

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α
Νοσηλευτική Ερευνητική Εργασία με θέμα:
"Καρκίνος μαστού: ΠΡΟΛΗΨΗ - ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ"

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Δίδα ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ, Δρ Νοσηλευτικής

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

-ΑΡΓΥΡΟΥ ΕΛΕΝΗ

-ΘΕΟΧΑΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Πάτρα 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	938
----------------------	-----



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛΙΔΕΣ.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΝΗ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

I-V

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1-4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ -ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

5-6

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ -ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

7-16

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ-ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ

17-19

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

20-22

ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

23-24

• ΠΡΟΓΝΩΣΗ

25-27

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ -ΡΙΖΙΚΗ
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ)

28-30

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

31

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

32

ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

33-34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

35-38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΛΗΨΗ

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ-ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ 39-42

X ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ 43-50

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 51-66

B' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ 67-69

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 70-101

ΣΥΖΗΤΗΣΗ 102-109

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ 110-118

ΠΕΡΙΛΗΨΗ (ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΓΓΛΙΚΑ) 119-122

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στη Νοσηλευτική επιστήμη και ειδικότερα στους Νοσηλευτές-σπουδαστές και επαγγελματίες-με σκοπό να τους ευαισθητοποιήσουμε περισσότερο γύρω από τα θέματα της Υγείας αλλά και για να τους πείσουμε ότι η Νοσηλευτική επιστήμη αν συνδυασθεί με την ΕΡΕΥΝΑ μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στο χώρο της ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ & ΥΓΙΕΙΝΗΣ . Αφιερώνεται ακόμα σ' όσες γυναίκες πάσχουν από καρκινοφοβία έχοντας την πεποίθηση ότι αυτό το σύγγραμμα θα τις προσφέρει μια ποικιλία γνώσεων γύρω από τον καρκίνο του μαστού και κυρίως για το τί πρέπει να κάνουν για να προλάβουν ή να διαγνώσουν έγκαιρα μια πιθανή εμφάνιση αυτής της κοινωνικής νόσου.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ

Αρχικά , θεωρούμε χρέος μας να ευχαριστήσουμε την εισηγήτρια καθηγήτριά μας Δρ.Μ.Παπαδημητρίου για τις πολύτιμες συμβουλές και την ενθάρρυνσή της προκειμένου ν' αποπερατωθεί αυτή η εργασία.

Επίσης, θερμά τον διευθυντή του ογκολογικού τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων Ιατρό Παυλίδη Γ. για την παραχώρηση του αρχείου της κλινικής προκειμένου να συμπληρώσουμε τα ερωτηματολόγια της έρευνάς μας.

Ευχαριστούμε ακόμη, της διευθύντριες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του θεραπευτηρίου "Ευαγγελισμός", του Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών "Αγ. Σάββας", του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης , του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου καθώς και του Γεν. Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών που μας παραχώρησαν τα αρχεία των αντίστοιχων νοσοκομείων.

Τέλος , δεν πρέπει να παραλείψουμε την σημαντική και ουσιαστική συμβολή -ηθική και πνευματική -της καθηγήτριας Δίδας Νάνου Κ. καθ'όλη τη διάρκεια της σπουδαστικής μας πορείας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προληπτική δράση στην καταπολέμηση του καρκίνου έχει σημειώσει θεαματική πρόοδο τα τελευταία χρόνια. Έτσι, αν μελετήσουμε προσεκτικά, σε όλα τα κράτη, τις στατιστικές επιβίωσης των καρκινοπαθών παρατηρούμε ότι όλοι οι δείκτες παρουσιάζουν αύξηση της επιβίωσης των ασθενών σε όλες τις μορφές καρκίνου. Για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων έχουν συμβάλει προγράμματα διαφώτισης του κοινού με σκοπό την ΠΡΟΛΗΨΗ κατά κύριο λόγο, αλλά και την έγκαιρη ΔΙΑΓΝΩΣΗ κατά δευτερεύοντα .¹

Στα προγράμματα αυτά συμμετέχουν όλοι όσοι σχετίζονται με τον παράγοντα ΠΡΟΛΗΨΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ και ΥΓΙΕΙΝΗ και που τον πρωτεύοντα ρόλο αναμφισβήτητα θα πρέπει να τον αναλαμβάνουν οι Νοσηλεύτες. Σαν μια ομάδα, επομένως, θα πρέπει να δρουν μέσα στα πλαίσια απόλυτης συνεργασίας και ανταλλαγής απόψεων και γνώσεων οργανώνοντας ερευνητικά προγράμματα.

Για ν' αποδώσει όμως ένα ερευνητικό πρόγραμμα τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να είναι αρτια καταρτισμένα. Ειδικότερα, για τους Νοσηλεύτες απαραίτητη είναι η γνώση βασικών αρχών δεοντολογίας της νοσηλευτικής έρευνας τις οποίες θα παραδέχεται και θα υιοθετεί πιστά. Αναφέρουμε ενδεικτικά:

- Εξασφάλιση συγκαταθέσεως του ατόμου για τη μελέτη, έπειτα από ακριβή ενημέρωση.
- Τήρηση ανωνυμίας και εχεμύθειας σε περίπτωση χειρισμού εμπιστευτικών πληροφοριών.
- Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των μελετουμένων παιδιών, ηλικιωμένων, αναπήρων, ψυχικά αρρώστων, κρίσιμα

πασχόντων κλπ.

-Η ερευνήτρια νοσηλεύτρια πρέπει να διαθέτει ακέραιο ήθος και σθένος, για να διακόψει την έρευνα σε οποιοδήποτε σημείο όταν υπάρχουν υπόνοιες ή ενδείξεις ότι η συνέχιση πιθανόν να καταλήξει σε βλάβη, αναπηρία ή θάνατο του ατόμου που μελετάται.²

Η έρευνα εξάλλου, σαν επιστημονική μελέτη έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που είναι χρέος του Νοσηλευτή να γνωρίζει:

- Περιλαμβάνει συλλογή νέων δεδομένων ή χρησιμοποίηση διαθέσιμων δεδομένων από προηγούμενες έρευνες για νέους σκοπούς.
- Κατευθύνεται προς τη λύση ενός προβλήματος
- Προχωρεί βάσει σχεδιασμένων μεθόδων και διαδικασιών
- Δίνει έμφαση στην ανακάλυψη υγιών θεωριών και αρχών χρήσιμων στην πρόβλεψη μελλοντικών δυσαρέστων ή και ευχάριστων συμβάντων.
- Απαιτεί επιδεξιότητα.
- Προϋποθέτει ακριβή παρατήρηση και περιγραφή
- Είναι λογική και αντικειμενική και εξασφαλίζει κύρος στις μεθόδους, τα δεδομένα που συλλέγονται και τα συμπεράσματα.
- Διακρίνεται από υπομονητική και συνεπή δραστηριότητα Δεν βιάζεται.
- Απαιτεί σε ορισμένες περιπτώσεις θάρρος.
- Τέλος δημοσιεύεται και ανακοινώνεται με προσοχή και σύστημα.

Η ερευνητική διεργασία περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

Α. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Β. ΕΚΠΟΝΗΣΗ

Γ. ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ και ΕΦΑΡΜΟΓΗ των ευρημάτων.

Οι μορφές της νοσηλευτικής έρευνας διακρίνονται και ταξινομούνται ανάλογα με το σκοπό, τη μέθοδο, το περιβάλλον όπου διεξάγονται και το περιεχόμενό τους. Αντιπροσωπευτικές μορφές νοσηλευτικής έρευνας είναι οι ακόλουθες:

ΙΣΤΟΡΙΚΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ, ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ, ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ, ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ³

Έχοντας υπόψη τ' ανωτέρω και όντας ευαισθητοποιημένοι στο χώρο της Υγείας και Πρόληψης θελήσαμε, κι εμείς, σαν σπουδαστές της Νοσηλευτικής, να κάνουμε το πρώτο μας βήμα για να μετέχουμε ενεργά στα προγράμματα ΕΡΕΥΝΑΣ με σκοπό την ΠΡΟΛΗΨΗ και ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ του κοινού γύρω από τη νόσο "Καρκίνος Μαστού".

Σκοπός μας είναι ν' αποδείξουμε στην πράξη ότι η Νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να προσφέρει τα μέγιστα στο χώρο της Υγείας, και ότι διαθέτει Νοσηλευτές με δραστηριότητα και γνώσεις οι οποίοι αν ενθαρρυνθούν, μπορούν να συμβαλλουν αποφασιστικά στη συλλογή, τη διασταύρωση αλλά και την αναθεώρηση κάποιων απόψεων σε ότι θέμα σχετίζεται με την ΥΓΕΙΑ.

Για το σκοπό αυτό αναλάβαμε έρευνα με θέμα το καρκίνο του μαστού. Το ενδιαφέρον μας επικεντρώθηκε στους παράγοντες εκείνους κοινωνικούς, οικονομικούς, βιοτικούς που συνθέτουν τη ζωή μας. Ειδικότερα, στον τρόπο διατροφής, τις συνθήκες ζωής, τις συνθήκες διαβίωσης, το βεβαρυμένο με καρκίνο ή μη κληρονομικό ιστορικό. Μέσα απ' αυτές τις παραμέτρους προσπαθήσαμε να διαχωρίσουμε τους καρκινογόνους παράγοντες αλλά και αυτούς που φέρουν

δείκτη υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου, και με βάση αυτά τα συμπεράσματα παρουσιάζουμε έναν κατάλογο προτεινόμενων μέτρων. Σ' αυτό το σημείο είναι που δίνουμε όλο το βάρος και την αξία της εργασίας μας διότι ενισχύεται η ηθική μας ικανοποίηση και είμαστε σίγουροι ότι περνάμε κάποιο μήνυμα ΠΡΟΛΗΨΗΣ σε όποιον την διαβάσει.

Έχοντας λοιπόν, κατά νου ότι για να φθάσουμε στο σημείο να κάνουμε ΠΡΟΛΗΨΗ θα πρέπει να διαθέτουμε σφαιρικές και ολοκληρωμένες γνώσεις γύρω από την νόσο προσπαθήσαμε να συγκεντρώσουμε, στο μέτρο βεβαίως που μας ήταν δυνατό, ένα πλούσιο υλικό από βιβλιογραφία -Ελληνική και ξένη- προκειμένου να κατανοήσουμε το πρόβλημα σε όλη του την έκταση και να είμαστε, εν τέλει, ικανοποιημένοι. Οτι έχουμε επιτελέσει στο ακέραιο το στόχο μας.

Η εργασία απαρτίζεται από 2 μέρη: Το γενικό πρώτο μέρος και το ειδικό που έπεται. Το πρώτο αναφέρεται εκτενώς στο πρόβλημα. Παραθέτονται στατιστικές μελέτες, επιδημιολογικά στοιχεία καθώς και ποσοστό θνησιμότητας στις διάφορες χώρες. Εν συνεχεία, αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ύστερα από διασταύρωση ανάμεσα σ' έναν κατάλογο βιβλιογραφίας και υλικού σχετικών με το θέμα. Παραθέτονται ακόμα εγκυκλοπαιδικές γνώσεις γύρω από την κλινική εικόνα, τη σταδιοποίηση, τη πρόγνωση και διάγνωση αλλά και τη θεραπεία. ενώ μεγάλη έμφαση δίνεται στην ΠΡΟΛΗΨΗ και τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία της αυτοεξέτασης από την ίδια την ασθενή αλλά και της κλινικής εξέτασης από το γιατρό. Πρωταρχικής σημασίας επίσης θεωρούμε και το κεφάλαιο στο οποίο καταγράφουμε το ρόλο του Νοσηλευτή

στην ασθενή με καρκίνο του μαστού όσον αφορά αφενός μεν τη θεραπεία του στο νοσοκομείο αφετέρου δε την ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση.

Στο δεύτερο και ειδικό μέρος της εργασίας παρουσιάζεται το "πρόβλημα" έτσι όπως το είδαμε μέσα από την έρευνα που κάναμε. Αρχικά αναφέρεται το υλικό της έρευνας και η μεθοδος συγκέντρωσής του. Η διεξαγωγή της έρευνας, το δείγμα, η συγκέντρωση και το είδος της έρευνας. Στη συνέχεια καταγράφουμε τ' αποτελέσματα που αποκομίσαμε μετά την επεξεργασία στο computer. Ακολουθεί η παράθεση των στατιστικών στοιχείων με πίνακες και γραφικές παραστάσεις και η συζήτηση: Σ' αυτή την ενότητα αναλύουμε ένα-ένα τ' αποτελέσματα της έρευνάς μας χρησιμοποιώντας άλλες μελέτες και συγγράμματα διασταυρώνοντας τις πληροφορίες μας. Τα προτεινόμενα μέτρα έρχονται να συμπληρώσουν το ερευνητικό μέρος το οποίο τελειώνει με την περίληψη στα Ελληνικά και Αγγλικά.

Μετά απ' αυτή την λεπτομερή παρουσίαση της δομής της εργασίας μας θέλουμε να πιστεύουμε πως σας πείσαμε για το σκοπό της εγγραφής και παρουσίασης αυτής της εργασίας που είναι ένας και μοναδικός: ν' αποδειχθεί το παναρχαίο ρητό "το προλαμβάνειν είναι προτιμότερο του θεραπεύειν".

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε κάθε χώρα. Η αποτύπωση των μεγεθών τους και η εκτίμηση των διαχρονικών τους τάσεων συνιστούν κατά συνέπεια προϋποθέσεις για τον ορθολογικό προγραμματισμό των υγειονομικών υπηρεσιών και την αξιολόγηση των λαμβανομένων μέτρων.

Στην Ελλάδα έχουν γίνει επανειλημμένες προσπάθειες για την διερεύνηση της αιτιολογίας και πρόσφατα επιχειρήθηκε η συνολική αξιολόγηση του προβλήματος με σύγχρονες μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Είναι βέβαια γνωστό, ότι συγκριτικά προς τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες η θνησιμότητα από τις περισσότερες κακοήθεις νεοπλασίες είναι μικρή στην Ελλάδα. Απ' την άλλη μεριά όμως, ο πληθυσμός στην χώρα μας εκτίθεται προοδευτικά περισσότερο σε μια σειρά καρκινογόνων παραγόντων μεταξύ των οποίων δεσπόζουσες θέσεις κατέχουν το κάπνισμα, ορισμένες διατροφικές συνήθειες και άλλες παράμετροι του άμεσου και έμμεσου περιβάλλοντος.

Ακόμη, η Ελλάδα αποτελεί τη μόνη από τις χώρες της ΕΟΚ που δεν διαθέτει αρχεία καταγραφής νεοπλασμάτων. Οι περιπτώσεις νοσηλείας καταγράφονται, βέβαια, στις νοσοκομειακές στατιστικές αλλά αυτές είναι ελλιπείς, υπόκεινται σε διπλοκαταγραφές δεν έχουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές αντιστοιχίες και η ποιότητά τους ποικίλει.

Εναλλακτικά η μόνη εφικτή προσέγγιση για την αξιολόγηση του μεγέθους και των προοπτικών του προβλήματος "καρκίνος" στη χώρα μας είναι η χρησιμοποίηση των στατιστικών θνησιμότητας.⁴

Κατανοώντας το πρόβλημα "καρκίνος και πρόληψη" στη χώρα μας θελήσαμε κι εμείς να προσφέρουμε τις δικές μας υπηρεσίες με σκοπό όχι μόνο τη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας των καρκινοπαθών αλλά και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε βαθμό που να είναι ικανός να προλαμβάνει κυρίως την εμφάνιση της νόσου.

Εξάλλου η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία εφαρμόζει προγράμματα διαφώτισης του κοινού για να κατανοηθεί η μεγάλη σπουδαιότητα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Η αποτελεσματικότητα της διαφωτιστικής αυτής προσπάθειας εξαρτάται από στοιχεία που πηγάζουν από το μορφωτικό επίπεδο του κοινού, οικογενειακές καταστάσεις, μέρη εργασίας, στάδια εκπαίδευσης κ.τ.λ.¹

Παράγοντες που αξίζει να σημειωθεί ότι έχουμε συμπεριλάβει κι εμείς κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας προκειμένου να καταγράψουμε με θετικότητα ότι ο συγκεκριμένος παράγοντας επιδρά στην ανάπτυξη του καρκίνου ενός συγκεκριμένου οργάνου σε ποσοστό επί τοις εκατό των δειγμάτων και να είμαστε σε θέση να προτείνουμε τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης.

Η επιλογή του θέματος "καρκίνος μαστού και πρόληψης" έγινε και για το λόγο ακριβώς ότι ο καρκίνος αυτός είναι μέχρι στιγμής ο μόνος που αν διαγνωσθεί έγκαιρα κατέχει το υψηλότερο ποσοστό επιβίωσης.

Επιπλέον, η προσφορά υπηρεσιών στην πρόληψη κατά του καρκίνου σήμερα, είναι απο τα μεγαλύτερα αλλά και

σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και ταυτόχρονα υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Ειδικότερα, στην εν λόγω εργασία θα προσπαθήσουμε ν' αποδείξουμε ότι η συμβολή του νοσηλευτή οσον αφορά τη ΠΡΟΛΗΨΗ και ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ του κοινού καθώς και την έγκαιρη ΔΙΑΓΝΩΣΗ της νόσου είναι καθοριστική. Αυτό εύκολα γίνεται αποδεκτό αν λάβει κανείς υπόψην ότι ο καρκίνος του μαστού αν διαπιστωθεί σε πολύ αρχικά στάδια τότε οι πιθανότητες επιβίωσης φθάνουν το 95% ενώ αν διαγνωσθεί στα πρώτα στάδια η γυναίκα έχει 80% πιθανότητες να ζήσει.⁵ Όμως η προτροπή να μάθεις έγκαιρα τι σου συμβαίνει και σε ποιο στάδιο βρίσκεται η ασθένεια απαιτεί πολύπλευρη ψυχολογική υποστήριξη και τολμητή ενημέρωση. Επομένως ακόμα μεγαλύτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στον παράγοντα ΠΡΟΛΗΨΗ παρά στην έγκαιρη ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Η παράθεση ορισμένων προβλέψεων και σχετικών μελετών βοηθά στην πλήρη κατανόηση και ευαισθητοποίηση στο θέμα. Στην χώρα μας περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται ετησίως. Αποτελεί την κυριώτερη αιτία θανάτου σε ηλικίες 35-45 ετών και την δεύτερη κατά σειρά συχνότητας μετά τις καρδιοπάθειες για γυναίκες άνω των 55 ετών.⁶ Ακόμη, αυτό το χρόνο προβλέπεται ότι θα χάσουν τη ζωή τους περίπου 100.000 γυναίκες στις χώρες της ΕΟΚ από καρκίνο μαστού ενώ άλλες 200.000 θα αρρωστήσουν.⁷

Παράλληλα, σε μελέτες που έγιναν στην U.S.A αναφέρεται ότι ο μαστός αποτελεί τη πιο συχνή εντόπιση του καρκίνου στις γυναίκες και ο καρκίνος του μαστού είναι η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες των U.S.A. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από όλες τις άλλες

αιτίες στις γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών και είναι συχνή στις γυναίκες όλων των άλλων ηλικιών πάνω από 30ετ. Στις ίδιες μελέτες αναφέρεται ότι η πιθανότητα της ανάπτυξης της ασθένειας αυξάνεται με την πάροδο της ζωής. Το 1985 βρέθηκαν στις U.S.A 120.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού και περίπου 38.000 θάνατοι απ' αυτή την ασθένεια. Τέλος, υπολογίζεται ότι μια στις 11 Αμερικανίδες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της.⁸

Υστερα από αυτή τη παρέμβαση των στατιστικών και επιδημιολογικών στοιχείων γύρω από τη νόσο πιστεύουμε ότι το μέγεθος του προβλήματος έγινε κατανοητό σε όλη του την έκταση και αποδεκτή θα είναι απ' όλους η παραδοχή ότι οι υγειονομικοί φορείς θα πρέπει να συμβάλλουν δυναμικά στην ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ του κοινού. Η κοινωνική Νοσηλευτική καλείται κι εδώ να συμβάλλει με το δικό της ξεχωριστό τρόπο.

Ειδικότερα, θα προσφέρει πολλά η νοσηλεύτρια στην οποία έχει πλέον γίνει βίωμα η προσπάθεια για ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ και ΠΡΟΑΓΩΓΗ της ΥΓΕΙΑΣ. Νοσηλευτές και γιατροί έχουν υποχρέωση και καθήκον να συνεργάζονται και να λειτουργούν σωστά ώστε να προσφέρουν ουσιαστικά στην προστασία και προαγωγή της υγείας των ατόμων και των ομάδων. Προυποθέσεις απαραίτητες για την ευημερή ανάπτυξη των κοινωνιών και την ευτυχία των ατόμων.

Αναμφισβήτητα, η προαγωγή και διατήρηση της υγείας θα επιτευχθούν τότε και μόνον τότε αν στηρίζονται σε σωστή ΠΡΟΛΗΨΗ και ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ που κι εδώ όμως απαιτούνται βασικές γνώσεις, ανθρωπιστικά συναισθήματα διάθεση για κοινωνική προσφορά και απαραίτητη επικοινωνιακή συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιώς. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή όταν συγκρίνεται με τις άλλες χώρες της Ευρώπης (22η ανάμεσα σε 26) ή της Βόρειας Αμερικής αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία την Ταϊβάν και σε ορισμένες άλλες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αυξάνει περισσότερο στις ηλικίες μεταξύ 45-65 ετών και αντανakλά κάποια αλλαγή στο ηλικικό πρότυπο της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα. Στη χώρα μας, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές από ό,τι στις αγροτικές περιοχές.²

Ωστόσο, η ετήσια θνητότητα από τη νόσο δεν έχει μεταβληθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια παρά τις πρόσφατες εξελίξεις της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Πράγματι, οι πρόοδοι της χειρουργικής θεραπείας, της χημειοθεραπείας, ή της ορμονικής θεραπείας πέτυχαν μια αύξηση της μέσης ελεύθερης νόσου επιβίωσης μετά τη θεραπεία ενώ η δυνατότητα εφαρμογής σε περισσότερα άτομα των σύγχρονων και πλέον αποτελεσματικών μεθόδων διάγνωσης είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας της νόσου και ιδιαίτερα της συχνότητας των πρώτων σταδίων της.⁹

Ετσι, στην εποχή μας ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Επιδημιολογικές έρευνες

απέδειξαν ότι η παρουσία του καρκίνου του μαστού ποικίλει ευρέως μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών και επηρεάζεται σημαντικά από τα πρότυπα μεταναστεύσεως: Π.χ οι γυναίκες που ζουν σε ανατολικές χώρες διατρέχουν μικρό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, οι γυναίκες της ανατολής των οποίων οι πρόγονοι μετανάστευσαν στην Χαβάη ή στις ηπειρωτικές ΗΠΑ παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού που παρατηρείται στους γηγενείς πληθυσμούς των περιοχών αυτών. Η επίπτωση ποικίλλει ακόμα και μεταξύ φυλετικών ομάδων μέσα στις Η.Π.Α. Η επίπτωση είναι υψηλότερη στην καυκασία φυλή, ενδιάμεση στη μαύρη φυλή, και χαμηλότερη στους Ινδιάνους της Αμερικής, του Νέου Μεξικού και στους Φιλιπίνος της Χαβάης.¹⁰

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολύ λίγα είναι γνωστά για την αιτία του καρκίνου του μαστού και ίσως περισσότερα γνωστά για τους παράγοντες κινδύνου. Πολλά έχουν ειπωθεί και πολλές μελέτες έχουν γίνει για τη γεωγραφική και φυλετική κατανομή του καρκίνου μαστού καθώς και για τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.¹¹ Για τους κλινικούς γιατρούς αλλά και για μας, τους νοσηλευτές, έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουμε τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σ' αυτές τις ασθενείς θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό τόσο τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού όσο και τη διάγνυσή του σε αρχικό στάδιο.

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι η ηλικία της γυναίκας, το ιστορικό εμμηνορυσίας, και αναπαραγωγικότητας, το οικογενειακό ιστορικό και η προηγούμενη συχνότητα εμφάνισης καλοηθών νόσων του μαστού. Με εξαίρεση μια σταθεροποίηση στην ηλικία των 50 ετών, ο κίνδυνος για το καρκίνο του μαστού αυξάνει με την ηλικία της ασθενούς.¹⁰

Υπάρχουν 2 επίπεδα κατανομής του καρκίνου του μαστού που σχετίζονται με την ηλικία. Στις χώρες που εμφανίζουν μικρή συχνότητα εμφάνισης της νόσου, τα περιστατικά καρκίνου του μαστού αυξάνουν προοδευτικά όπου και κορυφώνονται στις "γύρω - εμμηνοπαυσιακές " ηλικίες και κατόπιν μειώνονται. Αντίθετα στις χώρες που ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός, τα περιστατικά αυξάνουν προοδευτικά με την ηλικία, εκτός από τις μετεμμηνοπαυσιακές ηλικίες όπου μπορεί να παρουσιάσθει

είτε απότομη κορύφωση είτε απότομη εξασθένηση της νόσου.¹²

Έχει αναφερθεί μια άμεση σχέση μεταξύ της εμφάνισης καρκίνου του μαστού και κοινωνικής θέσης (τάξης). Τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με το κοινωνικό status τόσο για τις έγγαμες όσο και για τις άγαμες γυναίκες φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Είναι προφανές όμως ότι αυτό το συμπέρασμα είναι μάλλον επιφανειακό γνωρίζοντας ότι η κοινωνική θέση σχετίζεται και ταυτόχρονα επηρεάζεται βαθιά από ένα σωρό άλλων αιτιακών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού, όπως είναι οι διατροφολογικές συνήθειες και η μητρότητα.¹³

Table 21.1 Standard mortality ratios (SMR) and social class.

(1971)

	1	2	3	4	5
SMR	138	116	103	84	82 Married women
SMR	116	105	113	83	84 Single women

Τα ποσοστά καρκίνου του μαστού στις αδελφές ασθενών με καρκίνο του μαστού και των οποίων και η μητέρα έχει επίσης καρκίνο του μαστού είναι 15 φορές μεγαλύτερα απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του θυρεοειδούς, των ωοθηκών και του

ενδομητρίου.^{14,10}

Είναι γνωστό ότι η ηλικία εμμηναρχής τις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί από την ηλικία των 15-16 ετών στην ηλικία των 10-12 ετών. Το 1971 πρώτος ο Staszewski απέδειξε ότι η πρόωγη εμμηναρχή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου, του μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από την νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία (μετά τα 50 έτη) τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται, σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία. Η τεχνητή εμμηνόπαυση δηλ. η εμμηνόπαυση λόγω υστερεκτομής ή ωθηκεκτομής σε ηλικία κάτω των 40 ετών μειώνει αισθητά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού.¹¹

Η έναρξη της εμμηνορρυσίας σε πολύ νεαρή ηλικία και η καθυστέρηση της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης, συνδυάζονται με σημαντική αύξηση της πιθανότητας προσβολής από την νόσο. Απεναντίας η προκλητή εμμηνόπαυση (κυρίως χειρουργική με αφαίρεση των ωθηκών) δρα προστατευτικά, και η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή.¹⁵

Είναι γνωστό ότι διεθνώς υπάρχουν σημαντικές διαφορές συχνότητας καρκίνου του μαστού. Μια πολυπαραγοντική αιτιολογία θα ήταν η αιτία της ετερογενείας που παρουσιάζει η νόσος στην εκδήλωσή της. Περιβαλλοντικές

συνθήκες (6πλάσια συχνότητα καρκίνου μαστού μεταξύ Βορείου Αμερικής και Ιαπωνίας - Ινδιών) και γενετικές (αυξημένη εκδήλωση σε νεαρότερη ηλικία και αυξημένη συχνότητα αμφοτερόπλευρου νόσου) μαζί με τις αλλαγές σε πληθυσμούς που μεταναστεύουν, τονίζουν την υπόθεση της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας.

Σε μια τέτοια υπόθεση οι διάφοροι ιστολογικοί τύποι της νόσου θα μπορούσαν να θεωρηθούν αιτιολογικοί δείκτες. Μεταξύ Μαρτίου 1976 και Αυγούστου 1977 έγινε μια εκτίμηση 8796 περιπτώσεων διεθνούς προελεύσεως. Οι διαφορές συχνότητας που προέκυψαν ήταν εντυπωσιακές. Ο λευκός πληθυσμός Ευρώπης και Β. Αμερικής έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα. Η Λατινική Αμερική βρίσκεται σε μια μέση συχνότητα και η Ασία σε χαμηλή. Η περιβαλλοντική επίδραση φαίνεται στους Ιάπωνες της Χαβάη με αύξηση της ολικής συχνότητας της νόσου χωρίς όμως την παρατηρούμενη μείωση του διηθητικού πορογενούς που υπάρχει στο δυτικό κόσμο, αντίθετα η συχνότητα του πορογενούς παραμένει αυξημένη.¹⁶

Ο διαχωρισμός σε 3 κοινωνικο - οικονομικές κατηγορίες:

Α κατηγορ.: λευκός δυτ. κόσμος: υψηλή συχν.

Β κατηγορ. Λατινική Αμερική : μέση συχν.

Γ κατηγορ. Ασία : χαμηλή συχν.

Προσπαθώντας τώρα, να εξηγήσουμε την αιτία της οικογενειακής σχέσης η οποία είναι μάλλον δυσνόητη, αξίζει να αναφερθούμε στο εξής σημαντικό. Ένα γονίδιο που μεταβιβάζεται με κάποιο αντισωματικό επικρατούντα τρόπο τόσο διαμέσου της μητέρας όσο και διαμέσου του πατέρα έχει περιγραφεί σε σπάνιες περιπτώσεις. Το ιδιαίτερο αυτό

γονίδιο πιστεύεται ότι έχει ευρεία κατανομή αλλά χαμηλή διεισδυτικότητα. Επίσης το αλληλόμορφο, το οποίο αυξάνει την ευπάθεια σ' αυτή τη διεισδυτικότητα, μπορεί να συνδέεται με τη θέση της γλουτομινικής πυροσταφυλικής τραυσαμινάσης. Επίσης πιθανολογείται η είσοδος ενός ογκογόνου ιού στα χρωμοσώματα. Όλες αυτές οι υποθέσεις συζητούνται. Το μόνο τελικά σίγουρο είναι ότι πραγματικά οι γυναίκες που έχουν μητέρα ή αδερφή προσβλημένη από καρκίνο του μαστού ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου.¹⁷

Η εγκυμοσύνη επίσης, φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εξήγηση - αιτιολόγηση ίσως της εμφάνισης ή όχι καρκίνου του μαστού. Αναφέρεται στην ξένη βιβλιογραφία ότι οι γυναίκες που έχουν τεκνοποίηση έχουν μειωμένο ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού και μάλιστα λέγεται από πολλούς συγγραφείς ότι οι γυναίκες που έχουν κάνει πολλά παιδιά προστατεύονται σε σχέση μ' αυτές που έχουν κάνει ένα παιδί. Τελικά το 1971 δημοσιεύθηκε από το Mc Mahay μια πολυεθνική έρευνα για το πρόβλημα αυτό. Τα διάφορα στοιχεία έδειξαν ότι υπάρχει απόλυτη γραμμική σχέση μεταξύ της ηλικίας της πρώτης τεκνοποίησης και του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών έχουν σχετικό κίνδυνο προσβολής κατά 2\3 μικρότερο από τις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία 30 ετών. Επίσης, οι γυναίκες που δεν τεκνοποίησαν ποτέ έχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση μ' αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μικρότερη των 30. Δηλ. η τεκνοποίηση σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών ουσιαστικά δεν προσφέρει καμιάς μορφής προστασία στις γυναίκες. Τελικά, από την ανασκόπηση της διεθνούς

γεγονός που επιβεβαιώνει την παλιά σχέση της νόσου μάλλον με την τεκνοποίηση παρά με το θηλασμό.¹⁹

Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να βρουν κάποια αύξηση του ποσοστού προσβολής από καρκίνο του μαστού στις γυναίκες που έπαιρναν αντισυλληπτικά χάπια. Μερικοί από τους ερευνητές αυτούς υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση. Έτσι μπορεί να υποστηριχτεί ότι υπάρχουν ενδείξεις, και μάλιστα πολλές, ότι η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, ιδιαίτερα στις πιο εξελιγμένες μορφές αυτών που κυκλοφορούν στο εμπόριο σήμερα, δεν αυξάνουν το ποσοστό προσβολής. Παραμένει όμως η πιθανότητα που ίσως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ότι αυξάνεται ο κίνδυνος προσβολής σε μερικές γυναίκες χρηστών. Οι προσπάθειες σήμερα αποσκοπούν α) στο να βρεθούν οι υποομάδες αυτές και να αποδειχθεί ότι αυτές οι υποομάδες έχουν πράγματι αυξημένο κίνδυνο προσβολής.²⁰

Γεγονός είναι πάντως ότι οι μελέτες για τ' αντισυλληπτικά χάπια στο σύνολό τους αφορούν τα σύνθετα χάπια αφού τα χάπια με αμιγή γεσταγόνα δεν έγιναν αποδεκτά. Σύμφωνα με τη θεωρία του Korhman (1980) η πρώτη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα συμπίπτει με την περίοδο της μεγαλύτερης ευαισθησίας του μαστού σε τυχόν προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες. Εάν τέτοιες ουσίες χρησιμοποιηθούν την περίοδο αυτή η δράση τους είναι πιο βλαβερή. Έχοντας υπόψη το παραπάνω είναι λογικό να σκεφθούμε ότι μια αντισύλληψη που χρησιμοποιείται την περίοδο αυτή μπορεί ν' αποτελέσει ένα δυνητικό μελλοντικό καρκινογόνο παράγοντα του οποίου τ' αποτελέσματα θα φανούν 10 ή 15 χρόνια αργότερα. Για το λόγο αυτό δε συνιστάται η χορήγηση αντισυλληπτικού χαπιού, και ιδιαίτερα μικροχαπιού

σε γυναίκες <20 ή >40 ετών.²¹

Η εκτίμηση της ασφάλειας που παρέχουν τ' αντισυλληπτικά χάπια κατά της καρκινογένεσης είναι πολύ δύσκολο έργο. Κι' αυτό επειδή για να μπορέσει κανείς να κάνει μια παρόμοια εκτίμηση πρέπει να γνωρίζει απόλυτα τον λανθάνοντα χρόνο που μεσολάβησε από την πρώτη έκθεση της γυναίκας στον παράγοντα αυτό μέχρι τη στιγμή που η συγκεκριμένη κακοήθεια θ' αναπτυχθεί. Στην περίπτωση των αντισυλληπτικών χαπιών η ευρεία τους χρήση γίνεται εδώ και μια 20ετία και μόνο ελάχιστες γυναίκες συνδυάζουν αφενός μακροχρόνια λήψη και αφετέρου μακρά περίοδο παρακολούθησης (Follow up) που είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση πιθανής καρκινικής επίδρασης.²²

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το αντισυλληπτικό χάπι και ιδιαίτερα το μικροχάπι είναι καλλίτερα ν' αποφεύγεται να χορηγείται σε γυναίκες <20 και >40. Οι γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι ν' αποφεύγουν το κάπνισμα (αυξημένος κίνδυνος προσβολής). Στις γυναίκες που είναι επιρρεπείς ν' αναπτύξουν μαστοπάθεια ή σ' αυτές που διαπιστώθηκε μαστοπάθεια κατά τη διάρκεια που χρησιμοποιούσαν το χάπι δεν συνιστάται η περαιτέρω χρησιμοποίησή τους. Τέλος, η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικού χαπιού να γίνεται κάτω από ιατρική παρακολούθηση.^{23,21}

Σήμερα ωστόσο οι ερευνητές έχουν στραφεί σε κάποιους άλλους πιθανούς παράγοντες προκειμένου να εξηγήσουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, έτσι η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει υποτεθεί τα τελευταία χρόνια. Στο τέλος της δεκαετίας του '60 παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν πολλά λίπη και έλαια έχουν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο

ορμονικών διαταραχών.²⁵

Το κάπνισμα όπως είναι γνωστό αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά του καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού.⁹

Ένας άλλος παράγοντας που εξετάζεται από τους ερευνητές για καρκινογένεση είναι η ομάδα αίματος. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες με ομάδα αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Είναι πράγματι αδύνατο να δοθεί κάποια εξήγηση στην διαπίστωση αυτή.

Ο μαστός είναι ένα από τα πιο ευπαθή όργανα στις επιδράσεις της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας. Έτσι, ενώ η αύξηση αυτή είναι ελάχιστη γι' ακτινοβολία 10 rads, γίνεται πραγματικά τεράστια για δόσεις 100 rads. Το παράξενο είναι ότι η μεγάλη αύξηση του ποσοστού προσβολής παρατηρείται όταν η έκθεση στην ακτινοβολία γίνεται στην ηλικία 40-49 ετών.²⁶

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια. Αυτή είναι ιστολογική διάγνωση και δεν πρέπει να τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Οι παθολογοανατόμοι θεωρούν ότι ο διαχωρισμός μεταξύ κανονικού και καρκίνου αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων μετά εξελίσσεται σε ατυπία των κυττάρων και φθάνει στον καρκίνο. Η συχνότητα καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη ινοκυστική μαστοπάθεια

είναι διπλάσια από το γυναικείο πληθυσμό.¹⁸

Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *British Journal of Cancer* και η οποία έγινε από τους Hoover et al έγινε προσπάθεια ν' αποδειχθεί η πιθανή σχέση των λιπιδίων του πλάσματος και της προλακτίνης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Τα λιπίδια του πλάσματος, τα φωσφολιπίδια, τα τριγλυκερίδια, η χοληστερόλη καθώς και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα ήταν όλα σε υψηλά επίπεδα στο αίμα με καρκίνο του μαστού προεγχειρητικά. Τα επίπεδα δε της DHL-χοληστερόλης ήταν σημαντικά χαμηλότερα σ' αυτούς τους ασθενείς. Η συγκέντρωση επίσης της προλακτίνης του πλάσματος βρέθηκε σε υψηλότερα επίπεδα σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού συγκρινόμενο με ελεύθερους ασθενείς.²⁰

Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι κυρίως ο τρόπος ζωής επηρεάζει καθοριστικά την πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται και το ψυχολογικό στρες και η κατάρρευση του ανοσολογικού ελέγχου. Ο Fox εκτιμά σε 10% περίπου τη συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων και του stress στην καρκινογένεση. Έτσι, επιπλέον παράγοντες πρέπει να συμπεριληφθούν στην μελέτη της διαδικασίας της καρκινογένεσης στο μαστό. Τέτοιοι είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Τα άτομα που μελετήθηκαν και αποδείχθηκαν να έχουν καρκίνο βρέθηκαν να ελέγχουν έντονα τις συγκινησιακές αντιδράσεις τους όταν βίωναν ένα επιθετικό συναίσθημα.²⁷

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑΣ - ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ

Υπάρχουν 4 συνήθεις ιστολογικές μορφές της νόσου.

α) Ο διηθητικός εκφορητικών πόρων, β) ο ροβιώδης επεκτατικός γ) ο μυελοειδής και ο κολλοειδής ή βλενώδης όγκος. Αυτοί οι ιστολογικοί τύποι παρατηρούνται γενικά στην αμιγή τους μορφή, αν και μπορούν να εμφανισθούν και σε συνδυασμούς.

Οι ανατομικές μονάδες του γυναικείου μαστού είναι οι μικροί, οι μέσοι και οι μεγάλοι εκφορητικοί πόροι. Οι όγκοι μπορεί να προέρχονται από οποιαδήποτε από αυτά τα στοιχεία αν και το καρκίνωμα του μαστού προέρχεται συχνότερα από ένα μεγάλο εκφορητικό πόρο.²⁹

Στα 70%-75% των περιπτώσεων δεν είναι δυνατόν να διακριθεί κανένα χαρακτηριστικό ιστολογικό στοιχείο και γ' αυτό τα καρκινώματα αυτά που διηθούν τους πόρους χαρακτηρίζονται ως διηθητικοί εκφορητικοί πόροι. Παρά το μικρό μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας τους οι καρκίνοι αυτοί μεθίστανται συχνά στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και η πρόγνωση τους είναι η χειρότερη από τους άλλους τύπους καρκίνου (μαστός). Το ροβιώδες καρκίνωμα το οποίο αποτελεί το 5% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, προέρχεται από τους μικρούς τελικούς εκφορητικούς πόρους μπορεί να είναι είτε επεκτατικό με νεοπλασματική επεκταση πέρα από τον πόρο στον οποίο αναδύεται είτε μη επεκτατικό. Το μυελοειδές καρκίνωμα αποτελεί τα 5 έως 7% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.³⁰ Οι όγκοι αυτοί προσλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος αλλά δεν έχουν μεγάλη δυνατότητα να προκαλέσουν διηθητικές βλάβες. Ένα άλλο επεκτατικό καρκίνωμα βραδείας αύξησης, το οποίο

προλαμβάνει μεγάλες διαστάσεις είναι το κολλοειδές καρκίνωμα, ένας βλεννοπαραγωγικός όγκος, ο οποίος αποτελεί το 3-5% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.³¹

Κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού:

Στάδιο I :όπου ο πρωτοπαθής όγκος είναι μικρότερος των 2cm οι αδένες είναι ψηλαφητοί, δεν δίνουν την εντύπωση, ότι περιέχουν μεταστάσεις. Στο στάδιο αυτό εμφανίζονται οι ασθενείς σε ποσοστό 55-70%.

Στάδιο II:όπου ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεταξύ 2 και 5cm οι αδένες αν είναι ψηλαφητοί, δεν είναι καθηλωμένοι και δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 20-25%.

Στάδιο III:όπου ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5 cm ή είναι καθηλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα ή υπάρχει προσβολή του δέρματος. Οι υπερκλείδιοι αδένες είναι ψηλαφητοί και δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου είναι 10%.

Στάδιο IV:όπου πέρα απ' τον πρωτοπαθή όγκο υπομακρυσμένες μεταστάσεις. Το στάδιο αυτό εμφανίζεται με συχνότητα 10%.

Η προσεκτική σταδιοποίηση με την χρήση του κλινικού και χειρουργικού συστήματος, όπως περιγράφηκαν παραπάνω είναι χρήσιμη στον καθορισμό της προγνώσεως του αρρώστου και στη χορήγηση μιας κατάλληλης μορφής θεραπείας. Συχνά ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται πολύ πρώιμα σε απομακρυσμένες θέσεις και η μεταστατική διασπορά δεν

ακολουθεί κανένα προβλέψιμο πρότυπο.³²

Συνοπτικά , τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι: ένας ανώδυνος όγκος στο στήθος συνήθως στο επάνω εξωτερικό μέρος. Πρήξιμο στο ένα στήθος που παραμένει μετά ή μεταξύ των περιόδων. Σούφρωμα του δέρματος στην επιφάνεια του στήθους βαθμιαία αντιστροφή ή τράβηγμα προς τα μέσα της μιας ρώγας σε κάποια γυναίκα που πριν δεν υπήρχε. Αιμορραγία από τη ρώγα όχι κατά το θηλασμό. Πόνος στη ρώγα και ξεφλούδισμα του δέρματος που διαρκεί πάνω από ένα μήνα.³³

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Στα 70 έως 80% των περιπτώσεων η άρρωστη προσέρχεται στο γιατρό λόγω της παρουσίας μιας σκληρής περιγεγραμμένης μάζας στο μαστο. Εάν η μάζα είναι καθηλωμένη στο δέρμα ή στους εν τω βάθει μυς ή εάν υπάρχει οίδημα του δέρματος ή εισολκή της θηλής, τότε είναι σχεδόν βέβαιη η παρουσία καρκίνου. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα (στα 45% των περιπτώσεων) στο άνω έξω τεταρτημόριο του αδένου. Στα 75% των περιπτώσεων εμφανίζεται στην κεντρική ή στην κάτω από τη θηλαία όλω μοίρα του μαστού, ενώ στο άνω έσω τεταρτημόριο βρίσκεται στα 15% των περιπτώσεων.³⁴

Μια κινητή μάζα με καλά καθορισμένα όρια σε γυναίκα κάτω από 30 ετών είναι πολύ πιθανώτερο να είναι ινοαδένωμα, το οποίο είναι καλοήθης κατάσταση. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η λοιμώδης μαστίτιδα μπορεί να εκλυφθεί από σφάλμα ως αδένωμα.

Δύο, όχι τόσο συχνές, αλλά παρ' όλ' αυτά σημαντικές μορφές καρκίνου του μαστού είναι το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού και η νόσος του Paget.

Η φλεγμονώδης μορφή είναι η πιο κακοήθης μορφή του καρκίνου του μαστού και αφορά λιγώτερο από το 3% όλων των τύπων κακοήθειας στο μαστό. Τα κλινικά ευρήματα είναι γρήγορα αυξανόμενος και συχνά επώδυνος όγκος που διογκώνει το μαστό. Το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζεται ερυθρηματώδες οιδηματώδες και θερμό. Ο μαστός είναι συχνά σταθερός μέχρι σκληρός. Οι άρρωστοι αυτοί έχουν συχνά ψηλαφητού μασχαλιαίους και υπερκλείδιους λεμφαδένες καθώς πρώιμα στάδια κι αρκετά εκτεταμένα. Η μαστεκτομή, σπάνια, αν όχι και καθόλου δεν εφαρμόζεται σ' αυτή την περίπτωση. Η

ακτινοθεραπεία , ορμονοθεραπεία και χρήση χημειοθεραπευτικών δίνουν κάποιες ελπίδες για βελτίωση.³⁵

Στη νόσο του Paget οι εκζεματωειδείς εκδηλώσεις στην περιοχή της θηλής μεταξύ των οποίων ο κνησμός, ο καύσος, η αποβολή υγρού και η αιμορραγία, απαντούν μετά από σχετικά μακρά περίοδο και η μάζα είναι ψηλαφητή στα 2\3 των ασθενών.

Μια άλλη κακοήθης νόσος του μαστού είναι το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα, που μπορεί να αναδυθεί από ένα ινοαδένωμα, αν και συνήθως παρουσιάζεται ως θερμή, ευαίσθητη, κυστική μάζα. Σε περίπτωση παρουσίας μιας μάζας στο μαστό, το αιματηρό έκκριμα απ' τη θηλή αποτελεί σημείο του καρκίνου.³⁶

Από τη στιγμή που η διάγνωση για καρκίνο του μαστού έχει τεθεί και επιβεβαιωθεί από τη βιοψία, συμπληρωματικές εξετάσεις είναι συχνά αναγκαίες για να ολοκληρωθεί ο έλεγχος για απομακρυσμένες μεταστάσεις ή εμφάνισης ογκιδίου και στον άλλο μαστό. Σ' αυτό το σημείο τίθεται και η σταδιοποίηση της νόσου. Πέρα από τον όγκο, πόνοι στην πλάτη ή σε άλλο μέρος του σκελετού ίσως είναι δείγμα οστικών μεταστάσεων. Σε ποσοστό 90% οι ασθενείς ανακαλύπτουν από μόνοι τους την παρουσία όγκου στο μαστό. Λιγότερο συνηθισμένα συμπτώματα είναι πόνος στο μαστό, αλλαγή στο σχήμα της θηλής όπως προαναφέρθηκε ή γενικότερα συμπτώματα σαν αποτέλεσμα προσβολής (μεταστατικά) άλλων οργάνων όπως πνευμόνων, ήπατος κ.α.³⁷

Η εμφάνιση κακοήθους όγκου στο μαστό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της γαλουχίας είναι εξαιρετικά σπάνια κι εμφανίζεται σε ποσοστό 1-2%. Ο καρκίνος του μαστού περικλείει μια στις 3.000 εγκυμοσύνες. Η διάγνωση συχνά

καθυστερεί να τεθεί εξαιτίας των φυσιολογικών αλλοιώσεων που υφίσταται το στήθος αυτή τη χρονική στιγμή. Όταν ο όγκος είναι καθηλωμένος στο στήθος τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης μετά από μαστεκτομή φθάνουν το 70%.Οι γιατροί συνιστούν ότι η απόφαση να ακολουθηθεί οποιαδήποτε μορφή θεραπείας , πρέπει να παραμένει ανεπηρέαστη από την κατάσταση της γυναίκας δηλ. την εγκυμοσύνη ή γαλουχία²⁸

Δ Ι Α Φ Ο Ρ Ο Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Φλεγμονώδεις βλάβες: Η εκτασία των εκφορητικών πόρων του μαστού είναι μια καλοήθης κατάσταση, που παρατηρείται συνήθως σε υπερήλικες γυναίκες με ατροφικούς μαστούς και στην οποία οι εκφορητικοί πόροι του μαστού μέσα ή κάτω από τη θηλή διευρύνονται και είναι πλήρεις από κυτταρικά συγκρίματα και υλικό λιπιδιακής συστάσεως. Μπορεί να υπάρχουν διαλείπον άλγος και τοπικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, ενώ επειδή μπορεί να υπάρχει και έκκριμα, μερικές φορές αιματηρό και εισολκή της θηλής, η κατάσταση αυτή θα πρέπει να διακρίνεται από το καρκίνωμα. Συνήθως ενδείκνυται η εκτομή της θηλής.³⁸

Η λιπώδης νέκρωση είναι συχνά φαινόμενο μετά από τραυματισμό και μπορεί να είναι τόσο ελαφρύς ώστε να διαφύγει της προσοχής. Εμφανίζεται ως αλγινό οζίδιο, το οποίο συνοδεύεται από εκχύμωση και μπορεί να ακολουθείται από τοπική ατροφία ή ρίκνωση του δέρματος και στο οποίο πρέπει να εκτελείται βιοψία σταδιοποίησης με σκοπό την διάκριση από το καρκίνωμα.

Ινοκυστική νόσος: Σε κάθε εμμηνορρυσιακό κύκλο τελείται ένας διφασικός ερεθισμός, αρχικά της αναγεννητικής δραστηριότητας του μαζικού ιστού από τα οιστρογόνα και μετά της εκκριτικής δραστηριότητας των κυψελίδων από τη προγεστερόνη. Τα φαινόμενα αυτά ακολουθούνται από επάνοδο στο φυσιολογικό. Στις περισσότερες γυναίκες οι μεταβολές αυτές είναι τόσο μικρού βαθμού, ώστε να προκαλούν ελάχιστα ή καθόλου κλινικά συμπτώματα. Συχνά όμως φλεγμονώδεις αλλοιώσεις μπορεί να προηγούνται κάθε κύκλου, εκδηλούμενες με ευαισθησία,

διόγκωση και αύξηση της οζώδους υφής των μαστών. Αυτό εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες που δεν έχουν μείνει έγκυες. Οι ύποπτες κύστες μπορεί να παρακεντηθούν με ασφάλεια, με τοπική αναισθησία και να γίνει αμέσως βιοψία.¹⁰

Στα οψιμώτερα χρόνια της αναπαραγωγικής ζωής ο συνεχιζόμενος επαναληπτικός ερεθισμός και η επάνοδος στο φυσιολογικό των μαστών κατά τη διάρκεια κάθε εμμηνορρυσιακού κύκλου μπορεί να οδηγήσει σε διάχυτη και οζώδη ανάπτυξη ενώδους συνδετικού ιστού καθώς και στο σχηματισμό κύστεων διαφόρων μεγεθών, ευρήματα που συνιστούν την καλούμενη χρόνια κυστική μαστοπάθεια.

Η κατάσταση μπορεί να μιμείται το καρκίνωμα αλλά διακρίνεται συνήθως από αυτό με βάση το γεγονός ότι είναι κατά διαστήματα αλγεινή και μπορεί να υποχωρήσει σε κάποιο βαθμό μετά την εμμηνορρυσία. Παρ' όλ' αυτά, το καρκίνωμα μπορεί να συνυπάρχει και ν' αποκρυβεί από τη διάχυτη οζώδη υφή του μαστού με την κυστική νόσο. Ακόμα, η επίπτωση του καρκινώματος του μαστού είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με ινοκυστική νόσο των μαστών είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με ινοκυστική νόσο των μαστών και είναι αδικαιολογητή η τυχούσα καθυστέρηση λήψεων βιοψίας από τις ύποπτες περιοχές με την ελπίδα ότι αυτές μπορεί να υποχωρήσουν στο τέλος του επόμενου εμμηνορρυσιακού κύκλου.³⁵

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου μπορεί να προσδιορισθεί εύκολα με την ψηλάφηση σε συνδυασμό με την μαστογραφία. Οι όγκοι που έχουν διάμετρο μικρότερη από 2cm ακολουθούνται γενικά από την ευνοϊκότερη έκβαση. Το μέγεθος του νεοπλάσματος σχετίζεται επίσης με την πιθανότητα συμμετοχής των μασχαλιαίων λεμφαδένων που αποτελεί άλλο προγνωστικό δείκτη. Βλάβες μικρότερες από 1,5cm έχουν μικρότερη πιθανότητα να έχουν δώσει μεταστάσεις στους λεμφαδένες (38%) από όσο οι μεγάλοι όγκοι (25,5cm) οι οποίοι αναμένεται να έχουν δώσει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες σε ποσοστό 70% των αρρώστων κατά το χρόνο ανακαλύψεως τους. Επίσης, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του μεγάλου μεγέθους του νεοπλάσματος και της παρουσίας τεσσάρων ή περισσότερων μασχαλιαίων λεμφαδένων διηθημένων από το νεόπλασμα.³⁵

Η οριστική απάντηση στο εάν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή καθώς και ο καθορισμός του αριθμού των προσβεβλημένων λεμφαδένων αποτελούν παράγοντες κρίσιμης σημασίας. Στις αρρώστιας στις οποίες δεν υπάρχει ιστολογική ένδειξη συμμετοχής των μασχαλιαίων λεμφαδένων το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης χωρίς νόσο είναι 83%.

Οι αρρώστες που έχουν έναν έως τρεις θετικούς λεμφαδένες έχουν, ποσοτό 5ετούς επιβίωσης χωρίς νόσο 50%. Στις αρρώστιας με τέσσερις ή περισσότερους θετικούς λεμφαδένες η συχνότητα 5ετούς επιβίωσης χωρίς νόσο είναι 21%. Δυστυχώς, η φυσική εξέταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων αποτελεί ανακριβή τρόπο εκτιμήσεως της ιστολογικής προσβολής. Στα 25% περίπου των αρρώστων στις οποίες

βρίσκονται ψηλαφητοί λεμφαδένες κατά την εξέταση δεν διαπιστώνεται ιστολογική ένδειξη της νόσου. Αντιστρόφως, στο 30% των περιπτώσεων που δεν ψηλαφούνται μασχαλιαίοι λεμφαδένες αποκαλύπτεται ιστολογική ένδειξη της νόσου. [Αντιστρόφως, στα 30% των περιπτώσεων που δεν ψηλαφώ]. Σήμερα, ο προσδιορισμός αυτός μπορεί να γίνει με ακρίβεια μόνο με χειρουργική εξαίρεση των λεμφαδένων.³⁹

Εκτός από το μέγεθος του όγκου και τον αριθμό των θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι η παρουσία ή η απουσία της πρωτεΐνης του υποδοχέα οιστρογόνων. Η πρωτεΐνη ER έχει την ικανότητα συνδέσεως και μεταφοράς του στερεοειδούς μορίου ανάμεσα στους πυρήνες, όπου θ' ασκήσει τις ειδικές ορμονικές του δράσεις.

Οι γυναίκες που έχουν επίπεδα πρωτεΐνης (ER) μέσα στα θετικά όρια, έχουν ευνοϊκότερη πρόγνωση από εκείνες των οποίων η ER είναι στην ενδιάμεση ή στην αρνητική περιοχή. Παρατηρήσεις σε γυναίκες με προχωρημένη νόσο δείχνουν ότι περίπου 60% ορμονών των αρρώστων που είναι ER-θετικές ανταποκρίνονται στη χορήγηση ορμονών ενώ λιγότερο από 10% των αρρώστων που είναι ER -αρνητικές ανταποκρίνονται σε ορμονοθεραπεία.⁴⁰

Άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν την έκβαση του καρκίνου του μαστού είναι η ηλικία του αρρώστου και η εμμηνοπαυσιακή κατάσταση. Η ομάδα που βρέθηκε να έχει τη μεγαλύτερη πιθανότητα ευνοϊκή εκβάσεως αποτελείται από γυναίκες μετά από την εμμηνοπαυση με πρωτοπαθή καρκίνο μικρότερο από 2cm, θετικούς ER και χωρίς ένδειξη διασποράς στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.¹⁰

Όσον αφορά τις ασθενείς που εμφανίζουν καρκίνο και

στους δύο μαστούς τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης δε φαίνεται να διαφέρουν ιδιαίτερα. Οι Moertel και Soule αναφέρουν ποσοστό 56% 5ετούς επιβίωσης για 84 περιπτώσεις ασθενών που ανέπτυξαν , σε διαφορετικό χρόνο, καρκίνο και στους δύο μαστούς και μετά από διπλή ριζική μαστεκτομή. Η πρόγνωση όμως για ταυτόχρονη εμφάνιση καρκίνου του μαστού δεν είναι καθόλου ενθαρρυντική αλλά ευτυχώς είναι σπάνια περίπτωση. Ο Harrington αναφέρει ποσοστά 5 ετούς επιβίωσης 61,5% για περιπτώσεις ασθενών με διπλευρο ταυτόχρονο καρκίνο του μαστού χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις , ενώ για τις ασθενείς εκείνες που αναφέρουν και απομακρυσμένες μεταστάσεις το ποσοστό πέφτει αυτόματα στο 17,9%.

Ωστόσο, οι περισσότεροι γιατροί σε μια προσπάθεια ν' αυξήσουν τα όρια επιβίωσης, είναι πρόθυμοι να δοκιμάσουν όλων των ειδών εκτεταμένων ακόμα και ακρωτηριασμένων διαδικασιών με αυξημένα όμως ποσοστά θνησιμότητας και μεγάλης σωματικής και πνευματικής ταλαιπωρίας για τον ασθενή προκειμένου ν' αφαιρέσουν και τον δεύτερο μαστό.⁴¹

ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά τα τελευταία χρόνια η συντηρητική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα πεδία της έρευνας. Μετά από μακρά διαδικασία που απαιτήθηκε για την καλλίτερη κατανόηση της βιολογίας της νόσου - και τη βελτίωση των διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων, σήμερα η συντηρητική θεραπεία είναι ευρύτατα αποδεκτή. Για να εκτιμηθούν όμως τα πλεονεκτήματα και τα πιθανά μειονεκτήματα από τη χειρουργική θεραπεία, την ακτινοθεραπεία και τη συστηματική συμπληρωματική θεραπεία απαιτείται ακριβής διερεύνηση της επίπτωσης των διαφόρων παραγόντων του όγκου και της θεραπείας. Σήμερα, σε πολλά κέντρα σ' όλο τον κόσμο υπάρχουν προσχεδιασμένες κλινικές μελέτες τυχαίας διανομής που συγκρίνουν τη συντηρητική θεραπεία με την κλασική πια ριζική μαστεκτομή. Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα από τις μελέτες αυτές δείχνουν ότι η συντηρητική θεραπεία του μαστού είναι μια πολύτιμη δυνατότητα σε επιλεγμένες γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού.⁴²

Παρά την αυξημένη συχνότητα δεν έχει διερευνηθεί ακόμα η καλλίτερη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Η ετερογένεια και η μακρά φυσική ιστορία της νόσου, η μεγάλη περίοδος παρακολούθησης που απαιτείται για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα της γυναίκας από την απώλεια του μαστού της είναι οι κυριώτεροι παράγοντες που συμβάλλουν στον προβληματισμό της καλύτερης αντιμετώπισης. Ο καρκίνος του μαστού πολύ πρώιμα παίρνει τη μορφή συστηματικής νόσου. Κινητικές έρευνες επί των κυτταρικών διαιρέσεων των

όγκων και πολλές κλινικές δοκιμές μαρτυρούν ότι η πρώιμη διάγνωση και η παράλληλη τοπική αντιμετώπιση (Μαστεκτομή με ή χωρίς ακτινοθεραπεία) αδυνατούν ν' ανακόψουν τη φυσική πορεία της νόσου προς το θάνατο. Η σύγχρονη έννοια των μικρομεταστάσεων που θεωρούνται δεδομένες σ' ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με πρώιμο καρκίνο μαστού οδήγησε στην αναζήτηση συμπληρωματικών θεραπευτικών μέσων με στόχο τη βελτίωση των απώτερων αποτελεσμάτων. Οι κλινικές εφαρμογές προφυλακτικής χημιοθεραπείας ήδη από την περασμένη 10ετία έδειξαν ελάττωση του ποσοστού υποτροπών χωρίς όμως σημαντική βελτίωση του χρόνου επιβίωσης.⁴⁷

Τα τελευταία χρόνια η εμφάνιση των πολύτιμων μεθόδων της συμπληρωματικής συστηματικής θεραπείας οδήγησε σε νέο αίσθημα αισιοδοξίας για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και δημιουργήθηκε ένα κλίμα στο οποίο η συντηρητική θεραπεία έχει προτεραιότητα ιδιαίτερα στις γυναίκες με πρώιμο καρκίνο που θέλουν να διατηρήσουν το μαστό τους.

ΣΚΟΠΟΣ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο σκοπός της συντηρητικής θεραπείας του μαστού είναι να συνδυασθεί το καλλίτερο χειρουργικό και ακτινοθεραπευτικό αποτέλεσμα ώστε να επιτευχθούν οι ακόλουθοι στόχοι:

1. Να εξασφαλισθεί ο πλήρης τοπικός έλεγχος της νόσου.
2. Να δώσει πληροφορίες για τη βιοχημεία του όγκου και την κατάσταση των σύστοιχων λεμφαδένων, ώστε να εκτιμηθεί η πρόγνωση της νόσου και να σχεδιασθεί η περαιτέρω θεραπεία.

3. Η συντηρητική θεραπεία πρέπει να είναι συμβατή με τη σχεδιαζόμενη συμπληρωματική θεραπεία.

4. Να επιτρέπει τη διατήρηση του σχήματος του μαστού που αποτελεί το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου. Με την κατάλληλη εγχειρητική προσπάθεια και ακτινοθεραπευτική τεχνική περιορίζεται στο ελάχιστο η αλλοίωση της μορφολογίας του μαστού ώστε να προκύπτει το καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.⁴³

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Ωστόσο, οι στόχοι της συντηρητικής θεραπείας επιτυγχάνονται μόνο σε μια μερίδα ασθενών που έχουν νόσο, η οποία βρίσκεται σε αρχικά στάδια.

Έτσι, ο καθορισμός των κριτηρίων επιλογής των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντικός, για να επιτυγχάνεται το καλύτερο αποτέλεσμα. Το μέγεθος του όγκου ακόμα, είναι το πιο σημαντικό κριτήριο. Οι μεγαλύτεροι όγκοι όχι μόνο παρέχουν φτωχό αισθητικό αποτέλεσμα αλλά συχνά συνοδεύονται από λεμφική διήθηση. Το μέγεθος του μαστού επίσης επηρεάζει το αισθητικό αποτέλεσμα. Οι πιο σημαντικές όμως είναι οι διαστάσεις του όγκου ως προς αυτές του μαστού. Ο μεγαλύτερος μαστός διευκολύνει την εκτομή μεγαλύτερων όγκων χωρίς δυσμορφία, απ' ό,τι ένας μικρότερος.

Η συντηρητική θεραπεία συνίσταται σε συνδυασμό περιορισμένης χειρουργικής εκτομής και ακτινοθεραπείας.¹⁰

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

Οι επιπλοκές της συντηρητικής θεραπείας του μαστού, έχουν σχέση με την έκταση της χειρουργικής εκτομής και την τεχνική της ακτινοθεραπείας που εφαρμόζεται στο μαστό και στη μασχάλη.

Μετά την ολοκλήρωση της αγωγής μερικές ασθενείς παραπονούνται ότι δεν αισθάνονται τόσο φυσιολογικά το μαστό και τη μασχάλη τους, όπως προηγουμένως, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει αιτία άγχους, ιδιαίτερα όταν διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στην εγχειρητική προσπέλαση παρά στην ακτινοβολία, επειδή τα ίδια αισθάνονται και ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, οι συνήθεις επιπλοκές που παρατηρούνται είναι η ναυτία και η καταβολή που συνήθως δεν απαιτούν τη διακοπή της θεραπείας. Η ακτινική πνευμονίτιδα, η επώδυνη μυοσίτιδα, η νευροπάθεια του βραχιόνιου πλέγματος, περικαρδίτιδα, το οίδημα του μαστού, ή του άνω άκρου αποτελούν τις κυριώτερες επιπλοκές της ακτινοβολίας που παρατηρούνται σε αναλογία περίπου 5%. Η συχνότητα του λεμφοιδήματος του άνω άκρου φθάνει το 24% όταν εκτελείται πλήρης μασχαλιαίος καθαρισμός και ακολουθεί ακτινοβολία της μασχάλης.⁴⁴

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ:

Οι μελέτες τυχαίας διανομής επιβεβαιώνουν ότι η συντηρητική θεραπεία σε επιλεγμένες γυναίκες με πρώιμο καρκίνο του μαστού παρέχει επιβίωση ελεύθερης νόσου και ολική επιβίωση παρόμοια μ' αυτή που επιτυγχάνεται με την μαστεκτομή. Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου εκτός από τον τοπικό έλεγχο και τις πληροφορίες για την βιολογική συμπεριφορά της νόσου είναι η διατήρηση του μαστού της ασθενούς.^{42,10}

Είναι ωστόσο, απαραίτητο να βελτιωθεί η θεραπεία για να ελαχιστοποιηθούν οι τοπικές υποτροπές και οι επιπλοκές από την εφαρμογή της. Είναι αναγκαίο να βρεθεί η απαιτούμενη ελάχιστη δόση της ακτινοθεραπείας για τον καλύτερο τοπικό έλεγχο της νόσου και τις λιγότερες επιπλοκές.

Ακόμη, δεν είναι ξεκάθαρο εάν είναι απαραίτητη η ακτινοβόληση ολόκληρου του μαστού, αφού οι περισσότερες υποτροπές παρατηρούνται στην περιοχή του πρωτοπαθούς όγκου, ενώ οι νέοι όγκοι στις υπόλοιπες περιοχές του μαστού έχουν την ίδια συχνότητα όπως και στον αντίθετο μαστό.⁴⁵

Ρ Ι Ζ Ι Κ Η Μ Α Σ Τ Ε Κ Τ Ο Μ Η

Αν και αρκετοί ερευνητές τάσσονται υπέρ της συντηρητικής θεραπείας εν τούτοις μερικοί πιστεύουν ότι, ώσπου να υπάρξουν μελέτες μακροχρόνιας παρακολούθησης, η ριζική χειρουργική επέμβαση θα πρέπει να θεωρείται ως η πιο ασφαλής μέθοδος αντιμετώπισης της νόσου.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΡΙΖΙΚΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Μέχρι πρόσφατα, η ριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού, του μείζοντος και ελάσσονος θωρακικού μυός, των συστοίχων μασχαλιαίων λεμφαδένων και στην περίπτωση βλαβών του έσω ημιμορίου των μαστών, των σύστοιχων υπερκλειδίων και μεσοθωρακικών λεμφαδένων εθεωρείτο η αποκλειστική θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του μαστού. Η θεραπεία αυτή βασιζόταν στην άποψη ότι ο καρκίνος του μαστού αρχίζει ως μονήρης εστία της νόσου, η οποία μετά από σημαντική χρονική περίοδο, μπορεί να διασπαρεί κατά τυπικό τρόπο από το μαστό στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και από κει στ' αγγεία της συστηματικής κυκλοφορίας του αίματος και στο λεμφικό σύστημα.

Η σύγχρονη αντίληψη σχετικά με την θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η απομάκρυνση της πρωτοπαθούς εστίας του όγκου, με την ελάχιστη παραμόρφωση που κρίνεται αναγκαία για την επίτευξη τοπικού ελέγχου και ο έλεγχος των μικροσκοπικών εστιών της νόσου με συμπληρωματική

θεραπεία.

Η ριζική μαστεκτομή όχι μόνο δε προσφέρει κανένα πρόσθετο κέρδος ως προς την επιβίωση αλλά συχνά επειδή απομακρύνεται ο ελάσσων θωρακικός μυς οδηγεί σε οίδημα του βραχίονα και ρηχό συρρικνωμένο θώρακα, ο οποίος καθιστά δύσκολη την προσαρμογή ενός προσθετικού μοσχεύματος. Οι διάφορες άλλες χειρουργικές επιλογές επιτυγχάνουν έκβαση της νόσου, ως προς την επιβίωση παρόμοια μ' εκείνη που επιτυγχάνεται στις ασθενείς που υποβάλλονται σε ριζική μαστεκτομή, ενώ το επιτυγχανόμενο κοσμητικό αποτέλεσμα είναι καλύτερο. Αυτές συνοψίζονται στις εξής:

- α) αφαίρεση του όγκου μόνο
- β) αφαίρεση του στήθους μόνο (απλή μαστεκτομή)
- γ) αφαίρεση του στήθους και μερικών λεμφαδένων από την περιοχή της μασχάλης (τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή).⁴⁶

Τελειώνοντας θα λέγαμε ότι η μέθοδος της συντηρητικής θεραπείας αποτελεί ασφαλή εναλλακτική λύση απ' αυτή της μαστεκτομής στις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού και προσφέρει μια ελκυστική δυνατότητα που πιθανόν να ενθαρρύνει και άλλες γυναίκες να προσέρχονται για έλεγχο και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.¹⁰

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ψυχολογία της ασθενούς που εισάγεται στο νοσοκομείο με ογκίδιο μαστού διαφέρει κατά πολύ των άλλων ασθενών. Η ασθενής με πιθανό καρκίνο μαστού αντιμετωπίζει πλήθος προβλημάτων που πολλές φορές νιώθει να παίρνουν την μορφή μιας ξαφνικής καταγίδας.

Ο φόβος, η ανησυχία και η αγωνία τις περισσότερες φορές εγγίζουν τα όρια του πανικού. Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι ο φόβος της ασθενούς δεν οφείλεται στον ίδιο τον καρκίνο, αλλά στις συνέπειες που θα προκύψουν και που δυσκολεύεται να εκφράσει ακόμα και στα πιο αγαπημένα της πρόσωπα.

Ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης, της συζυγικής απόρριψης, της αποπροσωποίησης, της αναπηρίας, των μεταστάσεων και τέλος του θανάτου, την κάνουν ν' αποσύρεται στον εαυτό της και να αιχμαλωτίζεται από τις εφιαλτικές και γεμάτες απόγνωση σκέψεις της.⁴⁸

Σ' αυτήν ακριβώς τη φάση της κρίσεως και του stress επεμβαίνει η Νοσηλευτική, όπως τονίζει η Jonsson, με σκοπό την αποκατάσταση της προσωπικής της ισορροπίας. Η νοσηλευτική προσέγγιση στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς της ασθενούς προς τη νόσο, κι αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν η νοσηλεύτρια διαθέτει ειδικές γνώσεις και επιτυχείς διαπροσωπικές δεξιότητες οι οποίες πρέπει να διέπονται από κατανόηση, συμπόνια και αγάπη και για τον πάσχοντα άνθρωπο.

Η υποστηρικτική σχέση μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενούς αρχίζει από την είσοδο της ασθενούς στο νοσοκομείο, συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων που προηγούνται της επέμβασης, αναπτύσσονται ιδιαίτερα από τη νοσηλεύτρια του χειρουργείου κατά την αναμονή της επέμβασης, για να προσφερθούν εντατικότερα από τη νοσηλεύτρια της νάρκωσης κατά ανάνηψη. Τέλος η νοσηλεύτρια του κλινικού τομέα με την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα εξασφαλίσει ομαλή μετεγχειρητική πορεία που θα δίνει τις προϋποθέσεις για γρήγορη έξοδο και επιτυχημένη αποκατάσταση.⁴⁹

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Η επιτυχημένη οικογενειακή και κοινωνική προσαρμογή ασθενούς με μαστεκτομή που μόλις επιστρέφει στο σπίτι της από το νοσοκομείο θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες όπως.

- το στάδιο της νόσου και την πρόγνωση
- την προσωπικότητα της ασθενούς
- την οικονομική της κατάσταση
- το μορφωτικό της επίπεδο, και
- τη φιλοσοφία της για τη ζωή και το θάνατο.

Πάντως είναι γεγονός ότι και στις πιο ευνοϊκές συνθήκες η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει μια γυναίκα που δοκιμάζει την πιο οδυνηρή εμπειρία της ζωής της.⁵⁰

Η νοσηλεύτρια σ' αυτή τη φάση:

- Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στην άρρωστη και την βοηθά ν' απαλλαγεί από το αίσθημα του φόβου, της μειονεκτικότητας και της μοναξιάς.
- Δημιουργεί θετικό διαπροσωπικό κλίμα, με σκοπό την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, αισιοδοξίας και άνεσης.
- Ενισχύει και υποστηρίζει το σύζυγο να συμβιβαστεί και ν' αποδεχθεί το γεγονός, να πάρει θετική στάση επιδεικνύοντας κατανόηση, ενδιαφέρον, αφοσίωση και αγάπη.⁵¹
- Παροτρύνει το στενό οικογενειακό περιβάλλον να της εξασφαλίζει επαρκή ανάπαυση, ικανοποιητικό ύπνο, καλή διατροφή και ανάλογες με την περίπτωση δραστηριότητες.
- Προτρέπει την ασθενή να επισκέπτεται το γιατρό και να κάνει τις καθορισμένες εξετάσεις στο συγκεκριμένο χρόνο. Επίσης την ενθαρρύνει να συνεχίσει τις ασκήσεις που είχαν αρχίσει από το νοσοκομείο, έχοντας πάντοτε υπόψη της την αρχή ότι δεν πρέπει να προκληθεί κόπωση⁵² (εικόνες 1 και 2).
- Συστήνει την προμήθεια τεχνητού, άνετου και ισορροπημένου στήθους και την ενισχύει να συμμετέχει στις κοινωνικές της εκδηλώσεις, όπως συνήθιζε και κατά το παρελθόν.
- Ενημερώνει την ασθενή ν' αποφεύγει τους τραυματισμούς επειδή λόγω ανεπαρκούς λεμφικής παροχέτευσης, ενδέχεται να δημιουργηθούν φλεγμονές και λεμφοιδήματα που δύσκολα ανατάσσονται.
- Υποδεικνύει μέτρα και μέσα για την φροντίδα του χεριού της.⁵³

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΡΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Πρέπει ν' αποφεύγονται:

Καρφίτσες-καρφιά- τσιμπήματα εντόμων -εγκαύματα-χρήση
δυνατού απορρυπαντικού.

ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ:

- Να κρατάνε τσιγάρο
- Να μεταφέρουν βαριά αντικείμενα
- Να φορούν διάφορα κοσμήματα
- Να τραβάνε τις παρανυχίδες και να κόβουν βαθιά τα νύχια τους.
- Τέλος δεν πρέπει να γίνει ένεση, μετάγγιση, ή να ληφθεί αίμα και αρτηριακή πίεση

ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ:

- Να φορούν λαστιχένιο γάντι για το πλύσιμο των πιάτων
- Να φορούν δακτυλήθρα όταν ράβουν
- Να επαλείφουν το χέρι τους με μια καλή κρέμα
- Να ελέγχουν το μανίκι τους μήπως είναι στενό
- Να επισκέπτονται το γιατρό τους όταν το χέρι τους είναι κόκκινο και πρησμένο.⁴⁸

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ - ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Επειδή τα πρωιμότερα στάδια του καρκίνου του μαστού έχουν ευνοϊκότερη πρόγνωση, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη μεθόδων ελέγχου μεγάλων ομάδων πληθυσμού για τυχούσα ύπαρξη καρκίνου. Σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων η παρουσία όγκου στο μαστό γίνεται αντιληπτή από την (δια την ασθενή στην διάρκεια εσκεμμένης ή τυχαίας αυτοεξέτασης.¹⁰ Ο Dr Robert Smith του Κέντρου ελέγχου ασθενών της Atlanta των ΗΠΑ τονίζει πως καμία γυναίκα πάνω από τα 40 έτη δεν πρέπει να θεωρεί τον εαυτό της ασφαλή.¹²

Επομένως κάθε γυναίκα από την δεύτερη 10ετία της ηλικίας είναι σωστό αν όχι απαραίτητο να αρχίζει να εξετάζει τους μαστούς της. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η δεύτερη εβδομάδα της περιόδου (9η-11η ημέρα). Κατά τη χρονική αυτή περίοδο λόγω της ελάχιστης επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων.⁵⁴ Η πρακτική της αυτοεξέταση έχει ως ακολούθως:

Η ασθενή γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται όρθια. Εξετάζεται το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Υπάρχουσα δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική σε μερικές γυναίκες (συχνά με μικρότερο τον αριστερό). Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο συρρίκνωσης ή προπέτειας, οιδημάτος ερυθρότητας και πάχυνσης που μπορεί να παίρνει τη μορφή "φλοιού

πορτοκαλιού".

Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισσολκής της θηλής, ρίκνωσης ή έκκρισης, σημαντικό στοιχείο είναι η μονιμότητα του φαινομένου. Η γυναίκα, σηκώνει το χέρι πάνω από το κεφάλι της, οπότε αν ο όγκος έχει καθήλωθεί στο μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός αυτός παραμένει πιο ψηλά απ' τον άλλο φυσιολογικό. Έπειτα κάνει επίκυψη, οπότε ο μαστός ο πάσχων δεν παρακολουθεί τον φυσιολογικό που προπίπτει. Φέρει τα χέρια στη μέση και τα πιέζει οπότε εάν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχων μαστός ανέρχεται ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό.⁵⁵

Στη συνέχεια η ασθενής έρχεται σε ύπτια θέση και τοποθετείται μαξιλάρι κάτω από την σύστοιχη ωμοπλάτη του εξεταζόμενου μαστού. Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα τα δάκτυλα και επίπεδα, με την παλαμιαία επιφάνεια και των δύο χεριών, συνήθως με κυκλικές κινήσεις ήπιες, ασκώντας ταυτόχρονα ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα, και με το άνω άκρο του εξεταζόμενου μαστού παράλληλα προς τον κορμό, κεκαμμένο και χαλαρό. Η εξέταση αυτή αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά και καταλήγει στο άνω έξω και την ουρά του μαστού. Ολοκληρώνεται δε, με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού. Ελέγχεται έτσι, η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχούσα υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος η παρουσία όζων. Επίσης, ψηλαφώνται οι μασχαλιαίες κοιλότητες, οι υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι αδένες, διαδικασία που όμως αν και είναι απλή, δύσκολα μπορεί να γίνει κατανοητή από ένα μη ειδικό άτομο, γιατρό-νοσηλευτές.⁵⁶

Η μαστογραφία, σα μέσο προσυμπτωματικού ελέγχου

δίνει καλά αποτελέσματα. Το πρόγραμμα υγειονομικής ασφάλισης της Νέας Υόρκης εκτίμησε την αξία της μαστογραφίας σε 62.000 ασθενείς. Στο πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνονταν επίσης και η φυσική εξέταση. Περίοδος παρακολούθησως 9 ετών έδειξε μείωση της θνησιμότητας κατά 30% σε γυναίκες 50 ετών ή μεγαλύτερες, οι οποίες είχαν συμμετάσχει στο πρόγραμμα, σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου. Ο λόγος κίνδυνος / όφελος που προκύπτει κατά την έκθεση μεγάλων πληθυσμών γυναικών σε ιονίζουσα ακτινοβολία συζητήθηκε ευρέως. Σε μια προσπάθεια επιλύσεως του προβλήματος αυτού, μια ομάδα ειδικών που συνήλθαν στο Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο (ΗΠΑ) συνέστησε τις ακόλουθες βασικές αρχές: μαστογραφία κάθε χρόνο για τις γυναίκες πάνω από 50 ετών και μαστογραφία κάθε χρόνο για τις γυναίκες πάνω από 40-49 ετών που θεωρούνται ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο.

Αυτή η ομάδα υψηλού κινδύνου καθορίστηκε ότι περιλαμβάνει τις γυναίκες που προηγουμένως είχαν καρκίνο του μαστού ή είχαν μητέρα ή αμφιθαλή αδελφή που έπασχε από τη νόσο αυτή.⁵⁷

Με την σύγχρονη τεχνολογία, οι μαστογραφίες υψηλής ποιότητας μπορεί να συντελεσθούν με έκθεση του ατόμου σε δόσεις ακτινοβολίας που δεν υπερβαίνουν τα 0,01 Gy.

Μελέτη που έγινε το 1979 (ΗΠΑ) έδειξε ότι για τις ασθενείς εκείνες που είχε γίνει έγκαιρη διάγνωση με την μαστογραφία, τα επίπεδα 5ετούς επιβίωσης ανέβηκαν στο 82% σε σχέση με 60% που έδειξε η αντίστοιχη ομάδα ελέγχου.¹²

Άλλες τεχνικές ελέγχου είναι η ξηρογραφία, η θερμογραφία, η υπερηχοτομογραφία, η πνευμονοκυστογραφία, η γαλακτογραφία, η κυτταρολογική, η αναρόφηση με λεπτή

βελόνα ,η βιοψία με βελόνη, η ανοικτή βιοψία, αν και οι τελευταίες αυτές εξετάσεις γίνονται αφού τουλάχιστον υπάρξουν σοβαρές ενδείξεις ύποπτου όγκου στο μαστό.⁵⁸

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι σχέσεις που διαπλέκονται γύρω από το θέμα "καρκίνος" από τη στιγμή της διάγνωσης που συνθέτουν αλλά και διαφοροποιούν ταυτόχρονα τη προσωπικότητα της καρκινοπαθούς. Η ασθενής αρχικά αντιμετωπίζει την ασθένεια. Έτσι, εμείς αντιμετωπίζουμε τον πόνο που συνδέει την ασθενή για τον επικείμενο θάνατο τις τυχούσες μεταστάσεις τον χαρακτήρα του ασθενή μέσα από τα βιώματα του, τις ανάγκες τα συναισθήματα αλλά και τις αδυναμίες του. Έχουμε ακόμη να αντιμετωπίσουμε και να παρέμβουμε στο οικογενειακό περιβάλλον που ανάλογα με το κοινωνικό - μορφωτικό του επίπεδο τηρεί τη δική του ανάλογη στάση. Μέσα σ' αυτό το κλίμα το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να προσφέρει τις δικές του υπηρεσίες και να συμβάλλει στην ψυχοστοματική τόνωση της ασθενούς και του περιβάλλοντος της.⁵⁹

Στόχος αυτού του κεφαλαίου, κατ' επέκταση είναι 1) ν' αναφερθούμε στα ψυχολογικά στάδια από τα οποία θα πρέπει να περάσει η ασθενής από τη στιγμή που θα εμφανισθεί το κακόηθες νεόπλασμα, να κατανοήσουμε ορισμένες αντιδράσεις και να δούμε τι μπορούμε να προσφέρουμε σε κάθε φάση.

2) Να κατανοήσουμε τις καταστάσεις που συμβαίνουν στην οικογένεια και να δώσουμε τρόπους αντιμετώπισης της οικογένειας και 3) Να αναλύσουμε την προσωπικότητα της καρκινοπαθούς και να παρουσιάσουμε τα προγράμματα ψυχολογικής παρέμβασης που μπορεί να εφαρμοστούν.

Ένας τέτοιος χειρισμός πιστεύουμε ότι θα έχει διπλό

όφελος . Από την μια μεριά θα υποδείξει τρόπους και μεθόδους για την όσο το δυνατόν πιο άρτια προσέγγιση των καρκινοπαθών ενώ από την άλλη θα δημιουργηθούν καλύτερες προϋποθέσεις ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και καλύτερη ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να παρει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το επίπεδο επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδωκόμενη εργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της ασθένειας. Αυτά διακρίνονται σε

- α) πρώιμο
- β) ενδιάμεσο
- γ) τελικό.

ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock που ακολουθούνται ή από άρνηση που οδηγεί σε καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Ετσι, άλλοι αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση ενώ άλλοι αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής πολλά άτομα θα είναι αγχώδη, ανήσυχια, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν τον φόβο ακρωτηριασμού ή και θανάτου μακροπρόθεσμα. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο το άτομο αναγκάζεται ν' αποκοπεί από την ενεργό του ζωή. Το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία

και ο έλεγχος χάνονται ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Ολ' αυτά δυνατόν να προκαλέσουν ένα αίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας.

Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η αρρώστεια στην οικογενειακή, κοινωνική, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και δεύτερο με την κακοήθεια της αρρώστειας που βιώνεται ως απειλή στην συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής θ' αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειες της (στην ίδια και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πως είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και συστάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε στο παρελθόν ποτέ συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά της προβλήματα ανοιχτά και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή της στο στάδιο αυτό.

Οι στόχοι μας στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- Να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με την γνώση της σοβαρής αρρώστειας και των συνεπειών της.
- Να βοηθήσουμε ν' αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επαν-εμφάνιση και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- Να βοηθήσουμε να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού (ειδικά μετά από μια μαστεκτομή)
- Να βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από τη λειτουργία της

πτέρυγας του νοσοκομείου, και τους ρόλους του νοσοκομειακού προσωπικού με διεξοδικό τρόπο. Κατόπιν να λαμβάνεται ένα λεπτομερές ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχολογικά. α) Περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για τη διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη προλαμβάνουμε την ασυνέπεια μεταξύ προσδοκωμένων και βιουμένων γεγονότων, το άγχος μειώνεται και αίρεται μια πιθανή ψυχολογική αντίφαση. β) Αντιμετωπίζουμε λανθασμένες αντιλήψεις γύρω από την αρρώστεια, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές μ' ένα θετικό τρόπο ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς από την οικογένεια.

Για την πληρέστερη κατανόηση των όσων θα λεχθούν αρκεί να σημειωθεί ότι μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται. Τα μέλη της οικογένειας που δε μπορούν ν' αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της ασθενούς, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους της, που δε δέχονται τα δακρυά της ή που δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που χρειάζεται μπορεί να

καθλώσουν την ικανότητα της ασθενούς ν' αντιμετωπίσει την ασθένεια.

Ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλων καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με φόβο, ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν.

Πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια μπορεί ν' αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες τάσεις της ασθενούς απέναντι στη πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση. Έτσι, αποτυγχάνουν να δώσουν στην ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται.

Ακόμα, δεν θα πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας ν' αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στην άρρωστη. Χρειάζονται χρόνο μακριά της, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργούν η παρουσία της ασθένειας, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και ρόλοι. Έτσι, στην περίπτωση μας, ο πατέρας πρέπει να διαθέτει, αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως τη ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου και να εκφράζεται.

Όσον αφορά τα παιδιά θα πρέπει να ενημερωθούν για την αρρώστια και νοσηλεία της μητέρας τους. Η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή η σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα παιδιά προκειμένου να δεχθούν τις οποιεσδήποτε πληροφορίες θα πρέπει να είναι

έτοιμα.

Οι έφηβοι απ' την άλλη μεριά που αρχίζουν να σπανε τους γονεϊκούς δεσμούς προετοιμαζόμενοι να ζήσουν ανεξάρτητα , τα οικογενειακά αυτά προβλήματα τους αναγκάζουν να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Ενδιάμεσο Στάδιο:

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δε θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας.

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν τον γιατρό όταν εμφανίζονται συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν ν' αποφύγουν ν' αντικρύσουν την επιστροφή του καρκίνου μια κι αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση.

Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις πιο δύσκολες στιγμές , ενώ όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώνουν τις υποψίες ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στον άρρωστο και την οικογένεια του το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν και τις παρενέργειες της θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία.

Θα πρέπει να γίνει σαφές στην άρρωστη ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από την αρρώστεια που είναι σοβαρότερος.

Οφείλουμε ν' ακουσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους ,

τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στην μάχη αυτή με τη μεταστατική νόσο. Τότε, θα μειωθεί το άγχος, η καταθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί με την ασθενή θα βελτιωθεί και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους την φροντίζουν.

ΤΡΑΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, η ασθενής μαζί και ο γιατρός αλλά και η υπεύθυνη νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει αλλά την ίδια τη στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για την ασθένεια. Ενώ ταυτόχρονα μπορεί να απορρίψει ευθύνες στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ότι δεν την είχαν προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για τον ενδεχόμενο θάνατο.

Είναι σημαντικό για την ασθενή να γνωρίζει ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ή οι συγγενείς δεν πρόκειται να την εγκαταλείψουν.

Συχνά, οι ασθενείς αποφεύγουν (ή φοβούνται) οποιαδήποτε επικοινωνία με τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρά την άρνηση όμως, έχει παρατηρηθεί ότι κάποιο μέρος του εαυτού της αρρώστου πρέπει ν' αντιμετωπίζει την πραγματικότητα της αρρώστειας, εφόσον η

ασθενής δέχεται να υποβληθεί σε νοσοκομειακή περίθαλψη και θεραπεία. Επιπλέον η ασθενής βρίσκει τη μοίρα της άδικης . "Γιατί να είμαι εγώ και όχι άλλη"; Μεγάλος στόχος οργής γίνονται οι νοσηλεύτριες. Το σημαντικό εδώ είναι να βάζουμε τον εαυτό μας στη θέση της αρρώστου χωρίς να απορούμε από που να προέρχεται αυτός ο θυμός και η ευερεθιστότητα. Αν δοθεί ο κατάλληλος σεβασμός και προσοχή, αν προσπαθήσουμε να την καταλάβουμε παρά να την κρίνουμε σύντομα θ' αλλάξει και η συμπεριφορά αυτή.

Χρέος της νοσηλεύτριας κατ' επέκταση , είναι να συμβάλλει και να συμμετάσχει ενεργά τόσο στην αποδοχή της ασθένειας από την ίδια την ασθενή όσο και από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον της. Με τις γνώσεις και τα πηγαία συναισθήματα αγάπης θα προσφέρει και διεξοδικά ενημέρωση αλλά και θα στηρίζει τους ασθενείς και το περιβάλλον τους. °°

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πριν 20 περίπου χρόνια κανένας δεν είχε το κουράγιο να μιλήσει γι' αυτό. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το πιο σημαντικό "εξάρτημα" του γυναικείου σώματος, εκεί όπου η μητρότητα και ο ερωτισμός συναντώνται. Επίσης η διαδικασία της θεραπείας ήταν ένας εφιάλτης πόνου, δυσπλασίας και αβεβαιότητας υπερβολικά τρομακτικής για κάθε γυναίκα που θα την αντιμετώπιζε.

Μια κατά τ' άλλα υγιή γυναίκα που δεν φαινόταν να έχει τίποτα παραπάνω από ένα μικροσκοπικό όγκο στο μαστό (και ίσως έναν άλλο μεγαλύτερο στο θώρακα) θα συμφωνούσε να υποστεί βιοψία και δεν θα ήταν καθόλου σίγουρη αν θα ξεκινούσε από το χειρουργείο με ένα μικρό επίδεσμο στο στήθος ή χωρίς καθόλου στήθος.

Πολλά όμως έχουν πράγματι αλλάξει από τότε. Πρώτα απ' όλα ο καρκίνος του μαστού συζητάται πλέον ευρέως. Ακόμα, διαλέξεις πάνω στην ανίχνευση του καρκίνου και τη σπουδαιότητα της μαστογραφίας είναι το αντικείμενο μιας διεθνούς καμπάνιας διαφώτισης του κοινού.

Απ' την άλλη μεριά, οι χειρουργικές και μετεγχειρητικές δυνατότητες έχουν πολ/σιαστεί. Πιεζόμενοι από καλύτερα ενημερωμένους και πιο απαιτητικούς ασθενείς οι γιατροί τώρα, περιμένουν μετά από μια θετική βιοψία να συζητήσουν αυτές τις δυνατότητες πρώτου προχωρήσουν στον ακρωτηριασμό. Μόλις τον προηγούμενο χρόνο (1989) σε σύσκεψη που έγινε με πρωτοβουλία του Εθνικού Ιδρύματος Υγείας των ΗΠΑ κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ογκεκτομή, που ακολουθείται από ακτινοθεραπεία είναι εξίσου αποτελεσματική με την μαστεκτομή σε πολλές περιπτώσεις.

Και τα ποσοστά επιτυχίας αυτής της μεθόδου αυξάνονται συνεχώς, αν και όχι δραματικά, πάντως αυξάνονται.

Όμως υπάρχουν και άσχημες πληροφορίες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Ο αριθμός των περιπτώσεων συνεχίζει να αυξάνεται. Σύμφωνα με το Εθνικό ίδρυμα καρκίνου στις ΗΠΑ τα ποσοστά αυξήθηκαν κατά 32% από το 1982 έως το 1987. Μόνο ο καρκίνος του πνεύμονα αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς.

Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες των ηλικιών 35-50 και ο καρκίνος μαστού είναι η πιο συνηθής κακοήθεια ανάμεσα σ' αυτές τις ηλικίες. Συμπερασματικά, μία στις δέκα Αμερικανίδες θ' αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε κάποια στιγμή της ζωής τους, και ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να μεγαλώνει συνεχώς.

Το μεγάλο ερώτημα είναι ΓΙΑΤΙ; Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι μέρος αυτής της αύξησης μπορεί να αποδοθεί στην πρωιμότερη ανίχνευση του όγκου. Ένα ποσοστό της τάξης του 65% των Αμερικανίδων πάνω απ' τα 40 έχουν κάνει μαστογραφία, σε σχέση με το 20% του 1979. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι σήμερα περισσότερες γυναίκες ανακαλύπτουν τον όγκο σε πρώιμα στάδια πρώτου καν αυτός γίνει αισθητός. Κατά το παρελθόν πριν η μαστογραφία διαδοθεί σε τέτοιο βαθμό ίσως αυτές οι γυναίκες να είχαν πεθάνει από άλλο λόγο πρώτου ο καρκίνος του μαστού να είχε διαγνωσθεί.

Παρ' όλα αυτά, οι περισσότεροι επιδημιολόγοι ερευνητές πιστεύουν ότι η πρώιμη διάγνωση είναι μόνο ένα μέρος της αλήθειας. Εστιάζουν τη προσοχή τους στο γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ λιγότερο συνηθισμένος σε άλλα μέρη του κόσμου και καταλήγουν εικάζοντας, πως η απάντηση βρίσκεται σε κάποια στοιχεία που συνθέτουν τον

Αμερικάνικο τρόπο ζωής.

Η μια μελέτη μετά την άλλη προσπαθεί ν' ανιχνεύσει τις πιθανότητες. Μήπως φταίει το αντισυλληπτικό χάπι; Μάλλον όχι, αφού δεκάδες έρευνες προς σ' αυτό το ερώτημα έχουν δώσει αντιφατικά και αντικρουόμενα συμπεράσματα. Και σε σχέση με το καπνισμα; Και πάλι δεν διακρίνεται κάποια σχέση. Η κατανάλωση οινοπνεύματος; Η υπερβολική κατανάλωση φαίνεται πως αυξάνει κάπως τα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης της ασθένειας αλλά και πάλι δεν μπορεί να συγκριθεί η ασθενής αυτή αύξηση με τα μεγάλα ποσοστά αύξησης της ασθένειας.

Και όσον αφορά την εκτεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση; Οι μελέτες έχουν δείξει μια μέτρια μόνο αύξηση του κινδύνου. Και καθώς οι διατροφικές συνήθειες και η έλλειψη μεγάλης ηλιοφάνειας ελέγχθησαν μόνο ελάχιστες αποδείξεις θα μπορούσαν να τις ενοχοποιήσουν.

Ο παράγοντας :ΛΙΠΟΣ

Αντίθετα , πολλοί ερευνητές σ' όλο τον κόσμο επικεντρώνουν τη προσοχή τους σ' ένα άλλο στοιχείο που συνθέτει το Δυτικό τρόπο ζωής: την διαίτα πλούσια σε λίπη. Οι επιστήμονες γνωρίζουν τουλάχιστον εδώ και 40 χρόνια ότι μια διαίτα πλούσια σε λίπη αυξάνει τα ποσοστά καρκίνου του μαστού σε πειραματόζωα. Έχουν επίσης παρατηρήσει πως οι διάφοροι τύποι καρκίνου του μαστού σε διάφορες χώρες σχετίζονται εμφανώς με τα ποσοστά κατανάλωσης λίπους στη διαίτά τους.

Οι ΗΠΑ, η Μ. Βρετανία και η Ολλανδία, χώρες που έχουν από τις πιο πλούσιες δίαιτες σ' όλο τον κόσμο, έχουν επίσης τα υψηλότερα ποσοστά καρκίνου του μαστού.

Όσον αφορά τη θεωρία ότι γενετικοί παράγοντες ίσως

είναι υπεύθυνοι για μια τέτοια εθνική διαφοροποίηση οι επιστήμονες έψαξαν τις ομάδες των μεταναστών. Έτσι, βρήκαν πως όταν Ιάπωνες μεταναστεύουν στην Αμερική ή Ιταλοί στην Αυστραλία, τα προηγούμενα χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αυξάνονται τόσο ώστε να συμβαδίζουν με τα υψηλά ποσοστά των χωρών στις οποίες έχουν πάει σε μία ή δύο γενιές, καθώς η διαίτα και ο τρόπος ζωής τους έχουν αλλάξει. Τ' αποτελέσματα είναι πολύ πειστικά για να πιστέψουμε ίσως η σχέση αυτή είναι τυχαία.

Οι Ιάπωνες επιστήμονες είναι επίσης πεπεισμένοι σ' αυτό. Ο καρκίνος του μαστού είναι μία από τις πιο γρήγορα αυξανόμενες ασθένειες ανάμεσα στις Ιαπωνέζες σε ποσοστά αύξησης έως 58% ανάμεσα στα έτη 1975-1985. Ο μεγαλύτερος παράγοντας πίσω απ' αυτήν την αύξηση είναι η δυτικοποίηση των διατροφικών συνηθειών. Ο καρκίνος του μαστού άλλωστε δεν είναι η μόνη ασθένεια που αυξήθηκε με την μεταβολή αυτή των διατροφικών συνηθειών των Ιαπώνων.

Οι καρδιοπάθειες επίσης αυξήθηκαν και όλ' αυτά έχουν σχέση με μια υπερ-λιπιδιακή διαίτα. Απ' την άλλη μεριά, εάν οι τρέχοντες ρυθμοί συνεχιστούν ο καρκίνος του μαστού θα υποκαταστήσει τον καρκίνο του στομάχου.¹

Παρά τις υποδείξεις όμως αυτές, δεν συμερίζονται όλοι την πεποίθηση ότι τα λίπη είναι ο ενοχοποιητικός παράγων. Οι αντίθετοι αυτής της θεωρίας αποδεικνύουν ότι οι στατιστικοί συσχετισμοί δεν είναι ικανοί ν' αποδείξουν τη σχέση αιτίας-αποτελέσματος. Αρκετοί επιστήμονες πιστεύουν πως υπάρχουν μάλλον πολλά περισσότερα στοιχεία που συνθέτουν τον τρόπο ζωής μας παρά μονάχα μόνο ένα απ' αυτά.

Ο Dr Willet προσθέτει ότι τα ποσοστά καρκίνου του

μαστού τείνουν να είναι υψηλότερα στις πλούσιες χώρες όπου οι άνθρωποι τρέφονται καλύτερα. Σε τέτοιες περιοχές αφθονίας τα κορίτσια αρχίζουν να έχουν έμμηνη ρύη σε πολύ μικρή ηλικία. Οι γυναίκες τείνουν να τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη ηλικία και η εμμηνόπαυση επίσης καθυστερεί. Η αργοπορημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50) η καθυστερημένη τεκνοποίηση (μετά τα 30) και η πρώιμος έμμηνος (12 ετών και κάτω) είναι όλοι δείκτες κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Για τις πιο μεγάλες γυναίκες, η παχυσαρκία επίσης αυξάνει τα ποσοστά κινδύνου. Ο Dr. King σημειώνει ότι γυναίκες πιο μορφωμένες και με περισσότερες ευκαιρίες για δουλειά έχουν επιμυκύνει την ηλικία τεκνοποίησης ή και ακόμα επιλογής για ατεκνία. (επίσης παράγων κινδύνου). Όλα εκείνα τα πράγματα που κάνουν μια γυναίκα "υγιή" καλύτερα μορφωμένη και με δυνατότητα καριέρας, εκείνα επίσης την θέτουν σε κίνδυνο μεγαλύτερο για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα λίπη στη διαίτα μας πρέπει να μειωθούν σε ποσοστό περίπου 20% του συνολικού ποσοστού θερμίδων, έτσι ώστε να επηρεάσουν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Δυστυχώς οι προτροπές των επιστημόνων για διαίτα φτωχή σε λίπη, μέχρι στιγμής είχαν πολύ μικρή επιτυχία για να κερδίσουν υποστηρικτές. Πρώτον, εξαιτίας του κόστους. Έπειτα, επειδή οι γυναίκες που θα έπαιρναν μέρος σε μια τέτοια δοκιμασία θα δυσκολεύονταν, να υιοθετήσουν τόσο δραστική αλλαγή στις διατροφικές τους συνήθειες, που θα απαιτούσε πολύ μικρές ποσότητες κρέατος, γαλακτομικών προϊόντων και κάθε είδους λαδιού.

Η ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Εάν πράγματι υπάρχει σχέση στην κατανάλωση λίπους και στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, τότε ποιος είναι ακριβώς ο ρόλος τους; Κανένας στην κοινωνία των επιστημόνων δεν πιστεύει πράγματι πως πολλά παχιά γάλατα και τηγανιτές πατάτες μπορούν από μόνα τους να οδηγήσουν ένα φυσιολογικό κύτταρο ν' αρχίζει να πολ/ζεται ανεξέλεγκτα όπως το καρκινικό κύτταρο.

Στην πραγματικότητα κανένας δεν γνωρίζει τί ακριβώς οδηγεί στην γενετική αυτή αλλαγή. Στον καρκίνο του πνεύμονα είναι αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία. Στον καρκίνο του δέρματος κατανοείται πλέον, πως η κύρια αιτία είναι η έκθεση αυτού στην υπεριώδη ακτινοβολία που δεσμεύεται από το DNA και οδηγεί στη διάσπαση αυτού. Αλλά όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού δεν γνωρίζουμε σχεδόν καθόλου τους παράγοντες εκείνους που παίρνουν μέρος.

Εδώ και πολύ καιρό οι γιατροί έχουν πεισθεί πως κάποιοι άνθρωποι είναι γενετικά προκαθορισμένο ν' αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Μια γυναίκα της οποίας η μητέρα ή η αδελφή εμφάνισε την ασθένεια πριν την εμμηνόπαυση έχει 5 με 6 φορές περισσότερες πιθανότητες ν' αναπτύξει κι αυτή τη νόσο. Εάν πάλι οποιαδήποτε απ' αυτές εμφάνισε την αρρώστεια και στους δύο μαστούς τότε ο κίνδυνος αυξάνει κατά 10 φορές για την εξεταζόμενη γυναίκα.

Παρ' όλο που επιστήμονες, δεν ξέρουν πως ξεκινά ο καρκίνος του μαστού μπορούν όμως να πουν για το πως αναπτύσσεται. Τα οιστρογόνα που παράγει ο γυναικείος

οργανισμός παίζουν σίγουρα κάποιο ρόλο στην αύξηση των καρκινικών κυττάρων.

Γιατί όμως η ατεκνία, η αργοπορημένη εμμηνόπαυση, η πρώιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη τεκνοποίησή είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού; Μια πιθανή εξήγηση είναι γιατί ολ' αυτά προυποθέτουν μια παρατεταμένη, συνεχή παρουσία υψηλών επιπέδων οιστρογόνων στο αίμα. Οι γιατροί παρατήρησαν επίσης πως οι γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση πριν τα 40 έτη αναπτύσσουν καρκίνου του μαστού.

Οι επιστήμονες που στρέφουν την προσοχή τους στο ρόλο των λιπών για την ανάπτυξη καρκίνου έχουν συχνά παραπλανηθεί από τον συσχετισμό αυτών με τη παράλληλη δράση των οιστρογόνων. Οι βιολόγοι γνωρίζουν εδώ και καιρό πως τα οιστρογόνα δεν παράγονται μόνο στις ωοθήκες αλλά και στα κύτταρα λίπους.

Οι παχύσαρκες λοιπόν γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων από τις αδύνατες, πιθανός παράγοντας αύξησης των ποσοστών ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση.

Μόλις όμως τα τελευταία πέντε χρόνια οι ερευνητές βρήκαν κάποια σχέση μεταξύ των επιπέδων των οιστρογόνων και της περιεκτικότητας της διαίτας μας σε λίπη. Γυναίκες που καταναλώνουν πολλά χάμπουργκερ, παχιά γάλατα, γιαούρτια, παγωτά και άλλες λιπαρές τροφές έχουν υψηλότερα συνολικά επίπεδα οιστρογόνων και ιδιαίτερα υψηλά ποσά "βιολογικά θετικών" τύπων αυτών. Ο ενδοκρινολόγος David Rose του Maylor Rose Institute στην Valhalla της Ν.Υ σημειώνει πως όταν οι γυναίκες στρέφονται σε μια χαμηλή σε λίπη διαίτα (20% του συνολικού ποσού θερμίδων) τα επίπεδα

των οιστρογόνων του αίματος πέφτουν αυτόματα κατά 20%.

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Εως ότου οι ειδικοί ερευνητές αποφασίσουν να ξεκινήσουν μια μακροχρόνια διαιτητική μελέτη και οι έρευνες ολοκληρωθούν, η αξία μιας εναλλακτικής διαίτας χαμηλής σε λίπη για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού θα παραμείνει ανοικτή προς συζήτηση.

Ωστόσο για γυναίκες 40 ετ. ή μεγαλύτερες υπάρχει πάντα η δυνατότητα για μια σίγουρη και έγκαιρη διάγνωση "Κάνετε μαστογραφία και μάλιστα τακτικά" είναι το μήνυμα. Με την μαστογραφία μπορούν να ελεχθούν όγκοι μικρότεροι από 0,5 cm ενώ για να γίνει αισθητός ένας όγκος στο μαστό θα πρέπει η διάμετρος του να ξεπερνά σε διάμετρο το 1cm.

Χωρίς αυτό να μειώνει την αξία της αυτοεξέτασης ή της ψηλάφησης από έναν έμπειρο γιατρό όπου κι εδώ μπορεί να γίνουν αντιληπτοί όγκοι οι οποίοι μπορεί να μη γίνουν αντιληπτοί από ακτίνες X. Η ικανότητα όμως της μαστογραφίας για πρώιμα διάγνωση σίγουρα σώζει ζωές.

Σύμφωνα με μια μελέτη του 1987 βρέθηκε πως οι γυναίκες των οποίων οι όγκοι ανιχνεύθηκαν έγκαιρα με την μέθοδο της μαστογραφίας, τα ποσοστά 5ετούς επιβίωσης αυξήθηκαν σε 82% του γενικού πληθυσμού.

Και εάν αυτό δεν είναι αρκετά πειστικό η πρώιμη ανίχνευση μέσω μαστογραφίας μπορεί να έχει και ένα άλλο κέρδος, εγχείρηση που αφήνει ανέπαφο το μαστό. Ένας μικρός πρώιμος όγκος μπορεί συχνά ν' αφαιρεθεί με ογκεκτομή χωρίς η μαστεκτομή να θεωρείται αναγκαία.

Γιατί λοιπόν, αφού όλ' αυτά είναι γνωστά, δεν τρέχουν μαζικά να κάνουν μαστογραφία ;Γιατί λιγότερο από το 1/3 των γυναικών πάνω από τα 40 κάνουν μαστογραφία κάθε ένα με δύο χρόνια όπως συνιστούν οι γιατροί;Ένας λόγος μπορεί να είναι ο φόβος έκθεσης στην ραδιενέργεια. Ωστόσο σήμερα οι δόσεις της μαστογραφίας είναι περίπου το 1/10 απ' ό,τι ήταν πριν 20 χρόνια και λιγότερο απ' όσο δέχεται κανείς σε κοσμική ακτινοβολία κατά τη διάρκεια ενός αεροπορικού ταξιδιού. Το πιο σημαντικό στοιχείο αναφέρει η Dr Sarah Fox,καθηγήτρια οικογενειακού προγραμματισμού στο UCLA είναι πως οι ίδιοι οι γιατροί δεν τις συνιστούν. Οι γιατροί συχνά πιστεύουν πως η μαστογραφία -δεν είναι απαραίτητη για γυναίκες που δεν ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Μερικές φορές λένε πως "έχετε δύο παιδιά και όχι βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό,μην ανησυχείτε" εξηγεί ο Dr Robert Smith του Κέντρου Ελέγχου ασθενειών της Atlanta. Ωστόσο 3 στα 4 θύματα του καρκ. του μαστού δεν έχουν γνωστούς παράγοντες κινδύνου. Καμιά γυναίκα πάνω από τα 40 δεν πρέπει να θεωρεί τον εαυτό της απόλυτα ασφαλή .

Επιπρόσθετα, στη γενική σύγχυση που περιβάλλει τη μαστογραφία είναι και το ατυχές γεγονός πως η πανίσχυρη ιατρική κοινωνία δεν φαίνεται να είναι σε θέση ν' αποφασίσει τι να προτείνει.Η American cancer Society προτείνει μια μαστογραφία κάθε ένα ή δύο χρόνια για τις γυναίκες μεταξύ 40-49 ετών και κάθε χρόνο μετά αυτή την ηλικία . Η American College of Physicians διαφωνεί λέγοντας πως η μαστογραφία πριν την ηλικία των 50ετ. είναι αποτελεσματική , αφού μόνο το 20% των νεοπλασιών εμφανίζεται σ' αυτές τις ηλικίες.

Και σαν να μην έφθανε όλη αυτή η σύγχυση θύελλα

ξέσπασε με την διαπίστωση των τελευταίων ετών για την αμφίβολη ποιότητα και ακρίβεια σε σχέση με την μαστογραφία στις ΗΠΑ. Το κολέγιο ακτινοθεραπείας ξεκίνησε μια έρευνα το 1989 για τον έλεγχο των παρεχόμενων ευκολιών μαστογραφίας. Έτσι, συμβουλεύει τους ασθενείς να επιλέγουν συγκεκριμένα υψηλής ποιότητας κέντρα μαστογραφίας.

Ένας άλλος λόγος που αντίκειται στη μαστογραφία είναι ο πόνος. Για να βγει μια καλή εικόνα το μηχάνημα μαστογραφίας πρέπει να εφαρμόζει σωστά στο μαστό. "Εάν αισθάνεσθε άνετα, μάλλον βγάξετε μια κακή μαστογραφία". λέει η Fox του UCLA .

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ:

Τα τελευταία χρόνια ένα μεγάλο πλήθος που αποτελείται από θύματα καρκίνου του μαστού στην Αμερική, φεμινίστριες και διανοούμενες παρακινούμενοι από την επιτυχία που είχε η εκστρατεία κατά του AIDS στο να προκαλέσει την προσοχή και ν' αποκτήσει συμμάχους-οπαδούς ενάντια στην επιδημία, πιέζει για βελτίωση στα κέντρα μαστογραφίας για επέκταση της ασφάλειας ώστε να καλύπτει τα έξοδα για μαστογραφία και γενικότερα για την επέκταση της έρευνας για τις αιτίες του καρκίνου του μαστού.

Παράλληλα, η Εθνική Ένωση για την Υγεία της γυναίκας, με έδρα την Washington συνεχίζει τις πιέσεις για την επέκταση των ερευνών πάνω στις επιδράσεις της διαίτας σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Αλλά τέτοιες προσπάθειες μάλλον πρόκειται ν' αποτύχουν, αν λάβουμε υπόψη μας, το

γενικώτερο περιορισμό στον προϋπολογισμό που αφορά την έρευνα σ' αυτούς τους τομείς.

Όσον αφορά τους ασθενείς η έλλειψη απαντήσεων τους θέτει ποσοστά σε μια καθόλα φιλοσοφική νεκρολογία. "Είμαι προγραμματισμένη να πεθάνω γιατί έχω μεταστατικό καρκίνο του μαστού" λέει η Elenore Fred, ιδρύτρια της Κίνησης για τον καρκίνο του μαστού στο San Francisco. "Είμαι μέρος των 14.000 γυναικών για τις οποίες δεν υπάρχει θεραπεία. Αρνούμαι όμως να θεωρώ τον εαυτό μου ξεγραμμένο.

Η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία στα πλαίσια του προγράμματος πρόληψη του καρκίνου και διαφώτιση του κοινού παραθέτει στο αρχείο της έρευνας με θέμα τη στάση και συμπεριφορά του κοινού έναντι του καρκίνου. Την έρευνα αυτή ανέλαβαν το 1987 οι Γεώργιος και Βαγγέλης Παπαχριστόπουλος (Φυσικός - Προγραμματιστής Η/Υ)

Εμείς, διαλέξαμε απ' αυτή την έρευνα ό,τι θεωρήσαμε αξιόλογο και χρήσιμο για την πληρέστερη κατανόηση της ανάγκης για πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Μέσα απ' αυτή την έρευνα εντοπίσαμε σημεία στα οποία μειονεκτεί η διαφώτιση του κοινού. Έτσι, δίνεται σε μας, το ερέθισμα για να καταγράψουμε μέσα και μεθόδους για την διαφώτισή του.

Το κοινό σε ολόκληρη τη χώρα θεωρεί ανεπιφύλακτα τον καρκίνο σαν την πλέον επικίνδυνη αρρώστεια. Χαρακτηριστικό είναι επίσης, το γεγονός ότι στις αστικές περιοχές παρατηρήθηκε αυξημένο και το ποσοστό αυτών που θεωρούν και το Α.Ι.Δ.Σ εξίσου επικίνδυνη ασθένεια.

Όσον αφορά την προληπτική εξέταση κατά του καρκίνου αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό που υποβάλλεται σ' αυτή παραμένει χαμηλό σε όλες τις περιοχές της χώρας. Ιδιαίτερα έντονο παρουσιάζεται το πρόβλημα στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές. Συμπεραίνουμε, κατ' επέκταση ότι θα πρέπει να αναθεωρηθεί ο τρόπος διαφώτισης για τις προληπτικές εξετάσεις του καρκίνου, ιδιαίτερα σ' αυτές τις περιοχές και θα πρέπει να προσαρμοστεί σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες που επικρατούν σ' αυτές. (μορφωτικό, οικονομικό, κοινωνικό επίπεδο)

Ακόμη διαφαίνεται ότι το κοινό κατέχεται από έντονο

αίσθημα φοβίας το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να διστάζουν να επισκεφθούν ιατρικά κέντρα από τη στιγμή που θα εμφανισθούν τα πρώτα ενοχλήματα. Και είναι κι αυτό ένα βασικό εμπόδιο στο βασικότερο όπλο κατά του καρκίνου, την έγκαιρη διάγνωση.

Σημαντικές εξάλλου, είναι και οι πληροφορίες που παρέχει το κοινό σχετικά μ' ένα από τα κύρια συμπτώματα του καρκίνου του μαστού και που εντοπίζεται κατά αρκετά αυξημένο ποσοστό στη διόγκωση του στήθους.

Επιπρόσθετα, το ποσοστό που γνωρίζει τη σημασία της αυτοεξέτασης του μαστού καθώς και της κλινικής εξέτασης από το γιατρό είναι αρκετά σημαντικό, περίπου 55%. Απ' την άλλη μεριά όμως παραμένει χαμηλό το ποσοστό των γυναικών που έχουν υποβληθεί σ' αυτή την εξέταση. Απαιτούνται επομένως, ειδικότερα και πιο ολοκληρωμένα προγράμματα ενημέρωσης με σκοπό την πλέον ευαισθητοποίηση των γυναικών, αλλά και η πολιτεία σ' αυτή τη περίπτωση θα μπορούσε να συμβάλλει τόσο ώστε το κόστος της μαστογραφίας να μην αποτελεί το εύκολο " εμπόδιο για τους πολλούς."

Ας δούμε όμως τώρα, τη γνώμη του κοινού στο αν πρέπει ή όχι, ο καρκινοπαθής να γνωρίζει την ασθένειά του. Ποσοστό 60% του πληθυσμού υποστηρίζει ότι ο γιατρός πρέπει να λέει την αλήθεια στον αρρώστο. Η πολιτεία και εδώ, καλείται να μελετήσει τη δυνατότητα ανακοίνωσης στον/την καρκινοπαθή, της αλήθειας για την αρρώστεια του αφού η γνώση αυτής για ορισμένες μορφές όπως και για τον Ca μαστού θα έχει ευεργετική επίδραση στη θεραπευτική αγωγή των ασθενών.

Με την παραπάνω παραδοχή φαίνεται ότι ταυτίζεται και το ότι έχει πλέον σταματήσει να αποκρυσταλλώνεται η ασθένεια

όπως συνέβαινε κατά το παρελθόν για κοινωνικούς ή άλλους λόγους. Το γεγονός αυτό , σε συνδιασμό με το ότι οι καρκινοπαθείς θέλουν να γνωρίζουν από τι πάσχουν θέτει ένα θετικό βήμα στην αντιμετώπιση της αρρώστειας τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από το περιβάλλον του άμεσο ή έμμεσο.

Εξειδικεύοντας τώρα, κάποιους παράγοντες κινδύνου ερχόμαστε να σημειώσουμε τα εξής:Στους κατοίκους των αστικών περιοχών άρχισε να επιδρά η ενημερωτική εκστρατεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καθώς και της ΕΑΕ για τις βλαπτικές επιδράσεις του καπνίσματος στην υγεία με συνέπεια να ελαττώσουν όλο και περισσότερο τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν σε λιγότερα από 20 ημερεσίως. Το είδος των τσιγάρων που καπνίζουν οι περισσότεροι καπνιστές είναι με φίλτρο, διότι νομίζουν ότι τους εξασφαλίζει από τους κινδύνους προσβολής από καρκίνο στους πνεύμονες ή από άλλες μορφές καρκίνου και διάφορες άλλες ασθένειες. Έχει όμως βρεθεί ότι το είδος αυτό του τσιγάρου αυξάνει την εμφάνιση καρδιοπαθειών. Και μπορεί βέβαια , το κάπνισμα να μην αποτελεί καρκινογόνο παράγοντα στο μαστό, εαν όμως συνδυασθεί με κακή διατροφή (πλούσια σε λίπη) και κατάχρηση οινοπνευματωδών τότε σαφώς τίθεται στους παράγοντες με δείκτη υψηλού κινδύνου.

Η Ε.Α.Ε όμως , διαθέτει στο αρχείο της όχι μόνο την έρευνα για την στάση και συμπεριφορά του κοινού έναντι του καρκίνου αλλά και έρευνα που αφορά ποσοστά θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού στην Ελλάδα 1961-1985 .Εμείς εκμεταλλευτήκαμε στοιχεία και απ' αυτή την έρευνα τα οποία και παρουσιάζουμε και από τα οποία όλο και κάποιο στοιχείο ανακλύπεται που μας βοηθά στον τομέα πρόληψης αλλά και περισσότερες πληροφορίες μας δίνονται και σχόλια μας δίνεται η δυνατότητα να κάνουμε για το τι μπορεί να γίνει .

Η θνησιμότητα λοιπόν, από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας, είναι χαμηλή όταν συγκρίνεται με τις άλλες χώρες της Ευρώπης. (22η ανάμεσα σε 26) ή της Β. Αμερικής αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία, την Ταϊβάν και σε ορισμένες άλλες χώρες της Ασίας και της Λατ. Αμερικής . Διαχρονικά, η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού στην Ελλάδα αυξάνεται κατά 4% ετησίως/κατά μέσο όρο/την τελευταία δεκαετία. Στους ειδικούς κατά ηλικία δείκτες φαίνεται ότι αυξάνει περισσότερο στις ηλικίες μεταξύ 45-65 ετών και αντανakλά κάποια αλλαγή στο ηλικιακό πρότυπο της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα. Στη χώρα μας η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές απ' ό,τι στις αγροτικές περιοχές.

Παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού είναι η πρώιμη εμμηναρχή (σε ηλικία μικρότερη των 12 ετών), η καθυστερημένη εμμηνόπαυση (σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετ.) η μεγάλη ηλικία πρώτου τοκετού (πάνω από 30 ετών), το ιστορικό ινοκυστικής μαστοπάθειας, καρκίνος στον άλλο μαστό, στο ενδομήτριο ή στις ωοθήκες , ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού, η έκθεση σε

ιονίζουσα ακτινοβολία, η παχυσαρκία για τον καρκίνο που εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση και ενδεχομένως παράμετροι που συσχετίζονται με την διατροφή. Ειδικότερα, έχει βρεθεί ότι επιβαρυντική για το καρκίνο του μαστού είναι η πλούσια σε θερμική πρόσληψη και λίπη διατροφή (ίσως κατά την εποχή της εμμηναρχής) ενώ προστατευτική έχει βρεθεί ότι είναι η πλούσια σε λαχανικά διατροφή.

Πρόσφατα, αρκετές έρευνες έδειξαν ότι επιβαρυντικό ρόλο ίσως η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Για τα εξωγενή οιστρογόνα υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα ενώ ειδικότερα για τα αντισυλληπτικά δισκία πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ότι ίσως να είναι επιβαρυντικά για ορισμένες ομάδες πληθυσμού (κυρίως για γυναίκες μικρότερες των 20 ετών).

Αξίζει εδώ, να γίνει η εξής παρέμβαση. Η κατανάλωση του καπνού, η πλούσια σε λίπη διατροφή και η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών δεν έχει βρεθεί να ξεκινά τη διαδικασία της καρκινογένεσης, δρώντας όμως συνεργικά όλοι μαζί αποτελούν παράγοντες προαγωγής του Ca μαστού. Π.χ το κάπνισμα προκαλεί εμφάνιση ινοκυστικής μαστοπάθειας η οποία ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί θετικό παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο αριθμός θανάτου από κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού στην Ελλάδα το 1985 είναι ένας άνδρας σε ηλικία 45-49 ετών και 1.195 γυναίκες από τις οποίες 161 σε ηλικία 55-59 ετών, 154 ηλικίας 70-74 ετών, 143 ηλικίας 50-54 ετών και ακολουθούν οι μικρότερες ηλικίες σε μικρότερα ποσοστά.³⁸

Β'

ΣΙΑΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
[ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ]

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΚΕΙΝΟ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ;

Πριν 20 περίπου χρόνια κανένας δεν είχε το δικαίωμα να μιλήσει γι' αυτό. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το πιο σημαντικό "Εξάρτημα" του γυναικείου σώματος, εκεί όπου η μητρότητα και ο ερωτισμός συναντώνται. Επίσης η διαδικασία της θεραπείας ήταν ένας εφιαλτής πόνου, δυσπλασίας και αβεβαιότητας υπερβολικά τρομακτικής για κάθε γυναίκα που θα την αντιμετώπιζε.

Πολλά όμως έχουν πράγματι αλλάξει από τότε. Πρώτα απ' όλα ο καρκίνος του μαστού συζητάται πλέον ευρέως. Ακόμα, διαλέξεις, σεμινάρια και έρευνες πάνω στην ανίχνευση των παραγόντων που προκαλούν καρκίνο είναι το αντικείμενο μιας διεθνούς καμπάνιας διαφώτισης του κοινού, στην οποία θελήσαμε να προσφέρουμε και τ' αποτελέσματα της δικής μας έρευνας και να προτείνουμε τα δικά μας μέτρα στην πρόληψη και αντιμετώπιση κάθε παράγοντα ενοχοποιητικό στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά την διεξαγωγή της έρευνάς μας ακολουθήσαμε την αναδρομική μέθοδο. Χρησιμοποιήσαμε φακέλλους ασθενών από τα αρχεία των νοσοκομείων των τεσσάρων μεγάλων πόλεων της χώρας μας: Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πατρών και Ιωαννίνων. Η χρονική περίοδο αφορούσε τα 5 τελευταία έτη των ετών 1985-1990.

Από τους φακέλλους επιλέξαμε και μελετήσαμε αυτούς με το πιο πλούσιο αναγραφόμενο υλικό. Το υλικό αυτό το καταγράψαμε σε ερωτηματολόγια (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α) που αντιστοιχούν στον ίδιο αριθμό φακέλλων και φθάνουν τα 578 στο σύνολο. Μέσα απ' αυτή την έρευνα έγινε προσπάθεια να λάβουμε αντιπροσωπευτικό δείγμα του αστικού, ημιαστικού και αγροτικού πληθυσμού ενώ όσον αφορά το φύλο είναι εμφανές ότι υπερτερούν οι γυναίκες σε ποσοστό 98%.

Η μελέτη για τη δομή του ερωτηματολογίου στηρίχτηκε σε μια συλλογή πλούσιας βιβλιογραφίας -Ελληνικής και ξένης. Μέσα απ' αυτή τη μελέτη ξεχωρίσαμε τους παράγοντες κινδύνου από τους καρκινογόνους παράγοντες και δημιουργήσαμε πέντε ξέχωρα τμήματα. Το πρώτο αφορά το μητρώο (ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ, ΤΟΠΟ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ). Το δεύτερο αναφέρεται στο οικογενειακό ιστορικό. Από εδώ θελήσαμε να ανιχνεύσουμε, αν το βεβαρυμένο με καρκίνο κληρονομικό ιστορικό, επιδρά και σε ποιο ποσοστό στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Ακολουθεί το ατομικό ιστορικό. Σ' αυτό το τμήμα καταγράψαμε τις ασθένειες που παρουσίαζε κάθε ασθενής και που αφορούσαν όλα τα συστήματα: αναπνευστικό, πεπτικό, ουροποιητικό, κυκλοφορικό, λειτουργία καρδιάς, οστά κλπ). Σκοπός αυτής της καταγραφής ήταν να ιεραρχήσουμε τις ασθένειες ανάλογα με την συχνότητα εμφάνισης και στα 578 δείγματα, και ν' ανακάλυψουμε, εν τέλει, ποιές είναι αυτές που τυχόν επιβαρύνουν την υγεία του ατόμου και ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

Το ερωτηματολόγιο κλείνει με το πέμπτο και τελευταίο μέρος που το αποτελεί το Γυναικολογικό ιστορικό. Σ' αυτό το τμήμα το ενδιαφέρον μας επικεντρώθηκε στην ηλικία

εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, στα χαρακτηριστικά του καταμήνιου κύκλου, την ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, τον αριθμό των αποβολών, των αμβλώσεων και των τοκετών, τον θηλασμό, τα μέτρα αντισύλληψης καθώς και τα γυναικολογικά προβλήματα. Δεν στάθηκε όμως δυνατό να βρούμε από όλους τους φακέλλους στοιχεία τέτοια που να καλύπτουν τις παραμέτρους αυτές στο σύνολό τους. Συγκεκριμένα, για την ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης καθώς και για τα χαρακτηριστικά του καταμήνιου κύκλου και τα μέτρα αντισύλληψης, το σύνολο των πληροφοριών χαρακτηρίστηκαν ελλιπή και επομένως μη αξιολογίσιμα.

Η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων και η εισαγωγή στο computer έγινε με το DIBASE III πρόγραμμα: ενώ η συγκριτική μελέτη και επεξεργασία με το πρόγραμμα "ΣΥΝΦΩΝΗ". Παραθέτονται πίνακες που απεικονίζουν αναλυτικά, σε αριθμό ατόμων και ποσοστά επί τοις εκατό την κάθε μεταβλητή του ερωτηματολογίου. Ο κάθε πίνακας ξεχωριστά αντιστοιχεί και σε μια γραφική παράσταση και έτσι διευκολύνεται η πληρέστερη κατανόηση ιδιαίτερα για τους παράγοντες που υπολογίζονται σε συσχέτισμό. Π.χ. τόπου και ηλικίας, τόπου και διατροφής, ηλικίας και οικογενειακού ιστορικού.

Κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να μας δώσει πλήρη στοιχεία που να βοηθήσουν στη συναγωγή συμπερασμάτων γύρω από το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των ατόμων, τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες διαβίωσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

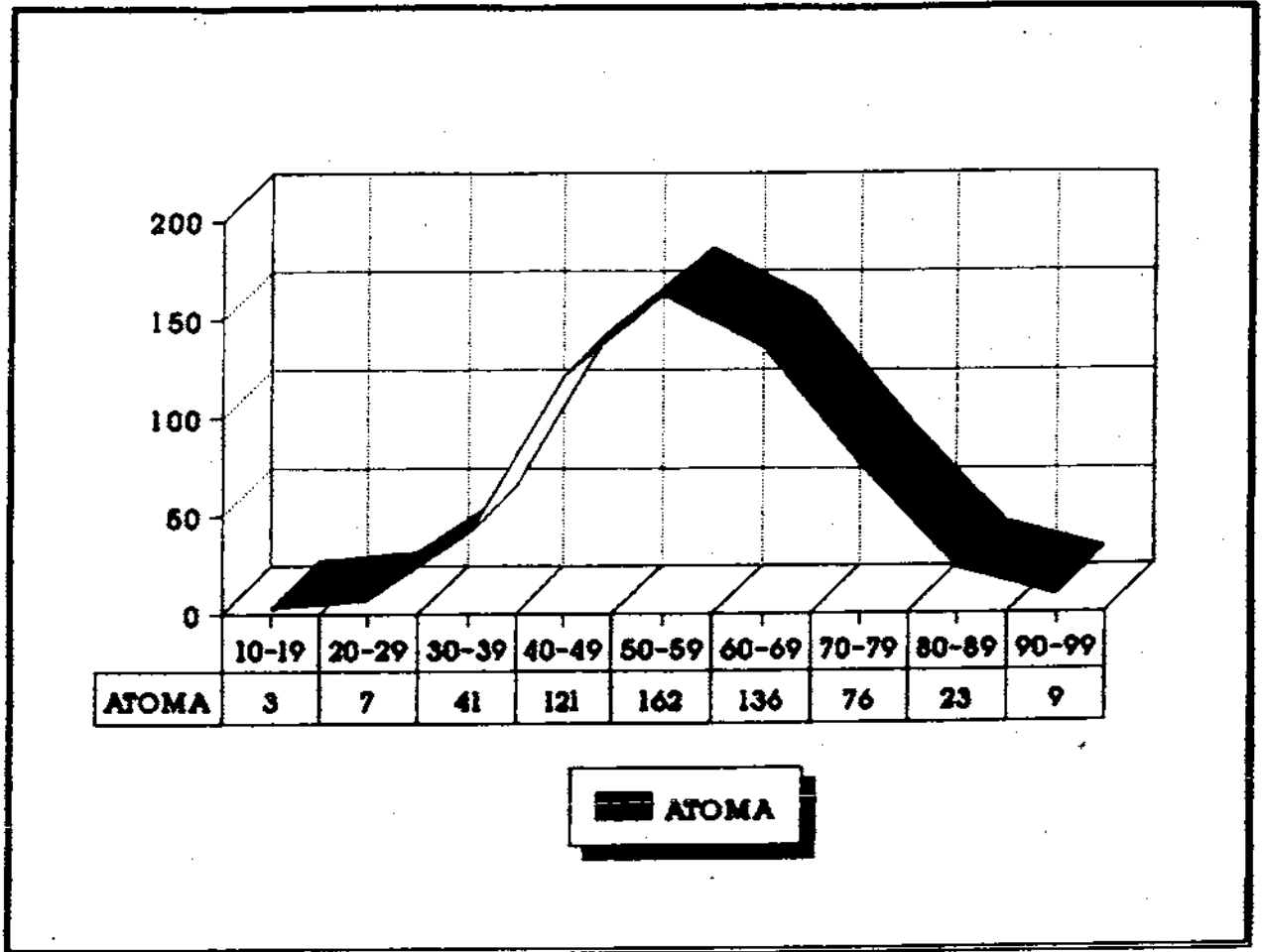
Π Ι Ν Α Κ Α Σ N ο 1

Κατάταξη των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ως προς την ηλικία ανά δεκαετίες.

II-----II-----I-----II				
II	ΗΛΙΚΙΕΣ	II	ΑΤΟΜΑ	I % II
II-----II-----I-----II				
II	10-19	II	3	I 0,5 II
II	20-29	II	7	I 1,2 II
II	30-39	II	41	I 7,1 II
II	40-49	II	121	I 20,9 II
II	50-59	II	162	I 28,0 II
II	60-69	II	136	I 23,5 II
II	70-79	II	76	I 13,1 II
II	80-89	II	23	I 4,0 II
II	90-99	II	9	I 1,6 II
II		II-----II-----I-----II		
II	ΣΥΝΟΛΟ	II	578	I 100 II

Παρατηρείται ότι η ηλικία 50-59 είναι η πλέον ευπαθής στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (28%). Ακολουθούν με μικρή διαφορά η ηλικία 60-69 (23,5%) και 40-49 με ποσοστό 20,9%. Το γεγονός αυτό δεν θεωρείται τυχαίο δεδομένου ότι συμβάλλουν πολλοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σ' αυτή την ηλικία (εμμηνόπαυση, παχυσαρκία, χρήση οιστρογόνων) οι οποίοι αναλύονται διεξοδικά στο εδάφιο που έχει τον τίτλο ΣΥΖΗΤΗΣΗ. Εξάλλου επίσημες στατιστικές μελέτες αναφέρουν αυτή την ηλικία (50-59) και την πιο επικύνδυνη.

Σχήμα 1



Σχηματική παράσταση της κατανομής των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ως προς την ηλικία ανά δεκαετίες.

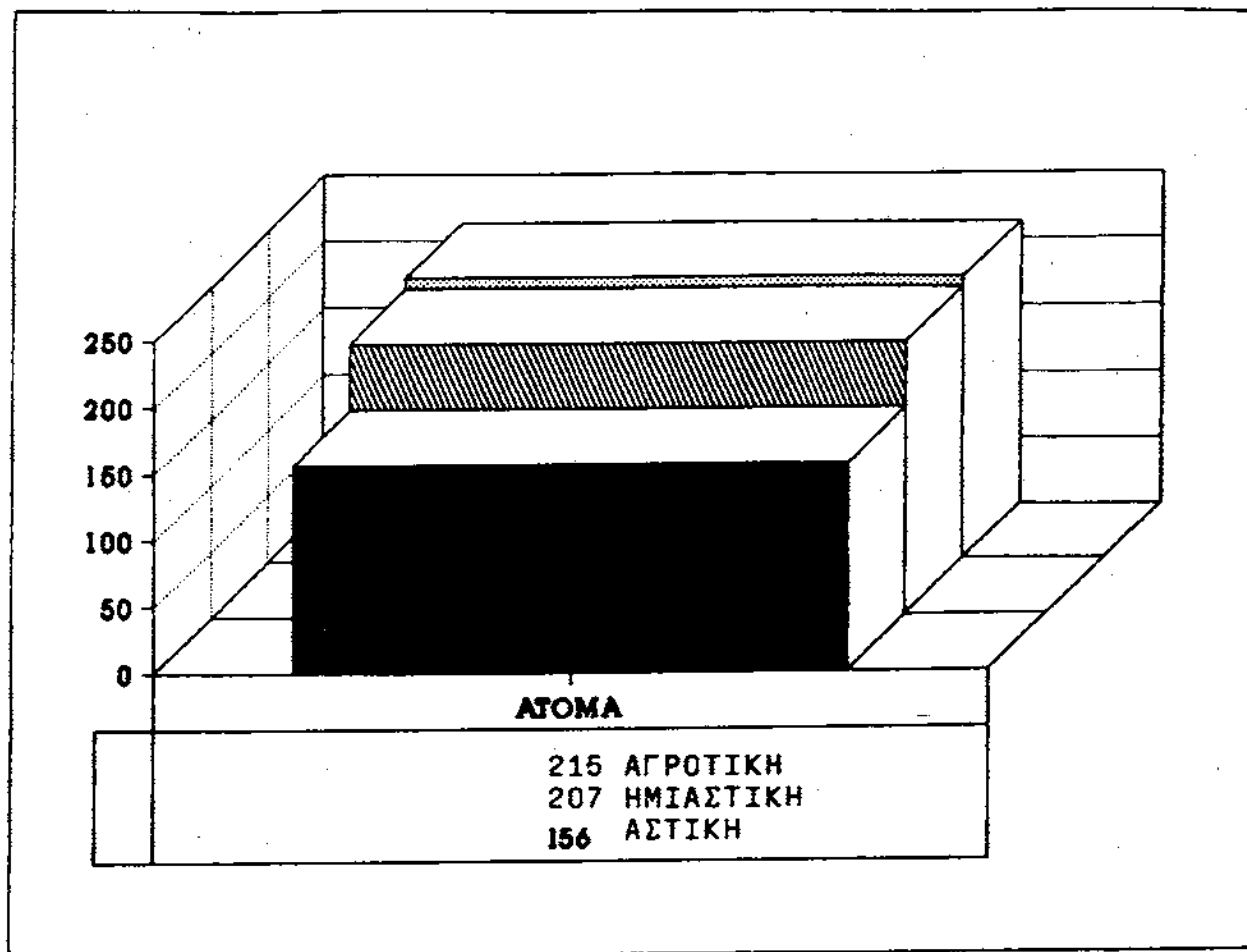
Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 2

Κατάταξη των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ανάλογα με το ποσοστό εμφάνισης του στις περιοχές : (αστική, ημιαστική, αγροτική).

II-----II-----I-----I					
II ΠΕΡΙΟΧΗ	II ΑΤΟΜΑ	I	%	I	
II-----II-----I-----I					
II ΑΣΤΙΚΗ	II 156	I	27,0	I	
II ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	II 207	I	35,8	I	
II ΑΓΡΟΤΙΚΗ	II 215	I	37,2	I	
II-----II-----I-----I					
II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I	100	I	
II-----II-----I-----I					

Είναι εμφανές ότι ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται με την μεγαλύτερη συχνότητα στην αγροτική περιοχή (37,2%). Με μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται στην ημιαστική (35,8%) ενώ η αστική βρίσκεται στο χαμηλό ποσοστό 27%. Το γεγονός αυτό ιδιαίτερα θα πρέπει να μας ανησυχήσει διότι δεν είναι τυχαίο. Αντανακλά σίγουρα ένα μεγάλο μέρος ευθυνών σε όλους τους φορείς δημόσιας υγείνης για την ελλιπή διαφώτιση και ενημέρωση του κοινού που τη μεγαλύτερη επίπτωση δέχεται ο αγροτικός πληθυσμός. Τα μαζικά μέσα ενημέρωσης, τα σεμινάρια και οι διαλέξεις, οι συζητήσεις και οι προβολές ταινιών για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση αν και όπου γίνονται χρειάζεται να αναπροσαρμόστουν στο κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο κυρίως του αγροτικού πληθυσμού.

Σχήμα 2



Σχηματική παράσταση της κατανοής των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ανάλογα με το ποσοστό εμφάνισης στις περιοχές: αστική, ημιαστική, αγροτική.

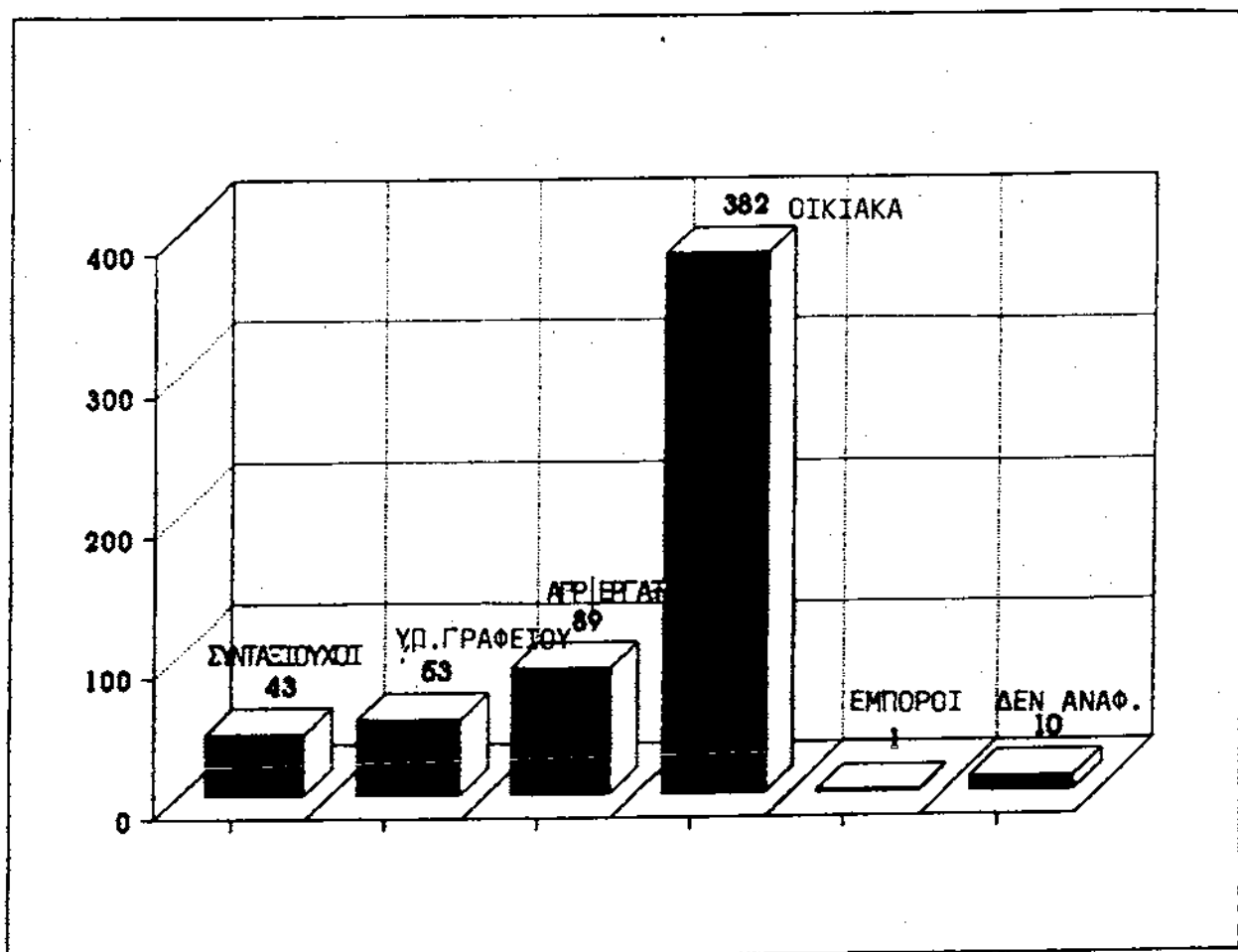
Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 3

Κατανομή των 578 περιστατικών με σα μαστού ως προς την επαγγελματική τους ενασχόληση.

II-----II-----I-----I	II ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	II ΑΤΟΜΑ	I %	I
II-----II-----I-----I				
II ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	II 43	I 7,4	I	
II ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΓΡ.	II 53	I 9,2	I	
II ΑΓΡΟΤ/ΕΡΓ/ΤΕΧ	II 89	I 15,4	I	
II ΕΜΠΟΡΟΙ	II 1	I 0,2	I	
II ΟΙΚΙΑΚΑ	II 382	I 66,1	I	
II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 10	I 1,7	I	
II-----II-----I-----I				
II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	I	
II-----II-----I-----I				

Παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που ασχολούνται με οικιακά προσβάλλονται επί το πλείστον (ποσοστό 66,1%) . Αυτό θα μπορούσε να συνεκτιμηθεί και με τις διαιτητικές συνήθειες και με τη καθιστική ζωή. Αρκεί να ανατρέξουμε σε προηγούμενα, εδάφια της εργασίας (Γεν. μέρος- Αιτιολογία, Γενικές Εκτιμήσεις, Συμπεράσματα) όπου αναφέρεται ότι η παχυσαρκία αποτελεί τον πλέον ενοχοποιητικό παράγοντα στην ανάπτυξη της νόσου. Εύλογα όμως, δημιουργείται το ερώτημα τι γίνεται με τους εργ-αγρ-τεχνίτες που δεν κάνουν καθιστική ζωή αλλά έρχονται

δεύτεροι, κατά σειρά, στην λίστα με ποσοστό 15,4%. Εδώ, μπορούμε να αναφερθούμε σαν απάντηση, σε άλλους παράγοντες όπως χημικά προϊόντα, ιονίζουσα ακτινοβολία κλπ. Όσον αφορά τώρα τους ανήκοντες στην κατηγορία, συνταξιούχοι και υπάλληλοι γραφείου, μολονότι ότι κάνουν μια καθιστική ζωή βρίσκονται σε μικρότερο ποσοστό από τις 2 προαναφερθέντες κατηγορίες κι αυτό ίσως να έγγυται στο κοινωνικό-μορφωτικό τους επίπεδο. Αρκεί να σημειώσουμε ότι στην κατηγορία των συνταξιούχων συμπεριλήφθηκαν οι γυναίκες που στο παρελθόν ανήκουν σε κάποιο τομέα απασχόλησης και δραστηριότητας ξέχωρο από την ατμόσφαιρα και το περιβάλλον του σπιτιού. Επομένως αυτές ίσως και να πρόσεχαν περισσότερο τη διατροφή τους και κάποιες άλλες απόψεις ίσως να υιοθετούσαν σχετικά με την ατομική τους ΥΓΕΙΑ, αλλά και stress ίσως να μην τους άγγιζε σε τόσο μεγάλο βαθμό, εν συγκρίσει πάντα με τις ασχολούμενες μόνο με τα οικιακά.



Σχηματική παράσταση της κατανομής των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ως προς την επαγγελματική τους εγασσχόληση.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 4

Κατανομή των 578 ασθενών με καρκίνο μαστού σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.

II-----II-----I-----I					
II ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑ/ΣΗ	II	ΑΤΟΜΑ	I	%	I
II-----II-----I-----I					
II ΕΓΓΑΜΟΙ	II	487	I	84,3	I
II ΑΓΑΜΟΙ	II	60	I	10,4	I
II ΧΗΡΟΙ	II	23	I	4,0	I
II ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	II	8	I	1,4	I
II-----II-----I-----I					
II ΣΥΝΟΛΟ	II	578	I	ERR	I
II-----II-----I-----I					

Η κατηγορία των έγγαμων φαίνεται να παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό προσβολής από καρκίνο μαστού (85%). Αυτό το στατιστικό αποτέλεσμα αν συγκριθεί με το ποσοστό των γυναικών που είχαν παιδιά (ποσοστό 71,1% : ΠΙΝΑΚΑΣ 11) δεν μας επιτρέπει να συμφωνήσουμε με πολλούς από τους ερευνητές που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει έχουν λιγώτερες πιθανότητες να προσληφθούν από την νόσο. Για την εξήγηση αυτού του αποτελέσματος δηλ.

του αυξημένου ποσοστού προσβολής στις έγγαμες που είχαν και παιδιά, ίσως θα πρέπει να συνεκτιμηθούν κάποιοι άλλοι παράγοντες όπως τα γυναικολογικά προβλήματα, η πρόωρη εμμηναρχή και αργοπορημένη εμμηνόπαυση, η παχυσαρκία, η εξωγενής χρήση οιστρογόνων και το stress.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 5

Κατανομή των 578 ατόμων με σα μαστού κατόπιν κωδικοποίησης των ασθενειών που παρουσίασαν στο ατομικό τους ιστορικό.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ		ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ 578 ΔΕΙΓ.			
II ΚΩΔΙΚΟΙ	II ΑΣΘΕΝΕΙΣ	II ΑΤΟΜΑ	I %	I %	II
II 0	II ΠΕΛΕΥΘΕΡΟ ΝΟΣΩΝ	II 13	I 1,1	I 2,2%	II
II 1	II ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧ.	II 29	I 2,5	I 5,0%	II
II 2	II ΑΝΑΠΝ/ΚΕΣ ΛΟΙΜΩΣ.	II 80	I 7,0	I 13,8%	II
II 3	II ΑΜΥΓΔΑΛΕΚΤΟΜΕΣ	II 82	I 7,2	I 14,2%	II
II 4**	II ΣΚΛΗΡΟΕΙΔΕΚΤΟΜΕΣ	II 125	I 10,9	I 21,6%	II
II 5	II ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ/ΗΜΙΚΡΑΝΙ	II 63	I 5,5	I 10,9%	II
II 6***	II ΝΟΣΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	II 100	I 8,7	I 17,3%	II
II 7*	II ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛ	II 137	I 12,0	I 23,7%	II
II 8	II ΧΟΛΟΚΥΣΤΕΚΤΟΜΕΣ	II 40	I 3,5	I 6,9%	II
II 9	II ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ	II 23	I 2,0	I 4,0%	II
II 10****	II ΝΟΣΟΙ ΚΑΡΔΙΑΣ(ΥΠΕΡΤ	II 91	I 8,0	I 15,7%	II
II 11	II ΑΝΑΙΜΙΕΣ	II 31	I 2,7	I 5,4%	II
II 12	II ΟΣΦΥΑΛΓΙΕΣ	II 35	I 3,1	I 6,1%	II
II 13	II ΝΟΣΟΙ ΝΕΥΡ.ΣΥΣΤΗΜΑΤ	II 60	I 5,2	I 10,4%	II
II 14	II ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΛΟΙΠΩΜ.	II 19	I 1,7	I 3,3%	II
II 15	II ΛΟΙΜΩΔΗ	II 50	I 4,4	I 8,7%	II
II 16	II ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	II 38	I 3,3	I 6,6%	II
II 17	II ΝΟΣΟΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	II 20	I 1,7	I 3,5%	II
II	II ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	II	I	I	II

II	18	ΙΙΣΤΡΕΣ	II	19	I	1,7	I	3,3%	II
II	19	ΙΙΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II	89	I	7,8	I	15,4%	II
II	-----II-----		II	-----I-----		-----I-----		II	
II		II ΣΥΝΟΛΟ	II	1,144	I	100	I		II
II	-----II-----		II	-----I-----		-----I-----		II	

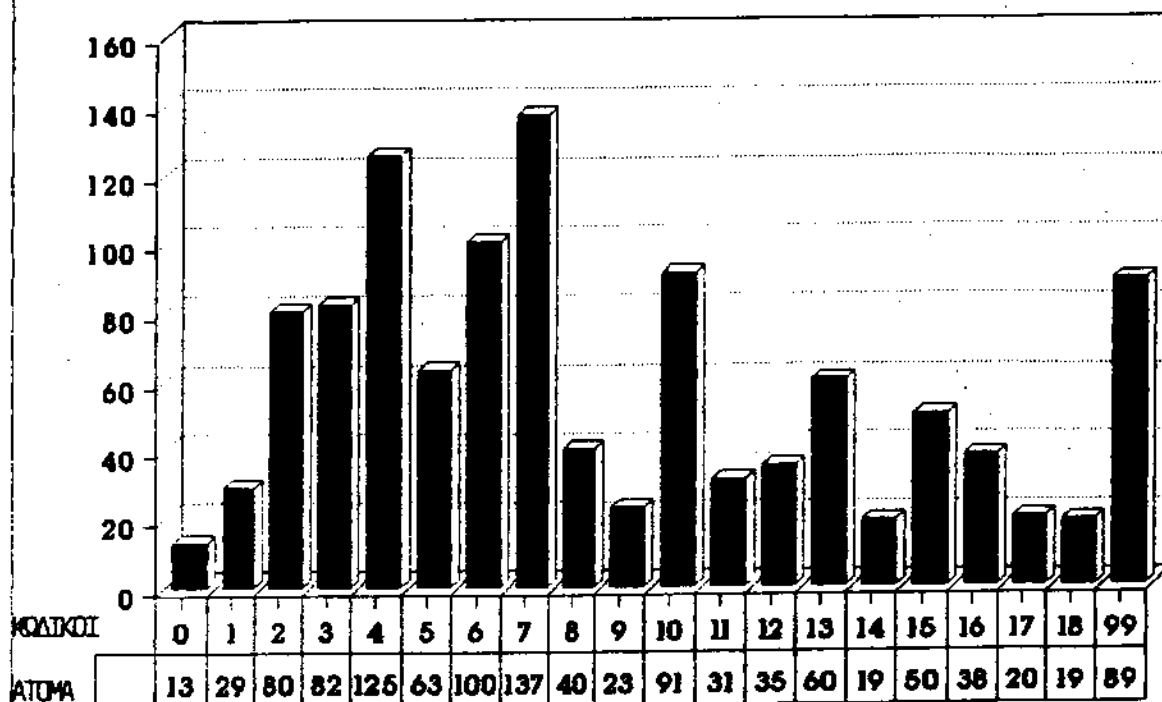
Ο πίνακας 5 πιστεύουμε ότι παρουσιάζει την λεπτομέρεια και την συστηματικότητα με την οποία έγινε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και κατά τη γνώμη μας κεντρίζει και το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για μελέτη και συναγωγή συμπερασμάτων. Διαφαίνεται λοιπόν από τους υπολογισμούς του computer ότι τη μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι ασθενείς με κωδικό 7 στον οποίο κατατάσσονται τα γυναικολογικά προβλήματα. (Σ' αυτά επί το πλείστον συμπεριλήφθησαν ολικές και μερικές υστερεκτομές, αφαιρέσεις ινομυωμάτων, μαστίτιδες, ινοκυστικές μαστοπάθειες). Τα γυναικολογικά προβλήματα από πολλούς ερευνητές αποτελούν ένα βεβαρυμένο ιστορικό υγείας σε κάθε ασθενή που προσβάλλεται από καρκίνο μαστού και συνηγορούν μαζί με τους άλλους παράγοντες κινδύνου (πρόωρη εμμηναρχή, τεχνητή διακοπή της κύησης, πρώτη εγκυμοσύνη μετά την ηλικία των 30 ετών) στην προσβολή από τη νόσο. Στην δεύτερη κατά σειρά λίστα, των κωδικοποιημένων ασθενειών έρχονται αυτές με κωδικό 4 που αναφέρονται στις σκωληκοειδεκτομές. Δεδομένου όμως ότι η βιβλιογραφία δεν αναφέρει πουθενά ότι η κατηγορία αυτών των ασθενειών είναι δυνατόν να έχει κάποια σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού δεν είμαστε-νομίζουμε- οι κατάλληλοι για να το

σχολιάσουμε ή να το αναλύσουμε .Περιοριζόμαστε μόνο στο να το αναφέρουμε ως ένα στατιστικό αποτέλεσμα μαζί με τις άλλες ασθένειες της δικής μας έρευνας.Ανευρέθησαν λοιπόν 123 άτομα σε ποσοστό 21,6% επί των 578 περιστατικών. Οι νόσοι του πεπτικού επίσης παρουσιάζονται στην αμέσως επόμενη σειρά συχνότητας (άτομα 100, ποσοστό 17,3% επί των 578 δειγμάτων). Ακολουθούν ιεραρχικά οι καρδιοπάθειες (κωδικός 10) με ποσοστό 15,7%.

Γι' αυτά τα 2 αποτελέσματα θα μπορούσαμε να σημειώσουμε ότι μεγάλη ευθύνη φέρει η υπερλιπιδιακή διαίτα που αυξάνει τις καρδιοπάθειες.Επιπλέον η υπερβολική κατανάλωση λίπους είναι και ο πλέον καρκινογόνος παράγοντας για ανάπτυξη καρκίνου μαστού (βλέπε πίνακα Νο 6).Οι αμυγδαλεκτομές επίσης εμφανίζονται με μικρή διαφορά 14,2% και οι αναπνευστικές λοιμώξεις σε ποσοστό 13,8%.

Σχήμα 5

Σχηματική παράσταση της κατανομής των 578 ατόμων με καρκίνο μαστού κατά την κωδικοποίηση των ασθενειών που παρουσίασαν στο ατομικό τους ιστορικό.



Η κωδικοποίηση των ασθενειών έχει ως εξής:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Ορμονικές διαταραχές | 14. Επεμβάσεις λιπωμάτων |
| 2. Αναπνευστικές λοιμώξεις | 15. Λοιμώδη |
| 3. Αμυγδαλεκτομές | 16. Αλλεργίες |
| 4. Σκωληκοειδεκτομές | 17. Νόσοι θυροποιητικού συσ. |
| 5. Κεφαλαλγίες / ημικρανίες | 18. Στρές |
| 6. Νόσοι Πεπτικού | 19. Δεν αναφέρεται |
| 7. Γυναικολογικά προβλήματα | 0. Ελεύθερο νόσων |
| 8. Χολοκυστεκτομές | |
| 9. Καισαρικές τομές | |
| 10. Νόσοι Καρδιάς (Υπέρτ.) | |
| 11. Αναιμίες | |
| 12. Οσφυαλγίες | |
| 13. Νόσοι Νευρικού συστήματος | |

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 6

Κατάταξη των 578 περιστατικών ως προς τις δια-
τους συνήθειες.

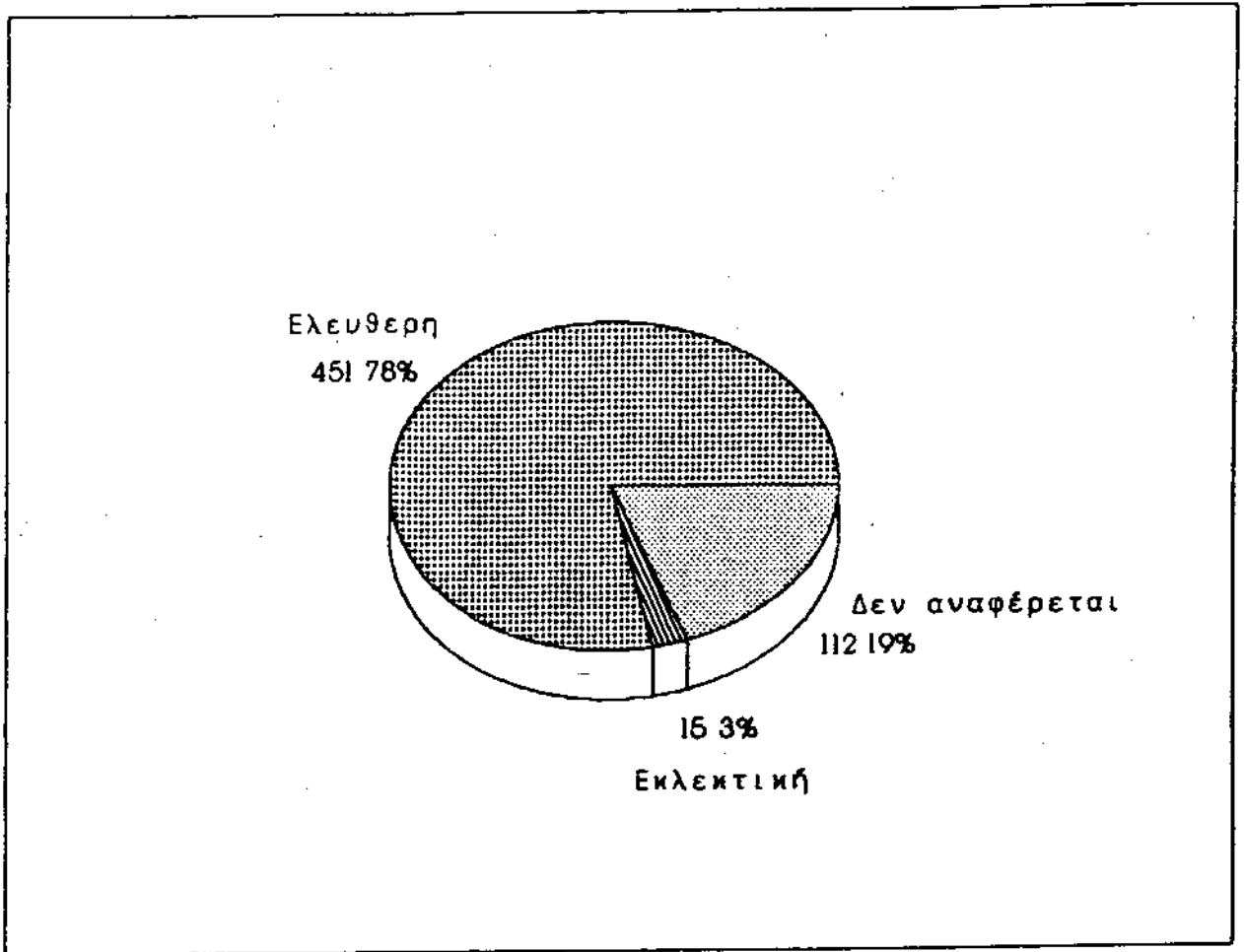
II-----II-----I-----I	II ΔΙΑΤΡΟΦΗ	II ΑΤΟΜΑ	I %	I
II-----II-----I-----I	II ΕΛΕΥΘΕΡΗ	II 451	I 78,0	I
II-----II-----I-----I	II ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ	II 15	I 2,6	I
II-----II-----I-----I	II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 112	I 19,4	I
II-----II-----I-----I	II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	I
II-----II-----I-----I				

Η διατροφή αποτελεί τον κυριώτερο ενοχοποιητικό παράγοντα όπως υποστηρίζει η βιβλιογραφία. Ωστόσο η υπερβολική σε λίπος διατροφή (υποστηρίζουν πολλοί ερευνητές) μπορεί από μόνη της να ωθήσει ένα κύτταρο φυσιολογικό να αρχίσει να πολ/ζεται ανεξέλεγκτα όπως το καρκινικό κύτταρο. Σ' αυτό συνεργούν κι άλλοι παράγοντες όπως η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων. Παρουσιάζεται λοιπόν η σχέση ΛΙΠΟΣ-ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ ως εξής. Τα οιστρογόνα παράγονται μόνο στις ωοθήκες αλλά και στα κύτταρα λίπους. Μια λοιπόν γυναίκα που τρέφεται με τα δυτικά φαγητά διατηρεί αρκετά αποθέματα λίπους, μέσα από τα

εκκρίνονται οιστρογόνα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πρόωρη εμμηναρχή και αργοπορημένη εμμηνοπαυση. Ολ' αυτά προϋποθέταν μια παρατεταμένη χρήση υψηλών επιπέδων οιστρογόνων στο αίμα. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι από το ΛΙΠΟΣ ξεκινούν και παράλληλα συνεργούν για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων, η πρόωρη εμμηναρχή και η αργοπορημένη εμμηνοπαυση.

Τα παραπάνω στοιχεία βρίσκουν εφαρμογή στο αποτέλεσμα της έρευνας μας που δεν ενθαρρύνει -δυστυχώς- καθόλου αφού το 78% επί των αναφερόμενων περιστάσεων (υπήρχε ένα 19,4% επί των 578 δειγμάτων στο οποίο δεν αναφέρονταν η διαίτα) δεν επιλέγουν την διατροφή τους. Οι ενδοκρινολόγοι ωστόσο, υποστηρίζουν ότι όταν οι γυναίκες στρέφονται σε μια χαμηλή σε λίπη διαίτα (20% του συνολικού ποσού θερμίδων) τα επίπεδα οιστρογόνων του αίματος πέφτουν αυτόματα κατά 20%. Απαιτείται επομένως διεξοδικότερη διαφώτιση και ενημέρωση του κοινού τουλάχιστον ως προς την σωστή διαιτητική αγωγή για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και όχι ΜΟΝΟ.

Σχήμα 6



Σχηματική παράσταση της κατανομής των 578 περιστατικών ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες.

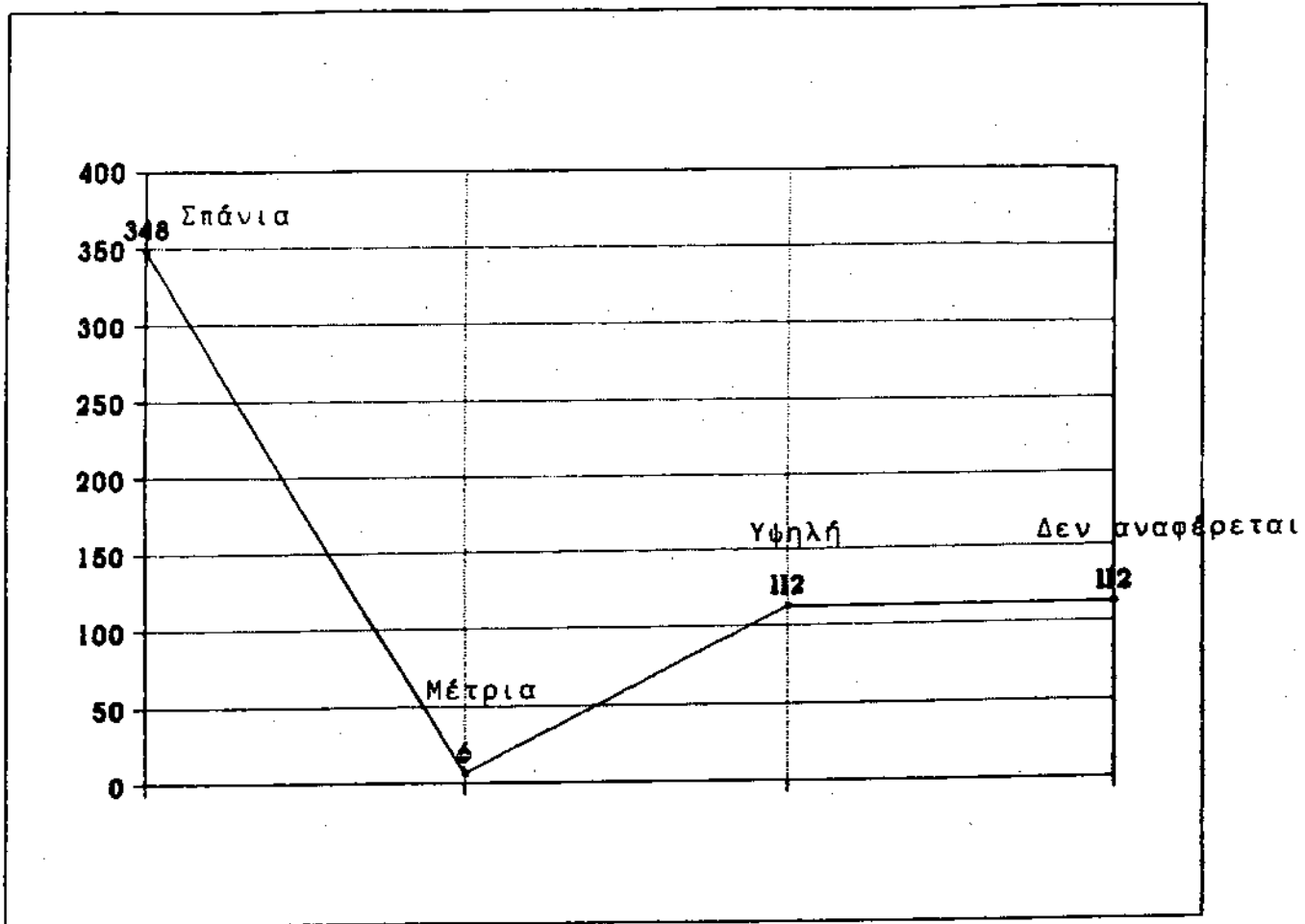
Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 7

Κατανομή των 578 δειγμάτων με καρκίνο μαστού ως προς τη κατανάλωση αλκοόλ.

II-----II-----I-----I	II ΧΡΗΣΗ ΟΙΝΟΠΝ.	II ΑΤΟΜΑ	I %	I
II-----II-----I-----I	II ΣΠΑΝΙΑ	II 348	I 60,2	I
II-----II-----I-----I	II ΜΕΤΡΙΑ	II 6	I 1,0	I
II-----II-----I-----I	II ΥΨΗΛΗ	II 112	I 19,4	I
II-----II-----I-----I	II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 112	I 19,4	I
II-----II-----I-----I	II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	I
II-----II-----I-----I				

Όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ τ' αποτελέσματά μας κι εδώ συμπίπτουν με τη Βιβλιογραφία. Παρατηρείται δηλαδή ότι ποσοστό 60,2% των προσβληθέντων από καρκίνο μαστού σπανίως έκανε χρήση αλκοόλ. Επομένως το αλκοόλ όπως ακριβώς και το κάπνισμα δεν ευθύνονται για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (ποσοστού 19,4% στη έρευνα μας) φαίνεται πως αυξάνει κάπως τα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης της νόσου αλλά και πάλι δεν μπορεί να συγκριθεί η ασθενής αυτή αύξηση με τα μεγάλα ποσοστά αύξησης της ασθένειας.³³

Σχήμα 7



Σχηματική παράσταση της κατανομής των 578 δειγμάτων με καρκίνο μαστού ως προς την κατανάλωση αλκοόλ

Π Ι Ν Α Κ Α Σ N o 8

Κατανομή των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ως προς την ηλικία εμμηναρχής και εμμηνοπαύσης.

I	ΕΜΜΗΝΟΣ	ΡΥΣΗ	I	ΑΤΟΜΑ	I	%	I	
I	ΕΝΑΡΞΗ	I	ΛΗΞΗ	I			I	
I							I	
I	>=12	I	>=50	I	90	I	15,5	I
I	<=12	I	>=50	I	310	I	53,7	I
I	<=12	I	<=50	I	135	I	23,3	I
I	>=12	I	<=50	I	43	I	7,5	I
I								I
I	ΣΥΝΟΛΟ	I		I	578	I	100	I
I								I

Παρατηρούμε ότι ο καρκίνος μαστού προσβάλλει σε μεγαλύτερο ποσοστό (53,7%) τις γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή (ηλικίας κάτω των 12) και αργοπορημένη εμμηνοπαύση (πάνω από 50%). Η εξήγηση που δίνεται από τη βιβλιογραφία έγγειται και πάλι στην παρατεταμένη δράση των ενδογενών οιστρογόνων. Αξιοσημείωτη είναι, ωστόσο και η άποψη που υποστηρίζεται από πολλούς ότι τεχνητή εμμηνοπαύση προφυλάσσει κατά ένα μεγάλο ποσοστό από την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και μάλιστα όσο πιο μικρή είναι η ηλικία της γυναίκας στην οποία προκαλείται τόσο καλύτερα τ' αποτελέσματα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 9

Κατανομή των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ως προς τον αριθμό αμβλώσεων.

II-----II-----I-----II	II	II	I	%	II
II ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ	II ΑΤΟΜΑ	I	%	II	II
II-----II-----I-----II	II	II	I		II
II ΝΑΙ	II 146	I 25,3	II		II
II ΟΧΙ	II 311	I 53,8	II		II
II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 121	I 20,9	II		II
II-----II-----I-----II	II	II	I		II
II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	II		II
II-----II-----I-----II	II	II	I		II

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 10

Κατανομή των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ως προς τον αριθμό αποβολών.

II-----II-----I-----II	II	II	I	%	II
II ΑΠΟΒΟΛΕΣ	II ΑΤΟΜΑ	I	%	II	II
II-----II-----I-----II	II	II	I		II
II ΝΑΙ	II 120	I 20,8	II		II
II ΟΧΙ	II 337	I 58,3	II		II
II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 121	I 20,9	II		II
II-----II-----I-----II	II	II	I		II
II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	II		II
II-----II-----I-----II	II	II	I		II

Διαφαίνεται και από τον πίνακα 9 που αναφέρεται στις αμβλώσεις αλλά και από τον πίνακα 10 που αναφέρεται στις αποβολές ότι περισσότερο προσβάλλει η νόσος τις γυναίκες που δεν έχουν στο ιστορικό τους αποβολές και αμβλώσεις. Και το αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό διαφοράς και για τους 2 πίνακες βρίσκεται κατά προσέγγιση στο 30%. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που δεν παρουσιάζουν αμβλώσεις είναι περίπου ίδιες στον αριθμό με αυτές που δεν παρουσιάζουν ούτε αποβολές και που δεν εμφανίζουν καρκίνο του μαστού και αποτελούν το ~55% των 578 περιπτώσεων. Από το υπόλοιπο ποσοστό έχουμε ένα 20,9% για τον κάθε πίνακα αντίστοιχα για το οποίο δεν μπορέσαμε να βρούμε στοιχεία από τους φακέλους και να συμπλήρουμε τα ερωτηματολόγια. Το ποσοστό που απομένει και είναι 25,3% για τον πίνακα 9 και 20,8% για τον πίνακα 10 αναφέρεται στα άτομα εκείνα που παρουσίασαν αμβλώσεις και αποβολές και ανέπτυξαν καρκίνο μαστού.

Συμπερασματικά λοιπόν σημειώνουμε ότι η διακοπή της κύησης είτε αυτόματα είτε τεχνητά δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν όμως διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Πάντως όμως, μέχρι να γίνουν πιο εμπειριστατωμένες έρευνες η διακοπή της κύησης δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο προσβολής.¹¹

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 11

Κατανομή των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ανάλογα με την τεκνοποίηση.

II	II	I	I
II ΠΑΙΔΙΑ	II ΑΤΟΜΑ	I %	I
II ΕΙΧΑΝ	II 411	I 71,1	I
II ΔΕΝ ΕΙΧΑΝ	II 48	I 8,3	I
II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 119	I 20,6	I
II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	I

Κυρίως όμως θα πρέπει να σταθούμε στην ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης όπου εκεί στηρίζονται όλες οι μελέτες και υποστηρίζουν ότι υπάρχει απόλυτη γραμμική σχέση μεταξύ της ηλικίας της πρώτης τεκνοποίησης και του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα λοιπόν, με τα διάφορα στοιχεία οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών έχουν σχετικό κίνδυνο προσβολής κατά 2/3 μικρότερο από τις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία 30 ετών.¹¹ Κατά τη συμπλήρωση όμως των ερωτηματολογίων μας στάθηκε αδύνατον να βρούμε καταχωρημένη στους φακέλλους την ηλικία της πρώτης

εγκυμοσύνης. Κατά συνέπεια δεν μπορούμε να κάνουμε σύγκριση των αποτελεσμάτων μας με την διεθνή βιβλιογραφία. Μπορούμε όμως να σταθούμε στην δημοσίευση που έκανε το περιοδικό TIME τον Ιανουάριο του 1991 και στην οποία η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης (μετά τα 30) ενοχοποιείται ως παράγων που προδιαθέτει την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού μόνο όμως στις περιπτώσεις που ισχύουν και άλλες παράμετροι όπως η αργοπορημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50) και η πρώιμος έμμηνος ρύση (12 ετών και κάτω)³³

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 12

Κατάταξη των 578 δειγμάτων με καρκίνο μαστού σε σχέση με το θηλασμό.

II-----II-----I-----II	II ΘΗΛΑΣΜΟΣ	II ΑΤΟΜΑ	I %	II
II-----II-----I-----II	II ΘΗΛΑΣΑΝ	II 299	I 51,7	II
II-----II-----I-----II	II ΔΕΝ ΘΗΛΑΣΑΝ	II 158	I 27,3	II
II-----II-----I-----II	II ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ	II 121	I 20,9	II
II-----II-----I-----II	II ΣΥΝΟΛΟ	II 578	I 100	II
II-----II-----I-----II				

Η μελέτη και οι παρατηρήσεις μας θα περιοριστούν στα 457 από τα 578 δείγματα .Κι αυτό γιατί για τα υπόλοιπα 121 οι φάκελλοι ήταν ελλιπείς. Παρατηρούμε λοιπόν ότι ποσοστό 51,7% επί 457 συμπληρωμένων δειγμάτων θήλασαν αλλά ανέπτυξαν τη νόσο. Επομένως ταυτίζονται τ' αποτελέσματά μας με τις μελέτες που κατά καιρούς έχουν δημοσιευθεί και καταλήγουν στο ότι ο καρκίνος του μαστού δεν έχει καμία σχέση με το θηλασμό. Συγκεκριμένα, ο θηλασμός δε μειώνει το ποσοστό προσβολής από καρκίνο μαστού γεγονός που επιβεβαιώνει την παλιά σχέση της νόσου μάλλον με την τεκνοποίηση παρά με το θηλασμό.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 13

Κατανομή των 162 καρκινοπαθών στην ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα (50-59) ανάλογα με το ποσοστό εντόπισης τους στις περιοχές :αστική, ημιαστική, αγροτική.

II ΠΕΡΙΟΧΗ	II ΗΛΙΚΙΑ	I ΑΤΟΜΑ	I %	II
II ΑΣΤΙΚΗ	II 50-59	I 40	I 24,7	II
II ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	II 50-59	I 57	I 35,2	II
II ΑΓΡΟΤΙΚΗ	II 50-59	I 65	I 40,1	II
II ΣΥΝΟΛΟ	II	I 162	I 100	II

Παρατηρούμε ότι η ηλικία 50-59 παρουσιάζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό 40,1% στην αγροτική περιοχή. Ακολουθεί η ημιαστική με συχνότητα εμφάνισης 35% και τελευταία έρχεται η αστική περιοχή και αρκετά μεγαλύτερη διαφορά (24,7%).

Σε όλες σχεδόν τις μελέτες που σχετίζονται με τον καρκίνο η αγροτική και η ημιαστική περιοχή είναι αυτές που προβληματίζουν ιδιαίτερα. Σ' αυτές κατ' επέκταση θα πρέπει να στραφούμε για μια πιο σωστή, κατανοητή και περισσότερο ολοκληρωμένη ενημέρωση προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί ο αγροτικός πληθυσμός γύρω από το θέμα ΠΡΟΛΗΨΗ & ΚΑΡΚΙΝΟΣ.

Νομίζουμε ότι θα πρέπει να αναθεωρηθεί ο τρόπος

διαφώτισης για τις προληπτικές εξετάσεις του καρκίνου, τη σωστή διαιτητική αγωγή και τον υγιή τρόπο διαβίωσης τόσο στις αγροτικές όσο και στις ημιαστικές περιοχές και θα πρέπει να προσαρμοστεί σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες που επικρατούν στις περιοχές αυτές.

Το σχήμα που ακολουθεί (Σχ. 14) δείχνει αναλυτικότερα την προσβολή από καρκίνο μαστού στις διάφορες ηλικίες (ανά δεκαετία). Παρατηρείται κι εδώ το φαινόμενο της μεγαλύτερης προσβολής σε όλες τις δεκαετίες στις ίδιες περιοχές (αγροτική και ημιαστική).

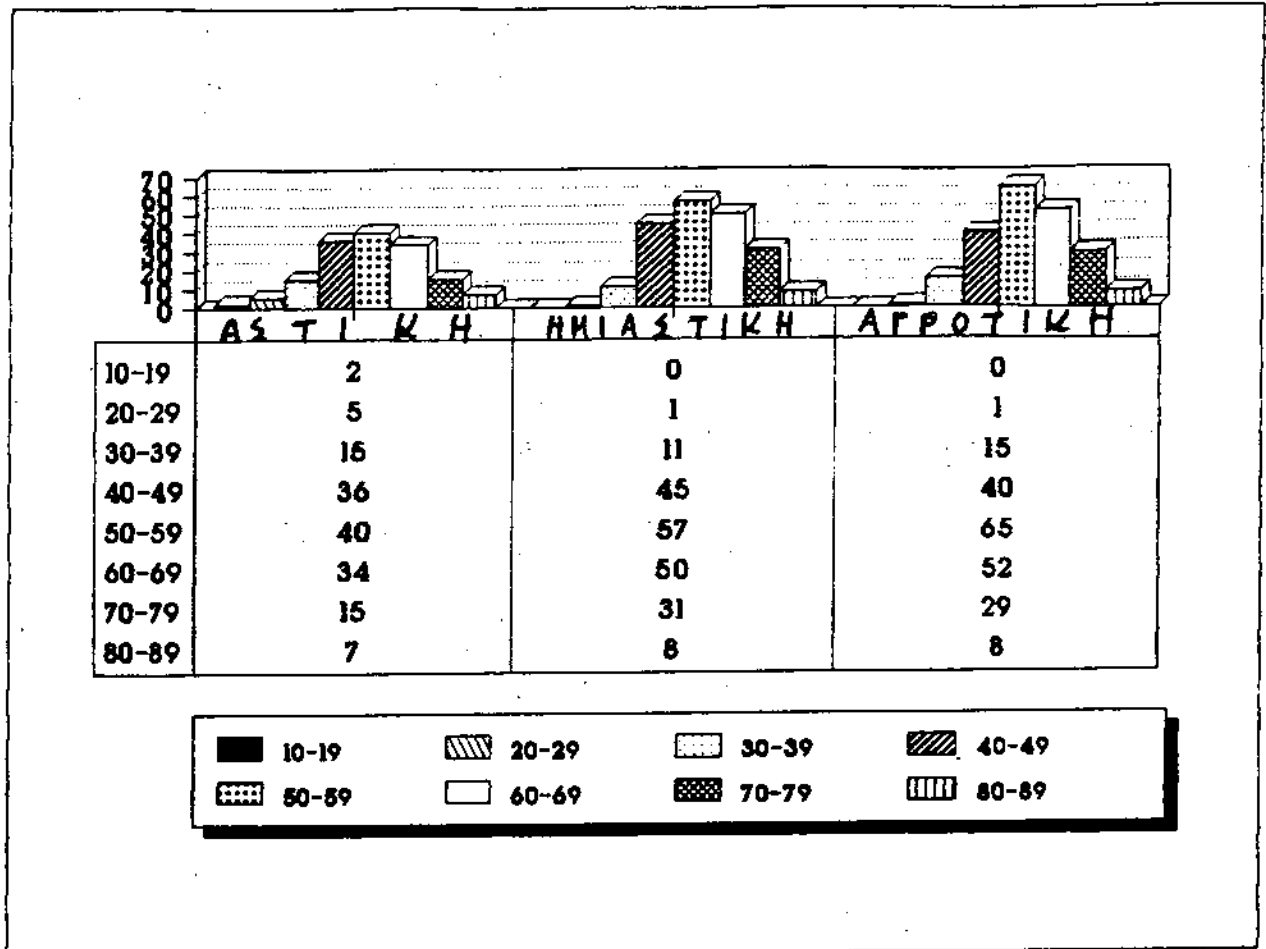
Π Ι Ν Α Κ Α Σ 14

Κατανομή των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού ανάλογα με τα άτομα που ανευρέθησαν σε κάθε δεκαετία ηλικίας για τις περιοχές αστική, ημιαστική, αγροτική.

I ΗΛΙΚΙΑ	I ΑΤΟΜΑ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΟΧΗ			I
	I ΑΝΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ	I ΑΣΤΙΚΗ	I ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	
I 10-19	I 2	I 0	I 0	I
I 20-29	I 5	I 1	I 1	I
I 30-39	I 15	I 11	I 15	I
I 40-49	I 36	I 45	I 40	I
I 50-59	I 40	I 57	I 65	I
I 60-69	I 34	I 50	I 52	I
I 70-79	I 15	I 31	I 29	I
I 80-89	I 7	I 8	I 8	I
I				I

Από τον παραπάνω πίνακα διαφαίνεται ότι στην ημιαστική και αγροτική περιοχή παρατηρούνται περισσότερα κρούσματα με καρκίνο μαστού σε όλες τις ηλικίες. Το πρόβλημα εντοπίζεται οξύτερο, όμως, στην ηλικία 50-59 για την οποία η ανάλυση έχει γίνει διεξοδικά στον πίνακα 13.

Σχήμα 14



Σχηματική παράσταση της κατανομής των 578 περιστατικών με καρκίνο μαστού σε συσχέτιση ηλικίας (ανά δεκαετίες) και περιοχής.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ Νο 15

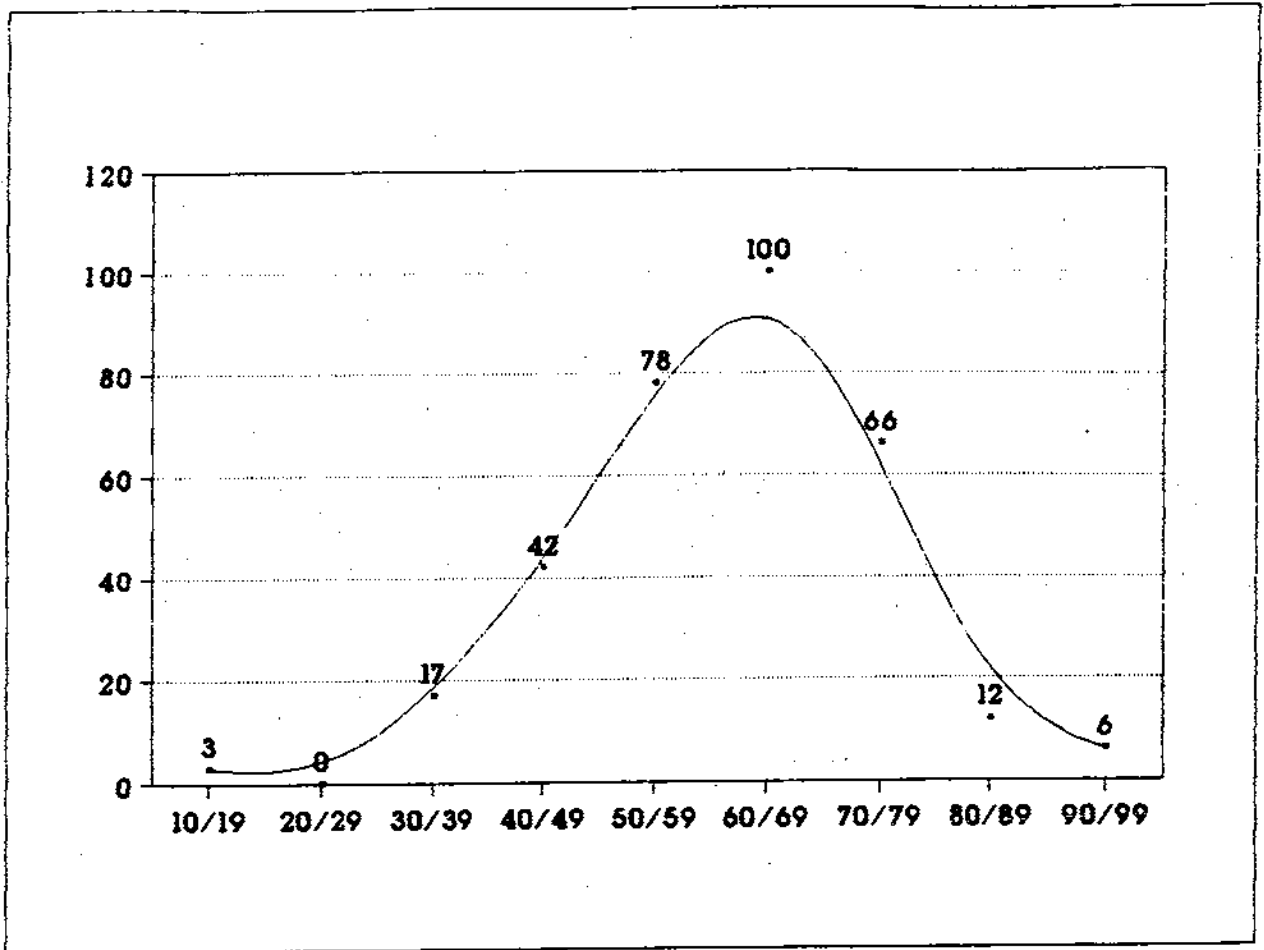
Κατανομή 332 περιστατικών σε σχέση με το βεβαρυσμένο με καρκίνο οικογενειακό ιστορικό και με την εντόπισή τους στις διαφορές ηλικίες.

II-----II					
II ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΜΕ Ca					II
II-----II					
II ΗΛΙΚΙΕΣ	II ΑΤΟΜΑ	I	%		II
II-----II	II-----II	I-----I			II
II 10-19	II 3	I 0,9			II
II 20-29	II 0	I 0,0			II
II 30-39	II 17	I 5,1			II
II 40-49	II 50	I 15,1			II
II 50-59	II 78	I 23,5			II
II 60-69	II 100	I 30,1			II
II 70-79	II 66	I 19,9			II
II 80-89	II 12	I 3,6			II
II 90-99	II 6	I 1,8			II
II-----II	II-----II	I-----I			II
II ΣΥΝΟΛΟ	II 332	I 100			II
II-----II	II-----II	I-----I			II

Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι το βεβαρυσμένο με καρκίνο οικογενειακό ιστορικό αποτελεί δείκτη κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, τ' αποτελέσματα της δικής μας έρευνας συνηγορούν αυτή την άποψη δεδομένου ότι

βρέθηκαν 332 στα 578 περιστατικά (ποσοστό 57,4%) που είχαν οικογενειακό ιστορικό βεβαρυσμένο με καρκίνο.

Απ' αυτά τα 332 δείγματα (πίνακας 15) αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις ηλικίες 50-59 και 60-69 ανευρέθησαν τα περισσότερα περιστατικά με οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο (ποσοστό 53,5%). Αν αυτό το στοιχείο συνεκτιμηθεί και με το ότι η πλέον ευπαθή ηλικία των 50-59 ετών προσβάλλεται κυρίως στην αγροτική περιοχή (πίνακας 13) τότε εύκολα γίνεται κατανοητό ότι ελλείπει η σωστή διαφώτιση για ολοκληρωμένη ΠΡΟΛΗΨΗ και έγκαιρη διάγνωση στον αγροτικό πληθυσμό και όχι μόνο. Υπάρχει όμως και ένας άλλος παράγοντας που αναλύουν οι ερευνητές και που αναφέρεται σ' ένα γονίδιο που μεταβιβάζεται με κάποιο αυτοσωματικό επικρατούντα τρόπο τόσο διαμέσου της μητέρας όσο και διαμέσου του πατέρα σε σπάνιες όμως περιπτώσεις. Επίσης πιθανολογείται η είσοδος ενός ογκογόνου ιού στα χρωματοσώματα. Όλες αυτές οι υποθέσεις όμως συζητούνται. Το μόνο ωστόσο, σίγουρο είναι ότι οι γυναίκες που έχουν μητέρα ή αδελφή προσβλημένη από καρκίνο του μαστού ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου.



Σχηματική παράσταση της κατανομής των 332 περιστατικών με καρκίνο μαστού σε συσχέτιση με το βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό και την εντόπιση τους στις διάφορες ηλικίες.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ No 16

Κατανομή των 578 περιπτώσεων με καρκίνο μαστού σε συσχέτισμο διατροφής και περιοχής.

Δ Ι Α Τ Ρ Ο Φ Η

II-----II-----I-----I-----I-----II	II ΠΕΡΙΟΧΗ	II ΕΛΕΥΘΕΡΗ	I %	I ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ	%	II
II-----II-----I-----I-----I-----II	II	II ΑΤΟΜΑ	I	I ΑΤΟΜΑ	I	II
II-----II-----I-----I-----I-----II	II ΑΣΤΙΚΗ	II 115	I 25,6	I 7	I 46,7	II
II-----II-----I-----I-----I-----II	II ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	II 175	I 39,0	I 3	I 20,0	II
II-----II-----I-----I-----I-----II	II ΑΓΡΟΤΙΚΗ	II 159	I 35,4	I 5	I 33,3	II
II-----II-----I-----I-----I-----II	II ΣΥΝΟΛΟ	II 449	I 100	I 15	I 100	II
II-----II-----I-----I-----I-----II						

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τα εξής: 449 άτομα στα 578 (ποσοστό 77,6%) δεν επιλέγουν τη διατροφή τους. Στην ημιαστική περιοχή το πρόβλημα φαίνεται να παρουσιάζεται οξυτάτο. Ακολουθεί η αγροτική (35,4%) και τελευταία έρχεται η αστική περιοχή με 25,6% , στην οποία η διαφώτιση του κοινού αποδίδει μεγαλύτερα αποτελέσματα. Πιστεύουμε και το σημειώνουμε για μια ακόμη φορά ότι εκεί που θα πρέπει η πολιτεία και οι αρμόδιοι υγειονομικοί φορείς να επιστήσουν την προσοχή τους είναι η ημιαστική και αγροτική περιοχή. Απαιτείται αναθεώρηση και ανπροσαρμογή των προγραμμάτων διαφώτισης αναλόγα με ανάγκες του κοινού αυτών των περιοχών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες και εμφανίζεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό στην ηλικία των 50-59 ετών στην αγροτική και ημιαστική περιοχή.

Κύριος αιτιολογικός παράγων στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι η κακή διατροφή και συγκεκριμένα η πλούσια σε λίπος διαίτα. Οι Επιστήμονες γνωρίζουν εδώ και 40 χρόνια τουλάχιστον ότι μια διαίτα πλούσια σε λίπη αυξάνει τα ποσοστά καρκίνου του μαστού διαφόρων τύπων και μορφών. Οι καρδιοπάθειες επίσης και οι νόσοι του πεπτικού συστήματος αυξήθηκαν λόγω υπερ-λιπιδιακής διαίτας, και αυτό το γεγονός σχετίζεται άμεσα με την ανεύρεση αυτών των ασθενειών στο ατομικό ιστορικό των περιστατικών της έρευνας μας σε συνολικό ποσοστό 33%.⁶¹

Παρά ταύτα όμως δεν συμμερίζονται όλοι την πεποίθηση ότι τα λίπη είναι ο ενοχοποιητικός παράγων. Οι "αντίθετοι" αυτής της θεωρίας υποδεικνύουν ότι υπάρχουν μάλλον πολλά περισσότερα στοιχεία που συνθέτουν τον τρόπο ζωής παρά μονάχα μόνο ένα απ' αυτά.⁶²

Σε χώρες που υιοθετούν το δυτικό τρόπο ζωής τα κορίτσια αρχίζουν να έχουν έμμηνη ρύση σε πολύ μικρότερη ηλικία. Οι γυναίκες τείνουν να τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη ηλικία και η εμμηνόπαυση επίσης καθυστερεί. Η πρώιμος έμμηνος ρύση (12 ετών και κάτω) και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50) είναι δείκτης κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Η εξήγηση του παραπάνω έγγυται στο εξής. Κανένας στην κοινωνία επιστημόνων δεν πιστεύει πράγματι πως πολλά

παχιά γάλατα και τηγανητές πατάτες μπορούν να οδηγήσουν από μόνα τους ένα φυσιολογικό κύτταρο να πολ/ζεται ανεξέλεχτα όπως το καρκινικό. Οι βιολόγοι όμως γνωρίζουν εδώ και καιρό πως τα οιστρογόνα δεν παράγονται μόνο στις ωοθήκες αλλά και στα κύτταρα λίπους. Οι παχυσάρκες λοιπόν γυναίκες έχουν υψηλότερα συνολικά επίπεδα οιστρογόνων και ιδιαίτερα υψηλά ποσά "βιολογικά θετικών" τύπων αυτών. Επομένως από την κατάχρηση του ΛΙΠΟΥΣ ξεκινούν και παράλληλα συνεργούν για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων, η πρόωρη εμμηναρχή και η αργοπορημένη εμμηνόπαυση. Η πρόωρη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση σαν παράγοντας αυξημένου κινδύνου για καρκίνο μαστού ενοχοποιούνται για την μεγάλη χρονική διάρκεια ύπαρξης ανωθυλακυορρηκτικών κύκλων και κατά συνέπεια χαμηλών επιπέδων προγεστερόνης.⁴ Άλλοι ενοχοποίησαν κάποια ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου.⁵

Η εγκυμοσύνη φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εξήγηση-αιτιολόγηση ίσως της εμφάνισης ή όχι καρκίνου του μαστού. Οι Mac Mahon και συν.^{64,65} μετά από συγκριτική μελέτη 4.323 γυναικών με Ca μαστού αναφέρουν πως οι άτοκες γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού. Αναφέρουν επίσης πως αν συμβεί τελειόμηνη εγκυμοσύνη σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, ο μαστός προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σχέση προς τις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι γυναίκες που έχουν πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών παρουσιάζουν μειωμένο, κατά το 1/3 κίνδυνο ανάπτυξης Ca μαστού σε σχέση προς αυτές με πρώτη εγκυμοσύνη στα 35 χρόνια τους.⁶⁶

Το γεγονός αυτό εξηγείται εύκολα αν υπολογιστούν τα

συνολικά αναπαραγωγικά χρόνια ζωής της γυναίκας.

Όπως είναι γνωστό ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο και ειδικά από τα οιστρογόνα. Μεγάλη αναπαραγωγική περίοδος συνεπάγεται μεγάλη περίοδο υποβολής του μαστού στον καταλιγισμό οιστρογόνων.

Επί πλέον έχει παρατηρηθεί πως γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού έχουν πολλούς ανωορρηκτικούς κύκλους. Από άποψης φυσιολογίας είναι γνωστό ότι στους ανωορρηκτικούς κύκλους παρατηρούνται μειωμένες τιμές οιστρολής και προγεστερόνης οι οποίες έχουν προστατευτική δράση στο επιθήλιο των μαστών. Άρα η αύξηση των ανωορρηκτικών κύκλων συνεπάγεται μείωση της προστασίας και αύξηση του χρόνου έκθεσης σε πιθανές μεταλλακτικές δράσεις άλλων ορμονών.

Διάφοροι μελετητές υποστηρίζουν πως υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. (Στην δική μας έρευνα ανευρέθη ένα ποσοστό 57,5% με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό). Η προδιάθεση αυτή, αφορά το καρκίνο της προεμμηνοπαυσιακής περιόδου και με αμφοτερόπλευρη εμφάνιση.

Ωστόσο η αδυναμία της ερμηνείας του τρόπου μεταβίβασης της κληρονομικότητας δεν μπορεί να ισχυροποιήσει τη θεωρία της κληρονομικότητας.⁶⁷ Ο Marchant⁶⁸ θεωρεί την εμφανιζόμενη κληρονομική προδιάθεση τυχαίο εύρημα και πιστεύει πως οφείλεται στην ομαδική συμβίωση της οικογένειας στις ίδιες περιβαλλοντικές συνθήκες.

Απ' την άλλη μεριά οι Lynch et al από το 1976 με μια εμπεριστατωμένη μελέτη απέδειξαν ότι οι γυναίκες των οποίων η μητέρα είχε καρκίνο μαστού έχουν 2-3πλάσιες

πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το ίδιο ισχύει και για τις αδελφές αυτών. Οι γυναίκες των οποίων συγγενείς γυναίκες βρίσκονται στην μετεμμηνόπαυσιακή περίοδο όταν ανεπτυξαν καρκίνο μαστού ιδίως όταν αυτός ήταν αμφοτερόπλευρος διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο. Η αιτία αυτή της οικογενειακής σχέσης δεν είναι κατανοητή, αν και ένα γονίδιο που μεταβιβάζεται με κάποιο αυτοσωματικό επικρατούντα τρόπο τόσο διαμέσου της μητέρας όσο και διαμέσου του πατέρα έχει περιγραφεί σε σπάνιες περιπτώσεις. Το ιδιαίτερο αυτό γονίδιο πιστεύεται ότι έχει ευρεία κατανομή αλλά χαμηλή διεισδυτικότητα. Επίσης το αλληλόμορφο το οποίο αυξάνει την ευπάθεια σ' αυτή τη διεισδυτικότητα, μπορεί να συνδέεται με τη θέση της γλουταμινικής πυροσταφυλικής τραυσαμινάσης. Επίσης πιθανολογείται η είσοδος ενός ογκογόνου ιού στα χρωμοσώματα. Όλες αυτές οι υποθέσεις συζητούνται. Το μόνο τελικά σίγουρο είναι ότι πραγματικά οι γυναίκες που έχουν μητέρα ή αδελφή προσβλημένη από καρκίνο του μαστού ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου.¹¹

Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για το καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν όμως διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Rich et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να τεκνοποιήσουν. Επίσης αργότερα οι Χατζιμηχαήλ και συν σε μια ανάλογη έρευνα, απέδειξαν ότι πραγματικά υπάρχει ο κίνδυνος αυτός.

Για την ενοχοποίηση της διακοπής της κύησης σαν αιτιολογικό παράγοντα αναφέρονται τα παρακάτω.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει μια

αυξημένη παραγωγικότητα οιστρογόνων , προγεστερόνης και προλακτίνης που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαζικού αδένου .Με την ξαφνική διακοπή της κύησης προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαζικού αδένου δηλ. μιά ατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη κάνει τον αδένου ευαίσθητο στην καρκινογένεση. Πάντως μέχρι να γίνουν πιο εμπεριστατωμένες έρευνες και να τεκμηριωθούν τα παραπάνω η έκτρωση δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής. »

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι επηρεάζει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Η κατηγορία των έγγαμων γυναικών παρουσιάζει Ca μαστού σε ποσοστό 84,3%. Στην κατηγορία αυτή συμβάλλουν αρνητικά το ψυχολογικό stress. Ο Fox (1978) εκτιμά σε 10% περίπου τη συμβολή των ψυχολογικών παραγόντων και του stress στην καρκινογένεση.

Στο King's Colleg Hospital του Λονδίνου τα τελευταία χρόνια γίνεται μια συστηματική προσπάθεια συσχέτισης της διάγνωσης του Ca μαστού με την ύπαρξη ενός ορισμένου Patterν συναισθηματικής αντίδραση αυτών των γυναικών δηλ. της καταπίεσης/μη έκφρασης προς τα έξω των επιθετικών συναισθημάτων. Οι γυναίκες μελετήθηκαν πριν γίνει γνωστό το αποτέλεσμα της βιοψίας για κάποιο σύμπτωμα στο στήθος και οι ασθενείς που αποδείχθηκαν να έχουν καρκίνο βρέθηκαν να ελέγχουν έντονα τις συγκινησιακές αντιδράσεις τους όταν βίωναν ένα επιθετικό συναίσθημα.

Βάσει λοιπόν αυτού του στοιχείου (δηλ. του αυξημένου ποσοστού προσβολής από καρκίνο μαστού στις έγγαμες γυναίκες) είναι φανερό πως θα πρέπει κάθε φορά να

συνεκτιμάμε μαζί με τις βιολογικές παραμέτρους, τη συμβολή των ψυχο-κοινωνικών παραμέτρων σε πολυπαραγοντικά μοντέλα στην εξέλιξη του καρκίνου. Αυτό βεβαίως δε μειώνει την ανάγκη διεξαγωγής προοπτικών ερευνών στον τομέα της ψυχο-ογκολογίας.¹¹

Όσον αφορά το αντισυλληπτικό χάπι υπάρχουν ενδείξεις και μάλιστα πολλές ότι η χρήση των ιδιαίτερα στις πιο εξελιγμένες μορφές αυτών που κυκλοφορούν στο εμπόριο σήμερα, δεν αυξάνουν το ποσοστό προσβολής¹⁷. Παραμένει όμως η πιθανότητα, που ίσως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι αυξάνεται ο κίνδυνος προσβολής σε μερικές ομάδες γυναικών χρηστών. Στις ομάδες αυτές ανήκουν οι γυναίκες που έρχονται σ' επαφή με προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες. Εάν τέτοιες ουσίες χρησιμοποιηθούν την περίοδο αυτή η δράση των αντισυλληπτικών είναι πιο βλαβερή. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω είναι λογικό να σκεφθούμε ότι μια αντισύλληψη που χρησιμοποιείται την περίοδο αυτή μπορεί ν' αποτελέσει ένα δυνητικό μελλοντικό καρκινικό παράγοντα του οποίου τ' αποτελέσματα θα φανούν 10 ή 15 χρόνια αργότερα. Για το λόγο αυτό δε συνιστάται η χορήγηση αντισυλληπτικού χαπιού σε γυναίκες <20 ή >40 ετών.

Επιπλέον, η ευρεία χρήση των αντισυλληπτικών γίνεται εδώ και μία 20ετία και μόνο ελάχιστες γυναίκες συνδυάζουν αφ' ενός μακροχρόνια λήψη και αφετέρου μακρά περίοδο παρακολούθησης (Follow up) που είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση πιθανής καρκινικής επίδρασης.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες που χρησιμοποιούν το χάπι ν' αποφεύγουν το κάπνισμα.

Στις γυναίκες που είναι επιρρεπείς ν' αναπτύξουν

μαστοπάθεια ή σ' αυτές που διαπιστώθηκε μαστοπάθεια κατά τη διάρκεια που χρησιμοποιούν το αντισυλληπτικό χάπι, δεν συνιστάται η περαιτέρω χρησιμοποίησή του.

Ενας άλλος παράγοντας που εξετάζεται από τους ερευνητές για καρκινογένεση είναι η ομάδα αίματος. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες με ομάδα αίματος Α έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Είναι πράγματι αδύνατο, όμως, να δοθεί κάποια εξήγηση στη διαπίστωση αυτή.⁷⁰

Το κάπνισμα, όπως είναι γνωστό, αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη. Έτσι, έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά του καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου τραχήλου μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με το καρκίνο του μαστού. Δεδομένου όμως ότι το κάπνισμα προδιαθέτει στην ανάπτυξη ινοκυστικής μαστοπάθειας η οποία ινοκυστική μαστοπάθεια η οποία αποτελεί την κύρια παθολογοανατομική οντοτητα σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού κατανοούμε τον έμμεσο ρόλο που παίζει το κάπνισμα στην ανάπτυξη Ca μαστού.

Ο μαστός είναι ένα από τα πιο ευπαθή όργανα στις επιδράσεις της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελεί κύριο παράγοντα αύξησως του κινδύνου ανάπτυξης κακοήθους νόσου. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας. Έτσι ενώ η αύξηση αυτή είναι ελάχιστη για ακτινοβολία 10rads γίνεται πραγματικά

τεράστια για δόσεις 100rads. Το παράξενο είναι ότι η μεγάλη αύξηση του ποσοστού προσβολής παρατηρείται όταν η έκθεση στην ιονίζουσα ακτινοβολία γίνεται στην ηλικία των 40-59 ετών.¹¹

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού θα μπορέσει να περιοσθεί χάρη στις συνδυασμένες προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας. Αλλωστε, η μείωση σε κάποιο βαθμό των περιστατικών του καρκίνου είναι σήμερα μια υπόθεση που είναι στο χέρι μας να επηρεάσουμε, παρά το γεγονός ότι δεν είναι δυνατόν να υπάρξει κάποια μορφή πρόληψης συγκεκριμένης για όλες τις ασθενείς και ξεχωριστά για κάθε μία.

Εχοντας υπόψη τους πλέον ενοχοποιητικούς παράγοντες και ιεραρχώντας τους κατά σειρά σπουδαιότητας αναφέρουμε ως πρώτη τη

1) **ΔΙΑΤΡΟΦΗ** διότι απ' αυτήν ξεκινούν και άλλοι επίσης προδιαθεσικοί παράγοντες.

Απαιτείται λεπτομερής ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού για την επίτευξη της βελτίωσης της διατροφής, η οποία πρέπει να είναι φτωχή σε λίπη και έλαια αλλά και σε γαλακτομικά προϊόντα και πλούσια σε χορταρικά. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί:

α) με την συγκέντρωση των στοιχείων που υπάρχουν αναφορικά με το θέμα "διατροφή και καρκίνος" και την εμπάθυνση των επιδημιολογικών ερευνών που διεξάγονται στην Ευρώπη. Τα στοιχεία που θ' αποκομίσουμε πρέπει να διαμορφώνονται κάθε φορά ανάλογα με το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται.

β) με τη βελτίωση του κοινού που θα επιτευχθεί μέσω της βελτίωσης των ενδείξεων σχετικά με τα θρεπτικά συστατικά

των τροφίμων και των προϊόντων του γεωργικού τομέα που προορίζονται για τη διατροφή στη συσκευασία τους.

γ) με την επεξεργασία συστάσεων για τα θέματα της διατροφής και την προώθηση εκστρατειών ενημέρωσης και διαπαιδαγώγησης αναφορικά με τα θέματα της υγείας.¹³

Η διατροφή θεωρούμε ότι είναι ένας σπουδαίος παράγων πρόληψης εάν σκεφθεί κανείς ότι μια πλούσια διατροφή οδηγεί σε έμμηνο ρύση ενωρίς ενώ και η εμμηνόπαυση επίσης καθυστερεί. Αντιμετωπίζοντας λοιπόν τη διατροφή ως παράγοντα συμβολής στον καρκίνο στην ουσία έχουμε συμβάλλει έμμεσα στην πρόληψη πρώιμης εμμηναρχής και καθυστερημένης εμμηνόπαυσης.

ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

2) Σαν δεύτερο, κατά σειρά, παράγοντα που προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού παραθέτουμε την ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης.

Εμείς, από τα ερευνητικά μας στοιχεία δεν μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα διότι το αρχείο δε μας διευκόλυνε σε κάτι τέτοιο. Από διεθνή στατιστικά στοιχεία όμως είμαστε σίγουροι ως προς τον αρνητικό ρόλο που παίζει η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης.

Είναι σαφές λοιπόν ότι όλα εκείνα τα πράγματα που κάνουν μια γυναίκα μορφωμένη εκείνα ακριβώς την ωθούν στην καθυστέρηση μιας πρώτης εγκυμοσύνης.

Χρειάζεται περισσότερη κατανόηση στο θέμα αυτό και λιγότερη σημασία στην καριέρα και επαγγελματική εξέλιξη

ενώ αντίθετα μεγαλύτερη πρωτεραιότητα στην σημασία της οικογένειας και των "υγιή" μελών της.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗΣ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑΣ - ΚΑΠΝΙΣΜΑ

3) Το ιστορικό ινοκυστικής μαστοπάθειας που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα μπορεί ν' αντιμετωπισθεί με αγώνα κατά του καπνίσματος και περισσότερη παιδεία γύρω από την σημασία του θηλασμού. Διότι το κάπνισμα ίσως δεν προκαλεί την καρκινογένεση, ευθύνεται όμως όσο και ο μη θηλασμός στην πρόκληση ινοκυστικής μαστοπάθειας, η οποία ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί δείκτη κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Χρειάζεται:

- Συνεχής πληροφόρηση του κοινού
- Κοινωνικές ομάδες -πρότυπα
- Νομοθετημένη προάσπιση της υγείας
- Εκπαίδευση αντικαπνιστική

Κάθε παρέμβαση σε κατεστημένη κατάσταση έχει ανάγκη μηχανισμού συνεχούς ενημέρωσης ο στόχος της οποίας είναι κατ' αρχήν η δημιουργία αμφισβήτησης. Η πληροφορία-ενημέρωση πρέπει να είναι συνεχής, να χρησιμοποιεί πειστικά δεδομένα και να δίδονται αυτά από φερέγγυα κοινωνικά άτομα. Η μεθοδολογία στις παρεμβάσεις στη κοινή γνώμη έχει γίνει πια επιστήμη ώστε να μη χρειάζεται ανάλυση εδώ.

Η χρησιμοποίηση από την αντικαρκινική εκστρατεία κοινωνικών ομάδων ή ατόμων γνωστών ότι επηρεάζουν συγκινησιακά την κοινή γνώμη είναι γνωστός μηχανισμός επιρροής κοινωνικών αποδοχών και απορρίψεων.

Η νομοθετική προσπάθεια της υγείας έχει πολλαπλές δυνατότητες και στοχους από το αμφίροπο αποτέλεσμα της αύξησης της τιμής που έχει όμως και το ενεργητικό ότι το κράτος μαζεύει περισσότερα χρήματα μέχρι την εφαρμογή κανονισμού απαγόρευσης καπνίσματος σε κοινόχρηστους χώρους και φυσικά την περιεκτικότητα του τσιγάρου σε πίσσα και νικοτίνη και τον περιορισμό της εκπόρευσης της κοινής γνώμης για τη διαφήμιση .

Στατιστικές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ηλικία των 10-12 ετών είναι η πιο ευάλωτη στη διαμόρφωση μελλοντικής ατομικής και κοινωνικής συμπεριφοράς. Μέχρι στιγμή πάντως το κατεστημένο κύκλωμα παραγωγής -κατανάλωσης καπνού αποδείχθηκε ισχυρότερο κάθε υποκειμενικής και οικονομικής λογικής.⁷¹

ΑΛΚΟΟΛ

4) Πρόσφατα, αρκετές έρευνες έδειξαν ότι επιβαρυντικό ρόλο ίσως έχει η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. Η εξήγηση δεν είναι γνωστή.

Ωστόσο , εμείς περιοριζόμαστε να πούμε όχι στη κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών γνωρίζοντας τους κινδύνους που προκαλεί γενικά στον οργανισμό.

ΙΟΝΙΖΟΥΣΑ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

5) Η ιονίζουσα ακτινοβολία έχει επίσης ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Εδώ συνιστώνται:

- α) αποφυγή υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο
- β) αποφυγή λήψης ραδιενέργειας σε διαστήματα που κρι-

νονται επικίνδυνα καθώς και σε υψηλές δόσεις.

γ) Προστασία από τις ιονίζουσες ακτινοβολίες μπορεί να ληφθεί και μέσω της υιοθέτησης για παραδειγμα των ανώτατων προδιαγραφών μόλυνσης για τα είδη διατροφής.⁷¹

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η αυτοεξέταση καθώς και η κλινική εξέταση στον χρόνο και με τον τρόπο που απαιτείται μειώνει σε μεγάλο ποσοστό την θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αφού προλαμβάνει σε πολύ αρχικά στάδια την ανάπτυξη του όγκου και οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση.

Οι βασικοί στόχοι της διεθνούς καμπάνιας κατά του καρκίνου του μαστού μπορούν να συνοψισθούν στα εξής.

1) Ανακάλυψη και έλεγχος των αιτιολογικών παραγόντων που προκαλούν καρκίνο μαστού. Ιδιαίτερα σημασία δίνεται στις επιδημιολογικές έρευνες και μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο για μικρότερες ή μεγαλύτερες ομάδες πληθυσμού.

2) Ανταλλαγή απόψεων και ερευνητικών προσπαθειών με τη διοργάνωση διεθνών συνεδρίων ειδικότερων συμποσίων, σεμιναρίων ή συγκεντρώσεων ειδικών για την αξιολόγηση νέων στοιχείων και πληροφοριών που έρχονται από κάθε κράτος.

3) Ενίσχυση επιστημονικών οργανώσεων και αντικαρκινικών Εταιρειών που συμβάλλουν παντοιοτρόπως στην αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού και του καρκίνου γενικότερα. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι ο καρκίνος είναι ιατρικό μεν πρόβλημα, αλλά με πολύ μεγάλες επιπτώσεις στην ψυχική σφαίρα και στο κοινωνικό σύνολο, η δε προσπάθεια πρόληψης της νόσου σημαίνει αλλαγή του τρόπου διαβίωσης του μεγαλύτερου αλλά και του μικρότερου κοινωνικού πληθυσμού.⁷³

Η παράθεση του Ευρωπαϊκού κώδικα κατά του καρκίνου νομίζουμε ότι θα βοηθήσει στην πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού εάν ακολουθηθεί πιστά.

- Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.
- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
- Μην καπνίζετε
- (καπνιστές, σταματείστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους).
- Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.
- Επισκεφθείτε το γιατρό αν παρατήρησετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος.
- Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και εάν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

Η πρόωγη διάγνωση των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού χάρη στις μεθόδους εντοπισμού αυξάνει έτσι τις πιθανότητες θεραπείας.⁷²

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Μετα την επέμβαση θα έχετε ασφαλώς πολλές απορίες τόσο για την υγεία σας, όσο και για την εγχείρησή σας. Μη διστάσετε να τις συζητήσετε με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Κάθε αναπάντητο ερώτημα ή κάθε συμβουλή από άλλο άτομο μπορεί να σας δημιουργήσει προβλήματα.

Χρειάζεται να ξέρετε ότι τόσο η πορεία της αρρώστειας όσο και η θεραπεία της διαφέρει από άτομο σε άτομο. Γι' αυτό πρέπει ν' ακολουθείτε τις οδηγίες που σας δίνονται από το επιστημονικό ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και να μην εμπιστεύεστε πληροφορίες και γνώμες μη ειδικών όσο καλοπροαίρετες και αν είναι.

Όταν επιστρέψετε στο σπίτι να χρησιμοποιείται το χέρι σας σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού σας. Αν σας έχει υποδείξει ασκήσεις μη διστάσετε να τις κάνετε. Στην αρχή, όσο αφορά τις δουλειές του σπιτιού θα πρέπει να είστε προσεκτική. Μπορεί π.χ. να μην πρέπει να σηκώνετε βάρη. Όμως μετ το πέρασμα του χρόνου θα διαπιστώσετε ότι σταδιακά το χέρι σας θ' αποκτήσει και πάλι την ευχέρεια κίνηση που είχε και πριν την επέμβαση.

Μπορεί να θέλετε να μιλήσετε για οσα περάσατε με τους άλλους ή να θέλετε να τα κρύψετε. Όμως το να μοιραστείτε την εμπειρία σας με κάποιο δικό σας άτομο σίγουρα θα βοηθήσει.

Ίσως ν' αναρωτιέστε αν ο σύντροφός σας σας δέχεται και σας επιθυμεί όπως πριν. Πολλές γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή μπορούν να σας διαβεβαιώσουν πως η επέμβαση δεν επηρέασε καθόλου τη σχέση τους και σε μερικές περιπτώσεις

την καλλιτέρευσε.

Τις περισσότερες φορές τόσο η διάγνωση όσο και η επέμβαση προκαλούν έντονα συναισθήματα φόβου, θυμού, απελπισίας, θλίψης, οργής. Η θλίψη που προκαλεί η απώλεια, η κάθε απώλεια, είναι συχνά έντονη και ανεξέλεγκτη. Όταν όμως το χάσιμο ενός "μέλους" οδηγεί στο να κερδίσει κανείς τη ζωή του, αυτό και μόνο μήπως είναι αρκετό να σας βοηθήσει ν' αποδεχτείτε αυτή την πραγματικότητα;¹⁴

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος που προσβάλλει τις γυναίκες στην ηλικία των 50-59 ετών, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό στην αγροτική και ημιαστική περιοχή.

Κύριος αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι η πλούσια σε λίπος διαίτα. Αυτός ο παράγοντας ενοχοποιεί και παράλληλα δικαιολογεί την μεγίστη προσβολή από τη νόσο στις γυναίκες με πρόωρη εμμηναρχή (κάτω από 12 ετών) και αργοποιημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50) λόγω της υψηλής παραγωγής οιστρογόνων από τον οργανισμό.

Με την κακή διατροφή εξάλλου, σχετίζεται άμεσα και η ύπαρξη καρδιακών νοσημάτων και νόσων του πεπτικού συστήματος στους ασθενείς με καρκίνο μαστού.

Ασθενείς με βεβαρυμένο με καρκίνο οικογενειακό ιστορικό προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο, γεγονός που επιβεβαιώνει μια κληρονομική προδιάθεση. Αυτή οφείλεται ή στην ύπαρξη ενός γονιδίου που μεταβιβάζεται με κάποιο αυτοσωματικό τρόπο ή στην είσοδο ενός ογκογόνου ιού στα χρωμοσώματα.

Τα γυναικολογικά προβλήματα με βασικότερες την ινοκυστική μαστοπάθεια και τις ολικές υστερεκτομές επιβαρύνουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό την υγεία των γυναικών και τις κατατάσσει στην κατηγορία υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου.

Οι έγγαμες προσβάλλονται περισσότερο από τη νόσο. Το

αποτελέσμα αυτο συνδέεται άμεσα με το stress και τα γυναικολογικά προβλήματα κυρίως όμως με την ηλικία της πρώτης εγκυμοσυνης.Γυναίκες με πρώτη τεκνοποίηση σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών έχουν σχετικό κίνδυνο προσβολής κατά 2/3 μικρότερο απο αυτές που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία 30 ετών.

Ο θηλασμος δεν έχει καμία σχέση με το καρκίνο του μαστού γεγονός που επιβεβαιώνει τη σχέση της νόσου μάλλον με τη τεκνοποίηση παρά με το θηλασμό.

Το κάπνισμα και το αλκοολ φαίνεται ότι δεν ευθύνονται για την ανάπτυξη της νόσου.Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι το κάπνισμα προκαλεί ινοκυστική μαστοπάθεια και η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κίνδυνο στο ατομικό ιστορικό για την προσβολή από τη νόσο. Απ' την άλλη μεριά η υπερβολική λήψη αλκοολ αυξάνει κάπως τα ποσοστά προσβολής από την ασθένεια. Η ασθενής όμως αυτή αύξηση δεν μπορεί να συγκριθεί με τα μεγάλα ποσοστά αύξησης της ασθένειας.-

SUMMARY and CONCLUSIONS

Breast cancer is the most common cancer in women between the ages of 50-59 yrs and it is most prevalent in rural and sub-urban areas.

The most important casual factor in the development of breast cancer is fat rich diet. This factor is responsible for, and explains the high prevalence of this disease in women with early menstruation (<12 years) and late climax (>50 years). This is as a result of high estrogen levels.

The occurrence of cardiovascular problems and diseases of the gastrointestinal system in patients with breast cancer is related to bad dietary habits.

Patients with family history of cancer are more likely to develop the disease. This fact conforms the hereditary predisposition of the disease. This is due either the entrance of a gene which is transmitted in an autosomic way or the entrance of a viral oncogene in the chromosomes.

Various gynecological problems, mainly Fibrocystic mastopathy affects considerably the health of a high rich group for the development of this disease.

Married women are more susceptible to the disease. This fact is directly related to stress and to various gynecological problems, but more important is the role of age and first pregnancy. Women with first pregnancy

at an age lesser than 20yrs old have relatively low risk, about 2/3 lesser risk than those who have their first child after the age of 30yrs and above.

Breast feeding has no casual relationship with breast cancer neither does smoking. Smoking, however, causes Fibrocystic mastopathy which is a risk factor as long as personal history is concerned, in the development of the disease. On the other hand, the excessive use of alcohol, increases the percentage of occurrence of the disease. However, this small increase cannot be compared with the large percentage of the increase of the disease.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Φύλλο: Άρρεν

Θήλυ

Ηλικία:

Τόπος γέννησης:

Επάγγελμα:

Εγγαμος:

Άγαμος:

Χήρος:

Διαζευγμένος:

A) Οικογενειακό Ιστορικό:

B) Ατομικό Ιστορικό:

Γ) Συνήθειες

1) Κάπνισμα:

2) Διατροφή - Οίνοπνευματώδη:

3) Άσκηση:

4) Άλλα

Δ) Γυναικολογικό Ιστορικό:

1) Εμμηνος ρήση: Έναρξη:

Λήξη:

2) Χαρ/κά περιόδου:

3) 1η εγκυμοσύνη:

4) Αποβολές:

5) Αμβλώσεις:

6) Παιδιά:

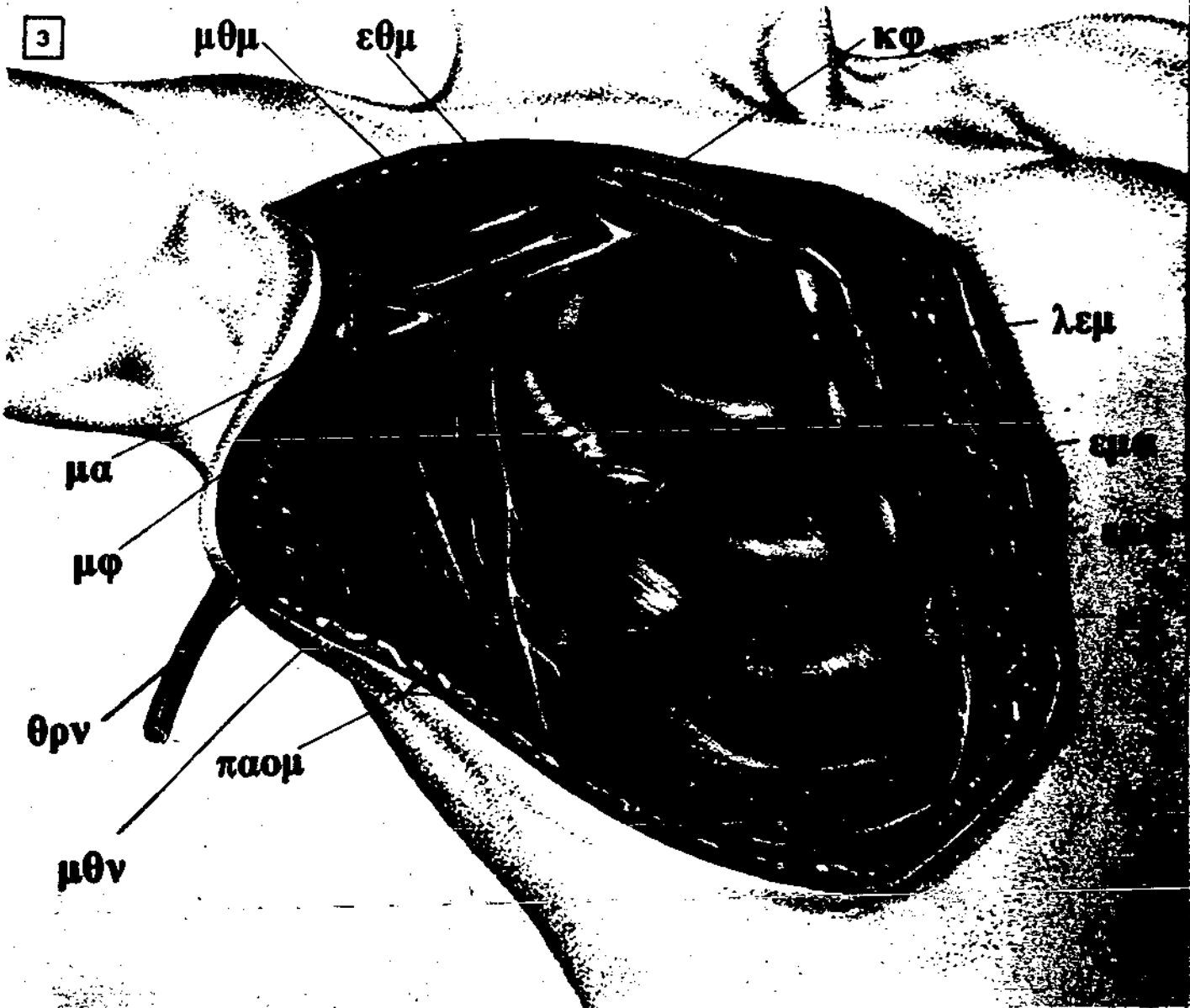
7) Θηλασμός:

8) Αντισύλληψη

9) Γυναικολογικά προβλήματα.

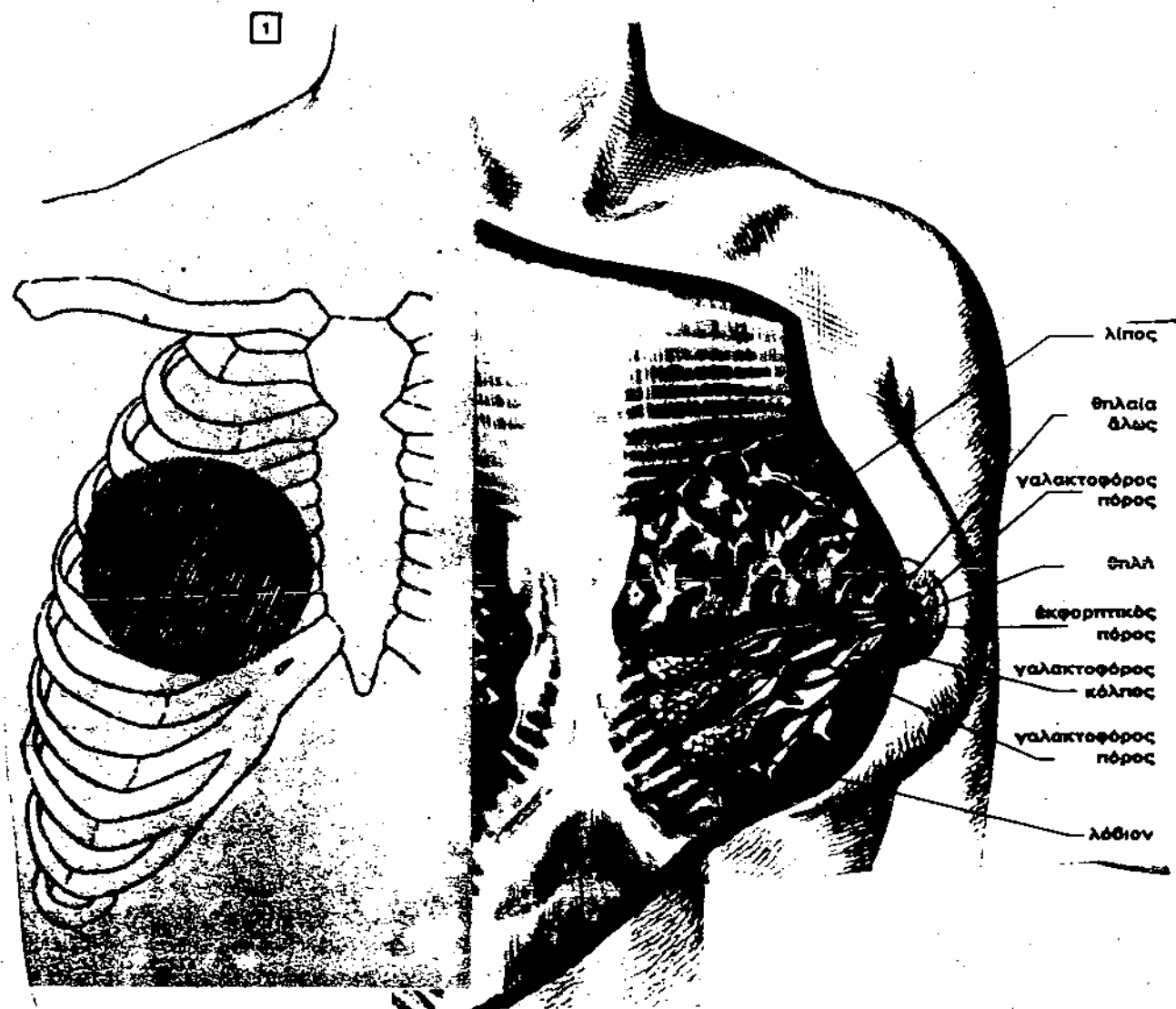
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

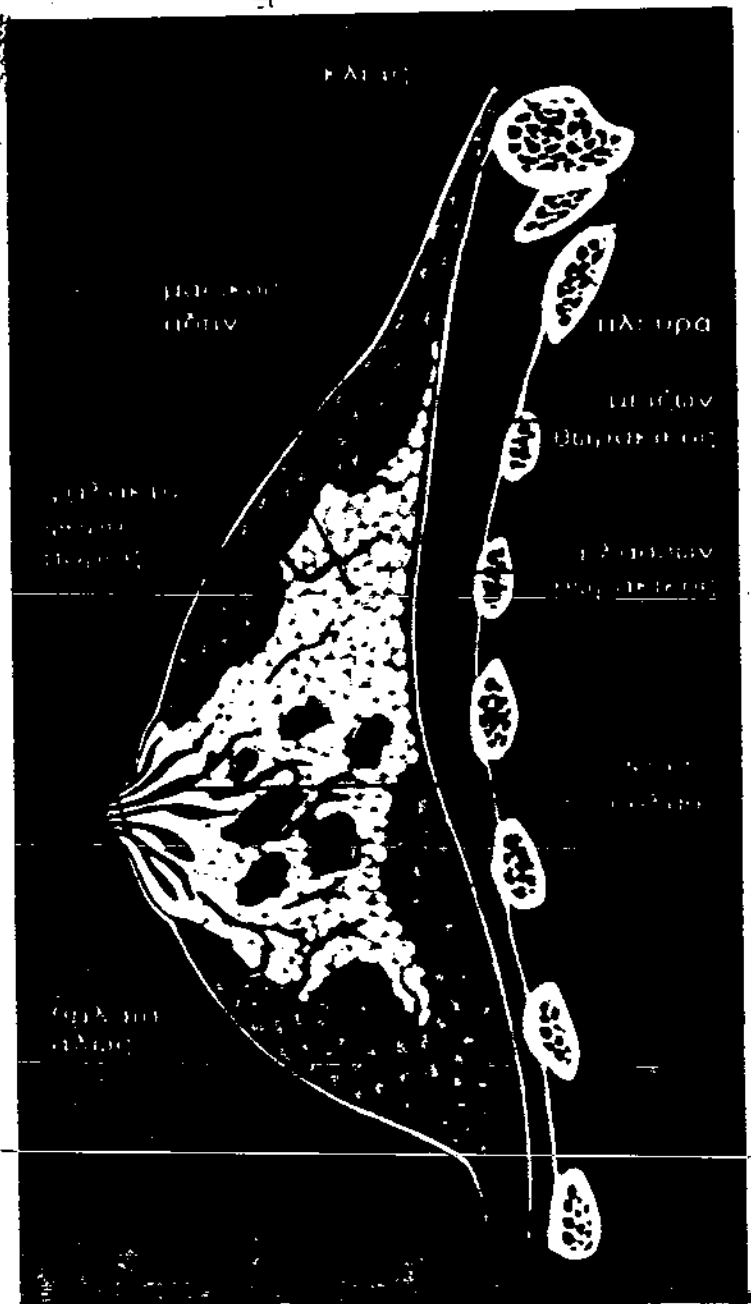


ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

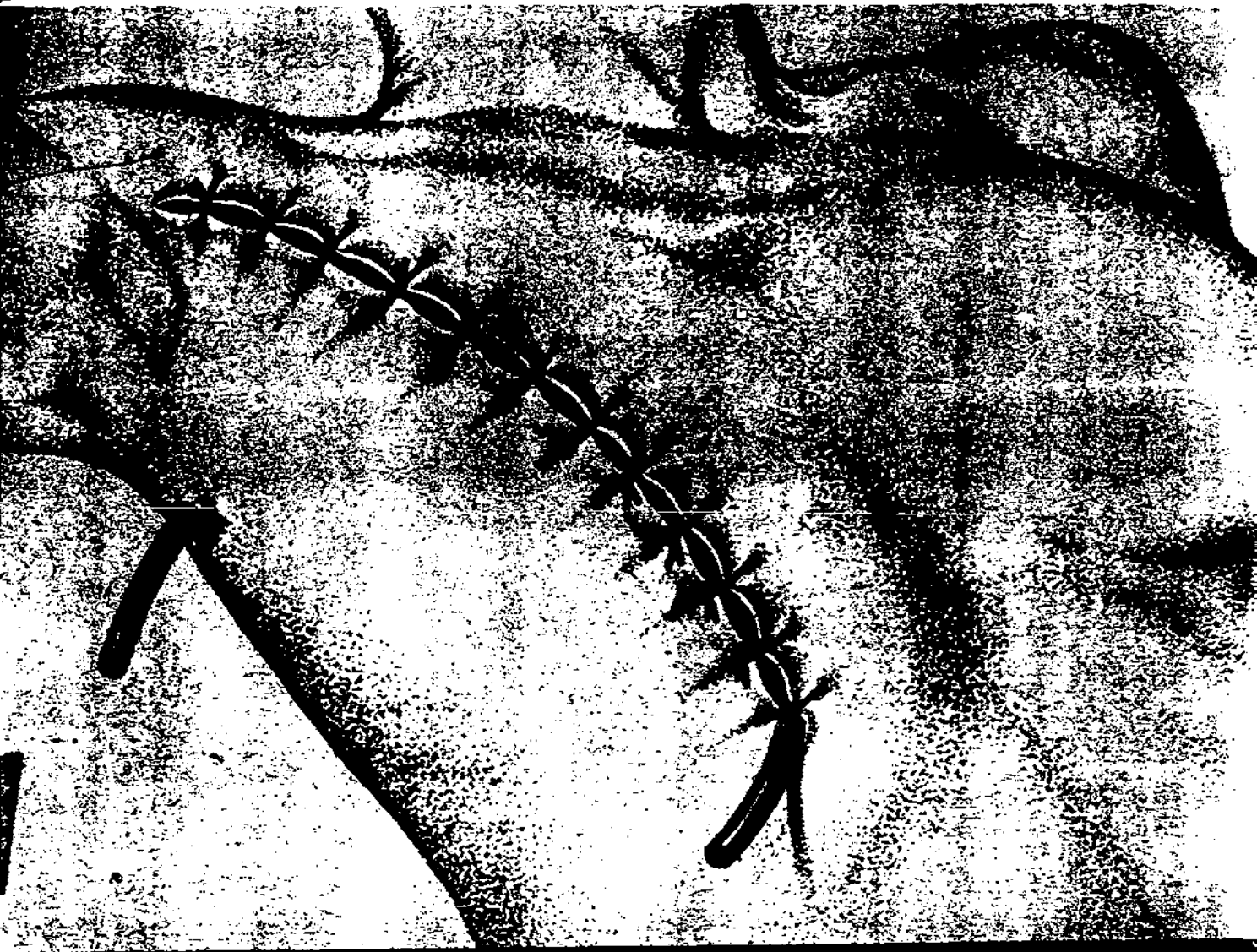
Ο ΜΑΣΤΟΣ ΕΧΕΙ ΑΦΑΙΡΕΘΕΙ ΚΑΙ ΕΧΕΙ ΕΚΚΕΝΩΘΕΙ Η ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΑΣΧΑΛΗΣ



Ο ΚΥΚΛΟΣ ΜΕ ΤΙΣ ΚΟΚΚΙΝΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΔΕΙΧΝΕΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΥ ΚΑΤΑΛΑΜΒΑΝΕΙ Ο ΜΑΣΤΟΣ ΕΠΑΝΩ ΣΤΟ ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΤΟΙΧΩΜΑ.
Ο ΜΑΣΤΟΣ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΕΙ ΤΟΜΕΣ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΑ ΕΠΙΠΕΔΑ



ΜΑΣΤΟΣ ΣΕ ΟΒΕΛΙΑΙΑ ΤΟΜΗ (ΚΟΜΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΕΜΠΡΟΣ ΠΡΟΣ ΤΑ ΠΙΣΩ)



ΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.

ΣΤΟ ΚΑΤΩ ΜΕΡΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΕΧΕΙ ΤΟΠΟΘΕΤΗΘΕΙ ΕΝΑΣ ΑΚΟΜΗ ΣΩΛΗΝΑΣ
ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Γ. Β. ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ. "Έρευνα για τη στάση και συμπεριφορά του κοινού έναντι του καρκίνου(1987)". Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1988.σελ.1.
2. ΔΡ. ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΡΑΓΙΑ "Συμβολή της Νοσηλευτικής στην έρευνα του καρκίνου".Μάχη και ελπίδα. Τεύχος 26.Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα- Μάρτιος 1989. σελ. 6-8.
3. AMERICAN NURSES ASSOCIATION" The nurse in Research ANA Guidelines of Ethical Values". American Nurses Association. New York 1968. p.p 183-188
4. ΗΑΣΚΕΙΤΗ-NANCY. "Πρακτικός Γυναικολογικός οδηγός". Τόμος 1ος. Εκδόσεις "ΓΑΛΛΙΟΣ". Αθήνα 1985. σελ. 97
5. Δ. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΗΣ, Ρ. ΜΑΙΣΟΝΝΕΥΕ, Μ. ΚΟΓΕΒΙΝΑΣ. "Θνησιμότητα απο κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα 1960-1985. Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας Καρκίνου, Τμήμα Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο ΧΑΡΒΑΡΝΤ, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1990. σελ. 1,26
6. I. A. ANDERSON and SCHIODT "On the concept at carunoma of the breast". Pathlol. Res. Pract. 166. N. Y. 1980 P. P 407-414
7. ΝΙΚΟΣ Α. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ "Γυναικολογική ογκολογία". Τόμος

λος. Εκτύπωση Φωτοτυπωτική Θεσσαλονίκη 1987. σελ.2

8. LAWRENCE W. WAY. "Current Surgical Diagnosis and Treatment". Seventh Edition. Lange Medical Publications. Los Altos. California 1985. p.p 254-55

9. Α. ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ - ΜΟΥΖΑΚΑ "Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού". Ιατρική 1985. Τόμος 47. Τεύχος 3. Μηνιαία Έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών. Μάρτιος - Αθήνα 1985. σελ. 6-11.

10. T. R. HARRISON "Εσωτερική Παθολογία. Τόμος 1ος. Έκδοση 10η. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός. Αθήνα 1986. σελ. 1048-1059

11. ΚΑΡΒΕΛΑΣ Φ. "Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού". Ιατρική 1985. Τόμος 57. Τεύχος 1. Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών. Αθήνα - Ιανουάριος 1985. σελ. 25-29.

12. P. KEANE, K. SIKORA, J. WAXMAN and C. B. WOOD "Treatment of cancer". Second edition. Edited by Karol Sikora and Keith E. Halman. Published in U.S.A by Van Nostrand Reinhold. N.Y. 1990. p.p 369-371

13. S. KARGER, AG. BASEL. "Oncology 1990". Vol 47. Department of social medicine and clinical epidemiology. University of Cothornburg Vasta Frolunda. Sweden 1990. P.P. 369-375

14. **ΚΑΝΝΑΒΟΣ Ι. ΣΤΑΘΗΣ, Ε. ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ, Ε. ΝΙΚΟΛΑΟΥ** Εκ-
λαικευμένη ιατρική εγκυκλοπαιδεια. Διεύθυνση-Έκδοση Ι.
Χρ. Γιαννικός. Κρατικές επιστημονικές εκδόσεις. Αθήνα
1961. σελ. 701-708.
15. **Β. ΛΙΣΣΑΙΟΣ** "Επιδημιολογία και αιτιολογία του καρ-
κίνου του μαστού". Ελληνική Χειρουργική. Τόμος 56. Τεύχος
1. Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα-Ιανουάριος 1984. σελ. 15-20
16. **Β. ΛΙΣΣΑΙΟΣ** "Πληθυσμιακές αλλαγές συχνότητας δια-
φόρων ιστολογικών τύπων του καρκίνου του μαστού και η
πιθανή αιτιολόγησή τους". Ελληνική Χειρουργική. Τόμος 58.
Τεύχος 3. Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα- Μάρτιος 1986. σελ.
27-28
17. **R. HOOVER, C.M. WILLIAMS** "Risk of contralateral breast
cancer in Demark 1945-1980. Plasma lipids and prolactin
in patients with breast cancer". The British journal of
cancer. Τόμος 45. Τεύχος 9. Cancer Research campaign. Scie-
ntific and Medical Macmillan press L.T.D. Αθήνα- Σε-
πτέμβριος 1986. σελ. 434-446
18. **ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α.Α.** "Risk Factors for breast cancer".
Ιατρική. Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών. Τόμος
49. Τεύχος 1. Αθήνα- Ιανουάριος 1986. σελ. 7-12
19. **ΜΠΙΚΑΣ Ν.Α** "Προλακτίνη και καρκίνος του μαστού". Νοσο-
κομειακά χρονικά. Τόμος 49 . Τεύχος 3. Ιατρικές εκδόσεις.
Αθήνα - Μάρτιος 1987. σελ. 216-225

- 20Α. ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ -ΜΟΥΖΑΚΑ "Μαστός και χάπι". Ιατρική.
Τόμος 47. Τεύχος 5. Μηνιαία έκδοση εταιρείας Ιατρικών
σπουδών. Αθήνα-Μαίος 1985.σελ.3-4
21. ΝΟΜΙΚΟΣ Ι.Ν. "Η φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού".
Ιατρική. Μηνιαία έκδοση εταιρείας Ιατρικών σπουδών. Τόμος
47. Τεύχος 2. Αθήνα -Φεβρουάριος 1985.σελ. 27-32
22. OLSSON H, MOLLER T.R, RANSTAM J. et all "Breast cancer
and the pill". The British journal of cancer. Volume 59.
No 6. Research campaign Scientific and Medical Macmil-
lan Press L.T.D. June 1989. p.p 834-840
23. KAY C.R. & HANNAFORD, P.C. "Breast cancer and the pill
A further report from the Royal college of general
practicioncers' and contraception study". The British
journal of cancer. Volume 58. No 5. Research campaign
Scientific and medical Macmillan Press L.T.D. May 1988.
P.P 675-678
24. K. KATSOUYANNI, D. TRICHOPOULOS, P. BOYLE at all.
"Risk of breast cancer among Greek women in relation
to nutrient intake. Cancer .Vol 61.No 1. January 1988.
p.p 181-185
25. K. KATSOUYANNI, D. TRICHOPOULOS, P. BOVLE et al.
"Diet and breast cancer". A case control study in
Greece. Int.J. Cancer. Vol 38.No 3. March 1986. p.p. 815-
820

26. Α. ΠΑΠΑΤΕΣΤΑΣ, ΣΤ. ΒΑΣΙΛΑΡΟΣ, Β. ΛΙΣΣΑΙΟΣ. "Ο ρολός της λιπιδαιμίας στην πρόγνωση, γένεση και εξέλιξη του καρκίνου του μαστού." Ιπποκράτης. Τόμος 10. Τεύχος 8. Αθήνα- Αύγουστος 1982.σελ. 99-103
27. Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, ΣΤ. ΒΑΣΙΛΑΡΟΣ. "Πολυπαραγοντική μελέτη στον καρκίνο του μαστού. Συμβολή των ψυχολογικών μεταβλητών". Ελληνική Ογκολογία. Τόμος 24. Τεύχος 1. Τριμηνιαία έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα Ιαν.-Μάρτιος 1988.σελ. 30-34
28. CHOI N.W, WOME GR, MILTER AB "An epidemiology study of breast cancer". Am J. Epidemiol. Vol 107. No 10. N.Y. October 1978. p.p. 510-517
29. ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α.Α. "Στοιχεία Ειδικής Παθολογικής Ανατομικής". Έκδοση 3η. Εκδόσεις Π.χ. Πασχαλίδη. Αθήνα 1978. σελ. 269-271
30. Ν.Ι. ΑΓΝΑΝΤΗ, Ε. ΜΑΧΑΙΡΑ, Λ. ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΜΟΥΖΑΚΑ, Δ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΠΑΡΙΣΗ. "Αξιολόγηση της αγγειακής διήθησης στον καρκίνο του μαστού". Ιατρική. Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών. Τόμος 48. Τεύχος 3. Αθήνα-Μάρτιος 1985.σελ. 53-57
31. Ι.Ν ΝΟΜΙΚΟΣ "Η φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού". Ιατρική. Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών. Τόμος 47. Τεύχος 2. Αθήνα-Φεβρουάριος 1985.σελ. 12-17
32. Χ.Ε. ΚΑΖΛΑΡΗΣ. "Παθολογία νεοπλασμάτων". Έκδοση 2η Ιατ-

ρικές εκδόσεις Λεοντιάδη. Αθήνα 1975. σελ. 104-110

33. L.E. HUGHES, R.E. MAUSEL, D.J. WEBSTER. "Benign Disorders and diseases of the breast". Bailliere Tindall 1989. England. Printed in Hong-Kong. p.p 221-225

34. Γ. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ "Καρκίνος Μαστού". Νοσοκομειακά χρονικά. Τόμος 49. Τεύχος 2. Τριμηνιαία έκδοση της ένωση επιστημονικού Προσωπικού Θεραπευτηρίου "Ο Ευαγγελισμός". Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Αθήνα - Φεβρουάριος 1987. σελ. 122-123

35. M. ARIEL. "Progress in clinical cancer". Τόμος 1ος. Grune and strattor publishers. New York-London 1970. p.p. 510-513

36. Π. ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ. Χειρουργική. Τόμος 1ος. Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα 1987. σελ. 343-354

37. S. KOSCIELENEY, M.G. LE 8' M. TUBIANA. "The natural history of human breast cancer. The relationship between involvement of axillary lymph nodes and the initiation of distant metastases". The Br. J. Cancer. Volume 59. No 3. Cancer Research Campaign Scientific and Medical Machmillan Press L.T.D. March 1988. p.p. 775-782

38. CLAUDIA WALLIS "A Puzzling plague What is it about the American way of life that cause breast cancer?" TIME. Τόμος 137. Τεύχος 2. Εβδομαδιαία έκδοση. Magazine company principal office. New York. January 1991. p.p. 343-354

39. CLARK, CUMLEY. Yeark book of cancer. Medical Publishers.
Houston -Texas 1970. p.p 75-95
40. Σ. ΑΝΟΥΣΗΣ, Ε. ΣΤΕΦΑΤΟΥ, Χ. ΜΑΝΘΑΣ, Σ. ΚΟΥΤΣΙΚΟΣ. "Στατιστικές παρατηρήσεις επί του καρκίνου του μαστού." Ιατρ. Χρονικά. Τόμος 6. Τεύχος 1. Μηνιαία έκδοση Εταιρείας Ιατρικών σπουδών. Αθήνα - Ιαν. 1983. σελ. 33-35
41. Ι. Γ. ΓΚΟΓΚΑΣ, Χ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ "Ο αμφοτερόπλευρος πρωτοπαθής καρκίνος του μαστού". Ιατρική. Τόμος 47. Τεύχος 3. Μηνιαία έκδοση εταιρείας Ιατρικών σπουδών. Αθήνα - Μάρτιος 1983. σελ. 44-46
42. Λ. ΤΣΟΥΚΑΣ "Η συντηρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Εμπειρίες και προσχεδιασμένες μελέτες τυχαίας διαμόρφης". Ελληνική Ιατρική. Τόμος 54. Τεύχος 9. Διμηνιαία έκδοση. Εκδόσεις: University Studio Press. Αθήνα - Σεπτέμβριος 1988. Σελ. 311-321.
43. Ι. Γ. ΓΚΟΓΚΑΣ "Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Δεκαπέντε χρόνια πείρα στο λαϊκό νοσοκομείο" Ιατρική. Τόμος 48. Τεύχος 5. Μηνιαία έκδοση εταιρείας Ιατρικών σπουδών. Αθήνα - Μαΐος 1986. σελ. 39-43
44. Κ. ΓΚΑΡΜΑΤΗΣ "Η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Σύγχρονες αντιλήψεις". Ιατρική. Τόμος 47. Τεύχος 2. Μηνιαία έκδοση εταιρείας Ιατρικών σπουδών. Αθήνα - Φεβρ. 1985. σελ. 33-38

45. BLOODGOOD J.C.: Discussion of paper by Tront H.H:

"The remaining breast after radical removal of the opposite side for carcinoma". J. South Surg. A. Vol. 34 No 4. N.Y.-April 1982. p.p. 223-227

46. P. STRAX. "Mass screening for control of breast cancer". Cancer. Vol. 53, No 4. Medical Publications. N.Y 1984. p.p 665-670

47. Ε. ΓΙΩΤΗΣ. "Προφυλακτική χημειοθεραπεία στον εγχειρησιμο καρκίνο του μαστού. Εναρξη μετά η πριν από την εγχείρηση". Ιατρική. Τόμος 45. Τεύχος 1. Μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών. Αθήνα-Ιανουάριος 1983. σελ. 27-32

48. ΔΡ. ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΠΛΑΤΗ "Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στον καρκίνο του μαστού". Νοσηλευτική. Τεύχος 10. Τριμηνιαία έκδοση του ΕΣΔΕΝ. Ιατρικές εκδόσεις "ΒΗΤΑ". σελ. 62-73
Ιανουάριος - Μάρτιος 1991.

49. HAAGENSEN C. "Diseases of the breast". 2nd edition. Philadelphia, W.B Saunders company 1979. σελ. 78-80

50. ROPER N, LOGAN W, TIERNEY A. "The elements of nursing". Edinburg, Churchill Livingstone 1980. p.p. 70-72

51. CASSILETH B. "The cancer patient". Philadelphia Lea and Febiger 1979. σελ. 80-93

52. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ "columbia" στο θεραπευτήριο "ο

Ευαγγελισμός". "Ένα μήνυμα για σας". Αθήνα 1975.σελ.20-
-28.

53. PHIPPS W, LONG B, WOODS N. "Medical Surgical Nursing-
-concepts and clinical practice. St. Louis. The C.V Mosby
C.O. 1979. p.p 87-89.

54. HAAGENSEN C. "Diseases of the breast". 2nd edition. W.B.
Saunders company. Philadelphia 1979. σελ. 97-101

55. TURNER J. et al "Does a book let on breast self-exami-
nation improve subsequent detection". Lancet II. Vol 337.
Sept. 1984 p.p. 110-121.

56. FOSTER R.S., LAND S.P, CONTANGA M.D. et al "Breast self
-examination practices and breast cancer stage". N. Engl.
J. Med. Vol 229. London 1978. p.p. 265-267

57. MOSKOWITZ M. "Mammography to asymptomatic women of
breast cancer. Am J. Roentgenol. Vol 143. Medical Publi-
shers. N.Y. 1984. p.p. 457-460

58. MILLER A.B. "The national breast screening study".
Proceedings of a symposium held in Toronto. Canada-
October 1983.

59. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ. "Ψυχολογική προσέγγιση
ατόμων με καρκίνο". Έκδοση 1η. Εκδόσεις "ΦΛΟΓΑ". Αθήνα
1986. σελ. 48-67.

60. CLAUD B. BAHNSON "Characteristics of a psychotherapeutic treatment program for cancer prevention and detection of cancer". Part I. Vol. 2. Edited by H.E. Nieburgs Marcel Dekker. New York 1978. p.p. 110-112
61. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν. "Πρακτική Μαστολογία". Έκδοση Ιη. Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα 1978. σελ. 100-105
62. SENNE T.R., ROSEN P.P, LESSER M.L, "Epidemiology of breast carcinoma II Factors related to the predominance of left-sided disease". Cancer. Volume 46. No 3. Medical Publications. N.Y. 1980. p.p. 1705-1713
63. SHERMAN B.M, KORENMAN S.G. "Inadequate corpus Luteum Function: A pathological interpretation of human breast cancer epidemiology". Cancer. Volume 33. No 5. Medical Publications. N.Y. 1974. p.p. 1306-1307
64. MAC MAHON, COLF P., BROWN J.P. et al. "Urine estrogens profiles of Asian and North American women". Internal J. Cancer. Volume 14. No 1. N.Y. 1974. p.p. 161-163
65. MAC MAHON B. COLEP, LINTLI et. all: "Age at first birth and breast cancer risk". Bulletin W.H.O. Volume 33. No 4. N.Y. 1970. σελ. 209-221
66. DAVID P. WINCHSTER "The diagnosis and Management of breast cancer, clinical Gynecology". Volume 1. No 26. Copyright by J.B. Lippincott company. Philadelphia - U.S.A 1981. p.p. 1-10

67. HENDERSON B.E, DIKE M.K., GRAY G.E "The epidemiology of breast cancer". In: Hoogstraten B, Mc Divitt R.W. (eds). Breast cancer. Boca Raton, Fla: C.R.C. Press. 1981. p.p 7-10
68. DOUGLAS J., MARCHANT M.D. "Epidemiology of breast cancer. Clinical obstetrics and Gynecology". Cancer. Volume 25 No 6. N.Y- June 1982. P.p. 100-104
69. MARY E., CONSTANZA MD. "The medical management of breast cancer". Clinical obstetrics and Gynecology cancer. Vol 25. No 2 . N.Y.-June 1982. p.p 100-104.
70. WINCHESTER DAVID "The diagnosis and Management of breast cancer". SUARA Gynecology and obstetrics cancer. Vol 1. No 4 . U.S.A - April 1981. P.p. 110-112.
71. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ. "Μάχη και ελπίδα". Τεύχος 31. Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής αντικαρκινικής εταιρείας . Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα - Ιούλιος 1990. σελ. 90-94.
72. ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΩΝ-ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου". Υπηρεσία επίσημων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. L-2985. Luxembourg. Μάρτιος 1988. σελ. 70-75.
73. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ "Μάχη και Ελπίδα". Τεύχος 32. Τριμηνιαία έκδοση της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας . Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα-Σεπτέμ-

Βριος 1990.Σελ.90-92.

74.Β. ΛΙΣΣΑΙΟΣ "Ο καρκίνος του μαστού".Ενημερωτικό φυλλάδιο της Ελληνικής Αντικαρκινικής εταιρείας.

