

Τ.Ε.Ι. : ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική Ερευνητική Εργασία με Θέμα :
"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ : ΠΡΟΛΗΨΗ"

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία, Δρ Νοσηλευτικής

Επιτροπή εγκρίσεως Πτυχιακής εργασίας :

1. Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
- 2.
- 3.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
ΓΚΙΩΝΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΧΡΥΣΑΝΘΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία.

Πάτρα 14 - 1 - 1994.



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	958
----------------------	-----



" Αυτή την εργασία την αφιερώνουμε στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο μαστού και δεν έχασαν την Ελπίδα. "

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αποτελεί ως γνωστόν το τελικό στάδιο των σπουδών μας στο τμήμα της Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Φυσικά ένας βασικότερος σκοπός της είναι η λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής. Θα ήταν όμως λάθος αν τη θεωρούσαμε μόνο ως αναγκαίο μέσο λήψης πτυχίου. Ετσι για μας αποτέλεσε μια μοναδική ευκαιρία για αναλυτική εξέταση και κατανόηση ενός ενδιαφέροντος ιατρικού θέματος, και ουσιαστικά είναι ο "καθρέπτης" της φοίτησης μας στα Τ.Ε.Ι. και στο χώρο του Νοσοκομείου. Ομως η σπουδαιότητα της δεν έγκειται μόνο στα γνωστικά οφέλη, που αποκομίσαμε αλλά και στην προσπάθεια προσέγγισης, με βάση τα προσωπικά μας κριτήρια, αλλά και βοηθούμενοι φυσικά από την σχετική βιβλιογραφία. Ακολουθήσαμε ένα γενικό πλαίσιο παρουσίασης ιατρικών θεμάτων σύμφωνα με αυτά που διδαχθήκαμε κατά την φοίτηση μας, και θέλουμε να πιστεύουμε, ότι κάναμε την καλύτερη δυνατή προσπάθεια.

Όσον αφορά την επιλογή του θέματος, πιστεύουμε ότι ο "καρκίνος του μαστού" είναι ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα και αρκετά επίκαιρο. Η σημαντικότητα της νόσου, η ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει από την φύση της, αλλά και οι προοπτικές που υπάρχουν από τον τομέα της πρόληψης ήταν για μας ερεθίσματα που άξιζε ο καθένας να ερευνήσει. Πράγματι ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών που προσέρχονται καθημερινά στα Νοσοκομεία, έχουν την ατυχία να βρίσκονται σε προχωρημένες μορφές καρκίνου και έχουν το "τραγικό προνόμιο" να γνωρίζουν ότι η επιβίωση τους θα περιορισθεί σε λίγους μήνες, χωρίς ίσως να έχουν υποψιαστεί κάτι κατά το πρόσφατο παρελθόν.

Είναι πράγματι κρίμα να πεθαίνει κανείς, ενώ ήταν δυνατόν να επιζήσει. Η σωστή ενημέρωση και πρόληψη είναι ικανή να μειώσει αισθητά το ποσοστό θνησιμότητας. Ετσι πρώτη μας φροντίδα, πρέπει να είναι η μαζική ενημέρωση και προς αυτό το σκοπό εντάσσεται η παρακάτω εργασία μας.

Θεωρούμε ηθική υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνο καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία για την προσφορά βιβλιογραφικού υλικού καθώς επίσης και τους διδάσκοντες ιατρούς και καθηγήτριες νοσηλευτικής για τα γνωστικά οφέλη που αποκομίσαμε στο χώρο του Τ.Ε.Ι. και του νοσοκομείου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

¶ ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
¶ ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Ιστορική αναδρομή του νοσήματος.	9
Στοιχεία Ανατομίας του μαστού.	15
Στοιχεία Φυσιολογίας του μαστού.	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Αιτιολογικοί Παράγοντες.	22
Στάδια καρκίνου του μαστού.	31
Κανόνες της ταξινόμησης.	32
Ταξινόμηση T.N.M.	33
Παθολογοανατομική ταξινόμηση.	35
Σταδιοποίηση κατά ομάδες.	36
Κλινική σταδιοποίηση κατά Columbia.	38
Παθολογική Ανατομία - Ιστολογία του Ca μαστού.	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Εξέταση του μαστού.	42
Κλινική εικόνα - Συμπτωματολογία.	45
Διαγνωστικές εξετάσεις.	47
Διαφορική διάγνωση.	54
Μεταστάσεις - Οδοί μεταστάσεων.	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Πρόγνωση.	57
Καρκίνος μαστού στον άνδρα.	60
Καρκίνος μαστού και εγκυμοσύνη.	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Θεραπεία καρκίνου μαστού.	62
Χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού : στάδιο I και II.	62
Μη χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού : στάδιο III.	66
Προγνωστικοί παράγοντες του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού.	67
Προχωρημένος καρκίνος μαστού με μακρινές μεταστάσεις : στάδιο IV.	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Αποκατάσταση λειτουργικότητας μετά από μαστεκτομή.	77
Αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή.	78
Τεχνικές αποκατάστασης του μαστού.	79
Φυσιοθεραπευτική παρέμβαση.	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Ο νοσηλευτής-τρια στη φυσική προεγχειρητική προετοιμασία ασθενούς με καρκίνο μαστού.	85
Μετεγχειρητική αγωγή.	87
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.	88
Συμβολή του Νοσηλευτή-τριας στην ακτινοθεραπεία.	89
Συμβολή του Νοσηλευτή-τριας στην χημειοθεραπεία.	91
Συμβολή του Νοσηλευτή-τριας στην ορμονοθεραπεία.	91
Αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο μαστού - Ο ρόλος του Νοσηλευτή-τριας.	92
Συναισθηματική τόνωση της ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής της.	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

Πρόληψη.	96
Πρωτογενής πρόληψη.	96
Δευτερογενής πρόληψη.	97

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	107
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	108
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	161
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	164
SUMMARY	165

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	167
----------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΙΚΟΝΕΣ	172
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	190

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού, αναμφισβήτητα αποτελεί την πιο σοβαρή απειλή για τη ζωή της σύγχρονης γυναίκας. Η προσφορά υπηρεσιών στη γυναίκα με καοήθη νεοπλάσματα, είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το ιατρικό και νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η εργασία αυτή, έχει σαν στόχο να προβάλλει τη φύση του καρκίνου, όσον αφορά την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς και τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Επίσης να τονίσει το ρόλο της νοσηλεύτριας ως διαφωτιστή υγείας, σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και την σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασης.

Ομως η διευκρίνηση του όρου "καρκίνος" ίσως εδώ κρίνεται απαραίτητη. Η σύγχρονη αντίληψη για το κακοήθες νεόπλασμα, αναφέρει ότι είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής για τον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται με αργότερο ρυθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά. Για να γίνει ένα νέο νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο τουλάχιστον ένα εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από πεντακόσια περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται, ώστε από αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματισθεί το ογκίδιο αυτό, και είναι δέκα μήνες περίπου. Έτσι εξηγείται γιατί περνούν πολλά χρόνια από την αρχή του νεοπλάσματος μέχρι να γίνει αυτό αισθητό με τον όγκο και τα συμπτώματα του.

Αν στο χρόνο αυτό, προστεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την μεταβολή των φυσιολογικών κυττάρων σε μη φυσιολογικά, κατανοείται το γεγονός ότι το νεόπλασμα έχει την πιο μακρόχρονη επώαση από 5 έως 20 χρόνια. Έχουμε λοιπόν πολλά περιθώρια για να διοργανώσουμε προσυμπτωματικό έλεγχο και να διαγνωσθεί έγκαιρα ο καρκίνος, πριν ακόμη εμφανισθεί με τα βαριά συμπτώματα του.

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Τυπική ασθένεια του αιώνα μας ο καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό.

Οι κακοήθεις όγκοι είναι γνωστοί από την αρχαιότητα ακόμα γνωρίζουμε, ότι υπολείμματα του πρωτόγονου ανθρώπου για να μη μιλήσουμε για τις μούμιες της ιστορικής εποχής παρουσιάζουν αναμφίβολα και βέβαια σημάδια νεοπλασματικών παθήσεων. Η συχνότητα στη διάγνωση όγκων αυξάνει συνεχώς χάρη στην καλύτερη διαγνωστική τεχνολογία και μεθοδολογία. Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί, με την διόγκωση και τη διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον κάβουρα της θάλασσας. Ακόμα η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος, όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία αναπτύξεως του κυττάρου δεν είναι παλαιότερη από 155 χρόνια. Ο Idiappes Muller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθης νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι : κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη και η συντομογραφία "Ca".

Στο πρώτο ήμισυ του περασμένου αιώνα ανακαλύφθηκε η σύσταση του κυττάρου, της στοιχειώδους αυτής μονάδας κάθε ζωντανού πλάσματος. Η μικροσκοπική εξέταση των όγκων έδειξε, ότι αποτελούνται από ένα σύνολο κυττάρων όπως και η φυσιολογικοί ιστοί.

Ηρθαν έπειτα οι ανακαλύψεις του Παστέρ, οι οποίες απέδειξαν, ότι η προσέλευση πολλών ασθενειών με άγνωστη αιτιολογία πρέπει να αναζητηθεί στην μόλυνση από κάποιο ζωντανό παθογόνο μικρόβιο. Ωστόσο χρειάστηκε να εγκαταλειφθεί η αρχική τάση να αποδίδεται ο καρκίνος σε μικρόβια ορατά στο μικροσκόπιο. Ετσι παρέμειναν ως πιθανοί ζώντες αιτιολογικοί παράγοντες μονάχα οι διηθητοί ιοί.

Καθώς εξακολουθούσε να προοδεύει παράλληλα με την φυσιολογία, η παθολογία προσανατολίσθηκε προς την αναζήτηση μιας βιοχημικής ερμηνείας της καρκινοματώσεως των κυττάρων, αφού πρώτα πέρασε από διάφορα στάδια : από την θεωρία των χυμών, την κυτταρική θεωρία, την παρασιτική θεωρία. Θα ήταν όμως σφάλμα να νομισθεί, μετά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ

Τυπική ασθένεια του αιώνα μας ο καρκίνος και ο καρκίνος του μαστού είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό.

Οι κακοήθεις όγκοι είναι γνωστοί από την αρχαιότητα ακόμα γνωρίζουμε, ότι υπολείμματα του πρωτόγονου ανθρώπου για να μη μιλήσουμε για τις μούμιες της ιστορικής εποχής παρουσιάζουν αναμφίβολα και βέβαια σημάδια νεοπλασματικών παθήσεων. Η συχνότητα στη διάγνωση όγκων αυξάνει συνεχώς χάρη στην καλύτερη διαγνωστική τεχνολογία και μεθοδολογία. Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί, με την διόγκωση και τη διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον κάβουρα της θάλασσας. Ακόμα η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος, όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία αναπτύξεως του κυττάρου δεν είναι παλαιότερη από 155 χρόνια. Ο Idiannes Muller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθης νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι : κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη και η συντομογραφία "Ca".

Στο πρώτο ήμισυ του περασμένου αιώνα ανακαλύφθηκε η σύσταση του κυττάρου, της στοιχειώδους αυτής μονάδας κάθε ζωντανού πλάσματος. Η μικροσκοπική εξέταση των όγκων έδειξε, ότι αποτελούνται από ένα σύνολο κυττάρων όπως και η φυσιολογικοί ιστοί.

*Όταν έπειτα οι ανακαλύψεις του Παστέρ, οι οποίες απέδειξαν, ότι η προσέλευση πολλών ασθενειών με άγνωστη αιτιολογία πρέπει να αναζητηθεί στην μόλυνση από κάποιο ζωντανό παθογόνο μικρόβιο. Ωστόσο χρειάστηκε να εγκαταλειφθεί η αρχική τάση να αποδίδεται ο καρκίνος σε μικρόβια ορατά στο μικροσκόπιο. *τσι παρέμειναν ως πιθανοί ζώντες αιτιολογικοί παράγοντες μονάχα οι διηθητοί ιοί.

Καθώς εξακολουθούσε να προοδεύει παράλληλα με την φυσιολογία, η παθολογία προσανατολίστηκε προς την αναζήτηση μιας βιοχημικής ερμηνείας της καρκινοματώσεως των κυττάρων, αφού πρώτα πέρασε από διάφορα στάδια : από την θεωρία των χυμών, την κυτταρική θεωρία, την παρασιτική θεωρία. Θα ήταν όμως σφάλμα να νομισθεί, μετά

από την χρονολογική απαρούθμιση με την οποία σχηματίσαμε την εξέλιξη των σχετικών γνώσεων μας, ότι οι νέες παθογενετικές θεωρίες εξαφάνισαν εντελώς τις προηγούμενες. Πραγματικά, κάθε θεωρία βασιζόταν αρχικά στην παρατήρηση, έπειτα όλο και περισσότερο σε πειραματικά δεδομένα.

Σήμερα μπορούμε να πούμε, ότι οι τρεις πρώτες θεωρίες περιείχαν κάποια δόση αλήθειας, ότι έχουν και σήμερα θιασώτες και ότι οπωσδήποτε οι σχετικές προς το θέμα αντιγνωμίες συντέλεσαν στην πρόοδο των γνώσεων.

Μπορεί να σκεφθεί κάποιος δικαιολογημένα, ότι η θεωρία που θα διατυπωθεί στο προσεχές μέλλον, όχι μόνο δεν θα περιορίσει τις άλλες στο μουσείο της ιστορίας της ιατρικής αλλά αντίθετα θα προκύψουν σωστά στοιχεία από την σύνθεση θετικών στοιχείων από τις προηγούμενες και τις καινούργιες έρευνες.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 26-28% όλων των καρκίνων της γυναίκας και το 18-19% των θανάτων γυναικών από καρκίνο. Υπολογίζεται ότι σήμερα μία στις 10-11 γυναίκες θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποιο χρόνο της ζωής της. Το 1985 στις Η.Π.Α. είχαμε 119.000 νέες περιπτώσεις και 40.383 θανάτους (έναντι αρχικών υπολογισμών 38.000) από Ca μαστού. Στον πίνακα 1.1 έχουμε μια εικόνα της εξέλιξης του καρκίνου μαστού στις Η.Π.Α. όπου αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου για τις γυναίκες 15-75 χρόνων, από καρκίνο, μετά τον Ca πνεύμονος. Στην Ελλάδα το 1978 καταγράφηκαν 1755 περιπτώσεις καρκίνου μαστού (1719 σε γυναίκες και 36 σε άντρες) που κάλυπταν το 10.7% στο σύνολο των κακοήθων όγκων, 0.4% των καρκίνων στο άνδρα και 24.3% των καρκίνων στη γυναίκα (πρώτη θέση στους κακοήθεις όγκους της γυναίκας). Ο αριθμός των θανάτων ανά 100.000 πληθυσμό με αποτύπωση ηλικίας ήταν για την Ελλάδα 11.6 το 1975 (750 θάνατοι) που αντιστοιχούσε στην 32η θέση σε 48 χώρες. Τη διετία 1974-75 ήταν 11.2 (32η θέση σε 46 χώρες). Τη διετία 1976-77 ήταν 15.1 (28η θέση σε 42 χώρες), τη διετία 1980-81 ήταν 17.4 (25η θέση σε 47 χώρες) και το 1982-83 ήταν 18 (30η θέση σε 50 χώρες). Η διαφενόμενη αύξηση πρέπει να αποδοθεί στην αύξηση των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού καθώς και στην καλύτερη καταγραφή των θανάτων αλλά το αποτέλεσμα είναι χαμηλότερο από τα επίπεδα που παρουσιάζονται διεθνώς, δεδομένου ότι ο αντίστοιχος για τις Η.Π.Α. ήταν 25.9 για το 1950-52, 26.6 για το 1980-82 και 26.7 για το 1982-83. Ομως είναι παραδεκτός αν λάβουμε υπ' όψη ότι ο αντίστοιχος αριθμός για την Ιαπωνία 6.2/100.000. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία και έτσι έχουμε λιγότερες από 80 περιπτώσεις στις 100.000 για τις ηλικίες 35-39 ενώ φτάνουμε στις 300 και 400 περιπτώσεις αντίστοιχα για τις ηλικίες 80 και 85. Η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης είναι η 20ετία 40-60.

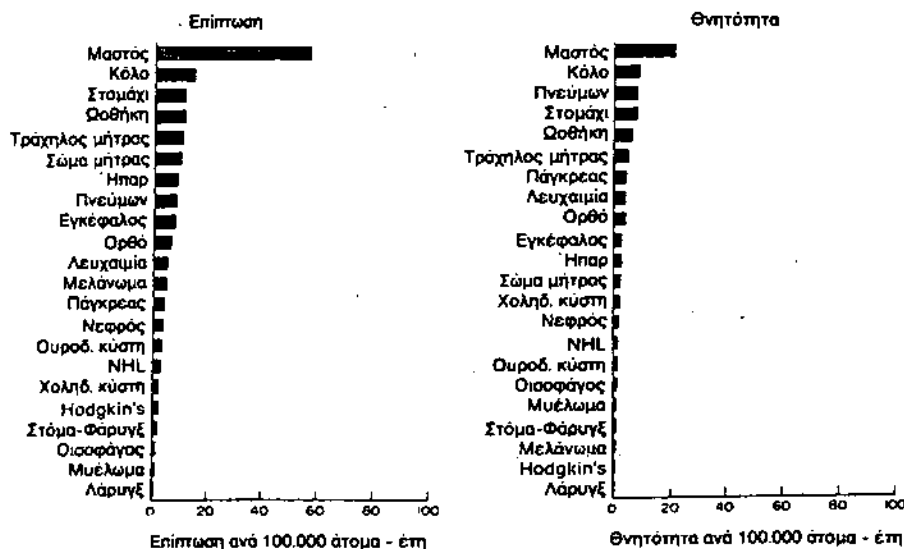
Πίνακας 1.1 Καρκίνος του Μαστού στις Η.Π.Α.				
Έτος	Υπολογιζόμενη % επίπτωση καρκίνου μαστού σε γυναίκες	Θάνατοι από καρκίνο μαστού % σε γυναίκες (υπολογιζόμενοι)	Υπολογιζόμενες νέες περιπτώσεις	Υπολογιζόμενοι νέοι θάνατοι
1978	26%	19%		
1980	27%	19%	108.900 (900 άνδρες)	35.800 (300 άνδρες)
1982	26%	19%	112.900 (900 άνδρες)	37.300 (300 άνδρες)
1986	26%	18%	123.900 (900 άνδρες)	40.200 (300 άνδρες)
1989	28%	18%	142.900 (900 άνδρες)	43.300 (300 άνδρες)

Σημείωση : με βάση τη στατιστική αυτή από το 1986 ο καρκίνος μαστού περνάει στη 2η θέση και την πρώτη θέση στον αριθμό θανάτων γυναικών από καρκίνο περνάει ο καρκίνος του πνεύμονα με 41.100 υπολογιζόμενους θανάτους γυναικών. Στις νέες περιπτώσεις ο καρκίνος του μαστού παραμένει πρώτος μεταξύ των καρκίνων που προσβάλλουν την γυναίκα.

Σε πρόσφατα στοιχεία που αφορούν την 5ετή και 10ετή επιβίωση γυναικών των Η.Π.Α. στις οποίες διαγνώστηκε καρκίνος του μαστού τα έτη 1973 έως 1975 η παρατηρηθείσα και η σχετική επιβίωση ήταν 65% και 73% αντίστοιχα στα 5 χρόνια και 47% - 60% αντίστοιχα στα 10 χρόνια. Επίσης για τις γυναίκες της ίδιας ομάδας που έκλεισαν 5ετή επιβίωση βρέθηκε ότι η σχετική επιβίωση από τα 5 στα 10 χρόνια ήταν 82% (παρατηρηθείσα 72% και αναμενόμενη 88%). Οι ίδιοι ακριβώς αριθμοί βρέθηκαν και για τους ανδρικούς καρκίνους μαστού που διαγνώστηκαν μεταξύ 1973 και 1975 άσχετα με το στάδιο της νόσου κατά τη διάγνωση τους. Τα παραπάνω αποτελούν ευρήματα του προγράμματος SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) του εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου (N.C.I.) των Η.Π.Α. από το οποίο επίσης πληροφορούμαστε ότι τα χαμένα χρόνια ζωής, ανά 100.000 πληθυσμού με αποτύπωση ηλικίας στον καρκίνο του μαστού ήταν 121.1 το 1970 και 104.9 το 1985 (δηλαδή είχαμε ελάττωση κατά 13.4%).

Ο καρκίνος μαστού αποτελεί το συχνότερο γυναικείο καρκίνο στην Ε.Ο.Κ. με 58.000 θανάτους το χρόνο και 135.000 νέες περιπτώσεις το έτος (κατ' εκτίμηση). Καταλαμβάνει έτσι την πρώτη θέση στις γυναίκες ακολουθούμενος από τους καρκίνους

παχέος εντέρου, στομάχου και γεννητικών οργάνων (πίνακας 1.2).



Πίνακας 2.1. Κατ' εκτίμηση επίπτωση και θνητότητα καρκίνου σε γυναίκες στην Ε.Ο.Κ. (NHL = Non-Hodgkin's lymphoma).⁸

Τα δεδομένα αυτά προέρχονται από στατιστικά στοιχεία των ετών 1978-1982 που αναλύθηκαν από το Διεθνές Γραφείο Ερευνας του καρκίνου (International Agency for Research on Cancer, I.A.R.C.) σε συνεργασία με τη Διεθνή Ένωση Αρχείων Καρκίνου (International Association of Cancer Registries) και υποδηλώνουν ότι ο καρκίνος μαστού αποτελεί το 24% των καρκίνων και ευθύνεται για το 18% των θανάτων από καρκίνο στην Ε.Ο.Κ.

Ο ρυθμός επίπτωσης στην Ε.Ο.Κ., με διόρθωση ηλικίας, κυμαίνεται από 39 περιπτώσεις στις 100.000 πληθυσμού στην Ισπανία έως 75 στις 100.000 στην Ιρλανδία. (Πίνακας 1.3).

Η θνητότητα κυμαίνεται σε ένα πιο περιορισμένο φάσμα, από 13,7 στις 100.000 στην Ισπανία έως 28,6 στις 100.000 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Γενικά φαίνεται ότι ο καρκίνος μαστού απαντάται λιγότερο στις νοτιότερες χώρες της Ε.Ο.Κ. ενώ αυξάνεται η συχνότητα του καθώς προχωρούμε προς τις βορειότερες. (Πίνακας 1.4).

Ορισμένες χώρες, όπως το Λουξεμβούργο, η Γερμανία και η Ιταλία κατατάσσονται υψηλότερα στη σειρά θνητότητας στις νέες γυναίκες (0-44 ετών) σε σχέση με τη σειρά θνητότητας στην τρίτη ηλικία (άνω των 65 ετών). Το αντίθετο φαίνεται να συμβαίνει με τη Δανία, Ολλανδία, Ιρλανδία και Γαλλία. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι πρέπει να

υποβόσκει κάποια μεταβολή στην κατάταξη των χωρών της Ε.Ο.Κ. ως προς τη σειρά θνητότητας από καρκίνο μαστού ή ότι υπάρχουν

Πίνακας 1.3. Υπολογιζόμενη επίπτωση και καταγραφείσα θνητότητα από καρκίνο μαστού σε γυναίκες στην Ε.Ο.Κ. και στις χώρες της.

	Ακαθάριστες τιμές*							% όλων +++
	No./ Ετος	Σύνολο	0-44	45-64	>65	ASR+	CR++	
Επίπτωση 1978 - 1982								
Βέλγιο	5334	106.0	23.5	198.3	277.7	71.4	7.5	27.1
Δανία	2418	93.3	19.8	180.3	257.6	63.9	6.7	23.8
Γαλλία	20311	73.8	14.8	138.3	210.4	50.3	5.3	23.1
Γερμανία	29382	91.4	21.3	153.9	232.3	56.3	5.9	21.9
Ελλάδα	2924	60.0	18.8	119.4	140.6	43.8	4.6	23.1
Ιρλανδία	1408	83.5	19.7	216.1	264.9	74.9	7.8	27.9
Ιταλία	21784	75.1	19.5	143.7	200.4	52.6	5.5	22.5
Λουξεμβούργο	202	108.4	30.2	191.2	287.4	74.1	7.8	21.9
Ολλανδία	6602	96.4	20.6	192.0	306.4	69.1	7.3	29.4
Πορτογαλία	2956	57.1	18.2	122.5	139.5	45.3	4.6	23.0
Ισπανία	9329	48.9	14.5	103.9	126.7	38.6	4.0	19.4
Μ. Βρετανία	32753	113.7	24.0	215.2	290.4	75.6	7.9	27.9
ΕΟΚ	135403	83.1	19.3	156.5	224.5	56.8	6.0	23.8
Θνητότητα 1980 - 1984								
Βέλγιο	2224	44.1	5.1	74.3	142.6	26.3	2.9	19.7
Δανία	1174	45.2	4.6	72.7	159.7	26.1	2.9	17.6
Γαλλία	8969	32.3	3.3	53.7	113.5	19.2	2.1	17.7
Γερμανία	12864	40.1	4.9	59.7	123.3	21.6	2.4	16.2
Ελλάδα	1151	23.0	4.0	43.3	69.0	15.3	1.7	17.1
Ιρλανδία	548	31.7	4.2	78.3	129.2	26.5	2.9	19.0
Ιταλία	9158	31.4	4.4	54.9	104.2	19.8	2.2	17.8
Λουξεμβούργο	77	41.1	6.3	67.4	134.4	25.3	2.8	18.3
Ολλανδία	2838	39.3	4.3	72.4	158.5	26.2	2.8	21.6
Πορτογαλία	1102	21.3	4.0	44.5	68.0	15.6	1.7	16.7
Ισπανία	3637	19.0	3.2	38.4	63.6	13.7	1.5	15.1
Μ. Βρετανία	14124	48.9	5.5	83.3	153.1	28.6	3.1	20.2
ΕΟΚ	57866	35.3	4.3	59.8	118.2	21.4	2.3	17.9

* Μέση ετήσια ανά 100.000

+ Age-standardised rate (ποσοστά ανά 100.000 παγκόσμιο πληθυσμό με διόρθωση ηλικίας)

++ CR = Cumulative risk (% συγκεντρωτικός κίνδυνος 0 - 74 ετών)

+++ Ποσοστό % μεταξύ όλων των καρκίνων

διαφορετικοί παράγοντες κινδύνου μεταξύ των δύο αυτών ομάδων ηλικιών. Τα προαναφερθέντα παρουσιάζονται στους πίνακες 1.1, 1.2, 1.3 και 1.4 όπου δίδονται και οι αντίστοιχες πληροφορίες για την Ελλάδα.

Πίνακας 1.4. Υπολογιζόμενη μέση ετήσια επίπτωση 1978 - 1982 ανά 100.000, κατά ομάδες ηλικιών, ταξινομημένη με τη σειρά επίπτωσης.

0-44 ετών		45-64 ετών		>65 ετών	
Λουξεμβούργο	30.2	Ιρλανδία	216.1	Ολλανδία	306.4
Μ. Βρετανία	24.0	Μ. Βρετανία	215.2	Μ. Βρετανία	290.4
Βέλγιο	23.5	Βέλγιο	198.3	Λουξεμβούργο	287.4
Γερμανία	21.3	Ολλανδία	192.0	Βέλγιο	277.7
Ολλανδία	20.6	Λουξεμβούργο	191.2	Ιρλανδία	264.9
Δανία	19.8	Δανία	180.3	Δανία	257.6
Ιρλανδία	19.7	ΕΟΚ	156.5	Γερμανία	232.3
Ιταλία	19.5	Γερμανία	153.9	ΕΟΚ	224.5
ΕΟΚ	19.3	Ιταλία	143.7	Γαλλία	210.4
Ελλάδα	18.8	Γαλλία	138.9	Ιταλία	200.4
Πορτογαλία	18.2	Πορτογαλία	122.5	Ελλάδα	140.6
Γαλλία	14.8	Ελλάδα	119.4	Πορτογαλία	139.5
Ισπανία	14.5	Ισπανία	103.9	Ισπανία	126.7

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός θεωρείται αποκρινής αδένας του δέρματος και εξετάζεται πολλές φορές μαζί με το δέρμα. Υπάρχει και στα δύο φύλα, αν και ο ανδρικός μαστός αντιπροσωπεύει υπόλειμμα γυναικείου μαστού.

Οι μαστοί στη γυναίκα, μόλις που γίνονται αντιληπτοί μέχρι την ηλικία της ήβης, οπότε αρχίζει μια σημαντική και προοδευτική ανάπτυξη τους. Στην ενήλικη γυναίκα έχουν τις εξής διαστάσεις : Υψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm και πάχος 5-6 cm. Βέβαια παρατηρούνται ατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο, που οφείλονται σε διάφορους παράγοντες : κληρονομικούς, περιβάλλοντος, κλίματος, φυλής. Το σχήμα είναι συνήθως ημισφαιρικό, που όμως και αυτό παρουσιάζει ατομικές παραλλαγές ανάλογα με την ηλικία και την λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες είναι ημισφαιρικό ή κωνικό, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό. Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι μαλακή, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή ύστερα από πολλούς θηλασμούς. (Εικ. 1.1).

Χειρουργική ανατομική:

Ο μαστός καταλαμβάνει τον χώρο μεταξύ στέρνου και μέσης μασχαλιαίας γραμμής, αλλά και τον χώρο μεταξύ 2ης και 6ης πλευράς, τοποθετημένος πάνω στο μείζονα θωρακικό και στον πρόσθιο οδοντωτό μυ, από τους οποίους διαχωρίζεται με την εν τω βάθει θωρακική περιτονία. Όμως τα όρια αυτού δεν είναι σαφώς καθορισμένα, συγγεόμενα με το λίπος που τον περιβάλλει. Μεταξύ μαστού και εν τω βάθει θωρακικής περιτονίας, υπάρχει ο οπισθομαστικός χώρος. Το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαζικού αδένου προεκβάλλει στη μασχάλη, κατά μήκος του κάτω ορίου του μείζονα θωρακικού μυός, σχηματίζοντας την ουρά του Spence. Η περιοχή που βρίσκεται ανάμεσα στους δύο μαστούς, ονομάζεται Μεσομάστιος κόλπος.

Γενικά στους μαστούς διακρίνουμε :

α) Πρόσθια επιφάνεια, που είναι υπόκυρτη και εμφανίζει τη Θηλαία άλω και τη θήλη. Η θηλαία άλω είναι μία στεφάνη κεχωρισμένη, με διάμετρο 3-5 εκατοστά (αυξάνει σε 7-8 κατά την κύηση). Το χρώμα της στεφάνης αυτής σχετίζεται με τη χρωστική του δέρματος. Είναι ρόδινο στις ξανθές γυναίκες και εβένινο στις μελαχραινές. Στη διάρκεια της κύησης η άλω παίρνει χρώμα σκοτεινότερο και περιβάλλεται από δακτύλιο με χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της χρώματος και εκείνου της επιδερμίδας. Ο

δακτύλιος αυτός ονομάζεται δευτερεύουσα άλως. Στην περιοχή της άλως διακρίνονται 12-15 υποστρόγγυλα επάρματα, τα αλωαία οξίδια του Montgomery, τα οποία αποτελούνται από σμηγματογόνους αδένες που εξογκώνονται κατά την κύηση, με αντικειμενικό σκοπό την προστατευτική - λιπαντική δράση τους.

Στο κέντρο της θηλαία άλως βρίσκεται η θήλη του μαστού, μικρή προεξοχή στη μη θηλάζουσα γυναίκα, σε σχήμα κωνοειδές, κυλινδροειδές ή και δισκοειδές. Έχει χρώμα ροζ ή ανοικτό καφέ ή πιο σκούρο. Η κορυφή της είναι διάτρητη από 15-20 μικρά στόμια, από τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του μαστικού αδένου.

Η θήλη περιέχει πολλά μυικά κύτταρα, όχι σε στρωματική διάταξη αλλά με κυκλική κατά βάση κατανομή, των οποίων η σύσπαση προκαλεί ανόρθωση της. Με τη βοήθεια άλλων επιμήκων μυικών ινών προκαλείται εισολκή της θηλής. Μερικές φορές η θηλή δεν εκστρέφεται κατά την προγεννητική ανάπτυξη και παραμένει με μόνιμη εισολκή η οποία δυσκολεύει το θηλασμό.

Υπεράριθμοι μαστοί (πολυμάστια) ή θηλές (πολυθήλια) μπορεί να υπάρχουν σε άνδρες ή γυναίκες συνήθως κατά μήκος της γραμμής που εκτείνεται από τη μασχάλη στην ηβική χώρα (γαλακτική γραμμή).

β) Οπίσθια επιφάνεια, η οποία αποτελεί και τη βάση του μαστού. Αυτή βρίσκεται στην πρόσθια επιφάνεια του μείζονα θωρακικού μυός, από την περιτονία του οποίου χωρίζεται με λεπτή στιβάδα συνδετικού ιστού, και

γ) Περιφέρεια, η οποία μεταβαίνει ομαλά προς το δέρμα του υπόλοιπου θωρακικού τοιχώματος, σχηματίζοντας προς τα κάτω την υπομαστική αύλακα.

Ο μαστός από έξω προς τα μέσα αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό σώμα ή μαζικό αδένου. Προς τα πίσω ο μαστός χωρίζεται από τους μυς του θώρακος με ένα στρώμα λίπους και ένα ινώδες πέταλο που ονομάζεται υποδόριο περιτονία. Το δέρμα του μαστού είναι πολύ λεπτό και δε διαφέρει από αυτό των άλλων περιοχών του σώματος. Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και βρίσκεται κυρίως μπροστά από το μαστικό αδένου.

Ο μαζικός αδένου είναι μία μάζα στρογγυλή ή δισκοειδής με ανώμαλη περιφέρεια όταν δεν λειτουργεί ακόμα, αλλά ομαλότερη και με πολλές ινώδεις δεσμίδες κατά την περίοδο της γαλουχίας. Ο μαζικός αδένου, περιέχει 8 έως 24 λοβούς. Κάθε λοβός υποδιαιρείται σε λοβία, τα οποία βρίσκονται μέσα σε δίκτυο χαλαρού συνδετικού ιστού αναμεμιγμένου με λίπος. Μεταξύ των λοβίων πορεύονται πολλαπλές ινώδεις ταινίες, γνωστές ως σύνδεσμοι του Cooper. Οι σύνδεσμοι αυτοί έχουν κάθετη πορεία από την υποδόριο περιτονία, μέσω του μαστού προς το δέρμα, χρησιμεύοντας για τη στήριξη του μαστού. Σε κάθε λοβίο αντιστοιχεί ένας μικρός πόρος. Πολλοί τέτοιοι πόροι ενωμένοι σχηματίζουν τους εκφορητικούς πόρους των λοβών, δηλαδή τους γαλακτοφόρους που

είναι 24 όσοι και οι λοβοί. Οι γαλακτοφόροι πόροι συγκλίνουν προς τη θηλή και καταλήγουν της, μόνοι τους είτε ενωμένοι με άλλους.

Στον άνδρα ο μαστός είναι εντελώς ανεπτυγμένος και σχηματίζεται από μικρούς πόρους και μικρή ποσότητα ινολιπώδους ιστού. Ελαφρά διόγκωση μπορεί να παρουσιαστεί στην ηβή, αλλά είναι παροδική (ορμονικά αίτια). Η θηλή και η θηλαία άλως, είναι σχετικά μικρές αν και καλύτερα αναπτυγμένες σε σχέση με τον υπόλοιπο μαστό.

ΑΓΓΕΙΑ

Ο μαζικός αδένας αγγειώνεται από τρεις πηγές :

1. Την μασχαιαία αρτηρία, μέσω της πλάγιας θωρακικής και της ακρωμιοθωρακικής.
2. Την έσω μαστική αρτηρία, μέσω των διατιτρώντων αυτής κλάδων.
3. Τις μεσοπλεύριες αρτηρίες, μέσω των πλάγιων διατιτρώντων αυτών κλάδων (εικ. 1.2).

ΦΛΕΒΕΣ

Οι φλέβες του μαστού παρουσιάζουν ενδιαφέρον, γιατί μέσω αυτών γίνονται οι μεταστάσεις καρκίνου του μαστού. Οι φλέβες του μαστού χωρίζονται σε :

- α) Στις επιπολής, οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους και εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα.
- β) Στις εν τω βάθει, οι οποίες φέρονται μαζί με τους αντίστοιχους αρτηριακούς κλάδους.

Οι πλάγιοι διατιτραίνοντες κλάδοι, των μεσοπλευρικών αρτηριών, αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες, γεγονός που εξηγεί τις ιδιότυπες μεταστάσεις του καρκίνου στους σπονδύλους ή στην λεκάνη.

Οι εν τω βάθει είναι οι έσω μαστικές φλέβες, οι μασχαιαίες φλέβες και οι μεσοπλευρικές. Αυτές αποτελούν την οδό δια μέσου της οποίας ο καρκίνος του μαστού, μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες και τους πνεύμονες.

ΝΕΥΡΑ

Η νεύρωση του μαζικού αδένου γίνεται από τρία έως έξι μεσοπλεύρια νεύρα, ενώ το δέρμα νευρώνεται από κατιόντες κλάδους του βραχιόνου πλέγματος. Το μακρύ θωρακικό νεύρο το υπό του BELL καλούμενο έξω αναπνευστικό νεύρο, νευρώνει το πρόσθιο οδοντωτό και κατά συνέπεια πρέπει να διαφυλάσσεται κατά τις επεμβάσεις, όπως επίσης πρέπει να διαφυλάσσεται και το θωρακορραχιαίο νεύρο, κλάδος του

βραχιόνου πλέγματος, το οποίο νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ.

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το λεμφικό σύστημα του μαστού (λεμφαγγεία και λεμφαδένες) (εικ. 1.3) είναι αρκετά πλούσιο και η ανατομική του γνώση έχει μεγάλη σημασία, γιατί αυτό αποτελεί την κύρια οδό των καρκινωματοδών μεταστάσεων (οι αιματογενής μεταστάσεις απαντούν σε αναλογία μόνο 10-15%).

Τα λεμφικά αγγεία, που την πορεία τους έχουν μελετήσει πολλοί ερευνητές, διαιρούνται στα :

1. Επιπολής ή δερματικά λεμφαγγεία, και
2. Λεμφαγγεία του Παρεγχύματος.

Τα επιπολής λεμφαγγεία, τα οποία αποχετεύουν τη λέμφο του δέρματος του μαστού, εκβάλλουν σ' ένα λεμφαγγειακό πλέγμα που βρίσκεται στην εν τω βάθει θωρακική περιτονία. Τα λεμφαγγεία από τη θηλή και τη θηλαία άλω εκβάλλουν επίσης στο πλέγμα που αναφέρθηκε προηγουμένως, αφού κατά τη διαδρομή τους διέλθουν σ' ένα μικρό λεμφαγγειακό δίκτυο, το οποίο βρίσκεται κάτω από την άλω (πλέγμα του Sappey).

Τα λεμφαγγεία του παρεγχύματος πορευόμενα στον συνδετικό ιστό, ο οποίος περιβάλλει τα λοβίδια, εκβάλλουν στο πλέγμα που βρίσκεται στην θωρακική περιτονία. Μερικά από τα λεμφαγγεία από το έσω ήμισυ του μαστού αναστομώνονται με εκείνα της αντίθετης πλευράς κατά τη μέση γραμμή και είναι υπεύθυνα για τη μεταφορά καρκινικών κυττάρων από τον ένα μαστό προς τον άλλο. Άλλα λεμφαγγεία βγαίνοντας από το έσω και κάτω τεταρτημόριο του μαστού πορεύονται προς το επιγάστριο και αναστομώνονται με εκείνα του κοιλιακού τοιχώματος του περιτόναιου και του ήπατος και αυτή είναι πιθανόν η οδός με την οποία τα καρκινικά κύτταρα μεταφέρονται στην κοιλιά και το ήπαρ (Romanis and Mitchiner).

Άλλα λεμφαγγεία από το έσω τμήμα του μαστού φθάνουν στο πρόσθιο μεσοθωράκιο και άλλα από το άνω ήμισυ του μαστού φθάνουν στους υποκλείδιους αδένες, ενώ τέλος μερικά μεμονωμένα πορεύονται προς τα πίσω κατά μήκος των μεσοπλευρίων αγγείων, φερόμενα προς τη σπονδυλική στήλη. Όμως η πλειονότητα των λεμφαγγείων εκβάλλει στους μασχαλιαίους αδένες.

Η καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poisier και Guneo (1902), η οποία υιοθετήθηκε και από τον Rouviere (1932). Σύμφωνα με αυτή, υπάρχουν επτά ομάδες μασχαλιαίων λεμφαδένων.

1. Εξω μαστικά λεμφογάγγλια.

2. Ωμοπλατικά λεμφογάγγλια.
3. Κεντρικά λεμφογάγγλια.
4. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια.
5. Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας.
6. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες).
7. Λεμφική οδός της έσω μαστικής.

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού είναι :

1. Ο μείζων θωρακικός μυς.
2. Ο ελάσσων θωρακικός μυς.
3. Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς.
4. Ο πλατύς ραχιαίος μυς.
5. Ο κορακοβραχιόνιος μυς.
6. Ο έξω λοβός κοιλιακός μυς.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί αναπτύσσονται κατά την εφηβεία, αμέσως μετά τον τοκετό, ο μαζικός αδένας ο οποίος καλύπτει το κυρίως μέρος του μαστού αρχίζει να λειτουργεί. Η ανάπτυξη των μαστών διεγείρεται από τα οιστρογόνα των γενετήσιων κύκλων, τα οποία διεγείρουν την αύξηση του μαζικού παρεγχύματος και του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων, ενώ παράλληλα συντελούν και στην εναπόθεση λίπους το οποίο αυξάνει τον όγκο του μαστού. Μεγαλύτερη βέβαια είναι η αύξηση του μεγέθους των μαστών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μόνο τότε ο αδενικός τους ιστός αποκτά την πλήρη του ανάπτυξη και είναι έτοιμος για την παραγωγή γάλακτος. (Εικ. 1.4).

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι ποσότητες οιστρογόνων οι οποίες εκκρίνονται από τον πλακούντα, και οι ποσότητες αυτές είναι τεράστιες, μαζί με τις πρόσθετες ποσότητες αυξητικής ορμόνης, προλακτίνης και διαφόρων άλλων ορμονών προκαλούν αύξηση του μήκους και των διακλαδώσεων του γαλακτοφόρου συστήματος των μαστών. Ταυτόχρονα αυξάνει και το παρέγχυμα των μαστών στο οποίο εναποτίθενται μεγάλες ποσότητες λίπους. Η δράση της προγεστερόνης προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένα, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους.

Βασική αποστολή, λοιπόν, των μαστών είναι η παραγωγή γάλακτος για το νεογνό ή έναρξη γαλουχίας. Ο πρόσθιος λοβός της υποφύσεως εκκρίνει μια ορμόνη την προλακτίνη, η οποία παράγει το γάλα και βοηθά στο θηλασμό. Απεναντίας τα

οιστρογόνα σε μεγάλη ποσότητα τον εμποδίζουν. Πριν όμως μελετήσουμε τον ορμονικό μηχανισμό βάσει του οποίου εκκρίνεται το γάλα πρέπει να πούμε ότι στην επίτευξη του σκοπού της εκκρίσεως του γάλακτος παίζει ρόλο το νευρικό σύστημα γιατί επιδρά και στο εκκριτικό τμήμα του αδένου και στο αγγειακό. Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί η άμεση σχέση μεταξύ του μαστικού αδένου και της μήτρας. Όταν η μήτρα αποβάλλει το περιεχόμενο της με το μηχανισμό του τοκετού οι αδένες διογκώνονται και προετοιμάζονται για το θηλασμό. Αλλά και η ψυχική κατάσταση επιδρά στην έκκριση του γάλακτος. Ανησυχίες και συγκινήσεις αλλοιώνουν την ποιότητα και ελατώνουν την ποσότητα του γάλακτος.

Η συγκέντρωση προλακτίνης στο αίμα αυξάνει σταθερά από την 5η εβδομάδα εγκυμοσύνης ως τη γέννηση του παιδιού οπότε τα επίπεδα της έχουν φτάσει πολύ ψηλά, περίπου 10πλάσιο της φυσιολογικής συγκέντρωσης κυοφορούσης γυναίκας. Επιπλέον ο πλακούντας εκκρίνει μεγάλες ποσότητες ανθρώπινης χοριονικής σωματοτροπίνης, η οποία έχει και ήπιες γαλακτογόνες ιδιότητες και υποβοηθάει την δράση της προλακτίνης. Παρ' όλα αυτά ως τη γέννηση του νεογνού εκκρίνονται λίγα μόνο ml υγρού καθημερινά. Το υγρό αυτό ονομάζεται πύαφ (πρωτόγαλα) και περιέχει πρωτεΐνες και λακτόζη στην ίδια ουσιαστικά συγκέντρωση με το γάλα αλλά σχεδόν καθόλου λίπος, ενώ ο μέγιστος ρυθμός της παραγωγής ισοδυναμεί με την 1/100 του ρυθμού παραγωγής γάλακτος που επακολουθεί.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουμε απουσία παραγωγής γάλακτος λόγω της έκκρισης οιστρογόνων και προγεστερόνης τα οποία εκκρίνονται από τον πλακούντα, έχουν κατασταλτική δράση, και υπερισχύουν απόλυτα πάνω στις γαλακτογόνες επιδράσεις της προλακτίνης και της ανθρώπινης χοριονικής σωματοτροπίνης. Αμέσως λοιπόν, μετά τον τοκετό, ο πλακούντας δεν υπάρχει πια, εξαφανίζονται έτσι οιστρογόνα και προγεστερόνη με αποτέλεσμα η προλακτίνη της υπόφυσης αναλαμβάνει τον γαλακτογόνο ρόλο της και σε 2-3 μέρες οι μαστοί εκκρίνουν όχι πλέον πρωτόγαλα αλλά πλήρες γάλα, σε άφθονη ποσότητα.

Μέσα σε λίγες εβδομάδες από τη γέννηση του νεογνού η βασική τιμή της προλακτίνης επανέρχεται στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα. Στη διάρκεια όμως του θηλασμού για μια ώρα περίπου έχουμε δεκαπλασιασμό της συγκέντρωσης της εξαιτίας νευρικών ώσεων οι οποίες οδεύουν από τις θηλές στον υποθάλαμο με αποτέλεσμα να προκαλούν έκκριση προλακτίνης. Η προλακτίνη αυτή επιδρώντας στους μαστούς εξασφαλίζει την παραγωγή γάλακτος για τον επόμενο θηλασμό. Αν υπάρξει βλάβη στον υποθάλαμο ή στην υπόφυση ή αν διακοπεί ο θηλασμός οι μαστοί σε λίγες μέρες χάνουν την ικανότητα να παράγουν γάλα. Αντιθέτως, εάν το παιδί συνεχίζει να θηλάζει ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί για μερικά χρόνια, αλλά ο ρυθμός της ελαττώνεται

σημαντικά μέσα στους επόμενους 7-9 μήνες.

Ο υποθάλαμος τώρα συνθέτει έναν παράγοντα αναστολής της προλακτίνης, αντίθετα με την έκκριση των περισσότερων από τις ορμόνες του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης, η οποία αυξάνεται από νευροεκκριτικούς εκλυτικούς παράγοντες, οι οποίοι μεταβιβάζονται από τον υποθάλαμο στην αδενο-υπόφυση με το υποθαλαμο-υποφυσιακό πυλαίο σύστημα, η έκκριση της προλακτίνης ελέγχεται με τρόπο ακριβώς αντίθετο. Σε φυσιολογικές συνθήκες φέρονται συνεχώς στην πρόσθια υπόφυση μεγάλες ποσότητες RIF (παράγοντας αναστολής προλακτίνης) και έτσι ο κανονικός ρυθμός έκκρισης προλακτίνης είναι χαμηλός. Στη γαλουχία όμως αναστέλλεται ο σχηματισμός RIF με αποτέλεσμα να αίρεται η αναστολή έκκρισης προλακτίνης από την πρόσθια υπόφυση.

Διαδικασία Έκκρισης Γάλακτος - Ωκυτοκίνη.

Για να θηλάσει το νεογνό θα πρέπει να "εκρύνει" το γάλα από τις αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους, διαδικασία η οποία δεν γίνεται από μόνη της αλλά συντελείται με ένα συνδυασμό αντανακλαστικών νευρογενούς και ορμονικού στον οποίο συμμετέχει η ωκυτοκίνη με τον εξής τρόπο: Κατά τη διάρκεια του θηλασμού το νεογνό απομυζά το μαστό αισθητικές ώσεις οι οποίες οδεύουν με σωματικά νεύρα, περνούν στο νωτιαίο μυελό, μετά στον υποθάλαμο και έτσι προκαλούν έκκριση ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή φτάνει με την κυκλοφορία του αίματος στους μαστούς, προκαλεί συστολή των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα εξωτερικά τοιχώματα των αδενοκυψελών με αποτέλεσμα έκθλιψη του γάλακτος, που περιέχουν οι αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους. Έτσι, μέσα σε 30"-1' από τη στιγμή που αρχίζει να θηλάζει το νεογνό αρχίζει η απέκκριση του γάλακτος. Το κλάμα του νεογνού αρκετές φορές αποτελεί εκκλυτικό αίτιο για την απέκκριση του γάλακτος.

Γάλα - Μεταβολικές απώλειες της μητέρας κατά τη γαλουχία.

Στην περίοδο της ακμής της γαλουχίας σχηματίζεται 1,5 lt γάλατος ημερησίως. Έτσι με αυτό το βαθμό γαλουχίας η γυναίκα που θηλάζει χάνει μεγάλες ποσότητες μεταβολικού υποστρώματος. Π.χ. Στο γάλα καθημερινά περιέχονται περίπου 50gr λίπους και 100gr λακτόζης που προέρχονται από τη θηλάζουσα. Αν η μητέρα δεν παίρνει επίσης μεγάλες ποσότητες γάλατος και βιταμίνης D, η απώλεια ασβεστίου και φωσφόρου από τους μαστούς θα είναι μεγαλύτερη από την πρόσληψη. Για να εξασφαλίσουν το ασβέστιο και το φώσφορο που είναι απαραίτητα οι παραθυροειδείς αδένες υπερστρέφονται σημαντικά και τα οστά βαθμιαία αφαλατώνονται. Συνήθως το πρόβλημα της αφαλάτωσης είναι πολύ σοβαρό στην κύηση αλλά εξίσου σοβαρό μπορεί να γίνει και στη διάρκεια της γαλουχίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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 του μαστού, καθώς και για τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Για τους κλινικούς γιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σε αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό, όχι τη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού, αλλά τη διάγνωση του σε αρχικό στάδιο.

Οι παράγοντες του κινδύνου του καρκίνου του μαστού για πρακτικούς λόγους διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες :

1. Ιογενείς παράγοντες.
2. Γενετικοί παράγοντες,
 - α. Φύλλο
 - β. Οικογενειακό ιστορικό
 - γ. Ηλικία
 - δ. Άλλοι παράγοντες
3. Χημικές ουσίες.
4. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες,
 - α. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.
 - β. Τεχνητή εμμηνόπαυση.
 - γ. Εγκυμοσύνη.
 - δ. Διακοπή κύησης.
 - ε. Θηλασμός.
 - στ. Λήψη ορμόνων.
 - ζ. Άλλοι ορμονικοί παράγοντες.
5. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες.
6. Ψυχολογικοί παράγοντες.
7. Παθολογοανατομικοί παράγοντες.
8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες,
 - α. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.
 - β. Εκπαιδευτικοί παράγοντες.
9. Παράγοντες θρέψης.

10. Ομάδες αίματος.

1. Ιογενείς παράγοντες.

Οι ειδικοί μελετητές αναφέρονται αρκετά συχνά στην ιογενή προέλευση του καρκίνου του μαστού. Ο παράγοντας αυτός δεν έχει αποδειχθεί στις γυναίκες παρά μόνο σε πειραματόζωα.

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Σήμερα, έχει βρεθεί ότι είναι, ιός Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως M.M.T.V. (Mouse Mammary Tumour Virus).

Τα παρακάτω στοιχεία συνηγορούν υπέρ της ιογενούς προέλευσης του καρκίνου του μαστού :

α. Στο γάλα των καρκινοπαθών γυναικών έχουν ανευρεθεί με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σωματίδια τα οποία είναι ταυτόσημα με τον ιό ο οποίος προκαλεί τον καρκίνο του μαστού στα ποντίκια (ιός του Bittner).

β. Στο γάλα των γυναικών ανευρέθησαν : ι) Ανάστροφος πρυσκροπιτάση και ιι) 70S ριβοπυρηνικό οξύ. Και τα δύο είναι χαρακτηριστικά των ογκογενών ιών.

γ. Πυρηνικό οξύ του ιού ο οποίος προκαλεί καρκίνο στα ποντίκια ενωμένο με πυρηνικό οξύ του καρκίνου του μαστού του ανθρώπου σχηματίζει υβρίδιο.

δ. Ο ορός των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχει αντισώματα τα οποία ουδετεροποιούν τον ιό του καρκίνου του μαστού των ποντικών. Παρ' όλα αυτά όμως δεν έχει ακόμα αποδειχθεί ότι ο ύποπτος αυτός ιός, ο οποίος αναφέρθηκε, είναι πραγματικά αίτιο του καρκίνου του μαστού.

2. Γενετικοί παράγοντες

α. Φύλο : Η σχέση προσβολής μεταξύ δύο των φύλων είναι : 99 γυναίκες προς 1. Στους άνδρες, υπάρχει χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του μαστού. Είναι γνωστό όμως, ότι οι άνδρες με διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων, γυναικομαστία ή σύνδρομο KLEINFELTER παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο.

β. Οικογενειακό ιστορικό : Από τον προηγούμενο ήδη αιώνα διάφοροι ερευνητές αναφέρουν, ότι παρατηρούσαν ένα είδος κληρονομικότητας του καρκίνου του μαστού. Οι Lynch et al το 1976, με μια εμπειριστατωμένη 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. Επίσης, έχει παρατηρηθεί υπέρμετρη αύξηση της συχνότητας προσβολής σε θυγατέρες ή αδερφές γυναικών που

είχαν προσβληθεί από τη νόσο σε νεαρή (προεμμηνόπαυσιακή) ηλικία. Αναφέρονται ποσοστά προσβολής από 20-50%. Είναι άγνωστο βάσει ποιων γενετικών διεργασιών γίνεται αυτή η μεταβίβαση. Πιθανόν λόγω ανωμαλιών στο ορμονικό σύστημα, στο DNA ή στο ανοσοποιητικό σύστημα ή λόγω εισόδου ενός ογκογόνου ιού στα χρωμοσώματα. Όλες αυτές οι υποθέσεις συζητούνται. Το μόνο σίγουρο είναι ότι πραγματικά οι γυναίκες που έχουν μητέρα ή αδερφή προσβεβλημένη από καρκίνο μαστού ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου.

γ. Ηλικία : Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνιση πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιοριστεί μετά από αυτή. Ειδικότερα ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα 1%, για να φθάσει στο 85% των περιπτώσεων στα 40 έτη. Η ελλήνίδα έχει πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της 3.5%.

δ. Άλλοι παράγοντες : Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση καρκίνου του μαστού με τη γενετικά προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο SS ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωικών χρωμοσωμάτων. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα (8-10 φορές) εμφάνισης δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού στο παρελθόν. Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης καρκίνου του μαστού με καρκίνους ωοθήκης, ενδομητρίου και παχέος εντέρου.

Από διάφορες στατιστικές μελέτες προκύπτει επίσης ότι οι παχύσαρκες και υψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Επίσης ενοχοποιείται η διακοπή της κύησης στο 1ο τρίμηνο, η βαφή των μαλλιών, η αμυγδαλεκτομή κ.α..

Τέλος σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει το φύλο του εμβρύου της πρώτης εγκυμοσύνης στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, δε διαπιστώθηκε προστατευτική επίδραση του αρρένου ή του θήλεος εμβρύου.

Οι Juret et al (1980) διαπίστωσαν σε σημαντικό βαθμό την ευεργετική επίδραση του πρώτου αρρένου εμβρύου στην επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού, αντίθετα οι Jenerich et al (1980) αυτή του θήλεως εμβρύου.

3. Χημικές ουσίες.

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι κάποια χημική ουσία συσχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Παράδειγμα οι χημικές χρωστικές ουσίες για την βαφή των μαλλιών, και

ορισμένα φυτοφάρμακα.

4. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες.

α. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης : Είναι γνωστό ότι η ηλικία εμμηναρχής τις τελευταίες δεκατίες 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 τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία (μετά τα 50 χρόνια), τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται, σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία.

β. Τεχνητή εμμηνόπαυση : Η τεχνητή εμμηνόπαυση, δηλαδή η εμμηνόπαυση λόγω υστερεκτομής ή ωοθηκεκτομής, σε ηλικία κάτω των 40 ετών, μειώνει αισθητά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Τελικά, όμως, πρέπει να συνεκτιμηθούν οι δύο παραπάνω παράγοντες και να 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 καταιγισμό των οιστρογόνων.

Τελευταία, μια άλλη εξήγηση προσπαθεί να δοθεί στον αυξημένο κίνδυνο προσβολής, όταν υπάρχει μεγάλη αναπαραγωγική ηλικία. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού, έχουν πολλούς ανωορρηκτικούς κύκλους. Επίσης, είναι φυσικό μια γυναίκα, που έχει μεγάλη αναπαραγωγική ηλικία, να έχει περισσότερους ανωορρηκτικούς κύκλους. Από άποψη φυσιοπαθολογίας είναι γνωστό ότι στους ανωορρηκτικούς κύκλους παρατηρούνται μειωμένες τιμές οιστρολής και προγεστερόνης, οι οποίες έχουν προστατευτική δράση στο επίθηλιο των μαστών. Άρα η αύξηση των ανωορρηκτικών κύκλων συνεπάγεται μείωση της προστασίας και αύξηση του χρόνου έκθεσης σε πιθανές μεταλλακτικές δράσεις άλλων ορμονών.

γ. Εγκυμοσύνη : Οι Lave και Clayron, το 1926, ανέφεραν τα πρώτα στοιχεία αποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει, έχουν μειωμένα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού. Άλλοι συγγραφείς αργότερα, ανέφεραν ότι οι γυναίκες που έχουν κάνει πολλά παιδιά, προστατεύονται σε σχέση μ' αυτές που έχουν κάνει ένα παιδί. Τελικά, το 1971 δημοσιεύτηκε από τον McMahon 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 με αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, αλλά όχι σημαντικά αυξημένο σε σχέση με αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών. Δηλαδή, η τεκνοποίηση σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών δεν προσφέρει καμιά προστασία.

Τελικά, πιστεύεται ότι το γεγονός της πρώτης τεκνοποίησης σε ηλικία μικρότερη των 25 ετών προστατεύει την γυναίκα. Επίσης, δεν έχουν σχέση με την προστασία αυτή οι επόμενες τεκνοποιήσεις. Το γεγονός της τεκνοποίησης προστατεύει σχετικά τη γυναίκα σ' όλη την υπόλοιπη ζωή της.

δ. Διακοπή κύησης : Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν, όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Pick et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποιήσει. Επίσης, αργότερα, οι Χατζημιχαήλ και συν, το 1981, με μια ανάλογη εργασία, απέδειξαν ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος.

Για την ενοχοποίηση της διακοπής της κύησης σαν αιτιολογικού παράγοντα αναφέρονται τα παρακάτω: Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει μια αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης, που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαστικού αδένου. Με την ξαφνική διακοπή τους (που γίνεται στην έκτρωση), προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαστικού αδένου, δηλαδή μια ατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη κάνει τον αδένου ευαίσθητο στην καρκινογένεση. Πάντως, μέχρι να γίνουν πιο εμπειριστατωμένες έρευνες και να τεκμηριωθούν τα παραπάνω, η έκτρωση δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο προσβολής.

ε. Θηλασμός : Για πολύ καιρό ίσχυε ο αφορισμός των Lape-Clayton, του 1926, που έλεγε ότι "ο μαστός ο οποίος ποτέ δεν εκπλήρωσε το σκοπό της ύπαρξης του, είναι βέβαιο ότι έχει περισσότερες πιθανότητες να προσβληθεί από καρκίνο". Από την δεκαετία του '70, διάφορες τεκμηριωμένες έρευνες απέδειξαν ότι καρκίνος του μαστού δεν έχει σχέση με τον θηλασμό. Έτσι, σήμερα, θεωρείται ότι ο θηλασμός δεν μειώνει το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού, γεγονός που επιβεβαιώνει την παλιά σχέση της νόσου με την τεκνοποίηση μάλλον παρά με τον θηλασμό.

στ. Λήψη ορμόνων : Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να βρουν αύξηση του ποσοστού προσβολής από καρκίνο του μαστού στις γυναίκες που έπαιρναν

αντισυλληπτικά χάπια. Μερικοί από τους ερευνητές αυτούς ανέφεραν ότι υπάρχει κάποια σχέση. Το 1976, οι Hoover et al ανέφεραν ότι παρακολουθώντας μια ομάδα χρηστών αντισυλληπτικών βρήκαν διπλάσια ποσοστά από καρκίνο του μαστού. Ο αριθμός, όμως, των γυναικών που παρακολούθησαν ήταν μικρός και δεν μπορεί να ληφθεί υπόψη το εύρημα που ανέφεραν. Αργότερα, διάφοροι άλλοι συγγραφείς (Kaufman et al) ανέφεραν αντίθετα αποτελέσματα. Τελικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχουν ενδείξεις, και μάλιστα πολλές, ότι τα φάρμακα αυτά δεν αυξάνουν το γενικό ποσοστό προσβολής. Παραμένει η πιθανότητα που ίσως πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, ότι αυξάνεται ο κίνδυνος προσβολής σε μερικές υποομάδες γυναικών χρηστών. Οι προσπάθειες αυτή τη στιγμή αποσκοπούν στο (α) να βρεθούν οι υποομάδες αυτές, και (β) να αποδειχθεί ότι αυτές οι υποομάδες έχουν πραγματικά αυξημένο κίνδυνο προσβολής.

ξ. Άλλοι ορμονικοί παράγοντες : Είναι γνωστό ότι σχεδόν όλες οι ορμόνες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του γυναικείου μαστού. Ποιες από αυτές, εκτός των οιστρογόνων, σίγουρα επιδρούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστο.

ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ. Ο ρόλος της προλακτίνης ως αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο του μαστού παραμένει άγνωστος. Θα ήταν δυνατό να ενοχοποιηθεί, αν η τιμή της στις καρκινοπαθείς γυναίκες είναι υψηλή. Διάφορες έρευνες, όμως, διαφωνούν και δεν έχει βρεθεί κάτι το συγκεκριμένο. Η ενοχοποίηση της φαίνεται να μην παίζει κανένα ρόλο και για το λόγο αυτό έχει αποδειχθεί ότι χορηγώντας αναστολείς της έκκρισης προλακτίνη σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού δεν βελτιώθηκε η επιβίωση.

TSH, T3, T4. Έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς με νόσους του θυροειδούς που συνοδεύονται από αύξηση των T3 και T4, υπάρχει αντίστοιχη αύξηση των καλοήθων νόσων του μαστού. Δεν παρατηρείται κάτι ανάλογο και για κακοήθεις νόσους.

ΑΝΔΡΟΓΟΝΑ. Ο κύριος τρόπος μέτρησης των ανδρογόνων στον άνθρωπο είναι με τη μέτρηση των μεταβολιτών τους που εκκρίνονται με τα ούρα. Οι μεταβολιτές αυτοί είναι η ανδροστερόνη και η αιτιοχολανολόνη. Πρέπει, επίσης, να υπάρχει ανάλογη σχέση μεταξύ των δύο αυτών αποβαλλόμενων μεταβολιτών. Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν μειωμένη τιμή αιτιοχολανολόνης στα ούρα. Δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ μειωμένης έκκρισης του μεταβολιτή αυτού στα ούρα και ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Ο Bulbrook προσπαθεί να εξηγήσει το εύρημα αυτό πιθανολογώντας μια γενικευμένη γενετική ανωμαλία. Πολλοί συγγραφείς συμφωνούν με την εξήγηση του Bulbrook και θεωρούν ως παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού τη μειωμένη έκκριση της αιτιοχολανολόνης και όχι αυτή καθ' αυτή αλλά σαν εκδήλωση ενδοκρινολογικών διαταραχών. Όσον αφορά τα κορτικοειδή, είναι γνωστό ότι ο μαζικός αδέννας έχει ειδικούς υποδοχείς. Δεν είναι, όμως, αποδεδειγμένη η δράση των

κορτικοειδών στην καρκινογένεση.

5. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες.

Είναι σίγουρο ότι προηγηθείσα ακτινοβολία είναι καρκινογόνος για τον άνθρωπο. Υπάρχει αύξηση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο θώρακα για διάφορους λόγους και στις γυναίκες που πήραν ακτινοβολία από την ατομική βόμβα στην Χιροσίμα και το Ναγκασάκι. Μελέτες απέδειξαν ότι ο λανθάνον χρόνος είναι περίπου 15 έτη. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής εξαρτάται από τη χορηγούμενη δόση ακτινοβολίας. Έτσι, ενώ η αύξηση αυτή είναι ελάχιστη για 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 των 40-49 ετών.

6. Ψυχολογικοί παράγοντες.

Αρκετά συχνά φαίνεται ψυχικές διαταραχές να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

7. Παθολογοανατομικοί παράγοντες.

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η ινοκυστική μαστοπάθεια. Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι ιστολογική διάγνωση και τέτοια διάγνωση δεν πρέπει να τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Η 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. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου, όταν παρατηρούνται αυτά τα άτυπα κύτταρα. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από παρουσία κύστεων 2-3 mm. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μια στις 10 γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου. Η συνήθης ηλικία προσβολής είναι εκείνη των 30-45 ετών. Η συχνότητα καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη ινοκυστική μαστοπάθεια είναι διπλάσια από το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης η προηγήθησα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου με εξαίρεση αυτή που γίνεται για τα ινοιδενώματα.

Γυναίκες με καρκίνο στον ένα μαστό έχουν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Τον κίνδυνο τέλος αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και στους σιελογόνους αδένες.

8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

α. Εθνική και κοινωνικο-οικονομικοί : Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της

νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο δυτικό κόσμο, σε αντίθεση με Ασία, Αφρική και Μέση Ανατολή.

β. Εκπαιδευτικοί : Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα δεκαέξι χρόνια διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

9. Παράγοντες θρέψης.

α. Καταναλώση λίπους : Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει υποθεθεί τα τελευταία χρόνια. Στο τέλος της δεκαετίας του '60 παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν πολλά λίπη και έλαια είχαν υψηλότερα ποσοστά προσβολής από καρκίνο του μαστού σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν. Από τότε έχουν γίνει πολλές έρευνες που επιβεβαιώνουν την παραπάνω διαπίστωση. Διάφορες υποθέσεις προσπαθούν να δώσουν μια πιστευτή επεξήγηση του γεγονότος. Η αύξηση των λιπών και των ζωικών πρωτεϊνών στην τροφή, πιθανόν να έχει επίδραση στον ενδοκρινικό μεταβολισμό και έτσι να επέρχεται γρήγορη ανάπτυξη της γυναίκας και ως επακόλουθο πρωιμότερη εμμηναρχή. Αυξάνοντας, εξάλλου, το λίπος του σώματος επέρχεται μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη, ενώ με την αύξηση των χολικών αλάτων παρατηρείται αύξηση της προλακτίνης. Η υπόθεση της λειτουργίας του λίπους ως ενδοκρινικού οργάνου κερδίζει πολύ έδαφος τελευταία. Όπως είναι γνωστό, κύριο όργανο παραγωγής οιστρογόνων στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι οι ωοθήκες, ενώ στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες τα επινεφρίδια. Πρέπει να τονιστεί εδώ ότι το λίπος θεωρείται όργανο παραγωγής οιστρογόνων, ιδίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Έτσι, εξηγείται και η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις εύσωμες γυναίκες.

Επίσης, είναι δυνατόν η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης. (Πίνακας 2.1).

β. Καφές : Έχει διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης καρκίνου του μαστού και λήψης μεθυλοξανθινών (καφές, τσάι, κόκα-κόλα και σοκολάτα). Όπως είναι γνωστό, το 90% περίπου των γυναικείου πληθυσμού κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Αν και υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις, φαίνεται πως δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις καταναλώτριες μεθυλοξανθινών. Αντίθετα, άλλες εργασίες αναφέρουν μια προστατευτική δράση των μεθυλοξανθινών στο μαστικό αδένα.

γ. Αλκοόλ : Η λήψη αλκοολούχων ποτών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Διάφορες εργασίες από την Αμερική, το Ισραήλ και την Ιταλία απέδειξαν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες που κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών. Γαλλικές εργασίες ανεβάζουν την αύξηση της συχνότητας κατά 50%

στις αλκοολικές γυναίκες. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ. Ετσι, ενώ η κατανάλωση 1-3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1-3 φορές, η κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νέες γυναίκες παρά στις ηλικιωμένες. Δεν υπάρχει καμιά εξήγηση της αύξησης αυτής του κινδύνου στις αλκοολικές γυναίκες. Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη παραγωγή προλακτίνης, αν και δεν είναι γνωστός ο ρόλος της προλακτίνης στον καρκίνο του μαστού. Επίσης, είναι δυνατόν η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ, να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται δια μέσου ορμονικών διαταραχών.

δ. Κάπνισμα : 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. Ετσι, έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμιά σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

10. Ομάδες αίματος.

Όπως είναι γνωστό, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ομάδων αίματος και διαφόρων κακοήθων νοσημάτων. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες ομάδας αίματος Α έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού (Newell et al). Έχει αποδειχθεί υπεροχή της ομάδας Α κατά 7-8%. Ειδικά, ασθενείς με έντονα επιθετικό καρκίνο του μαστού, όπως ο φλεγμονώδης καρκίνος, ανήκουν κατά 50% στην ομάδα Α. Είναι αδύνατο να εξηγηθεί η διαπίστωση αυτή.

Πίνακας 2.1 Αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με αύξηση ή ελάττωση του καρκίνου του μαστού

	Αύξηση	Ελάττωση
Γεωγραφική κατανομή	Δυτική Ευρώπη, Β. Αμερική	Ιαπωνία, Μαύροι Ν. Αφρικής, Νιγηρία, Ινδία
Ηλικία	Μεγάλες γυναίκες (πάνω από 30 χρονών)	Νέες γυναίκες (κάτω από 20 χρονών)
Τεκνοποίηση	Ατοκία	Τεκνοποίηση κάτω των 20 χρονών
Ηλικία της πρώτης τεκνοποίησης	Άνω των 35 χρονών	Άνω των 16 χρονών
Έναρξη της έμμηνου ρύσεως	Κάτω των 13 χρονών	Κάτω των 45 ετών
Εμμηνοπάυση	Άνω των 50 χρονών	Κάτω των 45 ετών
Ωοθηκτομή	-	-
Οικογενειακό ιστορικό	Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού	Τραχήλου μήτρας
Προηγούμενος καρκίνος	α) μαστού, β) μήτρας, γ) σιαλογόνων αδένων, δ) παχέος έντερου, ε) ωοθήκης	-
Υπαρξη καλοήθους νόσου	Ινώδης κυστική μαστοπάθεια	-
Διατροφή	Παχυσαρκία	-
Ιονισμένη ακτινοβολία	Ιονισμένη ακτινοβολία	-

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κλινική σταδιοποίηση κατά το T.N.M. σύστημα.

Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού κατά το T.N.M. σύστημα έχει γίνει σήμερα παραδεκτή διεθνώς. Η σταδιοποίηση αυτή βοηθά τόσο στην πρόγνωση και θεραπευτική αγωγή, όσο και στην αξιόπιστη σύγκριση του θεραπευτικού αποτελέσματος στις διάφορες μελέτες που ανακοινώνονται. Το σύστημα αυτό προέρχεται από τα αρχικά των τριών κλινικών εκδηλώσεων της νόσου. Τον πρωτοπαθή όγκο T (Tumor), τους μασχालιαίους λεμφαδένες N (Nodes) και τις μακρινές μεταστάσεις M (Metastases).

Με την ταξινόμηση αυτή ένας καρκίνος του μαστού κατατάσσεται σε κάποιο από τα γνωστά τέσσερα στάδια (I, II, III και IV).

ΣΤΑΔΙΟ I : Νεοπλάσματα μέχρι 2cm χωρίς συμφύσεις στο δέρμα ή στους υποκείμενους μυς και κατά συνέπεια κινητά, εντοπισμένα στο παρέγχυμα του αδένα και χωρίς να παρουσιάζουν μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης.

ΣΤΑΔΙΟ II : Νεοπλάσματα με τα ίδια χαρακτηριστικά αλλά και έχοντας διηθήσει τους αδένες της μασχάλης.

ΣΤΑΔΙΟ III : Εδώ υπάρχουν μεγάλου μεγέθους νεοπλάσματα με συμφύσεις στους μυς και στο δέρμα, στο οποίο παρουσιάζεται αλλοίωση της χροιάς του, οίδημα ή και εξελκώσεις ως και διηθημένους τους αδένες της μασχάλης.

ΣΤΑΔΙΟ IV : Εμφανίζονται όλα τα παραπάνω ευρήματα ενώ πρόσθετα ο όγκος συνάπτεται στο τοίχωμα του θώρακα και στο δέρμα, το οποίο μπορεί να είναι εξελκώμενο. Είναι διηθημένοι οι μασχालιαίοι λεμφαδένες, οι υπερκλειδίιοι ή υπάρχουν μεμακρυσμένες μεταστάσεις.

Η κατάταξη σε κάποιο στάδιο γίνεται πάντα με βάση την υπερτερούσα κλινική εκδήλωση, είτε αυτή είναι ο πρωτοπαθής όγκος, είτε είναι οι μασχालιαίοι λεμφαδένες, είτε ορατές ή ανιχνεύσιμες μακρινές μεταστάσεις. (Πίνακας 2.2).

Πιν. 2.2 Πενταετής επιβίωση ανάλογα με το στάδιο (κλινικό) του καρκίνου του μαστού (Π Καραμανάκος, 1987)

Κλινικό στάδιο	Πενταετής επιβίωση (%)
ΣΤΑΔΙΟ I	85
ΣΤΑΔΙΟ II	66
ΣΤΑΔΙΟ III	41
ΣΤΑΔΙΟ IV	10

α. Ανατομία.

1. Πρωτοπαθής εστία. Ο μαζικός αδένας αποτελείται από αδενικό ιστό και πυκνό ινολιπώδες στρώμα. Ο αδενικός ιστός περιλαμβάνει 20 περίπου λοβούς καθένας από τους οποίους καταλήγει σε ξεχωριστό εκκριτικό πόρο στη θήλη.

2. Επιχώριοι λεμφαδένες. Η αποχέτευση της λέμφου γίνεται με τρεις κύριους οδούς : μασχالياία, διαθωρακική, εσωμαστική. Οι ενδομαστικοί λεμφαδένες θεωρούνται μασχالياίοι για λόγους σταδιοποίησης. Μεταστάσεις σε οποιουδήποτε άλλους λεμφαδένες θεωρούνται απομακρυσμένες (M1) περιλαμβανομένων των υπερκλειδίων, τραχηλικών και ετερόπλευρων έσω μαστικών.

3. Μεταστατικές εντοπίσεις. Όλες οι απομακρυσμένες σπλαχνικές περιοχές είναι δυνητικές θέσεις μετάστασης. Οι 4 συχνότερες θέσεις μεταστατικής εντόπισης είναι οστά, πνεύνομας, εγκέφαλος και ήπαρ αλλά μεταστάσεις μπορούν να γίνουν σχεδόν σε οποιαδήποτε απομακρυσμένη θέση.

Κανόνες της ταξινόμησης.

1. Κλινική σταδιοποίηση. Περιλαμβάνει την φυσική μαζί με την παθολογοανατομική εξέταση του μαστού ή άλλων ιστών που αποβλέπουν στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η ποσότητα των ιστών που εξετάζεται παθολογοανατομικά για την κλινική σταδιοποίηση είναι μικρότερη από όση απαιτείται για παθολογοανατομική σταδιοποίηση. Τα χειρουργικά ευρήματα αποτελούν στοιχεία της κλινικής σταδιοποίησης, περιλαμβανομένων του μεγέθους του πρωτοπαθούς όγκου, της διήθησης του θωρακικού τοιχώματος και της παρουσίας ή απουσίας επιχώριων ή απομακρυσμένων μεταστάσεων.

2. Παθολογοανατομική σταδιοποίηση. Αφορά όλα τα δεδομένα από την κλινική σταδιοποίηση και τη χειρουργική εκτομή, και την παθολογοανατομική εξέταση του πρωτοπαθούς όγκου χωρίς να επιτρέπεται να περιλαμβάνει υλικό λιγότερο από τον πρωτοπαθή όγκο εξαιρεθέντα σε υγιή όρια σύμφωνα με τη μακροσκοπική παθολογοανατομική εξέταση. Μια περίπτωση μπορεί να περιληφθεί στην παθολογοανατομική εξέταση. Μια περίπτωση μπορεί να περιληφθεί στην παθολογοανατομική σταδιοποίηση εάν υπάρχει μόνο μικροσκοπική αλλά όχι και μακροσκοπική νόσος στα όρια εξαίρεσης. Εάν υπάρχει μακροσκοπικά όγκος στα όρια εξαίρεσης ταξινομείται σαν T_x. Πρέπει επίσης να γίνεται εκτομή των κατώτερων μασχالياίων λεμφαδένων (επίπεδο I - λεμφαδένες που βρίσκονται επί τα εκτός του έξω ορίου του ελάσσονα θωρακικού μυός). Η εκτομή αυτή πρέπει να περιλαμβάνει δείγμα τουλάχιστον 6 λεμφαδένων.

β. Ταξινόμηση T.N.M.

1. Πρωτοπαθής όγκος.

Η κλινική μέτρηση που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση του πρωτοπαθούς όγκου (T) θα πρέπει να είναι αυτή η οποία κρίνεται σαν πιο ασφαλής (π.χ. φυσική εξέταση ή μαστογραφία).

Παθολογοανατομικά το μέγεθος του όγκου για την ταξινόμηση (T) είναι το αποτέλεσμα της μέτρησης της διηθητικής συνιστώσας. Εάν π.χ. , έχουμε μια μεγάλη in situ συνιστώσα (4 cm) και μια μικρή διηθητική συνιστώσα (0.5 cm), ο όγκος ταξινομείται T1a.

Το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου πρέπει να μετρείται πριν τη λήξη οποιούδηποτε τμήματος του όγκου για ειδικές εξετάσεις όπως π.χ. είναι ο προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων.

2. Πολλαπλοί Σύγχρονοι Ομόπλευροι Πρωτοπαθείς Καρκίνοι.

Ισχύουν τα ακόλουθα :

α. Δεν αφορά την περίπτωση ενός μόνο μακροσκοπικά ανιχνεύσιμου όγκου ο οποίος συνδυάζεται με πολλαπλές ξεχωριστές μικροσκοπικές εστίες. Χρειάζονται περισσότεροι από ένα μακροσκοπικοί, διηθητικοί, πρωτοπαθείς όγκοι.

β. Χρησιμοποιούμε το μεγαλύτερο πρωτοπαθή όγκο για να εκφράσουμε το T.

γ. Σημειώνεται παντού ότι πρόκειται για περίπτωση πολλαπλών συγχρόνων ομόπλευρων πρωτοπαθών όγκων, γιατί οι περιπτώσεις αυτές αναλύονται χωριστά από τις άλλες περιπτώσεις πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού.

3. Σύγχρονος Αμφοτερόπλευρος Καρκίνος του Μαστού.

Κάθε πλευρά θα πρέπει να σταδιοποιηθεί χωριστά.

4. Φλεγμονώδης Καρκίνος.

Ο φλεγμονώδης καρκίνος αποτελεί κλινικοπαθολογοανατομική οντότητα που χαρακτηρίζεται από διάχυτη σαρκώδη σκλήρυνση του δέρματος του μαστού με ερυσιπελατοειδή όχθο, συνήθως χωρίς υποκείμενο ψηλαφητό ογκίδιο. Ακτινολογικά μπορεί να ανιχνευθεί ογκίδιο και χαρακτηριστική πάχυνση του δέρματος του μαστού. Αυτή η κλινική εικόνα οφείλεται σε διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος από τον όγκο. Ο φλεγμονώδης καρκίνος ταξινομείται T4d.

5. Νόσος Paget της Θηλής.

Νόσος Paget της θηλής χωρίς συνοδό ογκίδιο (κλινικά) ή διηθητικό καρκίνο (παθολογοανατομικά) ταξινομείται Tis. Νόσος Paget που συνοδεύεται από ογκίδιο (κλινικά) ή διηθητική συνιστώσα (παθολογοανατομικά) ταξινομείται ανάλογα με το μέγεθος του ογκιδίου ή της διηθητικής συνιστώσας.

6. Δέρμα του Μαστού.

Εισολκή του δέρματος, εισολκή της θηλής ή οποιαδήποτε άλλη αλλαγή του δέρματος εκτός από αυτές που περιγράφηκαν για το φλεγμονώδη καρκίνο (T4d) μπορούν να εμφανιστούν στο T1, T2 ή T3 χωρίς να αλλάξουν των ταξινόμηση.

γ. Περιγραφή του T.N.M.

1. Πρωτοπαθής Ογκος (T=Tumor).

Οι ορισμοί για την ταξινόμηση του πρωτοπαθούς όγκου (T) είναι οι ίδιοι για την κλινική και παθολογοανατομική ταξινόμηση. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την τηλεσκοπική μέθοδο ταξινόμησης. Σύμφωνα μ' αυτή αν η μέτρηση γίνεται με τη φυσική εξέταση χρησιμοποιούμε τις φυσικές υποδιαιρέσεις (T1, T2, T3). Αν χρησιμοποιηθούν άλλες μετρήσεις όπως μαστογραφικές ή παθολογοανατομικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι υποδιαιρέσεις με μικρά γράμματα (τηλεσκοπικά) του T1.

- Tx. Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί.
- To. Δεν υπάρχουν ενδείξεις πρωτοπαθούς όγκου.
- Tis. Καρκίνος in situ : πορογενής, λοβιακός, νόσος Paget θηλής χωρίς συνοδό ογκίδιο.
- T1. Ογκος 2cm ή λιγότερο στη μεγαλύτερη διάσταση.
 - T1a. 0.5cm ή λιγότερο στη μεγαλύτερη διάσταση.
 - T1b. Πάνω από 0.5cm και μέχρι 1cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
 - T1c. Πάνω από 1cm και μέχρι 2cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
- T2. Ογκος πάνω από 2cm και μέχρι 5cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
- T3. Ογκος πάνω από 5cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
- T4. Ογκος οποιούδηποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα (θωρακικό τοίχωμα = πλευρές + μεσοπλεύριοι μύες + πρόσθιος οδοντωτός αλλά όχι οι θωρακικοί μύες).
 - T4a. Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα.
 - T4b. Οίδημα (περιλαμβάνει το "φλοιό πορτοκαλιού") ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δορυφόρα δερματικά οζίδια περιοριζόμενα στον ίδιο μαστό.

- T4c. T4a και T4b μαζί.
T4d. Φλεγμονώδης καρκίνος.

2. Επιχώριοι Λεμφαδένες (N=Nodes).

- Nx. Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν (π.χ. αν έχει προηγηθεί αφαίρεση).
No. Δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριο λεμφαδένα.
N1. Μετάσταση σε κινητό σύστοιχο μασχαλιαίο λεμφαδένα (ή λεμφαδένες) με καθήλωση σε άλλα παρακείμενα ανατομικά στοιχεία ή μεταξύ λεμφαδένων.
N2. Μετάσταση σε σύστοιχο μασχαλιαίο λεμφαδένα (ή λεμφαδένες) με καθήλωση σε άλλα παρακείμενα ανατομικά στοιχεία ή μεταξύ λεμφαδένων.
N3. Μετάσταση σε σύστοιχο έσω μαστικό λεμφαδένα (ή λεμφαδένες).

3. Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M=Metastasis)

- Mx. Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
Mo. Χωρίς απομακρυσμένη μετάσταση.
M1. Απομακρυσμένη μετάσταση (περιλαμβάνει και τη μετάσταση στους σύστοιχους υπερκλειδίους λεμφαδένες). Η θέση της απομακρυσμένης μετάστασης δηλώνεται ως εξής (από τις αντίστοιχες αγγλικές λέξεις) :

Πνευμονική PUL	Εγκέφαλος BRA	Υπέζωκώς PLE	Άλλη ΟΤΗ
Οστική OSS	Λεμφαδένες LYM	Περιτόναιο PER	
Ηπατική HER	Μυελός οστών MAR	Δέρμα SKI.	

Παθολογοανατομική Ταξινόμηση (pTNM=pathological TNM)

Η παθολογοανατομική ταξινόμηση παρουσιάζει διαφορές μόνο όταν αφορά τους λεμφαδένες (qN), σε σχέση με την παραπάνω ταξινόμηση, όπου προσθέτει περισσότερες πληροφορίες. Έτσι έχουμε για το qN :

- qNx. Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν (έχουν αφαιρεθεί προηγούμενα ή δεν αφαιρέθηκαν για παθολογοανατομική μελέτη).
qNo. Δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριο λεμφαδένα.
qN1. Μετάσταση σε κινητό σύστοιχο μασχαλιαίο λεμφαδένα (ή λεμφαδένες).

- ρN1α. Μόνο μικρομεταστάσεις (καμμία πάνω από 0.2cm).
- ρN1β. Μετάσταση σε λεμφαδένα (ή λεμφαδένες) πάνω από 0.2cm.
- ρN1βi. Μετάσταση σε 1 έως 3 λεμφαδένες, όσες είναι πάνω από 0.2cm και λιγότερο από 2cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
- ρN1βii. Μετάσταση σε 4 ή περισσότερους λεμφαδένες, όσες είναι πάνω από 0.2cm και λιγότερο από 2cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
- ρN1βiii. Επέκταση του όγκου πέρα από την κάψα μιας λεμφαδενικής μετάστασης μικρότερης από 2cm στη μεγαλύτερη διάμετρο.
- ρN1βiv. Μετάσταση σε λεμφαδένα πάνω από 2cm στη μεγαλύτερη διάσταση.
- ρN2. Μετάσταση στους σύστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες που είναι καθηλωμένοι μεταξύ τους ή σε άλλα παρακείμενα ανατομικά στοιχεία.
- ρN3. Μετάσταση σε σύστοιχο έσω μαστικό λεμφαδένα (ή λεμφαδένες).

Σταδιοποίηση κατά ομάδες.

Στάδιο 0	Tis	No	Mo
Στάδιο I	T1	No	Mo
Στάδιο IIA	T0	N1	Mo
	T1	N1	Mo
	T2	No	Mo
Στάδιο IIB	T2	N1	Mo
	T3	No	Mo
	T0	N2	Mo
Στάδιο IIIA	T1	N2	Mo
	T2	N2	Mo
	T3	N1,N2	Mo
	T4	Οποιοδήποτε N	Mo
Στάδιο IIIB	Οποιοδήποτε T	N3	Mo
	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N3	M1

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2. Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού με το σύστημα TNM

Στάδιο I	T ₁	N ₀	N ₁	M ₀
Στάδιο II	T ₂	N ₀	N ₁	M ₀
Στάδιο III	T ₃	N ₀	N ₁	M ₀
	T ₁	N ₂	M ₀	
	T ₂	N ₂		
Στάδιο IV	κάθε T	κάθε N	M ₁	

όπου T = όγκος, N = αδένες, M = μετάσταση
T₁ < 2 cm
T₂ > 2 < 5 cm
T₃ > 5 cm
T₄ Οποιαδήποτε μέγεθος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα
N₀ Δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες
N₁ Κινητοί αδένες
N₂ Ακίνητοι αδένες
N₃ Υπερκλειδίοι ή υποκλειδίοι αδένες
M₀ Καμμία απομακρυσμένη μετάσταση
M₁ Απομακρυσμένες μεταστάσεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3. Ταξινόμηση καρκίνου μαστού και προτεινόμενη μέθοδος θεραπείας

Κλινικά Ανατομικά Σημεία	
Στάδιο I Μάζα εντοπισμένη στον μαστό όλοι οι αδένες αρνητικοί	Ριζική μαστεκτομή προτιμάται από τους περισσότερους Αμερικάνους χειρουργούς Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολία Άλλοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία
Στάδιο II Μάζα εντοπισμένη στο μαστό· μασχαλιαίοι αδένες θετικοί	Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολία
Στάδιο III Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη. μασχαλιαίοι, υπερκλειδίοι και έσω μαστικοί αδένες θετικοί	Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση: 1. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. 2. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
Στάδιο IV Απομακρυσμένες μεταστάσεις	Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντόπιση της μετάστασης (οστά, μαλακά μέρη κ.λ.π.) 1. Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση ή μετάσταση 2. Ορμονοθεραπεία α. Συστηματική - Οιστρογόνα, ανδρογόνα ή στεροειδή β. Χειρουργική εξαίρεση - ωθηκεκτομή, επινεφρίδεκτομή, υποφυσεκτομή 3. Χημειοθεραπεία

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ COLUMBIA

Σήμερα για τον καρκίνο του μαστού, εκτός από το T.N.M. σύστημα κλινικής ταξινόμησης, υπάρχει και το σύστημα της Columbia. Τα τέσσερα στάδια του συστήματος και τα κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν κάθε στάδιο είναι :

Στάδιο Α: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς ελεύθεροι.

Στάδιο Β: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς διηθημένοι, αλλά μικρότεροι, σε εγκάρσια διάμετρο, από 2.5cm και χωρίς συμφύσεις προς το δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς.

Στάδιο C: Οποιοδήποτε από τα πέντε βασικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου:

- α. Περιορισμένης έκτασης οίδημα στο δέρμα του μαστού (λιγότερο από το 1/3 της όλης επιφάνειας του δέρματος του μαστού).
- β. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
- γ. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα.
- δ. Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι αδένες, κλινικώς διηθημένοι και μεγαλύτεροι από 2.5cm.
- ε. Συμφύσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς.

Στάδιο D: Όλες οι άλλες περιπτώσεις με πιο προχωρημένη νόσο περιλαμβάνουν:

- α. Συνδυασμό δύο ή και περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου.
- β. Οίδημα στο δέρμα του μαστού σε έκταση μικρότερη από το 1/3.
- γ. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου μαστού.
- δ. Φλεγμονώδη τύπο καρκίνο μαστού.
- ε. Κλινικώς διηθημένους υπερκλειδίους λεμφαδένες.
- στ. Παραστερνικό όγκο ως μαρτυρία διηθημένων αδένων της έσω μαστικής.
- ζ. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου.
- η. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Η βασική διαφορά ανάμεσα στα δύο συστήματα κλινικής ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού είναι ότι το T.N.M. χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου ως κύριο χαρακτηριστικό της σταδιοποίησης. Το σύστημα Columbia σταδιοποιεί σύμφωνα με την όλη κλινική εμφάνιση της νόσου, χωρίς να χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου. Με τον

τρόπο αυτό δεν υπάρχει αντιστοιχία στα στάδια των δύο συστημάτων.

Παθολογική Ανατομία - Ιστολογία του Καρκίνου Μαστού.

Ο καρκίνος μαστού χαρακτηρίζεται από πολυάριθμους ιστολογικούς τύπους και πέντε βαθμούς διαφοροποίησης των νεοπλασματικών κυττάρων (grades). Οι ιστολογικοί τύποι ταξινομούνται στον πίνακα 2.4 ενώ στον πίνακα 2.5 παρουσιάζεται η ιστοπαθολογική διαβάθμιση του καρκίνου του μαστού.

Πίνακας 2.4. Ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού (AJCC και UICC, 1988)

1. Καρκίνος, (χωρίς άλλο προσδιορισμό)
2. Πορογενής
 - Ενδοσωληνώδης (In situ)
 - Διηθητικός (χωρίς άλλο προσδιορισμό)
 - Διηθητικός με προεξέχουσα ενδοσωληνώδη συνιστώσα
 - Comedo
 - Φλεγμονώδης
 - Μυελοειδής με λεμφοκυτταρική διήθηση
 - Βλεννώδης (κολλοειδής)
 - Θηλώδης
 - Σκίρρος
 - Σωληνώδης
 - Άλλος
3. Λοβιακός
 - In situ
 - Διηθητικός με προεξέχουσα In situ συνιστώσα
 - Διηθητικός
4. Καρκίνος της θηλής
 - Νόσος Paget (χωρίς άλλο προσδιορισμό)
 - Νόσος Paget με ενδοσωληνώδη καρκίνο
 - Νόσος Paget με διηθητικό πορογενή καρκίνο
5. Άλλος

Η πλειοψηφία των διηθητικών καρκίνων του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των λοβίων και των πόρων. Τα σαρκώματα και μεσεγχυματικοί όγκοι γενικά είναι σπάνιοι. Τόσο ο λοβιακός όσο και ο πορογενής καρκίνος μπορεί να είναι μη διηθητικοί (ενδοθηλιακός ή in situ) ή διηθητικός. Οι μη διηθητικοί όγκοι, κύρια το λοβιακό in situ καρκίνωμα, φαίνεται ότι είναι συχνότεροι απ' ό τι υπολογιζόταν αρχικά και μπορεί να μείνουν σε λανθάνουσα κατάσταση για πολλά χρόνια.

Ο λοβιακός in situ καρκίνος είναι μικροσκοπική βλάβη, δεν μπορεί να διαγνωστεί κλινικά και αποτελεί τυχαίο εύρημα της ιστολογικής εξέτασης παρασκευασμάτων βιοψίας μαστού. Είναι πολυεστιακός και συχνά αμφοτερόπλευρος και μπορεί να γίνει διηθητικός στο 35% περίπου των περιπτώσεων στον ίδιο ή τον άλλο μαστό. Ο καρκίνος in situ των πόρων (ενδοσωληνώδες καρκίνωμα ή πορογενές in situ) μπορεί να γίνει αρκετά ευμεγέθης ώστε να διαγνωστεί εύκολα. Γίνεται διηθητικός στη θέση της βιοψίας στο 70% περίπου των περιπτώσεων, είναι συχνά

Πίνακας 2.5. Ιστοπαθολογοανατομική διαβάθμιση (grade)²¹

Gx	Ο βαθμός διαφοροποίησης δεν μπορεί να εκτιμηθεί
G ₁	Καλά διαφοροποιημένος
G ₂	Μέτρια καλά διαφοροποιημένος
G ₃	Λίγο διαφοροποιημένος
G ₄	Αδιαφοροποίητος

πολυεστιακός και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις στο 1% έως 3% των περιπτώσεων. Η μεγάλη πλειοψηφία των διηθητικών καρκίνων αντιπροσωπεύεται από τους λεγόμενους "όχι διαφορετικά προσδιοριζόμενους" (not otherwise specified - NOS) καρκίνους που καλύπτουν πάνω από το 60% των καρκίνων του μαστού και περιλαμβάνουν τους τύπους που παλαιότερα ονομάζονταν "σπίρρος καρκίνος" και "comedo καρκίνωμα" του μαστού. Ο μυελώδης καρκίνος, που είναι το 5% των διηθητικών είναι λιγότερο επιθετικός από τους NOS καρκίνους και δίνει μεταστάσεις αργότερα. Ο σωληνώδης, ο θηλώδης και ο βλενωδής (ζελατινώδης) καρκίνος του μαστού (όλοι μαζί το 2% του συνόλου) είναι σχετικά σπάνιοι και έχουν καλή πρόγνωση. Ο επιδερμοειδής καρκίνος, ο καρκίνος από διαυγή κύτταρα και ο καρκίνος με οστική μεταπλασία είναι ιδιαίτερα σπάνιοι κι έτσι δεν

έχουν πρακτική σημασία.

Το καρκίνωμα τύπου Paget αποτελεί μια ιδιόμορφη επιδερμοτρόπο εξέλιξη ενός ενδοσωληνοειδούς μη διηθητικού καρκίνου που επεκτείνεται αργά στην επιδερμίδα της θηλής, της θηλαίας άλω και του γύρω δέρματος. Σε προχωρημένο στάδιο, γίνεται διηθητικό και εξελίσσεται σαν συνηθισμένος καρκίνος του μαστού.

Ο "φλεγμονώδης" καρκίνος του μαστού ή "καρκινωματώδης μαστίτις" αποτελεί άλλη ιδιαίτερη μορφή καρκίνου του μαστού που χαρακτηρίζεται από πρόωμη και ταχεία επέκταση μέσω των λεμφαγγείων του δέρματος.

Ευνοικοί τύποι καρκίνου του μαστού, με καλή πρόγνωση, θεωρούνται ο βλεννώδης, μυελοειδής με λεμφοκυτταρικό στρώμα (μάλλον), σωληνώδης, αδενοειδές κυστικό καρκίνωμα και εκκριτικό καρκίνωμα (ο τύπος που εμφανίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία και ήβη).

Μη ευνοικοί τύποι, άρα κακής πρόγνωσης, είναι ο καρκίνος μαστού με πλακώδη μεταπλασία, ο φλεγμονώδης καρκίνος και καρκινώματα με σαρκωματοειδή, οστική ή χονδροματωδή μεταπλασία. Ακόμη, υψηλός πυρηνικός ή ιστολογικός βαθμός (grade) - φτωχή διαφοροποίηση - αποτελούν αρνητικούς (δυσμενείς) προγνωστικούς παράγοντες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εξέταση του μαστού σαν μέρος της γενικής εξέτασης της ασθενούς παραλείπεται κατά κανόνα από τους περισσότερους γιατρούς. Χάνεται έτσι η ευκαιρία της έγκαιρη διάγνωσης κάποιας πάθησης του μαστού και κυρίως του καρκίνου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών καταφεύγει στο γιατρό, μετά από τυχαία συνήθως ανεύρεση ενός όγκου στο μαστό τους.

Υπολογίζεται ότι το 90% περίπου των κλινικών καρκίνων ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η 3η με 5η μέρα της περιόδου. Κατά τη χρονική αυτή περίοδο λόγω της ελάχιστης μορφολογικής επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός, με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων.

Ιστορικό.

Με το ιστορικό παίρνονται πληροφορίες για την ηλικία της ασθενούς, της έναρξη και την παύση της εμμήνου ρύσεως καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμος ή όχι, τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών, και αποβολών. Την ηλικία που είχε την πρώτη τελειόμηνο κύηση, αν είχε κάνει προκλημακτήρια και μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή αν τώρα κάνει χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου.

Λαμβάνονται πληροφορίες για προηγηθείσες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, για το χρόνο εμφάνισης της πάθησης, τους χαρακτήρες της, τη σχέση της με το κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης του μαστού στη μητέρα, αδερφές και προγόνους της ασθενούς. Η ύπαρξη κυστικής μαστοπάθειας, καρκίνου στον άλλο μαστό, ή σε άλλο σημείο του σώματος (μήτρα, σιαλογόνοι αδένες, παχύ έντερο κ.α.).

Επισκόπηση.

Η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά στον εξεταστή όρθια ή καθιστή. (Εικ. 3.1). Εξετάζεται το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Υπάρχουσα δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική σε μερικές γυναίκες (ο αριστερός μαστός συνηθέστερα είναι μεγαλύτερος του δεξιού).

Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο επιφλέβου (ετερόπλευρο κυρίως), συρρίκνωσης ή προπέτειος, οιδήματος ερυθρότητας και πάχυνσης,

που μπορεί να παίρνει τη μορφή "φλοιού πορτοκαλιού" (Peau d' Orange).

Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισολκής της θηλής, ρίκνωσης ή έκκρισης. Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισης της, επί εκκρίσεως δε εκ της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο δυνατό να είναι ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό, γαλακτώδες κ.α. (Πιν 3.1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1. Φύση και αιτιολογία παθολογικών εκρίσεων του μαστού

Είδος εκκρίματος	Συνήθη αίτια
Γαλακτώδες	Νευροορμονικά αίτια Μηχανικός ερεθισμός Τραύματα θωρακικού τοιχώματος Ενδοσωληνώδες θήλωμα Καρκίνος
Αιμορραγικό	Ενδοσωληνώδες θήλωμα Κυστική μαστοπάθεια Καρκίνος
Υδαρές	Κυστική μαστοπάθεια Καρκίνος
Ορώδες	Ενδοσωληνώδες θήλωμα Κυστική μαστοπάθεια Καρκίνος
Παχύρευστο	Διάταση γαλάκτοφόρων πόρων
Πυώδες	Καρκίνος Φλεγμονώδεις παθήσεις

Για να ολοκληρωθεί η επισκόπηση λέμε στην ασθενή:

1. Να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, οπότε εάν ο όγκος έχει

καθηλωθεί στο μείζοντα θωρακικό μυ, ο μαστός αυτός παραμένει πιο ψηλά από το φυσιολογικό.

2. Να κάνει επίκλυση, οπότε ο πάσχων μαστός δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προπίπτει.

3. Να φέρει τα χέρια της στη μέση (οσφύ) και να το πιέσει οπότε αν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχων μαστός ανέρχεται ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό.

Ψηλάφηση.

Με την ψηλάφηση μελετάμε τις διάφορες ανωμαλίες του μαστού, τη σύσταση του, μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη κάποιου όζου και να καθορίσουμε την φύση του.

Η ασθενής τοποθετείται ύπτια στο εξεταστικό κρεβάτι. Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην ωμοπλάτη διευκολύνει την εξέταση.

Πριν από την ψηλάφηση και εφόσον η ασθενής γνωρίζει την ύπαρξη όζου, ερωτάται για τη θέση του. Η πληροφορία αυτή διευκολύνει τον εξεταστή.

Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από τον φυσιολογικό μαστό. Έτσι αποκτά μια ιδέα για τη σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με τον μαστό που πάσχει.

Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα και επίπεδα τα δάκτυλα με την παλαμιαία επιφάνεια και των χεριών συνήθως, με κυκλικές ήπιες κινήσεις ασκώντας ταυτόχρονα ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. (Εικ. 3.2).

Η εξέταση 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. (Εικ. 3.3).

Με την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχόν υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος, η παρουσία όζων οι οποίοι ανάλογα με την σύστασή τους, την κινητικότητα τους και τους λοιπούς χαρακτήρες τους χαρακτηρίζονται σαν καλοήθεις ή κακοήθεις. Μέτρηση σε εκατοστά του μέτρου της μεγαλύτερης διαμέτρου του όγκου φανερώνει και το μέγεθος του. Συνοχή του όγκου προς το δέρμα ελέγχεται με ελαφρά έλξη του υπερκείμενου δέρματος μεταξύ του αντίχειρα και του δείκτη. (Εικ. 3.4).

Για την καλύτερη ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού, το σύστοιχο προς τη βλάβη άνω άκρο της ασθενούς φέρεται παράλληλα προς τον κορμό, κεκαμένο και χαλαρό. Το έσω ημιμόριο ψηλαφάται καλύτερα όταν το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο της ασθενούς τοποθετηθεί, κεκαμένο πάνω από το κεφάλι της.

Για τη διαπίστωση διήθησης του μείζονα θωρακικού μυ από τον όγκο, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής ενώ ο εξεταστής μετακινεί

τον όγκο κατά τον κάθετο και οριζόντιο άξονα. Πίεση του άκρου από την ασθενή στη θέση αυτή με περιορισμό ή και κατάργηση της κινητικότητας του όγκου κατά την προσπάθεια μετακίνησης του από τον εξεταστή κατά τους δύο ανωτέρω άξονες, φανερώνει διήθηση του μυός από τον όγκο.

Για να διαπιστωθεί αν ο πρόσθιος οδοντωτός μυς διηθείται από όγκο που εντοπίζεται στο κάτω έξω τεταρτημόριο του μαστού η ασθενής φέρνει το σύστοιχο άνω άκρο και πιέζει τον ώμο του εξεταστή οπότε συσπάται ο μυς και περιορίζεται η κινητικότητα του όγκου. Η ψηλάφηση τελειώνει με την εξέταση της μασχαλιαίας κοιλότητας των υπεκλείδιων και υποκλείδιων λεμφαδένων.

Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, ο εξεταστής λέει στην ασθενή να ακουμπήσει το δεξιό μπράτσο της πάνω στο αριστερό δικό του, το οποίο φέρεται στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη στραμμένη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάκτυλα του χεριού τεντωμένα και ενωμένα. Η ίδια διαδικασία αλλά αντίστοφα ακολουθείται για την εξέταση της αριστερής μασχάλης. (Εικ. 3.5).

Λεμφαδένες 1-2 τον αριθμό, μικρότεροι των 5 χιλ. διαμέτρου, μη σταθεροί, συχνά ψηλαφώνται και δεν χαρακτηρίζονται ως σημαντικοί.

Αντίθετα, λεμφαδένες σταθεροί στην ψηλάφηση, σκληροί, διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 χιλ. φανερώνουν διήθηση.

Ο εξεταστής πρέπει να γνωρίζει ότι σ' ένα 30% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οι αδένες είναι διηθημένοι, έστω και αν η ψηλάφηση είναι αρνητική. Όταν ο εξεταστής νομίζει ότι υπάρχουν διηθημένοι αδένες, δικαιώνεται σε ένα 85% των περιπτώσεων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τι πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ψηλαφητή μάζα (77%). Στα 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη συνηθέστατα κατά την διάρκεια του μπάνιου της. Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες κακοήθεις παθήσεις του μαστού.

Η έκκριση της θηλής του μαστού (10%) είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου μαστού.

Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλημακτηριακές γυναίκες.

Ελξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο, αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βρόχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο. Εισολκή της θηλής (όταν ο όγκος εντοπίζεται κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μη γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται είτε εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.

Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (Peau d' Orange), λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμοραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας, ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.

Γενικά τα συμπτώματα τα διακρίνουμε σε πρώιμα, όψιμα και τελικά.

1. Πρώιμα:

α) Ελξη του δέρματος του μαστού, που οφείλεται σε βρόχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

β) Εισολκή της θηλής, που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή. Χρειάζεται προσοχή να μη γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.

2. Όψιμα:

α) Προσήλωση της διογκώσεως στους θωρακικούς μυς.

β) Εμφανίζεται ερυθρότητα και υπεραιμία στο δέρμα, του οποίου επιφάνεια μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα.

γ) Πάχυνση και εισολκή του δέρματος συνέπεια διηθήσεως. Η πάχυνση αυτή μπορεί να είναι εντοπισμένη ή καθολική και να έχει διάφορο πάχος.

δ) Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού.

ε) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση θηλής.

3. Τελικά:

α) Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων.

β) Εξέλκωση κατά τη θηλή - οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας.

γ) Οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλημακτικές γυναίκες.

δ) Αγγειοβροθία, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση του εύρους των αγγείων, το οποίο μπορεί να είναι τριπλάσιο του φυσιολογικού. Η αξιολόγηση της αγγειοβροθίας πρέπει να γίνεται συγκριτικά με τον άλλο μαστό, αλλά και με την συνεκτίμηση και των άλλων ευρημάτων στον καρκίνο του μαστού.

ε) Γενικευμένες μεταστάσεις.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Προκειμένου να κάνουμε ένα σωστό διαγνωστικό έλεγχο ακολουθούμε την τήρηση ενός σχήματος το οποίο περιλαμβάνει:

- α) κάποιους ατομικούς παράγοντες,
- β) εργαστηριακές εξετάσεις κ'
- γ) μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις.

A Ατομικοί παράγοντες

1. Αυτοεξέταση. Έχει σκοπό την προωιότερη ανεύρεση ψηλαφητών μαζών. Πρέπει να γίνεται μηνιαίως λίγες μέρες μετά την έναρξη της περιόδου. Με τη συνεχή αυτοεξέταση οι γυναίκες εξοικειώνονται με τη φυσιολογική υφή των μαστών τους και μπορούν νωρίς να αντιληφθούν παθολογικές μεταβολές.

2. Ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό κακοήθων νεοπλασμάτων παρατηρείται μεταξύ των ορίων 50ου - 60ου έτους.

3. Έμμηνος ρύση. Τα περισσότερα νεοπλάσματα εμφανίζονται μετά την εμμηνόπαυση και σχεδόν ποτέ προ την εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως. Επίσης, αν υπάρχει περίπτωση κακοήθους νεοπλασίας παρατείνεται η έμμηνος ρύση.

4. Εγκυμοσύνη - Γαλουχία. Παρατηρήθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού σπανίζει την περίοδο της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας, σε περίπτωση όμως της εμφάνισής του η πρόγνωση είναι δυσκολότερη.

5. Χρόνος εμφάνισης. Κάθε καθυστέρηση προσέλευσης της ασθενούς, μετά την ανακάλυψη του όγκου, συνεπάγεται επιβάρυνση στην πρόγνωση. Σε ασθενείς οι οποίες φέρουν κλινικές εκδηλώσεις σε χρόνο λιγότερο από ένα μήνα παρουσιάζονται διηθήσεις των μασχαλιαίων αδένων σε ποσοστό λιγότερο από 50% ενώ σε γυναίκες οι οποίες έρχονται σε χρόνο μεγαλύτερο από μήνα παρουσιάζονται διηθήσεις σε ποσοστό πάνω από 75%.

6. Εντόπιση. Ανάλογα με το που εντοπίζεται τον διακρίνουμε σε καρκίνο του άνω έξω, άνω έσω, κάτω έξω και κάτω έσω τεταρτημορίου και καρκίνο του κεντρικού τμήματος. Αυτή η κατάταξη είναι απαραίτητη όχι μόνο για λόγους περιγραφής αλλά και για λόγους προσδιορισμού της μεταστάσεως αυτού.

B Εργαστηριακές εξετάσεις

Διακρίνουμε α) τις γενικές κ' Β) τις ειδικές. Εδώ υπάγονται:

α) Γενικές εξετάσεις.

1. Ακτινολογικός έλεγχος: πνεύμονα και μεσοθωρακίου για αποκλεισμό μεταστάσεων.

2. Αιματολογικές εξετάσεις: προσδιορίζουμε το εξής:

(ι) πιθανή αναιμία

(ιι) προσδιορισμό ταχύτητας καθήζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων, και

(ιιι) αλλοιώσεις τιμών ασβεστίου και φωσφόρου οι οποίες υποδηλώνουν οστικές μεταστάσεις.

3. Η κατά Παπανικολάου εξέταση: Όταν υπάρχει έκκριση υγρού από τους μαστούς ή όπως αλλιώς λέγεται αιμοραγών μαστός. Δε θεωρείται όμως απόλυτα αξιόπιστη μέθοδος δεδομένου ότι η συχνότητα των ψευδώς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ υψηλή και φθάνει το 25% περίπου των περιπτώσεων.

β) Ειδικές εξετάσεις.

1. Μαστογραφία. (Εικ. 3.6). Είναι είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιδιώκουμε όχι την ανάδειξη ή επιβεβαίωση όγκων του μαστού, οι οποίοι κατά την κλινική εξέταση έχουν γίνει αντιληπτοί, αλλά την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης και κατ'έξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Τα καρκινώματα αυτά δυνατόν να απεικονιστούν στη μαστογραφία:

- (I) ως μικροαποτιτανώσεις, πολλαπλές λεπτοκοκκώδεις συρρέουσες, στρογγυλές ή επιμήκεις κατά τη φορά των πόρων,
- (II) σαν μιά μικρή μάζα μέσα στο μαστό, ή

- (III) σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγείωσης του μαζικού αδένου, συγκριτικά με τον άλλο μαστό.

Η χρησιμοποίηση σήμερα της μαστογραφίας χαμηλής δόσεως (low dose mammography), έκανε το είδος της ακτινογραφίας αυτής να κερδίσει έδαφος και να χρησιμοποιείται ευρύτατα.

Το δέρμα του μαστού με την μέθοδο αυτή δέχεται μειωμένη ακτινοβολία (0.2 - 0.3r) συγκριτικά με την συνήθη μαστογραφία. Η ποσότητα αυτή δεν θεωρείται σημαντική για να προκαλέσει βλαπτικές επιδράσεις ιδιαίτερα όταν γίνεται σε μεγάλες γυναίκες. Η μείωση της ακτινοβολίας δεν αλλοιώνει την διαγνωστική αξία της τεχνικής αυτής. (Εικ. 3.7.).

Ευρήματα μαστογραφίας (Εικ. 3.8.). Τα ευρήματα στα οποία θα στηριχθεί η μαστογραφία για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα.

- (I) Η παρυφή του όζου. Είναι ανώμαλη με ασαφή όρια. Σε μερικές μορφές καρκίνου (μυελώδεις, βλεννώδης) η παρυφή του όζου μπορεί να είναι περιγεγραμμένη, αλλά είναι σχετικά ασαφής.
- (II) Το μέγεθος του όζου. Οι διαστάσεις του όζου στη μαστογραφία είναι μικρότερες από εκείνες που διαπιστώνονται κατά την ψηλάφηση.
- (III) Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.
- (IV) Οι αποτιτανώσεις. Οι αποτιτανώσεις οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων και παρατηρούνται στο 36% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.
- (V) Τοπική συρρίκνωση του δέρματος.
- (VI) Πάχυνση του δέρματος
- (VII) Αυξημένη αγγείωση
- (VIII) Μεταβολές της θηλής και της άλω.

Εφαρμογές μαστογραφίας. Η μαστογραφία βρίσκει εφαρμογή:

- (I) Στην επιβεβαίωση μιας κακοείθους μάζας ή ενός καρκίνου.
- (II) Στην αποκάλυψη ενός μη υποπτευόμενου πολυεστιακού ή αμφοτερόπλευρου καρκίνου.
- (III) Στην ανίχνευση όζων διαμέτρου κάτω των 5 χιλ. που δεν είναι κλινικά αντιληπτοί (λανθάνοντες καρκίνοι)
- (IV) Σε όζους που είναι σχετικά μικροί στο μέγεθος, συγκριτικά με το μέγεθος του μαστού. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μεγάλο και πυκνό στη σύσταση

μαστό.

- (V) Όταν δεν υπάρχει διαφορά στη σύσταση κλινικά μεταξύ όζου και γειτονικού αδενικού ιστού.
- (VI) Σε τροπικό αναίτιο "νυγμάδες" όγκος. Κυρίως σε μεγάλες γυναίκες (υποψία καρκίνου).
- (VII) Επί υπάρξεως υπόπτων κλινικά λεμφαδένων της μασχάλης χωρίς κανένα ψηλαφητικό εύρημα από το μαστό, (εφόσον δεν υπάρχει άλλη πάθηση που να θεωρείται υπεύθυνη για τους διογκωμένους λεμφαδένες).
- (VIII) Στον περιοδικό προληπτικό έλεγχο (screening) προσυμπτωματικών γυναικών κυρίως υψηλού κινδύνου (High risk).

Ενδείξεις μαστογραφίας.

- (I) Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.
- (II) Σε γυναίκες πάνω των 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. ινώδη κυστική μαστοπάθεια), κάθε χρόνο έλεγχος, εφόσον το κρίνει σκόπιμο ο εξεταστής.
- (III) Επανελλημένος προληπτικός έλεγχος (Screening).

α. Σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού (μαστεκτομή).

β. Σε γυναίκες 40 - 49 ετών.

- όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου

- όταν έχουν αδελφές ή μητέρα με καρκίνο (οικογενειακό ιστορικό) και μάλιστα, όταν είναι αμφοτερόπλευρος και προ της εμμηνόπαυσης. Οι γυναίκες της ομάδας αυτής ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου γυναικών (High risk).

Με το περιοδικό προληπτικό έλεγχο σε φαινομενικά υγιείς γυναίκες, πάνω από το 60% περιπτώσεων καρκίνου ανιχνεύονται, εκ των οποίων μάλιστα το 80% έχει διηθημένους λεμφαδένες.

2. Ξηρογραφία. Πρόκειται για μία άλλη αξιολογη ακτινολογική εξέταση του μαστού. Είναι μέθοδος "ξηρά" και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας.

Αντί για μαστογραφικό φιλμ χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου - σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες.

Χρησιμοποιείται όπως και η μαστογραφία, ιδιαίτερα σε μεγάλες γυναίκες (πάνω

από 50 ετών) γιατί παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από την χαμηλής δόσης μαστογραφία.

Το ποσοστό διάγνωσης καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρομαστογραφία ανέρχεται στο 90%.

3. Θερμογραφία. (Εικ. 3.9). Πρόκειται για μια τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη μέθοδο, που μπορεί να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειαστεί. Χρησιμοποιείται τόσο μετά την κλινική εξέταση για κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό πρόβλημα όσο και για προσυμπτωματική παρακολούθηση του πληθυσμού. Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται στη συνέχεια σε μαστογραφία. Με το να γίνεται πρώτα η θερμογραφία περιορίζονται οι μαστογραφίες σε ένα ποσοστό 13-36%.

Το πρόβλημα της θερμογραφίας είναι ότι καταγράφει κάθε αύξηση της θερμοκρασίας ανεξάρτητα από την αιτία της που μπορεί να είναι και μια απλή φλεγμονή. Ο καρκίνος αποτελεί εστία μεγαλύτερης θερμογένεσης συγκριτικά με τους γειτονικούς ιστούς, δημιουργώντας έτσι προβλήματα διαγνωστικά.

Εμφανίζει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων (15-59%) γεγονός που την κάνει να θεωρείται σήμερα περιορισμένης διαγνωστικής αξίας.

4. Υπερηχοτομογραφία. Περιορίζεται κυρίως για το διαχωρισμό, λόγω διαφορετικής απορρόφησης των υπερήχων, των συμπαγών από τους κυστικούς όγκους.

Ο διαχωρισμός όμως των συμπαγών όγκων σε καλοήθεις και κακοήθεις, παρά την αποκτηθείσα εμπειρία και την βελτίωση της μεθόδου, είναι ακόμα πολύ δύσκολος. Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δε χρησιμοποιείται για μαζικό έλεγχο (Screening) ασυμπτωματικών γυναικών.

Η υπερηχοτομογραφία όπως κ' η θερμογραφία βρίσκει κυρίως εφαρμογή σε νέες γυναίκες όπου δεν εφαρμόζεται η μαστογραφία.

5. Πνευμοκυστογραφία. Ελέγχει την ομαλότητα του τοιχώματος μιας κυστικής επεξεργασίας. Προς το σκοπό αυτό αφαιρείται ποσότητα υγρού και εισάγεται ίση ποσότητα αέρα. Ακολούθως εκτελείται μαστογραφία ή ξηρογραφία.

6. Γαλακτογραφία. Η σκιαγράφιση του πάσχοντος πόρου γίνεται μετά από καθετηριασμό και έγχυση υδατοδιαλυτού σκιαγραφικού. Παρέχει σημαντική βοήθεια στην εντόπιση θηλωμάτων.

Σκιαγραφικό έλλειμμα μέσα στον πόρο με ομαλά ή ανώμαλα όρια, φανερώνει την ύπαρξη θηλώματος, χωρίς όμως να μπορεί να καθορίσει την ύπαρξη καρκινωματούδους

εξαλλαγής.

Στραγγαλισμός όμως και μετατόπιση των πόρων φανερώνει καρκίνο που διηθεί τα τοιχώματα τους.

7. Φλεβογραφία. Με τη φλεβογραφία ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφικών γαγγλίων. Αυτό επιτυγχάνεται με την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με τοπική αναισθησία, ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου. Διακοπή της σκιαγράφησης των έσω μαστικών φλεβών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

Άλλες εξετάσεις που γίνονται για τη διαπίστωση του προχωρημένου κυρίως καρκίνου του μαστού και την ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων είναι οι ακόλουθες :

Λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία των επιχώριων λεμφαδένων. Βοηθά στην ανίχνευση των διηθημένων λεμφαδένων που δεν είναι βασικά προσιτή στην ψηλάφηση.

Λεμφοσπινθηρογράφημα των έσω μαστικών λεμφαδένων. Με τη βοήθεια ένεσης ραδιενεργούς ουσίας (κολλοειδούς χρυσού κ.α.), μπορούμε να ανιχνεύσουμε σε ποσοστό πάνω από 80% των περιπτώσεων διήθηση των έσω μαστικών λεμφαδένων.

Καρκινοεμβρυικό αντιγόνο (CEA). Τιμές πάνω από 5ng/ml είναι ενδεικτικές μεταστάσεων.

Υδροξυπρολίνη των ούρων. Προέρχεται από τη διάσπαση λόγω μεταστάσεων, του νεοσυντελεσθέντος κολλαγόνου. Η αύξηση της τιμής της υδροξυπρολίνης προηγείται ενίοτε κατά πολλούς μήνες της ακτινολογικής διάγνωσης των οστικών μεταστάσεων.

Καλτσιτονίνη πλάσματος. Καλτσιτονίνη μπορεί να παραχθεί στον καρκίνο μαστού. Ο προσδιορισμός της στο πλάσμα βοηθά στην ταξινόμηση του καρκίνου.

Ακτινογραφία θώρακος και οστών. Για να φανεί μια οστική μετάσταση σε μια συνηθισμένη ακτινογραφία, θα πρέπει να έχει διηθηθεί το οστόν σε ποσοστό 50-70% της μάζας του. Οι οστικές μεταστάσεις διακρίνονται βασικά σε δύο τύπους: α) τις οστεολυτικές, που καταστρέφουν την οστεΐνη ουσία και μπορεί να προκαλέσουν αυτόματα κατάγματα και β) τις οστεοπλαστικές, που συνοδεύονται από αντιδραστική υπερπλασία του οστού.

Σπινθηρογράφημα οστών, ήπατος, εγκεφάλου. Με το σπινθηρογράφημα των οστών διαγιγνώσκονται οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό 25% των γυναικών εκείνων που θα εθεωρούντο αλλιώς ότι πάσχουν από καρκίνο μαστού σε αρχικό στάδιο. Χαρακτηριστικό ελυσήμα του σπινθηρογραφήματος των οστών είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους και μάλιστα όταν η εστία αυτή της

αυξημένης πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα.

Κατάγματα, εκφυλιστικές νόσοι, κυφοσκολίωση και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του σκελετού προκαλούν κάποια αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου, πράγμα που μπορεί να δώσει ψευδώς θετικές για μετάσταση ερμηνείες.

Η ψευδώς αρνητική εξέταση του ήπατος δια του σπινθηρογραφήματος είναι συχνή και ανέρχεται σε ποσοστό 30%.

Γ. Μικρές διαγνωστικές εξετάσεις

Εκτός από τις εργαστηριακές εξετάσεις, για τη διαπίστωση του καρκίνου του μαστού πολλές φορές προβαίνουμε και σε μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις.

1. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα (Fine needle aspiration).

Με τη βοήθεια λεπτής βελόνας (21G) σε σύριγγα 10 κ. εκ. αναρροφώνται κύτταρα από ύποπτη βλάβη. Η αναρρόφηση γίνεται μετά από παρακέντηση του όγκου και με διαδοχικές έλξεις του εμβόλου (5-8 φορές). Με τον τρόπο αυτό λαμβάνεται μεγάλος αριθμός κυττάρων. Για ασφαλέστερο αποτέλεσμα γίνεται αναρρόφηση και από άλλη θέση του όγκου. Η μέθοδος αυτή βάζει διάγνωση ή υποψία κακοήθειας στο 90% των καρκίνων, μαζί με τη κλινική εξέταση και την ξηρομαστογραφία, το ποσοστό ανέρχεται σε 99% (Εικ. 3.10).

2. Βιοψία δια βελόνη (Trucut Biopsy). Υπό τοπική αναισθησία και με ειδική βελόνα παίρνονται μικρά τμήματα του όγκου από διαφορετικό σημεία. Η ακρίβεια της μεθόδου εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος, τόσο αυξάνεται το θετικό διαγνωστικό αποτέλεσμα της μεθόδου. Έτσι για καρκίνους μεγέθους πάνω από 2εκ, το αποτέλεσμα είναι θετικό πάνω από το 75% των περιπτώσεων. (Εικ. 3.11).

3. Ανοικτή βιοψία. Με τοπική ή συνηθέστερα γενική αναισθησία, αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος ή η ύποπτη εστία και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του μαστού θα γίνει από άλλες παθήσεις του μαστού, κυρίως δε από:

1. Συγγενείς ανωμαλίες των μαστών.

α) Η ύπαρξη υπεράριθμων θηλών - πολυθηλία ή

β) μαστών - πολυμαστία,

γ) γυναικομαστία. Σ' αυτή την περίπτωση συνήθως υπάρχει υψηλή στάθμη οιστρογόνων στο αίμα όπως σε ηπατική ανεπάρκεια ή σε εξωγενή χορήγηση τους σε άνδρες για θεραπευτικούς σκοπούς π.χ. σε καρκίνο του προστάτη. Οι μαστοί ψηλαφώνται σκληροί με ανώμαλη επιφάνεια και η βιοψία τους είναι απαραίτητη.

2. Φλεγμονώδεις παθήσεις του μαστού.

α) Οξεία μαστίτιδα - απόστημα

β) Χρόνιο απόστημα του μαστού. Εδώ η κλινική διάγνωση επιστραγγίζεται μόνο με τη βιοψία της μάζας.

γ) Ασηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού. Σ' αυτή την περίπτωση στο μαστό ψηλαφάται μάζα σκληρή με ασαφή όρια, επώδυνη, η οποία όμως δε μεταβάλλει μέγεθος με το χρόνο. Εκτός του τελευταίου χαρακτηριστικού η ομοιότητα της με τον καρκίνο κλινικώς και μαστογραφικώς είναι πολύ μεγάλη αφού υπάρχουν τόσο εισολκή του δέρματος όσο και αποτινανώσεις. Ασφαλής διάγνωση μόνο με αφαίρεση και βιοψία της μάζας.

δ) Εκτασία των πόρων. Υπάρχει συχνά εισολκή της θηλής, καθήλωση του δέρματος με οίδημα και ψηλαφητή μάζα σκληρή με ασαφή όρια και διόγκωση των σύστοιχων λεμφαδένων. Η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο είναι δύσκολη κλινικώς και απαιτούνται επανειλημμένες βιοψίες για να αποκλεισθεί ο καρκίνος.

ε) Θηλαίο συρίγγιο.

3. Καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι.

Εδώ ανήκουν το ινοαδένωμα, το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα, το ενδοαυλικό θήλωμα. Η διαφορική διάγνωση γίνεται με βιοψία και μόνο.

4. Καλοήθεις συνδετικογενείς όγκοι.

Είναι σπάνιοι, ο μόνος που έχει κλινική σημασία είναι το λίπωμα, απαιτείται δε άμεση ιστολογική εξέταση των λιπωμάτων.

5. Κυστική νόσος και Επιθηλιακή υπερπλασία

Η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο δεν είναι εύκολη. Η μη καθήλωση της βλάβης προς το δέρμα είναι στοιχείο καλοήθειας. Η διερεύνηση των μονήρων ή εντοπισμένων αυτών βλαβών πρέπει να είναι προσεκτική και μεθοδική. Αν με την παρακέντηση η μάζα δεν εξαφανισθεί ή αν η βλάβη είναι περισσότερο διάχυτη ή αν στην παρακολούθηση της άρρωστης ψηλαφώνται νέα ύποπτα στοιχεία τότε πρέπει να προβούμε σε ανοικτή βιοψία των περιοχών αυτών. Είναι προτιμότερο να υποβάλλουμε μια ασθενή σε μία ή δύο αρνητικές βιοψίες από το να μας ξεφύγει ένας καρκίνος του μαστού.

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ - ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Ο όγκος τρέφεται με διάχυση, όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων που τον συνδέουν, δεν υπερβαίνουν τις 100.000. Μετά από αυτό το στάδιο η διατροφή του νεοπλάσματος γίνεται με νεόπλαστα τροφοφόρα αγγεία, που αναπτύσσονται σε μια ουσία που εκκρίνουν τα καρκινικά κύτταρα (παράγοντες αγγειογένεσης). Συγχρόνως με την ανάπτυξη αγγειογένεσης του όγκου, υπάρχει και το ενδεχόμενο ανάπτυξης μεταστάσεων.

Σήμερα, είναι παραδεκτό ότι πολύ συχνά και σε πρώιμο στάδιο, νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να διαπεράσουν ή να παρακάμψουν τους επιχώριους αδένες και να μπουν στην κυκλοφορία χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι κάθε κύτταρο μπορεί να προκαλέσει μετάσταση. Υπάρχουν μάλιστα ενδείξεις ότι πάνω από το 99% των κυττάρων αυτών που μπαίνουν σε κυκλοφορία καταστρέφονται με διάφορους αντικαρκινικούς μηχανισμούς, που διαθέτει ο οργανισμός. Μερικά κύτταρα εγκαθίστανται σε διάφορους απομακρυσμένους ιστούς, σε λανθάνουσα μορφή και αναπτύσσονται σε κλινικά έκδηλες μεταστάσεις.

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες οι σιωπηρές αυτές εστίες δραστηριοποιούνται δεν είναι γνωστές. Σε γενικές γραμμές παράγοντες που ρίχνουν της αντίσταση του οργανισμού, όπως μεγάλη ηλικία, ανοσοκαταστολή, ή ακόμα και συγκινησιακοί παράγοντες μπορούν να ενεργοποιήσουν λανθάνουσα συστηματική νόσο.

Ο καρκίνος του μαστού σε κάποια φάση της ανάπτυξης του μεθίσταται με τα λεγόμενα καρκινικά έμβολα αποτελούμενα από καρκινικά κύτταρα. Τα έμβολα αυτά μεταφέρονται κατ' εξοχήν με την λεμφική κυκλοφορία και σε μικρότερο βαθμό με την κυκλοφορία του αίματος. Τέλος, ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται κατά συνέχεια ιστού.

1. Λεμφική οδός. Τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους σύστοιχους

λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες που προσβάλλονται είναι οι μασχαλιαίοι, υποκλείδιοι, υπερκλείδιοι και έσω μαστικοί. Κατ' εξοχήν προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, δεδομένου ότι 75% της λέμφου απάγεται προς τη μασχάλη. Ογκοί που αντιμετωπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού μεθίστανται κατ' εξοχήν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ όγκοι που εντοπίζονται στο έσω ημιμόριο του μαστού δίνουν μεταστάσεις στους αδένες που βρίσκονται κατά μήκος της έσω μαστικής αρτηρίας. Ο βαθμός προσβολής των μασχαλιαίων λεμφαδένων έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου αν και υποκλινικοί μπορούν να εμφανίσουν διηθημένους λεμφαδένες. Πρέπει επίσης να γνωρίζουμε ότι σε ένα ποσοστό 30% υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες έστω και αν δεν έχουν αποκαλυφθεί κλινικά.

2. Με την κυκλοφορία του αίματος. Νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να παρακάμψουν τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουν απευθείας στην κυκλοφορία χωρίς να προκαλέσουν πάντα μετάσταση. Το 99% απ' αυτά τα κύτταρα, όπως πιστεύεται, καταστρέφονται! Ενα μικρό μόνο μέρος των κυττάρων αυτών εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή. Αυτά τα κύτταρα με την επίδραση διαφόρων συνθηκών και όχι σε καθορισμένο χρόνο, μπορεί να μετατραπούν σε κλινικά έκδηλες μεταστάσεις. Οι ακρινές μεταστάσεις αφορούν διάφορα όργανα όπως :

α) οστά (70%) όπου και συχνά παρατηρούνται αυτόματα κατάγματα. Συχνότερα εντοπίζονται στη σπονδυλική στήλη και στη λεκάνη, ακολουθούν οι πλευρές, τα μηρία, το κρανίο κ.λ.π.

β) πνεύμονες (66%)

γ) ήπαρ (61%)

δ) εγκέφαλος (25%)

3. Κατά συνέχεια ιστού. (Θωρακικό τοίχωμα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Γενικά θεωρείται ότι ασθενείς με μικρό σε μέγεθος όγκο χωρίς ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση. Αυτό είναι όμως μια κλινική αξιολόγηση, χωρίς ιστολογικά δεδομένα για τούτο και δεν αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την πρόγνωση της νόσου. Φαίνεται όμως ότι κάποιοι παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού και αυτοί είναι:

1. Διηθημένοι λεμφαδένες. Η ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων επηρεάζει την πρόγνωση. Ασθενείς χωρίς διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση (πενταετής επιβίωση 78%), από ασθενείς με διηθημένους λεμφαδένες (πενταετής επιβίωση 46%).

Ο αριθμός επίσης των διηθημένων λεμφαδένων επηρεάζει διαφορετικά την πρόγνωση. Επί υπάρξεως 1-3 διηθημένων λεμφαδένων η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 62%, ενώ επί υπάρξεως περισσότερων των τεσσάρων διηθημένων λεμφαδένων μειώνεται στο 32%. Μικρομεταστάσεις, διαμέτρου μικρότερης των 2χιλ. σε μικρό αριθμό λεμφαδένων (1-3) δε φαίνεται να επηρεάζουν την πρόγνωση (Πίνακας 4.1 , 4.2).

Πίνακας 4.1. Αριθμός αρνητικών λεμφαδένων σε σχέση με την επιβίωση και υποτροπή

Αριθμός Λεμφαδένων	% Υποτροπή στα 5 χρόνια	% επιβίωση στα 5 χρόνια
1 - 5	23	74
16 - 20	18	74
> 30	20	81

Πίνακας 4.2. Αριθμός θετικών λεμφαδένων σε σχέση με την επιβίωση και υποτροπή

Αριθμός Λεμφαδένων	% Υποτροπή στα 5 χρόνια	% επιβίωση στα 5 χρόνια
1 - 5	40	60
16 - 20	42	61
> 30	44	61

2. Εάν ο όγκος είναι ορμονοεξαρτώμενος ή όχι. Φαίνεται ότι οι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι είναι καλύτερης πρόγνωσης.

3. Ηλικία. Ασθενείς ηλικίας 20-45 ετών έχουν χειρότερη πρόγνωση από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.

4. Μέγεθος του όγκου. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου μεγαλύτερης των 4εκ. έχουν

πιο κακή πρόγνωση από ασθενείς με όγκους μικρότερης διαμέτρου. (Πίνακας 4.3, 4.5)

Πίνακας 4.3. Ποσοστό υποτροπής (%) στα 5 χρόνια σε σχέση με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και τη διήθηση μασχαλιαίων λεμφαδένων*

Κατάσταση Μασχάλης	Μέγεθος πρωτοπαθούς όγκου (εκ.)		
	<2	2-5	>5
Αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	11	22.3	23.7
Θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	42	58	72.7

* Μέσος όρος ποσοστών % από τρεις διαφορετικές σειρές

Πίνακας 4.5 Ποσοστό υποτροπής (%) στα 5 χρόνια σε σχέση με την εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας και τη λεμφαδενική κατάσταση

Εντόπιση (τεταρτημόριο)	Λεμφαδένες (-)	Λεμφαδένες (+)
Ανω Εξω	17 (208)	63 (239)
Ανω Εσω	25 (75)	59 (37)
Κάτω Εσω	22 (23)	55 (22)
Κάτω Εξω	26 (46)	70 (44)

Από το NCABP. Μέσα σε παρένθεση ο αριθμός ασθενών της κάθε ομάδας

5. Ιστολογικός τύπος του όγκου. Διηθητική καρκίνοι χωρίς ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους υπόλοιπους καρκίνους. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την πρόγνωση είναι οι ακόλουθοι:

1. Διήθηση αγγείων (φλεβών), νεύρων, λεμφαγγείων. Η διήθηση των φλεβών και η συνέπεια αυτής είσοδος καρκινικών κυττάρων στην κυκλοφορία μειώνει σημαντικά την πενταετή επιβίωση.

2. Διήθηση του δέρματος και της θηλής.

3. Συνύπαρξη του όγκου με εξελικτική ινώδη κυστική μαστοπάθεια.

4. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού.

5. Υπαρξη υποκλινικών μεταστάσεων.

6. Καρκίνος έσω ημιμορίου του μαστού. Μπορεί να έχει διηθήσει τους έσω μαστικούς λεμφαδένες, ενώ η μασχαλιαίοι να μη διηθούνται (Πίνακας 4.4).

Πίνακας 4.4. Διήθηση έσω μαστικών λεμφαδένων (%) σε συσχέτισμό με την εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου και τη διήθηση μασχαλιαίων λεμφαδένων.

<u>Εντόπιση πρωτοπαθούς όγκου</u>				
A. Εσ.	Κ. Εσ.	Κ.	A. Ε.	Κ. Ε.
27	33	32	14	13
67/248	20/61	70/216	54/382	12/93
14	6	7	4	5
20/143	2/36	5/76	7/170	2/40
45	72	46	22	19
47/105	18/25	65/140	47/212	10/53

A. Εσ. = Ανω Εσω τεταρτημόριο
 Κ. Εσ. = Κάτω Εσω τεταρτημόριο
 Κ. = Κεντρική περιοχή
 A. Ε. = Ανω Έξω τεταρτημόριο
 Κ. Ε. = Κάτω Έξω τεταρτημόριο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι εξαιρετικά σπάνιος. Παρατηρείται ένας καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού στις γυναίκες.

Αφορά συνήθως άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών. Χαρακτηρίζεται από μία ανώδυνη μάζα κάτω από την άλω, που μπορεί να συνοδεύεται με έκκριση από τη θηλή, ορροαιματηρή ή ορώδη, δυνατόν να αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα. Εισολκή της θηλής, διάβρωση ή εξέλκωση του δέρματος ιδιαίτερα σε προχωρημένους καρκίνους, αποτελεί όχι σπάνιο γεγονός κατά την προσέλευση του ασθενή. Η καθήλωση του όγκου στη θωρακική περιτονία, λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού και της αργοπορημένης προσέλευσης είναι συνηθισμένη.

Η διάγνωση και θεραπεία του ανδρικού καρκίνου είναι ίδια προς εκείνη του γυναικείου καρκίνου. Το ποσοστό ανίχνευσης των ορμονικών υποδοχέων είναι συχνότερο στον ανδρικό καρκίνο, από τον γυναικείο.

Η πρόγνωση είναι μικρότερη. Τούτο οφείλεται στην ήδη επέκταση της νόσου στους γειτονικούς λεμφαδένες και ύπαρξη μεταστάσεων σε μακρινά όργανα κατ' εξοχήν στα οστά, κατά τη στιγμή της διάγνωσης (οι μεταστάσεις μπορεί να είναι λανθάνουσες και να μη γίνουν φανερές για μεγάλο χρονικό διάστημα).

Η πενταετής επιβίωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα ανέρχεται για το στάδιο I σε 58% και για το στάσιο II σε 38% (ενώ η δεκαετής σε 38% και 10% αντίστοιχα).

Προδιαθεσικοί παράγοντες, οι οποίοι ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καρκίνου στον άνδρα είναι:

1. Η ιδιοπαθής γυναικομαστία (Εικ. 4.1).
2. Το σύνδρομο Klinefelter.
3. Η μεγάλη οικογενής εντόπιση.
4. Η διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας ανέρχεται σε 1-2%. Η αντιμετώπιση του είναι ίδια όπως και στις μη έγκυες ασθενείς, είναι όμως χειρότερης πρόγνωσης επειδή:

- (I) Η διάγνωση καθυστερεί περίπου δύο μήνες, επειδή στην εγκυμοσύνη η υπερτροφία του μαστικού αδένου δυσχεραίνει την ψηλάφηση.
- (II) Η διασπορά είναι ταχεία λόγω της μεγάλης αγγειοβριθείας.
- (III) Οι γιατροί διστάζουν να αφαιρέσουν στην εγκυμοσύνη κάθε ογκίδιο και

να το εξετάσουν ιστολογικά.

- (IV) Σε νέες γυναίκες η υπερπαραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης επιταχύνει της ανάπτυξη καρκίνου, που προυπήρχε της σύλληψης.
- (V) Η έγκυος δεν συμβουλευεται το γιατρό της για κάθε διάγνωση που ψηλαφά στο μαστό της.
- (VI) Ο μαιευτήρας παρακάμπτει την εξέταση του μαστού στις επισκέψεις παρακολούθησως της εγκύου. Επί υπάρξεως ψηλαφητού μόνο του όγκου η πενταετής επιβίωση φτάνει στο 60%, ενώ επί υπάρξεως κλινικά μασχαλιαίων λεμφαδένων, η πενταετής επιβίωση κατέρχεται στο 5-10%.

Από πολλούς συνιστάται η μαστεκτομή να γίνεται κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης και όχι κατά το τελευταίο, γιατί τα αποτελέσματα της είναι καλύτερα. Αν χρειασθεί χημειοθεραπεία, επιβάλλεται διακοπή της κύσεως αφού ενημερωθεί ο γιατρός.

Περίπου 7% των γόνιμων γυναικών θα έχουν μία ή δύο εγκυμοσύνες μετά από μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν για επιβάρυνση της ασθενούς με καρκίνο μαστού από μελλοντική εγκυμοσύνη. Η ιατρική συμβουλή πάνω στο θέμα αυτό πρέπει να βασίζεται στην πρόγνωση της νόσου όταν παρουσιάστηκε και αν είναι δυνατόν να είναι επιφυλακτική από το στάδιο II και μετά. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι διάφορες ψυχολογικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες της ασθενούς αλλά και του συζύγου της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος του μαστού.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σταδίου I και II (χειρουργήσιμος καρκίνος), είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του σταδίου III και IV (μη χειρουργήσιμος καρκίνος). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνίσταται στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχώριων διηθημένων λεμφαδένων αφενός, αφέτερου δε στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων.

Μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται προς το σκοπό αυτό είναι τα ακόλουθα :

1. Χειρουργική θεραπεία
2. Ακτινοθεραπεία
3. Ορμονοθεραπεία
4. Χημειοθεραπεία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ **ΣΤΑΔΙΟ I ΚΑΙ II**

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Από την εποχή που ο Holsted (1981) περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου, η εγχείρηση αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Εν συνεχεία όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μια τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

α. Ριζική μαστεκτομή (Holsted). Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) καθώς και καθαρισμό της μασχάλης, εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%). Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις, είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί των μείζονα θωρακικό μυ. (Εικ. 5.1).

β. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την

αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως, άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σ' αυτές τις περιπτώσεις.

γ. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυ και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης ή και αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυ (Patey - Handley) για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης. (Εικ. 5.2).

δ. Απλή μαστεκτομή. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης. Αν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες, εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία.

Πίνακας 5.1. Αποτελέσματα προσφάτων τυχαιοποιημένων μελετών που συγκρίνουν τη συντηρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού (αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και ακτινοθεραπεία) με τη μαστεκτομή.

Συγγραφέας/Προέλευση	Αριθμός ασθενών	Στάδιο	Πενταετής επιβίωση ελεύθερης νόσου	
			Συντηρητική	Μαστεκτομή
Findlay et al., 1985 (N.C.I.)	197	T1, T2, No, N1	ίδια μέση παρακολούθηση	32 μήνες
Veronesi et al., 1985 (Μιλάνο)	701	T1, No	85%	82.5%
Fisher et al., 1985 (NSABP)	1843	Stage I Stage II<4εκ	81.4%(N-) 57.5%(N+)	72.9%(N-) 57.9%(N+)
Sarrazin et al. 1984 (Institut Gustave - Roussy)	179	T1,T2 No, N1	95%	91%
Habibollahi et al., 1987 (Guys Hospital)	399	Stage I Stage II<4εκ	(ίδια καμια διαφορά έως σήμερα) (ίδια καμια διαφορά έως σήμερα)	

ε. Τμηματική μαστεκτομή. Αυτή δυνατόν να περιλαμβάνει είτε εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου (τεταρτημοριεκτομή), είτε περιορισμένη εκτομή του μαστού, είτε τοπική εκτομή του όγκου (ογκεκτομή). Ο συνδυασμός της εγχείρησης αυτής με ακτινοθεραπεία με τη γνωστή αποτελεσματικότητα της στο να προκαλεί αποστείρωση της πρωτοπαθούς εστιας και των επιχώριων λεμφαδένων, κάνει τη μέθοδο αυτή να ισοδυναμεί με μια

ριζική επέμβαση. Η πενταετής επιβίωση δε διαφέρει εκείνης ριζικότερων επεμβάσεων. (Εικ. 5.3).

Επικρατούσα θεραπεία, φαίνεται να είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. (Πίνακας 5.1).

2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε μικρότερο βαθμό και σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων. Ενώ προφυλάσσει από την τοπική υποτροπή σε μεγάλο βαθμό, δεν είναι σίγουρο αν και κατά πόσο μπορεί να παρατείνει την επιβίωση. Γι' αυτό το λόγο η ακτινοθεραπεία σήμερα έχει σχεδόν υποκατασταθεί με χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά που και τις τοπικές υποτροπές μπορεί να μειώσει αλλά και τη συστηματική νόσο να ελέγξει.

3. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενική είναι η διαπίστωση κατά την τελευταία δεκαετία, ότι μεγάλος αριθμός ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού εμφανίζει μη κλινικά φανερές μεταστάσεις (μικρομεταστάσεις), κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου.

Σημαντική βελτίωση εξάλλου από πλευράς χρόνου υποτροπής και πενταετούς επιβίωσης επιτυγχάνεται όταν η χειρουργική θεραπεία ακολουθείται από επικουρική χημειοθεραπεία (Adjuvant Chemotherapy).

Η επικουρική χημειοθεραπεία συνίσταται σε ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων, 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Συνήθως δίνεται με κυκλικό τρόπο για να παρέχεται η δυνατότητα στο μυελό των οστών να αναλαμβάνει κατά τα μεσοδιαστήματα από την τοξική επίδραση των φαρμάκων. Ο χρόνος εφαρμογής της θεραπείας αυτής κυμαίνεται συνήθως 1-2 χρόνια, ανάλογα με το χορηγούμενο θεραπευτικό σχήμα.

Δύο είναι τα κατ' εξοχήν σχήματα που χρησιμοποιούνται :

α) Το L - PAM (L - phenylalanine mustard) σε δόση 6mg/m² επιφάνειας σώματος, χωρίς όμως να υπερβαίνει την δόση των 10mg ημερησίως, για 5 συνεχόμενες μέρες κάθε έξι εβδομάδες για δύο χρόνια. Φέρεται στο εμπόριο ως Alhetain και χορηγείται από το στόμα.

β) Το C.M.F. Τούτο είναι συνδυασμός τριών φαρμάκων : κυκλοφωσφαμίδης, μεθοτρεξάτης και S - φλουοροουρακίλης.

Η κυκλοφωσφαμίδα χορηγείται σε δόση 100mg/m² την 1η έως 14η μέρα Peros. Η μεθοτρεξάτη χορηγείται σε δόση 40mg/m² I.V. την 1η και 8η ημέρα και η S.F.U.

χορηγείται σε δόση 600mg/m² την 1η και 8η ημέρα I.V.

Τα αποτελέσματα από την επικουρική χημειοθεραπεία είναι γενικά καλύτερα στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και με 1-3 διηθημένους αδένες. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν προκαλείται αμηνόρροια. Γεγονός που αρχικά είχε σαν συνέπεια να συσχετίζον το ευνοϊκό αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας με τη δράση της στις ωοθήκες (φαρμακευτική ωοθηκεκτομή).

Σήμερα από πολλούς γίνεται συνδυασμός διαφόρων κυτταροστατικών φαρμάκων, επί υπάρξεως ιδίως περισσότερων διηθημένων λεμφαδένων προς το σκοπό καλύτερου αποτελέσματος, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη μεγαλύτερη τοξικότητα των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων.

Δεν φαίνεται να υπάρχουν στοιχεία που να δικαιολογούν τη χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες και μάλιστα με όγκους του έξω ημιμορίου του μαστού. Εκτός ίσως, της περίπτωσης που υπάρχει ιστολογική μαρτυρία διήθησης αιμοφόρου ή λεμφοφόρου αγγείου, ενδεικτική διασποράς της νόσου.

4. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς η χορήγηση Tamoxifen (Nolvadex) σε συνδυασμό με L-PAM ή S-F.U. αυξάνει το ευεργετικό αποτέλεσμα των φαρμάκων αυτών. Ο συνδυασμός αυτός είναι κατ' εξοχήν ενδιαφέρων στις αμέσως μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς.

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Α. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος του μαστού: ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ

Τα κλινικά κριτήρια που χαρακτηρίζουν τον τοπικά προχωρημένο καρκίνο είναι ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- α. Μεγάλο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (πάνω από 5εκ).
- β. Διήθηση του υπερκείμενου δέρματος.
- γ. Δορυφόροι δερματικές εντοπίσεις.
- δ. Εκτεταμένο ενδοδερμικό οίδημα (Peau d' Orange).
- ε. Καθήλωση στους εν τω βάθει ιστούς (θωρακικό τοίχωμα).
- στ. Καθήλωση των μασχάλιαίων λεμφαδένων.
- ζ. Διόγκωση των υπερκλείδιων λεμφαδένων.

Εκτός από T3a, No, N1, Mo περίπτωση που μπορούμε να πούμε ότι ο καρκίνος αυτός αν και ανήκει στο στάδιο ΙΙΙ, είναι χειρουργήσιμος και κατά συνέπεια καλύτερης πρόγνωσης, όλες οι άλλες περιπτώσεις (T3b, T4, N2, N3, Mo) θεωρούνται ανεγχείρητες. Τις περισσότερες φορές δεν είναι εύκολο να αποφασίσει ο εξεταστής αν ένας ασθενής με προχωρημένο τοπικά καρκίνο ανήκει στην κατηγορία καλής ή κακής πρόγνωσης. Οι διηθημένοι βέβαια λεμφαδένες ιδιαίτερα όταν είναι μεγάλοι και καθηλωμένοι, βοηθούν σ' αυτό οπωσδήποτε κατά πολύ περισσότερο από ότι μόνος του ο πρωτοπαθής όγκος.

Αν και η ακτινοθεραπεία θεωρείται σαν αγωγή πρώτης επιλογής στον προχωρημένο τοπικά καρκίνο του μαστού, συνδιασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, φαίνεται ότι αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού στο στάδιο αυτό.

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανακουφιστική εκτομή της καρκινικής μάζας ή και μαστεκτομή ακόμα μπορεί να γίνει, προ ή μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μόνη της η ακτινοθεραπεία και μάλιστα σε υψηλές δόσεις μπορεί και προκαλεί τοπικό έλεγχο του προχωρημένου τοπικά καρκίνου του μαστού. Ο έλεγχος αυτός είναι ανάλογος με τη χρησιμοποιούμενη δόση ακτινοβολίας. Π.χ. δόση ακτινοβολίας 6000rads για 8 εβδομάδες κάνει τοπικό έλεγχο στο 72% του όγκου, ενώ σε μεγαλύτερη δόση το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 78%, αντίθετα σε μικρότερη δόση ο έλεγχος πέφτει στο 39%.

3. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία μόνη της μπορεί να περιορίσει ή και να εξαφανίσει τον πρωτοπαθή όγκο βοηθώντας ταυτόχρονα στην καταπολέμηση των υποκλινικών μεταστάσεων που πρέπει να είναι πιο πολλές στο προχωρημένο αυτό στάδιο.

Διάφορα θεραπευτικά σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων έχουν επινοηθεί με ποικίλους τρόπους χορήγησης.

Ενας τρόπος θεραπείας του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού που η χημειοθεραπεία θεωρείται σαν αρχικό είδος θεραπείας είναι ο ακόλουθος.

α. Εάν μετά από τη χημειοθεραπεία ο πρωτοπαθής όγκος εξαληφθεί ή περιοριστεί κάτω από 2εκ, τότε ακολουθεί ακτινοβολία του μαστού, μασχαλιαίας χώρας, της περιοχής της έσω μαστικής και υπερκλείδιας χώρας. Στην περίπτωση αυτή οι μαστοί είναι μεγάλοι σε μέγεθος για να διευκολυνθεί η ακτινοβολία προηγείται απλή μαστεκτομή.

β. Εάν όμως ο περιορισμός του όγκου είναι μικρότερος (ουσιαστικά ο όγκος παραμένει), τότε εκτελείται απλή μαστεκτομή και ακολουθεί κατά τα γνωστά ακτινοβολία.

γ. Εάν ουσιαστικά δεν προκληθεί καμιά ελάττωση του όγκου, ο δε όγκος θεωρείται τεχνικά ανεγχείρητος, τότε εφαρμόζεται ακτινοβολία στην περιοχή του όγκου και των λεμφαδένων.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία. Ανοσοθεραπεία και ορμονοθεραπεία εφαρμόζονται επίσης στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού.

Συνδυασμός χημειοθεραπείας (F.A.C.) με B.C.G. είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση της πενταετούς επιβίωσης.

Προγνωστικοί παράγοντες του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Διάφοροι παράγοντες φαίνεται ότι έχουν προγνωστική θεραπεία στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού.

Ευνοικοί:

α. Μακρά διάρκεια συμπτωμάτων.

β. Ογκοί κατάλληλοι για μαστεκτομή.

γ. Ελάττωση του όγκου πάνω από 50% μετά από ακτινοβολία.

δ. Βαθιά καθήλωση του όγκου στο μείζονα θωρακικό, όσο και αν αυτό φαίνεται ότι αντιτίθεται σε υπάρχουσες γνώσεις.

Μη ευνοικοί:

- α. Όταν υπάρχει 1-5 χρόνια μετακλιμακτική κατάσταση.
- β. Διάρκεια συμπτωμάτων κάτω από 6 μήνες.
- γ. Όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι διάχυτος.
- δ. Φλεγμονώδης καρκίνος.

Ουδέτεροι:

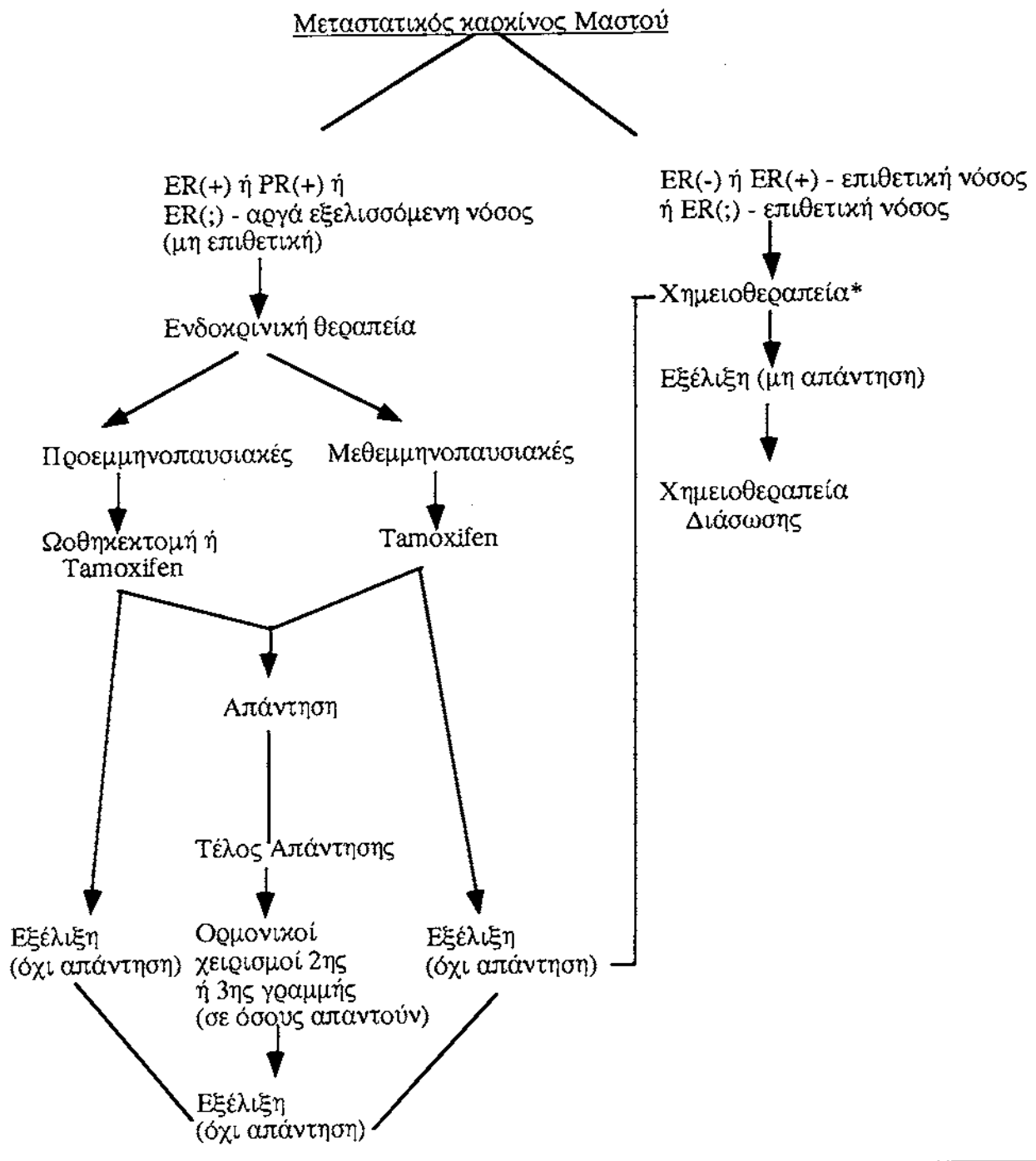
- α. Το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου.
- β. Η συμμετοχή του δέρματος.

B. ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΚΡΙΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ : ΣΤΑΔΙΟ IV

Εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις, η θεραπευτική μας ενέργεια στο στάδιο αυτό δε μπορεί να έχει παρά μόνο χαρακτήρα παρηγορητικό. Η επιβίωση στο στάδιο αυτό είναι περιορισμένη η δε πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση και την βαρύτητα των μεταστάσεων. (Πίνακας 5.2).

Εντόπιση της νόσου στα μαλακά μέρη θεωρείται καλύτερης πρόγνωσης από τα οστά και τα σπλάχνα. Συνδυασμός διαφόρων εντοπίσεων δεν είναι ασυνήθης.

Πίνακας 5.2



* Αν υπάρχει απάντηση και αργότερα ακολουθήσει εξέλιξη της νόσου χωρίς επιθετικό χαρακτήρα πρέπει να αξιολογηθεί ενδοκρινική θεραπεία, κατά κύριο λόγο για τους ER(+) και PR(+) όγκους

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νόσος λόγω της διασποράς που έχει κάνει είναι ανίατη με χειρουργικά μέσα. Η χειρουργική εφαρμόζεται σε ορισμένες περιπτώσεις για εξαίρεση της βλάβης και διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.

2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στην αντιμετώπιση:

- α) δερματικών καρκινικών βλαβών,
- β) Οστικών εντοπίσεων της νόσου, ιδίαιτα μεμονωμένων,
- γ) ενδεχομένως σε λεμφαδενικές διηθήσεις της υπερχλεΐδας, τραχηλικής χώρας ως και του μεσοθωράκιου για την άρση πειστικών φαινομένων από τις αδενικές μάζες, και
- δ) είτε για τον έλεγχο του πόνου είτε για την αποφυγή αυτόματου κατάγματος.

3. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ενώ περιορισμένες βλάβες της νόσου μπορεί να ελεγχθούν με τοπική θεραπεία όπως αναφέραμε, αντίθετα οι εκτεταμένες βλάβες απαιτούν συστηματική θεραπεία, ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή και συνδυασμό αμφότερων.

Η ένδειξη για τη σωστή εφαρμογή της ορμονοθεραπείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.

α. Από την ύπαρξη ή μη ορμονουποδοχέων. Είναι γενικά παραδεκτό, ότι η ορμονική θεραπεία αποδίδει μόνο στο 8-10% των ασθενών με αρνητικούς υποδοχείς.

β. Από τη χρονική περίοδο που η ασθενής παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων. Ασθενείς με βραχύ μεσοδιάστημα, μικρότερο από ένα χρόνο, μεταξύ της πρωτοπαθούς θεραπείας και της επακόλουθης μεταστατικής νόσου, δεν αποτελούν ένδειξη, για αποτελεσματική ορμονική θεραπεία. Αντίθετα σε ασθενείς με μεγάλο ελεύθερο ενοχλημάτων μεσοδιάστημα (πάνω από πέντα χρόνια) υπάρχει καλύτερη ανταπόκριση στην ορμονική θεραπεία.

γ. Από τη θέση της μεταστατικής νόσου.

Μεταστατική νόσος που εντοπίζεται στα μαλακά μόρια, το δέρμα, τους επιχώριους λεμφαδένες, την υπεζωκοτική κοιλότητα και τα οστά, έχει πιο καλή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία. Αντίθετα, μεταστάσεις που εντοπίζονται στα σπλάχνα ανταποκρίνονται καλύτερα στη χημειοθεραπεία.

δ. Από την ηλικία της ασθενούς.

Η ορμονική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική στις μεγαλύτερες σχετικά γυναίκες απ' ότι στις νεώτερες. Τα αντιοιστρογονικά βρίσκουν καλύτερη ανταπόκριση

στις αμέσως μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες απ' ότι στις προεμμηνοπαυσιακές.

ε. Από την ανταπόκριση στην προηγηθείσα θεραπευτική αγωγή.

Ασθενείς με καλή ανταπόκριση σε μια μορφή π.χ. ορμονοθεραπείας, αναμένεται ότι θα έχουν εξίσου καλή ανταπόκριση και σε μία άλλη μορφή ορμονικής θεραπείας.

Κατά την εφαρμογή της συστηματικής θεραπείας στο διεσπαρμένο καρκίνο του μαστού πρέπει να τηρούνται επίσης τα ακόλουθα:

α. Η εφαρμογή μιας μόνο θεραπευτικής αγωγής σε δεδομένο χρόνο.

β. Η αλλαγή της αγωγής που εφαρμόζεται επιτρέπεται μόνο όταν η νόσος είναι σε εξέλιξη και ποτέ όταν είναι στάσιμη.

Πίνακας 5.3. Ορμονική θεραπεία στο μεταστατικό καρκίνο μαστού

Μέθοδος	Τρόπος εφαρμογής
1. "Πρώτης γραμμής"	
A. Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες	
α. Αφαιρετική	
- Ωοθηκεκτομή	Χειρουργική ή Ακτινοβολία
β. Προσθετική	
- Ταμοξιφένη	10 mgx2 την ημέρα
B. Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες	
α. Προσθετική	
- Ταμοξιφένη	10 mgx2 την ημέρα
2. Επιλογές "Δεύτερης" και "τρίτης γραμμής" άσχετα με την εμμηνορρυσιακή κατάσταση (κύρια σε ανταποκρίσεις στους προηγούμενους ορμονικούς χειρισμούς).	
α. Αφαιρετική	
1 - Επινεφριδιεκτομή	Χειρουργική ή ακτινοβολία+ ορμονική υποκατάσταση (υδροκορτιζόνη)
2 - Υποφυσεκτομή	Χειρουργική ή ακτινοβολία+ ορμονική υποκατάσταση (υδροκορτιζόνη + θυρεοειδική ορμόνη)
β. Προσθετική	
1 - Προγεστίνες	
α. Οξεϊκή μεγαστρόλη	40mgx4 την ημέρα
β. Μέδροξυπρογεστερόνη οξεϊκή	Μέχρι 400 mg την ημέρα peros (δόση συντήρησης) ή 500 - 1000 mg EM την εβδομάδα. Η δόση εφόδου είναι μεγαλύτερη (500 - 1500mg την ημέρα, EM ή peros, για 1 - 2 εβδομάδες).
2 - Ανδρογόνα	
α. Φλουοξιμεστερόνη	10 mgx2 έως 4 την ημέρα
3 - Οιστρογόνα	
α. Διαιθυλοστυλβεστρόλη (DES)	5mgx3 την ημέρα
β. Εθινυλ-οιστραδιόλη	1mgx3 την ημέρα
γ. Prempari	2.5mgx3 την ημέρα
4. Φαρμακυστική επινεφριδιεκτομή	
- Αμινογλουτεθιμίδη	250 mgx4 την ημέρα + υποκατάσταση υδροκορτιζόνης
5. Γλυκοκορτικοειδή	
α. Πρεδνιζόνη	Κυμαίνόμενες δόσεις
β. Δεξαμεθαζόνη	

Η επιλογή της κατάλληλης ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλημακτήριο

κατάσταση της ασθενούς. Προς το σκοπό αυτό διακρίνουμε δύο μεγάλες κατηγορίες ασθενών, τις προεμμηνοπαυσιακές που περιλαμβάνονται και γυναίκες ένα χρόνο από της τελευταίας εμμήνου ρύσεως (κατ' άλλους και μέχρι πέντε χρόνια), και τις μεταεμμηνοπαυσιακές που περιλαμβάνονται όλες οι υπόλοιπες. (Πίνακας 5.3).

Προεμμηνοπαυσιακές

α. Η αμφοτερόπλευρος ωθηκεκτομή (πρωτογενής ορμονοθεραπεία), αποτελεί την αρχική μέθοδο εκλογής. Πιστεύεται ότι δρα δια της εξάλειψης της ενισχυτικής επίδρασης των ωθηκικών ορμονών στην ανάπτυξη του όγκου. Ασκεί αντικειμενική υποχώρηση στο 1/3 όλων των ασθενών αυτής της περιόδου.

Η μέση διάρκεια της ύφεσης διαρκεί περίπου 12 μήνες (9-15 μήνες), αναφέρεται όμως ανταπόκριση στην ωθηκεκτομή μέχρι 18 χρόνια. Εκτός από την χειρουργική εξαίρεση των ωθηκών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου και η ακτινοβολία αυτών (ακτινική στείρωση). Η χειρουργική εξαίρεση είναι όμως προτιμότερη από την ακτινοβολία διότι:

(ι) Η ανταπόκριση είναι άμεση

(ιι) Προκαλεί μεγαλύτερη μείωση του επιπέδου των ορμονών. Τα οιστρογονικά των ούρων είναι μέσα στις πρώτες 48 ώρες κάτω από μετρητά επίπεδα ενώ μετά από ακτινοβολία εξακολουθούν να είναι μετρητά στα ούρα ακόμα και 5 μήνες σε ορισμένες περιπτώσεις.

β. Ασθενείς που ανταποκρίνονται στην αρχική ορμονοθεραπεία και παθαίνουν μετά υποτροπή, μπορούν να ανταποκριθούν στη συνέχεια σε άλλη μορφή ορμονοθεραπείας, υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή (αδρεναλεκτομή). Το είδος της δευτερογενούς αυτής ορμονοθεραπείας δεν έχει καθορισθεί με ακρίβεια.

Η υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή, μετά από καλή ανταπόκριση της ωθηκεκτομής προκαλούν ύφεση της νόσου σε ποσοστό 30-50% των ασθενών. Απεναντίας ένα 10% περίπου των ασθενών απαντά σε περιπτώσεις όχι καλής ανταπόκρισης στην ωθηκεκτομή.

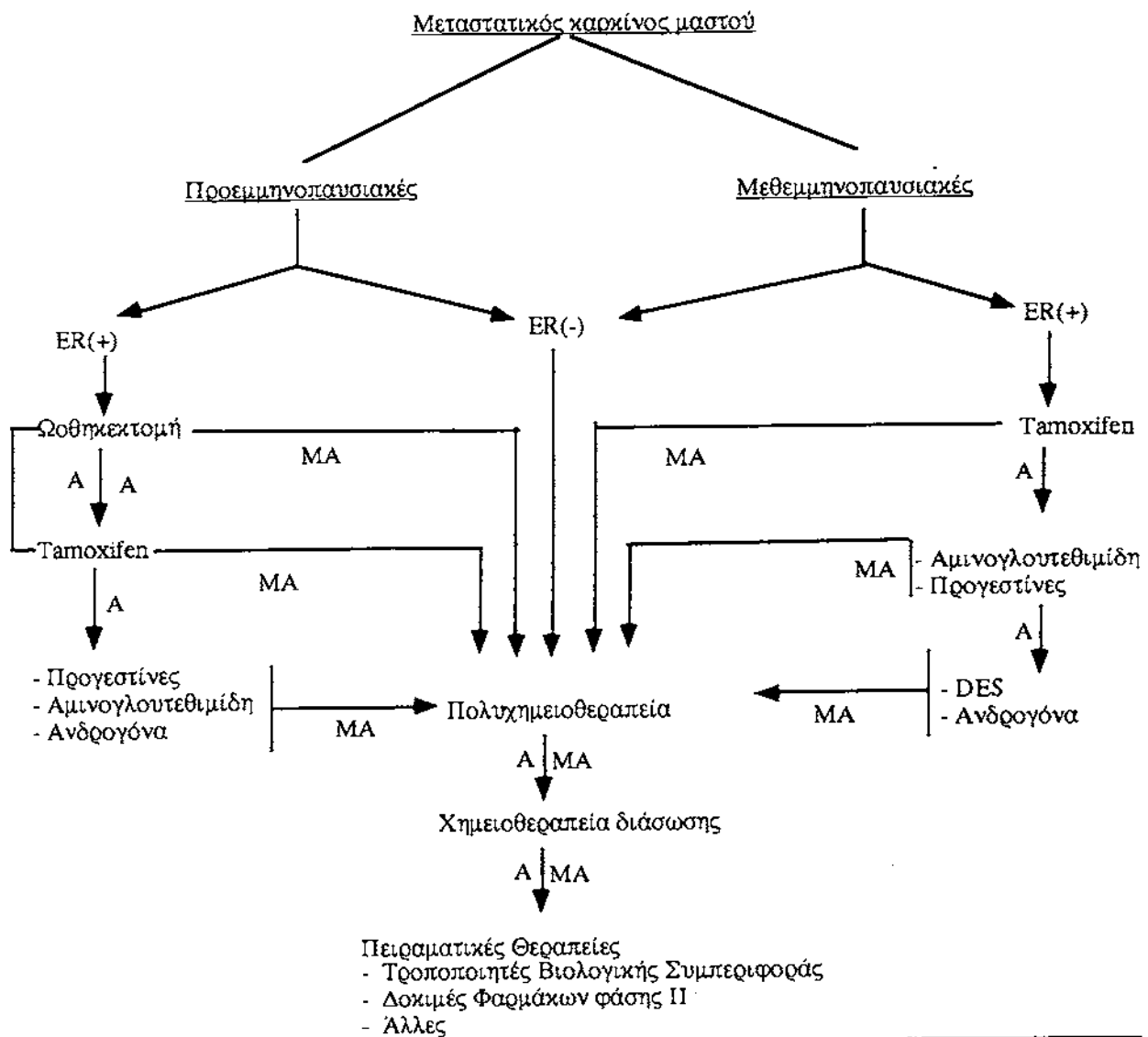
Η επινεφριδεκτομή σήμερα τείνει να παραχωρήσει τη θέση της στη φαρμακευτική αναστολή της λειτουργίας των επινεφριδίων (φαρμακευτική επινεφριδεκτομή) με την αμινογλουτεθιμίδη (Ogimeten) που χορηγείται σε συνδυασμό με κορτικοειδή. Το φάρμακο αυτό έχει αποδειχθεί τόσο αποτελεσματικό όσο και η επινεφριδεκτομή. Είναι δε ιδιαίτερα δραστικό στην ανακούφιση του πόνου των οστών σε ασθενείς με οστικές μεταστάσεις.

Σε ασθενείς με καλή ανταπόκριση στην ωθηκεκτομή, μπορούμε να χορηγήσουμε

και αντιοιστρογόνα. Η ταμοξιφαίνη (Tamoxifen) χορηγούμενη σε δόση 10mg δύο φορές την ημέρα (Peros) μπορεί να προκαλέσει ύφεση σε ποσοστό 30% περίπου των ασθενών, είναι δε λιγότερο ακίνδυνη από μια εγχείριση ή από την αμινογλουτεθιμίδη. Επίσης τα αντιοιστρογόνα ως αρχική ορμονοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθούν, χωρίς να είναι γνωστό αν μπορούν να αντικαταστήσουν την ωθηκεκτομή. (Πίνακας 5.4).

Επί αποτυχίας της ορμονοθεραπείας χορηγείται πολυχημειοθεραπεία.

Πίνακας 5.4.



Μεταεμμηνοπαυσιακές

α. Αν οι ορμονουποδοχείς είναι θετικοί, χορηγούνται αντιοιστρογόνα - Tamoxifen - (πρωτογενής ορμονοθεραπεία). Η ανταπόκριση (ύφεση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων) διαρκεί 1-2 χρόνια.

β. Επί υποτροπής της νόσου ακολουθούμε άλλους ορμονικούς χειρισμούς. Χορηγούμε ανδρογόνα ή οιστρογόνα ή προγεστίνες (δευτερογενείς και τριτογενείς ορμονοθεραπεία).

Με την ορμονοθεραπεία υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να ελέγχεται η μεταστατική νόσος για χρόνια.

Επινεφριδεκτομή ή αμινογλουτεθιμίδη μπορεί να εφαρμοσθεί και στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πέραν της 5ετίας, με γενική καλή κατάσταση και με μια μακρά περίοδο ελευθέρου διαστήματος της νόσου, από την αρχική διάγνωση και με περιορισμένη μεταστατική προσβολή που αφορά τα μαλακά μόρια και τα οστά. Η ανταπόκριση μπορεί να είναι για 1-2 χρόνια στο 30-50% των ασθενών.

Επί αποτυχίας της ορμονοθεραπείας καταφεύγουμε στην πολυχημειοθεραπεία όπως ακριβώς στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς. Από ορισμένους υπάρχει τάση για τον έλεγχο της εκτεταμένης μεταστατικής νόσου στο στάδιο αυτό, να εφαρμόζεται συνδυασμός χημειοθεραπείας και ορμονοθεραπείας.

4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφαρμόζεται με τα ίδια κριτήρια και σχήματα, τόσο στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, όσο και στις μετεμμηνοπαυσιακές.

Ενδείξεις χημειοθεραπείας:

α. Επί υπέρξεως σπλαχνικών μεταστάσεων

β. Σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς.

γ. Σε ασθενείς με ταχύτατα εξελισσόμενη νόσο.

δ. Σε ασθενείς που απέτυχε η ορμονοθεραπεία, είτε η νόσος εξελίσσεται μετά από προσωρινή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία.

Η πολυχημειοθεραπεία γενικά είναι πιο αποδοτική της μονοθεραπείας. Με την πολυχημειοθεραπεία επιτυγχάνεται:

α. Μεγαλύτερο ποσοστό αντικειμενικής ανταπόκρισης (60-80% των ασθενών).

β. Μεγαλύτερη διάρκεια πλήρους ύφεσης (μέση διάρκεια 8-10 μήνες).

γ. Μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης (η μέση επιβίωση για τους ανταποκρινόμενους στη θεραπεία ασθενείς είναι 20-24 μήνες, ενώ για τους μη ανταποκρινόμενους μόνο 7-9 μήνες).

δ. Καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σχήματα πολυχημειοθεραπείας που χρησιμοποιούνται συνήθως σήμερα για το μεταστατικό καρκίνο του μαστού είναι τα ακόλουθα:

1. C.M.F. (Κυκλοφωσφαμίδη - Μεθοτρεξάτη - S - Φλουοροουρακίλη).

Η κυκλοφωσφαμίδη (CYC) χορηγείται σε δόση 100 mg/m² Peros την 1η έως 4η ημέρα.

Η μεθοτρεξάτη (MTX) χορηγείται σε δόση 40mg/m² I.V. την 1η και την 8η ημέρα του κύκλου. Η S - Φλουοροουρακίλη (S - Fu) χορηγείται σε δόση 600mg/m² I.V. την 1η και 8η ημέρα. Ο κάθε κύκλος θεραπείας διαρκεί 14 ημέρες. Το σχήμα επαναλαμβάνεται μετά διακοπή 2 εβδομάδων (15η έως 28η ημέρα του κύκλου).

2. Με βάση την Αδριαμυκίνη.

Υπάρχουν διάφορα σχήματα χημειοθεραπείας σε συνδυασμούς της με άλλους παράγοντες, όπως η S-φλουοροουρακίλη, κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη, βυνκριστίνη, πρεδνιζόνη κ.α. Με τους συνδυασμούς αυτούς φαίνεται ότι υπάρχει καλύτερη ανταπόκριση απ' ότι με το C.M.F. , οι παρενέργειες όμως είναι βαρύτερες και περισσότερες.

Τέτοια σχήματα είναι τα εξής:

α. Αδριαμυκίνη - Κυκλοφωσφαμίδη.

Η αδριαμυκίνη χορηγείται σε δόση 40mg/m² I.V. την 1η μέρα, ενώ η κυκλοφωσφαμίδη χορηγείται σε δόση 200mg/m² peros ή I.V. την 1η, 4η, 5η και 6η μέρα του κύκλου. Ο κύκλος επαναλαμβάνεται κάθε 28 ημέρες. Όταν η συνολική δόση αδριαμυκίνης φθάσει τα 450mg/m² (1ος κύκλος), τότε διακόπτεται το σχήμα και η ασθενής συνεχίζει με C.M.F.

β. Αδριαμυκίνη - Βυνκριστίνη (opconin).

Η αδριαμυκίνη χορηγείται σε δόση 50-60 mg/m² I.V. την 1η μέρα (συνολική δόση θεραπείας μέχρι 500-750mg/m²), ενώ η βυνκριστίνη σε δόση 1,4mg/m² χωρίς να υπερβεί τα 2mg/m² I.V. την 1η και 8η ημέρα. Ο κύκλος επαναλαμβάνεται μετά από 21 ημέρες.

γ. Αδριαμυκίνη- S -Φλουοροουρακίλη και Κυκλοφωσφαμίδη (F.A.C.).

Η αδριαμυκίνη χορηγείται σε δόση 40mg/m² I.V. την 1η μέρα. Η S - φλουοροουρακίλη χορηγείται σε δόση 400mg/m² I.V. την 1η και 8η μέρα. Η κυκλοφωσφαμίδη σε δόση 400mg/m² I.V. την 1η μέρα. Ο κύκλος επαναλαμβάνεται μετά 21 ημέρες.

Γενικά οι δόσεις θεραπείας τροποποιούνται ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς και τη λειτουργική κατάσταση του μυελού των οστών, του ήπατος και των νεφρών.

Παρενέργειες. Τα τοξικά αποτελέσματα που μπορεί να εμφανισθούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι τα ακόλουθα:

α) Από το μυελό: λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία (μυελοκαταστολή). Τις παρενέργειες αυτές προκαλούν όλα τα κυτταροστατικά, ελάχιστα όμως η βυνκριστίνη.

β) Ναυτία- εμετός: προκαλούν κατ' εξοχήν η κυκλοφωσφαμίδη, αδριαμυκίνη και η S φλουοροουρακίλη.

γ) Στοματίτιδα - διάρροια: αδριαμυκίνη, μεθοτρεξάτη και S φλουοροουρακίλη.

δ) Αλωπεκία: αδριαμυκίνη, βυνκριστίνη και κυκλοφωσφαμίδη.

ε) Κυστίτιδα: κυκλοφωσφαμίδη.

στ) Καρδιακές διαταραχές και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις: αδριαμυκίνη.

ζ) Νευροτοξικότητα: Βυνκριστίνη.

η) Νεφρική και ηπατική βλάβη: σπάνια η μεθοτρεξάτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι, ανάλογα με την έκταση της νόσου τα αποτελέσματα από περιορισμένη εκτομή και ακτινοθεραπεία πλησιάζουν αυτά της τροποποιημένης ριζικής και ριζικής μαστεκτομής.

Η καλύτερη θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την προκύπτουσα ποιότητα ζωής.

Όταν συγκρίνεται η έκβαση της αποκατάστασης λειτουργικότητας μετά από διαφορετικές εγχειρήσεις για καρκίνο μαστού προκύπτει ότι η ριζική μαστεκτομή οδηγεί σε σοβαρές αλλαγές στάσης, συχνή ελάττωση του εύρους της κίνησης και της ισχύος στον ώμο και συχνά χρόνιο λεμφοίδημα. Με τη χρήση περισσότερο συντηρητικών επεμβάσεων, η παραμόρφωση που οφείλεται στην απώλεια θωρακικού μυός και ρίχνωσης της χειρουργικής αυτής μειώνεται. Μερικά πράγματα εν τούτοις δεν έχουν αλλάξει. Το 1976 ο Pollard καθόρισε ότι η έγκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας για καρκίνο μαστού είναι σημαντικότερος παράγοντας στην επίτευξη καλύτερης κινητικότητας του ώμου.

Αλλωστε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρώιμη κινητοποίηση του άκρου μετεγχειρητικά, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρώιμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι ασθενείς που χειρουργούνται για καρκίνο μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή η άμεση μεταγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας.

Μετεγχειρητικές ενοχλήσεις.

Οι ασθενείς εκθέτουν μια ποικιλία παραπόνων μετά από μαστεκτομή. Η απώλεια του κινητικότητας του δέρματος στο θωρακικό τοίχωμα είναι πρωταρχικής σημασίας. Ο σχηματισμός συμφυτικών ινών σαν αποτέλεσμα της παρασκευής των δερματικών κρημών και αφαίρεσης περιτονίων βοηθά στη δυσλειτουργία της ωμικής ζώνης. Σαν αποτέλεσμα μπορεί να εγκατασταθεί ένας κύκλος μυϊκού σπασμού και απώλειας του εύρους της κίνησης. Μια άλλη σημαντική αιτία δυσλειτουργίας του ώμου είναι ο τραυματισμός του μακρού θωρακικού νεύρου κατά τη διάρκεια του μασχαλιαίου καθαρισμού. Είναι δυνατόν να προκύψει παράλυση του πρόσθιου οδοντωτού μυός η οποία και μειώνει κινήσεις, όπως αυτή που γίνεται για να "φθάσει" κανείς ένα αντικείμενο. Ασθενείς που υπεραντιρροπούν το χαμένο βάρος του μαστού με τη στάση του σώματος ή που είναι πολύ "σφιχτές" μπορεί ν' αναπτύξουν χρόνιο σπασμό του

τραπεζοειδούς ή ρομβοειδούς μυός.

Πρώιμη φυσιοθεραπευτική επέμβαση και εκπαίδευση σε μεθόδους χαλάρωσης και σωστής στάσης μπορούν να σπάσουν το κύκλο αυτό του πόνου και του.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η συνηθέστερη θεραπεία του Ca μαστού σήμερα είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή η οποία αποτελεί συνδυασμό της απλής μαστεκτομής με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομή κατά Holsted με τη μεγάλη παραμόρφωση την οποία προκαλούσε έδωσε την ώθηση για την επινόηση λιγότερο ακρωτηριαστικών χειρουργικών επεμβάσεων για τη θεραπεία του Ca μαστού, με αποτέλεσμα να έχουν επινοηθεί σήμερα επεμβάσεις ακόμα πιο συντηρητικές και από την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή οι οποίες αποβλέπουν στη διάσωση του μαστού όπως είναι η ογκεκτομή ή τμηματεκτομή ή τεταρτεκτομή και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία.

Η χρήση εξωτερικών προθέσεων ή άλλων υποκαταστατών του μαστού δεν ήταν δυνατόν να ενσωματωθούν με κανένα τρόπο στη σωματική εικόνα των γυναικών που έπασχαν και αποτελούσαν εμπόδιο για τις γυναίκες με φυσιολογικές δραστηριότητες.

Η πρόοδος η οποία έχει συντελεσθεί κατά τα τελευταία 20 χρόνια στην αποκατάσταση του μαστού οδήγησε σε πιο φυσικές και περισσότερο αποδεκτές αισθητικά λύσεις αποκατάστασης. Επίσης μπορεί να έχει σημαντικά ψυχολογικά οφέλη σε πολλές γυναίκες διότι τους δίνει εκ νέου αίσθημα πληρότητας και επιστροφής στην φυσιολογική κατάσταση. Η αποκατάσταση του μαστού δεν προκαλεί κίνδυνο απόκρυψης ενδεχόμενης τοπικής υποτροπής, ο δε χρόνος εκτέλεσης της ποικίλλει από το χρόνο της αρχικής μαστεκτομής υπό τη μορφή άμεσης αποκατάστασης του μαστού μέχρι και αρκετό χρόνο μετά από την αρχική αντιμετώπιση ιδίως στην περίπτωση που η ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε χημειοθεραπεία.

Η κυριότερη ένδειξη για την εκτέλεση αποκατάστασης του μαστού είναι η επιθυμία αυτής της ίδιας της ασθενούς. Η καθοριστική όμως συνιστώσα είναι η κλινική κατάσταση της. Για ασθενείς με Ca του μαστού σταδίου I η αποκατάσταση μπορεί να γίνει αμέσως κατά το χρόνο της αρχικής θεραπείας με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αν και στις περισσότερες περιπτώσεις παρεμβάλεται καθυστέρηση μερικών μηνών μέχρις ότου να συμπληρωθούν οι απαραίτητες τοπικές και άλλες επικουρικές θεραπείες. Η καθυστέρηση αυτή δίνει στη γυναίκα χρόνο να αποφασίσει αν πράγματι επιθυμεί ή όχι την αποκατάσταση του μαστού της και να συζητήσει με το χειρουργό της για την κατάλληλη τεχνική αποκατάστασης του μαστού.

Υπάρχει συνεχώς αυξανόμενη τάση χρησιμοποίησης της άμεσης αποκατάστασης του μαστού μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η τακτική αυτή δε φαίνεται να επηρεάζει τη συνολική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Όταν η αποκατάσταση του μαστού αρχίζει στη φάση μιας τοπικής θεραπείας ενδέχεται να χρειασθούν επιπρόσθετες επεμβάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί το πιο ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η περίπτωση κατά την οποία η γυναίκα έχει υποβληθεί σε συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση του Ca του μαστού και ακτινοθεραπεία. Στη περίπτωση αυτή είναι ενδεχόμενο να ακολουθήθηκε η προαναφερθείσα λόγω της μεγάλης προτεραιότητας στην οποία έδωσε η ίδια στην εικόνα του σώματος της και γι' αυτό το λόγο διαλέχθηκε η συντηρητική αντιμετώπιση σε βάρος της μαστεκτομής. Η παρουσία στο χειρουργημένο μαστό της γυναίκας αυτής μιας παραμόρφωσης υπό τη μορφή ασυμμετρίας ή ίνωσης (το οποίο είναι αποτέλεσμα της θεραπείας που έγινε) ή η μαστεκτομή λόγω τοπικής υποτροπής που ακολούθησε αργότερα, κάνουν την αποκατάσταση του μαστού ιδιαίτερα χρήσιμη για την αντιμετώπιση του ψυχολογικού προβλήματος που της δημιουργεί η παραμόρφωση. Αξιοσημείωτο είναι ότι η αποκατάσταση στην περίπτωση αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη διότι οι ακτινοβολημένοι ιστοί είναι σχετικά ανελαστικοί και κατά συνέπεια δε μπορούν να διαταθούν.

Τεχνικές αποκατάστασης του μαστού.

1. Πρόθεση: Αποτελεί τον απλούστερο τύπο αποκατάστασης μαστού ο οποίος μπορεί να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες και τις προσδοκίες της ασθενούς και επομένως αποτελεί την προτιμητέα μέθοδο. Η πρόθεση μαστού από σιλικόνη μπορεί να τοποθετηθεί δια μέσου της τομής της μαστεκτομής κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ και το μυοαπονευρωτικό στρώμα που βρίσκεται όπισθεν του πεδίου της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής. (Εικ. 6.1, 6.2, 6.3).

Η πρόθεση με σιλικόνη επιλέγεται έτσι ώστε να ταιριάζει όσον αφορά το μέγεθος, σχήμα και περίγραμμα με τον άλλο μαστό και είναι κατάλληλη για την αποκατάσταση του μαστού σε γυναίκες των οποίων ο παραμένων μαστός έχει μικρό έως μέτριο μέγεθος και ελάχιστο βαθμό πτώσης. (Εικ. 6.4).

Συνήθες αποτέλεσμα αυτής της τεχνικής είναι η ανάπτυξη μιας ινώδους κάψας γύρω από τη πρόθεση της σιλικόνης με αποτέλεσμα η αποκατάσταση του μαστού να δείχνει περισσότερο συμπαγής ενώ το σχήμα του μπορεί να μετατραπεί σε σφαιρικό λόγω συρρίκνωσης της προαναφερθείσας κάψας.

Η ασφαλής τοποθέτηση της πρόθεσης κάτω από το μυοαπονευρωτικό στρώμα χωρίς να έρχεται σε επαφή με τον υποδόριο ιστό ελαττώνει την εμφάνιση αυτής της επιπλοκής. Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται με την αντικατάσταση της πρόθεσης με

σιλικόνη από άλλη η οποία καλύπτεται με πολυουρεθάνη η οποία είναι πιο μαλακή.

2. Διατατήρας ιστών (tissue expander): Η χρήση του διατατήρα ιστών στο μαστό επιτρέπει την αποκατάσταση του χωρίς τη χρήση απομακρυσμένων κρημνών με απλή διαδικασία και τη μικρότερη δυνατή χειρουργική ουλή. Η τροποποιημένη διάταξη των ιστών είναι μια άλλη μέθοδος η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αποκατάσταση του μαστού. Σύμφωνα μ' αυτήν γίνεται διαδοχική τοποθέτηση προοδευτικά μεγαλύτερου μεγέθους προθέσεων από σιλικόνη.

Η χρησιμοποίηση του διατατήρα ιστών επιτυγχάνει τη δημιουργία μαστού ο οποίος είναι κοντύτερα στο φυσιολογικό σε σύγκριση με την απλή έμφυτευση πρόθεσης από σιλικόνη κάτω από τους διαθέσιμους ιστούς.

Η χρησιμοποίηση των διατατήρων ιστών στην αποκατάσταση του μαστού περιγράφηκε αρχικά από τον Larpin και συν. το 1980 και βελτιώθηκε από τους Radovan και Agenta. Η χρησιμοποίηση τους ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν καλή ποιότητα αλλά ανεπαρκή ποσότητα ιστών στο θωρακικό τοίχωμα μετά από μαστεκτομή. Οι συνθήκες αυτές βρίσκονται συνήθως στις ασθενείς που έχουν υποστεί τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με άθικτα μείζονα θωρακικό μυ και δεν έχουν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία στο θωρακικό τοίχωμα.

3. Αποκατάσταση με τη βοήθεια κρημνών. Οι σπουδαιότεροι τύποι κρημνών που χρησιμοποιούνται είναι οι ακόλουθοι:

α) Μυοδερματικός κρημνός πλατύ ραχιαίου: Είναι η μόνη μέθοδος που δίνει τη δυνατότητα κατασκευής μιας θήκης που θα παρέχει επαρκή κάλυψη για μια πρόθεση σιλικόνης. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της είναι η ύπαρξη άθικτης θωρακοραχιαίας κυκλοφορίας η οποία λόγω της πλούσιας παράπλευρης κυκλοφορίας που διαθέτει μπορεί να υφίσταται ακόμα και επί απολίνωσης των θωρακοραχιαίων αγγείων.

β) Μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού: Η υποδόρια μεταφορά δέρματος από την κάτω κοιλιά μαζί με τον ορθό κοιλιακό μυ οδηγεί σε αποκατάσταση του μαστού που λείπει η οποία μάλιστα μπορεί και να μην απαιτήσει τη χρήση πρόθεσης.

Επειδή ο κρημνός αυτός εξαρτάται από την καλή μικροκυκλοφορία, οποιαδήποτε επιβάρυνση της όπως με το κάπνισμα πολλών τσιγάρων ή σε σακχαρώδη διαβήτη, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ανεπαρκή αιμάτωση. Έτσι, πιθανές επιπλοκές του είναι η νέκρωση αλλά και ο σχηματισμός κηλών λόγω εξασθένησης του κοιλιακού τοιχώματος κάτω από την τοξοειδή γραμμή.

γ) Μυοδερματικός κρημνός μείζονα γλουτιαίου με μικροχειρουργική μεταφορά: Όταν οι προαναφερθέντες τύποι κρημνών δεν προσφέρονται η αποκατάσταση του μαστού μπορεί να γίνει με λίπος και δέρμα από τους γλουτούς οπότε και η περιοχή της λήψεως

βρίσκεται κρυμμένη στην περιοχή των γλουτών.

Η μέθοδος αυτή προσφέρει αποκατάσταση του μαστού χωρίς την ανάγκη πρόθεσης από σιλικόνη. Πρόκειται όμως για μέθοδο με υψηλές τεχνικές προδιαγραφές λόγω της μικροχειρουργικής τεχνικής που απαιτεί. Η επιβίωση του νέου μαστού εξαρτάται από την επιτυχία των αγγειακών αναστομών καθώς και από τη διατήρηση της βατότητας του κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Σε αντίθετη περίπτωση θα προκύψει νέκρωση των μεταφερθέντων ιστών.

4. Αποκατάσταση θηλής - θηλαίας άλω. Η αποκατάσταση της θηλής μπορεί να γίνει συγχρόνως με την αποκατάσταση του μαστού ή - προτιμότερο - σε δεύτερο χρόνο (συνήθως 3 με 6 μήνες μετά) οπότε και έχουμε καλύτερη συμμετρία με τον άλλο φυσικό μαστό.

Η αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής - θηλαίας άλω γίνεται με μοσχεύματα που λαμβάνονται από την οπισθοωτιαία χώρα, τον άλλο μαστό, το ανώτερο τμήμα του μηρού, ελάσσονα μέλη του αιδoίου. (Εικ. 6.5).

Νεότερες τεχνικές επιτρέπουν αποκατάσταση της θηλής με ιστούς που υπάρχουν και είναι διαθέσιμοι στο σημείο της νέας θηλής. Το δέρμα από την περιοχή της μελλοντικής θηλαίας άλω και κάποια ποσότητα υποκείμενου λίπους βοηθούν στη δημιουργία της νέας θηλής η οποία έχει κάθετη φορά και προβάλλει επαρκώς.

Στον πίνακα 6.1 δίνονται αδρά τα αποτελέσματα των προαναφερθεισών μεθόδων αποκατάστασης του μαστού συνοψίζοντας και τις εκτιμήσεις των ασθενών.

Πίνακας 6.1

	Νοσηρότητα	Επανεγχείρηση	Απαιτούμενος χρόνος	Επιπλοκές	Αποτελέσματα		Αποδοχή
					Μέτρια	Καλά	
Πρόθεση	+	+	+	+	-	-	±
Πλατύς ραχιαίος	±	-	+	±	±	±	±
Διατατήρας	+	-	-	-	±	±	±
TRAM	-	-	±	++	++	++	++
Ελεύθερος κρημνός	-	-	±	++	++	++	++

Στα ανεπίλυτα μέχρι στιγμής πρόβλήματα της αποκατάστασης του μαστού τα οποία περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο την αποφυγή της πτώσεως του μαστού, τη στρογγυλότητα του περιγράμματος και το χρόνο εκτέλεσης της αποκατάστασης έρχεται να προστεθεί και η απεικόνιση του αποκατεστημένου ή χειρουργικά τροποποιημένου μαστού. Όμως νεότερες τεχνικές μαστογραφίας επιτρέπουν την ικανοποιητική

απεικόνιση του μαστού σε τέτοιες περιπτώσεις με τη βοήθεια και κατάλληλων χειρισμών οι οποίοι επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή απεικόνιση ιστών. Αποτιτανώσεις, κύστες από τήξη λίπους σε συνδυασμό με τις χειρουργικές ουλές είναι συνιθισμένα ευρήματα της μαστογραφίας μετά από επεμβάσεις αποκατάστασης. Το υπερηχογράφημα μπορεί επίσης να μας δώσει αξιόλογες πληροφορίες όσον αφορά ασθενείς με πρόθεση και πυκνούς μαστούς ή κάποια ψηλαφητή μάζα.

Σχετικά με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μετά από χειρουργική εμφύτευση πρόθεσης από σιλικόνη. Μια πρόσφατη μελέτη που έγινε από το Πρόγραμμα Επιτήρησης Καρκίνου του Los Angeles δεν έδειξε αυξημένο κίνδυνο σε μια σειρά 3.111 γυναικών που παρακολούθηθηκαν για 6.2 χρόνια κατά μέσο όρο μετά από πλαστική επέμβαση αύξησης του μαστού για κοσμητικούς λόγους. Βρέθηκαν 21 καρκίνοι μαστού σε όλες τις γυναίκες με πρόθεση έναντι 24 αναμενομένων. Οι 7 απ' αυτούς ήσαν σε γυναίκες που είχαν πρόθεση για περισσότερα από 15 χρόνια έναντι 5.6 αναμενομένων.

Τα συμπεράσματα αυτά μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

I. Γυναίκες με πρόθεση μαστού παρουσίασαν μικρότερη επίπτωση καρκίνου μαστού από την αναμενόμενη αλλά όχι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.

II. Δεν παρατηρήθηκε αύξηση του καρκίνου σε άλλα όργανα.

III. Γυναίκες με πρόθεση μαστού για περισσότερα από 15 χρόνια δεν είχαν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου από το φυσιολογικό πληθυσμό σύγκρισης.

IV. Δεν παρατηρήθηκε καθυστέρηση στην ανίχνευση του καρκίνου. Το φάσμα κατανομής των σταδίων κατά την ανίχνευση ήταν σχεδόν ταυτόσημο με αυτό των γυναικών χωρίς πρόθεση. Οι προθέσεις δε φάνηκε να εμποδίζουν τη μαστογραφική διάγνωση του καρκίνου.

V. Με τις πληροφορίες που έχουμε σήμερα στη διάθεση μας είναι πιθανό ότι οι κοσμητικές επεμβάσεις αύξησης του μαστού και η ανάπτυξη καρκίνου - στο μαστό ή αλλού - αποτελούν δύο διαφορετικά γεγονότα στο ιστορικό των γυναικών χωρίς εμφανή σχέση μεταξύ τους.

Φυσιοθεραπευτική παρέμβαση.

Υπάρχουν τέσσερα βασικά σημεία για τα οποία έχει αναγνωριστεί ότι η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία στα άτομα που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού: στάση, εύρος της κίνησης, ισχύς και λεμφοίδημα.

1. Στάση: Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορούν να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμα να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρηση

τους. Ακόμα και με τις παροχετεύσεις τοποθετημένες, στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει να ενημερώσει την ασθενή για την κακή στάση και να την οδηγήσει στην διόρθωση της. Οι διδασκόμενες ασκήσεις περιλαμβάνουν την πωγωνιαία κάμψη με ραχιαία έκταση, ανάσπασση και έσω έλξη της ωμοπλάτης και ανύψωση του ώμου. Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης ενθαρρύνεται η φυσική αιώρηση του άκρου. Όταν γίνεται μεταφορά αντικειμένων, ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται και τα δύο χέρια.

Δε θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2.5 Kgt με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι και 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και κάτω άκρα συσχετίζονται στενά ο Νοσηλευτής-τρια τοποθετεί ένα οσφυϊκό μαξιλάρι που θα βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθημένη θέση σε συνδυασμό με ρύθμιση του ύψους της καρέκλας και του τραπέζιού ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο.

2. Εύρος κίνησης: Μια προοπτική μελέτη έχει δείξει ότι ασθενείς που υφίστανται μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχουν επιτύχει καλύτερο εύρος κίνησης και επιστρέφουν νωρίτερα στην προεγχειρητική τους κατάσταση από τους ασθενείς που δεν έκαναν θεραπεία.

Οι ασκήσεις που διδάσκει ο Νοσηλευτής-τρια περιλαμβάνουν:

- α) Κάμψη και απαγωγή του ώμου (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα).
- β) Χέρια πίσω από τον αυχένα και όρθια κεφαλή με τους αγκώνες να κινούνται αργά προς τα μέσα και έξω.
- γ) Κίνηση σκουπίσματος της ράχης με πετσέτα.

Επιπροσθέτως ο Νοσηλευτής-τρια ενθαρρύνουν τους ασθενείς στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων για να μπορέσουν να επανακτήσουν την πλήρη κινητικότητα. Στην εικόνα 6.6 διευκρινίζεται το μετεγχειρητικό φάσμα των κινητικών ασκήσεων.

Ο Wingate περιγράφει 10 δραστηριότητες οι οποίες καλύπτουν πολλές από τις πιθανές λειτουργικές κινήσεις για τον προσβληθέντα ώμο. (Πίνακας 6.2).

Ομαδικές δραστηριότητες επίσης βοηθούν αυτούς τους ασθενείς στο να φέρουν εις πέρας τους κινητικούς τους σκοπούς. Δραστηριότητες όπως χορός, οργανωμένα προγράμματα και ασκήσεις στο νερό έχουν δείξει ευνοϊκά αποτελέσματα.

3. Μυϊκή ισχύς: Σημαντικό για το Νοσηλευτή-τρια που δουλεύει με ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι ότι πρέπει να αποβλέπει σε ειδική μυϊκή ενίσχυση καθώς και σε βελτίωση της γενικής κατάστασης. Παραδείγματα για ειδικές ενισχυτικές ασκήσεις

περιλαμβάνουν σπρώξιμο με τα χέρια στον τοίχο (κάμψεις) με προοδευτική μετάβαση σε κάμψεις επί του εδάφους για την ενίσχυση του πρόσθιου οδοντωτού και τη χρήση προοδευτικά αυξανόμενων βαρών για την ενίσχυση του πλατέως ραχιαίου μυός.

Πίνακας 6.2. Αξιολόγηση του ώμου που πάσχει (ερωτηματολόγιο)*

Χρησιμοποιώντας το άνω άκρο αντίστοιχα με τη προσβεβλημένη πλευρά μπορείτε να:

1. Βουρτσίστε και χτενίστε τα μαλλιά σας;
2. Φορέσετε T- shirt, μπλούζα που δεν κουμπώνει ή πουλόβερ με στενό λαιμό παίρνοντας τα από το κεφάλι;
3. Φορέσετε παντελόνια ή παντελονόφουστα και να τα τραβήξετε μέχρι επάνω;
4. Κλείσετε ένα στηθόδεσμο που κουμπώνει πίσω;
5. Κλείσετε μέχρι επάνω το φερμουάρ ενός φορέματος το οποίο κλείνει πίσω;
6. Πλύνετε το πάνω μέρος της ράχης στην πλευρά της εγχείρησης;
7. Πλύνετε το πάνω μέρος της ράχης στην αντίθετη από την εγχείρηση πλευρά;
8. Φτάσετε ένα ράφι πάνω από το κεφάλι σας;
9. Στρώσετε διπλό κρεβάτι;
10. Μεταφέρετε μιά τσάντα με ψώνια που να ζυγίζει περίπου 5 κιλά;

* Τροποποιημένο από το Physical Therapy, 65:896, 1985.

Από την άποψη των ασκήσεων γενικής φυσικής κατάστασης π.χ. κολύμπι, περπάτημα και ποδηλασία, η συχνότητα και διάρκεια τους πρέπει συνεχώς να επαναπροσδιορίζονται σε αντιστοιχία προς τη θεραπευτική επιλογή μετά από τη χειρουργική θεραπεία. Τόσο οι ασθενείς οι οποίοι κάνουν μέτρια καθιστική ζωή όσο και αυτοί που συνήθιζαν να ασκούνται πρέπει να εκπαιδεύονται και να ελέγχονται πριν από την έναρξη προσχεδιασμένου προγράμματος.

Τονίζεται η σημασία της συνέχισης του προγράμματος άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δε χρειάζονται εξοπλισμό και γυμνάζουν τις τρεις περιοχές - κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση.

4. Λεμφοίδημα: Το λεμφοίδημα, όταν παρουσιασθεί εξακολουθεί και σήμερα να είναι δύσκολο στη θεραπεία. Ειδικά μέτρα που βρέθηκαν χρήσιμα για τη μείωση της συνοδού διόγκωσης του άκρου, περιλαμβάνουν συμπίεση μιας μικρής μαλακής μπάλας, ανύψωση του άκρου και απαλή αλλά συμπαγή μάλαξη του άνω άκρου με κατεύθυνση από την περιφέρεια προς το κέντρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ - ΤΡΙΑ ΣΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ.

Με την ικανότητα της παρατηρητικότητας, της κρίσης και της αξιολόγησης που διακρίνει τον επιστήμονα νοσηλευτή - τρια, γίνεται συλλογή πληροφοριών γύρω από την κατάσταση της ασθενούς.

Είναι ανάγκη να γίνεται πριν την επέμβαση ένας έλεγχος για τυχόν προβλήματα και παθήσεις που μπορεί να μην έχουν φαινομενικά σχέση με το μαστό, μπορούν όμως να επηρεάσουν την έκβαση της μετεγχειρητικής περιόδου.

Ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί το βάρος, την υφή, το χρώμα του δέρματος, τον χαρακτηρισμό και τη συχνότητα των αναπνευστικών κινήσεων και την παρουσία χαρακτηριστικών σημείων άγχους, όπως ιδρώτας και υπερκινητικότητα.

Διαπιστώνει, αν η ασθενής είχε κάποιο πρόσφατο κρυστάλλωμα, εάν φέρει τεχνητές οδοντοστοιχίες, αν υποφέρει από αϋπνία, αν παρουσιάζει συχνούς εμετούς, ρινορραγίες ή εάν λαμβάνει οινοπνευματώδη ποτά και αν καπνίζει.

Εχει παρατηρηθεί ότι ο αλκοολισμός κάνει τα άτομα ευαίσθητα σε περίοδο τραυματικού STRESS και η λήψη οινοπνευματοδών ποτών μαζί με το κάπνισμα, ελαττώνουν την ευαισθησία του οργανισμού προς τα αναισθητικά και αναλγητικά φάρμακα. Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ακολουθεί η ασθενής, ειδικά με διουρητικά, τα οποία μπορεί να έχουν προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές, αντιπηκτικά και αντιβιοτικά, που ενισχύουν την δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας πρέπει να σημειώνονται.

Επειδή μετά την επέμβαση πολλοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε ατελεκτασία, αναπνευστική οξέωση ή βρογχοπνευμονία ο νοσηλευτής-τρια στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει στην ασθενή του, πως να αναπνέει βαθιά και να βήχει αποτελεσματικά.

Ασθενείς, οι οποίες έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης, συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να γίνεται στην απώλεια βάρους προ της εγχείρησης. Εάν η απίσχναση έγινε σε μικρό χρονικό διάστημα, τότε αυτή μάλλον οφείλεται σε αφυδάτωση, ενώ αν είναι χρόνια οφείλεται σε ελάττωση των πρωτεϊνών και του λίπους

του σώματος.

Γι' αυτό πρέπει να γίνεται αποκατάσταση του αρχικού βάρους του σώματος γιατί η καχεκτική ασθενής:

α) Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις λόγω μειωμένων αντισωμάτων.

β) Είναι επιρρεπής στο SHOCK και την αιμορραγία.

γ) Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό STRESS.

δ) Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος εξαιτίας ανεπάρκειας πρωτεΐνης και βιταμίνης C. Κατά συνέπεια όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

- Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.

- Δίνονται βιταμινούχα σκευάσματα και χορηγείται υπερθερμιδική διαίτα.

- Σε περίπτωση αναιμίας γίνεται μετάγγιση αίματος.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε χρόνιες παθήσεις σακχαρώδη διαβήτη, νεφρικές διαταραχές, καρδιακές ή ορμονικές διαταραχές. Καταστάσεις παχυσαρκίας, πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν, γιατί η παχυσαρκία προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Συμπερασματικά, ο αντικειμενικός σκοπός μας, είναι να βοηθήσουμε ώστε ο οργανισμός να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, πριν να χειρουργηθεί.

Προετοιμασία εγχειρητικού σταδίου.

Σκοπός προετοιμασίας αυτής είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια, χωρίς όμως να προκληθεί ερεθισμός, ή λύση της συνέχειας του δέρματος. Με καθαρισμό και ξύρισμα ετοιμάζεται η πάσχουσα περιοχή και η σύστοιχη μασχालιαία κοιλότητα.

Προεγχειρητικά γίνεται προετοιμασία του δέρματος και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού για πιθανή λήψη δέρματος για να χρησιμοποιηθεί σαν πλαστική.

Αν κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση της συνέχειας του δέρματος, πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν την επέμβαση.

Ένα από τα καθήκοντα του νοσηλευτή-τρια είναι να προστατεύσει την ασθενή του από κάθε αστάθμητο παράγοντα, που θα μπορούσε να της διαταράξει τον ύπνο.

Μετά από ιατρική εντολή, η οποία θα δοθεί χορηγείται στην ασθενή ηρεμιστικό, με σκοπό την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.

Το πρωί της ημέρας της επέμβασης ο νοσηλευτής-τρια ελέγχει, καταγράφει τα ζωτικά σημεία της ασθενούς στο διάγραμμα και στα φύλλα νοσηλείας.

Κάθε ανύψωση θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Γίνεται μέτρηση πιέσεως πριν και μετά την νάρκωση.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που η ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο δωμάτιο ανάνηψης και ολοκληρώνεται με την πλήρη αποκατάσταση της.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή-τριας μέχρι την ανάνηψη της ασθενούς είναι τα ακόλουθα:

- α. Προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά της από το χειρουργείο στο θάλαμο.
- β. Διατήρηση της ασθενούς σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στραμμένο προς τα πλάι.
- γ. Συνεχής παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς με συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
- δ. Έλεγχος της κατάστασης του τραύματος για πιθανή αιμορραγία.
- ε. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής της κατάστασης.
- στ. Προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- ζ. Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Οι ανάγκες της ασθενούς μετά την ανάνηψη, όταν βρίσκεται ακόμα κάτω από την επιρροή της προηγηθείσας ναρκώσεως, αλλά είναι πλέον στο θάλαμό της και έχει ξυπνήσει είναι οι ακόλουθες:

- α. Σωστή θέση του αρρώστου: η κακή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι μετά την χειρουργική επέμβαση, μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Η ασθενής τοποθετείται στην ύπτια θέση για την διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των οισοφαγωγών.
- β. Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης (Α.Π.) και του σφυγμού, για τα αναισθησιολογικά φάρμακα και απώλεια αίματος κατά τη επέμβαση, μπορούν να προκαλέσουν επιπλοκές όπως απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης, άπνοια κ.λ.π.. Οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση του SHOCK και της αιμορραγίας.
- γ. Χορήγηση αναγηλικών, για την καταστολή του πόνου.
- δ. Έλεγχος της επίδρασης της τραυματικής περιοχής.
- ε. Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού που καλύπτει το τραύμα για να διαπιστωθεί τυχόν εξωτερική αιμορραγία. Γίνεται έλεγχος στην περιοχή της μασχάλης, καθώς επίσης και στη ράχη του αρρώστου, γιατί υπάρχει κίνδυνος το αίμα να ρέει προς τα πίσω και το τραύμα να είναι θεωρητικά καθαρό.
- ζ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή. Η αναρρόφηση γίνεται με την δημιουργία αρνητικής πίεσης

μέσα στη συσκευή, γι'αυτό και θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργίας της συσκευής ελέγχεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Τέλος γίνεται έλεγχος και καταγραφή της ποσότητας και του χρώματος των παροχτευομένων υγρών της συσκευής.

η. Σίτιση: Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγούνται στην ασθενή διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3000ml/24h, εφόσον η ασθενής δεν έχει παθολογικές απώλειες.

θ. Πρόληψη της λοίμωξης: Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και θα πρέπει να αποφεύγονται οι υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ή φλεβοκεντήσεις για την αποφυγή εισόδου μικροβίων.

Μετά την ανάνηψη ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει:

α. την τοποθέτηση της ασθενούς σε θέση ημι-FOWLER: εάν το άνω άκρο είναι ελεύθερο, τοποθετείται στο μαξιλάρι. Η βαρύτητα βοηθάει στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και έτσι αποφεύγεται σχηματισμός λεμφοιδήματος.

β. Εγκυρη έγερση της ασθενούς: Συνήθως μεσα στις 24 - 28 ώρες μετά την εγχείρηση. Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:

- Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών.
- Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
- Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.
- Μείωση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται την πρώτη φορά έγερσης της ασθενούς από το κρεβάτι. Η ασθενής τοποθετείται σε ανάρρολη θέση, κατόπιν καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και τέλος σηκώνεται.

γ. Χορήγηση κατάλληλης διαίτας: Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, ίσως η ασθενής χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ.

α. Πόνος: Είναι μία από τις πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι'αυτό και χορηγείται κατόπιν ιατρικής εντολής μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά φάρμακα.

β. Εμετός: Είναι συνήθως αποτέλεσμα της νάρκωσης. Άλλες αιτίες είναι η συλλογή στο στομάχι υγρών ή η λήψη από το στομα υγρών η τροφής πριν από την αποκατάσταση της

περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα. Σήμερα με τη χρήση νέων αναισθητικών και αντιεμετικών φαρμάκων έχει μειωθεί κατά ένα ποσοστό η εμφανισή του. Καθήκον του νοσηλευτή-τριας είναι η πρόληψη της εισρόφησης του εμετού.

γ. Ανησυχία-δυσφορία: Αιτίες που μπορεί να τις δημιουργήσουν είναι: Βρεγμένο επιδερμικό υλικό, αυπνία, ο μετεωρισμός καθώς και λόξυγγας.

δ. Δίψα: Η δίψα μπορεί να οφείλεται στην αναστολή των εκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας, βοηθούν στην διάλυση της βλέννας του στόματος. Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης 1:1. Υγρά μπορούν να χορηγηθούν αμέσως μετά την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα.

ε. Διάταση του εντέρου: Η διάταση μπορεί να προληφθεί με τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τον ασθενή του.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή-τριας που νοσηλεύει ασθενή στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία είναι:

1. Ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία.
2. Προετοιμασία και βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.
3. Εφαρμογή προταστευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και το εαυτό

του.

4. Ψυχολογική τόνωση της ασθενούς, πριν κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια της ασθενούς γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές:

1. Ενημερώνεται από το φάκελλο της ασθενούς για:
 - Το είδος της ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.
 - Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
 - Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός)
 - Τον αριθμό των συνεδριών που έχει προγραμματίσει να κάνει.

2. Αξιολογεί αν κατανοεί η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας και σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό τον ενημερώνει ανάλογα.

3. Χορηγεί στον ασθενή αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

4. Παρακολουθεί την ασθενή για παρενέργειες και επιπλοκές από την ακτινοβολία

και τις αντιμετωπίζει ως εξής:

α. Ναυτία - εμετοί

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά μετά από ιατρική εντολή.
- Ενθαρρύνει την ασθενή να παίρνει υγρά.
- Χορηγεί υγρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε

λεύκωμα.

- Σημειώνει τις αντιδράσεις της ασθενούς.

β. Διάρροια

- Χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα.
- Αποφεύγονται οι τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.

γ. Καταστολή του μυελού των οστών. Ο νοσηλεύτης-τρια φροντίζει για την προστασία της ασθενούς από λοιμώξεις και τραυματισμούς και παρατηρεί για τυχόν εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων φροντίζοντας για την ανάλογη αντιμετώπιση τους.

δ. Αντιδράσεις από το δέρμα. Κατά τη χορήγηση επαρκούς δόσης ακτινοβολίας η πρόκληση τοπικών αντιδράσεων είναι αναπόφευκτη. Η τοπική αυτή αντίδραση εκδηλώνεται με ερυθρότητα και λέγεται ραδιοδερματίτιδα και ράδιοεπιθηλίτιδα. Αυτή εμφανίζεται από τη δέκατη μέρα θεραπείας και δεν θεωρείται έλλειψη προσοχής του ακτινοθεραπευτή.

- Η ερυθρότητα, η ξηρότητα, η απολέπιση είναι σημεία, η αποχώρηση των οποίων απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα.

- Πριν την έναρξη της θεραπείας το δέρμα πρέπει να καθαρίζεται, να αφαιρείται η επίδεση, εάν υπάρχει και γίνεται εντριβή με οινόπνευμα.

- Κατά τη διάρκεια της θεραπείας το δέρμα πρέπει να διατηρείται στεγνό και καθαρό.

- Ο κνησμός αντιμετωπίζεται με τη επίθεση ουδέτερης αμυλούχου σκόνης (αλοιφές με μεταλλικά στοιχεία π.χ. ψευδάργυρος). Τα στοιχεία απορροφούν ακτίνες και έτσι αυξάνουν την αντοχή του δέρματος στην ακτινοβολία.

- Προστατεύεται το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, τον τραυματισμό και τα στενά ενδήματα.

- Μετά τη συμπλήρωση του κύκλου της ακτινοθεραπείας το δέρμα πρέπει να διατηρείται ξηρό με συνεχή επίθεση σκόνης με μεταλλικά στοιχεία. Η ίαση και αποκατάσταση του δέρματος συντελείται την έκτη περίπου εβδομάδα μετά το τέλος της

θεραπείας.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η χημειοθεραπεία συνίσταται στη χορήγηση χημικών σκευασμάτων, με σκοπό την αναστολή της ανάπτυξης νεοπλασματικών κυττάρων ή τη χημική διάλυση τους και την καταστροφή τους. Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ναυτία, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά απ' αυτά έχουν επίδραση στο βλενογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα αντιθέτως δυσκοιλιότητα.

Μερικά απ' αυτά επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά, σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει για :

- α. Τη ψυχολογική προετοιμασία της ασθενούς, την ενημέρωση της με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- β. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από την θεραπεία.
- γ. Επαρκή υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανομένων- αποβαλομένων υγρών.
- δ. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- ε. Γεύματα συχνά μικρά. Δίαιτα πλήρης από θρεπτικές ουσίες και βιταμίνες.
- στ. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- ζ. Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- η. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- θ. Γίνεται λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα.
- ι. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθηση στους γύρω ιστούς.

ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Στη θεραπεία αυτή ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί για τυχόν σημεία μεταβολής του θύμου αδένος, τράχυνση της φωνής, δασυτριχισμό, λήθαργο, αμνησία, δίψα, ναυτία, εμετό, κατακράτηση υγρών, κόμα.

Φροντίζει για τη χορήγηση μεγάλης ποσότητας υγρών, τη δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε ασβέστιο και τον περιορισμό του Na και χρήση διουρητικών.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ

Η αποκατάσταση της ασθενούς μετά από μία επέμβαση στο μαστό αποτελεί σημαντικό παράγοντα εφόσον αποτελεί συνέχεια της ίδιας της θεραπείας του καρκίνου. Έτσι εδώ έχουμε να κάνουμε με την ψυχική και σωματική αποκατάσταση της καρκινοπαθούς. Σημαντικό ρόλο θα παίξει εδώ το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό της κλινικής.

Ειπώθηκε κάποτε σε κάποιο γιατρό από κάποιον καρκινοπαθή: "Αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια σου, το ίδιο φοβίζει ή και σοκάρει και μένα". Πάνω στις γεμάτες νόημα αυτές γραμμές βρίσκεται ο κώδικας στον οποίο θα στηριχθεί η αποκατάσταση της ασθενούς. Διότι η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα.

Με τον όρο αποκατάσταση του ασθενούς εννοούμε την επαναφορά της στην προηγούμενη κατάσταση. Όταν σήμερα μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει η γυναίκα όλες τις ικανότητες που έχει - βιο - ψυχολογικές - όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής", δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο.

Ο Νοσηλευτής-τρια από την πρώτη στιγμή ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου πρέπει να κρατήσει στάση κατανόησης, συνεργασίας και επικοινωνίας με τον ασθενή.

Η ασθενής περνάει δύσκολες ώρες επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας, πρόωρο θάνατο. Ακόμα και οι συγγενείς έχουν συνήθως αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα η ασθενής πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης. Η οικογένεια και οι φίλοι της και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι μεγαλώνουν με την ιδέα ότι η διάγνωση είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές και αν δεν γίνουν γνωστές διαισθάνεται η ασθενής και διέρχεται στάδια αβεβαιότητας.

Είναι γεγονός ότι οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση.

Η φιλοσοφία της αποκατάστασης για να υλοποιηθεί θα πρέπει η ασθενής να φροντίζεται από τον ειδικευμένο Νοσηλευτή-τρια στην ογκολογία και στην ψυχολογία

της ασθενούς με καρκίνο.

Αφού τελειώσει η κρίσιμη φάση της μετεγχειρητικής πορείας ο Νοσηλεύτης-τρια βοηθάει την ασθενή να επιλέξει σωστά την πρόσθεση-τεχνητό στήθος. Αρχικά συστήνει στην ασθενή να βάζει κανονικό στήθοδεσμο το οποίο θα γεμίζει με μαλακό υλικό που δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Για να μείνει η πρόχειρη αυτή πρόσθεση στην κανονική της θέση μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στήθοδεσμου και να στερεωθεί στην ζώνη. Η τιράντα του στήθοδεσμου θα πρέπει να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο.

Ενώ ουσιαστικά υπάρχει μια μέθοδος μαστεκτομής υπάρχουν 8 τουλάχιστον μέθοδοι αποκατάστασης και τώρα η επιστήμη είναι σε θέση να φτιάξει ένα στήθος που να μοιάζει και να δημιουργεί την ίδια αίσθηση με το φυσιολογικό βοηθώντας έτσι τέλεια την κατάκτηση της πλήρους ψυχολογικής ισορροπίας της ασθενούς. Έτσι πρέπει να ξέρουμε ότι η αποκατάσταση του μαστού μετά τη μαστεκτομή είναι συμπλήρωμα της θεραπείας και υποστήριξης της ασθενούς και όχι μια αισθητική επέμβαση. Αν και σήμερα υπάρχει μια τάση για όσο το δυνατόν λιγότερες ακρωτηριακές επεμβάσεις στον καρκίνο του μαστού δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που χάνει μια γυναίκα ολόκληρο το μαστό ή μέρος του. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις των γυναικών αυτών εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως ηλικία, κοινωνική και οικονομική τάξη, μόρφωση, θρησκευτικές αντιλήψεις.

Η ασθενής πρέπει να έχει πάντα την πεποίθηση ότι ο Νοσηλεύτης-τρια είναι πάντα δίπλα και σε ετοιμότητα κάθε στιγμή να ακούσει με κατανόηση το πρόβλημα της, να της δώσει δύναμη και συμβουλές που θα την βοηθήσουν να αντιμετωπίσει αυτό το δυνατό εχθρό.

Τις πληροφορίες πρέπει να κατευθύνουν η συμπόνοια, η στοργή, η επαγρύπνηση, ο ανθρωπισμός, η επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσεως που πολλές φορές βρίσκεται η ασθενής, η σύνεση, η προσοχή, η ανοχή. Έτσι ο Νοσηλεύτης-τρια θα μπορέσει να αποσπάσει τη συμπαθεια της ασθενούς και να επιβληθεί ώστε να δέχεται όσα της λείει.

Ορθως παρατηρείται από κάποιον συγγραφέα πως η φαρμακολογική αξία της αλήθειας είναι πολύ ανώτερη από εκείνη του ψεύδους. Αρκεί η αλήθεια να χρησιμοποιηθεί στη σωστή δόση και να προστεθεί με τον κατάλληλο τρόπο.

Αν λοιπόν ο Νοσηλεύτης-τρια δουλέψει σωστά συνδυάζοντας την επιστημονική κατάρτιση του με τα ανθρωπιστικά αισθήματα τότε σίγουρα μπορεί να συμβάλλει στην αποκατάσταση της ασθενούς. Θα πρέπει να προσθέσουμε ότι μετά την αποχώρηση της ασθενούς από το Νοσοκομείο θα πρέπει να έχει καταλάβει την αξία του μετανοσοκομειακού Check - up γιατί δίνει τη δυνατότητα αξιολόγησης.

α) Της επούλωσης του τραύματος.

- β) Της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της ασθενούς.
- γ) Της αποτελεσματικότητας της χρήσης της πρόσθεσης.
- δ) Της πιθανής υποτροπής.
- ε) Της προσπάθειας για αποκατάσταση - έλεγχος προόδου ασκήσεων.

Σημαντικός είναι και ο ρόλος του συζύγου και της οικογένειας γενικότερα. Ο Νοσηλευτής-τρια τους διδάσκει να φέρονται με φυσικότητα, τους βοηθά να δεχθούν την πραγματικότητα και να προσέξουν να μη μεταδίδουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους στην ασθενή με αποτέλεσμα να τη δημιουργούν και επιπλέον ψυχικά τραύματα.

Τέλος στην αποκατάσταση της ασθενούς και γενικά στην αποκατάσταση των καρκινοπαθών πρωτεύοντα ρόλο παίζει και η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο ώστε να γεννηθεί η ελπίδα της ίασης από τη νόσο.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΤΟΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

Στο στάδιο αυτό της κατάληξης ο Νοσηλευτής-τρια πρέπει:

- Να πείσει την ασθενή ότι βρίσκει κατανόηση.
- Οτι την ακούει με προσοχή, διαθέτει χρόνο και μένει κοντά της χωρίς να ακολουθεί μια μηχανική πορεία που χαρακτηρίζεται από ποσότητα δουλειάς και ρουτίνας.

- Διατηρεί μια πρόσχαρη και αισιόδοξη στάση σε όλη την προσπάθεια του/της και επικοινωνεί και αισιόδοξη στασή σ' όλη την προσπάθεια του/της και επικοινωνεί και με την οικογένεια της ασθενούς, ολοκληρώνοντας έτσι το έργο του/της.

Η ασθενής περνά την ασθένειά της μέσα στο νοσοκομείο και συχνά πεθαίνει σ' αυτό, μακριά από την άνεση και τη ζεστασιά του δικού της σπιτιού, ανάμεσα στην οικογένεια και τους συγγενείς που συγκεντρώνονται να εκφράσουν συμπαράσταση, αγάπη, σεβασμό, σ' αυτή τη μοναδική, σπουδαία και δύσκολη ώρα της ζωής.

Είναι λοιπόν επιτακτική ανάγκη για το Νοσηλευτή-τρια να εξασφαλίσει απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη και να προσφέρει βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από τον καρκίνο του μαστού και ολοκληρωμένη φροντίδα σ' όλη τη διάρκεια του αγώνα που αρχίζει από την περίοδο της διάγνωσης μέχρι και τον ειρηνικό και κατά το δυνατόν ανώδυνο θάνατο.

Ο Μύθος . . .

Ο θεός της ιατρικής ο Ασκληπιός είχε δύο κόρες, την Υγεία και την Πανάκεια. Η πρώτη φρόντιζε για την πρόληψη της αρρώστιας. Η δεύτερη για τα θεραπευτικά γιατροσόφια. Και ο θεός αγαπούσε και είχε μεγαλύτερη αδυναμία στην Υγεία. . .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός και πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας. Είναι τόσο συχνός που σε κάθε 9 γυναίκες η μία θα παρουσιάσει σε κάποια περίοδο της ζωής της καρκίνο στο μαστό. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 4.000 νέες περιπτώσεις και πεθαίνουν περίπου 2.000 γυναίκες. Επειδή σήμερα η αιτία του καρκίνου του μαστού παραμένει αγνώστη και η πρόληψη του αδύνατη και επειδή δεν υπάρχει ριζική θεραπεία που να δρα σε όλα τα στάδια της νόσου, ο μόνος τρόπος είναι να διαγνώσουμε τον καρκίνο αρκετά νωρίς, τότε που τα υπάρχοντα μέτρα θεραπεύουν, ενώ αργότερα είναι αναποτελεσματικά. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται πάντα στο αρχικό στάδιο, ενώ όταν εξαπλωθεί σε προχωρημένο στάδιο η αντιμετώπιση του είναι πολύ αβέβαιη.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η γνώση ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου τα οποία είναι:

1. Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού όσον αφορά διατροφικές συνήθειες της οικογένειας αφού είναι γνωστό ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Συνίσταται η αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύεται η χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Ενισχύεται η προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων που αφορά την εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα να εκτείνεται το άτομο σε καρκινογόνους παράγοντες.

3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η

απαγόρευση της χρήσεως του DDT (δίχλωρο-διφαινυλο-τρουχλωραιθάνιο) εντομοκτόνου, με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση.

Επειδή όμως η αιτιολογία του καρκίνου δεν έχει απόλυτα διαλευκανθεί, δυσκολεύει την πρωτογενή πρόληψη του.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων - ασυμπτωματικό, σιωπηρό στάδιο της εξέλιξέως του - και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη.

Συγκεκριμένα για τον καρκίνο του μαστού συνιστάται να γίνεται αυτοεξέταση κάθε μήνα μετά το 20ό έτος της ζωής, εξέταση των μαστών από γιατρό κάθε τρία έτη μέχρι το 40ό έτος, ή κάθε έτος μετά το 40ό έτος της ζωής, και μαστογραφία κάθε έτος μετά το 45ό έτος της ζωής (αφού προηγηθεί μια μαστογραφία "αναφοράς" γύρω στο 35ο έτος). Επειδή στη χώρα μας η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι μικρότερη από ότι στις Η.Π.Α., τα παραπάνω χρονικά διαστήματα θα μπορούσε να διπλασιαστούν. Η αποτελεσματικότητα της δευτερογενούς πρόληψης στον καρκίνο του μαστού θεωρείται τεκμηριωμένη, με ενδεχόμενη μείωση της θνησιμότητας κατά το 1/4 του σημερινού της επιπέδου.

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος περιλαμβάνει τρεις μεθόδους:

(I) τη μηνιαία αυτοεξέταση,

(II) την ετήσια κλινική εξέταση από ιατρό και

(III) τη μαστογραφία για γυναίκες άνω των 45 κάθε 1 (2 ή 3) χρόνια. (Πίνακας 8.1).

Με τη βελτίωση των μαστογραφικών μηχανημάτων και των FILMS, αφενός έχει μηδενισθεί ο κίνδυνος από την ακτινοβολία (0.04 - 0.08 rads σήμερα για λήψεις FP έναντι 1 - 4 rads παλαιότερα) και αφετέρου έχει αυξηθεί το ποσοστό των καρκίνων μαστού που διαγιγνώσκονται με τη μαστογραφία στα διάφορα προγράμματα μαζικού

ελέγχου και έχει φθάσει στο 90%. Ποσοστό 10% αυτών των καρκίνων διαγιγνώσκεται μόνο με την κλινική εξέταση και ποσοστό 42% μόνο με τη μαστογραφία.

Πίνακας 8.1. Εφαρμογή του συστηματικού προληπτικού ελέγχου για την πρόωμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες χωρίς συμπτώματα και ανάλογα με την ηλικία

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ (ΑΕΜ) :	1 φορά το μήνα για όλες τις γυναίκες πάνω από 20 χρονών
ΨΗΛΑΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ (ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ)	- 1 φορά κάθε τρία χρόνια, στην ηλικία 20 μέχρι 40 χρονών - 1 φορά κάθε χρόνο μετά τα σαράντα
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	- Δεν χρησιμοποιείται κάτω από τα 35, εκτός αν υπάρχει ειδικός λόγος και υποδεικνύεται από γιατρό που έχει γνώση του προβλήματος - Μεταξύ 35 και 39 ετών πρέπει να γίνεται μια μαστογραφία η οποία θα χρησιμεύει σαν μέτρο σύγκρισης (σημείο αναφοράς) για το μέλλον. - Μεταξύ 40 και 49 ετών χρονών πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε 1 - 2 χρόνια. Κριτήρια είναι η φυσική εξέταση, τα προηγούμενα ευρήματα της μαστογραφίας, το ιστορικό (καρκίνος μαστού στην ίδια ή μητέρα ή αδελφές) και άλλοι παράγοντες κινδύνου (π.χ. καλοήθεις παθήσεις του μαστού που έχουν τάση για εναλλαγή) - Μετά τα 50 πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε χρόνο

Το σημαντικό κέρδος της μαστογραφικής διαγνώσεως είναι ότι ο καρκίνος διαγιγνώσκεται περίπου δύο χρόνια πριν να γίνει ψηλαφητός, στο 33% των περιπτώσεων αυτών ο όγκος έχει μέγεθος μικρότερο του 1εκ. ή είναι μη διηθητικός, το ποσοστό ανευρέσεως διηθημένων λεμφαδένων κατά την εγχείρηση ελαττώνεται στο ήμισυ (20% από 40%), ελαττώνεται η θνητότητα από 30 - 70% και τέλος αυξάνεται το ποσοστό γυναικών που μπορεί να διατηρήσει το μαστό διότι είναι δυνατή η αντιμετώπιση της τοπικής νόσου με ογκεκτομή.

Είναι προφανές ότι όσο επεκτείνεται ο μαζικός έλεγχος τόσο αυξάνεται το ποσοστό των καρκίνων που διαγιγνώσκεται σε αρχόμενο ή αρχικό στάδιο και υπολογίζεται από το NCI ότι από τις 175.000 περιπτώσεις νέων καρκίνων μαστού που αναμένονται σε αμερικανίδες εντός του 1993 ποσοστό 50% θα διαγνωστεί με το μαζικό έλεγχο σε αρχικό (Early Stage Tumors).

Τα ανωτέρω δημιουργούν την υποχρέωση οργάνωσης από το Υπουργείο Υγείας ενός προγράμματος μαζικού ελέγχου σε εθνικό επίπεδο, αφού ο καρκίνος του μαστού αποτελεί και για την Ελληνίδα ένα συχνό και σοβαρό πρόβλημα υγείας, το οποίο όμως με συστηματικό και ακτινογραφικό έλεγχο γυναικών φαινομενικά υγείων που ευρίσκονται σε επικύνδυνη ηλικία, είναι δυνατόν εγκαίρως να διαγνωστεί και με την κατάλληλη θεραπεία να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση του ποσοστού των γυναικών που μπορούν να διασωθούν.

Συνεπώς, το μεγαλύτερο και ίσως το σπουδαιότερο βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγείων γυναικών για το σκοπό αυτό. Πρέπει να δημιουργηθούν κίνητρα και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών που πρέπει να είναι συχνή.

Για τη διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με τη βοήθεια ενός ή και περισσότερων μηχανημάτων. Η οργάνωση του μαζικού ελέγχου συνίσταται στη δημιουργία της απαιτούμενης υποδομής, τη στελέχωση με ειδικευμένο προσωπικό και την παροχή των απαραίτητων μέσων για την κάλυψη των κατωτέρω δύο τομέων:

A. Το μαζικό έλεγχο.

B. Την περαιτέρω διερεύνηση ύποπτων βλαβών και ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση των γυναικών που ο μαζικός έλεγχος αποκαλύπτει ότι φέρουν τη νόσο. Τα κέντρα διερευνήσεως βλαβών και θεραπείας απαιτούν πλέον εξειδικευμένο προσωπικό για ν' ασχοληθεί με τις ύποπτες βλάβες οι οποίες υπολογίζονται σε 8-10% επί των γυναικών που ελέγχονται για πρώτη φορά και σε 5% επί των γυναικών που επανελέγχονται.

Το προσωπικό αυτών των κέντρων θα πρέπει να έχει αρκετή εμπειρία στην ερμηνεία μαστογραφικών ευρημάτων, τη λήψη υλικού για κυτταρολογική εξέταση, τη μελέτη κυτταρολογικών επιχρισμάτων και ιστολογικών παρασκευασμάτων, την εγχειρητική εντόπιση και αφαίρεση αφηλάφητων βλαβών οι οποίες με τη διάδοση της μαστογραφίας συνεχώς αυξάνονται, τη βιοχημικό και ανοσοϊστοχημικό έλεγχο των νεοπλασμάτων, τη μέτρηση DNA και SPF (S Phase Fraction) με κυτταρομετρία ροής και τέλος τη δυνατότητα για χημειο- και ακτινοθεραπεία. Δηλαδή τα κέντρα αυτά πρέπει να έχουν την δυνατότητα να καλύψουν όλους τους τομείς διαγνώσεως και θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

A. ΜΟΝΑΔΕΣ ΜΑΖΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ (Screening)

Οι μονάδες αυτές πρέπει να είναι άλλες σταθερές και άλλες κινητές. Οι κινητές είναι ιδιαιτέρως χρήσιμες για την εξυπηρέτηση μεμακροσμένων ή αραιοκατοικημένων περιοχών.

Οι σταθερές μονάδες μπορεί να έχουν εγκατασταθεί σε υπάρχοντα Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία στα οποία όμως πρέπει να λειτουργούν σαν αυτόνομες μονάδες ώστε να εξυπηρετούν μόνο γυναίκες που προσέρχονται για Μ.Ε. και οι οποίες δε θα πρέπει να παραπέμπονται για τον έλεγχο στα Εξωτερικά Ιατρεία και το Ακτινολογικό εργαστήριο των Νοσοκομείων.

Το σημαντικότερο όμως είναι να ορισθεί ο αριθμός των απαιτούμενων κέντρων

Μ.Ε. με βάση τον πληθυσμό των διαφόρων διαμερισμάτων της χώρας, την αναμενόμενη συμμετοχή των γυναικών στο πρόγραμμα, την ημερήσια δυνατότητα εκτελέσεως μαστογραφιών, τη λήψη μιας ή δύο ακτινογραφιών, τον καθορισμό των ηλικιών των γυναικών που θα κληθούν να συμμετάσχουν.

Κατ' αρχάς πρέπει να τονισθεί ότι από οικονομοτεχνικές μελέτες έχει βρεθεί ότι τα προγράμματα Μ.Ε. για καρκίνο μαστού έχουν αποδεκτή σχέση κόστους - αποτελέσματος μόνο για τις ηλικίες 50-64 ετών, λόγω της αυξημένης συχνότητας καρκίνου στις ηλικίες αυτές και του σχετικά μεγάλου προσδόκιμου επιβιώσεως, ενώ η σχέση κόστους - αποτελέσματος δεν είναι ευνοϊκή για τις ηλικίες 40-50 λόγω χαμηλότερης συχνότητας της νόσου και στις ηλικίες άνω των 65 λόγω του μικρού προσδόκιμου επιβιώσεως. Βέβαια από τον έλεγχο δεν αποκλείονται γυναίκες που έχουν ειδικούς λόγους ή προσέρχονται χωρίς πρόσκληση έστω και αν δεν ανήκουν στις ηλικίες των 50-64.

Το δεύτερο δεδομένο που θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη είναι ότι η συμμετοχή των γυναικών στα προγράμματα Μ.Ε. , σε χώρες πιο προηγμένες (Σουηδία - Αγγλία) και με άρτια οργάνωση και γραμματειακή υποστήριξη των προγραμμάτων φθάνει μόνο το 60-70%, παρ' ότι στην αρχική εξέταση μπορεί να είναι υψηλότερη (90%). Οσον αφορά τη λήψη μιας ή δύο ακτινογραφιών (screening) φαίνεται ότι μια λοξή μαστογραφία συνήθως είναι επαρκής και μόνο αν υπάρχουν ύποπτα ή αμφίβολα ευρήματα λαμβάνονται και άλλες ακτινογραφίες.

Τέλος σχετικά με τον αριθμό των απαιτούμενων μονάδων Μ.Ε. αυτός μπορεί να υπολογισθεί βάσει της μελέτης του Prof. Sir Patrick Forrest ο οποίος αναφέρει ότι ένας μαστογράφος μπορεί να βγάλει μαστογραφίες σε 60 γυναίκες ημερησίως και επομένως 300 εβδομαδιαίως και περίπου 15.000 ετησίως αν και ο αριθμός των 12.000 ετησίως θα πρέπει να θεωρηθεί περισσότερο ρεαλιστικός αν ληφθούν υπ' όψη η αποχή ασθενών και προσωπικού (ασθένεια, άδεια, αργίες, service ή βλάβες μηχανημάτων κ.λ.π.).

Ο αριθμός αυτός (12.000) γυναικών ηλικίας 50-64 ετών αντιστοιχεί σε συνολικό πληθυσμό μιας περιοχής 170.000 ατόμων περίπου. Επομένως ο αριθμός μονάδων Μ.Ε. που είναι απαραίτητα για την κάλυψη όλου του γυναικείου ισούται με τον πληθυσμό της χώρας (10.000.000 κάτοικοι) δια του αριθμού 170.000 (60 μονάδες) αν όλες οι γυναίκες ελέγχονται ανά έτος ή δια του αριθμού 340.000 (30 μονάδες) αν ελέγχονται ανά 2ετία ή δια του 510.000 (20 μονάδες) αν ελέγχονται ανά 3ετία.

Η σκοπιμότητα του ετησίου η ανά 2ετία ή και 3ετία μαστογραφικού ελέγχου δεν έχει επαρκώς μελετηθεί γι' αυτό υπάρχουν και διχογνωμίες, φαίνεται όμως ότι ο ανά 2ετία ή 3ετία έλεγχος για την πλειονότητα των γυναικών είναι επαρκής, μονολότι για ορισμένες υποομάδες ο ετήσιος έλεγχος κρίνεται περισσότερο ασφαλής. Καλό είναι πάντως να γίνεται μεταξύ 35 και 40 ετών η πρώτη βασική και συγκριτική μαστογραφία.

Για να καταλήξουμε σε κάποιο συμπέρασμα, όσον αφορά τον αριθμό των μονάδων M.E., ο οποίος βάσει των όσων ειπώθηκαν θα καλύπτει τις ανάγκες της χώρας μπορεί κανείς να υπολογίσει ότι για έλεγχο γυναικών 50-64 ετών, με μια μαστογραφία σε κάθε εξέταση, η οποία θα επαναλαμβάνεται ανά 2ετία απαιτούνται περίπου 30 τέτοιες μονάδες και θα ήταν μάλλον σκόπιμο να δημιουργηθούν οι μισές από αυτές (15 μονάδες) κατ' αρχάς και ανάλογα με την εμπειρία που θα προκύψει εν τω μεταξύ από την λειτουργία τους στην Ελλάδα και τα νεότερα ενδεχομένως δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας να αυξηθεί ο αριθμός τους στο μέλλον.

Όσον αφορά την αυτοεξέταση, κάθε γυναίκα πρέπει να μάθει από 20 ετών να εξετάζει το στήθος της μία μόνο φορά τον μήνα μεταξύ της 3ης και 7ης μέρας μετά την έναρξη της περιόδου της την ώρα που κάνει μπάνιο. Τότε είναι ευκολότερο να εντοπίσει το ογκίδιο του μαζικού αδένου επειδή όταν ο μαζικός αδένος βρίσκεται υπό την επίδραση των οιστρογόνων είναι περισσότερο συμπαγής, δηλαδή ο διάμεσος συνδετικός ιστός, οι κυψελίδες και οι πόροι δεν χαρακτηρίζονται από οίδημα. Αντίθετα στη φάση που ο μαζικός αδένος βρίσκεται υπό την επίδραση και των οιστρογόνων και της προγεστερόνης (προ της εμμήνου ρύσεως) έχουμε άνοιγμα των πόρων, διαστολή των κυψελίδων, οίδημα του διαμέσου ιστού, διαστολή των αγγείων με αποτέλεσμα να δημιουργείται διάχυτο ένα οίδημα του μαζικού αδένου. Αυτό είναι εμφανές στην προεμμηνορρυσιακή φάση και η κατάσταση αυτή δεν μας βοηθάει να ψηλαφίσουμε κάτι που είναι = 1cm γιατί με το οίδημα που δημιουργείται αυτό συγκαλύπτεται κατά 100%. Συνεπώς η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται συγκεκριμένες μέρες δηλαδή 3-7 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου όταν είναι ελάχιστες οι μορφολογικές επιδράσεις των ορμονών. Μετά την εμμηνοπαυση η αυτοεξέταση καλό είναι να γίνεται την 1η ημέρα κάθε μήνα.

Όσο μικρότερος είναι ο όγκος που ανακαλύπτεται τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να θεραπευθεί. Μια μελέτη, έδειξε ότι, όταν η γυναίκα εξετάζει κάθε μήνα το στήθος της μπορεί να ανακαλύψει ογκίδιο μικρότερο από 2 εκατοστά και τότε η πενταετή επιβίωση είναι 85%. Όταν εξετάζει το μαστό της λιγότερο συχνά το ογκίδιο πρέπει να φθάσει τα 2 - 5 εκατοστά για να ανιχνευθεί, οπότε η πιθανότητα να ζήσει πέντε χρόνια πέφτει στο 66%. Αν δεν έχει μάθει να αυτοεξετάζεται τότε ο όγκος ανακαλύπτεται όταν φθάσει στο μέγεθος των τεσσάρων και περισσότερο εκατοστών οπότε η πενταετής επιβίωση ελαττώνεται στο 40%.

Η περιοδική κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται κάθε τρία χρόνια μεταξύ των ηλικιών 20 και 40 και μετά κάθε χρόνο σύμφωνα με την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία.

Στόχος αυτών των εξετάσεων (αυτοεξέταση, κλινική εξέταση, μαστογραφία) είναι η πρόωπη διάγνωση του καρκίνου μαστού σε στάδια αν είναι δυνατόν προδιηθητικό, που

έχει σαν αποτέλεσμα:

(I) Την ελάττωση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού κατά 30%.

(II) Καλύτερη ποιότητα ζωής για την γυναίκα. Πρώιμη διάγνωση σημαίνει μικρή επέμβαση στον μαστό και όχι μαστεκτομή.

(III) Ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους.

Στον ευρωπαϊκό κώδικα κατά του καρκίνου η τελευταία εντολή αναφέρεται στο καρκίνο του μαστού με την προτροπή προς τις γυναίκες:

ΕΞΕΤΑΖΕΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

Και αν είναι δυνατόν

ΚΑΝΕΤΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

ιδιαίτερα μετά την ηλικία

ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ

Ελπίζουμε τ' αποτελέσματα, να δικαιώσαν τις προσπάθειες που αφορούν την πρόληψη και να σταματήσει η γυναίκα να πληρώνει με τη ζωή της μη έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Τεχνική αυτοεξέτασης μαστού.

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Με την αυτοεξέταση η γυναίκα εξοικειώνεται με το μαστό της και έχει τη δυνατότητα να διαπιστώσει οποιαδήποτε μεταβολή. (Εικόνα 8.1).

Θα πρέπει όμως να τονιστούν σ' αυτήν, οι περιοχές μεγαλύτερης εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω έξω τεταρτημόριο και κάτω από τη θηλή.

A. ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ. Η εξέταση αρχίζει με τη επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη. Με το σώμα γυμνό από τη μέση και πάνω και με τα χέρια στα πλάγια του σώματος, η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα, εισολκή των θηλών, απολέπιση του δέρματος της θήκης. Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και έπειτα τα τοποθετεί στους γοφούς και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέπτη για τα ίδια φυσικά σημεία.

B. ΨΗΛΑΦΗΣΗ. Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για τη διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ενα μικρό μαξιλάρι ή μία διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξετασθεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος

και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και εξετάζεται ο μαστός με το δάκτυλο του άλλου χεριού επίπεδα σ' αυτόν. Μη πιέζετε το μαστό μεταξύ του αντίχειρα και των δακτύλων, γιατί μπορεί να δωθεί η εντύπωση ότι υπάρχουν ογκίδια που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Η τεχνική απαιτεί ευγενική ψηλάφηση του μαζικού αδένου, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό.

Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μία πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2 εκατοστά προς την θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι.

Όταν η εξέταση ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο. Τέλος ψηλαφώνται οι μασχάλες κατά τον ίδιο τρόπο, καθώς και οι υπερκλείδιοι και οι υποκλείδιοι λεμφαδένες.

Αν οι μαστοί είναι πολύ μεγάλοι, χρησιμοποιούνται δύο χέρια-ένα από κάτω για να υποστηρίξει τον μαστό καθώς το άλλο εξετάζει την επιφάνεια της κορυφής, εναλλάσσοντας για να εξεταστεί και η κάτω επιφάνεια.

Αν η γυναίκα παρατηρήσει ύπαρξη ογκιδίων, αλλαγή στην υφή του μαστού ή του δέρματος ή αν υπάρχει έκκριση από τη θηλή πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό της.

Τα περισσότερα ογκίδια του μαστού δεν είναι κάτι το σοβαρό, αλλά όλα πρέπει να ελέγχονται από το γιατρό. Μπορεί να υπάρχει κάτι που να χρειάζεται θεραπεία ή παρακολούθηση. Αν είναι ανάγκη ο γιατρός μπορεί να συστήσει εργαστηριακές εξετάσεις ή ακτινογραφίες για πιο λεπτομερειακή εξέταση. Η γυναίκα πρέπει ν' ακολουθήσει τη συμβουλή του γιατρού επειδή η έγκαιρη αναγνώριση από την ίδια μιας ανωμαλίας των μαστών και η προσεκτική έρευνα του γιατρού μπορεί να καθορίσει τον ασφαλέστερο δρόμο. Η γυναίκα πρέπει να διατηρεί αυτή τη υγιεινή συνήθεια ακόμα και κατά την περίοδο της κνήσεως και μετά την εμμηνόπαυση.

B. ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΥΠΟΠΤΩΝ ΒΛΑΒΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Εξίσου σημαντική με το screening είναι και η δημιουργία Κέντρων Μαστού, στα οποία θα καταλήγουν προς περαιτέρω διερεύνηση, διαγνώση και θεραπεία γυναίκες οι οποίες βρέθηκε κατά τον μαζικό έλεγχο ότι φέρουν ύποπτες βλάβες. Τα κέντρα μαστού θα πρέπει να είναι πλήρως εξοπλισμένα όπως προαναφέρθηκε και στελεχωμένα με εξειδικευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό για να ολοκληρώνεται το έργο που αρχίζει στις μονάδες Μ.Ε. μαστού χωρίς τα κέντρα μαστού, το οποιοδήποτε όφελος του

Μ.Ε. ελαττώνεται σημαντικά. Η εφαρμογή της μαστογραφίας και ο Μ.Ε. δεν έχουν κάνει ευκολότερη την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, αφού πολλές από τις βλάβες αυτές είναι αφηλάφητες και απαιτείται σημαντική εμπειρία από το ιατρικό προσωπικό που θα ασχοληθεί με αυτές για να αξιοποιηθεί η προσπάθεια που γίνεται με το Μ.Ε..

Έχει υπολογισθεί ότι ο αριθμός των γυναικών που από το Μ.Ε. αποκαλύπτεται ότι φέρει ύποπτες βλάβες που χρήζουν περαιτέρω διερευνήσεως, ανέρχεται σε 8 - 10% του αριθμού των γυναικών που ελέγχονται για πρώτη φορά και σε 5% όσων επαναελέγχονται, ενώ ποσοστό 1.5% των πρώτων και 1% της ομάδας επανελέγχου έχουν ανάγκη ανοικτής βιοψίας για να διαγνωστεί τελικά καρκίνος σε ποσοστό 0.6%. Αν υπολογίζουμε σε 5% τις ύποπτες βλάβες και σε 1% αυτές που χρειασθούν βιοψία ετησίως, συμπαιρένουμε ότι από το υλικό των 12.000 γυναικών που ελέγχονται ετησίως από μία μονάδα Μ.Ε. θα έχουμε 600 γυναίκες (5%) προς περαιτέρω έλεγχο και 120 (1%) θα χρειασθούν βιοψίες για να αποκαλυφθούν εν τέλει 72 περιπτώσεις (0.6%) καρκίνου μαστού.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα πιο πάνω αριθμητικά δεδομένα προέρχονται από έρευνες βορείων χωρών (Αγγλία, Σουηδία) στις οποίες η συχνότητα καρκίνου μαστού είναι υψηλότερη από εκείνη των Ελληνίδων και πιθανώς 2πλάσια.

Αν υπολογισθεί ότι μία χειρουργική ομάδα (1 Διευθυντής, 1 Επιμελητής, 2 Ειδικευόμενοι) μπορεί να εκτελεί ημερησίως 2-3 μαστεκτομές (ή ογκεκτομή με καθαρισμό μασχάλης) και 5-6 βιοψίες ψηλαφητών ή αφηλάφητων βλαβών, φαίνεται ότι μπορεί να εξυπηρετεί τις ασθενείς που προέρχονται από μία μονάδα Μ.Ε. και μπορεί να διεκπεραιώνει το εγχειρητικό έργο σε 5 εβδομάδες περίπου (120 : 5 βιοψίες / ημέρα και 72 : 3 μαστεκτομές / ημέρα) και επομένως μπορεί να καλύπτει στο έτος, με 45 εργάσιμες εβδομάδες το υλικό από 9 μονάδες Μ.Ε., προς τις οποίες τα κέντρα μαστού, προκύπτει ότι πρέπει να έχουν σχέση 9:1 (μονάδες Μ.Ε. : Κέντρα Μαστού).

Αν και όλοι οι προηγούμενοι υπολογισμοί είναι πράγματι κατά προσέγγιση, αποτελούν μία πολύ καλή βάση για κάποιες οικονομικές εκτιμήσεις και προγραμματισμό από πλευράς Υπουργείου Υγείας.

Τα χρηματικά ποσοστά που δαπανώνται για την υλοποίηση αυτών των προγραμμάτων είναι σχετικό υψηλό και ακούγεται κατά καιρούς η άποψη ότι ο αριθμός των γυναικών που σώζονται με τα προγράμματα περιοδικού ελέγχου δεν δικαιολογούν την επένδυση που γίνεται σε χρήμα.

Μπορεί κανείς να θέσει τιμή για την ΖΩΗ; Βεβαίως ΟΧΙ. Τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου μπορεί να μην είναι η τέλεια λύση αλλά είναι ότι καλύτερο διαθέτουμε σήμερα και προσφέρουν τη μοναδική ευκαιρία για να σωθούν χιλιάδες γυναίκες.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Επιτροπή ειδικών ογκολόγων

«Εάν τηρηθούν οι δέκα ευρωπαϊκές εντολές, θα μειωθεί σημαντικά ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα. Η μείωση αυτή θα μπορούσε μάλιστα να φθάσει το 15 % στον ορίζοντα του έτους 2000.»

ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΛΗΦΘΟΥΝ:

1. **Μην καπνίζετε.** Καπνιστές, σταματήστε το γρηγορότερο δυνατό το κάπνισμα και μην καπνίζετε όταν είστε μαζί με άλλους.
2. **Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών.**
3. **Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.**
4. **Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας,** ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας κατά την παραγωγή, διακίνηση ή χρήση οποιουδήποτε υλικού που είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκίνο.

Ακολουθώντας τις δύο επόμενες οδηγίες θα ωφελησετε την υγεία σας και ταυτόχρονα θα περιορίσετε τις πιθανότητες να προσβληθείτε από καρκίνο.

5. **Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.**
6. **Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.**

ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΕΙΝΑΙ ΙΑΣΙΜΕΣ ΑΝ ΕΝΤΟΠΙΣΤΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ.

7. **Επισκεφτείτε το γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και στο χρώμα σε ελιά του δέρματος.**
8. **Επισκεφτείτε το γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα,** όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για τις γυναίκες

9. **Κάνετε περιοδικά το τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.**
10. **Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας και, αν είναι δυνατόν, κάνετε περιοδικά μαστογραφία ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.**



Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία μας αυτή άρχισε τον Ιούλιο του 1993 και περατώθηκε τον Ιανουάριο του 1994. Σ' αυτό το διάστημα συμπληρώσαμε 325 ερωτηματολόγια.

Τα ερωτηματολόγια αυτά απευθύνθηκαν σε ένα τυχαίο δείγμα πλυθησμού των νομών Αχαΐας και Ηλείας. Σκοπός μας ήταν να διερευνήσουμε το ποσοστό των γυναικών που ήξεραν για την αυτοεξέταση του μαστού και την εφάρμοζαν καθώς και το ποσοστό αυτών που προσέρχονταν για προληπτικό έλεγχο (ιατρική εξέταση, μαστογραφία). Επιπλέον στο τυχαίο μας δείγμα ένα ποσοστό γυναικών έπασχε από κάποια ασθένεια στους μαστούς. Βάσει των ερωτηματολογίων θελήσαμε να κάνουμε μια συσχέτιση της νόσου και των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.

Πρέπει να τονίσουμε ότι τηρήθηκε η ανωνυμία των ερωτηθέντων γυναικών ώστε να απαντήσουν με ειλικρίνεια και χωρίς κανένα ενδοιασμό στις ερωτήσεις μας.

Αρχικά, συσχέτισαμε την ηλικία, το επάγγελμα τις γραμματικές γνώσεις και την οικογενειακή κατάσταση με την νόσο. Στην μελέτη μας θελήσαμε να ανιχνεύσουμε κατά πόσο η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Είδαμε κατά πόσο η αυτοεξέταση συντέλεσε στο να ανακαλύψουν κάποιο πρόβλημα στο μαστο. Εντοπίσαμε σε ποιο χρονικό διάστημα που ανακάλυψαν κάτι, επισκέφθηκαν τον γιατρό. Περιέχονταν ερωτήσεις που αφορούσαν την διάρκεια περιόδου και την συχνότητα του κύκλου της στην ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Άλλες ερωτήσεις αναφέρονταν στην ηλικία της πρώτης εγκυμοσηνης, στον αριθμό των αποβολών και εκτρώσεων, στον θηλασμό ή όχι των παιδιών και στην εμφάνιση ή όχι στειρότητας.

Η διατροφικές συνήθειες (ζωικό και φυτικό λίπος και οίνοπνευματώδη) και το κάπνισμα αποτελούσαν στοιχεία εξέτασης στην ερευνά μας σχετικά με την νόσο. Στο ερωτηματολόγιο μας εμπεριέχεται η ερώτηση σχετικά με την χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων θέλωντας να μάθουμε σε ποιο σημείο ο ρόλος τους είναι επιβαρυντικός ή όχι.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου, η ύπαρξη του παρόντος προβλήματος και οι διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόστηκαν ήταν αυτά που ερευνήσαμε.

Τα αποτελέσματα της ερευνας μας προέκυψαν από ένα πρόγραμμα επεξεργασίας της γλώσσας C. Η παράθεση των πινάκων διευκολύνει την αναλυτική απεικόνιση των στοιχείων της ερευνας μας ενώ η ύπαρξη γραφικών παραστάσεων καθιστούν τα αποτελέσματα των πινάκων περισσότερο εμφανή.

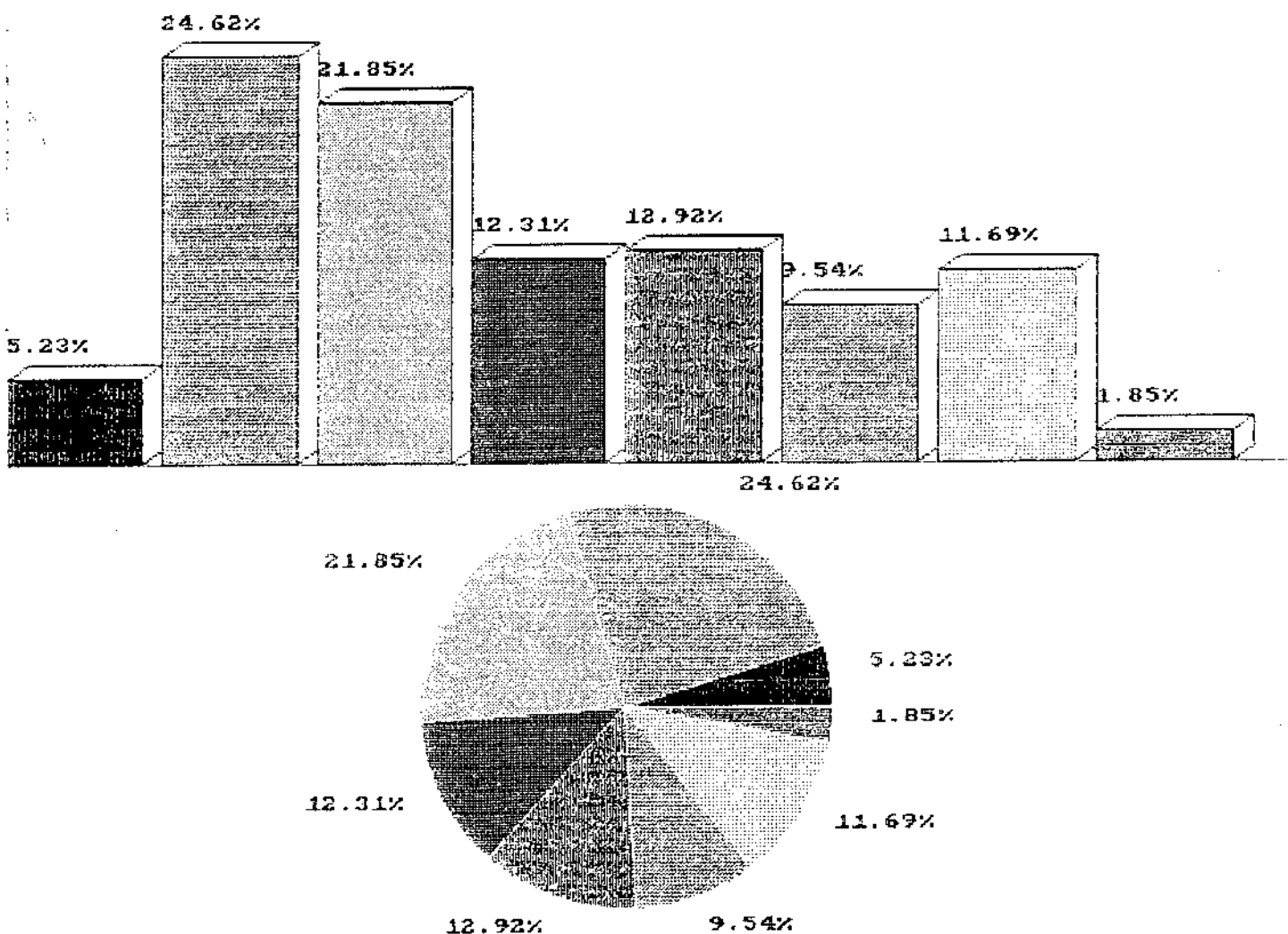
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1 : Ηλικιακή κατανομή του δείγματος

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
15-20	17	5.23
20-25	80	24.62
25-30	71	21.85
30-35	40	12.31
35-40	42	12.92
40-45	31	9.54
Πάνω από 45	38	11.69
Δεν απάντησαν	6	1.85

Από το τυχαίο πλυθησιακό δείγμα που εξετάσαμε βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ήταν άτομα ηλικίας 20-25 ετών. Επίσης μεγάλο ποσοστό γυναικών ανηκε στη πενταετία 25-30. Οι υπόλοιπες ηλικίες ακολουθούν φθίνουσα πορεία

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

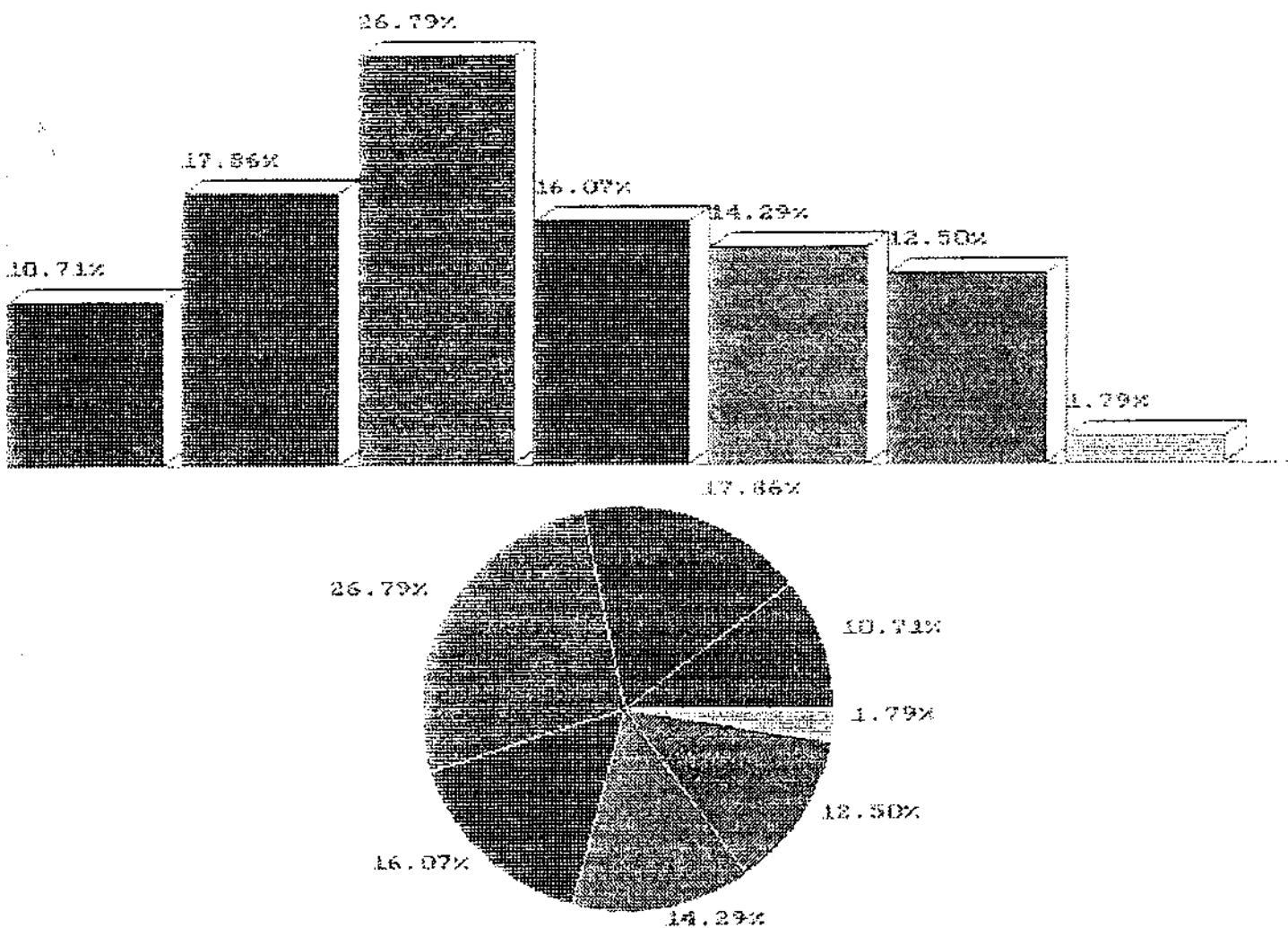


Πίνακας 2 : Κατανομή 325 γυναικών ανάλογα με την εμφάνιση συμπτωμάτων ανά ηλικία

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	39	50.65
ΟΧΙ	24	31.17
Δεν απάντησαν	14	18.18

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 2, οι ηλικίες 30-35 παρουσίασαν σε μεγαλύτερη συχνότητα κάποιο σύμπτωμα στους μαστούς, με δεύτερες σε συχνότητα 25-30 και 35-40.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

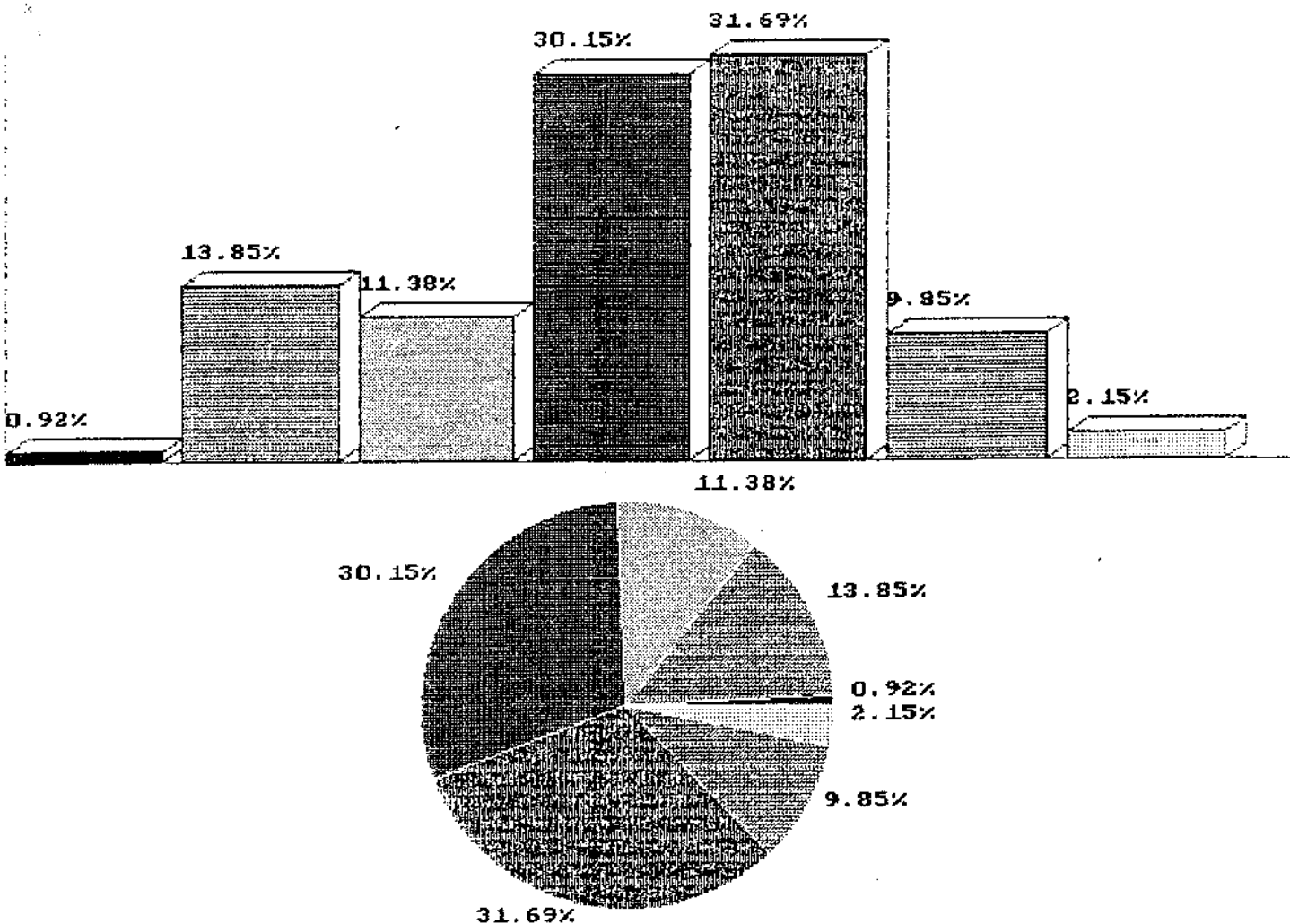


Πίνακας 3 : Μορφωτικό επίπεδο του δείγματος

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
20-25	2	4.76
25-30	8	19.05
30-35	5	11.90
35-40	9	21.43
40-45	9	21.43
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 45	8	19.05
Δεν απάντησαν	1	2.38

Από τον πίνακα προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γυναικών, έχουν ανώτερη εκπαίδευση. Σε ίδιο περίπου ποσοστό είναι και οι απόφοιτες Λυκείου. Σε μικρότερα ποσοστά βρίσκονται οι απόφοιτες Γυμνασίου και Δημοτικού. Τέλος μικρότερο ποσοστό είχε Ανώτατη εκπαίδευση

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

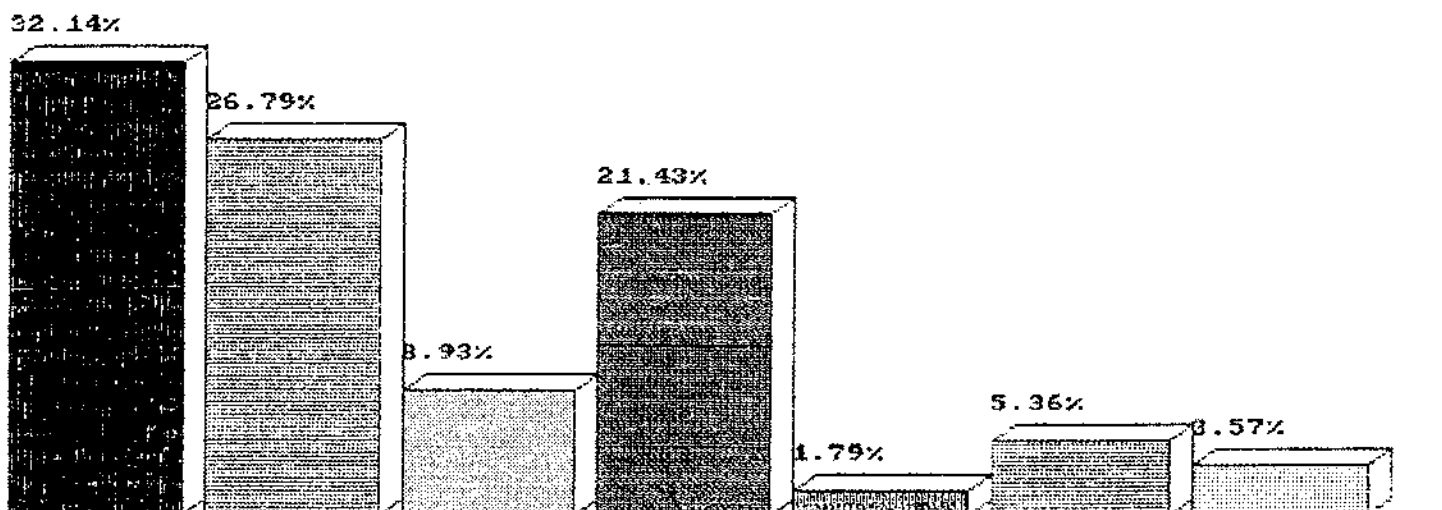


Πίνακας 4 : Κατανομή του δείγματος των γυναικών που πάσχουν σε σχέση με το επάγγελμα τους.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	42	12.92
ΥΠΕΡΥΘΡΗ ΘΕΡΜΟΓΡ.	1	0.31
ΚΥΤΤΑΡΟΛ. ΕΞΕΤ.	9	2.77
ΒΙΟΨΙΑ	2	0.62
ΕΓΧΕΙΡ. ΣΤΟΥΣ ΜΑΣΤ.	2	0.62
ΔΕΝ ΕΚΑΝΑ	170	52.31
ΜΑΣΤ. & ΚΥΤΤΑΡ. ΕΞ.	6	1.85
ΜΑΣΤ. & ΒΙΟΨ.	6	1.85
ΜΑΣΤ. & ΕΓΧΕΙΡ.	4	1.23
ΚΥΤΤ. ΕΞ. & ΕΓΧΕΙΡ.	1	0.31
ΒΙΟΨ. & ΕΓΧΕΙΡ.	1	0.31
ΜΑΣΤ. ΚΥΤΤ. ΕΞ. ΕΓΧ.	1	0.31
ΜΑΣΤ. ΒΙΟΨ. ΕΓΧΕΙΡ.	1	0.31
ΜΑΣΤ. ΚΥΤ. ΒΙΟΨ. ΕΓ.	1	0.31
Δεν απάντησαν	78	24.00

Από τις γυναίκες που εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα τα μεγαλύτερα ποσοστά άνηκαν στις γυναίκες που ασχολούνταν με οικιακά, στις δημόσιες υπαλλήλους και σε όσους ασκούσαν ελεύθερο επάγγελμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

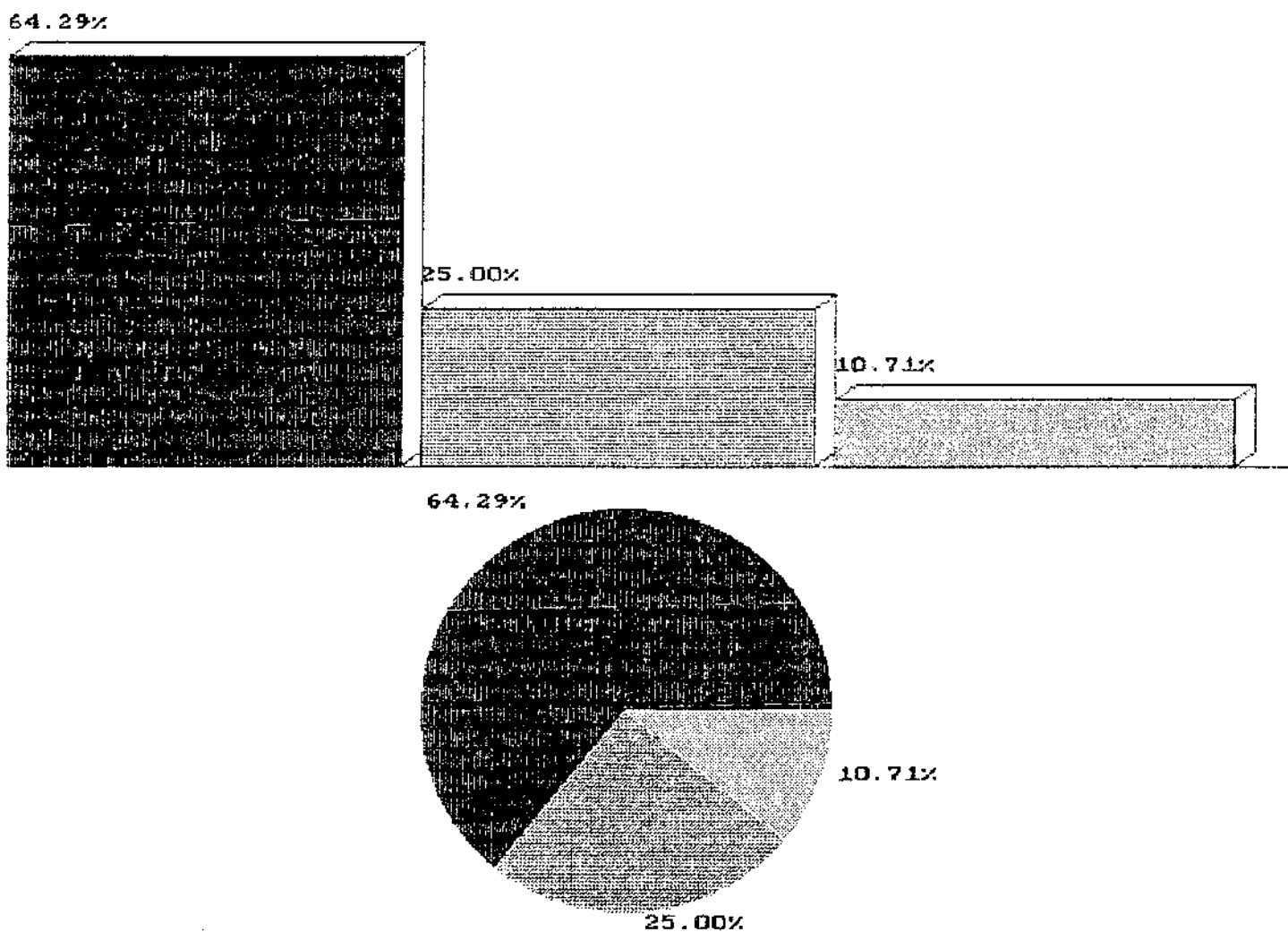


Πίνακας 5 : Συσχέτιση του δείγματος που εμφάνισε συμπτώσεις και της οικογενειακής του κατάστασης

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΕΓΓΑΜΟΣ	36	64.29
ΑΓΑΜΟΣ	14	25.00
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	6	10.71

Από τον πίνακα μας, προκύπτει, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που παρουσίασαν κάποιο σύμπτωμα ήταν έγγαμο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

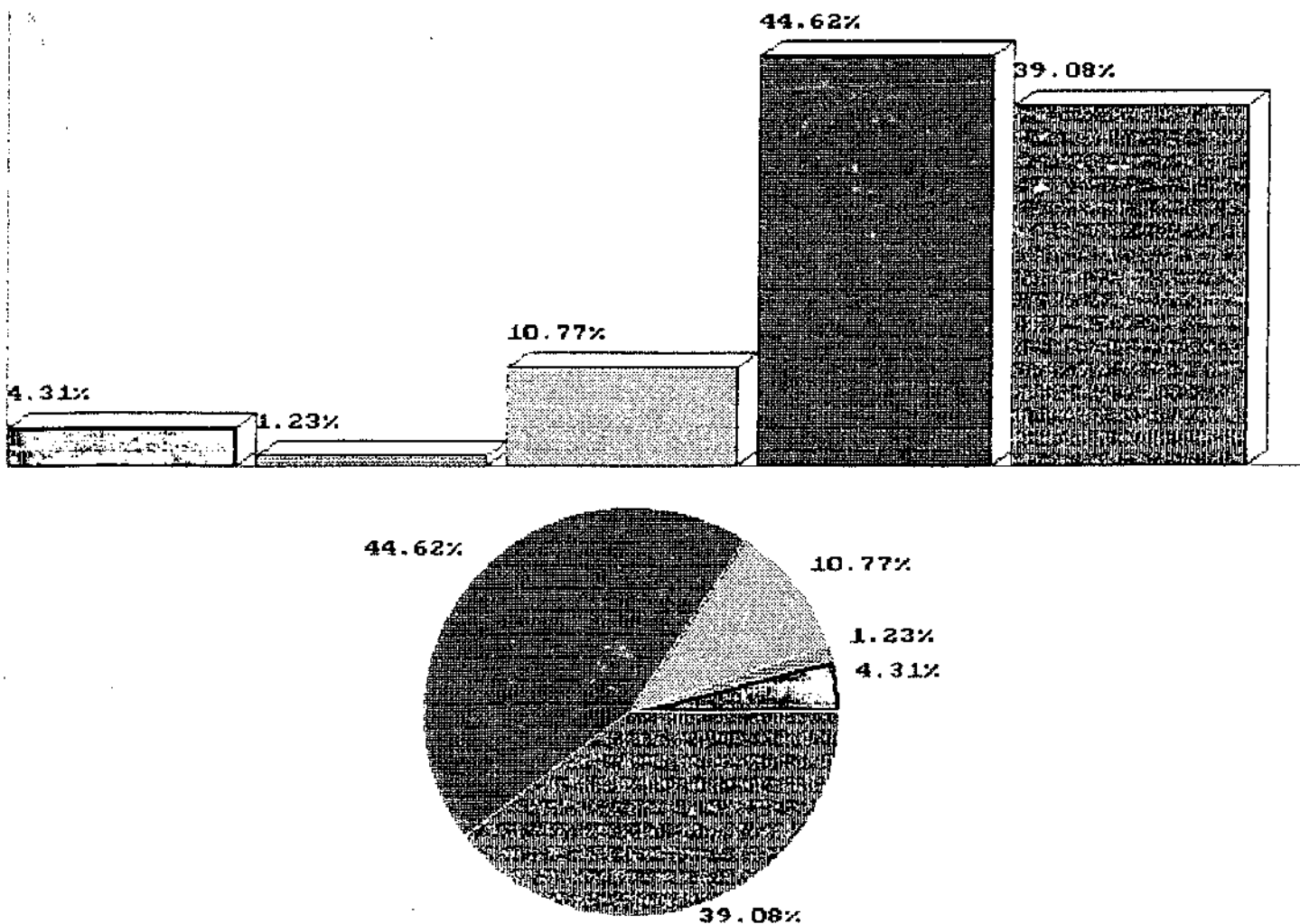


Πίνακας 6 : Συγγενείς του δείγματος που έπασχαν από καρκίνο μαστού.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΜΗΤΕΡΑ	14	4.31
ΑΔΕΛΦΗ	4	1.23
ΘΕΙΑ	35	10.77
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	145	44.62
Δεν απάντησαν	127	39.08

Από τους συγγενείς που έπασχαν από καρκίνο μαστού το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ερωτηθέντων γυναικών. Σ'ένα μικρότερο ποσοστό ο καρκίνος εμφανίστηκε στις μητέρες του τυχαίου δείγματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

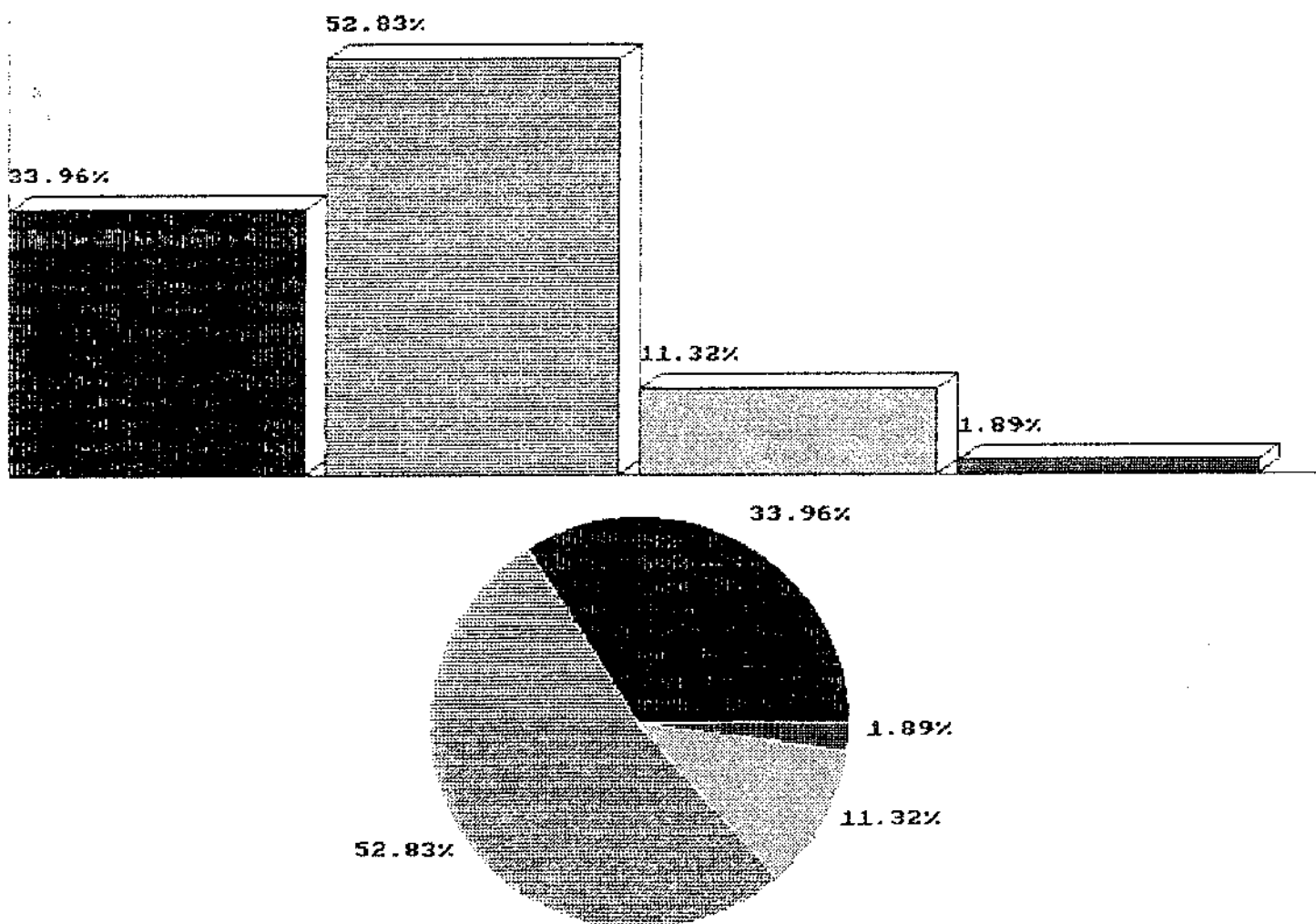


Πίνακας 7 : Ηλικία που παρουσιάστηκε ο καρκίνος μαστού στους παραπάνω συγγενείς

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΣΤΗ ΓΟΝΙΜΗ ΗΛΙΚΙΑ	18	33.96
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ	28	52.83
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	6	11.32
Δεν απάντησαν	1	1.89

Από τους συγγενείς που έπασχαν από καρκίνο μαστού, στο μεγαλύτερο ποσοστό ο καρκίνος εμφανίστηκε μετά από εμμηνόπαυση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

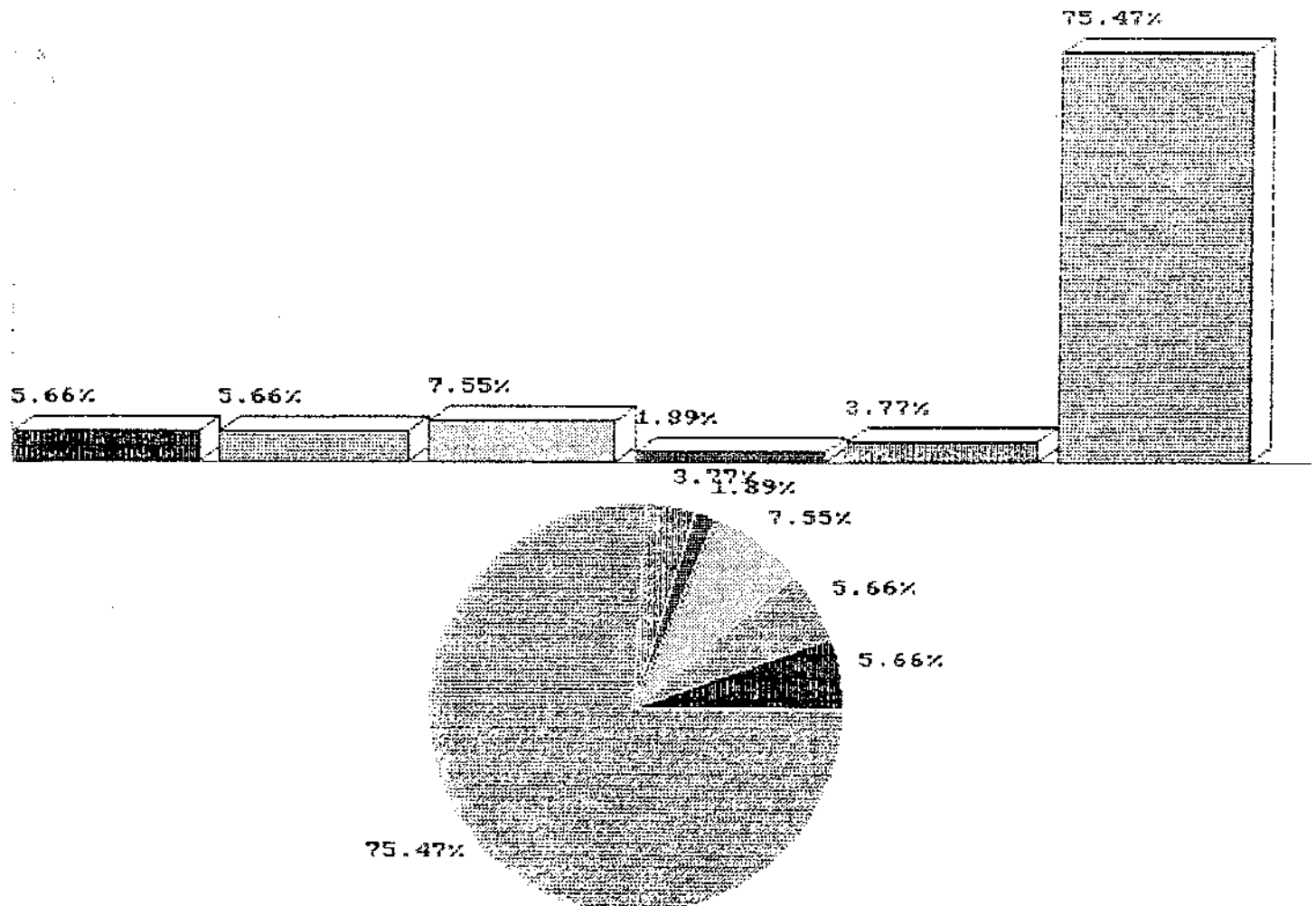


Πίνακας 8 : Συσχέτιση προβλήματος και συγγενών με Ca μαστού.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΙΝΟΚ. ΜΑΣΤΟΠ.	3	5.66
ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ	3	5.66
ΙΝΠΙΔΕΝΩΜΑ	4	7.55
ΤΡΑΥΜΑΤΑ	1	1.89
ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ	2	3.77
Δεν απάντησαν	40	75.47

Από τις γυναίκες που είχαν στο κληρονομικό τους συγγενή με καρκίνο μαστού, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισε ινοαδένωμα και σε ίδια ποσοστά ινοκυστική μαστοπάθεια και μαστίτιδα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

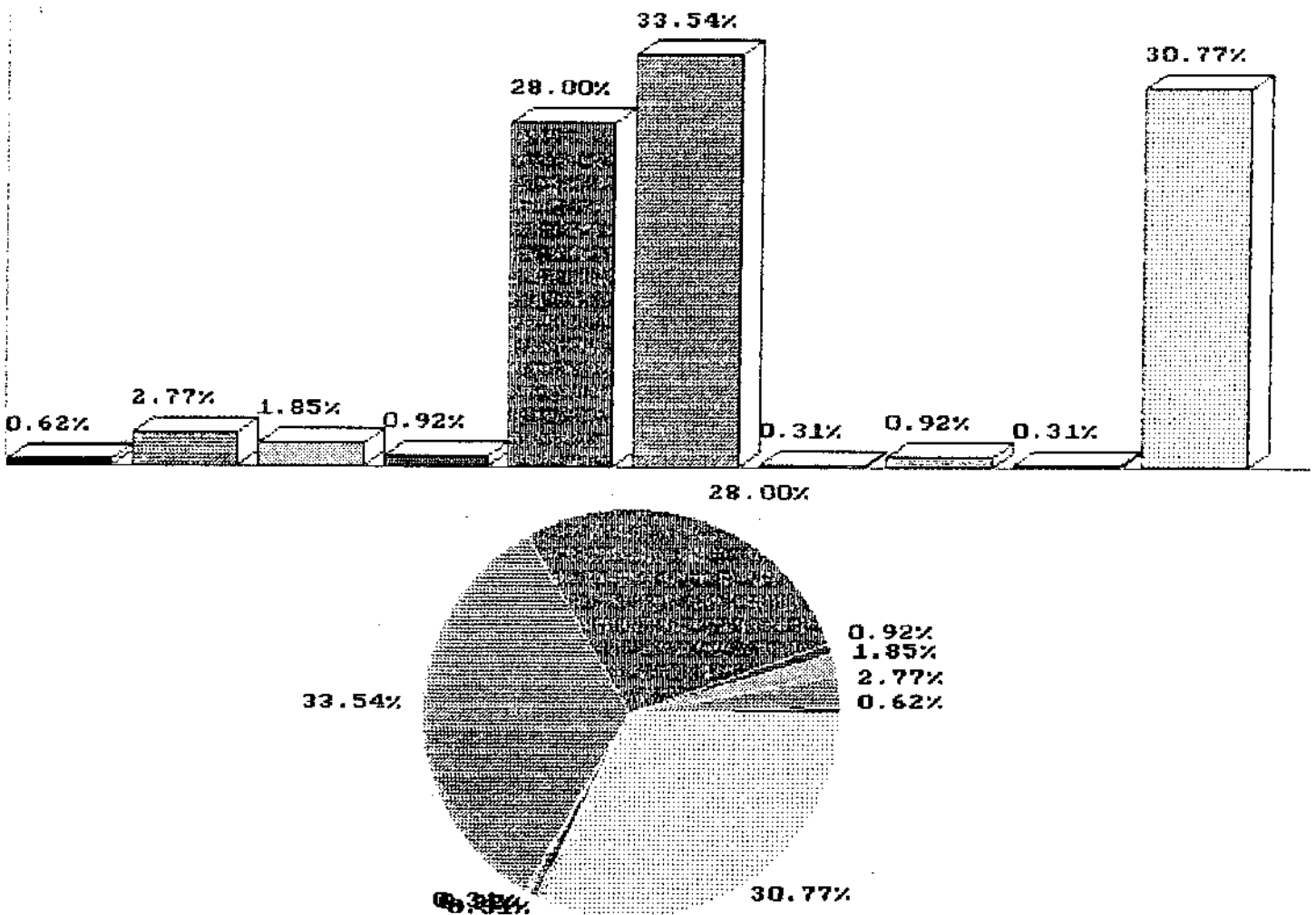


Πίνακας 9 : Συγγενείς του δείγματος που έπασχαν απο άλλα είδη καρκίνου.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΩΟΘΗΚΗΣ	2	0.62
ΜΗΤΡΑΣ	9	2.77
ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΜΗΤΡΑΣ	6	1.85
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ	3	0.92
ΑΛΛΟ ΚΑΡΚΙΝΟ	91	28.0
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	109	33.54
ΩΟΘΗΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΑΣ	1	0.31
ΜΗΤΡΑΣ & ΑΛΛΟ Κ.	3	0.92
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ & ΑΛΛΟ Κ.	1	0.91
Δεν απάντησαν	100	30.77

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι ένα μικρό ποσοστό των συγγενών έπασχε από καρκίνο τραχήλου μήτρας , ενώ ένα μεγάλο ποσοστό από άλλο καρκίνο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9

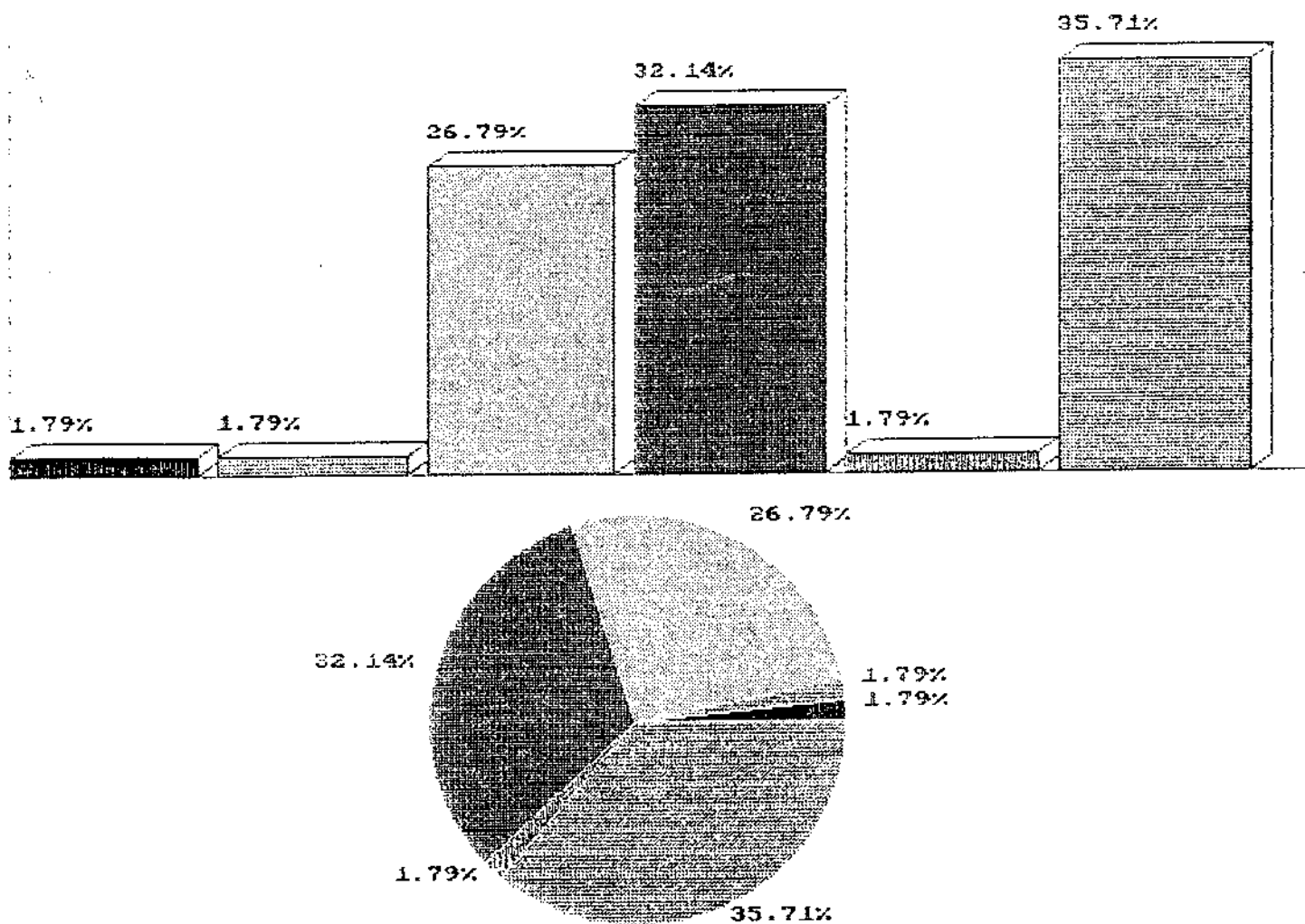


Πίνακας 10 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και συγγενών που αν από άλλα είδη καρκίνου

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΑΡΚ. ΜΗΤΡΑΣ	1	1.79
ΚΑΡΚ. ΘΥΡ. ΑΔΕΝΑ	1	1.79
ΑΛΛΟ ΚΑΡΚΙΝΟ	15	26.79
ΔΕΝ ΞΕΡΟΥΝ	18	32.14
ΜΗΤΡΑΣ & ΑΛΛΟ ΚΑΡΚ.	1	1.79
Δεν απάντησαν	20	35.71

Από τον πίνακα 10 προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό από τις γυναίκες που εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα, είχαν συγγενείς που εμφάνισαν κάποιο είδος καρκίνου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

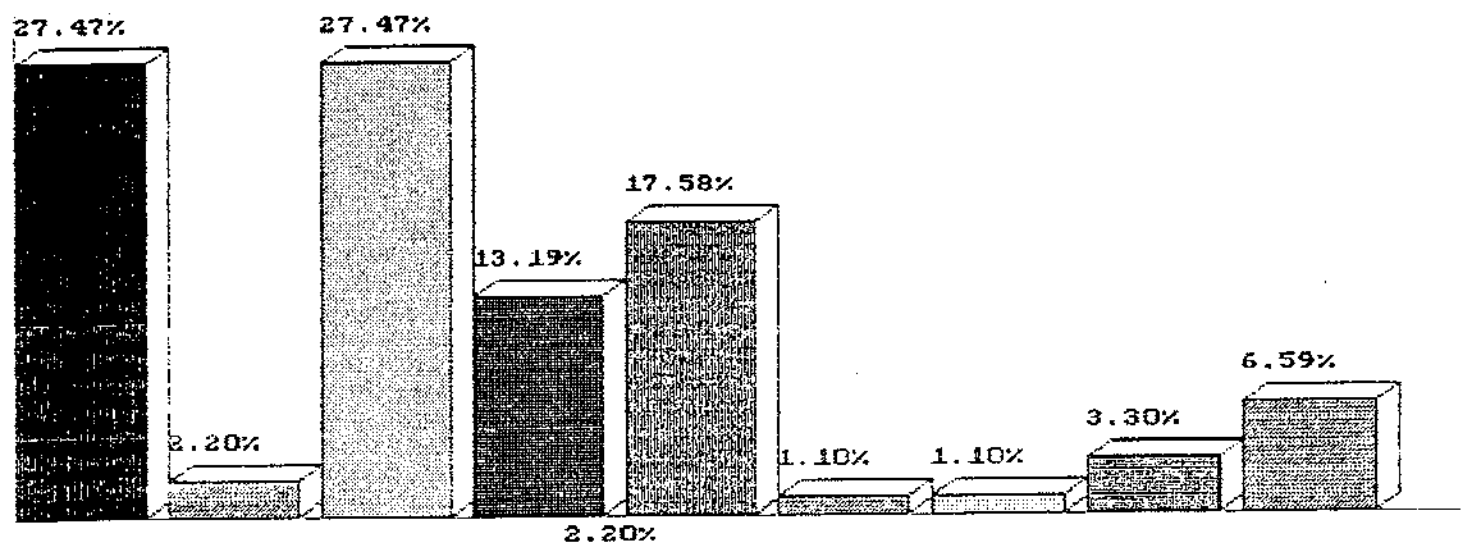


Πίνακας 11 : Κατανομή του δείγματος σε σχέση με το βαθμο συγγένειας των ατόμων που έπασχαν από άλλα είδη καρκίνων.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΑΤΕΡΑΣ	25	27.47
ΜΗΤΕΡΑ	2	2.20
ΠΑΠΠΟΥΣ	25	27.47
ΓΙΑΓΙΑ	12	13.19
ΘΕΙΟΣ	16	17.58
ΠΑΤΕΡΑΣ & ΓΙΑΓΙΑ	1	1.10
ΠΑΤΕΡΑΣ & ΘΕΙΟΣ	1	1.10
ΠΑΠΠΟΥΣ & ΓΙΑΓΙΑ	3	3.30
Δεν απάντησαν	6	6.59

Από τους συγγενείς που έπασχαν από κάποιο άλλο είδος καρκίνου το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν πατέρας του τυχαίου δείγματος. Σε ίδιο ποσοστό ο καρκίνος εμφανίστηκε στους παππούδες του δείγματος και σε μικρότερο ποσοστό στους θείους και στις γιαγιάδες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11

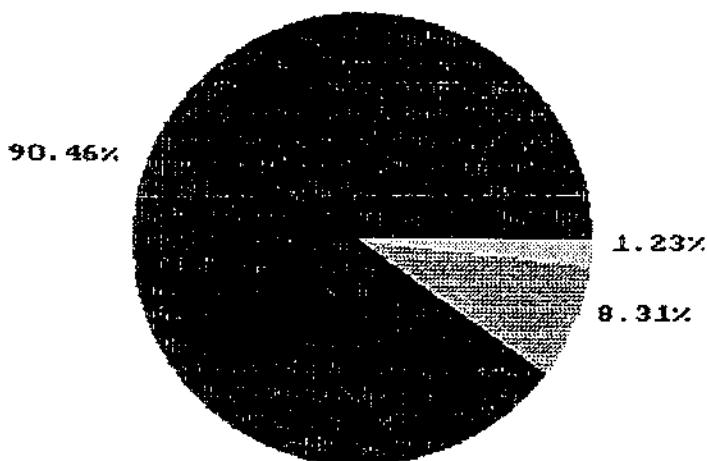
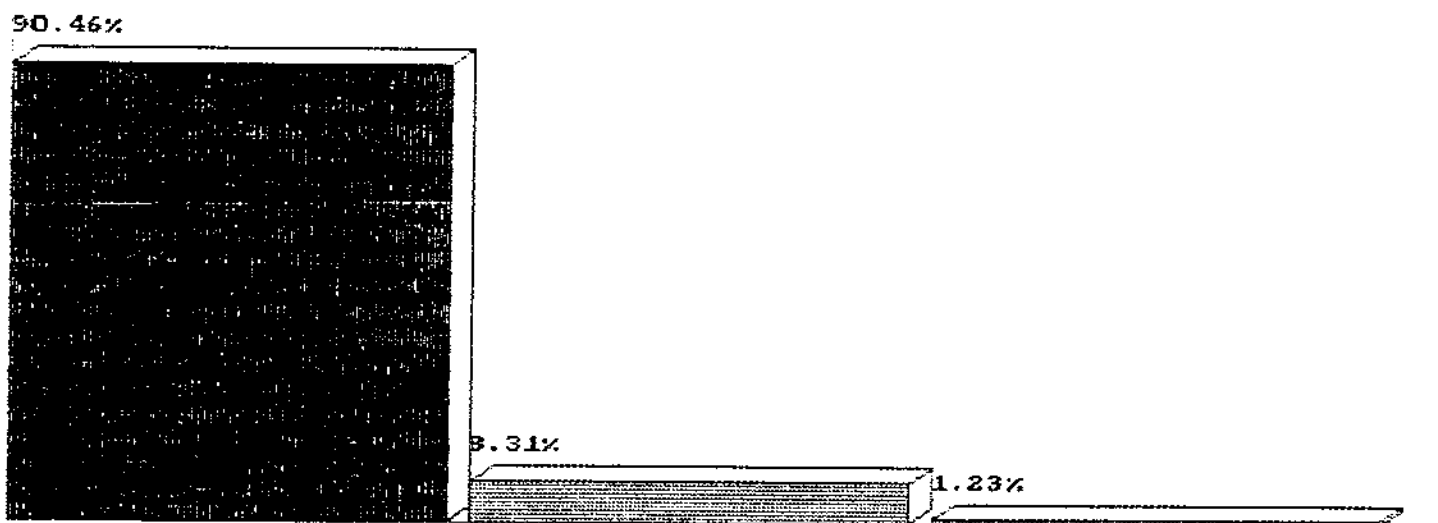


Πίνακας 12 : Κατανομή ανάλογα με τη γνώση του δείγματος όσον αφορά αυτοεξέταση του μαστού

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	294	90.46
ΟΧΙ	27	8.31
Δεν απάντησαν	4	1.23

Από τον πίνακα μας συμπαιρόνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό γνωρίζει για την αυτοεξέταση ένα μεγάλο ποσοστό αυτοεξετάζεται.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12

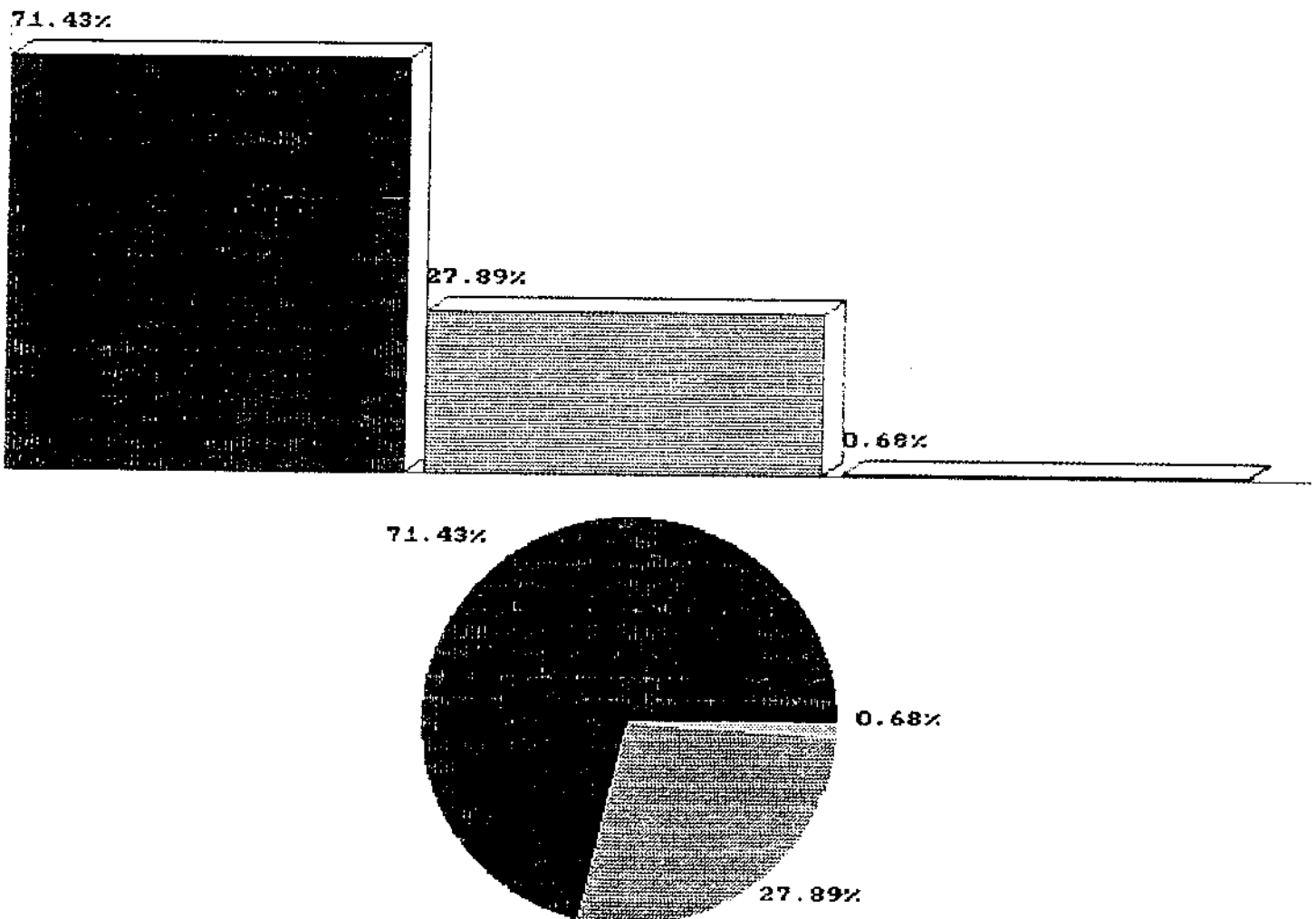


Πίνακας 13 : Κατανομή ανάλογα με το αν αυτοεξετάζεται.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ	210	71.43
ΔΕΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ	82	27.89
Δεν απάντησαν	2	0.68

Από το σύνολο των γυναικών που γνωρίζει για την αυτοεξέταση ένα μεγάλο ποσοστό αυτοεξετάζεται.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

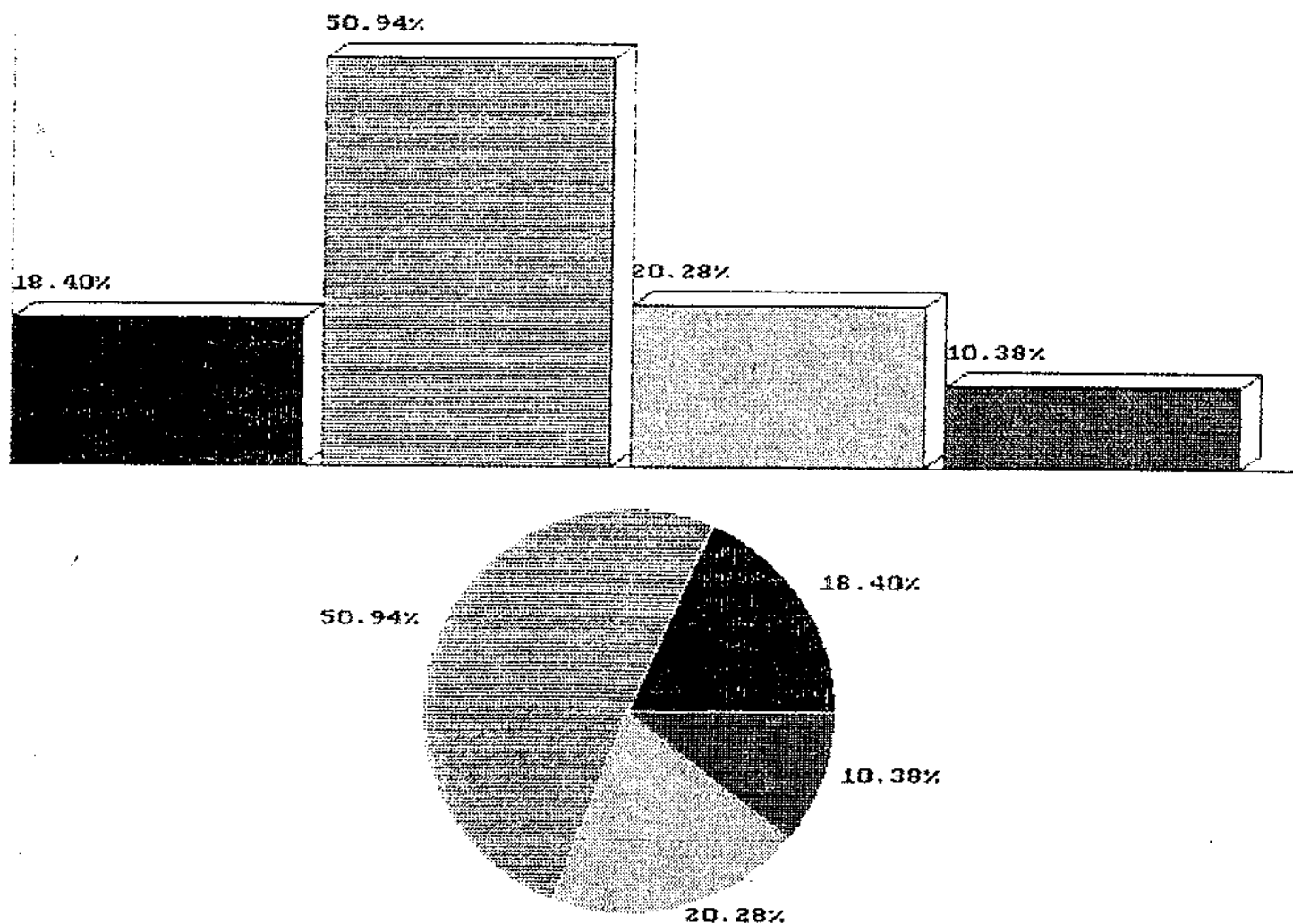


Πίνακας 14 : Χρονική περίοδος κατά την οποία το δείγμα αυτοεξετάζεται.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ	39	18.40
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ	108	50.94
ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ	43	20.28
Δεν απάντησαν	22	10.38

Από τις 212 γυναίκες που αυτοεξετάζονται ένα μεγάλο ποσοστό εφαρμόζει την τεχνική της αυτοεξέτασης μετά την περίοδο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14

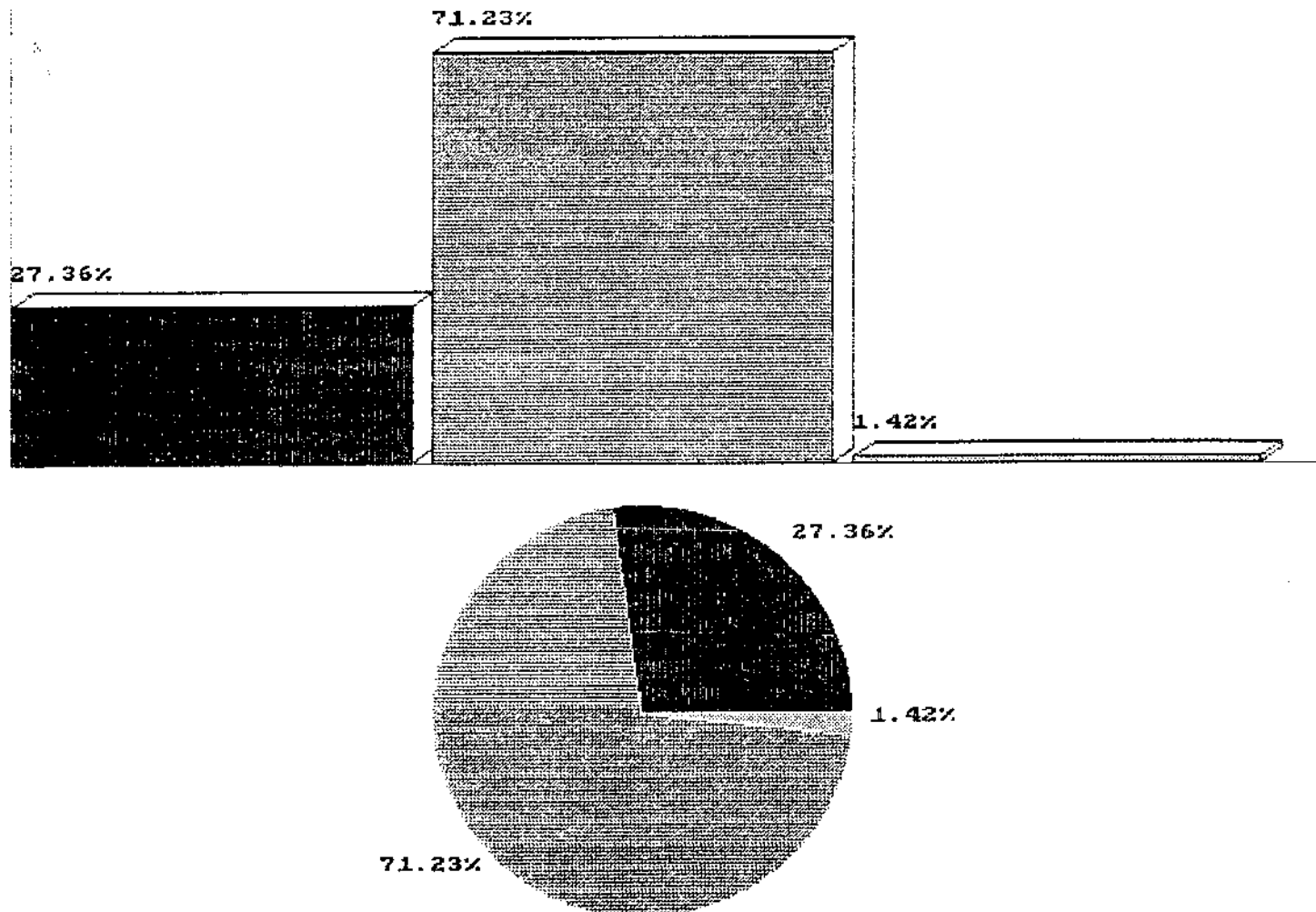


Πίνακας 15 : Συχνότητα αυτοεξέτασης

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ	58	27.36
ΟΧΙ ΣΕ ΤΑΚΤΑ ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΑ	151	71.23
Δεν απάντησαν	3	1.42

Από τις 212 γυναίκες που αυτοεξετάζονται μόνο ένα μικρο σχετικά ποσοστό αυτοεξετάζεται κάθε μήνα. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοεξετάζεται σε άτακτα χρονικά διαστήματα

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15

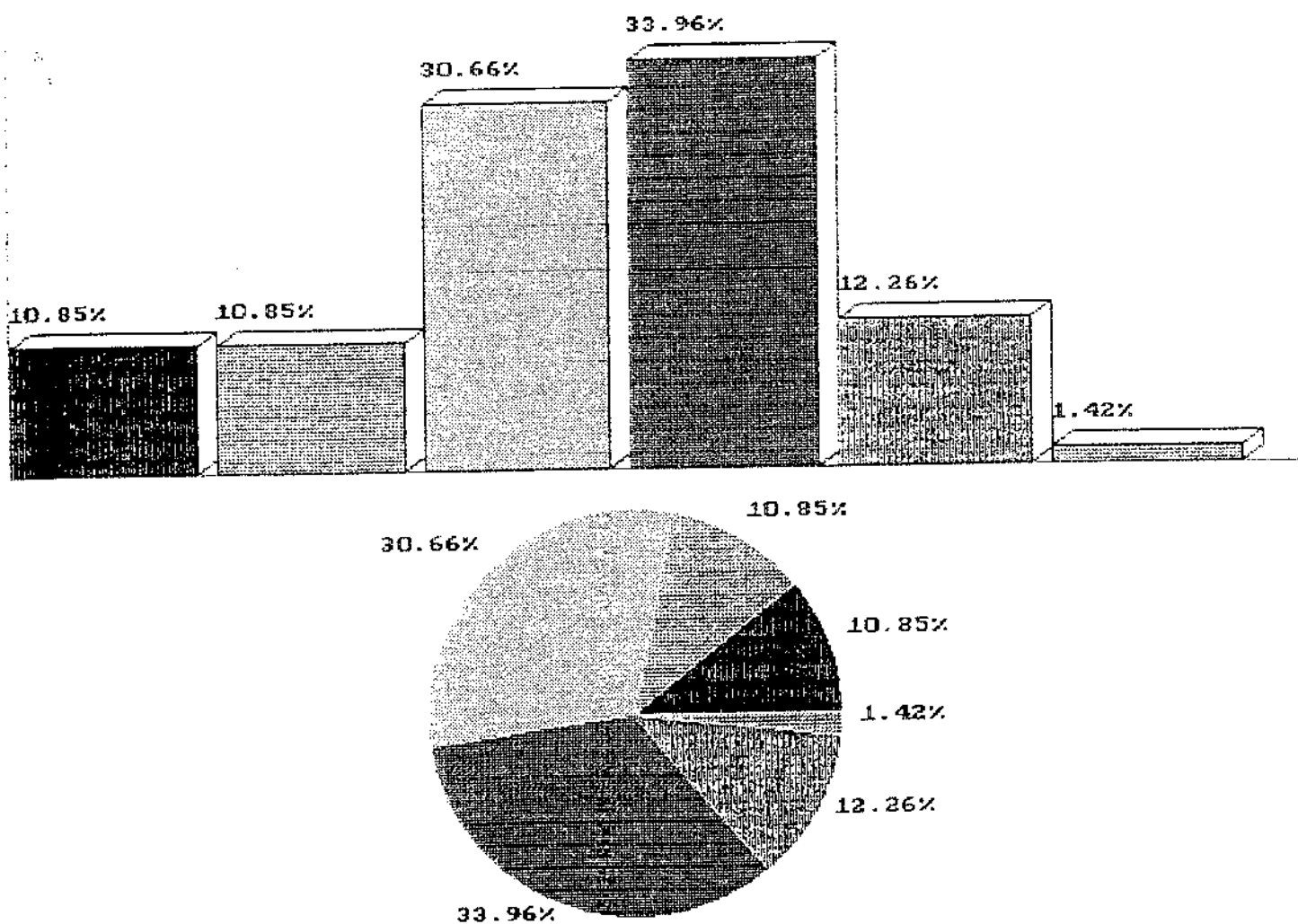


Πίνακας 16 : Συσχέτιση του δείγματος που αυτοεξετάζεται με τις γραμματικές του γνώσεις

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	23	10.85
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	23	10.85
ΛΥΚΕΙΟ	65	30.66
ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠ.	72	33.96
ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠ.	26	12.26
Δεν απάντησαν	3	1.42

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που αυτοεξετάζεται έχει ανώτερη εκπαίδευση. Στο ίδιο περίπου ποσοστό ανήκουν και οι απόφοιτοι Λυκείου. Μικρότερα ποσοστά εμφανίζουν οι υπόλοιπες κατηγορίες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16

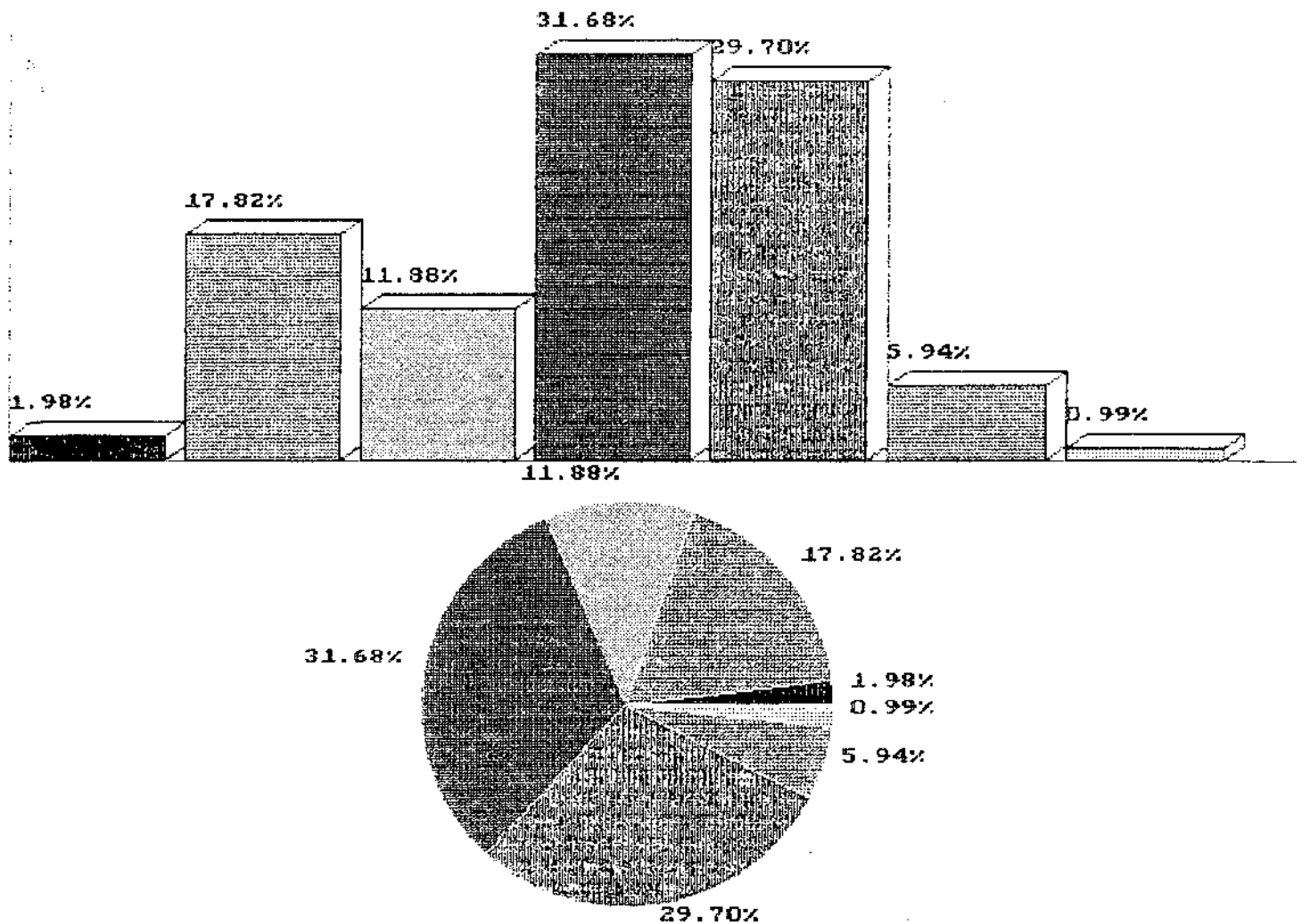


Πίνακας 17 : Συσχέτιση του δείγματος που δεν αυτοεξετάζεται με τις γραμματικές του γνώσεις

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΓΡΑΜΜΑΤΕΣ	2	1.98
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	18	17.82
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	12	11.88
ΛΥΚΕΙΟ	32	31.68
ΑΝΩΤΕΡΗ ΕΚΠ.	30	29.70
ΑΝΩΤΑΤΗ ΕΚΠ.	6	5.94
Δεν απάντησαν	1	0.99

Από το σύνολο των 101 γυναικών που δεν αυτοεξετάζονται το μεγαλύτερο ποσοστό είναι απόφοιτοι Λυκείου. Σε λίγο μεγαλύτερα ποσοστά οι γυναίκες που τυγχάνουν ανώτερης εκπαίδευσης. Ακολουθούν οι απόφοιτες Λυκείου και Γυμνασίου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17

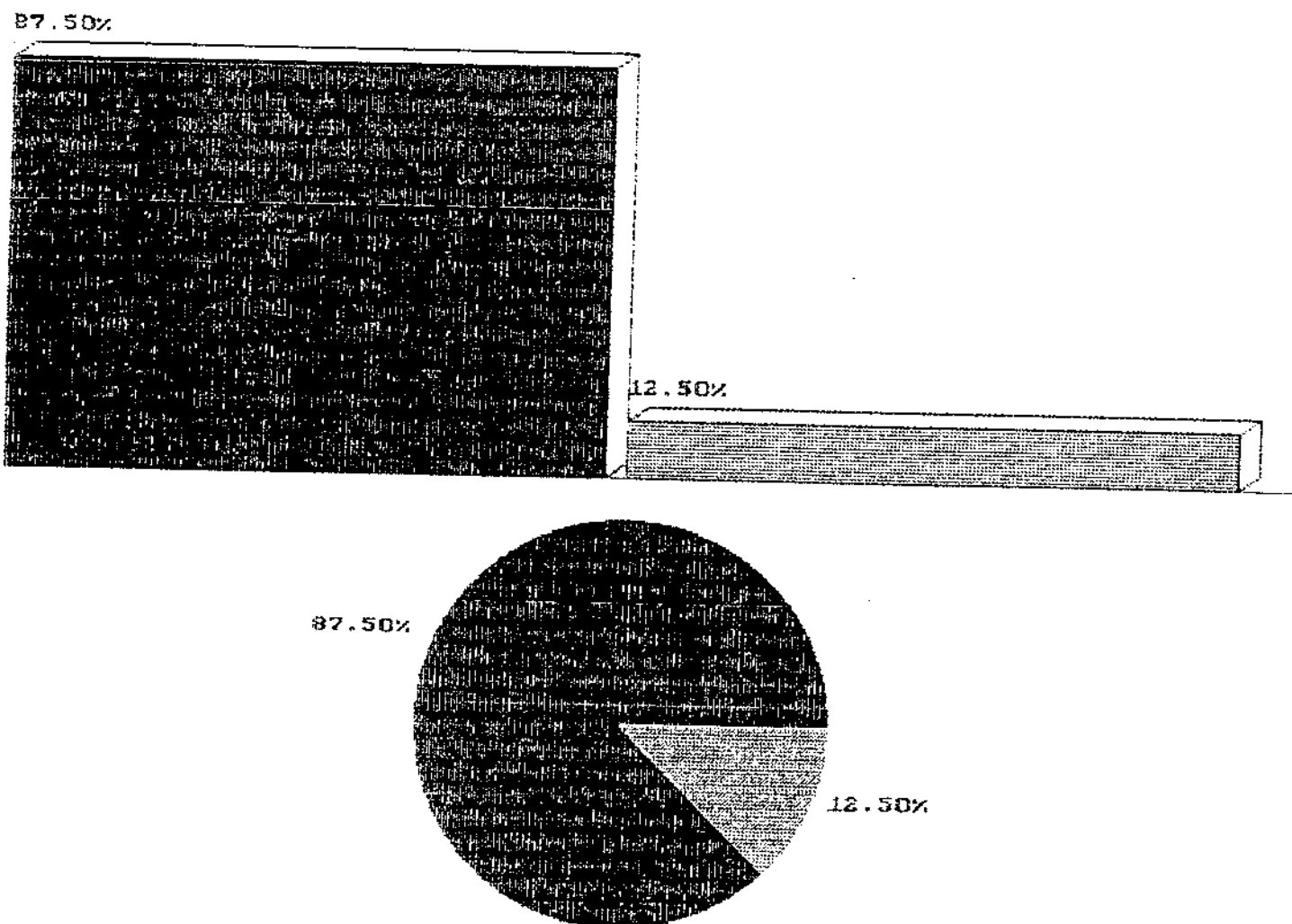


Πίνακας 18 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και αυτοεξέτασης.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ	49	87.50
ΔΕΝ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΖ.	7	12.50

Από τον πίνακα προκύπτει ότι από τις γυναίκες που εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοεξετάζεται.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18

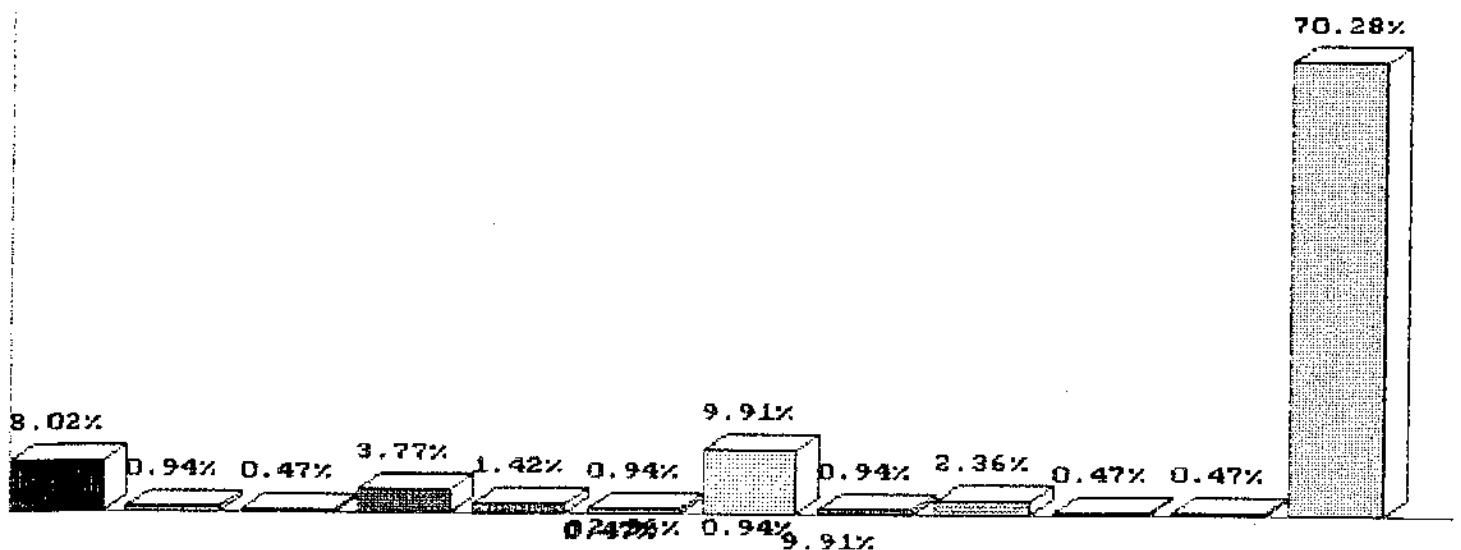


Πίνακας 19 : Συμπτώματα που είδαν η αισθάνθηκαν κατά την αυτοεξέταση.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΟΝΟ	17	8.02
ΕΙΣΟΔΚΗ ΘΗΛΗΣ	2	0.94
ΟΙΔΗΜΑ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ	1	0.47
ΣΚΛΗΡΗ ΜΑΖΑ ΣΤΟ ΜΑΣ.	8	3.77
ΑΝΟΜΟΙΟΜ. ΑΝΥΨ. ΣΤΟ ΜΑΣ.	3	1.42
ΑΥΞΗΣΗ Η ΜΕΙΩΣΗ ΜΑΖΑ	2	0.94
ΚΙΝΗΤΗ ΜΑΛΑΚΗ ΜΑΖΑ	21	9.91
ΠΟΝΟ ΚΑΙ ΣΚΛ. ΜΑΖ.	2	0.94
ΜΑΖΑ & ΚΙΝ. ΜΑΛ. ΜΑΖ.	5	2.36
ΣΚΛ. ΜΑΖ. & ΚΙΝ. ΜΑΖ.	1	0.47
ΠΟΝΟ. ΣΚΛ. ΜΑΖ., ΑΥΞ Μ.	1	0.47
Δεν απάντησαν	149	70.28

Ένα ποσοστό των γυναικών που αυτοεξετάζονταν αισθάνθηκε κινητή μαλακή μάζα. Ένα μικρότερο ποσοστό ένοιωσε πόνο. Στα ίδια ποσοστά ψηλάφησαν σκληρή μάζα στο μαστό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19

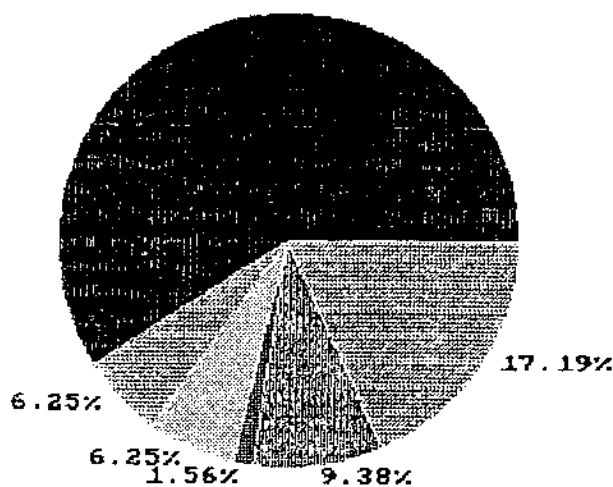
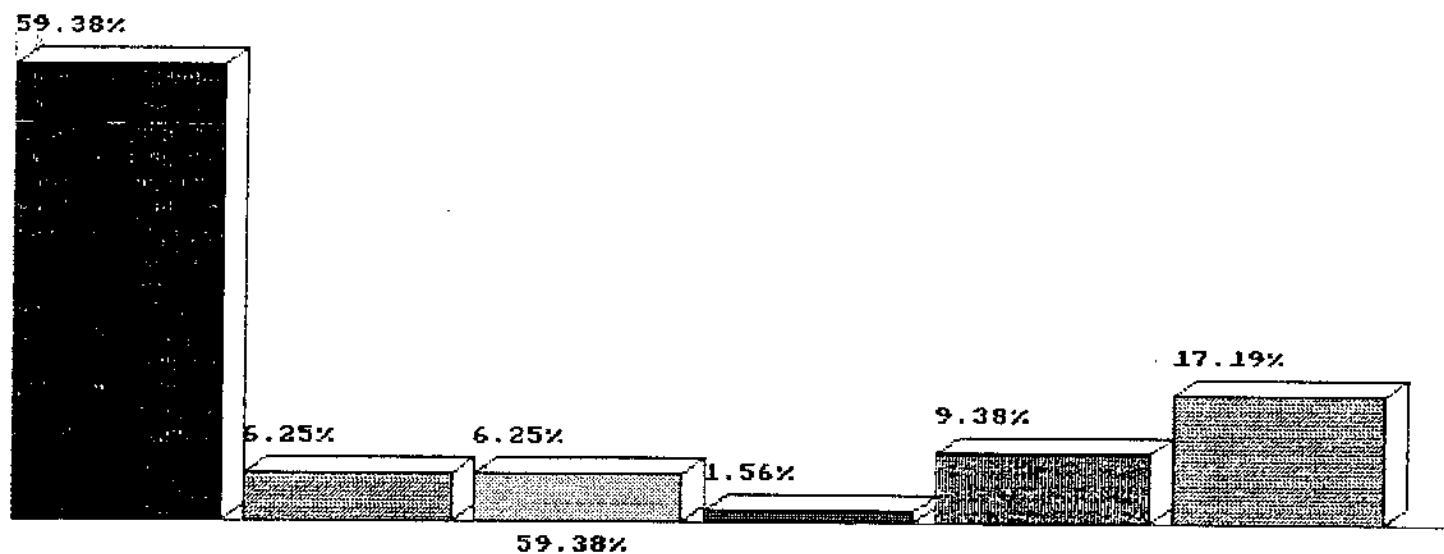


Πίνακας 20 : Μετά από πόσο χρόνο από τον εντοπισμό του προβλήματος επισκέφθηκαν τον γιατρό.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΜΗΝΑ	38	59.38
2 - 3 ΜΗΝΑΣ	4	6.25
4 - 5 ΜΗΝΑΣ	4	6.25
ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΧΡΟΝΟ	1	1.56
ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ	6	9.38
Δεν απάντησαν	11	17.19

Από τον πίνακα 20 προκύπτει, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέφθηκε το γιατρό σε λιγότερο από ένα μήνα. Ένα μικρό ποσοστό επισκέφθηκε το γιατρό σε διάστημα 2 - 3 και 4 - 5 μηνών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20

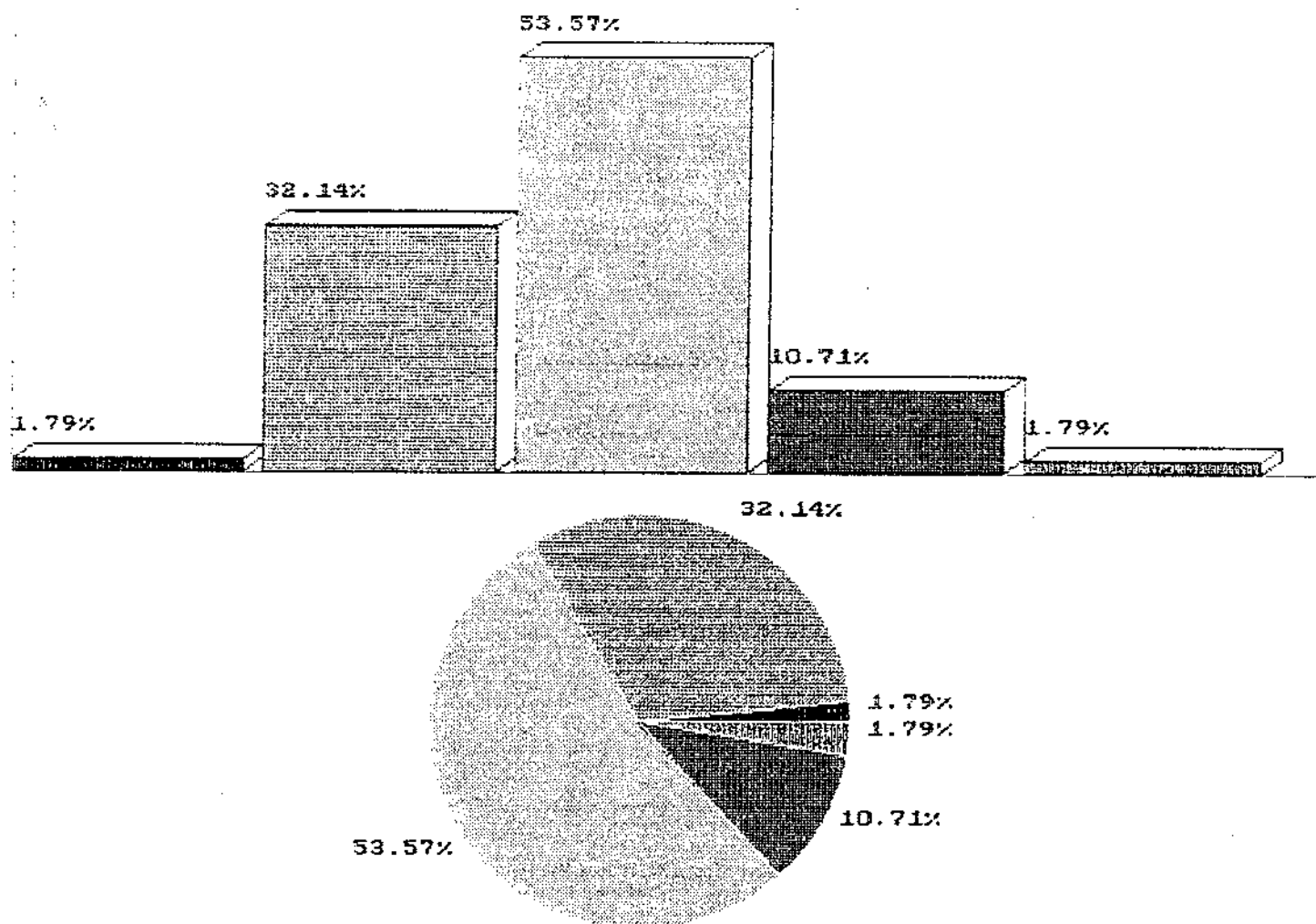


Πίνακας 21 : Συσχέτιση προβλήματος και ηλικίας έναρξης περιόδου.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
κατω απο 10	1	1.79
11 - 12	18	32.14
13 - 14	30	53.57
15 - 16	6	10.71
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 16	1	1.79

Από τις 56 γυναίκες που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα με τον μαστό, ένα αρκετό μεγάλο ποσοστό εμφάνισε έμμηνο ρύση σε ηλικία 13-14 ετών. Ακολουθεί ένα ποσοστό με έναρξη εμμηνορυσίας σε ηλικία 11-12.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 21

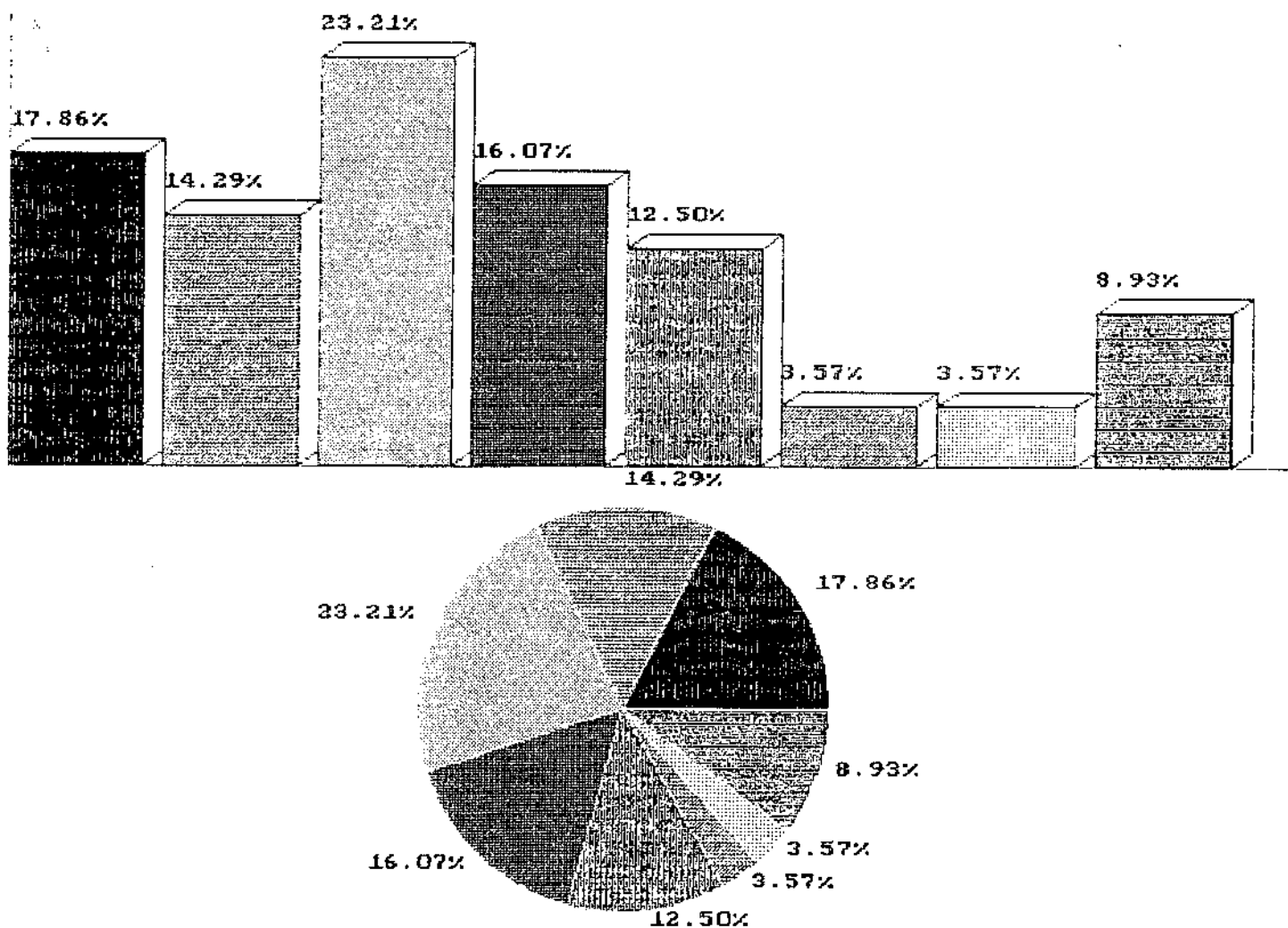


Πίνακας 22 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και διάρκειας περιόδου.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
3 ΜΕΡΕΣ	10	17.86
4 ΜΕΡΕΣ	8	14.29
5 ΜΕΡΕΣ	13	23.21
6 ΜΕΡΕΣ	9	16.07
7 ΜΕΡΕΣ	7	12.50
8 ΜΕΡΕΣ	2	3.57
9 ΜΕΡΕΣ	2	3.57
Δεν απάντησαν	5	8.93

Βάσει του παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν κάποια συμπτώματα στους μαστούς, είχαν διάρκεια περιόδου 5 ημέρες. Ένα μικρότερο ποσοστό είχε διάρκεια 3 ημέρες. Ακολουθούν μικρότερα ποσοστά με διάρκεια περιόδου 4 και 6 ημέρες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 22

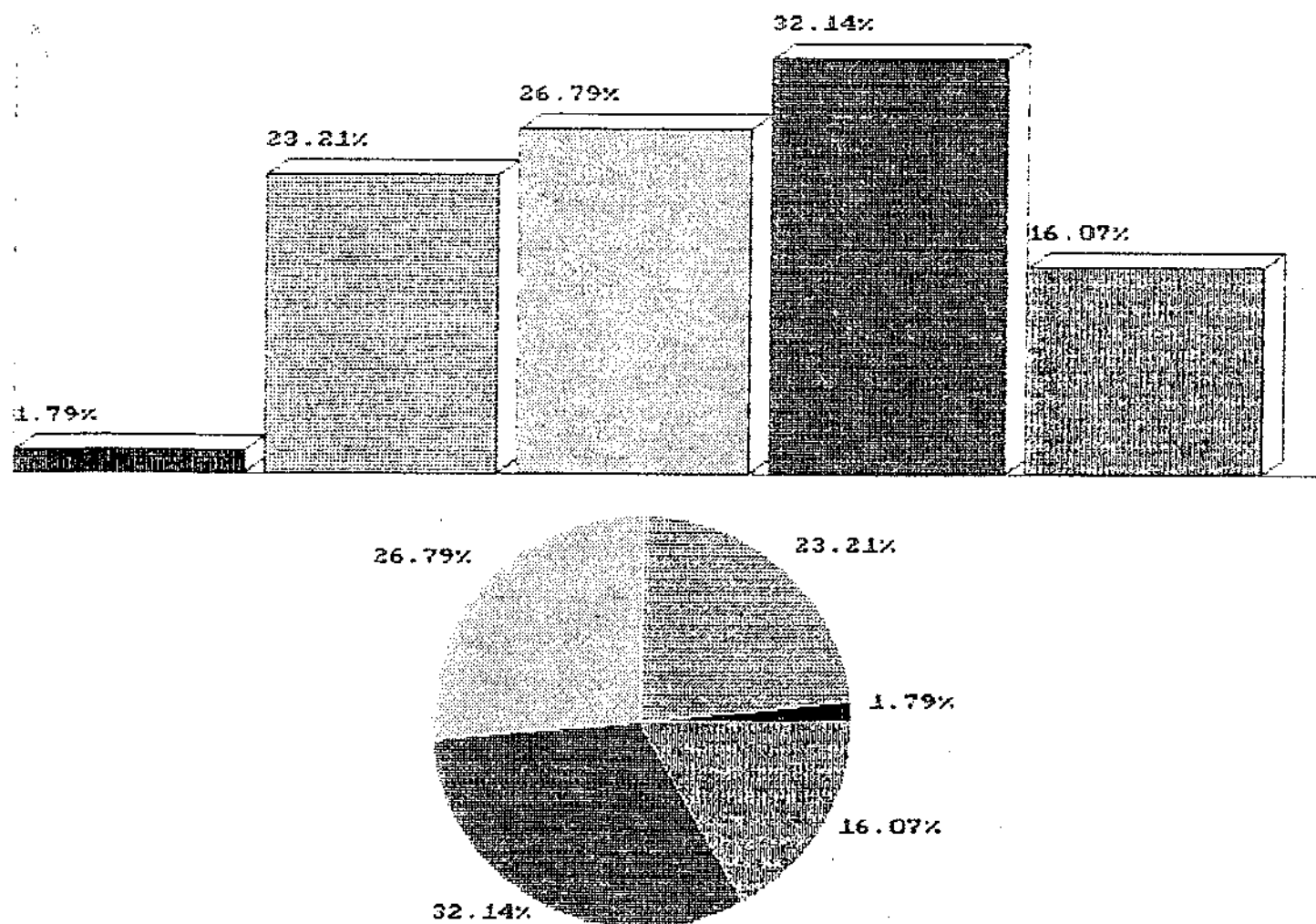


Πίνακας 23 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και συχνότητας κύκλου.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΑΤΩ ΑΠΟ 23 ΜΕΡΕΣ	1	1.79
ΚΑΘΕ 23-28 ΜΕΡΕΣ	13	23.21
ΚΑΘΕ 28 ΜΕΡΕΣ	15	26.79
ΚΑΘΕ 28-32 ΜΕΡΕΣ	18	32.14
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 32 ΜΕΡΕΣ	9	16.07

Στον παραπάνω πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν κάποιο πρόβλημα είχε συχνότητα κύκλου από 28 - 32 ημέρες. Σε ίδιο περίπου ποσοστό κυμαίνονται οι γυναίκες με συχνότητα κύκλου 28 ημέρες και ακολουθούν στα ίδια επίπεδα όσες είχαν συχνότητα κύκλου κάθε 23 - 28 ημέρες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 23

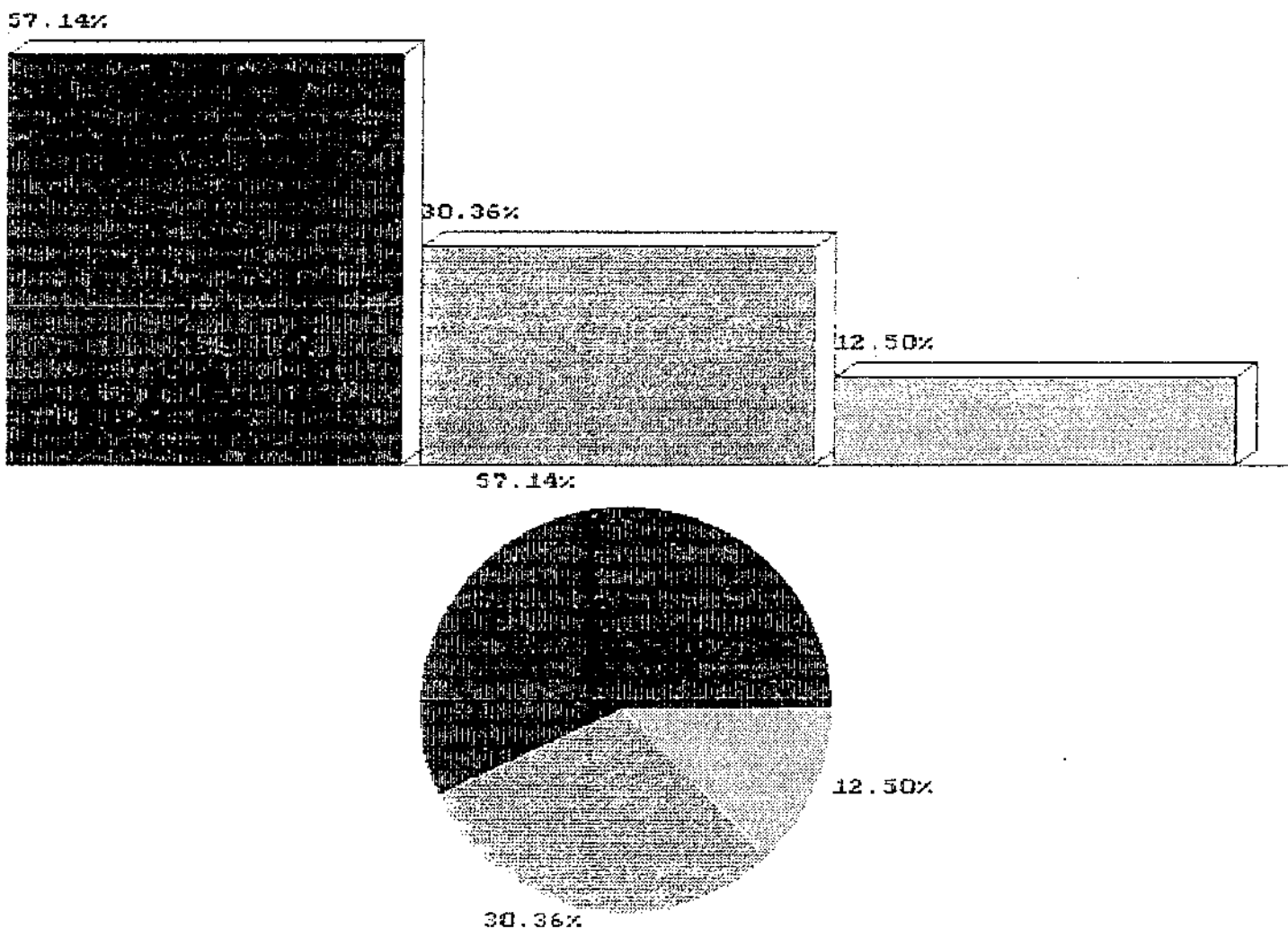


Πίνακας 24 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και καταμήνιας μαστοδυνίας.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	32	57.14
ΟΧΙ	17	30.36
Δεν απάντησαν	7	12.50

Από τις γυναίκες που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα το μεγαλύτερο ποσοστό έχει καταμήνια μαστοδυνία.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 24

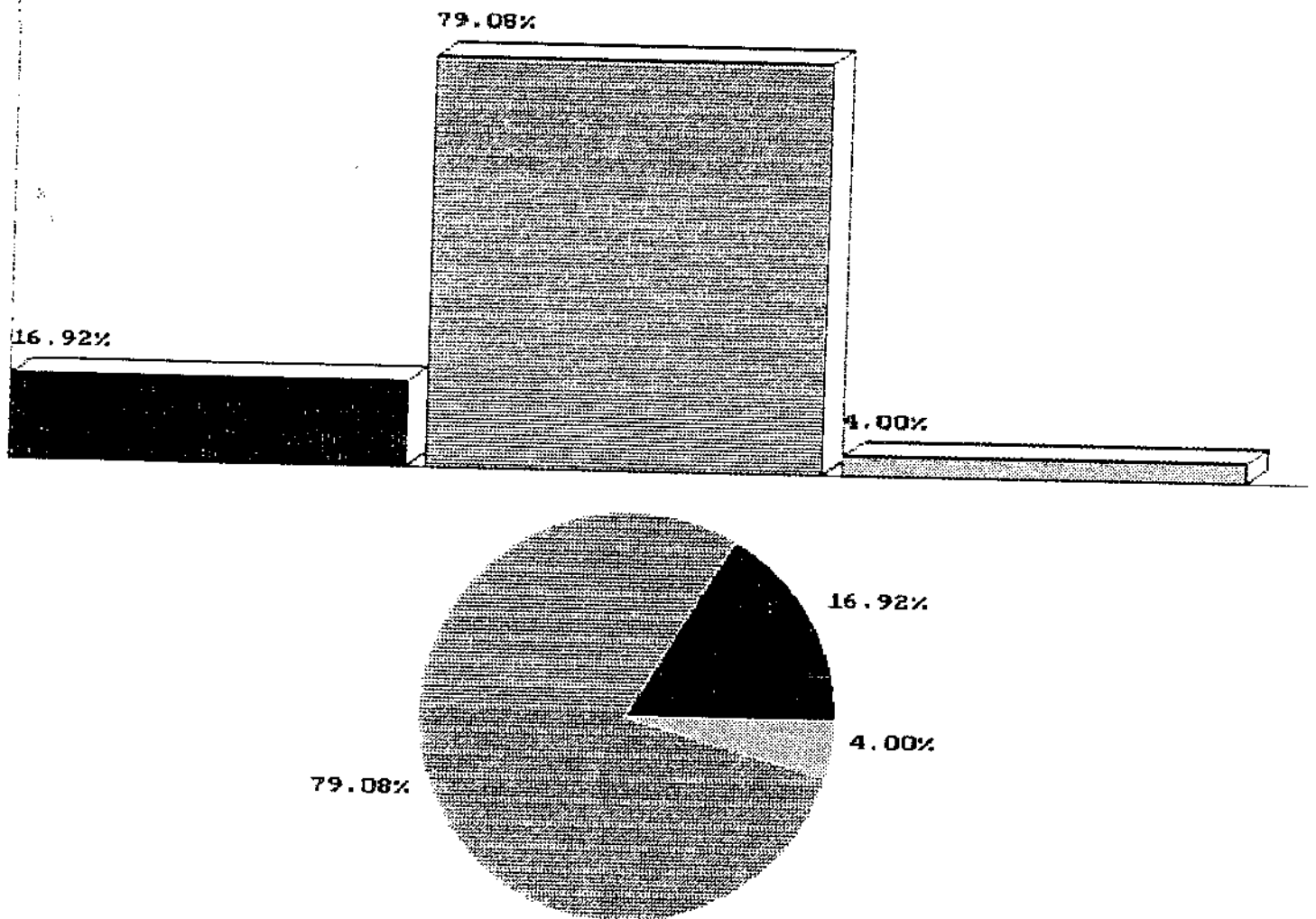


Πίνακας 25 : Συχνότητα γυναικών που είχαν πρόβλημα με τους μαστούς.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	55	16.92
ΟΧΙ	257	79.08
Δεν απάντησαν	13	4.00

Στον πίνακα 25 βλέπουμε ότι ένα μικρό ποσοστό του τυχαίου δείγματος, παρουσίασε κάποιο πρόβλημα στους μαστούς κατά τη διάρκεια της ζωής του.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 25

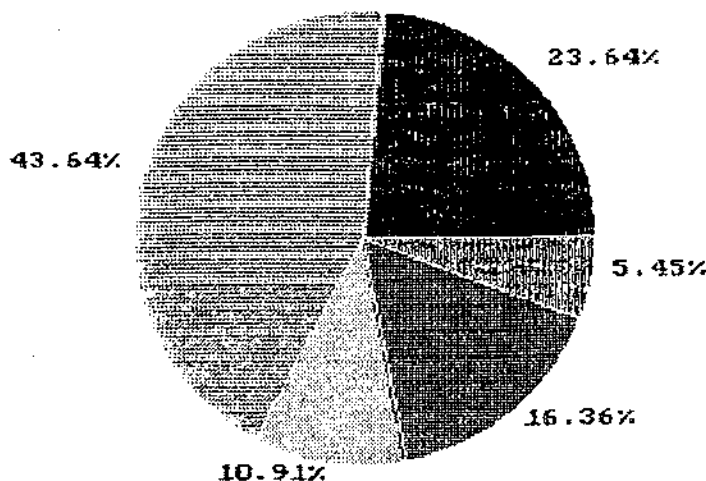
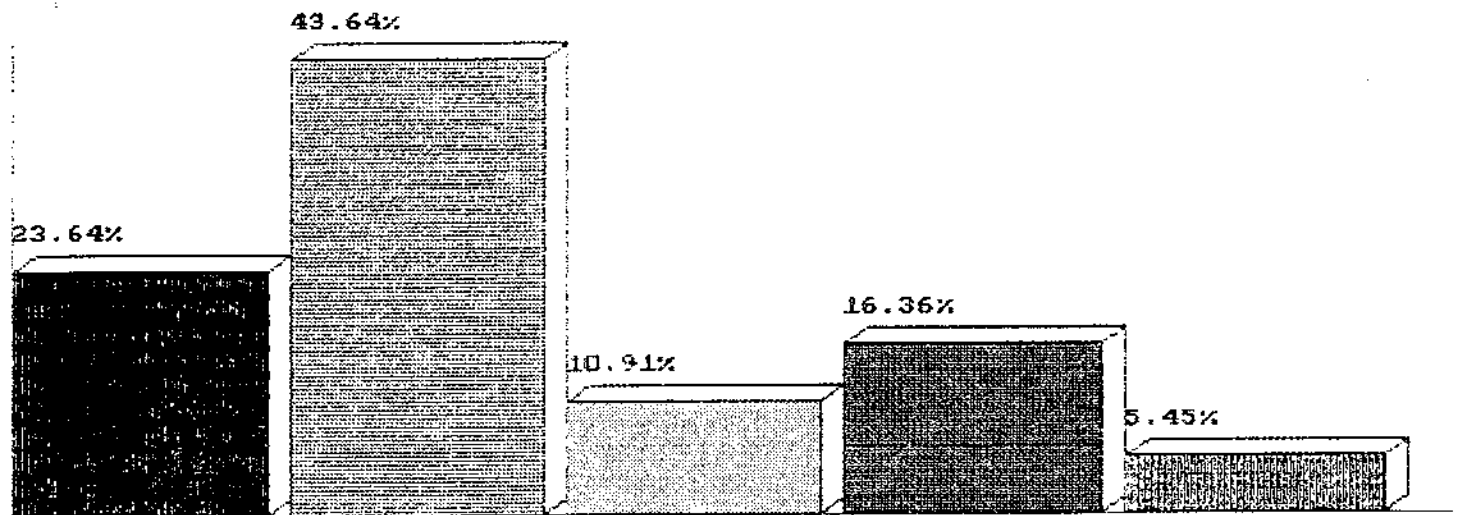


Πίνακας 26 : Χρονικό διάστημα τελευταίας εξέτασης των γυναικών που παρουσίασαν πρόβλημα.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΡΙΝ 6 ΜΗΝΕΣ	13	23.64
ΠΡΙΝ 1-2 ΧΡΟΝΙΑ	24	43.64
ΠΡΙΝ 3-4 ΧΡΟΝΙΑ	6	10.91
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 4 ΧΡΟΝΙΑ	9	16.36
Δεν απάντησαν	3	5.45

Βάσει του πίνακα 26 βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν κάποιο πρόβλημα εξετάστηκαν για τελευταία φορά από το γιατρό πριν από 1 - 2 χρόνια. Ένα μικρότερο ποσοστό εξετάστηκε για τελευταία φορά πριν από 6 μήνες. Μικρότερα ποσοστά των ερωτηθέντων γυναικών εξετάστηκαν πριν από 3 και πλέον χρόνια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 26

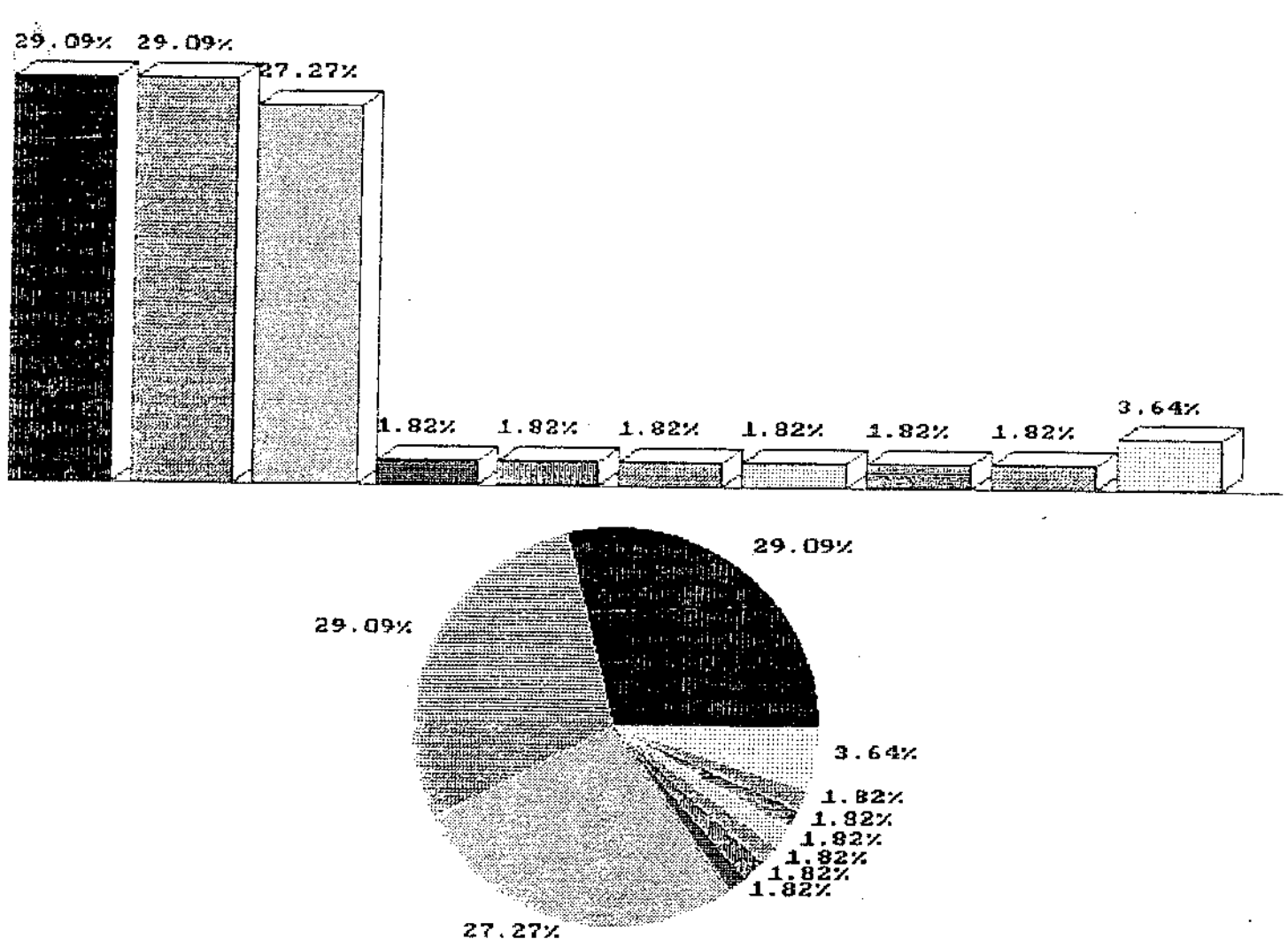


Πίνακας 27 : Διάγνωση κατά την προηγούμενη εξέταση.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΙΝΟΚΥΣΤ. ΜΑΣΤΟΠ.	16	29.09
ΜΑΣΤΙΤΙΔΑ	16	29.09
ΙΝΟΑΔΕΝΑ	15	27.27
ΤΡΑΥΜΑΤΑ	1	1.82
ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ	1	1.82
ΙΝΟΚ. Μ. & ΜΑΣΤ.	1	1.82
ΙΝΟΚ. Μ. & ΙΝΟΑΔ.	1	1.82
ΙΝΟΑΔ. & ΤΡΑΥΜΑΤΑ	1	1.82
ΙΝΟΑΔ. & ΑΛΛΟ	1	1.82
Δεν απάντησαν	2	3.64

Από τις γυναίκες που προσήλθαν για εξέταση στο γιατρό, στις περισσότερες διαπιστώθηκε ότι έπασχαν από ινοκυστική μαστοπάθεια μαστίτιδα. Ακολουθεί ένα ποσοστό που έπασχε από ινοαδένωμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 27

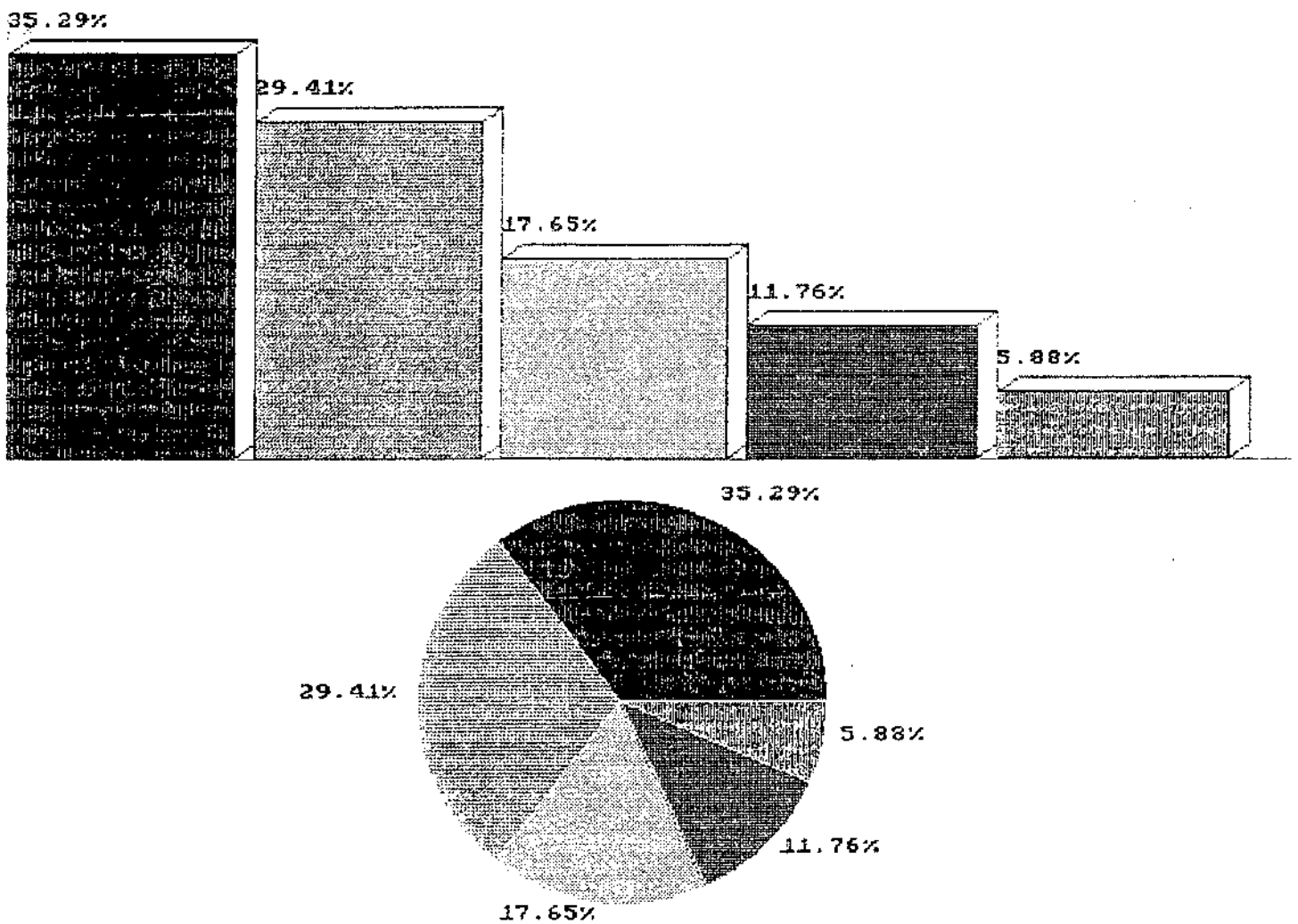


Πίνακας 28 : Συσχέτιση ηλικίας και ατόμων που παρουσίασαν ινοκυστική μαστοπάθεια.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
30 - 35	6	35.29
35 - 40	5	29.41
40 - 45	3	17.65
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 45	2	11.76
Δεν απάντησαν	1	5.88

Από τον πίνακα μας φαίνεται, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισε ινοκυστική μαστοπάθεια σε ηλικία 30 - 35 ετών. Σε ίδιο ποσοστό κυμαίνονται και τα άτομα ηλικίας 35 - 40 ετών. Βέβαια το δείγμα μας επειδή είναι μικρό δεν πρέπει να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 28

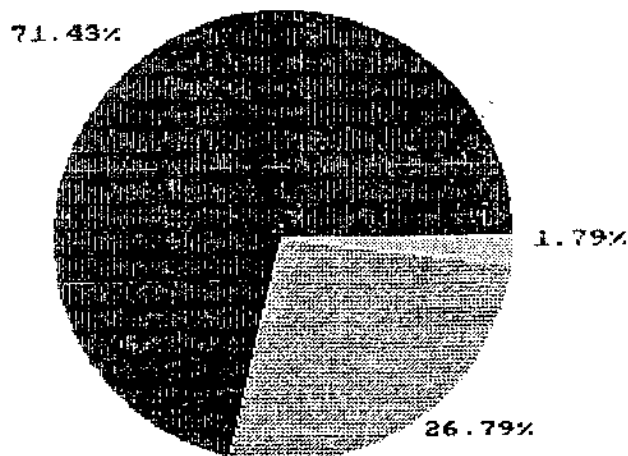
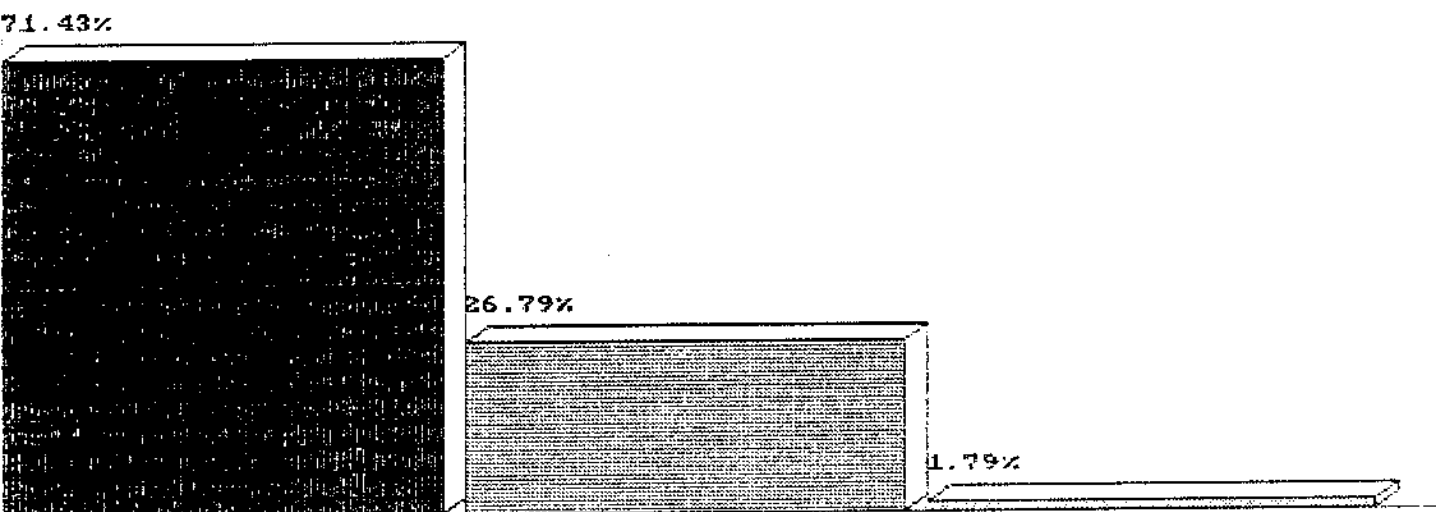


Πίνακας 29 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και τοκετών.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
· ΝΑΙ	40	71.43
· ΟΧΙ	15	26.79
· Δεν απάντησαν	1	1.79

Βάσει του πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών έχουν τεκνοποιήσει.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 29

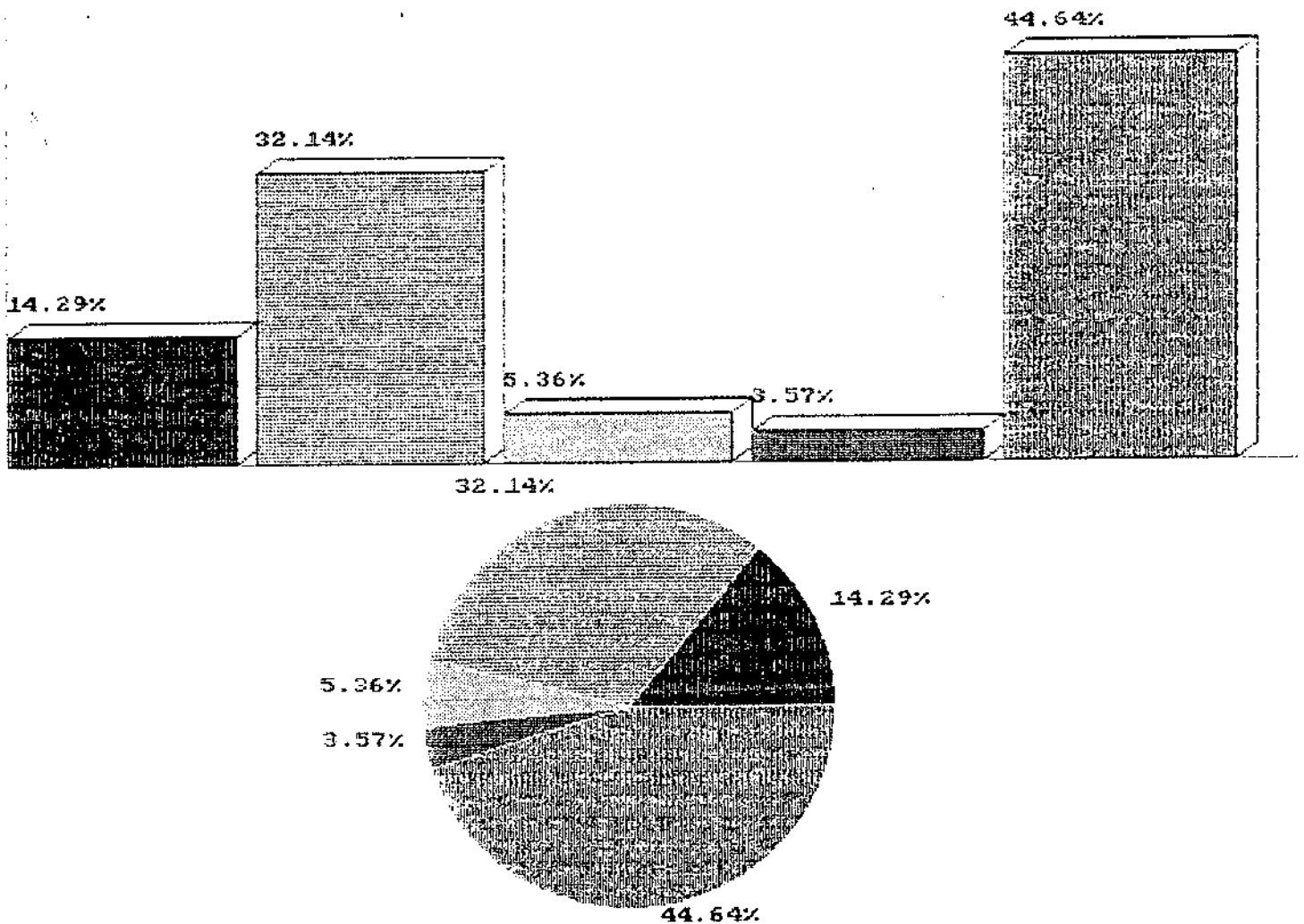


Πίνακας 30 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και φυσιολογικών τοκετών.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
1	8	14.29
2	18	32.14
3	3	5.36
4	2	3.57
Δεν απάντησαν	25	44.64

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν πρόβλημα έχει δύο φυσιολογικούς τοκετούς. Ένα μικρότερο ποσοστό είχε ένα τοκετό, ενώ ακολουθεί ένα ποσοστό που είχε 3 -4 τοκετούς.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 30

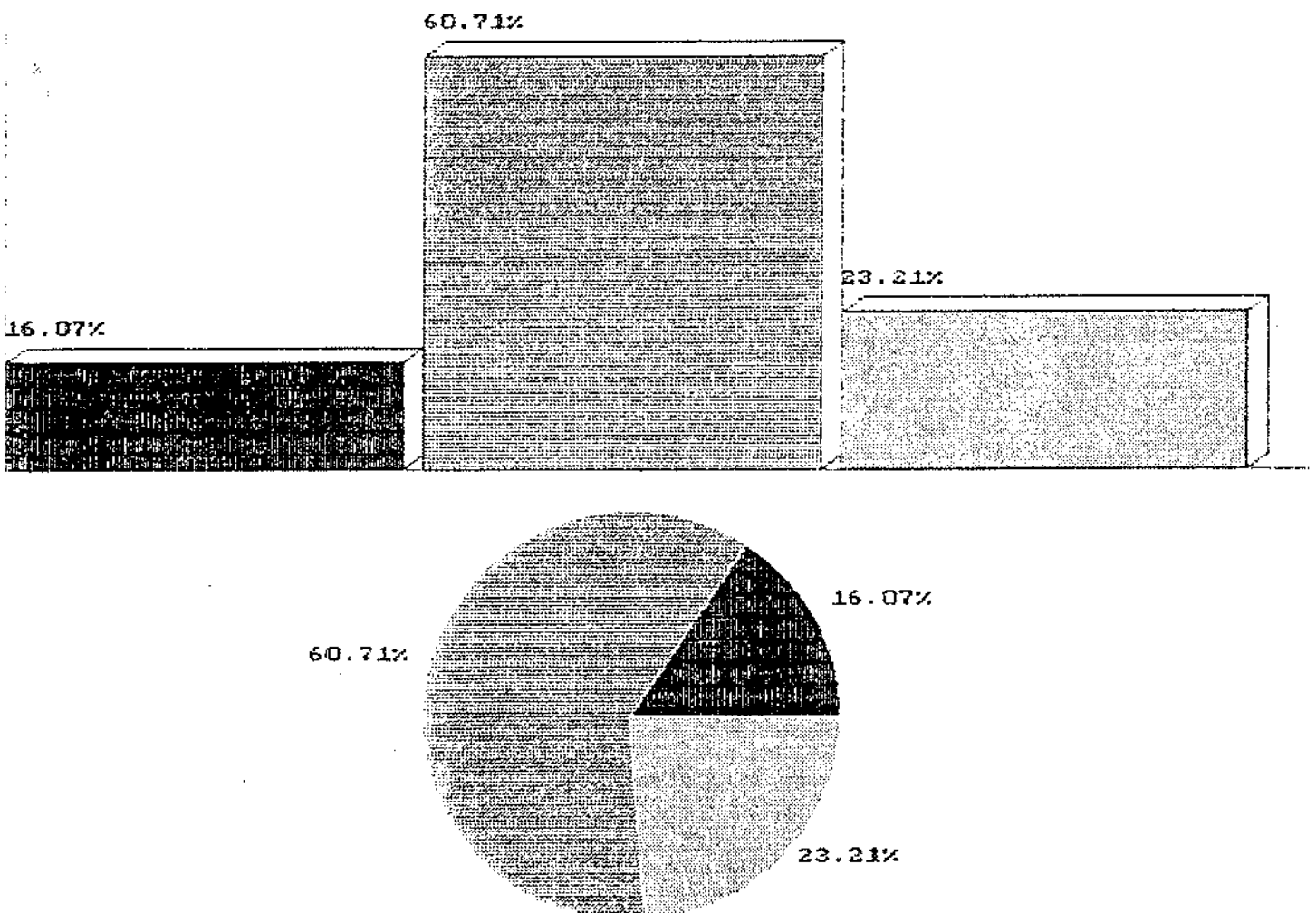


Πίνακας 31 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και καισαρικών τομών

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	9	16.07
ΟΧΙ	34	60.71
Δεν απάντησαν	13	23.21

Βάσει του πίνακα ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν κάποιο πρόβλημα στους μαστούς δεν έκανε καισαρική τομή.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 31

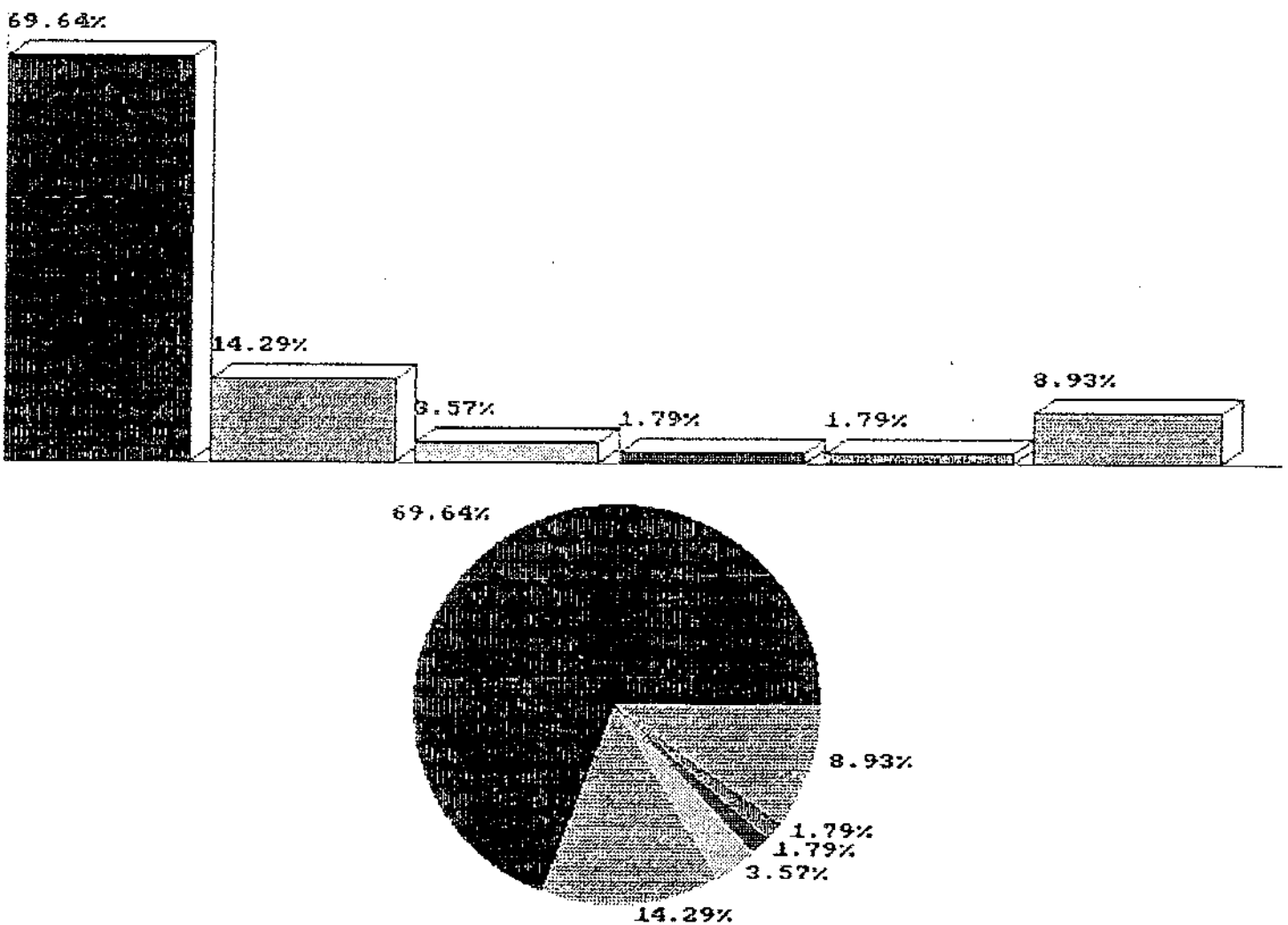


Πίνακας 32 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και συχνότητας αποβολών.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΔΕΝ ΕΙΧΑΝ ΑΠΟΒ.	39	69.64
ΕΙΧΑΝ ΜΙΑ	8	14.29
ΕΙΧΑΝ ΔΥΟ	2	3.57
ΕΙΧΑΝ ΤΡΕΙΣ	1	1.79
ΕΙΧΑΝ ΤΕΣΣΕΡΕΙΣ	1	1.79
Δεν απάντησαν	5	8.93

Από τον πίνακα 32 προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα στους μαστούς δεν είχε αποβάλλει. Ένα μικρό ποσοστό έχει μια μόνο αποβολή και ένα μικρότερο, δύο αποβολές.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 32

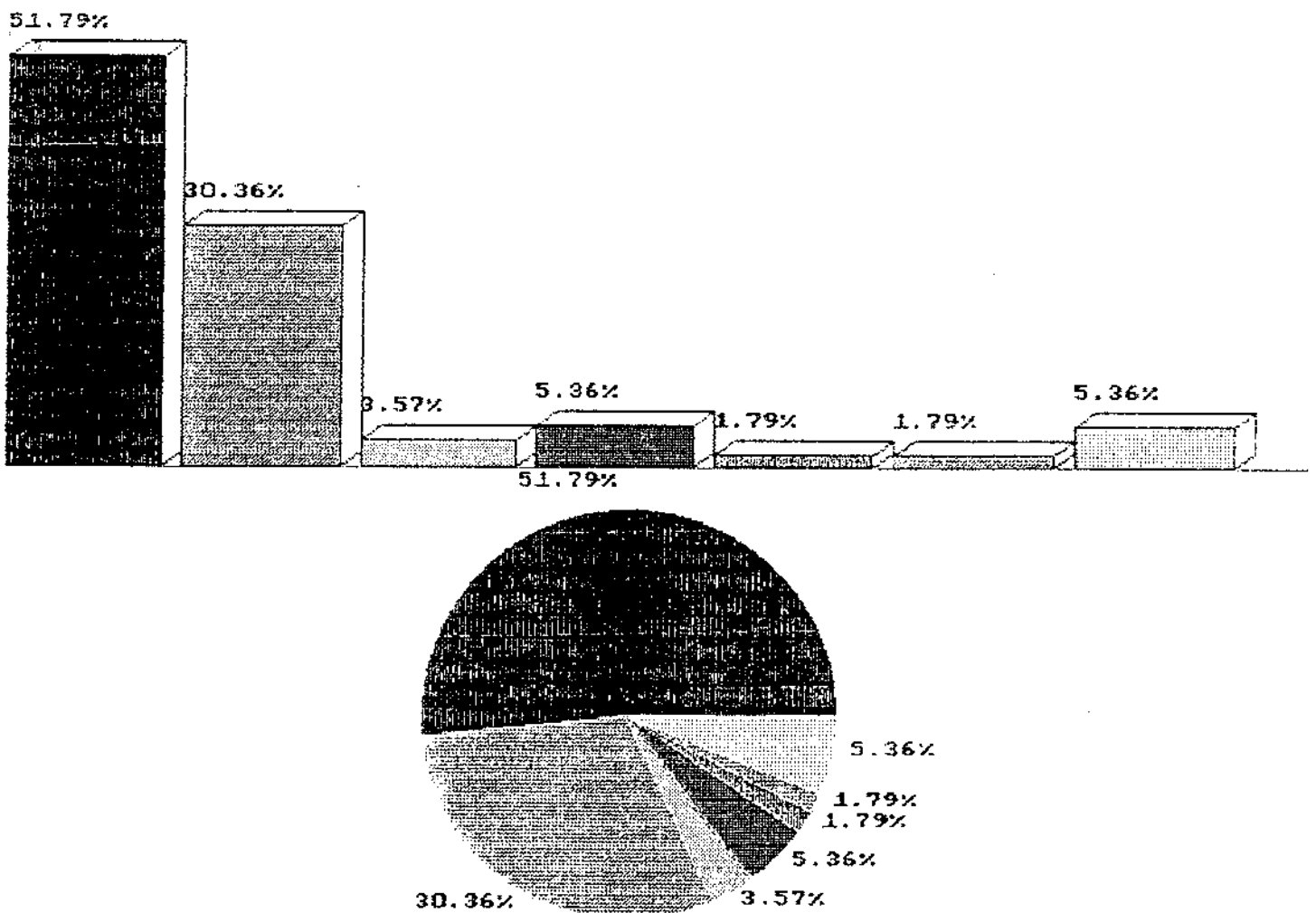


Πίνακας 33 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και συχνότητας εκτρώσεων.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΟΧΙ	29	51.79
1	17	30.36
2	2	3.57
3	3	5.36
5	1	1.79
10	1	1.79
Δεν απάντησαν	3	5.36

Από τις γυναίκες που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έκανε ποτέ έκτρωση. Ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό έκανε μία έκτρωση και ένα μικρό ποσοστό τρεις εκτρώσεις.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 33

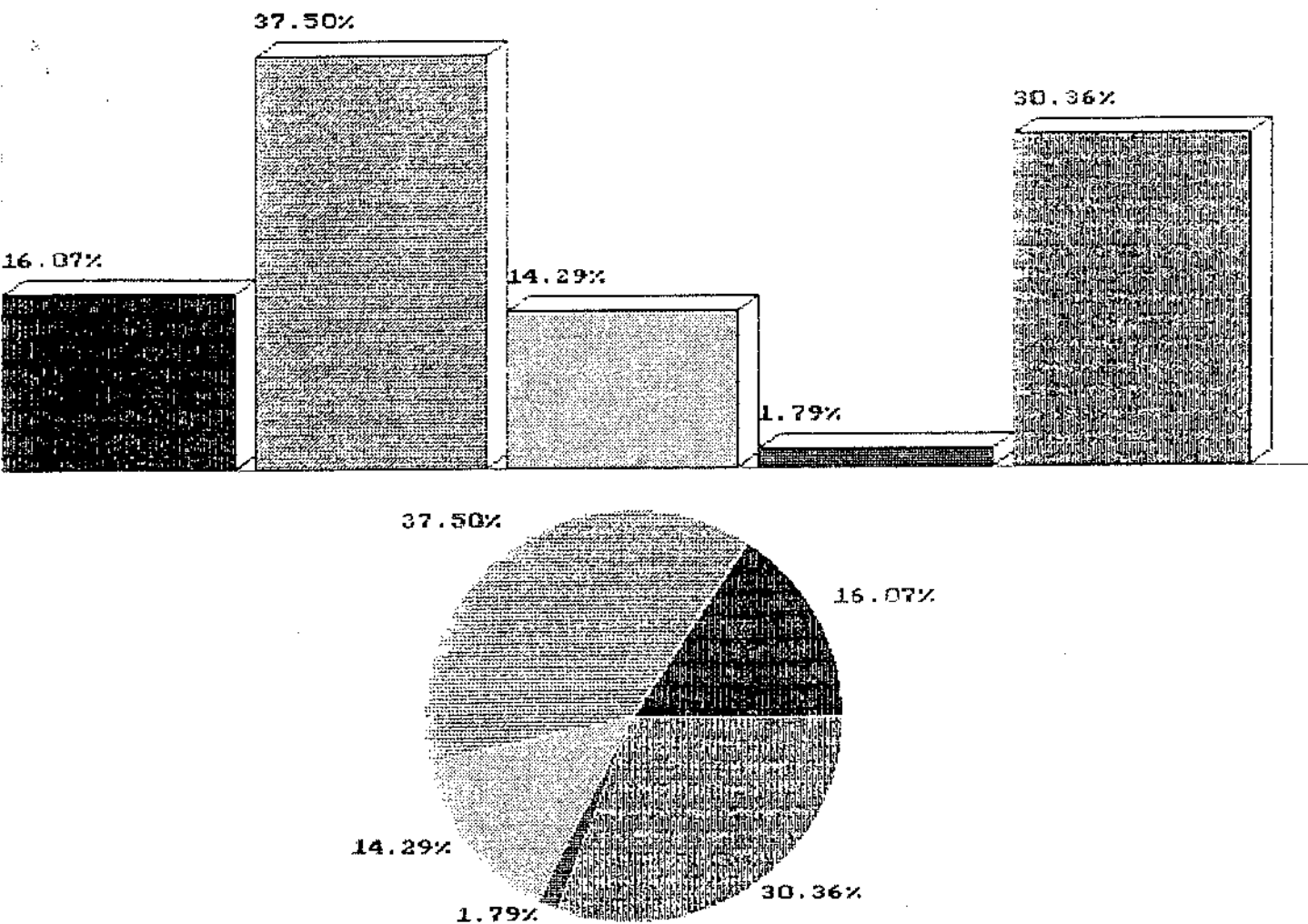


Πίνακας 34 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και ηλικίας πρώτης τεκνοποίησης.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
15-20	9	16.07
20-25	21	37.50
25-30	8	14.29
30-35	1	1.79
Δεν απάντησαν	17	30.36

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα από τους μαστούς τεκνοποίησε για πρώτη φορά σε ηλικία 20-25 ετών. Ένα μικρότερο ποσοστό, μεταξύ 15 - 20 ετών και ακολουθεί ένα μικρό ποσοστό με ηλικία τεκνοποίησης από 25-30 ετών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 34

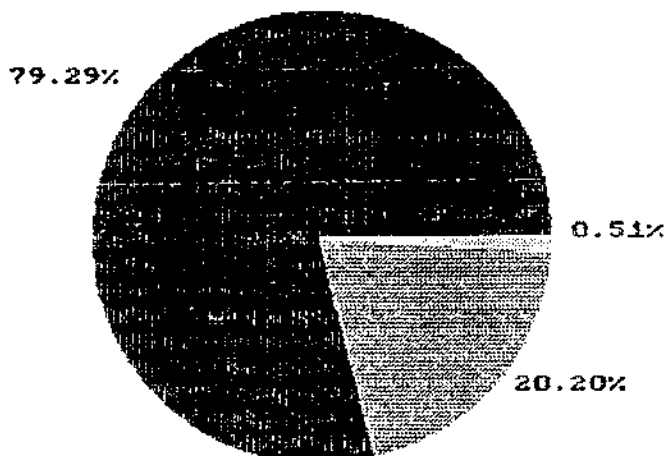
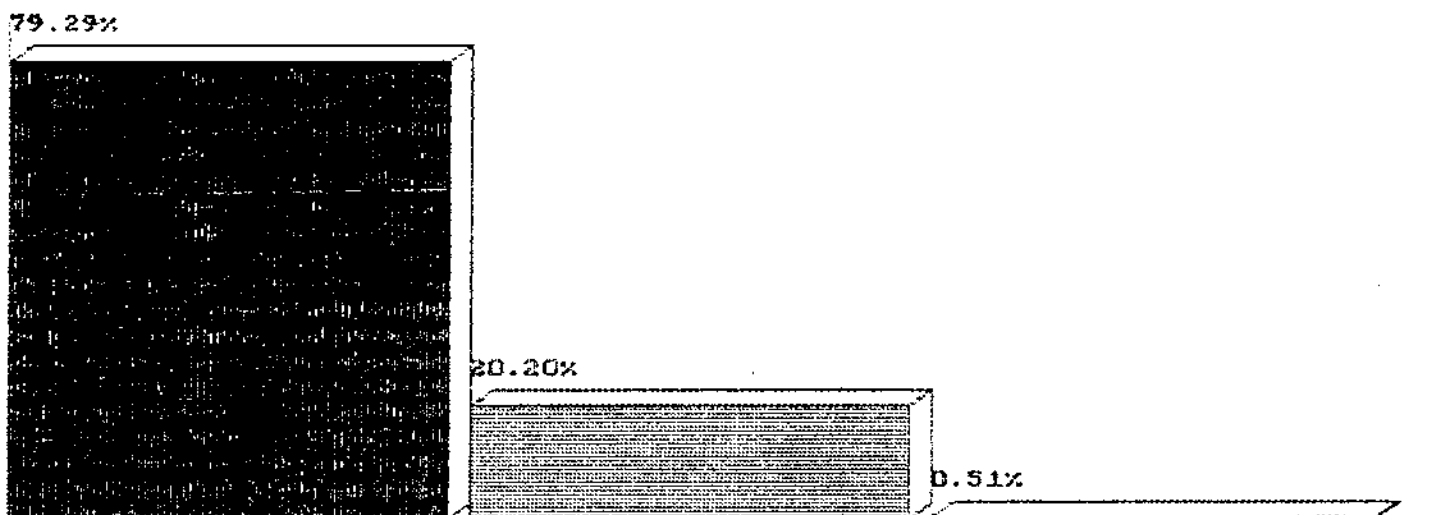


Πίνακας 35 : Κατανομή δείγματος σχετικά με το αν θήλασαν ή όχι το μωρό τους.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	157	79.29
ΟΧΙ	40	20.20
Δεν απάντησαν	1	0.51

Από τον πίνακα 35 φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό του τυχαίου μας δείγματος θήλασε το μωρό του.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 35

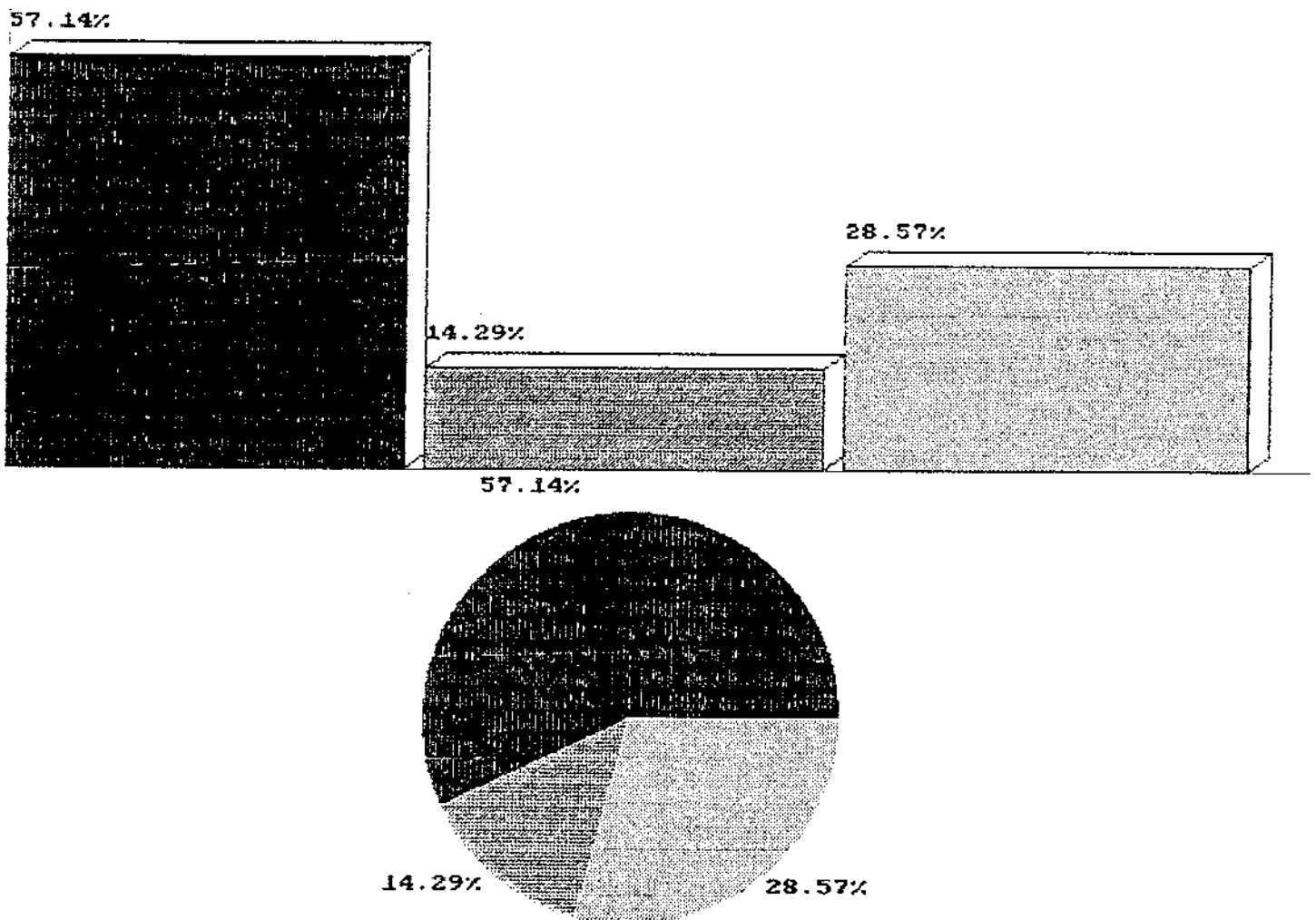


Πίνακας 36 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και θηλασμού.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	32	57.14
ΟΧΙ	8	14.29
Δεν απάντησαν	16	28.57

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 36 το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, που εμφάνισαν συμπτώματα θήλασαν το μωρό τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 36

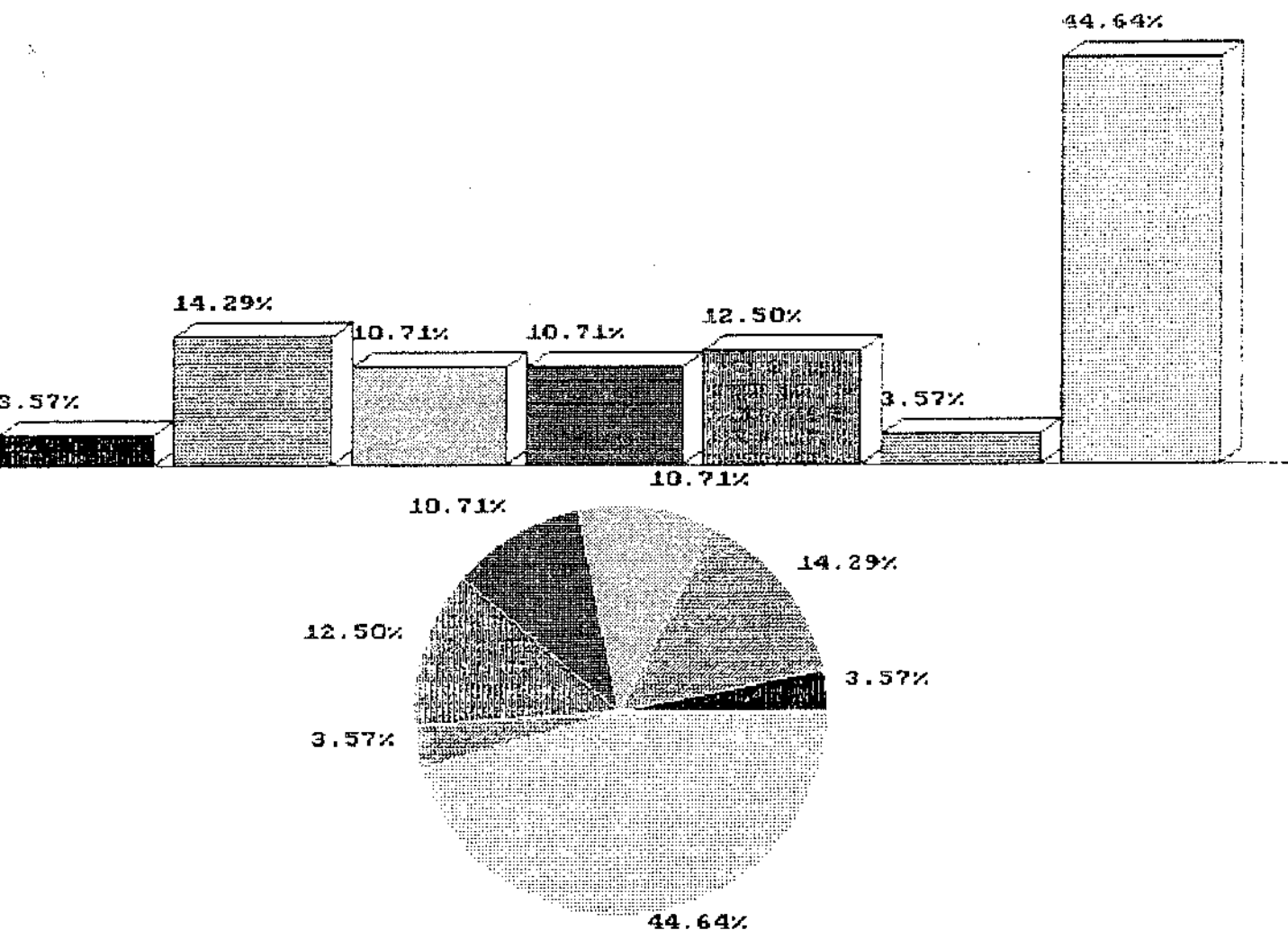


Πίνακας 37 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και διάρκειας θήλασμού.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
1 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	2	3.57
ΜΕΧΡΙ 1 ΜΗΝΑ	8	14.29
1-2 ΜΗΝΕΣ	6	10.71
3-4 ΜΗΝΕΣ	6	10.71
5-6 ΜΗΝΕΣ	7	12.50
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 6 ΜΗΝΕΣ	2	3.57
Δεν απάντησαν	25	44.64

Το μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες που είχαν πρόβλημα στο μαστό θήλασαν το μωρό τους μέχρι 1 μήνα. Και ένα σχετικά ίδιο ποσοστό για 5-6 μήνες. Ένα μικρό ποσοστό θήλασε για 1-2 ή 3-4 μήνες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 37

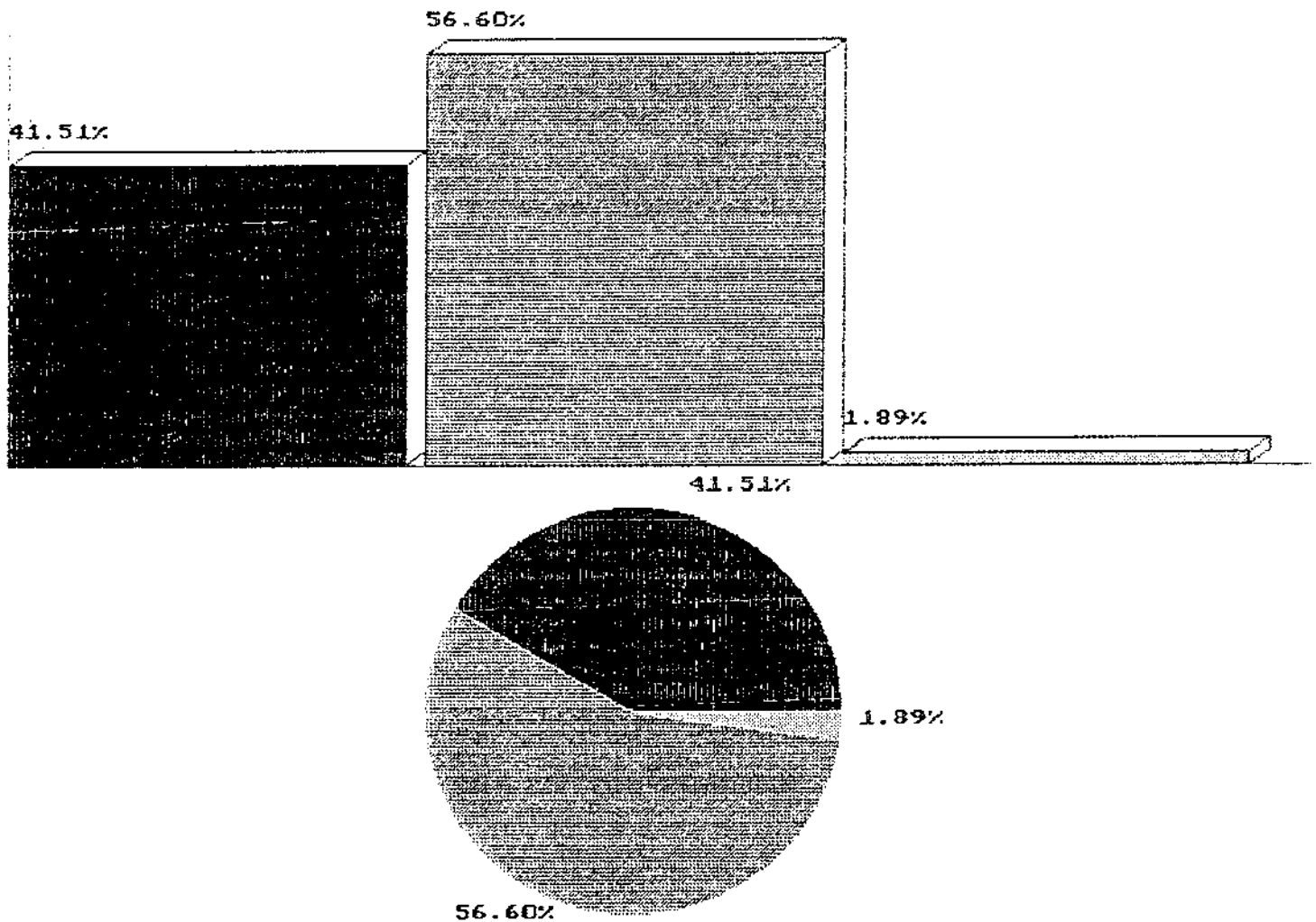


Πίνακας 38 : Συσχέτιση θήλασμού με το αν κόντρωσε ή πέτρωσε ο μαστός.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	66	41.51
ΟΧΙ	90	56.60
Δεν απάντησαν	3	1.89

Από τις 159 γυναίκες που θήλασαν το μαρό τους, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είχε τέτοιου είδους πρόβλημα. Βέβαια και το ποσοστό των γυναικών που παρουσίασαν τέτοιο πρόβλημα, δεν απέχει πολύ από το προηγούμενο ποσοστό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 38

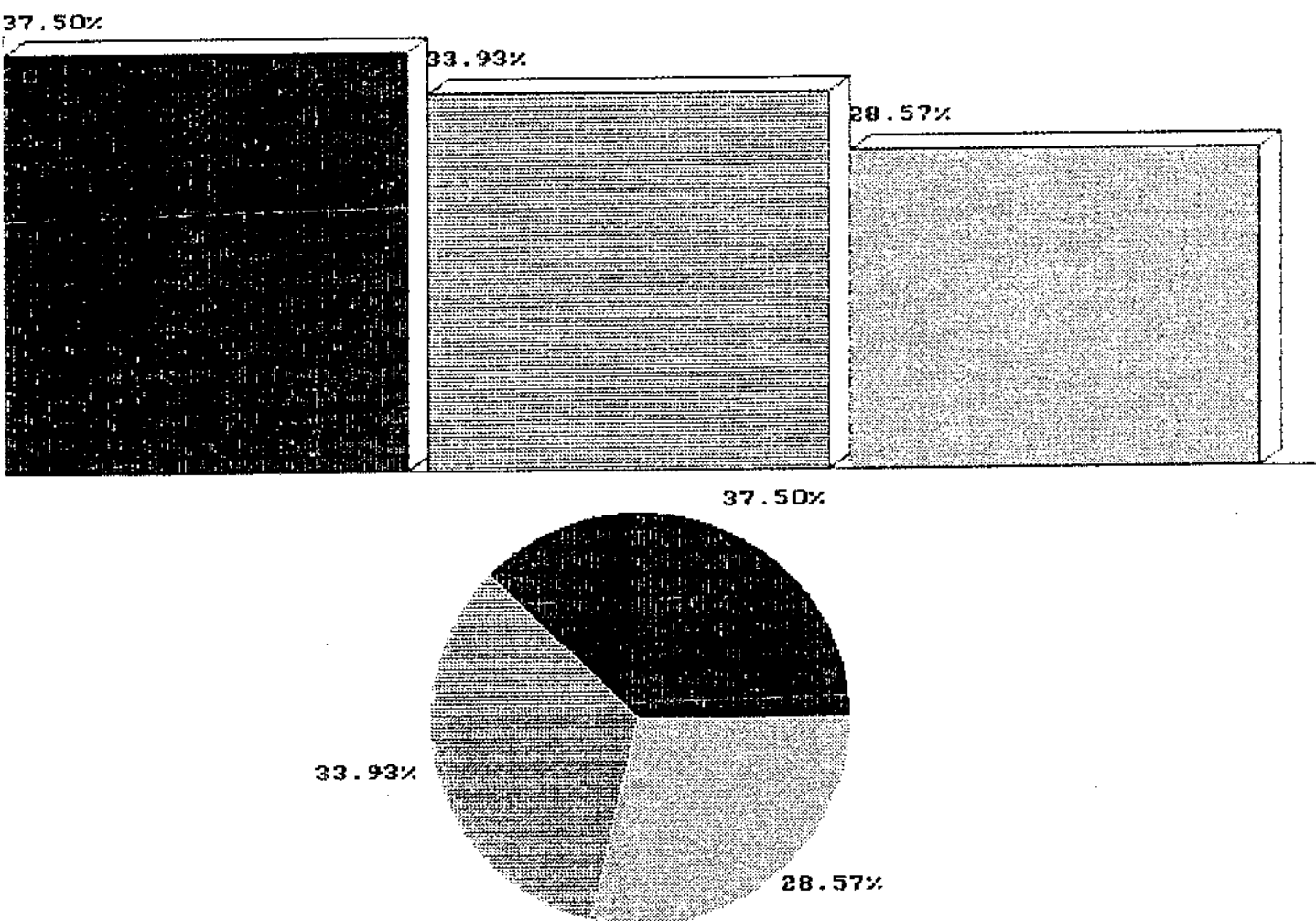


Πίνακας 39 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος με το αν κόντρωσε-πέτρωσε ο μαστός.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΚΟΝΤΡΩΜΑ	21	37.50
ΔΕΝ ΕΜΦ. ΚΟΝΤΡΩΜΑ	19	33.93
Δεν απάντησαν	16	28.57

Στον πίνακα 39 φαίνεται ότι το ποσοστό των γυναικών που είχαν πρόβλημα και κόντρωσε-πέτρωσε ο μαστός τους, δεν απέχει και πολύ από αυτό των γυναικών που δεν εμφάνισαν αυτό το σύμπτωμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 39

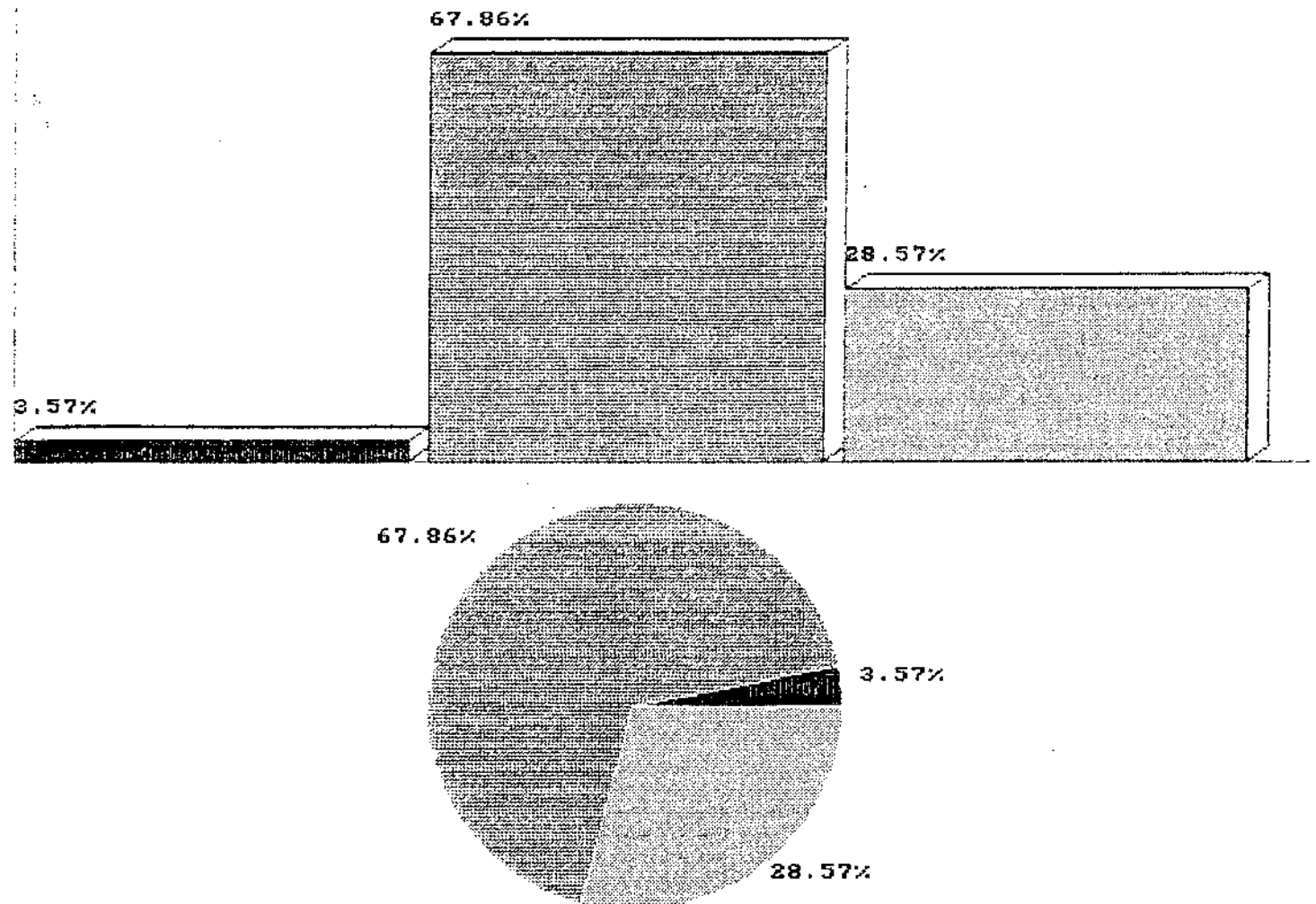


Πίνακας 40 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος στους μαστούς και προβλήματα γονιμότητας.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	2	3.57
ΟΧΙ	38	67.86
Δεν απάντησαν	16	28.57

Από τον πίνακα 40 βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν κάποιο σύμπτωμα στους μαστούς δεν είχε πρόβλημα γονιμότητας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 40

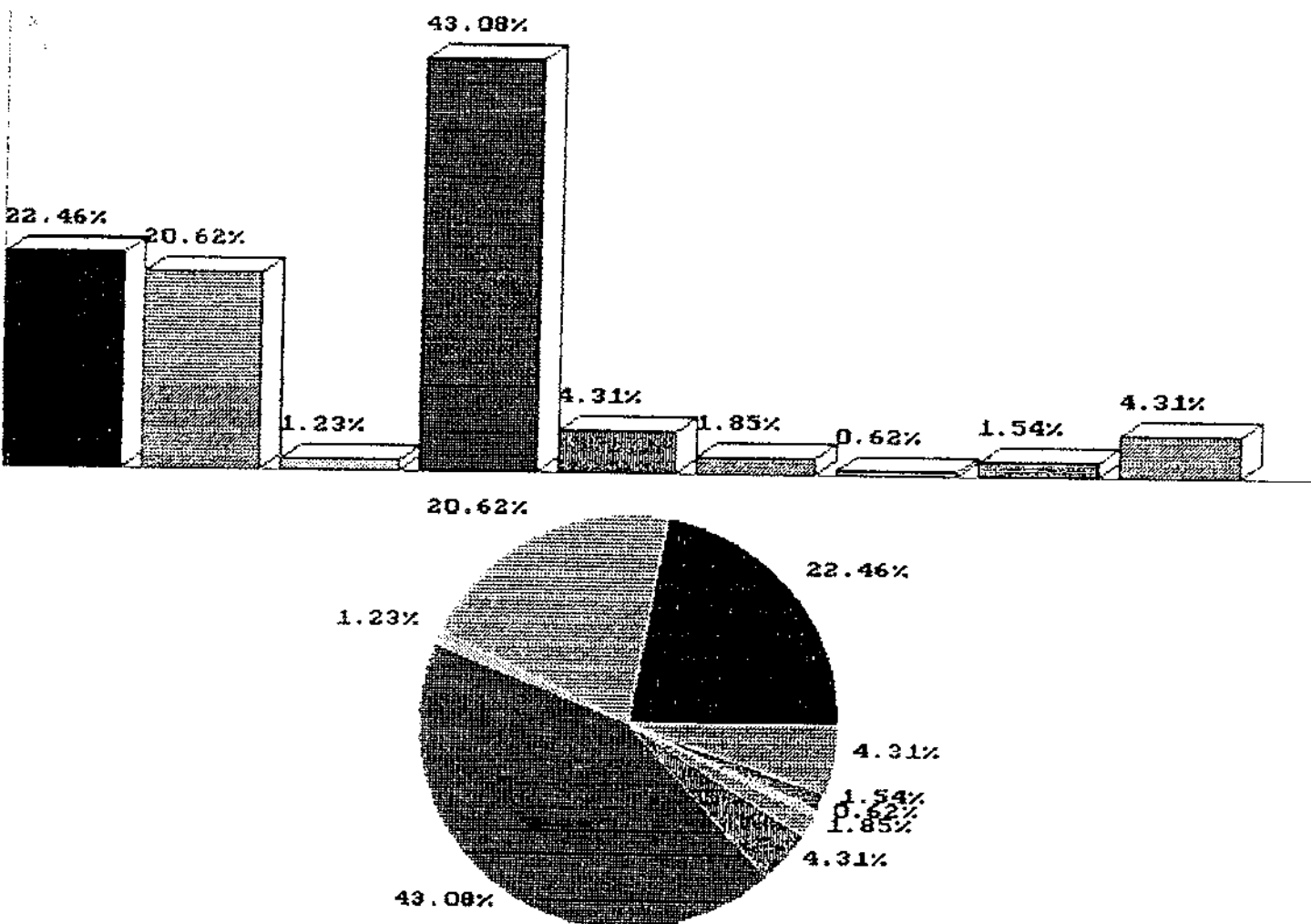


Πίνακας 41 : Κατανομή δείγματος σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΖΩΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ	73	22.46
ΦΥΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ	67	20.62
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ	4	1.23
ΤΙΠΟΤΕ ΑΠΟ ΑΥΤΑ	140	43.08
ΖΩΙΚ & ΦΥΤΙΚ. ΛΙΠΗ	14	4.31
ΖΩΙΚ. Λ. & ΟΙΝ.	6	1.85
ΦΥΤ. Λ. & ΟΙΝ.	2	0.62
ΖΩΙΚ. ΦΥΤ. & ΟΙΝ.	5	1.54
Δεν απάντησαν	14	4.31

Βλέπουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό του τυχαίου μας δείγματος προσέχει τη διατροφή του. Ένα σχετικό μικρό ποσοστό καταναλώνει σε μεγάλες ποσότητες ζωικό λίπος και ένα πάρα πολύ μικρό ποσοστό οινοπνευματώδη.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 41

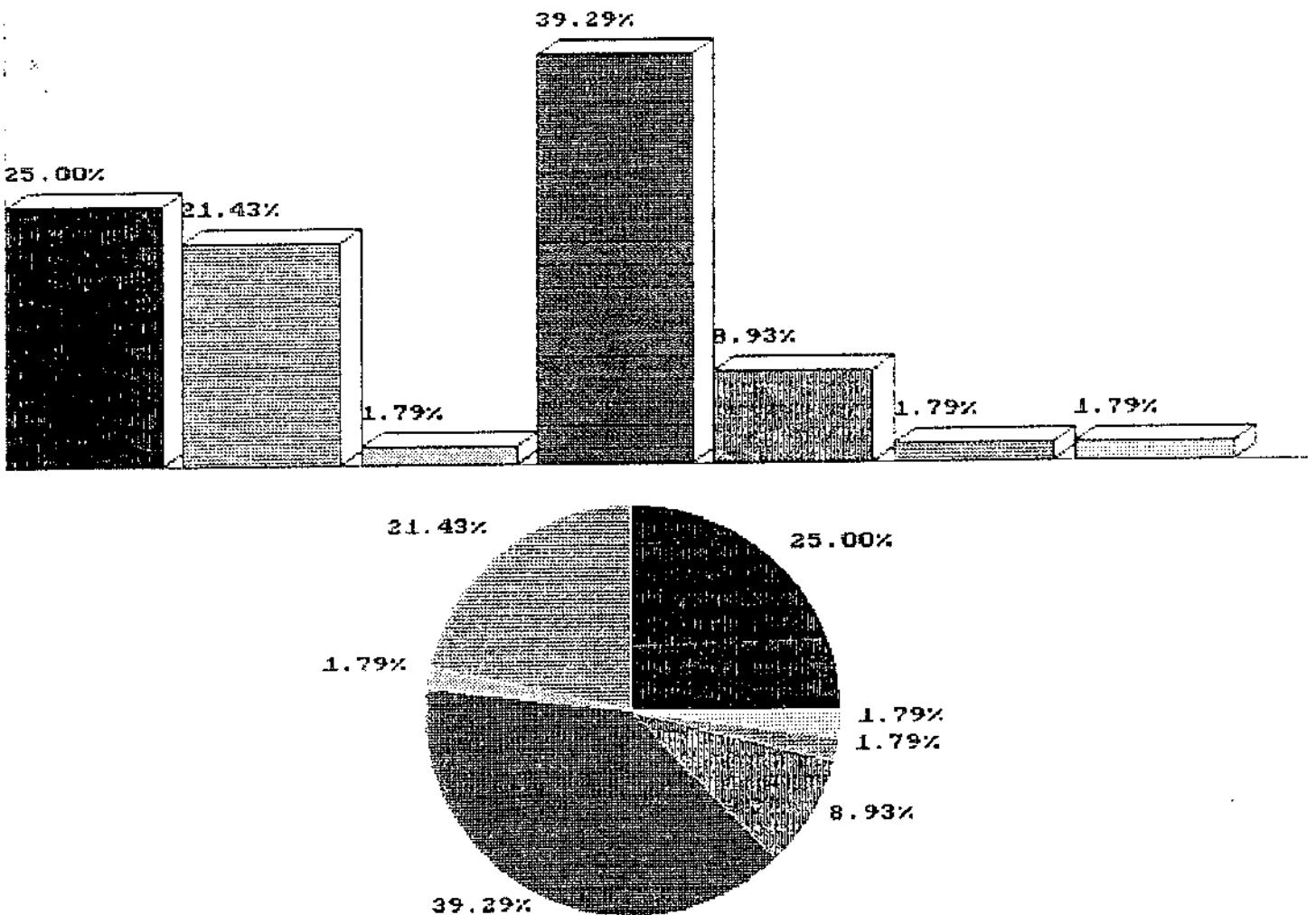


Πίνακας 42 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και διατροφικών συνηθειών.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΖΩΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ	14	25.00
ΦΥΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ	12	21.43
ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ	1	1.79
ΤΙΠΟΤΕ ΑΠΟ ΑΥΤΑ	22	39.29
ΖΩΙΚ & ΦΥΤΙΚ. ΛΙΠΗ	5	8.93
ΖΩΙΚ, ΦΥΤ. Λ. & ΟΙΝ.	1	1.79
Δεν απάντησαν	1	1.79

Στον πίνακα 42 το ποσοστό των γυναικών με συμπτώματα στο μαστό που καταναλώνει σε μαγέλες ποσότητες λίπος και οινοπνευματώδη δεν αποκλίνει πολύ από αυτό των γυναικών που εφαρμόζει υγιεινές διατροφικές συνήθειες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 42

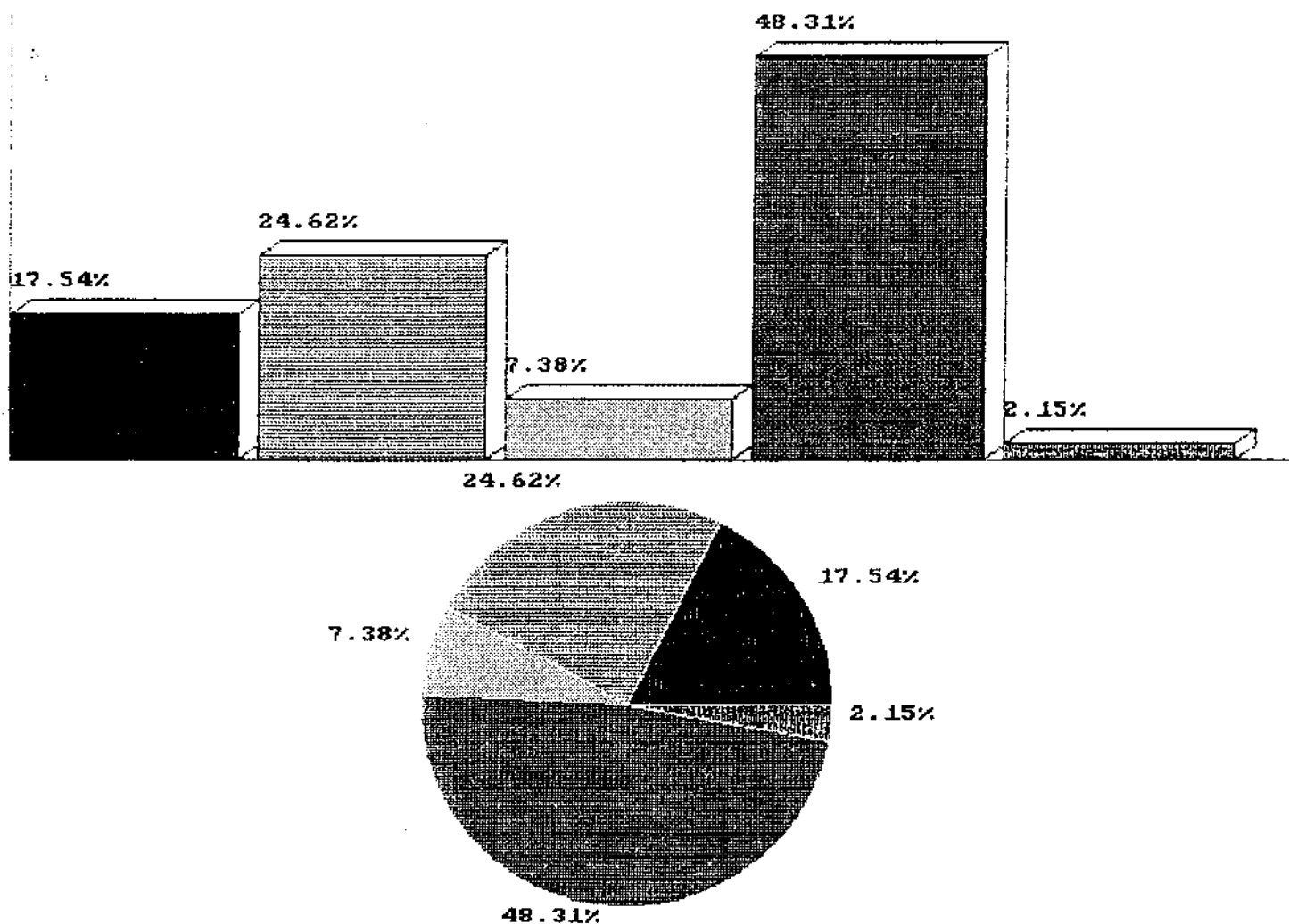


Πίνακας 43 : Κατανομή του δείγματος σε σχέση με το κάπνισμα.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΠΟΛΥ	57	17.54
ΛΙΓΟ	80	24.62
ΤΟ ΕΧΩ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ	24	7.38
ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ	157	48.31
Δεν απάντησαν	7	2.15

Από τον πίνακα 43 προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό του τυχαίου δείγματος δεν κάπνισε ποτέ, ποσοστό που δεν αποκλίνει από αυτό των γυναικών που καπνίζουν πολλά ή λίγα τσιγάρα ή κάπνιζαν παλαιότερα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 43

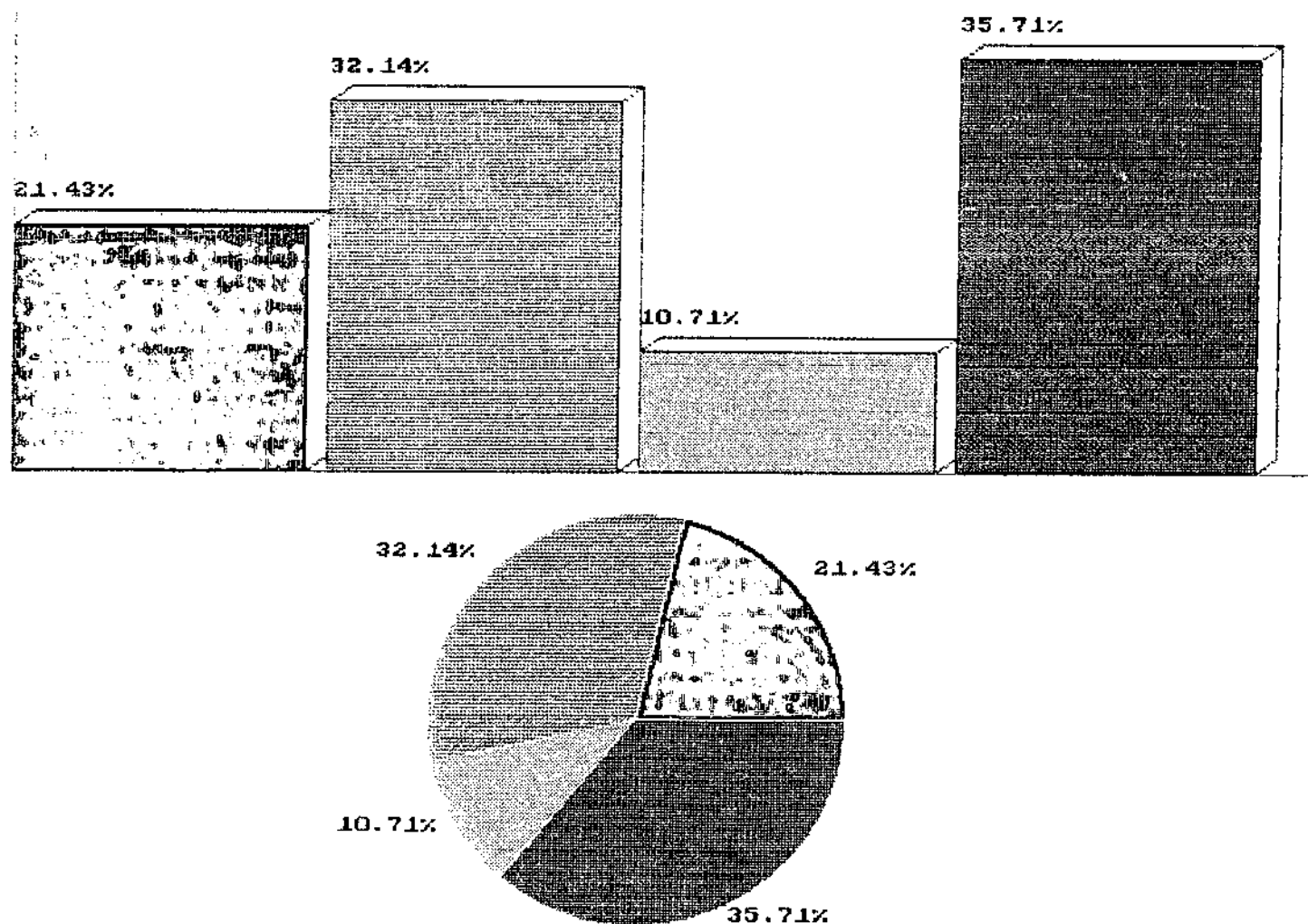


Πίνακας 44 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και καπνίσματος.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	12	21.43
ΛΙΓΟ	18	32.14
ΤΟ ΕΧΟΥΝ ΣΤΑΜΑΤΗΣΕΙ	6	10.71
ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΑΝ	20	35.71

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα στο μαστό καπνίζουν πολύ, λίγο ή το έχουν σταματήσει. Πρέπει να αναφέρουμε εδώ, ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν κάπνισαν ποτέ.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 44

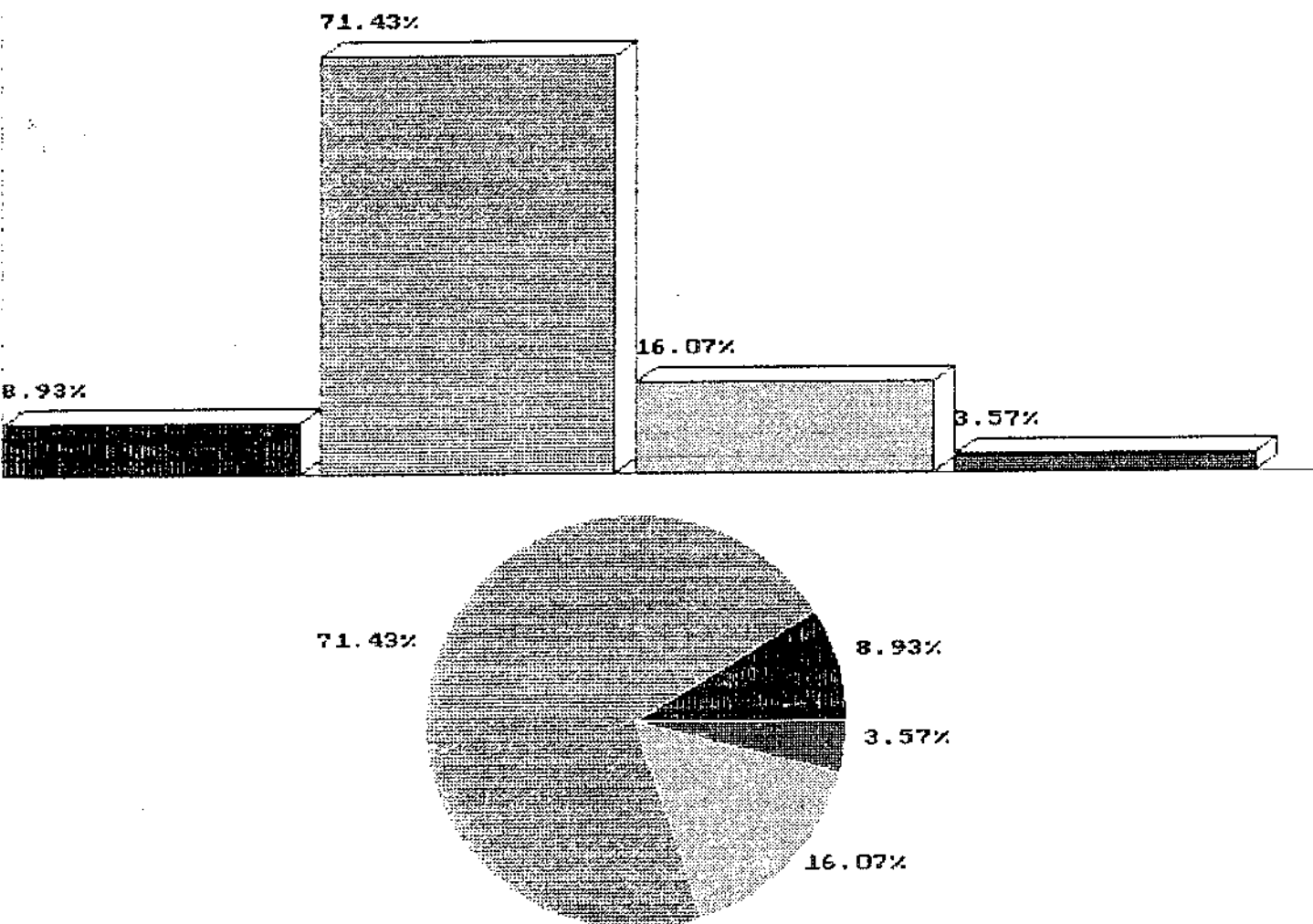


Πίνακας 45 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και λήψης αντισυλληπτικών δισκίων.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	5	8.93
ΛΙΓΟ	40	71.43
ΚΑΠΟΤΕ ΝΑΙ	9	16.07
Δεν απάντησαν	2	3.57

Βάσει του πίνακα 45, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που είχαν πρόβλημα δεν χρησιμοποίησε ποτέ αντισυλληπτικά δισκία. Ένα πολύ μικρό ποσοστό χρησιμοποίησε παλαιότερα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 45

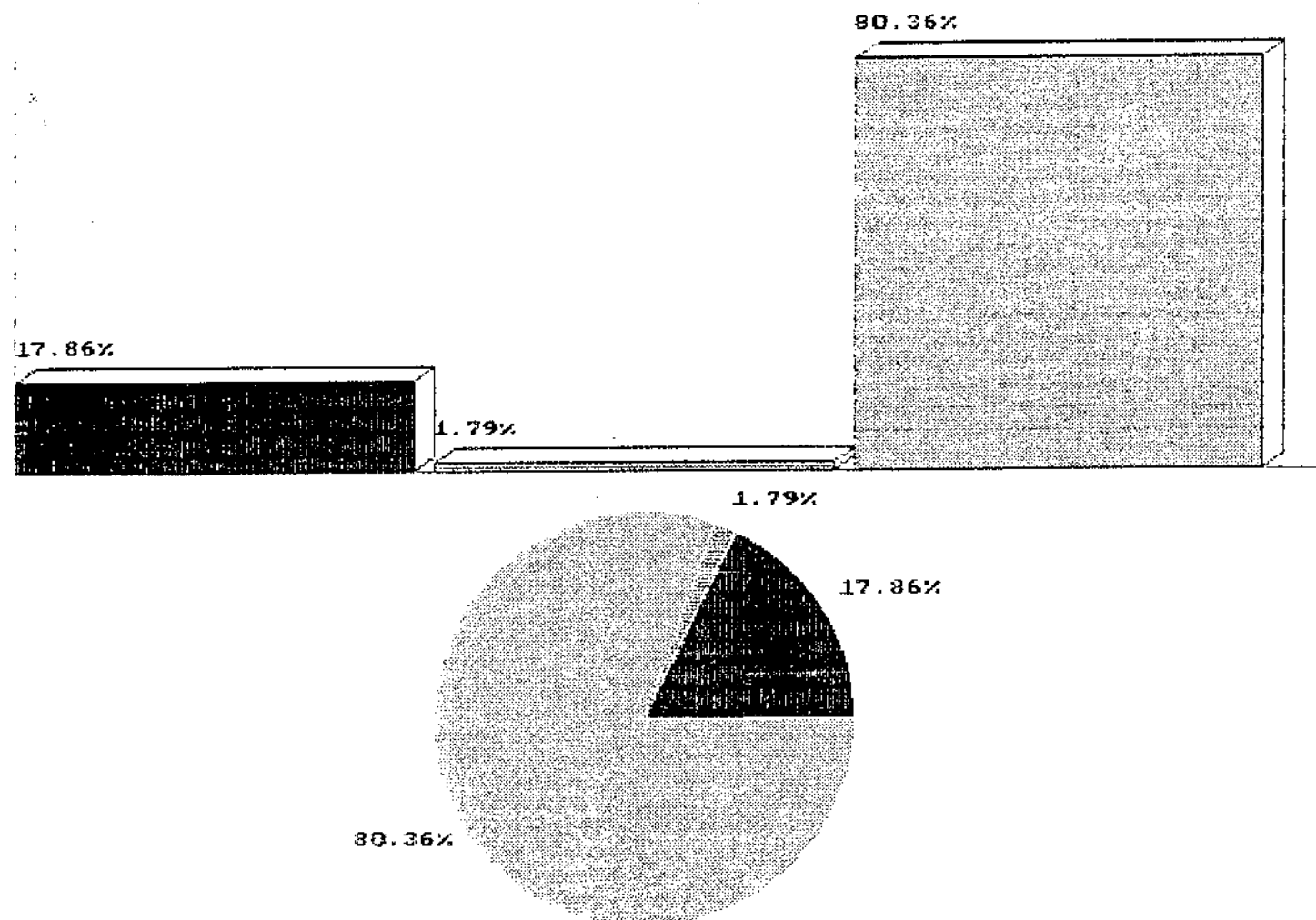


Πίνακας 46 : Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και διάρκειας λήψης αντισυλληπτικών δισκίων.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
1-2 ΧΡΟΝΙΑ	10	17.86
3-4 ΧΡΟΝΙΑ	1	1.79
Δεν απάντησαν	45	80.36

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είχαν κάποιο σύμπτωμα έπαιρνε αντισυλληπτικά δισκία για 1-2 χρόνια. Μία μόνο περίπτωση ανέφερε ότι χρησιμοποιεί χάπια για 3-4 χρόνια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 46

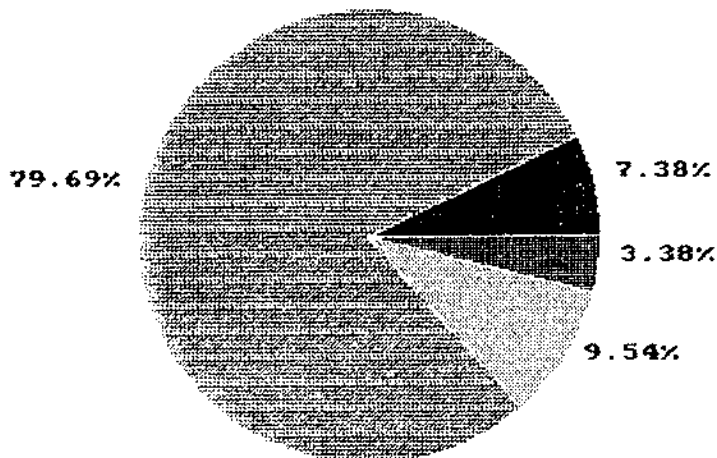
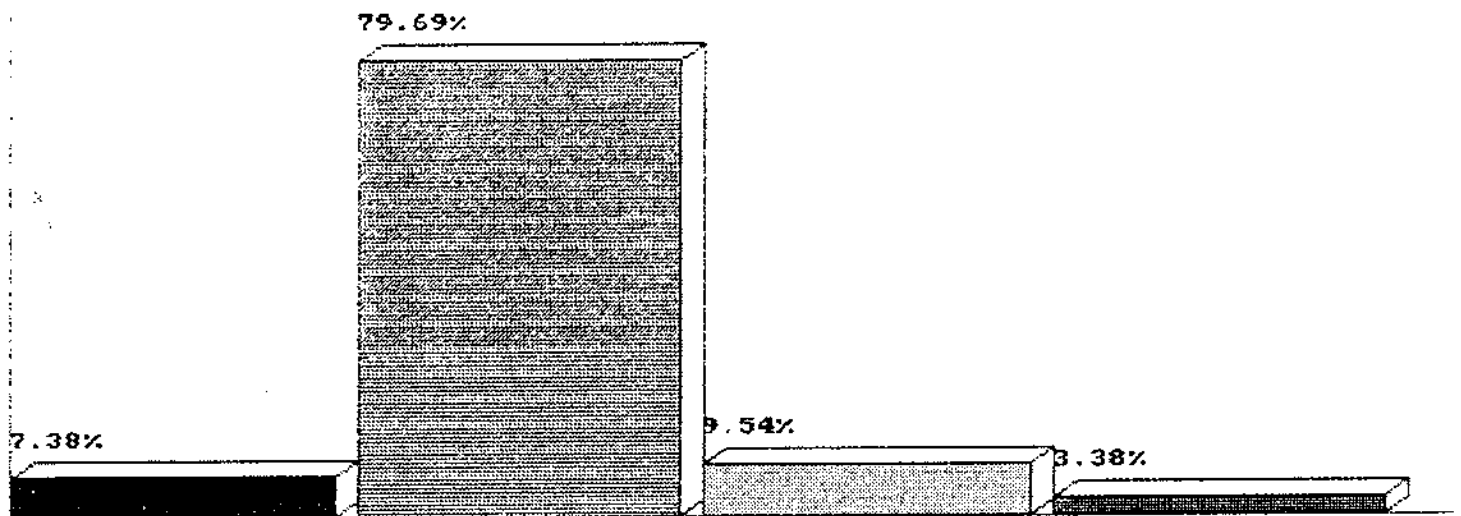


Πίνακας 47 : Κατανομή δείγματος σε σχέση με τη λήψη αντισυλληπτικών δισκίων.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	24	7.38
ΟΧΙ	259	79.69
ΚΑΠΟΤΕ ΝΑΙ ΤΩΡΑ ΟΧΙ	31	9.54
Δεν απάντησαν	11	3.38

Από τον πίνακα 47 προκύπτει ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος χρησιμοποιεί αντισυλληπτικά. Το ίδιο περίπου ποσοστό έπαιρνε παλαιότερα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 47

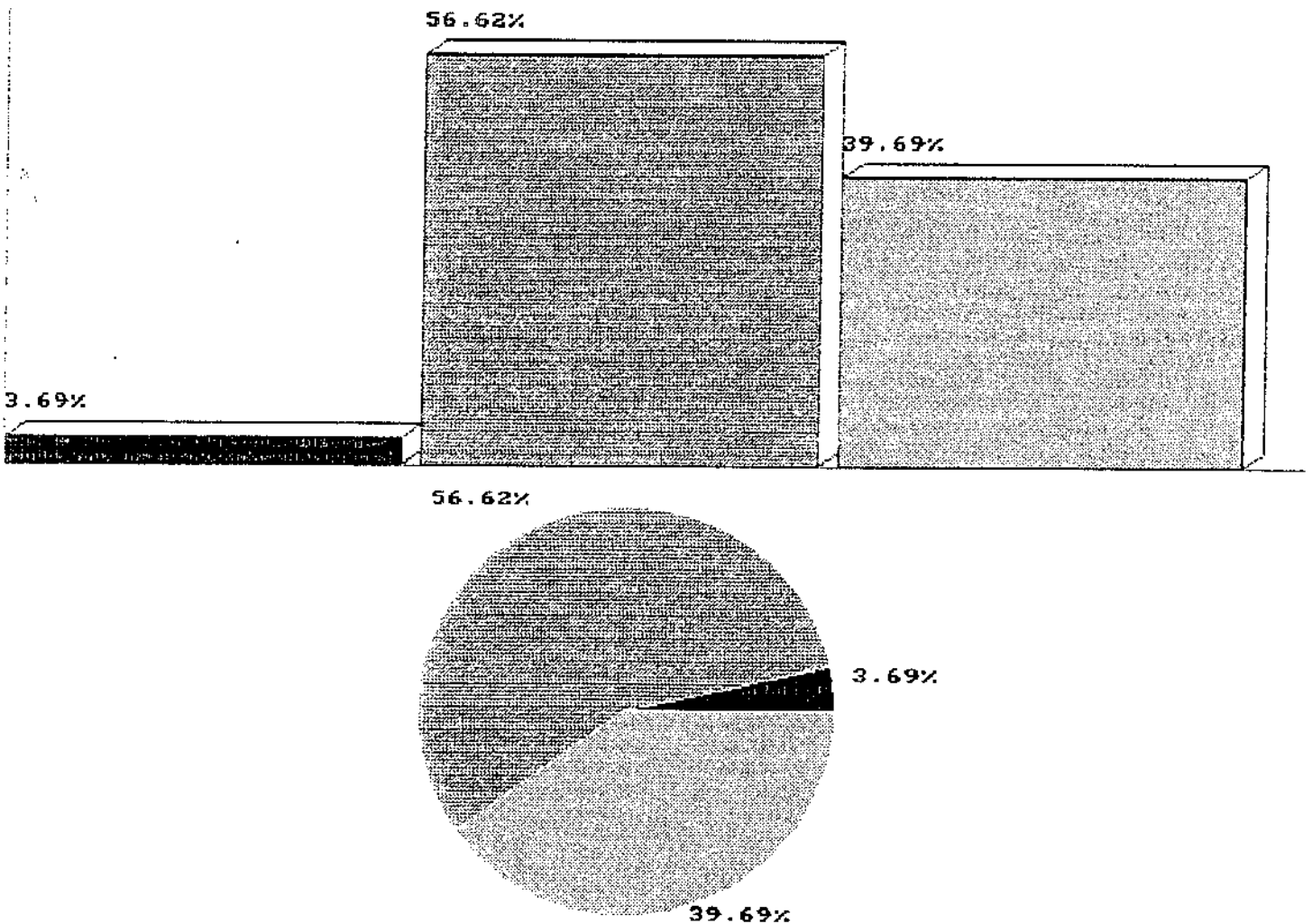


Πίνακας 48 : Κατανομή δείγματος σχετικά με την ύπαρξη έκκρισης από το μαστό.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	12	3.69
ΟΧΙ	184	56.62
Δεν απάντησαν	129	39.69

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που απάντησαν (196 άτομα) δεν είχε έκκριση από το μαστό.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 48

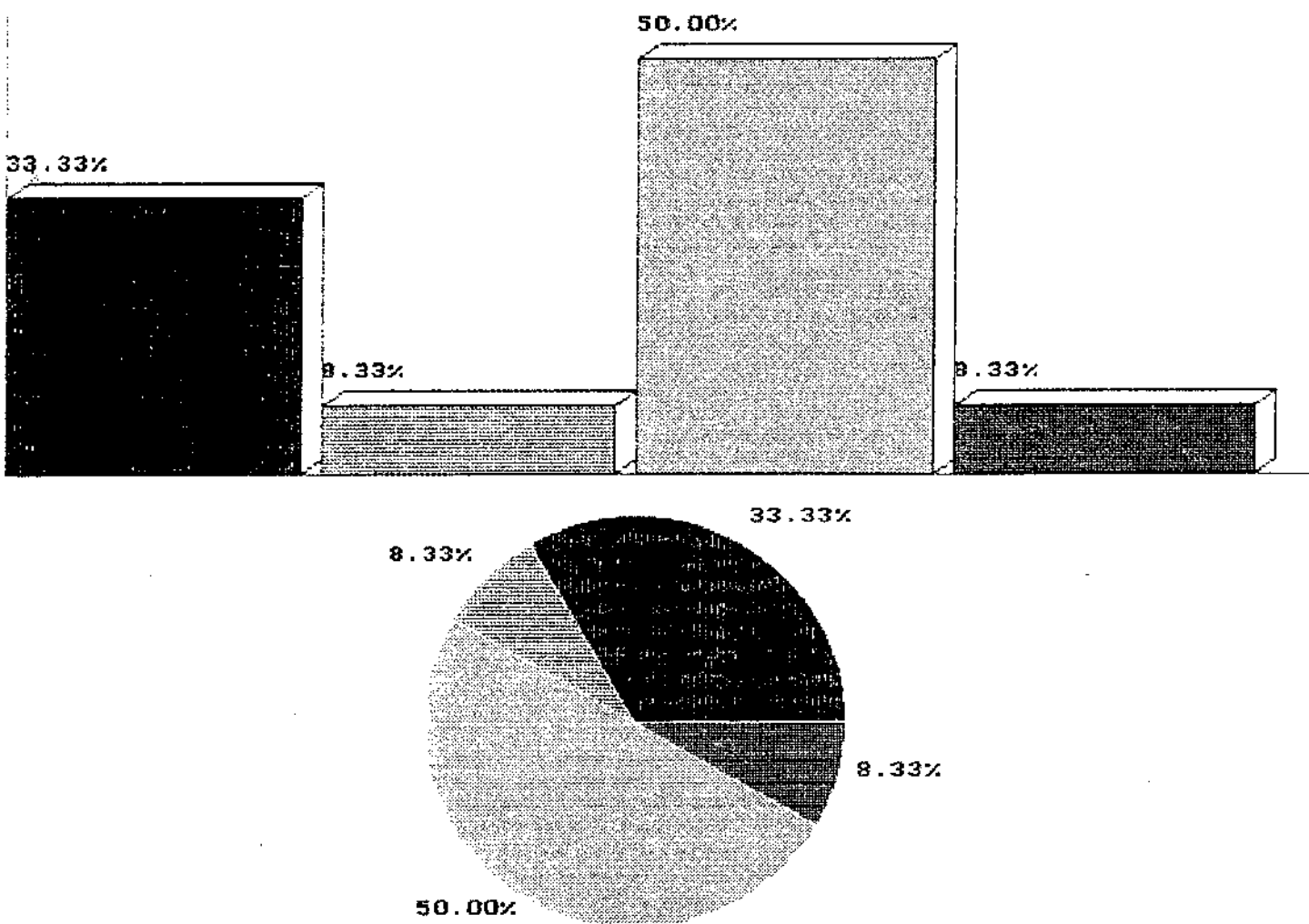


Πίνακας 49 : Είδος έκκρισης από το μαστό.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΟΡΩΔΕΣ	4	33.33
ΠΥΩΔΕΣ	1	8,33
ΠΡΑΣΙΝΗ	6	50.00
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	1	8.33

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι εξαιτίας του μικρού δείγματος, μόνο 12 γυναίκες, τα αποτελέσματα δεν είναι αντιπροσωπευτικά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 49

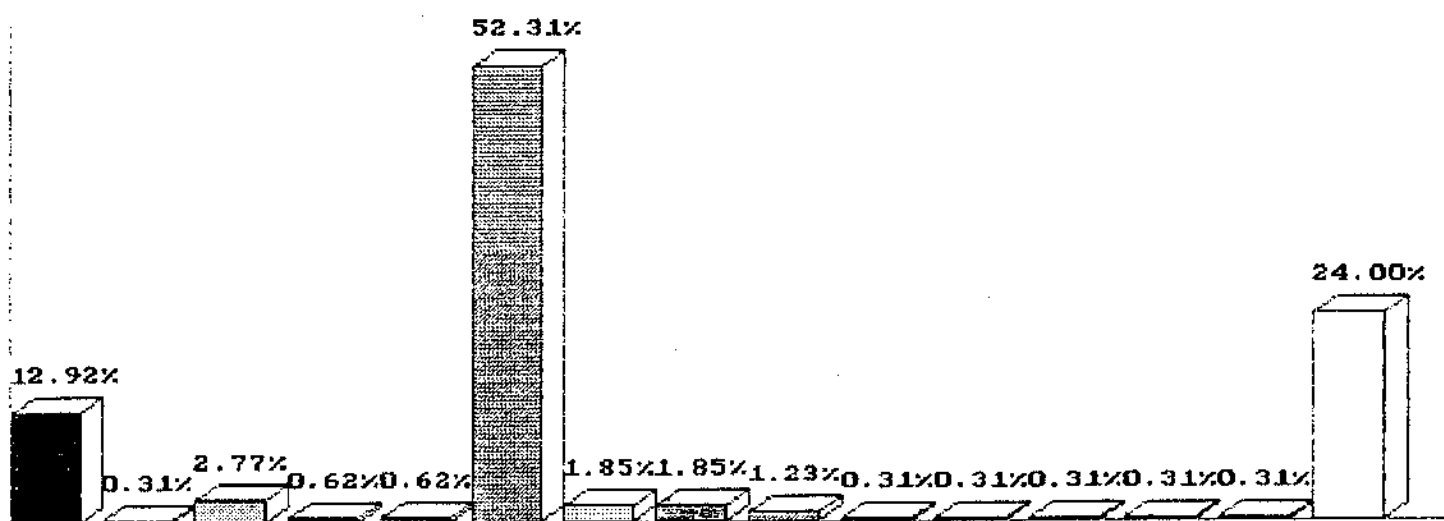


Πίνακας 50 : Είδος εξέτασης που έχει γίνει στους μαστούς.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	42	12.92
ΥΠΕΡΥΘΡ. ΘΕΡΜΟΓΡ.	1	0.31
ΚΥΤΤΑΡΟΛ. ΕΞΕΤΑΣΗ	9	2.77
ΒΙΟΨΙΑ	2	0.62
ΕΓΧΕΙΡ. ΣΤΟΥΣ ΜΑΣΤ.	2	0.62
ΔΕΝ ΕΚΑΝΑ	170	52.31
ΜΑΣΤ. & ΚΥΤΤΑΡ. ΕΞ.	6	1.85
ΜΑΣΤ. & ΒΙΟΨ.	6	1.85
ΜΑΣΤ. & ΕΓΧΕΙΡ.	4	1.23
ΚΥΤΤ. ΕΞ. & ΕΓΧΕΙΡ.	1	0.31
ΒΙΟΨ. & ΕΓΧΕΙΡ.	1	0.31
ΜΑΣΤ. ΚΥΤΤ. ΕΞ. ΕΓΧ.	1	0.31
ΜΑΣΤ. ΒΙΟΨ. ΕΓΧΕΙΡ.	1	0.31
ΜΑΣΤ. ΚΥΤ. ΒΙΟΨ. ΕΓ.	1	0.31
Δεν απάντησαν	78	24.00

Στον πίνακα 50 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν έχει κάνει καμία εξέταση. Η κυριότερη εξέταση που έγινε ήταν η μαστογραφία. Ένα πολύ μικρό ποσοστό έχει κάνει κυτταρολογική εξέταση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 50

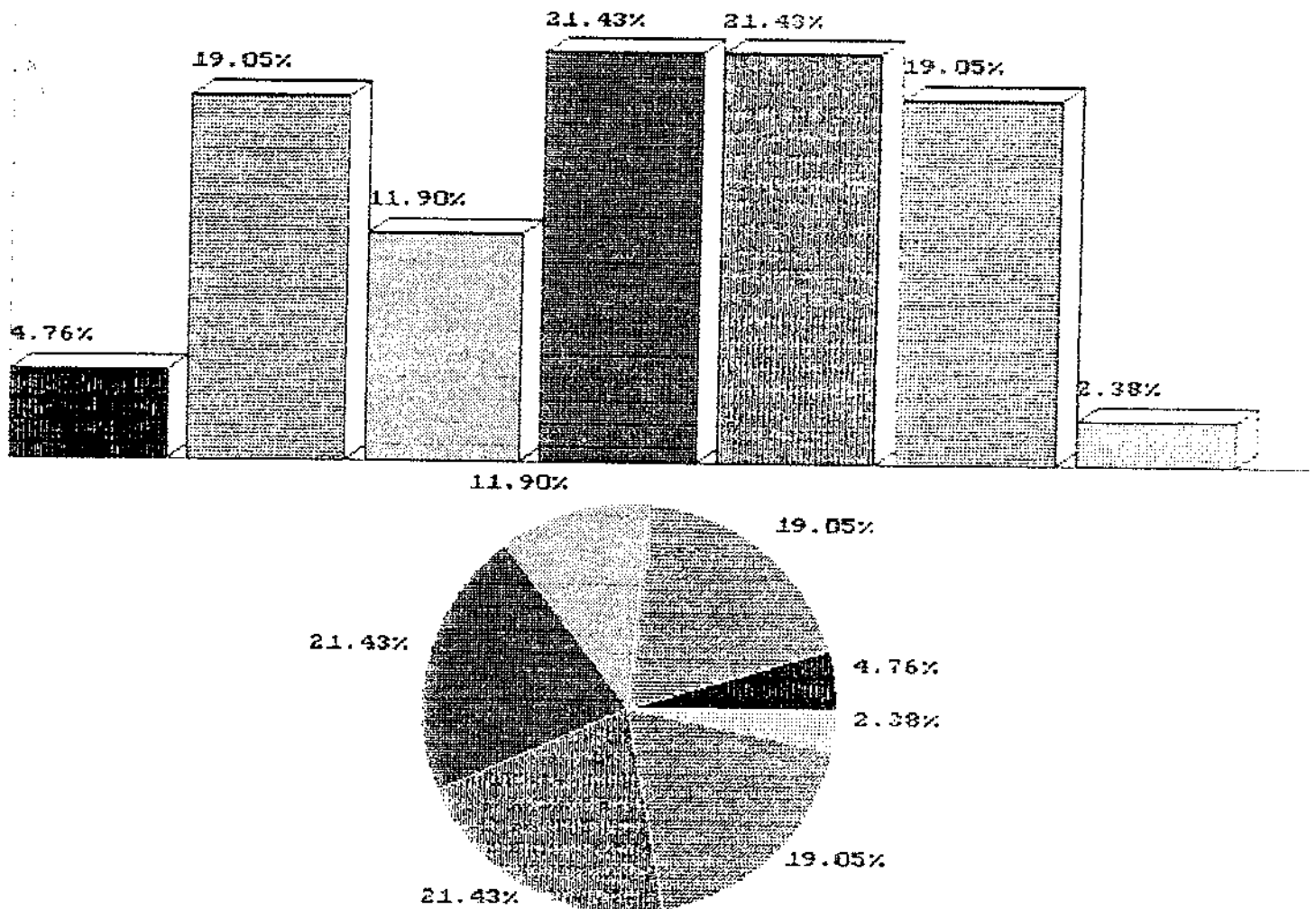


Πίνακας 51 : Συσχέτιση ηλικιακής κατανομής του δείγματος και μαστογραφίας.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
20-25	2	4.76
25-30	8	19.05
30-35	5	11.90
35-40	9	21.43
40-45	9	21.43
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 45	8	19.05
Δεν απάντησαν	1	2.38

Από τις 42 γυναίκες που έκαναν μαστογραφία, ένα μεγάλο ποσοστό την έκανε σε ηλικία 35-40 ετών και ένα ίδιο ποσοστό από 40-45 ετών. Ένα μικρότερο ποσοστό έκανε μαστογραφία πάνω από 45 ετών ποσοστό που εμφανίζεται και στις ηλικίες 25-30.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 51

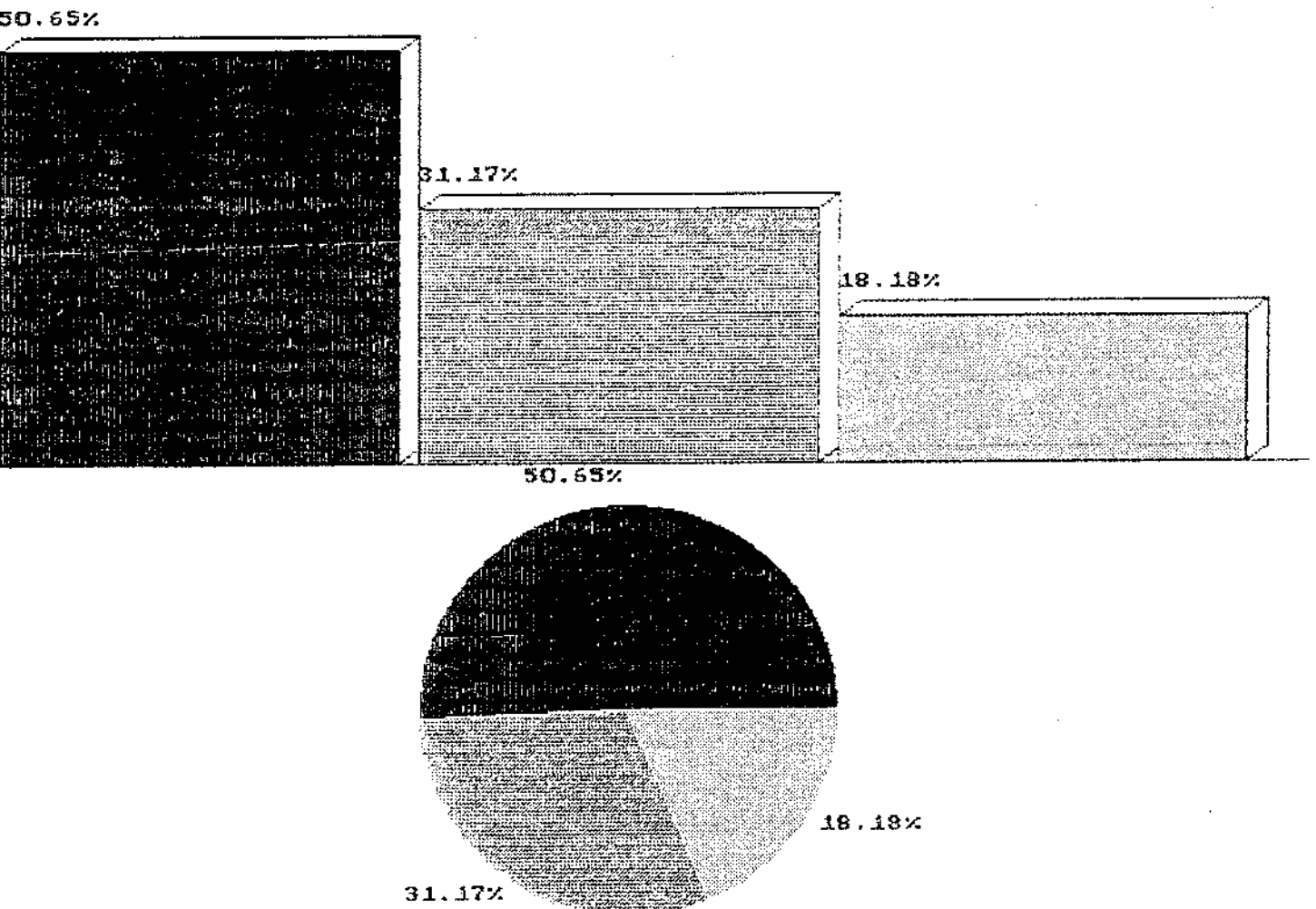


Πίνακας 52 : Κατανομή γυναικών των οποίων οι παραπάνω εξετάσεις έδειξαν πρόβλημα στους μαστούς.

Απαντήσεις	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΝΑΙ	39	50.65
ΟΧΙ	24	31.17
Δεν απάντησαν	14	18.18

Από τις 77 γυναίκες που εξετάστηκαν ένα μεγάλο ποσοστό είχε πρόβλημα στους μαστούς, ενώ ένα μικρότερο δεν είχε.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 52



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθεια και αιτία θανάτου στις γυναίκες. Αν και δε θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στον γυναικολόγο. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθήσει κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με την διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών.

Όσον αφορά την αυτοεξέταση και βασιζόμενοι στα αποτελέσματα της έρευνάς μας, το μεγαλύτερο ποσοστό (90,46%) των γυναικών είναι ενημερωμένο. Από αυτό το ποσοστό, ένα 71,43% αυτοεξετάζεται. Γνωρίζουμε ότι η γυναίκα πρέπει να υιοθετεί ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 1 εβδομάδα μετά την περίοδο, οπότε ο μαστός δε δέχεται σε μεγάλο βαθμό την επίδραση των ορμονών. Σύμφωνα με την έρευνά μας το 50,94% αυτοεξετάζεται μετά την περίοδο, ενώ μόνο το 27,36% αυτοεξετάζεται κάθε μήνα. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι, αν και μεγάλο ποσοστό γυναικών γνωρίζει την τεχνική και τη σημαντικότητα της αυτοεξέτασης, εντούτοις πολύ μικρό ποσοστό αυτοεξετάζεται με το σωστό τρόπο. Εδώ επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό (87,5%) των γυναικών που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα στους μαστούς, το ανακάλυψαν με αυτή τη μέθοδο. Τέλος τα στοιχεία μας έδειξαν ότι οι γυναίκες που έχουν εκπαίδευση πέραν της βασικής, αυτοεξετάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό (76,88%).

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Εντούτοις ισχυροί προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ύπαρξη καρκίνου σε άτομο με άμεση συγγένεια (π.χ μητέρες, θυματέρες, αδελφές) ή προηγούμενο ιστορικό καρκίνου μαστού στο ίδιο άτομο. Γυναίκες των οποίων οι μητέρες παρουσίασαν αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση έχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο μεταξύ μητέρων, αδελφών, και θυγατέρων, ο οποίος υπολογίζεται ότι είναι 9 φορές μεγαλύτερος από το μέσο, και πάνω από το 50% απ'αυτές θα πάθουν καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά τα στοιχεία της έρευνας μας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που παρουσίασε συμπτώματα στους μαστούς, δεν είχε συγγενείς με καρκίνο μαστού στο μεγαλύτερο ποσοστό (75%). Επίσης ένα ποσοστό 32,16%, είχε συγγενείς που έπασχαν από κάποιο άλλο είδος καρκίνου.

Μέτριοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η απουσία τοκετών και θηλασμού από το ιστορικό (ιδίως το πρώτο) καθώς και η πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση. Η ηλικία της πρώτης εγγυμοσύνης ίσως έχει μεγαλύτερη σημασία δεδομένου ότι οι γυναίκες με πρώτη εγγυμοσύνη μετά τα 30 έχουν 4 με 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από αυτές που είχαν πρώτη

εγγυμοσύνη πριν τα 18. Πράγματι από τη μελέτη μας προκύπτει ότι σ'ένα ποσοστό 53,57% των γυναικών που είχαν πρόβλημα εμφανίστηκε έμμηνος ρύση σε ηλικία 13-14 ετών και σ'ένα ποσοστό 32,14% μεταξύ 11-12 ετών. Μόλις το 10,71% εμφάνισε έμμηνο ρύση μεταξύ 15-16 ετών. Από το δείγμα μας ένα ποσοστό 16,07% των γυναικών που παρουσίασαν κάποιο πρόβλημα από τους μαστούς τεκνοποίησε για πρώτη φορά σε ηλικία 15-20 ετών και ένα ποσοστό 37,5% μεταξύ 20-25 ετών. Όσον αφορά το θηλασμό η έρευνά μας έσειξε ότι δεν παίζει προστατευτικό ρόλο στον καρκίνο του μαστού ή σε κάποια άλλη νόσο του, αφού ένα ποσοστό 57,14% των γυναικών που θήλασαν εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα. Σχετικά με τις εκτρώσεις από τους πίνακες προκύπτει ότι το ποσοστό των γυναικών που έκαναν έκτρωση (42,87%) και παρουσίασαν πρόβλημα είναι σχετικά αυξημένο. Αντίθετα όσον αφορά τις αποβολές δεν φαίνεται να αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα στον καρκίνο του μαστού, αφού ένα μεγάλο ποσοστό (69,64%) των νοσούντων γυναικών δεν είχαν αποβάλει.

Υπάρχουν επιδημιολογικά ευρήματα για διαιτητικούς παράγοντες όπως το λίπος και το αλκοόλ. Και για το μεν λίπος τα σχετικά δεδομένα είναι ατεκμηρώτα και σε πολλά αλληλοσυγκρουόμενα. (από μελέτη Ελληνίδων δεν προκύπτει αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε αυξημένη διαιτητική πρόσληψη λίπους). Ενώ για το αλκοόλ επιβεβαιώθηκε ότι η μέτρια κατανάλωση του συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Πράγματι, βρέθηκε ότι μεταξύ των γυναικών που καταναλώνουν 5-14 gr αλκοόλ την ημέρα (3-9 την εβδομάδα) ο σχετικός κίνδυνος καρκίνου του μαστού με αποτύπωση ηλικίας είναι 1.3. Επιβεβαιώνεται επίσης ότι από τις σύγχρονες μελέτες γυναικών που καταναλώναν 3 ποτά/ημέρα και κάτω των 30 ετών ασχέτως κατανάλωσης. Η έκθεση σε ακτινοβολία καθώς και ορισμένες καλοήθεις βλάβες του μαστού (κατά κύριο λόγο επιθηλιακή υπερπλασία με ατυπία, θήλωμα) αποτελούν επίσης παράγοντες αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Από τη μελέτη μας ένα ποσοστό 25% των νοσούντων γυναικών καταναλώναν σε μεγάλες ποσότητες ζωικό λίπος. Συγκεντρωτικά ένα 37.51% καταναλώναν σε μεγάλες ποσότητες ζωικό λίπος και αλκοόλ. Το ποσοστό όμως αυτό δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι ενδεικτικό του επιβαρυντικού ρόλου που παίζουν στον καρκίνο του μαστού. Αντίθετα βλέπουμε να υπάρχει μία ενοχοποιητική σχέση καπνίσματος και καρκίνου, αφού ένα ποσοστό 64.28% κάπνιζε πολύ, λίγο ή κάπνιζε παλαιότερα.

Μια πρόσφατη ενδοκρινολογική υπόθεση ότι η παθολογική αύξηση της οιστρονης και οιστραδιόλης (που θεωρούνται καρκινογόνες) και ή έλλειψη οιστριόλης (που θεωρείται ότι παρέχει αντικαρκινική προστασία) είναι μία από τις αιτίες καρκίνου του μαστού, δεν έχει επιβεβαιωθεί. Υπερ αυτής της υπόθεσης καθώς και της ενοχοποίησης των εξωγενών οιστρογόνων σαν αιτία αιτίας καρκίνου του μαστού συνηγορεί το γεγονός

ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί ωοθηκεκτομή πριν από την ηλικία των 35 χρόνων παρουσιάζουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Χρήση οιστρογόνων σαν αγωγή αποκατάστασης σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες ή σαν αντισυλληπτικά, σε μικρές δόσεις και για μεγάλο χρονικό διάστημα, θεωρείται ασφαλής. Μεγάλες δόσεις και μακρά χορήγηση υπολογίζεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο του μαστού κύρια όταν πρόκειται για γυναίκες που έχουν καλοήγη νόσο του μαστού ή έχουν υποστεί ωοθηκεκτομή. Για την ωοθηκεκτομή, έχει υπολογιστεί ότι ο κίνδυνος είναι διπλάσιος έως τριπλάσιος αν χορηγηθούν για περισσότερα από 10 χρόνια.

Η σημασία των από το στόμα αντισυλληπτικών χαπιών σαν πιθανών καρκινογόνων στον καρκίνο του μαστού έχει γίνει αντικείμενο τουλάχιστον 25 δημοσιεύσεων σε έγκυρα διεθνή περιοδικά και οι περισσότερες δεν έχουν δείξει σχέση μεταξύ αυτών και επίπτωσης καρκίνου του μαστού. Η πιό πρόσφατη βιβλιογραφία παρουσιάζει μια μόνο μελέτη με μικρή αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού σε γυναίκες κάτω των 45 ετών στην Σουηδία - Νορβηγία (2,2 φορές) όταν η λήψη αντισυλληπτικών ξεπερνά τα 12 χρόνια, ενώ άλλες πολύ μεγαλύτερες σε αριθμό σειρές με μεγαλύτερα φάσματα ηλικιών δεν δείχνουν τέτοιο συσχετισμό. Ακόμα, η σύνθεση των αντισυλληπτικών σκευασμάτων δε φαίνεται να παίζει ρόλο, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ρέθηκε ελλάτωση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Σε μια από τις εγκυρότερες και πιο πρόσφατες δημοσιεύσεις πάνω στο θέμα αυτό αναφέρεται σημαντική ελλάτωση του σχετικού κινδύνου καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με μακροχρόνια (πάνω από 15 χρόνια) λήψη αντισυλληπτικών από το στόμα. (σχετικός κίνδυνος 0.6 έναντι 1.0 του γενικού πλυθισμού).

Δυστυχώς δεν μπορούμε να κάνουμε συσχέτιση των γυναικών που παρουσίασαν κάποιο σύμπτωμα με τη χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών σκευασμάτων γιατί το δείγμα μας ήταν πάρα πολύ μικρό. Απ' αυτό φαίνεται η προκατάληψη γενικά που υπάρχει όσο αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων.

Πιστεύεται ότι μικρές δόσεις ακτινοβολίας, που εφαρμόζεται για διαγνωστικούς σκοπούς μπορεί να είναι επικίνδυνες. Γι' αυτό το λόγο ο προληπτικός περιοδικός έλεγχος ασυμπτωματικών γυναικών πρέπει να γίνεται μετά το 45ο έτος της ηλικίας.

Τέλος, η ιογενής προέλευση του καρκίνου του μαστού δεν έχει αποδειχθεί στις γυναίκες παρά μόνο σε πειραματόζωα μέσω του ιού MTV (mammary tumour virus).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού έχει θνησιμότητα στους άνδρες 0 και στις γυναίκες 12%. Είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εκτός από την Ιαπωνία και την Ταϊβάν), καθώς και στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο, περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ό έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις, και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό (2% κάθε χρόνο). Η παχυσαρκία, η πρωίμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού, ενώ ο θηλασμός δεν παίζει ουσιαστικό ρόλο. Αυξημένος είναι επίσης ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με επιβαρυνόμενο κληρονομικό αναμνηστικό, σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια, σε όσες κάνουν μακροχρόνια χρήση εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και σε όσες δέχονται μεγάλες τοπικές δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας. Αντίθετα η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων και η βαφή των μαλλιών δεν φαίνεται να συσχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Η γενικότερη αιτιολογία της νόσου παραμένει σκοτεινή. Η επικρατούσα άποψη είναι ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη ή το μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, αλλά δεν αποκλείεται να παίζουν ρόλο η ωορρηξία, η έκκριση της προλακτίνης, η δυναμική των ιδιολογικών μεταβολών του μαζικού αδένου και ίσως άλλοι παράγοντες.

SUMMARY

Mortality because of the breast cancer among men is 0 and among women is 12%. It is the women most frequent cancer in the most developed countries of the world (except for Japan and Taiwan) as well as in Greece. Every year, about 1500 women get sick of the breast cancer, but 65% of them live over 5 years. The consequences of cancer in Greece are increased in connection with the age until the 50th, but after it remains on steady bases.

The frequency of breast cancer is higher in the cities and among the higher socioal-economic classes and it seems that it increases in our country with disquieting rhythm (2% every year). Fatness, premature monthly period, tetarded menopause and the first child's birth in old age are combined with high possibility of breast cancer, however breast feeding doesn't play important role. The danger of the breast cancer is also bigger among women hereditary history of breast cancer. The use of hormones, the irradiation, the cystic disease of the breast are also dangerous. On the contrary, the use of contraceptive pills and hair colour doesn't seem to be dangerous. Nutritional factors, the secretion of prolactine, the change of the breast size, the ovulation and some other factors seem to be burdensome.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΕΛΕΓΧΟΣ Ca ΜΑΣΤΟΥ**

Σημειώστε ένα X σε όποια απάντησή σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε τις απαντήσεις.

- Ηλικία

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 15 - 20 | <input type="checkbox"/> 25 - 30 | <input type="checkbox"/> 35 - 40 | <input type="checkbox"/> πάνω από 45 |
| <input type="checkbox"/> 20 - 25 | <input type="checkbox"/> 30 - 35 | <input type="checkbox"/> 40 - 45 | |

- Επάγγελμα _____

- Γραμματικές γνώσεις

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Αγράμματη | <input type="checkbox"/> Λύκειο |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό | <input type="checkbox"/> Ανώτερη Εκπαίδευση |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> Ανώτατη Εκπαίδευση |

- Έγγαμος Άγαμος Διαζευγμένη Χήρα

- Ηλικία συζύγου : _____

- Επάγγελμα συζύγου : _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έπασχε κανείς συγγενής σας από καρκίνο μαστού :

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Μητέρα | <input type="checkbox"/> Θεία |
| <input type="checkbox"/> Αδελφή | <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω |

- Παρουσιάστηκε στο συγκεκριμένο πρόσωπο ο καρκίνος:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Κατά την γόνιμη ηλικία |
| <input type="checkbox"/> Μετά την εμμηνόπαυση |
| <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω |

- Έπασχε κανείς συγγενής σας από καρκίνο :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ωοθήκης | <input type="checkbox"/> Τραχήλου μήτρας |
| <input type="checkbox"/> Μήτρας | <input type="checkbox"/> Θυροειδή αδένα |
| <input type="checkbox"/> Άλλο καρκίνο | <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω |

- Τι είδος συγγένειας είχατε με τον παραπάνω :

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Πατέρας | <input type="checkbox"/> Παίπλους |
| <input type="checkbox"/> Μητέρα | <input type="checkbox"/> Γιαγιά |
| <input type="checkbox"/> Αδελφός - η | <input type="checkbox"/> Παιδί σας |

- Αν ναι, σε ποιά ηλικία παρουσιάστηκε ο καρκίνος

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> κάτω από 20 | <input type="checkbox"/> 40-49 |
| <input type="checkbox"/> 20-29 | <input type="checkbox"/> 50-59 |
| <input type="checkbox"/> 30-39 | <input type="checkbox"/> πάνω από 60 |

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Ξέρετε τι είναι η αυτοεξέταση μαστού :
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αυτοεξετάξεστε :
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αυτοεξετάξεστε :
 πριν από την περίοδο μετά την περίοδο
- Πόσο συχνά αυτοεξετάξεστε :
 κάθε μήνα
 όχι σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Με την αυτοεξέταση του μαστού είδατε η αισθανθήκατε :
 Πόνο Ανομοιόμορφη ανήψωση του ενός μαστού
 Εισολκή θηλής Αύξηση ή μείωση του μεγέθους του μαστού
 Οίδημα της θηλής Κινητή μαλακή μάζα στο μαστό
 Σκληρή μάζα στο μαστό
- Εάν ανακαλύψατε κάτι από τα παραπάνω, σε πόσο χρονικό διάστημα επισκεφθήκατε το γιατρό σας
 Λιγότερο από ένα μήνα 8-9 μήνες
 2-3 μήνες 10-11 μήνες
 4-5 μήνες πάνω από ένα χρόνο
 6-7 μήνες Δεν θυμάμαι
- Ηλικία έναρξης περιόδου :
 κάτω από 10 15-16
 11-12 Πάνω από 16
 13-14 Δεν είχα ποτέ περίοδο
- Ηλικία εμμηνόπαυσης
 35-40 55-60
 40-45 Δεν έχω ακόμα εμμηνόπαυση
 45-50
- Διάρκεια περιόδου _____
- Συχνότητα κύκλου
 κάθε 28 ημέρες Λιγότερο από 23 ημέρες
 κάθε 23-28 ημέρες Περισσότερο από 32 ημέρες
 κάθε 28-32 ημέρες
- Υπάρχει καταμήνια μαστοδυνία
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Είχατε ποτέ πρόβλημα με τους μαστούς σας
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, τότε εξεταστήκατε τελευταία φορά από γιατρό
 πριν 6 μήνες πριν 3-4 χρόνια
 πριν 1-2 χρόνια πάνω από 4 χρόνια
- Ποια ήταν η διάγνωση τότε
 Ινοκυστική μαστοπάθεια τραύματα
 Μαστίτιδα δεν θυμάμαι
 Ινοαδένωμα

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έχετε γεννήσει ποτέ :
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Πόσους φυσιολογικούς τοκετούς είχατε : _____
- Κάνατε καισαρικές τομές
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πόσες : _____
- Είχατε ποτέ αποβολές :
 ΝΑΙ ΟΧΙ Πόσες ;
- Κάνατε ποτέ έκτρωση
 ΝΑΙ ΟΧΙ Πόσες ;
- Σε ποιά ηλικία αποκτήσατε το πρώτο σας παιδί :
 15-20 25-30 35-40
 20-25 30-35 40-45
- Μετά από πόσο καιρό αποκτήσατε το πρώτο σας παιδί, από τη στιγμή που το αποφασίσατε
 μετά 9 μήνες μετά 3 χρόνια
 μετά 2 χρόνια περισσότερα από 3 χρόνια
- Θηλάσατε το μωρό σας
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πόσο καιρό :
 1 εβδομάδα 3-4 μήνες
 μέχρι ένα μήνα 5-6 μήνες
 1-2 μήνες πάνω από 6 μήνες
- Κόντρωσε-πέτρωσε ποτέ ο μαστός σας:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Έχετε πρόβλημα γονιμότητας
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πόσο καιρό προσπαθήτε ν' αποκτήσετε παιδί:
 1-2 χρόνια 5-6 χρόνια
 3-4 χρόνια πάνω από 6 χρόνια
- Προσπαθήσατε ποτέ να αποκτήσετε παιδί με τεχνητή γονιμοποίηση
 ΝΑΙ ΟΧΙ

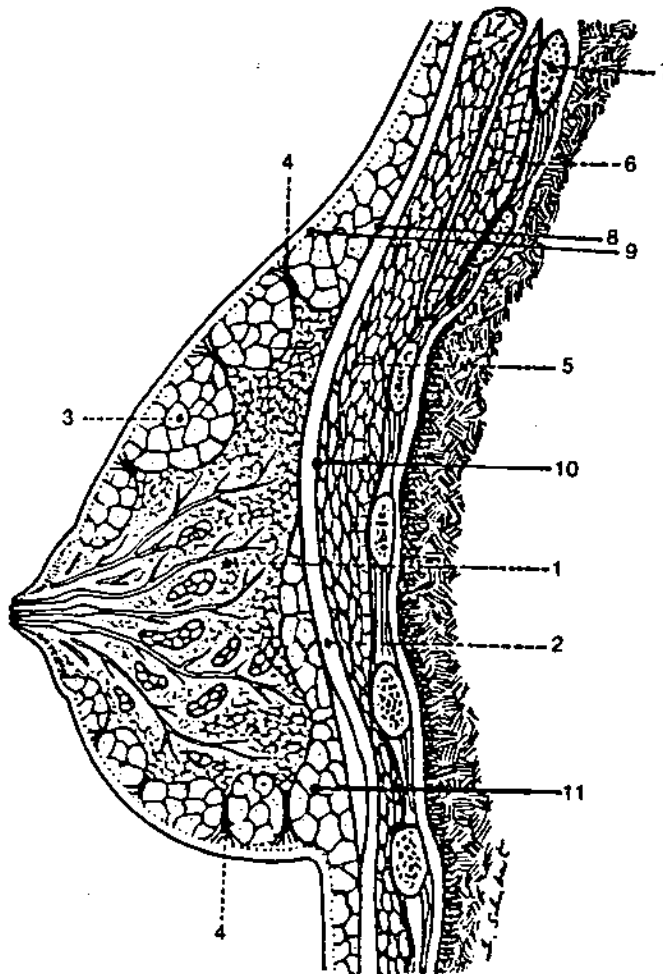
ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Περιέχονται στη διατροφή σας ΜΕΓΑΛΕΣ ποσότητες :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ζωικού λίπους (κρέας) | <input type="checkbox"/> Οινοπνευματώδη |
| <input type="checkbox"/> Φυτικού λίπους | <input type="checkbox"/> Τίποτε από αυτά |
- Καπνίζετε :
- | | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Πολύ | <input type="checkbox"/> Το έχω σταματήσει |
| <input type="checkbox"/> Λίγο | <input type="checkbox"/> Δεν καπνίζω |
- Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια :
- | | | |
|------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ | <input type="checkbox"/> Κάποτε ναι, τώρα όχι |
|------------------------------|------------------------------|---|
- Αν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα :
- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1-2 χρόνια | <input type="checkbox"/> 5-6 χρόνια |
| <input type="checkbox"/> 3-4 χρόνια | <input type="checkbox"/> Λιγότερο από 6 χρόνια |
- Τι είδους αντισυλληπτικά χάπια παίρνετε :
- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Triporidol | <input type="checkbox"/> Minulet | <input type="checkbox"/> Lydiol |
| <input type="checkbox"/> Gyneva | <input type="checkbox"/> Marrelon | <input type="checkbox"/> Άλλο είδος |
| | | <input type="checkbox"/> Δεν θυμάμαι |

ΠΑΡΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

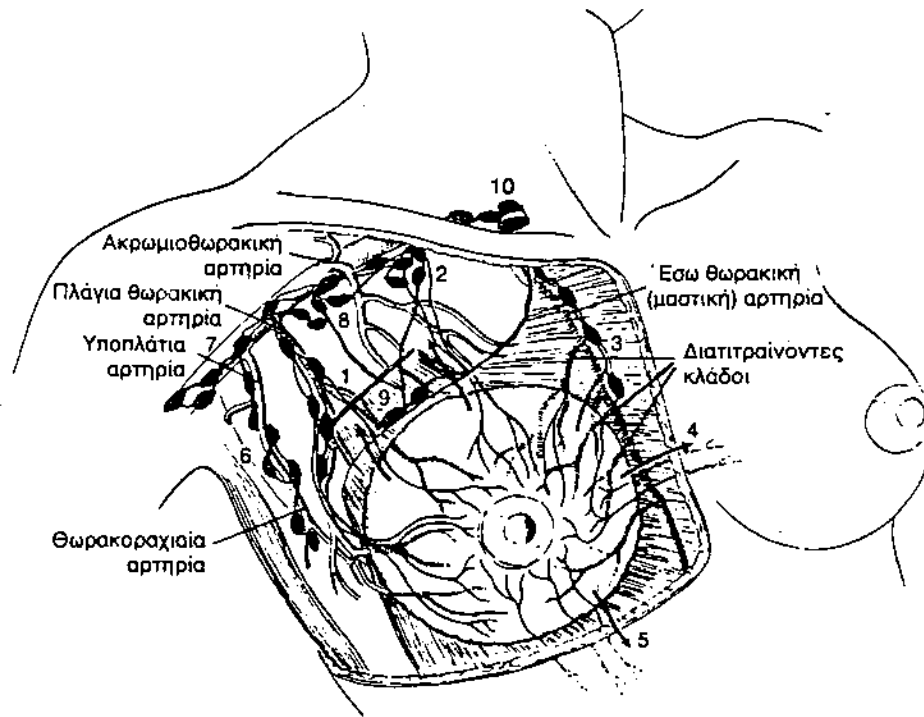
- Ποιό είναι το κύριο σύμπτωμα που έχετε με τον μαστό σας για το οποίο ήρθατε :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Πόνος | <input type="checkbox"/> Σκληρή μάζα στο μαστό |
| <input type="checkbox"/> Έκκριση από τη θηλή | <input type="checkbox"/> Κινητή μαλακή μάζα |
| <input type="checkbox"/> Εισολκή της θηλής | <input type="checkbox"/> Για προληπτικούς λόγους |
- Πριν πόσο καιρό παρουσιάστηκε το πρόβλημα
- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1-2 χρόνια | <input type="checkbox"/> Λιγότερο από ένα χρόνο |
| <input type="checkbox"/> 3-4 χρόνια | <input type="checkbox"/> Περισσότερο από 4 χρόνια |
- Υπάρχει ή υπήρχε έκκριση από το μαστό:
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
|------------------------------|------------------------------|
- Αν ναι, τι είδους :
- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ορώδης | <input type="checkbox"/> Πυώδης |
| <input type="checkbox"/> Αιματηρή | <input type="checkbox"/> Πράσινη |
| <input type="checkbox"/> Οροαιματηρή | <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω |
- Κάνετε ποτέ :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Μαστογραφία | <input type="checkbox"/> Βιοψία |
| <input type="checkbox"/> Υπέρυθη θερμογραφία | <input type="checkbox"/> Εγγείση στους μαστούς |
| <input type="checkbox"/> Γαλακτογραφία | <input type="checkbox"/> Δεν έκανα |
| <input type="checkbox"/> Κυτταρολογική εξέταση | |
- Αν κάνατε κάποια από τις παραπάνω εξετάσεις, έδειξαν ότι υπήρχε πρόβλημα με τους μαστούς:
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
|------------------------------|------------------------------|

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



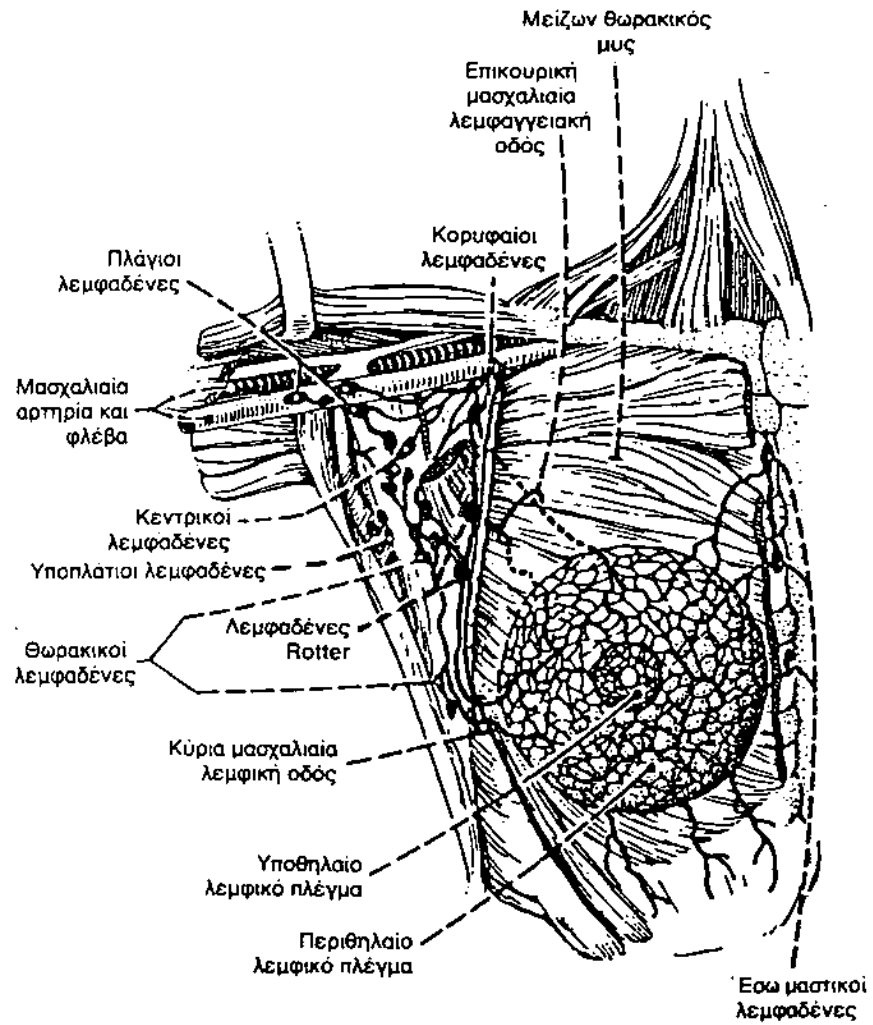
Εικ. 1.1. Ανατομία του Μαστού.

1. Μαζικός αδένας
2. Οπισθομαστικός χώρος
3. Επιπόλης λίπος
4. Σύνδεσμοι Cooper
5. Μείζων θωρακικός μυς
6. Ελάσσων θωρακικός μυς
7. Πλευρά
8. Εν τω βάθει πέταλο επιπόλης περιτονίας
9. Επιπόλης πέταλο επιπόλης περιτονίας
10. Περιτονία μείζονα θωρακικού μυός (εν τω βάθει θωρακική)
11. Εν τω βάθει λίπος

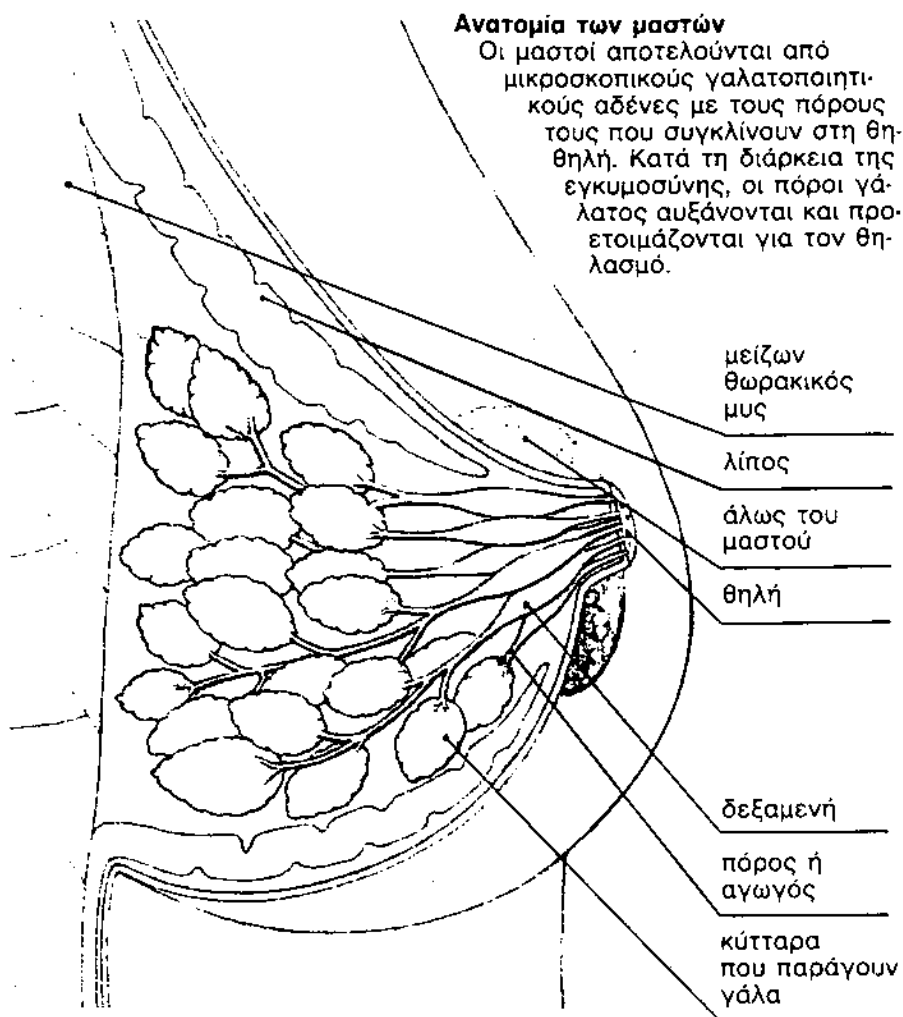


Εικ. 1.2. Λεμφαγγειακή παροχέτευση (λεμφαδένες και λεμφαγγεία) και αρτηριακή παροχή του μαστού.

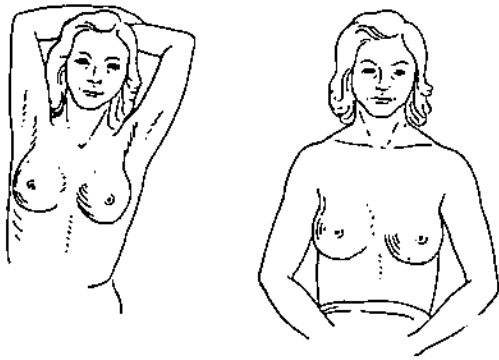
1. Θωρακικοί λεμφαδένες
2. Κορυφαίοι λεμφαδένες
3. Έσω μαστικοί λεμφαδένες
4. Λεμφική ροή προς τον άλλο μαστό
5. Λεμφική ροή προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα
6. Υποπλάτιοι λεμφαδένες
7. Λεμφαδένες μασχαλιαίας φλέβας (πλάγιοι)
8. Κεντρικοί λεμφαδένες
9. Αδένες Rotter
10. Υπερκλειδίοι λεμφαδένες



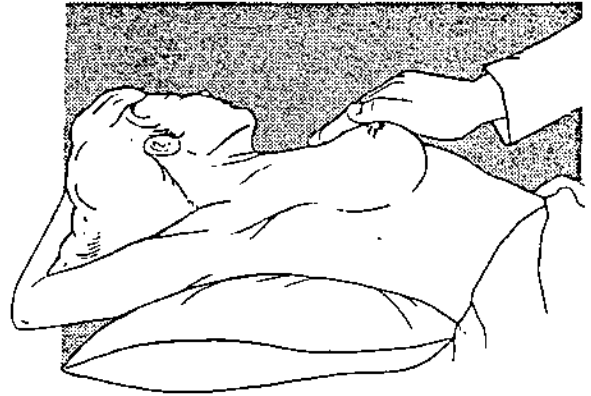
Εικ. 1.3. Οι μασχάλιαοι λεμφαδένες και η λεμφική παροχέτευση του μαστού.



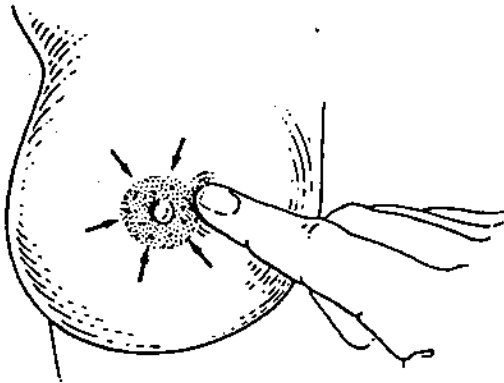
Εικ.1.4.



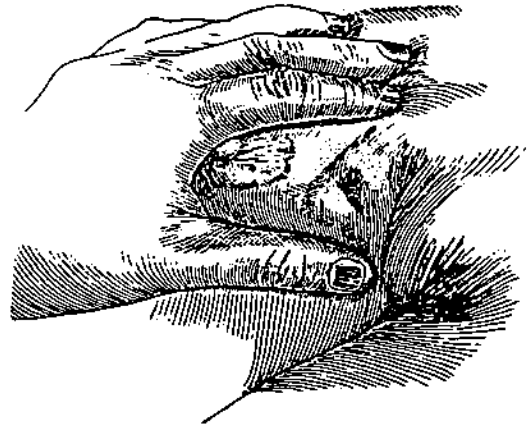
Εικ. 3.1 Φυσική εξέταση των μαστών. Επισκόπηση.



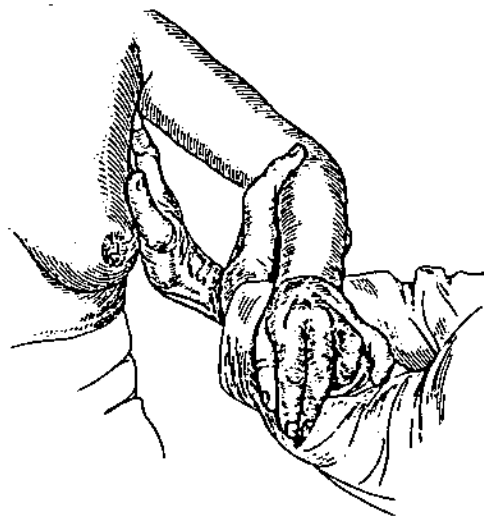
Εικ. 3.2 Φυσική εξέταση. Ψηλάφηση των μαστών.



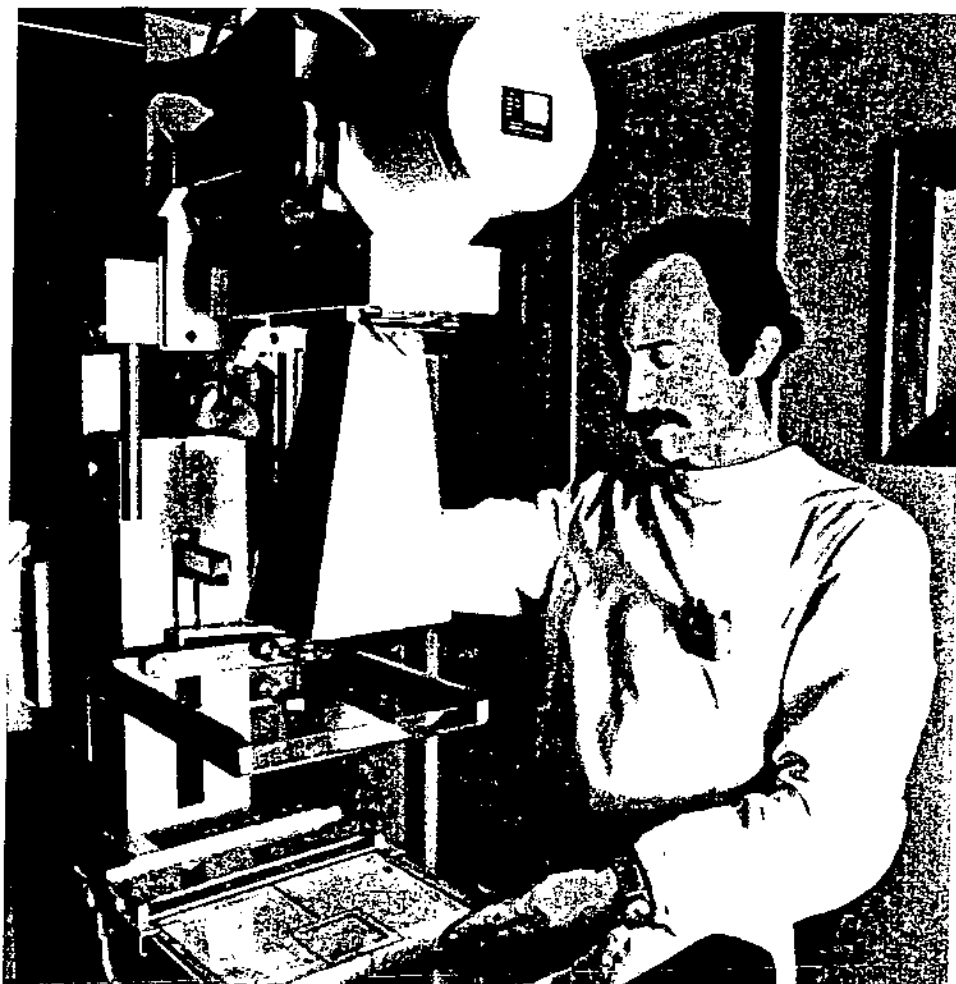
Εικ. 3.3 Φυσική εξέταση. Πρόκληση της έκκρισης από τη θηλή.



Εικ. 3.4 Φυσική εξέταση Ρυτίδωση του δέρματος πάνω από τη μάζα για να διαπιστωθεί εάν συμφύεται μ' αυτή.



Εικ. 3.5 Φυσική εξέταση. Ψηλάφηση της μασχαλιαίας κοιλότητας.



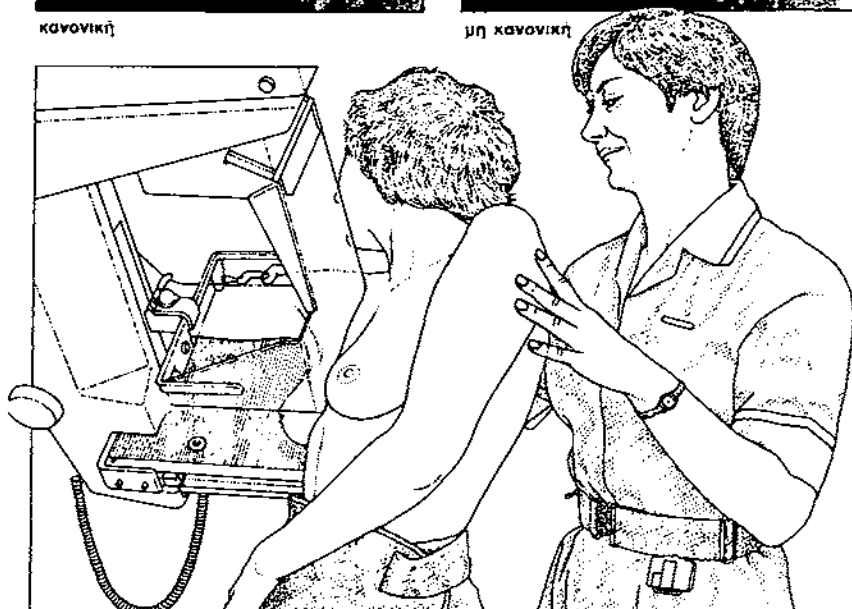
Εικ.3.6.
*Πάνω: συσκευή για τη μαστογραφία.
Κάτω: λεπτομέρεια επέμβασης στο μαστό για
αφαίρεση όγκου.*



Εικ. 3.7

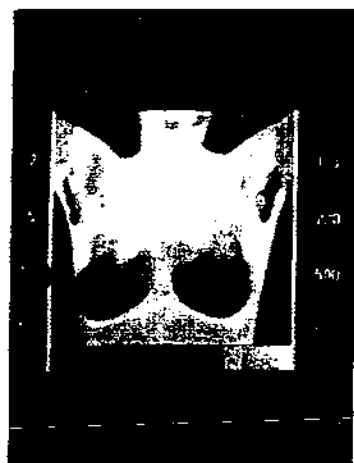
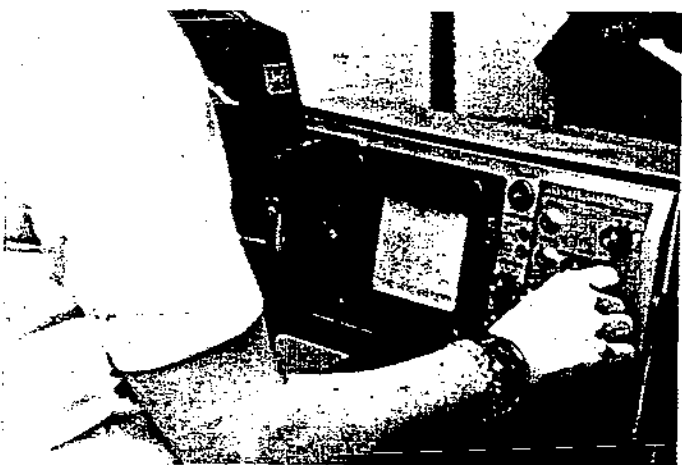
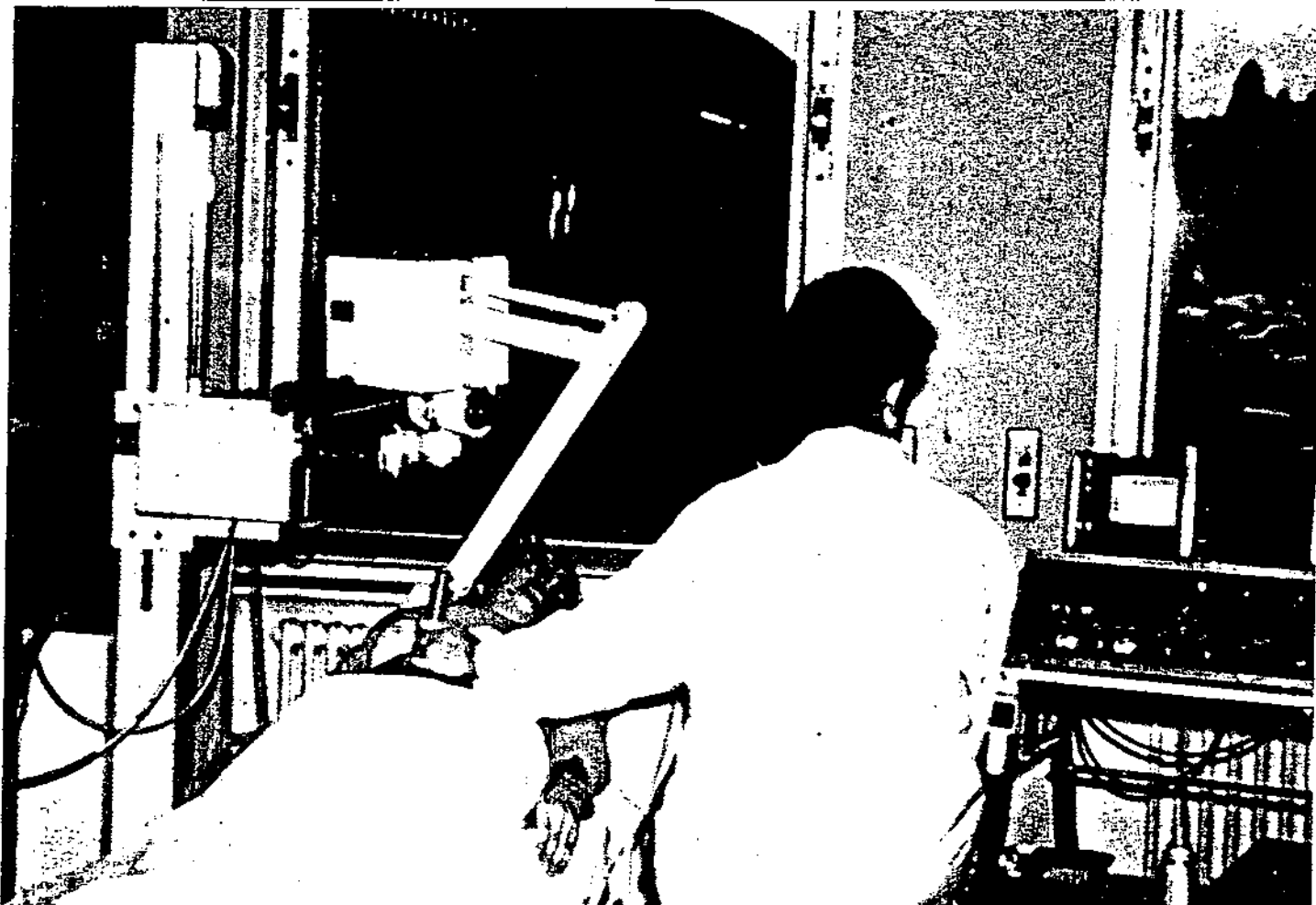
κανονική

μη κανονική

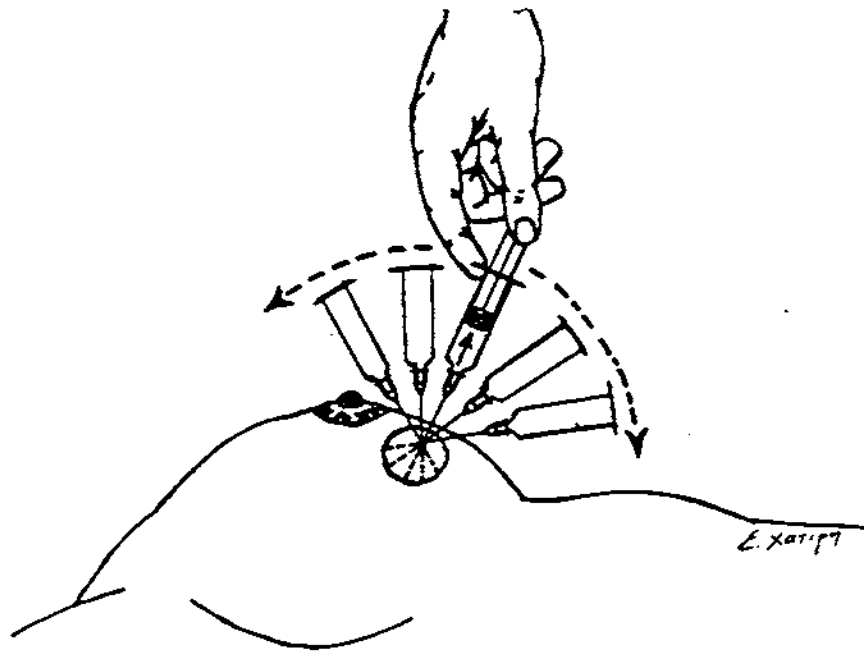


Εικ. 3.8.

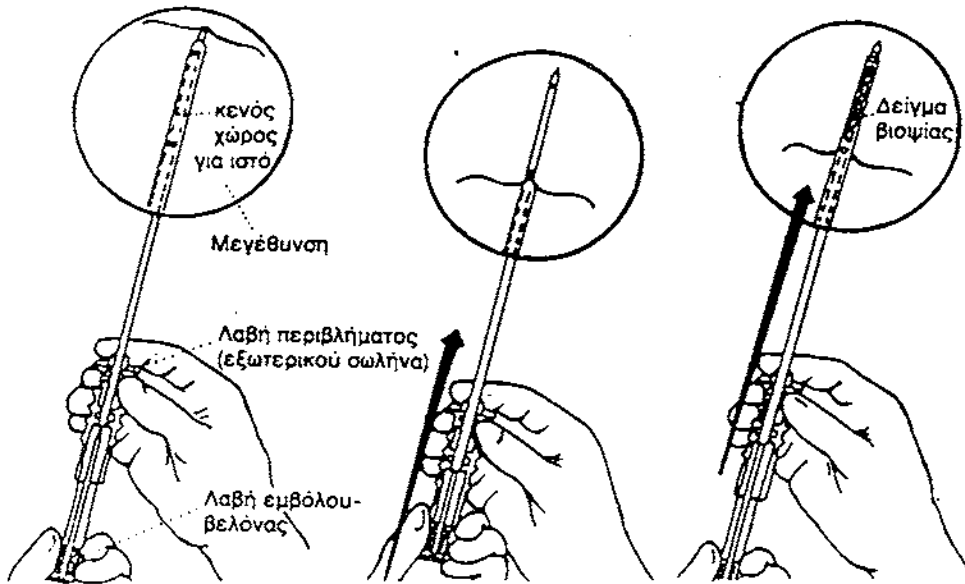
Κάθε μαστός τοποθετείται σ' ένα μικρό δίσκο για εξέταση και γίνονται μέχρι τρεις ακτινογραφίες για διαγνωστικούς λόγους.



Εικ. 3.9. : Πάνω: μια ασθενής υπόκειται σε θερμογραφία, εξέταση που με ειδικούς ανιχνευτές, επιτρέπει την αναγνώριση πιθανών διαφορών της θερμοκρασίας του μαστού.
 Αριστερά: μια λεπτομέρεια της συσκευής που είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση της θερμογραφίας.
 Στο κέντρο και δεξιά: δυο πλάκες, αποτέλεσμα δυο διαφορετικών τύπων θερμογραφίας, πριν και μετά την παρεμβολή ισοθερμικών έγχρωμων πλακών. Σ' αυτήν την περίπτωση η απάντηση της εξέτασης θα είναι αρνητική γιατί οι μαστοί εμφανίζονται με ομοιογενή υποθερμία σε σχέση με το υπόλοιπο τμήμα του θώρακα.

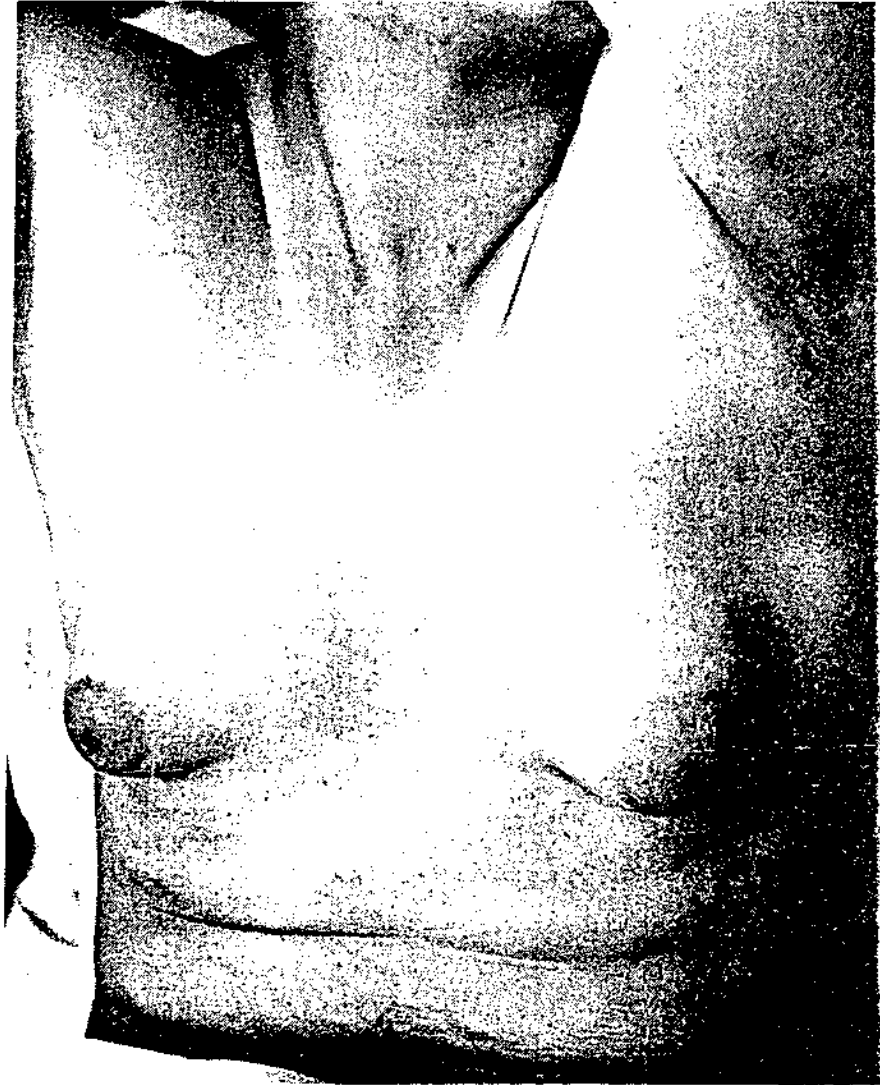


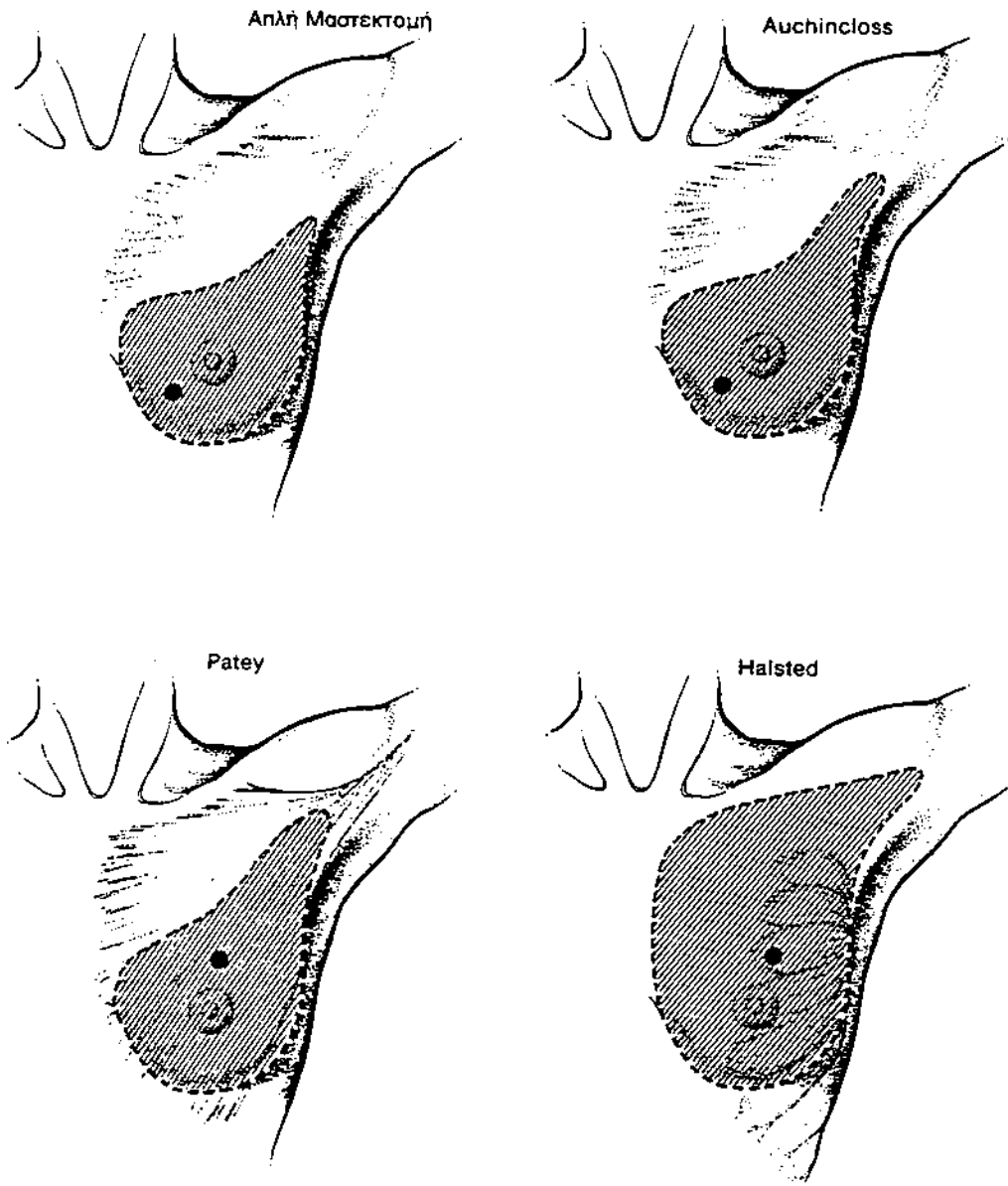
Εικ. 3.10. Βιοψία αναρρόφησης με λεπτή βελόνα (ΒΑΛΒ).



Εικ. 3.11. Τρόπος εκτέλεσης βιοψίας ογκιδίου μαστού με Tru-Cut.

Εικ. 4-1. Γυναικομαστία σε νεαρό άνδρα.

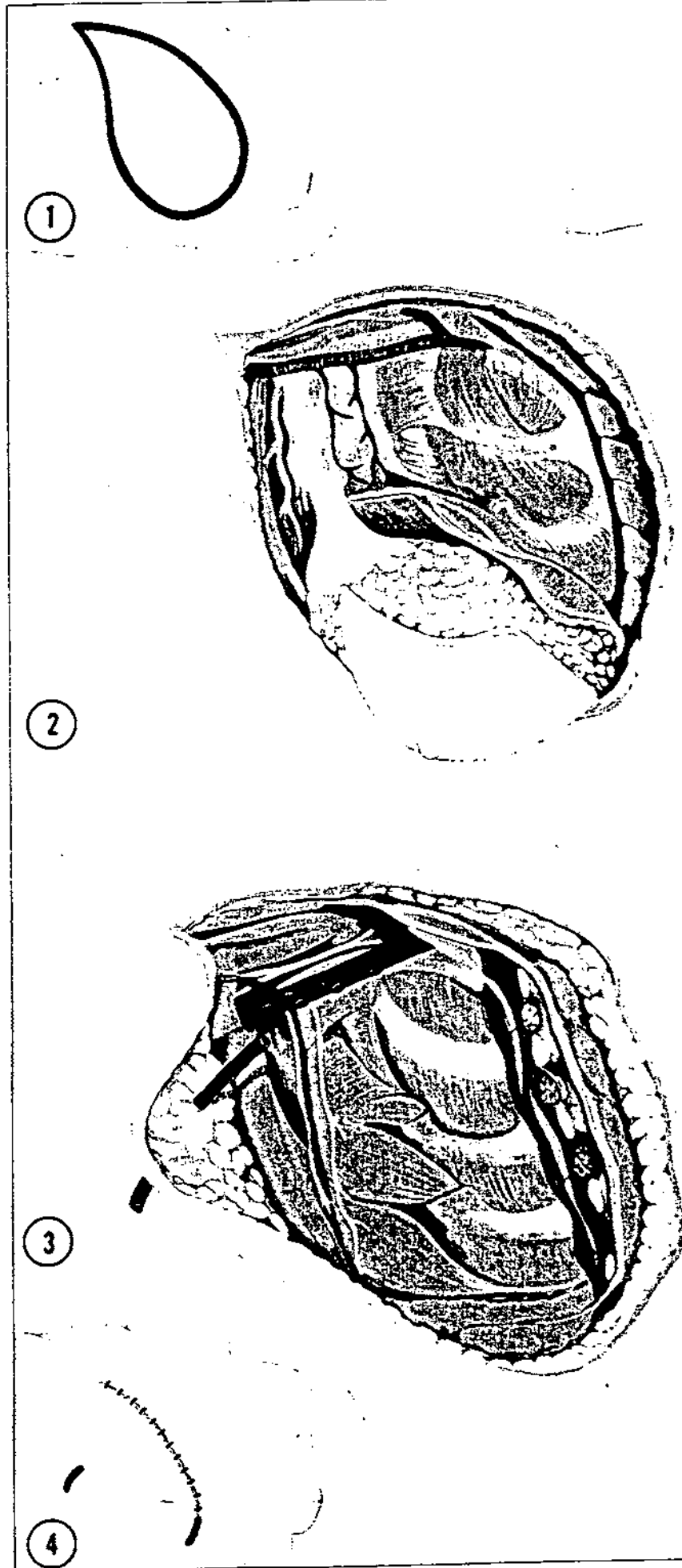


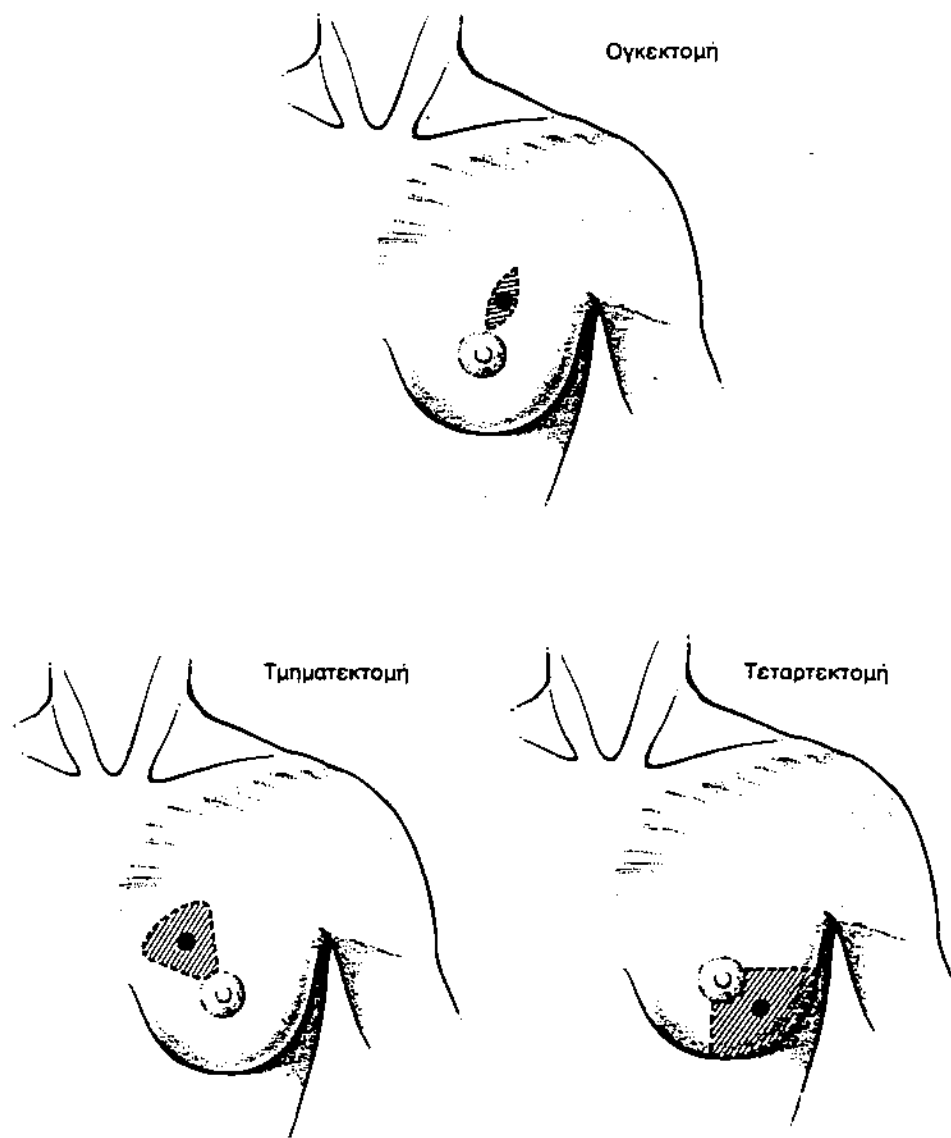


Εικ. 5.1. Απλή μαστεκτομή vs. Απλή μαστεκτομή και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης (Auchincloss) vs. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (Patey) vs. Ριζική μαστεκτομή (Halsted). Η στικτή γραμμή δείχνει τα όρια της χειρουργικής εκτομής ενώ η σκιασμένη περιοχή αντιστοιχεί στην έκταση της ιστικής εξαίρεσης.

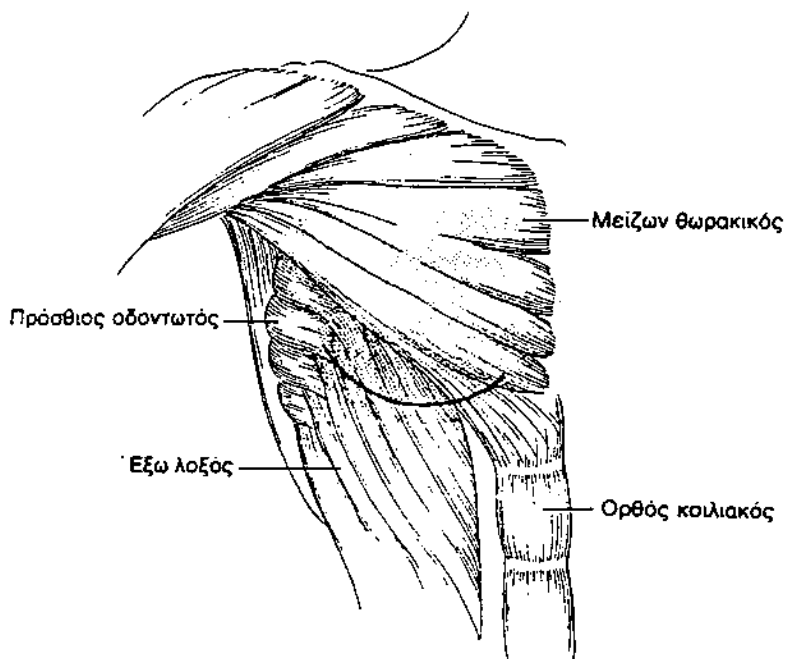


Εικ.5.2 : Πάνω: απεικόνιση ενός μαστού που έχει γίνει ραφή μετά από αφαίρεση όγκου.
 Δεξιά: αφαίρεση μαστού ή μαστεκτομή: 1) χάραξη του δέρματος για ν' ακολουθήσει η αφαίρεση του κακοήθι όγκου, 2) αφαίρεση όλου του αδένου με τους αντίστοιχους μυς λεμφαδένες, θωρακικούς και μασχαλιαίους, 3) η αφαίρεση πρέπει να είναι εκτεταμένη και ριζική για να εμποδίσει τον ξανασχηματισμό του όγκου, 4) επιδερμική ραφή με αφαίρεση του δέρματος που περισεύει. Τοποθετούνται σωληνές χειρουργικής παραχέτευσης για την απομάκρυνση παθολογικών εκκρίσεων από την κοιλότητα.

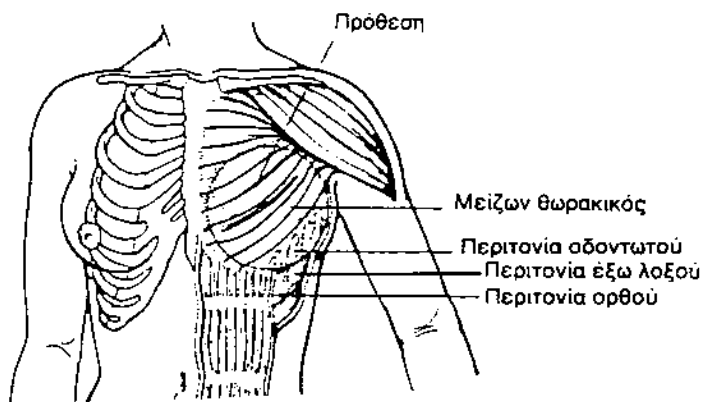




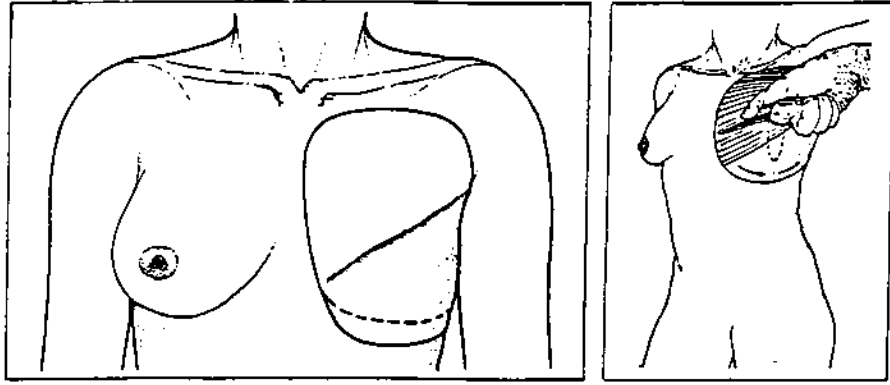
Εικ. 9.3. Διάφοροι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων στη συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου μαστού. Βιοψία εξάιρεσης (ή ουκεκτομή ή ταχεία βιοψία), τμηματεκτομή και τεταρτεκτομή (QUART). Η στικτή γραμμή δείχνει τα όρια της χειρουργικής εκτομής ενώ η σκιασμένη περιοχή αντιστοιχεί στην έκταση της ιστοικής εξάιρεσης.



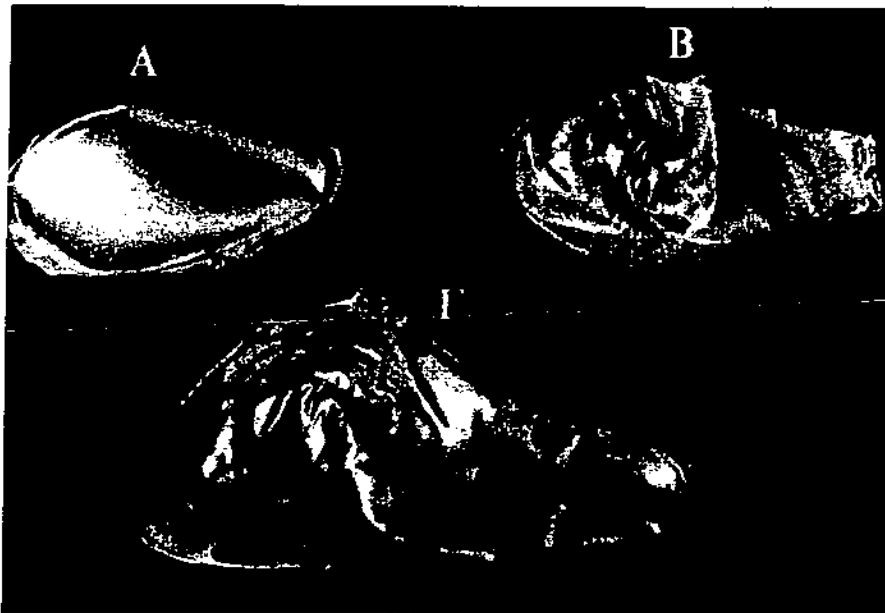
Εικ. 6.1. Εμφύτευση πρόθεσης κάτω από τους μυς. Η μαύρη γραμμή υποδεικνύει την προσπέλαση δια μέσου των μυών η οποία τοποθετείται 1-2 cm πάνω από την επιθυμητή θέση της πτυχής του μαστού. Η σκιασμένη περιοχή αντιστοιχεί στη θήκη που σχηματίζεται.



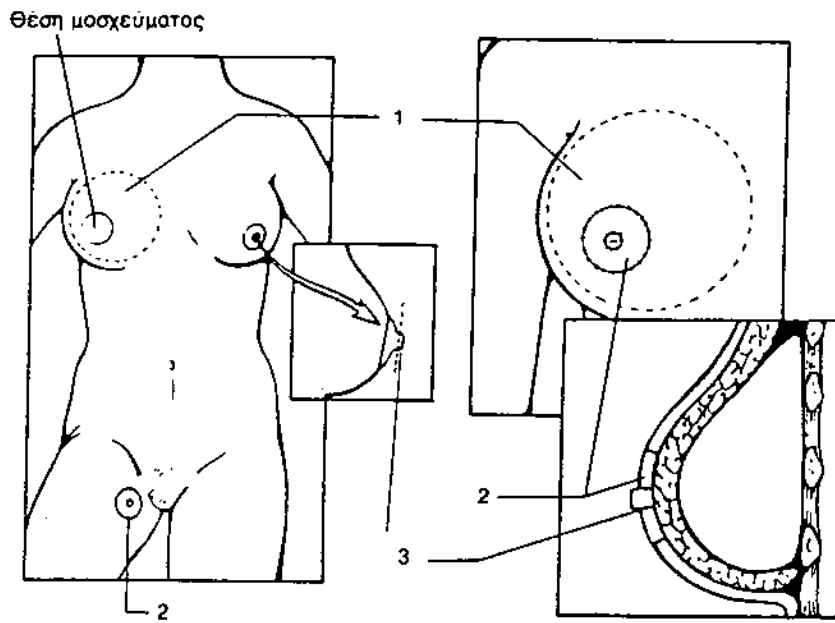
Εικ. 6.2. Η τοποθέτηση πρόθεσης σιλικόνης κάτω από το μείζονα θωρακικό και το μυοαπονευρωτικό στρώμα του πρόσθιου οδοντωτού, ορθού κοιλιακού και έξω λοξού αποτελεί τη λύση στο πρόβλημα της αποκατάστασης στην πλειοψηφία των γυναικών με μαστεκτομή.



Εικ. 6.3. Τοποθέτηση πρόθεσης δια μέσου των ινών του μείζονα θωρακικού αντίστοιχα προς τη θέση της ουλής της μαστεκτομής η οποία αφαιρέθηκε. Η παρασκευή της θήκης γίνεται με οξεία και αμβλεία αποκόλληση. Με οδηγό τον ετερόπλευρο μαστό σχεδιάζεται η εικόνα καθρέπτης που θα βοηθήσει στην αποκατάσταση του μαστού που λείπει. Η πτυχή του μαστού χαμηλώνεται 2 cm για να αντιρροπήσει τη μεταγενέστερη μετακίνηση της πρόθεσης προς τα πάνω.

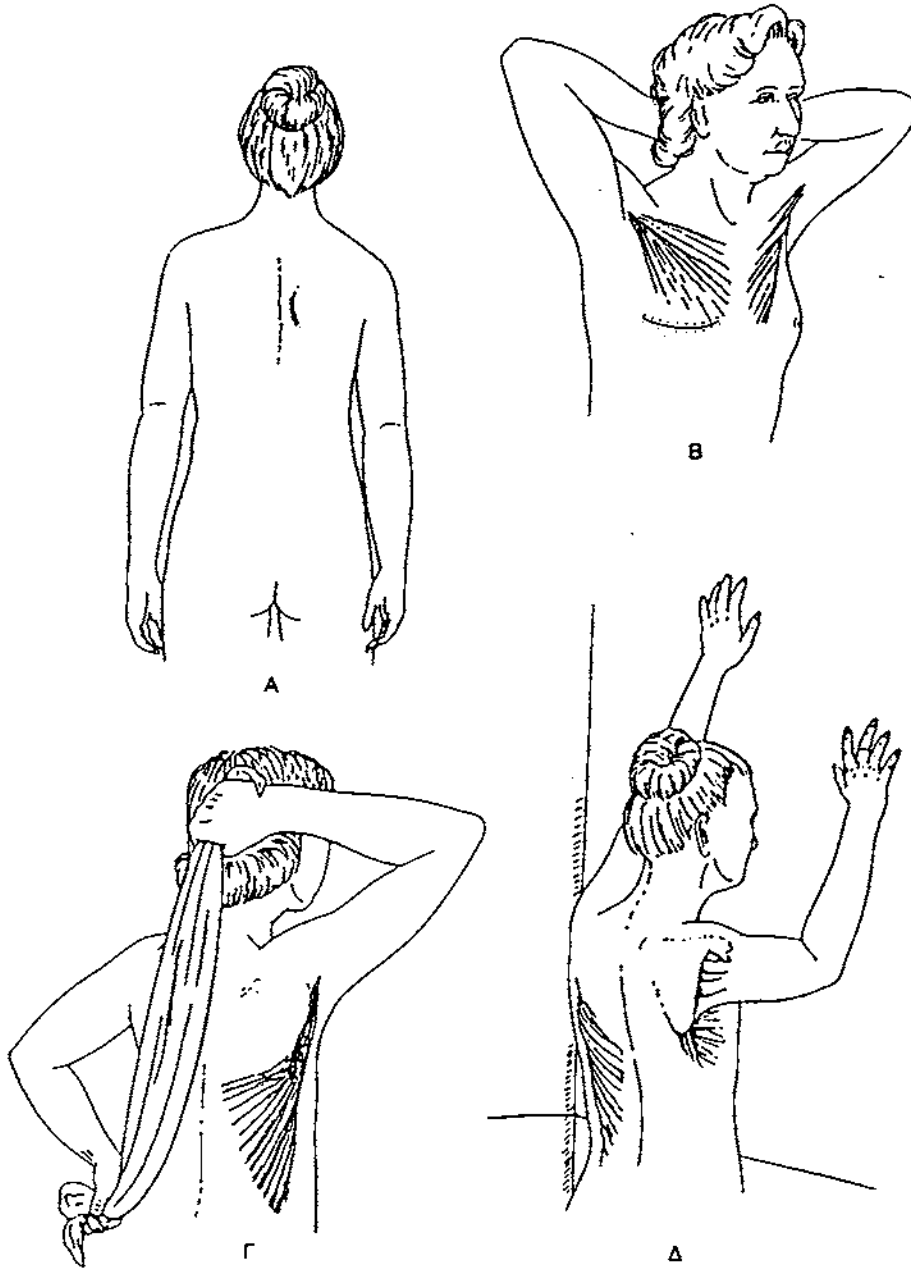


Εικόνα 6.4. Διάφοροι τύποι προσθέσεων.
 Α. Με αφρώδες πλαστικό.
 Β. Με υγρό. Γ. Με αέρα.



1. Πρόθεση 2. Μόσχευμα θηλαίας άλω 3. Μόσχευμα θηλής

Εικ. 6. 5. Αποκατάσταση θηλής-θηλαίας άλω. Η θηλαία άλω αποκαθίσταται με ολικού πάχους μόσχευμα από την άνω έσω επιφάνεια του μηρού που τοποθετείται σε αντίστοιχη αποεπιθηλιοποιημένη περιοχή του αποκαθιστάμενου μαστού. Η θηλή αποκαθίσταται με τη βοήθεια τμήματος της ετερόπλευρης θηλής.



Εικ. 6.6.

- A. Η εξασθένηση του πρόσθιου οδοντωτού δημιουργεί περυγασειδή ωμοπλάτη.
- B. «Τέντωμα» (τάση) των θωρακικών μυών.
- Γ. «Τέντωμα» (τάση) του πλατύ ραχιαίου και κινητοποίηση της ωμικής ζώνης.
- Δ. Τάση του πλατύ ραχιαίου με έξω στροφή του ώμου, απαγωγή και κάμψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Ι.** : " Η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού"
ΥΓΕΙΑ , Τεύχος 3 , σελίδα 9 - 14 , Εκδ. POLAND - MEDIBILL
Πάτρα Απρίλιος - Ιούνιος 1993
- ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Ι. , ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.** : Αρχές Γενικής Χειρουργικής ,
Τόμος Α , Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου , Αθήνα 1989
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ. Ι.** : Φυσιολογία της γυναίκας , Εκδοση 1η , Εκδόσεις Βασώνης Δ. ,
Αθήνα 1986
- BANNISTER L. , DYSON M. . WARWICK R. , WILLIAMS P. :**
Grays Anatomy , Edition 37 , Churchill Livingstone
Edinburgh London Melbourne and New York 1989
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.** : Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπαιδικής , 5η Εκδοση , Εκδόσεις
Βασώνης Δ. , Αθήνα 1987
- BAUM MICHAEL , BERSTOCK DAVID etc :** Clinics in oncology , Volume I /
Number 3 , W.B. Saunders Company Ltd , London 1989
- BERGAMASCHI V. , MONCALVI G. , CORVO M. etc :** ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ
"Υγεία - Οδηγός Υγιεινής" , ΜΤΦ ΓΑΡΟΥΦΑΛΙΑΣ Ν. κ.α.
Εκδόσεις Δομική , Γκούμας - Κωτσιόπουλος , Αθήνα 1990
- COLE PH. , HENDRICS J.H.C.L. etc. :** "The Scceing examination" ,
EUROPEAN GUIDELINES FOR QYALITY ASSURANCE IN
MAMMOGRAPHY SCREENING , Page 3-4 , Published by the COMMISSION OF
THE EUROPEAN COMMUNITIES , Luxembourg 1993
- DESPOPOULOS AGAMEMNON , SILBERNAGL STEFAN :** Εγχειρίδιο
Φυσιολογίας , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1989
- FOG JORDEN , HUGOD CARL :** Screening - Why , When and How ? , National
Board of Health , Copenhagen , Denmark , December 1991
- HARRISON T.R.** : Εσωτερική Παθολογία , Τόμος Α , 10η Εκδοση ,
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1986
- HELMUT LEONARD :** Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου , Εσωτερικά όργανα ,
Τόμος 2ος , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1985
- ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ - ΜΟΥΖΑΚΑ Λ.** : Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού ,
Ιατρική , Τόμος 47 , Τεύχος 1ο , σελ. 6-11 , Ιανουάριος 1985
- ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Π. , ΜΠΑΛΑΣ Π. κ.α. :** Χειρουργική , Τόμος Α , Ιατρικές
εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης , Αθήνα 1987

- ΚΑΡΒΕΛΑΣ Φ.** : Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού , Ιατρική , Τόμος 57 , Τεύχος 1ο , σελ. 25-29 , Ιανουάριος 1990
- ΚΟΝΔΑΚΗΣ Σ.** : Στοιχεία Υγιεινής και Επιδημιολογίας , Επίτομος , Εκδοση Κονδάκης Ξ. , Πάτρα 1992
- ΚΟΝΙΑΡΗ Ε.** : Καρκίνος του Μαστού , Επίτομος , Εκδόσεις ΒΗΤΑ , Αθήνα 1991
- ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ.** : Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του , Εκδοση 1η , Πανεπιστήμιο Πατρών Χειρουργική Κλινική Ιατρικού Τμήματος. Πάτρα 1990
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. , ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.** : Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική. Ογκολογική Νοσηλευτική , Τόμος Β' , Μέρος 2ο , Εκδοση 11η , Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ " , Αθήνα 1989
- ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΑΚΗ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Ε.** : Χημειοθεραπεία , Εκδόσεις Γραφικές Τέχνες , Τουμαζάτος Δ. και Σια , Αθήνα 1988
- ΜΠΕΝΑΚΗ - ΒΙΡΓΙΛΙΟΥ Σ.** : Εισαγωγή στην ακτινοδιαγνωστική , Επίτομος , Εκδοση 2η , Εκδόσεις ΟΕΔΒ , Αθήνα 1987
- ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.Α. , ΓΕΩΡΓΑΔΑΣΗΣ Γ.Σ.** : Πρακτικά Συνεδρίου "Ο καρκίνος του μαστού στην κύηση και στην γαλουχία" , Τόμος Α . Εκδόσεις ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ , Αθήνα 1982
- ΡΗΓΑΤΟΣ Γ.** : Χημειοθεραπεία , Ενημερωτικό φυλλάδιο , Εκδοση 1η , Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία , Αθήνα 1987
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. , ΠΑΝΟΥ Μ.** : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες , Τόμος 2ος , μέρος Β' , Β' Επανάδοση , Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts , Αθήνα 1988
- STOPPARD MIRIAM** : Ιατρικός οδηγός της γυναίκας , Τόμος Α και Β' , ΜΓΦ ΣΤΑΘΑΚΗΣ Σ. , Εκδόσεις Η. Ηλιάδης , Αθήνα 1990
- STRAX PHILIP** : Control of breast cancer through mass screening , PSG Publishing Company , Inc Littletoy , Massachusetts 1988
- ΤΟΥΝΤΑΣ Κ.Ι.** : Επίτομος Χειρουργική , Τόμος Β' . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1981
- ΤΖΩΡΑΚΟΕΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ Ε.** : Χειρουργικές παθήσεις του μαστού , Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1986
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α. - ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** : Προληπτική Ιατρική , Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1986

