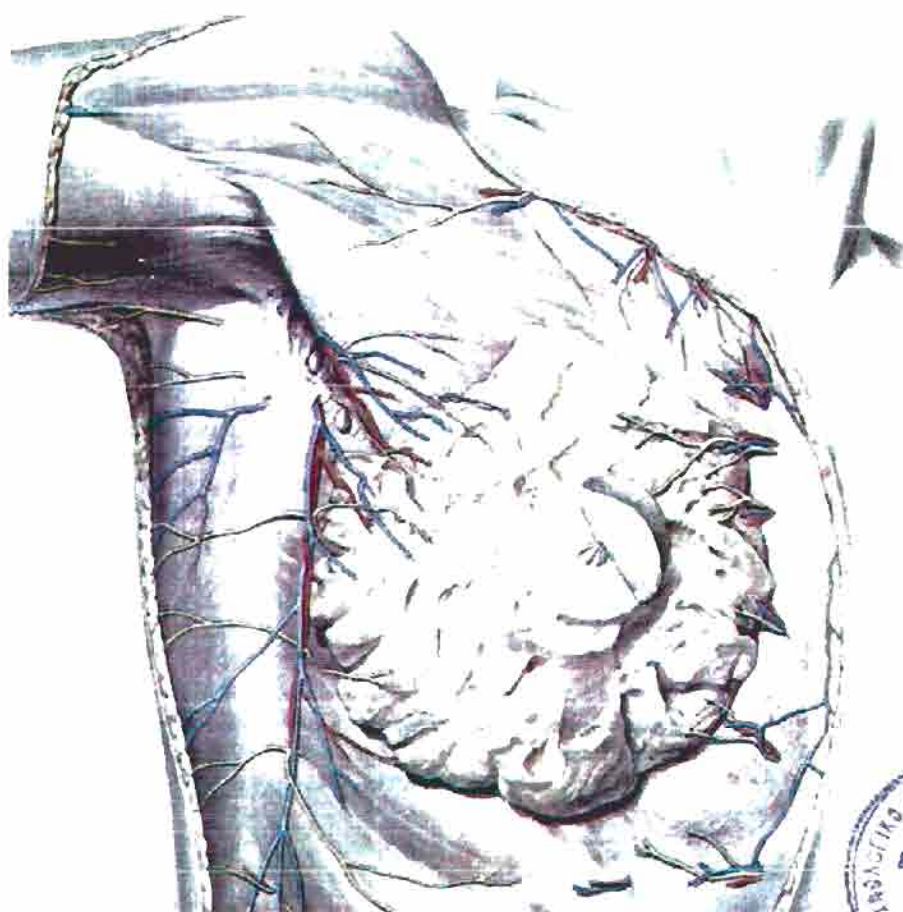


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

*"Η συμβολή της Νοσηλευτικής στη διαγνωστική
ανίχνευση του καρκίνου του μαστού"*



*Σπουδάστρια:
Δουφέκα Κωνσταντίνα*

*Εισηγήτρια:
Φιδάνη Αικατερίνη*

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΣΥΛΛΟΓΗΣ

3253

*Η παρούσα εργασία
αφιερώνεται στους γονείς μου*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
1.1. Μαστικός αδένας	7
1.1.1. Θέση και έκταση	7
1.1.2. Μορφολογία	7
1.1.3. Υφή	9
1.1.4. Αγγείωση	14
1.1.5. Νεύρωση	18
1.2. Φυσιολογία	18
1.2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού	18
1.2.2. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
2.1. Επιδημιολογικά στοιχεία	28
2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες	32
2.2.1. Φύλο	32
2.2.2. Ηλικία	32
2.2.3. Γεωγραφική κατανομή	33
2.2.4. Οικογενειακό ιστορικό	33
2.2.5. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης	35
2.2.6. Ηλικία πρώτου τοκετού	35
2.2.7. Ατεκνία	36
2.2.8. Φύλο του πρώτου εμβρύου	36
2.2.9. Αριθμός τοκετών	36
2.2.10. Θηλασμός	36
2.2.11. Διακοπή κύησης	37
2.2.12. Ενδογενείς ορμονικοί παράγοντες	37
2.2.13. Εξωγενείς ορμόνες	38
2.2.14. Αντισυλληπτικά από του στόματος (per os)	41
2.2.15. Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου μαστού	41
2.2.16. Καλοήθειες παθήσεις του μαστού	43

2.2.17.	Διατροφή	44
2.2.18.	Αλκοόλη	45
2.2.19.	Κάπνισμα	46
2.2.20.	Ομάδες αίματος	46
2.2.21.	Ακτινοβολία	46
2.2.22.	Γενετικοί παράγοντες	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ, ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1.	Σταδιοποίηση των όγκων - Το σύστημα TNM	51
3.1.1.	Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού	54
3.1.2.	Επεξήγηση των συμβόλων	55
3.2.	Ιστολογική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	56
3.3.	Ειδικές μορφές καρκίνου του μαστού	59
3.4.	Άλλοι κακοήθεις όγκοι του μαστού	62
3.5.	Ειδικά προβλήματα στον καρκίνο μαστού	66
3.6.	Καλοήθεις παθήσεις του μαστού	68
3.6.1.	Συγγενείς ανωμαλίες	68
3.6.2.	Γυναικομαστία	69
3.6.3.	Φλεγμονώδης παθήσεις	69
3.6.4.	Καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι	72
3.6.5.	Καλοήθεις συνδετικογενείς όγκοι	74
3.6.6.	Κυστική νόσος και επιθηλιακή υπερπλασία	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1.	Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού	77
4.2.	Διαγνωστική διαδικασία	77
4.2.1.	Κλινική εξέταση	78
4.2.2.	Εργαστηριακή διάγνωση	83
4.2.3.	Εγχειρητική διάγνωση	93
4.3.	Πρόγνωση	96

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΛΗΨΗ

5.1.	Μέθοδοι πρόληψης του καρκίνου του μαστού	98
5.2.	Πρωτογενής πρόληψη	98
5.3.	Δευτερογενής πρόληψη	100
5.3.1.	Αυτοεξέταση των μαστών	100

5.3.2.	Κλινική εξέταση	101
5.3.3.	Μαστογραφία	101
5.3.4.	Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του πρόληπτικού μαστογραφικού ελέγχου	102
5.3.5.	Οργάνωση των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου	103
5.4.	Παράγοντες που συμβάλλουν στην καθυστερημένη προσέλευση των γυναικών για εξέταση	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

6.1.	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση	113
6.2.	Δραστηριότητες του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη	113
6.3.	Δραστηριότητες του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη	114
6.3.1.	Λήψη ιστορικού	115
6.3.2.	Κλινική εξέταση	117
6.3.3.	Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού	117
6.3.4.	Συμβοή στη διαδικασία πληθυσμιακού ελέγχου των γυναικών (screening)	119
6.3.5.	Ψυχολογική αντιμετώπιση ασθενών με κακοήθη νοσήματα	122

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

7.1.	Νοσηλευτική διεργασία - Ορισμός	125
	Περιστατικό Α	126
	Περιστατικό Β	130

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ **134**

ΕΠΙΛΟΓΟΣ **136**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **137**

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο νέος αιώνας που πρόσφατα εγκαινιάστηκε, βρήκε τον άνθρωπο να έχει προοδεύσει ραγδαία, υπερπηδώντας και υπερνικώντας πολλά από τα προβλήματα που δυσχέραιναν στο παρελθόν τη ζωή του. Δυστυχώς όμως, σε κάποιους τομείς, η ουσιαστική πρόοδος υπήρξε ελάχιστη. Στην είσοδο του νέου αιώνα, ο άνθρωπος εξακολουθεί να τρομάζει όταν ακούει τη λέξη "καρκίνος". Και πώς άλλωστε να μην τρομάζει κανείς μπροστά σ' αυτή τη φοβερή ασθένεια, που εδώ και τόσα χρόνια οι επιστήμονες προσπαθούν να δαμάσουν και δεν έχουν καταφέρει να κάνουν παρά μόνο ελάχιστα ουσιαστικά βήματα.

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια από τις συνηθέστερες μορφές καρκίνου, που εξακολουθεί να μαστίζει ακόμα και σήμερα το γυναικείο πληθυσμό. Αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου των γυναικών, αφού χιλιάδες γυναίκες προσβάλλονται κάθε χρόνο από τη νόσο, με αποτέλεσμα πολλές απ' αυτές είτε να χάνουν μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα τη μάχη με το θάνατο, είτε να ζούν έχοντας υποστεί ακρωτηριασμό του μαστού τους ή φοβούμενες τον κίνδυνο μιας πιθανής υποτροπής.

Βέβαια, πρέπει να τονίσουμε, ότι σήμερα ο καρκίνος του μαστού θεωρείται μία από τις λίγες μορφές καρκίνου που μπορούν να θεραπευθούν ικανοποιητικά, αν ανιχνευθούν σε αρχικό στάδιο. Οι μέθοδοι θεραπείας που ακολουθούνται σήμερα είναι η χειρουργική μέθοδος, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία, οι οποίες εφαρμόζονται συνήθως σε συνδυασμό. Παρ' όλες όμως τις θεραπευτικές μεθόδους, το κλειδί στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού αποτελεί πάντα η έγκαιρη διάγνωση. Τα διαγνωστικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα είναι ικανά να ανιχνεύουν όγκους πολύ αρχικού σταδίου με καλή πρόγνωση. Αυτό που χρειάζεται όμως περισσότερο, είναι να εξασφαλιστεί η ενεργή συμμετοχή των ίδιων των γυναικών στη διαδικασία της έγκαιρης διάγνωσης, αφού εκείνες είναι συνήθως που αντιλαμβάνονται πρώτες κάποιο ύποπτο σημείο στο μαστό τους.

Εδώ ακριβώς η νοσηλευτική μπορεί να διαδραματίσει σημαντικότερο ρόλο, βοηθώντας τις γυναίκες να αντιληφθούν αυτό το "ύποπτο" σημείο όσο το δυνατόν γρηγορότερα και να οδηγηθούν σε μια έγκαιρη, πραγματικά, διάγνωση, που θα σώσει τη ζωή τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από καταβολής σχεδόν του ανθρωπίνου γένους, ο μαστός υπήρξε για τη γυναίκα σύμβολο θηλυκότητας και μητρότητας. Είναι λοιπόν, φυσικό, να συνδέεται ισχυρότατα συναισθηματικώς η γυναίκα με τους μαστούς της. Ο φόβος απώλειάς τους αποτελεί και την κυριότερη αιτία για την οποία οι γυναίκες αποφεύγουν να συμβουλευθούν το γιατρό τους, όταν διαπιστώνουν ότι κάτι υπάρχει στο στήθος τους. Η καθυστέρηση αυτή συχνά έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια, όχι μόνο του μαστού, αλλά και της ζωής ακόμη της άρρωστης. Η σωστή πληροφόρηση των γυναικών σχετικώς με τις παθήσεις των μαστών, είναι ένα από τα κύρια όπλα στη μάχη του καρκίνου.

Η παρούσα εργασία, επιχειρεί να παρουσιάσει τους τρόπους με τους οποίους γίνεται σήμερα η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και να τονίσει την αξία της πρόληψης και της έγκαιρης ανευρέσεως κακοήθους νεοπλασίας στο μαστό. Ο φόβος και η προκατάληψη των γυναικών απέναντι στην προληπτική εξέταση, είναι απαραίτητο σήμερα να εξαλειφθεί. Η σύγχρονη γυναίκα οφείλει να παρατηρεί και να εξετάζει μόνη της τους μαστούς της, καθώς επίσης και να μην διστάζει να επισκεφθεί το γιατρό σε περίπτωση, ακόμα και της παραμικρής υποψίας ύπαρξης ογκιδίου.

Η νοσηλευτική είναι η επιστήμη που παίζει βασικό ρόλο και συμβάλλει στην πρόληψη της νόσου και στην προαγωγή της υγείας των γυναικών. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που ενημερώνει, διδάσκει, προτρέπει, και κυρίως στηρίζει ψυχολογικά τη γυναίκα σε κάθε στάδιο του προληπτικού διαγνωστικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Η γυναίκα που ανακαλύπτει κάποιον ύποπτο όγκο στο στήθος της και μπαίνει σε μια διαγνωστική διαδικασία, χρήζει ιδιαίτερης βοήθειας και υποστήριξης, καθώς νιώθει να απειλείται όχι μόνο η γυναικεία της υπόσταση, αλλά και η ίδια η ζωή της. Ο νοσηλευτής είναι δίπλα της, σε κάθε της βήμα, για να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει την όποια κατάσταση προκύψει, θετική ή αρνητική, προσαρμόζοντας τις γνώσεις του, τις ικανότητές του και τη δεξιότητά του σε κάθε περίπτωση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ανατομία και φυσιολογία του μαστού

1.1. Μαστικός αδένας (μαστός)

Ο μαστικός αδένας (ή απλώς μαστός) ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες: ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. Το έκκριμα αποβάλλεται στο δέρμα. Ο ανθρώπινος μαστός αποτελείται από 12-15 ξεχωριστούς αδένες, που εκβάλλουν με ανεξάρτητους εκφορητικούς πόρους (γαλακτοφόροι πόροι) στη θηλή του μαστού. Η εξωτερική μορφή του μαστού καθορίζεται λιγότερο από τον αδενικό και περισσότερο από το λιπώδη ιστό. Στη μη έγκυο γυναίκα το αδενικό μέρος του μαστού είναι μικρό¹.

1.1.1. Θέση και έκταση

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2η - 3η και 6η - 7η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχалиαία γραμμή.

Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στοιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ.

Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προεκβολές από τις οποίες περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή, που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι' αυτό λέγεται και μασχалиαία ουρά ή ουρά του Spence².

1.1.2. Μορφολογία

Οι μαστοί αναπτύσσονται στην ήβη και ανήκουν στους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες. Αποτελούνται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους το μεσομάστιο κόλπο.

Ο μαστός της άτοκης έχει σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, η απίσχναση κ.λπ. Τότε, το επάνω μέρος τους επιπεδώνεται, ενώ το κάτω, από το βάρος τους, κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή που λέγεται υπομάστια πτυχή και που, καλλιτεχνικά, θεωρείται σημείο μαστού, που παρήκμασε.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή τους, γιατί το λίπος στις γυναίκες έχει την τάση να συγκεντρώνεται σ' αυτούς.

Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας. Ενώ, δηλαδή, στην άνηβη είναι μικρό, όταν εμφανισθεί εμμηνορρυσία, μεγαλώνει, για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε, και μάλιστα, που θήλασε, μαλακή.

Είναι σημαντικό να τονισθεί, πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Γι' αυτό ο γιατρός, που υποψιάζεται νεοπλασματική εξεργασία στο μαστό, δεν πρέπει να συγχέει τις διαφορές του μεγέθους, που είναι αποτέλεσμα ανάπτυξης των μαστών, με εκείνες, που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών, καμιά φορά, είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στη σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφηση, για την ανακάλυψη όγκου σ' αυτούς².

1.1.3. Υφή

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

Πρόσθια επιφάνεια. Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δύο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινες και αμαυρότερες σ' όλες, κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης.

Οπίσθια επιφάνεια. Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους, όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5ης - 6ης πλευράς.

Περιφέρεια. Αυτή είναι λεπτή και συνέχεια με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένια.

Δέρμα. Αυτό διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή, τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

Θηλή. Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4ης περίπου πλευράς, και αλλάζει στην ένηβη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυικών ινών, που είναι άφθονες στην περιοχή της.

Μερικές φορές, συμβαίνει, η θηλή να είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει το θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή, τότε, λέγεται εισέχουσα.

Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Επίσης, είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σ' αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανακλαστική συστολή των λείων μυικών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου, που την περιβάλλει.

Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα.

Θηλαία άλως. Αυτή αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα.

Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στη θηλή και στην άλω και λέγονται αλωαίοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί είναι περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8η εβδομάδα. Η θηλαία άλως επεκτείνεται περιφερειακά, γι' αυτό και μεγαλώνει, και τα φυμάτια του Montgomery υπερτρέφονται. Σε πλάγια επισκόπηση του μαστού, η άλως μοιάζει να προβάλλει σαν τζάμι ρολογιού.

Περιμαστικό λίπος. Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ' αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σ' αυτό την πρόσθια και οπίσθια στιβάδα του.

Πρόσθια στιβάδα. Αυτή είναι παχιά, ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια. Η στιβάδα αυτή στην εγκυμοσύνη εξαφανίζεται, γιατί ολόκληρος ο λιπώδης ιστός μετατρέπεται σε αδενικούς σχηματισμούς.

Η οπίσθια επιφάνεια της πρόσθιας στιβάδας βρίσκεται σ' επαφή με την ανώμαλη επιφάνεια του μαστικού αδένα.

Την πρόσθια στιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper ή ανεγκτήρες σύνδεσμοι του μαστού. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το στο βάθος πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένα, χωρίζοντας τους λοβούς του, και καταλήγουν στο χόριο του δέρματος του μαστού.

Κάθε καρκινική διήθηση αυτών των συνδέσμων προκαλεί απώλεια της ελαστικότητάς τους και βράχυνσή τους, που έχει σαν αποτέλεσμα την εισολκή του δέρματος, χρήσιμο κλινικό σημάδι, για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Το περιμαστικό λίπος απουσιάζει στην περιοχή, που αντιστοιχεί στη θηλή και στη θηλαία άλω.

Οπίσθια στιβάδα. Αυτή είναι λεπτή, περίπου 1 εκ., βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού. Η περιτονία αυτή συνδέεται με την απονεύρωση του μείζονα θωρακικού μυ, πάνω στον οποίο ο μαστός ολισθαίνει με τη βοήθεια της κυτταρολιπώδους οπίσθιας στιβάδας.

Μαστικός αδένας. Αυτός έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σ' αυτόν δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια, και περιφέρεια.

Πρόσθια επιφάνεια. Αυτή στο μαστό της ώριμης γυναίκας είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, εμφανίζει εντυπώματα, βοθρία και ακρολοφίες. Η

ινώδης κάψα, που περιβάλλει το μαστό αντίστοιχα προς τις ακρολοφίες, ενώνεται με το δέρμα μέσω των συνδέσμων του Cooper και διαιρεί το μαστό σε 15-20 λοβούς.

Οπίσθια επιφάνεια. Αυτή είναι επίπεδη, υπόκοιλη και ενώνεται με την επιφανειακή θωρακική περιτονία.

Περιφέρεια. Αυτή δε, είναι κυκλωτερής, αλλά έχει τις προσεκβολές, που αναφέραμε, στην έκταση του μαστού.

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Λοβοί. Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή.

Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι, που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες.

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς σε λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται από 10-100 λοβία.

Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψελών, που εκβάλλουν σε κοινό πόρο.

Κάθε λοβός αποτελείται:

- 1) Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με δικό του τρήμα στη θηλή.
- 2) Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
- 3) Από αδενοκυψέλες.

Τα παραπάνω στοιχεία περιβάλλονται από συνδετικό ιστό.

Εκφορητικοί πόροι. Αυτοί διελαύνουν τη θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. Όπως αναφέρθηκε, ανέρχονται σε 15-20.

Γαλακτοφόροι κόλποι. Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρίσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο αναπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους.

Γαλακτοφόροι πόροι. Αυτοί είναι τόσος, όσος είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπισή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή. Από την τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων διαπλάθονται οι αδενοκυψέλες, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων. Η σε βάθος ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων εξαρτάται από την παρουσία του λιπώδη ιστού.

Στον ώριμο μαστό, οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν διάμετρο 2-4 χιλ. και αποτελούνται, εσωτερικά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που οι πυρήνες του κατανέμονται σε διάφορα επίπεδα έτσι, ώστε να δίνουν την εντύπωση πολύστιβου κυλινδρικού επιθηλίου.

Έξω από το επιθήλιο υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, που στηρίζονται πάνω στη βασική μεμβράνη. Τα κύτταρα αυτά δεν αποτελούν συνεχόμενη στιβάδα.

Έξω από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και από τη βασική μεμβράνη υπάρχει υποεπιθηλιακός ιστός, που είναι πλούσιος σε κολλαγόνα ινίδια και λεμφαγγεία.

Έξω από τον υποεπιθηλιακό ιστό υπάρχει ο ελαστικός χιτώνας, που διακόπτεται εκεί που αρχίζουν οι αδενοκυψέλες, αν και πιστεύεται, πως ο χιτώνας αυτός περιβάλλει και τις αδενοκυψέλες.

Τα επιθηλιακά και τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, όπως και οι ελαστικές ίνες και τα λεμφαγγεία, στην κύηση και στη γαλουχία, κατανέμονται έτσι,

ώστε να επιτρέπουν την εύκολη διάταξη των πόρων, για την εναποθήκευση του γάλακτος. Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και ο ελαστικός χιτώνας συμβάλλουν στην έκθλιψη του γάλακτος κατά το θηλασμό.

Αδενοκυψέλες. Αυτές αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένου και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Στην εσωτερική τους επιφάνεια καλύπτονταν από μονόστιβο κυβικό επιθήλιο, που στηρίζεται πάνω στο δίκτυο των μονοεπιθηλιακών κυττάρων.

Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λόβια και πολλά λόβια μαζί το λοβό του αδένου.

Στην κύηση και στη γαλουχία οι αδενοκυψέλες διατείνονται τόσο, ώστε το στρώμα της βασικής μεμβράνης και των μυοεπιθηλιακών κυττάρων να λεπτύνεται, ωστόσο εξαφανισθεί. Επίσης, αναπτύσσονται νέες κυψελίδες και τριχοειδείς γαλακτοφόροι πόροι, που διατείνονται και εμφανίζουν εκκριτική λειτουργία.

Οι τελικές διακλαδώσεις των γαλακτοφόρων πόρων, μαζί με τις αδενοκυψέλες, αποτελούν τη μικρότερη λειτουργική μονάδα του μαστικού αδένου².

1.1.4. Αγγείωση

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

Αρτηρίες. Αυτές προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Έσω μαστική αρτηρία. Αυτή εκφύεται από το κάτω τοίχωμα της υποκλείδιας αρτηρίας. Το μαστό αγγειώνουν οι διατιτρώντες κλάδοι της, που αποτελούν τη σημαντικότερη οδό αιμάτωσης του μαστού.

Πλάγια θωρακική αρτηρία. Αυτή εκφύεται από τη μασχαλιαία αρτηρία, πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, ή από την ακρωμιοθωρακική

ή την υποπλάτιο αρτηρία, περνάει το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και φτάνει ως τον οδοντωτό μυ και το δέρμα του μαστού. Η αρτηρία αυτή λέγεται και έξω μαστική αρτηρία και, κάποτε, μπορεί ν' απουσιάζει.

Ακρωμοθωρακική αρτηρία. Αυτή αμφισβητείται αν δίνει κλάδους στο μαστό, γιατί, φαίνεται, πως αυτοί φτάνουν μόνο ως το μείζονα θωρακικό μυ.

Υποπλάτιος αρτηρία. Αυτή αποτελεί το μεγαλύτερο κλάδο της μασχαλιαίας αρτηρίας, πορεύεται στο πλάγιο θωρακικό τοίχωμα, ονομάζεται θωρακορραχιαία αρτηρία και δίνει κλάδους στον πλατύ ραχιαίο και στον οδοντωτό μυ, χωρίς να συμβάλλει σημαντικά στην αγγείωση του μαστού.

Φλέβες. Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη.

Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλευρίων φλεβών.

Έσω μαστικές φλέβες. Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους. Και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες. Επειδή, οι έσω μαστικές οδηγούν προς το πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες.

Μασχαλιαίες φλέβες. Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους, γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματισθεί η

μασχαλιαία είναι δυνατό να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγύλου μυ ως την κλείδα. Έτσι, αν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά, τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν πρέπει μία από αυτές να την πάρουμε σαν ένα μεγάλο κλάδο της μασχαλιαίας φλέβας, που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα.

Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν τη δεύτερη οδό για μετάσταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

Μεσοπλευρίες φλέβες. Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό, με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς.

Οι μεσοπλευρίες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν τρίτη οδό για μετάσταση σ' αυτούς.

Σπονδυλικές φλέβες. Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες.

Αυτό συμβαίνει, γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του.

Λεμφαγγεία. Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

Λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη. Αυτή γίνεται με δύο στελέχη: το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματός του. Επίσης στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς: τη θωρακική και την οπισθοθωρακική.

Θωρακική οδός. Αυτή αρχίζει από ομάδα λεμφαγγείων, που βρίσκεται κάτω από το μαστό και μέσα στο χαλαρό ιστό, που είναι ανάμεσα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένου και την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε το μείζονα θωρακικό μυ και φτάνουν στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. Οι λεμφαδένες που βρίσκονται ανάμεσα στο μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ, λέγονται λεμφαδένες του Rotter.

Οπισθοθωρακική οδός. Αυτή, που δεν υπάρχει πάντοτε, απάγει τη λέμφο από το ανώτερο και το εσωτερικό τμήμα του μαστού και με λεμφαγγεία, που περνάνε ανάμεσα στο μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ, τη φέρει στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης.

Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι' αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Αυτοί, ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες:

Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους, που είναι 4-5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχάλια φλέβα, κάτω από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού.

Έσω μαστικούς ή θωρακικούς, που είναι 5-6 και βρίσκονται σε δύο σωρούς, τον ένα στο ύψος του 2ου-3ου και τον άλλο του 4ου-5ου μεσοπλεύριου διαστήματος.

Οπίσθιους ή υποπλάτιους, που είναι 6-7 και βρίσκονται στο μασχάλιαίο χείλος της ωμοπλάτης μαζί με τα αγγεία.

Κεντρικούς, που είναι 3-4 και βρίσκονται μέσα στο λίπος της κοιλότητας της μασχάλης. Ένας ή δύο από αυτούς μπορεί να βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης και εύκολα να ψηλαφώνται. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί, που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις. Στις εγχειρήσεις του μαστού εύκολα τις εξαιρεί ο χειρουργός όλους μαζί, χωρίς να τους παρασκευάσει ξεχωριστά.

Κορυφαίους ή υποκλείδιους, που είναι 6-12 και βρίσκονται, οι περισσότεροι, κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στο υποκλείδιο τρίγωνο, κάτω από την κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχάλιαίας φλέβας.

Οι παραπάνω ομάδες των λεμφαδένων της μασχάλης δέχονται αγγεία από την περιοχή τους και μεταξύ τους, φέρουν δε τη λέμφο στους υπερκλειδίους λεμφαδένες ή στη φλεβώδη γωνία. Όταν γίνονται μεταστάσεις, αυτές αρχίζουν από τους κατώτερους και έρχονται προς τους ανώτερους λεμφαδένες της μασχάλης και από εκεί στους υπερκλειδίους.

Υπερκλειδίοι λεμφαδένες. Αυτοί βρίσκονται πάνω από την κλείδα και μέσα στο χαλαρό ιστό και το λίπος, που υπάρχουν κάτω από το μυώδες πλάσμα.

Η ομάδα των υπερκλειδίων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο, που έχει προς τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα έξω τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλειδία φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς².

1.1.5. Νεύρωση

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα².

1.2. Φυσιολογία

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε, πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς².

1.2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένου δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

Υποθάλαμος. Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor). Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό.

Εκτός από την GnRH, που έχει σχέση με την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και αυτές με την έκκριση των ωθηκικών ορμονών, που συνδέονται στενά με το μαστό, δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

Υπόφυση. Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH), διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωθήκης και του ωχρού σωματίου. Απόδειξη αυτού είναι το γεγονός, πως, μετά από υποφυσεκτομία, προκαλείται υποπλασία των ωθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών.

Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Προλακτίνη. Ο μαστός, που αποτελεί όργανο στόχο της προλακτίνης, δεν ασκεί όπως οι γονάδες, παλίνδρομη αλληλορύθμιση στην υπόφυση. Φαίνεται, όμως, πως η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει, δηλαδή, ένα είδος βραχείας παλίνδρομης αλληλορύθμισης.

Η αύξηση της προλακτίνης εμποδίζει την έκκριση των εκλυτικών παραγόντων των γοναδοτρόπων ορμονών στον υποθάλαμο. Αυτό, προκαλεί ανωμαλία στην κατά ώσεις έκκριση της GnRH στις υποφυσικές γοναδοτρόπες ορμόνες, με αποτέλεσμα την αμηνόρροια ή διαταραχές του ωθηκικού κύκλου.

Η προλακτίνη μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα κορτικοειδή, την ινσουλίνη και την ωκυτοκίνη, προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό· γι' αυτό τα επίπεδά της στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ψηλά. Δεν είναι, όμως, δυνατό να προκαλέσουν την έκκριση γάλακτος, γιατί είναι επίσης αυξημένα τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών μετά τον τοκετό. Όταν αυτά πέσουν ελευθερώνεται η δράση της προλακτίνης.

Αλλά και χωρίς εγκυμοσύνη εκκρίνεται προλακτίνη σε μικρή ποσότητα, που γίνεται μεγαλύτερη γύρω στη 2η - 4η πρωινή ώρα. Η αιχμή αυτή φαίνεται, πως έχει σχέση με τη φάση του ύπνου.

Η υπερβολική αύξηση των οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων, είναι δυνατό να προκαλέσουν καταστολή του υποθαλάμου, ελάττωση του ανασταλτικού παράγοντα της προλακτίνης και την εμφάνιση γαλακτόρροιας. Αντίθετη δράση έχει η προγεστερόνη.

Αν χορηγήσουμε οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη σε ζώα, που τους εξαιρέθηκε η υπόφυση, θα διαπιστώσουμε, πως δεν μπορούμε να προκαλέσουμε ανάπτυξη των μαστών τους, παρά μόνο, όταν χορηγήσουμε και μικρή ποσότητα προλακτίνης.

Η προλακτίνη, αν χορηγηθεί με ένεση στον ένα μόνο μαστικό αδένα, προάγει την ανάπτυξή του και την έκκριση γάλακτος μόνο από αυτόν. Καμιά άλλη ορμόνη της υπόφυσης δεν έχει τέτοια επίδραση.

Η προλακτίνη ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων ορμονών στο μαστό μέχρι τότε, που η γυναίκα θηλάσει. Στο θηλασμό, οι οιστρογόνες ορμόνες, που παράγονται στις ωοθήκες, δεν είναι απαραίτητες για τη διατήρησή του. Αντίθετα, όταν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις, αναστέλλουν την έκκριση γάλακτος, γιατί ανταγωνίζονται την προλακτίνη στους ορμονικούς υποδοχείς του μαστού.

Συμπερασματικά, η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ωκυτοκίνη. Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Άλλη γνωστή δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Ωοθήκες. Το γεγονός πως οι ωοθηκικές ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις:

1) Από τις αρχές του αιώνα αποδείχθηκε, πως, αν κόψουμε τις ωοθήκες σε άνηβα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται. Επίσης, πως ο ευνουχισμός νεαρής γυναίκας εμποδίζει την ανάπτυξή τους, ενώ η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σ' αυτή τους αναπτύσσει.

2) Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωοθηκικών ορμονών. Η υποστροφή των μαστών αρχίζει ύστερα από φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση.

3) Στην ωοθηκική αγενεσία (σύνδρομο Turner), οι μαστοί παραμένουν σε υποτυπώδη ανάπτυξη.

4) Η τοπική εφαρμογή οιστρογόνων ορμονών στο δέρμα των μαστών, προκαλεί την ανάπτυξή τους, που διατηρείται για αρκετό χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας.

5) Η τοπική εφαρμογή προγεστερόνης σε περιπτώσεις μασταλγίας, βελτιώνει την κατάσταση.

6) Σε περίπτωση καρκίνου του προστάτη, όταν χρησιμοποιηθούν οιστρογόνες ορμόνες, είναι δυνατό να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους των μαστών του άντρα.

7) Η χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων ορμονών προκαλεί την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και το σχηματισμό κύστεων.

Οι ορμόνες των ωοθηκών, που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Οιστρογόνες ορμόνες. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν

τη γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άντρα. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένου. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

Προγεστερόνη. Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών, και σε μεγάλες, έκκριση, που μοιάζει με πύαρ.

Θυροειδής αδένου. Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί ν' αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

Επινεφρίδια. Όπως και ο θυροειδής αδένου, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

Πλακούντας. Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένου και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη.

Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωθηκεκτομία μετά τον τρίτο ή τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε, πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Επίσης, αν σε πειραματόζωα εξαιρέσουμε τις ωθήκες και βγάλουμε τα έμβρυά τους, χωρίς τον πλακούντα, η ανάπτυξη των μαστών δεν αναστέλλεται. Αν, όμως, εξαιρεθούν μαζί με τα έμβρυα και οι πλακούντες, τότε οι μαστοί γρήγορα υποστρέφονται.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς, γιατί μητρικές

ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς, είναι η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL). Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει, όμως, και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

Νευρικό σύστημα. Αυτό, φαίνεται, πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.

Παρ' όλα αυτά αν απομονώσουμε το μαστό από τις νευρικές του συνάψεις ή τον μεταφυτέψουμε σε δέρμα, αυτός διατηρεί την εκκριτική του ικανότητα και ανταποκρίνεται στα ερεθίσματά του.

Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού.

Μεγάλες συγκινήσεις δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα².

1.2.2. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους.

Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις, έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένα και προκαλούν σ' αυτόν την ανάπτυξή του ή, αντίθετα, την υποστροφή του.

Εμβρυϊκή ζωή. Όπως και παραπάνω αναφέραμε, ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

Γέννηση. Ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά ανεπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμα, μερικές αδenoκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους.

Βρεφική ηλικία. Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό, που έχει τη μορφή γάλακτος.

Η παραπάνω έκκριση οφείλεται, όπως αναφέρθηκε, στην επίδραση μητρικών ορμονών, που πέρασαν μέσω του πλακούντα στο νεογνό (γάλα μαγισσών).

Παιδική ηλικία. Στην ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου.

Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται αγάλακτος ή παρθενικός μαστός και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό.

Ειδικότερα, στην ηλικία αυτή, εμφανίζεται μικρή υπέγερση της θηλής και αργότερα υπέγερση των μαστών και της θηλαίας άλως, που αυξάνει τη διάμετρό της.

Στη συνέχεια, οι μαστοί διογκώνονται περισσότερο και η θηλαία άλως μεγαλώνει και χάνει το περίγραμμά της.

Ήβη. Ανάμεσα στο 10^ο-15^ο έτος της ηλικίας οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλως μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου.

Η παραπάνω αύξηση οφείλεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, που επιμηκύνονται και διογκώνονται κάτω από την επίδραση των

οιστρογόνων ορμονών, και στην ανάπτυξη προσεκβολών των πόρων, από τις οποίες τελικά σχηματίζονται οι αδenoκυφέλες κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης.

Ιδιαίτερα, στην ανάπτυξη του μαστού συμβάλλει η ύπαρξη συνδετικού ιστού γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδenoκυφέλες και η εναπόθεση λιπώδους. Έτσι, με την έναρξη της εμμηνορρυσίας, οι μαστοί είναι καλά σχηματισμένοι.

Για να συμβούν, όμως, τα παραπάνω, είναι απαραίτητη η παρουσία της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης. Οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων, η θυροξίνη και η ινσουλίνη δεν έχουν τόση σημασία στην ανάπτυξη του μαστού.

Τις μέχρι την ήβη εξελικτικές διεργασίες του μαστικού αδένου ο Tanner τις ταξινομήσε σε πέντε στάδια, συνδυάζοντας αυτές με την τριχοφυΐα.

Στο πρώτο στάδιο, στο οποίο ανήκουν οι γυναίκες, που βρίσκονται πριν από την ήβη, στο μέρος του μαστού εμφανίζεται μικρή διόγκωση της θηλής, χωρίς τριχοφυΐα στο εφηβαίο.

Στο δεύτερο στάδιο, στο οποίο ανήκουν γυναίκες ηλικίας 8,9 - 14,1 ετών, εμφανίζεται διόγκωση των μαστών και της θηλαίας άλω, που μεγαλώνει τη διάμετρό της, και αραιή τριχοφυΐα στο εφηβαίο ή στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

Στο τρίτο στάδιο στο οποίο ανήκουν γυναίκες ηλικίας 10-14,5 ετών, εμφανίζεται μεγαλύτερη διόγκωση των μαστών, διεύρυνση της θηλαίας άλω, που το περίγραμμά της είναι ασαφές, και πυκνότερη τριχοφυΐα στο εφηβαίο.

Στο τέταρτο στάδιο, στο οποίο ανήκουν γυναίκες ηλικίας 10,8-15,1 ετών, εμφανίζεται διόγκωση της θηλής, προπέτεια της θηλαίας άλω με σαφές περίγραμμά της και αύξηση της τριχοφυΐας του εφηβαίου, χωρίς ακόμα αυτή να είναι πυκνή.

Στο πέμπτο στάδιο, στο οποίο ανήκουν γυναίκες ηλικίας 11,9-16,7 ετών, εμφανίζεται ολοκληρωμένη η ανάπτυξη των μαστών, η θηλή προέχει, η θηλαία άλως δεν προέχει και η τριχοφυΐα μοιάζει με της ώριμης γυναίκας.

Αναπαραγωγική ηλικία. Στην ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομητρίου. Ειδικότερα:

1) Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται, γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές. Επίσης, το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης ή ελαφρύ πόνο.

2) Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία, οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο, υποστρέφονται. Η υποστροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

3) Ο μαστός της ώριμης γυναίκας, που δεν θηλάζει, δεν έχει μόνο εκκριτική, αλλά και απορροφητική ικανότητα. Δηλαδή, αν εξετάσουμε ιστολογικά τα αδενικά λόβια, θα παρατηρήσουμε, πως εμφανίζονται με τη μορφή ωχρού, άμορφου υλικού, που περιέχει κύτταρα ή κυτταρικά συγκρίματα και λιποσφαίρια.

4) Οι μαστοί παίρνουν μέρος στον οργασμό με διόγκωσή τους και αύξηση του μεγέθους των θηλών.

Εγκυμοσύνη. Με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό.

Τα κορτικοειδή και οι ορμόνες του θυρεοειδή αδένος βοηθάνε στην ανάπτυξη των λοβιδίων του μαστού.

Η ινσουλίνη προκαλεί τη διαφοροποίηση των κυττάρων και συντηρεί αυτά, ώστε να εκκρίνουν γάλα. Η δράση της ινσουλίνης αυξάνει περισσότερο τις αδενοκυψέλες, διεγείρει τα εκκριτικά κύτταρα και αλλάζει την αγγείωση και την ποσότητα του λιπώδη ιστού του μαστού.

Εκτός από την αύξηση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης και την επίδραση της ινσουλίνης στο μαστό της εγκύου, αυξάνεται και η ελεύθερη κορτιζόνη και η προλακτίνη.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα γίνονται πύαρ και μετά τον τοκετό και την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα εκκρίνουν γάλα.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η επανααρροφητική ικανότητα του μαστού διατηρείται. Έτσι, εξηγείται η γαλακτοζουρία, που εμφανίζεται, κάποτε, στην εγκυμοσύνη. Αυτή, προέρχεται από την απορρόφηση της γαλακτόζης από τον ίδιο το μαστικό αδένα.

Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα των αδενοκυψελών αρχίζουν την έκκριση γάλακτος κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

Γαλουχία. Στη γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

Εμμηνόπαυση. Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή.

Πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, τότε που υπάρχουν μονοφασικοί κύκλοι, είναι δυνατόν οι μαστοί να διογκωθούν και να γίνουν ευαίσθητοι και επώδυνοι. Επίσης, τότε παρατηρούνται αλλοιώσεις των μαστών, που μοιάζουν με της ινοκυστικής μαστοπάθειας, με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης.

Στο τελευταίο στάδιο της υποστροφής των μαστών, δηλαδή μετά το 50ό έτος, το στρώμα τους γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν².

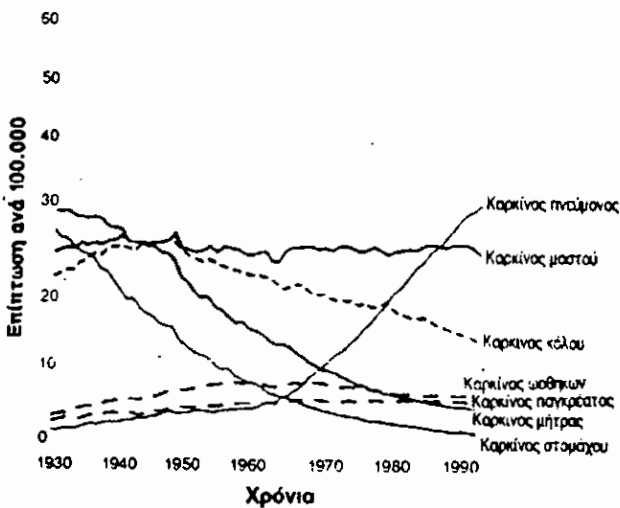
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

Αιτιολογία του καρκίνου του μαστού

2.1. Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις κύριες αιτίες θανάτου, την κυριότερη μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τόσο για τις χώρες της Ευρώπης (Δυτικής και Ανατολικής), όσο και για τις ΗΠΑ³.

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια του γυναικείου πληθυσμού στις δυτικές χώρες. Ειδικά στις ΗΠΑ και στη βόρεια Ευρώπη αποτελεί πρόβλημα κοινωνικής υγείας. Μία γυναίκα στις δέκα, τουλάχιστον, κατά τη διάρκεια της ζωής της θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τις τελευταίες αξιολογήσεις η αναλογία αυτή ενδεχομένως να είναι και μεγαλύτερη. Κατά τους υπολογισμούς της Αμερικανικής Καρκινικής Εταιρίας η αναλογία είναι 1:9 και υποστηρίζεται ότι, στις αρχές του νέου αιώνα θα είναι 1:7. Σήμερα έχει εκτιμηθεί ότι, εάν η ετήσια επίπτωση της νόσου και της θνητότητας παραμένουν χωρίς αλλαγές, τότε ο καρκίνος του μαστού θα παρουσιαστεί σε κάθε μία ανά οκτώ γυναίκες (δηλαδή 12,2%) κατά τη διάρκεια της ζωής της και το 3,6% των γυναικών θα αποβιώσουν από τη νόσο. Τέλος δε ότι, το 7% του γυναικείου πληθυσμού θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μέχρι της ηλικίας των 70 ετών.



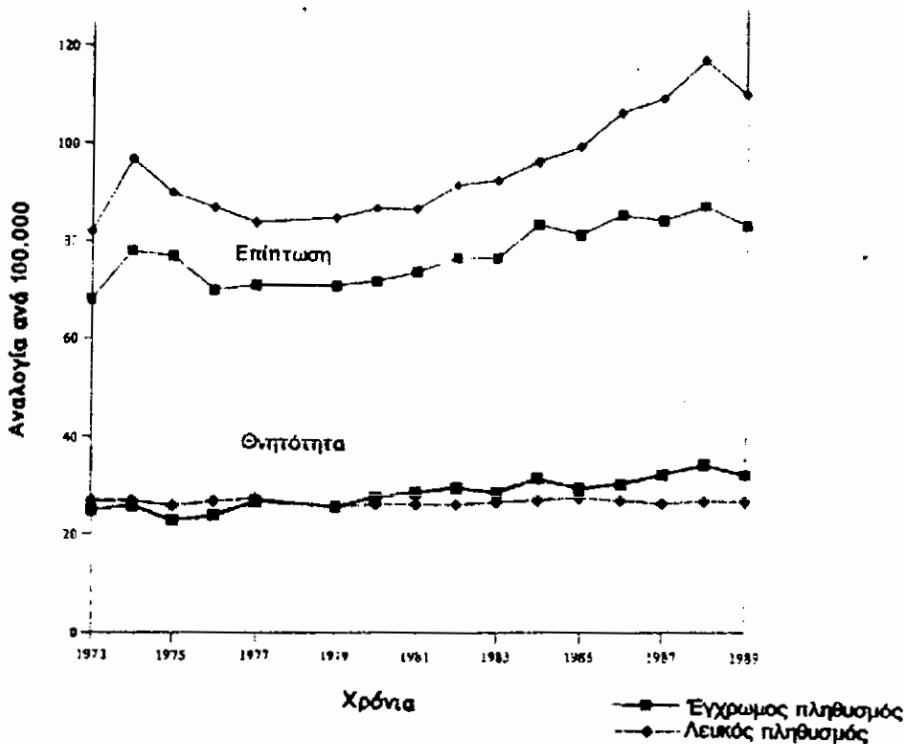
Εικόνα 1. Θνητότητα από καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό από το 1930-1992 (κατά Parker και συν.).

Το 1995, στις ΗΠΑ, στο σύνολο των καρκίνων που εμφανίζεται στις γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 32% αυτών. Το ίδιο χρονικό διάστημα σημειώθηκαν 182.000 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες (1.400 στους άνδρες), ενώ οι θάνατοι από τη νόσο απήλθαν στις 46.000 περίπου. [Στις ΗΠΑ, ο καρκίνος του πνεύμονος στις γυναίκες αποτελεί το πρώτο

αίτιο θανάτου, αντίθετα ο συχνότερος καρκίνος, που είναι του μαστού, αποτελεί το δεύτερο αίτιο θανάτου (εικόνα 1)).

Ο καρκίνος μαστού της γυναίκας, παγκόσμια αποτελεί τον δεύτερο κατά σειρά συχνότητας όγκο στη γενική κατάταξη των όγκων. Υπολογίζεται ότι, ετησίως από τη νόσο πεθαίνουν 500.000 γυναίκες.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις ΗΠΑ, από το έτος 1950 και εντεύθεν εμφανίζει συνεχή αύξηση. Η αύξηση αυτή με την εισαγωγή της μαστογραφίας, κατά τη δεκαετία του '80, σαν μέσο διάγνωσης ρουτίνας, γίνεται ακόμα μεγαλύτερη. Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα η συχνότητα εμφανίζει αύξηση της τάξης του 1% ετησίως. Αντίθετα, για λόγους οι οποίοι δεν είναι επακριβώς γνωστοί, το ποσοστό θνητότητας παρέμεινε περίπου σταθερό (εικόνα 2). Από το έτος 1971, το ποσοστό θνητότητας για μεν τους ασθενείς κάτω των 50 ετών εμφανίζει μείωση 11%, για δε άνω των 50 ετών 6%.



Εικόνα 2. Παρατηρείται αύξηση επίπτωσης του καρκίνου του μαστού για μαύρο και λευκό πληθυσμό γυναικών κατά την τελευταία 15ετία. Αντίθετα, παρατηρείται σχετική στασιμότητα στη θνητότητα από τη νόσο [Από: National Cancer Institute Statistics Review (τροποποιημένη)].

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα συνεχώς διογκούμενο πρόβλημα. Οι έρευνες στον τομέα αυτό είναι ιλιγγιώδεις. Οι σχετικές δε ογκώδεις δημοσιεύσεις, καθώς και το περιεχόμενό τους καθιστά δύσκολη την παρακολούθηση όλων των εξελίξεων⁴.

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του Δυτικού κόσμου ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου που προσβάλλει τις γυναίκες. Κάθε χρόνο πολλές γυναίκες πεθαίνουν στην Ελλάδα από αυτή την ασθένεια, με ρυθμό συνεχούς αύξησης. (Το 1990 και 1995 είχαμε αντίστοιχα 1.272 και 1.534 θανάτους) ενώ εμφανίζονται περισσότερες από 3.500 νέες περιπτώσεις.

Η θνησιμότητα αυτή είναι μικρή σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής, αλλά υψηλότερη από τις χώρες της Ασίας ή της Λατινικής Αμερικής.

Η νόσος αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες 40-55 ετών, την πρώτη αιτία θανάτου από όλους τους καρκίνους της γυναίκας και τη δεύτερη (μετά τις καρδιοαγγειακές παθήσεις) αιτία θανάτου σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει με την ηλικία. Είναι σπάνιος κάτω των 25 ετών, ενώ εμφανίζει συνεχή αύξηση μετά τα 30 χρόνια. Τα τρία τέταρτα των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται με την ηλικία των 50 ετών.

Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, η θνησιμότητα τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επηρεασθεί. Ο βασικός λόγος αυτής της "αποτυχίας" θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή⁵.

Τις αρχές του 1998, κατά τη διάρκεια θεμελίωσης ξένων καρκινοπαθών της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας (ΕΑΕ), ο τότε Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας έδωσε τα εξής στοιχεία για τις νέες περιπτώσεις καρκίνου στην Ελλάδα:

Νέες περιπτώσεις: Σύνολο 27.000. Άνδρες: 15.500 (ποσοστό 57,5% επί του συνόλου). Γυναίκες 11.500 (ποσοστό 42,5% επί του συνόλου των καρκινοπαθών).

Άνδρες: Οι νέες περιπτώσεις καρκίνου στους άνδρες εμφανίζουν την εξής κατανομή:

Ca ουροδόχου κύστεως	18,50%
Ca πνεύμονος	17,38%
Ca δέρματος	15,76%
Ca προστάτου	7,37%
Ca παχέος εντέρου	5,57%
Ca στομάχου	5,21%
Ca λάρυγγος	3,73%
Λοιπές μορφές	26,48%

Γυναίκες: Στις γυναίκες οι νέες περιπτώσεις καρκίνου κατανέμονται ως εξής:

Ca μαστού	24,37%
Ca δέρματος	17,53%
Ca παχέος εντέρου	7,15%
Ca ουροδόχου κύστεως	4,58%
Ca σώματος μήτρας	4,31%
Ca στομάχου	4,10%
Ca ωοθήκης	4,08%
Ca τραχήλου μήτρας	3,88%
Ca πνεύμονος	2,68%
Λοιπές μορφές	27,32% ³

Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε από τα παραπάνω στοιχεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, και μάλιστα με αξιοσημείωτη διαφορά έναντι της δεύτερης κατά σειρά συχνότερα εμφανιζόμενης μορφής, δηλαδή του καρκίνου του δέρματος.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι ο καρκίνος του πνεύμονα αποτελεί την τελευταία κατά σειρά συχνότερα εμφανιζόμενη μορφή καρκίνου στις Ελληνίδες (2,68%), ενώ στις ΗΠΑ, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί για τις γυναίκες το πρώτο αίτιο θανάτου, πράγμα που μας επιτρέπει να παρατηρήσουμε τις μεγάλες διαφορές των επιδημιολογικών μελετών ανάλογα με τη γεωγραφική προέλευση και τον τρόπο ζωής του πληθυσμού που μελετάται.

2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Επειδή ο μαστικός αδένας βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.

Έτσι, πρέπει να δεχθούμε, πως η καρκινογένεση στο μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.

Πολύ λίγα γνωρίζουμε για το χρονικό διάστημα, που περνάει, από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής, μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι μεγάλος και να εξαρτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων.

Προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, πιστεύεται, ότι είναι οι παρακάτω²:

2.2.1. Φύλο

Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά στον άντρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (XXY)².

2.2.2. Ηλικία

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης για να περιορισθεί μετά από αυτή.

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα που δεν φτάνει το 1%, και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισής του είναι των 40 ετών².

2.2.3. Γεωγραφική κατανομή

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή.

Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα απ' ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στη Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα απ' όλα τ' άλλα κράτη.

Επίσης, διαπιστώθηκε, πως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες και πως, όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύσουν στην Αμερική, στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά².

2.2.4. Οικογενειακό Ιστορικό

Η ύπαρξη ιστορικού καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου στα μέλη αυτής. Οι κοινοί γενετικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες των μελών της οικογένειας φαίνεται ότι, συνδέονται με την εμφάνιση της πάθησης. Οι μεν πρώτοι μεταβιβάζονται κληρονομικά, μεταφέροντας απ' ευθείας ειδική "γενετική βλάβη", οι δε δεύτεροι βασίζονται σε παράγοντες του περιβάλλοντος. Γενικά ένα ποσοστό 10-15% του καρκίνου του μαστού είναι σχετικό με το οικογενειακό ιστορικό. Ένα μικρό ποσοστό δε, μεταβιβάζεται με γονίδια κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα. Όπως και πολλές άλλες παθήσεις κληρονομικού χαρακτήρα, έτσι και οι γενετικοί τύποι του καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία, είναι αμφοτερόπλευροι και παρουσιάζουν υψηλή διεισδυτικότητα.

Η ύπαρξη ιστορικού καρκίνου μαστού στο οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας ή του πατέρα, παρ' όλο που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη γυναίκα, αυτή η αύξηση δεν πρέπει να θεωρηθεί σημαντική. Ο σημαντικός κίνδυνος αφορά κυρίως άτομα με πρώτου βαθμού συγγένεια. Δηλαδή μητέρα, αδελφή, κόρη, γιαγιά ή θεία ή πατέρα, αδελφό ή άρρεν τέκνο. Το ιστορικό του καρκίνου του μαστού της μητέρας ή της

αδελφής αυξάνει τον κίνδυνο κατά δύο ή τρεις φορές. Εάν σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δύο, εμφανίζουν καρκίνο ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο ή σημειώνεται καρκίνος στην ηλικία των 40-45 ετών, τότε τα προαναφερόμενα αποτελούν επί πλέον παράγοντες αύξησης του κινδύνου (Πίνακας 1). Η αύξηση του κινδύνου από συγγενικά άτομα δευτέρου βαθμού είναι μικρότερος και δεν φτάνει το διπλάσιο.

Πίνακας 1. Σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό (κατά Bain και συν.).

Παράγοντες	Δείκτης σχετικού κινδύνου
Ένας 1 ^{ος} βαθμού συγγενής με καρκίνο μαστού	1,5-2,0
Δύο 1 ^{ος} βαθμού συγγενείς με καρκίνο μαστού	5,0
1 ^{ος} βαθμού μετεμμηνοπαυσιακή συγγενής με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού	~ 10,0
1 ^{ος} βαθμού προεμμηνοπαυσιακή συγγενής με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού	~ 20,0

Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού στη γυναίκα, σε νεαρή ηλικία θεωρείται αποτέλεσμα μάλλον γενετικής προδιάθεσης. Αντίθετα γυναίκες άνω των 50 ετών, με τα κρατούντα σήμερα, δεν περιλαμβάνονται σ' αυτή την κατηγορία.

Η αύξηση κινδύνου της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, που προέρχεται από τα άτομα της μητέρας και του πατέρα είναι ίδια. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, όπως και στις γυναίκες, έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού, που σημειώνεται στις γυναίκες συγγενείς.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι, η πρόγνωση του καρκίνου στις γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό είναι κακή. Πάντως, υπάρχουν άλλοι, οι οποίοι δεν αποδέχονται την άποψη αυτή, σε βαθμό να ισχυρίζονται ότι, οι γυναίκες αυτές όχι μόνο δεν έχουν κακή πρόγνωση, αλλά ενδεχομένως και καλύτερη⁴.

2.2.5. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης

Η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή ανωοθυλακιωρρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στέρωση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών.

Οι γυναίκες που είχαν εμμηνορρυσία παραπάνω από 40 χρόνια, έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, από αυτές που την είχαν 30 ή λιγότερα χρόνια.

Η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση, και μάλιστα στις γυναίκες που δεν απόκτησαν παιδιά, και σε αυτές, που έπασχαν από πολυκυστικές ωοθήκες, κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον καρκίνο του μαστού.

Ο εγχειρητικός ευνοχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας, ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 70-75% για τα πρώτα 10 χρόνια. Μετά τη δεκαετία η συχνότητα αυξάνει².

2.2.6. Ηλικία πρώτου τοκετού

Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, που θ' αποκτήσει το πρώτο της παιδί, και στον καρκίνο του μαστού.

Αν αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή, που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της. Ειδικότερα, οι πιθανότητες σ' αυτή την περίπτωση τριπλασιάζονται.

Η προστατευτική από τον καρκίνο επίδραση της πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης έχει σχέση με τον καρκίνο, που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών, γιατί η προστασία κρατάει για 15 περίπου χρόνια.

Τελικά, από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, πιστεύεται ότι το γεγονός της πρώτης τεκνοποίησης σε ηλικία μικρότερη των 25 ετών προστατεύει τη γυναίκα. Επίσης, δεν έχουν σχέση με την προστασία αυτή οι επόμενες τεκνοποιήσεις^{2,6}.

2.2.7. Ατεκνία

Οι γυναίκες που δεν τεκνοποίησαν ποτέ, έχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, αλλά όχι σημαντικά αυξημένο σε σχέση με αυτές που τεκνοποίησαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών. Δηλαδή η τεκνοποίηση σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών δεν προσφέρει καμία προστασία⁶.

2.2.8. Φύλο του πρώτου εμβρύου

Πιστεύεται, πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης².

2.2.9. Αριθμός τοκετών

Ενώ, όπως προαναφέρθηκε, έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε, πως ο μαστός προστατεύεται από καρκίνο στις πολύτοκες².

2.2.10. Θηλασμός

Πιστεύαμε, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως, δεχόμαστε την προστασία του θηλασμού και μάλιστα, πως, όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει, τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη².

2.2.11. Διακοπή κύησης

Η διακοπή κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν, όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Pick et al. το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποιήσει. Επίσης, αργότερα, οι Χατζημιχαήλ και συν. το 1981, με μία 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 μία αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης, που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαζικού αδένου. Με την ξαφνική διακοπή τους (που γίνεται στην έκτρωση), προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαζικού αδένου, δηλαδή μια ατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη κάνει τον αδένου ευαίσθητο στην καρκινογένεση. Πάντως, μέχρι να γίνουν πιο εμπεριστατωμένες έρευνες και να τεκμηριωθούν τα παραπάνω, η έκτρωση δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής⁶.

2.2.12. Ενδογενείς ορμονικοί παράγοντες

Είναι γνωστό ότι όλες οι ορμόνες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του γυναικείου μαστού. Ποιες απ' αυτές, εκτός των οιστρογόνων, σίγουρα επιδρούν στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι άγνωστο.

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

TSH, T3, T4. Έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς με νόσους του θυρεοειδούς 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. Οι μεταβολίτες αυτοί είναι η ανδροστερόνη και η αιτιοχολανολόνη. Πρέπει, επίσης, να υπάρχει ανάλογη σχέση μεταξύ των δύο αυτών αποβαλλόμενων μεταβολιτών. Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν μειωμένη τιμή αιτιοχολανολόνης στα ούρα. Δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ μειωμένης έκκρισης του μεταβολίτη αυτού στα ούρα και ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Ο Bulbrook προσπαθεί να εξηγήσει το εύρημα αυτό πιθανολογώντας μια γενικευμένη ορμονική ανωμαλία. Πολλοί συγγραφείς συμφωνούν με την εξήγηση του Bulbrook και θεωρούν ως παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, τη μειωμένη έκκριση της αιτιοχολανολόνης και όχι αυτή καθαυτή, αλλά σαν εκδήλωση ενδοκρινολογικών διαταραχών. Όσον αφορά τα κορτικοειδή, είναι γνωστό ότι ο μαζικός αδένας έχει ειδικούς υποδοχείς. Δεν είναι, όμως, αποδεδειγμένη η δράση των κορτικοειδών στην καρκινογένεση⁶.

2.2.13. Εξωγενείς ορμόνες

Μετεμμηνοπαυσιακή αναπλήρωση οιστρογόνων

Η εφαρμογή θεραπείας στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, με ωθητικές ορμόνες, έχει στόχο να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, να αποτρέψει την οστεοπόρωση και να μειώσει τον κίνδυνο των καρδιοπαθειών. Η σχέση χορήγησης, προς αναπλήρωση των οιστρογόνων στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, κατά τα 15-20 τελευταία χρόνια έγινε αντικείμενο αναρίθμητων επιδημιολογικών μελετών. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών έχουν διαφορές και είναι ασαφή. Μερικές εργασίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, ο κίνδυνος οπωσδήποτε αυξάνεται και άλλες ότι, δεν

υπάρχει επίπτωση. Αντίθετα, υπάρχουν και άλλες, οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, υπάρχει ελάττωση του κινδύνου. Η ανάλυση του συνόλου των εργασιών καταδεικνύει ότι, η εμμηνοπαυσιακή αναπλήρωση οιστρογόνου αυξάνει κατά τι τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η αύξηση αυτή είναι μικρότερη του 10% και η στατιστική σημαντικότητά της είναι αμφιλεγόμενη. Εδώ, η θεραπεία αναπλήρωσης φαίνεται ότι, αυξάνει περισσότερο τον κίνδυνο σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.

Έχει αποδειχθεί ότι, η αναπλήρωση οιστρογόνων κατά την εμμηνοπαυσιακή περίοδο αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου του ενδομητρίου. Αργότερα, αναφέρεται ότι, η αλληλοδιαδόχως χορηγούμενη οιστρογόνη και η βραχείας διάρκειας προγεστερόνη, φέρει πάλι σε φυσιολογικά επίπεδα τον κίνδυνο αυτό.

Η σχέση του κινδύνου καρκίνου του μαστού και της προγεστερόνης δεν έχει διευκρινισθεί ικανοποιητικά. Η προγεστερόνη από μόνη της ενδεχόμενα να αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Η αναπλήρωση των οιστρογόνων και η εν συνεχεία χορήγηση προγεστερόνης, δεν έχει αποδειχθεί ότι, επιφέρει το ίδιο αποτέλεσμα και για τον καρκίνο του μαστού. Επί πλέον, για το μαστό υπάρχει ο ισχυρισμός ότι, ο συνδυασμός οιστρογόνων-προγεστερόνης αυξάνει τον κίνδυνο και επιταχύνει το χρόνο εμφάνισης του καρκίνου, σε σύγκριση με τη χορήγηση μόνο οιστρογόνων. Το αποτέλεσμα αυτό, όμως, δεν αξιολογείται στατιστικά σημαντικό.

Υπάρχει και η παρακάτω παρατήρηση. Πρέπει αφ' ενός μεν να γίνεται η σκέψη για τον δυνητικό κίνδυνο, ο οποίος υπάρχει από τη χορήγηση αναπλήρωσης και η επίπτωση στο μαστό και αφ' ετέρου η δυνητική επίδραση των οιστρογόνων σ' όλο τον οργανισμό. Η μελέτη του συνόλου της θνητότητας από τα οιστρογόνα, φαίνεται ότι, ελαττώνει σημαντικά το ποσοστό στις υπερήλικες γυναίκες.

Το συμπέρασμα για τις περισσότερες γυναίκες επί του θέματος, ταυτίζεται μ' αυτό των αντισυλληπτικών. Η ωφέλεια της αναπλήρωσης των οιστρογόνων, ελαττώνει τους κινδύνους των καρδιαγγειακών παθήσεων και

των οστεοπωρωτικών καταγμάτων, καθώς επίσης ελαχιστοποιεί και καθιστά ηπιότερες τις φλεγμονές. Αυτά βέβαια επισκιάζουν το μικρό ποσοστό του δυνητικού κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Η αποτροπή της μη προγραμματισμένης κύησης με αντισυλληπτικά φάρμακα, ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από τα οιστρογόνα.

Η μετεμμηνοπαυσιακή περίοδος απλά μπορεί να μελετηθεί στα πλαίσια μιας ενδοκρινικής ανεπάρκειας. Το σημερινό, όμως, εφαρμοζόμενο σχήμα αναπλήρωσης ορμονών, δε συμπίπτει με καμία μορφή ορμονικής έκκρισης της προεμμηνοπαυσιακής περιόδου. Το περισσότερο χρησιμοποιούμενο ορμονικό σχήμα είναι αυτό των οιστρογόνων, το οποίο και έχει μελετηθεί καλά. Όπως προαναφέρθηκε, η μόνη χορήγηση οιστρογόνων αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του ενδομητρίου και ο κίνδυνος αυτός αποτρέπεται με τη χορήγηση προγεστίνης.

Τα τελευταία χρόνια η προσθήκη προγεστερόνης φαίνεται ότι, έχει βελτιώσει το σχήμα αναπλήρωσης ορμονών. Παρ' όλα αυτά η ορμόνη αυτή ανταγωνίζεται τις ευεργετικές δράσεις των οιστρογόνων.

Το έτος 1995, υπάρχει μια ανακοίνωση στην οποία αναφέρεται ότι τα οιστρογόνα ή ο συνδυασμός με προγεστερόνη αυξάνει τον κίνδυνο διηθητικού καρκίνου του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται περισσότερο στις ηλικίες των 55 ετών και άνω για ορμονοθεραπεία που εφαρμόζεται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών. Υπάρχει ο ισχυρισμός ότι, η προσθήκη προγεστερόνης δεν ελαττώνει τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού.

Η αναπλήρωση των ορμονών δεν είναι σε θέση να λύσει τα προβλήματα των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Εξάλλου αυτές οι ορμόνες δεν μπορούν να θεωρηθούν σαν το ελιξίριο της αιώνιας νεότητας, ενέχουν κινδύνους και κάθε γυναίκα δεν είναι σε θέση να τις ανεχθεί καλώς. Αυτό βέβαια, δεν υποδηλώνει ότι δεν πρέπει να χορηγούνται θεραπευτικά. Πρέπει να υπάρχει, όμως, η επιλογή της αρρώστου, των σκευασμάτων, καθώς και να προσδιορίζεται και ο χρόνος χορήγησής τους. Οι ανωτέρω αποφάσεις λαμβάνονται με γνώμονα την ηλικία, το ιατρικό ιστορικό, τις θεραπευτικές ενδείξεις, το κόστος και τους ελλοχεύοντες παράγοντες κινδύνου. Στον

παρακάτω πίνακα συμπερασματικά αναφέρονται, όχι μόνο οι παράγοντες κινδύνου, αλλά και προστασίας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις ορμονικές διαδικασίες.

Πίνακας

Αναφορά παραγόντων κινδύνου και προστασίας από τη δράση των ορμονών.

Παράγοντες κινδύνου
• Πρώιμη εμμηναρχή
• Όψιμη εμμηνόπαυση
• Παχυσαρκία (μετεμμηνοπαυσιακών)
• Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης
Παράγοντες προστασίας
• Θηλασμός (γαλουχία)
• Μικρή ηλικία πλήρους κύησης
• Αθλητισμός (άσκηση) ⁴

2.2.14. Αντισυλληπτικά από του στόματος (per os)

Η χρησιμοποίηση των per os αντισυλληπτικών και η δυνητική επίδραση αυτών επί του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού, έχει οδηγήσει σε πάμπολλες επιδημιολογικές μελέτες. Η ανάλυση και η αξιολόγηση αυτών των εργασιών δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Στις γυναίκες, που χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά περισσότερο από 10 χρόνια, ο σχετικός κίνδυνος μειώνεται σε 1,14. Συμπερασματικά, η χρησιμοποίηση αντισυλληπτικών per os δεν φαίνεται να έχει επίπτωση επικινδυνότητας καρκίνου του μαστού⁴.

2.2.15. Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου μαστού

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό, σε μαστεκτομηθείσα γυναίκα από διηθητικό καρκίνο, για κάθε χρόνο είναι 0,5-1%. Ο κίνδυνος εμφάνισης τέτοιου καρκίνου υπάρχει και μετά από τη διάγνωση ενός in situ (πορογενούς ή λοβιακού) καρκίνου. Συνήθως οι καλής πρόγνωσης πρωτοπαθείς καρκίνοι είναι εκείνοι, οι οποίοι έχουν μικρό

μέγεθος, μη διηθημένους επιχώριους λεμφαδένες και χαμηλό βαθμό κακοήθειας. Φαίνεται ότι, οι όγκοι μ' αυτούς τους χαρακτήρες παρουσιάζουν στις ασθενείς υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ενός μετάχρονου (δεύτερου πρωτοπαθούς) καρκίνου.

Η αντιμετώπιση ενός καρκίνου στον ένα μαστό, χωρίς αφαίρεση όλου του μαστού, ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης εκ νέου καρκίνου. Η αναλογία αυτή είναι ίδια, με τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό. Τα ανωτέρω δεν μαρτυρούν τη μη επιλογή της μαστεκτομής, ούτε και την εφαρμογή της αμφοτερόπλευρης μαστεκτομής.

Η εμφάνιση δύο καρκίνων στον ίδιο μαστό (πολυεστιακός) ή η σύγχρονη ή η μετάχρονη εξέλιξη στον άλλο μαστό, αναγκαστικά δεν υποδηλώνει και τη χειρότερη πρόγνωση, σε σχέση με τη μία εστία καρκίνου. Ο θάνατος μιας τέτοιας ασθενούς είναι αλληλένδετος με το μέγεθος του όγκου και την κατάσταση των λεμφαδένων, που καθιστούν κακή την πρόγνωση. Επί παραδείγματι, η πρόγνωση δεν αλλάζει σε γυναίκα, η οποία εμφάνιζε αρχικά καρκίνο σταδίου II στον ένα μαστό και αργότερα σταδίου I στον έτερο. Το αυτό ισχύει και για τη γυναίκα της οποίας ο καρκίνος αντιμετωπίστηκε με συντηρητικούς τρόπους και στη συνέχεια εμφάνισε εκ νέου καρκίνο στον ίδιο μαστό. Η ολοκληρωτική αφαίρεση του δεύτερου καρκίνου δεν μαρτυρεί και την εν συνεχεία βράχυνση της επιβίωσής της.

Το εξαγόμενο συμπέρασμα εκ των προαναφερομένων είναι: Το προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού και η εν συνεχεία εμφάνιση ενός νέου καρκίνου (διηθητικός ή *in situ*) επιβάλλει την ανελλιπή παρακολούθηση και την έγκαιρη διάγνωση. Οι εμφανίζουσες προηγούμενα καρκίνου του μαστού, σε ένα ποσοστό 25-30%, μπορεί να εμφανίσουν ένα δεύτερο καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Εάν μάλιστα οι ασθενείς υπάγονται στην ομάδα του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού παρατηρείται εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο μαστό, σε ποσοστό 10% μετά από μία επταετία και σε ποσοστό 37% μετά από εικοσαετία από την πρώτη εγχείρηση (μαστεκτομή). Φυσικά η αναγνώριση ενός δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό (μετάχρονος) εν μέρει είναι δύσκολη, επειδή συνήθως θεωρείται μεταστατική φύσης. Ο κίνδυνος εξαρτάται από αναγνωρισμένα χαρακτηριστικά, που αφορούν τόσο στον

ασθενή, όσο και στον όγκο. Για παράδειγμα, όσο μικρότερη είναι η ηλικία της ασθενούς με τον πρώτο καρκίνο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης δεύτερου καρκίνου ή ότι η άρρωστη είναι απαραίτητο να επιζήσει επί μακρόν του πρώτου καρκίνου⁴.

2.2.16. Καλοήθειες παθήσεις του μαστού

Οι γυναίκες οι οποίες εξαιτίας καλοήθων παθήσεων, έχουν υποβληθεί σε μία ή περισσότερες βιοψίες, σε σύγκριση μ' αυτές που δεν έχουν υποστεί, ενέχουν μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου να εμφανίσουν στο μέλλον καρκίνο του μαστού. Μέχρι τα τελευταία χρόνια, οι βιοψίες αυτές σε μεγάλη συχνότητα έθεταν ιστολογικά τη διάγνωση ινοκυστικής νόσου. Ως εκ τούτου και αυτή η διάγνωση της ινοκυστικής νόσου περιλαμβάνεται πολλές φορές στον κατάλογο των παραγόντων επικινδυνότητας. 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 "φυσιολογικού" και καρκίνου αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κυττάρων, μετά εξελίσσεται σε ατυπία των κυττάρων και φτάνει στον καρκίνο. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου, όταν παρατηρούνται αυτά τα άτυπα κύτταρα. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται από παρουσία κύστεων 2-3 mm. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μία στις δέκα γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου. Η συνήθης ηλικία προσβολής είναι εκείνη των 30-45 ετών. Η συχνότητα καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη ινοκυστική μαστοπάθεια είναι διπλάσια από το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Πλην αυτής της οντότητας, στις καλοήθειες παθήσεις του μαστού, που εκτελείται βιοψία, κλινικά και μαστογραφικά διαπιστώνονται συχνά πολλαπλές μάζες. Η κατάσταση αυτή σε μερικούς θεράποντες δημιουργεί την εντύπωση ότι, οι μάζες αυτές σχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό. Η κλινική και μαστογραφική, όμως, παρακολούθηση των αρρώστων αυτών δεν απέδειξε την αύξηση του κινδύνου^{4,6}.

2.2.17. Διατροφή

Η σχέση μεταξύ διατροφής και καρκίνου μαστού έχει διερευνηθεί σε πειραματικές εργασίες και σε μεγάλες επιδημιολογικές και πληθυσμιακές έρευνες. Σε μία από τις σημαντικότερες πειραματικές εργασίες ερευνήθηκε η διατροφή σε ποντίκια, που δεν είχαν όμως γενετικά αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο μαστού. Τα ποντίκια χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στη μία ομάδα χορηγείτο το μισό του φυσιολογικού ποσού των θερμίδων κάθε μέρα, ενώ η άλλη ομάδα ποντικίων έτρωγε όσο ήθελε. Η ομάδα των ποντικίων που έτρωγε λιγότερο ανέπτυξε καρκίνο σε μηδαμινό ποσοστό. Αντίθετα, η ομάδα που έτρωγε όσο ήθελε ανέπτυξε καρκίνο μαστού στο αναμενόμενο ποσοστό.

Σε επιδημιολογικές πληθυσμιακές μελέτες έχει βρεθεί ότι οι μετανάστες, σε χρονικό διάστημα μικρότερο από μία γενιά, διαφοροποιούνται από τα ειδικά ποσοστά επίπτωσης καρκίνου που έχει η χώρα καταγωγής τους και εμπίπτουν στα ειδικά ποσοστά καρκίνου της χώρας παραμονής τους. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη διερευνήθηκαν προεμμηνοπαυσιακές Γιαπωνέζες για την εμφάνιση καρκίνου μαστού. Στην Ιαπωνία η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι πολύ μικρή σε σχέση με αυτή των δυτικών χωρών. Όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύσουν στην Αμερική και αρχίσουν να διατρέφονται με τα αμερικανικά πρότυπα εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού.

Το ανθρώπινο είδος είναι παμφάγο. Από την ποικιλία των τροφών που καταναλώνουμε υπάρχουν οι βασικές ομάδες των Λιπών - Λευκωμάτων - Υδατανθράκων. Υπάρχουν ακόμη ορισμένα απαραίτητα στοιχεία που πρέπει να πάρουμε με την τροφή μας, όπως είναι βιταμίνες και μέταλλα. Επίσης αναγκαστικά προσλαμβάνουμε χημικές ουσίες που προστίθενται στα τρόφιμα, είτε σαν συντηρητικά, είτε σαν βελτιωτικά εμφάνισης και γεύσης.

Υπάρχει ισχυρή ένδειξη για συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης ποικίλων μορφών όγκων, ιδιαίτερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Η υπερκατανάλωση λιπών πιθανότατα τροποποιεί το ορμονικό ισοζύγιο, προκαλεί ανωμαλίες στις κυτταρικές μεμβράνες, επηρεάζει το μεταβολισμό των καρκινογόνων ουσιών και τη διαδικασία αποκατάστασης βλαβών στο DNA.

Πιστεύεται ότι μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Έχει δοθεί μάλιστα η θεωρητική εξήγηση. Τα λίπη περιέχουν μεγάλη αναλογία χοληστερίνης, η οποία μεταβολιζόμενη αυξάνει τα επίπεδα των οιστρογόνων. Ακόμη πιστεύεται ότι τα λιποκύτταρα περιέχουν το ένζυμο αρωματάση που μετατρέπει ανδρογόνα του φλοιού των επινεφριδίων, σε οιστρογόνα. Επίσης, τα λίπη επιδρούν στο κυτταρικό επίπεδο στο σύστημα κυττόχρωμα P-450 στο ήπαρ που είναι υπεύθυνο για το σχηματισμό των οιστρογόνων. Πέρα όμως απ' όλα αυτά τα θεωρητικά, είναι γνωστή η επίδραση της κατανάλωσης λιπών στην ανάπτυξη των μαστών και στην εναπόθεση λιπώδους ιστού. Στην Ιαπωνία, χώρα με τα χαμηλότερα ποσοστά καρκίνου μαστού, παρατηρήθηκε αυξημένος αριθμός θανάτων από καρκίνο μαστού στις περιοχές που διπλασιάστηκε η κατανάλωση λιπών⁷.

2.2.18. Αλκοόλ

Η λήψη αλκοολούχων ποτών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Διάφορες εργασίες στην Αμερική, το Ισραήλ και την Ιταλία απέδειξαν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες που κάνουν χρήση αλκοολούχων ποτών. Γαλλικές εργασίες ανεβάζουν την αύξηση της συχνότητας κατά 50% στις αλκοολικές γυναίκες. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ. Έτσι, ενώ η κατανάλωση 1-3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 1,3 φορές, η κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως, αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νέες γυναίκες, παρά στις ηλικιωμένες. Δεν υπάρχει καμιά εξήγηση της αύξησης αυτής του κινδύνου στις αλκοολικές γυναίκες. Φαίνεται ότι υπάρχει αυξημένη παραγωγή προλακτίνης, αν και δεν είναι γνωστός ο ρόλος της προλακτίνης στο καρκίνο του μαστού. Επίσης, είναι δυνατή η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ, να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται διά μέσου ορμονικών διαταραχών⁶.

2.2.19. Κάπνισμα

Εδώ οι απόψεις δίστανται, με ερευνητές να υποστηρίζουν ότι, το κάπνισμα αυξάνει, αλλά και κατ' άλλους ότι, ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η εξήγηση της ελάττωσης οφείλεται στην ελάττωση των οιστρογόνων στον ορό και στα ούρα. Αντίθετα, η αύξηση οφείλεται στη σχέση των γνωστών καρκινογόνων ουσιών από το κάπνισμα⁴.

2.2.20. Ομάδες αίματος

Όπως είναι γνωστό, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ομάδων αίματος και διαφόρων κακοήθων νοσημάτων. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες ομάδας αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Έχει αποδειχθεί υπεροχή της ομάδας A κατά 7-8%. Ειδικά, ασθενείς με έντονα επιθετικό καρκίνο του μαστού, όπως ο φλεγμονώδης καρκίνος, ανήκουν κατά 50% στην ομάδα A. Είναι αδύνατο να δοθεί κάποια εξήγηση στη διαπίστωση αυτή⁶.

2.2.21. Ακτινοβολία

Η δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας επί του μαστού της γυναίκας και η επίπτωση καρκίνου ερευνήθηκε στις Ιάπωνες γυναίκες, που έμειναν στη ζωή μετά τη ρίψη της ατομικής βόμβας, καθώς και στις γυναίκες, οι οποίες ακτινοβολήθηκαν για θεραπεία φυματίωσης, σκολίωσης ή καλοήθων όγκων. Η εφαρμογή υψηλής δόσης ιονίζουσας ακτινοβολίας στο θωρακικό τοίχωμα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Εδώ, έχει ενοχοποιηθεί η ακτινοβολία από μαστογραφία, αλλά σήμερα πλέον, λόγω τελειοποίησης του μηχανικού μαστογραφικού εξοπλισμού, αυτή θεωρείται σχεδόν ακίνδυνη. Αντίθετα, η απεικονιστική αυτή μέθοδος είναι η πιο αξιόπιστη σήμερα. Μια μαστογραφία μεταφράζεται με τη χορήγηση 200-400 millirads.

Εν πάση περιπτώσει, φαίνεται ότι, υπάρχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την ηλικία και την έκθεση στην ακτινοβολία, ώστε σε άτομα άνω των 40 ετών ο κίνδυνος να μειώνεται. Έχει παρατηρηθεί ότι, ασθενείς, οι οποίοι ακτινοβολήθηκαν προ του 15ου έτους της ηλικίας τους για νόσο Hodgkin's ανέπτυξαν καρκίνο μαστού, όπως επίσης αναφέρεται πρόσφατα

ότι, η έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία και σε εντομοκτόνα με οργανοχλωρίδη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου⁴.

2.2.22. Γενετικοί παράγοντες

Τη χρονιά αυτή, περίπου 5.000 γυναίκες στην Ελλάδα θα διαγνωστούν με καρκίνο του μαστού. Μία στις 11-12 Ελληνίδες κινδυνεύει να αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Αρκετές γυναίκες από αυτές τυχαίνουν να είναι μέλη της ίδιας οικογένειας, όπου έχουν διαγνωστεί και άλλα άτομα με καρκίνο του μαστού. Το γεγονός αυτό μπορεί να είναι τυχαίο, αφού ο καρκίνος του μαστού είναι αρκετά συχνός, από την άλλη όμως μπορεί να οφείλεται σε συγκεκριμένα γεγονότα, όπως κοινή περιβαλλοντική επίδραση, κοινός τρόπος ζωής ή κοινά γονίδια. Πρόσφατα έχουν ανακαλυφθεί δύο γονίδια, το BRCA1 (1994) και το BRCA2 (1995), τα οποία, όπως φαίνεται, ευθύνονται για την πλειονότητα των κληρονομούμενων καρκίνων του μαστού και των ωθηκών. Τελείως πρόσφατα (1998), ανακαλύφθηκε ένα τρίτο γονίδιο, το GST, το οποίο όμως φαίνεται να σχετίζεται με την ανάπτυξη του σποραδικού καρκίνου του μαστού και όχι του κληρονομούμενου.

Είναι γνωστό εδώ και πολλά χρόνια, από επιδημιολογικές μελέτες, ότι υπάρχει γενετική βάση στο 5-10% των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Το 1994 ολοκληρώθηκε η ταυτοποίηση του γονιδίου BRCA1, που είναι το κυριότερο μέχρι σήμερα γονίδιο που συνδέεται με την κληρονομούμενη προδιάθεση στον καρκίνο του μαστού και εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 17. Στη συνέχεια πολλές ομάδες ερευνητών άρχισαν να εργάζονται πάνω στο ίδιο γονίδιο και έδειξαν πως το BRCA1 ευθύνεται πράγματι για την κληρονομούμενη προδιάθεση, όχι μόνο στον καρκίνο του μαστού, αλλά και στον καρκίνο των ωθηκών, επιβεβαιώνοντας έτσι την υποψία ότι σε μερικές οικογένειες ο καρκίνος του μαστού και των ωθηκών είναι μια κοινή κληρονομική ασθένεια, που μεταβιβάζεται με αυτοσωμικό επικρατούντα τρόπο. Το BRCA1 είναι από τα μεγαλύτερα γονίδια που έχουν ανακαλυφθεί μέχρι σήμερα. Καταλαμβάνει περίπου 100.000 βάσεις DNA και κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη με 1.863 αμινοξέα.

Οι πιθανότητες για την ύπαρξη μετάλλαξης στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία ευθύνονται για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε μια οικογένεια, αυξάνονται (α) όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων τα οποία έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, (β) όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά την εμφάνιση του καρκίνου, (γ) όταν υπάρχει αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού και (δ) όταν καρκίνος του μαστού έχει εμφανιστεί σε άνδρες της οικογένειας. Επίσης, οι μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1, σε μερικές οικογένειες, μπορεί να σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου ή του προστάτη.

Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι ο κίνδυνος μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της, όταν έχει μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 είναι 87% και για καρκίνο των ωοθηκών 44-63%. Επίσης το Breast Cancer Linkage Consortium έδειξε ότι οι μεταλλάξεις στο BRCA1 έχουν βρεθεί στο 76% των οικογενειών που είχαν μία τουλάχιστον περίπτωση καρκίνου των ωοθηκών και καρκίνου του μαστού και στο 90% των οικογενειών με δύο ή περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου ωοθηκών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού σε νεαρή ηλικία έχουν πιθανότητα 13-30% να παρουσιάσουν κάποια μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1.

Το μέγεθος των γονιδίων BRCA1 και BRCA2, καθώς και το γεγονός ότι οι μεταλλάξεις καλύπτουν όλο το μήκος των γονιδίων αυτών, κάνουν ακόμη πιο δύσκολη και περίπλοκη τη διαδικασία ανίχνευσης των μεταλλάξεων.

Με τη χρήση των γενετικών αυτών δοκιμασιών είμαστε σε θέση σήμερα να διακρίνουμε ένα συγκεκριμένο άτομο, το οποίο έχει αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει τη νόσο, πριν ακόμα εμφανίσει οποιοδήποτε σύμπτωμα. Έτσι, είναι δυνατό να τροποποιηθεί η γενικότερη ιατρική παρέμβαση και αντιμετώπιση, με απώτερο σκοπό την πιθανή πρόληψη ή αποτροπή της εμφάνισης της νόσου ή έστω την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

Τα άτομα με γενετική προδιάθεση για καρκίνο του μαστού λόγω μεταλλάξεων στο BRCA1 ή BRCA2, έχουν διάφορες πιθανές επιλογές

σήμερα για να αντιμετωπίσουν αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο. Οι επιλογές αυτές, τουλάχιστον επί του παρόντος, περιλαμβάνουν την εντατικοποιημένη παρακολούθηση, την αλλαγή τρόπου ζωής, ακόμη και την προφυλακτική χειρουργική επέμβαση και την, πρόσφατα επιχειρηθείσα, χημειοπροφύλαξη.

Η εντατικοποιημένη παρακολούθηση μιας ασθενούς που εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών είναι μια λογική λύση, χωρίς όμως αποδεδειγμένα αποτελέσματα μέχρι στιγμής. Είναι πιο πιθανό, με τα σημερινά δεδομένα, ότι η γνώση του αυξημένου κινδύνου θα βοηθήσει περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωση σε αρχικό στάδιο της νόσου, παρά στην πρόληψη.

Εντούτοις, η προφυλακτική χειρουργική επέμβαση με απλή ή υποδόρια μαστεκτομή, που εφαρμόστηκε μέχρι σήμερα σε διάφορα κέντρα, έδειξε ότι μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Το ίδιο ισχύει και για την ωοθηκεκτομή, παρ' όλο που στην περίπτωση αυτή υπάρχει ακόμη και μετά την ωοθηκεκτομή μικρός κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών από ενδοπεριτοναϊκή ύπαρξη ωοθηκικού ιστού.

Ενθαρρυντικά είναι επίσης τα αποτελέσματα από την πρόσφατη μελέτη των Fisher et al. (Fisher B., προσωπική επικοινωνία, 20/4/1998) από τις ΗΠΑ, τα οποία κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού, που έλαβαν ταμοξιφένη, εμφάνισαν, σε βαθμό στατιστικά λίαν σημαντικό ($P < 0,0005$), λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου μαστού.

Επί του παρόντος, και μέχρι να δοθεί οριστική απάντηση, είναι πολύ σημαντικό να συνεχιστούν οι μελέτες για την εντόπιση ατόμων με μεταλλάξεις στα συγκεκριμένα γονίδια. Η γνώση της γονιδιακής κατάστασης ενός ατόμου σε μια οικογένεια με επιβαρυσμένο ιστορικό καρκίνου μαστού και ωοθηκών παρέχει τη δυνατότητα εντοπισμού των ατόμων τα οποία φέρουν τη μετάλλαξη και, κατά συνέπεια, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο, αλλά και των ατόμων που δεν φέρουν τη μετάλλαξη και άρα εμφανίζουν κίνδυνο ίδιο με αυτόν του γενικού πληθυσμού. Με τον τρόπο αυτόν, τα άτομα εκείνα της οικογένειας που δεν φέρουν τη μετάλλαξη

απαλλάσσονται από την παρακολούθηση και την πιθανή προληπτική παρέμβαση (είτε χειρουργική, είτε φαρμακευτική), με άμεση συνέπεια τη μείωση της ψυχολογικής και οικονομικής επιβάρυνσης και απώτερο αντίκτυπο την προφύλαξη από τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των παρεμβάσεων.

Γνωρίζουμε ακόμη ότι η γνώση της μοριακής βάσης του γονιδίου BRCA1 έχει οδηγήσει στην πρώτη απόπειρα γονιδιακής θεραπείας *in vivo* με τη χρησιμοποίηση αντιτύπου του γονιδίου BRCA1 σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο των ωοθηκών, με θετικά αποτελέσματα.

Το νομικό όμως πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορούν να κινηθούν ασθενείς και ιατροί δεν έχει θεσμοθετηθεί ακόμη σε πολλές χώρες. Γι' αυτό οφείλουμε να είμαστε πολύ προσεκτικοί και δεν θα πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι μια θετική δοκιμασία, μαζί με τα ευεργετικά αποτελέσματα που μπορεί να έχει στην προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση ενός ατόμου, μπορεί, από την άλλη, να οδηγήσει σε αυξημένο προσωπικό άγχος και οικογενειακή ένταση και να δημιουργήσει προβλήματα στον εργασιακό ή και στον ασφαλιστικό τομέα.

Η Μοριακή Βιολογία και η Γενετική βαδίζουν με γρήγορα άλματα προς τα εμπρός. Η Ιατρική του μέλλοντος ήδη αντλεί μεγάλο μέρος των πληροφοριών της από τη γνώση της γονιδιακής ταυτότητας ενός ατόμου σχετικά με την πιθανότητα ανάπτυξης μιας συγκεκριμένης νόσου. Ο έλεγχος για τη γενετική προδιάθεση του καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών έχει αρχίσει να εφαρμόζεται στην κλινική πράξη. Στον επιστημονικό ορίζοντα άρχισε να διαφαίνεται ότι, στο εγγύς μέλλον, θα υπάρξει σίγουρα τροποποίηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, που θα στηρίζεται στη γενετική πληροφόρηση⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

Σταδιοποίηση, ιστολογική ταξινόμηση και είδη καρκίνου του μαστού

3.1. Σταδιοποίηση των όγκων - Το σύστημα TNM

Από την αρχική δημιουργία ενός όγκου έως την ημέρα που αυτός θα δώσει τα πρώτα συμπτώματα μεσολαβεί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, το οποίο μάλιστα σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι αρκετά μακρό. Το διάστημα αυτό αποτελεί τη λεγόμενη σιωπηλή περίοδο. Από την εμφάνισή του και μετά ο όγκος αυξάνεται σταδιακά σε μέγεθος, με διαφορετικό για κάθε είδος νεοπλασματος ρυθμό αύξησης. Μετά τη μεγέθυνση του όγκου εκδηλώνεται η επέκταση στους περιοχικούς λεμφαδένες ενώ, αργότερα, εκδηλώνονται και απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ο όγκος, δηλαδή, περνά από διάφορα στάδια, τα οποία πρέπει να προσδιορίζονται όσο το δυνατόν ακριβέστερα και λεπτομερέστερα. Η διαδικασία αυτού του προσδιορισμού λέγεται σταδιοποίηση. Σταδιοποίηση δηλαδή είναι το σύνολο των κλινικών, εργαστηριακών, εγχειρητικών, παθολογοανατομικών ή άλλων διαδικασιών που αποσκοπούν στον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης ενός κακοήθους νεοπλασματος. Ο προσδιορισμός του σταδίου της νόσου συμβάλλει μεταξύ άλλων:

- στο σχεδιασμό της θεραπευτικής πρακτικής,
- στον προσδιορισμό της πρόγνωσης της νόσου,
- στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας,
- στην ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειρίας μεταξύ ερευνητικών ομάδων, ώστε να εκτιμώνται συγκρίσιμες καταστάσεις.

Παρότι για ορισμένα νεοπλασματα έχουν προταθεί ιδιαίτερα συστήματα σταδιοποίησης, αυτό που έχει γνωρίσει την ευρύτερη αποδοχή είναι το σύστημα TNM, που έχει αναπτυχθεί από ερευνητές της Διεθνούς Ένωσης κατά του Καρκίνου (UICC) και της Αμερικανικής Συνδεδεμένης Επιτροπής Καρκίνου (AJCC). Το TNM ακολουθεί μια ορθολογική μεθοδολογία, καλύπτει πολλές από τις αναγκαίες παραμέτρους και έχει

αποδειχθεί αρκετά λειτουργικό. Ακόμα επιδέχεται τροποποιήσεις ανάλογα με δεδομένα που προκύπτουν από τη συσσώρευση γνώσεων και εμπειρίας. Το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση των όγκων περιγράφει την ανατομική έκταση της νόσου, στηριζόμενο σε τρία στοιχεία:

- Το μέγεθος του αρχικού όγκου που συμβολίζεται με το γράμμα T (από τη λέξη tumor).
- Την απουσία ή την παρουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες, που συμβολίζονται με το γράμμα N (από τη λέξη nodes).
- Την απουσία ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, που συμβολίζονται με το γράμμα M (από τη λέξη metastasis).

Για τον παράγοντα T, δηλαδή τον πρωτογενή όγκο, διακρίνουμε τις ακόλουθες περιπτώσεις:

- T_0 : Δεν υπάρχει ένδειξη όγκου
- T_x : Δεν μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία όγκου
- Tis : Καρκίνος in situ
- T_1, T_2, T_3, T_4 : Αυξανόμενο μέγεθος ή τοπική επέκταση

του πρωτογενούς όγκου. Γενικώς, ως T_1 χαρακτηρίζονται όγκοι, των οποίων η μεγαλύτερη διάμετρος δεν υπερβαίνει τα 2cm. Ως T_2 ορίζεται ο όγκος του οποίου η μεγαλύτερη διάμετρος κυμαίνεται μεταξύ 2 cm και 4 cm. Ως T_3 ορίζεται ο όγκος με τη μεγαλύτερη διάμετρο πάνω από 4 cm. Τέλος, ως T_4 ορίζεται ο όγκος που διηθεί τα παρακείμενα όργανα.

Αντίστοιχα ισχύουν και για τον παράγοντα N, δηλαδή τους περιοχικούς λεμφαδένες. Ως προς τους αδένες διακρίνουμε τις εξής καταστάσεις:

- N_0 : Δεν υπάρχει ένδειξη μεταστατικών λεμφαδένων.
- N_x : Δεν μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία μεταστατικών λεμφαδένων.
- N_1, N_2, N_3 : Αυξανόμενη συμμετοχή περιοχικών λεμφαδένων. Παρ' ότι για μερικά όργανα υπάρχουν και περισσότερες υποκατηγορίες (N_{2a}, N_{2b}, N_{2c}), γενικώς ως N_1 ορίζεται η παρουσία ενός λεμφαδένα προς τη μία πλευρά, ως N_2 η παρουσία περισσότερων λεμφαδένων στην ίδια πλευρά και

ως N₃ η παρουσία μεταστατικών λεμφαδένων και προς τις δύο πλευρές του πάσχοντος οργάνου.

Όσο για την απουσία ή την παρουσία μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα, διακρίνουμε:

- M₀: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.
- M_x: Δεν μπορούν να διαπιστωθούν απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- M_i: Διαπιστώνονται απομακρυσμένες μεταστάσεις. Στην κατηγορία αυτή μπορεί να γίνει επιμέρους κατηγοριοποίηση, αναλόγως του οργάνου που εμφανίζει μεταστάσεις, λ.χ. M₁ PUL για πνευμονικές, OSS για οστικές, HEP για ηπατικές, BRA για εγκεφαλικές μεταστάσεις, MAR για μεταστατική διήθηση του μυελού κ.λπ.

Πρέπει στο σημείο αυτό να διευκρινίσουμε την έννοια του δείκτη x στα σύμβολα του TNM. Εάν λ.χ. ένας ασθενής εμφανίζει κυτταρολογική πτυέλων θετική, με καμία όμως απεικονιστική μέθοδο δεν αναδεικνύεται η παρουσία όγκου, ούτε διαπιστώνεται κατά την βρογχοσκόπηση, έχουμε την περίπτωση όχι της μη ύπαρξης (όπως στο T₀), αλλά της μη διαπίστωσης όγκου (T_x). Εάν ένας ασθενής με όγκο του πνεύμονος εμφανίσει επιληπτική κρίση (χωρίς θετικό για επιληψία ατομικό αναμνηστικό ή μεταβολική διαταραχή που να προκαλεί κρίση) υποψιαζόμαστε εγκεφαλική μετάσταση. Αν, όμως, η παρουσία τέτοιας βλάβης δεν διαπιστωθεί ούτε με την αξονική τομογραφία, ούτε με τη μαγνητική τομογραφία, μπορούμε να μιλήσουμε για M_x.

Ουσιαστικό κριτήριο για την πρόγνωση ενός όγκου, εκτός από το στάδιο, είναι και ο βαθμός κακοήθειας των κυττάρων του όγκου (grade). Διακρίνουμε:

- G_x: Δεν μπορεί να προσδιορισθεί ο βαθμός κακοήθειας των κυττάρων.
- G₁: Καλώς διαφοροποιημένος καρκίνος
- G₂: Μετρίως διαφοροποιημένος καρκίνος
- G₃: Χαμηλής διαφοροποίησης καρκίνος (poorly differentiated).

Όσο περισσότερο διαφοροποιημένα είναι τα κύτταρα του όγκου, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση (G_1 η καλύτερη πρόγνωση).

Η σταδιοποίηση με το σύστημα TNM μπορεί να γίνει είτε κλινικώς (cTNM, όπου c=clinical) είτε παθολογοανατομικώς μετά τη χειρουργική επέμβαση (pTNM, όπου p=pathologic), είτε νεκροτομικώς (aTNM, όπου a=autopsy). Ως rTNM (όπου r=retreatment) χαρακτηρίζεται η ανασταδιοποίηση κατά την υποτροπή μετά από άλλοτε άλλο ελεύθερο νόσου μεσοδιάστημα. Η ανασταδιοποίηση είναι απαραίτητο να γίνεται πριν την εφαρμογή νέου θεραπευτικού πρωτοκόλλου³.

3.1.1. Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι κοινά αποδεκτή από την AJCC και την UICC. Ο ιστολογικός τύπος, αν και καθοριστικός, δεν περιλαμβάνεται στη σταδιοποίηση.

Στάδιο	T	N	M
0	T_{is}	N_0	M_0
I	T_1	N_0	M_0
IIA	T_0	N_1	M_0
	T_1	N_1	M_0
	T_2	N_0	M_0
IIIB	T_2	N_1	M_0
	T_3	N_0	M_0
IIIA	T_0	N_2	M_0
	T_1	N_2	M_0
	T_2	N_2	M_0
	T_3	N_1	M_0
	T_3	N_2	M_0
IIIB	T_4	N_0, N_1, N_2, N_3	M_0
	T_1, T_2, T_3, T_4	N_3	M_0
IV	T_1, T_2, T_3, T_4	N_1, N_2, N_3	M_1^3

3.1.2. Επεξήγηση των συμβόλων

T_{is}: Ένδοπορικό καρκίνωμα, λοβιακό καρκίνωμα in situ ή νόσος Paget της θηλής χωρίς όγκο.

T₁: Όγκος μικρότερος των 2 cm στη μεγαλύτερή του διάμετρο. Διακρίνεται περαιτέρω σε: T_{1a}: Μικρότερος των 0,5 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο.

T_{1b}: Όγκος μεγαλύτερος των 0,5 cm και έως 1 cm στη μεγαλύτερή του διάμετρο.

T_{1c}: Μεγαλύτερος του 1 cm και μικρότερος των 2 cm στη μεγαλύτερή του διάμετρο.

T₂: Όγκος μεγαλύτερος των 2 cm και μέχρι 5 cm στη μεγαλύτερή του διάμετρο.

T₃: Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm στη μεγαλύτερή του διάμετρο.

T₄: Όγκος κάθε μεγέθους που επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.

T_{4a}: Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα.

T_{4b}: Οίδημα (και δέρμα όπως "φλοιός πορτοκαλιού" (peau d' orange), εξέλκωση δέρματος, δορυφόρα δερματικά οζίδια στον ίδιο μαστό.

T_{4c}: Ευρήματα των T_{4a} και T_{4b} μαζί.

T_{4d}: Φλεγμονώδες καρκίνωμα.

Ως φλεγμονώδες καρκίνωμα ορίζεται η οντότητα εκείνη, κατά την οποία υπάρχει σκλήρυνση του μαστού, με διάχυτη ερυθρότητα και θερμότητα, με σαφή όρια όπως στο ερυσίπελας.

N₀: Δεν υπάρχει μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες.

N₁: Μετάσταση στους αδένες της σύστοιχης μασχάλης.

N₂: Μετάσταση στους λεμφαδένες της σύστοιχης μασχάλης που καθηλώνονται μεταξύ τους ή με τα γειτονικά ανατομικά στοιχεία.

N₃: Μετάσταση στους εσωτερικούς σύστοιχους λεμφαδένες.

M₀: Απουσία μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα.

M₁: Παρουσία μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα³.

Πενταετής επιβίωση ασθενών με καρκίνο του μαστού βάσει TNM (κατά προσέγγιση, κατά Beahrs και συν.)

Στάδιο	5ετής επιβίωση %
I	90
II	75
III	50
IV	15 ⁴

3.2. Ιστολογική ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού

Η ακριβής ταξινόμηση του όγκου σε συνδυασμό με το κλινικό στάδιο καθορίζουν την πρόγνωση της νόσου. Ο καρκίνος αναπτύσσεται είτε στα λόβια, είτε στους πόρους, είτε στη θηλή, αλλά σχεδόν πάντα από το ενδοαυλικό επιθήλιο. Ο σημαντικότερος χαρακτήρας του νεοπλασματος είναι ότι έχει την ικανότητα ή να διηθεί διαχύτως ή να παραμένει εντοπισμένος για πολύ καιρό⁹.

Ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από πολυάριθμους ιστολογικούς τύπους, οι οποίοι ταξινομούνται στον παρακάτω πίνακα.

Ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού (AJCC και UICC, 1988)
1. Καρκίνος (χωρίς άηθο προσδιορισμό)
2. Πορογενής
- Ενδοσωληνώδης (in situ)
- Διηθητικός (χωρίς άηθο προσδιορισμό)
- Διηθητικός με προεξέχουσα ενδοσωληνώδη συνιστώσα
- Comedo
- Φλεγμονώδης
- Μυελοειδής με ηεμφοκυτταρική διήθηση
- Βήεννώδης (κοήλοειδής)
- Θηλώδης
- Σκίρρος
- Σωληνώδης
- Άηθος
3. Λοβιακός
- In situ
- Διηθητικός με προέχουσα in situ συνιστώσα
- Διηθητικός
4. Καρκίνος της θηλής
- Νόσος paget (χωρίς άηθο προσδιορισμό)
- Νόσος paget με ενδοσωληνώδη καρκίνο
- Νόσος paget με διηθητικό πορογενή καρκίνο
5. Άηθος

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

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

ευμεγέθους ώστε να διαγνωσθεί εύκολα, γίνεται διηθητικός στη θέση της βιοψίας στο 70% περίπου των περιπτώσεων, είναι συχνά πολυεστιακός και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις στο 1% έως 3% των περιπτώσεων. Η μεγάλη πλειοψηφία των διηθητικών καρκίνων αντιπροσωπεύεται από τους λεγόμενους "όχι διαφορετικά προσδιοριζόμενος" (not otherwise specified - NOS) καρκίνους που καλύπτουν πάνω από το 60% των καρκίνων του μαστού και περιλαμβάνουν τους τύπους που παλαιότερα ονομάζονταν "σκίρρος καρκίνος" και "comedo καρκίνωμα" του μαστού. Ο μυελοειδής καρκίνος, που είναι το 5% των διηθητικών είναι λιγότερο επιθετικός από τους NOS καρκίνους και δίνει μεταστάσεις αργότερα. Ο σωληνώδης και ο βλεννώδης (ζελατινώδης) καρκίνος του μαστού (όλοι μαζί 2% του συνόλου) είναι σχετικά σπάνιοι και έχουν καλή πρόγνωση. Ο επιδερμοειδής καρκίνος, ο καρκίνος από διαυγή κύτταρα και ο καρκίνος με οστική μεταπλασία είναι ιδιαίτερα σπάνιοι και έτσι δεν έχουν πρακτική σημασία.

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

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

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

Μη ευνοϊκοί τύποι, άρα κακής πρόγνωσης, είναι ο καρκίνος μαστού με πλακώδη μεταπλασία, ο φλεγμονώδης καρκίνος και καρκινώματα με σαρκωματοειδή, οστική ή χονδροματώδη μεταπλασία. Ακόμη, υψηλός πυρηνικός ή ιστολογικός βαθμός (grade), φτωχή διαφοροποίηση, αποτελούν αρνητικούς (δυσμενείς) προγνωστικούς παράγοντες¹⁰.

3.3. Ειδικές μορφές καρκίνου του μαστού

1. Καρκίνος του μαστού στον άνδρα. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα αποτελεί παραλλαγή μιας νόσου η οποία κατά τα άλλα συνδέεται στενά με το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Είναι θεμελιωδώς ταυτόσημος προς το γυναικείο καρκίνο μαστού, με τη διαφορά ότι είναι πολύ λιγότερο συχνός, εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία, αναπτύσσεται συστηματικά πίσω από τη θηλή και είναι περισσότερο ορμονοευαίσθητος. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα έχει επίπτωση που ισοδυναμεί με το 1% αυτής που απαντάται στη γυναίκα και μέση ηλικία διάγνωσης 10 χρόνια μεγαλύτερη από τη γυναίκα. Έτσι η σχέση άνδρα προς γυναίκα είναι περίπου 1:100 και η ηλικία εμφάνισης συνήθως μετά τα 60 (με φάσμα από 25 έως 93 ετών).

Η επίπτωσή του (ΗΠΑ) είναι 0,1 περιπτώσεις το χρόνο ανά 100.000 πληθυσμού για τις ηλικίες 30-34 ετών και 6,5 περιπτώσεις το χρόνο ανά 100.000 πληθυσμού για τις ηλικίες άνω των 85 χρόνων.

Στις ΗΠΑ αποτελεί το 0,3-1,5% όλων των καρκίνων του άνδρα και το 0,6-0,9% του συνόλου των καρκίνων του μαστού.

Υπάρχουν σήμερα μερικά στοιχεία που συνηγορούν για πιθανότητες οικογενούς διανομής του καρκίνου του ανδρικού μαστού. Επίσης η γυναικομαστία σύμφωνα με κάποιες ενδείξεις μπορεί να προδιαθέτει σε καρκίνο του ανδρικού μαστού. Περισσότερο όμως φαίνεται ότι προδιαθέτουν καταστάσεις που προκαλούν υπεροιστρογονισμό, όπως π.χ. η βιλαρζίαση, γι' αυτό και στην Αίγυπτο που είναι εξαπλωμένη, ο καρκίνος του ανδρικού μαστού είναι το 6% του συνολικού αριθμού καρκίνων μαστού, έναντι 1% που είναι συνήθως. Τέλος, άνδρες με σύνδρομο Klinefelter έχουν αυξημένη επίπτωση καρκίνου του μαστού, 3-6%, πλησιάζοντας έτσι το γυναικείο βαθμό κινδύνου.

Κλινικά η νόσος παρουσιάζεται όπως στη γυναίκα με τη διαφορά ότι συχνά αφορίζεται λιγότερο καλά και μπορεί να διηθεί την υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύς, λόγω της μικρής μάζας του ανδρικού μαστού.

Παθολογοανατομικά δεν υπάρχουν διαφορές από τη γυναίκα, εκτός ότι στον άνδρα δεν συναντάται το λοβιακό καρκίνωμα *in situ*. Ορμονικοί υποδοχείς υπάρχουν στο 84% περίπου των περιπτώσεων.

Ο καρκίνος του ανδρικού μαστού παρουσιάζεται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο απ' ότι στη γυναίκα. Αυτό δημιούργησε την εσφαλμένη εντύπωση ότι ο καρκίνος του ανδρικού μαστού έχει χειρότερη πρόγνωση από της γυναίκας. Όμως, συγκρίνοντας την επιβίωση κατά στάδια, αυτή είναι ίδια με της γυναίκας. Το Memorial Hospital της Νέας Υόρκης αναφέρει 80% 10ετή επιβίωση ελεύθερη νόσου στους άνδρες που αντιμετωπίστηκαν με μαστεκτομή και είχαν αρνητικούς ιστολογικά μασχαλιαίους λεμφαδένες, αποτέλεσμα ανάλογο με αυτό των γυναικών. Όμως η πρόγνωση υπήρξε χειρότερη στην περίπτωση των ανδρών με θετικούς λεμφαδένες.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του ανδρικού μαστού είναι ανάλογη με αυτού της γυναίκας και τον πρώτο λόγο έχει η μαστεκτομή. Η μεταστατική νόσος είναι επίσης ανάλογη (οστά 48%, μαλακά μόρια 60%, διάφορες σπλαχνικές εντοπίσεις όπως το ήπαρ). Το υψηλό ποσοστό παρουσίας ορμονικών υποδοχέων δίνει τη δυνατότητα ορμονικών χειρισμών με πρώτο απ' όλους την ορχεκτομή, η οποία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τη μεταστατική νόσο, καθώς δίνει αντικειμενική ανταπόκριση υψηλότερη απ' ότι η ωοθηκεκτομή στη γυναίκα (50%-60) με μέση διάρκεια 12 μήνες (3 έως 40 μήνες). Το επόμενο βήμα είναι η επινεφριδιεκτομή (χειρουργική ή φαρμακευτική), ενώ η υποφυσεκτομή τείνει να εγκαταλειφθεί, καθώς ανάλογα με αυτή αποτελέσματα δίνουν τα αντιοιστρογόνα και οι άλλοι ορμονικοί παράγοντες.

Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών δεν υπάρχουν ακόμη μεγάλες σειρές που να έχει χρησιμοποιηθεί επικουρική χημειοθεραπεία. Όμως η πρώτη δοκιμή από το National Cancer Institute των ΗΠΑ σε 24 ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες, που αφορούσε το γνωστό σχήμα CMF, έδωσε 5ετή επιβίωση πάνω από 80%, γεγονός που είναι σημαντικό αν συγκριθεί με ιστορικές ομάδες ελέγχου.

2. Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού. Πρόκειται για μια επιθετική μορφή του καρκίνου του μαστού, όχι συχνή και με κακή πρόγνωση.

Ιστολογικά διαφέρει και πρέπει πάντοτε να διαφοροποιείται από τον καρκίνο του μαστού που συνοδεύεται από φλεγμονή. Η βιοψία του προσβεβλημένου δέρματος δείχνει νεοπλασματικά κύτταρα στα λεμφαγγεία του δέρματος, ενώ σπάνια ανευρίσκονται φλεγμονώδη κύτταρα. Τον πρώτο λόγο στη θεραπεία τον έχουν η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, αλλά τα αποτελέσματα παραμένουν πάντοτε φτωχά.

Τελευταία αξιολογούνται διάφορα πρωτόκολλα, όπου γίνεται συνδυασμός ακτινοβολίας ή προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας με μαστεκτομή, η οποία εδώ έχει τη θέση επικουρικού χειρισμού και φαίνεται ότι τα αποτελέσματα είναι κάπως καλύτερα.

3. Νόσος Paget της θηλής. Χαρακτηρίζεται από κνησμώδη εκζεματοειδή προσβολή της θηλής και παθολογοανατομικά από μεγάλα κύτταρα με ωχρο πρωτόπλασμα και μεγάλους ανώμαλους πυρήνες (κύτταρα Paget) στην επιδερμίδα της θηλής. Στο 60% των περιπτώσεων συνυπάρχει μάζα στο μαστό. Σε όλες τις περιπτώσεις υπάρχει διηθητικό ή μη διηθητικό καρκίνωμα στον προσβεβλημένο μαστό, μερικές φορές σε σημαντική απόσταση από τη θηλή. Η σχέση μεταξύ προσβολής της θηλής και υποκείμενης κακοήθειας είναι αντικείμενο διαφωνιών. Άλλοι θεωρούν ότι η βλάβη της θηλής είναι αποτέλεσμα μετανάστευσης κακοήθων κυττάρων στον υποκείμενο καρκίνο και άλλοι ότι είναι ανεξάρτητη παθολογία.

Εάν συνυπάρχει μάζα (ογκίδιο) η πρόγνωση είναι ίδια με τις αντίστοιχες γυναίκες που έχουν κακόηθες ογκίδιο (καρκίνο) στο μαστό. Αν δεν συνυπάρχει ογκίδιο η πρόγνωση είναι πολύ καλή.

Επί του παρόντος, η θεραπεία εκλογής στη νόσο Paget της θηλής είναι η απλή μαστεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, κύρια όταν συνυπάρχει υποκείμενο κακόηθες ογκίδιο. Πιο συντηρητική αντιμετώπιση (απλή μαστεκτομή ή συντηρητική μαστεκτομή με εκτομή θηλής-θηλαίας άλω) έχει δοκιμαστεί, βασικά σε περιπτώσεις χωρίς υποκείμενο ογκίδιο, αλλά τα αποτελέσματα είναι νωρίς ακόμα για να αξιολογηθούν.

4. Καρκίνος του 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 McDivitt και Stewart. Η αντιμετώπισή τους έγινε με τοπική εκτομή ή απλή μαστεκτομή και όλοι πλην ενός επέζησαν. Στην εφηβική ηλικία οι καρκίνοι ήσαν 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 με αυτή των ενηλίκων.

Τρεις από τους προ της ήβης καρκίνους μαστού και δύο 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 του¹⁰.

3.4. Άλλοι κακοήθεις όγκοι του μαστού

Ενώ τα στηρικτικά στοιχεία του μαστού αποτελούν πάνω από τα 3/4 του συνολικού ιστού του οργάνου, οι όγκοι που προέρχονται από αυτά αποτελούν μόνο το 1% των κακοήθων όγκων του μαστού.

1. **Σαρκώματα.** Οι μη επιθηλιακοί μεσεγγυματογενείς όγκοι του μαστού είναι σπάνιοι. Συνήθως παρουσιάζονται σαν μεγάλες μάζες οι οποίες δεν είναι καθηλωμένες στο δέρμα ή τους εν τω βάθει ιστούς, δίνουν σπάνια λεμφαδενικές μεταστάσεις και μεθίστανται κατά κύριο λόγο αιματογενώς με προτίμηση τους πνεύμονες, οστά και ήπαρ. Η μαστογραφία δίνει εικόνες συμβατές με καλοήθεις βλάβες, όπως κύστεις ή ινοαδενώματα (πυκνές καλά αφοριζόμενες βλάβες με λίγα σημεία διηθητικής δραστηριότητας).

Η μεγαλύτερη εμπειρία βρίσκεται στα πλαίσια του φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος, το οποίο περιέχοντας τόσο επιθηλιακά, όσο και μεσοδερμικά ιστολογικά στοιχεία, μπορεί να περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα ιστολογικών μορφών οι οποίες κυμαίνονται από καλοήθεις βλάβες μέχρι εστιακή μικροσκοπική κακοήθεια σε μικρά ινοαδενώματα και βλάβες με τάση τοπικής υποτροπής ή υψηλής κακοήθειας μεθιστάμενες. Στην περίπτωση των φυλλοειδών όγκων η ακριβής πρόγνωση της συμπεριφοράς τους είναι δύσκολη, αλλά η συχνότητα των μιτώσεων, η κυτταρική ατυπία, η κυτταροβριθεία και η ύπαρξη διηθητικών ορίων είναι χρήσιμες συνιστώσες στην ιστολογική τους εκτίμηση. Συνηθέστερα έχουμε εξάπλωση κατά συνέχεια ιστού ή τοπική υποτροπή, ενώ όταν έχουμε μετάσταση, αυτή χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη της κακοήθους συνιστώσας του συνδετικού ιστού μόνο.

Είναι απαραίτητο ο χειρουργός και ο παθολογοανατόμος να έχουν πλήρη γνώση της κλινικής σημασίας της διάγνωσης, η οποία βασικά θα περιλαμβάνει διαφορική διάγνωση μεταξύ γιγαντιαίου ινοαδενώματος, καλοήθους κυστεοσαρκώματος, εστιακού κυστεοσαρκώματος και κακοήθους φυλλοειδούς κυστεοσαρκώματος το οποίο αποτελεί το 20% περίπου των κυστεοσαρκωμάτων.

Στις περιπτώσεις που το κυστεοσάρκωμα δεν περικλείει κακοήθεια, η ευρεία τμηματεκτομή με ολική εξαίρεση της βλάβης περιβαλλόμενης από μία ζώνη υγιούς ιστού, είναι η θεραπεία εκλογής. Σε μεγάλες βλάβες μπορεί να χρειαστεί αποκατάσταση του μαστού.

Σε περίπτωση εξαίρεσης βλάβης η οποία χαρακτηρίζεται σαν ινοαδένωμα και βρεθεί στην κανονική βιοψία εστιακή κακοήθης εξαλλαγή, τότε η αντιμετώπιση της άρρωστης πρέπει οπωσδήποτε να περιλάβει εκτομή του φέροντος τεταρτημορίου του μαστού, ώστε να υπάρξει επαρκής αφαίρεση ιστού, η οποία να περιλάβει τυχόν επεκτάσεις της νόσου, οι οποίες έχουν παραμείνει κατά την παρασκευή του ινοαδενώματος στα όρια της ορατής κάψας του. Αμιγώς κακοήθειας βλάβες αντιμετωπίζονται με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η αφαίρεση του μαστού είναι επιτακτική, λόγω της υψηλής επίπτωσης τοπικής υποτροπής (30%) μετά από μικρότερης έκτασης επεμβάσεις. Το μεταστατικό δυναμικό των

κακοήθων κυστεοσαρκωμάτων στους επιχώριους λεμφαδένες είναι πολύ χαμηλό.

Ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε ασθενείς με φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα απ' ό τι στο γενικό πληθυσμό και στην περίπτωση αυτή η θεραπεία εστιάζεται κατά κύριο λόγο σ' αυτόν. Στενή παρακολούθηση επιβάλλεται στη συνέχεια και συμπληρωματική θεραπεία εφ' όσον έχει ένδειξη.

Ενώ το κυστεοσάρκωμα αποτελεί το μεγαλύτερο σε μέγεθος κακοήθη όγκο του μαστού, στα σαρκώματα υπάγονται και οι κακοηθέστεροι όγκοι που προσβάλλουν το μαστό, τα αιμαγγειοσαρκώματα ή αγγειοσαρκώματα. Είναι όγκοι ταχείας εξέλιξης που μεθίστανται ευρέως και γρήγορα και συχνά προκαλούν το θάνατο λόγω μαζικής αιμορραγίας από τις μεταστάσεις, ακόμα και μέσα σε 2-4 μήνες από τη διάγνωσή τους. Ο μαστός είναι αρκετά συχνή θέση εμφάνισής τους, με την ιδιαιτερότητα ότι σπάνια μεθίστανται στους επιχώριους λεμφαδένες, σε αντίθεση με τις άλλες εντοπίσεις των αγγειοσαρκωμάτων και αιμαγγειοσαρκωμάτων που δίνουν λεμφαδενικές μεταστάσεις στο 60%-70% των περιπτώσεων.

Η τοπική υποτροπή είναι συχνή, ιδίως αν δεν γίνει ευρεία εκτομή του όγκου (μαστεκτομή με ιδιαίτερη προσοχή στον καθαρισμό της θωρακικής περιτονίας - θωρακικών μυών). Ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 22 μήνες και η 5ετής επιβίωση 7%.

Άλλα σαρκώματα του μαστού είναι:

- Όγκοι προερχόμενοι από τον ινώδη ιστό του μαστού (ινωμάτωση, ινοσάρκωμα, σάρκωμα του στρώματος, κακοήθες ινώδες ιστιοκύττωμα).
- Λιποσάρκωμα, μυξοσάρκωμα.
- Ραβδοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα, μυοβλάστωμα κοκκιωδών κυττάρων.
- Κοκκιοκυτταρικό σάρκωμα (χλώρωμα), χονδροσάρκωμα, οστεοσάρκωμα.

- Καρκινοσάρκωμα (αληθής "όγκος από σύντηξη" στον οποίο συνυπάρχουν τόσο κακοήθη επιθηλιακά, όσο και κακοήθη στοιχεία από το συνδετικό ιστό.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η απλή μαστεκτομή είναι η μέθοδος θεραπείας εκλογής, εκτός ίσως τα υψηλής κακοήθειας λιποσαρκώματα και καρκινοσαρκώματα, όπου η πιθανότητα λεμφαδενικής επέκτασης επιβάλλει πιο ριζική αντιμετώπιση με συμμετοχή και της μασχάλης.

Έχει αναφερθεί η ανάπτυξη σαρκωμάτων από τα μαλακά μόρια του μαστού μετά από μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Αφορούν 1 με 1,5% των ακτινοβολουμένων ασθενών, είναι κυρίως κακοήθη ινώδη ιστιοκυττώματα ή ινοσαρκώματα, αλλά και αγγειοσαρκώματα καμιά φορά και εμφανίζονται 4 με 26 χρόνια μετά την ακτινοθεραπεία. Ευρεία εξαίρεση είναι η θεραπεία εκλογής, συνεπικουρούμενη από πολυπαραγοντική χημειοθεραπεία για σαρκώματα.

Τέλος, είναι δυνατόν να έχουμε λεμφαγγειοσάρκωμα το οποίο αναπτύσσεται πάνω στο έδαφος του χρόνιου οιδήματος του σύστοιχου άκρου, το οποίο μπορεί να ακολουθήσει μετά από μαστεκτομή. Ονομάζεται και σύνδρομο Stewart-Treves από τους πρώτους περιγράψαντες το 1948. Εμφανίζεται δέκα χρόνια (1 έως 26) κατά μέσο όρο μετά τη μαστεκτομή σαν μικρά έγχρωμα οζίδια που πολλές φορές συγχέονται με δήγματα εντόμων, και τα οποία προοδευτικά πληθύνονται, αυξάνονται και ενώνονται μεταξύ τους. Όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι έχουν δοκιμαστεί, χειρουργική (αφαίρεση ευρεία των όζων μέχρι ακρωτηριασμού του άκρου), ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλλά η πρόγνωση είναι πολύ φτωχή (5ετής επιβίωση σχεδόν μηδενική). Πιστεύεται ότι η ελάττωση της χρήσης της ριζικής μαστεκτομής σε συνδυασμό με καλή τεχνική στην τροποποιημένη μαστεκτομή και αποφυγή ακτινοβολήσης της μασχάλης μετά από μασχαλιαίο λεμφαδενικό καθαρισμό (επειδή προάγει την ίνωση με συνέπεια απόφραξη λεμφαγγείων και οίδημα) αποτελούν την καλύτερη μέθοδο αντιμετώπισης του λεμφαγγειοσαρκώματος του οιδηματώδους άκρου.

2. Λοιποί κακοήθεις όγκοι μαστού. Μελάνωμα έχει αναφερθεί, εκτός από το δέρμα του μαστού και για το παρέγχυμά του, αλλά αυτό αμφισβητείται καθώς δεν υπάρχουν μελανοκύτταρα στο μαστό.

Επίσης λεμφώματα (Hodgkin's ή non-Hodgkin's) μπορεί να εντοπιστούν σαν το μοναδικό σημείο μιας γενικευμένης νόσου, με τη μορφή ογκιδίου του μαστού.

Και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις η θεραπεία είναι αυτή της αντίστοιχης υποκείμενης νόσου.

3. Καρκίνοι μεταστατικοί στο μαστό. Καρκίνοι από άλλες θέσεις μπορεί να δώσουν μεταστάσεις στο μαστό. Οι πιο συνηθισμένοι είναι λεμφώματα και κακοήθες μελάνωμα. Χρειάζεται προσεκτική αξιολόγηση των ιστολογικών ευρημάτων της βιοψίας προκειμένου να αποφύγουμε άσκοπες επεμβάσεις στο μαστό, στις περιπτώσεις αυτές.

Υποστηρίζεται ότι, αν εξαιρέσουμε την προσβολή του μαστού στα λεμφώματα και λευχαιμίες, το μελάνωμα αποτελεί το συχνότερα μεθιστάμενο κακοήθη όγκο στο μαστό. Επίσης, έχουν αναφερθεί σπάνιες μεταστάσεις καρκίνων πνεύμονα, στομάχου, νεφρού, ωθήκης και καρκινοειδών όγκων. Τη μεγαλύτερη όμως συχνότητα την έχουν οι μεταστάσεις από τον άλλο μαστό. Στην περίπτωση αυτή η μετάσταση είναι ταυτόσημη με τον όγκο της πρωτοπαθούς εστίας.

Η θεραπεία των μεταστατικών στο μαστό καρκίνων βασίζεται στη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας προέλευσης¹⁰.

3.5. Ειδικά προβλήματα στον καρκίνο μαστού

1. Εγκυμοσύνη. Η εγκυμοσύνη δεν μεταβάλλει την επιβίωση στον καρκίνο του μαστού σε σχέση με μη εγκύους γυναίκες της ίδιας ηλικίας (2% με 3% των καρκίνων παρουσιάζονται στην εγκυμοσύνη ή γαλουχία). Η σχετική εντύπωση για κακή έκβαση του καρκίνου του μαστού σε εγκύους γυναίκες προήλθε βασικά από το γεγονός ότι τα αναφερόμενα κακά αποτελέσματα οφείλονται σε καθυστέρηση της έναρξης θεραπείας, μέχρις

όπου να τερματισθεί φυσιολογικά η εγκυμοσύνη και να γίνει βιοψία του όγκου του μαστού. Άμεση βιοψία συνιστάται σε όλες τις εγκύους που παρουσιάζουν ογκίδιο στο μαστό και αν αποδειχθεί καρκίνος, άμεση αντιμετώπιση. Τυχόν διακοπή της εγκυμοσύνης θα συνεκτιμηθεί με το στάδιο της νόσου, την προβλεπόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση, το χρόνο της κύησης και την επιθυμία της εγκυμονούσας ασθενούς.

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

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

2. Αμφοτερόπλευρη νόσος. Ο αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού μπορεί να είναι σύγχρονος ή μετάχρονος. Σύγχρονος καρκίνος υπάρχει στο 10% περίπου των γυναικών με καρκίνο του μαστού και αυτό επιβεβαιώνεται με την εκτέλεση βιοψίας ρουτίνας στον άλλο μαστό γυναικών οι οποίες υποβάλλονται σε μαστεκτομή για καρκίνο. Όμως ορισμένοι ανεβάζουν το ποσοστό του αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού, το οποίο βρίσκεται με την εκτέλεση βιοψίας και στον άλλο μαστό, στο 14%, ενώ άλλοι δέχονται ότι η συνολική επίπτωση είναι γύρω στο 7% και οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν μετάχρονο καρκίνο. Σε μια σειρά όπου έγινε τυχαία βιοψία στον άλλο μαστό με την τεχνική της βιοψίας καθρέφτη (στάδιο I και II και ηλικία κάτω από τα 65) βρέθηκε καρκίνος στον άλλο μαστό σε ποσοστό 14,2% (87,5% από αυτούς ήταν *in situ* και 12,5% διηθητικοί).

Ο σύγχρονος ή ο μετάχρονος καρκίνος του μαστού, εφ' όσον δεν συνοδεύονται από μεταστατική νόσο, θεωρούνται και αντιμετωπίζονται σαν πρωτοπαθής νόσος του κάθε μαστού.

Ο χρονικός προσδιορισμός του μετάχρονου καρκίνου του μαστού παραμένει αμφιλεγόμενος στη βιβλιογραφία, όμως γενικά η παρέλευση ενός χρόνου μετά από τη διάγνωση της πρώτης πρωτοπαθούς εστίας καρκίνου στον ένα μαστό είναι μέσα στα αντικειμενικά πλαίσια χαρακτηρισμού του σαν τέτοιο.

Ένα μεγάλο ποσοστό των μετάχρονων καρκίνων στον άλλο μαστό είναι διηθητικοί. Συστηματική παρακολούθηση του άλλου μαστού με κλινική εξέταση, μαστογραφία, αλλά και εκλεκτικές βιοψίες, βοηθούν στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του δεύτερου μαστού. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε τέτοια συστηματική και επιθετική παρακολούθηση το ποσοστό της πρώιμης ανίχνευσης φαίνεται ότι έχει αυξηθεί¹⁰.

3.6. Καλοήθειες παθήσεις του μαστού

Παρακάτω γίνεται αναφορά στις σημαντικότερες καλοήθειες παθήσεις του μαστού, οι οποίες αφ' ενός μεν δεν έχουν σχέση με τον καρκίνο, αφ' ετέρου δε, πρέπει να διαπιστώνονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα, γιατί κάποιες απ' αυτές μπορεί να λειτουργούν ως προδιαθεσικοί παράγοντες ή να εξελιχθούν μελλοντικά σε καρκίνο του μαστού.

3.6.1. Συγγενείς ανωμαλίες

Η ύπαρξη υπεραρίθμων θηλών - πολυθηλία - ή μαστών - πολυμαστία - κατά μήκος της μαστικής γραμμής, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες, δεν είναι σπάνια. Οι υπεράριθμοι μαστοί έχουν φυσιολογική κατασκευή και λειτουργία μέχρι και της παραγωγής γάλακτος στην περίοδο του θηλασμού. Αντιθέτως, η πλήρης έλλειψη ενός μαστού - αμαστία - ή της θηλής - αθηλία - είναι εξαιρετικώς σπάνια. Ο χρόνος ενάρξεως της αναπτύξεως των μαστών και η ολοκλήρωσή της εξαρτάται από τις ορμόνες του φύλου. Έτσι, έχει άμεση σχέση με την έναρξη της ήβης και την εμφάνιση όλων των δευτερευόντων χαρακτήρων του φύλου. Τα ενδοκρινικά σύνδρομα που διαταράσσουν την έκκριση των ορμονών αυτών προκαλούν και ανάλογες μεταβολές του μεγέθους των μαστών (π.χ. υποπλαστικοί μαστοί σε σύνδρομο Turner)⁹.

3.6.2. Γυναικομαστία

Λέγεται η εμφάνιση ευμεγέθων, θήλεος τύπου, μαστών σε άνδρα. Συνήθως είναι ετερόπλευρη και εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία. Ο μαζικός αδένας ψηλαφάται διογκωμένος ($d=2-3$ cm), αλλά είναι ομαλός, στρογγυλός, ζυμώδης, κινητός και συνήθως ανώδυνος. Σε ετερόπλευρη εμφάνιση δεν οφείλεται σε ορμονική δυσλειτουργία. Το σοβαρότερο πρόβλημα που προκαλεί είναι η ψυχολογική διαταραχή του εφήβου. Η πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου στο διογκωμένο μαστό δεν είναι μεγαλύτερη απ' ό τι στον άλλο. Εάν δεν υποχωρήσει αυτόματα σε 6-12 μήνες, αφαιρούμε το διογκωμένο αδέν, υπό τοπική αναισθησία, με τομή στο κάτω ήμισυ της περιφέρειας της θηλαίας άλω.

Αμφοτερόπλευρη γυναικομαστία απαντάται συνήθως σε ενηλίκους και πάντοτε πρέπει να αναζητείται η συστηματική ορμονική διαταραχή που την προκαλεί. Συνήθως υπάρχει υψηλή στάθμη οιστρογόνων, στο αίμα, όπως σε ηπατική ανεπάρκεια ή σε εξωγενή χορήγησή τους σε άνδρες για θεραπευτικούς σκοπούς (π.χ. σε καρκίνο προστάτου). Οι μαστοί ψηλαφώνται σκληροί με ανώμαλη επιφάνεια και η βιοψία τους είναι απαραίτητη⁹.

3.6.3. Φλεγμονώδεις παθήσεις

Οξεία μαστίτιδα - απόστημα: Συμβαίνει συνήθως τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας. Πύλη εισόδου των μικροβίων (συνήθως σταφυλόκοκκος ή στρεπτόκοκκος) είναι είτε μικροτραυματισμοί της θηλής ή οι γαλακτοφόροι πόροι. Η φλεγμονή αρχικώς εκδηλώνεται ως κυτταρίτιδα (ερυθρότης του δέρματος - οίδημα - πόνος), η οποία στη συνέχεια είναι δυνατόν να αποστηματοποιηθεί. Εάν ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι στρεπτόκοκκος, τότε η κυτταρίτιδα είναι έντονη με πιθανές συστηματικές τοξικές εκδηλώσεις. Ο σταφυλόκοκκος έχει μεγαλύτερη διεισδυτικότητα και προκαλεί ευκολότερα ρευστοποίηση της φλεγμονής και αποστήματα μονήρη ή πολλαπλά.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συστηματική (ενδοφλέβια) χορήγηση αντιβιοτικών και εφαρμογή τοπικώς υγρής θερμότητας. Εάν η φλεγμονή

αποστηματοποιηθεί, παροχετεύεται ευρέως το συντομότερο. Πολλαπλά αποστήματα είναι δυνατόν να παροχετευθούν με μία τομή στην περιφέρεια της θηλαίας άλω για κοσμητικούς λόγους, εφ' όσον όμως είμαστε βέβαιοι ότι τα μεταξύ τους διαφράγματα έχουν ραγεί ευρέως και δεν έχουν αφεθεί άλλες κοιλότητες.

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής του θηλασμού. Εάν η θηλή εμφανίσει ρωγμή, τότε σταματά ο θηλασμός, γίνεται κένωση του μαστού με τεχνικά μέσα και εφαρμογή τοπικώς αντισηπτικών μεθόδων.

Το χρόνιο απόστημα του μαστού. Είναι εξαιρετικώς σπάνιο, αλλά μπορεί ευκολότατα να συγχυθεί με τον καρκίνο. Το συνηθέστερο αίτιο είναι η δευτεροπαθής φυματίωση. Η περιοχή δεν εμφανίζει στοιχεία φλεγμονής, το υπερκείμενο δέρμα είναι σκληρό και καθηλωμένο στη βλάβη, ενώ συχνά φέρει πολλαπλούς συριγγιώδεις πόρους. Η διάγνωση επισφραγίζεται μόνο με τη βιοψία της μάζας και η θεραπεία περιλαμβάνει ευρεία παροχέτευση και αντιφυματική αγωγή. Σε επιμονή του αποστήματος γίνεται απλή μαστεκτομή.

Σπανιότερα, χρόνιο απόστημα δυνατό να προκληθεί από κακώς θεραπευθείσα οξεία μαστίτιδα. Η συλλογή στην περίπτωση αυτή είναι καλώς περιγραμμένη με περιόδους αυτόματης παροχέυσεως (ύφεση) και μη παροχέυσεως (έξαρση).

Η θεραπεία περιλαμβάνει καλλιέργεια του πύου για την ταυτοποίηση του μικροοργανισμού και χορήγηση του κατάλληλου αντιβιοτικού συστηματικώς. Στη συνέχεια γίνεται ευρεία παροχέτευση της συλλογής με λήψη αρκετών και ευμεγέθων ιστοτεμαχίων από την περιφέρεια της κοιλότητας για ιστολογική εξέταση προς αποκλεισμό της κακοήθειας.

Άσηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού. Είναι πάντα αποτέλεσμα τραυματισμού του μαστού ή χρόνιας πίεσεως σε 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 ψηλαφείται μάζα σκληρή με ασαφή όρια, επώδυνη, η οποία όμως δεν μεταβάλλει μέγεθος με το χρόνο. Εκτός του τελευταίου χαρακτηριστικού, η ομοιότητά της με τον καρκίνο 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.

Εκτασία των πόρων. Έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν οι όροι πλασματοκυτταρική μαστίτιδα ή μαστίτιδα των πόρων κ.ά. Πρόκειται για υποξεία φλεγμονή του εκφορητικού συστήματος του μαζικού αδένου, στο τμήμα που βρίσκεται κάτω από τη θηλαία άλω, εξαιτίας αποφράξεως των πόρων. Οι πόροι διατείνονται, γεμίζουν με κυτταρικά ράκη και λιπαρό υλικό με αποτέλεσμα την ατροφία του επιθηλίου των πόρων. Τα λιπαρά στοιχεία συχνά διαπερνούν το τοίχωμα των πόρων και προκαλούν φλεγμονή του παρεγχύματος γύρω από τους πόρους και την παρουσία πλασματοκυττάρων. Εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικώς σε γυναίκες που βρίσκονται περί την εμμηνόπαυση, ενώ η άρρωστη στο ιστορικό της συχνά αναφέρει δυσκολίες κατά τη γαλουχία.

Η διαφορική διάγνυσή της από τον καρκίνο είναι δύσκολη κλινικώς. Υπάρχει συχνά εισολκή της θηλής, καθήλωση του δέρματος με οίδημα και ψηλαφητή μάζα σκληρή με ασαφή όρια και διόγκωση των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Απαιτούνται επανειλημμένες βιοψίες για να αποκλεισθεί η παρουσία νεοπλάσματος.

Θεραπευτικώς αφαιρείται η προβληματική περιοχή του αδένου μαζί με τους αντίστοιχους γαλακτοφόρους πόρους.

Η νόσος μπορεί να εκδηλωθεί με άλλες μορφές, όπως π.χ. εκροή από τη θηλή παχύρρευστου λιπώδους υλικού ή σημεία εντοπισμένης οξείας φλεγμονής κάτω από τη θηλή με σχηματισμό αποστηματίου.

Θηλαίο συρίγγιο (γαλακτοκήλη). Παρουσιάζεται συνήθως σε νεαρές γυναίκες μετά το τέλος της περιόδου της γαλουχίας. Προκαλείται από απόφραξη ενός γαλακτοφόρου πόρου κατά την εκβολή του στη θηλή από στερεοποιηθέντα υπολείμματα γάλακτος και κυτταρικά στοιχεία. Ο πόρος διατείνεται, το επιθηλίό του υφίσταται πλακώδη μεταπλασία και η

επιμόλυνση της συλλογής οδηγεί στο σχηματισμό υποθηλαίου αποστήματος. Στη φάση αυτή είναι δυνατόν ή να ραγεί αυτομάτως ή να παροχετευθεί χειρουργικώς. Ό,τι από τα δύο κι αν συμβεί, θα δημιουργηθεί ένας συριγγιώδης πόρος από τον οποίο θα εξέρχεται λευκωπό ή υποκίτρινο υγρό.

Μόνιμη θεραπεία επιτυγχάνεται χειρουργικώς με την αφαίρεση ολόκληρου του γαλακτοφόρου πόρου μαζί με τμήμα του μαζικού αδέν⁹.

3.6.4. Καλοήθεις επιθηλιακοί όγκοι

Ινοαδένωμα. Ο συνηθέστερος καλοήθης όγκος των νεαρών γυναικών. Παρατηρείται κυρίως στην ηλικία 21-25 ετών και στο 15% των περιπτώσεων είναι πολλαπλά. Ιστολογικώς αποτελείται από δύο στοιχεία, όπως υποδηλώνει και η ονομασία του: μεγάλη αύξηση ινώδους συνδετικού ιστού με ανώμαλη ανάπτυξη πόρων και λοβίων. Αναπτύσσεται βραδέως (διπλασιασμός του μεγέθους του σε 6-12 μήνες) και συνήθως δεν ξεπερνά σε μέγεθος τα 3 cm. Σπανιότατα παρατηρούνται υπερμεγέθη ινοαδενώματα. Το μέγεθός τους μπορεί να αυξηθεί κατά την κύηση, τη γαλουχία και πριν από την εμμηνόπαυση. Αν παραμένουν πολύ καιρό χωρίς να αφαιρεθούν υφίστανται υαλοειδή εκφύλιση και σύμφυση προς τους γύρω ιστούς.

Στην κλινική εξέταση πρόκειται για όγκο περιγραμμένο, με ομαλή επιφάνεια, χωρίς σχέση με τον αδέν⁹ ή σύμφυση με το δέρμα ανεξαρτήτως του μεγέθους που μπορεί να έχει. Συνήθως είναι ανώδυνος και εξαιρετικώς κινητός (ποντικός του μαστού). Θεραπευτικώς είναι προτιμότερο να αφαιρούνται.

Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα. Είναι μια σπανιότατη παραλλαγή του ινοαδενώματος. Ο όγκος αποτελείται από μεγάλες κύστεις των οποίων το τοίχωμα αποτελούν μάζες ιστού με βαθιές τομές που δίνουν την εντύπωση φύλλων βιβλίου και είναι σαρκώδους υφής. Η μακροσκοπική αυτή εμφάνιση έδωσε στον όγκο και την ονομασία του. Η πλειονότητα των όγκων αυτών είναι καλοήθεις, αλλά ενίοτε εξαλλάσσονται σαρκωματοδώς (3-12%). Παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες ηλικίας 25-40 ετών. Κλινικώς παρουσιάζεται ως ογκώδης μάζα διαμέτρου 10-15 cm με λέπτυνση του

δέρματος εξ αιτίας της διατάσεως την οποία υφίσταται, το οποίο συχνά είναι εξέρυθρο και φέρει έντονο επίφλεβο. Παρά το μεγάλο μέγεθος που μπορεί να φτάσει, η μάζα δε συμφύεται ούτε με το δέρμα, ούτε με τους μυς. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την απουσία διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων, το διακρίνει από τον καρκίνο. Σε μερικές περιπτώσεις το υπερκείμενο δέρμα εξαιτίας της διατάσεως ισχαιμεί και νεκρώνεται. Εάν ο όγκος μεγενθύνεται γρήγορα μπορεί στο κέντρο του να νεκρωθεί εξαιτίας της κακής αιματώσεώς του και να τακεί. Ακόμα και σε περίπτωση σαρκωματώδους εξαλλαγής οι μεταστάσεις (αιματογενείς) είναι σπάνιες.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Εάν δεν αφαιρεθεί πλήρως υποτροπιάζει τοπικώς. Η εκτομή ως εκ τούτου πρέπει να είναι ευρεία και επί υγιών ιστών. Συνήθως η απλή μαστεκτομή γίνεται αναγκαία εξαιτίας του μεγέθους του όγκου. Είναι σκόπιμο να συναφαιρούνται και οι προσιτοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες προκειμένου να γίνει σταδιοποίηση σε περίπτωση που έχει ήδη εξαλλαγεί. Εάν ο όγκος υποτροπιάσει τοπικώς, επιχειρείται νέα χειρουργική αφαίρεση του όγκου.

Ενδοαυλικό θήλωμα. Σχηματίζεται από το επιθήλιο που καλύπτει τους μεγάλους πόρους. Μπορεί να είναι μισχωτό ή επίπεδο και συνήθως βρίσκεται σε απόσταση 1 cm από την εκβολή τους. Το έξω στόμιο του πάσχοντος πόρου μπορεί να φαίνεται διατεταμένο ή να φέρει ίχνη παλαιού αίματος. Σε θήλωμα που δεν ψηλαφείται η εντόπισή του μπορεί να γίνει πιέζοντας κύκλω τη θηλαία άλω μέχρι να βρεθεί το σημείο που προκαλεί την αιματηρή έκκριση από τη θηλή.

Παρακλινικώς δεν είναι δυνατό να αναδειχθεί στη μαστογραφία, αλλά εξέταση εκλογής για τον εντοπισμό του πόρου είναι το υπερηχοτομογράφημα και η γαλακτογραφία. Σ' αυτή γίνεται ένεση σκιαγραφικού υλικού στους γαλακτοφόρους πόρους και το θήλωμα αναδεικνύεται ως σκιαγραφικό έλλειμμα.

Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του πόρου που φέρει το θήλωμα. Γίνεται τομή στη θηλαία άλω πάνω από την ψηλαφούμενη διογκωση και σφηνοειδής εκτομή του υποκείμενου ιστού που περιλαμβάνει το γαλακτοφόρο πόρο με ελάχιστο περιβάλλοντα μαζικό ιστό μέχρι την εκβολή του πόρου στη θηλή⁹.

3.6.5. Καλοήθειες συνδετικογενείς όγκοι

Είναι σπάνιοι. Απ' αυτούς (αγγειώματα, ινώματα, λειομυώματα κ.λπ.), ο μόνος που έχει κλινική σημασία είναι το λίπωμα. Είναι μαλακής συστάσεως, λοβωτό και ακτινοδιαπερατό στη μαστογραφία. Δυνατόν να συγχυθεί με την άθροιση λίπους γύρω από ένα σκίρο καρκίνο. Για το λόγο αυτό συστήνεται η αφαίρεση και ιστολογική εξέταση των λιπωμάτων⁹.

3.6.6. Κυστική νόσος και επιθηλιακή υπερπλασία

Είναι η πιο συχνή πάθηση του γυναικείου μαστού. Στο παρελθόν υπήρχε διαφωνία τόσο για την ονοματολογία της νόσου, όσο και για το φάσμα των ιστολογικών βλαβών που καλύπτει. Η νόσος αποτελεί μια εκτροπή από τη φυσιολογική κυκλική μεταβολή που υφίσταται ο μαστός με τις περιόδους της γυναίκας. Μια σχετικώς μικρή ορμονική διαταραχή (συνήθως υπερέκκριση οιστρογόνων) είναι δυνατόν να έχει σοβαρό αντίκτυπο στο μαστό.

Δεν είναι τεκμηριωμένο από προοπτικές μελέτες κατά πόσο η κυστική νόσος προδιαθέτει ή προφυλάσσει από την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Η κυστική νόσος θεωρείται νόσος των λοβίων του αδένου, ενώ η εκτασία των πόρων που περιγράφηκε πιο πάνω, είναι η διάταση των μεγάλων πόρων. Οι δύο αυτές νόσοι συχνά συνυπάρχουν. Απαντάται συνηθέστερα στις γυναίκες που βρίσκονται λίγο πριν ή κατά την εμμηνόπαυση, ενώ σπανίζει ή και υποχωρεί μετά την εμμηνόπαυση. Εκφράζει πιθανόν μία διαταραχή της διαδικασίας υποστροφής του μαστού εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας.

Αρχικώς σχηματίζονται μερικές μικρές κύστεις από τη διάταση των αδενικών κυψελών των λοβίων, οι οποίες χωρίζονται με ένα λεπτό στρώμα συνδετικού ιστού. Στη συνέχεια οι μικρές αυτές κύστεις συνενώνονται για να σχηματίσουν μεγαλύτερες κύστεις που επικαλύπτονται από επιθήλιο το οποίο είναι δυνατόν να μεταπλαστεί σε αποκρινικού τύπου (ιδρωτοποιών αδένων). Εάν αποφραχθεί και ο απαγωγός πόρος, τότε σχηματίζεται μια μεγάλη κύστη η οποία γεμίζει υπό τάση με καθαρό υποκίτρινο, πράσινο ή

καφεοειδές σε χρώμα υγρό. Σε ποσοστό 15% υπάρχει αυτόματη ή προκλητή έκκριση από τη θηλή ορώδους ή οροαιματηρού υγρού.

Η καλοήθης επιθηλιακή υπερπλασία συνήθως συνυπάρχει με την κυστική νόσο και μπορεί να διακριθεί είτε σε αδένωση, είτε σε επιθηλίωση.

Η αδένωση είναι μη νεοπλασματική λοβώδης υπερπλασία στην οποία όλες οι επιθηλιακές ομάδες μέσα στο λόβιο υπερτροφούν περιβαλλόμενες από ένα συνδετικογενές υπόστρωμα. Η επιθηλίωση είναι η εστιακή επιθηλιακή υπερπλασία μέσα στους μικρούς πόρους. Όταν είναι έντονη, σχηματίζει δακτυλοειδείς προσεκβολές του επιθηλίου τις οποίες πολλοί αποκαλούν θηλωμάτωση. Εάν η αδένωση συνοδεύεται από μεγάλη αύξηση του συνδετικού ιστού, τότε καλείται σκληρυντική αδένωση. Τα επιθηλιακά στοιχεία είναι παραμορφωμένα και περισφίγγονται από το συνδετικό ιστό, ώστε μοιάζουν αρκετά με σκίρο καρκίνο. Δεν υπάρχουν όμως μιτώσεις και οι πυρήνες είναι κανονικοί.

Στη διάχυτη μορφή της κυστικής νόσου οι μαστοί είναι "βαρείς", σκληροί και ο αδένας στην ψηλάφηση έχει ανώμαλη επιφάνεια, οζώδη. Υπάρχει πάντα πόνος ή τάση στους μαστούς, ιδιαιτέρως πριν από την έμμηνο ρύση.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του επώδυνου πολυοζώδους μαστού είναι δύσκολη. Το πρώτο που πρέπει να γίνει είναι ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με την πάθησή της. Εάν τα ενοχλήματα είναι πολύ έντονα δοκιμάζεται η χορήγηση ενός αντι-οιστρογόνου (tamoxifen) ή ενός δεσμευτού της γοναδοτροπίνης (danazol). Επειδή σ' ένα τέτοιο μαστό η ανίχνευση ενός αναπτυσσόμενου καρκίνου είναι πολύ δύσκολη, η άρρωστη πρέπει να παρακολουθείται συχνά.

Στην εντοπισμένη μορφή είναι δυνατόν να προσβληθεί οποιοδήποτε τμήμα του αδένα. Προκαλείται είτε από συνάθροιση μικρών κύστεων ή από υπέρμετρη ανάπτυξη συνδετικού ιστού. Η άρρωστη μόνη της παρατηρεί ότι ένα τμήμα του αδένα της έχει διαφορετική σύσταση από τον υπόλοιπο. Μετά την περίοδο, ενώ ο μαστός της "αδειάζει", το τμήμα αυτό παραμένει υπό τάση. Στην ψηλάφηση η περιοχή αυτή ψηλαφείται οζώδης και σκληρή.

Στη σκληρυντική αδένωση ψηλαφείται μια σκληρή οζώδης περιοχή, η οποία είναι όμως αρκετά κινητή.

Στη μονήρη κύστη ψηλαφείται στο μαστό μία σκληρή μάζα, η οποία μπορεί να έχει σαφή όρια, ομαλό περίγραμμα και, ή να είναι κινητή, ή να αποτελεί μέρος μίας περιοχής κυστικής προσβολής του μαστού.

Η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο δεν είναι πάντα εύκολη. Η μη καθήλωση της βλάβης προς το δέρμα είναι στοιχείο καλοήθειας.

Η διερεύνηση των μονήρων ή εντοπισμένων αυτών βλαβών πρέπει να είναι προσεκτική και μεθοδική.

Κατά κανόνα πρέπει να αποφεύγονται οι συχνές μαστογραφίες. Εάν η διόγκωση είναι περιορισμένη, πρέπει να γίνεται παρακέντηση δια βελόνης και κυτταρολογική εξέταση του αναρροφηθέντος υλικού. Εάν το περιεχόμενο είναι υγρό και αρκετό σε ποσότητα (5-15 ml) και η διόγκωση εξαφανισθεί, τότε πρόκειται για μονήρη κύστη. Η άρρωση εξετάζεται πάλι σε 4-6 εβδομάδες. Εάν η κύστη έχει σχηματισθεί πάλι, επιχειρείται δεύτερη κένωσή της, αλλά σε δεύτερη υποτροπή πρέπει να γίνεται πάντοτε ανοικτή αφαίρεση της βλάβης και ιστολογική εξέταση.

Εάν με την παρακέντηση η μάζα δεν εξαφανισθεί, ή εάν η βλάβη είναι περισσότερο διάχυτη, ή εάν στην παρακολούθηση της άρρωστης ψηλαφώνται νέα ύποπτα στοιχεία, τότε πρέπει να προχωρούμε σε ανοικτή βιοψία των περιοχών αυτών. Είναι προτιμότερο να υποβάλλουμε μια άρρωση σε μία ή δύο αρνητικές βιοψίες από το να μας ξεφύγει ένας καρκίνος του μαστού⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Διάγνωση

4.1. Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφησή του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα:

- 1) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση.
- 2) Ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο.
- 3) Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
- 4) Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
- 5) Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.
- 6) Εισολκή της θηλής - οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
- 7) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση της θηλής.
- 8) Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
- 9) Εξέλκωση κατά τη θηλή - οφείλεται σε αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτατης ανάπτυξης της μάζας.
- 10) Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια¹¹.

4.2. Διαγνωστική διαδικασία

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

4.2.1. Κλινική Εξέταση

Μόνο το 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση και του πιο έμπειρου γιατρού. Στο υπόλοιπο ποσοστό καταφεύγουμε σε διαγνωστικές εξετάσεις.

Ιστορικό: Πρέπει να αναζητείται κάθε στοιχείο σχετικό με το πρόβλημα που αναφέρει η γυναίκα στο μαστό της. Κυκλικά ενοχλήματα από τους μαστούς με την περίοδο, έκκριση από τη θηλή, μεταβολές της θέσεως και του σχήματος των μαστών κ.λπ. Λεπτομερές, επίσης, γυναικολογικό ιστορικό (έναρξη περιόδου, συχνότητα, διάρκεια, εγκυμοσύνη, θηλασμός κ.λπ.), καθώς και οικογενειακό και ατομικό αναμνηστικό (προηγούμενες παθήσεις του μαστού, βιοψίες, μαστογραφίες κ.λπ.).

Φυσική εξέταση: Πρέπει να γίνεται σε χώρο όπου η άρρωστη θα αισθάνεται άνετα, χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων, εκτός μιας αδελφής-βοηθού, και να γυμνώνεται από τη μέση και πάνω. Η εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών, η οποία θα τηρείται πάντα με αυστηρότητα και θα είναι η ίδια, ανεξαρτήτως από το αίτιο για το οποίο προσέρχεται προς εξέταση η άρρωστη. Αρχικώς είναι καθιστή με τους βραχίονες ελεύθερους προς τα κάτω. Ζητάμε να σηκώσει τα χέρια της πάνω από το κεφάλι της και να τα ξανακατεβάσει στην ποδιά της. Παρατηρούμε τη συμμετρία των θηλών, την ομοιομορφία και συμμετρία των μαστών και των θηλών κατά την κίνηση των χεριών, ανωμαλίες του δέρματος (καθήλωση, ρυτίδωση) και προβολή τυχόν διογκώσεων στην επιφάνεια των μαστών.

Στη συνέχεια η άρρωστη γέρνει ελαφρώς προς τα εμπρός και οι μαστοί ψηλαφώνται αμφιχειρώς. Εάν θέλουμε να εξετάσουμε τυχόν καθήλωση του μαστού στο μείζονα θωρακικό μυ, ζητάμε από την άρρωστη να σφίξει με τα δύο χέρια της τη μέση της. Συσπάται έτσι ο μείζων θωρακικός μυς και παραμένει ακίνητος, ενώ κινείται ο μαστός. Η μασχαλιαία κοιλότητα της άρρωστης εξετάζεται από το αντίθετο χέρι του εξετάζοντος (δεξιά μασχάλη - αριστερό χέρι γιατρού) και αφού ο βραχίονας της άρρωστης λυγισμένος χαλαρώνει εντελώς πάνω στο σύστοιχο χέρι του εξετάζοντος.

Τέλος, η άρρωστη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι της και ψηλαφώνται οι μαστοί πιεζόμενοι μεταξύ των χεριών και του θωρακικού τοιχώματος σε όλη τους την έκταση, από τα χείλη των θωρακικών μυών εκατέρωθεν και από τους υπερκλείδιους βόθρους μέχρι το πλευρικό τόξο. Εάν ψηλαφηθεί οποιαδήποτε διόγκωση, πρέπει να καθορισθεί το μέγεθός της, η σχέση της με τον αδένα, εάν είναι περιγραμμένη ή όχι, εάν συμφύεται με το δέρμα ή το μυ, εάν είναι συμπαγής ή κυστική, ομαλή ή λοβωτή κ.ά. Για να διευκρινίσουμε εάν η μάζα συμφύεται με το δέρμα, το ρυτιδώνουμε μεταξύ αντίχειρα και δείκτη.

Εάν η άρρωστη παραπονείται για έκκριση από τη θηλή προσπαθούμε να την προκαλέσουμε πιέζοντας την περιοχή της θηλαίας άνω με το δάκτυλο από την περιφέρεια προς το κέντρο γύρω-γύρω. Εντοπίζουμε έτσι και τη θέση της βλάβης.

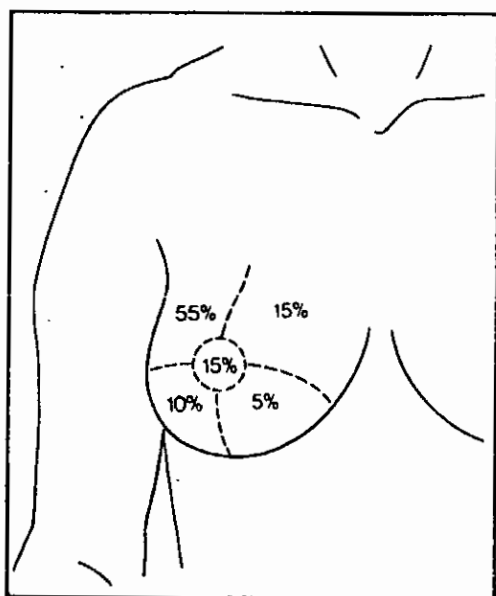
Η κλινική εξέταση του υπόπτου, για καρκίνο μαστού, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρους του εξεταστή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση. Εδώ, θα τονίσουμε ορισμένα στοιχεία που έχουν στενότερη σχέση με τον καρκίνο:

1) Η ηλικία της άρρωστης, η ύπαρξη ή όχι εμμηνορρυσίας, ο χρόνος εμφάνισης του όγκου που ψηλάφησε μέσα στο μαστό της και η εντόπισή του σ' αυτόν, έχουν σημασία.

Είναι δυνατό, ο όγκος, επειδή είναι μικρός να μην ψηλαφηθεί, αλλά να ψηλαφηθούν μασχαλιαίοι λεμφαδένες από μεταστάσεις σ' αυτούς. Κάποτε, συμβαίνει, καρκινικές μεταστάσεις στους πνεύμονες και στα οστά να οδηγήσουν στην ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας στο μαστό.

2) Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή εκτροπή αυτής.

Τα περισσότερα καρκινώματα του μαστού προκαλούν εισολκή του δέρματος. Συμβαίνει, όμως, κάποτε, σε μερικά από αυτά, που είναι περιγραμμένα, να μην εμφανίζεται εισολκή, γιατί εξελίσσονται με βραδύτερο ρυθμό και προκαλούν μικρότερη ινοποιητική αντίδραση στην υπόλοιπη μαστική μάζα.



Συχνότητα εντόπισης καρκίνου στο μαστό
(Gros)

Όταν η ίνωση περιλάβει μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους, τότε αυτοί βραχύνονται, με αποτέλεσμα την παρέκκλιση του άξονα της θηλής ή την επιπέδωσή της ή την εισολκή της. Καρκίνος του μαστού, στον οποίο δεν παρατηρούνται σημεία εισολκής της θηλής, σπάνια απαντάται. Αυτό μπορεί να συμβεί σε θηλώδη ή σε περιγραμμένο τύπο.

Είναι δυνατό, μικρή διάβρωση του επιθηλίου της θηλής

να αποτελεί το μόνο σημάδι ύπαρξης νόσου του Paget. Τέτοια διάβρωση μπορεί να μην την προσέξουμε και να απωλεσθεί έτσι η ευκαιρία έγκαιρης διάγνωσης της πάθησης.

3) Το οίδημα απαντάται συχνότερα στον προχωρημένο καρκίνο και είναι αποτέλεσμα έμφραξης των υποδορίων λεμφαγγείων. Στην περίπτωση αυτή, η λέμφος συσσωρεύεται μέσα στο δέρμα και προκαλεί ανώμαλες εμβαθύνσεις στα στόμια των υποδορίων αδένων, που δίνουν στο μαστό τη μορφή "φλοιού πορτοκαλιού".

Το οίδημα, τις περισσότερες φορές, αρχίζει από το δέρμα της θηλαίας άνω ή κάτω από αυτή, δηλαδή από το πιο εξαρτημένο μέρος του μαστού.

Στην περιοχή αυτή εμφανίζεται το οίδημα ιδιαίτερα, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο βάθος ή στο κεντρικό μέρος του μαστού ή στην περιμέτρώ του.

Το οίδημα που έχει την όψη "φλοιού πορτοκαλιού" δεν έχει μεγάλη διαγνωστική αξία στον καρκίνο, γιατί παρατηρείται και σε κάθε περίπτωση λεμφικής στάσης. Όταν, όμως, εμφανίζεται στον καρκίνο, έχει κακή προγνωστική σημασία.

4) Εδώ πρέπει να τονισθεί η αξία της ψηλάφησης του μαστού. Προκειμένου για τον καρκίνο πρέπει να έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω:

α) Δεν πρέπει να μας διαφύγει η ακριβής έκταση του αδένου, γιατί λεπτό στρώμα του είναι δυνατό να φτάσει ως την κλείδα ή ως το στέρνο ή ως το έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Τότε, μικρός όγκος, που βρίσκεται μέσα σ' αυτά τα όρια, μπορεί να εκληφθεί ως καλοήθης υποδόρια βλάβη, που δεν έχει σχέση με το μαστικό αδένου, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για καρκίνο. Επίσης, η μασχालιά ούρα του μαστικού αδένου, είναι δυνατό να εκτείνεται μέχρι την κοιλότητα της μασχάλης και ο όγκος να εκληφθεί ως αδενίτιδα.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η ψηλάφηση του όγκου είναι εύκολη. Σε μερικές, όμως, από αυτές, ο εξεταστής μπορεί να συναντήσει δυσκολία με την ψηλαφώμενη ανωμαλία και να βρεθεί μπροστά στο ερώτημα: ανήκει ο σχηματισμός, που ψηλαφεί, μέσα στα όρια της φυσιολογικής ποικιλίας της υψής του μαστού ή αντιπροσωπεύει κάποια επεξεργασία του; Γιατί, αν συμβαίνει το πρώτο, δεν επιβάλλεται επέμβαση για τον έλεγχό του, αν όμως, το δεύτερο, ο χειρουργικός έλεγχος είναι απαραίτητος.

β) Το μέγεθος του όγκου, που θα ψηλαφήσουμε στον καρκίνο του μαστού, εξαρτάται από την ηλικία του και την εξελικτικότητά του. Μερικές φορές, μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις, που και αυτές δεν αποκλείουν την ύπαρξη του καρκίνου.

Όσο για τη σχέση μεγέθους του όγκου και πρόγνωσης, διαπιστώθηκε πως, όταν αυτός είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. η επιβίωση μετά πενταετία, όποια θεραπεία κι αν εφαρμοσθεί, φτάνει το 35% περίπου.

Δεν πρέπει να λησμονηθεί, πως ο όγκος, που ψηλαφείται, είναι ένα περίπου εκατοστό μεγαλύτερος από τον πραγματικό, γιατί μεσολαβεί ο υπόλοιπος μαστικός ιστός.

γ) Η σύσταση του όγκου δεν είναι πάντα εύκολο να καθορίσει και τη φύση του. Τα περισσότερα καρκινώματα έχουν ξηλώδη σύσταση, αλλά και ένα επασβεστωμένο ιναδένωμα μπορεί να έχει την ίδια σύσταση. Το θηλώδες καρκίνωμα έχει μαλακή σύσταση. Νέκρωση ή αιμορραγική τήξη στο

κέντρο του καρκινωματώδους όγκου, δυνατό να προσδώσουν σ' αυτόν κυστική σύσταση.

δ) Ο βαθμός της κινητικότητας του όγκου, ίσως, αποτελεί το καλύτερο διαγνωστικό σημάδι στον καθορισμό της φύσης του. Τα καρκινώματα, λόγω της διηθητικής τους τάσης, είναι καθηλωμένα.

ε) Ο ακριβής καθορισμός της θέσης του όγκου στο μαστό έχει διαγνωστική αξία, γιατί ανάλογα με αυτή μεταβάλλεται και το ποσοστό διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων, που τόση σημασία έχουν στη πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Η διαίρεση του μαστού σε τμήματα διευκολύνει τον καθορισμό της φύσης του όγκου.

Έτσι σε συχνότητα 55% περίπου, ο καρκίνος προτιμάει το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Δεύτερη θέση έχει η κεντρική μοίρα του και τρίτη το πάνω και προς τα μέσα τεταρτημόριό του.

Καρκίνος, που βρίσκεται στην κεντρική μοίρα του μαστού, προκαλεί μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής. Καρκίνος του κάτω ημιμορίου, στα λεμφαγγεία του πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μυ. Καρκίνος του εσωτερικού ημιμορίου, στους λεμφαδένες της έσω μαστικής σε συχνότητα 54%, ενώ του εξωτερικού σε συχνότητα 18%. Γίνεται φανερό, πως το σημείο εντόπισης επηρεάζει τη θεραπεία του καρκίνου.

στ) Σε μερικές περιπτώσεις, και μάλιστα σε γυναίκες πάνω από 40 ετών, συμβαίνει αυτές ν' αναφέρουν, πως αισθάνθηκαν ξαφνικά την ανάπτυξη όγκου στο μαστό τους, που έχει τους χαρακτήρες φλεγμονής, ενώ στην πραγματικότητα είναι καρκίνος. Η εξέλιξη της κατάστασης σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απρόβλεπτη, δηλαδή, άλλες φορές η φλεγμονή γύρω από τον όγκο υποχωρεί και ο όγκος παραμένει, και άλλες φορές οι μεταστάσεις συμβαίνουν τόσο γρήγορα, ώστε ο θάνατος επέρχεται λίγες εβδομάδες μετά την προσβολή.

5) Η ψηλάφηση της μασχάλης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Μερικοί λεμφαδένες, που βρίσκονται στο πάνω μέρος της μασχάλης, είναι αδύνατο να ψηλαφηθούν, όπως δεν είναι εύκολοι στην ψηλάφηση οι λεμφαδένες που βρίσκονται πίσω από το παχύ στρώμα του μείζονα θωρακικού μυ. Στις

παχύσαρκες μάλιστα γυναίκες, η ψηλάφηση της μασχάλης είναι ιδιαίτερα δύσκολη.

Αποτελεί σοβαρό λάθος του εξεταστή να θεωρήσει τη μασχάλη ελεύθερη μεταστάσεων, επειδή δεν ψηλάφησε αδένες σ' αυτή. Η επιτυχία αυτής της προεγχειρητικής εκτίμησης φτάνει το 50%.

6) Η ψηλάφηση των υπερκλειδίων λεμφαδένων θα γίνει στο χείλος του στενοκλειδομαστοειδή μυ, εκεί που αυτός καταφύεται στο εσωτερικό άκρο της κλείδας και στο στέρνο. Για να ψηλαφηθούν, όμως, οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες, πρέπει να αποκτήσουν μεγάλο μέγεθος. Από τους υπερκλειδίοις λεμφαδένες συχνότερα ψηλαφούμε τους επιφανειακούς και τους πλάγιους. Και επειδή, όταν αυτοί ψηλαφηθούν, έχουν προσβληθεί οι κεντρικότεροι, τότε η πρόγνωση είναι κακή.

7) Κάθε είδους έκκριση από τη θηλή του μαστού, εκτός από την αμφοτερόπλευρη γαλακτώδη, πρέπει να ελέγχεται κυτταρολογικά. Η αιματηρή έκκριση σε ηλικιωμένη γυναίκα, και όταν δεν υπάρχει ψηλαφητός όγκος στο μαστό της, είναι ύποπτη για καρκίνο. Λιγότερο ύποπτη είναι η υδαρής έκκριση^{2,9}.

4.2.2. Εργαστηριακή διάγνωση

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για τη διάγνωση καρκίνου του μαστού ανήκουν οι παρακάτω διαγνωστικές εξετάσεις:

Μαστογραφία. Η περισσότερο σε χρήση μέθοδος ακτινολογικού ελέγχου του μαστού είναι η μαστογραφία, δηλαδή η μέθοδος η οποία χρησιμοποιεί ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, για ν' απεικονίσει τα φυσιολογικά ή παθολογικά στοιχεία του μαστού πάνω σε ακτινολογικό φιλμ. Αν, όμως, δεν χρησιμοποιείται ακτινογραφικό φιλμ, αλλά ξηρογραφικό χαρτί, τότε η μέθοδος λέγεται ξηρο- μαστογραφία.

Σε περίπτωση αμφίβολης εικόνας, είναι δυνατό, να χρησιμοποιηθεί η μεγενθυντική μαστογραφία, γιατί ανεβάζει την ακρίβεια της διάγνωσης.

Η μαστογραφία κατέχει ξεχωριστή θέση στη διαγνωστική των μαστοπαθειών, γιατί μ' αυτή πετυχαίνουμε τον προληπτικό έλεγχο ασυμπτωματικής πάθησης του μαστού.

Η ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ή ιστολογικού ελέγχου, γιατί η αιμορραγία, που προκαλείται από την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού, δυσκολεύει την ανάγνωση του μαστογραφήματος.

Ο συνδυασμός της μαστογραφίας με άλλες διαγνωστικές μεθόδους (υπερηχοτομογραφία, θερμογραφία), βοηθάει στην ακριβέστερη διάγνωση των παθήσεων του μαστού.

Προϋπόθεση της πετυχημένης διάγνωσης με τη μαστογραφία είναι η άριστη ποιοτικά εικόνα και η μελέτη της από έμπειρο ακτινοδιαγνώστη, γιατί η ανάγνωσή της, ίσως, είναι η δυσκολότερη ανάμεσα σ' όλες τις άλλες ακτινογραφικές εικόνες.

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας ανεβάζει το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας στο 90-97%.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μαστογραφίας είναι το ότι έχει την ικανότητα να σκιαγραφήσει μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1 mm, που συνδέονται πολύ συχνά με κακοήθεις επεξεργασίες του μαστού. Σπάνια, οι μικροεπασβεστώσεις εμφανίζονται σε καλοήθεις επεξεργασίες.

Τεχνική. Η λήψη των μαστογραφημάτων γίνεται καλύτερη με τη βοήθεια ειδικών επιμηκυμένων πιεστικών κώνων, που το άνοιγμά τους έχει σχήμα νεφρού, για να προσαρμόζονται καλύτερα στην κυρτότητα του θωρακικού τοιχώματος. Η λήψη, γίνεται από το πάνω μέρος του μαστού, δηλαδή κεφαλουραία, και από τα πλάγια.

Απαραίτητη είναι η ακτινογράφιση και των δύο μαστών για τη σύγκριση των ευρημάτων. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για τη λήψη μαστογραφήματος σε γυναίκες, που βρίσκονται στην αναπαραγωγική τους ηλικία, είναι μετά την εμμηνορρυσία και πριν από τη 12η ημέρα του κύκλου, τότε, που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί. Ο κίνδυνος από την εκτέλεση μαστογραφίας μπορεί να θεωρηθεί θεωρητικός.

Ενδείξεις. Συχνότερες ενδείξεις εκτέλεσης μαστογραφίας είναι οι παρακάτω:

1) Στον προληπτικό έλεγχο. Είναι φυσικό ότι μερικές αλλοιώσεις του μαστού, δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτές στην κλινική του εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία, αποκτάει ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου, γιατί ελαττώνει τη θνησιμότητα της γυναίκας από αυτόν, όπως απέδειξαν στατιστικές των τελευταίων ετών.

Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει προληπτικά μαστογραφία στην ηλικία 35-40 ετών. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η μαστογραφία μπορεί να επανεκτελείται σε 2-3 εξάμηνα μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Μετά από αυτή την ηλικία πρέπει να επανεκτελείται κάθε χρόνο.

Αν η πρώτη μαστογραφία αποδείξει φυσιολογικούς τους μαστούς, τότε, για τον θεωρητικό κίνδυνο στην έκθεση των ακτίνων, μπορεί οι επόμενες να είναι μαστογραφίες μίας μόνο προβολής.

2) Σε υγιείς γυναίκες που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρυμένο με καρκίνο και πάσχουν από καρκινοφοβία.

3) Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης, που δυνατό να συνυπάρχει μετά από έμφυση αέρα.

4) Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν παραδεχθούμε πως αυτή αποτελεί έδαφος πάνω στο οποίο μπορεί ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος. Μία τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο.

5) Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο, που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από τη θηλή, ευρήματα από το μαστό.

6) Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφησή τους.

7) Σε γυναίκες, που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

8) Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.

9) Σε ύπαρξη πολλών όγκων μέσα στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν, που θα προτιμήσουμε για ιστολογικό έλεγχο.

10) Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.

11) Σε περίπτωση κλινικής διάγνωσης κακοήθους επεξεργασίας για ακτινολογική επιβεβαίωση.

12) Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.

13) Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις.

Αντενδείξεις. Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

1) Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινευαίσθητοι.

2) Σε εγκύους, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Εκτίμηση ευρημάτων. Η εκτίμηση των ευρημάτων της μαστογραφίας δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί εξαρτάται από την ποιότητα του μαστογραφήματος, την πείρα του ακτινοδιαγνώστη και τη σύσταση των μαστών.

Η διάγνωση γίνεται ευκολότερη στους λιπώδεις μαστούς και δυσκολότερη στους μικρούς δυσπλαστικούς μαστούς, που μπορεί να καλυφθούν μικρές επασβεστώσεις και να διαφύγουν αλλοιώσεις, που βρίσκονται πίσω από τη θηλή, γιατί σ' αυτό το μέρος οι γαλακτοφόροι πόροι συγκλίνουν και δίνουν ψεύτικες εικόνες.

Η εκτίμηση των ευρημάτων της μαστογραφίας, θα γίνει όπως παρακάτω:

Καλοήθεις παθήσεις: Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετική μαστολογική εικόνα. Κάποτε, όταν μάλιστα πρόκειται για μονήρη όγκο, η διάγνωση μεταξύ καλοήθους και κακοήθους βλάβης γίνεται δυσκολότερη. Ακόμη δυσκολότερη είναι η διάκριση στο διαχωρισμό των διάχυτων καλοήθων βλαβών, από το φυσιολογικό μαστικό αδένα.

Τις περισσότερες φορές, οι καλοήθεις νεοπλασίες εμφανίζονται στη μαστογραφία με τη μορφή μάζας, που έχει ομαλά όρια και σχήμα στρογγυλό ή σχήμα αυγού ή λοβωτό.

Επειδή, ο καλοήθης όγκος απωθεί το γειτονικό του ιστό, δημιουργείται ακτινοδιαφανής στεφάνη γύρω από την περιφέρειά του. Οι διάχυτες καλοήθεις παθήσεις είναι, τις περισσότερες φορές αμφοτερόπλευρες.

Κακοήθεις παθήσεις. Τα μαστογραφικά ευρήματα στις κακοήθεις παθήσεις του μαστού, είναι τα παρακάτω:

Ανομοιόμορφη πυκνότητα. Ο καρκίνος διακρίνεται από την αυξημένη πυκνότητα της περιοχής, που προσβάλλει, σε σχέση με τον υπόλοιπο μαστό. Η πυκνότητα αυτή ελαττώνεται βαθμιαία στην περιφέρεια.

Ανώμαλα όρια. Το περίγραμμα του καρκινώματος είναι ανάλογο με το βαθμό διήθησής του και την αντίδραση των γύρω ιστών. Έτσι, ακτινολογικά, διακρίνουμε το διηθητικό τύπο, τον περιγραμμένο και τον λοβωτό τύπο καρκινώματος.

Επασβεστώσεις. Όταν αυτές είναι μικρές και συγκεντρωμένες, αποτελούν αξιόπιστο διαγνωστικό σημάδι ύπαρξης καρκίνου. Συχνότερα, εμφανίζονται στον καρκίνο των γαλακτοφόρων πόρων. Δεν έχουν πάντα ορισμένο σχήμα. Άλλες έχουν ομαλά τα όριά τους και άλλες εμφανίζονται δαντελωτές ή δικτυωτές και, τις περισσότερες φορές, είναι πάρα πολλές.

Αν είναι λίγες (τρεις-τέσσερις), μπορούν να αγνοηθούν, αν όμως είναι παραπάνω από 12, τότε είναι ύποπτες και απαιτούν ιστολογικό έλεγχο της περιοχής που βρίσκονται.

Μεταβολές δέρματος, θηλής και θηλαίας άλω. Οι μεταβολές αυτές δείχνουν επέκταση του καρκινώματος προς την περιφέρεια και προέρχονται από διήθηση των γαλακτοφόρων πόρων ή των συνδέσμων του Cooper, που χάνουν την ελαστικότητά τους, ευθειάζονται και κονταίνουν. Έτσι, προκαλείται έλξη του δέρματος.

Όταν το δέρμα φαίνεται στη μαστογραφία παχύ, αυτό σημαίνει, πως υπάρχει αποκλεισμένη λεμφική παροχέτευση. Κλινικά, το δέρμα του μαστού

τότε παίρνει την όψη "φλοιού πορτοκαλιού". Η θηλή, όταν το δέρμα και η θηλαία άλωσ παχαίνουν, δεν εμφανίζει εισολκή.

Υπερηχογραφία. Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που βασίζεται στους υπερήχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν' αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς.

Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχει αποδειχτεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη.

Ενδείξεις. Θα συστήσουμε την υπερηχογράφηση των μαστών:

1) Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 εκ., γιατί, αν είναι μικρότερη, δύσκολα φαίνεται, όπως δεν φαίνονται και οι μικροεπασβεστώσεις.

2) Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη επεξεργασία του μαστού.

3) Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς.

4) Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν μπορούμε να στηριχθούμε στο υπερηχογράφημα μόνο, γιατί σε ψηλαφητούς όγκους, μπορεί το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση να φτάσει το 90%, αλλά στη μαστογραφία φτάνει το 98%.

5) Στη διάγνωση των καλοήθων ψηλαφητών όγκων, το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση φτάνει στο 80%, ενώ της μαστογραφίας στο 90%.

6) Στον προληπτικό έλεγχο του μαστού η υπερηχογράφηση δεν έχει ένδειξη γιατί, όπως προαναφέραμε, δεν πιάνει τους ψηλάφητους όγκους, ούτε τις μικροεπασβεστώσεις.

7) Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει τη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζονται σ' αυτή.

8) Στην επιτυχία παρακέντησης όγκου του μαστού, για ν' αποδειχθεί αν είναι κυστικός ή συμπαγής. Έτσι, αποφεύγεται η ιστοληψία.

9) Στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγή ιστού μέσα στην κύστη που μπορεί να είναι κακοήθης. Στην περίπτωση αυτή, η παραμονή ψηλαφητής διόγκωσης θα μπορούσε ν' αποδοθεί στην ατελή αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης.

10) Στην επιτυχία εισαγωγής βελόνας στο κέντρο αποστήματος του μαστού.

11) Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου, σε περίπτωση, που το δέρμα έχει παχυνθεί.

Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία. Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου.

Ενδείξεις. Οι συχνότερες από αυτές είναι:

1) Στη διάγνωση κακοήθων παθήσεων του μαστού, στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.

2) Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3 mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία, για να αποδείξει την ύπαρξή της, η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5 mm.

3) Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.

4) Στη διάγνωση καλοήθους όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία.

5) Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, γιατί απαιτεί υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέτασης και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού.

Θερμογραφία. Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθρη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας, η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3°C.

Το ψηλό λαθεμένο αρνητικό ή θετικό ποσοστό διάγνωσης στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού, αποτελεί μεγάλο μειονέκτημα της θερμογραφίας· γι' αυτό δεν προτιμάται ως μόνη διαγνωστική μέθοδος, αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστογραφία.

Η θερμογραφία θα μπορούσε ν' αποτελέσει ιδανική μέθοδο προληπτικού ελέγχου του μαστού, γιατί είναι απλή και αβλαβής. Δεν καθιερώθηκε, όμως, γιατί δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 2 εκ.

Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους, που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Σε όγκους, που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό, οι λαθεμένες της εικόνες είναι πολλές.

Η θερμογραφία, σε συνδυασμό με τη μαστογραφία, μπορεί να εφαρμοσθεί προληπτικά σε γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό.

Διαφανοσκόπηση. Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό, μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού.

Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη, όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία. Ίσως, αργότερα, να βελτιωθεί με τη χρησιμοποίηση ακτίνων laser και να καθιερωθεί ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού.

Στη διαφανοσκόπηση οι κύστεις του μαστού ενισχύουν τη φωτεινότητα, λόγω του περιεχομένου τους, και δημιουργούν φωτεινή περιοχή με ομαλά τα όριά της. Ο καρκίνος, αντίθετα, είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα.

Γαλακτοφορογραφία. Γαλακτοφορογραφία είναι η μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους του, για τον έλεγχο του εύρους, της διαβατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από όγκο, για την ευκολότερη χειρουργική του εξαίρεση.

Για να εντοπισθεί καλύτερα η περιοχή που πάσχει, μπορούμε να προσθέσουμε μέσα στη σκιαγραφική ουσία χρωστική, όπως bleu de methylene. Έτσι, ο χειρουργός βγάζει μόνο τον πόρο, που πάσχει, αποφεύγοντας την εξαίρεση φυσιολογικού μαστικού ιστού.

Η δυσχέρεια καθετηριασμού του πόρου, που πρέπει να ελεγχθεί, δεν επιτρέπει τη συχνή εκτέλεση της γαλακτοφορογραφίας. Ύστερα, οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, που δείχνονται στο διευρυσμένο γαλακτοφόρο πόρο, δεν είναι εύκολο να ερμηνευθούν με ακρίβεια και από έμπειρο εξεταστή.

Με τη γαλακτοφορογραφία μπορούμε εύκολα να διαγνώσουμε διευρυσμένους ή εμφραγμένους γαλακτοφόρους πόρους από ανάπτυξη νεοπλασίας μέσα σ' αυτούς.

Η γαλακτοφορογραφία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού, που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διόγκωση.

Ορισμένοι, εκφράζουν το δισταγμό τους στην εκτέλεσή της από φόβο πρόκλησης ρήξης του γαλακτοφόρου πόρου, ύστερα από εφαρμογή μεγάλης πίεσης της σκιαγραφικής ουσίας κατά την έγχυσή της και από φόβο προώθησης καρκινικών κυττάρων στο αίμα και στα λεμφαγγεία, όταν πρόκειται για καρκίνο, και εφαρμόσουμε μεγαλύτερη πίεση στην έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας.

Πνευμοκυστεογραφία. Πνευμοκυστεογραφία είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητά της.

Κυτταρολογικός έλεγχος. Από την εποχή, που ο Παπανικολάου, το 1928, ανακοίνωσε εργασία του για τη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας με την εξέταση των κολπικών επιχρισμάτων, εμφανίσθηκαν περιοδικές δημοσιεύσεις για το ενδιαφέρον και τις δυσχέρειες, που παρουσιάζει η αποφολιδωτική κυτταρολογία, τόσο του εκκρίματος του μαστού, όσο και του υγρού, που περιέχεται στις κύστεις του.

Αργότερα, αποδείχθηκε, πως, ενώ η μελέτη των επιχρισμάτων επιτρέπει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και των θηλωμάτων του σε αξιόλογη αναλογία, συμβαίνει καμιά φορά, τόσο τα θετικά, όσο και τα αρνητικά αποτελέσματα, να είναι λαθεμένα.

Κριτήρια κυτταρικής κακοήθειας. Αυτά βασίζονται στις μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου, δηλαδή της αύξησης του μεγέθους, της υπερχρωμίας και της ανώμαλης κατανομής της χρωματίνης σε σωρούς, ιδιαίτερα στην περιφέρεια.

Επίσης, το ακανόνιστο σχήμα των κυττάρων, οι αθροίσεις τους και η απώλεια της ατομικότητάς τους, είναι πρόσθετα κριτήρια κακοήθειας. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι πιο έκδηλες σε προχωρημένες καταστάσεις.

Μειονεκτήματα των επιχρισμάτων του μαστού είναι πως δυνατό να δώσουν ψεύτικα θετικά (2%) ή αρνητικά (16%) αποτελέσματα, που οδηγούν το χειρουργό σε διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα.

Βιολογικοί δείκτες. Όπως σε κάθε εντόπιση καρκίνου, η ανίχνευσή του σε πρώιμο στάδιο και η έγκαιρη αντιμετώπισή του, αποτελεί στις ημέρες μας την πρώτη μας φροντίδα, έτσι και για τον καρκίνο του μαστού η έγκαιρη ανακάλυψή του θα μας εξασφάλιζε ικανοποιητική επιβίωση της άρρωστης.

Δυστυχώς, όμως, ούτε η κλινική εξέταση, ούτε, όλες τις φορές η μαστογραφία, ούτε άλλη διαγνωστική μέθοδος, μπορούν ν' ανακαλύψουν καρκινική μάζα πριν φτάσει τη διάμετρο του 1 εκ. Τότε, που αποτελείται από 10^9 κύτταρα, δηλαδή τότε, που η πάθηση είναι συστηματική.

Έτσι, για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού, ιδανική διαγνωστική μέθοδος θα ήταν εκείνη που θα μπορούσε ν' ανιχνεύσει τον καρκίνο, πριν πάρει τις διαστάσεις του 1 εκ.

Από χρόνια παρατηρήθηκε, πως στον ορό του αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση, όταν συγκριθούν με τα ίδια προϊόντα υγιών ατόμων.

Τα βιολογικά αυτά μόρια τα ονομάσαμε βιολογικούς δείκτες.

Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν δύο: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και "ογκοαναπτυξιακοί δείκτες". Αυτοί, δεν έχουν μόνο μεγάλη διαγνωστική αξία, αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας.

Δυστυχώς, όμως, όπως συμβαίνει και με άλλους δείκτες, και αυτοί οι δείκτες εμφανίζονται και εκεί που δεν υπάρχει καρκίνος.

Από τους δύο δείκτες, αυτός, που συχνά χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Οι φυσιολογικές τιμές του είναι 2 mg/ml. Πάνω από 5 mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού.

Οι τιμές από τον προσδιορισμό του CEA μας βοηθάνε και στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, υψηλές τιμές του σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση και χαμηλές τιμές του υψηλή διαφοροποίηση².

4.2.3. Εγχειρητική διάγνωση

Ιστοληψία. Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησής του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή, διαφορετική σε κάθε περίπτωση.

Οι καλοήθειες επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθειες έχουν ανάγκη από εκτεταμένο

ακρωτηριασμό του μαστού, που δεν πρέπει να εκτελείται όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη.

Η μέση λύση θεραπευτικής αγωγής, δηλαδή η μερική η απλή μαστεκτομία, στην οποία καταφεύγει ο χειρουργός όταν βρίσκεται μπροστά σε δίλημμα, πρέπει ν' αποφεύγεται.

Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων. Κατά την εκτέλεση ιστοληψίας και, όταν αυτή κρίνεται ύποπτη για καρκίνο και αποστέλλεται τεμάχιο της πάσχουσας περιοχής για ιστολογικό έλεγχο, είναι απαραίτητο τμήμα της βλάβης, ν' αποσταλεί στο εργαστήριο, για τον προσδιορισμό των ορμονικών υποδοχέων.

Τους ορμονικούς υποδοχείς τους προσδιορίζουμε, είτε στην πρωτοπαθή εστία του καρκίνου, είτε στις μεταστάσεις, που προκάλεσε, η δε παρουσία τους δείχνει ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο.

Σε συχνότητα 35-85% βρίσκουμε στον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού οιστρογονικούς υποδοχείς (ER+) και σε συχνότητα 35-60% προγεστερονικούς υποδοχείς (PR+). Η συχνότητα αυτή είναι μικρότερη στους υποδοχείς των μεταστάσεων.

Το ύψος της θετικότητας των υποδοχέων είναι ανάλογο με το βαθμό διαφοροποίησης των όγκων και του ιστολογικού τους τύπου.

Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων σημαίνει καλύτερη πρόγνωση. Έτσι, αν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς στις οιστρογόνες ορμόνες, τότε θα έχουμε θεραπευτικά αποτελέσματα στο 50-70% των περιπτώσεων. Αν όμως ο όγκος δεν έχει υποδοχείς, τότε σε συχνότητα 6-10%.

Το αποτέλεσμα του προσδιορισμού των υποδοχέων εκφράζεται σε Femtomoles (10^{-5} Moles) ανά mg κυτταροπλασματικής πρωτεΐνης. Θετικός είναι, όταν είναι πάνω από 7-10 Femotoles/mg.

Η σημασία του ελέγχου συνίσταται στην κατεύθυνση της ορμονοθεραπείας. Δηλαδή, σε αρνητικό αποτέλεσμα, η ορμονοθεραπεία δεν ωφελεί.

Αν, αργότερα, συμβούν μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού, που είναι απρόσιτες σε ιστολογικό έλεγχο, και γνωρίζουμε αν η πρωτοπαθής εστία ήταν ορμονοεξαρτώμενη, τότε η απάντηση στη νέα ορμονοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε 90% των περιπτώσεων.

Εισρόφηση. Ο τρόπος αυτός ιστολογικού ελέγχου εφαρμόζεται από πολλά χρόνια, αλλά απέκτησε ευάριθμους μόνο οπαδούς. Διενεργείται με τοπική αναισθησία και με βελόνα παρακέντησης, που έχει μεγάλη διάμετρο.

Η βελόνα εισάγεται μέσα στη μάζα του όγκου και, όπως είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα, γίνεται εισρόφηση του περιεχομένου της και ύστερα επίστρωσή του σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονιμοποίηση και χρώση του. Αντί για βελόνα επινοήθηκε και η χρησιμοποίηση trocart.

Με τη μέθοδο αυτή ελάχιστες πληροφορίες μας παρέχονται σχετικές με τη διάταξη των κυττάρων και τη γενική αρχιτεκτονική της βλάβης. Αυτό είναι μειονέκτημα της μεθόδου.

Άλλο μειονέκτημά της είναι ότι, σε συνυπάρχουσες επεξεργασίες είναι δυνατό να εισροφήσουμε το περιεχόμενο κύστης και να την εκκενώσουμε, αλλά μικρή κακοήθης βλάβη να μας διαφύγει. Ακόμη, είναι δυνατό, να διαφύγει της παρακέντησης μικρή καρκινική βλάβη, γιατί είναι δύσκολο να τη βρει η ακίδα της βελόνας, όταν μάλιστα αυτή είναι στο βάθος.

Η μέθοδος με την παρακέντηση και εισρόφηση δεν είναι μέθοδος εκλογής, γιατί, εκτός από τα παραπάνω μειονεκτήματά της, πολλές φορές, ενώ με αυτή παίρνουμε αποτελέσματα αρνητικά, η εξέλιξη των γεγονότων, και μάλιστα ο ιστολογικός έλεγχος με εκτομή της βλάβης, δείχνει το αντίθετο.

Ανάτρηση. Στη μέθοδο αυτή, αντί βελόνας και trocart, χρησιμοποιούμε τρύπανο. Τότε, είναι δυνατό, να εξασφαλίσουμε καλύτερη δειγματοληψία της βλάβης, για μικροσκοπική της μελέτη. Υπάρχει, όμως, φόβος με τη μέθοδο αυτή να διαφύγει η ύπαρξη καρκινικής βλάβης μικρών διαστάσεων.

Παρακέντηση. Η παρακέντηση ψηλαφητού όγκου του μαστού γίνεται με λεπτή βελόνα για να διαπιστώσουμε αν αυτός είναι κυστικός ή συμπαγής. Αφού σταθεροποιήσουμε τον όγκο με τα δάχτυλά μας, εισάγουμε τη βελόνα. Αν ο όγκος είναι κυστικός, η βελόνα θα εισέλθει εύκολα στην κοιλότητα της κύστης, αν είναι συμπαγής, θα βρούμε αντίσταση στο πέρασμά της.

Αν αφαιρεθεί όλη η ποσότητα του υγρού, η κύστη εξαφανίζεται και αν η μαστογραφία, που θα ακολουθήσει, δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέταση σε 2-3 μήνες δεν διαπιστώσει την επανεμφάνιση της κύστης, τότε δεν απαιτείται άλλος έλεγχος.

Ο κυτταρικός έλεγχος του αναρροφούμενου από την κύστη υγρού, δεν αποτελεί αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο, για να κατευθύνουμε την αντιμετώπιση. Απαιτείται συμπληρωματικός έλεγχος.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να λεχθεί ότι η παρακέντηση με λεπτή βελόνα είναι απλή, ταχεία, ακριβής, χαμηλού κόστους και χωρίς σημαντικές επιπλοκές μέθοδος. Βασική προϋπόθεση επιτυχίας της μεθόδου είναι αφενός η κατάλληλη προετοιμασία του δείγματος και αφετέρου η εμπειρία του γιατρού που θα την εκτελέσει και του κυτταρολόγου που θα την ερμηνεύσει^{2,12}.

4.3. Πρόγνωση

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση. Ο γιατρός, που θα βιασθεί να την προσδιορίσει, δεν έμαθε ακόμα όσα έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Γενικά, στην πρόγνωση, δυνατό να μας βοηθήσουν: η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού, ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων, οι αγγειακές διηθήσεις, το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου, το μέγεθός του και το φλεγμονώδες αυτού, ο ιστολογικός του τύπος, η διαφοροποίησή του, η σταδιοποίησή του και η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων.

Σχετικά με τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι υψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40%, όταν είναι χαμηλή, το 20%.

Σχετικά με τη σταδιοποίηση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο I, το ελεύθερο νόσου διάστημα για 10 χρόνια φτάνει το 50-90%, στο στάδιο II το 40-70%, στο στάδιο III στο 10-20% και στο στάδιο IV μέχρι 5%.

Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, κατά σειρά συχνότητας είναι: πνευμονική ανεπάρκεια (26%), λοίμωξη (24%), καρδιακή ανεπάρκεια (15%), άλλες επιπλοκές (20%)².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

Πρόληψη

5.1. Μέθοδοι πρόληψης του καρκίνου του μαστού

Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επηρεασθεί. Ο βασικός λόγος αυτής της "αποτυχίας" θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί αν δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή.

Για να λυθεί αυτό το πρόβλημα δύο είναι οι κύριες μέθοδοι πρόληψης του καρκίνου του μαστού.

Πρώτον, η αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και η ανάπτυξη προληπτικών μέτρων (πρωτογενής πρόληψη).

Δεύτερον, η έγκαιρη διάγνωση (δευτερογενής πρόληψη) της νόσου σε πρώιμο στάδιο όταν η νόσος είναι ακόμη τοπική και υπάρχουν δυνατότητες με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε να έχουμε ίαση⁵.

5.2. Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσο και στο θάνατο.

Βέβαια, παρά τις επίπονες και συνεχείς μελέτες, δεν έγινε ακόμα εφικτή η ακριβής προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Παρ' όλον ότι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας απ' αυτούς μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου.

Η εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού προϋποθέτει τη γνώση των αιτιολογικών παραγόντων. Τα μέτρα συνίστανται κυρίως στην πλήρη ή περιορισμένη αποφυγή έκθεσης στους παράγοντες αυτούς ή ακόμη σε μείωση της ευαισθησίας σε αυτούς.

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού επηρεάζεται από εξωγενείς παράγοντες, άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι:

α. Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψή του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο του 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 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. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

β. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ό έτος.

γ. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

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

ε. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

στ. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

ζ. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

η. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωση των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

θ. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού^{5,13,14}.

5.3. Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η διάγνωσή του σε προσυμπτωματικό στάδιο και προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων. Οι μέθοδοι αυτές πρέπει να είναι φθηνές, εύχρηστες και ανώδυνες, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μαζικά, χωρίς ιδιαίτερους και περίπλοκους τρόπους προσέγγισης του πληθυσμού.

Είναι γνωστό ότι όσο μικρότερος είναι ο όγκος τη στιγμή της διάγνωσης, τόσο μεγαλύτερη και η επιβίωση. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου κάτω του 1 εκ. χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις έχουν πιθανότητα επιβίωσης στη δεκαετία 90%, ενώ αντίθετα με όγκους μεγαλύτερους και λεμφαδενικές μεταστάσεις η επιβίωση πέφτει κάτω του 50%.

Σήμερα υπάρχουν τρεις κλασικές μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης των όγκων του μαστού:

1. Η αυτοεξέταση των μαστών.
2. Η κλινική εξέταση.
3. Η μαστογραφία - Πληθυσμιακός έλεγχος (screening)^{5,13}.

5.3.1. Αυτοεξέταση των μαστών

Η αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΜ) πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μια φορά το μήνα, μετά το 20ό έτος της ηλικίας της, με σκοπό την εξοικείωση με τη μορφή και τη σύσταση των μαστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε μορφολογικής ανωμαλίας το

γρηγορότερο δυνατό. Η αυτοεξέταση του μαστού είναι απλή, ανώδυνος, ανέξοδος και σώζει ζωές. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως του 1,2 εκ., ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ, ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8 εκ.⁵

5.3.2. Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το ιστορικό της άρρωστης, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών. Πρέπει να γίνεται από ειδικό ιατρό, που θα γνωρίζει εκτός από την ψηλάφηση, την αντιμετώπιση που χρειάζεται κάθε περιστατικό. Είναι ικανή να ανιχνεύσει τον όγκο σε μέγεθος 1 εκ. Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μόνη της σαν μέθοδος πληθυσμιακού ελέγχου. Δεν έχει επίδραση στον έλεγχο της θνησιμότητας^{5,15}.

5.3.3. Μαστογραφία

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας. Αποτελεί σήμερα τη μοναδική εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 χιλιοστών, με συνέπεια την ελάττωση της θνησιμότητας.

Είναι εξέταση απλή, ανώδυνος, ακίνδυνος και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες. Είναι απαραίτητη για την εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον πληθυσμιακό έλεγχο για καρκίνο του μαστού (screening).

Πληθυσμιακός έλεγχος (Π.Ε.) σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι ένα "οργανωμένο πρόγραμμα ανίχνευσης μιας νόσου σε πρώιμο στάδιο σε ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό με τη χρήση κλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα, ανώδυνα και με χαμηλό κόστος. Η προληπτική εφαρμογή των εξετάσεων δεν επέχει θέση διαγνωστική. Άτομα με θετικά ή ύποπτα στοιχεία παραπέμπονται για πλήρη διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία"⁵.

Δεν υπάρχουν στοιχεία ότι η κλινική εξέταση ή η διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού, είναι επαρκή "όπλα" για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αντίθετα, μελετημένες δοκιμές έχουν αποδείξει ότι ο πληθυσμιακός έλεγχος μέσω μαστογραφίας, μπορεί να μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού ως ένα 40%. Το πλεονέκτημα είναι μεγαλύτερο για γυναίκες μεταξύ 50-70 ετών. Δημοσιευμένα στοιχεία από το συνδυασμό Σουηδικών δοκιμών, έδειξαν μια συνολική μείωση στη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού ως ένα 29% κατά τη διάρκεια 12 χρόνων εφαρμογής, σε γυναίκες πάνω από 50 ετών που είχαν προσκληθεί για τη διαδικασία πληθυσμιακού ελέγχου¹⁶.

Δεδομένου ότι στη διεργασία πληθυσμιακού ελέγχου προσκαλούνται "υγιείς" γυναίκες για να υποβληθούν σε μία εξέταση που στοχεύει στον προσδιορισμό κακοήθους νόσου, είναι σημαντικό, τόσο η ευαισθησία, όσο και η εξειδίκευση της δοκιμασίας να είναι υψηλή. Αποδείχτηκε ότι και οι δύο αυτές παράμετροι είναι πράγματι υψηλές στον πληθυσμιακό έλεγχο με μαστογραφία, με την προϋπόθεση ότι πραγματοποιούνται από καλά εκπαιδευμένο, έμπειρο προσωπικό, το οποίο χρησιμοποιεί εξοπλισμό υψηλής ποιότητας⁵.

5.3.4. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου

Μερικές επιφυλάξεις που έχουν διατυπωθεί όσον αφορά στον τακτικό προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο, φαίνεται να είναι ήσσονος σημασίας. Η ενόχληση που αισθάνονται οι γυναίκες από τη συμπίεση των μαστών τους, προκειμένου να ληφθεί η μαστογραφία, είναι μερικές φορές σημαντική. Στην Αγγλία, από μελέτες, πόνο ένιωσε το 46% των γυναικών, ενώ στο 7% μόνο των περιπτώσεων ο πόνος ήταν ιδιαίτερα έντονος. Γενικώς, πάντως, την ενόχληση που ένιωσαν από τη μαστογραφία, την κατέταξαν ως ηπιότερη απ' αυτή του σφραγίσματος ενός δοντιού, της λήψης τραχηλικού επιχρίσματος ή της φλεβοκέντησης. Ο κίνδυνος από την ακτινοβολία των μαστών με τις μαστογραφίες, εάν υπάρχει, θα πρέπει να είναι πολύ μικρός και να εξαρτάται, βέβαια, από το κατά πόσο χρησιμοποιούνται σύγχρονα μηχανήματα και από ποια ηλικία γίνεται έναρξη του προληπτικού ελέγχου.

Οι γυναίκες που μετά τον πληθυσμιακό προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο καλούνται για περαιτέρω έλεγχο, οπωσδήποτε διακατέχονται από μεγάλη ανησυχία και άγχος. Εννέα από τις δέκα, απ' αυτές τις γυναίκες, τελικά θα αποδειχθεί ότι δεν έχουν καρκίνο. Παρ' όλα αυτά, η αγωνία τους είναι μεγάλη. Το ευχάριστο είναι ότι μετά τη διαβεβαίωση πως δεν συμβαίνει κάτι σοβαρό, πολύ σύντομα επανέρχονται στην προηγούμενη ψυχολογική τους κατάσταση. Επομένως, το να τίθεται με τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο η υποψία ύπαρξης σοβαρού προβλήματος στις γυναίκες (αυτό που αποκαλείται *overdiagnosis*) δε φαίνεται να προκαλεί σοβαρά επακόλουθα.

Σοβαρό, όμως, μειονέκτημα του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου αποτελεί για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, που είτε επειδή έχει ήδη προκαλέσει απομακρυσμένες μεταστάσεις και επομένως η πρόγνωση του δεν αλλάζει με το να διαγνωσθεί πιο νωρίς είτε επειδή θα θεραπευόταν εξίσου ικανοποιητικά εάν αφηνόταν χωρίς να διαγνωσθεί έως ότου προκαλούσε συμπτώματα. Σ' αυτές τις ακραίες και σπάνιες περιπτώσεις είναι αλήθεια, ότι ο προληπτικός έλεγχος δεν ωφελεί, ενώ απεναντίας προκαλεί στις γυναίκες πρόσθετο άγχος. Πρέπει, όμως, να γίνει κατανοητό, ότι με τις διαθέσιμες σήμερα γνώσεις δεν υπάρχει η δυνατότητα να διαχωρίσει κανείς τις περιπτώσεις που θα ωφεληθούν, από τις περιπτώσεις που δε θα ωφεληθούν από τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο. Σημασία, επομένως, έχει το γεγονός, ότι οι γυναίκες ως σύνολο ωφελούνται από τον έλεγχο, με τη μείωση των θανάτων από τον καρκίνο του μαστού και με την αποφυγή των ριζικών και ακρωτηριαστικών χειρουργικών επεμβάσεων¹⁷.

5.3.5. Οργάνωση των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου

Στόχος των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου είναι:

- Η ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%.
- Η καλύτερη ποιότητα ζωής για τη γυναίκα.

Πρώιμη διάγνωση σημαίνει συντηρητική χειρουργική επέμβαση (όχι μαστεκτομή) και λιγότερη χημειοθεραπεία.

- Η ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους.

Τα επιστημονικά δεδομένα που αποδεικνύουν την πραγματικότητα αυτών των στόχων προκύπτουν από το πρόγραμμα HIP (Health Insurance Plan) που εφαρμόστηκε στην Αμερική (Ν. Υόρκη) το 1963 και που υπήρξε η πρώτη έρευνα μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου που μελέτησε την πιθανότητα ελάττωσης της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού και την αποτελεσματικότητα της μαστογραφίας και της κλινικής εξέτασης των μαστών. Τα αποτελέσματα υπήρξαν πολύ ενθαρρυντικά. Έδειξαν ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%.

Το Σουηδικό πρόγραμμα που άρχισε το 1977 έδειξε αντίστοιχα ελάττωση κατά 31% και ελάττωση των σταδίων II και III κατά 25%.

Τα αποτελέσματα δύο ερευνών στην Ολλανδία που ανακοινώθηκαν το 1984, έδειξαν μία σημαντική προστασία του γυναικείου πληθυσμού που υπεβλήθη σε μαστογραφικό έλεγχο.

Στην Ολλανδία, Σουηδία, Μ. Βρετανία ανησυχούντες για την αυξανόμενη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού και ενθαρρυμένες από τα αισιόδοξα μηνύματα των επιστημονικών ερευνών, έχουν οργανώσει προγράμματα μαζικού ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού με μαστογραφία σε εθνικό επίπεδο, με αντικειμενικό στόχο την ελάττωση της θνησιμότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής της γυναίκας.

Πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι αν ο στόχος του προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου είναι να μειωθεί η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού, αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να υπολογισθεί μόνο μετά την πάροδο χρονικού διαστήματος, περίπου, δέκα ετών από την έναρξη του προγράμματος. Είναι επομένως σημαντικό να ορισθούν σαφείς ενδιάμεσοι λειτουργικοί στόχοι, για να προσδιοριστούν οι πληροφορίες οι οποίες απαιτούνται για να μετρηθεί η αποδοτικότητα του συστήματος.

Ενδιάμεσοι λειτουργικοί στόχοι

1. Να προσδιοριστούν και να προσκληθούν οι γυναίκες οι κατάλληλες για τον πληθυσμιακό έλεγχο.

2. Να υποβληθεί σε μαστογραφία το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που προσκαλούνται.
3. Να εξασφαλισθεί ότι επιτυγχάνεται μαστογραφία του υψηλότερου δυνατού επιπέδου.
4. Να υπάρχει παρακολούθηση όλων των γυναικών που παραπέμπονται για περαιτέρω εξετάσεις ή θεραπεία.
5. Να ελαχιστοποιηθούν τα δυσάρεστα αποτελέσματα του ελέγχου (άγχος, έκθεση σε ακτινοβολία, περιττές εξετάσεις).
6. Να διαγνωστούν με ακρίβεια οι καρκίνοι.
7. Να υποστηριχθεί και να πραγματοποιηθεί έρευνα.
8. Να γίνει αποτελεσματική χρήση των πόρων προς όφελος όλου του πληθυσμού.
9. Να ενθαρρυνθεί η παροχή αποτελεσματικής και αποδεκτής θεραπείας, η οποία έχει ελάχιστες ψυχολογικές ή λειτουργικές παρενέργειες.
10. Να αξιολογούνται τακτικά οι υπηρεσίες (Επιτροπή ποιοτικού ελέγχου) και τα αποτελέσματα να γνωστοποιούνται στον πληθυσμό που εξυπηρετείται.

Ομάδα ηλικίας

Υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που αποδεικνύουν τα πλεονεκτήματα του πληθυσμιακού ελέγχου όταν η ομάδα ηλικίας είναι καθορισμένη. Το πρόγραμμα "Η Ευρώπη κατά του καρκίνου" συνιστά πληθυσμιακό έλεγχο γυναικών ηλικίας άνω των 49 ετών. Δεν καθορίζεται ανώτατο όριο. Η ομάδα ηλικίας 50-65 ετών είναι η ομάδα που χρησιμοποιείται περισσότερο. Παρά τη σύσταση, η ηλικία της ομάδας ποικίλει, τόσο μεταξύ των κρατών μελών, όσο και μεταξύ των κρατών παγκοσμίως, επειδή είναι αποτέλεσμα παραμέτρων, όπως το διάστημα μεταξύ δύο διαδοχικών ελέγχων, ο προϋπολογισμός και οι αναλύσεις απόδοσης-κόστους.

Μητρώο πληθυσμού

Για να είναι αποτελεσματικός ο πληθυσμιακός έλεγχος είναι απαραίτητο να υπάρχει πλήρες και ακριβές μητρώο πληθυσμού. Με βάση το μητρώο γίνεται η κλήση με ατομική ταχυδρομική πρόσκληση συμμετοχής των γυναικών, καθώς και η επανάκληση αυτών για τον επόμενο γύρο. Χωρίς καθορισμένο πληθυσμό, είναι αδύνατο να υπολογισθεί επακριβώς το ποσοστό προσέλευσης που σύμφωνα με ορισμένες μελέτες είναι καθοριστικός παράγων στη μείωση της θνησιμότητας. Για παράδειγμα εάν η προσέλευση ήταν 100% η μείωση της θνησιμότητας θα ήταν της τάξης του 40%. Εάν η προσέλευση ήταν 70% η μείωση θα ήταν 28%, ενώ με προσέλευση 60% η μείωση είναι κάτω των 20%.

Ευαισθητοποίηση των γυναικών

Στα πλαίσια της προσπάθειας για τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή, πρέπει να υπάρξουν μηχανισμοί διαφώτισης και ευαισθητοποίησης του γυναικείου πληθυσμού κάνοντας χρήση όλων των υπάρχοντων μέσων, όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τηλεόραση-ραδιόφωνο, ομιλίες ενημερωτικές, φυλλάδια, πανό, αφίσες.

Στην προσπάθεια αυτή θα πρέπει να συμμετέχουν οι τοπικοί φορείς, όπως η Αυτοδιοίκηση, η Εκκλησία, οι Ιατρικοί Σύλλογοι, τα Κέντρα Υγείας, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Γυναικείες οργανώσεις και ότι άλλο είναι πρόσφορο για την αύξηση της συμμετοχής.

Μαστογραφία

Πρέπει να εξασφαλισθεί μαστογραφία υψηλού ποιοτικά επιπέδου, οι δε τεχνολόγοι χειριστές πρέπει να έχουν εξειδίκευση. Η διάγνωση πρέπει να γίνεται από ακτινολόγους με κατάλληλη κατάρτιση και αποδεδειγμένες ικανότητες στον τομέα αυτό. Ας μην ξεχνάμε ότι η μαστογραφία στον πληθυσμιακό έλεγχο προσπαθεί να ανιχνεύσει αλλοιώσεις των 2 χιλ.

Πρέπει να γίνεται ποιοτικός έλεγχος των μαστογραφιών σε καθημερινή βάση και σε τακτικά διαστήματα των μαστογράφων.

Πρέπει να γίνεται ποιοτικός έλεγχος όλου του συστήματος από κέντρα αναφοράς του εξωτερικού (EUREF).

Για την αύξηση της διαγνωστικής ικανότητας πρέπει να γίνεται διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών από δύο ακτινολόγους, οι οποίοι διαβάζουν ανεξάρτητα.

Συνιστάται όπως οι λήψεις να είναι δύο (Face-Profil) τον πρώτο γύρο και μία για τους επόμενους.

Λειτουργική διαδικασία του προγράμματος πληθυσμιακού ελέγχου.

1. Ατομική πρόσκληση
2. Μαστογραφία
3. Απάντηση με επιστολή στις γυναίκες χωρίς ευρήματα.
4. Επανάκληση
 - κλινική εξέταση
 - υπερηχογράφημα
 - πρόσθετες λήψεις μαστογραφίες
 - παρακέντηση με λεπτή βελόνα - κυτταρολογική εξέταση
5. Ανοιχτή βιοψία
 - Καλοήθειες
 - Κακοήθειες - θεραπεία βάσει πρωτοκόλλου σε κλινικές αναφοράς.
6. Παρακολούθηση (Follow-up)

Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα μέσω του προγράμματος "Ευρώπη κατά του καρκίνου" ξεκίνησε το 1989 να χρηματοδοτεί έρευνες (Pilot study) πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού στις εξής χώρες: Ιρλανδία, Βέλγιο, Γαλλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία και Ελλάδα. Σήμερα όλες οι χώρες συμμετέχουν σ' αυτό το πρόγραμμα.

Στην Ελλάδα το πρόγραμμα μαζικού προληπτικού περιοδικού ελέγχου με μαστογραφία έχει ανατεθεί στην Ελληνική Ογκολογική Εταιρία με την οικονομική ενίσχυση του Υπ. Υγείας Πρόνοιας και του Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε τον Αύγουστο του 1989 από το Νομό Ηλείας και το Νομό Μεσσηνίας.

Τα αποτελέσματα των προγραμμάτων κρίνονται πολύ ικανοποιητικά με συνεχή προσπάθεια διασφάλισης της ποιότητας και δικαιώνουν αυτές τις προσπάθειες για να σταματήσει η γυναίκα να πληρώνει με τη ζωή της, τη μη έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

Η προαγωγή ενός τέτοιου προγράμματος υγείας για τη γυναίκα, προϋποθέτει μια προσέγγιση πολλών ειδικοτήτων που εργάζονται σαν ομάδα, ακτινολόγοι, χειρουργοί, κυτταρολόγοι, παθολογοανατόμοι, ακτινοφυσικοί, στατιστικοί αναλυτές, προγραμματιστές, επιδημιολόγοι εμπλέκονται στα προγράμματα εξασφαλίζοντας υψηλή ποιότητα σε όλα τα επίπεδα ελέγχου.

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

Μπορεί κανείς να θέσει τιμή για τη ζωή; Βεβαίως όχι.

Τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου μπορεί να μην είναι η τέλεια λύση, αλλά είναι ό,τι καλύτερο διαθέτουμε σήμερα και προσφέρει τη μοναδική ευκαιρία για να σωθούν χιλιάδες γυναίκες⁵.

Καταλήγοντας, θα πρέπει να τονίσουμε ότι, μολονότι καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού δεν ακολουθείται αναγκαστικά από μειωμένη συνολική επιβίωση, η παρατήρηση αυτή δεν πρέπει να εκληφθεί σαν ενθάρρυνση για μείωση των προσπαθειών για εγκαίριότερη διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν σήμερα αρκετές ενδείξεις ότι ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του μαστού μειώνεται σημαντικά στις γυναίκες που υποβάλλονται σε τακτική παρακολούθηση με προγράμματα μαζικού ελέγχου (screening) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Εξάλλου συντηρητική εγχείρηση με ακτινοθεραπεία, προφυλακτική χημειοθεραπεία και/ή ανοσοθεραπεία έχουν εφαρμογή σε αρχικά μόνο στάδια καρκίνου του μαστού¹⁸.

5.4. Παράγοντες που συμβάλλουν στην καθυστερημένη προσέλευση των γυναικών για εξέταση

Σήμερα είναι γενικά παραδεκτό ότι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού σημαίνει και καλύτερη πρόγνωση για την εξέλιξη της νόσου. Οι γυναίκες έτσι ενθαρρύνονται να ελέγχουν τακτικά το στήθος τους με αυτοεξέταση για τυχόν ογκίδια και άλλα συμπτώματα και να αποφεύγουν καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής συμβουλής.

Όμως τουλάχιστον ένα ποσοστό 20% των γυναικών καθυστερούν δύο μήνες έως ένα χρόνο, αφότου ανακαλύψουν κάποιο σύμπτωμα στο μαστό και μέχρι να συμβουλευτούν ένα γιατρό. Μάλιστα το χρονικό διάστημα μεταξύ των πρώτων ανησυχητικών εκδηλώσεων και της αναζήτησης ιατρικής βοήθειας είναι μεγαλύτερο σε γυναίκες που κατόπιν αποδείχτηκε ότι έχουν καρκίνο, απ' ό,τι στις γυναίκες που η βιοψία έδειξε καλοήγη νόσο στο μαστό.

Αλλά ποιόι είναι οι παράγοντες που επιδρούν, ώστε μία στις τέσσερις γυναίκες να οδηγείται με καθυστέρηση στη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου;

Υπάρχουν λοιπόν γυναίκες που δεν παρουσιάζονται στο γιατρό έγκαιρα επειδή αγνοούν ή αποφεύγουν την αυτοεξέταση, παρ' ό,τι πληροφορημένες για την αξία της (και καταφεύγουν στο γιατρό μόνο όταν τρομοκρατηθούν από κάποιο γρήγορα εξελισσόμενο σύμπτωμα). Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους: α) Άγνοια της σημασίας τακτικών εξετάσεων μαστού, β) Ανεπαρκής γνώση της συχνότητας εφαρμογής και της τεχνικής αυτοεξέτασης, γ) Έλλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητά τους να εφαρμόσουν σωστά την αυτοεξέταση, δ) Φόβος μήπως ανακαλύψουν κάποια ανωμαλία στο μαστό (που θα σήμαινε γι' αυτές καρκίνο, ακρωτηριασμό, θάνατο), ε) Μοιραία στάση στο θέμα: "Τίποτε δεν μπορεί να προλάβει την πιθανή εξέλιξη του καρκίνου· ό,τι είναι γραφτό να συμβεί θα συμβεί, ό,τι και να κάνω", στ) Σεξουαλικά ή πολιτισμικά ταμπού: Ορισμένες, μεγάλης ηλικίας κυρίως, γυναίκες διακρίνονται από μία σεμνότητα και η ανατροφή τους ήταν μάλλον αυστηρών ηθικών αρχών, ώστε να υπάρχουν αναστολές (ντροπή) στην εξέταση μαστών (δηλ. αποφεύγουν να δουν το στήθος τους, πολύ δε περισσότερο να το αγγίξουν).

Ακόμα, υπάρχουν οι γυναίκες που καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική γνώμη, παρ' ότι ανακάλυψαν κάποιο σύμπτωμα. Έχουν επισημανθεί μερικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας τέτοιας στάσης: α) Η μη αναγνώριση της σπουδαιότητας πρώιμης αντιμετώπισης, η άγνοια των χαρακτηριστικών κλινικών σημείων του καρκίνου του μαστού (που συχνά συνδέεται με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και εκπαιδευτικό επίπεδο και έτσι λιγότερη ενημέρωση) και ο φόβος πιθανής νοσηλείας. β) Η οικογενειακή κατάσταση ή προβλήματα, η ηλικία, η έλλειψη ευαισθησίας στις αλλαγές στο μαστό, η παρουσία ή όχι πόνου και ανησυχητικών συμπτωμάτων (πρήξιμο στο στήθος, εισολκή της θηλής ή αίμα από αυτήν). Η γνωριμία της με φίλες/συγγενείς που είχαν/έχουν καρκίνο ή υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, φαίνεται πως επηρεάζουν τη συμπεριφορά της γυναίκας σε τέτοιες καταστάσεις. γ) Σημαντικότερο ρόλο παίζουν ο φόβος και το άγχος γύρω από τη διάγνωση (ότι ίσως είναι καρκίνος), προηγούμενο ιστορικό καλοήθους όγκου στο μαστό, φόβος δυσμορφίας (αρκετές γυναίκες εξισώνουν τη διάγνωση του καρκίνου με το χάσιμο του μαστού τους και για να μην υποβληθούν σε μαστεκτομή αναβάλλουν, στέκονται αναποφάσιστες ή καθυστερούν να πάνε στο γιατρό για εξέταση σ' αυτές τις γυναίκες μια ενδεχόμενη απώλεια του μαστού ανακινεί φόβους για την ολοκληρωμένη εικόνα του σώματός τους, μια και ο μαστός επενδύεται συμβολικά, έχοντας σχέση με την ταυτότητα σαν γυναίκα, με τη θηλυκότητα, ελκυστικότητα, σεξουαλικότητα, μητρότητα), όπως και ο φόβος για την απειλή της ίδιας της ζωής από την υποτιθέμενη διάγνωση ενός κακοήθους όγκου. δ) Ακόμη φαίνεται πως οι γυναίκες που καθυστερούν έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας: είναι περισσότερο ανεξάρτητες, αυτοκαθοδηγούμενες, διοργανωτικές και με σχεδιασμό στη ζωή, παρά παρορμητικές και αυθόρμητες, προσανατολισμένες με στόχους-σκοπούς, και τείνουν (συνηθίζουν) να χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης όταν έρχονται αντιμέτωπες με κρίσιμα γεγονότα που δημιουργούν ένταση, αρνούνται τη βαρύτητα των γεγονότων ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνουν. Έτσι, αν αισθανθούν κάποιο ογκίδιο, θα καθησυχάσουν τον εαυτό τους, π.χ. "Δεν θα είναι τίποτα το σοβαρό", "είμαι σίγουρη πως δεν είναι παρά μια ανώδυνη κύστη", "το οικογενειακό μας ιστορικό υγείας είναι πολύ καλό" ή θα θεωρήσουν τον εαυτό τους αρκετά απασχολημένο (στην εργασία, στην

οικογενειακή ζωή), ώστε να ασχοληθούν με το σύμπτωμα και θα κάνουν εκλογίκευση δικαιολογώντας αυτή τους τη στάση άρνησης, π.χ. "τα παιδιά χρειάζονται συνεχή φροντίδα".

Σε έρευνα βάσει συνεντεύξεων με γυναίκες μία μέρα πριν τη βιοψία στο στήθος για κάποιο σύμπτωμα που αυτές εντόπισαν, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που καθυστερούν 1) χρησιμοποιούν τους αμυντικούς μηχανισμούς της άρνησης και της καταστολής ("Θα προτιμούσα να μη συζητήσουμε γι' αυτό", "προσπαθώ να το βγάλω απ' το μυαλό μου"), αλλά όχι της διανοητικοποίησης (δηλ. μιλούν λεπτομερώς για το σύμπτωμα, την πιθανότητα καρκίνου κ.λπ., αλλά διανοητικά, φιλοσοφικά, υποθετικά, χωρίς να επενδύουν το γεγονός συγκινησιακά). 2) Εκφράζουν λεκτικά κατάθλιψη ("Δεν μπορεί να γίνει τίποτε", εκφράσεις ενοχής: "Έπρεπε να είχα ακούσει την φίλη μου για να πάω γρηγορότερα στο γιατρό, όπως και εκφράσεις απελπισίας, αναξιότητας), υπάρχουν σημεία άγχους στη συμπεριφορά (συχνή εμφάνιση επαναλαμβανόμενων κινήσεων όπως κάπνισμα, αλλαγή θέσεων, δάγκωμα νυχιών, παίξιμο με τα μαλλιά, απώλεια προσοχής δηλουμένη από μακρά σιωπή, εισαγωγή άσχετων θεμάτων, αλλαγές στον τόνο της φωνής, αναστεναγμοί, κλάμα), αλλά δεν εκφράζουν άγχος λεκτικά (δηλ. δεν εκφράζονται όπως "ανησύχησα αμέσως", "πανικοβλήθηκα", "αναστατώθηκα").

Από την άλλη, ορισμένες φορές έχει θεωρηθεί υπεύθυνος ο γιατρός για μια τέτοια καθυστέρηση. Αν ο γιατρός που η γυναίκα θα επισκεφθεί είναι άνδρας, τότε αυτή μπορεί να αισθανθεί αμηχανία στο να εξηγήσει πολύ προσωπικά προβλήματα υγείας. Έτσι, δεν είναι σπάνιο (και αυτό συμβαίνει συχνά σε περιπτώσεις γυναικών που καθυστερούν να πάνε για ιατρική εξέταση) να παρουσιαστούν στο γιατρό εμμέσως, δηλαδή για κάτι άλλο, εκτός των συμπτωμάτων στο μαστό, π.χ. για γυναικολογικά προβλήματα, να φέρουν το παιδί τους για εξέταση σαν μια δικαιολογία της επίσκεψης, ή για έναν απροσδιόριστο πόνο σε ένα άλλο μέρος του σώματος και να αναφέρουν τον όγκο στο στήθος μόνο όταν ο γιατρός ρωτήσει κάτι σχετικό. Λοιπόν, οι γιατροί που πιστεύουν πως η πρόληψη είναι προτιμότερη από τη θεραπεία, πρέπει να γνωρίζουν αυτές τις τακτικές των γυναικών και να ζητούν πληροφορίες για την γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς. Οι

γιατροί δεν πρέπει να σταθούν απαθείς, πολύ απασχολημένοι, φανερά μη ανεκτικοί ή απόμακροι απέναντι στις ασθενείς, πράγμα που ισχύει και για τους νοσηλευτές οι οποίοι συνήθως υποδέχονται και παραλαμβάνουν τις ασθενείς, αλλά να δώσουν την απαραίτητη προσοχή και ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει το πρόβλημα που την απασχολεί και να πετύχουν μία αποτελεσματική επικοινωνία¹⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

Η συμβολή του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού

6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση

Σήμερα, στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική Αυτοδιοίκηση, Επιστημονικοί Οργανισμοί, Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό. Η Νοσηλεύτρια/-τής έχουν εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου του μαστού και η συμβολή τους είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπονου αυτού έργου. Σε όλα τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου μαστού, η Νοσηλεύτρια/-τής έχουν άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελούν το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδασχής του ελεγχόμενου πληθυσμού²⁰.

6.2. Δραστηριότητες του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη

Μία από τις βασικότερες δραστηριότητες του νοσηλευτή στην πρωτογενή πρόληψη είναι να γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να παρεμβαίνει 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.

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

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

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη 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 ακόμα καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος του νοσηλευτή 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: κοινωνικοοικονομικοί, ψυχολογικοί και μορφωτικοί¹⁴.

6.3. Δραστηριότητες του νοσηλευτή στη δευτερογενή πρόληψη

Οι βασικότερες δραστηριότητες του νοσηλευτή στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης, συνοψίζονται στα εξής σημεία:

- 1) Λήψη καλού ιστορικού
- 2) Κλινική εξέταση
- 3) Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού
- 4) Συμβολή στη διαδικασία πληθυσμιακού ελέγχου των γυναικών (screening).
- 5) Ψυχολογική αντιμετώπιση των ασθενών.

6.3.1. Λήψη ιστορικού

Όπως σε κάθε πάθηση, έτσι και στις παθήσεις του μαστού είναι απαραίτητη η συγκέντρωση ορισμένων πληροφοριών για τον ασθενή, πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση.

Με το ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την πάθηση, που αναφέρει η άρρωστη. Ο αριθμός των πληροφοριών αυτών και η αξία τους εξαρτώνται πάρα πολύ από το νοσηλευτή και τον τρόπο λήψης του ιστορικού.

Η πρώτη επαφή με το περιβάλλον του ιατρού και το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, είναι σημαντική για την άρρωστη. Γι' αυτό και οι ερωτήσεις του νοσηλευτή πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η άρρωστη να αισθάνεται άνεση και αισιοδοξία για την αντιμετώπιση της πάθησής της.

Μετά το ερωτηματολόγιο, που έχει σχέση με την ηλικία της, το περιβάλλον της, την επαγγελματική της δραστηριότητα και τον κοινωνικό της κύκλο, την οικογενειακή της κατάσταση και το κληρονομικό της, τις παθήσεις που παρουσίασε στο παρελθόν, τις διαταραχές του ωθητικού της κύκλου, τη λήψη ορμονικών σκευασμάτων, τις τυχόν μαστικές συμφορήσεις, που έχουν σχέση με την εμμηνορρυσία, τις προηγηθείσες εγκυμοσύνες, την ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, τις γαλουχίες και τις νευρικές, πεπτικές ή ενδοκρινολογικές διαταραχές, πρέπει ν' αναζητήσουμε μαστοπάθειες, που τυχόν πέρασε στο παρελθόν, όπως π.χ. μαστίτιδες, τραυματισμούς στο μαστό κ.λπ.

Ακόμη, θα πληροφορηθούμε, για πιθανές εγχειρήσεις, που προηγήθηκαν και έχουν σχέση με το μαστό (ωθηκεκτομία, υστερεκτομία για καρκίνο του ενδομητρίου, εξαίρεση του κόλου για καρκίνο του εντέρου κ.λπ.).

Ύστερα, θα αναζητήσουμε την αιτία, που ανάγκασε την άρρωστη να επισκεφθεί το γιατρό.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι άρρωστες προσέρχονται στο γιατρό, γιατί ανακάλυψαν τυχαία κάποιον όγκο στο μαστό. Σπάνια, θα ανακαλύψουν την πάθησή τους ύστερα από παρατήρηση μεταβολής στο

μέγεθος, στο σχήμα ή στη σύσταση του μαστού. Άλλες φορές αιτία της επίσκεψής τους είναι η έκκριση από τη θηλή και άλλες φορές ο πόνος.

Πόνος και ευαισθησία στους μαστούς είναι συμπτώματα που οφείλονται, τις περισσότερες φορές, σε φυσιολογικές διαταραχές του μαστού και όχι σε νεοπλασματικές επεξεργασίες του. Τα υποκειμενικά αυτά συμπτώματα δεν είναι δυνατό να τα εκτιμήσουμε εύκολα και με ακρίβεια, γιατί μερικές από τις γυναίκες, που φοβούνται τον καρκίνο, μεγαλοποιούν κάποια μικρή φυσιολογική ενόχληση από το μαστό τους σε τέτοιο σημείο, ώστε να επισκέπτονται πολλές φορές το γιατρό για την ίδια αιτία. Άλλες φορές, ο πόνος είναι δυνατό να προέρχεται από επανειλημμένες ψηλαφήσεις της άρρωστης, γιατί έπεσε στην αντίληψή της η παρουσία κάποιου όγκου ή γιατί ο φόβος της έκανε αυτή να ζητήσει με επιμονή όγκο.

Όσο πιο λεπτομερείς είναι οι πληροφορίες, που παίρνονται στη λήψη του ιστορικού, τόσο ευχερέστερα γίνεται η διάγνωση και ο τρόπος ελέγχου του μαστού που θα ακολουθήσει από το γιατρό.

Πληροφορίες που συλλέγονται επιπόλαια ή μπροστά σε άλλους νοσηλευτές ή γιατρούς ή στα εξωτερικά ιατρεία μπροστά σ' άλλες άρρωστες, δεν έχουν σημαντική αξία, γιατί, κάτω από τις συνθήκες αυτές, η νέα γυναίκα είναι δυνατό να αποκρύψει έκκριση από τη θηλή, επειδή φοβάται την ύπαρξη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή όγκου, και η ώριμη να μην ομολογήσει ανωμαλία, που παρατήρησε στους μαστούς της, γιατί συνδέει αυτή με σεξουαλική σχέση.

Άλλες φορές, η άρρωστη δεν θα ομολογήσει, πως το κληρονομικό της επιβαρύνεται με καρκίνο μαστού, και άλλες δεν θ' αναφέρει πως η κατάστασή της χρονολογείται από καιρό, γιατί φοβόταν χειρουργικό έλεγχο του μαστού της.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος ν' αντιμετωπίσει και φανταστικές ακόμα απαντήσεις, γιατί έχει αποδειχθεί, πως ο μαστός, πολύ συχνά, συνδέεται με την ψυχική κατάσταση της γυναίκας και με τη συζυγική, οικογενειακή και επαγγελματική της ζωή.

Απ' ότι αναφέρθηκε, μπορεί κανείς να αντιληφθεί πόσο λεπτή πρέπει να είναι η στάση του νοσηλευτή απέναντι στην άρρωστη. Η λήψη του

ιστορικού της πρέπει να γίνεται όταν είναι μόνη με το νοσηλευτή, γιατί τότε η άρρωστη αισθάνεται άνεση και εμπιστοσύνη.

Η λήψη του ιστορικού αποτελεί μακρά και πολλές φορές δυσχερή εξέταση, που απαιτεί πείρα εκ μέρους του νοσηλευτή¹⁵.

6.3.2. Κλινική εξέταση

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, ο νοσηλευτής:

- 1) Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- 2) Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.
- 3) Την προστατεύει με παραβάν, ώστε να μην εκτεθεί. Με αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς.
- 4) Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.
- 5) Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστεως, ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση.
- 6) Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό υγείας της¹⁴.

6.3.3. Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού

Μία από τις βασικότερες δραστηριότητες του νοσηλευτή στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού, θεωρείται και η διδασκαλία της αυτοεξέτασης των μαστών, η οποία είναι ένα από τα σημαντικότερα μέτρα πρώιμης διάγνωσης της νόσου, τα οποία πρέπει να παίρνει τακτικά κάθε γυναίκα. Ο νοσηλευτής πρέπει να διδάσκει στις

γυναίκες την αυτοεξέταση των μαστών σε κάθε ευκαιρία (στο ιατρείο, στο νοσοκομείο, σε συγκεντρώσεις γυναικών, σε σεμινάρια για τον καρκίνο του μαστού κ.λπ.), ως εξής:

Πρέπει να γίνεται συστηματικά, μία φορά το μήνα, αμέσως μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας για τις γυναίκες που δεν έφτασαν στην εμμηνόπαυση, ενώ για όσες είναι στην εμμηνόπαυση, μία σταθερή ημερομηνία κάθε μήνα, που θα ορίσουν οι ίδιες.

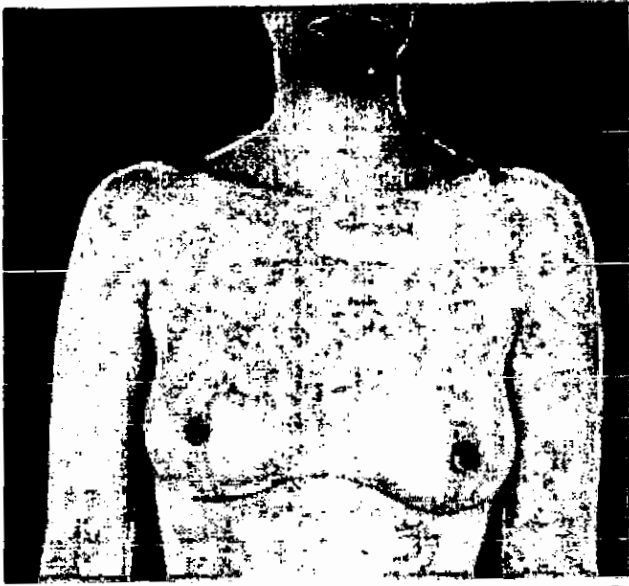
Η αυτοεξέταση γίνεται σε δύο στάδια: Επισκόπηση (A+B) και ψηλάφηση (C-H). Αν γίνει αντιληπτό κάτι το ύποπτο, πρέπει οπωσδήποτε να γίνει επίσκεψη σε γιατρό έμπειρο στην ψηλάφηση. Τα περισσότερα "ευρήματα" είναι ακίνδυνα, όμως μπορούν να εκτιμηθούν μόνο μετά από προσεκτική εξέταση.

Για την επισκόπηση η γυναίκα στέκεται μπροστά στον καθρέφτη, στον οποίο πρέπει να φαίνεται όλος ο κορμός ή τουλάχιστον ο θώρακας χωρίς παραμορφώσεις. Όταν τα άνω άκρα κρέμονται χαλαρά προς τα κάτω οι θηλές των μαστών βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στην ίδια απόσταση από τη μέση γραμμή. Σε όγκους, η θηλή μετακινείται μερικές φορές προς την πλευρά του όγκου. Οι φυσιολογικοί μαστοί είναι σχεδόν ίσου μεγέθους. Σε πολλές όμως υγιείς γυναίκες ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος. Ύποπτη είναι η διαφορά μεγέθους που παρουσιάζεται σταδιακά, όταν πριν οι μαστοί ήταν ίσοι. Το δέρμα του φυσιολογικού μαστού δεν παρουσιάζει πουθενά εισολκή ή αλλοίωση. Σε καρκίνους που αναπτύσσονται προς το δέρμα, έχει την εμφάνιση φλούδας πορτοκαλιού.

Η συμμετρία των μαστών δεν πρέπει να αλλάζει όταν τα χέρια σηκωθούν ομοιόμορφα. Ο μείζων θωρακικός μυς καταφύεται στο βραχίονα και κατά την ανύψωση του βραχίονα τεντώνεται. Το δέρμα του θώρακα έλκεται προς τα πάνω μαζί με τον ανυψωμένο ώμο. Ο μαστός, ως δερματικό όργανο, πρέπει να ακολουθεί την κίνηση αυτή. Αν στη μία πλευρά ο μαστός υπολείπεται, αυτό προκαλείται από συμφύσεις του συνδετικού ιστού που μπορεί να οφείλονται μεταξύ άλλων σε καρκίνο.

Επόμενο στάδιο είναι η ψηλάφηση των μαστών. Το χέρι που εξετάζει τοποθετείται με την παλάμη επάνω στο μαστό. Οι ράγες των δακτύλων

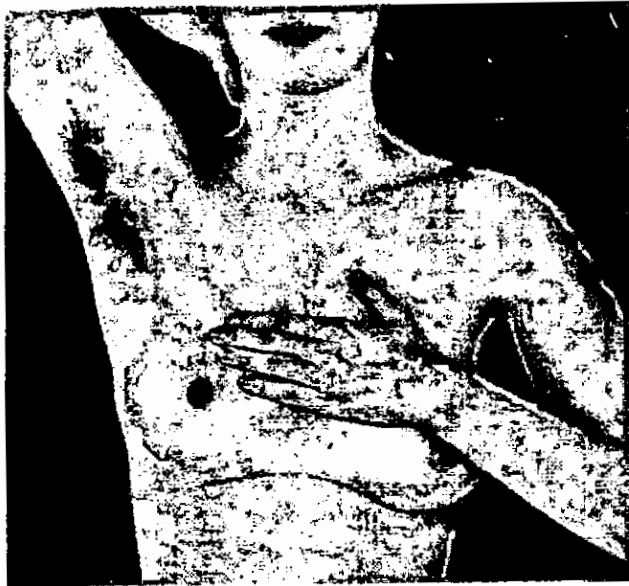
Μαστικός Αδένας



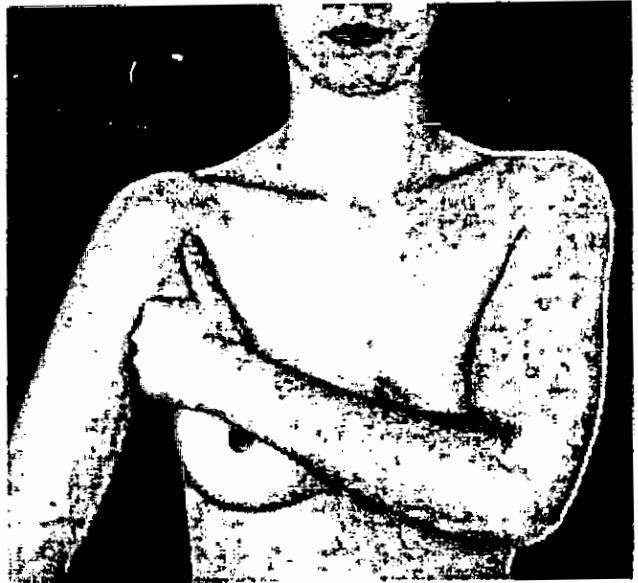
A



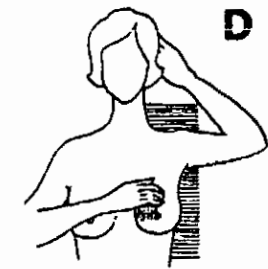
B



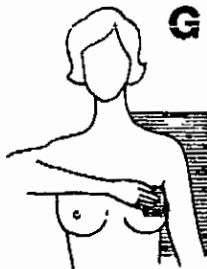
C



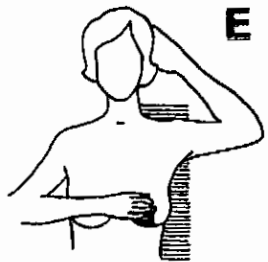
H



D



G



E



F

πιέζουν με αρκετή δύναμη. Ο φυσιολογικός μαστός έχει ομοιόμορφη μαλακή σύσταση και καλή κινητικότητα. Αντιθέτως, ο καρκινωματώδης ιστός είναι σκληρός και σε προχωρημένα στάδια δεν μετακινείται εύκολα, επειδή διηθεί τον περίγυρο. Δεν είναι όμως καρκίνος κάθε σκληρός ιστός στο μαστό. Πολλές γυναίκες έχουν περιγεγραμμένες ομάδες αδένων στο μαστό (μαστοπάθεια), οι οποίες είναι κάπως σκληρότερες από τον υπόλοιπο ιστό, πάντα όμως είναι καλά κινητές. Ύποπτοι είναι όζοι που πρωτοπαρουσιάζονται ή που μεγαλώνουν.

Για την ευκολότερη περιγραφή των ευρημάτων, πρέπει να χωρίσει κανείς νοητά το μαστό, με δύο διασταυρωνόμενες στη θηλή γραμμές, σε τέσσερα τεταρτημόρια: άνω έσω (D), κάτω έσω (E), κάτω έξω (F), και άνω έξω (G) τεταρτημόριο. Πρέπει να ψηλαφώνται προσεκτικά όλα τα τεταρτημόρια. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο άνω έξω τεταρτημόριο, επειδή εδώ παρουσιάζεται συχνότερα ο καρκίνος.

Τελειώνοντας την εξέταση πρέπει να ψηλαφηθεί η μασχαλιαία κοιλότητα για σκληρά λεμφογάγγλια. Το άνω άκρο πρέπει να κρέμεται χαλαρά δίπλα στον κορμό. Με το βραχίονα σε έκταση δεν μπορεί κανείς να ψηλαφήσει καλά βαθιά στη μασχαλιαία κοιλότητα¹.

Κατά αυτόν τον τρόπο οφείλει ο νοσηλευτής να εκπαιδεύσει τις γυναίκες στην αυτοεξέταση του μαστού, επιμένοντας σε βασικές λεπτομέρειες τεχνικής, στο χρόνο εξέτασης, καθώς και στην αξιολόγηση των ευρημάτων¹³.

6.3.4. Συμβολή στη διαδικασία πληθυσμιακού ελέγχου των γυναικών (screening)

Ο πληθυσμιακός έλεγχος (screening) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα μέσα έγκαιρης διάγνωσης και δευτερογενούς πρόληψης για καρκίνο του μαστού. Το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών που εντάσσονται στο πρόγραμμα πληθυσμιακού ελέγχου είναι ο πιο σημαντικός παράγων για την επιτυχία του. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες συμμετέχουν εφόσον έχουν πεισθεί ότι ο προληπτικός έλεγχος είναι χρήσιμος. Η απόφαση των γυναικών επηρεάζεται από το κατά πόσον οι

στενοί συγγενείς και φίλοι τις παροτρύνουν να υποβληθούν στον έλεγχο. Ακόμα, οι εμπειρίες που έχει αποκτήσει κάθε γυναίκα από προηγθέντα προβλήματα της υγείας της, αλλά και η παρούσα κατάσταση της υγείας της επηρεάζουν την απόφασή της.

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικότατο ρόλο στην επιτυχία του προγράμματος και την αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των γυναικών. Προκειμένου όμως, να συμμετάσχει ενεργά στο πρόγραμμα, θα πρέπει πρώτα να πεισθεί για την ωφελιμότητά του. Εάν έχει αρνητική γνώμη για τον προληπτικό έλεγχο, τότε αντί να προτρέπει τις γυναίκες να υποβληθούν σε μαστογραφικό έλεγχο, ενδεχομένως να τις αποθαρρύνει, με συνέπεια τη μείωση της συμμετοχής τους. Αν όμως συμφωνεί με τα προγράμματα προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου, η παροχή προς αυτές περισσότερων πληροφοριών και η συζήτηση μαζί τους για τους πιθανούς ενδοιασμούς ή φόβους τους βοηθούν σε μεγάλο βαθμό, ώστε πολλές γυναίκες να αλλάξουν γνώμη και να προσέλθουν για μαστογραφικό έλεγχο. Αλλά και στην περίπτωση που τελικά ένας αριθμός γυναικών θα επιλέξει να μην υποβληθεί στον προληπτικό έλεγχο, ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να τις κάνει να νιώσουν ένοχες για την απόφασή τους, αλλά απεναντίας θα πρέπει να τις διαβεβαιώσουν, ότι θα είναι πάντα πρόθυμος να παράσχει κάθε βοήθεια προς αυτές. Δεν πρέπει να λησμονεί κανείς, ότι η οποιαδήποτε απόφαση είναι θέμα που αφορά το ίδιο το άτομο και θα πρέπει πάντα να γίνεται σεβαστή.

Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής συμβάλλει στα εξής σημεία στο πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού:

- Στην ποιότητα του προγράμματος
- Να βελτιωθεί η αποδοχή του προγράμματος από το γυναικείο πληθυσμό.
- Να διευκολύνει τις γυναίκες που παραπέμπονται για περαιτέρω έλεγχο.
- Στην αύξηση της συμμετοχής.
- Ελέγχοντας τις καταστάσεις των προς εξέταση γυναικών.
- Παροτρύνοντας τις γυναίκες να προσέλθουν για την εξέταση.

- Παρέχοντας πρακτικές συμβουλές.
- Περιορίζοντας τους φόβους των γυναικών.
- Συζητώντας τα οφέλη του προληπτικού ελέγχου με τις γυναίκες που δεν προσήλθαν για έλεγχο.
- Στην ενημέρωση των γυναικών
 - Δίδοντας απαντήσεις στις απορίες τους.
 - Συμβουλευόντας τις γυναίκες που δεν περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα.
 - Συζητώντας με τις γυναίκες τι σημαίνει η επανάκλησή τους για περαιτέρω διερεύνηση.
 - Συζητώντας με τις γυναίκες τη διαδικασία της βιοψίας.
 - Συζητώντας με τις γυναίκες τις εναλλακτικές προτάσεις θεραπείας.
 - Συζητώντας με τις γυναίκες που αρνήθηκαν τον προληπτικό έλεγχο.

Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της αγωνίας των γυναικών σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο των μαστών στα εξής σημεία:

- Οι γυναίκες θα πρέπει να είναι εκ των προτέρων προετοιμασμένες ότι θα κληθούν να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο.
- Ο προληπτικός έλεγχος των μαστών θα πρέπει να εντάσσεται σε ευρύτερο πλαίσιο πρόληψης και αγωγής υγείας.
- Θα πρέπει με έμφαση να τονίζεται ότι πρόκειται για εξέταση ρουτίνας.
- Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται με επιστολή για τις υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου.
- Προσερχόμενη η γυναίκα για εξέταση δεν θα πρέπει να περιμένει πολλή ώρα.
- Η σωστή επικοινωνία με τη γυναίκα σε κάθε φάση του προγράμματος θα πρέπει να είναι εξασφαλισμένη.

- Θα πρέπει να γνωστοποιεί στις γυναίκες πότε και με ποιο τρόπο θα μάθουν τ' αποτελέσματα.
- Θα πρέπει να ενημερώνει τις γυναίκες για το τι σημαίνει θετικό αποτέλεσμα από τον έλεγχο.
- Θα πρέπει εκ των προτέρων να ενημερώνει τις γυναίκες για το ενδεχόμενο να κληθούν εκ νέου για επαλήθευση των αποτελεσμάτων.
- Η κλήση για επαλήθευση θα πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη επιστολή, όπου με κατανοητό για τη γυναίκα τρόπο θα δίδονται οι απαραίτητες εξηγήσεις.
- Θα πρέπει να φροντίζει το χρονικό διάστημα από τη στιγμή που η γυναίκα μαθαίνει το θετικό αποτέλεσμα μέχρις ότου να κληθεί για περαιτέρω διερεύνηση να είναι όσο το δυνατόν πιο βραχύ.
- Σ' αυτή τη φάση η γυναίκα θα πρέπει να έχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα και υποστήριξη από το νοσηλευτή.
- Οι γυναίκες που κλήθηκαν, αλλά δεν προσήλθαν για τον προληπτικό έλεγχο, αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επικοινωνήσει εκ νέου με κάθε γυναίκα από αυτή την ομάδα και να προθυμοποιηθεί να συζητήσει μαζί της κάθε ζήτημα.
- Θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε οι γυναίκες να κατανοούν ότι ο προληπτικός έλεγχος δεν είναι πανάκεια και οπωσδήποτε δε συνιστά πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αλλά προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης του¹⁷.

6.3.5. Ψυχολογική αντιμετώπιση ασθενών με κακοήθη νοσήματα

Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους. Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη άποψη της ολιστικής νοσηλευτικής μπορεί να ανιχνεύσει τις εσωτερικές δυνάμεις των αρρώστων και να τους βοηθήσει για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν την αρρώστια.

Πράγματι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική, όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες. Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές εντάσεις (stress) που σχετίζονται με την αρρώστια τους. Υπάρχουν όμως και άλλοι που δυσκολεύονται. Οι ψυχολογικές αυτές δυσκολίες και καταπονήσεις επιδρούν αρνητικά και στην πορεία της αρρώστιας και στην ποιότητα ζωής των αρρώστων.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου του και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την αξιολόγηση ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως, οι ανάγκες και οι ικανότητές του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια. Επίσης κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση επισημαίνονται και οι παράγοντες, που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα αντιμετώπισης της αρρώστιας στον κάθε άρρωστο.

Όσον αφορά το φόβο της διάγνωσης του καρκίνου, έχει βρεθεί από έρευνες, ότι όσοι γνωρίζουν ότι έχουν καρκίνο δοκιμάζουν μεγαλύτερο ψυχικό stress από εκείνους που δεν το ξέρουν ή μόνο το υποπτεύονται ή δεν είναι βέβαιοι ότι έχουν καρκίνο. Σ' αυτή τη φάση, ο νοσηλευτής βρίσκεται σε πολύ λεπτή και δύσκολη θέση, γι' αυτό και πρέπει να έχει την ικανότητα να ψυχολογεί τον άρρωστο και να είναι σε θέση κάθε στιγμή να δίνει απαντήσεις στις ερωτήσεις του αρρώστου που αγωνιά, αποκαλύπτοντας μόνο ότι χρειάζεται να ξέρει, χωρίς όμως να τον αφήνει με την αμφιβολία και την απορία για κάθετι που αφορά την ασθένειά του. Ο νοσηλευτής πρέπει να ξέρει να αντιμετωπίζει κάθε δύσκολη κατάσταση με χαμόγελο και ευχάριστη διάθεση, τονίζοντας πάντα τη θετική πλευρά των πραγμάτων και ενισχύοντας έτσι τη διαταραγμένη ψυχική ισορροπία του ασθενή.

Συμπερασματικά, λοιπόν, τονίζονται τα εξής:

- Ο άρρωστος με τον καρκίνο είναι αδιαίρετη και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που αντιδρά προς την αρρώστια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

- Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις του αρρώστου για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

- Ο νοσηλευτής για να αριστεύει στην ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα, χρειάζεται συνεχή επιμόρφωση ώστε:

- Να εκσυγχρονίζει τις επιστημονικές του γνώσεις.
- Να τελειοποιεί τις κλινικές του τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες και
- Να εμπλουτίζει την προσωπικότητά του με:
 - ευγένεια, λεπτότητα, ανθρωπιά,
 - θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, συμπόνοια,
 - αγάπη για τον άνθρωπο και τη ζωή του²¹.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

Εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική θεώρηση με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

7.1. Νοσηλευτική διεργασία - Ορισμός

Νοσηλευτική Διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων²².

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου²³.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

Όνομα ασθενούς : Χ.Δ.
Ημερομηνία γέννησης : 24/12/1955
Ηλικία : 45 ετών
Ημερομηνία επίσκεψης : 18/9/2000

Η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά γυναικολογικά ιατρεία του νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας". Η ασθενής ανακάλυψε τυχαία πριν από ένα μήνα, κατά τη διάρκεια του λουτρού ένα ογκίδιο στο κάτω έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού. Η ασθενής, η οποία δεν συνήθιζε να κάνει τακτική αυτοεξέταση στους μαστούς της, αναφέρει ότι μετά την ψηλάφηση του ογκιδίου και παρατηρώντας το στήθος της στον καθρέφτη, διαπίστωσε μία ελαφρά ανύψωση του αριστερού μαστού κατά την ανύψωση των χεριών, πράγμα που την ανησύχησε πολύ. Η ασθενής κατά τη διάρκεια του τρέχοντος μηνός συνέχισε να ψηλαφά το ογκίδιο, το οποίο περιγράφει ως "σκληρό" και "μη κινητό". Έτσι οδηγήθηκε στην απόφαση να ζητήσει τη γνώμη ενός ειδικού γιατρού.

Η ασθενής είναι παντρεμένη και έχει μία κόρη 15 ετών. Αναφέρει ότι θήλασε τους τρεις πρώτους μήνες, αλλά διέκοψε το θηλασμό λόγω οξείας μαστίτιδας που έπαθε κατά την περίοδο της γαλουχίας. Αναφέρει επίσης μία διακοπή κυήσεως δύο χρόνια μετά τον πρώτο της τοκετό. Έναρξη εμμήνου ρύσεως σε ηλικία 13 ετών. Τελευταία έμμηνος ρύση στις 10/9/2000. Δεν έχει κάνει χρήση ορμονών στο παρελθόν. Αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ και καπνού, δεν είναι ιδιαίτερα παχύσαρκη, αλλά αναφέρει ότι κάνει αρκετή κατανάλωση ζωικού λίπους. Το οικογενειακό ιστορικό της είναι ελεύθερο. Δεν παίρνει συστηματικά φάρμακα. Δεν είναι αλλεργική σε κάποιο φάρμακο. Προ δεκαετίας αναφέρει χειρουργική επέμβαση χολοκυστεκτομής. Δεν πάσχει από άλλα προβλήματα υγείας.

Στο ιατρείο έγινε λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ: 120/80 mm/Hg και σφύξεις: 70 ανά 1'.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ψηλήδηψη μικρού ογκιδίου, στο κάτω έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού, κατά τη διάρκεια του θουτρού, το οποίο περιγράφεται ως "σκληρό και "μη κινητό".</p>	<p>Επίσκεψη σε ειδικό ιατρείο, για διαγνωστική πρόληψη του ογκιδίου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Υποδοχή και γνωριμία με την ασθενή. - Κανονισμός ραντεβού με τον ειδικό γιατρό (γυναικολόγο) για κλινική εξέταση της ασθενούς. - Λήψη ιστορικού της ασθενούς. - Λήψη ζωτικών σημείων. - Προετοιμασία για κλινική εξέταση της ασθενούς. - Προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία για την έγκαιρη διάγνωση τυχόν κακοήθειας, ύστερα από ιατρική εντολή. - Κανονισμός ραντεβού για τη μαστογραφία, με το ειδικό ακτινολογικό τμήμα του νοσοκομείου. - Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς κατά τη διάρκεια της επίσκεψής της στο ειδικό ιατρείο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε ευγενική υποδοχή της ασθενούς, κατά την εισοδή της στο ιατρείο, καθώς και οι αμοιβαίες συστάσεις. - Κανονίστηκε και καταγράφηκε το ραντεβού της ασθενούς με το γυναικολόγο για την ίδια μέρα (9η μέρα του κύκλου) και ζητήθηκε από την ασθενή να περιμένει στην αίθουσα αναμονής, αφού έγινε ενημέρωσή της για το άμεσο ραντεβού με τον ειδικό γιατρό. - Κατόπιν, έγινε υποδοχή της στο γραφείο της της νοσηλεύτριας για τη λήψη του ιστορικού, αφού εξασφαλίστηκε ήρεμο, άνετο και διακριτικό περιβάλλον, μόνο με την παρουσία της νοσηλεύτριας και της άρρωστης. - Το ιστορικό της ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία: 45 ετών • Έγγαμος, με μία κόρη 15 ετών • Θηλασμός διάρκειας 3 μηνών • Οξεία μαστίτιδα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας και διακοπή θηλασμού. • Διακοπή κύσεως (μη παθολογικής), δύο χρόνια μετά τον τοκετό, σε ηλικία 32 ετών. • Έναρξη εμμήνου ρύσεως σε ηλικία 13 ετών. Τελευταία έμμηνος ρύση στις 10/9/2000. 	<p>Με την κλινική εξέταση της ασθενούς, διαπιστώθηκε από το γιατρό η ύπαρξη ογκιδίου στο κάτω έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού, ενώ ο δεξιός μαστός δεν παρουσίασε ύποπτες αλλοιώσεις.</p> <p>Συστήθηκε στην ασθενή να κάνει μαστογραφία, η οποία ορίστηκε να γίνει στις 22/9/2000 στο νοσοκομείο "Ο Άγιος Σάββας".</p> <p>Έγινε η μαστογραφία, η οποία έδειξε για τον αριστερό μαστό ασαφή σκίαση, ύποπτη μπιτωτικής εξεργασίας στο κάτω έξω τεταρτημόριο του μαστού η οποία προκαλεί εισοδή του υπερκείμενου δέρματος και πιθανόν οφείλεται σε υπολειμματική νόσο, χρήζουσα αφαιρέσεως και βιοψίας. Επίσης, ρεμφραδένες στη σύστοιχη μασχαλία στη χώρα. Ο δεξιός μαστός ανευρέθη άνευ παθολογικών αλλοιώσεων.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Δεν έχει κάνει χρήση ορμονών. • Δεν κάνει χρήση αλκοόλ και καπνού. • Αναφέρει αρκετή κατανάλωση ζωικού λίπους. • Οικογενειακό ιστορικό ελεύθερο. • Δεν λαμβάνει συστηματικά φάρμακα. • Δεν είναι αθλητική σε κάποιο φάρμακο. • Προ δεκαετίας, χειρουργική επέμβαση χολοκυστεκτομής. • Δεν έχει άλλα προβλήματα υγείας. <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ: 120/80 mmHg Σφύξεις: 70 ανά 1΄.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε προετοιμασία της ασθενούς για κλινική εξέταση με τις εξής ενέργειες: <ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η ασθενής για το τι πρόκειται να γίνει, εμπνέοντας διάθεση συνεργασίας. • Πληροφορήθηκε η ασθενής ότι ο γιατρός μπορεί να τη ρωτήσει για το ιστορικό υγείας της. • Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον με απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό. • Έγινε σύσταση της ασθενούς με το γιατρό για να αισθάνεται πιο άνετα. • Προστατεύθηκε η άρρωστη με παραβάν, ώστε να μην εκτεθεί και να αισθανθεί ανεπιθύτητα. 	Έγινε επικοινωνία της ασθενούς με το γραφείο κινήσεως του νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας" και ορίστηκε εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική μαστού, για την πραγματοποίηση χειρουργικής αφαιρέσεως και βιοψίας του όγκου, στις 19/11/2000.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλεύτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΤΡΑΧΙΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none">• Βοηθήθηκε η άρρωστη με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για την εξέταση. Αρχικά καθιστή με ίσια πλάτη για επισκόπηση, έπειτα με τα χέρια ανυψωμένα πάνω από το κεφάλι, επίσης για επισκόπηση και κατόπιν σύμφωνα με τις οδηγίες του εξεταστή γυναικολόγου για ψηλάφηση.- Εφόσον αποφασίστηκε από το γιατρό προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία για την έγκαιρη διάγνωση τυχόν κακοήθειας, έγινε επικοινωνία με το ακτινολογικό τμήμα και ειδικότερα με το τμήμα μαστογραφιών και κανονίστηκε ραντεβού για μαστογραφία σε δύο ημέρες (20/9/2000 και ώρα 11.30 π.μ.). Ενημερώθηκε η άρρωστη για το ραντεβού (ημερομηνία, ώρα, τόπος και τρόπος εξέτασης).- Έγινε προσπάθεια ψυχολογικής ενίσχυσης της ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της επίσκεψής της στο ιατρείο, με δημιουργία άνετης και φιλικής ατμόσφαιρας και με ειλικρινή και άμεση προσέγγιση του προβλήματός της.	

Περιστατικό Β

Όνομα ασθενούς: Μ.Π.

Ημερομηνία γέννησης: 3/9/1961

Ηλικία: 39 ετών

Ημερομηνία επίσκεψης: 12/10/2000

Η ασθενής προσήλθε στα γυναικολογικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου "Ο Άγιος Σάββας". Η ασθενής αναφέρει ότι κατά τη διάρκεια της μηνιαίας αυτοεξέτασης μαστών, ανακάλυψε πριν από 2 εβδομάδες μία μικρή ψηλαφητή μάζα στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού. Η ασθενής αναφέρει ότι πραγματοποιεί την αυτοεξέταση μαστών από την ηλικία των 20 ετών, διότι έχει επιβαρυσμένο κληρονομικό ιστορικό, καρκίνου μαστού από τη μητέρα της. Αναφέρει ότι η μητέρα της παρουσίασε καρκίνο μαστού σε ηλικία 47 ετών. Είχε πολύ καλή πρόγνωση, αντιμετωπίστηκε έγκαιρα και αποτελεσματικά και μέχρι σήμερα, 19 χρόνια μετά, δεν έχει παρουσιάσει υποτροπή. Δεν υπάρχει άλλο κρούσμα καρκίνου του μαστού στην οικογένεια της ασθενούς.

Η ασθενής είναι παντρεμένη και έχει δύο παιδιά, ηλικίας 12 και 7 ετών. Έχει θηλάσει 4 και 5 μήνες αντιστοίχως τα παιδιά της, χωρίς προβλήματα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Δεν έχει κάνει αμβλώσεις. Δεν έχει κάνει λήψη ορμονών στο παρελθόν. Αναφέρει ότι δεν πίνει σημαντικές ποσότητες αλκοόλ, αλλά καπνίζει συστηματικά περίπου ένα πακέτο τσιγάρα ημερησίως, εδώ και 20 χρόνια. Δεν είναι παχύσαρκη και αναφέρει ότι έχει υιοθετήσει εδώ και χρόνια υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Έναρξη εμμήνου ρύσεως σε ηλικία 12 ετών. Τελευταία έμμηνος ρύση στις 25/9/2000. Η ασθενής δεν έχει άλλα προβλήματα υγείας. Δεν παίρνει συστηματικά φάρμακα. Αναφέρει αλλεργία στην ασπιρίνη.

Στο ιατρείο έγινε λήψη ζωτικών σημείων:

Α.Π. 130/80 mmHg και σφύξεις: 82 ανά 1'.

Η ασθενής φαίνεται αρκετά αγχωμένη και φοβισμένη, εξαιτίας κυρίως του βεβαρυσμένου κληρονομικού ιστορικού της. Γι' αυτό και έγινε προσπάθεια ψυχολογικής της υποστήριξης.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)
 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ψηλάφηση μικρής μάζας (ογκιδίου) στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού, κατά τη διάρκεια της μηνιαίας αυτοεξέτασης μαστού.</p>	<p>Επίσκεψη σε ειδικό γιατρό για την έγκαιρη διερεύνηση και διάγνωση τυχόν κακοήθους νεοπλασίας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Υποδοχή και γνώριμία με την ασθενή. - Κανονισμός ραντεβού με τον ειδικό γιατρό (γυναικολόγο) για την κλινική εξέταση της ασθενούς. - Λήψη ιστορικού της ασθενούς. - Λήψη ζωτικών σημείων. - Προετοιμασία για κλινική εξέταση της ασθενούς. - Προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία για την έγκαιρη διάγνωση τυχόν κακοήθους νεοπλασίας, ύστερα από ιατρική εντολή. - Κανονισμός ραντεβού για τη μαστογραφία, με το ειδικό ακτινολογικό τμήμα του νοσοκομείου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε ευγενική υποδοχή της ασθενούς, κατά την εισοδή της στο ιατρείο, καθώς και οι αμοιβαίες συστάσεις. - Κανονίστηκε και καταγράφηκε το ραντεβού της με το γυναικολόγο για την ίδια μέρα (18η μέρα του κύκλου) και συστηθηκε στην ασθενή να περιμένει στην αίθουσα αναμονής, αφού έγινε ενημέρωσή της για το άμεσο ραντεβού της με τον γυναικολόγο. - Έγινε υποδοχή της ασθενούς στο γραφείο της νοσηλεύτριας για τη λήψη του ιστορικού, αφού εξασφαλίστηκε ήρεμο, άνετο και διακριτικό περιβάλλον, μόνο με την παρουσία της νοσηλεύτριας και της ασθενούς. - Το ιστορικό της ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής: <ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία: 39 ετών • Έγγαμος, με 2 παιδιά ηλικίας 12 & 7 ετών • Θηλασμός διάρκειας 4 και 5 μηνών αντίστοιχα. • Δεν έχει κάνει αμβλώσεις. • Δεν έχει κάνει χρήση ορμονών. • Δεν πίνει σημαντικές ποσότητες αλκοόλ. • Καπνίζει συστηματικά περίπου 1 πακέτο τσιγάρα ημερησίως, εδώ και 20 χρόνια. • Δεν είναι παχύσαρκη, έχει υιοθετήσει υγιεινές διατροφικές συνήθειες. 	<p>Με την κλινική εξέταση της ασθενούς, διαπιστώθηκε μικρή μάζα (ογκίδιο) στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού, ενώ στον αριστερό μαστό δεν διαπιστώθηκαν ύποπτες αλλοιώσεις.</p> <p>Έγινε προληπτική μαστογραφία στις 6/9/2000 στο νοσοκομείο "Ο Άγιος Σάββας", η οποία έδειξε στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού μικρό ογκίδιο διαστάσεων 1x1 cm, χωρίς όμως στοιχεία κακοήθους εξεργασίας. Ο αριστερός μαστός ανευρέθη άνευ παθολογικών αλλοιώσεων.</p> <p>Για μεγαλύτερη ασφάλεια και λόγω του βεβαρυμένου κληρονομικού ιστορικού της, επιλέχθηκε να γίνει χειρουργική εξαίρεση και βιοψία του ογκιδίου του δεξιού μαστού.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη εμμήνου ρύσεως σε ηλικία 12 ετών. Τελευταία έμμηνος ρύση στις 25/9/2000. • Επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό. Η μητέρα της παρουσίασε καρκίνο μαστού πριν 19 χρόνια σε ηλικία 47 ετών, με καλή πρόγνωση. Δεν υπάρχει άλλο κρούσμα καρκίνου μαστού στην οικογένειά της. • Δεν λαμβάνει συστηματικά φάρμακα. • Αναφέρει αληθινά στην ασπιρίνη. • Δεν έχει άλλα προβλήματα υγείας. <p>Έγινε ηήψη ζωτικών σημείων: ΑΠ: 130/80 mmHg Σφύξεις: 82 ανά 1'.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Έγινε προετοιμασία της ασθενούς για κλινική εξέταση με τις εξής ενέργειες: <ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η ασθενής για το τι πρόκειται να γίνει, προσπαθώντας να γίνει καταστολή του άγχους και του φόβου της. • Πληροφορήθηκε η ασθενής ότι ο γιατρός πρόκειται να τη ρωτήσει για το ιστορικό υγείας της. • Εξασφαλίστηκε κατάλληλο περιβάλλον με απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό. • Έγινε σύσταση της ασθενούς με το γιατρό για να αισθάνεται πιο άνετα. • Προστατεύθηκε η άρρωστη με παρβάν, ώστε να μην εκτεθεί και να αισθάνεται πιο άνετα. 	Η επέμβαση πραγματοποιήθηκε την ίδια μέρα στο χειρουργικό τμήμα των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου, με τοπική αναισθησία. Στάθηκε δείγμα του όγκου για ιστολογική εξέταση. Σε 4 ημέρες προέκυψαν οι απαντήσεις της βιοψίας, οι οποίες δεν έδειξαν στοιχεία κακοήθους εξεργασίας. Η ασθενής ανακουφίστηκε και της συστάθηκε επανέλεγχος με μαστογραφία σε 1 χρόνο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Βοηθήθηκε η ασθενής με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για την εξέταση. Αρχικά καθιστή με την πλάτη ίσια και ύστερα με τα χέρια υψωμένα πάνω από το κεφάλι για επισκόπηση και κατόπιν σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού για ψηλάφηση. - Εφόσον αποφασίστηκε από το γιατρό προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία για την έγκαιρη διάγνωση τυχόν κακοήθειας, έγινε επικοινωνία με το ακτινολογικό τμήμα του νοσοκομείου και κανονίστηκε ραντεβού για μαστογραφία σε τρεις ημέρες (6/9/2000 και ώρα 10.00 π.μ.). Ενημερώθηκε η άρρωστη για το ραντεβού (ημερομηνία, ώρα, τόπος και τρόπος εξέτασης). Μετά τη μαστογραφία και την απόφαση του γιατρού για χειρουργική εκτομή του όγκου και βιοψία, έγινε στο χειρουργικό ιατρείο η επέμβαση εξαίρεσης του όγκου με τοπική αναισθησία, τοποθετήθηκε το υλικό της βιοψίας στο ειδικό φαλίδιο με φορμόλη και με τα ατομικά στοιχεία της άρρωστης στάθηκε για ιστολογική εξέταση. - Δημιουργήθηκε άνετη και φιλική ατμόσφαιρα στα πλαίσια της προσπάθειας ψυχολογικής υποστήριξης της ασθενούς για την αποβολή του άγχους και του φόβου που ένιωθε. 	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί σήμερα το μοναδικό μέσο ικανοποιητικής ίασης και αποφυγής υποτροπών και μεταστάσεων από τη νόσο. Γι' αυτό και είναι σκόπιμο να εφαρμόζονται εκείνες οι δραστηριότητες που προάγουν την πρόληψη και οδηγούν στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου.

- Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται μέσα από οργανωμένες συζητήσεις, σεμινάρια, διαλέξεις και άλλες τέτοιου είδους εκδηλώσεις για κάθε τι που αφορά τον καρκίνο του μαστού, όπως π.χ. για τους αιτιολογικούς παράγοντες που προδιαθέτουν τη γένεση του καρκίνου και τους τρόπους αποφυγής τους, τις μεθόδους διάγνωσης, τις θεραπευτικές μεθόδους και την αποκατάσταση. Οι γυναίκες σήμερα είναι απαραίτητο να εξοικειωθούν με το σώμα τους και ιδιαίτερα με τους μαστούς τους και να μάθουν να συζητούν ελεύθερα το θέμα, είτε μεταξύ τους, είτε με το νοσηλεύτη, είτε με τον ειδικό γιατρό, χωρίς να αισθάνονται ντροπή, χωρίς ταμπού και προκαταλήψεις.

- Η σπουδαιότητα της τακτικής αυτοεξέτασης των μαστών είναι πλέον γνωστή και αποδεδειγμένη. Κάθε γυναίκα, μετά το 20ό έτος της ηλικίας της, ειδικά όταν έχει επιβαρυσμένο κληρονομικό ιστορικό, θα πρέπει μία φορά το μήνα, μετά το τέλος της εμμηνόπαυσης, να πραγματοποιεί την αυτοεξέταση των μαστών της, που έχει διδαχτεί από το νοσηλεύτη, για την ανακάλυψη τυχόν συμπτωμάτων κακοήθους νεοπλασίας.

- Επίσης, πρέπει να γίνεται με κάθε μέσο, προσπάθεια προτροπής των γυναικών για τη συμμετοχή τους στα προγράμματα προληπτικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening), τα οποία βέβαια αφορούν μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (περίπου 50-70 ετών). Πρέπει να τονιστεί η αξία της μαστογραφίας στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και καλό θα ήταν κάθε γυναίκα στην ηλικία των 35-40 ετών να κάνει μία προληπτική ενδεικτική μαστογραφία και ανάλογα με το ατομικό ιστορικό της και τον ειδικό γιατρό που την παρακολουθεί, να επαναλαμβάνει τον μαστογραφικό έλεγχο κάθε 3-4 χρόνια.

- Η γυναίκα πρέπει να προτρέπεται να μη φοβάται να επισκεφθεί τον ειδικό γιατρό σε περίπτωση που ανακαλύψει κάποιο ύποπτο σύμπτωμα στο μαστό της. Όσο πιο γρήγορα επισκεφθεί κάποιο ειδικό γιατρό, τόσο καλύτερη αναμένεται να είναι η πρόγνωση τυχόν κακοήθειας. Ο φόβος της εισαγωγής στο νοσοκομείο, της μαστεκτομής ή ακόμα και της ιδέας του θανάτου, είναι τα σημεία που ευθύνονται για την καθυστερημένη προσέλευση των γυναικών στον ειδικό γιατρό για εξέταση. Γι' αυτό και πρέπει να τονίζεται η δυνατότητα πλήρους ίασης του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο. Οι γυναίκες θα πρέπει να κατανοήσουν ότι με την αναβολή αντιμετώπισης μιας τέτοιας κατάστασης δεν μπορούν να αποφύγουν ή να λύσουν το πρόβλημα, παρά μόνο να συμβάλλουν στην επιβάρυνση της κατάστασής τους.

- Τέλος, θα ήταν χρήσιμη η ίδρυση ειδικών κέντρων πρόληψης καρκίνου του μαστού, επανδρωμένων με κατάλληλα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, όπου θα δίνουν την ευκαιρία στις γυναίκες να ενημερώνονται, να διδάσκονται και να προτρέπονται να μην εφησυχάζουν απέναντι στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Ο γυναικείος μαστός, αυτό το άλλοτε σύμβολο ομορφιάς και θηλυκότητας και άλλοτε σύμβολο μητρότητας, απειλείται σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή από τον καρκίνο, γι' αυτό και είναι επιτακτική ανάγκη να προστατεύεται με κάθε τρόπο, όχι μόνο με τη συμβολή των κοινωνικών και υγειονομικών φορέων, αλλά και με τη θέληση και τη συνεργασία των ίδιων των γυναικών.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία τονίστηκε η αξία της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, ως κύριο όπλο για την αποτελεσματική του θεραπείας. Η πρόληψη αποτελεί σήμερα το σύνθημα για την καλύτερη πρόγνωση, όχι μόνο του καρκίνου του μαστού, αλλά και πολλών άλλων παθήσεων. Η νοσηλευτική, έχοντας υιοθετήσει την άποψη αυτή, συμβάλλει αποτελεσματικά στην έγκαιρη προσέλευση των γυναικών για εξέταση και διαγνωστικό έλεγχο.

Ευχή και προσδοκία όλων είναι, σύντομα, η επιστήμη να μπορέσει να εξασφαλίσει αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. Μέχρι τότε όμως, η διαγνωστική ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε αρχικό στάδιο θα εξακολουθήσει να αποτελεί το βασικό όπλο για την καλύτερη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lippert H.: "Ανατομική" 5η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιάνος", Αθήνα 1993, σ. 82, 88-89.
2. Παπανικολάου Α.Ν.: "Γυναικολογική μαστολογία", Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιάνος", Αθήνα 1995, σ. 10-38, 73-91, 93-96, 99-105, 120.
3. Ρηγάτος Γ.: "Εγκόλπιο Ογκολογίας", Εκδόσεις ASCENT, Αθήνα 2000, σ. 3, 5, 47-49, 53-54.
4. Αποστολίδης Ν. - Πανουσόπουλος Δ.: "Ο καρκίνος του μαστού", Εκδόσεις Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 1998, σ. 3-5, 10-11, 20-22, 29-33, 116.
5. Πατέρας Χ.: "Πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για καρκίνο του μαστού με μαστογραφία", "Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Εταιρία νοσηλευτικών σπουδών, Αθήνα 1999, σ. 258-262.
6. Καρβελάς Φ.: "Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού", "Ιατρική", τόμος 57, τεύχος 1, 1990, σ. 26-28.
7. Χρυσοχόου Μ.: "Διατροφή και καρκίνος του μαστού", "Ευρώπη κατά του καρκίνου - Διατροφή και καρκίνος", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991, σ. 62-63.
8. Ιωαννίδου Μουζάκα Λ. - Κοντογιάννη Ε.: "Γενετικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού", "Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής", τόμος 15, τεύχος 2, 1998, σ. 146-147.
9. Παπαδημητρίου Δ.Γ. - Ανδρουλάκης Α.Γ.: "Αρχές γενικής χειρουργικής", Τόμος Α, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989, σ. 313-315, 316-322.
10. Τζωρακολευθεράκης Ε.: "Χειρουργικές παθήσεις του μαστού", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1992, σ. 89-92, 114-118, 123-126.

11. Σαχίνη Καρδάση Α. - Πάνου Μ.: "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος 2ος, Μέρος Β', Ε' Επανεκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996, σ. 733.
12. Ανδρουλάκης Ι. - Κουκούρας Δ. - Σκόπα Χ.Δ. - Τζωρακολευθεράκης Ε.: "Παρακέντηση συμπαγών όγκων του μαστού με λεπτή βελόνα", "Ιατρική", τόμος 56, τεύχος 1, 1989, σ. 56.
13. Καλογιάννη Κ.Α.: "Αγωγή υγείας και πρόληψη κακοήθων νοσημάτων", "Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα 1998, σ. 54-55, 56.
14. Κόνιαρη Ε.: "Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική παρέμβαση", επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σ. 62, 66-68, 70-71.
15. Παπανικολάου Α.Ν. - Παπανικολάου Ν.Α.: "Γυναικολογία", 3η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις "Γρηγόριος Παρισιάνος", Αθήνα 1994, σ. 451-452.
16. British Medical Association: "BMJ", No 7262, 16 September 2000, σ. 689.
17. Austoker J.: "Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας", Μετάφραση - Διασκευή: Βασιλόπουλος Π.Π., Επιστημονικές εκδόσεις "Γρ. Παρισιάνος", Αθήνα 1997, σ. 80-82, 85-88.
18. Αλεξόπουλος Κ.Γ. - Κολυβάς Ν.Χ.: "Καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού στις Ελληνίδες", "Νοσοκομειακά Χρονικά", τόμος 50, τεύχος 2, 1988, σ. 117.
19. Αναγνώστóπουλος Φ.: "Καρκίνος του μαστού: Καθυστέρηση των ασθενών για εξέταση", "Ελληνική Ογκολογία", τόμος 21, τεύχος 3, 1985, σ. 137-140.
20. Μπεσμπέας Σ.: "Η συμβολή της νοσηλεύτριας/-τή στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου", "Ευρώπη κατά του καρκίνου. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή", Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Αθήνα 1991, σ. 95.

21. Ραγιά Χ.Α.: "Ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα", "Αλλαγή σωματικής εικόνας. Μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκίνο", Αμφιθέατρο νοσοκομείου Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ", Αθήνα, Πέμπτη 6 Φεβρουαρίου 1992, σ. 15-22.
22. Κυριακίδου Θ.Ε.: "Κοινωνική Νοσηλευτική", Έκδοση 2η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1997, σ. 103.
23. Σαββοπούλου Γ.Γ.: "Βασική Νοσηλευτική, Μία βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση", Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1996, σ. 115.

