



The Other Side of the Coin: Facing Breast Cancer While Hoping to be a Mother

Madalyonun Diğer Yüzü: Anne Olmayı Beklerken Meme Kanseriyle Yüzleşmek

Figen Erol¹, Özlem Bilik²

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ABSTRACT

Among women, the tendency to postpone the age of having children increases the risk of breast cancer in pregnancy. Breast cancer is the most frequent cancer type that occurs in pregnancy. Therefore, early diagnosis is very important during pregnancy. To assess the treatment options after the diagnosis of cancer, it is necessary to know the expected date of birth. The treatment decision varies depending on the risk tolerance of both the patient and her fetus, stage of the disease, diagnosis stage, pregnancy, and the status of the tumor. In adequate data related to the diagnosis and treatment options of the breast cancer in Turkish nursing literature formed the basis of this review. While this article is written to increase awareness of the breast cancer occurring during the pregnancy, to provide information about the treatment methods and nursing interventions, and it also provides information about the risk factors of breast cancer occurring during pregnancy, its diagnosis, treatment, breast-feeding, and the effects of cancer on the psychology of women and her family, and the means of prevention and nursing interventions as well.

Key words: Breast cancer, pregnancy, nursing

ÖZET

Kadınların çocuk sahibi olma yaşını giderek ertelemeleri gebelikte görülen meme kanseri riskini arttırmaktadır. Meme kanseri, gebelikte ortaya çıkan kanser türleri arasında en sık görülen kanserdir. Bu nedenle gebelik sırasında erken tanı oldukça önemlidir. Kanser tanısı konulduktan sonra, tedavi seçeneklerini değerlendirmek için beklenen doğum tarihini bilmek gerekmektedir. Tedavi kararı hastanın kendi ve fetus için risk toleransına, hastalığın evresine, tanılanma aşamasına, gebelik ve tümörün durumuna bağlı olarak değişmektedir. Gebelikte meme kanseri ve tedavi seçenekleri konusunda Türk hemşirelik literatüründe yeterli bilgi bulunmaması, bu derlemenin temelini oluşturmuştur. Gebelikte oluşan meme kanserine karşı farkındalığı arttırmak, duyarlılığı sağlamak, tedavi yöntemleri ve hemşirelik girişimleri hakkında bilgi vermek amacıyla yazılan bu derlemede; gebelikte ortaya çıkan meme kanserinde risk faktörleri, tanı, tedavi, emzirme, kanserin kadın psikolojisi ve aile üzerindeki etkileri, korunma ve hemşirelik girişimleri aktarılmıştır.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, gebelik, hemşirelik

Giriş

Gebelikte meme kanseri oldukça ender olmasına rağmen, gebelik sırasında oluşan kanser türleri içinde en sık ortaya çıkan kanserdir. Günümüzde kadınlar iş yaşantıları ve bireysel tercihlerinden dolayı gebe kalma yaşlarını erteleme eğilimindedirler. Bundan dolayı gebe kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının artması ve gebelikte önemli bir problem olması beklenilmektedir (1-3). Gebelik boyunca meme kanseri tanılanması ve tedavisine ilişkin verilerin çoğu olgu bildirimleri ve az miktarda kohort araştırmalarından oluşmaktadır (1). Türk hemşirelik literatüründe gebelikte meme kanserine ilişkin yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu derleme gebelikte oluşan meme kanserine karşı farkındalığı arttırmak, duyarlılığı sağlamak, tedavi yöntemleri ve hemşirelik girişimleri hakkında bilgi vermek amacıyla yazılmıştır. Bu nedenle gebelikte ortaya çıkan meme kanserinin risk faktörleri, tanılanması, tedavi seçenekleri, emzirme, meme kanserinin kadının psikolojisine ve ailesine olan etkileri, korunma ve hemşirelik girişimleri konularına yer verilmiştir.

Meme Kanseri ve Risk Faktörleri

Gebelikte ilişkili meme kanseri terimi, gebelik döneminde veya postpartum dönemde bir yıl içinde ya da laktasyonun herhangi bir zamanında oluşan meme kanserlerini kapsamaktadır (2, 4). Amerikan Kanser Derneği (ACS) gebelikte ortaya çıkan kanser türleri arasında meme kanserinin en sık görülen kanser türü olduğunu bildirmiş, günümüzde meme kanseri tanısı konan gebe kadınların oranının 1/1000 ile 1/100.000 arasında tahmin edildiğini vurgulamıştır (3). Gebelik sırasında meme kanseri oldukça ender görülse de; kadınların çocuk sahibi olma yaşını gittikçe ertelemeleri meme kanseri riskini arttırmaktadır (2, 3, 5, 6). Gebelik sırasında ve laktasyon döneminde görülen meme kanserinin, kadınların doğum tercihi olarak daha ileriki yaşları tercih etmesi ile artacağı öngörülmektedir (6). Kadının ilk gebeliğini 35 yaş veya daha sonraki yaşlara erteleme, meme kanseri olma riskini 20 yaşından önce gebe kalanlara göre üç kez arttırmaktadır (5).

Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Figen Erol, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye
Phone / Tel.: +90 376 213 17 02 e-mail / e-posta: figeneroll@hotmail.com

Received / Geliş Tarihi: 18.02.2013
Accepted / Kabul Tarihi: 28.04.2013

Gebelik sırasındaki meme kanserinde ortalama yaşın 33 olduğu vurgulanmıştır (7).

Gebelikte meme kanserinin gelişmesinde yaşın yanı sıra; anne özellikleri, aile öyküsü, Breast Cancer (BRCA) gen mutasyonu ve doğum sayısı rol oynamaktadır. *BRCA mutasyon taşıyıcılarında* dolaşımdaki yüksek düzey östrojenler malign dönüşümü hızlandırmaktadır. Genç yaşta bebek sahibi olmak bu kadınları sonra oluşacak meme kanserinden korumamaktadır (8, 9). *Yaş* bütün kadınlarda meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Yaşla birlikte risk artmasına rağmen menopoz sonrası bu artış oranı azalır. *Anne özellikleri* açısından incelendiğinde *erken menarş* olanlarda toplam yaşam süresi içinde menstruasyon döngüsü arttığından, meme kanseri riskinin %30-50 arttığı belirtilmiştir. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlar ile atipik hiperplazisi olan kadınlarda *benign meme hastalığı* meme kanseri riskini en az üç kat arttırmaktadır. Çevre ve *diyet faktörleri* açısından, alkol alımı ile meme kanseri riski arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Alkol tüketimi makul oranda olsa da (günde 1-2 kadeh içki), östrojen metabolizmasını değiştirerek meme kanseri riskini arttırdığı görülmüştür. Gece çalışması ile meme kanseri riskinin ilişkili olduğu, gece vardiyasında çalışanlardaki risk artışının alkol kullanan ve çocuk doğurmayı erteleme grupla yaklaşık aynı olduğu vurgulanmıştır. *Doğum sayısı* açısından değerlendirildiğinde, hiç doğum yapmamış kadınlarda ya da ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğurmuş kadınlarda meme kanseri riski artmaktadır. *Aile öyküsü*, meme kanserinde bilinen risk faktörlerinden biridir. Meme kanseri vakalarının yaklaşık %15-20'sinin ailesel olduğu bilinmektedir (10, 11).

Amerikan Kanser Derneği'nin (ACS) meme kanseri tanısı alan kadınlarda sağkalım oranlarına ilişkin en son verilerine göre; tanıdan sonra beş yıllık sağkalım oranı %89, 10 yıl sonra %82, 15 yıl sonra %77'dir (12). Fakat gebelikte görülen meme kanseri sağkalım oranlarına ulaşlamamıştır. Atalay'ın (7) *Meme Kanseri Nadir Görülen Durumlar* adlı kitap bölümünde, gebelikte ilişkili meme kanseri ve pozitif lenf bezleri olan hastaların beş yıllık sağ kalım oranı %47 olarak açıklanmıştır. Bu nedenle meme kanserinin gebelik döneminde de erken tanısı ve tedavisi oldukça önemlidir.

Gebelikte Meme Kanserinin Tanılanması

Gebelikte meme kanserinin tanılanması aşamasında birtakım zorluklar bulunmaktadır. *Tanılamadaki gecikme bunların başında gelir*. Bunun nedeni gebeliğin genellikle memede değişikliklere neden olması ve gebe kadınların kitle gelişen memeyi normal memeden ayırt etmede zorlanmasıdır (2, 13). Çünkü bu dönemde memenin yoğunluğu ve sertliği artmaktadır (2, 14). Tanıdaki gecikmelerin gebelikte ilişkili meme kanserinin ileri evrede olmasında belirgin bir rol oynadığı düşünülmektedir. Memede kitle ile başlayan gebe kadınlarda başvuru ve biyopsi arasında en az iki aylık bir gecikme olduğu vurgulanmıştır. Gecikme nedenleri, hekimin komplikasyon korkusu nedeniyle gebelik sırasında biyopsiden kaçınması ve kadının palpabl bir kitleyle hekime başvurmadaki isteksizliğidir (2, 7). Meme karsinomlu vakalarda 130 gün olan tümörün ikiye katlanma süresi, tanılamının iki ay gecikmesi ile aksiller metastaz riskini %1,7 oranında arttırmaktadır (15).

Gebelikte memedeki kitlelerin yaklaşık %80'i benign kitle olarak tanılanmaktadır (14, 16). Kitle genellikle ağrısızdır, çoğunlukla da meme başı akıntısı yoktur (14). Gebelikte meme kanserine en sık olarak kitlenin palpe edilmesi ile tanı konulur (13). Bu nedenle meme kanserinin belirlenmesi için ilk aşamada meme muayenesi önerilmektedir (5). Gebelik ve laktasyon döneminde bütün kadınların kendi kendine meme

muayenesi yapması için cesaretlendirilmesi gerektiği, kanıt II-2B düzeyinde belirtilmiştir (17). Prenatal rutin bakımda bir hekim tarafından klinik meme muayenesi yapılması ve kadınların gebelik ve laktasyon dönemlerinde kendi kendine meme muayenesi yapması gerektiği belirtilmiştir (5). Meme muayenesi için en iyi zaman ilk trimester olup, temel meme muayenesinin ilk prenatal ziyarette yapılması önerilmektedir (4). Ele bir kitle geldiğinde üçlü değerlendirme ile tanılamının altın standart olduğu vurgulanmıştır. Değerlendirme fizik muayeneyi, radyolojik görüntülemeyi (ultrasonografi/mamografi) ve ince iğne aspirasyon biyopsisini içerir (2, 18). Navrozoglu ve arkadaşları (19) araştırmasında klinik muayene, mamografi ve sitolojinin gebelik ve emzirme sırasında düşük duyarlılığı olduğu, bunun kanıt düzeyinin III. düzey kanıt olduğu belirtilmiştir.

Gebelik sırasında erken tanı oldukça önemlidir. Gebe 40 yaş veya daha üzerinde ise doktoru veya hemşiresi ile meme muayenesi ve mamografi çekirme zamanı için en uygun zaman dilimini konuşmalıdır. Gebelik süresince meme dokusu yoğunlaştığı için doktorların mamografiyi değerlendirmeleri daha zor olabilir. Gebelik sırasında mamografi çekilmesinin oldukça güvenli olduğu düşünülmektedir. Mamografideki radyasyon miktarı düşüktür ve radyasyon memeye odaklanır, böylece vücudun diğer bölgelerine ulaşmaz. Radyasyonun overlere ulaşmasını önlemek için kurşun bir kalkan ek bir koruma olarak göbeğin altına yerleştirilebilir. Test sonucunda kitle veya normal olmayan görüntü elde edildi ise biyopsiye ihtiyaç vardır. Biyopsi için yapılan lokal anestezi fetus için çok az bir risk oluşturur. Fakat bazı hastalar ve hatta doktorların gebelik sırasında mamografi çekilmesi konusunda endişeleri vardır (2, 3). Atalay'a (7) göre de gebelik sırasında geleneksel olarak mamografinin kullanılmadığı, standart mamografiden gelişmekte olan fetusa oluşan radyasyon miktarının göreceli olarak (0,0004 Gy) düşük olduğu ve abdominal kurşun koruma ile daha da azaltılabileceği vurgulanmıştır. Mamografinin fetusu maruz bıraktığı radyasyon miktarı kabul edilebilir düzeydedir. Dijital mamografi gibi yeni görüntüleme ekipmanları ve uygun korumayla fetusun maruz kaldığı radyasyonun standart bilateral mamografide 0,05 Gy'nin altına azaltılabileceği belirtilmiştir (4).

İnce iğne aspirasyonu, gebelikte saptanan meme kitlesinin tanısal değerlendirmesinde kullanılabilir, ancak sitolojik bulguların yorumlanmasında zorluklar mevcuttur (7). Hekimlerin gebelik ve laktasyon döneminde memedeki şüpheli kitlelerin değerlendirilmesinde gebe olmayan ve emzirmeyen kadınlarda olduğu gibi ultrasonografi, mamografi, iğne aspirasyonu veya meme biyopsisini kullanmaları için cesaretlendirilmeleri gerektiği kanıt II-2A düzeyinde belirtilmiştir (17). Gebelik ve laktasyon döneminde solid kitle palpe edildiğinde ve kompleks kistik kitle varlığında ya da mamografide fokal lezyon saptanmadığında ayırıcı tanıda güvenli ve yardımcı olduğu için biyopsi istenmektedir (2). Doğum sonrası dönemde, biyopsiden önce emzirmenin sonlandırılması, profilaktik antibiyotiklerin kullanılması ve yeterli hemostazın sağlanması ile süt fistülü oluşumu, kanama ve enfeksiyon riski en aza indirilebilir (7).

Navrozoglu ve arkadaşları (19) makalesinde gebelikte belirlenen meme kanserlerinin çoğunun evre II ve evre III olduğu, bu durumun III. düzey kanıt oluşturduğu belirtilmiştir. Gebede meme kanseri tanısı konuldu ise kanser hücrelerinin meme içine ve vücudun diğer bölümlerine yayılıp yayılmadığını saptamak için diğer testlere de ihtiyaç vardır (3). Malign lezyonları bulmada mamografinin duyarlılığı gestasyon sırasında %70'den azdır; fakat mamografi şüpheli kalsifikasyonları gösterme yeteneğinden dolayı önemini sürdürmektedir (4). Gebelikte ve laktasyon dönemindeki kadınlarda şüpheli bir kitle belirlendiğinde meme ultrasonografisi

kistik ve solit kitlelerin ayrılmasında kitlenin tanımlanmasına ve özelliklerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (2, 20). Gebelik döneminde meme kanseri olan hastalarda kitlenin tespitinde ultrasonografinin %100 doğru olduğu kabul edilmiştir (13). Navrozoglu ve arkadaşları (19) da gebelikteki meme kanserinin tanılmasında meme ultrasonografinin mamografiden daha üstün olduğunu, bunun klinik kanıt olarak III. düzey kanıtı (III. Düzey kanıt: iyi tasarlanmış deneysel olmayan tanımlayıcı çalışmalardan elde edilen kanıt) oluşturduğunu vurgulamıştır. Fakat ultrasonografi ile malign kitlelerden benign kitleleri ayırmak mümkün değildir (20). Meme kanseri olan gebe kadınlarda evreleme de oldukça önemlidir. Ultrasonografi ve manyetik rezonans (MR) gibi görüntüleme yöntemleri evrelemede kullanılmakta ve fetusu radyasyona maruz bırakmamaktadır. Tüm bu testler önemli, güvenilir ve kullanılabilir testlerdir (3). Fakat MR'den ilk trimesterde kaçınılması gerekir ve kontrastsız MR taramaları önerilmektedir (4). Çünkü MR uygulamasında memenin görüntülenmesinde en iyi sonucu elde etmek için gadolinium kullanılmaktadır. Gadolinium ile yapılan hayvan çalışmalarında plasentaya geçtiği ve fetal anomalilere neden olduğu bildirilmiştir (21). Genellikle evrelemede göğüs ve abdominal pelvik ultrasonografi ile kısıtlanır (4). Navrozoglu ve arkadaşları (19) gebelik sırasında alt abdominal bilgisayarlı tomografinin (BT) yapılmasının yasak olduğunu, üst abdominal ve torasik BT'nin ilk trimesterde karın koruyucu kullanarak çekilmesinin klinik olarak III. düzey kanıt olduğunu belirtmiştir. Tedaviye karar vermek için göğüs x-ray'in gerekli olduğu durumda, gebe kadınların göbeği korunarak güvenli şekilde kullanılabileceği düşünülmektedir (3). Meme kanseri sıklıkla kemik, akciğer, karaciğer gibi organlara ve lenf nodlarına metastaz yapar. Bu yüzden aksiller görüntüleme hastalığın radyolojik evrenmesi için BT sıklıkla kullanılmaktadır. Fakat gebelerde genellikle BT'den kaçınılır (22). Çeşitli görüntüleme yöntemlerinin fetusa yaptığı radyasyon karşılaştırıldığında; mamografinin 0,004 Gy, ultrasonografinin 0,02 Gy, kemik görüntüleme ve göğüs X-ray'in 0-0,0001 Gy radyasyon uyguladığı gösterilmiştir (8). Bu görüntüleme yöntemlerinin gebelik sırasında kullanımının riskleri ve yararlarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Semptomatik hastalarda ek değerlendirme gereklidir ve gelişen fetusa olan riskleri azaltmak için modifikasyonların düşünülmesi gerekmektedir (7).

Tedavinin gerekliliği ve sonrasında fetusta gelişecek riskler hakkında bilgi verilmesi, hasta ve ailesine gebeliğin devamı ve sonlanması için bir karar verdirmektedir. Karar alınana kadar doktor tüm gerekli hallerde hastaya destek olmalıdır. Tedavi seçeneklerini değerlendirmek için beklenen doğum tarihini bilmek gerekmektedir (23). Meme kanseri tanısı konulduktan sonra multidisipliner bir yaklaşım olmalıdır. Multidisipliner ekip içinde doğum uzmanının, cerrahların, medikal ve radyasyon onkoloğunun ve meme kanseri danışmanlarının yer alması gerektiği kanıt II-2A düzeyinde belirtilmiştir (17). Meme kanserinin tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi kullanılmaktadır. Fakat gebe kadınlarda bu tedavi yöntemlerinin yöne-

tilmesi ve zamanlaması farklı olmaktadır. Tedavi kararı hastanın kendi ve fetus için risk toleransına, hastalığın evresine, tanılandığında gebelik ve tümörün durumuna bağlı olarak değişmektedir (8).

Meme Kanseri Tedavi Seçenekleri

Meme kanseri olan gebe kadınlardaki tedavinin amacı, hastalığın lokal kontrolünün sağlanması ve metastazın önlenmesidir (4). Gebelikte oluşan meme kanserinde kullanılan tedavi seçenekleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Cerrahi tedavi: Meme kanseri olan kadınlarda mümkün olduğunda ilk tedavi şekli cerrahi yöntemdir (3). Cerrahi tedavinin III. düzey kanıtı dayalı olarak gebe olmayan kadınlardaki gibi gerçekleştirildiği belirtilmiştir (19). Gebelik süresince cerrahi müdahale güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilir (18). Gebelik sırasında genel anestezi verilmesi gebeliğe eşlik eden fizyolojik değişiklikler nedeniyle dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Genel anestezinin konjenital anomali riskini artırdığı yönünde bir kanıt bulunmamaktadır. Gebeliğin birinci ve erken ikinci trimesterlerinde cerrahi uygulanan kadınlarda spontan abortus bildirilmiştir. Yine, gebelik sırasında genel anestezi gerektiren cerrahi uygulanan kadınlarda düşük doğum ağırlığı riskinde artış bildirilmiştir. Genel anestezi kullanımını ve annenin ameliyat olmasına neden olan hastalığın bundan sorumlu olduğunu söylemek zordur (7). Bu nedenle günümüzde cerrahi ve genel anestezi kullanımının gebeliğin her bir trimesterinde güvenli olduğu kabul edilmiştir (22). Atalay (7) birinci ve ikinci trimesterlerde modifiye radikal mastektominin tercih edilen bir yöntem olduğunu, üçüncü trimesterde ise lumpektomi ve doğum sonrası radyoterapinin planlanabileceğini belirtmiştir. Eğer meme kanseri tanısı gebeliğin erken döneminde konuldu ise ve meme koruyucu cerrahi yapılacaksa, radyoterapinin doğum sonrasına, kemoterapinin ise birinci trimesterden sonraya ertelenmesi gerekmektedir. Eğer mastektomi ile birlikte rekonstrüksiyon düşünülüyorsa rekonstrüksiyon gebelikten sonraya ertelenmelidir (8, 24, 25).

Cerrahi tedavi uygulanacak meme kanserli kadınlar, hemşireler tarafından ameliyat öncesi ve sonrası dönemde değerlendirilmelidir. Meme kanserli kadınların; kanser, izlenecek yol ve verilecek bakım hakkındaki sorularına cevap verilmelidir. Hastaların beklentileri yönetilmeli ve hastanede kalma süreleri hakkında bilgilendirmelidirler (26).

Kemoterapi: Meme kanseri olan kadınlarda önerilen kemoterapi kararı kadının en zor kararlarından biridir. Tedavi seçeneği kararı sadece hasta ve medikal onkoloğu değil; aynı zamanda aileyi, doğum uzmanını, yenidoğan ekibini ve anne karnındaki fetusu da içermektedir (20). Kemoterapi etkisi altında kalma zamanı fetus malformasyonları ve gebelik komplikasyonları insidansında kritik bir rol oynar ve ilk trimesterde risk en yüksektir. Fetusun ilk trimesterde kemoterapinin etkisi altında kalması %14-19 fetus malformasyonu riski taşır, sıklık tek ilaç ve

Tablo 1. Gebelikte oluşan meme kanserinin tedavi seçenekleri

Tedavi Seçenekleri	1. Trimester	2. Trimester	3. Trimester
Cerrahi Tedavi	Cerrahi tedavi uygulanabilir	Cerrahi tedavi uygulanabilir	Cerrahi tedavi uygulanabilir
Kemoterapi	Uygulanması önerilmez	Uygulanabilir	35. haftaya kadar uygulanabilir fakat 35. hafta dahil doğumdan sonra ilk üç hafta içine kadar uygulanmaz.
Radyoterapi	Uygulanması önerilmez	Uygulanması önerilmez	Uygulanması önerilmez
Hormon tedavisi	Uygulanması önerilmez	Uygulanması önerilmez	Uygulanması önerilmez
Kaynaklar	3, 7, 18	3, 4, 7, 18	3, 4, 7, 18

kombine kemoterapide sırasıyla %17 ve %25 iken, kemoterapi 2. ve 3. trimesterde verildiğinde fetus malformasyonunu insidansı %1,3'e düşür. Ancak 2. ve 3. trimesterde kemoterapi maruz kalan bebeklerin yaklaşık yarısında intrauterin gelişme geriliğine, prematürelliğe ve düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (7). Önceleri tüm kemoterapik ilaçların doğmamış bebeğe zarar verdiği düşünülmekteydi (3). Fakat araştırmalar 2. ve 3. trimester boyunca verilen kemoterapik ilaçların doğum defekti risklerini, ölü doğum veya doğduktan sonra oluşan sağlık problemleri riskini arttırmadığını göstermiştir (28, 29). Psyrri ve arkadaşları (30) 117 makaleyi inceledikleri derleme sonucunda birçok kemoterapik ajanın 1. trimesterden sonra uygulanmasının güvenli olduğu, son kemoterapik dozun annenin kan hücrelerinin (trombosit, lökosit, eritrosit) azalması, kanama ve sepsisten kaçınmak için doğumdan en az üç hafta öncesinde uygulanması gerektiği vurgulanmıştır. Ancak araştırmacılar bu çocukların uzun vadede ne derece etkilendiklerini henüz bilmemektedir. Fetusun birçok organı ilk trimesterde geliştiği için, kemoterapinin bu sürede verilmemesi önerilmektedir (3). Gebelikte 2. ve 3. trimesterden 37. haftaya kadar kemoterapi ilaçlarından Cyclophosphamide, Doxorubicin ve Fluorouracil verilmektedir (28). Manero ve arkadaşları (29) araştırmasında 22 meme kanserli gebe retrospektif olarak incelenmiş, meme kanseri tanısı konulan 4 hastaya ilk kemoterapi 1. trimesterin 10. haftasından sonra organogenezis periyodu bitince yapılmıştır. İlk trimesterin sonunda kemoterapi etkisi altında kalan çocukların hiçbirinde malformasyon gelişmemiştir. Aynı çalışmada 11 hastaya 2. ve 3. trimesterlerde tanı konularak kemoterapi (7 hasta Doxorubicine, Fluorouracil ve Cyclophosphamide, 4 hastaya Taxanes) tedavisi uygulanmıştır. Bu gruptaki gebelerin bebeklerinde konjenital malformasyon belirlenmediği gibi; düşük, ölü doğum veya perinatal ölümler de olmamıştır. Kanamaya ve doğum sırasında enfeksiyon riskine neden olabileceği için kemoterapinin 35. haftadan doğum sonuna kadar, doğumdan sonra ise ilk üç hafta tamamlanmaya kadar verilmemesi gerektiği vurgulanmıştır (3, 4). Emzirme sırasında ise kemoterapi önerilmemektedir (18).

Gebelikle birlikte meme kanseri olan kadınlar kemoterapiye maruz kaldırsa, ek olarak fiziksel, duygusal ve psikolojik desteğe gereksinim duyarlar. Gebeliğin getirdiği yorgunluk ve beden imajı değişikliklerine kemoterapinin çeşitli yan etkilerinin, Doxorubicin'in neden olduğu saç kaybının, kombine kemoterapilerin yarattığı yorgunluğun, immunosupresyon ve Cyclophosphamide'in yol açtığı bulantı ve kusma deneyimlerinin eklenmesi ek destek gereksinimi doğurmaktadır. Bu gruptaki kadınlar enfeksiyonlar açısından yüksek risk taşıdıklarından ek olarak destekleyici tedavi ve ilaç gerekebilir. Hastaların karmaşık hemşirelik bakımını yürütebilmek için de onkoloji ve prenatal hemşirelik uzmanlığının birlikteliğine gereksinim vardır (31).

Radyoterapi: Radyoterapi ve kemoterapinin teratojenite ve sonradan fetus gelişimini olumsuz etkileyebilme riski bulunmaktadır. Konjenital anomali en çok düşünülen risk gibi görülse de bu bebeklerde, intrauterin gelişme geriliği, prematür doğum ve yeni doğanda sonradan neoplazi gelişimi görülebilir. Fetusta radyasyonun riski, uygulandığı gebelik periyoduna bağlıdır. Radyoterapi gebeliğin implantasyon olmadığı ilk 10-14. günde verildiğinde embriyonun ölümüne yol açmaktadır. Organogenezis dönemi (2-8. haftalar arası) konjenital malformasyonlar için en riskli dönemdir. Sekizinci haftadan sonra radyasyonun verilmesi anomali açısından daha az risklidir. Ancak nörolojik gelişim sürdüğünden bu durumun göz önüne alınması gerekmektedir (32).

Radyoterapide yüksek doz radyasyon kullanılmaktadır, bu da gebelik boyunca fetusa zarar vermektedir. Radyoterapi; düşüğe, doğum defektlerine, fetal büyümede yavaşlamaya neden olmakta ya da çocuk-

luk kanserleri için yüksek risk oluşturmaktadır (3, 4). Bu nedenlerden dolayı gebelik boyunca radyasyon tedavisi kullanılmamaktadır. Gebe kadınlar gebelik süresince cerrahi tedavi olarak parsiyel mastektomi ya da lumpektomi seçeneğini kullandığı takdirde, radyoterapi tedavisi için bebeğin doğumundan sonraya kadar beklemesi önerilmektedir (3).

Radyoterapi, etkilenen taraftaki anne sütü üretiminde azalmaya neden olmaktadır. Işınlanmamış memedeki süt üretimini etkilememektedir. Bu nedenle bazı kadınlar ışınlanmamış taraftaki memeyi emzirmek için bu tedavi seçeneğini tercih edebilirler (31). Amant ve arkadaşları (27) eğer fizyolojik olarak mümkünse emzirmenin radyoterapi sonrasında olmasının önemine dikkat çekmiştir. Hemşirelerin bu konularda annelere bilgi vermeleri gerekmektedir.

Hormon tedavisi: Gebe kadınlarda hormon tedavisinin kullanımı ile ilgili kaliteli ya da güvenilir araştırmalar yoktur, bu nedenle hormon tedavisinin tüm etkileri bilinmemektedir. Fakat konu ile ilgili raporlarda gebeliğin erken dönemlerinde Tamoksifen alan kadınlarda düşük ve fetal ölümlerin bildirildiği, doğan bebeklerde baş ve yüz doğum defektleri ile genital defektler olduğu belirtilmiştir (3). Tamoksifen veya Aromataz inhibitörleri ile tedavinin potansiyel olumsuz fetal etkilerinden kaçınmak için gebelik bitinceye kadar ertelenmesi gerektiği bildirilmiştir (24). Gebelik boyunca hormon tedavisinin uygulanmaması, fakat doğumdan sonra kullanılabilmesi vurgulanmıştır (18).

Meme Kanseri Tedavisi ve Emzirme

Kemoterapi veya radyoterapi sırasında, kadınların emzirmesi önerilmemektedir (8). Literatürde, kemoterapi ve Tamoksifen tedavisi alan kadınların emzirmemesi gerektiğine ilişkin kanıt III-B düzeyinde öneri bulunmaktadır (17). Kemoterapi sırasında ve sonrasında emzirme kontrendikedir. Kemoterapi sonrası ilk hafta içinde emzirmenin güvenli olduğu ile ilgili veri yoktur, bu nedenle önerilmemelidir (27). Tedavisini tamamlayan kadınların güvenli emzirebileceği ile ilgili bir kanıt da yoktur. Meme koruyucu cerrahi sonrasında laktasyon inhibe olmayabileceği gibi, ışınlanan memedeki fibrozis nedeniyle de emzirme pek mümkün olmayabilir (8). Eğer fizyolojik olarak mümkünse emzirmenin radyoterapi sonrasında olması önerilmiştir (27).

Eğer kitle kadının emzirme döneminde bulundu ise, herhangi bir cerrahi girişimden önce emzirme sonlandırılır. Meme kanseri tedavisi olduktan sonra kadın çocuk sahibi olmayı yeniden düşünebilir. Öneriler 2 ya da 3 yıl gibi farklılık gösterse de meme kanseri tedavisi tamamlandıktan sonra birçok kadına hamile kalmadan önce en az iki yıl beklemesi önerilmektedir (33). Çoğu meme kanserinin nüüsü ilk tanıdan sonraki 2 ile 3 yıl içinde ortaya çıkmaktadır. Bundan dolayı hastalara 3 yıl için gebeliği ertelemeleri önerilmelidir. Bu önerinin III-C düzeyinde kanıt olduğu belirtilmiştir (17). Ancak ACS tarafından birçok doktorun gebe kalmadan önce en az 2 yıl beklemeyi önerdiği ancak bu iki yıllık bekleme süresinin bilimsel kanıtlara dayalı olmadığı ve erken gebeliğin de zararlı olmayabileceği belirtilmiştir (3).

Meme Kanserinin Kadının Psikolojisine ve Ailesine Olan Etkileri

Meme kanseri tarama ve tanılama süresinde kadınlarda anksiyete, stres ve konfüzyon yaygın olarak görülmektedir. Bu duygusal durum gebe olan kadınlarda daha da artabilir (31). "Ben hamileyim" cümlesi birçok kadının eşi ve ailesi ile coşku, heyecan ve beklenti ile paylaştığı bir cümledir. "Meme kanseriyim" cümlesi ise bütün kadınların korktuğu bir cümledir. Her ikisi de aynı anda meydana geldiğinde,

hastalar korku ve dehşete kapılırlar (5). Gebelik sırasında meme kanseri tanısı konulması, kadının ve aile üyelerinin şüphesiz şok, anksiyete ve depresyon yaşamasına neden olmaktadır (34). Mastektomi yapılması kadınların beden imajı ve kadınsı duygularını derinden etkilemektedir. Ek olarak birçok kadın kendi bebeği için en uygun beslenmeyi sağlayan emzirme yolunu seçecek, aynı zamanda emzirme anne ile çocuk arasında bağ kuracaktır. Bir meme ile emzirmenin mümkün olacağı ancak annenin eylemi nasıl algıladığını mastektomi etkileyebilir (18). Hastalara destekleyici bir ortamda yetenekli bir danışman ile karışık kararları tartışma fırsatı sunulması gerekir. Bu durumdaki kadınlar gebelik sırasında meme kanseri olan diğer genç kadınlar ile iletişime geçirilmelidir (34). Fernandes ve arkadaşları (35) gebelik sırasında meme kanseri deneyimi yaşayan kadınlar için multidisipliner tamamlayıcı bakım uygulamanın hemşirenin rollerinden biri olduğunu vurgulamıştır. Prenatal bakım süresince yoğun ve bireyselleştirilmiş değerlendirilmenin öneminin altı çizilmiş; gebelikteki bakım ve tedavi ile ilgili karar verirken etik, dini, psikolojik, hukuki ve yapısal yönlerinin dikkate alınması gerektiği, ailelerin ve kadının tedaviye karar vermeye katılımının sağlanması gerektiği belirtilmiştir.

Gebelikte Meme Kanserinden Korunma

Gebeliğin memede görülen hormonal değişiklikler nedeniyle meme kanseri riskini arttırdığı ileri sürülmektedir (7). Meme kanserine karşı korunmada gebelikle ilgili birçok faktöre dikkat çekilmiştir. Bir kadının genç yaşta çocuk sahibi olmasının meme kanserine yakalanma riskini düşürdüğü, ilk çocuğuna 30 yaş civarında sahip olan bir kadının hiç doğum yapmamış kadınla yaşam boyu meme kanserine yakalanma riskinin aynı olduğu, birden fazla çocuk sahibi olmanın kadınların meme kanserine yakalanma olasılığını azalttığı, özellikle de ilk çocuğuna genç yaşta sahip olmanın, yaşam boyu meme kanserine yakalanma olasılığını daha da azalttığı belirtilmiştir. Tam olarak anlaşılmasa da, preklamsi gelişen kadınlarda meme kanseri riskinin azaldığına dikkat çekilmekte ve preklamsinin anne için koruyucu etkisi olduğuna dair bazı kanıtlar vardır (5).

Kendi kendine meme muayenesi tanı koymada ayırt edici olmasa da, kadının memesindeki değişimleri erken dönemde fark etmesi ve hekime gitmesi açısından anlamlıdır. Ancak gebelikte meme dokusunda meydana gelen değişimler nedeniyle güç olabilir (2, 13). Emziren annelerin her ayın belli gününde emzirmeyi takiben meme boşaldıktan sonra kendi kendine meme muayenesi yapmasının önemine dikkat çekilmiştir (36). Mamografi taraması ve klinik meme muayenesinin de yapılması önerilmektedir (5, 17, 31). Cochrane veri tabanında ise meme kanserini erken tanılamada kendi kendine meme muayenesi ile klinik muayenenin mortalite ve morbidite açısından fark yaratmadığı belirtilmiştir (37).

Gebelik Döneminde Meme Kanseri Olan Kadında Hemşirelik Yaklaşımları

Kadın için özel bir dönem olan gebelik sırasında kanser gibi bir hastalığın ortaya çıkması son derece travmatik olabilmektedir. Söz konusu kanser meme gibi annelik ve kadınlık simgesi olarak kabul edilen ve beden imajını ciddi anlamda etkileyen bir organda olduğunda bu travmatik etki daha da şiddetli olabilmektedir. Kadın bir yandan gebe olmanın mutluluğunu yaşayıp birtakım beklentiler içine girerken, diğer yandan kendi sağlığı ve büyüyen fetusun sağlığı hakkında endişelenmekte, olası tedaviler hakkında karar verme zorluğunun yanısıra hayatta kalma ve ölümün gerçekleşme zamanı gibi düşüncelere kapılmaktadır. Kadının korkuları ve karışık duyguları bir arada yaşadığı bu dönemde, sürecin

her bir basamağının nasıl işlediğine ilişkin daha fazla tartışmaya ihtiyacı vardır. Bu süreç boyunca kadının duygularını ve kaygılarını zamanında ifade etmesi ve gerekli bilgileri zamanında alarak benimsemesi önemlidir. Gebelikte meme kanseri olan kadının bakımında onkoloji hemşirelerinin ve prenatal hemşirelerinin kendi içinde işbirliği yapmaları ve uyum içinde çalışmaları ideal olanıdır (5, 31).

Gebelik sırasında meme kanserini deneyimleyen kadınların tedavi sırasında ve sonrasında duygusal açıdan yüksek düzeyde desteğe gereksinimleri vardır. Hemşirenin en önemli rolü gebe kadınlarda meme kanseri konusunda farkındalığı geliştirmektir. Kadınlar gebelik süresince ve doğumdan sonra memelerinde ne tür değişiklikler olacağını bilmemektedir. Bu durumda hemşirelerin bilgi ve önerilerini sunarak kadınları bilinçlendirmesi gerekir. Hemşireler gebelik sırasında veya gebelikten sonra meme kanseri tanısı alan kadınları, tedavileri süresince de desteklemelidirler. Diğer sağlık bakım profesyonellerine, birimlere ve organizasyonlara başvurma konusunda kadınlara yardım edilmelidir (18). Hemşireler sağlığı vurguladığı eğitim faaliyetlerinde kadınların sağlık kuruluşlarını kullanmada aktif rol almaları için cesaretlendirmeli, kendi kendine meme muayenesi için uyarılarda bulunmalıdır. Çünkü klinik uygulamada ağrısız kitleyle karşılaşılması yaygındır. Gebelik döneminde memelerdeki volüm artışı ve dolgunluktan dolayı ağrısız kitle fark edilmeyebilir (2, 13, 14, 35). Bu yüzden prenatal ve postpartum dönem süresince hemşirelerin özellikle memelerin fizik tanınmasını yapması, meme kanserinde erken tanılamaya katkıda bulunan bir unsurdur. Ayrıca hemşirelerin bu dönemde meme bakımı konusundaki yaklaşımları da, gebelikteki meme kanserinin erken tanılanmasına katkı sağlar (35).

Hümanistik bakım çalışmalarına odaklanmasından bu yana hemşirelik, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi uygulamalarda üstün bir role sahiptir (35). Hemşireler ilk olarak meme hastalıklarının yönetiminde ve izleminde yaşam boyu düzenli klinik muayeneyi, mamografiyi ve kendi kendine meme muayenesini kadınlara tavsiye etmelidirler (5, 17, 31). Daha sonraki gebeliklere yönelik de hemşireler, onkoloji ekibiyle yaşam kalitesi kaygılarını tartışmaları için kadınları cesaretlendirilmeli, kemoterapi tedavisi uygulanmış genç kadınlara daha sonraki gebelikleri için destek olmalıdırlar (31). Tümörün hücresel özelliği temel alınarak kanserin tekrarlama riski göz önünde bulundurulmalı, bu konuda onkolog ve kadın doğum uzmanı ile birlikte hareket etmesi konusunda bilgilendirilmelidir. Kanserinin tekrarlama riski tanıdan itibaren ilk iki yıl içinde daha yüksek olduğundan ve yeni bir gebelik tedavi seçeneklerini zorlaştırdığından, birçok hekim gebelik için tüm tedavi bittikten sonra en az iki yıl beklenmesini önermektedir (1, 3, 33).

Meme kanseri tanısı konan gebe kadınları güçlendirmeye yönelik hemşirelik yaklaşımları olarak; gebelik ve hastalık süreci, fizyolojik ve psikolojik etkiler, karşılaşılabilen sorunlar ve bunlarla başetme, tedavi süreci ve izlemler konusunda bilgilendirme, danışmanlık yapma ve davranış değişikliği yaratma ön plana çıkan uygulamalardır. Hastaların gebeliğin sonlandırılması, çocuk doğurma, tedavi seçenekleri hakkında kişisel karar verme gibi zorlandığı durumlarda, danışmanlık, doğru bilginin sağlanması, etkin dinleme ve bakım önemli hemşirelik girişimleri arasında rol oynamaktadır (33). Bu süreçte multidisipliner tamamlayıcı bakım rolünü üstlenen hemşirenin, kadın ve ailesinin tedavi konusunda karar vermesine yardımcı olması önemlidir (35).

Kadının her aşamada psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu unutulmamalıdır (38). Özellikle genç kadınların yaşlı olanlara göre daha fazla bilgi ve psikolojik destek gereksinimleri bulunmaktadır. Kadının anksiyetesinin

giderilmesi, hastalıkla baş etmeye yönelik güçlendirilmesi ve yaşam kalitesini geliştirmesi için her konuda bilgilendirilmesi gerekir. Kadının tedavi seçenekleri ve yaşamına olan etkileri konusunda doğru karar verebilmesi için etkili bir iletişimle yüksek düzeyde bilgilendirilmesi onu güçlü kılacaktır. Gereken eğitimi aynı sorunu yaşayan diğer kişiler ile birlikte aldığıında, akran desteğinin yanı sıra duygu ve düşüncelerini paylaşma fırsatı da bulacaktır. Eğitim destekli grup girişimleri kadınların yaşam kalitesini geliştirecek ve güçlü olmasını sağlayacaktır (39). Ülkemizde örneği olmamakla birlikte İngiltere’de bu amaçla yürütülen projelerden biri Yaşayan Kanser Canlı Yaşam Projesi’dir. Motivasyon desteği ve sağlık koçluğunun temel alındığı bu projede sunulan sosyal yardım hizmet modelinde iyi eğitilmiş onkoloji hemşiresi vaka yöneticisi gibi çalışarak meme veya prostat kanseri tedavisi gören bireyleri telefon ile motive etmekte ve klinik destek sağlamaktadır (40).

Gebelik döneminde meme kanseri tanısı alan kadınların tedavi planının her aşamasında hemşirenin profesyonel desteğine gereksinimi vardır. Hemşireler cerrahi tedavi planlanan gebe kadınları ameliyat öncesi ve sonrası dönemde değerlendirerek; hastalık süreci, nasıl bir yol izleneceği, hastanede ne kadar kalacağı ve bakım konularında sorularına cevap vermeli ve beklentileri karşılamalıdır (26). Ameliyat uygulanan kadınlarda fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlar gelişebileceği ve hastanın önleyici bilgilendirme gereksinimlerinin olabileceği unutulmamalıdır. Fizyolojik sorunların başında lenfödem, omuz disfonksiyonu ve koltukaltından elin sırtına yayılan ağrıya benzer gerginlik hissi gelmektedir. Gerginliğin nedeni tam olarak anlaşılmasa da birlikte lenfanjit ya da lenf trombozu nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Psikolojik açıdan da sıklıkla anksiyete, depresyon, beden imajında değişim ve cinsel yaşamla ilgili problemler yaşanmaktadır. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri içinde hemşire hastanın güçlendirilmesinde son derece önemlidir. Hasta bilgilendikçe gücü artacak ve kendi bakımına aktif katılmaya başlayacaktır. Hemşire gebe kadının gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirme ve destek sağlayabileceği hasta merkezli eğitim programları içinde yer alabilir (41). Ayrıca hemşire meme kanseri olan gebe kadınlara yönelik web tabanlı destek programlarının koordinatörü olabilir. Meme kanseri olan kadınlar web ortamında sohbet ederek tedavi seçeneklerini ve tedavinin etkilerini, kendilerindeki psikososyal değişimleri, sağlık profesyonelleri, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla olan ilişkileri ve yaşam şekillerini tartışarak birbirlerine destek olmaktadır. Bu tür bir destekleme gebe kadınlar için de planlanabilir (42). Hemşire, kemoterapi uygulanan gebe kadının fiziksel, duygusal ve psikolojik gereksinimlerine duyarlı olmalı; gebeliğin getirdiği yorgunluk ve beden imajı değişiminin yanı sıra kemoterapinin yan etkilerini yönetmeli, enfeksiyona karşı korumalıdır (31). Gebe kadına radyoterapi uygulanıyorsa; radyoterapinin anne sütünü azalttığı, radyoterapi uygulanmayan memede süt üretiminin etkilenmeyeceği, yine de emzirmenin tedavi sonrası yapılması konusunda hemşire bilgi vermelidir (27, 31). Gebelik döneminde hormon tedavisinin etkileri konusunda yeterli kanıt bulunmadığından, hemşire gebelik boyunca tedavinin uygulanmaması konusunda anne adayını bilgilendirmelidir. Bu konuda genel görüş hormonal tedavinin düşük ve fetal ölümlere neden olması, bebelerde yüz boyun defektleri ile annede genital defektlere yol açmasıdır (3). Bu nedenle gebelik bitinceye kadar hormon tedavisinin ertelenmesi, hatta doğumdan sonra beş yıl içinde yapılabileceği bildirildiğinden hemşire bu konuda anne adayını aydınlatmalıdır (18, 27). Kadının psikolojik açıdan da desteklendiği eğitim programları, uzun dönem bilgi ve psikolojik destek gereksinimlerinin karşılanması açısından yaşamsal öneme sahiptir (39, 40). Hemşire danışmanlık uygularken belirlediği gereksinimleri ve sorunları hekim ile paylaşmalı, bütüncül bakımda bütünün bir parçası olmalıdır.

Gebe kadının kanserle olan mücadelesinde hemşirenin tabirculuk sonrası dönemde de rolü büyük olmasına rağmen yeterince vurgulanmamaktadır. İrlanda örneğinde olduğu gibi hemşire poliklinik ortamında da onkoloji hastaları için birçok rolü aktif bir şekilde yerine getirebilir. Hastanın fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, diğer yandan hasta sonuçlarını geliştirmek için araştırmalar yapabilir. Hemşirenin hasta savunuculuğu rolünün ön plana çıktığı fizyolojik bakımda, hemşire hasta tanınması yaparak bakımı koordine etmektedir. Psikolojik bakımı yürütürken de etkili iletişim tekniklerini kullanarak güvenin temel alındığı hemşire hasta ilişkisini sağlar ve sürecin her aşamasında bilgi verir. Hastanın bakımını yürütürken ekip ile sürekli işbirliği sağlar (43). Bu bağlamda onkoloji, radyoterapi ve kemoterapi ünitelerinde çalışan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Ayrıca ülkemizde de meme bakım hemşireliğinin geliştirilmesine gereksinim vardır (44). Warren (45) meme kanseri olan kadınların Londra’da hemşirenin yönettiği kliniklerden memnun olduğuna dikkat çekmiştir. Özellikle danışmanlık, empati ve psikolojik desteğin öne çıktığı bu kliniklerde meme bakım hemşireliğinin katkısı büyüktür. Ives-Smith ve Wisdom (46) da hastaların meme bakım kliniklerine meme bakım hemşireleri tarafından yönlendirilmekten memnun olduklarını ve hemşirelerin ilgili uzmanlara doğru şekilde yönlendirdiklerini belirtmiştir. Bu bağlamda meme bakım hemşireliğinin ülkemiz sağlık bakım sistemine yansıtılması kadınların yaşam kalitesinin gelişmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

Sonuç

Gebelikte meme kanseri ender görülmesine rağmen, kadınların mesleki ve kişisel tercihlerinden dolayı gebeliği geciktirmesi sonucu önümüzdeki yıllarda artması beklenmektedir. Bu durumun göz önüne alınarak, her gebenin ilk prenatal izleminde klinik meme muayenesi ve ultrasonun yapılması önerilmektedir. Ayrıca kadınların gebelik süresince ve laktasyon döneminde kendi kendine meme muayenesi yapması konusunda farkındalığının artırılması gerekmektedir. Böylece meme kanseri gebelik döneminde de erken tanılabılır ve tanılamada gecikme azaltılabilir. Gebelikte meme kanserinin tedavisinde radyoterapiden kaçınılmalı, kemoterapi ise 1. trimesterde uygulanmamalıdır. Cerrahi tedavi her trimesterde uygulanabilen bir tedavi şeklidir. Fakat cerrahi sonrası radyoterapi alınması gerekiyorsa son trimesterde tercih edilmesi, radyoterapinin ise doğum sonuna ertelenmesi gerekmektedir. Gebelikte meme kanserine karşı farkındalığı arttırmada hemşireler gebe kadınların prenatal izlemlerinde kendi kendine meme muayenesi hakkında danışmanlık yapmalı, gebelik döneminde meme bakımının önemine dikkat çekmelidir. Ayrıca özellikle ilk prenatal izlemden hekim tarafından klinik muayenenin yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmalı ve takip edilmelidir. Yeni tanı alan kadınlar duygularını açıklamaları için cesaretlendirilmeli, gebeliği ve meme kanserini birlikte yönetebilmesi için güçlendirmelidir. Kadınların meme kanserinin tedavisi sırasında karşılaşılabileceği sorunlarla etkili bir şekilde baş edebilmesi için danışmanlık yapılmalıdır. Bunlarla birlikte hemşirelerin meslektaşlarıyla işbirliği içinde hastaları güçlendirmeye yönelik destek gruplar oluşturmaları ve gerektiğinde psikiyatriste yönlendirmeleri gerekmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların multidisipliner bir yaklaşımla izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Güven ilişkisi ve temel bakım gereksinimlerinin karşılanmasından sonra hastaların eğitimine daha fazla zaman ayrılarak meme cerrahisi sonrası görülebilecek komplikasyonlar azaltılabilir, hastanın güçlendiğini hissetmesi ve kendi bakımına daha fazla katılması sağlanabilir.

Kanıt Düzeyleri

II-2B: İyi tasarlanmış Kohort veya vaka kontrol çalışmaları, tercihen birden fazla merkez ya da araştırma grubu; öneriyi desteklemek için

çok kanıt vardır, özellikle periyodik sağlık muayenesinde dikkate alınan bir durumdur.

II-2A: İyi tasarlanmış kohort veya vaka kontrol çalışmaları, tercihen birden fazla merkez ya da araştırma grubu; öneriyi desteklemek için iyi kanıt vardır, periyodik sağlık muayenesinde özellikle dikkate alınan durumdur.

III: İyi tasarlanmış deneysel olmayan tanımlayıcı çalışmalardan elde edilen kanıt

III-B: Klinik deneyimler, otorite görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar, uzmanların veya komitelerin bildirimleri; periyodik sağlık muayeneleri sırasında özellikle bu durum göz önüne alınmalıdır.

III-C: Saygın otoritelerin görüşleri, kliniğe dayalı deneyimler, tanımlayıcı çalışmalar, uzman komitelerin bildirimleri, periyodik sağlık muayeneleri durumunda dahil etme ve çıkarma konusunda zayıf kanıt, ama öneriler diğer dayanaklarla yapılabilir.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Ö.B., F.E.; Design - F.E., Ö.B.; Supervision - Ö.B.; Funding - F.E., Ö.B.; Materials - F.E., Ö.B.; Data Collection and/or Processing - F.E.; Analysis and/or Interpretation - Ö.B., F.E.; Literature Review - F.E., Ö.B.; Writer - F.E., Ö.B.; Critical Review - Ö.B.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Ö.B., F.E.; Tasarım - F.E., Ö.B.; Denetleme - Ö.B.; Kaynaklar - F.E., Ö.B.; Malzemeler - F.E., Ö.B.; Veri toplanması ve/veya işleme - F.E.; Analiz ve/veya yorum - Ö.B., F.E.; Literatür taraması - F.E., Ö.B.; Yazıyı yazan - F.E., Ö.B.; Eleştirel İnceleme - Ö.B.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Litton JK, Theriault RL, Gonzalez-Angulo AM. Breast cancer diagnosis during pregnancy. *Womens Health (Lond Engl)* 2009; 5:243-249. (PMID: 19392610) [CrossRef]
2. Ayyappan AP, Sulkarni S, Crystal P. Pregnancy-associated breast cancer: spectrum of imaging appearances. *Br J Radiol* 2010; 83:529-534. (PMID: 20335428) [CrossRef]
3. American Cancer Society. Pregnancy and breast cancer. (cited 2012 November 1) Available from: URL: <http://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/moreinformation/pregnancy-and-breast-cancer>.
4. Vinatier E, Merlot B, Poncet E, Collinet P, Vinatier D. Breast cancer during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 147:9-14. (PMID: 19773111) [CrossRef]
5. Kulshrestha M. Pregnancy-associated breast cancer. *J S Asian Fed Obstet Gynecol* 2011; 3:1-5.
6. Reed W, Hannisdal E, Skovlund E, Thoresen S, Lilleng P, Nesland JM. Pregnancy and breast cancer: a population-based study. *Virchows Arch* 2003; 443:44-50. (PMID: 12756565) [CrossRef]

7. Atalay C. Meme kanserinde nadir görülen durumlar. In: Aydın S, Akça T, editors. *Tüm yönleriyle meme kanseri*. Adana: Nobel Kitapevi, 2011:505-510.
8. Eedarapalli P, Jain S. Breast cancer in pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 26:1-4. (PMID: 16390699) [CrossRef]
9. Lyons TR, Schedin PJ, Borges VF. Pregnancy and breast cancer: when they collide. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2009; 14:87-98. (PMID: 19381788) [CrossRef]
10. Craft M. Management of clients with breast disorders. In: Black JM, Hawks JH, editors. *Medical surgical nursing clinical management for positive outcomes*, 7th ed. America: Elsevier Saunders, 2005:1093-1097.
11. Sammarco A. Problems of the breast. In: Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors, editors. *Medical surgical nursing health and illness perspective*, 7th ed. USA: Philadelphia, 2003:1788-1790.
12. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012. In: American Cancer Society. (cited 2013 January 15) Available from: URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-030975.pdf>.
13. Keyser EA, Staat BC, Fausett MB, Shield AD. Pregnancy-associated breast cancer. *Rev Obstet Gynecol* 2012; 5:94-99. (PMID: 22866188)
14. Rovera F, Frattini F, Coglitore A, Marelli M, Rausei S, Dionigi G, Boni L, Dionigi R. Breast cancer in pregnancy. *The Breast Journal* 2010; 16:22-25. (PMID: 21050304) [CrossRef]
15. Nettleton J, Long J, Kuban D, Wu R, Shaeffer J, El-Mahdi A. Breast cancer during pregnancy: quantifying the risk of treatment day. *Obstet Gynecol* 1996; 87:414-418. (PMID: 8598965) [CrossRef]
16. Lenhard MS, Bauerfeind I, Untch M. Breast cancer and pregnancy: challenges of chemotherapy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008; 67:196-203. (PMID: 18394918) [CrossRef]
17. Helewa M, Levesque P, Provencher D, Lea RH, Rosolowich V, Shapiro HM. Breast cancer, pregnancy and breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24:164-180. (PMID: 12196882)
18. Antonia D. Pregnancy and breast cancer. *Practice Nurse* 2007; 33:45-48.
19. Navrozoglou I, Vrekoussis T, Kontostolis E, Dousias V, Zervoudis S, Stathopoulos EN, Zoras O, Paraskevaidis E. Breast cancer during pregnancy: a mini review. *Eur J Surg Oncol* 2008; 34:837-843. (PMID: 18343083) [CrossRef]
20. Gemignani ML, Petrek JA. Pregnancy-associated breast cancer: diagnosis and treatment. *The Breast Journal* 2000; 6:68-73. [CrossRef]
21. Litton JK, Theriault RL. Breast cancer and pregnancy: current concepts in diagnosis and treatment. *Oncologist* 2010; 15:1238-1247. (PMID: 21147871) [CrossRef]
22. Viswanathan S, Ramaswamy B. Pregnancy-associated breast cancer. *Clin Obstet Gynecol* 2011; 54:546-555. (PMID: 22031245) [CrossRef]
23. Martinez MCS, Simon AR. Breast cancer during pregnancy. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 123:55-58. [CrossRef]
24. Keleher AJ, Theriault RL, Gwyn KM, Hunt KK, Stelling CB, Singletary SE, Ames FC, Buchholz TA, Sahin AA, Kuerer HM. Multidisciplinary management of breast cancer concurrent with pregnancy. *J Am Coll Surg* 2002; 194:54-64. (PMID: 11800340) [CrossRef]
25. Melnick DM, Wahl WL, Dalton VK. Management of general surgical problems in the pregnant patient. *Am J Surg* 2004; 187:170-180. (PMID:14769301) [CrossRef]
26. Davis C. Award-winning project raises care standards and patients satisfaction. *Cancer Nursing Practice* 2012; 11:20-21. [CrossRef]
27. Amant F, Loibl S, Neven P, Calsteren KV. Malignancy in pregnancy 2 Breast cancer in pregnancy. *Lancet* 2012; 379:570-579. [CrossRef]
28. Berry DL, Theriault RL, Holmes FA, Parisi VM, Booser DJ, Singletary SE, Buzdar AU, Hortobagyi GN. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. *J Clin Oncol* 1999; 17:855-861. (PMID: 10071276)
29. García-Manero M, Royo MP, Espinos J, Pina L, Alcazar JL, Lopez G. Pregnancy associated breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35:215-218. (PMID: 18550321) [CrossRef]
30. Psyrris A, Burtneis B. Pregnancy-associated breast cancer. *Cancer J* 2005; 11:83-95. (PMID: 15969981) [CrossRef]
31. Dow KH. Pregnancy and breast cancer *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000; 29:634-639. (PMID: 11110334) [CrossRef]
32. Koyuncu A, Canbay E. Gebelik ve laktasyon döneminde meme kanseri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 24:53-56.

33. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10th ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005:1468-1469.
34. Azad GK, Ring AE. Breast cancer and pregnancy. Breast Cancer Online 2007; 10:1-5. [\[CrossRef\]](#)
35. Fernandes AFC, Santos MCL, Silva TBC, Galvao CM. Prognosis of breast cancer during pregnancy: evidence for nursing care. Rev Latino- Am Enfermagem 2011; 19:1453-1461. [\[CrossRef\]](#)
36. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Meme ve üreme organlarında sık görülen kanserler. (cited 2013 February 10) Available from: URL: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf>.
37. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 3:1-20.
38. Barnes DM, Newman LA. Pregnancy-associated breast cancer: a literature review. Surg Clin North Am 2007; 417-430. (PMID: 17498535) [\[CrossRef\]](#)
39. McLachlan K. Information and support needs of young women with breast cancer. Cancer Nursing Practice 2009; 8:21-24. [\[CrossRef\]](#)
40. Richardson A, Griffin M, Miller C and McNeil I. Living life after cancer treatment: a nurse-led support service. Cancer Nursing Practice 2008; 7:36-38. [\[CrossRef\]](#)
41. Lawrance S, Stammers T. A model of care for optimising recovery after breast cancer surgery. Cancer Nursing Practice July 2008; 7:35-39. [\[CrossRef\]](#)
42. Beaumont T, Jaloba A. A web-based source of support for women with breast cancer. Cancer Nursing Practice 2009; 8:30-31. [\[CrossRef\]](#)
43. Richmond J. Exploring nursing care in outpatient oncology clinics in Ireland. Cancer Nursing Practice 2007; 6:34-39. [\[CrossRef\]](#)
44. Karayurt Ö, Andiç S. Meme bakım hemşireliği. J Breast Health 2011; 7:196-202.
45. Warren M. Breast cancer patient satisfaction with the nurse-led clinic for surgical histology. Cancer Nursing Practice 2007; 6:34-39. [\[CrossRef\]](#)
46. Ives-Smith K, Wisdom J. Nurse specialist direct referrals to breast care clinics. Cancer Nursing Practice 2007; 6:37-39. [\[CrossRef\]](#)