

## **TÜRK RADYOLOJİ DERNEĞİ MEME KANSERİ TARAMA REHBERİ**

**Mamografi:** Taramada gold standart Mamografi olup, tanısal mamografi endikasyon dahilinde herhangi bir yaş sınırı veya aralığı olmadan yapılabilir. Şüpheli bulgularda tanısal MG yaş sınırı en az 25 yaş olmak üzere hastaya ve semptomuna göre, 25-40 yaş arasında ise Radyolog kararı ile 40 yaş sonrasında ise rutin olarak yapılmalıdır.

Amerikan Kanser Derneği (ACR) 2017 yılında yayımladığı tarama rehberinde bazı değişiklikler yapılmış olup kişisel risklere göre tarama rehberi oluşturulmuştur. Bu doğrultuda riskler düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak 3 gruba ayrılmıştır (1).

**DÜŞÜK RİSKLİ GRUPTA TARAMA:** (Yaşam boyu meme kanseri riski % 15'in altında olan grup)

**Mamografi:** Mamografik taramanın yıllık olarak 40 yaşında başlaması önerilmektedir (2). Taramanın sonlandırma yaşı ise bulunmamakla birlikte yaşa göre eşlik eden komorbidite ve beklenen yaşam süresine göre realize edilmelidir.

### **ORTA RİSKLİ GRUPTA TARAMA**

**Öyküsünde lobuler neoplazi, atipik duktal hiperplazi veya daha önceden meme kanseri geçiren olgular veya meme kanseri için, % 15-20 yaşam boyu risk taşıyan kişiler ortariskli grup olarak tanımlanmaktadır.**

Türkiyede Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları, tarama mamografisinin 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir yapılmasını önermektedir (3). Türk Radyoloji Derneği meme kanseri tarama rehberinde ise mamografik taramaya başlama yaşı 40 olarak kabul edilmekte ve yıllık kontrol önerilmektedir (4).

**Mamografi ve Tomosentezis:** 30 yaş üzerinde biyopsi ile verifiye atipik duktal hiperplazi, lobuler neoplazili olgularda yıllık mamografik tarama yapılması önerilmektedir. Öyküsünde meme kanseri tedavisi almış olgularda da yıllık mamografik tarama yapılmalıdır.

**US:** Yoğun glandüler dokuya sahip orta derecede riskli olgu grubunda opsiyonel olarak sunulabilir.

### **YÜKSEK RİSKLİ GRUPTA TARAMA**

**Birinci derece akrabasında veya kendisinde BRCA pozitifliği olan olgular, toraks bölgesine 10-30 yaş aralığında radyoterapi uygulanan olgular, yaşam boyu riski %20'nin üzerinde olan olgular yüksek riskli olgu grubu olarak tanımlanmaktadır.**

40 yaş üzeri kadınlarda meme dokusu yoğun olanlarda yağlımeme dokusuna göre 4 kat rölatif risk bildirilmiştir. Bu grupta genel popülasyondan daha erken yaşta mamografik taramaya başlanması önerilmektedir.

**Mamografi ve Tomosentezis:**

10-30 yaşlar arasında radyoterapi uygulanan olgularda 25 yaş öncesinde olmamak şartıyla RT uygulamasından 8 yıl sonra mamografik taramaya başlanmalıdır. Genetik predispozisyon durumunda 30 yaş altında olmamak şartıyla etkilenen kişi de saptama yaşından 10 yıl öncesinde taramaya başlanmalıdır (5,6).

**MR:** BRCA gen mutasyon taşıyıcılarında MR taramaya 25 yaşında başlanması ve 30 yaş üzerinde MG ye ilave edilmesi önerilmektedir.

BRCA 1 taşıyıcısı 40 yaş altı olgu grubunda MR a ilaveten MG gerekliliğini yıllar içerisinde maruz kalınacak kümülatif radyasyon etkisini göz önüne alarak elde edilecek yararın pozitif veya negatif olabileceğini bildirilmektedir (7, 8). BRCA 2 taşıyıcılarında ise MRG ye ek olarak yapılan mamografi ile saptanan kanserlerin 1/3 ü sadece MG ile saptanmıştır (9,10)

30 yaş altında toraksa yönelik RT uygulanan olgularda yıllık MR tarama gerekliliği tanımlanmıştır. Bu grupta genetik mutasyon grubuna benzer şekilde %4 oranında artmış meme kanser saptama bildirilmiştir. MR tarama 25 yaş öncesinde olmamak şartıyla RT den 8 yıl sonra başlanmalıdır (11).

Kişisel öyküsünde meme kanseri tedavisi alan ve dens memeye sahip olgularda veya 50 yaş öncesinde tanı alan olgularda yıllık MR yapılması gerekliliği önerilmektedir (12).

**US:** MR tetkiki tolere edemeyen yüksek riskli grupta mamografiye ilaveten taramada US yapılabilir.

#### **TARAMANIN DURDURULMASI**

Taramanın, kadının yaş ve eşlik eden diğer hastalıkların varlığına bağlı olarak beklenen yaşam süresi 5 yıl altında ise durdurulması önerilmektedir.

#### **ÖZET**

**MAMOGRAFİ:** 40 yaşında yıllık MG ve/veya DBT (planar veya sentetik 2D imajlarla) tarama

**ULTRASONOGRAFİ:** Yoğun meme dokusunda MG ye eklenmesi meme kanseri saptama oranlarını arttırmakta ama geri çağırma ve biyopsi oranlarında artışa neden olmakta.

**MR:** Yaşam boyu % 20'nin üzerinde olan yüksek riskli grupta yıllık MR tarama yapılmalıdır.

Öyküsünde LCIS, ADH olan ve yaşam boyu riski >20 olan gruba yıllık MR önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Mainiero MB, Moy L, Baron P, Didwania AD, diFlorio RM, Green ED, et al. ACR Expert Panel on BreastImaging.AppropriatenessCriteria, BreastCancerScreening. J AmCollRadiol. 2017;14(11S):383-390. (PMID:29101979)
2. BreastImagingReportingand Data System. AmericanCollege of Radiology, Reston, VA; 2013.4
3. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>
4. Aribal E, Tuncbilek N, Celik L. Turk Radyoloji Derneği Meme Radyolojisi Çalışma Grubu Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. TheJournal of BreastHealth 2012; 8 (1), 3-10.
5. Zuley ML, Guo B, Catullo VJ, Chough DM, Kelly AE, Lu AH, et al. Comparison of two-dimensional synthesized mammograms versus original digital mammograms alone and in combination with tomosynthesis images. Radiology 2014; 271: 664–671. (PMID:24475859)
6. Lehman, C.D., Lee, J.M., DeMartini, W.B, Hippe DS, Rendi MH, et al. Screening MRI in women with a personal history of breast cancer. J Natl Cancer Inst 2016; 108. (PMID:26744477)
7. Arpino G, Laucirica R, Elledge RM. Premalignant and In Situ Breast Disease: Biology and clinical implications. Annals of Internal Medicine. 2005;143(6):446. (PMID:16172443)
8. Menes TS, Kerlikowske K, Lange J, Jaffer S, Rosenberg R, Miglioretti DL. Subsequent breast cancer risk following diagnosis of atypical ductal hyperplasia on needle biopsy. JAMA Oncology. 2017;3(1):36. (PMID:27607465)
9. Caumo, F., Bernardi, D., Ciatto, S. et al. Incremental effect from integrating 3D-mammography (tomosynthesis) with 2D-mammography: Increased breast cancer detection evident for screening centres in a population-based trial. Breast 2014; 23: 76–80. (PMID:24316152)
10. Monticciolo DL, Newell MS, Hendrick RE, Helvie MA, Moy L, Monsees B, et al. Breast Cancer Screening for Average-Risk Women: Recommendations From the ACR Commission on Breast Imaging. J Am Coll Radiol. 2017;14(9):1137-43. (PMID:28648873)
11. Obdeijn IM, Winter-Warnars GA, Mann RM, Hoening MJ, Hunink MG, Tilanus-Linthorst MM. Should we screen BRCA1 mutation carriers only with MRI? A multicenter study. Breast Cancer Res Treat 2014;144(3):577-582. (PMID:24567197)
12. Monticciolo DL, Newell MS, Moy L, Niell B, Monsees B, Sickles EA. Breast Cancer Screening in Women at Higher-Than-Average Risk: Recommendations From the ACR. J Am Coll Radiol 2018;15(3):408-414. (PMID:29371086)