya sebep olmaktadır. Hastanın anlayacağı şekilde aydınlatılması bu süreçte önem taşımaktadır. Hastanın bilgi sahibi olabilmesi amacıyla yapılan bilgilendirmeler güvenli tedavinin de temelini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda hasta bilgilendirmeye yönelik hasta aydınlatılmış onamı uygulamaya konulmuştur. Günümüzde kullanılmakta olan aydınlatılmış onamlar sadece yazılı olarak alınmakta ve yoğun tıbbi terimler içermektedir.

Meme kanserinde, cerrahi tedavi açısından önemli bir yere sahiptir. Cerrah, hastayı bilgilendirirken tıbbi terminolojiden uzaklaştırıp, hastanın anlayacağı şekilde bilgi vermelidir. Hastanın verilen bilgiyi anlayamaması durumunda yaşadığı bilinmezlik, kaygı ve anksiyete sebep olmakta çoğu hasta tedaviye başlamak konusunda zorluk yaşamaktadır. Meme kanserinde hastaların tespit aşamasında kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağına ilişkin çeşitli görseller; afişler, broşürler mevcuttur fakat hastanın kanser teşhisi konulduktan sonraki süreçte vücudunda yapılacak cerrahi girişimleri içeren bilgi sağlamaya yönelik hiç bir görsel ifadenin olmadığı gözlemlenmiştir. Meme kanseri her 8 kadından birinde görülmektedir bu risk tanı kadar cerrahi süreçlerin önemini de ifade etmektedir.

1.2. Amaç

Bu araştırma; meme kanseri cerrahisinde, doktor ve hasta iletişimini desteklemek üzere yazılı aydınlatılmış onama ek olarak illüstrasyonlar tasarlanmış, meme kanseri cerrahi prosedürleri eklenmiş ve bu illüstrasyonlar aracılığıyla tedavi sürecinin anlaşılır kılınabilmesi, hastanın tedavi sürecini güvenle başlayabilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Önem

Meme kanseri tedavi sürecinde çeşitli cerrahi girişimlere başvurulmakta ve cerrahi prosedürler yazılı olarak ifade edilmektedir. Görsel kaynakların anlama ve hatırlama sürecindeki etkileri düşünüldüğünde hastanın vücudunda yapılacak cerrahi girişimlerde illüstrasyonlar aracılığıyla bilgi sahibi olması hastalığın tedavi sürecine açıklık getirmekle beraber hastanın kaygılarını azaltarak tedaviye gönüllü durumda olmasını sağlayacaktır. Bu çalışmayla meme kanseri cerrahi girişimlerinde hasta doktor iletişimini desteklerken literatürdeki meme kanseri cerrahisine yönelik illüstrasyon kaynağı eksikliğinin de giderileceği ön görülmektedir.

1.4. Yöntem

Bu araştırmada öncelikli literatür taraması yapılarak meme kanseri ve meme cerrahisine ilişkin bilgi toplanmıştır. Bu bilgiler ışığında meme kanseri cerrahisi alanında uzman cerrahın tecrübeleri ve doğrudan cerrahi uygulamaları ameliyat ortamında gözlemlenmiş ve bu doğrultuda meme cerrahisine ilişkin illüstrasyon kaynağı oluşturulmuştur. Bu araştırmadaki bilgiler doğrultusunda illüstrasyonlar önce elle çizilip betimlenmiş, detaylı eskiz haline getirilmiş ve son halinde dijital ara yüzler kullanarak renklendirilmiştir.

1.5. Tanımlar

Aksilla: Koltuk altı.

Alveol: Kırmızı kan hücreleri.

Apokrin: Deri altında gömülü halde bulunan.

Arteriyel: Atar damara ait olan.

Atrofiye: Körelme, zayıflama.

Fasya: Vücudun bağ dokusu.

Fibroepitelyal: Fibröz dokudan meydana gelen.

Flep: Saplı doku.

Gland: Beze.

Glandula mammaria: Meme bezi.

Intraduktal: Meme süt kanallarının içi.

İnflamatuvar: İltihaplanma.

İnnerve: Uyarılma.

İnsidans: Görülme sıklığı.

İnterkostal: Kaburgalar arası.

İnvaziv: Girişimsel.

Kanser: Bir organ veya dokudaki hücrelerin kontrolsüz olarak bölünüp çoğalmasına bağlı olarak yakın dokulara yayılmasıyla veya uzak dokulara sıçramasıyla beliren hastalık.

Klavikula: Köprücük kemiği.

Kosta: Kaburga.

Küboid: Küp şeklinde.

Medial: Orta.

Metastaz: Yayılım.

Mezenkimal: Kök hücre.

Modifiye: Uyarlama.

Mortalite: Ölüm.

Pectoralis majör: Göğüs kasının büyük bir kısmını oluşturan kas.

Pektoral: Göğüse ait olan.

Posteriör: Arka.

Prekürsör: Öncül.

Pubis: Kasık kemiği, çatı.

Sternum: Göğüs kemiği.

Stroma: Birçok organlarda içinde damarların ve sinirlerin uzandığı yumuşak doku.

Toraks: Göğüs bölgesi.

2. İKİNCİ BÖLÜM

2.1. Memenin Anatomisi

Meme, embriyonel olarak her iki tarafta aksilladan pubise doğru uzanan süt çizgisi üzerinde ektoderm kaynaklı modifiye bir deri glandı olarak gelişir. Birinci trimestir sonunda pektoral bölge dışında kalan süt çizgisi atrofiye olur ve pektoral bölgedeki meme tomurcuğundan meme gelişir. Meme ucunu örten ektodermi içe doğru ilerlemesiyle meme lobülleri ve süt kanalları gelişir (İnal, 2015).

Gelişmiş meme dokusu alveol ve duktuslardan oluşan parankim dokusu ve bunları destekleyen müsküler ve fibröz stroma elemanları ve değişken miktarlarda yağ, kan damarları, lenfatik ve sinirlerden oluşur. Alveoller memenin küboid veya silindirik epitel ile döşeli salgı birimleridir. 10 ila 100 kadar alveol kanalcığı birleşerek lobülleri oluşturur. 20-40 kadar lobül ise bir araya gelerek lopları oluşturur. Sayıları 15 ila 20 civarında olan lopların duktusları areola altında genişleyerek çok katlı yassı epitelyum ile örtülü laktifer sinüsleri oluşturur. Bu sinusler meme ucuna ayrı ayrı dikey olarak açılır. Bu kanal yapısı bir stroma ağı ile sarılır. Meme dokusu ön ve arkasından bir fasya ile sarılır. Yüzeysel fasya, memeyi bütünüyle örtmez; yer yer açıklıklara sahiptir (İnal, 2015).

Meme toraksın önünde, sternumun iki yanında yüzeysel ve derin iki pektoral fasya arasında yer alır. Yerleşimi ve sınırları kişiden kişiye değişeceği gibi yaşam boyunca puperte, gebelik, laktasyon, kilo değişimi, menopoz ve yaşlılık gibi nedenlerde değişim gösterir. Genellikle sınırları yukarıdan 2. kosta, aşağıda 6. ve 7. kosta, medialde sternumun lateral kenarı ve lateralde ön aksiller çizgi arasında uzanır. Cerrahi olarak bu sınırlar superiorda klavikula, medialde midsternum, lateralde latissimus dorsi kasının ön kenarı ve posteriorda arcus costarum' a kadar uzanabilir. Meme dokusu aksillaya da farklı oranlarda uzanım gösterir. Bu bölüm memenin aksiler kuyruğu (Spence' in kuyruğu) olarak adlandırılır (İnal, 2015).

2.2. Memenin Kanlanması

Meme birden çok arteriyel, iyi kanlanan bir organdır. Memenin kanlanması büyük ölçüde A. mamma interna olmak üzere, posterior interkostal arterlerin lateral dalları ve aksiller arterin birkaç dalı tarafından sağlanır. A. mamma internanın 1. 2. 3. ve 4. interkostal aralıktan çıkan perforan dalları pectoralis major kasının medial kenarı boyunca izleyerek memenin kanlanmasının önemli kısmını sağlar. Superior torasik arter, lateral torasik arter ve torakoakromial arterin pektoral dalları aksiller arterin dallarıdır. Lateral torasik arter aksiler arterlerden, torakoakromial ya da subskapular arterden kaynaklanır. Aksiller fossayı aksiller venin altından geçerek pectoralis major kasının lateral sınırında takip eder ve memenin lateralini kanlandırır. Serratus anterior kasını, her iki pektoral kası ve subskapular kası beleyen dallar lateral torasik arterden dalları alır. Subskapular arter skapular sirkumfleks dalı verdikten sonra M. subscapularis üzerinden geçerek M. serratus anterior ve M. latissimus dorsi' yi kanlandırır. Bir Latissimus dorsi myokutanos flebi ise kanlanımını posterior interkostal arterlerin katılımı ile birlikte torakodorsal arterden sağlar. Torakoakromial arterin pektoral dalı pektoral kasların arasında seyrederek ve M. pectoralis major' u besler ve bazı perforan dalları memenin derin yüzüne ulaşır (İnal, 2015).

2.3. Memenin İnervasyonu

Memenin duyusal inervasyonu 2. ila 6. interkostal sinirlerin dallarınca sağlanmaktadır. İnterkostal sinirlerin lateral dalları serratus anterior kasını geçtikten sonra anterior ve posterior bölümlerine ayrılırlar. Anterior dallar anterolateral torasik duvarı inerve ederken, lateral mammarian dallar memenin büyük ölçüde yüzeysel duyusuna sağlar interkostal sinirlerin anterior dalları sternumun lateral kenarından internal kostal alana çıkar ve medial mammarian dallar adını alarak memenin medial yüzünü inerve eder. Aksiller fossanın medial kenarı boyunca toraks duvarı üzerinde süperiordan inferiora seyreden N. thoracicus longus serratus anterior kasını inerve eder ve skapulanın stabilizasyonu için korunması gereklidir. Torakodorsal damarların posteriorunda seyreden latissimus dorsi' yi inerve eden torakodorsal sinir korunmadığında ise kolun abdüksiyon ve dışa rotasyonunda güçsüzlük meydana gelir (İnal, 2015).

2.4. Memenin Lenfatikleri

Meme lenfatikleri temel olarak aksillaya olmakla birlikte damarları izleyecek biçimde her yöne doğru olabilir. Mammaria interna lenf nodlarına olan lenfatik drenaj sadece memenin medial kısımlarından değil herhangi bir kadrandan olabilir. Aksiller lenf nodları mammaria interna, skapular, santral aksiller, interpektoral, aksiller ven ve subklavikular lenf nodları olarak altı grupta toplanabilir. Pectoralis minor kasının lateralinde kalanlar 1.düzye, kasın arkasında yerleşenler 2.düzye ve kasın medialinde yerleşenler 3.düzye olarak sınıflandırılabilir (İnal, 2015).

3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.1. Meme Kanseri

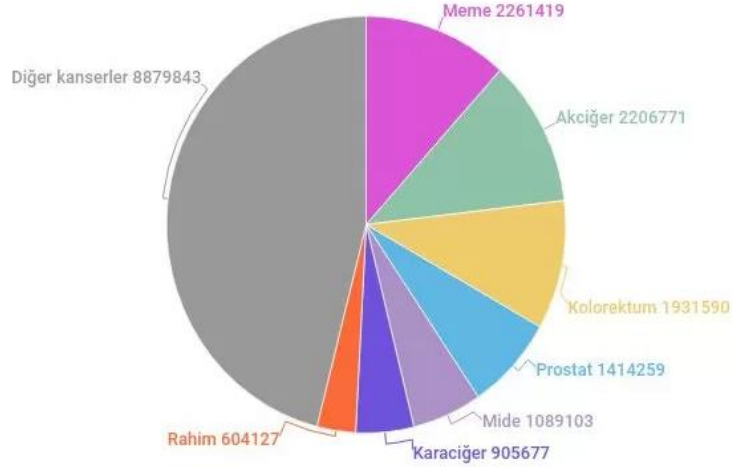
Meme kanseri, en çok lobül ile terminal duktus bağlantı yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. Bugünkü bilgilere göre meme kanseri (invaziv duktal kanser) gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm on yıllarca sürer. Başlangıçta süt aktaran kanal sistemi (duktus) içinde sınırları olan kanser hücreleri sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu anlamda tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olurlar. Bir gram meme kanseri dokusunun ortalama sekiz yılda geliştiği tahmin edilmektedir. Ancak bu tümörler için geçerli olmayabilir. Bazı tümörler daha çok küçükken metastaz yapma potansiyeline sahipken, bazı tümörler 3- 4 cm çapa ulaştıkları halde aksiller lenf nodu metastazı yapmamaktadırlar. Bu heterojen yapı meme kanserini tek bir hastalıktan çok, bir hastalıklar topluluğu durumuna getirmektedir (Aydıntuğ, 2004).

Meme kanseri biyolojik davranışına göre tedavi edilmezse uzak organlara metastaz yaparak ölüme yol açmaktadır. Daha önce, ortalama olarak hastalar klinik teşhisin ardından beş yıl içinde ölmekteydi. Ölümlerin büyük çoğunluğu organ metastazlarından kaynaklanmaktaydı. Kemik metastazı olan hastalar daha uzun süre yaşayabilse de beyin, karaciğer ve akciğer metastazlarından sonraki yaşam süresi birkaç ayı geçmemekteydi. Uzak organ metastazları meydana geldikten sonra bugün için bilinen küratif bir tedavisi yoktur. Meme kanseri ender olarak erkeklerde de görülür. Klinikte her 100- 200 kadın meme kanserine karşılık, bir erkek meme kanseri ile karşılaşmaktadır. Meme kanseri daha çok 40 yaş üstündeki kadınlarda görülür. Yaş ile birlikte giderek daha yoğun görülür ve önemi artar. Genetik geçiş tüm meme kanserlerinin % 10' unu oluşturur ve bu gruptaki hastalarda, daha genç yaşta ve her iki memede kanser görülme yoğunluğunun yüksek olması dikkat çekicidir (Aydıntuğ, 2004).

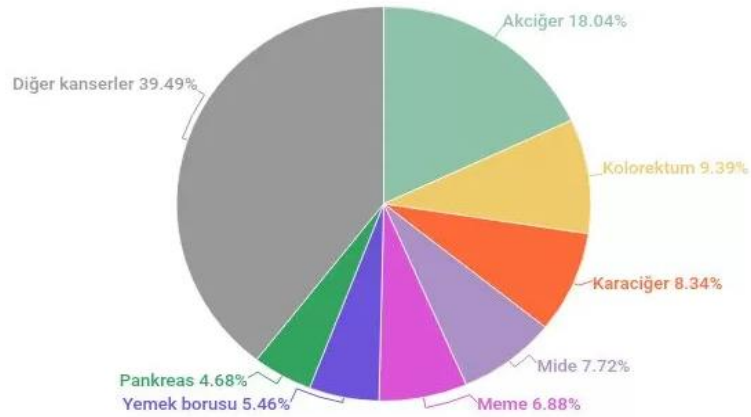
Yapılan araştırmalara göre kadınlarda kanser sebebiyle ölümlerde akciğer kanserinden sonra meme kanseri ikinci sırada yer almaktadır. 2015 yılında yayımlanan Ulusal Kanser Raporuna göre Türkiye' deki kadınlarda görülen her dört kanserden birini meme kanseri oluşturmaktadır (Güllüoğlu ve Aydoğan, 2020).

2020 yılında yaklaşık 2, 3 milyon yeni meme kanseri vakası bildirilmiştir, bu teşhis edilen her 8 kanserden 1' inin meme kanseri olduğunu göstermektedir. Yine 2020 yılında meme kanseri, 685. 000 ölüme neden olmuş ve bu hastalık dünya genelinde ölüme neden olan kanserler arasında 5. sırada yerini almıştır. Kadınlarda, meme kanseri her 4 kanser vakasının 1' inden ve her 6 kanser nedenli ölümünün 1'

inden sorumludur. Ayrıca bu hastalık, pek çok ülkede ölüm oranı ve yeni vaka oranı açısından birinci sırada yer almaktadır (Özdoğan, 2020).



Şekil 3.1. 2020’ de Dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı (Özdoğan, 2020)



Şekil 3.2. 2020’ de Dünya çapında her iki yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm (Özdoğan, 2020)

Meme kanseri sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. 50 yaş altında meme kanserine yakalanma ihtimali % 1.9 iken, 70 yaş üstünde bu oran % 6.9’ a yükselmektedir. ABD’ de SEER (Surveillance, Epidemiology, and, EndResults) veri tabanına göre

medyan meme kanseri yaşı 61 bulunmuştur. Türkiye’ de meme kanseri ortanca yaşı ortalama 10 yıl daha azdır. Ailesel ve kalıtsal faktörler meme kanseri hastalarının % 25’ inde görülmektedir. Birinci derece akrabalarda meme kanseri öyküsü olması önemli bir tehlike faktörüdür. Ailede tespit edilen meme kanseri görülme yaşı meme kanseri riskini etkiler. Meme kanseri postmenapozal dönemde görülenlerde tehlike artışı popülasyona yakinken, birinci derece yakınlarında premenapozal dönemde meme kanseri yakalanması yaklaşık üç kat risk artışına sebep olmaktadır. Ailede görülen meme kanseri sayısına paralel olarak risk artışı daha çok artmaktadır (Güllüoğlu ve Aydoğan, 2020).

Meme kanserinde; lobüler karsinoma in situ varlığı, genetik mutasyonlar, göğüs duvarına radyoterapi uygulanması, atipik hiperplazi varlığı ve ailede meme kanseri öyküsünün bulunması yüksek risk sınıflamaları içerisinde yer almaktadır. İleri yaş, atipik lobüler hiperpalazi, atipik duktal hiperpalazi varlığı ve ailede meme kanseri öyküsü, daha önce meme kanseri öyküsünün olması veya yoğun meme yapısının bulunması ise orta risk sınıflamaları içerisinde belirtilmiş, ayrıca erken menarş, nulliparite, ilk doğum yaşının geç olması, geç menopoz, alkol alışkanlığı, HRT tedavisi, obezite, fiziksel aktivite azlığı, emzirme, florid duktal hiperplazi durumlarının varlığı ise düşük risk sınıflamasında yer aldığı belirtilmiştir (Güllüoğlu ve Aydoğan, 2020).

3.2. Meme Kanseri Belirtileri

Mamografi taramasının düzenli yapıldığı ülkelerde hastaların çoğunda mamografide anormal belirti saptanması üzerine başvururken başka ülkelerde en sık başvuru sebebi memede kitledir. Türkiye de yapılan bir çalışmada meme kanseri teşhisi konulan hastaların % 79, 1’ inde ilk başvuru şikâyetinin kitle olduğu görülmüştür. Meme kanserine bağlı kitlelerin genel özellikleri sert düzensiz sınırlı ve çoğunlukla ağrısız olmasıdır. Meme kanseri hastalarının % 10’ unda kitleye ağrı eşlik edebilir. Diğer başvuru şikâyetleri arasında meme cildinde çekilme ve kalınlaşma, meme başı akıntısı, ciltte ülsere kitle ve aksillada kitle bulunur. İnflamatuvar meme kanserlerinde meme cildinde kızarıklık şikâyeti olabilir. Metastazik hastalarda kemik ağrısı, öksürük, sarılık şikâyetleri de olabilmektedir (Güllüoğlu ve Aydoğan, 2020).

3.3. Meme Kanserinde Evreleme

Meme kanseri, Amerikan Birleşik Kanser Komitesi (American Joint committee on Cancer, AJCC) tarafından belirli periyotlarda yayımlanan TNM evreleme sistemine göre sınıflandırılır. TNM evreleme sistemi meme kanserinin anatomik yayılımına göre yapılır. Değerlendirmede klinik ve patolojik kriterleri temel alan üç farklı özellik kullanılır. Bunlar: 1. tümör boyutu ve karakteristikleri (T), 2. lenf notlarının durumu. (N), 3. uzak metastazların durumu (m). evreleme klinik olarak yapıldıysa cTNM, ameliyat sonrası patolojik olarak yapıldıysa pTNM olarak adlandırılır (Güllüoğlu ve Aydoğan, 2020).

Dünya sağlık örgütünün meme tümörleri sınıflamasına göre;

3.4. Meme Tümörlerinin Sınıflandırılması

- Epitelya tümörleri
- İnvaziv meme kanseri
- Epitelya- myoepitel tümörleri
- Prekürsör lezyonları
- İntraduktal proliferatif lezyonlar
- Papiller lezyonlar
- Selim epitelyal proliferasyonlar
- Mezenkimal tümörler
- Fibroepitelyal tümörler
- Meme başı tümörleri
- Malign lenfoma
- Metastatik tümörler

3.5. Dünya Sağlık Örgütü İnvaziv Meme Tümörleri Sınıflaması

- İnvaziv meme kanseri
- İnvaziv meme kanseri (herhangi özel tip olmayan)
- İnvaziv kanser(özel tip)
- İnvaziv löbüler kanser
- Tubüler kanser
- Kripriform kanser
- Müsinöz kanser
- Modüler özelliklere sahip kanser
- Apokrin değişikliğe sahip kanser

- Yüzük hücreli değişikliğe sahip kanser
- İnvaziv mikropapiler kanser
- Metaplastik kanser

3.6. Moleküler Sınıflamaya Göre Kanser Evreleme

Moleküler sınıflama genetik ekspresyon profiline göre östrojen ve progesteron, Her2 ve Ki67 profiline göre yapılmaktadır (tablo 3.1.).

Tablo 3.1. Moleküler Sınıflama

Alt grup	Sıklık	ER, PR, Her2, Ki67	Tedaviye yanıt	Prognoz
Luminal A	% 30-70	-ER / PR yüksek pozitif -HER2 negatif -Düşük Ki67 ekspresyonu	-Endokrin tedaviye hassas -Sitotoksik tedaviye hassasiyeti düşük	İyi
Luminal B	% 10-20	-ER, PR düşük oranda pozitif -Değişik düzeyde HER2 ekspresyonu -Yüksek Ki67 ekspresyonu	-Endokrin tedaviye hassas -Sitotoksik tedaviye hassasiyeti daha düşük	-Luminal A'ya göre daha kötü -Triple negatif ve Her2'ye göre daha iyi
Her2	% 5-15	-Düşük ER/PR ekspresyonu -HER2 pozitif -Yüksek grandlı	-Sitotoksik tedaviye hassas -Trastuzumab, pertuzumab ve lapatinibe hassas	Kötü
Triple negatif	% 15-20	-ER / PR negatif -HER2 negatif	-Sitotoksik tedaviye hassas -Hormon ve antiHER2 tedaviye yanıtız	Kötü

3.7. T Evrelemesi

- **Tx** Primer tümör değerlendirilemiyor
- **To** Primer tümör yok
- **Tis** (DKİS) Duktal karsinoma in situ
- **T1** Tümörlerin en geniş çapı 2.0 cm' ye kadar
- **T1 mic** Mikroinvaziv tümör çapı 0.1 cm veya daha az
- **T1c** Tümör çapı en geniş çapı 2.0 -5.0 cm arasında
- **T4** Boyutları ne olursa olsun deri veya göğüs duvarına yayılmış tümör
- **T4a** Göğüs duvarına yayılmış tümör
- **T4b** Meme derisinde ödem ülser ya da satellite deri nodülleri
- **T4c** t4a ve t4b' nin birlikte olması
- **T4d** İnflamatuvar karsinom

3.8. Bölgesel Lenf Nodlarının Klinik Evrelemesi

- **Nx** lenf notları değerlendirilemiyor
- **No** lenf nodu metastazı yok
- **N1** aynı taraf aksillada bir veya daha fazla hareketli lenf nodunda metastaz
- **N2** aynı taraf aksillada bir veya daha fazla, birbirlerine ya da çevreye yapışık lenf nodunda metastaz
- **N2a** birbirine veya çevreye fikse lenf nodu metastazı
- **N2b** klinik olarak aksillada lenf nodu metastazı yokluğunda, aynı taraf mammaria internada saptanan metastaz varlığı
- **N3** aynı taraf aksiller ve infraklaviküler lenf l nod metastazı
-aksiller lenf nodu metastazı ile birlikte aynı taraf mammaria internada metastaz varlığı
-mammaria interna ve aksiller lenf nodu metastazının varlığında veya yokluğunda aynı taraf supraklaviküler lenf nodu metastazı
- **N3a** aynı taraf aksiller ve infraklaviküler lenf nodu metastazı
- **N3b** aynı taraf aksiller ve mammaria interna grubu lenf nodu metastazı
- **N3c** aynı taraf supraklaviküler lenf nodu metastazı

3.9. Uzak Metastaz Evrelemesi

- **MX** Uzak yayılım değerlendirilemiyor

- **M0:** Klinik ya da radyolojik olarak metastaz yok
- **M1:** Uzak metastaz (klinik ya da radyolojik olarak belirlenmiş ve/veya histolojik olarak 0.2 mm'den fazla kanıtlanmış metastaz
- Mamografi raporlarının standardizasyonu için BI-RADS sınıflandırması kullanılmaya başlamıştır. Bu sınıflandırma yöntemi raporun tüm dünyada aynı standartlara sahip olması için kullanılmaktadır (tablo 3.2.).

Tablo 3.2. (MR) BI-RADS Sınıflaması

BI-RADS KATEGORİLERİ	DEĞERLENDİRME	YAKLAŞIM	MALİGNİTE ORANI
Kategori 0	Yetersiz görüntüleme	Ek görüntüleme yöntemine ihtiyaç var	Bilinmez
Kategori 1	Negatif mamografi	Rutin tarama	%0
Kategori 2	Benign bulgular	Rutin tarama	%0
Kategori 3	Muhtemelen benign bulgular	Kısa süreli(6 ay takip)	%0-2
Kategori 4(a, b, c)	Malignite açısından şüpheli bulgular 4a.düşük şüpheli 4b.orta şüpheli 4c.Yüksek şüpheli		4a.%2-10 4b.%10-50 4c.%50-95
Kategori 5	Yüksek olasılıkla malign bulgular	Biyopsi gerekir	>%95
Kategori 6	Biyopsi ile kanıtlanmış malignite		

Tablo 3.3. TNM' ye Göre Evre Sınıflaması

EVRE 0	TİS	N0	M0
EVRE IA	TI	N0	M0
EVRE IB	T0 T1	N1mi N1mi	M0 M0
EVRE IIA	T0 T1 T2	N1 N1 N0	M0 M0 M0
EVRE IIB	T2 T3	N1 N0	M0 M0
EVRE IIIA	T0 T1 T2 T3 T3	N2 N2 N2 N1 N2	M0 M0 M0 M0 M0
EVRE IIIB	T4 T (herhangi)	N (herhangi) N3	M0 M0
EVRE IV	T (herhangi)	N (herhangi)	M0

4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1. Meme Kanseri Cerrahisinin Kronojik Gelişimi

Tablo 4.1. Meme Kanseri Cerrahisinin Kronolojik Gelişimi

1890	Radikal mastektomi
1948	Modifiye radikal mastektomi
1948	Basit mastektomi ve radyoterapi
1953	Lokal flep uygulaması
1969	Meme protezi kullanımı
1973	Parsiyel mastektomi
1977	Latissimus dorsi flep
1978	Meme koruyucu cerrahi
1982	Tram flep
1984	Expander flep
1989	Serbest tram flep
1991	Cilt koruyucu mastektomi
1994	Perforatör flep
1994	Onkoplastik flep
1996	Sentinel lenf nodu biyopsisi
1998	Redüksiyon mastektomi+lumpektomi
1998	Subkutan mastektomi (meme kanserinde)
2002	Periareolar parenkimal eksizyon
2005	Parelelogram eksizyon paternleri

Meme kanserinin tedavisiyle ilgili en eski kaynaklar beş bin yıl öncesine kadar uzanmaktadır. Yazılı tarih verilerinden Mısır papirüslerinden itibaren meme kanseri hakkında çeşitli tedavi seçenekleri sunulmuş; son yüzyıla kadar neredeyse tamamı cerrahi yöntemler olmuştur. Mısır'da MÖ 1600 yılındaki papirüslerde, memenin kesilip ateşle dağlanmasından bahsedilmektedir. Hipokrat (MÖ 460-370) kanserin kan, balgam, sarı ve siyah safra arasındaki dengesizlikle ortaya çıktığını iddia etmiş, Bergamalı Galen (MS 129- 216) de Hipokrat'ın ileri sürdüğü bu dört sınıftan kara safranın meme kanseri için en önemli sorun olduğunu bildirmiştir. Galen meme cerrahisi sırasında bu yüzden kara safranın akması için hemostaz yapılmamasını dahi önermiştir. Aslında Galen' den 100 yıl önce yaşamış İskenderiyeli cerrah Leonides meme kanserinde mastektomi ve aksiller cerrahiyi uygun kesi ve koterizasyon ile tanımlamıştır (Ünal ve Gülmeden, 2020).

İskenderiye kütüphanesinin yok edilmesi ve sonrasındaki dini akımların insanlık tarihini değiştirmesi cerrahi tedavileri için yaklaşık bin yıllık bir duraksamaya neden olmuştur. Sanatın yeniden uyanışı gibi Rönesans döneminde cerrahi de yeniden oluşmaya ve anatomik yapılar ortaya çıkmaya başlamıştır (Ünal ve Gülmeden, 2020).

18. yüzyılda Henri Le Dran, Galen 'in kara safra tezini yok eden “ meme kanserini lokal bir hastalık olduğu ve bu yüzden de cerrahi yöntemlerle tedavi edilebileceğini ” tezi kabul görmüştür. Antisepsi ve anestezi uygulamalarının da hız kazandığı bu dönemde lokal hastalık için geniş cerrahilerin yapılabildiği, cerrahinin gelişimindeki altın çağ yaşanmıştır. William Stewart Halsted 1894 yılında radikal mastektomiye literatüre sunmuştur. Memenin üstündeki cilt ve altındaki pektoral kas ve aksilla ile birlikte en blok rezeksiyonu büyük bir cerrahi ritüel halinde yayınlanmış ve tüm dünyada hızla uygulanmaya başlamıştır. W.S. Halsted bu ameliyatla büyük bir şöhrete kavuşmuş ve radikal mastektomi bir asır boyunca popülaritesini korumuştur (Yürüker, 2020).

Radikal mastektominin komplikasyonlarından korunmak için 20. yüzyıl başlarında Patey ve Handley, pektoral kası çıkarmadan yapılan “ modifiye radikal mastektomi” ameliyatını önermiştir. Yapılan cerrahi küçülmüşken, tedavi yanıtı değişmemiştir. Bernard Fisher, 1960' lı yılların sonunda yaptığı büyük çalışmalarla meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğunu göstermiş; bu yüzden lokal tedavilere sistemik tedavilerin eklenmesi sağlamıştır. Kimyasal bazı ajanların vücudun immün sistemini değiştirdiğinin tesadüfen gösterilmesi sonucunda kanserli hücrelerin yok edileceği ilaç tedavileri gelişmeye başlamıştır. Kemoterapi olarak adlandırılan bu tedavilere günümüzde hedefe yönelik tedaviler, hormon terapi ve immünoterapi eklenmiştir. Fisher ile birlikte meme kanserinin tedavisinin yönü tamamen değişmiştir. Cerrahi tedavi yöntemlerinde giderek daha az invaziv işlemlere ve daha çok sistemik tedaviye doğru bir eğilim başlamıştır (Ünal ve Gülmeden, 2020).

Radyoterapinin keşfedilmesi ve kanser tedavisinde kullanılmaya başlanmasıyla mastektomi yerine hastalıklı bölgenin çıkarıldığı meme koruyucu cerrahi uygulamaya girilmiş ve uzun süreli sonuçlarının mastektomi ile benzer olduğu görülmüştür. Veronesi 1970 yıllarında kadranektomiye tanımlamış uygulamaya

sokmuştur. Uzun süreli yayınlar mastektomi ve meme koruyucu cerrahi ile tedavi edilen meme kanserli olgular arasında fark olmadığını göstermiştir (Yürüker, 2020).

Memenin korunmaya başlamasından sonra 1994 yılında Guiliano sentinel lenf nodu biyopsisini literatüre sunmuş ve hızla kabul görmüştür. Guiliano'ya kadar, meme cerrahisinde standart tedavi olarak aksiller diseksiyon yapılmaktadır. Aksiller diseksiyonun asıl amacı hastalığı evrelemektir; tedavi etmek değil. Aksilla cerrahi, medikal tedavi ve radyoterapi ile tedavi edilebilir. Cerrahi morbiditeden kurtulmak içi lenf kanallarından ilerleyip lenf düğümlerine girip çıkamayan özel işaretleyiciler memeye enjekte edilir. İsosulfan blue ya da radyonüklid madde meme başının altına enjekte edilir ve 10 dakika sonra aksiller ayrı bir kesi ile girip boyanan ya da gama prob ile ölçülen lenf nodları bulunur ve ameliyat sırasında hızlı patolojik değerlendirme için frozen çalışılır. Eğer sentinel lenf nodu negatif olarak değerlendirilirse aksiller diseksiyon bitmiş sayılır. Sentinel lenf nodunda metastaz saptanması durumunda ise aksiller diseksiyona devam edilir. Ancak sentinel lenf nodu pozitifliği nedeniyle aksiller diseksiyon yapıldığında aksillada başka metastatik lenf nodlarının olmadığı olgular görülmüştür. ACOSOGZ0011 çalışması T1- 2 tümörü ve SLNB pozitif olan olgularda aksiller diseksiyon yerine radyoterapi ve klemoterapi ile 10 yıllık sağkalımda bir fark olmadığını ortaya koymuştur. AMAROS çalışması da radyoterapi ile aksiller diseksiyon arasında fark olmadığını göstermiştir. Artık günümüzde meme koruyucu cerrahi yanında aksilla koruyucu yaklaşım da gittikçe artmaktadır. Meme cerrahisi sonrası estetik cerrahi yöntemleriyle yeni meme, hatta daha iyi meme görünümüne kavuşmak mümkünken; aksiller diseksiyon sonrası bozulmuş lenfatik dolaşımı yeniden oluşturmak henüz pek olası görünmemektedir. Memeye uygulanacak tedavilerin ortak noktasından biri de aksillayı korumaktır. Cerrahi tedavi öncesi memedeki kitleyi küçültmek ya da cerrahi olarak çıkarılamayacak kadar ilerlemiş bir tümörü rezektabl hale getirmek için kemoterapi ya da radyoterapi uygulamaya neoadjuvan tedavi denmektedir. Aksiller diseksiyondan kaçınmak için de neoadjuvan tedavi uygulanabilmektedir (Yürüker, 2020).

Meme kanseri 5000 yıl önce lokal, 1500 yıl önce sistemik, 500 yıl önce lokal ve son yüzyılda yine sistemik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kuşkusuz son yüzyılda sistemik tedavilerin gelişmesi, tedavi etkinliğini belirgin artırmıştır. Meme

kanseri tedavisindeki bu büyüleyici süreç halen devam etmektedir. Günümüzde kayda değer onkolojik gelişmeler beraberinde estetik gereksinimlere olanak sağlamıştır. Artık onkoplastik cerrahiden bahsedebildiğimiz çağdayız. Yeterli onkolojik prensiplerle ve yeterli estetik görünümle cerrahi tedavi uygulamaları“ onkoplastik cerrahi” olarak adlandırılır. Hastanın durumu, hastalığının durumu, meme tümör oranı, kurumsal yeterlilikler gibi birçok durum bu tedavilerin seyrini belirlemektedir. Son 30 yılda meme kanserinin tedavisinde baş döndürücü gelişmeler olmuş, radikal mastektomi gibi büyük cerrahi ve yüksek morbiditesi olan tedaviden günöbirlük cerrahi tedavilere ve daha iyi onkolojik yanıtı ulaşılmıştır. Maalesef ki bu daha iyi onkolojik yanıtı sadece cerrahi teknik ile sağlanamaz. İyi bir evreleme ve patolojik değerlendirme, lokal ve sistemik tedavilerin zamanı ve sıralaması başarılı bir tedavinin anahtarıdır (Yürüker, 2020).

Bildiğimiz 5000 yıllık tarihte bile meme kanseri tedavisinde bu kadar değişiklik olmuşken, bilmediğimiz birçok farklı karakterdeki tümör davranışlarının farklı hastalar üzerinde ve farklı anatomik yapılarıdaki değişiklikleri tedavi seçeneklerini de değiştirmektedir. Günümüzde meme kanseri sistemik bir hastalık olarak kabul edilmekte ve multidisipliner yaklaşımla tedavi edilebilmektedir (Yürüker, 2020).

4.2. Meme Kanseri Cerrahi Girişimler

Meme kanseri tedavisinde, hangi hastaya hangi cerrahinin yapılacağı tedavinin en zorlayıcı kısmıdır. Meme kanserinde cerrahi tedavide hastalığın evresi, memedeki kanserli dokunun durumu, memenin hastadaki durumu, hastanın sosyal durumu, eşlik eden hastalıklarının durumu ve tedavi edici kurumun olanakları belirleyicidir. Meme bir kadınlık organıdır, güzelliğın ve doğurganlığın sembolüdür. Klasik dönem sanat eserlerin çoğunda meme doğurganlığın sembolüdür; her memenin yanında bir bebek vardır. Oysa sürrealist dönemde meme kadınlık sembolüdür. Tıpkı sanatta olduğu gibi cerrahide de cerrahın memeye bakış açısı tedavi seçeneklerini belirler. Memeyi doğurganlık aracı olarak gören bir cerrah için standart meme cerrahisi modifiye radikal mastektomidir. Oysa kadınlık organı olarak düşünüldüğünde memeyi korumanın birçok yolu olduğu açıktır. Cerrahın tercihinde kişisel yeterlilikleri dışında kurumsal olarak multidisipliner çalışma ortamı da etkilidir. Kuşkusuz cerrah tedavi seçeneklerini sunmasına rağmen nihai tedavi

kararında hastanın tercihleri istekleri ve beklentileri de etkilidir. 20 yaşındaki meme kanserli bir kadın mastektomi, 80 yaşındaki kadın da meme koruyucu tedavi isteyebilmektedir. Hastaların karar aşamasında tedavi seçeneklerini bilmesi süreci kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda hastaların hangi tedaviyi seçtiğinde vücudunda nasıl bir süreç izleneceği ve tedavi sonucunda nasıl bir görünüm kazanacağını bilmeleri; güvenli tedavi sürecinin başlaması açısından önem ifade etmektedir (Yürüker, 2020).

4.3. Radikal Mastektomi

Memenin aksilla, cilt ve pektoral kasta birlikte bir bütün halde çıkarılmasıdır. Oluşan doku defekti greftlerle kapatılmaktadır. Günümüzde güncel tedavi uygulamalarında yeri yoktur (Yürüker, 2020).

4.4. Modifiye Radikal Mastektomi

Memenin aksilla ve cilt ile birlikte çıkarılmasıdır. Pektoral kas korunur; cilt modifiye edilerek radikal mastektomiden daha az miktarda çıkarılır. Multidisipliner tedavi seçeneği olmayan kurumlarda meme kanseri tedavisinde sıkça kullanılır. Donamlı merkezlerde meme koruyucu cerrahinin uygulanamadığı ve aksiller tutulumun cerrahi ile tedavi edilmek zorunda olduğu durumlarda tercih edilmektedir (Yürüker, 2020).

4.5. Basit Mastektomi

Modifiye radikal mastektomiden tek farkı aksiller diseksiyonu içermesidir. Meme koruyucu cerrahinin uygulanamadığı durumlarda ve evre IV hastalıkta palyasyon için uygulanır (Yürüker, 2020).

4.6. Meme Koruyucu Cerrahi

Memedeki kitlenin güvenli cerrahi sınır ile çıkarılmasıdır. Palpabl kitlelerde, kitleye en yakın yerden cilt kesisi ile girilir. Kitlenin çıkarıldığı alan mümkünse glandüler flep ile doldurulur. Non palpabl lezyonlar ameliyat öncesi tel ile işaretlenir, telin klavuzluğunda kitle çıkarılır. İster palpabl, ister non palpabl olsun, kitlenin çıkarıldığı alana metal işaret klipleri konulur. Radyoterapi alanı belirlenirken bu klipler yol gösterici olmaktadır (Yürüker, 2020).

4.7. Subkutan Mastektomi (Skin Sparing Mastektomi)

Meme cildinin korunarak meme başı ile birlikte memenin çıkarılmasıdır. Çıkarılacak areola kenarından kesiyle girilir. Eşzamanlı rekonstrüksiyon uygulanır. Protez pektoral kasın altına ya da kasın üstüne- cildin altına konulmaktadır (Yürüker, 2020).

4.8. Meme Başı Koruyucu Mastektomi (Nipple Sparing Mastektomi)

Meme cildiyle birlikte meme başı aerola kompleksi de korunmaktadır. Areola çevresinden ve memenin durumuna göre alt ya da laterale uzanan kesi ile mastektomi tamamlanır. Eşzamanlı rekonstrüksiyon uygulanır. Protez pektoral kasın altına ya da kasın üstüne-cildin altına konulmaktadır (Yürüker, 2020).

4.9. Aksilla İçin Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi Ve Aksiller Diseksiyon

Areola altına isosulfan blue ya da radyonüklit enjeksiyonu sonrası memeye masaj yapılır. 10 dakika sonra küçük bir kesi ile aksillaya girilir. Mavi boya tekniğinde lenfatik kanallar aranır ve boya takip edilerek lenf nodları bulunmaya çalışılır. Aksiller palpasyon boyanma olmayan ancak palpe edilen lenf nodları da nonsentinel lenf nodu olarak adlandırılır ve bu lenf nodları da çıkarılarak frozen incelemeye gönderilir. Radyonüklit yönteminde ise gama probe ile aktivasyon ölçülen nodlar aranır. Mavi boyada olduğu gibi, palpe edilen ancak aktivasyon alınamayan lenf nodu non sentinel kabul edilir. Her iki tekniğin birlikte yapıldığı durumlarda sentinel lenf nodu biyopsisi başarı oranı artmaktadır (Yürüker, 2020).

5. BEŞİNCİ BÖLÜM

5.1. Meme Kanserinde İllüstrasyon

İllüstrasyon Latince lustrare kökünden gelmektedir, kelime manası anlaşılır yapmaktır. Bir metnin veya konunun içinde yer alan görsel ifadelerle verilen isimdir. Nihai amacı bir fikri daha etkili ve verimli olarak açıklamak, aydınlatmaktır (Gikonv, 1991). İllüstrasyonlar, ifadelerin, metinlerin, düşüncelerin en kısa yoldan, tesirli bir biçimde anlatılmasını sağlar. İllüstrasyonun fertler için kolay idrak edebilirliği, iletişim kurmayı ve tesirli bir biçimde bilgilendirmeyi sağlama gibi işlevsel yönleri vardır (Baldaş ve ipek, 2017).

Bilgiyi hedeflenen kitleye hızlı ve kalıcı biçimde aktarma, anlaşılabilirliği kolaylaştırma ve dikkat çekebilme özelliklerinden dolayı tasarımda görsel ifadeler önemli bir yere sahiptir (Teker, 2009). Hasta bilgilendirme ve eğitim gereçlerinde etkili ve amaca yönelik yapılan görsellerin ve illüstrasyonların kullanılması hastaların anlama ve hatırlamalarını kolaylaştırdığı göstermiştir (Kools, van de Wiel, Ruiters ve Kok, 2006).

Bu bağlamda yazılı anlatıma kıyasla görsel ifadelerin öğrenme üzerinde anlama ve hatırlamayı kolaylaştırma etkileri düşünüldüğünde görsel ifadeler, tıbbi bilgiye sahip olmayan kitle için önem taşıyacaktır. Görsel ifadelerin öğrenme üzerindeki rolüne Edgar Dale' nin 1946 yılında yaptığı çalışması örnek olarak gösterilebilir; Edgar Dale'nin yaşantı konisi olarak adlandırdığı öğrenme modelinde, insanlar öğrendiklerinin % 83'ünü görme, % 11' ini işitme, % 3,5' ini koklama, % 1,5' ini dokunma, %1' ini tatma duyularıyla edindikleri yaşantılar yoluyla gerçekleşmektedir (Ata ve Atik, 2017).

Hastalara yönelik illüstratif bilgilendirmeye yönelik tasarımlar, hastanın kendisine uygulanacak olan tedavinin içeriğini ve sürecini daha yakından görmesini sağlayacaktır. Böylece hastanın iyileşmesinde büyük rol oynayan bilinçli, durumun farkında olan, kendisine yapılacak müdahaleye yardımcı olmaya çalışan tedaviye gönüllü kişi konumuna daha rahat sokacaktır (Akman, 2018).

Meme kanserinin kadınlarda en sık rastlanılan kanser çeşidi olması bu kanserin belirtilerini bilme ve erken evrede tespit etme konusunda öneme sahiptir. Bu önemde

halk sağlığını bilinçli duruma getirme konusunda yazılı kaynaklar dışında görsel kaynaklar üretmenin gerekliliğini de göstermiştir.

2009 yılında, Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulunun raporuna göre; meme kanserinde erken tanının önemi toplum ve özellikle hedef kitle tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olmasının mümkün olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle, kadınların eğitimi ve kanser farkındalığının oluşturulmasının gerekliliği vurgulanmıştır (Meme Sağlığı Dergisi, 2009).

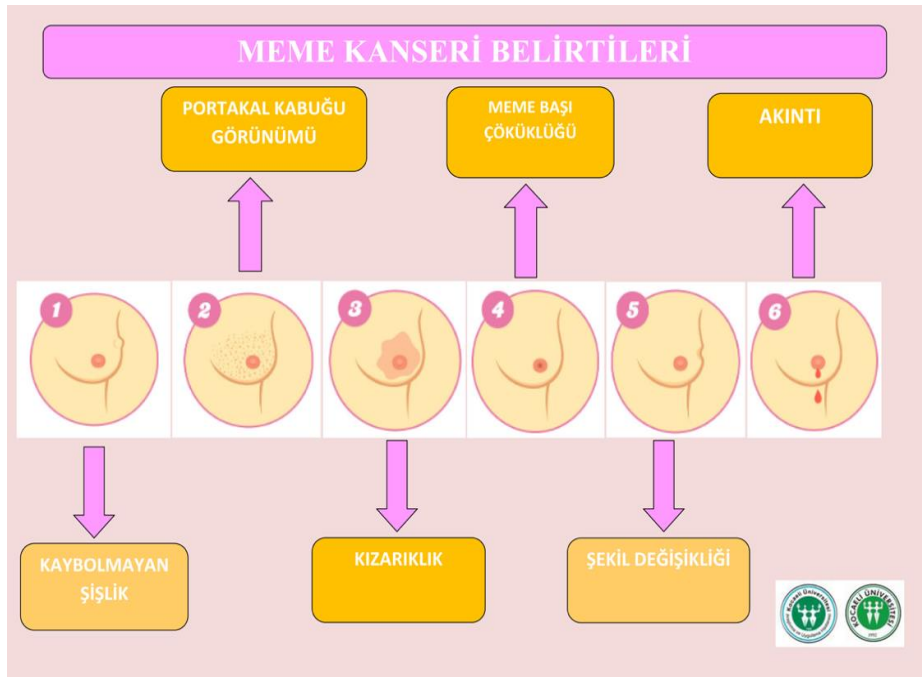
Türkiye’ de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması ile ilgili sağlık kuruluşları düzenli tarama programları ile birlikte meme kanserine ilişkin erken tanının önemini ifade eden, halk sağlığını bilinçli duruma getirmek üzere tasarlanmış birçok görsel ifadelere yer verildiği görülmüştür. Bu tasarımların bazıları Şekil 5.1. , 5.2. , 5.3. , 5.4. , 5.5. , 5.6. , 5.7. ve 5.8’ de görüldüğü gibidir.



Şekil 5.1. Meme kanseri geç kalma sağlıklı kal afiş tasarımı örneği (1-31 Ekim meme kanseri bilinçlendirme ayı basın bülteni, 2018)



Şekil 5.2. Meme kanseri kaderiniz olmasın afiş tasarımı örneği (1-31 Ekim meme kanseri bilinçlendirme ayı basın bülteni, 2018)



Şekil 5.3. Meme kanseri belirtileri illüstrasyonu örneği (Kocaeli hastanesi basın bülteni, 2018)



Şekil 5.4. 1-31 Ekim meme kanseri farkındalık ayı afiş tasarımı örneği (Aksaray il sağlık müdürlüğü, 2019)



Şekil 5.5. Meme kanseri risk faktörü illüstrasyonu (Balkaç, M, 2019)



Şekil 5.6. Meme kanseri taramanızı yaptırdınız mı, afiş tasarım örneği (Salihli İlçe Sağlık Müdürlüğü, KETEM, 2019)



Şekil 5.7. Farkında olmak önlem almaktır, afiş tasarım örneği (T.C Sağlık Bakanlığı Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü, 2020)



Şekil 5.8. Erken teşhis neden önemlidir? Afiş tasarım örneği (T.C Sağlık bakanlığı Kırıkkale il Sağlık Müdürlüğü, 2021)

5.2. Hastanın Ve/Veya Yasal Temsilcisinin Aydınlatılmış Onamı

Aydınlatılmış onam, hastaya uygulanacak tedavinin içeriği yararı ve yan tesirleri konusunda yazılı ve sözlü olarak aydınlatılması, hastanın özgür istemi ile bunlara onaylamasıdır (Kaya, 2001).

Türk tabipleri birliği hekimlik meslek etiği kuralları madde 26 ya göre; Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir (Pakiş, 2018).

Detaya yer verilmiş yazılı aydınlatmalarda hasta açısından anlaşılır olmama riski söz konusudur (Ozanoğlu, 2003). Hastaya sadece bilgi verme aydınlatma olarak kabul edilmemekte, bilginin anlaşıldığına dair dönüte ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak bu dönüt sonucunda hasta aydınlanmış kabul edilmektedir. Hastanın verilen bilgiyi anladığından emin olmak için sorularına cevap verilmeli, gerektiğinde sorular yönlendirilmelidir (Çakmak ve Demir 2009).

Geçmiş dönemlerde hastalar hastalıklarının tedavisinde tercihi hekimlerine bırakarak en iyi kararı onların vereceğine inanmaktaydı. Günümüzde ise hastalık ve sağlığa bakışın değişmesi ve hasta hakları ile ilgili uğraşlar sonucu hastalar kendisine

veya vasisi olduğu bireye uygulanacak tedavi ve girişimlerin ve bunların muhtemel sonuçlarını bilmek istemektedir (Küçüker, 2012).

5.3. Meme Kanseri Cerrahisinde Aydınlatmanın Önemi

Meme kanseri; kadınların yaşamını ve kadınlığının tehdit altında algılandığı bir hastalıktır. Meme kanseri tanı ve tedavilerinin hastada anksiyeteye, depresyon, öfke, gelecek hakkındaki öngörememe, belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin yeniden tekrar edebileceği endişesi ve benlik saygısının azalması, gövde görüntüsünün bozulması, dişilik özelliğinin kaybedilme korkusu ve ölüm korkusu gibi psikolojik sorunlara neden olduğu ifade edilmiştir (Meme Sağlığı Dergisi, 2006).

Meme kanseri teşhisi konulmuş kadınların tedavi öncesinde bilişsel ve duygusal sorunlar yaşadığı görülmektedir. Bu dönemin, hastalarda tedavi sonrası döneme bakarak daha stresli olduğu tanımlanmaktadır. Tedavi öncesi dönemde hastalar tedavi kararlarını verme konusunda zorluk yaşamaktadır. Bu dönemde hastalara cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi, hormon tedavisi ve tedavi alternatifleri ilgili bilgi verilmeli, hastaların tedaviye yönelik duygularını ifade etmelerine vakit tanınmalı ve hastaların, kendi değerleri ve olanakları doğrultusunda tedaviye yönelik olarak karar almaları konusunda desteklenmelidir (Meme Sağlığı Dergisi, 2006).

Cerrahi girişim öncesinde gerçekleştirilen planlı hasta eğitimleri, hastanın cerrahi işlemin evrelerinde neler olacağını bilmesine, fizyolojik ve psikolojik olarak kendini iyi hissetmesine, daha olumlu ameliyat neticelerinin gelişmesine fayda sağlaması haricinde, yanlış anlamaları düzelterek hastanın kişisel bakımındaki sorumluluk ve rollerini de kavramasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır (Yavuz, 2010). Cerrahide aydınlatılmış onam da bilgi düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili yapılan araştırmada, hastaların cerrahi aydınlatılmış onamı okuduğu ve anlamadığı, onam imzasının hemşireler tarafından alındığı, açıklamanın hemşireler tarafından yapıldığı, onamın formalite olduğu için imzaladığı saptanmıştır (Özlu vd, 2015). Tıbbi girişimlerde hastalar daha çok iletişime ve bilgi almaya ihtiyaç duyduğu bildirilmektedir. Hastaların bilgilendirilmesi belirsizliği, korkuyu ve kayıpları azaltacaktır. Bilgilendirme sırasında hastanın ne kadar bilgi almak istediği bilinmeli

ve bilgiler parçalara bölünerek ve anlaşıldığı denetlenerek verilmelidir (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Taşdemir ve ark. (2013) yaptığı çalışmada; ameliyat öncesi bilgilendirme yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşme saptamıştır. Asiloğlu ve Şenol- Çelik (2004) yaptığı çalışmada, ameliyat öncesi dönemde hemşire tarafından bilgilendirmenin yapıldığı hasta grubunun kaygı düzeylerinin bilgilendirilmeyen hasta grubuna göre anlamlı seviyede az olduğu görülmüştür (Dokuz, 2019).

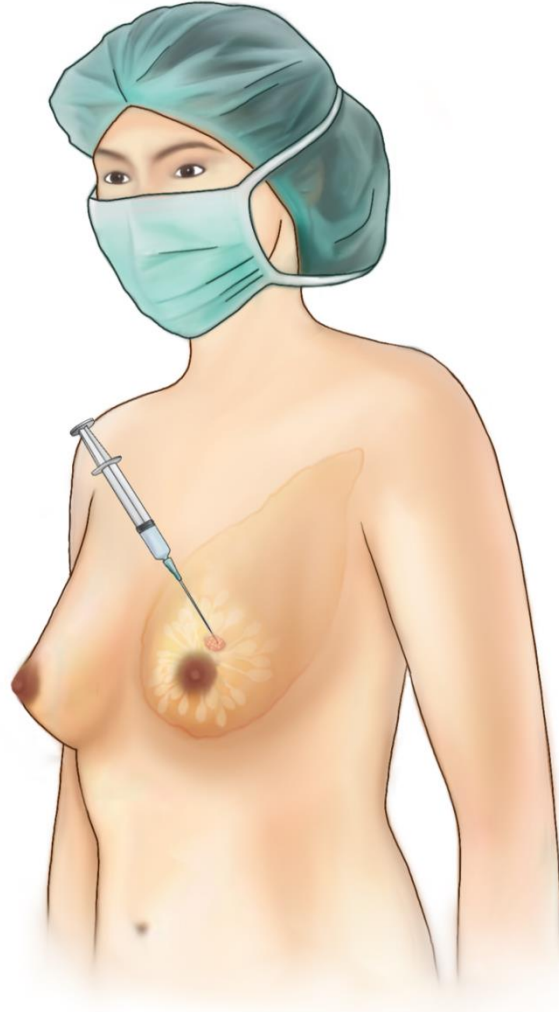
Meme kanserinin tanı ve rehabilitasyonunda bütün disiplinlerin kendilerine mahsus onam formlarını yasalara uygun olarak hazırlamaları hastaları sözlü ve yazılı olarak bilgilendirerek onam belgelerini tertip etmeleri gerekmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2020).

6. ALTINCI BÖLÜM

6.1. Meme Kanseri Cerrahisinde Hasta/Hasta Yakını Bilgilendirme Örnek İllüstrasyon Uygulama Önerisi

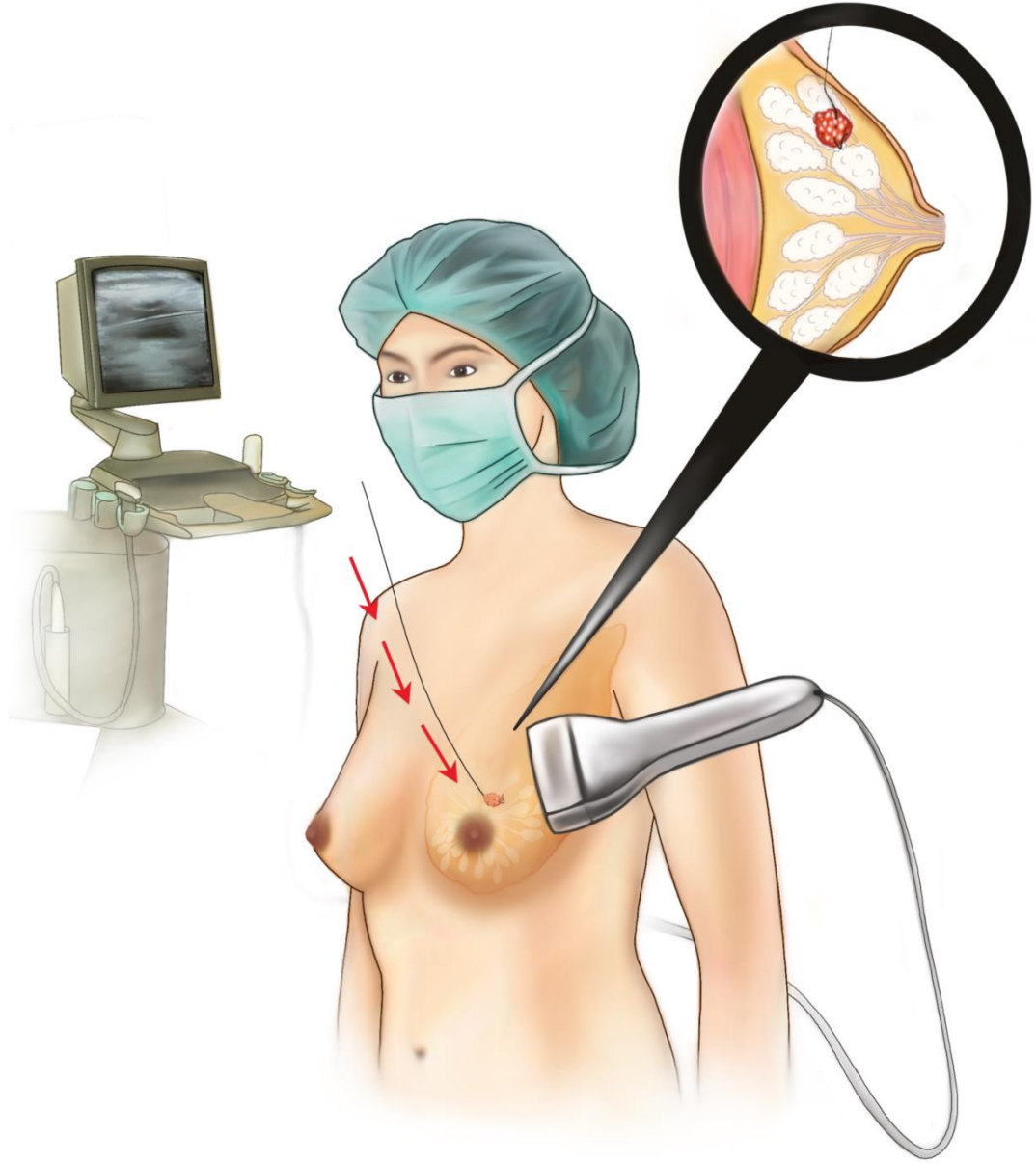
Meme kanseri teşhisi konulan hasta, cerrahi tedavi prosedürü ve olası alternatif cerrahi girişim seçenekleri hakkında cerrah tarafından sözlü olarak bilgilendirilmekte, aydınlatılmış onam ile de hastanın tedaviye onayı alınmaktadır. Hastanın vücudunda yapılacak cerrahi girişimlerde bilgi sağlanması konusunda sunulan, sözlü ve yazılı ifadeler, her hastanın farklı sosyokültürel süreçten geçtiği göz önüne alındığında yetersiz kalma tehlikesi içindedir. Bu bağlamda görme organının öğrenme üzerindeki etkilerini ifade eden araştırmalardan yola çıkarak, meme kanseri hastalarına yönelik tasarlanan illüstrasyonlar aracılığıyla tedavi süreçlerine açıklık sağlanacağı ön görülmektedir. Bu amaçla meme kanseri cerrahi girişim süreçlerini içeren, hasta bilgilendirmeye yönelik illüstrasyonlar tasarlanmış örnek bir uygulama sunulmuştur. Sunulan tüm illüstrasyonlar, uzman cerrah eşliğinde procreate programı ile resmedilmiştir.

Meme kanserinde Görüntüleme yöntemleriyle tanı konulamayan durumlarda biyopsi yöntemlerine başvurulmaktadır. Doku biyopsisi yapılamayacak kadar küçük lezyonlarda ultrasonografi eşliğinde memede tel ile işaretleme yöntemi tercih edilmektedir. Şekil 6.1.' de tel ile meme biyopsisinde lokal anestezi aşaması resmedilmiştir.



Şekil 6.1. Memenin tel ile işaretlemesi öncesinde lokal anestezi uygulama aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Şekil 6.2.' de tel ile meme biyopsisi yöntemi ve kullanılmakta olan tüm materyalleri resmedilmiştir. Ultrason başlığı, telin lezyonla olan ultrason görüntüsü, kitleye telin gönderildiği aşama ve gönderilen telin lezyonun dışında ince bir iğne ucuyla tutulumu resmedilmiştir.



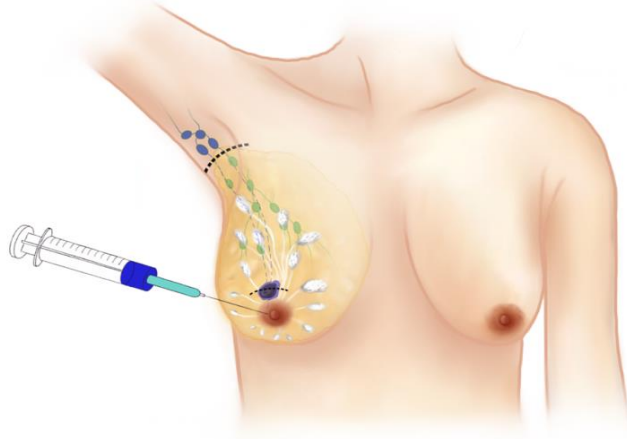
Şekil 6.2. Memenin tel ile işaretlenmesi, biyopsi aşamaları (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Şekil 6,3.' te işaretleme sonrasında telin meme cildindeki görüntüsü resmedilmiştir. Bu aşamadan sonra hasta aynı gün ameliyata alınmakta ve cerrah bu teli takiben kitleyi çıkarmaktadır.

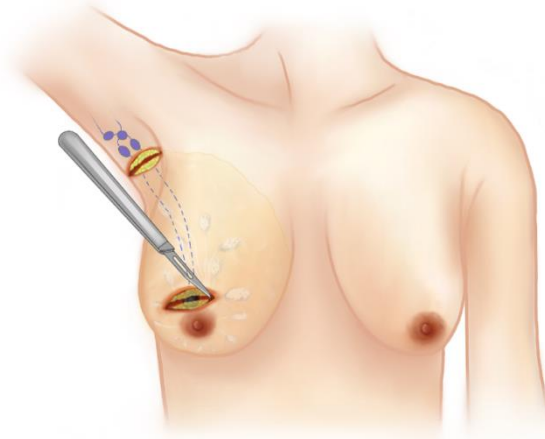


Şekil 6.3. Memenin tel ile işaretlenmesi, telin cilt yüzeyindeki görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Meme kanseri erken evrede teşhis edildiğinde meme koruyucu cerrahi yöntemi tercih edilmektedir. Meme koruyucu cerrahide meme başına boya enjekte edilmektedir, bu aşama şekil 6.4.' te resmedilmiştir. Bu boya nöbetçi lenf nodlarına ulaşır ve bu aşamadan sonra lenf noduna ve kitleye en yakın güvenli sınırdan kesi açılmaktadır, bu aşama şekil 6.5.' te resmedilmiştir.

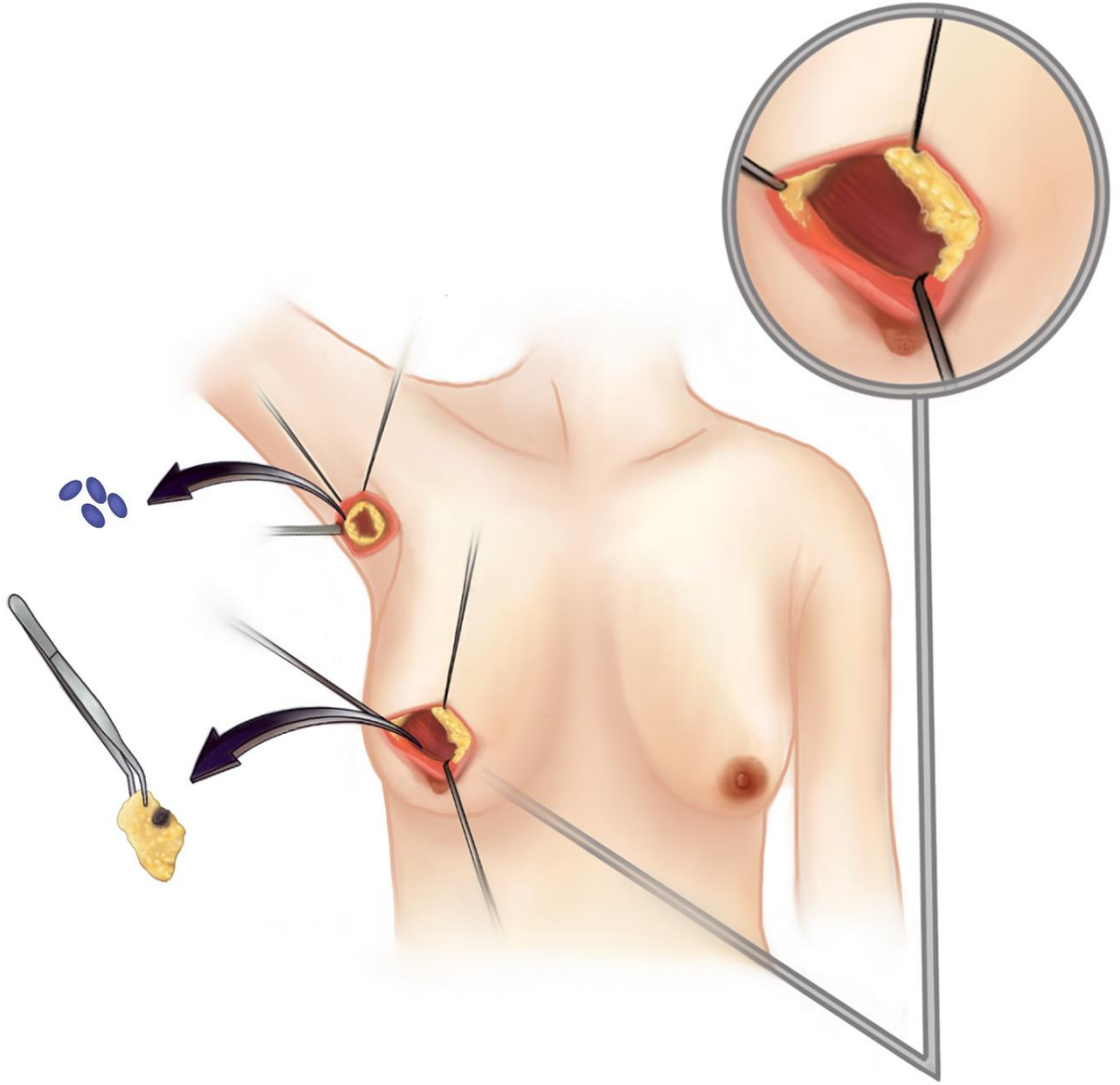


Şekil 6.4. Meme koruyucu cerrahi boya aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

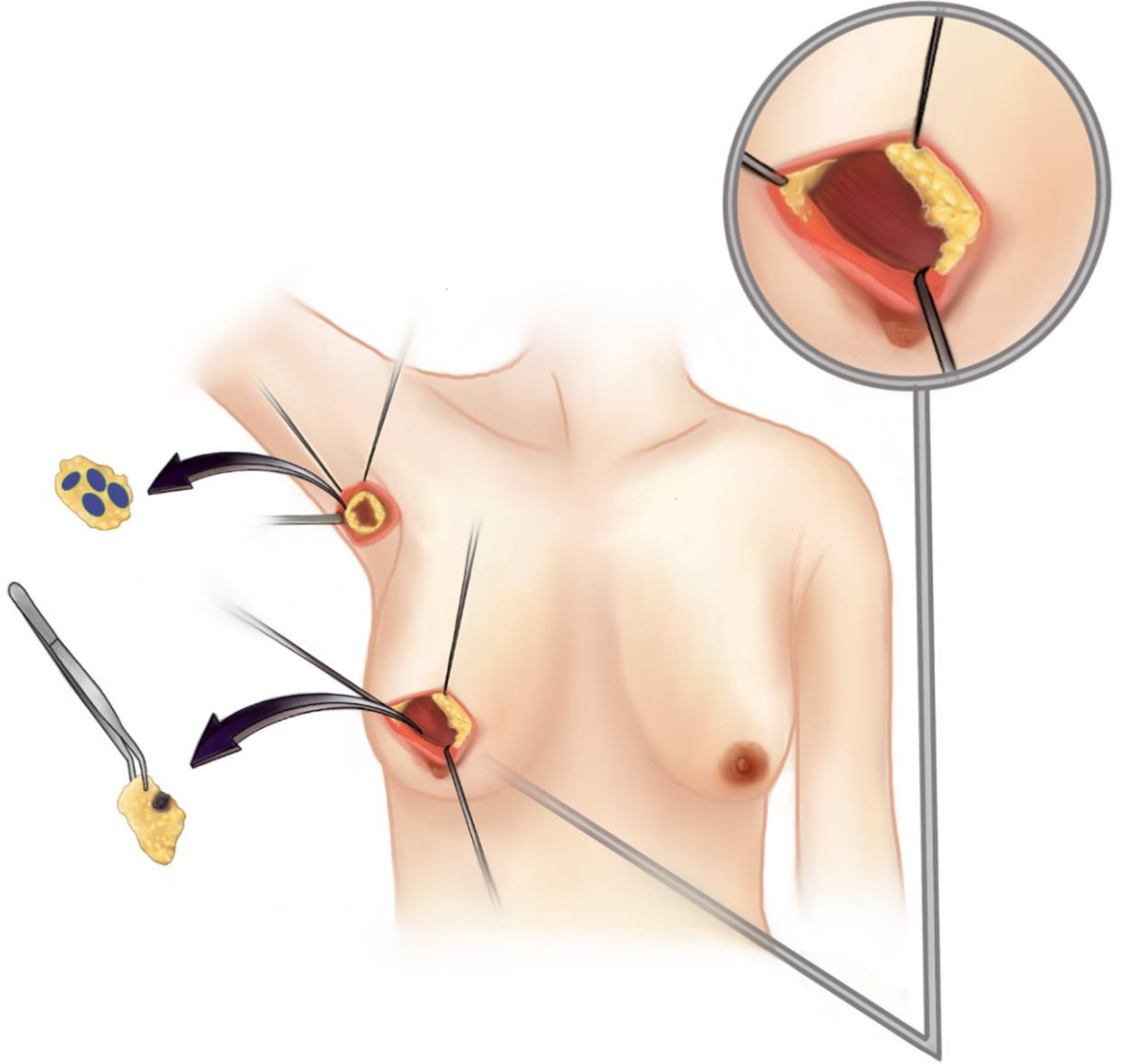


Şekil 6.5. Meme koruyucu cerrahi kesi aşamaları (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Meme koruyucu cerrahide Sentinel lenf nodu biyopsisi frozen inceleme ile değerlendirilir ve sonuçta çıkarılan lenf nodlarında hastalık saptanırsa SLNB pozitif olarak yorumlanır. Bu durumda hastanın ve hastalığının durumuna göre aksiller lenf nodu diseksiyon prosedürü uygulanmaktadır. Memeden ve koldan drene olan lenf nodları bulunur, aksiller diseksiyon sırasında aksiller düzey I ve II' deki tüm lenf nodları çıkarılır. Sentinel lenf nodu aşaması şekil 6.6.' da, aksiller lenf nodu diseksiyon aşaması şekil 6.7.' de resmedilmiştir.

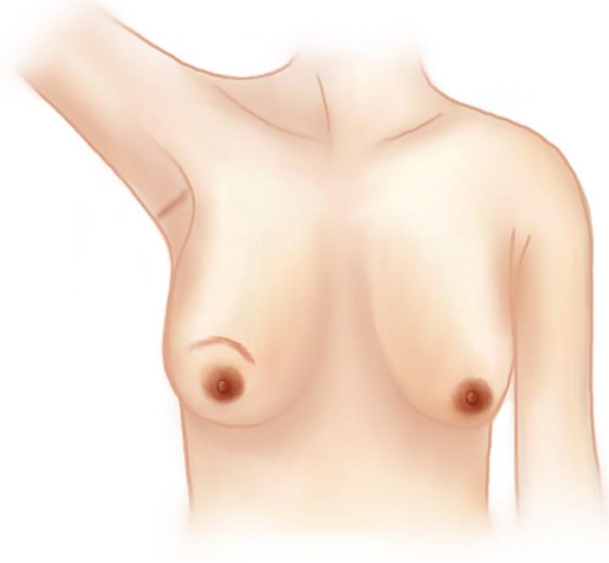


Şekil 6.6. Meme korucu cerrahide sentinel lenf nodu biyopsi prosedürü
(Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)



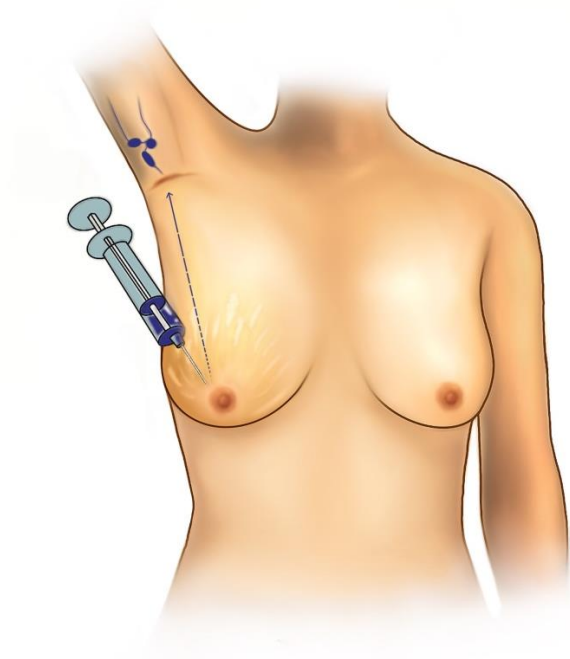
Şekil 6.7. Meme korucu cerrahi, aksiller lenf nodu diseksiyon prosedürü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Meme koruyucu cerrahi sonrası, hastalar meme organı kaybı yaşamamakta, cilt yüzeyinde belirgin dikişler görünmemektedir. Bu aşama şekil 6.8.' de resmedilmiştir.

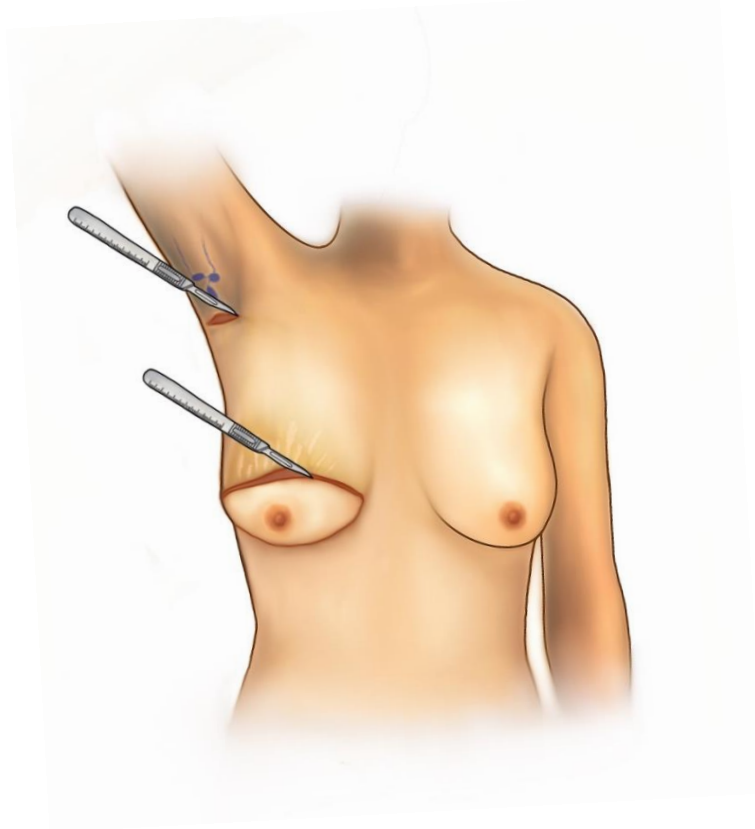


Şekil 6.8. Meme koruyucu cerrahi sonrası cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

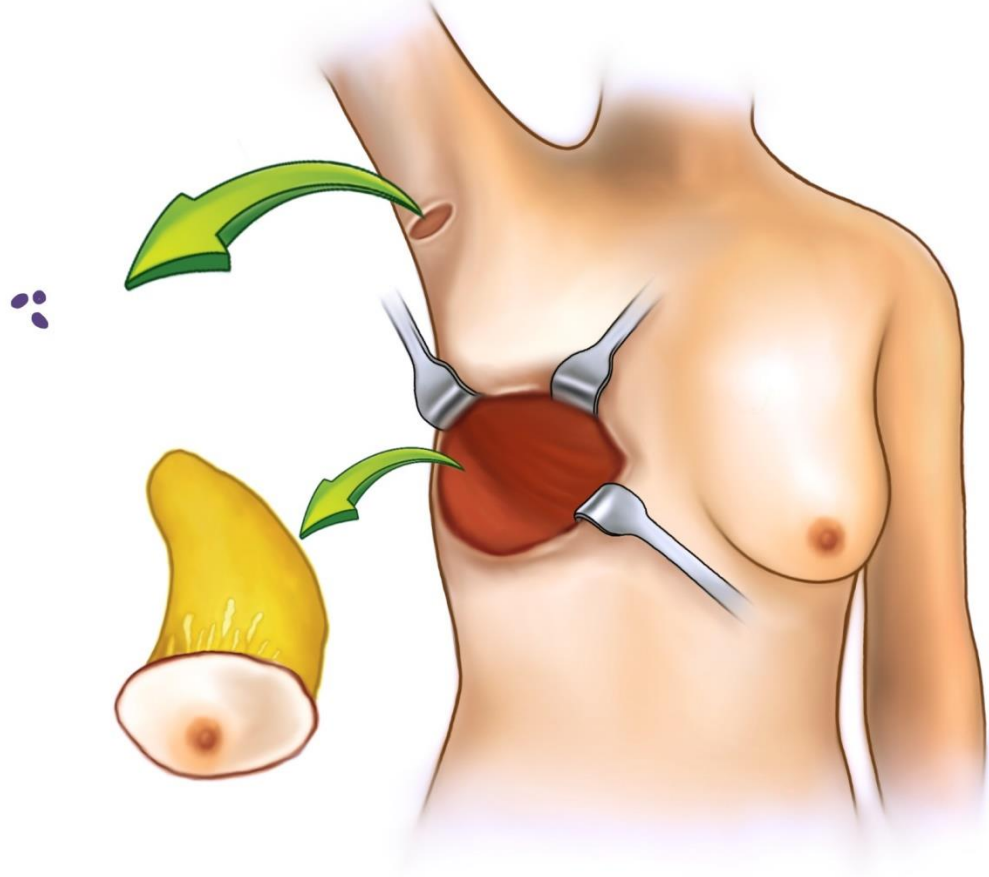
Meme kanserinde mastektomi ameliyatları hastaların merak ettiği, neticesinde nasıl bir görüntüde olacağını kaygısını taşıdığı ameliyatlardır, bu girişim sonucu genellikle meme organı kaybedilmektedir. Mastektomi Sentinel lenf nodu biyopsi girişimlerinde öncelikle meme başına boya enjekte edilmektedir. Bu aşamaya şekil 6.9.' da yer verilmiştir. Boya kanserli lenf nodlarına ulaştığında güvenli sınırdan kesi açılır bu aşama şekil 6.10.' da resmedilmiştir. Kesi açıldıktan sonra pektoralis minör ve pektoralis majör kaslarına dokunulmadan memenin içi komple boşaltılmaktadır, aynı zamanda aksilladaki kanserli lenf nodları da çıkartılmaktadır, bu aşama şekil 6.11.' de resmedilmiştir.



Şekil 6.9. Mastektomi boya aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

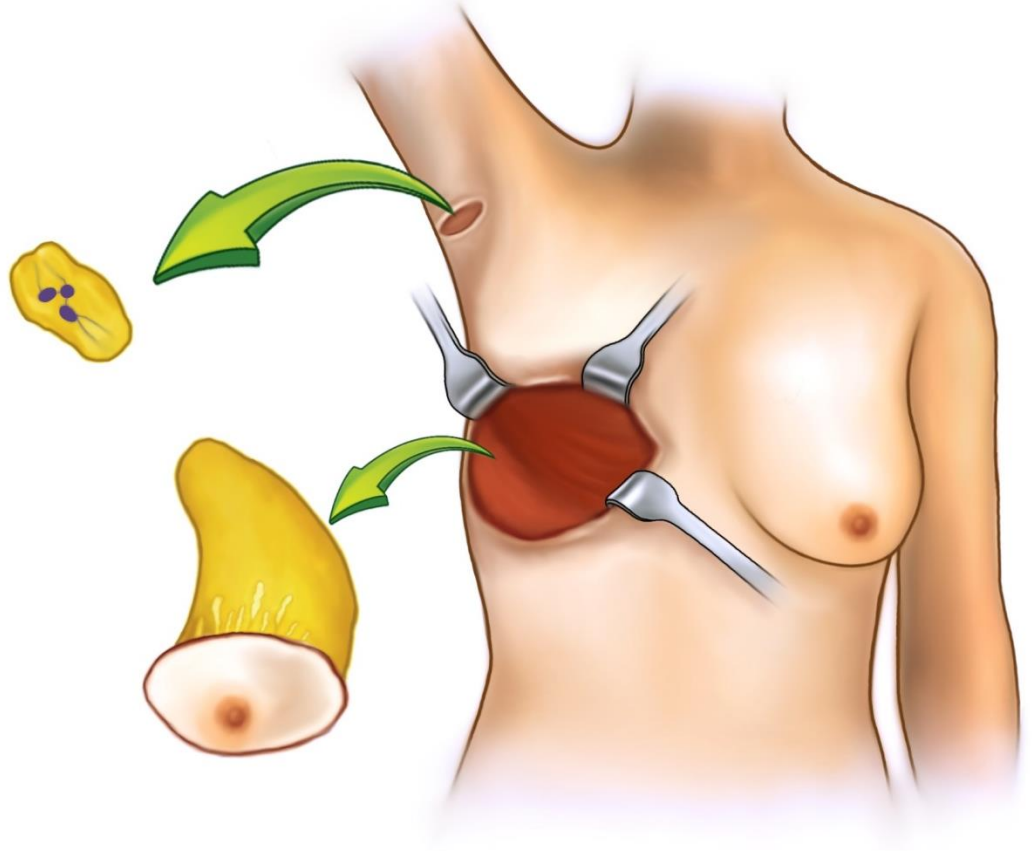


Şekil 6.10. Mastektomi kesi aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)



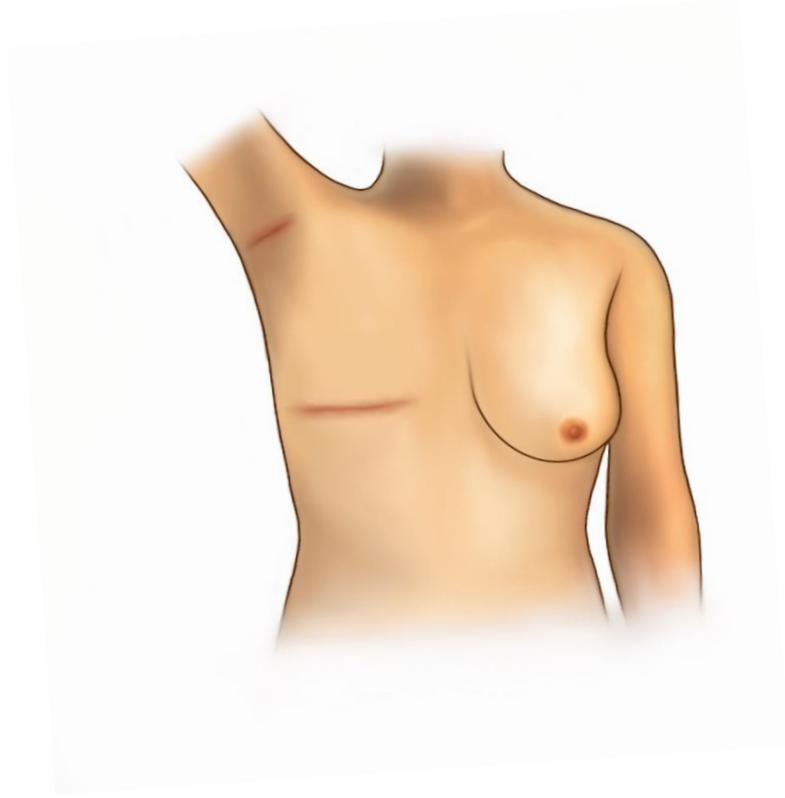
Şekil 6.11. Mastektomi sentinel lenf nodu biyopsi aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Sentinel lenf nodu biyopsisi frozen inceleme ile değerlendirilir ve sonuçta çıkarılan lenf nodlarında hastalık saptanırsa SLNB pozitif olarak yorumlanır. Bu durumda hastanın ve hastalığının durumuna göre aksiller diseksiyon yapılır. Aksiller diseksiyonda aksillanın level I ve II düzeyindeki tüm lenf nodlarının çıkarılmasıdır; şekil 6.12. ' de resmedilmiştir.

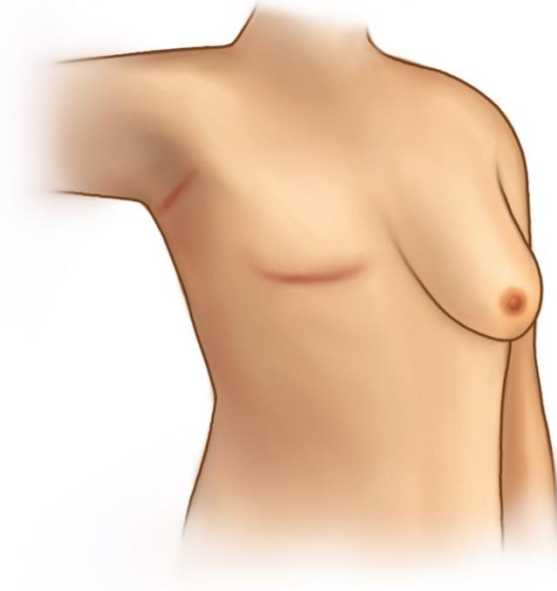


Şekil 6.12. Mastektomi aksiller lenf nodu diseksiyonu (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

Mastektomi Sentinel Lenf Nodu Biyopsi ve Aksiller Lenf Nodu Diseksiyon girişimleri farklı cerrahi süreçler olmasına rağmen, hastanın kavuşacağı görüntü aynıdır. Bu aşamalar şekil 6.13 ve 6.14 ' te resmedilmiştir.

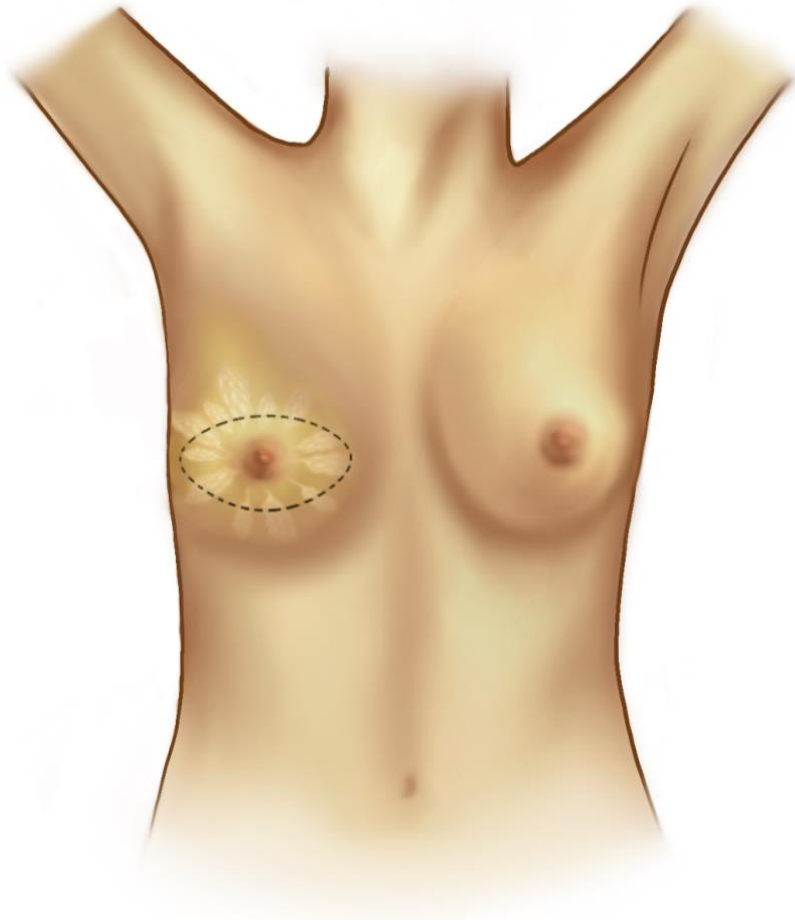


Şekil 6.13. Mastektomi sentinel lenf nodu biyopsi ve aksiller lenf nodu diseksiyon sonrası medialden cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

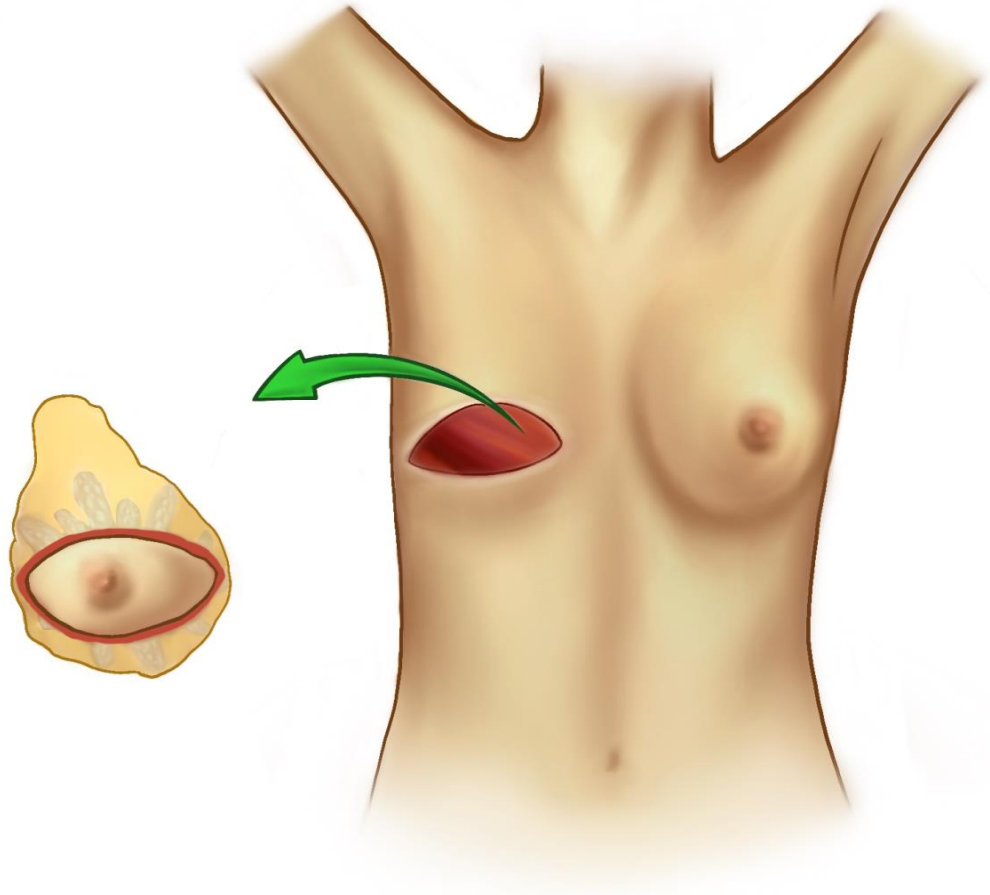


Şekil 6.14. Mastektomi sentinel lenf nodu biyopsi ve aksiller lenf nodu diseksiyon sonrası lateralden cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

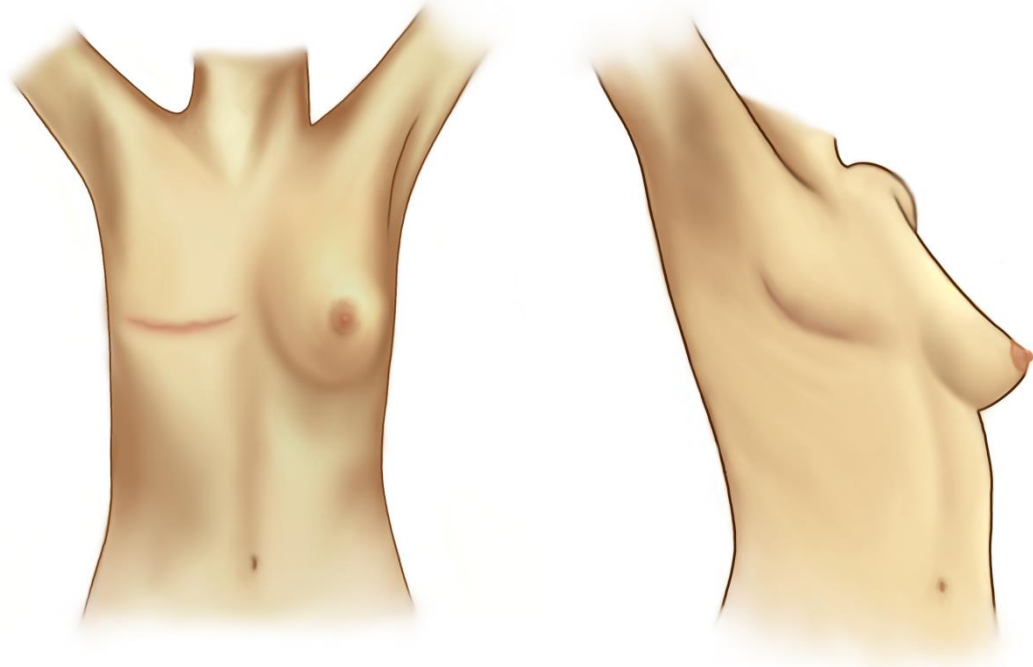
Meme kanserinde bir diğer mastektomi eşidi Modifiye Radikal Mastektomidir. Meme dokusunun tamamı alınırken pektoral kas korunur, koltuk altında bulunan lenf bezlerinin birçoğu çıkarılır, pektoral kas korunur. Modifiye Radikal Mastektomi aşamaları; Şekil 6.15. , 6.16. ve 6.17.' de resmedilmiştir.



Şekil 6.15. Modifiye radikal mastektomi kesi açılacak alanın belirlenmesi (Tasarım ve uygulama, Sema ınar, 2021)

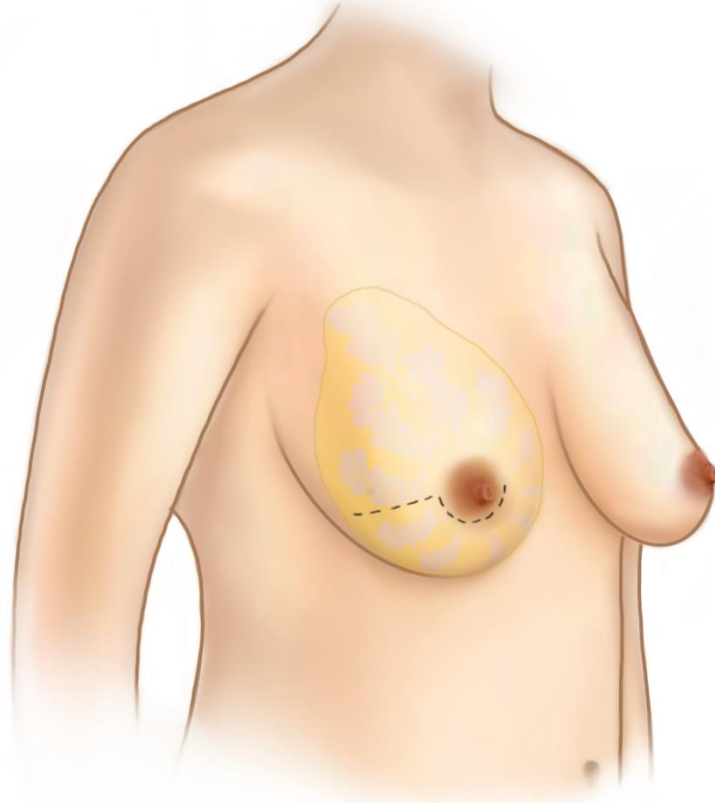


Şekil 6.16. Modifiye radikal mastektomi, memenin ve aksillanın bir kısmının çıkarıldığı aşama
(Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

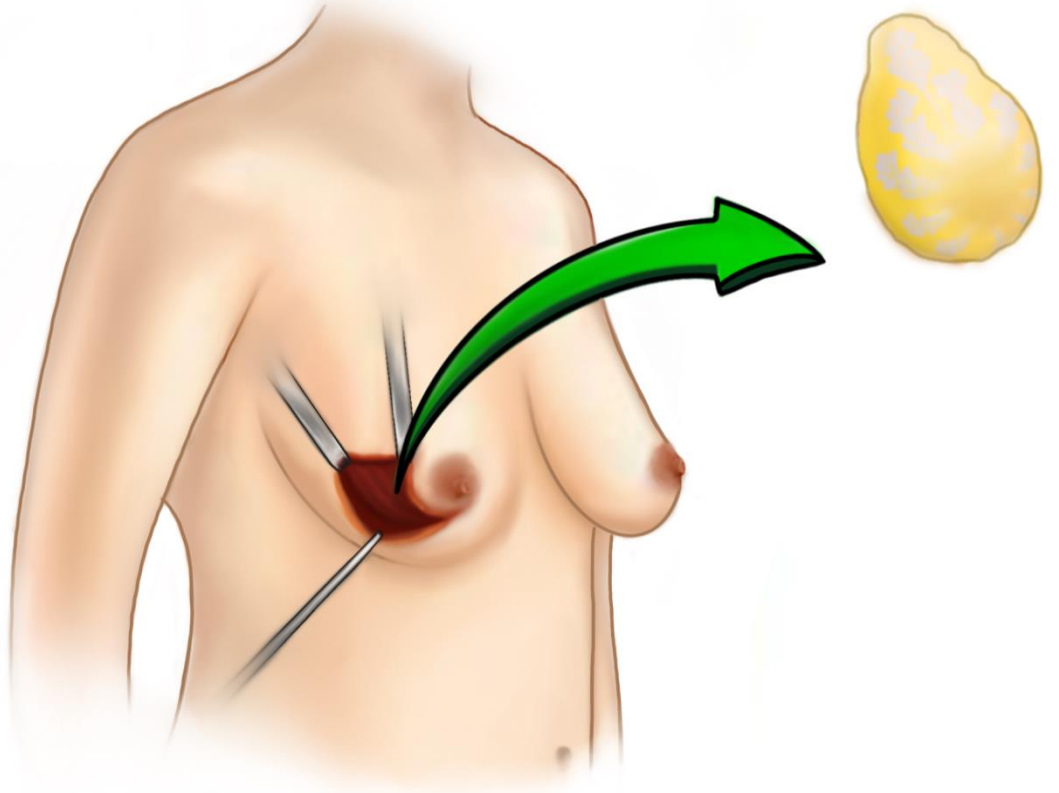


Şekil 6.17. Sol mastektomi sonrası medialden cilt görüntüsü, sağ mastektomi sonrası lateralden cilt görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

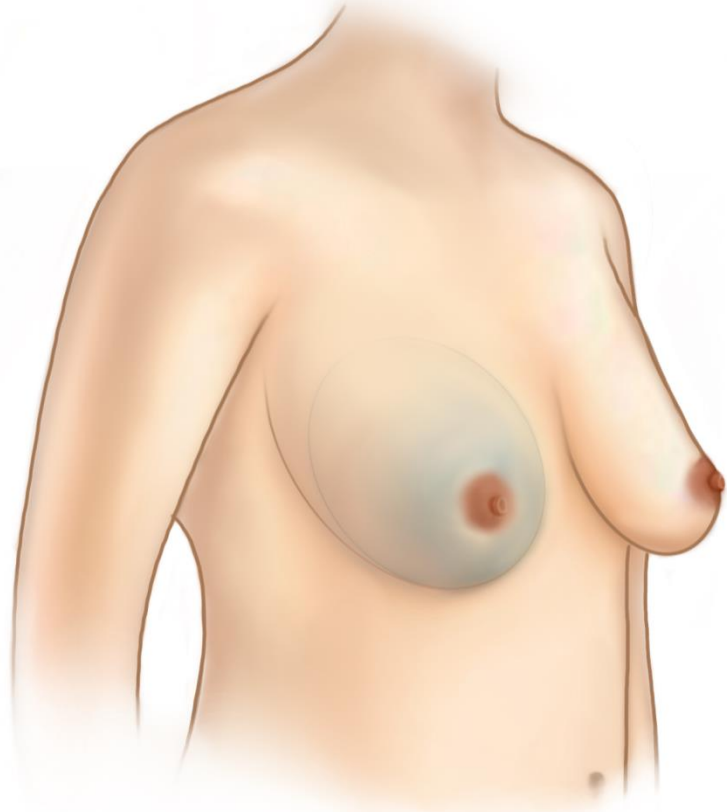
Subkutan mastektomi cerrahi girişimleri, meme cildinin korunarak meme başı ile birlikte memenin içinin komple çıkarılmasıdır. Çıkarılacak areola kenarından kesiyle girilir. Eş zamanlı rekonstrüksiyon uygulanır. Protez pektoral kasın altına ya da kasın üstüne -cildin altına konulmaktadır.



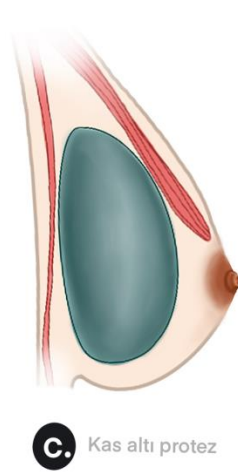
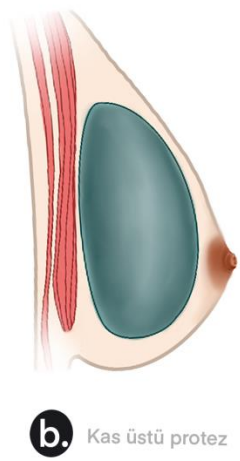
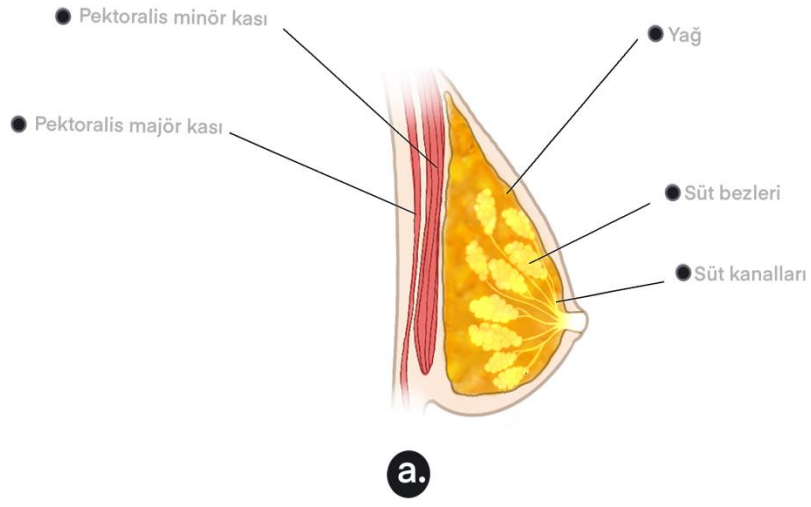
Şekil 6.18. Subkutan mastektomi, kesi açılacak cerrahi sınırın belirlenmesi (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)



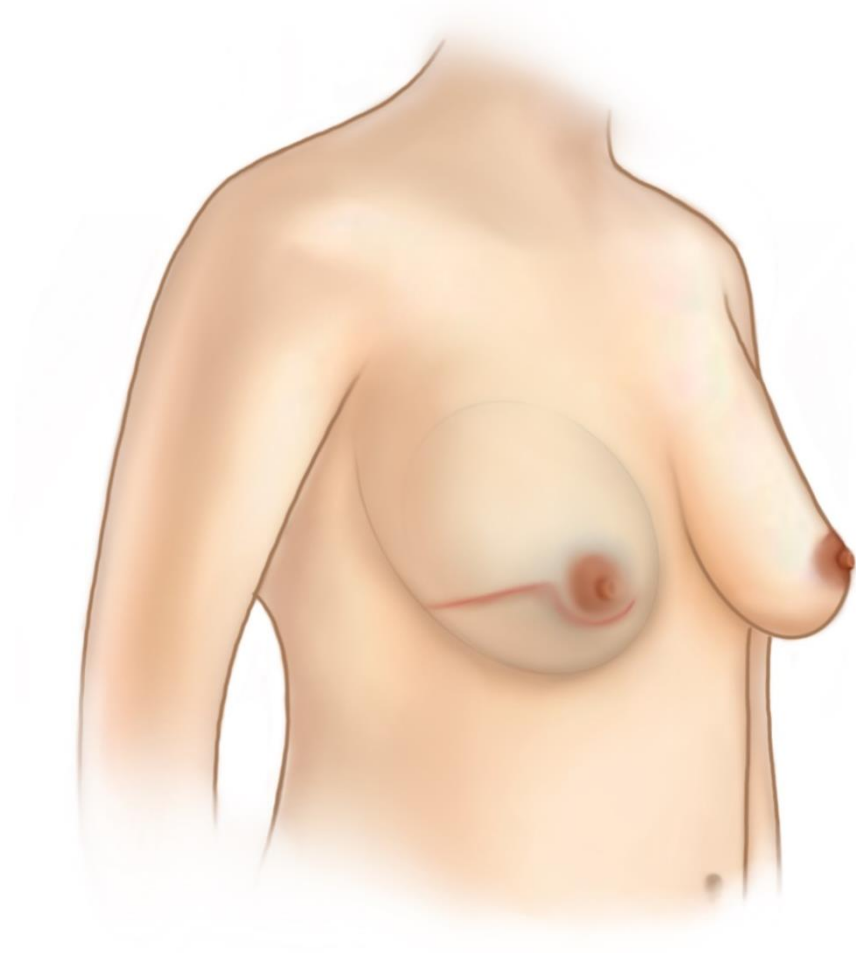
Şekil 6.19. Subkutan mastektomi, meme içinin boşaltılma aşaması (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)



Şekil 6.20. Subkutan mastektomi, protez uygulama alanı (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)



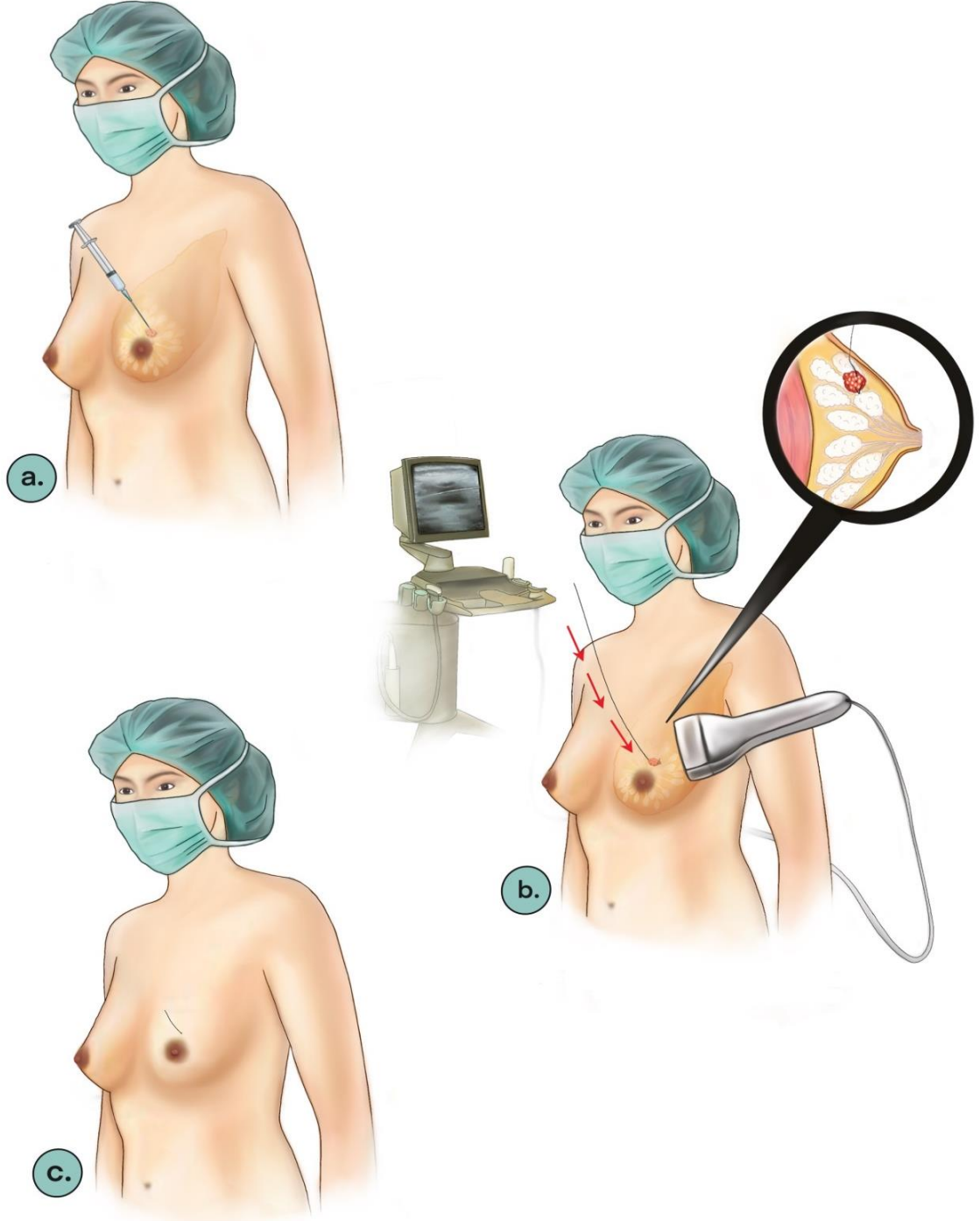
Şekil 6.21. Subkutan mastektomi kas üstü, kas altı protez uygulamaları (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)



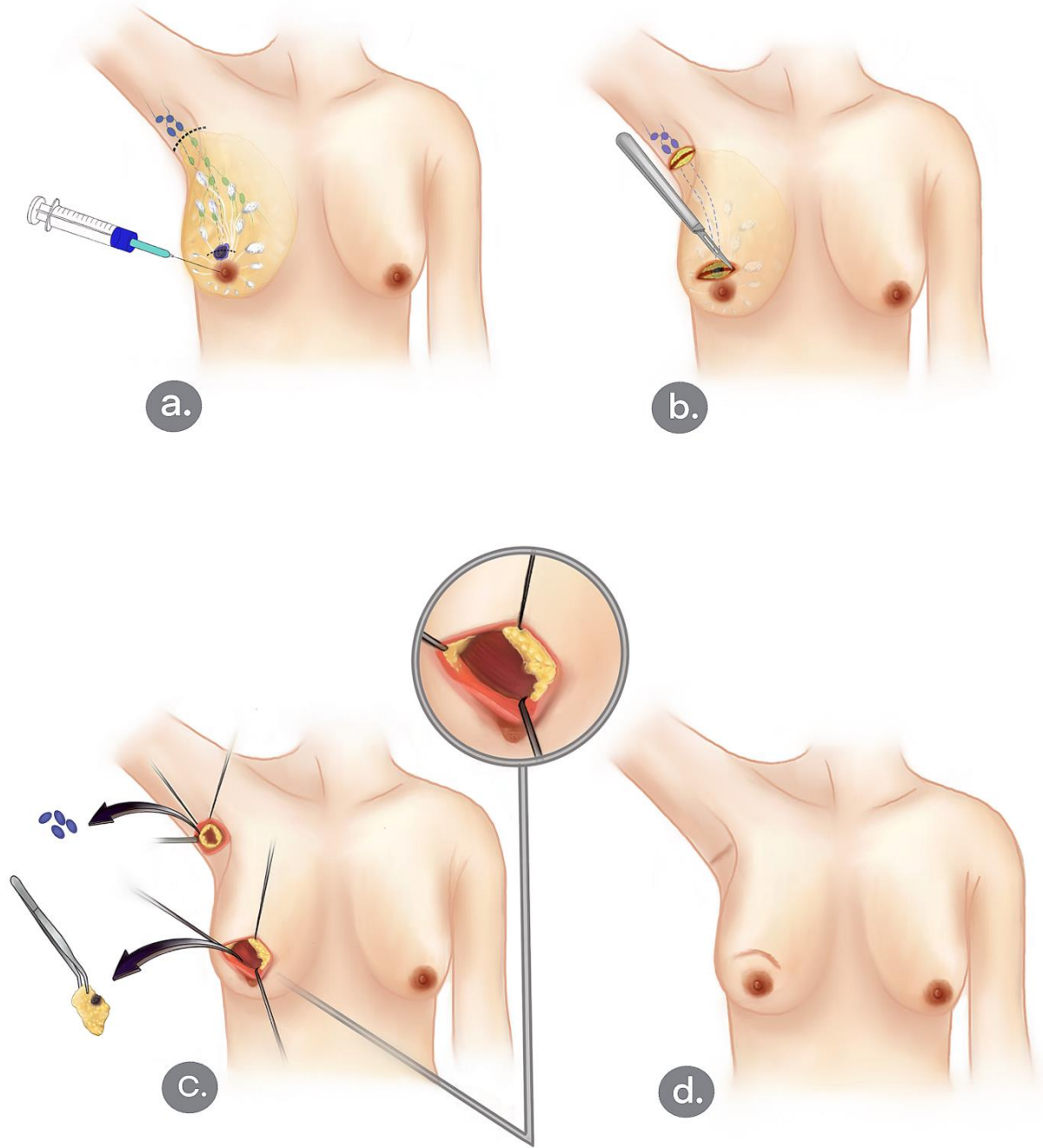
Şekil 6.22. Subkutan mastektomi protez uygulama sonrası ciltteki kesinin görüntüsü (Tasarım ve uygulama, Sema Çınar, 2021)

6.2. Meme Kanseri Cerrahisinde İllüstrasyonlarla Form Uygulama Önerisi

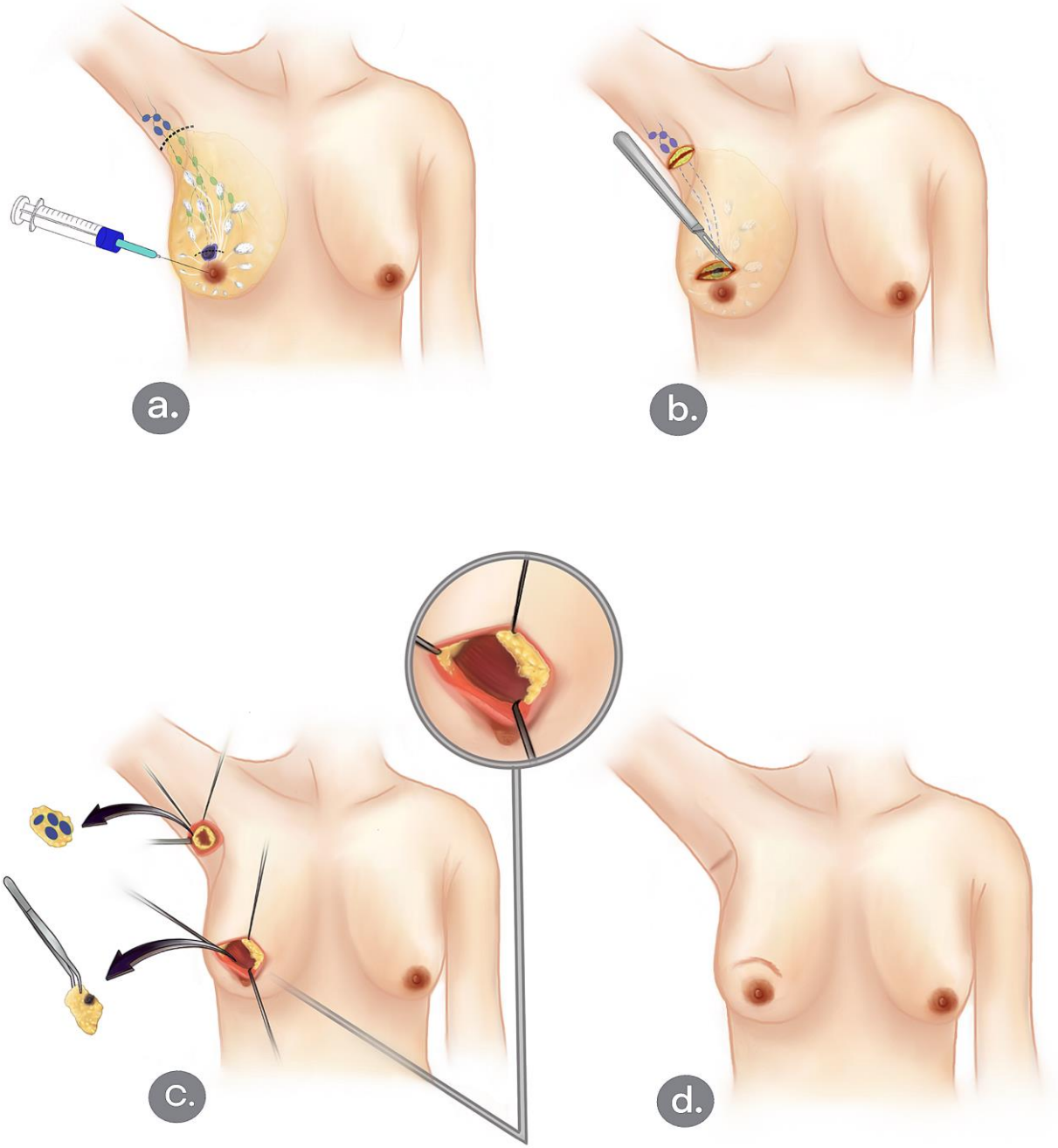
6.2.1. Tel İle Meme İşaretleme Ultrasonografi Prosedürü



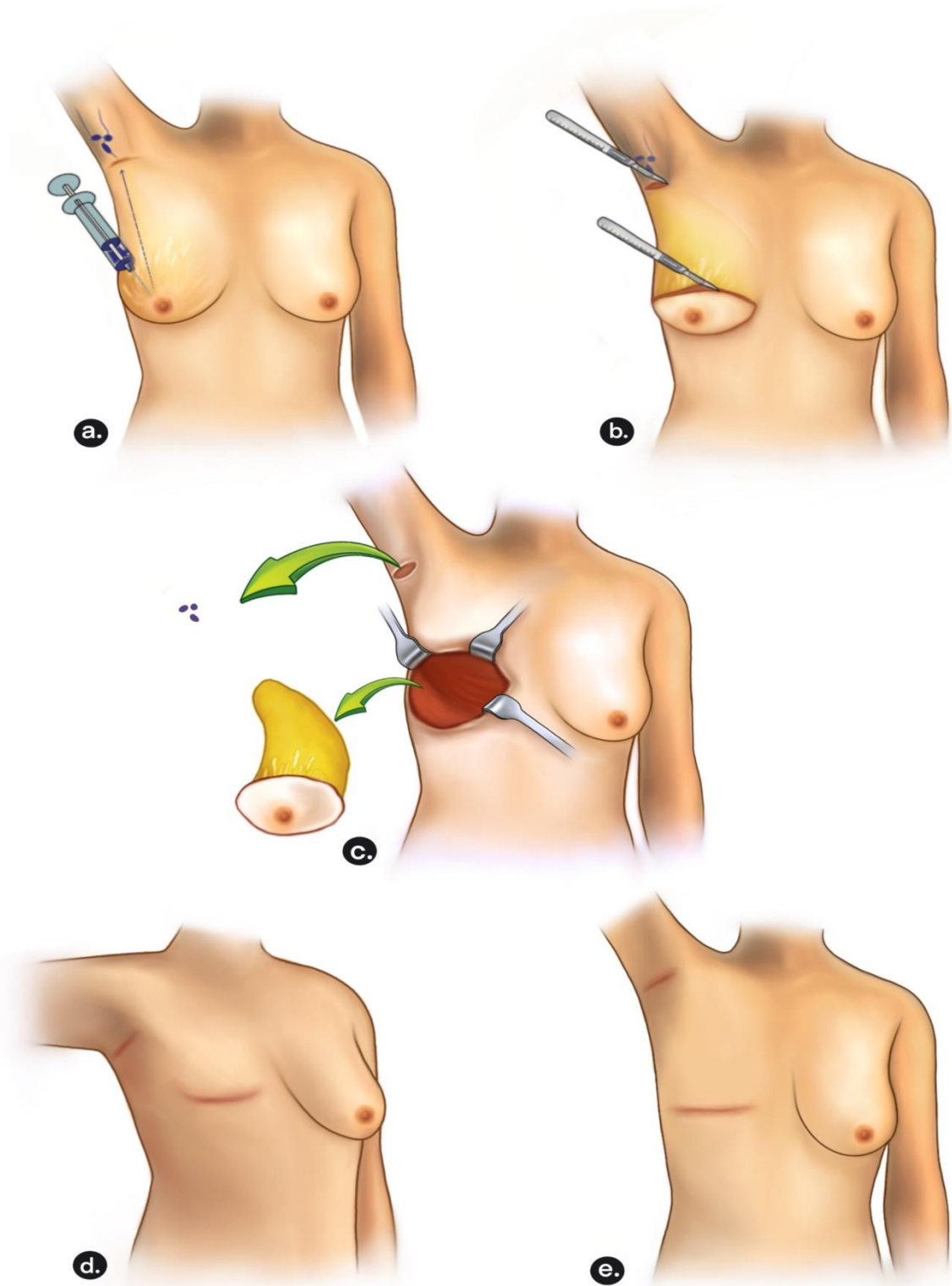
6.2.2. Meme Koruyucu Cerrahi Sentinel Lenf Nodu Biyopsi Prosedürü



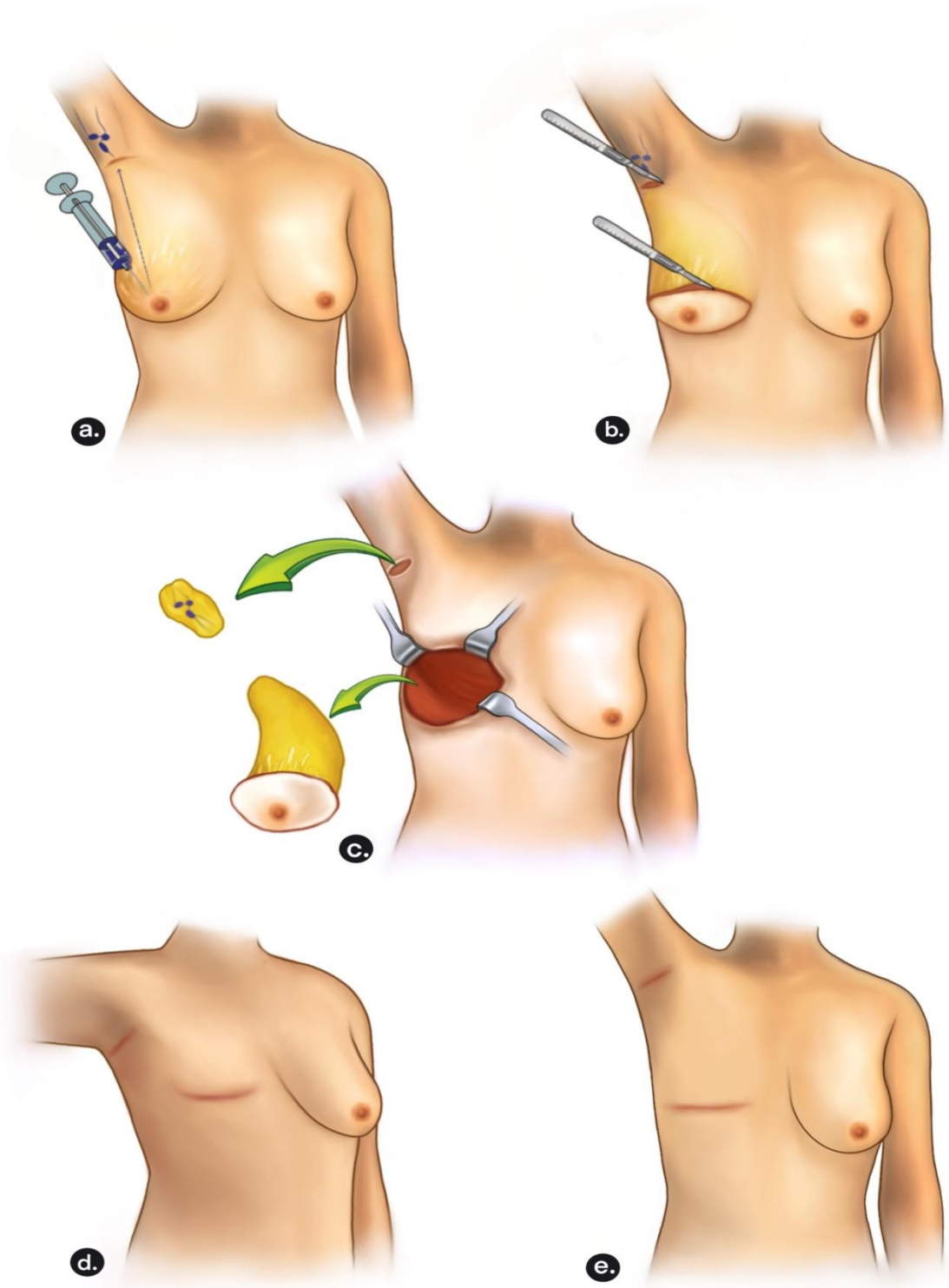
6.2.3. Meme Korucu Cerrahi Aksiller Lenf Nodu Diseksiyon Prosedürü



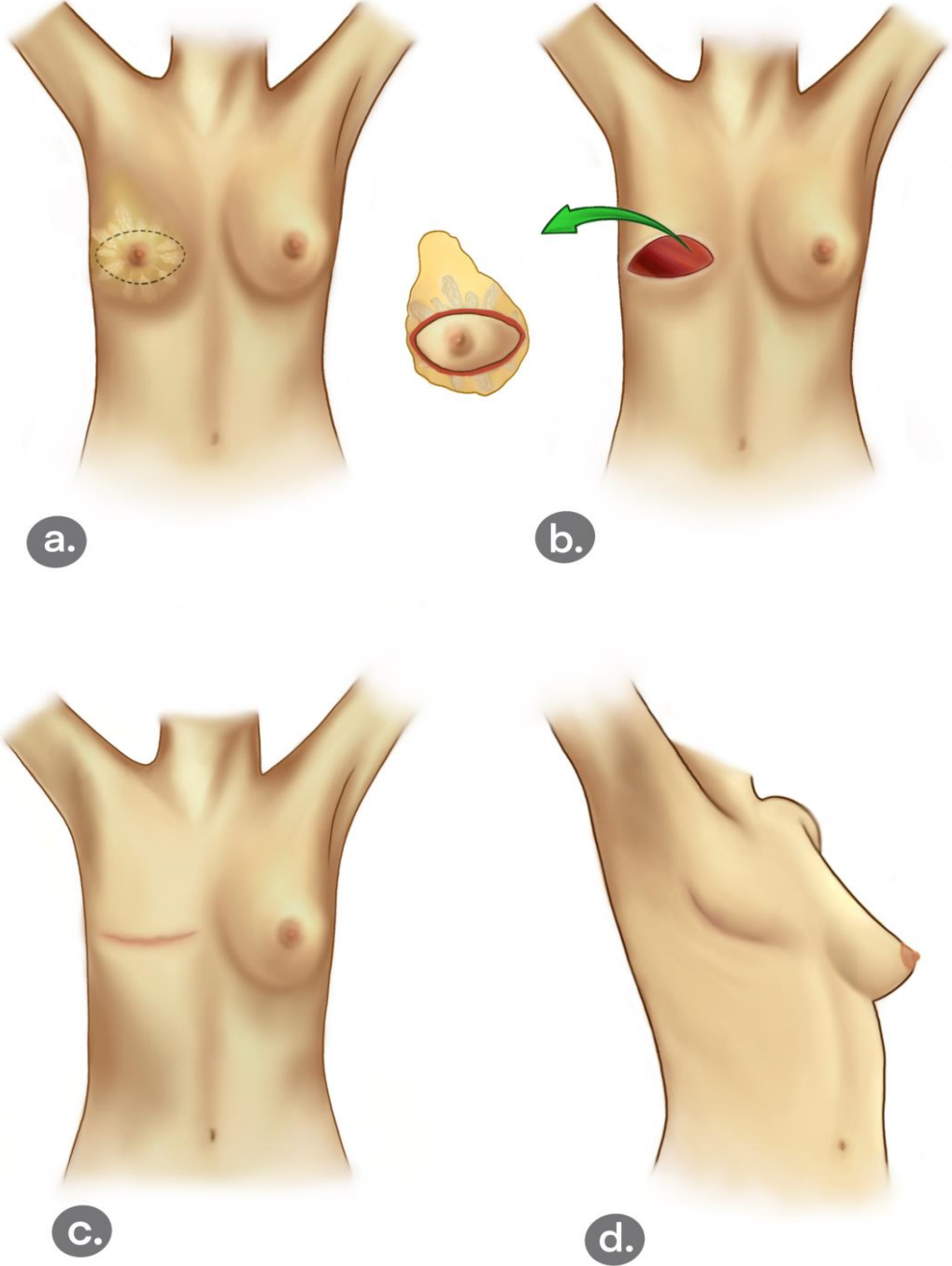
6.2.4. Mastektomi Sentinel Lenf Nodu Biyopsi Prosedürü



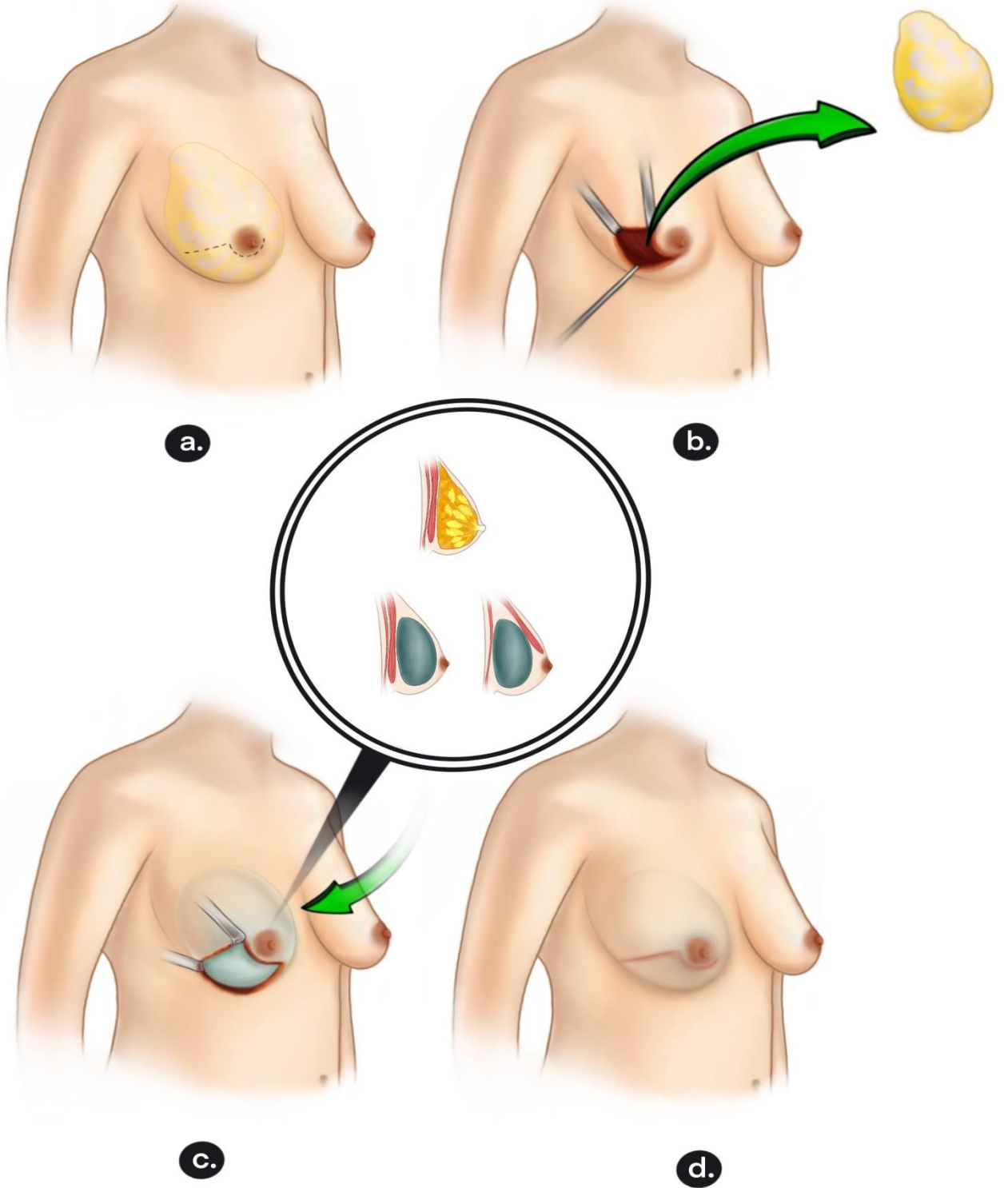
6.2.5. Mastektomi Aksiller Lenf Nodu Diseksiyon Prosedürü



6.2.6. Modifiye Radikal Mastektomi Cerrahi Prosedürü



6.2.7. Subkutan Mastektomi Cerrahi Prosedürü



7. SONUÇ

Yaşam boyu meme kanseri riski her sekiz kadında birdir. Bu oran hastalığın tespiti kadar tedavi sürecinin önemini de göstermektedir. Meme kanserinde cerrahi tedavi önem taşımaktadır. Güvenli tedavi sürecinin başlayabilmesi, hastanın tedavi sürecini ve muhtemel sonuçlarını bilmesi ile başlamalıdır. Bu nedenle tanı almış her hastanın, vücudunda yapılacak olan cerrahi girişimlerde açık ve anlaşılır şekilde bilgi alması sağlanmalıdır. Hastalara bilgi vermeye yönelik sunulan yazılı ve sözlü ifadeler tıbbi terminoloji içermektedir, bu durum tedavi sürecinin başlamasını uzatmakta ve zorlaştırmaktadır. Yapılan literatür araştırması sonucunda meme kanseri hastalarının daha çok bilgiye ihtiyaç duyduğu açıkça görülmektedir.

Bu çalışma, görsel ifadelerin anlama ve hatırlama etkilerini destekleyen araştırmalardan yola çıkarak, meme kanseri cerrahi prosedürlerini illüstrasyonlar aracılığıyla ifade etmeyi amaçlamıştır. Bu doğrultuda meme kanseri cerrahi süreçleri içeren illüstrasyonlar tasarlanmış, hastalara yönelik bilgi kaynağı oluşturularak örnek meme kanseri cerrahi form prosedürleri sunulmuştur. Ayrıca literatürdeki meme kanseri cerrahisine ilişkin görsel kaynak eksikliğinin de giderileceği ön görülmektedir.

Hastaların cerrahi tedavi süreçleri ile ilgili daha çok bilgiye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Bu doğrultuda hasta bilgilendirmeye yönelik tüm cerrahi branşların kendilerine özgü illüstrasyon formları düzenlemeleri önerilmektedir.

8. KAYNAKÇA

- Akman, M. (2018). *Tıbbi İllüstrasyonun Türkiye’de Oluşumu Ve Gelişimi Açısından İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 40-43-64, Muğla.
- Ata A, Atik A. (2017). *Eğitsel bir araç ve ortam olarak videonun tarihsel gelişimi*. Atatürk İletişim Dergisi, s. 27-30-48.
- Aydıntuğ, S. (2004). *Meme Kanserinde Erken Tanı*. C.13, S.6. 226.
- Baldaş, B. ve İpek, M. (2017). *Bir illüstrasyon sanatçısı; Nazım Erkmén*. Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi. C. 9 S. Kadın özel sayısı. 227.
- Çakmak H. B, Demir M.(2009). *Katarakt ameliyatlarında bilgilendirilmiş onam*. C.4,s:131-135.
- Dokuz, F. H.(2019). *Cerrahi tedavi ve hemşirelik girişimlerinde hasta bilgilendirme ve rızasının alınma durumu*. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya.
- Gikony, J. (1991). *Graphic illustration in black and white*. Desing Press. 10.
- Güllüoğlu, B. ve Aydoğan F. (2020).*Meme kanseri tedavisi*. K. Topgül, S. Yürüker (ed.). *Genel cerrahi dersleri*. (s. 265-269). Ankara: Kongre Kitapevi.
- Gümüş, A. B (2006). *Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler*. Meme sağlığı dergisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, C. 2, S. 3 110-112.
- İnal, A. (2015). *Memenin onkoplastik anatomisi*. M. Emiroğlu (ed.). *Onkoplastik Meme Atlası*. (s. 31-33). İzmir/ Çamdibi: Meme Hastalıkları federasyonu.
- Kaya, M. (2012). *Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğünden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu*. TBB Dergisi. 45-82.
- Kools M, van de Wiel MW, Ruitter RA, Kok G. (2006). Pictures and text in instructions for medical devices: effects on recall and actual performance. Patient Educ Couns. 2006; 64(1-3): 104 –11. Epub 2006/ 02/14. s. 104-11.
- Kurt, A. S, Çetinkaya, Ş. (2008) *.Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, C.3.35-56.
- Küçükler, H. (2012). *Cerrahi müdahale gören hastalarda aydınlatma ve onam formları yeterli mi?* Nobel medicus, C.8, s.3. 40-43.
- Meme sağlığı dergisi. (2009). Türkiye de erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması, sağlık bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu. Erişim: 20 Mayıs 2021.
- Ozanoğlu, S.H.(2003). *Hekimlerin hastaları aydınlatma yükümlülüğü*. dergipark. org. tr, s.72.
- Özdoğan, M. (2021). Dünya Kanser istatistikleri 2020 - her 5 kişiden biri kanserle karşılaşılıyor. Erişim: 15 Mayıs 2021.
- Özlu Karaman, Z, Kılıç M, Yayla A. (2015). *”Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin İncelenmesi ”*Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. Erişim 15 Mart 2021: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/98019>.
- Pakış, I. (2018). *Aydınlatılmış Onam*. Mirici. A, Kalkan. A (ed.). Göğüs Hastalıklarında Bilirkişilik. (s.41). TÜSAD eğitim kitapları serisi - 21.

- T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık hizmetleri genel müdürlüğü (2020). *Meme kanserinden korunma, tarama, tanı ve izlem klinik rehberi*. (s.7-62).Ankara/ Çankaya.
- Teker, U. (2002). *Grafik Tasarım ve Reklam*. (s. 145). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Ünal, H. ve Ünal Gülmeden Ç. (2020) *Meme Kanserinin Tarihçesi*. N. Özen (ed.). *Meme Kanseri Tanı Ve Tedavisinde Multidisipliner Güncel Yaklaşımlar*. (s. 1-4). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Yavuz, M. (2010). *Ameliyat Öncesi Bakım*. Karadakovan A, Eti AF, (ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. (s.293-307). Adana: Nobel Kitapevi.
- Yürüker, S.S. ve Özen, N. (2020). Meme Kanseri Tanısında Preop Değerlendirme Ve Postop Takip Nasıl Olmalıdır. N. Özen (ed.). *Meme Kanseri Tanı Ve Tedavisinde Multidisipliner Güncel Yaklaşımlar*. (s.7-10). Ankara: Türkiye Klinikleri.

9. ÖZ GEÇMİŞ

Sema ÇINAR, Amasya Güzel Sanatlar Lisesi'ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Resim iş öğretmenliği bölümünden 2017 yılında mezun oldu. 2021 yılında OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tıbbi Resimleme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programını tamamladı. Mezuniyetinden bu yana resim iş öğretmeni olarak görev yapmakta olup orta derecede İngilizce bilmektedir. (27.09.2021)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3306-5981>

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

"Karma Resim Sergisi" Hazeranlar Konağı, Amasya, 2011

"İMKB Güzel Sanatlar Lisesi Karma Resim Sergisi" Sinop, 2012

"Müzeler Haftası Karma Resim Sergisi " Hazeranlar Konağı Sergi Salonu, Amasya, 2013

"Desen Ve Temel Tasarım" OMÜ Güzel Sanatlar Fakültesi, Samsun, 2015

T.C Gençlik Ve Spor Bakanlığı " Fair Play " Genç Karikatür Yarışması 3. lük ödülü, 2015

" Mezuniyet Sergisi " OMÜ Güzel Sanatlar Fakültesi, Samsun, 2017

"Karma Resim Sergisi" OMÜ Eğitim Fakültesi Sergi Salonu, Samsun, 2017

"Sanatta Güzelin peşinde" Pari Koleksiyon, Ankara, 2017

"Karma Resim Sergisi" Piazza AVM Sergi Salonu, Samsun, 2017

"Resim Sergisi" Pera Sanat Akademi Sergi Salonu, Samsun, 2018