

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Πτυχιακή εργασία
“ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ”**



Υπεύθυνη καθηγήτρια: Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστριες: Αλεξανδρή Σταυρούλα

Βρόντου Ευθυμία

Κακουράτου Πετρίτσια

ΠΑΤΡΑ 1998

ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2636

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία υπεύθυνη της πτυχιακής μας εργασίας για την πολύτιμη συμβολή της στην ανεύρεση βιβλιογραφίας και τη σύνταξη της εργασίας μας. Επίσης την κα. Παληογιάννη υπεύθυνη για την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων της ερευνάς μας.

Επίσης την κα. Μπακαλίδου νοσηλεύτρια στην κλινική μαστού του αντικαρκινικού νοσοκομείου Αθηνών “Άγιος Σάββας”.

Επίσης τον Δρ. Καρβελά για την πολύτιμη βοήθειά του στην ανεύρεση βιβλιογραφίας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας για την συμπαράσταση τους κατά την διάρκεια των σπουδών μας καθώς επίσης και για την ηθική και οικονομική υποστήριξη τους στην πραγμάτωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	2
1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	3
1.2.1 Οικογενειακό Ιστορικό.....	3
1.2.2 Γυναικολογικό Ιστορικό.....	4
1.2.3 Δημογραφικοί Παράγοντες.....	6
1.2.4 Άλλοι Ορμονικοί Παράγοντες.....	7
1.2.5 Αντισυλληπτικά και Εξωγενή Οιστρογόνα.....	7
1.2.6 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	8
1.2.7 Ιογενείς Παράγοντες.....	11
1.2.8 Παθολογοανατομικοί Παράγοντες.....	11
1.3 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	14
2.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	24
3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	26
3.2.1 Εργαστηριακή Διερεύνηση.....	27
3.2.2 Ιστορικό.....	31
3.2.3 Κλινική Εξέταση.....	32
3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	35
3.3.1 Καλοήθεις Παθήσεις Μαστού.....	35
3.3.2 Κακοήθεις Όγκοι Μαστού.....	42
3.3.3 Ειδικά Προβλήματα στον καρκίνο μαστού.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	49
4.1.1 Χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού.....	49
4.1.2 Μη χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού.....	56
4.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
5.1 Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
6.1 Η ΑΓΓΕΛΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	66
6.2 ΓΥΝΑΙΚΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	72
6.2.1 Η Πρώτη Αντίδραση του Οικογενειακού Περιβάλλοντος στη Διάγνωση.....	72
6.2.2 Τα Παιδιά με μητέρα που φέρει μαστεκτομή.....	75

6.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ.....	76
6.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	80
7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	82
7.2.1 Πρώιμο Στάδιο (διάγνωση).....	83
7.3 Η ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	85
7.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ..	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

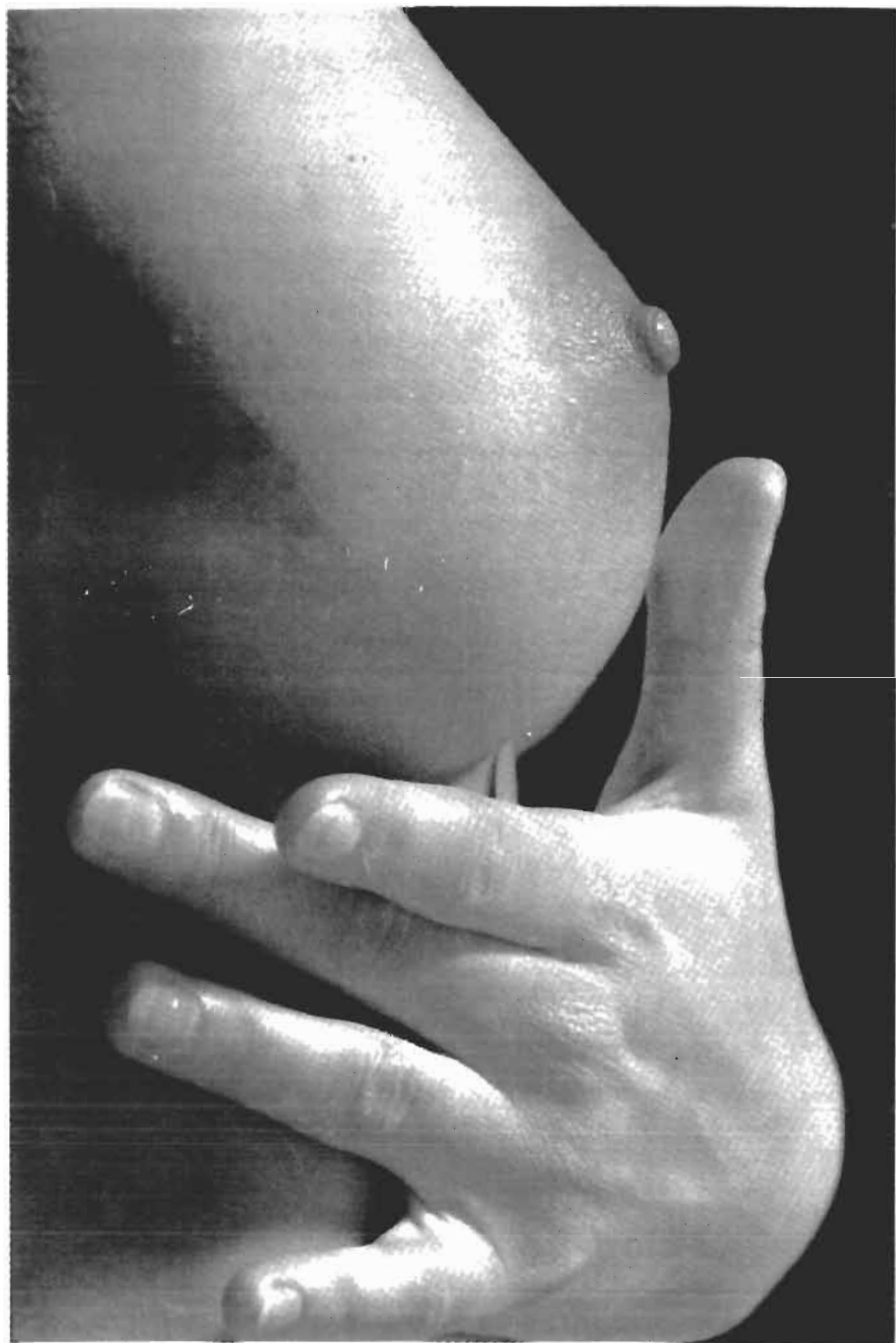
8.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	90
8.1.1 Πρωτογενής Πρόληψη.....	91
8.1.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....	92
8.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ..	96
8.2.1 Ειδικές Δραστηριότητες στην Πρωτογενή Πρόληψη.....	97
8.2.2 Ειδικές Δραστηριότητες στη Δευτερογενή Πρόληψη.....	98

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	101
9.2 ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	103
9.2.1 Μέθοδοι - Τεχνικές.....	105

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	107
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	110
ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΓΚΡΙΣΕΩΝ.....	133
ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	142
ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ.....	146
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	152
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	157
ΠΕΡΙΛΗΨΗ (Ελληνική - Αγγλική).....	160
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	162
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α (ερωτηματολόγιο)	



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον άνθρωπο, εδώ και αρκετά χρόνια θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπό της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία.

Ο τύπος του καρκίνου που θα περιγράψουμε στο γενικό μέρος της εργασίας μας είναι ο καρκίνος του μαστού. Είναι γνωστό πως στην εποχή μας αποτελεί μαστίγιο για το γυναικείο φύλο, όχι μόνο στη δύση αλλά και σ' ολόκληρο τον κόσμο. Η γυναίκα καρκινοπαθής νιώθει φόβο, αγωνία, απελπισία, ανασφάλεια όχι μόνο εξαιτίας της εκδήλωσης της ασθένειάς της αλλά και των αρνητικών επιπτώσεων που έχει αυτή και η θεραπεία της στην ψυχοσωματική της οντότητα.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να ερευνήσουμε τις ψυχολογικές και σωματικές αντιδράσεις των ασθενών με καρκίνο μαστού (μέσα από ένα τυχαίο δείγμα 72 ατόμων) και επιπλέον να αξιολογήσουμε την

παρουσία της ενεργούς συμμετοχής του Νοσηλευτή / Νοσηλεύτρια στην ηθική υποστήριξη των ασθενών αυτών.

Το ερέθισμα να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα ήταν το μάθημα των “Σεμιναρίων” του ΣΤ΄ Εξαμήνου όπου το αντικείμενο με το οποίο ασχοληθήκαμε ήταν “Ο καρκίνος μαστού και επίδραση στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας”. Βλέποντας τα ενδεικτικά αποτελέσματα της έρευνάς μας ευαισθητοποιηθήκαμε και αποφασίσαμε να ασχοληθούμε ευρύτερα με το τόσο λεπτό αυτό θέμα που απασχολεί όλες τις γυναίκες (πάσχων και μη).

Η έρευνά μας αποτελείται από δύο μέρη: Το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος.

Στο γενικό μέρος αναφέρονται:

1. γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού (ανατομία, φυσιολογία, επιδημιολογία, κλινικά στάδια,)
2. στην συμβολή της Νοσηλευτικής ως επιστήμης στην ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών με καρκίνο μαστού καθώς επίσης και στον ρόλο του Νοσηλευτή / Νοσηλεύτρια στον τομέα της πρόληψης κατά τον καρκίνο του μαστού.

Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της έρευνάς μας καθώς και τα προτεινόμενα μέτρα που αναφέρονται τόσο στην πρόληψη κατά του καρκίνου όσο και στην συμβολή της Νοσηλευτικής στην ψυχολογική ενίσχυση των γυναικών με καρκίνο μαστού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα της γυναίκας. Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφάνισής του εντοπίζεται μεταξύ 45^{ου} και 55^{ου} έτους της ηλικίας. Σε νεώτερες όμως γυναίκες και μάλιστα κάτω των 35 ετών είναι δυνατό να παρουσιαστεί καρκίνος του μαστού κακοηθέστερος και με ταχύτερη εξέλιξη. Κάτω των 20 ετών ο καρκίνος μαστού είναι σπάνιος. Στον άνδρα είναι σπάνια κακοήθεια. (1:100 γυναίκες).

Παρά τις προόδους στα διαγνωστικά μέσα, η θνησιμότητα από τη νόσο εξακολουθεί να είναι υψηλή και σχετικά σταθερή επί 30 χρόνια.

Υπολογίζεται ότι το 7% των γυναικών που γεννιούνται αναμένεται να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Στην Αμερική υπολογίζεται ότι 1 στις 17 γυναίκες θα προσβληθούν από καρκίνο μαστού και περίπου 70 καρκίνοι του μαστού αναφέρονται κάθε έτος στην Αμερική σε 100.000.

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας και μέσα από ένα μικρό δείγμα θελήσαμε να ερευνήσουμε κάποιες από τις αρνητικές επιδράσεις που έχει η μαστιγα αυτή που ονομάζεται “Καρκίνος Μαστού” στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο δεύτερος σε συχνότητα καρκίνος στις γυναίκες όλου του κόσμου. Στις αναπτυγμένες χώρες είναι ο πιο συχνός. Μέχρι το έτος 2000, υπολογίζεται ότι ο καρκίνος του μαστού θα ανέρχεται σε 500.000 θανάτους ετησίως.

Στην Ελλάδα είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιότητα. Κατά την 5ετία 1981-85 προκάλεσε 5.757 θανάτους γυναικών (σε σύνολο θανάτων από καρκίνο 33.904) ενώ μόνο 22 θανάτους ανδρών (σε σύνολο θανάτων από καρκίνο 53.084). Με άλλα λόγια το 17% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες οφειλόταν σε καρκίνο μαστού ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες ήταν μόλις 0,04%.

Η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού στη χώρα μας (1151 θάνατοι ανά έτος) είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης (22^η ανάμεσα σε 26) ή της Β. Αμερικής αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού στην Ελλάδα αυξάνει κατά 4% ετησίως κατά μέσο όρο κατά την τελευταία 20ετία. Στους ειδικούς κατά ηλικία δείκτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού αυξάνει περισσότερο στις ηλικίες μεταξύ 45 και 65 ετών και είναι μεγαλύτερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές. Ο Δείκτης θνησιμότητας για όλες στην Ελλάδα είναι 15,13 ανά 100.000 γυναίκες ενώ στις Η.Π.Α. είναι 27,1 ανά 100.000

γυναίκες. Ο υψηλότερος δείκτης συναντάται στην Αγγλία (33,8 ανά 100.000 γυναίκες) και στην Νικαράγουα (0,4 ανά 100.000 γυναίκες).

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που γεννήθηκαν το 1987 ένα 10% θα αναπτύξει καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής του ενώ ένα 3% θα πεθάνει από καρκίνο μαστού.

Μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση καρκίνου μαστού σε χώρες όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός εμφανίζουν μετά τη δεύτερη γενιά μεγαλύτερη επίπτωση, προσομοιάζουσα μ' αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού.

Ο κίνδυνος για καρκίνο μαστού αυξάνει σταθερά με την ηλικία πάνω από τα 35 χρόνια. Έτσι καρκίνος του μαστού κάτω από τα 25 είναι σπάνιος, μετά τα 30 εμφανίζεται γοργή αύξηση της συχνότητας εμφάνισης, στα χρόνια της εμμηνόπαυσης παρουσιάζεται κάποια ύφεση και μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει σταθερά. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου μαστού παρουσιάζεται στις ηλικίες 40 μέχρι 75 ετών, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο μαστού σημειώνονται στις ηλικίες 45 μέχρι 80 ετών.

1.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.2.1 Οικογενειακό Ιστορικό

Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους εμφάνισε καρκίνο μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο μαστού από ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι 5πλάσιος σε θετικό - για

αμφοτερόπλευρη εντόπιση - οικογενειακό ιστορικό και 9πλάσιος όταν η νόσος εμφανίστηκε στη συγγενή πριν την εμμηνόπαυση και ήταν αμφοτερόπλευρη. Μία νεαρή γυναίκα της οποίας η μητέρα και η αδερφή έχουν προσβληθεί από τη νόσο και μάλιστα μία από τις δύο αμφοτερόπλευρη έχει 50% κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού.

Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού εμφανίζουν τη νόσο σε νεαρότερη ηλικία και συχνά αμφοτερόπλευρα. Αυτές έχουν συχνά ομάδα αίματος O, εμφανίζουν “κυστική μαστοπάθεια” και κύστεις ωοθήκης. Ασθενείς της ίδιας κατηγορίας, στις οποίες η διάγνωση γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία, έχουν συνήθως ομάδα αίματος A και πάσχουν συχνά από σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και ανωμαλίες της μήτρας.

Σήμερα είναι δυνατό να υπολογιστεί ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού στους συγγενείς της ασθενούς με βάση την ηλικία που διαγνώσθηκε η νόσος και την αμφοτερόπλευρη ή όχι εντόπιση. Πρόσφατα διαπιστώθηκε η ύπαρξη ενός γονιδίου στο 17^ο χρωμόσωμα που συμβάλλει στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού.

1.2.2 Γυναικολογικό Ιστορικό

Η πρώτη παρατήρηση ήδη από το 1700 ότι ο καρκίνος μαστού ήταν συχνότερος στις καλόγριες παρά στις υπόλοιπες γυναίκες οδήγησε προς τη σκέψη ότι η τεκνοποιία πρέπει να ενέχεται στη συχνότητα εμφάνισης της μορφής αυτής του καρκίνου. Αυτό πάντως που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι η ηλικία της πρώτης κύησης. Οι γυναίκες με τον πρώτο τοκετό μετά τα 35 έχουν διπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο μαστού σε σύγκριση μ' αυτές που γέννησαν πριν από τα 20. Κύηση μάλιστα μετά τα 35 αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού ακόμα και σε σχέση με αυτόν των άτοκων γυναικών.

Η σημασία της μικρής ηλικίας κατά την πρώτη κύηση θεωρείται ότι σχετίζεται με ενδοκρινολογικούς παράγοντες που προάγουν νωρίς την ωρίμανση του μαζικού αδένου και δρουν έτσι προστατευτικά στο επιθήλιο του μαστού.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού στις ανύπαντρες γυναίκες είναι 2,3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τις παντρεμένες, ενώ αυτών που είχαν ένα ή δύο τοκετούς είναι διπλάσιος απ' ό,τι σε γυναίκες που γέννησαν τρεις ή περισσότερες φορές. Γυναίκες με εμμηναρχή πριν τα 12 έχουν 1,7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο απ' αυτές που η έμμηνος ρύση άρχισε μετά τα 15, ενώ τέλος οι γυναίκες με συνολική διάρκεια καταμήνιων κύκλων πάνω από 30 χρόνια έχουν 1,4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο μαστού απ' ό,τι αυτές που η ολική διάρκεια των κύκλων τους δεν ξεπερνούσε τα 30 έτη.

Ο συνολικός αριθμός των τοκετών και η ηλικία της γυναίκας σ' αυτούς εκτός από τον πρώτο δεν φαίνεται να παίζουν άμεσο ρόλο, πέρα από το γεγονός ότι οι γυναίκες που γεννούν το πρώτο τους παιδί σε νεαρή ηλικία κάνουν τελικά περισσότερα παιδιά.

Ο θηλασμός από μόνος του δεν φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο. Πρώιμη εμμηναρχή και όψιμη εμμηνόπαυση σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή πριν τα 40 ελαττώνει τη συχνότητα του καρκίνου μαστού κατά 75% τόσο στις άτοκες όσο και στις γυναίκες που έχουν γεννήσει. Αντίθετα μετά τα 40 η χειρουργική στείρωση δεν παρέχει σημαντική προστασία.¹

Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο 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 τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει μια αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαστικού αδένα. Με την ξαφνική διακοπή τους (που γίνεται με την έκτρωση) προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαστικού αδένα δηλαδή μία ατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη κάνει τον αδένα ευαίσθητο στην καρκινογένεση. Πάντως η έκτρωση δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής μέχρι να τεκμηριωθούν τα παραπάνω από πιο εμπειριστατωμένες έρευνες.²

1.2.3 Δημογραφικοί Παράγοντες

α. Φύλο Ο καρκίνος μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος στους άνδρες. Παρατηρείται 1 καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες.

β. Ηλικία Ο καρκίνος μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από τα 20 χρόνια. Από την ηλικία των 20 χρόνων όμως παρατηρείται μια βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρόνων.

γ. Φυλετικοί Στις Η.Π.Α. παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου σε γυναίκες μαύρου χρώματος από ό,τι στις λευκές. Η διαφορά αυτή πιστεύεται ότι έχει περισσότερη σχέση με το διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρά με κάποια φυλετική ιδιοσυγκρασία.³

1.2.4 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 καρκίνου μαστού είναι άγνωστο.

Προλακτίνη: ο ρόλος της προλακτίνης ως αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο 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 ότι έχει αποδειχθεί ότι χορηγώντας αναστολείς της έκκρισης προλακτίνης σε ασθενείς με καρκίνο 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.

Ανδρογόνα: Ο κύριος τρόπος μέτρησης των ανδρογόνων στον άνθρωπο είναι με τη μέτρηση των μεταβολιτών τους που εκκρίνονται με τα ούρα. Έχει βρεθεί ότι γυναίκες με καρκίνο μαστού έχουν μειωμένη τιμή των μεταβολιτών αυτών στα ούρα.

Όσον αφορά τα κορτικοειδή, είναι γνωστό ότι ο μαζικός αδένας έχει ειδικούς υποδοχείς. Δεν είναι, όμως, αποδειγμένη η δράση των κορτικοειδών στην καρκινογένεση.²

1.2.5 Αντισυλληπτικά και Εξωγενή Οιστρογόνα

Οι περισσότερες μελέτες που μέχρι σήμερα είχαν αντικείμενο τη συσχέτιση λήψης αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου μαστού δεν

απέδειξαν θετική συσχέτιση. Σύμφωνα με τους Pike et al η επίπτωση καρκίνου μαστού μπορεί να είναι αυξημένη σε νεαρές γυναίκες που χρησιμοποιούν δισκία με μεγάλη περιεκτικότητα σε προγεστερόνη. Το γεγονός όμως ότι η διάρκεια χρήσης αντισυλληπτικών δισκίων ανέρχεται σε λίγα μόλις χρόνια, κατά τα οποία έχουν υποστεί πολλές τροποποιήσεις επιβάλλει την προσεκτικότερη εκτίμηση τους σαν παράγοντα κινδύνου καρκίνου μαστού.

Τα μη αντισυλληπτικά οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται κατά την εμμηνόπαυση φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου καρκίνου μαστού με λανθάνουσα περίοδο 10-15 χρόνια. Η παρατεταμένη τους χρήση ιδιαίτερα σε αυξημένες δόσεις πρέπει να αποφεύγεται.⁴

1.2.6 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

A. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΡΕΨΗΣ

i) Κατανάλωση Λίπους

Η συσχέτιση του καρκίνου μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει υποτεθεί 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 μαστού σε σχέση με αυτές που δεν κατανάλωναν. 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 προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες είναι οι ωθήκες, ενώ στις μεταμμηνόπαυσιακές γυναίκες τα επινεφρίδια. Πρέπει να τονιστεί ότι και το λίπος θεωρείται όργανο παραγωγής οιστρογόνων ιδίως στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Έτσι εξηγείται και η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου μαστού στις εύσωμες γυναίκες.

Επίσης είναι δυνατό η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογέννησης. Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι οι υψηλές γυναίκες για άγνωστους λόγους, έχουν πιο πολλές πιθανότητες προσβολής από τον καρκίνο μαστού σε σχέση με τις υπόλοιπες.

ii) Καφές

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

iii) Αλκοόλ

Η λήψη αλκοολούχων ποτών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού. Διάφορες εργασίες από την Αμερική, το Ισραήλ και την Ιταλία απέδειξαν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες που κάνουν χρήση αλκοόλ. 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 καμία εξήγηση της αύξησης αυτής του κινδύνου στις αλκοολικές γυναίκες. Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη παραγωγή προλακτίνης αν και δεν είναι γνωστός ο ρόλος της στον καρκίνο μαστού.

Επίσης είναι δυνατόν η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ, να επηρεάζει το μεταβολισμό και τη δράση του αλκοόλ να ασκείται δια μέσου ορμονικών διαταραχών.

iv) 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. Έτσι έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά του καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με τον καρκίνο μαστού.²

B. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου μαστού. Η σχέση δόσης - απάντησης είναι γραμμική για δόσεις 50-1000 rads ενώ μείωση του κινδύνου αναμένεται σε υψηλότερες δόσεις λόγω κυτταροκτονίας. Ο αυξημένος κίνδυνος παραμένει τουλάχιστον 40 χρόνια και ο λανθάνων χρόνος (ελάχιστος 8 έτη) φαίνεται να είναι αντίστροφα ανάλογος με τη δόση.

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία έκθεσης τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10 ως 19 ετών. Ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την

εμμηναρχή όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μιτωτική δραστηριότητα του μαστού και στις δύο αυτές περιπτώσεις είναι υψηλή. Εξάλλου οι παρατηρήσεις του Bailar οδήγησαν στην προσεκτικότερη και πλέον επιλεγμένη εφαρμογή του μαστογραφικού ελέγχου.

1.2.7 Ιογενείς Παράγοντες

Στο γάλα του ποντικού ανακαλύφθηκε ο παράγοντας Bittner ή “ιός που προκαλεί όγκους στους μαζικούς αδένες των ποντικών”. Η ανακάλυψη αυτή τροφοδότησε την υπόθεση ότι κάποιος ιός ευθύνεται για τον καρκίνο μαστού του ανθρώπου. Η ανεύρεση σε ανθρώπινο γάλα τμημάτων ογκορναϊού με δραστικότητα αναστροφής τρανσκριπτάσης και DNA που μπορεί να υβριδοποιηθεί με τον ογκογόνο ιό καρκίνου μαστού του ποντικού, ενίσχυσε την υπόθεση ότι κάποιος ογκογόνος ιός μεταδίδεται κατά τον θηλασμό. Επιδημιολογικές όμως μελέτες δεν επιβεβαιώνουν αυτήν την υπόθεση. Παρόλα αυτά είναι πιθανή η ύπαρξη ιών σε λανθάνουσα κατάσταση που είναι δυνατόν να δραστηριοποιηθούν από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. Οι Kantor et al ανίχνευσαν ένα αντιγόνο που αντιδρούσε με αντίσωμα έναντι ογκορναϊού σε όλα τα δείγματα ανθρώπινου γάλακτος που εξετάστηκαν για ανάστροφη τρανσκριπτάση ιού. Εξάλλου η ανίχνευση σε ορό ασθενών με καρκίνο μαστού ενός αντισώματος έναντι του καρκίνου μαστού του ποντικού, ενισχύει την υπόθεση της ιογενούς συμμετοχής στον καρκίνο μαστού.⁴

1.2.8 Παθολογοανατομικοί Παράγοντες

ΙΝΟΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ

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. Οι παθολογοανατόμοι θεωρούν ότι ο διαχωρισμός μεταξύ “κανονικού” και καρκίνου αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων μετά εξελίσσεται σε ατυπία των κυττάρων και φθάνει στον καρκίνο.

Γι’ αυτό τον λόγο θεωρείται ότι η ινοκύστική 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 ινοκύστική μαστοπάθεια είναι διπλάσια από το γενικό γυναικείο πληθυσμό.²

1.3 ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

- 1) Δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα αν η μακροχρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου τροφίμου ή καλλυντικού (όπως οι βαφές των μαλλιών) σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Για τη ρεσερπίνη πάντως που είχε γίνει ιδιαίτερη αναφορά σαν πιθανού αιτιολογικού παράγοντα ο συσχετισμός αποδείχθηκε αβάσιμος.¹
- 2) Οι καρκίνοι των ωοθηκών και ενδομητρίου εμφανίζουν θετική συσχέτιση με καρκίνο μαστού το μέγεθος όμως του σχετικού κινδύνου είναι μικρότερο του 2. Συσχετίσεις μεταξύ άλλων κακοήθων νεοπλασιών και καρκίνου μαστού θεωρούνται λιγότερο σημαντικές (Kalache and Vessey 1982) ψυχολογικοί τέλος παράγοντες φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου μαστού (Lickiss 1980, Le Shan 1984). Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί

και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.⁴

3) Σύγχρονη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού έχει περιγραφεί σε συνάρτηση με λιπώματα, ινώματα, αγγειώματα, πολύποδες γαστρεντερικού σωλήνα όγκους θυρεοειδούς και ανωμαλίες του νευρικού συστήματος χωρίς όμως να έχει βρεθεί κάποια αιτιολογική συσχέτιση.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

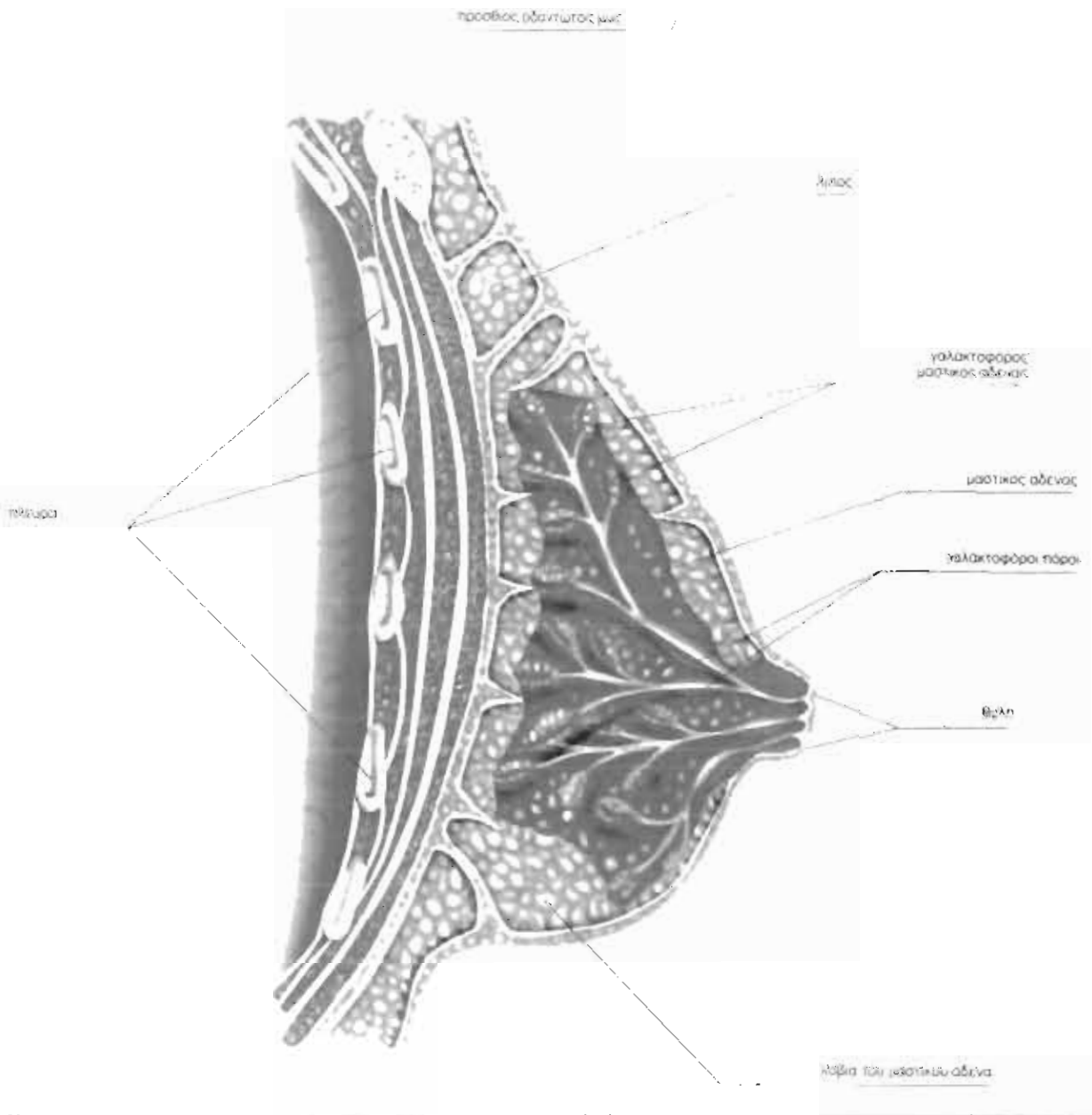
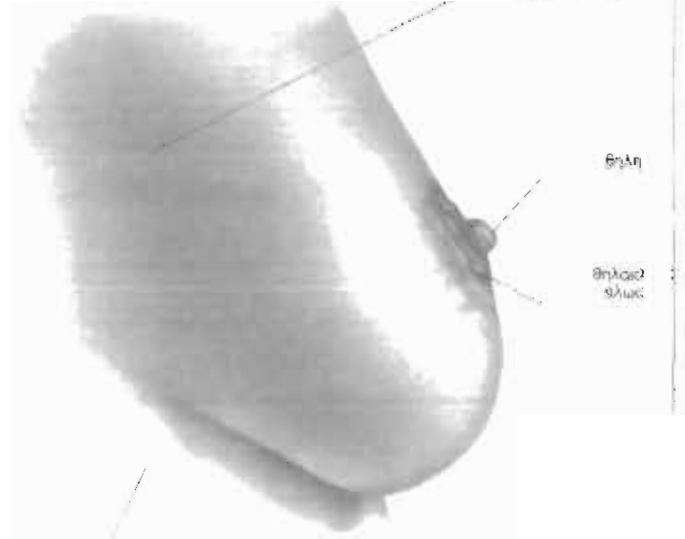
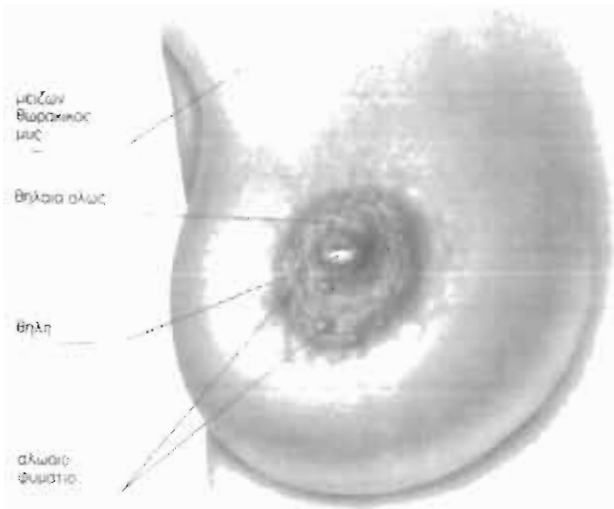
Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα εκτός από λίγες εξαιρέσεις παραμένει ανενεργός, ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.

Τοπογραφική ανατομική

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή και από την 2^η ή 3^η μέχρι την 6^η ή 7^η πλευρά. Το κεφαλουραίο μήκος του είναι κατά μέσο όρο 10-12 εκ., ενώ το πάχος του αδένος φθάνει τα 3-5 εκ. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150-200 γραμ., αλλά στη γαλουχία μπορεί να φθάσει τα 400-500 γραμ.

Κάθε μαστός αποτελείται από 15-20 λοβούς, οι οποίοι διαχωρίζονται με ινώδεις δεσμίδες (καθητήριοι σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι του Cooper). Κάθε λοβός με ένα γαλακτοφόρο πόρο εκβάλλει στην κορυφή της θηλής. Η θηλή του μαστού φέρει 15-20 τρήματα και περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, η οποία εμφανίζει υποστρόγγυλα επάρματα, τα αλωαία οζίδια, που έχουν σαν υπόθεμα οσμηγόνους αδένες (αδένες του Montgomery).

Στήθος και μαστικοί αδένες



Ο μαστός παρουσιάζει γλωσσοειδείς προσεκβολές, σταθερότερη των οποίων είναι η ουρά του Spence, η οποία φθάνει άλλοτε στο ύψος της μασχάλης.

Κατασκευή του μαστού

Ο μαστός αποτελείται από: α) δέρμα, β) το περιμαστικό λίπος και γ) το μαζικό αδένια. Το **δέρμα** έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών, το οποίο στερείται ιδρωτοποιών αδένων. Η θηλή και η θηλαία άλωι έχουν αφθονία ελαστικών και λείων μυϊκών ινών, οι οποίες φέρονται κυκλοτερώι και ακτινοειδώι προκαλώντας σκλήρυνση των θηλών κατά το θηλαισμό ή την προστριβή τους.

Το **περιμαστικό λίπος** περιβάλλει το **μαζικό αδένια**, ο οποίος αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδένια και συνίσταται από 15-20 λοβούι ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώι από τη θηλή προς την περιφέρεια. Ινώδη διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούι και τους διαιρούν σε διαφόρου μεγέθουι λοβία. Έτσι κάθε λοβός αποτελείται από: α) ένα μείζονα εκφορητικό πόρο (γαλακτοφόρο), ο οποίος εκβάλλει στη θηλή, και β) διαφόρου αριθμού λοβία, τα μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από λίγει αδενοκυψέλει. Κάθε γαλακτοφόρο πόρο συνίσταται από πολύστιβο πλακώδει επιθήλιο, ενώ πριν εκβάλλει στη θηλή διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο, μέσα στον οποίο αθροίζεται το γάλα. Οι αδενοκυψέλει (παρόμοιαι κατασκευήι με τους ιδρωτοποιούι αδένει) αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων (κυβοειδών ή κυλινδρικών στη βάση των οποίων προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα).

Η μασχालιαία κοιλότητα

Η μασχालιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με 4 τοιχώματα, βάση και κορυφή. Το **πρόσθιο** τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός, μεταξύ των οποίων φέρονται τα πρόσθια θωρακικά αγγεία και ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας. Το **οπίσθιο** τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγυλό και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Πάνω σ' αυτό πορεύονται τα υποπλάτια αγγεία και νεύρα, καθώς και τα περισπώμενα αγγεία της ωμοπλάτης. Το **έσω** τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ επάνω σ' αυτόν κατέρχονται τα πλάγια θωρακικά αγγεία και πίσω από αυτά το μακρύ θωρακικό νεύρο. Το **έξω** τοίχωμα σχηματίζεται από το βραχιόνιο οστού, από τον κορακοβραχιόνιο και από τη βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιόνιου μυός. Στο τοίχωμα αυτό πορεύονται τα μασχालιαία αγγεία και το βραχιόνιο πλέγμα. Η **κορυφή** φέρεται προς τα άνω και έσω και εκβάλλει στην υπερκλείδια χώρα. Η **βάση** (μασχालιαίος βόθρος) σχηματίζεται από το τριχωτό δέρμα και την μασχालιαία περιτονία. Αφορίζεται από δύο χείλη, την πρόσθια και την οπίσθια μασχालιαία πτυχή, με υπόθεμα το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυός η πρώτη και τον πλατύ ραχιαίο και το μείζονα θωρακικό η δεύτερη.

Μύες - Νεύρα

Οι μύες που ενέχονται στη χειρουργική του μαστού είναι: 1) μείζονας θωρακικός, 2) ελάσσονας θωρακικός, 3) πρόσθιος οδοντωτός, 4) πλατύς ραχιαίος, 5) υποπλάτιος και 6) η απονεύρωση του έξω λοξού και του ορθού κοιλιακού μυός.

Αγγεία

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού: 1) οι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής, που από το 1^ο, 2^ο, 3^ο και 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα πλάγια από το στήρνο διαπερνούν το μείζονα θωρακικό μυ και φθάνουν στο χείλος του μαστού συμβάλλοντας στο 50% της συνολικής του αιμάτωσης, 2) η πλάγια θωρακική αρτηρία, κλάδος της μσχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μύος και αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη πηγή αίματος και 3) ο έσω κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας, κλάδου επίσης της μσχαλιαίας, που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μύος και παρέχει αίμα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατιτραίνοντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αγγείων καθώς και κλάδοι της υποπλάτιας αρτηρίας (θωρακοραχιαία).

Ο μαζικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Οι φλέβες αυτές διατείνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μερικές φορές γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς σε περιοχές υπερκείμενες νεοπλασμάτων. Η πλειονότητα των επιφανειακών φλεβών καταλήγει στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστού έχουν σε γενικές γραμμές ανάλογη πορεία με αυτή των αρτηριών. Εκβάλλουν α) στις πρόσθιες διατιτραίνουσες μεσοπλεύριες φλέβες και από εκεί στην έσω μαστική φλέβα, β) με πολλαπλούς κλάδους στην μσχαλιαία φλέβα και γ) με οπίσθιους αναστομωτικούς κλάδους στις μεσοπλεύριες φλέβες. Η τελευταία οδός έχει μεγάλη σημασία, καθώς οι μεσοπλεύριες φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές. Κατά τον Batson η αναστόμωση αυτή με τις σπονδυλικές φλέβες εξηγεί την παρουσία όταν στον καρκίνο του μαστού οστικών μεταστάσεων στα σπονδυλικά σώματα ή ακόμα και στο ιερό οστόύν ή στην πύελο, χωρίς να υπάρχουν

πνευμονικές μεταστάσεις. Ο Batson θεωρεί ότι οι διαφορές πιέσεων στη θωρακική κοιλότητα αλλάζουν τη ροή του αίματος στις χωρίς βαλβίδες αναστομωτικές φλέβες, έτσι ώστε το αίμα που απάγεται από το μαστό με τους πλάγιους διατιτραίνοντες κλάδους στα μεσοπλεύρια αγγεία να ωθείται προς το σπονδυλικό πλέγμα.

Λεμφαγγεία - Λεμφογάγγλια

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένια και καταλήγει στα μασχαιαία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια. Υπάρχουν περίπου 53 λεμφογάγγλια στη μασχαιαία κοιλότητα κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών και διακρίνονται τοπογραφικά σε κεντρικά, υποπλάτια, υποκλείδια, παραμαστικά και υπομαστικά.

Τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας είναι 3 ή 4 και βρίσκονται στο 1^ο, 2^ο και 3^ο μεσοπλεύριο διάστημα. Υπάρχει λεμφαγγειακή επικοινωνία μεταξύ των δύο μαστών οπισθοστερνικά. Λέμφος από την κορυφή της μασχάλης οδεύει στα υπερκλείδια λεμφογάγγλια και από εκεί μέσω λεμφικών πόρων στη συμβολή της υπερκλείδιας και έσω σφαγίτιδας φλέβας.

Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός περιγράφεται το γάγγλιο του Rotter. Το ποσό της λέμφου που κατευθύνεται παρασπονδυλικά δεν έχει εξακριβωθεί, αλλά είναι πιθανό να ενέχεται στις μεταστάσεις στο οπίσθιο μεσοπλεύριο διάστημα και στον υπεζωκότα. Τα λεμφαγγεία που ακολουθούν τα οπίσθια μεσοπλεύρια αγγεία είναι πιθανή αιτία σύστοιχων κακοήθων πλευριτικών συλλογών.

Τα λεμφογάγγλια της μασχαιαίας κοιλότητας για λόγους πρακτικούς διαιρούνται σε 3 επίπεδα: **πρώτο επίπεδο** - ιστός κάτω και πλάγια του κάτω χείλους του ελάσσονος θωρακικού μυός, **δεύτερο**

επίπεδο - ιστός αμέσως κάτω και πίσω από τον ελάσσινα θωρακικό μυ και **τρίτο επίπεδο** - ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσινα θωρακικό. Η πρόγνωση στον καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατειλημμένων λεμφοαγγλείων.¹

2.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι εξωκρινής αδένας με πρωταρχική λειτουργία την έκκριση γάλακτος και γίνεται πλήρως λειτουργικός μόνο κατά την εγκυμοσύνη. Μετά από τον τοκετό αλλά και κατά την εμμηνόπαυση παρουσιάζει παλινδρόμηση με ατροφία των παρεγχυματικών του στοιχείων και ποικίλου βαθμού εναπόθεση λίπους. Κατά συνέπεια σε ένα μεγάλο τμήμα της ζωής του ο μαστός βρίσκεται σε κατάσταση ανάπαυσης.⁵

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολό του παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, καθεμία από τις οποίες έχει το δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) έχει διάμετρο 0,4 - 0,7 εκ. και πριν εκβάλλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανακλαστικό).

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαστικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση.

Έμμηνος ρύση - μαστός

Αρχίζοντας από την 8^η μέρα του κύκλου, ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%. Ο μαστός εμφανίζει τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί πού οφείλεται, αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραιμία. Οι Ingleby και Gerson - Cohen υποστηρίζουν ότι υφίσταται και πολλαπλασιασμός του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φθάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθός του κατά την 8^η μέρα του κύκλου.

Εμμηνόπαυση - Μαστός

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Η εξαφάνιση αυτή δεν είναι τέλεια. Ορισμένα λοβία διατηρούνται αλλά είναι μικρότερα, ενώ σε άλλες περιοχές παραμένουν μόνο οι μεγαλύτεροι λοβιακοί πόροι και οι γαλακτοφόροι πόροι. Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μία ομοιογενή μάζα, ενώ η αρχική συγκρότηση του μαστού σε λοβία εξαφανίζεται. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες όμως οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου.

Γαλουχία - Μαστός

Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και η κορτιζόνη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους δεν φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού, όσο αρχικά πιστευόταν. Αντίθετα η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελική διαφοροποίησή τους, η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Τη δράση της προλακτίνης ενισχύει η κορτιζόνη. Η προλακτίνη θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος και η χορήγηση ανταγωνιστών αυτής, όπως η βρωμοκρυπτίνη, μπορεί να καταστείλει τη γαλουχία.

Σήμερα το αληθινό ερέθισμα της γαλουχίας θεωρείται η μετά τον τοκετό πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης, ενώ παράλληλα τόσο η προλακτίνη του πλάσματος όσο και η ανάπτυξη του μαστού είναι επαρκείς για να προωθήσουν την έκκριση γάλακτος. Το ερέθισμα από τη θηλή πρέπει να μεταφερθεί στον εγκέφαλο, ώστε να διεγερθεί η έκκριση της προλακτίνης και της οξυτοκίνης από την υπόφυση. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μοσεπιθηλιακών κυττάρων και έκκριση γάλακτος, ενώ η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του γάλακτος στις αδenoκυψέλες των λοβίων του μαστού.

Παραγωγή γάλακτος μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτοκες γυναίκες καθώς και σε άνδρες με παρόμοια ερεθίσματα στη θηλή, ενώ γαλουχία έχει παρατηρηθεί και σε γυναίκες με χαμηλά επίπεδα προλακτίνης.

Ορμόνες - Μαστός

Οξυτοκίνη: Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης, που συντίθεται στους νευρώνες του υπεροπτικού και παρακοιλιακού πυρήνα του υποθαλάμου. Το ερέθισμα για την έκκρισή της αποτελεί ο μηχανικός ερεθισμός της θηλής κατά το θηλασμό. Οι υποδοχείς της οξυτοκίνης στο μαστό και στη μήτρα αυξάνουν κατά τον τοκετό.

Προλακτίνη: Είναι ορμόνη της πρόσθιας υπόφυσης. Είναι η κύρια ορμόνη που παράγεται σαν απάντηση στο ερέθισμα του θηλασμού (γαλακτοπαραγωγικό αντανακλαστικό). Διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού. Δρά μέσω υποδοχέων που βρίσκονται στην επιφάνεια των κυττάρων του μαστού. Ο αριθμός των υποδοχέων αυτών δεν είναι σταθερός αλλά σχετίζεται με τα επίπεδα προλακτίνης στον ορό. Αύξηση ή ελάττωση των υποδοχέων της προλακτίνης μεταβάλλουν την ευαισθησία των κυττάρων ως προς την παραγωγή γάλακτος. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης.

Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο, που μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδά του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

Τα οιστρογόνα έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία. Στο μαζικό αδένια ενώνονται με ειδικούς υποδοχείς στο κυτταρόπλασμα και στη συνέχεια το σύμπλεγμα ορμόνη - υποδοχέας μετακινείται στον πυρήνα. Οι υποδοχείς των

οιστρογόνων είναι ειδικοί και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες. Φαίνεται ότι οι μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων καταλαμβάνουν τους υποδοχείς της προλακτίνης στα κύτταρα του μαζικού αδένα και έτσι σταματούν τη γαλουχία.

Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού. Η προγεστερόνη εμποδίζει την άθροιση εκείνων των ενζύμων που είναι απαραίτητα για την τελική διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστού, ώστε αυτά να είναι ικανά για παραγωγή γάλακτος. Αυτό πιθανόν να επιτυγχάνεται εμποδίζοντας τη σύνδεση της κορτιζόνης στα κύτταρα του μαστού, αναστέλλοντας έτσι το βοηθητικό - ενισχυτικό της ρόλο στη δράση της προλακτίνης.

Τα κορτικοστεροειδή είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για τη διατήρηση της γαλουχίας. Ευνοούν την άθροιση καζεΐνης στα κύτταρα του μαστού, όταν ο μαστός “εκτίθεται” στη δράση της προλακτίνης. Το σύμπλεγμα υποδοχέα - γλυκοκορτικοειδών μεταφράζεται στον πυρήνα, ενώ η προγεστερόνη ενώνεται με τον υποδοχέα των γλυκοκορτικοειδών και εμποδίζει την μεταφορά τους.

Η ινσουλίνη παίζει ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κυττάρων του μαστού ρυθμίζοντας τη μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Οι προσταλαγαδίνες πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανισμένου καρκίνου του μαστού βρίσκονται μεταξύ του 45^{ου} και 55^{ου} έτους της ηλικίας. Και οι νεότερες γυναίκες όμως και μάλιστα κάτω των 35 ετών είναι δυνατόν να παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού ο οποίος μπορεί να είναι κακοηθέστερος και με ταχύτερη εξέλιξη. Κάτω των 20 ετών ο καρκίνος είναι εξαιρετικά σπάνιος.

Το αρχικό στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι ασυμπτωματικό. Δεν υπάρχει τοπική αλλοίωση έκδηλη, όπως διόγκωση, εισολκή του δέρματος ή της θηλής, πόνος ή διήθηση αδένων, μασχαλιαίων ή υπερκλειδίων. Εάν μάλιστα το νεόπλασμα βρίσκεται στο βάθος του μαζικού παρεγχύματος, η αντίληψη από μέρος της πάσχουσας αργεί πολύ. Μόνο εάν αναπτύσσεται προς την επιφάνεια είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτό σχετικά πρόωγα.

Οι μορφές και οι ιστολογικοί τύποι, με τους οποίους εμφανίζεται ο καρκίνος του μαστού, είναι, κατά τον Stewart οι εξής: ο καρκίνος των εκφορητικών πόρων, μη διηθητικός (θηλώδης, συμπαγής) ή διηθητικός (θηλώδης, συμπαγής, σκίρρος, κολλοειδής ή βλεννώδης, μυελοειδής και περιγεγραμμένος) ο λοβιώδης καρκίνος, ο *in situ*, και οι σπάνιοι καρκίνοι όπως η νόσος του Paget.

Οι 4 συνήθεις ιστολογικές μορφές της νόσου είναι: α) ο διηθητικός εκφορητικών πόρων, β) ο ροβιώδης επεκτατικός, γ) ο μυελοειδής και ο κολλοειδής ή βλενωδής όγκος.

Το ραβιώδες καρκίνωμα αποτελεί το 5% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, προέρχεται από τους μικρούς τελικούς εκφορητικούς πόρους που μπορεί να είναι είτε επεκτατικοί με νεοπλασματική επέκταση πέρα από τον πόρο στον οποίο αναδύεται, είτε μη επεκτατικοί. Το μυελώδες αποτελεί τα 5% έως 7% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Οι όγκοι αυτοί προσλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος αλλά δεν έχουν μεγάλη δυνατότητα να προκαλέσουν διηθητικές βλάβες. Ένα άλλο επεκτατικό καρκίνωμα βραδείας αυξήσεως, το οποίο προσλαμβάνει μεγάλες διαστάσεις είναι το κολλοειδές καρκίνωμα, ένας βλεννοπαραγωγικός όγκος, ο οποίος αποτελεί το 3-5% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής καθώς και για την πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά την ανατομική έκταση και επέκταση του καρκίνου του μαστού. Από τα διάφορα συστήματα κλινικής σταδιοποίησης που έχουν προταθεί κατά καιρούς, Manchester, Columbia, T.N.M., το τελευταίο αποτελεί το μόνο σύστημα που είναι καθολικά αποδεκτό. Με το συσχετισμό των τριών παραμέτρων του T.N.M. συστήματος διακρίνουμε 4 στάδια κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού.⁷

Κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού:

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

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

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

Στάδιο IV: Πέρα από τον πρωτοπαθή όγκο υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Το στάδιο αυτό εμφανίζεται με συχνότητα 10%. Συχνά ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται πολύ πρώιμα σε απομακρυσμένες θέσεις και η μεταστατική διασπορά δεν ακολουθεί κανένα προβλέψιμο πρότυπο.⁶

3.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τη φράση του HAAGENSEN “οποιοδήποτε σημείο νόσου στο μαστό είναι δυνατό να οφείλεται σε καρκίνο” θα πρέπει να έχει πάντα κατά νου ο κλινικός γιατρός, όταν εξετάζει ασθενή με συμπτωματολογία από το μαστό.¹

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου μαστού είναι ψηλαφητή μάζα 77%. Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη, συνηθέστερα κατά τη διάρκεια του μπάνιου της. Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη, σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό.

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.

Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

Εισολκή θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή) αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου.

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

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

3.2.1. Εργαστηριακή Διερεύνηση

1) Μαστογραφία

Είναι είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιδιώκουμε όχι την ανάδειξη όγκων του μαστού, οι οποίοι έχουν γίνει ήδη αντιληπτοί αλλά την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης και κατ' εξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού.

Τα καρκινώματα αυτά δυνατόν να απεικονισθούν στη μαστογραφία:

i) ως μικροαποτιτανώσεις, πολλαπλές, λεπτοκοκκώδεις συρρέουσες, στρογγυλές ή επιμήκεις κατά τη φορά των πόρων,

ii) σαν μια μικρή μάζα μέσα στο μαστό,

iii) σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγείωσης του μαστικού αδένου, συγκριτικά με τον άλλο μαστό.

Η χρησιμοποίηση σήμερα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης έκανε το είδος της ακτινογραφίας αυτής να κερδίσει έδαφος και να χρησιμοποιείται ευρύτατα.

Το δέρμα του μαστού με τη μέθοδο αυτή δέχεται μειωμένη ακτινοβολία (0,1 rad/film) συγκριτικά με τη 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 τη διαγνωστική αξία της τεχνικής αυτής.

2) Ξηρογραφία

Πρόκειται για μια άλλη αξιολογή ακτινολογική εξέταση του μαστού. Είναι μέθοδος “ξηρά” και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας.

Με την ξηρογραφία φαίνονται ευκρινέστερα: 1) οι λεπτοκοκκιδείς μικροαποτιτανώσεις (ασβεστώσεις), 2) τα όρια του καρκίνου και 3) οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Το ποσοστό της διάγνωσης του καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρομαστογραφία ανέρχονται στο 90%.

3) Θερμογραφία

Πρόκειται για μια τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη μέθοδο που μπορεί να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειασθεί. Χρησιμοποιείται τόσο μετά την κλινική εξέταση για κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό πρόβλημα όσο και για την προσυμπτωματική παρακολούθηση του πληθυσμού. Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται στη συνέχεια σε μαστογραφία. Με το να γίνεται πρώτα η θερμογραφία περιορίζονται οι μαστογραφίες σ’ 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 περιορισμένες 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 τη βελτίωση της μεθόδου, είναι ακόμα πολύ δύσκολος. Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δεν χρησιμοποιείται για μαζικό έλεγχο ασυμπτωματικών γυναικών.

Η υπερηχοτομογραφία όπως και η θερμογραφία βρίσκει κυρίως εφαρμογή σε νέες γυναίκες όπου δεν εφαρμόζεται η μαστοξηρογραφία.

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 καρκινωματοδούς εξαλλαγής.

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

7) Κυτταρολογική εξέταση

Παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ανίχνευση καρκινικών κυττάρων σε ύποπτο έκκριμα της θηλής του μαστού ή υγρού παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης. Δεν θεωρείται όμως απόλυτα αξιόπιστη μέθοδος, δεδομένου ότι η συχνότητα των ψευδώς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ υψηλή και φθάνει το 25% περίπου των περιπτώσεων.

8) Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα

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

9) Βιοψία διά βελόνης (TRUCUT)

Υπό τοπική αναισθησία και με ειδική βελόνα παίρνονται μικρά τμήματα του όγκου από δύο διαφορετικά 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.

10) Ανοικτή Βιοψία

Με τοπική ή 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.³

11) Αξονική Τομογραφία

Η αξονική τομογραφία έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχαλιαίων όσο και των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων, καθώς και των εν τω βάθει μαστικών και οπισθομαστικών ιστών.

Η κύρια συμβολή της αξονικής τομογραφίας είναι στους πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και στις περιπτώσεις που η βιοψία των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων είναι θετική αλλά η μαστογραφία δεν αποκαλύπτει πρωτοπαθή εστία στο μαστό και τέλος σε μικρού μεγέθους καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά.

Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος διαλογής σε προσυμπτωματικό έλεγχο εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας) στην οποία εκθέτει το μαστό. Άλλα μειονεκτήματα είναι η αδυναμία της να αποκαλύψει μικροασβεστώσεις, η ταυτόχρονη ακτινοβόληση τμημάτων του θώρακος, το υψηλό κόστος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκτέλεσή της.¹

3.2.2 Ιστορικό

Η διαγνωστική διερεύνηση κάθε πάθησης του μαστού αρχίζει με την προσεκτική λήψη του κατάλληλου ιστορικού της ασθενούς. Η

ασθενής ερωτάται για κάθε στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με το πρόβλημα στο μαστό της και ιδιαίτερα αν παρουσιάζει οποιοδήποτε σύμπτωμα ή αν διαπίστωσε οποιανδήποτε μεταβολή στη συνήθη φυσιολογική κατάσταση του μαστού (ψηλαφητό ογκίδιο, έκκριση από τη θηλή, πρόσφατη μεταβολή του μεγέθους του μαστού, εισολκή ή παραμόρφωση της θηλής, ή πόνο κ.τ.λ.). Αναζητούνται επίσης από το ιστορικό τυχόν τραύμα στο μαστό, παθήσεις ή εγχειρήσεις στο μαστό κατά το παρελθόν καθώς επίσης αν έχει γίνει μαστογραφία στο παρελθόν και αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.

Τέλος λαμβάνεται λεπτομερές γυναικολογικό ιστορικό σχετικά με την περίοδο ενώ σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ενδιαφέρει η ηλικία διακοπής της περιόδου. Επίσης λαμβάνονται πληροφορίες για τον αριθμό των τοκετών και την ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη καθώς και για το θηλασμό και την χρήση αντισυλληπτικών.

3.2.3 Κλινική Εξέταση

Η αντικειμενική εξέταση του μαστού γίνεται με την άρρωση γυμνή από τη μέση και πάνω και κάτω από συνθήκες που δεν της δημιουργούν εύλογη αμηχανία. Κατά την εξέταση ακολουθείται αυστηρά η ίδια σειρά ενεργειών, ανεξάρτητα από το πρόβλημα μαστού που αναφέρει η ασθενής.

α) Επισκόπηση

Αρχικά παραγγέλλεται στην ασθενή να παραμείνει σε όρθια στάση, με τους βραχίονες ελεύθερους προς τα κάτω, ενώ στη συνέχεια ο εξεταστής ζητάει από την ασθενή να σηκώσει τα χέρια ψηλά πάνω από την κεφαλή της και στη συνέχεια να τα ξανακατεβάσει προς τα κάτω και να σφίξει τη μέση της γερά σε θέση μεσολαβής ο εξεταστής παρακολουθεί προσεκτικά για τα ακόλουθα:

1. Συμμετρία των μαστών και των θηλών.
2. Ομαλότητα της περιμέτρου των μαστών.
3. Ανωμαλίες του δέρματος των μαστών.
4. Οίδημα.
5. Ανωμαλίες της θηλής.
6. Φλεγμονή.
7. Προβολή τυχόν διόγκωση στην επιφάνεια του μαστού.
8. Ύπαρξη διογκώσεων στους υπερκλείδιους βόθρους, καθώς επίσης και στις μασχαλιαίες κοιλότητες.

Όταν τα άνω άκρα είναι σε ανάταση, τότε, εφόσον υπάρχει νεόπλασμα που διηθεί και το σύστοιχο θωρακικό μυ ο πάσχων μαστός ανέρχεται ψηλότερα από τον άλλο. Τέλος η καθήλωση του μαστού στο μείζονα θωρακικό μυ ελέγχεται και όταν ζητηθεί από την ασθενή να λάβει θέση επίκυψης, οπότε ο καθηλωμένος μαστός δεν προπίπτει όπως ο φυσιολογικός.⁴

β) Ψηλάφηση

Με την ψηλάφηση αναζητούνται: α) η θερμοκρασία των μαστών για την εντόπιση θερμότερης περιοχής, β) η ύπαρξη οιδήματος, γ) ευαισθησία κατά την πίεση, δ) όγκοι ή διογκώσεις του μαζικού αδένου και ε) διογκώσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Για την ψηλάφηση του μαστού με σκοπό την εξέταση της συστάσεως του και την ανεύρεση διογκώσεων η ασθενής κατακλίνεται υπτίως στην εξεταστική κλίνη. Στην περίπτωση πολύ μεγάλων μαστών η εξέταση γίνεται καλύτερα μετά από τοποθέτηση μικρού προσκεφάλου κάτω από τη σύστοιχη προς τον ψηλαφώμενο μαστό ωμοπλάτης.

Το έσω ημιμόριο του μαστού προσφέρεται καλύτερα για ψηλάφηση όταν τοποθετήσουμε το σύστοιχο άνω άκρο σε κάμψη πάνω από την κεφαλή. Το έξω ημιμόριο εξετάζεται καλύτερα όταν το άνω

άκρο ακουμπά στην εξεταστική κλίνη παράλληλα προς το πλάγιο του κορμού, χαλαρό και σε κάμψη.

Η ψηλάφηση αρχίζει από το άνω και έσω τεταρτημόριο, ακολουθεί την φορά των δεικτών ρολογιού και καταλήγει στο άνω έξω τεταρτημόριο και τέλος στην ουρά του μαστού. Η ψηλάφηση γίνεται με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του χεριού με λεπτές κυκλικές κινήσεις.

Στο τέλος της ψηλάφησης για την ανεύρεση και την εντόπιση ρύσεως ο μαστός πιέζεται με τις ράγες των δακτύλων ακτινοειδώς από την περιφέρεια προς τη θηλή.

Τέλος η ψηλάφηση συμπληρώνεται με την εξέταση των μασχαλιαίων κοιλοτήτων και των υπερκλειδιων βόθρων.⁸

γ) Αυτοεξέταση

Το θέμα της αυτοεξέτασης του μαστού βρίσκεται σε κάποια σύγχυση. Όταν ο γιατρός ρωτά μια γυναίκα εάν εξετάζει το μαστό της παίρνει συνήθως μία από τις δύο απαντήσεις: κάθε μέρα σχεδόν ή το αποφεύγω για να μην βρω κάτι και φοβηθώ. Στην πραγματικότητα η αυτοεξέταση του μαστού έχει δύο συγκεκριμένους στόχους και μία συγκεκριμένη τεχνική.

Οι δύο στόχοι είναι πρώτον να γνωρίσει η γυναίκα την αρχιτεκτονική του μαστού της, το πώς είναι φτιαγμένος και να παραλληλίζει, να συγκρίνει τα ευρήματα της μιας εξέτασης προς την επόμενη για να αντιληφθεί κανένα νέο εύρημα. Αυτό είναι δουλειά του γιατρού αλλά για να μπορέσει να αντιληφθεί κάποια διαφορά πρέπει να γνωρίζει την κατασκευή του φυσιολογικού μαστού.

Είναι γνωστό η αυτοεξέταση να αρχίζει από μικρή ηλικία - πριν τα 20 χρόνια - για να παρακολουθήσει η γυναίκα την ανάπτυξη τους.

Αυτοεξέταση των μαστών

Στις γυναίκες, ο **καρκίνος του στήθους** είναι η σνηθέστερα εμφανιζόμενη μορφή αυτής της νόσου. Η μορφή αυτή είναι, σε πολλές περιπτώσεις, ασυμπτωτική, εφόσον γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Για το λόγο αυτόν, συνιστάται να μάθετε να εξετάζετε τους μαστούς σας και να το κάνετε με συχνότητα, μια φορά το μήνα. Αν ανακαλύψετε κάποιο όγκο ή την όποια αλλοίωση, να συμβουλευτείτε το γιατρό. Μη φοβηθείτε όμως, γιατί το 90% των όγκων στους μαστούς δεν είναι καρκινικοί.

Η αυτοεξέταση των μαστών θα πρέπει να διενεργείται στο τέλος της περιόδου: ελέγξτε αν υπάρχει πιθανή αύξηση του όγκου, αν έχουν σχηματιστεί λακκάκια, αν υπάρχουν αλλαγές στη θηλή (μέγεθος, σχήμα και χρώμα), φλεγμονές στο πάνω μέρος του μαστού ή στη μασχάλη, κηλίδες ή έκκριση υγρού στις θηλές.



• Σταθείτε μπροστά σε ένα μεγάλο καθρέφτη με τα χέρια να κρέμονται αριστερά και δεξιά από το κορμί. Εξετάστε προσεκτικά την όψη, το μέγεθος και το περίγραμμα του κάθε μαστού. Ανασηκώστε τους και παρατηρήστε την κάτω τους πλευρά (1).



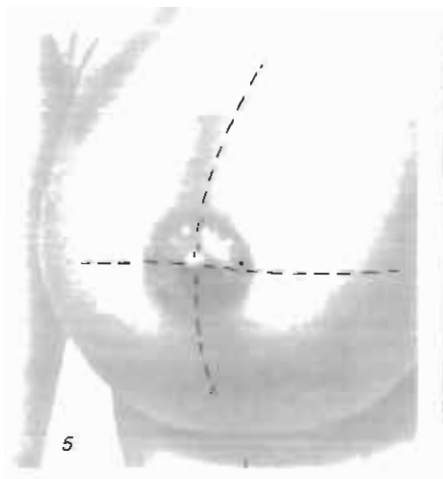
• Σηκώστε το ένα μαστό πρώτα και στη συνέχεια το άλλο· παρατηρήστε το περίγραμμα. Σηκώστε μετά και τα δύο μαστούς μαζί και ελέγξτε αν και οι δύο μαστοί μετακινούνται προς τα πάνω φθάνοντας στο ίδιο ύψος (2).

• Ξαπλώστε και χαλαρώστε. Για να εξετάσετε το δεξιό μαστό, τοποθετήστε το δεξί χέρι πίσω από το κεφάλι και με τα αφοδαχτύλια του αριστερού χεριού ψηλαφήστε το πιεζοντας απαλά, ξεκινώντας από τον αγκώνα, περνώντας από το κάτω μέρος του στήθους και φθάνοντας μέχρι το κέντρο του θώρακα. Φέρτε το χέρι σας στο πάνω μισό του στήθους και, τέλος, φέρτε το στο κέντρο περνώντας από τη θηλή (3).

• Εξετάστε τον αγκώνα και την κλείδαση, για πιθανούς όγκους ή φλεγμονές. Επαναλάβετε με τον αριστερό μαστό χρησιμοποιώντας το δεξί χέρι (4).



• Για να ψηλαφήσετε ολόκληρο το στήθος, θα σας βοηθήσει αν χωρίζετε νοητά κάθε στήθος σε τέσσερα μέρη με τη θηλή στο κέντρο (5).



Επί πλέον ο ένας μαστός ποτέ δεν είναι ίδιος με τον άλλο. Υπάρχουν σχεδόν πάντα μικροδιαφορές κατασκευής.

Επειδή οι μαστοί απ' τη μια περίοδο στην άλλη περνούν από διάφορες φάσεις - φουσκώνουν, πονούν, βαραίνουν, αλλάζουν μορφή - η αυτοεξέταση για να μπορεί να συγκρίνει τα ευρήματα πρέπει να γίνεται πάντα την ίδια στιγμή.

Έτσι η συμβουλή να γίνεται η αυτοεξέταση 1 εβδομάδα μετά την περίοδο που οι μαστοί είναι πιο χαλαροί, είναι βασική διότι τότε μόνο τα ευρήματα είναι συγκρίσιμα. Ο δεύτερος λοιπόν στόχος είναι η σύγκριση των ευρημάτων για τυχόν αναγνώριση κάποιας αλλαγής.

Η τεχνική είναι απλή. Η γυναίκα δεν μπορεί σαν το γιατρό να εξετασθεί με τα χέρια· έτσι το να σηκώσει το χέρι προς τον εξεταζόμενο μαστό για να απλώσει πάνω στο θώρακα διευκολύνει την αυτοεξέταση.⁹

3.3. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

3.3.1 Καλοήθειες Παθήσεις Μαστού

A. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Επώδυνες Θηλές

Κατά τη γαλουχία, λόγω έλλειψης φροντίδας και καθαριότητας ή μικροκακώσεις από το βρέφος, παρατηρούνται στις θηλές μικρές αβαθείς αμυχές του δέρματος, επιπόλαιες ή τυπικές ραγάδες. Ο θηλασμός είναι τόσο επώδυνος, ώστε καθίσταται αδύνατος, συχνά καταργείται το αντανακλαστικό παραγωγής γάλακτος, η δε παραμονή του τελευταίου καθιστά το μαστό επιρρεπή σε λοιμώξεις.

Θεραπευτικά συνίσταται διακοπή του θηλασμού ή χρησιμοποίηση “ασπίδων” των θηλών, καθαρισμός της θηλής με αντισηπτικά, σε ορισμένες δε περιπτώσεις τεχνητή αφαίρεση του γάλακτος.

2. Υπερφόρτιση των μαστών

Πρόκειται για κατακράτηση γάλακτος στο μαστό, συνήθως τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, λόγω άμβλυσης του αντανακλαστικού έκθλιψης γάλακτος ή ανεπαρκούς άμελης της θηλής από το βρέφος. Κλινικά παρατηρείται οίδημα, αίσθημα διάτασης ή πόνος και μικρή ερυθρότητα του δέρματος. Θεραπευτικά εφαρμόζεται συμπληρωματική κένωση των μαστών μετά το θηλασμό μέχρις ότου αυξηθούν οι ανάγκες του νεογνού σε γάλα ή χορηγείται ωκυτοκίνη.

3. Οξεία (πυώδης) μαστίτιδα

Είναι πάντοτε επιπλοκή της κύησης και της γαλουχίας οφείλεται δε συνήθως σε κατακράτηση γάλακτος λόγω ατελούς κένωσης του μαστού. Η φλεγμονή επεκτείνεται κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων (γαλακτοφορίτιδα) με συνήθη κατάληξη τη διάχυτη φλεγμονή (οξεία μαστίτιδα) ή την αποστηματοποίηση (υποθηλαία ή παρεγχυματικά αποστήματα τα οποία μπορεί να είναι μονόχωρα ή πολύχωρα). Τα συχνότερα υπεύθυνα μικρόβια είναι ο σταφυλόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος.

4. Χρόνια Μαστίτιδα

Πρόκειται για σπάνια επιπλοκή του θηλασμού. Ο όρος όμως χρησιμοποιείται -κακώς- και για μη φλεγμονώδεις καταστάσεις.

5. Μαστίτιδα από ξένα σώματα

Η εμφύτευση πλαστικών ή άλλων ουσιών στο μαστό, κυρίως σιλικόνης, για αισθητικούς λόγους, αφενός μεν προκαλεί μια χρόνια κοκκιώδης φλεγμονή, αφετέρου δε καθιστά το μαστό πλέον επιρρεπή σε εξωτερικές επιμολύνσεις. Η συζητούμενη πιθανότητα καρκινογένεσης από τη σιλικόνη ουδέποτε αποδείχθηκε στον άνθρωπο. Θεραπευτικά, επί επιμολύνσεων μόνο επιβάλλεται η χειρουργική εξαίρεση της πρόθεσης.

6. Συρίγγια μαστού

Συνήθως οφείλονται σε αυτόματη ή ατελή παροχέτευση αποστήματος, σπανιότερα δε σε ρήξη λεμφικής κύστης ή σε εκτασία των πόρων. Μόνη θεραπεία είναι η χειρουργική εξαίρεση του συριγγίου.

7. Λιποκοκκίωμα μαστού

Πρόκειται για την εμφάνιση κινητού, ανώδυνου, υπόσκληρου ογκιδίου, στον ένα μαστό, σε άτομα που παίρνουν φαινοθειαζίνη ή παράγωγα της από το στόμα. Ιστολογικά παρατηρούνται στοιχεία χρόνιας γιγαντοκυτταρικής φλεγμονής.

8. Φυματίωση - Σύφιλη - Λέπρα - Έκζεμα

Πρόκειται για πολύ σπάνιες καταστάσεις οι οποίες όμως μερικές φορές συγχέονται διηθητικό καρκίνωμα, ενώ το έκζεμα της θηλής του μαστού συχνά εκλαμβάνεται σαν νόσος του Target. (Όπως συμβαίνει και με τις κοινές φλεγμονές, έτσι και οι ειδικές αυτές φλεγμονές παρατηρούνται συχνότερα σε διαβητικούς).

9. Γαλακτοκήλη

Πρόκειται για σπάνια καλοήγη κατάσταση που εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες κατά τη γαλουχία ή λίγους μήνες μετά το τέλος της. Ο μαστός διογκώνεται λόγω ύπαρξης μιας κύστης πλήρους γάλακτος, ποικίλης διαμέτρου. Κλινικά διαπιστώνεται ένας συμπαγής ανώδυνος όγκος με σαφή όρια. Η θεραπεία συνιστάται σε παρακέντηση ή απλή χειρουργική αφαίρεση της βλάβης.³

10. Άσηπτη νέκρωση λιπώδους ιστού

Είναι πάντα αποτέλεσμα τραυματισμού του μαστού ή χρόνιας πίεσεως σ' ένα συγκεκριμένο σημείο. Συμβαίνει συνήθως σε μεγάλους κρεμάμενους μαστούς και συχνά ο τραυματισμός είναι τόσο επιπόλαιος που δεν αναφέρεται από την άρρωστη στο ιστορικό. Ο τραυματισμός προκαλεί αιμορραγία και η οργάνωση του αιματώματος, στη συνέχεια,

άσηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού, ο οποίος φιλοξενούσε το αιμάτωμα.

Στο μαστό ψηλαφάτε μάζα σκληρή με ασαφή όρια, επώδυνη, η οποία όμως δεν μεταβάλλει μέγεθος με το χρόνο. Εκτός του τελευταίου χαρακτηριστικού, η ομοιότητα της με του καρκίνου τόσο κλινικώς όσο και μαστογραφικώς είναι πολύ μεγάλη, αφού συχνά υπάρχουν τόσο εισολκή του δέρματος, όσο και αποτιτανώσεις. Ασφαλής διάγνωση γίνεται μόνο με την αφαίρεση και βιοψία της μάζας.¹⁰

B. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΕΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΕΣ

Με τον όρο επιθηλίωση εκφράζεται η υπερπλασία του επιθηλίου των μικρών πόρων και των αδενοκυψελών του μαστού.

Η υπερπλασία αυτή μπορεί να φθάσει μέχρι πληρώσεως του αυλού των πόρων και των αδενοκυψελών, συνήθως όμως εμφανίζεται με τη μορφή θηλών, οι οποίοι προβάλλουν μέσα στον αυλό.

Η επιθηλίωση συνήθως συνυπάρχει με άλλες αλλοιώσεις (όπως η αδένωση και η κυστική μαστοπάθεια) μπορεί όμως να αποτελεί μοναδικό εύρημα σε μια βιοψία μαστού.

Για τον κλινικό γιατρό έχει σημασία να γνωρίζει, αν σε μια βιοψία μαστού υπάρχει επιθηλίωση, γιατί αυτό σημαίνει μεγαλύτερο κίνδυνο για τη γυναίκα και αναπτύξει καρκίνο.

Στον παθολογοανατόμο η επιθηλίωση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα διαφορετικής διάγνωσης από το *in situ* καρκίνωμα.

Αδένωση ονομάζεται η υπερτροφία και υπερτροφία των λοβιδίων η οποία εμφανίζεται ως αύξηση του μεγέθους αυτών. Η αύξηση του μεγέθους οφείλεται σε αύξηση του ειδικού λοβιδιακού στρώματος και των αδενοκυψέλων, το επιθήλιο των οποίων αποτελείται από δύο στίχους κυττάρων.

Τα προς του αυλό κύτταρα είναι επιθηλιακά, ενώ η έξω στιβάδα αποτελείται από κύτταρα τα οποία χαρακτηρίζονται ως μονοεπιθηλιακά. Πολλές φορές παρατηρείται διάταση των αδενοκυψέλων.

Η αδένωση μπορεί να συνοδεύει άλλες αλλοιώσεις ή να καταλαμβάνει μέρος του μαζικού αδένου, οπότε σχηματίζει μια ογκόμορφη ψηλαφητή μάζα.

Μια μορφή της αδενώσεως, η σκληρωτική αδένωση, εμφανίζεται ως μια υπερπλασία των λοβιδίων και των μικρών πόρων, η οποία συνοδεύεται από αύξηση και ίνωση του υποστρώματος. Έτσι μικροί αδενικοί σχηματισμοί βρίσκονται μέσα σ' ένα ινώδες υπόστρωμα, το οποίο περισφίγγει αυτούς τους αδενικούς σχηματισμούς.

Πολλές φορές παρατηρούνται μικροαποτιτανώσεις σε περιοχές σκληρυντικής αδενώσεως, ενώ το μεγαλύτερο πρόβλημα για τον παθολογοανατόμο βρίσκεται στην ομοιότητα της σκληρυντικής αδενώσεως με δηθητικό καρκίνωμα, ειδικά όταν πρόκειται για υλικό ταχεία βιοψίας.

Η κυστική μαστοπάθεια είναι νόσος των λοβιδίων και προσβάλλει οποιοδήποτε μέρος του μαστού. Οι κύστεις σχηματίζονται από τη διάταση των αδενοκυψέλων, χωρίς να συνοδεύονται από φλεγμονώδη αντίδραση εκτός από την περίπτωση ρήξεως των κύστεων.

Γ. ΠΟΡΕΚΤΑΣΙΑ

Είναι από τις λίγες περιπτώσεις που ο κλινικός ορός έχει παθολογοανατομική σχέση. Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες.

Υπάρχει μια διαμάχη στους παθολογοανατομικούς κύκλους και πόσο η διάταση των πόρων εμφανίζεται πριν από τη φλεγμονή. Πρόσφατες μελέτες του Forrest έδειξαν ότι είναι δυνατόν ν' ανεβρεθούν

μικροοργανισμοί μέσα σ' αυτούς τους πόρους. Οι γυναίκες που χειρουργήθηκαν για πορεκτασία έχουν υψηλό ποσοστό φλεγμονής.

Ιστολογικώς δεν έχουμε προνεοπλασματικές αλλοιώσεις και βλέπουμε ένα ηωσινοφιλικό υλικό να γεμίζει τους πόρους μαζί με ίνωση και διάταξη των πόρων.

Κλινικώς έχουμε την εμφάνιση μάζας, άλγος, πολυοζώδη μάζα και δυνατόν να συνυπάρχει έκκριμα από τη θηλή.

Δ. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1. Ινοαδένωμα

Τα ινοαδενώματα αποτελούν μια τυπική λοξοδρόμηση της φυσιολογικής ανάπτυξης του μαστού. Η ορθόδοξη αντιμετώπιση τους είναι η χειρουργική αφαίρεση με σκοπό κυρίως να αποκλεισθεί η περίπτωση του καρκίνου. Βέβαια η άποψη αυτή δεν ευσταθεί διότι, πρώτον, τα ινοαδενώματα δεν προδιαθέτουν σε καρκίνο και, δεύτερο, η μετατροπή τους σε φυλλοειδή όγκο είναι εξαιρετικά σπάνια, αν και πολλοί την απορρίπτουν παντελώς και δεν δέχονται τη μετατροπή αυτή.

Η φυσική πορεία των ινοαδενωμάτων δεν είναι ξεκαθαρισμένη. Είναι δυνατόν να παραμένουν σταθερά σε μέγεθος, να υποστραφούν ή ν'αυξάνουν βραδέως. Ταχεία αύξηση του μεγέθους είναι δυνατόν να συμβεί στις περιπτώσεις εγκυμοσύνης ή γαλουχία. Η αφαίρεσή τους λοιπόν δεν είναι αναγκαία και επιπλέον υπάρχει το ενδεχόμενο των επιπλοκών μιας γενικής νάρκωσης, ενός αιματώματος ή φλεγμονής του τραύματος. Αλλά και η συντηρητική αγωγή έχει τις σχετικές δυσκολίες της.

Η μαστογραφία δεν είναι εύκολο να γίνεται στις νέες γυναίκες, οι οποίες κυρίως παρουσιάζουν τα ινοαδενώματα. Η διαγνωστική ακρίβεια του υπερηχογραφήματος είναι περιορισμένη στη διαφορική διάγνωση

μεταξύ ινοαδενώματος και καρκίνου μαστού. Σήμερα μόνο η παρακέντηση και η κυτταρολογική εξέταση (FNA) θεωρείται ασφαλής μέθοδος για την κεκμηρίωση της διάγνωσης του ιναδεώματος. Συνήθως εμφανίζεται σε γυναίκες 18 - 30 ετών, δηλαδή ηλικίες που ο καρκίνος του μαστού είναι σχετικά σπάνιος. Τουλάχιστον το $\frac{1}{3}$ των βλαβών που κλινικά θεωρούνται ινοαδενώματα ιστολογικώς παρουσιάζονται ως αλλοιώσεις ινοκυστικής νόσου. Τα ινοαδενώματα δεν υποχωρούν με συντηρητική αγωγή, και δεν υπάρχει σχέση ως προς την αύξηση του μεγέθους των μαστών, την ηλικία ή τη χρήση αντισυλληπτικών.¹²

2. Ενδοσωληνώδες Θήλωμα

Πρόκειται για καλοήγη υπερπλαστική εξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων που εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες ηλικίας 40 - 50 χρόνων, ενώ πριν τα 30 και μετά τα 60 είναι σπάνια. Αποδίδεται στην εκλεκτική δράση στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων αγνώστου αιτιολογικού παράγοντα με αποτέλεσμα ερεθισμό και υπερπλασία. Υποθέσεις που αναφέρονται σε μηχανικό ερεθισμό, μικροβιακούς παράγοντες ή λίμναση εκκρίσεων μέσα στους πόρους δεν στηρίζονται σε επαρκή αποδεικτικά στοιχεία.¹³

3. Φυλλοειδές Κυστεοσάρκωμα

Είμαι σπάνιος όγκος που θεωρείται ως ποικιλία ινοαδενώματος. Παρά την ονομασία του είναι καλοήγη στις περισσότερες περιπτώσεις.

Χαρακτηρίζεται από ταχεία και υπέρμετρη ανάπτυξη, δεν προκαλεί έλξη του υπερκείμενου δέρματος και ξεχωρίζει σαφώς από τον γύρω μαζικό αδένα. Είναι ομαλό ή λοβωτό και ευκίνητο εκτός αν έχει αποκτήσει μεγάλες διαστάσεις. Σε λίγες περιπτώσεις ο όγκος είναι κακοήθης και κάνει μεταστάσεις συνήθως αιματογενώς.⁸

Η θεραπεία των καλοήθων παθήσεων του μαστού συνήθως είναι χειρουργική και συνίσταται στην εξαίρεση της παθολογικής εστίας.

Η συντηρητική θεραπεία που εφαρμόζεται κυρίως στις φλεγμονές δεν έχει αποδώσει. Έχουν δοκιμασθεί διάφορα ορμονικά (προγεστερόνη) ή όχι (Danazol) σκεύασμα σε διάφορες παθήσεις, τα αποτελέσματα των οποίων, είναι πτωχά και αμφιλεγόμενα, τουλάχιστον προς το παρόν.¹¹

3.3.2 Κακοήθεις Όγκοι Μαστού

A. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET

Πρόκειται για μια ιδιότυπη και σπάνια μορφή καρκίνου του μαστού (2,5% επί του συνόλου των νεοπλασιών του μαστού). Εμφανίζεται σαν μια υγρή εκζεματοειδής βλάβη της θηλής η οποία είναι ερυθματώδης και πεπαχυσμένη και στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται ψηλαφητός όγκος κάτω από τη θηλή.

Κλινική εικόνα. Στο αρχικό στάδιο δεν υπάρχει εμφανής βλάβη της θηλής, αλλά μόνο ένα τοπικά εντοπιζόμενο αίσθημα καύσου ή κνησμού. Καθώς το ιδιόμορφο - ενδοσωληνώδες ή διηθητικό των πόρων - καρκίνωμα εξαπλώνεται κατά μήκος του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων προς την επιδερμίδα της θηλής, εμφανίζεται διήθηση και ερυθρότητα της επιφάνειας της, η οποία ακολουθείται από τραχύτητα και πάχυνση της επιδερμίδας, αργότερα δε από διάβρωση και εφελκιδοποίηση της θηλής.

Η διήθηση του μαστικού αδένα από το καρκίνωμα δίνει ψηλαφητικά την εντύπωση ύπαρξης όγκου κάτω από τη θηλή.

Διάγνωση. Βασίζεται στην κλινική εικόνα της εκζεματοειδούς βλάβης με τις χαρακτηριστικές διαβρώσεις της θηλής. Παρ' ότι η εμφάνιση της βλάβης είναι σχεδόν τυπική, συχνά η διάγνωση είναι ανεπιτυχής, οπότε μόνο η ιστολογική εξέταση δίνει την οριστική λύση. Υπάρχουν τρία ειδικά μικροσκοπικά χαρακτηριστικά της βλάβης που ανευρίσκονται σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις. Αυτά είναι:

α. Τα κύτταρα του Paget.

β. Η υπερτροφία της επιδερμίδας.

γ. Η διήθηση του υποεπιδερμικού χώρου από στρογγυλά λεμφοκύτταρα.

Θεραπεία. Δεδομένου ότι η νόσος του Paget είναι κακόηθες νεόπλασμα του μαστού, η αντιμετώπιση του είναι η ίδια όπως και με τους υπόλοιπους τύπους καρκίνου. Το ίδιο ισχύει και για τη σταδιοποίηση της βλάβης.

B. ΣΑΡΚΩΜΑΤΑ

Τα σαρκώματα αποτελούν το 0,2-1% των κακοήθων όγκων του μαστού. Ο συχνότερος τύπος σαρκώματος είναι το κυστεοσάρκωμα, αν και σπανιότατα αναφέρεται η ύπαρξη ινοσαρκώματος, λιποσαρκώματος, ραβδομυοσαρκώματος, αιμαγγειώματος και λεμφοσαρκώματος.

Οι μεταστάσεις από τις κακοήθεις μορφές κυστεοσαρκώματος (σε 9-23% ανέρχονται τα κακοήθη), όπως και από τις άλλες μορφές των σαρκωμάτων, γίνονται αιματογενώς.

Το αγγειοσάρκωμα δίνει ταχύτερα μεταστάσεις έχει δε και βαρύτερη πρόγνωση.³

Γ. ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Αποτελεί τη χειρότερη μορφή καρκίνου και εμφανίζεται σε νέα συνήθως άτομα. Αρχίζει κατά κανόνα ως όγκος αλλά μετά από λίγο επιπροστίθενται φλεγμονώδη φαινόμενα οπότε και συγχέεται με κοινή φλεγμονή.

Κατά την εξέταση ο μαστός βρίσκεται διογκωμένος, το δε δέρμα του είναι ερυθρό, θερμό και οιδηματώδες. Χαρακτηριστικά, παρά τα φλεγμονώδη φαινόμενα, λείπουν ο πυρετός και η λευκοκυττάρωση.

Δ. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα καρκινώματα του μαστού διακρίνονται σε μη διηθητικά και διηθητικά. Στα μη διηθητικά (in situ) καρκινώματα η καρκινωμάτωσης

εξαλλαγή περιορίζεται στα επιθηλιακά κύτταρα χωρίς να διηθείται η βασική μεμβράνη. Τόσο τα διηθητικά όσο και τα μη διηθητικά νεοπλάσματα του μαστού ανάλογα με τα μορφολογικά και ιστολογικά χαρακτηριστικά τους διακρίνονται στους εξής τύπους:

i) Μη διηθητικός καρκίνος (*in situ*)

Διακρίνεται σε πορογενή καρκίνο (*in situ*) που απαντά με συχνότητα 2% περίπου στο σύνολο των νεοπλασμάτων του μαστού.

Η μορφή αυτή δεν γίνεται αντιληπτή με την αντικειμενική εξέταση. Μπορεί να εντοπισθεί με τη μορφή αποτιτανώσεων στη μαστογραφία ή να αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψίας μαστού για καλοήθη νόσο. Μερικές φορές είναι εύρημα εγχειρήσεως για αιματηρή ρύση από τη θηλή. Είναι συνήθως πολυεστιακός και ειδικά ο λοβιακός *in situ* εμφανίζει και μεγάλη συχνότητα αμφοτερόπλευρης εντοπίσεως.

ii) Διηθητικός καρκίνος

Αποτελεί το 90% περίπου των καρκινωμάτων του μαστού.

Διακρίνεται ως εξής:

1. Διηθητικός καρκίνος των πόρων χωρίς ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά (75%).
2. Ειδικές μορφές διηθητικού καρκίνου των πόρων: μυελοειδής (5%), βλεννώδης (2%), σωληνώδης (1%).
3. Σπάνιες μορφές του καρκίνου του μαστού (1%).

Θηλώδης, αδενοκυστικός, μεταπλαστικό καρκίνωμα, βασικό κυτταρικό καρκίνωμα, καρκίνωμα από κύτταρα πλούσιου σε λιποειδή.⁸

3.3.3 Ειδικά Προβλήματα στον Καρκίνο Μαστού

1. Καρκίνος Μαστού και Κύηση

Η εγκυμοσύνη δε φαίνεται να επηρεάζει την επιβίωση στον καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με μη εγκυμονούσες ασθενείς της ίδιας ηλικίας. Η διαπίστωση της νόσου τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης λογικά θα πρέπει να οδηγεί στη διακοπή της κύησης, αν και δεν έχει στατιστικά αποδειχτεί ότι αυτό βελτιώνει την πρόγνωση της νόσου· στηρίζεται όμως στη θεωρία της αυξημένης έκκρισης ορμονών κατά την κύηση και την πιθανότητα ορμονοεξάρτησης του όγκου.

Το κύριο πρόβλημα του καρκίνου του μαστού στις έγκυες γυναίκες είναι η δυσκολία διάγνωσης του κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Προληπτικά πρέπει να συνίσταται η βιοψία του μαστού σε ασθενή με ψηλαφητή μάζα του μαστού η οποία επιθυμεί να παραμείνει έγκυος.

Συνήθως θα πρέπει να γίνεται σύσταση στις ασθενείς αυτές ν' αποφεύγουν άλλη εγκυμοσύνη, κυρίως στο στάδιο II.

2. Αμφοτερόπλευρος Καρκίνος Μαστού

Ο αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού παρατηρείται σε ποσοστό 10% των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Όταν θα υπάρχει υπόνοια παρουσίας καρκίνου και στον άλλο μαστό, θα πρέπει κατά τη στιγμή της ριζικής μαστεκτομής να γίνεται βιοψία ρουτίνας στον ύποπτο αυτό μαστό.

Ο τυχόν συνυπάρχων καρκίνος του άλλου μαστού αντιμετωπίζεται όπως και η πρώτη νόσος. Το λοβιώδες *in situ* καρκίνωμα του μαστού είναι αμφοτερόπλευρο σε 20% των περιπτώσεων, ενώ σε περιπτώσεις διηθητικού λοβιώδους *in situ* καρκίνου το ποσοστό φτάνει μέχρι και 60%. Ως τακτική θα πρέπει επομένως να εφαρμόζεται σ' αυτούς τους καρκίνους βιοψία "ρουτίνας" και στον άλλο μαστό.⁷

3. Ο Καρκίνος του Μαστού στους Άνδρες

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σπάνια στους άνδρες. Η συχνότητα του υπολογίζεται από 1% των περιπτώσεων της νόσου που επισυμβαίνει στις γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι 10 χρόνια αργότερα απ' ότι σ' αυτές.

Φαίνεται ότι υπάρχει κάποιος προδιαθεσικός οικογενειακός παράγοντας, ενώ και άλλοι παράγοντες, όπως η γυναικομαστία και το σύνδρομο Klinefelter, θεωρείται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου. Η γυναικομαστία συνυπάρχει στο 40% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού, αλλά δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα πως αποτελεί προκαρκινωματώδη κατάσταση. Από παθολογοανατομική άποψη ο όγκος μοιάζει με το καρκίνωμα μαστού των γυναικών, με μόνη διαφορά ότι το λοβιακό καρκίνωμα *in situ* δεν εμφανίζεται στους άνδρες. Στο 84% των περιπτώσεων ανευρίσκονται ορμονικοί υποδοχείς στον όγκο.

Κλινικά η νόσος συνήθως εμφανίζεται με ανωμαλία της θηλής (εισολκή, έκκριση) ή εξέλκωση. Ο όγκος συνήθως αφορίζεται λιγότερο καλά απ' ότι στις γυναίκες, ενώ εξαιτίας της μικρής μάζας του ανδρικού μαστού συχνά κείται κοντά στη θωρακική περιτονία ή και την καταλαμβάνει.

Η κατανομή των ασθενών δείχνει, ότι οι άνδρες προσέρχονται για θεραπεία σε πιο προχωρημένο στάδιο. Συνήθως εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αν και είναι δυνατό να απαιτείται ριζική μαστεκτομή όταν είναι κατειλημμένη η θωρακική περιτονία. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετεγχειρητικά στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Η κατάληψη των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων έχει την ίδια προγνωστική σημασία όπως και στις γυναίκες.

Η πρόγνωση θεωρείται παρόμοια με του γυναικείου καρκίνου του μαστού, αν και υπάρχουν ορισμένοι που πιστεύουν ότι είναι χειρότερη. Οι μεταστάσεις εμφανίζονται σε παρόμοιες θέσεις μ' αυτές των γυναικών. Η θεραπεία για την μεταστατική νόσο ήταν άλλοτε κατεξοχήν η ορχεκτομή με ανταπόκριση που κυμαινόταν από 3-40 μήνες. Σήμερα κύριο ρόλο στη θεραπεία κατέχει η ορμονοθεραπεία (χορήγηση ταμοξιφένης αρχικά) ιδιαίτερα για ανακούφιση από μεταστατική νόσο με ποσοστό ανταπόκρισης 48-51% και για χρονικό διάστημα 5-60 μήνες. Η χημειοθεραπεία μπορεί επίσης να έχει ευεργετικά αποτελέσματα.¹

Δ. Καρκίνος Μαστού στην Παιδική Ηλικία

Είναι εξαιρετικά σπάνιος. Οι περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα δεν υπερβαίνουν τις 50. Οι μισές από αυτές αφορούσαν την προ της ήβης ηλικία και οι περισσότεροι από τους καρκίνους της ηλικίας αυτής ήταν του τύπου του “εκκριτικού καρκινώματος” που περιγράφηκε από τους McPivitt και Stewart. Η αντιμετώπιση τους έγινε με τοπική εκτομή ή απλή μαστεκτομή και όλοι πλην ενός επέζησαν. Στην εφηβική ηλικία οι καρκίνοι ήταν παρεμφερείς με αυτούς που συναντούμε στους ενήλικες. Η αντιμετώπιση έγινε με τοπική εκτομή έως ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία και το 50% επέζησε. Είναι πιθανό ότι τουλάχιστον η ομάδα της εφηβικής ηλικίας χρειάζεται αντιμετώπιση ταυτόσημη μ' αυτή των ενηλίκων.

Τρεις από τους προ της ήβης καρκίνους μαστού και 2 της εφηβείας αφορούσαν αγόρια, ποσοστό 12% που είναι βέβαια πολύ μεγαλύτερο απ' ότι των ενηλίκων.

Ο καρκίνος του μαστού στην παιδική ηλικία παρουσιάζεται σαν ένα ογκίδιο ανώδυνο, μονόπλευρο το οποίο δημιουργεί πολλά διαγνωστικά προβλήματα. Η μαστογραφία δεν βοηθάει στα παιδιά λόγω της πυκνότητας του μαστού. Στενή παρακολούθηση με ενδεχόμενη

βιοψία στον κατάλληλο χρόνο είναι το πρώτο και βασικό βήμα στην αντιμετώπισή του.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.1.1 Χειρουργήσιμος Καρκίνος του Μαστού

ΣΤΑΔΙΟ I ΚΑΙ II

1. Χειρουργική Θεραπεία

Από την εποχή του Halsted (1891) 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 (Halsted).

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 το μείζονα θωρακικό μυ.

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 του μασχالياίους 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 μυός και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης ή και αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυός (Patey-Handley) για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης.

δ. Απλή μαστεκτομή.

Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης. Εάν υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες, εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία.

ε. Τμηματική μαστεκτομή.

Αυτή εκτός από καθαρισμό συνήθως της μασχάλης, δυνατόν να περιλαμβάνει προς αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας είτε εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου (τεταρτημοριεκτομή), είτε ευρεία τοπική εκτομή του όγκου με αφαίρεση του γύρω υγιούς αδενικού ιστού, έκτασης 2 εκ. περίπου, ή τοπική εκτομή του όγκου (ογκεκτομή).

Ο συνδυασμός της εγχείρησης αυτής με ακτινοθεραπεία με τη γνωστή αποτελεσματικότητά της στο να προκαλεί “αποστείρωση” της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχωρίων λεμφαδένων κάνει τη μέθοδο αυτή να ισοδυναμεί με μία ριζική επέμβαση. Η εφαρμογή δε και

επικουρικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους αδένες, κάνει τη μέθοδο κατάλληλη όχι μόνο σε ασθενείς του σταδίου I αλλά και του σταδίου II με όγκους μεγαλύτερους των 4 εκ. Η πενταετής επιβίωση δεν διαφέρει εκείνης των ριζικότερων επεμβάσεων.

Για τους λόγους αυτούς και εκ του γεγονότος ότι έχει καλό κοσμητικό αποτέλεσμα χωρίς να δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα, το είδος της εγχείρησης αυτής κερδίζει συνεχώς έδαφος.

Από τις ριζικότερες εγχειρήσεις επικρατέστερη είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Ενδείξεις μαστεκτομής

I. Της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής.

1. Στο κλινικό στάδιο II.
2. Όταν το κοσμητικό αποτέλεσμα δεν είναι ουσιαστικός παράγων για τον ασθενή.
3. Όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι μεγαλύτερος των 4 εκ.
4. Όταν ο όγκος είναι σε περιοχή του μαστού που το κοσμητικό αποτέλεσμα δεν θα ικανοποιήσει την ασθενή.
5. Όταν υπάρχουν πολλαπλές πρωτοπαθείς εστίες (πολυεστιακός καρκίνος).
6. Σε ηλικιωμένες ασθενείς.
7. Σε πολύ μικρούς μαστούς.

II. Της τμηματικής μαστεκτομής.

1. Στο κλινικό στάδιο I.
2. Όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι ίσος ή μικρότερος των 4 εκ. και είναι μονήρης.
3. Όταν το κοσμητικό αποτέλεσμα και η διατήρηση του μαστού είναι σπουδαίοι λόγοι για την ασθενή.
4. Σε ασθενείς νεαρής ηλικίας.

2. Ακτινοθεραπεία

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 εάν και κατά πόσο μπορεί να παρατείνει την επιβίωση. Για τούτο η ακτινοθεραπεία σήμερα έχει σχεδόν υποκατασταθεί με χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά, όπου και τις τοπικές υποτροπές μπορεί να μειώσει αλλά και τη συστηματική νόσο να ελέγξει.

3. Επικουρική χημειοθεραπεία

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 χρόνους υποτροπής και πενταετούς επιβίωσης επιτυγχάνεται όταν η χειρουργική θεραπεία ακολουθείται από επικουρική χημειοθεραπεία (adjuvant chemotherapy).

Η επικουρική χημειοθεραπεία συνιστάται σε ασθενείς που έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και υποκλινικών μεταστάσεων. Παλιότερα θεωρούνταν ότι μόνη η παρουσία μασχαλιαίων λεμφαδένων ήταν απόλυτο κριτήριο για την εφαρμογή της.

Έχει διαπιστωθεί ότι όσο περισσότεροι είναι οι διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος των υποκλινικών μεταστάσεων (π.χ. 1-3 διηθημένοι αδένες, πιθανότητα μεταστάσεων 45%, 13 και άνω 87%).

Σήμερα πιστεύεται ότι εκτός από τη διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, θα πρέπει να περιλαμβάνονται και άλλα κριτήρια, όπως είναι:

1. Μέγεθος του όγκου (όγκοι πάνω από 4 εκ. έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για διασπορά της νόσου).
2. Εντόπιση του όγκου (όγκοι έσω ημιμορίου).
3. Ιστολογικοί χαρακτήρες του όγκου, όπως είναι: α) ο τύπος του καρκίνου, β) ο βαθμός κυτταρικής και πυρηνικής διαφοροποίησης του όγκου.
4. Ιστολογική μαρτυρία περινευρικής διήθησης ή διήθησης αιμοφόρου ή λεμφοφόρου αγγείου.
5. Παρατεταμένες τιμές C.E.A. στο πλάσμα πάνω από δύο εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Χορηγείται 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.

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 συσχετίζονταν 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 τον σκοπό καλύτερου αποτελέσματος, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη μεγαλύτερη τοξικότητα των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων. Τέτοιοι συνδυασμοί είναι C.M.F.-V.P. (Βινκριστίνη - Πρεδνιζόνη), L-PAM - 5-FU κ.α.

4. Επικουρική ορμονοθεραπεία

Σε ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, χορηγούνται αντιοιστρογόνα (Tamoxifen) ως επικουρική ορμονοθεραπεία. Η ορμονοθεραπεία αυτή στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, συνδυάζεται με χημειοθεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός αυξάνει το ευεργετικό αποτέλεσμα των φαρμάκων.

Το αντιοιστρογόνο Tamoxifen (Nolvadex) έχει καλύτερη επίδραση σε ασθενείς με περισσότερους από 4 διηθημένους αδένες και σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, αν και συνδυασμός Tamoxifen με χημειοθεραπευτικά φάρμακα, όπως είναι L-PAM ή 5-FU κ.α. δεν είναι ασυνήθης σε μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς.

Τελευταία υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η εφαρμογή της Tamoxifen (Nolvadex) δύναται να επεκταθεί και σε ασθενείς ανεξαρτήτως ορμονικών υποδοχέων, με όγκους όμως καλής διαφοροποίησης.

Μετεγχειρητική παρακολούθηση

Μετά την πρωτοπαθή θεραπεία, η ασθενής παρακολουθείται για το ενδεχόμενο τοπικής υποτροπής της νόσου, εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό ή μακρινών μεταστάσεων.

Τα πρώτα 3 χρόνια πρέπει να εξετάζεται κάθε 3 μήνες· στο διάστημα αυτό εμφανίζονται κυρίως οι τοπικές υποτροπές και μεταστάσεις. Εντός των 2 πρώτων χρόνων εμφανίζεται το 70% των τοπικών υποτροπών. Ακολούθως κάθε 6 μήνες μέχρι να συμπληρώσει 5 χρόνια από την εγχείρηση, εν συνεχεία κάθε 12 μήνες (κατ' άλλους 6 μήνες), μέχρι τέλους της ζωής της.

Έχει διαπιστωθεί ότι το 88% των ασθενών με καρκίνο του μαστού, θα καταλήξει τελικά από μεταστατική νόσο, η οποία μπορεί να εμφανιστεί και μετά από 20-30 χρόνια.

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει αφενός κλινική εξέταση (επισκόπηση-ψηλάφηση), αφετέρου εργαστηριακό έλεγχο, που συνίσταται σε α/α θώρακος, οστών (κυρίως πυέλου), έλεγχο ηπατικής λειτουργίας (ένζυμα ήπατος, λευκώματα, χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση). Προσδιορισμός του Ca 15-3, C.E.A. και άλλων δεικτών, εάν υπάρχει δυνατότης. Σωστό είναι να υπάρχει προεγχειρητική εκτίμηση των τιμών τους. Μαστογραφία του άλλου μαστού ή και του πάσχοντος (εάν δεν έχει αφαιρεθεί) εφόσον κρίνει σκόπιμο ο εξεταστής. Μέτρηση περιμέτρου χεριών για οίδημα. Εάν υπάρξει υποψία μετάστασης, τότε η ασθενής υποβάλλεται σε σπινθηρογραφικό έλεγχο οστών, ήπατος και αξονική τομογραφία. Ακόμα προσδιορίζεται το Ca 15-3 και η υδροξυπρολίνη των ούρων του 24ώρου κ.α.

Τοπική υποτροπή

Ο αριθμός των τοπικών υποτροπών μετά από εγχείρηση ανέρχεται στο 20-25% των περιπτώσεων.

Το ποσοστό των τοπικών υποτροπών εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των διηθημένων αδένων και φυσικά από τον τύπο της εγχείρησης.

Μεγάλοι όγκοι, περισσότεροι διηθημένοι αδένες, λιγότερο ριζική εγχείρηση, εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό τοπικής υποτροπής. Αντίθετα, η ριζική μαστεκτομή έχει το μικρότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής.

4.1.2 Μη Χειρουργήσιμος Καρκίνος του Μαστού

A. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος του μαστού

Στάδιο III

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

1. Μεγάλο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (πάνω από 5 εκ.).
2. Διήθηση του υπερκείμενου δέρματος.
3. Δορυφόροι δερματικές εντοπίσεις.
4. Εκτεταμένο ενδοδερμικό οίδημα (peau d' orange).
5. Καθήλωση στους εν τω βάθει ιστούς (θωρακικό τοίχωμα).
6. Καθήλωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων.
7. Διόγκωση των υπερκλειδίων λεμφαδένων.

Τις περισσότερες φορές δεν είναι εύκολο να αποφασίσει ο εξεταστής εάν 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 απ' ότι μόνος του ο πρωτοπαθής όγκος.

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

1. Χειρουργική θεραπεία

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

Μόνη της η μαστεκτομή έχει μεγάλο ποσοστό τοπικής υποτροπής (60% περίπου) και πολύ μικρό ποσοστό 5ετούς επιβίωσης.

2. Ακτινοθεραπεία

Μόνη της η ακτινοθεραπεία και μάλιστα σε υψηλές δόσεις μπορεί να προκαλεί τοπικό έλεγχο του προχωρημένου τοπικά καρκίνου του μαστού. Ο έλεγχος αυτός είναι ανάλογος με τη χρησιμοποιούμενη δόση ακτινοβολίας: π.χ. δόση ακτινοβολίας 600 rads 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. Χημειοθεραπεία

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

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

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

1. Εάν μετά από τη χημειοθεραπεία ο πρωτοπαθής όγκος εξαλειφθεί ή περιορισθεί κάτω από 2 εκ. τότε ακολουθεί ακτινοβολία του μαστού, μασχαλιαίας χώρας, της περιοχής της έσω μαστικής και υπερκλείδιας χώρας. Στην περίπτωση που οι μαστοί είναι μεγάλοι σε μέγεθος, για να διευκολυνθεί η ακτινοβολία, προηγείται απλή μαστεκτομή.
2. Εάν όμως ο περιορισμός του όγκου είναι μικρότερος (ουσιαστικά ο όγκος παραμένει), τότε εκτελείται απλή μαστεκτομή και ακολουθεί κατά τα γνωστά ακτινοβολία.

3. Εάν ουσιαστικά δεν προκληθεί καμία 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 σημασία στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού.

Ευνοϊκοί

1. Μακρά διάρκεια συμπτωμάτων.
2. Όγκοι κατάλληλοι για μαστεκτομή.
3. Ελάττωση του όγκου πάνω από 50% μετά από ακτινοβολία.
4. Βαθιά καθήλωση του όγκου στο μείζονα θωρακικό, όσο και αν αυτό φαίνεται ότι αντιτίθεται σε υπάρχουσες γνώσεις.

Μη ευνοϊκοί

1. Όταν υπάρχει 1-5 χρόνια μετακλιμακτήριος κατάσταση.
2. Διάρκεια συμπτωμάτων κάτω από 6 μήνες.
3. Όταν ο πρωτοπαθής όγκος είναι διάχυτος.
4. Φλεγμονώδης καρκίνος.

Ουδέτεροι

1. Το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου.
2. Η συμμετοχή του δέρματος.

B. Προχωρημένος καρκίνος του μαστού με μακρινές μεταστάσεις

Στάδιο IV

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

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

1. Χειρουργική θεραπεία

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. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στην αντιμετώπιση: α) δερματικών καρκινικών βλαβών, β) οστικών εντοπίσεων της νόσου, ιδιαίτερα μεμονωμένων (προκαλεί βελτίωση ή υποχώρηση του πόνου στο 90% των περιπτώσεων), γ) ενδεχομένως σε λεμφαδενικές διηθήσεις της υπερκλείδιας τραχηλικής χώρας ως και του μεσοθωρακίου, για την άρση πιεστικών φαινομένων από τις αδενικές μάζες και δ) είτε για τον έλεγχο του πόνου είτε για την αποφυγή αυτόματου κατάγματος σε οστικές βλάβες.

3. Ορμονοθεραπεία

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 αμφοτέρων.

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

α) Από την ύπαρξη ή μη ορμονοϋποδοχέων. 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 πέντε χρόνια) υπάρχει μεγαλύτερη 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 σπλάγχνα 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 αντιοιστρογόνα 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 μια 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.

Η επιλογή της κατάλληλης ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλιμακτήριο 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 στις υπόλοιπες.

4. Χημειοθεραπεία

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

Ενδείξεις χημειοθεραπείας

- α. Επί ύπαρξης σπλαγχνικών μεταστάσεων.
- β. Σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς.
- γ. Σε ασθενείς με εξελισσόμενη νόσο.
- δ. Σε ασθενείς που απέτυχε η ορμονοθεραπεία, είτε η νόσος εξελίσσεται μετά από προσωρινή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία.

4.2 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 2 χιλ. σε μικρό αριθμό λεμφαδένων (1-3) δεν φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση.

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 4 εκ. έχουν πιο κακή πρόγνωση από τους υπόλοιπους καρκίνους.

5. Ιστολογικός τύπος του όγκου. Διηθητικοί καρκίνοι χωρίς ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους υπόλοιπους καρκίνους.¹³

6. Η ύπαρξη ή μη νευρωτικών περιοχών στον όγκο συνδυάζεται με την πρόγνωση της νόσου, διότι όταν υπάρχει νέκρωση η πρόγνωση επιβαρύνεται.

7. Ένας καλός περιγεγραμμένος κακοήθης όγκος φαίνεται ότι παρουσιάζει καλύτερη πρόγνωση από έναν ασαφώς περιγεγραμμένο ανωμάλου υφής όγκου.

8. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των όγκων αποτελεί η πολυκεντρική ή πολυεστιακή ανάπτυξη του όγκου. Είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί η αναλογία της πολυεστιακής ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού, η οποία κυμαίνεται από 10 - 16%. Η προγνωστική αξία όμως μίας τέτοιας πολυεστιακής αναπτύξεως παραμένει προς το παρόν ακαθόριστη.

9. Τέλος η πρόγνωση εξαρτάται από την αντιμετώπιση του όγκου στα τεταρτημόρια του μαστού.¹¹

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 την πενταετή επιβίωση.
2. Διήθηση του δέρματος και της θηλής.
3. Συνύπαρξη του όγκου με εξελικτική ινώδη κυστική μαστοπάθεια.
4. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού.
5. Ύπαρξη υποκλινικών μεταστάσεων.
6. Καρκίνος έσω ημιμορίου του μαστού. Μπορεί να έχει διηθήσει τους έσω μαστικούς λεμφαδένες, ενώ οι μασχαλιαίοι να μην διηθούνται.¹³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Πολλοί Θεωρητικοί από το χώρο της ψυχολογίας, τουλάχιστον τα τελευταία εκατό χρόνια, έχουν επιχειρήσει να περιγράψουν τον χαρακτήρα της γυναικείας προσωπικότητας. Ως θέμα επιστημονικής μελέτης, η προσωπικότητα της γυναίκας εμφανίζεται για πρώτη φορά πριν από 50 χρόνια (Klein 1972). Ως δεδομένα λοιπόν, παίρνουμε ότι η προσωπικότητα της γυναίκας υπάρχει και είναι ανεξάρτητη από αυτήν του άνδρα. Κατά την προσπάθεια περιγραφής της γυναικείας προσωπικότητας, βέβαια προέκυψε μια πληθώρα από σημαντικά διαφορετικές απόψεις και διχογνωμίες. Δεν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στους θεωρητικούς για το τι ή ποια χαρακτηριστικά ακριβώς απαρτίζουν αυτό που ονομάζουμε “γυναικεία προσωπικότητα”.

Ο Lirman, το 1920 τόνισε πόσο “ευάλωτες” είναι οι γυναίκες και θεώρησε αυτό ως κατεξοχήν σημαντικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους. Αργότερα, το 1924 ο Heymans ανέδειξε ως το κύριο χαρακτηριστικό της γυναικείας προσωπικότητας το “συναισθηματισμό”. Ο Lombroso το 1924 υποστήριξε ότι το κύριο χαρακτηριστικό της γυναικείας προσωπικότητας είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες επικεντρώνονται στις ανάγκες των άλλων, με αποτέλεσμα να βιώνουν μια αυτό - άρνηση. Επίσης γνωστή είναι η θέση του Freud, ότι οι γυναίκες χαρακτηρίζονται από μία παθητικότητα σ’ όλες γενικά τις διαστάσεις της ζωής τους.

Σε όλες τις δεκαετίες ερευνητικής και θεωρητικής προσπάθειας που προηγήθηκαν, ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της γυναικείας προσωπικότητας επαναλαμβάνονται τακτικά. Ανάμεσα στα χαρακτηριστικά αυτά είναι και η παθητικότητα, η υπερβολική συναισθηματικότητα, η έλλειψη γενικών ενδιαφερόντων, η τρυφερότητα προς τους άλλους (ιδιαίτερα προς τα παιδιά), το αυξημένο ενδιαφέρον για προσωπικές σχέσεις, η εξάρτηση από μορφές ισχύος (γονείς, συζύγους, κ.λ.π.), η υποστήριξη των άλλων (σε βάρος των ατομικών τους αναγκών), οι κρίσεις με βάση υποκειμενικά κριτήρια κ.λ.π.

Ενώ αναγνωρίζεται ο σημαντικός ρόλος των βιολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη των διαφόρων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, μπαίνει στο επίκεντρο της επιστημονικής μελέτης η λεγόμενη “πολιτισμική μάθηση”. Η πολιτισμική μάθηση αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό σύστημα στο οποίο ζει η γυναίκα την ενισχύει θετικά, ώστε να αναπτύξει και να προβάλλει μέσα από την συμπεριφορά της ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία αποτελούν στοιχείο της προσωπικότητάς της. Το γεγονός ότι οι γυναίκες που ζουν σε διαφορετικά κοινωνικά συστήματα προβάλουν και διαφορετικά χαρακτηριστικά είναι μια από τις πολλές ενδείξεις ότι η γυναικεία προσωπικότητα αναπτύσσεται και επηρεάζεται και από τις κοινωνικές συνθήκες και όχι μόνο εξαιτίας της επίδρασης “εσωτερικών, βιολογικών παραγόντων” όπως ισχυρίζονται οι πρώτοι θεωρητικοί που ασχολήθηκαν με θέματα γυναικείας προσωπικότητας.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Η ΑΓΓΕΛΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΑΠΟ ΤΗ ΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής, όταν συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από καρκίνο, έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο της) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φθάσει μέχρι τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα, είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Η Kübler - Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαρέων πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από τη νόσο τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητά ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kübler - Ross, κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά νόσο, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι τη στιγμή του θανάτου του.

Το πρώτο στάδιο είναι της *άρνησης* και της *απομόνωσης*. Η πρώτη αντίδραση της μέγιστης πλειονότητας των 200 και πλέον αρρώστων της Kübler - Ross, όταν πληροφορήθηκαν για τη νόσο τους ήταν: “Όχι. Όχι, εμένα. Δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια”. Η δεύτερη αντίδραση ήταν: “Και όμως, είναι αλήθεια”. Τότε, περιέπεσαν σε απομόνωση και περισυλλογή.

Το δεύτερο στάδιο είναι του *θυμού*, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη φράση των ασθενών: “Γιατί εγώ;” Ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το Θεό.

Το τρίτο στάδιο είναι της *συνδιαλλαγής*. Η ασθενής ημερεύει· παρακαλεί· μοιάζει να ζητάει αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή της συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιασθεί με μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι γονείς του την αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστώνει ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτή τη συμπεριφορά, γίνεται μειλίχιο και παρακαλεί.

Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Κατά την Kübler - Ross, υπάρχουν δύο είδη κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα αντιδραστικής κατάθλιψης είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Η εξωτερίκευση των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων από τους γιατρούς, τις κοινωνικές λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα. Και τέλος, η χρήση συνθετικού προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν ως αποτέλεσμα να βγει η ασθενής γρήγορα από αυτόν τον τύπο κατάθλιψης. Το δεύτερο είδος της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Η ασθενής προπαρασκευάζεται για το

τελικό στάδιο. Η κατάθλιψη της δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών, ή αποτυχιών, αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.

Όταν η ασθενής δεν είναι πλέον δυνατόν να αρνηθεί τη νόσο της, όταν τα συμπτώματά της συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις της την εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί. Ο φυσιολογικός άνθρωπος εμφανίζει μελαγχολία, όταν χάνει ένα προσφιλές του πρόσωπο. Η ασθενής που γνωρίζει ότι θα πεθάνει, έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή της πρόσωπα. Θα χάσει τα πάντα. Γι' αυτό, πέφτει σε κατάθλιψη. Σε αντίθεση με την αντιδραστική κατάθλιψη, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως φλύαρη η προπαρασκευαστική κατάθλιψη είναι βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει ευχαρή έναν ασθενή που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψή του.

Αυτή η ασθενής δεν έχει ανάγκη από πολλά λόγια. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι να καθίσουμε δίπλα της και να την αφήσουμε να εκφράσει μόνη της τη λύπη της. Να την ακούμε και να της δείχνουμε κατανόηση, χωρίς να της λέμε συνέχεια ότι δεν πρέπει να είναι στεναχωρημένη.

Τυπικά για ν' αποδώσει κανείς την διάγνωση της κατάθλιψης σε μια ασθενή με καρκίνο του μαστού πρέπει η συναισθηματική διαταραχή να είναι παρατεινόμενη και τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα συμπτώματα να είναι έκδηλα σχεδόν κάθε μέρα για δύο τουλάχιστον εβδομάδες όπως: Ψυχοκινητική επιβράδυνση που εκφράζεται με βαρύτητα λόγου και κινήσεων σώματος, αίσθημα κόπωσης, ελάττωση σωματικού βάρους, αϋπνία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, ιδέες ενοχής, αναξιότητα και πεσιμισμού, τάσεις αυτοκτονίας, σκέψεις θανάτου, συμπεριφορά απομόνωσης από φίλους και οικογένεια,

απώλεια ενδιαφέροντος. Άλλα σημεία είναι το ξέσπασμα σε κλάματα, το άγχος, οι φοβίες, οι προσβολές πανικού, οι παραλυτικές ιδέες ή τα ψυχωτικά στοιχεία. Θα πρέπει εδώ να τονισθεί ότι για να διαγνωστεί κατάθλιψη σε μια ασθενή με καρκίνο μαστού θα πρέπει τα συμπτώματα που παρατηρούνται να μην οφείλονται στις επιπτώσεις της νόσου.

Τέλος το πέμπτο στάδιο είναι της *αποδοχής*. Η ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος της. Βαθμιαία, περιορίζει τα ενδιαφέροντά της στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις την ενοχλούν. Θέλει να μείνει μόνη. Η συσκευή της τηλεόρασης της είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία της με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία. Συχνά, κοιμάται ακανόνιστα, μέχρι που κοιμάται για πάντα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, κατά την Kübler - Ross, η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι δύο ασθενείς επί συνόλου 200 και πλέον ασθενών εμφανίζουν άρνηση της νόσου (πρώτο στάδιο) επί μήνες. Η μία εκ των δύο μετέπεσε κατευθείαν στο στάδιο της αποδοχής (πέμπτο στάδιο) λίγες μέρες προ του θανάτου της, ενώ η δεύτερη κατέληξε χωρίς ίσως να βγει από το στάδιο της άρνησης. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι τα διάφορα στάδια δεν είναι στεγανά. Είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια μέρα.

Το συναίσθημα ότι η ασθενής είναι αβοήθητη είναι πολύ έντονο στην καρκινοπαθή. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους της νοσηλεύτριας. Όταν η νοσηλεύτρια δίνει σε μια τέτοια ασθενή μόνο εντολές χωρίς να της εξηγεί τη σκοπιμότητα κάθε εντολής, δεν τη βοηθάει να βγει από αυτό το συναίσθημα. Πιθανόν μάλιστα να της το επιτείνει γιατί η ασθενής

συνειδητοποιεί ότι δεν έχει άλλη εκλογή και είναι υποχρεωμένη να ακολουθήσει ένα μονόδρομο που οδηγεί στο μοιραίο.

Υπάρχουν δύο ακόμη στοιχεία του ψυχισμού της καρκινοπαθούς, άξια να σημειωθούν. Το αίσθημα ενοχής και η υποβολή.

Πολλές φορές η καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένη, όπως αισθανόταν παλιότερα ο ασθενής που έπασχε από φυματίωση.

Συνήθως, η καρκινοπαθής υποβάλλεται εύκολα. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Η ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια. Βλέπει τη νοσηλεύτρια ως αυθεντία, από την οποία αναμένει βοήθεια. Γι' αυτό, κάθε πράξη και κάθε λέξη της μπορεί να έχουν μεγάλη θετική ή αρνητική επίπτωση στον ψυχισμό της. Λέξεις που έχουν ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις είναι: “καρκίνος”, “κακοήθης όγκος”, “τοξικό φάρμακο”, “χημειοθεραπεία” και τα παρόμοια. Επιπλέον, η ασθενής αισθάνεται δέος από τη χρήση των πολύπλοκων μηχανημάτων και των διαφόρων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων που εφαρμόζονται πάνω της. Τέλος, τίθεται κατ' ανάγκη σε παθητικό ρόλο.

Για όλους αυτούς τους λόγους, υποβάλλεται εύκολα. Μπορεί εύκολα να πιστέψει ακόμη και υποσχέσεις για θεραπεία, όπως επίσης να γίνει θύμα ανεύθυνων προσώπων.¹⁵

Τα συναισθηματικά προβλήματα της ασθενούς ποικίλλουν κατά τη διαδοχή των σταδίων της νόσου του καρκίνου μαστού. Η κάθε άρρωστη όμως μπορεί και να υποστεί μικρού ή μεγάλου βαθμού παλινδρόμηση που την μεταφέρει πίσω σε προγενέστερα λειτουργικά επίπεδα μικρότερης ωριμότητας και απόδοσης. Ειδικότερα στα αρχικά στάδια παρατηρείται πανικός που μπορεί να εκδηλωθεί με μεγάλη παλινδρόμηση και συναισθηματική προσκόλληση που θυμίζει παιδική ηλικία. Αυτός ο πανικός μπορεί να εκδηλώνεται με άγχος, άρνηση,

κατάθλιψη, δυσπιστία και αναζήτηση βοήθειας. Η τελευταία εκφράζεται με συχνές επισκέψεις σε ειδικούς γιατρούς, συλλογή πληροφοριών από άλλους νοσούντες ή ταξίδια στο εξωτερικό. Η προαναφερόμενη αντίδραση μπορεί να είναι ανύπαρκτη σε άτομα που κυριαρχούνται από άρνηση αφού δεν θέλουν να δουν την πραγματικότητα και να κατανοήσουν το πρόβλημα.

Επίσης είναι δυνατόν όπως αναφέρθηκε παραπάνω να αναπτυχθεί δυσπιστία, εχθρότητα ή παρανοητικότητα προκειμένου να μην αποδεχτεί η ασθενής την ύπαρξη της νόσου.¹⁷

Μια άλλη διαταραχή των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο μαστού είναι το άγχος. Οι τυπικές εκδηλώσεις σε ογκώδεις καταστάσεις είναι η εφίδρωση, η συχνουρία, η ταχυκαρδία, οι εξάψεις, οι φοβίες, η διάσπαση της προσοχής, η ευερεθιστικότητα, οι αϋπνίες και η υπερδιέγερση.

Σημαντικό είναι επίσης να γίνει αναφορά στην περίπτωση αυτοκτονίας της καρκινοπαθούς. Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν πως μια αυτοκτονία διαπράττεται συχνότερα στο τελευταίο στάδιο της αρρώστιας, τότε που ο πόνος είναι αβάσταχτος και η άρρωστη έχει καταβληθεί από τη νοσηλεία. Άλλοι όμως ερευνητές διαπιστώνουν πως ιδέες αυτοκτονίας παρατηρούνται και στα πρώιμα στάδια της άρρωστης, για παράδειγμα μετά από μια μαστεκτομή.

Δεν θα πρέπει να παραληφθεί και ο φόβος για αλωπεκία που προβληματίζει όλους γενικά τους πάσχοντες από καρκίνο. Το τριχωτό της κεφαλής προσβάλλεται από τη χημειοθεραπεία. Ευτυχώς όμως αυτή η πτώση τριχών είναι προσωρινή και μετά το πέρας της θεραπείας αλλά κάποιες φορές και κατά τη διάρκεια αυτής είναι δυνατή η ανάπτυξη των τριχών. Η πιθανότητα της τριχόπτωσης για πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι κάτι αδιανόητο και προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο λόγω των

πλείστων προβλημάτων που επιφέρει στην κοινωνική, επαγγελματική και σεξουαλική ζωή.

Μια διάγνωση καρκίνου του μαστού μπορεί να έχει τέτοιες ψυχολογικές επιπτώσεις σε μια γυναίκα που θα ήταν δυνατόν να επιφέρει δυσμενείς επιδράσεις στην καθημερινή ζωή της. Η αναγνώριση και ο εντοπισμός σε βάθος αυτών των προβλημάτων είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την βοήθεια της ασθενούς ώστε να επιτευχθεί η ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση και αποκατάστασή της.¹⁶

6.2 ΓΥΝΑΙΚΑ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια αποτελεί μία μικρή κοινωνική ομάδα. Το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία που δέχεται μια μικρή το ένα μέλος της ομάδας περνάει και στα υπόλοιπα. Υπάρχει δηλαδή μια μορφή διαρκούς αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της, από ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

6.2.1 Η πρώτη αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στη διάγνωση.

Όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο, αναδύονται όλες οι προκαταλήψεις μέσα από ένα πανικό, ηττοπάθεια και αδιέξοδο.

Η ανακοίνωση της διάγνωσης στην οικογένεια, δημιουργεί αισθήματα χάους και βαθιάς αποδιοργάνωσης, τόσο ψυχολογικής, όσο και πρακτικής. Προκειμένου να βοηθήσουμε θετικά την οικογένεια της άρρωστης στο δύσκολο ρόλο της, θα πρέπει να γνωρίζουμε τους πιο πιθανούς τρόπους που αντιδρά η οικογένεια αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Οι τρόποι αντίδρασης της οικογένειας εξαρτώνται από την

ιδιομορφία της, από θρησκευτικές και φιλοσοφικές αντιλήψεις, νοοτροπία περίγυρου κ.λ.π.

Είναι λοιπόν δυνατό το οικογενειακό περιβάλλον να εμφανιστεί υπερενεργητικό. Αμέσως μετά το πρώτο shock της διάγνωσης και την αρχική αμηχανία ακολουθεί μία έξαρση της ενεργητικότητας των συγγενών που τείνει, αντί να υποστηρίζει την ασθενή, να την “εξαφανίσει” δηλαδή να την υποκαταστήσει πλήρως ως πρόσωπο.

Άλλη περίπτωση αντίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι η υπερπροστατευτικότητα. Μ’ αυτή η οικογένεια βάζει την άρρωστη στο περιθώριο. Δεν της επιτρέπει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεων και των δυνατοτήτων της. Ενδέχεται οι οικείοι να εκφράζουν κάποιο σύμπλεγμα ενοχών, κάποια ανάγκη για επιβεβαίωση της παρουσίας τους και της προσωπικότητάς τους, δικαίωση και αυτοολοκλήρωση μέσα από μια ασυνείδητη καταπίεση της άρρωστης.

Η αυθυποβολή της οικογένειας σε προσωπική ταλαιπωρία με οποιοδήποτε τίμημα, όταν η άρρωστη δεν το έχει ανάγκη, ξεπερνά τα όρια της υπερπροστασίας και φθάνει στα όρια της προσωπικής αυτοτιμωρίας. Τα αίτια μιας τέτοιας συμπεριφοράς μπορεί να είναι μια υπέρμετρη αγάπη που εκδηλώνεται μ’ έναν τρόπο προσωπικού κόστους και υπερβολής. Υπάρχει όμως περίπτωση να υποβόσκουν αισθήματα ενοχής για προηγούμενη κακή σχέση ή συμπεριφορά και έτσι αυτοϋποβάλλονται σε μια μορφή ταλαιπωρίας και εξιλέωσης.

Μια άλλη πιθανή αντίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος όταν πληροφορείται τη διάγνωση είναι ο θυμός ή η οργή. Ο θυμός που κατευθύνεται στον άρρωστο μπορεί να χαρακτηριστεί σαν έκφραση αγανάκτησης που μπορεί να εκτονώσει άρρωστη και συγγενείς.

Όταν η οικογένεια στην οποία αναφερόμαστε είναι υπερεξαρτημένη από την άρρωστη, η πρώτη της αντίδραση μπορεί να είναι η άρνηση. Κρύβονται πίσω από την άρνηση της πραγματικότητας και δεν διανοούνται να αλλάξει ο ρυθμός ζωής της οικογένειας. Αυτό σαν αρχική αντίδραση μπορεί να χαρακτηριστεί σαν θετικό. Είναι απαραίτητο όμως η οικογένεια να μεταβεί σταδιακά σ' ένα επόμενο στάδιο της αποδοχής της πραγματικότητας.

Κάτω από την πίεση όλων αυτών των συναισθηματικών και ψυχολογικών αντιδράσεων και πριν κατορθώσει η οικογένεια να ταξινομήσει τα συναισθήματά της και να ελέγξει τις αντιδράσεις της, αναγκάζεται να δημιουργήσει ένα πλαίσιο υποκριτικής αισιοδοξίας. Αφήνει την άρρωστη ανημέρωτη για την πραγματική διάγνωση με σκοπό να επιτύχει μια μορφή ισορροπίας, αποκλείοντας από αυτήν κάθε δυνατότητα να εκφράσει τα πραγματικά της συναισθήματα.

Η μέθοδος αυτή ενέχει τον κίνδυνο της σταδιακής απομάκρυνσης από την άρρωστη διότι δεν υπάρχει υπόβαθρο ειλικρινούς επικοινωνίας. Καθώς η αρρώστια προχωρεί και επιφέρει αλλαγές στην ψυχοσύνθεση της άρρωστης, εξίσου σημαντικές ανακατατάξεις προκαλεί στη δομή της οικογένειας και στον ψυχισμό των συγγενών, καθώς η άρρωστη οδεύει προς το θάνατο. Όλη η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση και τα χαρακτηριστικά που έχουν περιγραφεί είναι:

- α. Κατάθλιψη.
- β. Προβληματισμός και συνεχής απασχόληση με την άρρωστη.
- γ. Σκέψεις και άγχος.
- δ. Προγραμματισμός για την πορεία της οικογένειας ανάλογα με την πορεία της νόσου και μετά το θάνατο της άρρωστης.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η νοσηλεύτρια οφείλει να καλύπτει όλο το φάσμα των αναγκών της ασθενούς σε ότι αφορά το άμεσο

περιβάλλον της. Την αναγκαιότητα αυτής της επαφής την προσδιορίζει η παρακάτω ομολογία:

“Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά, χωρίς πανικό. Στην αρχή είναι δύσκολο ν’ ανοιχτεί μαζί τους αλλά αυτοί δεν αποθαρρύνονται. Δεν λένε “αφού δεν μας μιλάει τι να κάνουμε;” Είναι πάντα εκεί περιμένοντας ήρεμα γιατί αποδέχονται κάθε πραγματικότητα, ακόμα και την πιο άσχημη. Αυτοί οι άνθρωποι είναι που σε κάνουν να νιώθεις φυσιολογικά ότι κι αν σου συμβεί.

Εκείνο το οποίο η ίδια πρέπει να θυμάσαι πάντα είναι ότι πάνω απ’ όλα είσαι μια προσωπικότητα και ύστερα ότι έχεις καρκίνο. Δεν είσαι ένας καρκινοπαθής. Είσαι το πρόσωπο με τη συγκεκριμένη ταυτότητα.”¹⁸

6.2.2 Τα παιδιά με μητέρα που φέρει μαστεκτομή

Τα προβλήματα σχέσεων με τα παιδιά εντοπίζονται κυρίως στις δυσκολίες χειρισμού τους, στα προβλήματα της εφηβείας τους και γενικότερα στα πλείστα εμπόδια επικοινωνίας. Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν διαφορετική μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Αποζητούν ένα στήριγμα στο πρόσωπο της και βλέπουν πως δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις τους. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο ενώ άλλα αισθάνονται ενοχή καθώς φαντάζονται ότι αυτά ήταν η αιτία της ασθένειας της μητέρας. Ιδιαίτερα σημαντικό επίσης είναι το πως και αν θα πληροφορήσουν οι γονείς τα παιδιά τους για τη νόσο της μητέρας τους. Θα πρέπει πάντως να τους εξηγηθεί ότι η μητέρα τους έχει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας και να πάρουν απαντήσεις ειλικρινείς στις

ερωτήσεις τους ώστε να βοηθούνται στο να αμβλύνουν τους φόβους τους.

Ότι φαντάζονται τα παιδιά συχνά είναι χειρότερο απ' την πραγματικότητα. Έτσι η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιείται ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και σταδιακά να ενθαρρυνθεί ώστε να παύσει αυτή η σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς πως τα παιδιά πρέπει να είναι έτοιμα ώστε να δεχτούν κάποιες πληροφορίες. Άλλωστε δε θα πάψουν ν' αγαπούν τη μητέρα τους όταν αυτή είναι άρρωστη, όπως και να έχουν τα πράγματα. Οι έφηβοι εξάλλου μπορεί ν' αποδιοργανώσουν τους γονείς τους με ξαφνικές μεταβολές συμπεριφοράς, ν' αρχίζουν να μην πειθαρχούν, να μην βοηθούν τους γονείς στις καθημερινές τους ασχολίες κ.λ.π. Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί και ν' αναρωτηθεί μήπως είναι κι αυτή ύποπτη για μελλοντική εμφάνιση καρκίνου μαστού. Οι γονείς όμως νιώθοντας ενοχή αποφεύγουν να συζητούν τους φόβους της κόρης αλλά το άγνωστο είναι σίγουρα δυσκολότερο ν' αντιμετωπιστεί απ' την αλήθεια που η νεαρή έφηβη θ' αναζητήσει να μάθει.

Τα προβλήματα σχέσεων με τα παιδιά δεν είναι προβλήματα που τα δημιούργησε η αρρώστια μονάχα αλλά είναι δυσκολίες που τις αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι γονείς ακόμη και χωρίς αρρώστιες μέσα στην οικογένεια.¹⁵

6.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ

Ο καρκίνος είναι περισσότερο γνωστός ως “επάρατος”, δηλαδή καταραμένος παρά σα μια “χρόνια νόσος” όπως ορίζεται επιστημονικά. Η διαφοροποίηση αυτή σε σχέση με τις άλλες ασθένειες οφείλεται κυρίως στο ότι είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. Αντιπροσωπεύοντας, λοιπόν, στην κοινή γνώμη το αναπόφευκτο του

θανάτου, επόμενο είναι να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς κι εγκατάλειψης. Το άγνωστο αίτιο του καρκίνου παράλληλα με το γνωστό του αποτέλεσμα έχουν διαμορφώσει μέσα στο πέρασμα των αιώνων το λεγόμενο “κοινωνικό στίγμα”.¹⁹ Ειδικότερα η γυναίκα με καρκίνο του μαστού που ίσως έχει υποστεί και μαστεκτομή έχει ν’ αντιμετωπίσει απ’ το κοινωνικό σύνολο την αυξημένη φροντίδα και προστασία, τη διαφοροποιημένη συμπεριφορά σε σχέση με πριν τη διάγνωση για καρκίνο του μαστού και κάθε άλλη μορφή οίκτου που όλοι μαζί αποτελούν τη χαρακτηριστικότερη έκφραση του κοινωνικού στίγματος. Έτσι οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο μαστού μοιραία τοποθετούνται κάτω από μια ταμπέλα που γράφει είτε “μαστεκτομημένη” είτε “καρκινοπαθής” εξαλείφοντας όλους τους άλλους ρόλους που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος - μέλος της κοινωνίας: γονιός, εργαζόμενος, φίλος, σύζυγος κ.λ.π.

Έτσι ένα άλλο αποτέλεσμα που μπορεί να έχει ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες είναι η κοινωνική απομόνωση, η απόσυρση δηλαδή από τις κοινωνικές δραστηριότητες. Στην πρώτη φάση της αρρώστιας και κυρίως μόλις τα άτομα βγουν απ’ το νοσοκομείο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους παρατηρείται αυτή η κοινωνική απομόνωση. Κατ’ αρχήν συντείνει περισσότερο απ’ όλα τα σοκ στην αρρώστια που είναι συνδεδεμένα κυρίως με την αντίληψη ότι αφού έχει καρκίνο θα πεθάνει καθώς και με τη διαδικασία του πένθους που βιώνει αυτή τη συγκεκριμένη περίοδο. Ένας δεύτερος επίσης λόγος που μπορεί να οδηγήσει την ασθενή με καρκίνο μαστού στην Κοινωνική Απομόνωση είναι η στάση του άμεσου περιβάλλοντος δηλαδή των μελών της οικογένειας που συνήθως αντιμετωπίζουν την άρρωστη με μια έντονη υπερπροστασία και σαν να είναι “εύθραυστη”. Η απόρριψη αυτή της οικογένειας προς την ασθενή, είτε με τη μορφή υπερπροστασίας είτε

φανερή, συντελεί στην απομόνωση της καρκινοπαθούς αφού βιώνοντάς την στο στενό της περιβάλλον αποφεύγει και διστάζει να βγει προς τα έξω σίγουρη πια πως κι εκεί θα συναντήσει την ίδια αντιμετώπιση. Ένας άλλος ακόμη λόγος που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση είναι η αδυναμία της ασθενούς να αποδεχτεί την αρρώστια της, πρώτα η ίδια κι ύστερα να παραδεχτεί και να συζητήσει γι' αυτήν με τους γύρω της (συγγενείς - φίλους - συναδέλφους). Έτσι η γυναίκα αποφεύγει το κοινωνικό της περιβάλλον όπου ίσως να χρειαστεί ν' απαντήσει σε ερωτήσεις του, που θα τη δυσκολέψουν κι επιλέγει την εύκολη λύση της φυγής. Οι τρεις αυτοί λόγοι που προαναφέρθηκαν σχεδόν πάντα συνυπάρχουν, κι όλοι μαζί, ο καθένας με τη δική του βαρύτητα που ποικίλει ανάλογα με το άτομο και την προσωπικότητα οδηγούν την ασθενή με καρκίνο μαστού στην κοινωνική απομόνωση.²⁰

6.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ

Όταν έρχεται κάποιος, για πρώτη φορά αντιμέτωπος με την πραγματικότητα του καρκίνου, η σκέψη του επικεντρώνεται, ως επί το πλείστον, στο πως θα επιζήσει. Όταν όμως, στη συνέχεια, βρίσκεται μπρος σε κάποιο συγκεκριμένο τρόπο θεραπείας της νόσου του, η ελπίδα για ζωή επιφέρει το εξής ερώτημα: “πόσο φυσιολογική μπορεί να είναι η ζωή όταν ο καρκίνος θα είναι πια υπό έλεγχο”. Ειδικότερα δε όταν πρόκειται για τον καρκίνο μαστού έχει διαπιστωθεί πως ο προβληματισμός εντοπίζεται στη σεξουαλικότητα και στο πόσο και αν αυτή θα επηρεαστεί.

Αναμφισβήτητα η σεξουαλικότητα είναι ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής ζωής του ανθρώπου. Ειδικότερα για τον καρκινοπαθή, διάφορα συναισθήματα επηρεάζουν το ενδιαφέρον για τη ζωή, την αυτοεκτίμηση και τις σχέσεις του με το σύντροφό του. Έχοντας υπ' όψιν

τις διαφορές που εντοπίζονται στα άτομα σχετικά με τη σεξουαλική τους συμπεριφορά και την πρακτική της, η λέξη “φυσιολογικό” είναι σχετική και δύσκολο να προσδιοριστεί.

Φυσιολογικό στη σεξουαλική ζωή ενός ζευγαριού είναι οτιδήποτε προσδίδει ευχαρίστηση και στους δύο. Επειδή ο καρκίνος μαστού είναι ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις γυναίκες, τα σεξουαλικά προβλήματα έχουν συσχετιστεί μ’ αυτόν και τη μαστεκτομή, περισσότερο απ’ οποιονδήποτε άλλο τύπο καρκίνου. Η έλλειψη σεξουαλικής ισορροπίας ξεκινά κατά αρχήν από τ’ αρνητικά συναισθήματα της γυναίκας που σχετίζονται με την εμφάνισή της. Όπως έχει επικρατήσει, ο μαστός θεωρείται ένα σημαντικό μέρος του σώματος, σύμβολο ομορφιάς και θηλυκότητας. Έτσι η αφαίρεση του στήθους προκαλεί ανασφάλειες στη γυναίκα για το εάν ο σύντροφός της θα την αποδεχτεί και θα την αισθάνεται σεξουαλικά επιθυμητή.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Όταν η παρουσία καρκίνου στο μαστό μιας γυναίκας απαιτεί επέμβαση μαστεκτομής, η ασθενής έρχεται αντιμέτωπη με τη σκληρή πραγματικότητα με αποτέλεσμα να δημιουργείται έντονος ψυχικός κλονισμός. Η σκέψη και μόνον λοιπόν του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στην γυναίκα ψυχικό κλονισμό αφού από τα πρώτα νεανικά της χρόνια η ζωή της είναι συνυφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού.

Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτοϋποτίμιση και στην μειονεκτικότητα γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας οπωσδήποτε συνδέεται με την σωματική αρτιμέλεια και υγεία. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμησή της ασθενούς προς τον εαυτό της και την τοποθέτηση της απέναντι στη ζωή. Η αλλαγή του σωματικού ειδώλου της, την φορτίζει με ανασφάλεια αφού αυτή η εικόνα αισθάνεται να της μειώνει την θηλυκότητα και την σεξουαλικότητά της. Αν ο μαστός για την ίδια αποτελεί σύμβολο αγάπης, εμπιστοσύνης και σιγουριάς, η απώλεια του είναι εύλογο πως της κλονίζει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης που πριν την εγχείρηση ένιωθε.

Αναμφίβολα λοιπόν η απώλεια του μαστού και κάθε προβληματική κατάσταση που απειλεί αυτόν προκαλεί επίταση της ανασφάλειας σε όσες βέβαια γυναίκες κατέχονται από αυτό το αίσθημα. Επιπρόσθετα μπορεί να επέλθει και ο φόβος για μη συζυγική αποκατάσταση (στα νέα άτομα) καθώς και ο φόβος αποστροφής και παραμέλησης από την πλευρά του συντρόφου μέσα στην σχέση ή το γάμο. Η μαστεκτομή οπότε δεν μεταβάλλει μόνο την εικόνα του σώματος της γυναίκας αλλά βάζει συγχρόνως σε μεγάλη

δοκιμασία την αυτοεκτίμηση της κλονίζοντας συχνά την πίστη της στη γυναικεία υπόσταση με όλες τις συνέπειες στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική της ζωή.¹⁵

Όπως σε κάθε σοβαρή εγχείρηση έτσι και στην μαστεκτομή υπάρχει πάντα το άγχος. Στη συνέχεια το άγχος αρχίζει να σχετίζεται με την απώλεια του ίδιου του μαστού και εντείνεται με το φόβο για την εξέλιξη της αρρώστιας, το φόβο της μετάστασης, το φόβο μήπως προσβληθεί και το άλλο στήθος και κορυφώνεται με το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι ο σωματικός πόνος δημιουργεί ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για την θεραπεία.²²

Στη συνέχεια είναι σκόπιμο να αναφερθούν και οι φόβοι της ασθενούς που σχετίζονται με το οικογενειακό της περιβάλλον. Αφού η άρρωστη ανήκει σε μια οικογένεια είναι φυσικό, το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει να προκαλεί και διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής. Στις περιπτώσεις όπου η ασθενής πρόκειται να υποστεί μαστεκτομή ή την έχει ήδη υποστεί και είναι σε νεαρή ηλικία, δοκιμάζει πολλούς φόβους, ανησυχίες και την απασχολούν πολλά ερωτήματα όπως το αν θα μπορέσει να γίνει ή να ξαναγίνει μητέρα μετά την μαστεκτομή, εάν θα συνεχίσει να έχει ερωτική ζωή και αν αυτή παραμείνει ανεπηρέαστη ή και τέλος μήπως καταστεί ανεπιθύμητη στο άμεσο περιβάλλον της. Οι φόβοι αυτοί απασχολούν βέβαια και την μεγαλύτερη σε ηλικία γυναίκα, έγγαμη, η οποία μπορεί να έχει και παιδιά. Όπως έχει αποδειχτεί όμως από έρευνες που έχουν γίνει, η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, είναι εντονότερη, καθώς οραματίζεται να δημιουργήσει μια χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

Επίσης μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να εμφανιστεί οίδημα το λεγόμενο λεμφοίδημα λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και λεμφαγγείων.¹⁵

Το φαινόμενο αυτό που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένο και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί μια περιογή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Οι ψυχολογικοί φόβοι της ασθενούς συνοψίζονται στους εξής:

α. Το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει να δώσει η άρρωστη εξηγήσεις για ένα ζήτημα που αποφεύγει και που προτιμά να μην θυμάται αλλά και να μην το κάνει γνωστό στους γύρω της.

β. Τα παλιά της ρούχα δεν θα είναι δυνατόν να τα φορά όλα γιατί κάποια μπορεί να έχουν αποκαλυπτικό ντεκολτέ ή να είναι εφαρμοστά. Έτσι θα συγκρίνει την μετεγχειρητική της εικόνα με εκείνη πριν την εγχείρηση και θα κλονίζεται ψυχικά.

γ. Μείωση της κινητικότητας. Ενώ πριν τη μαστεκτομή η γυναίκα μπορεί να “υπηρετούσε” τους άλλους, τώρα νιώθει ένοχη διότι δεν είναι σε θέση να κάνει όσα έκανε παλιότερα αλλά αντίθετα θα πρέπει κάποιος να την φροντίζει εξαιτίας της νέας σωματικής της κατάστασης. Αποτέλεσμα αυτής της στάσης είναι μία διαρκής ένταση ταυτόχρονα με την μειωμένη δυνατότητα για ηρεμία και ευχαρίστηση.²³

7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Η νοσηλεύτρια-της κατά την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς πρέπει να λαμβάνει υπ’ όψιν της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος:

7.2.1 Πρώιμο στάδιο (διάγνωση)

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούν ή άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και, δεύτερον, με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για τη συνέχεια της υγείας, και της ίδιας της ζωής.

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

Οι στόχοι μας ως νοσηλευτών στη φάση αυτή είναι οι εξής:

- α. Να βοηθήσουμε τον ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρότητας της νόσου και των συνεπειών της.
- β. Να τη βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- γ. Να τη βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
- δ. Να τη βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στο οποίο έχει εισαχθεί, και στην κατατόπισή της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής).

Κατόπιν, θα λαμβάνεται λεπτομερειακό ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά. Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή:

- α. περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης, της έκτασής της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιούμενων γεγονότων και το άγχος μειώνεται.
- β. Αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από τη νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.¹⁵

7.3 Η ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όλες οι εντοπίσεις που η θεραπευτική τους αντιμετώπιση προκαλεί αλλαγή στην εικόνα του σώματος ή τη λειτουργικότητα του, βάζουν σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμηση της αρρώστου.

Το να παρέμβει ο γιατρός και να σώσει με το νυστέρι μια γυναίκα, χωρίς να έχει προνοήσει την ψυχοκοινωνική της υποστήριξη είναι σαν να κάνει μισή δουλειά, αφού παράλληλα με το σωματικό δημιουργεί και ένα συγκινησιακό τραυματισμό.

Η υποτίμηση των προβλημάτων που συνοδεύουν την επέμβαση αυτή καταδικάζει την γυναίκα σε αλλοίωση της ποιότητας ζωής. Ο καρκίνος του μαστού και η χειρουργική επέμβαση που τον ακολουθεί, φέρνει την γυναίκα μπροστά σε μια πραγματικότητα που στην καλύτερη περίπτωση θα αλλοιώσει την αρχιτεκτονική του μαστού και στην χειρότερη θα τον ακρωτηριάσει. Η συναισθηματική κρίση είναι δεδομένη και στις δύο περιπτώσεις. Η γυναίκα αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, αποκρουστική και ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα.

Αισθάνεται ότι έχει απορριφθεί από το περιβάλλον της, υποβιβασμένη, σεξουαλικά ακρωτηριασμένη. Σε μερικές περιπτώσεις οδηγείται και σε διαταραχές της οικογενειακής ενοχής.

Προκαλείται διαμάχη μεταξύ της μέχρι τώρα εικόνας που είχε για το σώμα της και της τρέχουσας πραγματικότητας. Καλείται ως μοναδικό πρόσωπο ν' ανταποκριθεί σε δύο διαφορετικούς ρόλους.

Από τη μια η μάνα, η σύζυγος, η εργαζόμενη που ζει μια φυσιολογική ζωή αντιμετωπίζοντας τα καθημερινά προβλήματα του σπιτιού, της εργασίας, της κοινωνίας, συνάπτοντας σχέσεις, αναλαμβάνοντας ευθύνες, και από την άλλη η ακρωτηριασμένη, ζώντας με τον καρκίνο της,

υποβαλλόμενη σε θεραπείες, αντιμετωπίζοντας το φόβο του αγνώστου, την κόπωση, την εξασθένηση, την απογοήτευση.

Πρωταρχικός σκοπός για την επανένταξή της στην οικογένεια, στην εργασία, στην κοινωνία είναι να οδηγηθεί στην αναγνώριση, έκφραση και αντιμετώπιση της θλίψης και στεναχώριας με την οποία έχει καταληφθεί.

Η νοσηλεύτρια:

- α. Αναγνωρίζει την εξατομικευμένη ανταπόκριση στα παραπάνω συναισθήματα.
- β. Την βοηθάει να καταλάβει ότι ο μαστός που έχασε δεν αποτελούσε το όλον της σωματική της οντότητας και πολύ περισσότερο δεν αποτελούσε μέρος της ψυχικής, πνευματικής της σφαίρας, των αξιών και των επιδιώξεών της.
- γ. Ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων σχετικά με την απώλεια του μέλους του σώματος και της λειτουργίας του, το αίσθημα πληρότητας και θηλυκότητας που παρείχε στο παρελθόν, με σκοπό να προάγει την αποδοχή και να μειώσει την άρνηση.
- δ. Της επιτρέπει να κλάψει αν αισθάνεται την ανάγκη.
- ε. Βρίσκεται σε εγρήγορση όσων αφορά την αναγνώριση σημείων κατάθλιψης.
- στ. Δεν ενθαρρύνει φαντασιώσεις και ψεύτικες ελπίδες για ανασύσταση και πλήρη αποκατάσταση του μαστού, εφόσον αυτές δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.
- ζ. Συμπεριλαμβάνει την οικογένεια στην διαδικασία αποδρομής από τα συναισθήματα και προσαρμογής στην νέα πραγματικότητα με διδασκαλία - ενημέρωση, έτσι ώστε να βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τυχόν αλλαγές συμπεριφοράς.
- η. Οδηγεί στην αναζήτηση βοήθειας από τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι η νοσηλεύτρια οφείλει να καλύπτει όλο το φάσμα των αναγκών της ασθενούς σ' ότι αφορά το άμεσο περιβάλλον της. Την αναγκαιότητα αυτής της επαφής την προσδιορίζει η παρακάτω ομολογία:

“Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά, χωρίς πανικό. Στην αρχή είναι δύσκολο να ανοιχτείς μαζί τους αλλά αυτοί δεν αποθαρρύνονται. Δεν λένε “αφού δεν μου μιλάει, τι να κάνουμε;” Είναι πάντα εκεί περιμένοντας ήρεμα, γιατί αποδέχονται κάθε πραγματικότητα, ακόμα και την πιο άσχημη. Αυτοί οι άνθρωποι είναι που σε κάνουν να νιώθεις φυσιολογικό ότι και αν σου συμβαίνει.

Κύρια όμως εσύ ο ίδιος πρέπει να θυμάσαι πάντα ότι πάνω απ' όλα είσαι μια προσωπικότητα κι ύστερα ότι έχεις καρκίνο. Δεν είσαι ένας καρκινοπαθής. Είσαι το πρόσωπο με την συγκεκριμένη ταυτότητα”.²⁴

7.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνον ανακουφιστική, η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της. Η ασθενής μπορεί να κατηγορήσει τη νοσηλεύτρια ότι δεν την είχε προειδοποιήσει για τις επιλοκές ή για ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι σε όλη τη διάρκεια της νόσου μπορεί να ενημερώνονταν για την πρόγνωση της.

Ο θάνατος δεν έρχεται ξαφνικά στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από

πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μία μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως, ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι - στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου - και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Πίσω απ' όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να πουν ψέματα στην ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί ν' αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε την ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμη την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε μια τέτοια ασθενή και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και η ίδια τον εαυτό της και η

περαιτέρω ιατρική και νοσηλευτική βοήθεια θα μπορούσε να έρθει πολύ αργά, βρίσκοντάς την απροετοίμαστη για μια νέα μάχη.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντας της ότι δεν τη ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματα της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπαράσταση.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιονίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωϊμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.

8.1.1 Πρωτογενής πρόληψη

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

α. Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο μαστού βοηθάει στην πρόληψή του π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο μαστού.

β. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

γ. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

Για την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού, όπως τα ακόλουθα:

α. Ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

β. Προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40⁰ έτος.

γ. Ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

δ. Ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.

ε. Οργάνωση και προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

στ. Αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

ζ. Δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

η. Διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

θ. Τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.¹⁵

8.1.2 Δευτερογενής πρόληψη

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου μαστού. Πολλοί όμως λόγοι - και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί - κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού στο γυναικείο

πληθυσμό μιας χώρας γι' αυτό, η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.¹⁵

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 ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεσή του για την πρόληψη.

Συγκεκριμένα για τον καρκίνο του μαστού συνίσταται να γίνεται:

- εξέταση των μαστών από το γιατρό κάθε τρία έτη μέχρι το 40⁰ έτος, ή κάθε έτος μετά το 40⁰ έτος της ζωής και

- μαστογραφία κάθε έτος μετά το 45⁰ έτος της ζωής.

α. Γυναίκες ηλικίας από 35 - 39 να κάνουν μια μαστογραφία “βάσεως” και κλινική εξέταση κάθε 3 χρόνια.

β. Γυναίκες ηλικίας 40 - 49, να κάνουν μια μαστογραφία κάθε 1 - 2 χρόνια και κλινική εξέταση κάθε χρόνο.

γ. Γυναίκες ηλικίας 50 ετών και πάνω, να κάνουν μια μαστογραφία κάθε χρόνο και κλινική εξέταση κάθε χρόνο.

δ. Σήμερα η μαστογραφία με φιλμ χαμηλής δόσεως υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί σε μία ακτινογραφία θώρακος. Δεν είναι λοιπόν κουτό να φοβόμαστε την ακτινοβολία η οποία είναι ελάχιστη όταν μπορούμε να σώσουμε τη ζωή μας.

ε. Πιθανότητα προσβολής από τη νόσο κατά τη διάρκεια της ζωής μας υπολογίζεται για την Ελλάδα σε 1 στις 12-13 γυναίκες, για την Ευρώπη σε 1 στις 11 και για τις Η.Π.Α. σε 1 στις 9.²⁵

Μερικά κριτήρια, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη για την εκτίμηση της καταλληλότητας των προγραμμάτων περιοδικού προληπτικού ελέγχου, είναι ότι τα προγράμματα αυτά είναι:

- Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους.
- Δεν κοστίζουν ακριβά.

- Εύκολα στην εφαρμογή και απλά τεχνικώς.
- Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση.
- Αναγνωρισμένης αξίας.
- Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων.
- Ανώδυνα.
- Εφαρμοζόμενα από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία.¹⁵

8.1.2.α Προσυμπτωματικός έλεγχος

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση· όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς, το μεγαλύτερο - και ίσως το σπουδαιότερο - βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλευση υγιών γυναικών για τον σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως φυσιολογικών γυναικών δεν είναι καθόλου εύκολη και η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται από τους φορείς που πρόκειται να διενεργήσουν τον έλεγχο. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτόν και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά.

Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:

- α. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
- β. Γενική φυσική εξέταση.
- γ. Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση).
- δ. Αιματολογικές εξετάσεις.
- ε. Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίησή της και το διάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης του μαστού (A.E.M.).¹⁵

8.1.2.β Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου

Τα οφέλη από τον περιοδικό έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

- α. Παράταση επιβίωσης (στην ομάδα ηλικιών 50-64, μείωση θνησιμότητας κατά 30%).
- β. Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.

Είναι όμως αδύνατο να εκτιμηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου, επειδή:

- α. Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμα σχετικά βραχεία.
- β. Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο στις διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός.

γ. Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

- α. Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο.
- β. Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά τις μαστογραφίες.
- γ. Αύξηση του αριθμού των εγχειρητικών επεμβάσεων.
- δ. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δεν βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο.
- ε. Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος.¹⁵

8.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί.¹⁵

8.2.1 Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

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

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοιχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα την σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύονται στατιστικώς της σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι: κοινωνικό - οικονομικοί, ψυχολογικοί και μορφωτικοί.¹⁵

8.2.2 Ειδικές δραστηριότητες στην δευτερογενή πρόληψη

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα:

- α.** Λήψη καλού ιστορικού.
- β.** Κλινική εξέταση.
- γ.** Αυτοεξέταση του μαστού.

α. Είναι σαφές ότι - όπως σε κάθε πάθηση έτσι και στις παθήσεις του μαστού - πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή.

Με τη λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματα τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

β. Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική είναι και μια καλή κλινική εξέταση για την πρώιμη διάγνωση της νόσου. Η

κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:

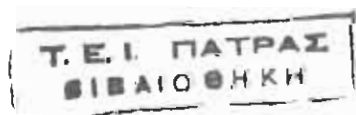
- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση.
- Την προστατεύει με παραβάν, ώστε να μην εκτεθεί. Μ' αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς.
- Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της.
- Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.

γ. Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωϊμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά - ενημερωτικά μέσα. Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της ΑΕΜ, σε κάθε γυναίκα που έρχεται σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο με τη νοσηλεύτρια.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή

με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ.¹⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Πότε αρχίζει η αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο;

Η απάντηση μπορεί να δοθεί αμέσως: Η αποκατάσταση αρχίζει - πρέπει να αρχίζει - μόλις μπει η διάγνωση του καρκίνου.²⁶

Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής και κοινωνικής υγείας. Αντίστοιχα μπορούμε να μιλάμε για σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση ενώ κάθε μια από αυτές μπορεί να περιέχει πλήθος από διαφορετικές συνιστώσες. Είναι όμως αυτονόητο ότι καθεμιά από αυτές συνδέεται άμεσα με τις άλλες, τις επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτές.

Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης είναι προβλήματα από τη νόσο και από τη θεραπεία. Τα προβλήματα από τη νόσο είναι γενικά όπως: πόνος, άγχος, φόβος, διαταραχές θρέψης κ.λ.π. Τα τοπικά προβλήματα προκύπτουν από την καταστροφή των ιστών, τις σύνοδες δυσμορφίες κ.λ.π. Τα προβλήματα από θεραπεία είναι εκείνα που προκύπτουν από την επέμβαση λ.χ. από τη μαστεκτομή οι σύνοδες δυσμορφίες, συρρίκνωση ουλής, λεμφοίδημα, οι αγγειεκτασίες από την ακτινοβολία, αλωπεκία από τη χημειοθεραπεία, η αλλαγή της εικόνας του σώματος από την αρμονική αγωγή. Ακόμα οι ψυχολογικές επιπτώσεις, η επαναδραστηριοποίηση στο επάγγελμα, οι συζυγικές σχέσεις, η συμμετοχή στην οικογένεια και πλήθος άλλα.

Η ψυχολογική αποκατάσταση της μαστεκτομημένης εξαρτάται από την προσωπικότητα, τη μόρφωση, τις κοινωνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις της αλλά και από την ωριμότητά της και τη δυνατότητά της να ωφελείται από μία τραυματική εμπειρία. Σημαντικό ρόλο σε αυτό επίσης παίζει η στάση του συζύγου και της οικογένειάς της.

Αυτό όμως που αποδείχτηκε ότι έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση των συνεπειών της μαστεκτομής είναι το μοίρασμα των εμπειριών με άλλες γυναίκες που έχουν ξεπεράσει βιολογικά και ψυχοκοινωνικά το πρόβλημά τους. Έτσι αναπτύχθηκε αρχικά στις Η.Π.Α., αργότερα στις Ευρωπαϊκές χώρες και από το 1983 και στην Ελλάδα το πρόγραμμα για την αποκατάσταση μαστεκτομημένων “φθάσε σε αποκατάσταση” (Reach to recovery).

Το πρόγραμμα αυτό συνέλαβε και εφάρμοσε πρώτη η Teresa Laser σήμερα δεν έχει φθάσει να υπάρχει ολόκληρος Παγκόσμιος Οργανισμός που κινητοποιεί μεγάλο αριθμό εθελοντών γυναικών, που αρχίζουν την αποκατάσταση αμέσως μετά την εγχείρηση, δίπλα στο κρεβάτι της χειρουργημένης.²⁷

Η ακρωτηριασμένη γυναίκα ανακαλύπτει μια καινούργια εικόνα του σώματος της, δυσαρμονική, συχνά εξολοκλήρου अपαράδεκτη. Αισθάνεται την απουσία ενός οργάνου βασικού για την αναγνώριση της ταυτότητας και της ατομικότητάς της. “Ανδρείκελο με ψεύτικο στήθος”, λέει κάποια. Η ταυτότητα κομματιάζεται, όπως ένας σπασμένος καθρέπτης, φαινόμενο που γίνεται πιο έντονο από το φόβο του θανάτου, κατατεμαχίζεται τελεσίδικα, ολοκληρωτικά. Μερικές θα ψάχνουν διαρκώς για το χαμένο τους στήθος, άλλες πάλι θα συμβιβαστούν με τη νέα εικόνα.

Η αποκατάσταση του στήθους μπορεί να μετριάσει το ψυχικό τραύμα που προκάλεσε ο ακρωτηριασμός ; Βέβαια το τεχνητό στήθος δεν είναι ποτέ σαν το αρχικό, και η χειρουργική δεν κάνει θαύματα. Πάντως, πολλές

γυναίκες επιθυμούν μία αποκατάσταση και μένουν ικανοποιημένες. Άλλες αντίθετα το θεωρούν τελείως άχρηστο. Ψυχολόγοι και Ψυχίατροι αναρωτήθηκαν πολλές φορές για τα κίνητρα που ωθούν τις γυναίκες να επιθυμούν ή όχι ένα νέο στήθος. Σ' αυτόν τον τομέα, οι γυναίκες σπάνια έχουν το δικαίωμα να εκφράζουν απλά και μόνο τη θέλησή τους, χωρίς εξηγήσεις.

Ποια είναι τα κίνητρα των γυναικών που επιθυμούν την αποκατάσταση;

Για πολλές, είναι πρώτα πρώτα ένα μέσο για να αρνηθούν την ασθένεια, αφού το αποκαταστημένο στήθος ισοδυναμεί με θεραπευμένο καρκίνο. Άλλες αναζητούν μια αναδιοργάνωση της προσωπικότητάς τους με την αποκατάσταση της σωματικής τους ακεραιότητας. Τέλος οι εξωτερικές προσθήκες σπάνια εφαρμόζουν σωστά. Τι χαρά να φοράμε ένα εφαρμοστό μαντό, να πιάνουμε ένα αντικείμενο που βρίσκεται ψηλά ή να κάνουμε μια απότομη κίνηση χωρίς την ανάγκη να ξαναβάλουμε διακριτικά την προσθήκη στη θέση της.

Βέβαια, εναπόκειται στο χειρουργό ν' αποφασίσει αν η αποκατάσταση θα ωφελήσει από ιατρικής άποψης, την ασθενή του. Η γυναίκα όμως πρέπει να έχει το στοιχειώδες δικαίωμα να επιθυμεί ή όχι αυτή την αποκατάσταση χωρίς να κρίνεται. Η εκλογή αυτή όμως πρέπει να γίνεται μετά από μία αντικειμενική πληροφόρηση γύρω από τα οφέλη, τις δυσχέρειες και τα αισθητικά αποτελέσματα, που μερικές φορές μπορεί να μην είναι ικανοποιητικά.²⁸

9.2 ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού, και ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιηθεί το σχήμα

του άλλου μαστού, να μικρύνει ή να μεγαλώσει, ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση. Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού γιατρού).

Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης αποκατάστασης είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις (“πένθος” για το χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον καρκίνο ενώ η ικανοποιητική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Η καθυστερημένη επίλυση του προβλήματος έχει πολλά πλεονεκτήματα. Επιτρέπει στο χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί. Επιπλέον, ο παθολογοανατόμος θα μελετήσει τα όρια του ιστού που θα επανακατασκευαστεί και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, πράγμα που επιτρέπει να επιλεγεί σωστότερη τεχνική.

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για 4 έως 6 εβδομάδες

μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και 2 έως 3 μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.²⁹

Υποψήφιος για αποκατάσταση θεωρούνται όλες οι μαστεκτομηθείσες γυναίκες μέχρι την ηλικία των 45 ετών, που θεωρούν την απώλεια του μαστού τους βαριά αναπηρία. Οι γυναίκες αυτές θα πρέπει να έχουν καλή γενική κατάσταση, να έχουν ελεγχθεί για τη νόσο και κατά την μαστεκτομή να είχαν καρκίνο “σταδίου I ή II”.

Για τα στάδια III και IV την απόφαση για μαστεκτομή θα επηρεάσουν το προσδόκιμο της ζωής, το νεαρό της ηλικίας της ασθενούς και ο κοινωνικός παράγων.

Για τα στάδια I και II η αποκατάσταση μπορεί να γίνει είτε αμέσως, είτε μετά από ένα εξάμηνο περίπου. Για τα στάδια III και IV 3 χρόνια μετά την μαστεκτομή.³⁰

9.2.1 Μέθοδοι - Τεχνικές

1. Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο

Σε ελάχιστες περιπτώσεις, τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος και κατά την διάρκεια της μαστεκτομής. Η τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρέθηκε πολύ μικρό τμήμα του μαστού.

2. Τεχνική επέκτασης των ιστών

Κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα. Συνήθως απαιτούνται 2 με 3 μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού. Χρησιμοποιείται το εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορεί να αλλάξει με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.

3. Τεχνική χρησιμοποίησης κρημνού από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS)

Η τεχνική αυτή έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και ως τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

Χρησιμοποιείται έμφυτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον ευρύ, σχήματος βεντάλιας, πλατύ ραχιαίο μυ που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη μαστεκτομή.

4. Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM)

Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική απ' όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς.

Ένα τμήμα του κάθετου μυός που βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς (ορθός κοιλιακός) καθώς και μεγάλο τμήμα της κοιλιάς, μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού.²⁹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Α. ΥΛΙΚΟ - ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα με θέμα “Καρκίνος Μαστού και επίδραση στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας” πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος 1997 - Απρίλιος 1998. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Αντικαρκινικό Ίδρυμα Αθηνών “Άγιος Σάββας” και στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών”.

Το δείγμα μας ήταν τυχαίο και περιελάμβανε γυναίκες ηλικίας 23 - 83 ετών (με μέσω όρο 55 ετών) οι οποίες, κατάγονται από όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας, έπασχαν από καρκίνο μαστού και είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων στα οποία τηρήθηκε αυστηρά η ανωνυμία. Η συμπλήρωση τους έγινε με τη μέθοδο συνέντευξης διάρκειας 20' - 30'. Από τα 100 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τα 72. Το ερωτηματολόγιο περιείχε 56 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Σε ορισμένες από αυτές υπήρχε η δυνατότητα ελεύθερης απάντησης. Οι ερωτήσεις που περιείχε μπορούν να ομαδοποιηθούν σε πέντε βασικές κατηγορίες:

- α. Ατομικό ιστορικό.
- β. Οικογενειακό ιστορικό.
- γ. Μαιευτικό και γυναικολογικό ιστορικό.
- δ. Διατροφή.
- ε. Ψυχοσωματικές επιδράσεις.

B. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την στατιστική μεθοδολογία στις στήλες κάθε πίνακα αναγράφονται οι τιμές των εξεταζόμενων ομάδων, και στην τελευταία στήλη το αποτέλεσμα που προέκυψε από τον στατιστικό έλεγχο.

Για κάθε μέτρηση δίνεται:

- το μέγεθος του δείγματος (Sample Size, n),
- ο Μέσος όρος (mean),
- μέσα στην παρένθεση η Τυπική απόκλιση (Standard Deviation),
- η Διάμεσος της κατανομής των τιμών (Median),
- ο ελάχιστος (min), και ο μέγιστος (max) όρος της κατανομής,
- το 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (95% Confidence Interval), μέσα

στο οποίο εκτιμάται με 95% αξιοπιστία ότι βρίσκεται η πραγματική τιμή της μέτρησης.

Αν η μεταβλητή είναι κατηγορική αναφέρεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων, και μέσα στην παρένθεση δίνεται η ποσοστιαία αναλογία, υπολογιζόμενη πάντα επί του συνόλου των μετρήσεων.

Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο όσο και στις διάφορες υπο-ομάδες έγινε με την μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

- Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chisquare test (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια), ή το Fishers' exact Probability test, όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

- Για τον έλεγχο των ανεξάρτητων συνεχών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε One - Way Analysis of Variance (ANOVA) και το Unpaired t test, ενώ για όσες κατανομές δεν πληρούσαν το κριτήριο της

κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα η Kruskal - Wallis Analysis by Ranks και το Mann - Whitney test.

Θεωρούμε σαν ισχυρά στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $P < 0.05$.

στη μελέτη και καταλήγει στην τελευταία ημερομηνία επαφής με τον ασθενή.

Με την Ανάλυση Συσχετίσεων (Correlation Analysis) αναζητήσαμε μία πιθανή γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών ανά δύο.

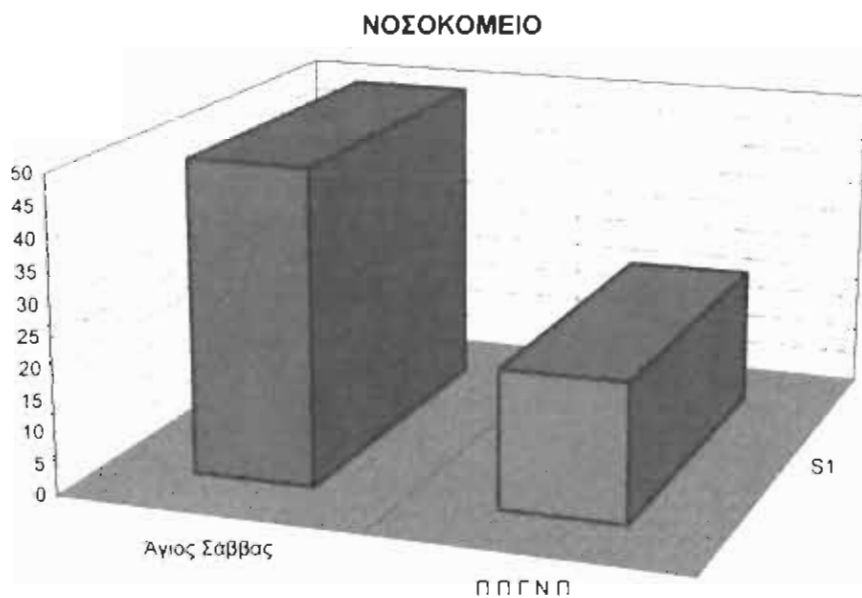
Τέλος μελετήσαμε την σχετική αξία των διαφόρων παραμέτρων στην τελική πρόγνωση, με την χρήση πολυπαραγοντικών μεθόδων ανάλυσης (Multivariate Methods of Analysis: Proportional Hazards Regression Analysis, Multiple Regression Analysis), έχοντας σαν κριτήριο αποτελέσματος την εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας 1.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	n=72	ποσοστό(%)
Άγιος Σάββας	50	69,4%
Π.Π.Γ.Ν.Π.	22	30,6%



Πίνακας 2.

ΗΛΙΚΙΑ

	n=72	
Μέσος όρος (SD)	54,81	(13,4)
Διάμεσος (min, max)	55	(23, 84)

Πίνακας 3.

ΥΨΟΣ

	n=69	
Μέσος όρος (SD)	162,45	(7,31)
Διάμεσος (min, max)	164	(135, 175)

Πίνακας 4.

ΒΑΡΟΣ

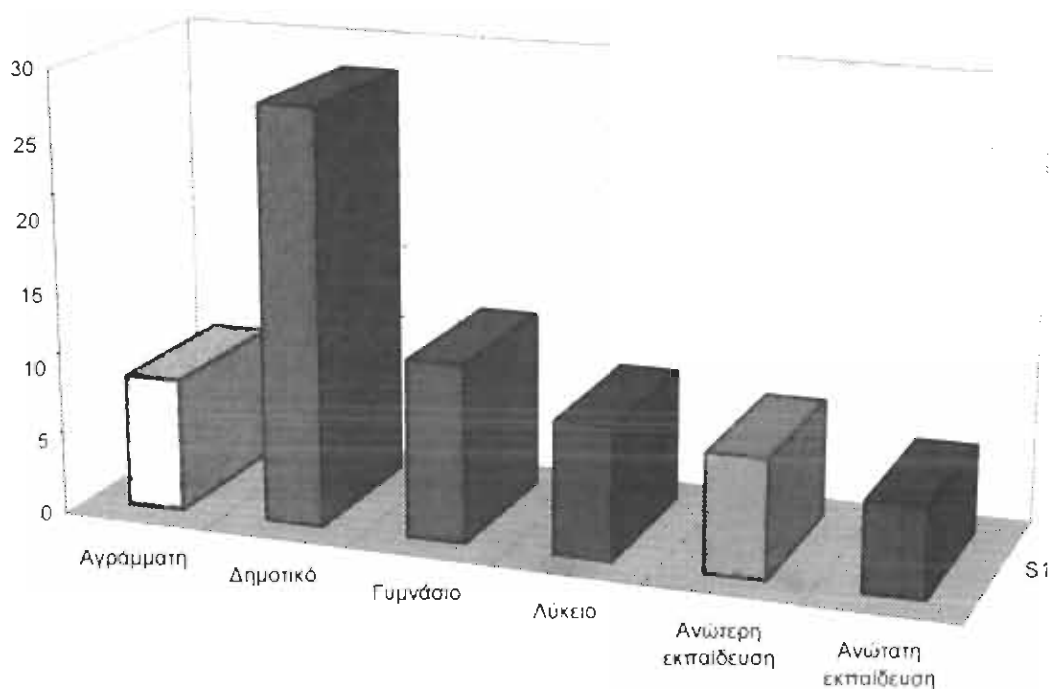
	n=71	
Μέσος όρος (SD)	66,85	(12,6)
Διάμεσος (min, max)	67	(40, 110)

Πίνακας 5.
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	n=72	ποσοστό(%)
Αγράμματη	9	12,5%
Δημοτικό	28	38,9%
Γυμνάσιο	12	16,7%
Λύκειο	9	12,5%
Ανώτερη εκπαίδευση	8	11,1%
Ανώτατη εκπαίδευση	6	8,3%

Από τον πίνακα 5 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος είχε βασική εκπαίδευση

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

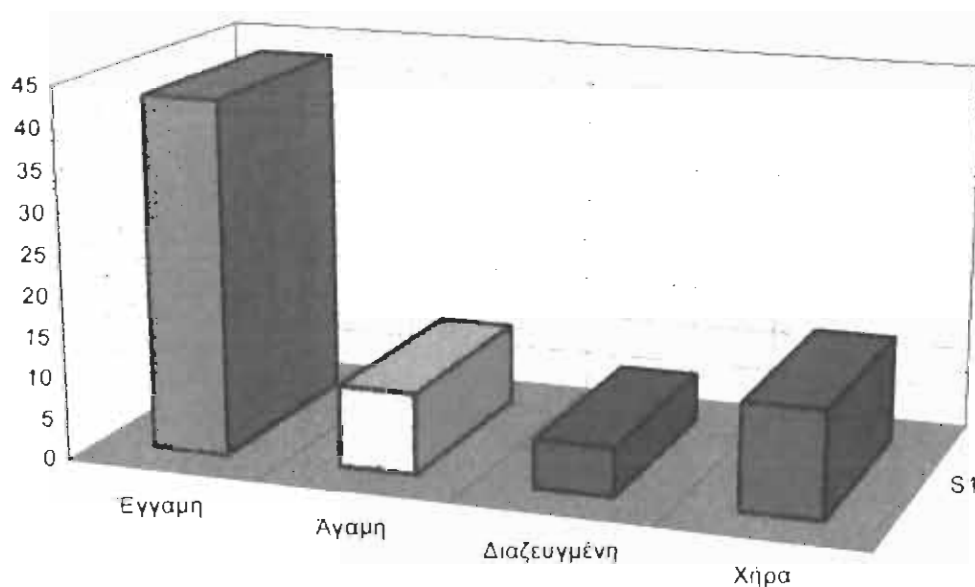


Πίνακας 6.
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	n=72	ποσοστό(%)
Έγγαμη	43	59,7%
Άγαμη	10	13,9%
Διαζευγμένη	6	8,3%
Χήρα	13	18,1%

Από τον πίνακα 6 προκύπτει πως η πλειοψηφία των ασθενών ήταν έγγαμες.

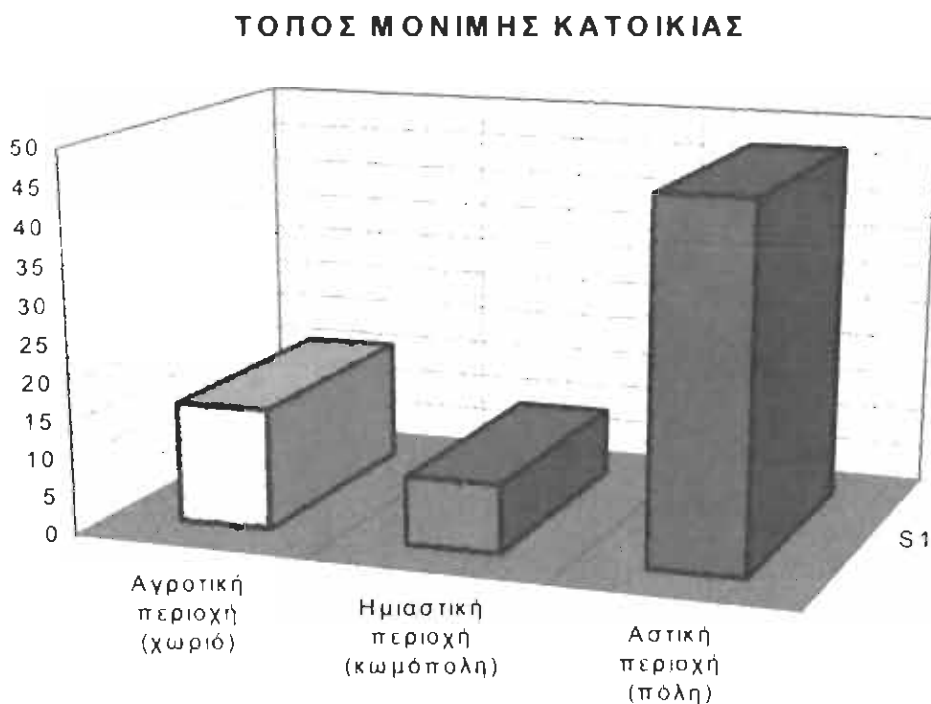
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Πίνακας 7.
ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

	n=72	ποσοστό(%)
Αγροτική περιοχή (χωριό)	16	22,2%
Ημιαστική περιοχή (κωμόπολη)	9	12,5%
Αστική περιοχή (πόλη)	47	65,3%

Από τον πίνακα 7 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των γυναικών προέρχονταν από αστική περιοχή.



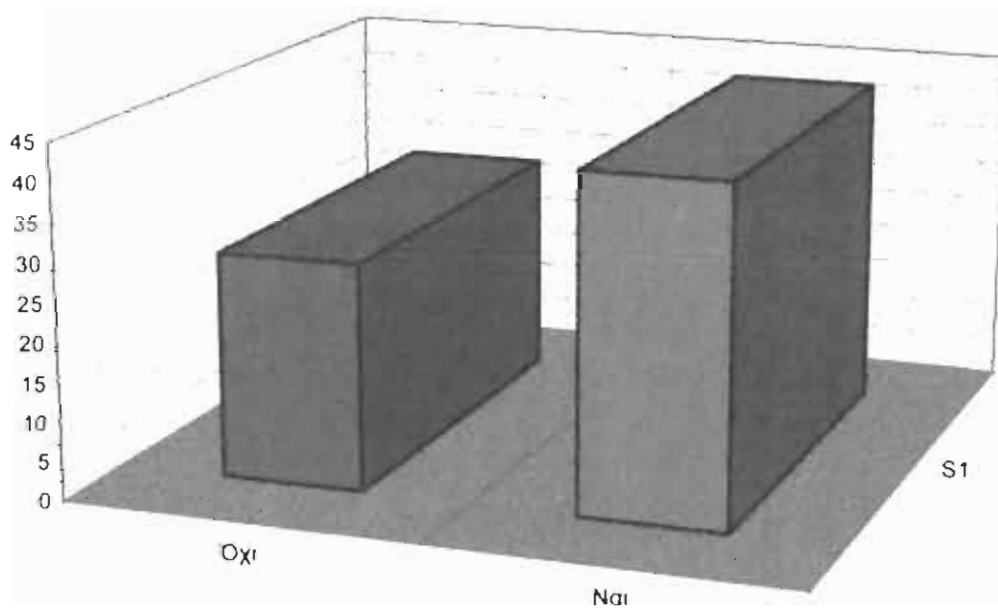
Πίνακας 8.

ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ

	n=72	ποσοστό (%)
Όχι	29	40,3%
Ναι	43	59,7%

Από τον πίνακα 8 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει σύντροφο.

ΥΠΑΡΞΗ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ



Πίνακας 9.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

	n=71	
Μέσος όρος (SD)	12,96	(1,45)
Διάμεσος (min, max)	13	(10, 16)

Πίνακας 10.

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

	n=48	
Μέσος όρος (SD)	47,38	(4,12)
Διάμεσος (min, max)	48	(40, 60)

Πίνακας 11.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

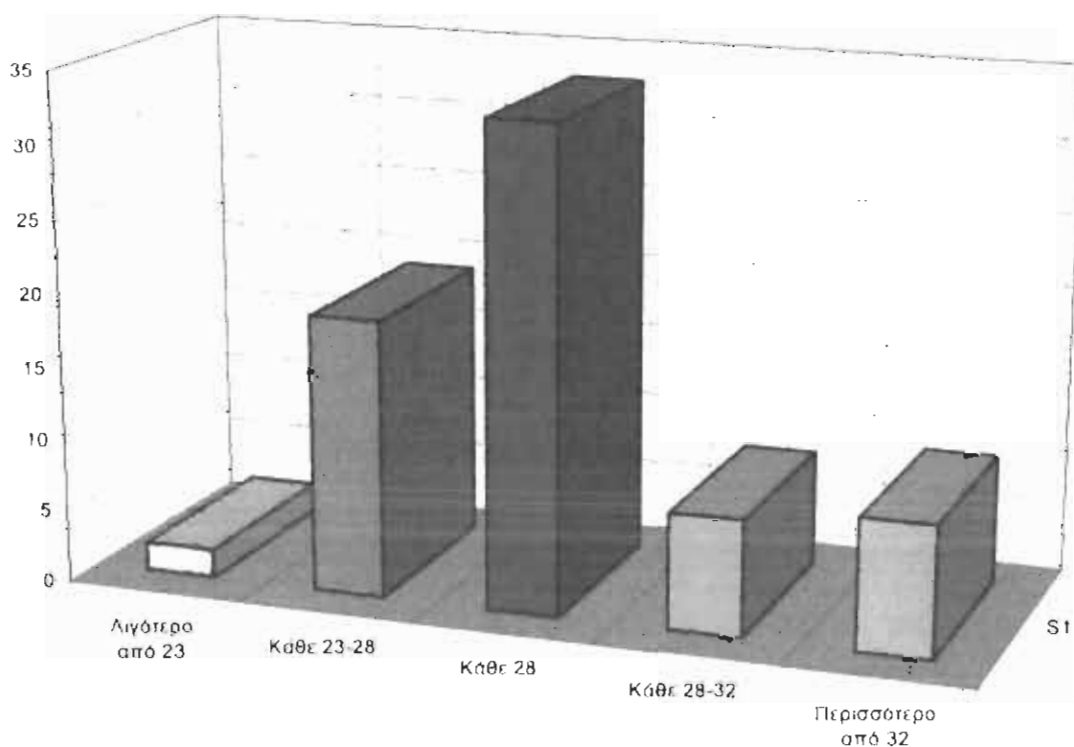
	n=67	
Μέσος όρος (SD)	5,51	(1,6)
Διάμεσος (min, max)	5	(3, 9)

Πίνακας 12.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΥ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=71	
Λιγότερο από 23 ημέρες	2	2,8%
Κάθε 23-28 ημέρες	19	26,8%
Κάθε 28 ημέρες	33	46,5%
Κάθε 28-32 ημέρες	8	11,3%
Περισσότερο από 32 ημέρες	9	12,7%

Στον πίνακα 12 παρατηρείται ότι η συχνότητα του κύκλου στο 46,5% των νοσούτων γυναικών είναι κάθε 28 ημέρες.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΥΚΛΟΥ

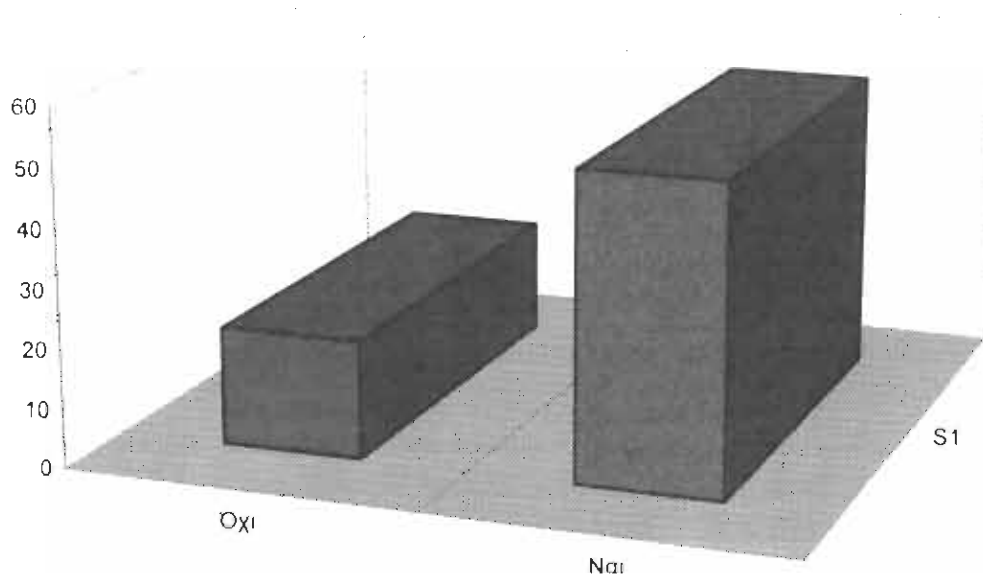


Πίνακας 13.
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=72	
Όχι	20	27,8%
Ναι	52	72,2%

Στον πίνακα 13 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία (72,2%) των γυναικών είχαν παρατηρήσει κάποια αλλαγή πριν από τη διάγνωση.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

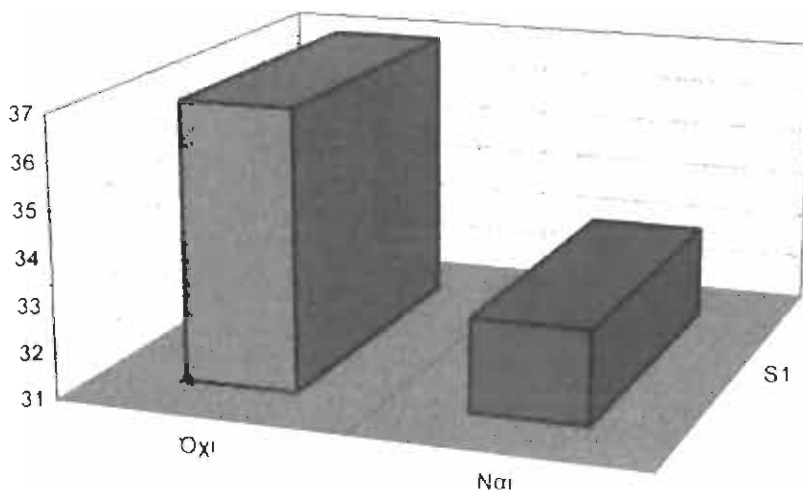


Πίνακας 14.
ΥΠΑΡΞΗ ΒΕΒΑΡΗΜΕΝΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΝΟΣΟ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=70	
Όχι	37	52,9%
Ναι	33	47,1%

Στον πίνακα 14 διαπιστώνεται ότι ποσοστό 47,1% έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό.

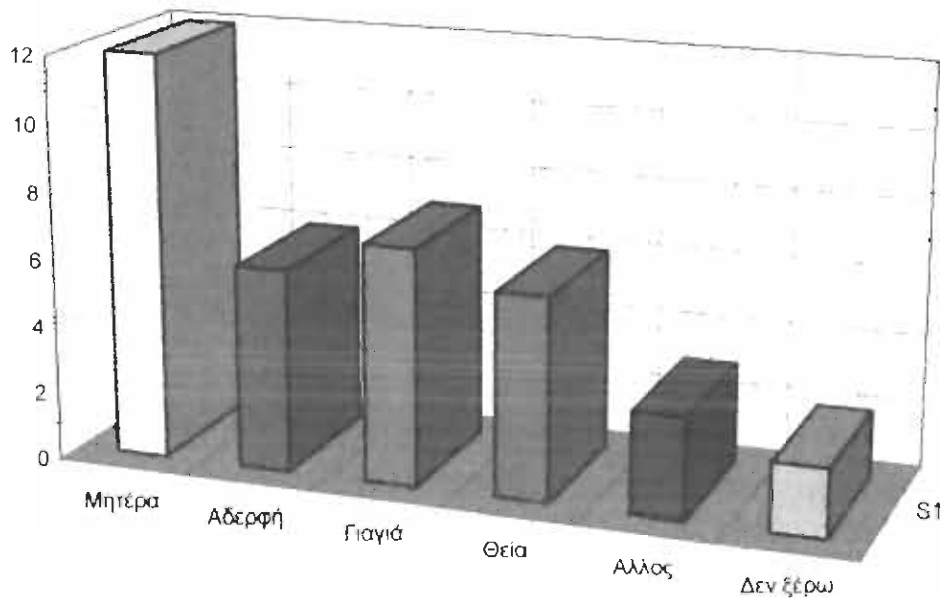
ΥΠΑΡΞΗ ΒΕΒΑΡΗΜΕΝΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ
ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΝΟΣΟ



Πίνακας 15.
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΠΑΣΧΑΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=33	
Μητέρα	12	36,4%
Αδερφή	6	18,2%
Γιαγιά	7	21,2%
Θεία	6	18,2%
Άλλος	3	9,1%
Δεν ξέρω	2	6,1%

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΠΑΣΧΑΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ



Πίνακας 16.
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΗΛΙΚΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ 1^{ου} ΠΑΙΔΙΟΥ

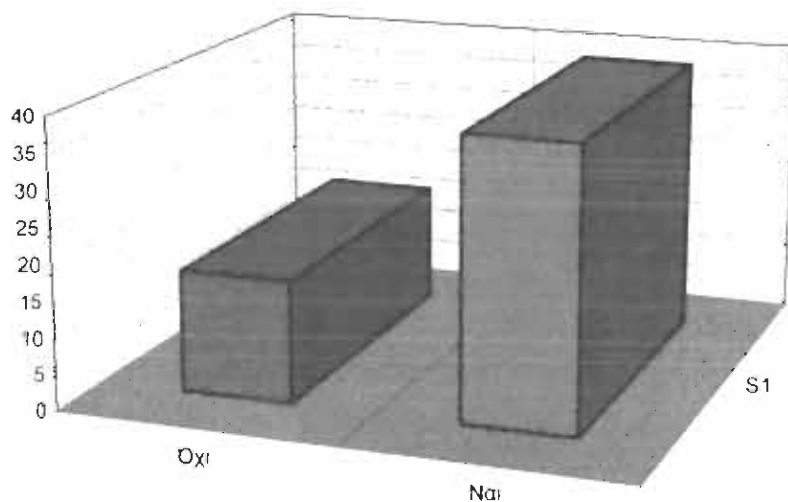
	n=57	
Μέσος όρος (SD)	25,95	(5,2)
Διάμεσος (min, max)	26	(17, 38)

Πίνακας 17.
ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=56	
Όχι	17	30,4%
Ναι	39	69,6%

Στον πίνακα 17 είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (69,6%) έχει θηλάσει.

ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

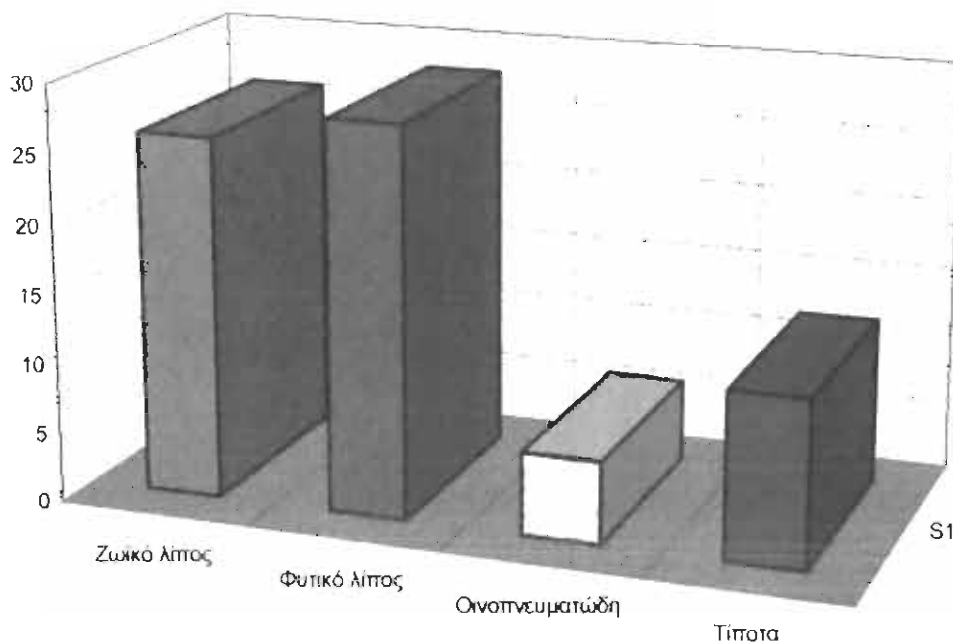


Πίνακας 18.
ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

	n=72	ποσοστό(%)
Ζωικό λίπος	26	36,1%
Φυτικό λίπος	28	38,9%
Οινοπνευματώδη	6	8,3%
Τίποτα	12	16,7%

Από τον πίνακα 18 είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (38,9%) των γυναικών καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες φυτικού λίπους.

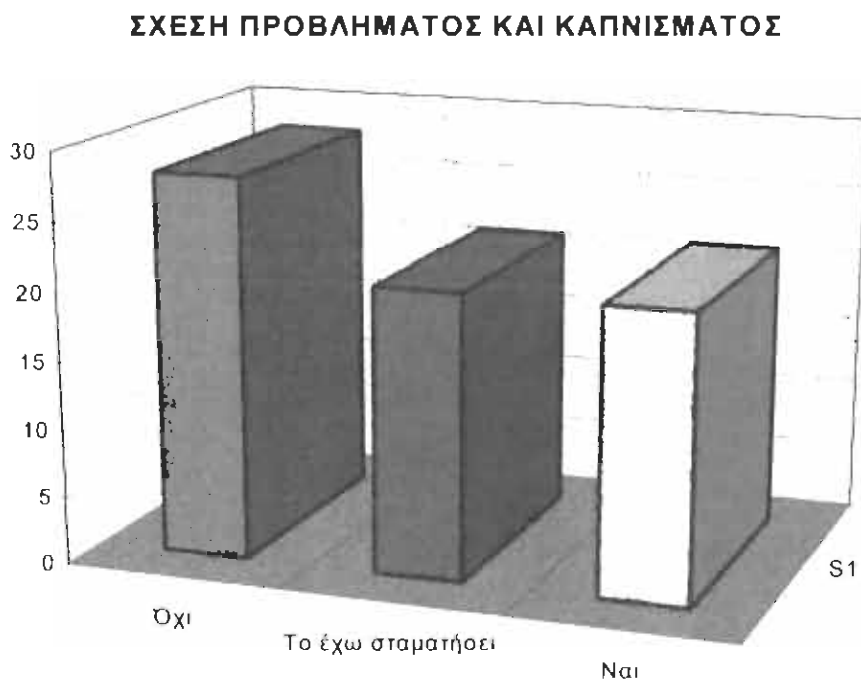
ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Πίνακας 19.
ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

	n=70	ποσοστό(%)
Όχι	28	40%
Το έχω σταματήσει	21	30%
Ναι	21	30%

Στον πίνακα 19 διαπιστώνεται ότι το 40% των γυναικών δεν κάπνιζε.

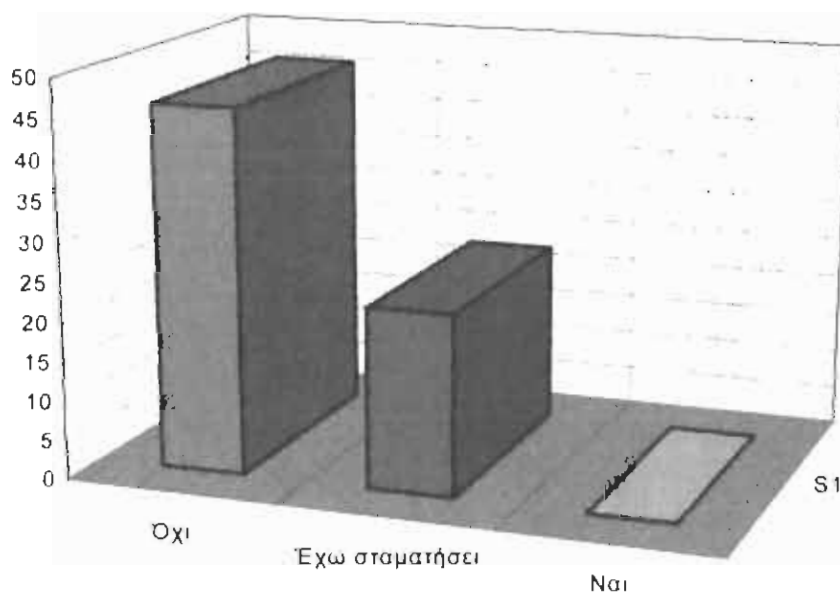


Πίνακας 20.
ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ

	n=69	ποσοστό(%)
Όχι	46	66,7%
Έχω σταματήσει	23	33,3%
Ναι	0	

Στον πίνακα 20 φαίνεται ότι το 66,7% δεν λάμβανε αντισυλληπτικά

ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ

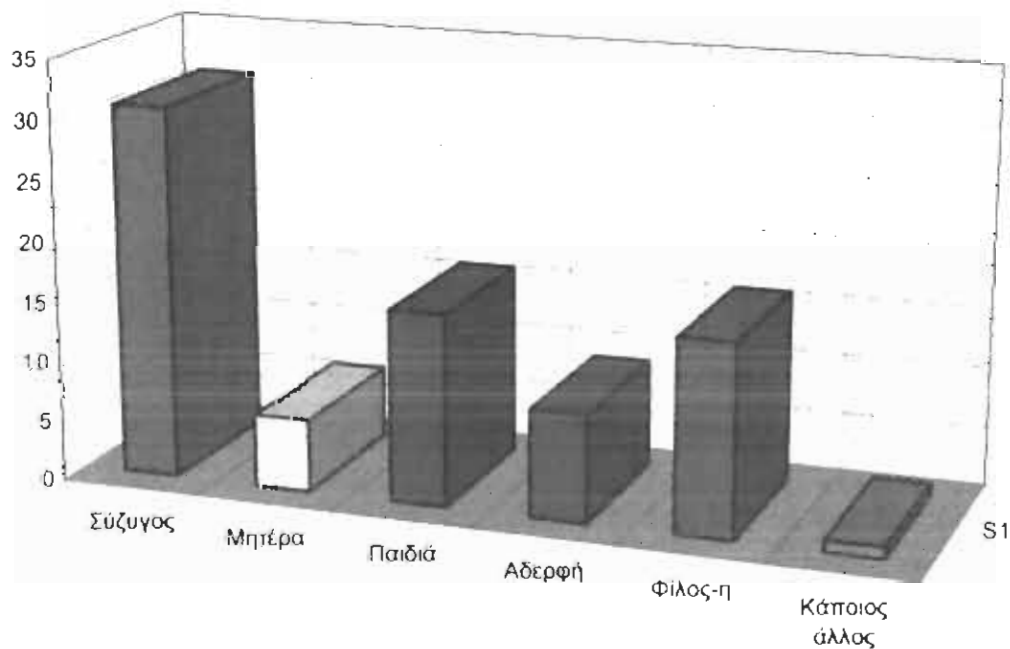


Πίνακας 21.
ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΝ ΟΙ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=72	
Σύζυγος	31	43,1%
Μητέρα	6	8,3%
Παιδιά	16	22,2%
Αδελφός-ή	9	12,3%
Φίλος-η	16	22,2%
Κάποιος άλλος	1	1,4%

Στον πίνακα 21 φαίνεται ότι το πρώτο πρόσωπο που έμαθε για το πρόβλημα της παθούσας ήταν ο σύζυγος (43,1%).

ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΝ ΟΙ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ

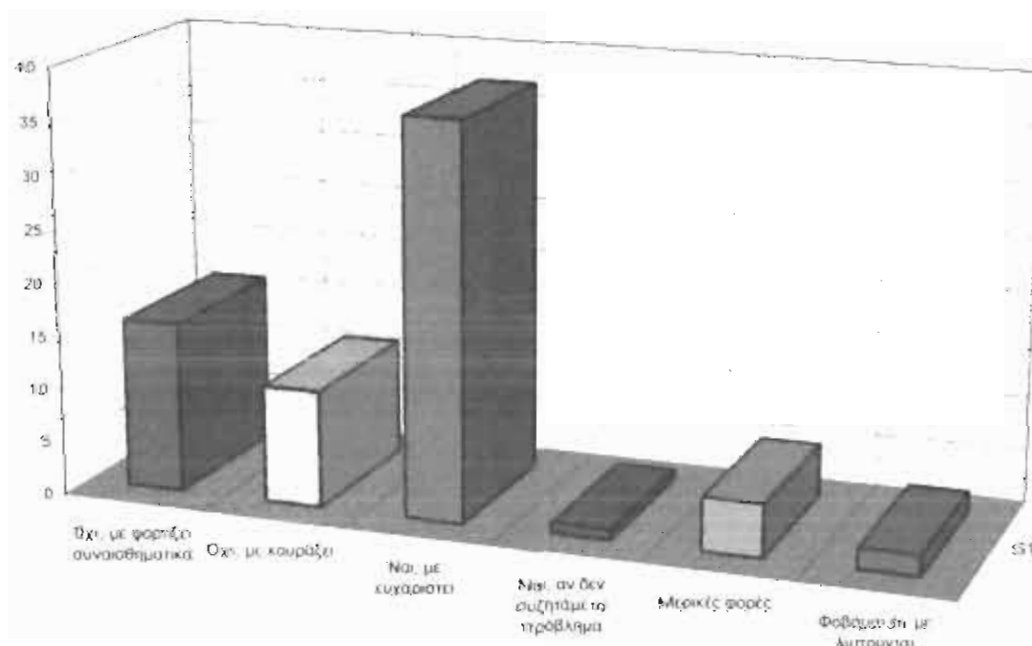


Πίνακας 22.
ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ
ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=72	
Όχι, με φορτίζει συναισθηματικά	16	22,2%
Όχι, με κουράζει	11	15,3%
Ναι, μ' ευχαριστεί	37	51,5%
Ναι, αν δεν συζητάμε το πρόβλημα	1	1,4%
Μερικές φορές	5	6,9%
Φοβάμαι, ότι με λυπούνται	2	2,8%

Στον πίνακα 22 διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσημάτων επιθυμεί την επίσκεψη συγγενών ή φίλων.

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ

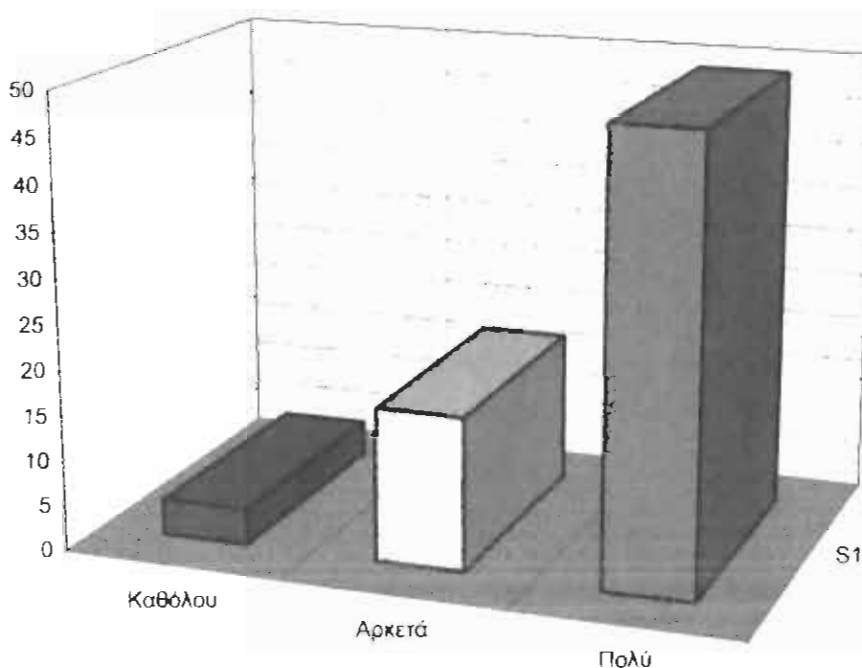


Πίνακας 23.
ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	n=70	ποσοστό(%)
Καθόλου	4	5,7%
Αρκετά	17	24,3%
Πολύ	49	70%

Στον πίνακα 24 διαπιστώνεται πως το 70% των νοσούντων από Ca μαστού ήταν πολύ ικανοποιημένες από τη συμπαράσταση της οικογένειάς τους.

ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

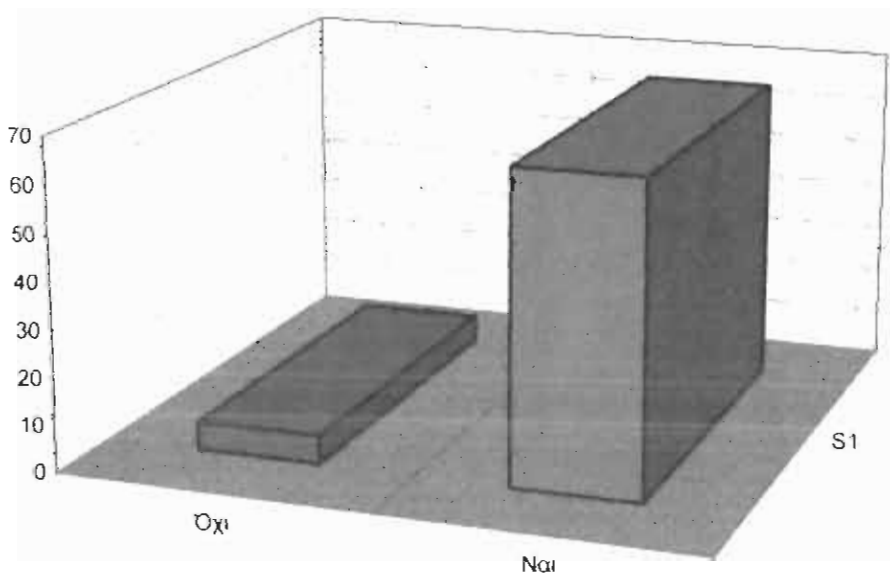


Πίνακας 24.
ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=72	
Όχι	6	8,3%
Ναι	66	91,7%

Από τον πίνακα 24 διαπιστώνεται πως το 91,7% των νοσούντων από Ca μαστού ήταν ικανοποιημένες από την αντιμετώπιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

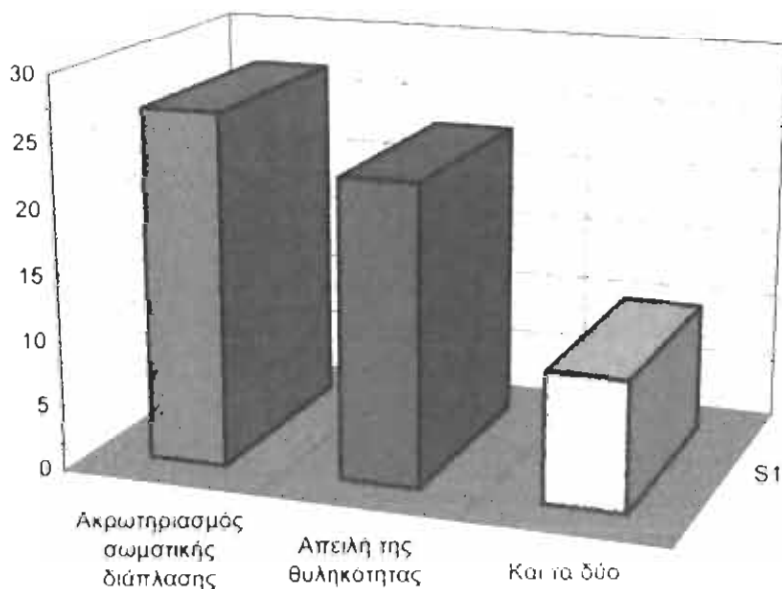


Πίνακας 25.
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΠΩΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ Η ΑΣΘΕΝΗΣ

	n=60	ποσοστό(%)
Ακρωτηριασμός σωματικής διάπλασης	27	45%
Απειλή της θηλυκότητας	23	38,3%
Και τα δύο	10	16,7%

Από τον πίνακα 25 φαίνεται ότι ποσοστό 45% αντιλαμβάνεται την μαστεκτομή ως ακρωτηριασμό της σωματικής διάπλασης.

ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΠΩΣ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

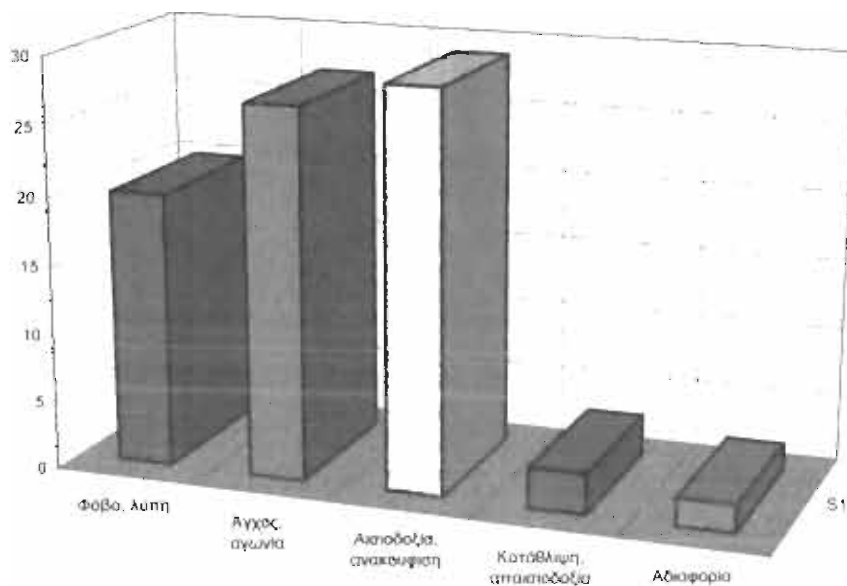


Πίνακας 26.
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=69	
Φόβο, λύπη	20	29%
Άγχος, αγωνία	27	39,1%
Αισιοδοξία, ανακούφιση	29	42%
Κατάθλιψη, απαισιοδοξία	3	4,3%
Αδιαφορία	2	2,9%

Από τον πίνακα 26 φαίνεται ότι ποσοστό 42% δέχεται τη μαστεκτομή ως μέθοδο θεραπείας με αισιοδοξία, και ανακούφιση.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

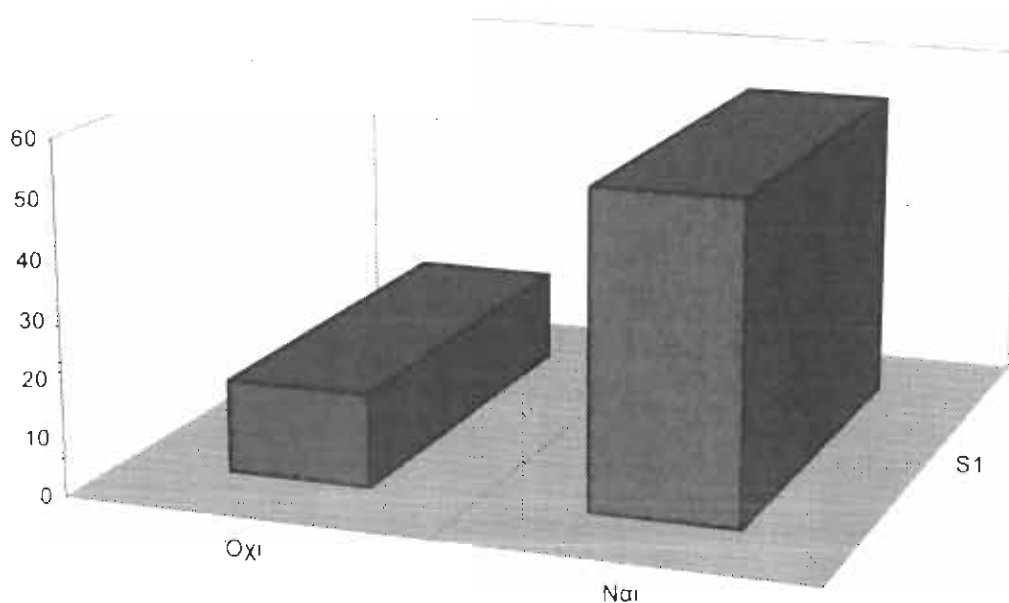


Πίνακας 27.
ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΙΘΑΝΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=70	
Όχι	16	22,9%
Ναι	54	77,1%

Από τον πίνακα 27 διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 77,1% φοβάται για μια πιθανή μελλοντική επανεμφάνιση της νόσου.

ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΦΟΒΟ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΙΘΑΝΗ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΠΑΝΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

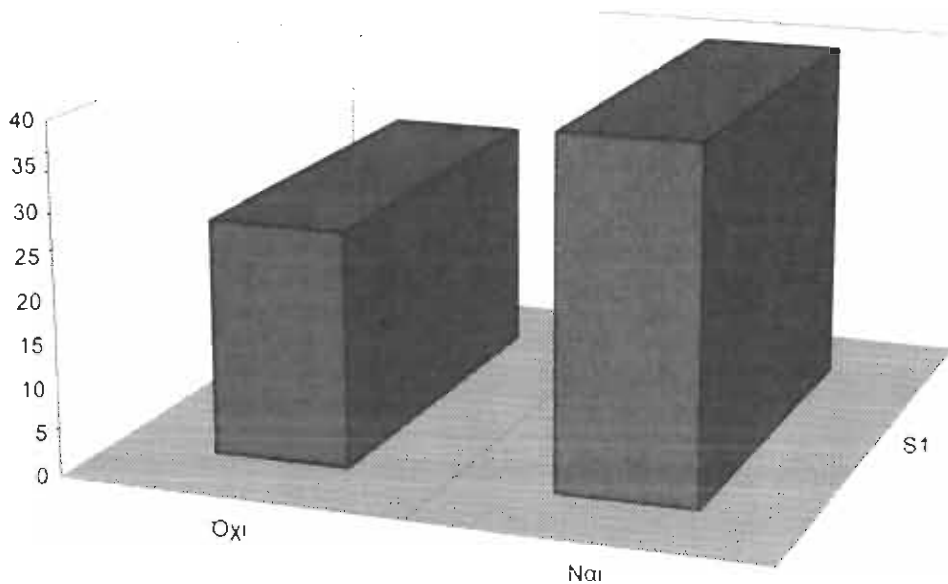


Πίνακας 28.
ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Απαντήσεις	Συχνότητα	ποσοστό(%)
	n=67	
Όχι	27	40,3%
Ναι		59,7%

Από τον πίνακα 28 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 59,7% των γυναικών είναι αισιόδοξες για την εξέλιξη της νόσου.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ



ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΓΚΡΙΣΕΩΝ

Παρακάτω συγκρίνονται δύο κατηγορίες ασθενών, οι αισιόδοξες και οι απαισιόδοξες για την εξέλιξη της νόσου όσον αφορά:

- α. Συνήθειες διατροφής και διαβίωσης (Score 1).
- β. Συμπαράσταση από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους (Score 2).
- γ. Συμμετοχή στα κοινά (Score 3).
- δ. Αρνητικές σωματικές αντιδράσεις (Score 4).
- ε. Αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις (Score).

Το Score 1 προκύπτει από το αλγεβρικό άθροισμα των παρακάτω ερωτήσεων: περιέχονται στη διατροφή σας μεγάλες ποσότητες ζωικού λίπους + περιέχονται στη διατροφή σας μεγάλες ποσότητες φυτικού λίπους + περιέχονται στη διατροφή σας μεγάλες ποσότητες οινοπνευματωδών + κάπνισμα + χρήση αντισυλληπτικών δισκίων + μορφή λήψης.

Το Score 2 προκύπτει από το αλγεβρικό άθροισμα των παρακάτω ερωτήσεων: συμπαράσταση της οικογένειας κατά το παραπάνω διάστημα + ικανοποίηση από την συμπαράσταση του συζύγου σας + συμπαράσταση από την οικογένειά σας κατά τη νοσηλεία σας.

Το Score 3 προκύπτει από το αλγεβρικό άθροισμα των παρακάτω ερωτήσεων: έγιναν αιτία αυτά τα συμπτώματα να περιορίσουν ή να σταματήσουν τις δραστηριότητές σας + αν ναι, στο επάγγελμά σας + αν ναι, στις συζυγικές σας σχέσεις + αν ναι, στο κοινωνικό περιβάλλον + είστε ενημερωμένη για τη λειτουργία ομάδας υποστήριξης εντός του νοσοκομείου + αν ναι, συμμετέχετε σε αυτήν + ανήκετε σε κάποιο σύλλογο γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή.

Το Score 4 προκύπτει από το αλγεβρικό άθροισμα των παρακάτω ερωτήσεων: εξακολούθησε κάποιων αρχικών συμπτωμάτων + έγιναν αιτία αυτά τα συμπτώματα να περιορίσουν ή να σταματήσουν τις δραστηριότητές

σας + πως αντιλαμβάνεστε τη μαστεκτομή + μετά την έναρξη της ασθένειάς σας διαπιστώσατε ότι είστε περισσότερο επιρρεπής σε διάφορες λοιμώξεις + η αλωπεκία σας προκαλεί ντροπή, μειονεκτικότητα και στενοχώρια.

Το Score 5 προκύπτει από το αλγεβρικό άθροισμα των παρακάτω ερωτήσεων: οι επισκέψεις συγγενών και φίλων σας φορτίζει συναισθηματικά + σας κουράζουν + σας ευχαριστούν + σας ευχαριστούν εφόσον δεν συζητάτε το πρόβλημα + σας ενοχλούν γιατί φοβάστε ότι σας λυπούνται + η μαστεκτομή σας προκαλεί φόβο και λύπη + άγχος, αγωνία + κατάθλιψη-απαισιοδοξία.

Πίνακας 1.

Συγκρίνονται οι απαισιόδοξες και οι αισιόδοξες ασθενείς όσον αφορά τις συνήθειες διατροφής και διαβίωσης.

	ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	ΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	P-value
	n=27	n=40	P=0,377
Μέσος όρος (SD)	2.48 (1.83)	2.90 (1.87)	
Διάμεσος (min, max)	2 (0, 6)	2.5 (0, 6)	
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	(1.77, 3.19)	(2.32, 3.48)	

Στον πίνακα 1 φαίνεται πως και οι δύο ομάδες είναι ομοιογενείς όσον αφορά τον τρόπο διατροφής και διαβίωσης (P=0,377).

Πίνακας 2.

Συγκρίνονται οι απαισιόδοξες και οι αισιόδοξες ασθενείς όσον αφορά την συμπαράσταση από οικογένεια και φίλους

	ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	ΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	P-value
	n=27	n=40	P=0,801
Μέσος όρος (SD)	4.26 (1.93)	4.33 (1.58)	
Διάμεσος (min, max)	4 (0, 6)	4 (0, 6)	
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	(3.59, 4.92)	(3.78, 4.88)	

Από τον πίνακα 2 δεν προκύπτει καμία σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (P=0,801)

Πίνακας 3.

Συγκρίνονται οι απαισιόδοξες και οι αισιόδοξες ασθενείς αναφορικά με την συμμετοχή τους στα κοινά.

	ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	ΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	P-value
	n=23	n=35	P=0,548
Μέσος όρος (SD)	-0.78 (1.17)	-0.86 (1)	
Διάμεσος (min, max)	0 (-4, 0)	-1.0(-3, 0)	
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	(-1.23, -0.34)	(-1.22, -0.50)	

Από τον πίνακα 3 δεν προκύπτει καμία σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες (P=0,548).

Πίνακας 4.

Συγκρίνονται οι απαισιόδοξες και οι αισιόδοξες ασθενείς όσον αφορά τις αρνητικές σωματικές αντιδράσεις που προκύπτουν απ' την ασθένεια.

	ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	ΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	P-value
	n=27	n=40	P=0,238
Μέσος όρος (SD)	2.89 (1.39)	2.48 (1.38)	
Διάμεσος (min, max)	3 (0, 6)	3 (0, 6)	
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	(2.36, 3.42)	(2.04, 2.91)	

Από τον πίνακα 4 προκύπτει πως και οι δύο ομάδες εμφανίζουν τις ίδιες αρνητικές σωματικές αντιδράσεις (P=0,238).

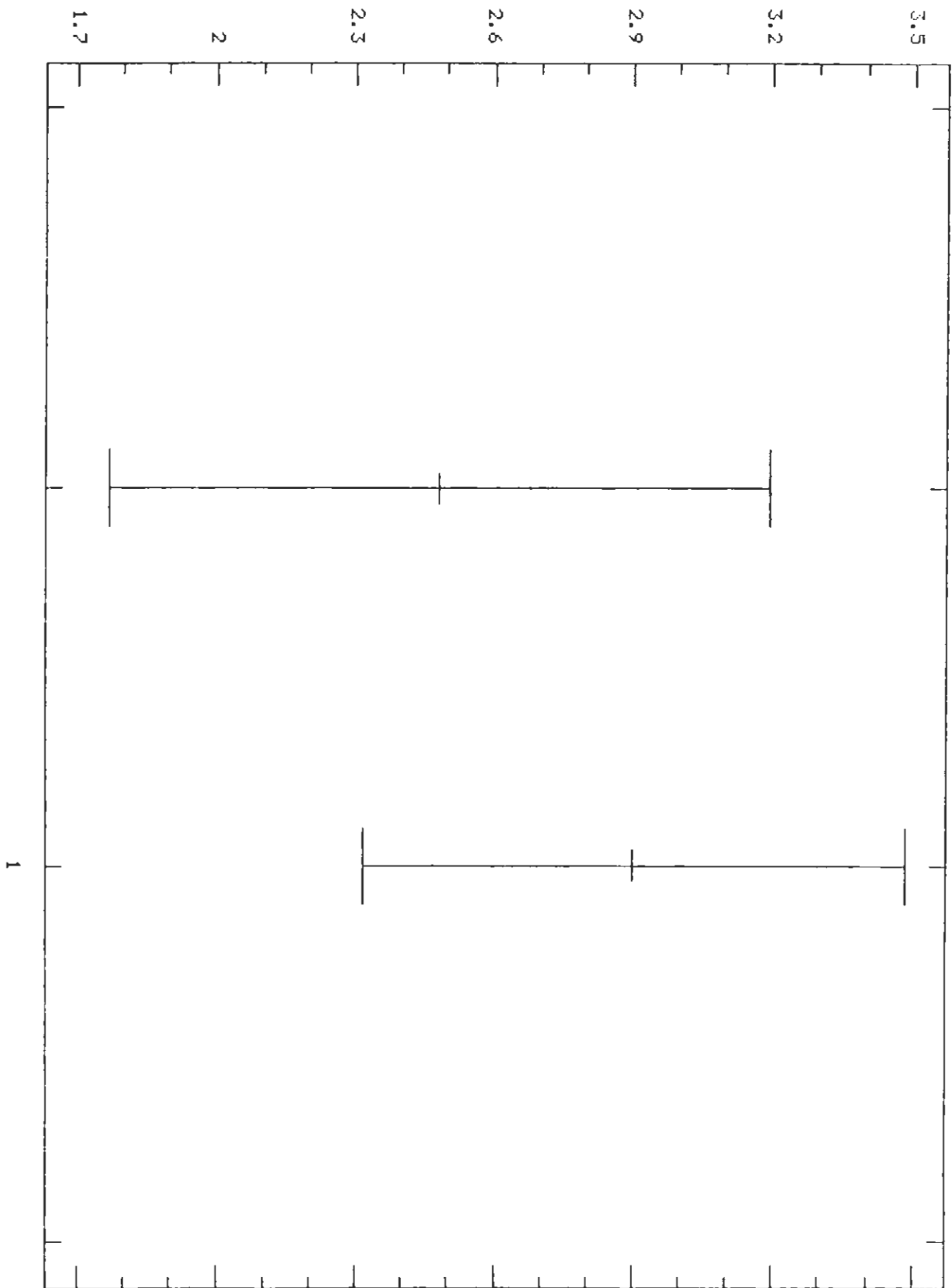
Πίνακας 5.

Συγκρίνονται οι απαισιόδοξες και οι αισιόδοξες ασθενείς όσον αφορά τις αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις.

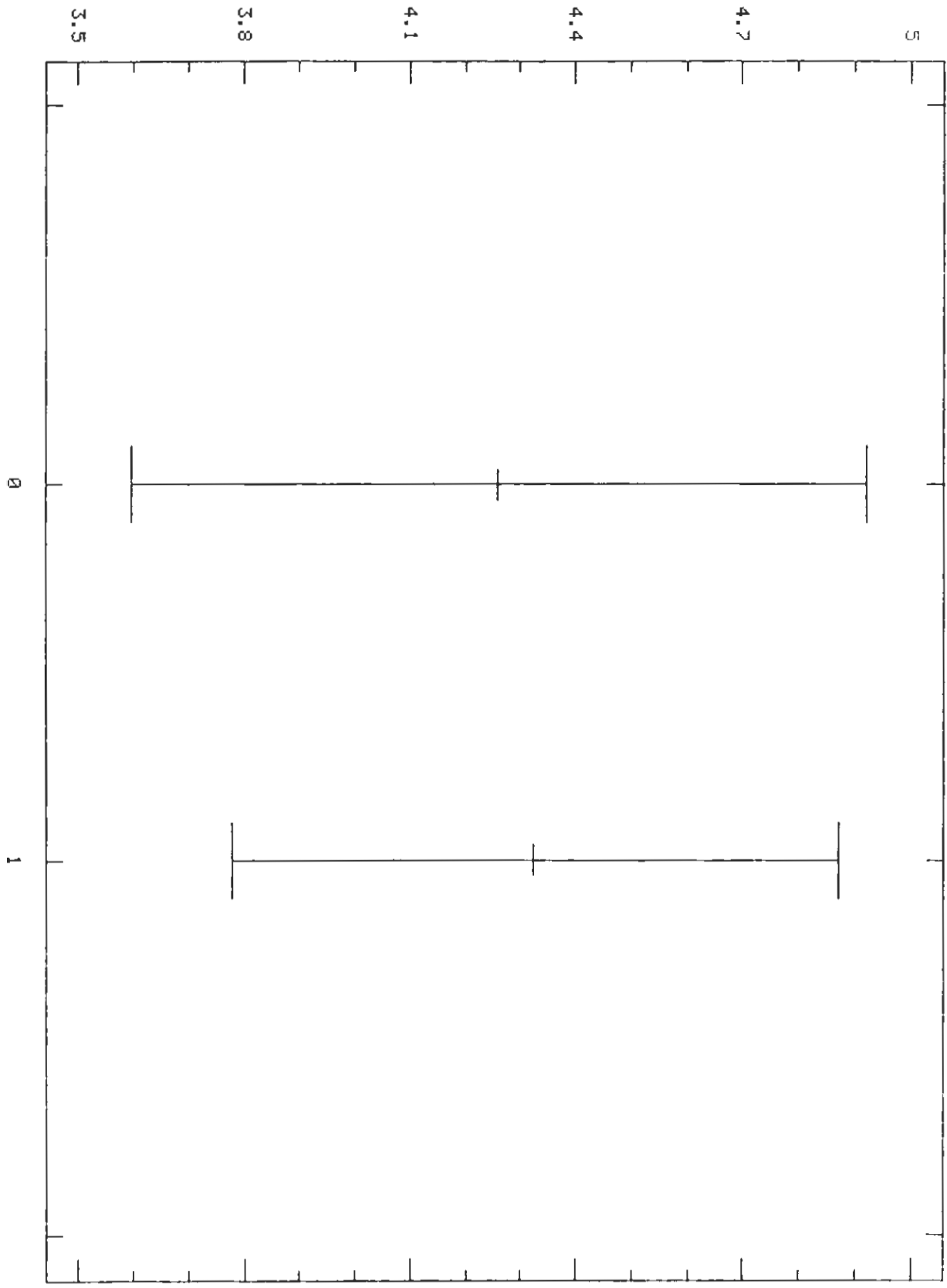
	ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	ΑΙΣΙΟΔΟΞΕΣ	P-value
	n=27	n=40	P=0,0079
Μέσος όρος (SD)	-1.37 (1.18)	-0.58 (0.98)	
Διάμεσος (min, max)	-2 (-3, 1)	-1 (-2, 1)	
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	(-1.78, -0.96)	(-0.91, -0.24)	

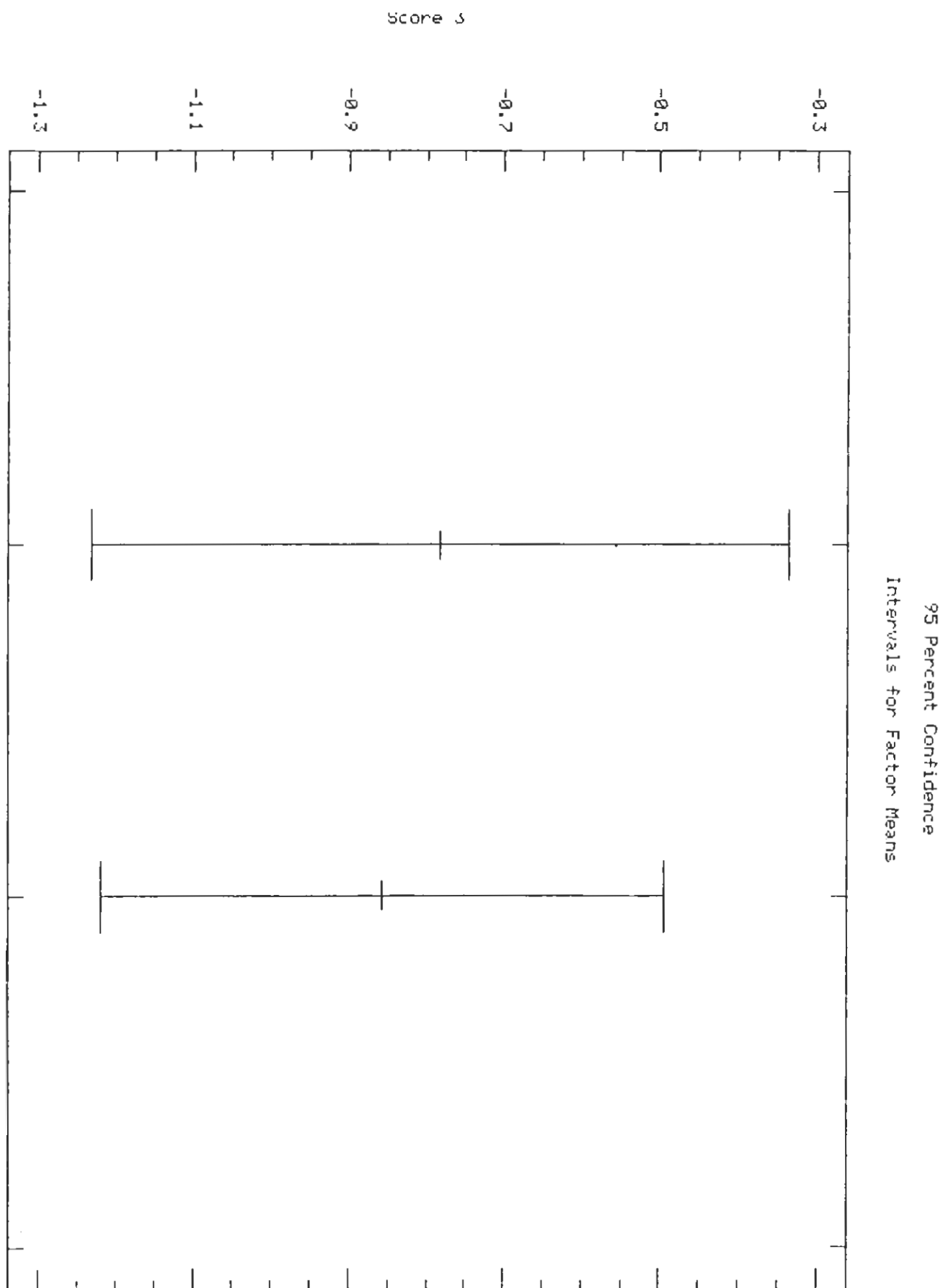
Στον πίνακα 5 φαίνεται πως οι γυναίκες οι οποίες δηλώνουν απαισιόδοξες για την εξέλιξη της νόσου εμφανίζουν και εντονότερα αρνητικά ψυχολογικά συμπτώματα συγκρινόμενες με αυτές που διακατέχονται από αισιοδοξία (P=0,0079).

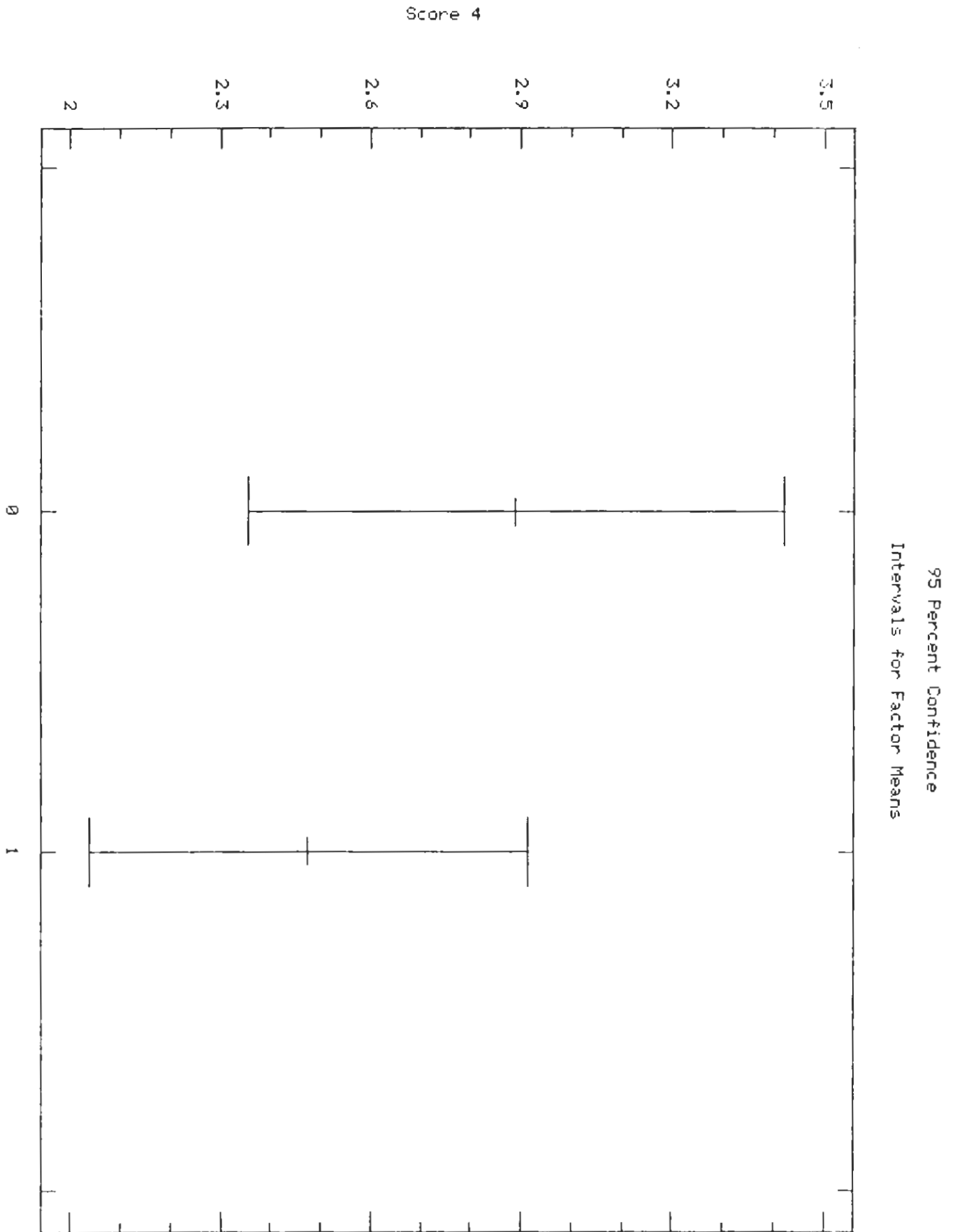
Score 1

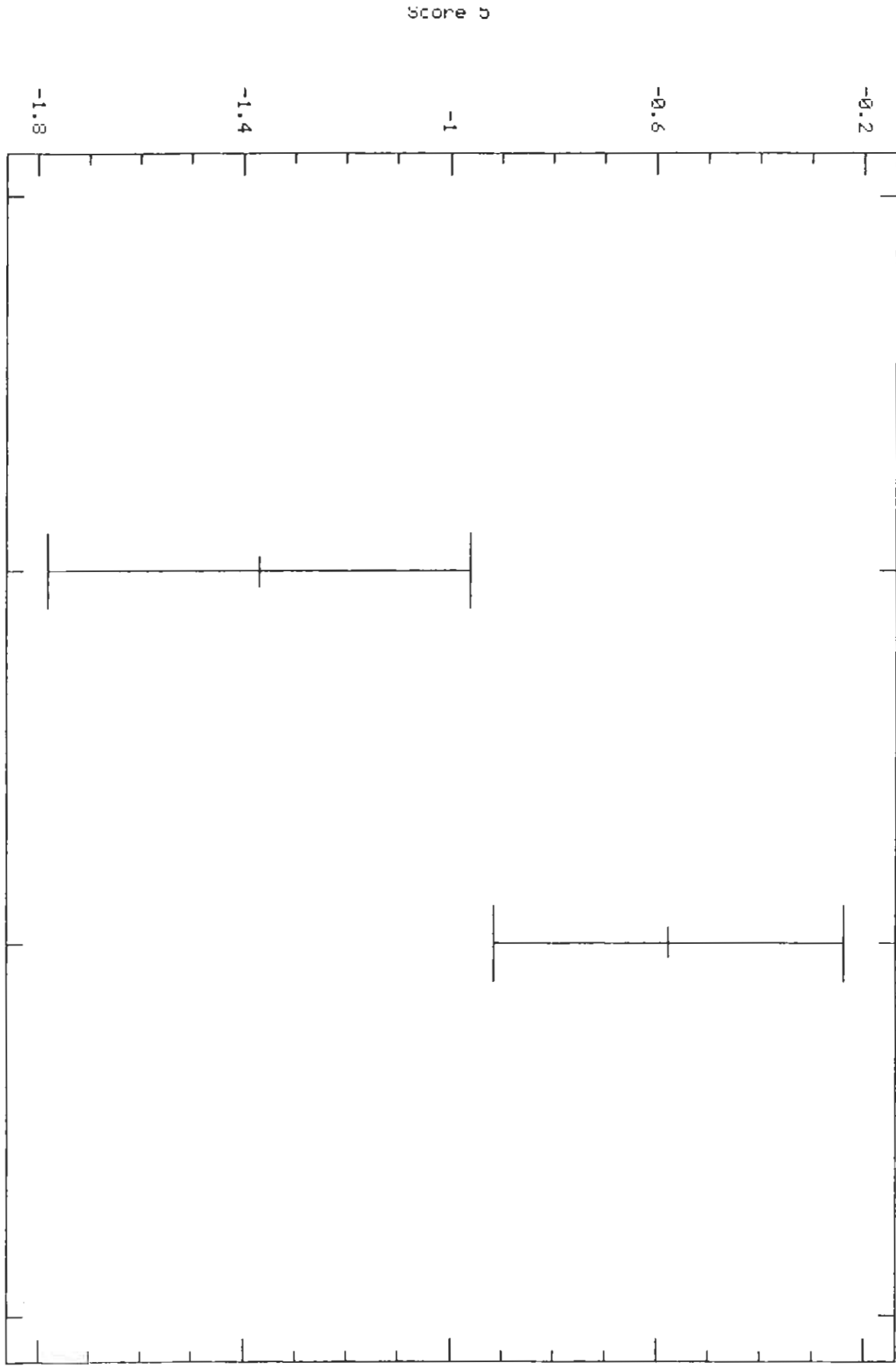


Score 2









95 Percent Confidence
Intervals for Factor Means

ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Τα μέτρα που περιγράφουν σχέσεις ανάμεσα σε συνεχείς μεταβλητές αναφέρονται γενικά σαν μέτρα συσχέτισεων, ή συντελεστές συσχέτισης (measures of correlation ή correlation coefficients).

Σκοπός τους είναι να περιγράψουν τη φύση της δύναμης μιας σχέσης ανάμεσα σε μεταβλητές. Ο συντελεστής συσχέτισης δείχνει την κατεύθυνση και τη δύναμη της παρατηρηθείσας σχέσης ανάμεσα σε δύο ομάδες παρατηρήσεων. Κυμαίνεται σε τιμή ανάμεσα στο -1.00, σε περίπτωση τέλει αρνητικής σχέσης, και στο +1.00, σε περίπτωση τέλει θετικής σχέσης. Η τιμή μηδέν δείχνει πλήρη έλλειψη σχέσης.

Ο Συντελεστής Συσχέτισης (Correlation Coefficient, R) αφ' ενός μεν συνοψίζει τη δύναμη της παραπάνω σχέσης, αφ' ετέρου δε, ελέγχει την Μηδενική Υπόθεση (H_0) ότι ο συντελεστής συσχέτισης του πραγματικού πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται το δείγμα, είναι μηδέν (δηλ. ότι δεν υπάρχει συσχέτιση).

Ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson υπολογίζει τη μήτρα των παραγοντικών ροπών των παραμέτρων που αναλύονται. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ανήκουν στο διάστημα (-1, +1).

Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman χρησιμοποιήθηκε για τις μη κανονικές κατανομές. Ο συντελεστής αυτός αθροίζει τα τετράγωνα των διαφορών σε όλα τα ζεύγη των τιμών και υπολογίζει ένα "σχετικό" μέτρο διαφοροποίησης. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ανήκουν στο διάστημα (-1, +1).

Θετική συσχέτιση σημαίνει ότι και οι δύο μεταβλητές αυξάνουν ή μειώνονται ταυτόχρονα. Αρνητική συσχέτιση σημαίνει ότι όταν η μία μεταβλητή αυξάνεται η άλλη μειώνεται.

Στην παρούσα μελέτη, ενδείκνυται η χρησιμοποίηση του συντελεστή συσχέτισης του Spearman, ο οποίος μετρά τη μονοτονική σχέση ανάμεσα σε δύο παραμέτρους, αναφερόμενος στις τάξεις των τιμών. Μετρά κατά πόσο μια

παράμετρος αυξάνεται ή μειώνεται παράλληλα με κάποια άλλη, ακόμη και όταν η σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών δεν είναι γραμμική ή Διωνυμική κανονική κατανομή.

Πίνακας 1.

Συσχέτιση ηλικίας με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Ψυχολογική υποστήριξη από την πίστη στο Θεό	0,39	0,00084
Αίσθηση ευχαρίστησης με τις επισκέψεις συγγενών και φίλων	0,38	0,0011
Συναισθηματική φόρτιση με τις επισκέψεις συγγενών και φίλων	- 0,25	0,036
Άγχος, ένταση και νευρικότητα μέχρι την τελική διάγνωση	- 0,31	0,0085

Πίνακας 2.

Συσχέτιση καπνίσματος με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Περιεκτικότητα μεγάλων ποσοτήτων φυτικού λίπους στη διατροφή	-0,43	0,00018
Περιεκτικότητα μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ουσιών στη διατροφή	0,34	0,0041

Πίνακας 3.

Συσχέτιση της παρατήρησης κόπωσης πριν από τη διάγνωση με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Παρατήρηση ανορεξίας πριν τη διάγνωση της νόσου	0,24	0,042
Αποκλεισμός από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον εξαιτίας της εξακολούθησης των συμπτωμάτων	0,45	0,0002

Πίνακας 4.

Συσχέτιση του φόβου και του άγχους μετά την παρατήρηση κάποιας αλλαγής με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Αισθανθήκατε αδιαφορία, όταν ανακαλύψατε την αλλαγή	-0,43	0,0011

Πίνακας 5.

Συσχέτιση άγχους και της αγωνίας που προκαλεί η μαστεκτομή με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Η μαστεκτομή σας προκαλεί αισιοδοξία και ανακούφιση	- 0,5	0,0001

Πίνακας 6.

Συσχέτιση του φόβου που προκαλεί η μαστεκτομή με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Η μαστεκτομή σας προκαλεί αισιοδοξία και ανακούφιση	-0,48	0,000031

Πίνακας 7.

Συσχέτιση του φόβου για πιθανή υποτροπή με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Αισιοδοξία για την εξέλιξη της νόσου	-0,32	0,0092

Πίνακας 8.

Συσχέτιση της συμπαράστασης από την οικογένεια με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Αίσθηση ευχαρίστησης με τις επισκέψεις συγγενών και φίλων	0,39	0,00065
Η μαστεκτομή σας προκαλεί αισιοδοξία και ανακούφιση	0,33	0,005

Πίνακας 9.

Συσχέτιση της ευκολίας συζήτησης για την ασθένεια με διάφορους παράγοντες

	Συντελεστής συσχέτισης	P-value
Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού	0,25	0,037
Αίσθηση ευχαρίστησης με τις επισκέψεις συγγενών και φίλων	0,42	0,00021
Αίσθηση οίκτου από τις επισκέψεις συγγενών και φίλων	-0,23	0,05
Η αλωπεκία σας προκαλεί ντροπή και μειονεκτικότητα	-0,36	0,0084

ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΒΗΜΑΤΑ

Θέλουμε να εξετάσουμε την εξάρτηση μιας παραμέτρου y , από τις μεταβλητές: x_1, x_2, \dots, x_n και χρησιμοποιούμε την Εξίσωση Παλινδρόμησης (Regression Equation), για να απεικονίσουμε αυτές τις σχέσεις.

Επειδή κάποιες από τις μεταβλητές που περιγράφονται παραπάνω σχετίζονται μεταξύ τους, ίσως αποδειχθεί δύσκολο να έχουμε την πρόγνωση για ένα συγκεκριμένο άτομο. Γι' αυτόν το λόγο, απαιτείται πολυπαραγοντική μεθοδολογία η οποία επιτρέπει στις μεταβλητές να ενεργούν ταυτόχρονα, ώστε η σχετική σημασία κάθε μιας από αυτές να μπορεί να καθοριστεί.

Έτσι χρησιμοποιούμε το Μοντέλο Πολλαπλής Παλινδρόμησης κατά βήματα (Stepwise Multiple Regression Model) για να προσδιορίσουμε την σχετική σημασία των προαναφερόμενων μεταβλητών.

Το μοντέλο αυτό εξετάζει την καταλληλότητα “εισόδου” στην εξίσωση κάθε προγνωστικής παραμέτρου με βάση κάποια προκαθοριζόμενα κριτήρια ελέγχου εισόδου και εξόδου. Σε κάθε βήμα αυτής της Ανάλυσης Παλινδρόμησης, εκτελούνται ξεχωριστές παλινδρομήσεις προσθέτοντας κάθε φορά την παράμετρο εκείνη η οποία παίζει σημαντικότερο ρόλο στην “ερμηνεία” της εξεταζόμενης μεταβλητής y .

Μετά το k βήμα παρατηρούμε ότι το μοντέλο που επιλέχθηκε σαν καταλληλότερο υποθέτει ότι η σχέση μεταξύ του y και των x_1, x_2, \dots, x_n δίνεται από την σχέση:

$$y = b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + \dots + b_i * x_i$$

όπου b_i ($i= 1,2$) είναι οι συντελεστές παλινδρόμησης, οι οποίοι πρέπει να εκτιμηθούν.

Από την Ανάλυση Διασποράς (ANOVA: Analysis of Variance), προκύπτει ότι (εφόσον $P < 0.05$) υπάρχει γραμμική σχέση ανάμεσα στην (εξαρτημένη μεταβλητή) y και τις ανεξάρτητες μεταβλητές: x_1, x_2, \dots, x_i .

Ο συντελεστής προσδιορισμού (R-Square) δείχνει την αναλογία της διασποράς των τιμών της μεταβλητής y η οποία “εξηγείται” από τις μεταβλητές: x_1, x_2, \dots, x_i . Ο συντελεστής αυτός (R-Square) αποτελεί μέτρο καταλληλότητας της προσαρμογής της Εξίσωσης Παλινδρόμησης στην πραγματική κατάσταση. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να προβλέψουμε την τιμή που θα πάρει η y βασιζόμενοι στις αρχικές τιμές των: x_1, x_2, \dots, x_i .

Στην συνέχεια, δίνονται οι συσχετίσεις που βρέθηκαν μεταξύ των Συντελεστών Παλινδρόμησης. Η μήτρα των Συντελεστών συσχέτισης είναι συμμετρική. Τέλος, δίνονται τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης για τους Συντελεστές Παλινδρόμησης.

Η ένταση των αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων (Score 5) μπορεί να εκτιμηθεί με αξιοπιστία 74.21%, από την παρακάτω εξίσωση πολλαπλής παλινδρόμησης:

Ένταση αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων = $-1.56 - 0.18$ (Νοσηλεία σε επαρχιακό νοσοκομείο) + 0.11 (Μορφωτικό επίπεδο) + 0.43 (Κάπνισμα) - 0.21 (Αισιοδοξία για την εξέλιξη της νόσου) + 0.44 (Ανορεξία πριν τη διάγνωση της νόσου) + 0.73 (Διατροφή πλούσια σε οιοπνευματώδεις ουσίες) - 0.55 (Ανακούφιση από τη μαστεκτομή) - 0.06 (Συνήθειες διατροφής).

Model fitting results for: BREAST. Score 5

Independent variable	coefficient	std. error	t- value	sig. level
ONSTANT	-1.564035	0.495535	-3.1563	0.0029
BREAST. Hospital	-0.178291	0.307219	-0.5803	0.564
BREAST. Q2	0.109568	0.096005	1.1413	0.260
BREAST. Q25	0.431355	0.212197	2.0328	0.048
BREAST. Q55	-0.209581	0.298911	0.7011	0.487
BREAST. Q11c	0.442768	0.448094	0.9881	0.328
BREAST. Q24c	0.731595	0.48412	1.5112	0.138
BREAST. Q44c	-0.547985	0.295482	1.8545	0.070
BREAST. Score 1	-0.06281	0.094799	-0.6626	0.5111

-SQ. (ADJ.) = 0.7421 SE = 0.933331 MAE = 0.684352 DurbWat = 2.218

2 observations fitted, forecast(s) computed for 0 missing val. of dep. var.

Όπου: Q2: Μορφωτικό επίπεδο.

Q25: Κάπνισμα.

Q55: Αισιοδοξία για την εξέλιξη της νόσου.

Q11c: Ανορεξία πριν την διάγνωση της νόσου.

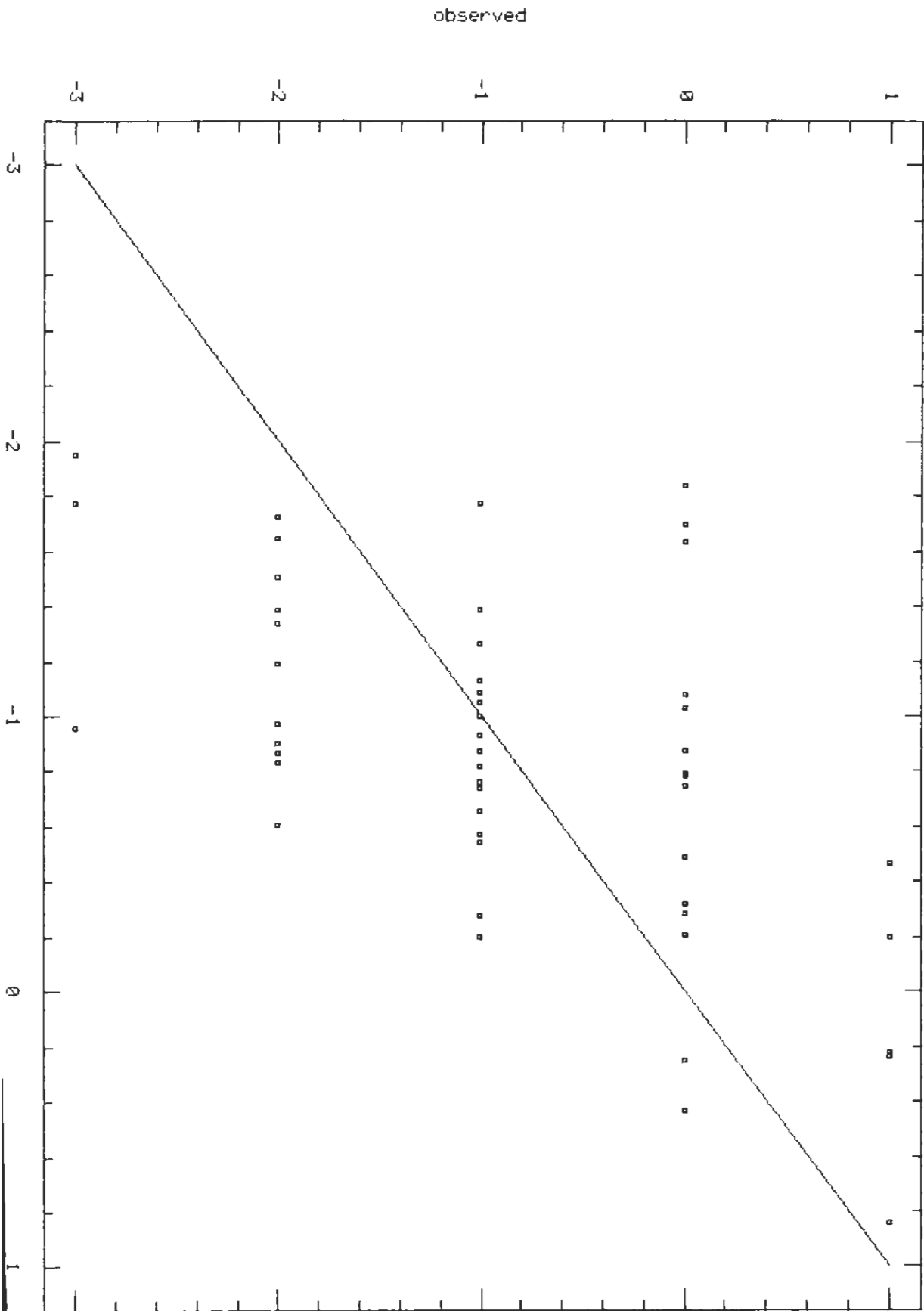
Q24c: Διατροφή πλούσια σε οιοπνευματώδη ουσίες.

Q44c: Ανακούφιση από την μαστεκτομή.

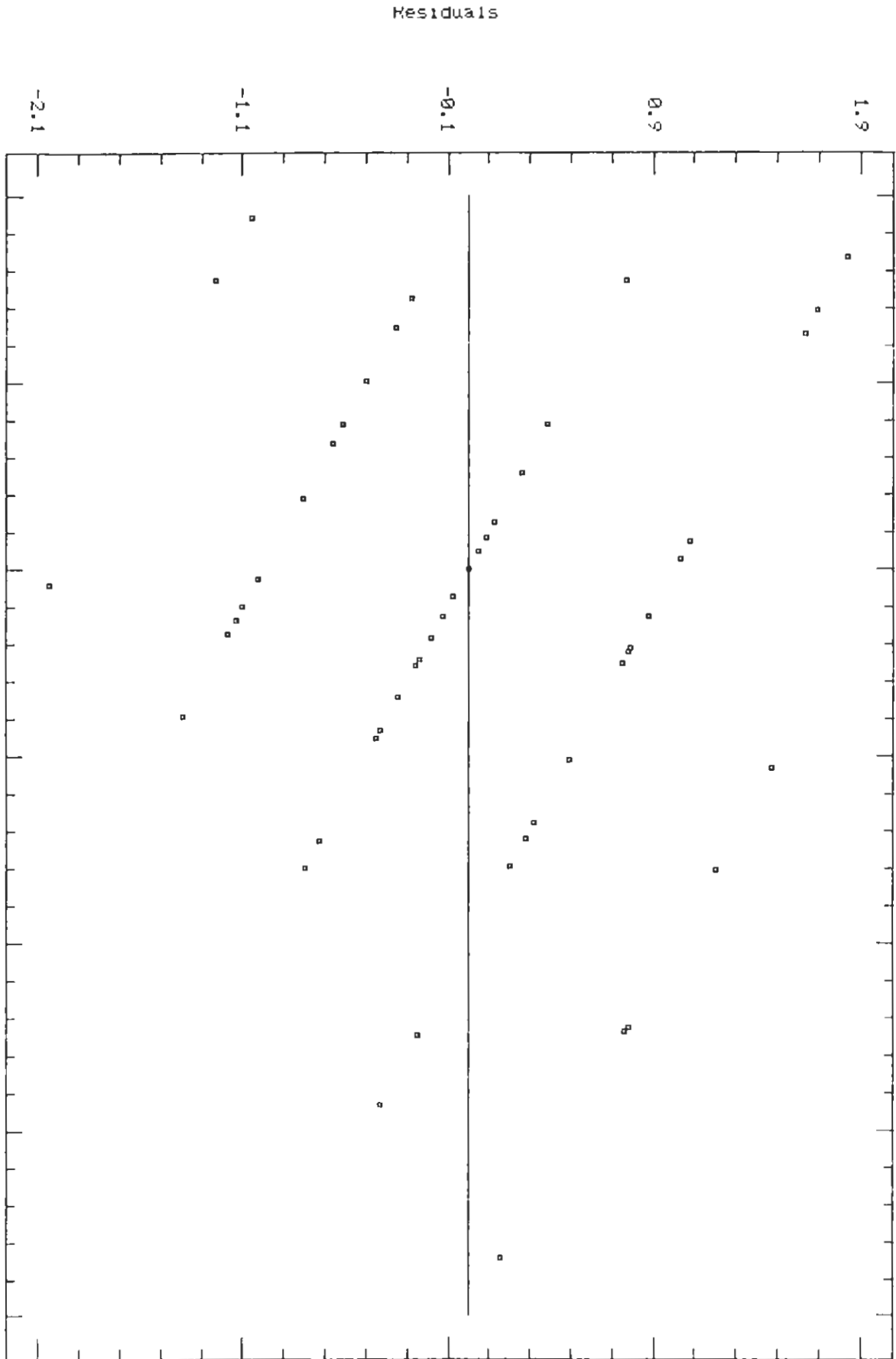
Score 1: Συνήθειες διατροφής και διαβίωσης.

Οι παράγοντες που επιβαρύνουν την πρόγνωση είναι: Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, το ιστορικό καπνίσματος, η διαπίστωση ανορεξίας, πριν από την διάγνωση της νόσου και τέλος η διατροφή που είναι πλούσια σε οιοπνευματώδη.

Οι παράγοντες που ευνοούν την πρόγνωση είναι: Η νοσηλεία σε επαρχιακό νοσοκομείο, η αισιοδοξία για την εξέλιξη της νόσου, η ανακούφιση από την μαστεκτομή και τέλος η αξιολόγηση της διατροφής (Score 1).



Plot of Score 5



Residual Plot for Score 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρά τις συνεχείς και έντονες προσπάθειες για διάγνωση σε πρώιμο στάδιο και θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να είναι ένα από τα κύρια προβλήματα υγείας της γυναίκας διεθνώς.

Στην Ελλάδα η συχνότητα της νόσου εμφανίζει μια σταδιακή συνεχή και ανοδική τάση, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Παρά την συνεχή ενημέρωση από διάφορους φορείς, τα προχωρημένα στάδια της νόσου καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό, με ολική θνησιμότητα που βρίσκεται γύρω στα 40% κάθε χρόνο.

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ότι επηρεάζεται τόσο στη συχνότητα του όσο και στην εξέλιξή του από περιβαλλοντικές συνθήκες μεταξύ των οποίων η διατροφή ιδίως πλούσια σε λιπαρές ουσίες και πρωτεΐνες, το υπερβολικό βάρος του σώματος καθώς επίσης η κληρονομικότητα και διάφορες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες που παίζουν σημαντικό ρόλο.

Σημαντικός αιτιολογικός παράγων, συσχετιζόμενος με τον καρκίνο μαστού είναι η κληρονομικότητα. Από παρατηρήσεις που έχουν γίνει, διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες που η μητέρα ή η αδερφή τους εμφάνισε τη νόσο, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Αντίστοιχα, από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας προέκυψε ότι ποσοστό 47,1% έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό.

Η ηλικία απόκτησης τόσο του πρώτου όσο και του τελευταίου παιδιού (μετά τα 35) θεωρείται ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες. Ωστόσο στην ερευνά μας οι γυναίκες απόκτησαν το πρώτο τους παιδί σε ηλικία κατά μέσο όρο 26 ετών και το τελευταίο τους στα 31 χρόνια.

Βρέθηκε ότι από τις 56 γυναίκες το 69,6% είχαν θηλάσει. Σύμφωνα και με την διεθνή βιβλιογραφία ο θηλασμός δεν φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο από μόνος του.

Η σημασία των από το στόμα αντισυλληπτικών χαπιών σαν πιθανός προδιαθεσικός παράγοντας του καρκίνου του μαστού έχει γίνει αντικείμενο βιβλιογραφίας τουλάχιστον 25 δημοσιευμάτων σε έγκυρα διεθνή περιοδικά και οι περισσότερες δεν έχουν δείξει σχέση μεταξύ αυτών και εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Όπως προέκυψε από την ερευνά μας το 68,7% δεν είχε κάνει χρήση αντισυλληπτικών.

Διαχωρίσαμε τις ασθενείς σε αισιόδοξες και απαισιόδοξες και στη συνέχεια συγκρίναμε τις απαντήσεις τους.

Όσον αφορά τις συνήθειες διατροφής και διαβίωσης (Score 1) βρέθηκε ότι και οι δύο ομάδες είναι ομοιογενείς όσον αφορά τον τρόπο διατροφής και διαβίωσης ($P = 0,377$).

Στη συνέχεια συγκρίθηκαν οι απαισιόδοξες με τις αισιόδοξες όσον αφορά τη συμπαράσταση από την οικογένεια και τους φίλους (Score 2) και πάλι δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ($P = 0,801$).

Το ίδιο ισχύει και για την συμμετοχή στα κοινά (Score 3) όπου και οι δύο ομάδες φαίνεται ότι αντιδρούν το ίδιο ($P = 0,548$). Εξάλλου και οι δύο προαναφερόμενες ομάδες εμφανίζουν τις ίδιες αρνητικές σωματικές επιδράσεις (Score 4) πράγμα που επιβεβαιώνεται από το στατιστικό έργο ($P = 0,238$).

Αντίθετα ο έλεγχος που έγινε μεταξύ αυτών των ομάδων όσον αφορά τις αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις απέδειξε ότι οι γυναίκες οι οποίες δηλώνουν απαισιόδοξες για την εξέλιξη της νόσου εμφανίζουν και εντονότερα αρνητικά ψυχολογικά συμπτώματα συγκρινόμενες με αυτές που διακατέχονται από αισιοδοξία ($P = 0,0079$).

Από την ανάλυση των συσχετίσεων προέκυψε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία της ασθενούς αυξάνεται και η ψυχολογική υποστήριξη που πηγάζει από την πίστη στο Θεό ($R = 0,39$ $P = 0,0084$). Επίσης θετική συσχέτιση υπάρχει στο αίσθημα ευχαρίστησης που νιώθουν οι ασθενείς από τις επισκέψεις συγγενών και φίλων όσο αυξάνεται η ηλικία ($R = 0,38$ $P = 0,0011$) και αρνητική συσχέτιση με τη συναισθηματική φόρτιση που μπορεί να προκαλέσει η επίσκεψή τους ($R = -0,25$ $P = 0,036$). Είναι διαπιστωμένο ότι στο χρονικό διάστημα μέχρις ότου γίνει η τελική διάγνωση, οι ασθενείς διακατέχονται από άγχος, ένταση, νευρικότητα. Όμως παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τα αρνητικά αυτά συναισθήματα μειώνονται ($R = -0,31$ $P = 0,0085$).

Βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην διατροφή πλούσια σε φυτικό λίπος και την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων οινοπνευματωδών ποτών ($R = -0,24$ $P = 0,042$). Αντίθετα το κάπνισμα σχετίζεται θετικά με τα τελευταία ($R = 0,34$ $P = 0,0041$) ενώ αρνητικά με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φυτικού λίπους στη διατροφή ($R = -0,43$ $P = 0,00018$). Κατανάλωση 15gr ή περισσότερο αλκοόλ (2 με 3 ποτά) την ημέρα αυξάνουν τον κίνδυνο περίπου 50% από τις μη καπνίστριες. Αύξηση στο πλάσμα οιστρονης που επέρχεται από το αλκοόλ μπορεί να είναι υπεύθυνη για αυτήν την αύξηση. Όσον αφορά το κάπνισμα δείχνουν ένα αυξημένο κίνδυνο που οφείλεται στις επιδράσεις των πολυάριθμων καρκινογόνων ουσιών που υπάρχουν στον καπνό των τσιγάρων.

Όπως παρατηρήθηκε υπάρχει θετική συσχέτιση της ανορεξίας που παρουσιάζεται στις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού - πράγμα που ανακτάται στην πλειοψηφία των καρκινοπαθών - με το αίσθημα κόπωσης των γυναικών αυτών πριν από τη διάγνωση ($R = 0,24$ $P = 0,0012$). Επίσης παρατηρείται ότι τα παραπάνω συσχετίζονται θετικά με

τον αποκλεισμό της γυναίκας τόσο από το οικογενειακό όσο και από το κοινωνικό περιβάλλον ($R = 0,45$ $P = 0,0002$).

Ένα μέρος των γυναικών που απάντησαν στα ερωτηματολόγια μας είχαν παρατηρήσει κάποιου είδους αλλαγή πριν τη διάγνωση της ασθένειάς τους. Η πρόβλεψη ενός τέτοιου κινδύνου που είναι άγνωστος ή έχει αναγνωρισθεί οδηγεί στην φυσιολογική αντίδραση του φόβου και του άγχους που προκαλείται στο άτομο ωσότου επισκεφθεί το γιατρό. Τα συναισθήματα αυτά όπως προκύπτει συσχετίζονται αρνητικά με την αδιαφορία που μπορεί να ένιωθαν πριν από την τελική διάγνωση ($R = -0,43$ $P = 0,0011$).

Όσο αυξάνεται ο φόβος, το άγχος και η αγωνία από μια επικείμενη μαστεκτομή, τόσο μειώνεται η αισιοδοξία και η ανακούφιση που νιώθει η ασθενής για τη θεραπευτική αυτή μέθοδο ($R = -0,48$ $P = 0,000031$). Ο φόβος του καρκίνου και της μαστεκτομής είναι η κυριότερη αιτία, διεθνώς, για την καθυστερημένη προσέλευση για εγχείρηση, γεγονός που σημαίνει ότι μια θεραπευτική ενέργεια μπορεί να δημιουργεί συνέπειες πριν καν εφαρμοστεί. Ο φόβος αυτός είναι αποτέλεσμα της εξαιρετικά συμβολικής σημασίας του οργάνου αυτού (μαστός) για τη γυναίκα.

Βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του φόβου για πιθανή υποτροπή της νόσου και του αισθήματος αισιοδοξίας για την εξέλιξη της ($R = -0,32$ $P = 0,0092$).

Η οικογένεια είναι ομάδα ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με δεσμό φυσικό ή νομικό. Η οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά απέναντι στον καρκινοπαθή που είναι μέλος της προσπαθεί να τον προσεγγίσει, να του συμπαρασταθεί, να καταλάβει πως αισθάνεται, να δει το πρόβλημά του σφαιρικά. Ο ρόλος της είναι λοιπόν σημαντικός στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς και αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όσο μεγαλύτερη είναι η συμπαράσταση αυτή τόσο μεγαλύτερη ευχαρίστηση αντλεί η

ασθενής από τις επισκέψεις συγγενών και φίλων ($R = 0,39$ $P = 0,00065$). Επίσης η συμπαράσταση της οικογένειας επηρεάζει θετικά την αισιοδοξία και την ανακούφιση που νιώθουν οι ασθενείς από τη μαστεκτομή ως μέθοδο θεραπείας ($R = 0,33$ $P = 0,005$).

Όσο περισσότερο ικανοποιημένοι νιώθουν οι ασθενείς από την αντιμετώπιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τόσο ευκολότερα συζητούν μαζί τους για την ασθένειά τους ($R = 0,25$ $P = 0,037$).

Θετική συσχέτιση υπάρχει στην ευκολία να συζητούν για την ασθένειά τους με το αίσθημα ευχαρίστησης που αντλούν από τις επισκέψεις συγγενών και φίλων ($R = 0,42$ $P = 0,00021$). Επομένως αρνητική είναι η συσχέτιση με το αίσθημα οίκτου που μπορεί να προξενηθεί στους ασθενείς από τέτοιες επισκέψεις ($R = -0,23$ $P = 0,05$).

Στις περισσότερες ομάδες ενηλίκων μπορεί η αλωπεκία να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα. Σύμφωνα με την καθημερινή παρατήρηση κάθε άρρωστη αντιδρά καλύτερα, όταν είναι ενήμερη γι' αυτήν την ανεπιθύμητη πλευρά της θεραπείας της και έχει τη δυνατότητα να προετοιμαστεί ψυχολογικά. Επομένως, η ντροπή και η μειονεκτικότητα που νιώθουν οι γυναίκες από την εμφάνιση της αλωπεκίας είναι λιγότερο έντονες, εφόσον αυτές δεν δυσκολεύονται να συζητήσουν για την ασθένειά τους με άλλα πρόσωπα ($R = -0,36$ $P = 0,0084$).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Σύμφωνα με όσα προηγήθηκαν στο ερευνητικό και θεωρητικό μέρος της μελέτης κρίνεται σκόπιμο να γίνουν κάποιες προτάσεις που η υλοποίησή τους θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα σχετικά με τον Κ.Μ. Επίσης οι συνέπειες μπορεί να επιφέρει σ' όλους τους τομείς της ζωής και της δράσης μιας ασθενούς.

1. Με δεδομένο το γεγονός ότι για τον Κ.Μ. δεν υπάρχει, προς το παρόν, πρόληψη, μόνο μια έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει στη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Η ενημέρωση και η "εκπαίδευση" για το θέμα σε νεαρή ηλικία να βοηθήσει τη γυναίκα να αναλάβει μεγαλύτερη ευθύνη για το σώμα της και τον εαυτό της. Έτσι με τη μηνιαία αυτοεξέταση και τον περιοδικό έλεγχο από το γιατρό επιτυγχάνεται η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση του Κ.Μ.
2. Να τεθεί σε εφαρμογή η ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, ότι κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανίχνευσης του καρκίνου.
3. Να ιδρυθούν στις πόλεις και στις επαρχίες περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.
4. Όσο νωρίτερα βοηθηθεί μια γυναίκα με Κ.Μ. για δεχτεί την αρρώστια και τον ακρωτηριασμό, τόσο καλύτερα μπορεί ν' αντιμετωπίσει το συναίσθημα και τις ανάγκες που την κατακλύζουν.
5. Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς τη συγκεκριμένη αρρώστια είναι ανάλογος με τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τις εκάστοτε δυσκολίες στη ζωή τους. Τα αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα συναισθήματα, γενικά, επιδεινώνονται λόγω της νόσου και δε

- δημιουργούνται μόνο απ' αυτήν. Οπότε η ψυχολογική υποστήριξη, προσέγγιση κι αποκατάσταση της ασθενούς θα πρέπει να στηρίζεται σ' αυτή τη θέση.
6. Να βοηθηθεί η πάσχουσα να αντιμετωπίσει τον καρκίνο γνωρίζοντας την απειλή που αποτελεί η αρρώστια γι' αυτήν.
 7. Να γίνεται προσπάθεια βοήθειας της ασθενούς ώστε να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος της μετά τη μαστεκτομή.
 8. Κρίνεται επίσης απαραίτητη η σύσταση ομάδας ειδικών, (Νοσηλευτικό, Ιατρικό προσωπικό, Κοινωνικοί λειτουργοί), με σκοπό την υποστήριξη της γυναίκας με Κ.Μ. ειδικότερα αυτής που έχει υποστεί μαστεκτομή, στα τμήματα των νοσοκομείων όπου νοσηλεύονται τέτοιοι ασθενείς.
 9. Για να ολοκληρωθεί η αποκατάσταση της ασθενούς με Κ.Μ. θα πρέπει να υπάρχει καθοδήγηση και υποστήριξη και μετά το τέλος της θεραπείας στο νοσοκομείο. Επομένως είναι σημαντικό να υπάρχουν Κέντρα Αποκατάστασης με ομάδες υποστήριξης μαστεκτομημένων γυναικών ή γενικότερα καρκινοπαθών και εκτός των "τειχών" των Αθηνών. Ο σκοπός των κέντρων αυτών θα είναι κατά κύριο λόγο η προσαρμογή του ατόμου στο κοινωνικό του περιβάλλον, η υποστήριξη των ψυχολογικών και πρακτικών προβλημάτων που είναι αποτέλεσμα της αρρώστιας και του ακρωτηριασμού.
 10. Προτείνεται επίσης η ενεργός συμμετοχή των ίδιων των ασθενών στο σχεδιασμό και την οργάνωση προγραμμάτων αποκατάστασης.
 11. Να βοηθάται η οικογένεια του ατόμου από τα ειδικά κέντρα αποκατάστασης ώστε να γίνει ενθαρρυντικός παράγοντας στην αντιμετώπιση της νόσου αλλά και τα ίδια τα μέλη να έχουν την ευκαιρία υποστήριξης στις δικές τους ανάγκες και προβλήματα.
 12. Ο κοινωνικός λειτουργός να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στο συγκεκριμένο πρόβλημα ώστε με δική του πρωτοβουλία να γίνουν

ομάδες υποστήριξης και αλληλοβοήθειας μεταξύ γυναικών που ήδη έχουν υποστεί μαστεκτομή κι έχουν δεχτεί τις συνέπειές της.

13. Την οργάνωση προγραμμάτων ενδο-υπηρεσιακής επιμόρφωσης γιατί η στάθμη υγείας εξαρτάται από το επίπεδο μόρφωσης του νοσηλευτικού προσωπικού.
14. Συμβουλευτική εποπτεία: ο ρόλος του συμβούλου δε λειτουργεί από θέση ιεραρχίας αλλά συνεργάζεται με το νοσηλευτή για την βαθύτερη κατανόηση μίας κατάστασης που αφορά είτε τον ίδιο τον νοσηλευτή είτε την ασθενή και συζητούνται εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.
15. Αποδοχή της ιδιαιτερότητας του ρόλου του νοσηλευτή από όλη την υγειονομική ομάδα και από το ιατρικό προσωπικό, και αντίστροφα, για την ύπαρξη εποικοδομητικής συνεργασίας, προς όφελος της ηθικής υποστήριξης των ασθενών.
16. Τέλος πραγματοποίηση του αντικειμενικού σκοπού της Διεθνούς Ογκολογικής Νοσηλευτικής Ομάδας να αυξηθεί η ικανότητα του αρρώστου να ζήσει με τον καρκίνο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας μας ήταν η αξιολόγηση των ψυχολογικών και σωματικών αντιδράσεων των ασθενών με καρκίνο μαστού.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας προέκυψαν από την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από γυναίκες με καρκίνο μαστού οι οποίες είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή. Οι ασθενείς μας νοσηλεύονταν στο Αντικαρκινικό Ίδρυμα Αθηνών “Άγιος Σάββας” και στο Πανεπιστημιακό Περιφερειακό Νοσοκομείο Πατρών.

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι της επαγωγικής στατιστικής (Chisquare, Fishers Exact Propability Test, ANOVA) καθώς και πολυπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης.

Μέσα από την έρευνά μας προέκυψε ότι η αλωπεκία ως αποτέλεσμα της Χημειοθεραπευτικής μεθόδου έχει λιγότερο έντονες ψυχολογικές επιπτώσεις (ντροπή, μειονεκτικότητα) στη γυναίκα εφόσον οι ασθενείς δεν δυσκολεύονται να συζητήσουν για την ασθένειά τους ($R=-0,36$ $P=0.037$). Επίσης η ικανοποίηση των ασθενών από την αντιμετώπιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά 91,7% σχετίζεται θετικά με την άνεση των ασθενών να συζητούν για τη νόσο ($R=0,25$ $P=0.037$). Η συμπαράσταση της οικογένειας επηρεάζει θετικά τη ψυχολογία της γυναίκας απέναντι στη μαστεκτομή ($R=-0,33$ $P=0.005$).

Τέλος οι γυναίκες οι οποίες δηλώνουν απαισιόδοξες για την εξέλιξη της νόσου εμφανίζουν και εντονότερα αρνητικά ψυχολογικά συμπτώματα συγκρινόμενες με αυτές που διακατέχονται από αισιοδοξία ($P=0.0079$).

Συμπερασματικά, η ηθική υποστήριξη της ασθενούς από το οικογενειακό, φιλικό περιβάλλον καθώς και από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εφοδιάζουν την ασθενή ψυχολογικά να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που προκύπτουν από τη νόσο και τη θεραπεία της.

SUMMARY

The aim of our study was to examine the psychological and corporal responses of women with breast cancer.

The results of our research arised by filling in questionaries by the women with breast cancer who underwent mastectomy. Our patients were hospitalized in the hospital of Athens "Saint Savvas" and in the U.C.H of Patras.

For the analysis, were used mcthods of statistical inference (Chisquare, Fishers, ANOVA), as well as multivariate methods.

Through our research it's obvious that the hair loss which is caused by the use of drag combinations, affects the woman's psychology less intense, in case they don't find it difficult to discuss about their sickness ($R=-0,36$ $P=0.037$). The patients satisfaction derived by the medical and nursing stuff behavior is related positively with the ease of women to discuss about their problems ($R=0,25$ $P=0.037$). The family's support has a positive effect to the woman's psychology towards the surgical method which is mastectomy ($R=-0,33$ $P=0.005$). The patients who are pessimistic about the progress of the decease, have intense negative psychological reactions compared with these who are optimistic ($P=0.079$).

In conclusion the moral support of the patient by the family, friends and the medical and nursing stuff provide the woman with strength to face the problems which arise by the cancer and it's therapy.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πινακίδης Μ., Μπούτης Α. “Καρκίνος Μαστού”, University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993.
2. Καρβελάς Φ. “Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού”, Ιατρική 57, Εκδόσεις Β, 1990, σελ. 25 - 29.
3. Μπάλας Π. “Χειρουργική”, Τόμος Β, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990.
4. Παπαχαλαράμπους Α. Α. “Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού”, Ιατρική 49, Εκδόσεις Β, 1986, σελ. 7 -12.
5. Τζωρακολευθεράκης Ε. “Χειρουργικές παθήσεις του μαστού”, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
6. Αγνάντη Ν., Μαχούρα Ε., Ιωαννίδου-Λουζάκα Ι., Ηλιόπουλος Δ., Παρίσης Π. “Αξιολόγηση της αγγειακής διήθησης στον καρκίνο μαστού”, Ιατρική μηνιαία Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τόμος 48, Τεύχος 3, Αθήνα Μάρτης 1993, σελ. 53 - 54.
7. Γολεμάτης Χ. Β. “Χειρουργική παθολογία”, Τόμος Β, Έκδοση 1^η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 685.

8. Σκαλκέας Γ. Δ. “Η εξέταση του χειρουργικού ασθενούς”, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 141 - 146.
9. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, “Ο καρκίνος του μαστού”, Επιμέλεια κειμένου Λισσαίος Β., σελ. 5 - 7.
10. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ. “Αρχές γενική χειρουργικής”, Τόμος Α, Έκδοση 1^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος Γ., Αθήνα 1989
11. Αραβαντινός Ι. Δ. “Παθολογία της γυναίκας”, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος Γ. Αθήνα 1985, σελ. 360 - 365.
12. Γκόγκας Ι., Αγγελάκης Φ., Μαρκόπουλος Χ. “Διαλέξεις και εισηγήσεις κατά τη διάρκεια του 3^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μαστολογίας, με διεθνή συμμετοχή”, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα Ιανουάριος 1991.
13. Holland J. “Συμπόσιο επί της ψυχιατρικής εις την εσωτερικήν παθολογίαν”, Τόμος 6, Τεύχος 4, Εκδόσεις Ζήκας Χ., Ιούλιος 1977.
14. Σκόνδρα Ε. Ε. “Η ψυχολογία της γυναίκας”, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994, σελ. 22 - 24.
15. Κόνιαρη Ε. “Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση”, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Β, Αθήνα 1991.

16. **Αναγνωστόπουλος Φ.** “Ψυχιατρικά προβλήματα στους καρκινοπαθείς”, Μάχη - Ελπίδα, Τεύχος 19, Ιούνιος 1987, σελ. 19 - 21.
17. **Διβόλη Α.** “Ψυχοσωματική αποκατάσταση”, Πρακτικά σεμιναρίου: “Καρκίνος του μαστού”, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Πόρτο - Χέλι Αργολίδας, 1985.
18. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**, “Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου”, Αθήνα 1991, σελ. 87 - 93.
19. **Λισσαίος Β., Salutory Β.** “European School of Oncology”, Αθήνα, 5 - 7 Απριλίου 1990.
20. **Γαλανοπούλου Κ., Γαλενιανού Λ., Γιδοπούλου Κ., Γρηγοροπούλου Ε.** “Συμπεράσματα από τα 3 χρόνια δουλειάς στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας”, Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, Αθήνα 1986.
21. **Κόνιαρη Ε.** “Νοσηλευτική Παρέμβαση στη φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο μαστού”, Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών - τριών Ελλάδος, Τομέας Ογκολογικής Νοσηλευτικής, Ημερίδα “Αλλαγή της σωματικής εικόνας μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκίνο”, Αθήνα 1992, σελ. 73 - 500.

22. **Γιδοπούλου-Στραβολαίμου Κ.** “Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση της Γυναίκας με Καρκίνο του Μαστού” Πρακτικά 2^ο Πανελληνίου Συνεδρίου μαστολογίας, Αθήνα 1997.
23. **Γαλανοπούλου Κ., Γαλενιανού Λ., Γρηγοροπούλου Ε.** “Ψυχοσυναισθηματικές πλευρές της μαστεκτομής” Μάχη - Ελπίδα, Τεύχος 19, Ιούνιος 1987.
24. **Schover L.** “Sexuality and cancer”, American Cancer Society, New York 1998.
25. **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία**, Περιοδικό “Ca Μαστού”, Τεύχος 10^ο, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα Ιανουάριος - Φεβρουάριος 1995, σελ. 11.
26. **Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτών - τριών Ελλάδος**, Περιοδικό “Νοσηλευτική”, Τόμος 33, Τεύχος 4, Τριμηνιαία Έκδοση, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1994.
27. **Ρηγάτος Α. Γ.** “Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία”, Ιατρικές Εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα 1995.
28. **Dr. Dominique G.:** “Η Αποκάλυψη του στήθους”, μετάφραση επιμέλεια Ιωαννίδου - Μουζάκα Λ., Εκδόσεις ΣΙΡΡΙΣ, Αθήνα 1992, σελ. 221 - 223.

- 29. Dollinger M., M.D., Rosenbauim E., M.D. και Cuble G.** “Ο Καρκίνος, Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή Αντιμετώπιση, Ένας οδηγός για Όλους”, μετάφραση, επιμέλεια Μαθίας Χ. Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα Δεκέμβρης 1992.
- 30. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία,** “Ο καρκίνος του μαστού” Εισηγήσεις Σεμιναρίου, Πόρτο - Χέλι Αργολίδας, 1 - 5 Απριλίου 1985, σελ. 255.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Συμπληρώστε τις ερωτήσεις βάζοντας ένα (X) στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Ηλικία.....
- Ύψος.....
- Βάρος.....

- Επάγγελμα.....

- **Γραμματικές γνώσεις:**

Αγράμματη

Λύκειο

Δημοτικό

Ανώτερη εκπαίδευση

Γυμνάσιο

Ανώτατη εκπαίδευση

- **Οικογενειακή κατάσταση:**

Έγγαμος

Άγαμη

Διαζευγμένη

Χήρα

- **Ηλικία συζύγου:.....**

- **Τόπος μόνιμης κατοικίας:**

Αγροτική περιοχή (χωριό)

Ημιαστική περιοχή (κωμόπολη)

Αστική περιοχή (πόλη)

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- **Ηλικία έναρξης περιόδου:**

Ηλικία

Δεν είχα ποτέ περίοδο

- **Ηλικία εμμηνόπαυσης:**

Ηλικία.....

Δεν έχω ακόμη
εμμηνόπαυση

- **Διάρκεια περιόδου(ημέρες):**

- **Συχνότητα κύκλου:**

Λιγότερο από 23 ημέρες

Κάθε 28-32 ημέρες

Κάθε 23-28 ημέρες

Περισσότερο από 32 ημέρες

Κάθε 28 ημέρες

- **Είχατε ποτέ πρόβλημα με τους μαστούς σας;**

Ναι

Όχι

- **Πριν τη διάγνωση της ασθένειά σας είχατε παρατηρήσει:**

Κόπωση

Ανορεξία

Πόνο

Αδυναμία

Πυρετό

Άλλη αλλαγή.....

- **Εάν ανακαλύψατε κάτι από τα παραπάνω, τι αισθανθήκατε;**

Φόβος

Αδιαφορία

Ψυχραιμία,

αυτοέλεγχο

Άγχος

Κατάθλιψη

Άλλη απάντηση.....

- Σε πόσο χρονικό διάστημα επισκεφτήκατε το γιατρό σας, για πρώτη φορά, μετά τη διαπίστωση των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν;

Λιγότερο από ένα μήνα	<input type="checkbox"/>	8-9 μήνες	<input type="checkbox"/>
2-3 μήνες	<input type="checkbox"/>	10-11 μήνες	<input type="checkbox"/>
4-5 μήνες	<input type="checkbox"/>	Πάνω από ένα χρόνο	<input type="checkbox"/>
6-7 μήνες	<input type="checkbox"/>	Δεν θυμάμαι	<input type="checkbox"/>

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έπασχε κανείς συγγενής σας από καρκίνο του μαστού;

Ναι	<input type="checkbox"/>	Όχι	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

- Αν ναι, ποιος;

Μητέρα	<input type="checkbox"/>	Θεία	<input type="checkbox"/>
Αδερφή	<input type="checkbox"/>	Δεν ξέρω	<input type="checkbox"/>
Γιαγιά	<input type="checkbox"/>	Άλλος.....	

- Αν ναι, σε ποια ηλικία παρουσιάστηκε ο καρκίνος;

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	<input type="checkbox"/>
Δεν γνωρίζω	<input type="checkbox"/>		

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έχετε γεννήσει ποτέ;

Ναι Όχι

- Είχατε ποτέ αποβολές;

Ναι Όχι

Πόσες

- Σε ποια ηλικία αποκτήσατε το πρώτο σας παιδί;.....
- Σε ποια ηλικία αποκτήσατε το τελευταίο σας παιδί;.....
- Θηλάσατε το μωρό σας;

Ναι Όχι

- Πόσο καιρό θηλάσατε το μωρό σας;

1 εβδομάδα 3-4 μήνες

Μέχρι ένα μήνα 3-6 μήνες

1-2 μήνες Πάνω από 6 μήνες

- Η διακοπή του θηλασμού έγινε κατόπιν λήψης φαρμάκου;

Ναι Όχι

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Περιέχονται στη διατροφή σας μεγάλες ποσότητες;

Ζωικού λίπους Οινοπνευματώδη

Φυτικού λίπους Τίποτε από αυτά

• **Καπνίζετε;**

Ναι

Όχι

(αριθμός τσιγάρων)

Το έχω σταματήσει

• **Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια;**

Ναι

Όχι

Κάποτε ναι,

τώρα όχι

• **Αν ναι, σε ποια ηλικία ξεκινήσατε τη λήψη τους;**

• **Για πόσο χρονικό διάστημα τα χρησιμοποίησατε;.....**

• **Η λήψη ήταν:**

Συνεχής

Διακεκομμένη

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

• **Εξακολουθείτε να έχετε κάποια από τα συμπτώματα που σας οδήγησαν να επισκεφτείτε το γιατρό; (ανορεξία, πυρετό, κ.τ.λ.)**

Ναι

Όχι

• **Έγιναν αιτία αυτά τα συμπτώματα να περιορίσουν ή ν' αποκλείσουν τις δραστηριότητες σας;**

Ναι

Όχι

• **Αν ναι, σε ποιους τομείς;**

Επάγγελμα

Οικογενειακό

περιβάλλον

Συζυγικές σχέσεις

Κοινωνικό

περιβάλλον

• Ποιο ήταν το πρώτο πρόσωπο που αναφέρατε το πρόβλημά σας;

Σύζυγος Παιδιά Φίλος-η

Μητέρα Αδερφός-η Κάποιος άλλος.....

• Συζητάτε ελεύθερα για την ασθένειά σας με άλλα πρόσωπα;

Ναι Σπάνια

Όχι Μερικές φορές

• Τι συναισθήματα σας προκαλεί μια τέτοια συζήτηση;

Ανακούφιση Μειονεκτικότητα

Νευρικότητα Ηρεμία, αισιοδοξία

Άλλη απάντηση.....

• Είναι επιθυμητή για σας η επίσκεψη συγγενών ή φίλων;

Ναι, μ' ευχαριστεί Όχι, με φορτίζει συναισθηματικά

Όχι, με κουράζει Άλλη απάντηση.....

• Ποια τα συναισθήματά σας κατά τη διάρκεια των εξετάσεων έως ότου διαγνωσθεί η ασθένειά σας;

Άγχος Αισιοδοξία Αδιαφορία

Φόβος Ένταση, νευρικότητα Άλλη απάντηση.....

• Είχατε την συμπαράσταση της οικογένειά σας σ' αυτό το διάστημα;

Πολύ Αρκετά Καθόλου

• Είστε ικανοποιημένη από τη συμπαράσταση του συζύγου σας;

Πολύ Αρκετά Καθόλου

- Είχατε την συμπαράσταση της οικογένεια σας κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στο νοσοκομείο;

Πολύ Αρκετά Καθόλου

- Αισθάνεστε ικανοποιημένη από την αντιμετώπιση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού;

Ναι Όχι

- Αν όχι, πως θα θέλατε να είναι;

Περισσότερο ανθρώπινη Ειλικρινής

Άλλη απάντηση.....

- Πως αντιλαμβάνεστε τη μαστεκτομή ως μέθοδο θεραπείας;

Ακρωτηριασμός Απειλή της
σωματικής διάπλασης θηλυκότητας

- Τι συναισθήματα σας προκαλεί η μαστεκτομή ως μέθοδος θεραπείας;

Άγχος, αγωνία Αισιοδοξία,
ανακούφιση

Φόβο, λύπη Άλλη απάντηση.....

- Μετά την έναρξη της ασθένειας διαπιστώσατε ότι είστε περισσότερο επιρρεπής σε διάφορες λοιμώξεις(αναπνευστικό, πεπτικό, ουροποιητικό);

Ναι Όχι

- Η αλωπεκία(τριχόπτωση) σας προκαλεί:

Φόβο, άγχος Εκνευρισμό

Στεναχώρια Ντροπή,
μειονεκτικότητα

• Πως θα το αντιμετωπίζατε;

Δε θα έκανα τίποτα

Θα χρησιμοποιούσα
περούκα

Άλλη απάντηση.....

• Έχετε ενημερωθεί για τη λειτουργία ομάδας υποστήριξης εντός του νοσοκομείου;

Ναι

Όχι

• Αν ναι, συμμετέχετε σε μια απ' αυτές τις ομάδες;

Ναι

Όχι

• Πιστεύετε ότι βοηθάει η συμμετοχή σας σε αυτές;

Ναι

Όχι

• Ανήκετε σε κάποιο σύλλογο γυναικών που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή;

Ναι

Όχι

• Σας ενισχύει ψυχολογικά η συμμετοχή σας σ' αυτόν;

Ναι

Όχι

• Σας βοηθάει η πίστη σας στο Θεό ν' αντιμετωπίζετε την ασθένειά σας;

Όχι

Αρκετά

Πολύ

• Φοβάστε για μια πιθανή μελλοντική επανεμφάνιση της νόσου;

Ναι

Όχι

• Είστε αισιόδοξη για την εξέλιξη της νόσου;

Ναι

Όχι



Σας ευχαριστούμε πολύ.