

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ
ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ:

Κα. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ
Δρ. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΓΙΑΝΝΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΣΚΑΝΔΑΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2002-03

*Σε όλες τις γυναίκες που βρίσκονται
αντιμέτωπες με τον καρκίνο του
μαστού και σε όλο το υγειονομικό
προσωπικό που αγωνίζεται για την
πρόληψη της νόσου.*

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΟ

Κ.Μ.= καρκίνος μαστού

Σ.Κ.= Σχετικός κίνδυνος είναι το πηλίκο της επιπτώσεως ή της θνησιμότητας στα εκτεθέντα άτομα στο συγκεκριμένο παράγοντα δια της επιπτώσεως ή της θνησιμότητας στα μη εκτεθέντα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	7
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	9
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦ. 1^ο : Ανατομία και φυσιολογία του μαστού</u>	12
1.1.: Θέση και έκταση.....	12
1.2.: Υφή του μαστού.....	12
1.3.: Αγγείωση του μαστού.....	16
1.4.: Νεύρωση του μαστού.....	18
1.5.: Φυσιολογία του μαστού.....	20
<u>ΚΕΦ. 2^ο : Καρκίνος</u>	25
2.1.: Κλινική συμπτωματολογία.....	25
2.2.: Ιστοπαθολογική ταξινόμηση.....	26
2.3.: Σταδιοποίηση.....	27
2.4.: T. N. M. Κλινική ταξινόμηση.....	27
2.5.: Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού.....	29
<u>ΚΕΦ. 3^ο : Αναζήτηση αιτιολογικών παραγόντων</u>	31
3.1.: Ατομικά χαρακτηριστικά.....	31
3.1.1. Φύλο.....	31
3.1.2. Ηλικία.....	31
3.1.3. Φυλή.....	32
3.1.4. Γεωγραφική κατανομή.....	32
3.2.: Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες.....	32
3.2.1. Ηλικία εμμηναρχής.....	32
3.2.2. Ηλικία εμμηνόπαυσης.....	33

3.2.3. Τεκνοποίηση.....	33
3.2.4. Θηλασμός	34
3.2.5. Διακοπή κήσης.....	35
3.3.: Ορμονικοί παράγοντες.....	36
3.3.1. Ορμόνες.....	36
3.3.2. Αντισυλληπτικά και θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης.....	38
3.4.: Κληρονομικοί παράγοντες.....	38
3.4.1. Οικογενειακό ιστορικό.....	38
3.4.2. Μεταλλάξεις γονιδίων <i>BRCA1</i> και <i>BRCA2</i>	41
3.5.: Διαιτητικοί παράγοντες.....	42
3.5.1. Διατροφή.....	42
3.5.2. Αλκοόλ.....	44
3.6.: Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	45
3.6.1. Ψυχικοί παράγοντες.....	45
3.6.2. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και πολυτεείς σπουδές.....	45
3.7.: Άλλοι παράγοντες.....	46
3.7.1. Ακτινοβολία.....	46
3.7.2. Λοιμογόνοι παράγοντες.....	47
3.7.3. Κάπνισμα.....	48
3.7.4. Παχυσαρκία.....	48
3.7.5. Σωματική άσκηση.....	49
3.7.6. Άλλες παθήσεις του μαστού.....	49
3.7.7. Άλλες παθήσεις γενικότερα.....	50
3.7.8.: Άλλα.....	50
3.8.: Συμπεράσματα.....	51

<u>ΚΕΦ. 4^ο : Ο νοσηλευτής στην πρωτογενή πρόληψη</u>	
<u>του καρκίνου του μαστού</u>	52
4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή	52
4.2. Δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη	54
4.3. Διαφορετικές απόψεις που μπορούμε να συναντήσουμε	58
4.4. Προσυμπτωματικός έλεγχος	58
4.4.1. <i>Ιστορικό</i>	59
4.4.2. <i>Αυτοεξέταση του μαστού</i>	59
4.4.3. <i>Μαστογραφία</i>	62
4.4.4. <i>Κλινική εξέταση</i>	64

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υλικό και μέθοδος	66
2. Αποτελέσματα	68
3. Συζήτηση	93
4. Συμπεράσματα – Προτάσεις	97
5. Περίληψη	100

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ο ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις αρχές του αιώνα μας η γρίπη, η φυματίωση, οι μολύνσεις κάθε είδους, τα πνευμονικά νοσήματα κλπ. ήταν οι πιο διαδεδομένες θανατηφόρες ασθένειες του ανθρώπινου γένους. Οι καρκίνοι έρχονταν στην 8η θέση από άποψη σπουδαιότητας.

Από τη δεκαετία του '70 όμως οι καρκίνοι ήταν υπεύθυνοι για το 20% όλων των θανάτων και κατείχαν τη 2η θέση, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ως αιτία θανάτου στον άνθρωπο. Το 1980 επιβεβαιώθηκε ότι πέθαναν 6 εκατομμύρια άτομα από διάφορα είδη καρκίνου και το 2.000 υπολογίζεται ότι θα πεθάνουν πάνω από 8 εκατομμύρια.¹

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Μία στις 10 γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από Κ.Μ κατά τη διάρκεια της ζωής της.²

Ο έλεγχος των μαστών με μαστογραφία πληθυσμιακού ελέγχου στις χώρες που εφαρμόστηκε, είχε ως συνέπεια τη δραματική αλλαγή στην κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού (Κ.Μ). Ανακαλύφθηκαν δηλ. όλο και μικρότεροι σε μέγεθος καρκίνοι που είχαν καλύτερη βιολογική συμπεριφορά (χαμηλό βαθμό κακοήθειας) και λιγότερους διηθημένους λεμφαδένες. Με τον τρόπο αυτό άλλαξαν προς το καλύτερο και η δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης, αλλά και η έκβαση της νόσου.³

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αυτό αγώνα κατά του καρκίνου είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση του κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η διαφώτιση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα τα στοιχεία εκείνα που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε ένα νικηφόρο τέλος.⁴

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι εκεί, στην κουζίνα, πάνω στον μπουφέ. Ένα πορτοκαλί κουτί της μαμάς, και τα πράσινα χάπια, η χημειοθεραπεία για την Έντλιν. Η κυρία Ντέμπορα στρώνει το τραπέζι. Ο σύζυγός της μόλις γύρισε στο σπίτι. « Ντέιβιντ, θα πας κάτω να μου φέρεις τη ζάχαρη;». Στο σαλόνι η Έντλιν, 12 χρονών, σταματάει να παίζει το φλάουτο και ο αδελφός της Γκράχαμ, 13 χρονών, τα ντράμς. Η οικογένεια Κουκ ζει στο Άσμπερν, 70 χιλιόμετρα από την Ουάσιγκτον. Θα ήταν μία απόλυτα φυσιολογική αμερικάνικη οικογένεια, αν δεν υπήρχαν εκείνα τα πράσινα χάπια και το πορτοκαλί κουτί. Η Ντέμπορα Κουκ, 45 χρόνων, αγωνίζεται κατά του καρκίνου που έχει στο στήθος της, ο οποίος κάθε χρόνο σκοτώνει 44.000 Αμερικανίδες. Έκανε ήδη δύο εγχειρήσεις, το 1995 και το 1997. Δεν θα ξεχάσει ποτέ την ημέρα που επέστρεψε στο σπίτι μετά τη δεύτερη μαστεκτομή, στις 5 Σεπτεμβρίου 1997. Είδε την κόρη της να επιστρέφει από το σχολείο. « Έσφιγγε το στήθος της, ήταν χλωμή, τα μηνίγγια της χτυπούσαν δυνατά... ». Λεμφοκυτταρική λευχαιμία (leukemia linfocitica). Καρκίνος. Μία μητέρα, μία κόρη, ο ίδιος αγώνας.

« Για μένα το πράγμα ήταν εξαιρετικά απλό» θυμάται η Ντέμπορα. « Έπρεπε να αγωνιστώ για να φροντίσω την Έντλιν». Έτσι, άρχισε η χημειοθεραπεία και για τις δύο: επί τρεις μήνες η μητέρα, οκτώ η κόρη. Σήμερα η Έντλιν δεν θέλει να θυμάται τη συσκευή που 24 ώρες το 24ωρο έστελνε με ένα σωληνάκι πόνο και φάρμακα στο στήθος της. «Θυμάμαι μόνο ότι μας πήγαιναν να δούμε τον αδελφό μου που έπαιζε μπάλα. Δεν αντέχαμε να σταθούμε όρθιες, εγώ και η μαμά, αλλά θέλαμε, και πηγαίναμε με τα καπελάκια στο γυμνό από μαλλιά κεφάλι».

Σήμερα η Έντλιν και η μητέρα της είναι καλύτερα. Και στις δύο οι κακοήθεις όγκοι υποχώρησαν και οι γιατροί λένε ότι οι πιθανότητες να μην

επιστρέψουν ανέρχονται στο 85%. Η Έντλιν συνεχίζει το σχολείο και για τα φεινά γενέθλιά της θα ήθελε να τρυπήσει τα αφτιά της. Η Ντέμπορα εργάζεται σε ένα κέντρο για καρκινοπαθείς. Τα πράσινα χάπια και το πορτοκαλί κουτί είναι εκεί, πάνω στον μπουφέ. Αλλά το χειρότερο πέρασε. Και το δείπνο απόψε έχει κοτόπουλο αλά Τζαμάικα.⁵

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ. 1^ο : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ **ΜΑΣΤΟΥ**

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα εκτός από λίγες εξαιρέσεις παραμένει ανενεργός, ενώ στην γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργικών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.⁶

1.1. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στην 2^η – 3^η και 6^η – 7^η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία 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, και προς τα έξω, στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μύ.⁷

1.2. ΥΦΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται

στην επίδραση των ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού της 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: Είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει περισσότερο στην 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 οι δύο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους.

Οπίσθια επιφάνεια: Λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μύ και συνάπτεται μαζί του με το συνδετικό ιστό.

Περιφέρεια: Είναι λεπτή και συνέχεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περισματικό λίπος και μαστικό αδένα.

Δέρμα: 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.

α. Θηλή: Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Στη

θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15 – 20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

β. Θηλαία άλως: 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 8^η εβδομάδα.

Περισματικό λίπος: Παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σε αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και οπίσθια στοιβάδα του.

α. Πρόσθια στοιβάδα : Είναι παχιά, ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια.

Η οπίσθια επιφάνεια της πρόσθιας στοιβάδας βρίσκεται σε επαφή με την ανώμαλη επιφάνεια του μαστικού αδένα.

Την πρόσθια στοιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται *σύνδεσμοι του Cooper* ή *ανεκκτήρες σύνδεσμοι του μαστού*. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το βάθος πέταλο της θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένα, χωρίζοντας τους λοβούς του, και καταλήγοντας 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 την διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

β. Οπίσθια στοιβάδα: 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.

Μαστικός αδένας: Έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια περιφέρεια.

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

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

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς με 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.

β. Γαλακτοφόροι κόλποι: Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρίσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σε αυτούς.

γ. Γαλακτοφόροι πόροι: Είναι τόσοι, 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, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων.

δ. Αδενοκυψέλες: Αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένου και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβό του αδένου.⁷

1.3. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Αρτηρίες

Οι αρτηρίες αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Οι αρτηρίες αυτές είναι:

- § Έσω μαστική αρτηρία
- § Πλάγια θωρακική αρτηρία
- § Ακρωμιοθωρακική αρτηρία
- § Μεσοπλεύριες αρτηρίες
- § Υποπλάτιος αρτηρία

Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με 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. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες. Οι ομάδες αυτές είναι:

- § Έσω μαστικές φλέβες
- § Μασχαλιαίες φλέβες
- § Μεσοπλεύριες φλέβες
- § Σπονδυλικές φλέβες

Λεμφική αγγείωση του μαστού

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
- § Θωρακική οδός
- § Οπισθοθωρακική οδός

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

- § Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους
- § Έσω μαστικούς ή θωρακικούς
- § Κεντρικούς

- § Κορυφαίους ή υποκλείδιους
- § Υπερκλείδιοι λεμφαδένες ⁷

1.4. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από:

- § Το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο
- § Το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο
- § Το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell
- § Το αυτόνομο νευρικό σύστημα ⁷

1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι εξωκρινής αδέννας, η κύρια λειτουργία του οποίου είναι η παραγωγή γάλακτος.⁹

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

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδέννα υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, την γαλουχία και την εμμηνόπαυση.⁶

α. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.

Στους παράγοντες αυτούς ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδέννας, τα επινεφρίδια και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

- ∅ Υποθάλαμος: Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Η προλακτίνη(PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό. Δύο άλλες ορμόνες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και θυροειδοτρόπος ορμόνη.
- ∅ Υπόφυση: Συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η **προλακτίνη** και η **ωκυτοκίνη**.

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

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, την σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.
 - ο **Ωκυτοκίνη**: Η κυριότερη δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Άλλη δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.
- ∅ Ωοθήκες: Οι ορμόνες των ωοθηκών που συνδέονται στενότερα με το μαστό είναι οι **οιστρογόνες** και **προγεστερόνη**.

- ο **Οιστρογόνες ορμόνες:** Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης
- ο **Προγεστερόνη:** Στους μαστούς η προγεστερόνη σε μικρές δόσεις προκαλεί την ανάπτυξη αδενοκυψελών και σε μεγάλες έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

∅ **Θυροειδής αδένας:** Έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης

∅ **Επινεφρίδια:** Όπως και ο θυροειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες

∅ **Πλακούντας:** Αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χορειακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ σε μικρότερες ποσότητες εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη

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

∅ **Νευρικό σύστημα:** 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

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 είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα.⁷

β. Γαλουχία και μαστός

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για την σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους.

Το φαινόμενο, της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και κορτιζόνη.

- Ø Προγεστερόνη: Διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία
- Ø Προλακτίνη: η προλακτίνη θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος και η δράση της ενισχύεται με την κορτιζόνη. Επίσης, ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού
- Ø Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο: μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά

τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδά του έχουν δράση παρόμοια με αυτή της προλακτίνης.

- Ø Τα οιστρογόνα: Έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση της προλακτίνης, ενώ σε χαμηλές δόσεις αναστέλλουν την γαλουχία.
- Ø Τα κορτικοστεροειδή: Είναι απαραίτητο τόσο για την έναρξη όσο και για την διατήρηση της γαλουχίας.⁶

ΚΕΦ. 2^ο : ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Καρκίνος είναι η διαδικασία που περιγράφει την *ανώμαλη* ανάπτυξη και πολλαπλασιασμό των κυττάρων ενός οργανικού συστήματος του ανθρώπινου σώματος. Δηλαδή ο καρκίνος είναι μια λανθασμένη φυσιολογική διαδικασία. Τι συμβαίνει όμως και μια φυσιολογική λειτουργία παρεκκλίνει δημιουργεί συνθήκες για μια τόσο φοβερή ασθένεια; Τα χρωμοσώματά μας, δομικό συστατικό των κυττάρων μας, περιέχουν *μηνύματα* που καθορίζουν την ανάπτυξη, λειτουργία και συμπεριφορά των οργάνων μας. Εάν αναλογισθεί κανείς, από την βιολογία, ότι ο οργανισμός μας αποτελείται από χιλιάδες κύτταρα και κάθε κύτταρο, έχει 23 ζεύγη χρωμοσωμάτων, που μέσω των γονιδίων κωδικοποιούν τα διάφορα μηνύματα, τότε είναι φανερό πόσο πολύπλοκο είναι το φαινόμενο της καρκινογένεσης.¹⁰

2.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα συμπτώματα παθήσεων του μαστού που οδηγούν τις γυναίκες σε εξειδικευμένα κέντρα είναι συνοπτικά:¹¹

Όγκος	65%
Πόνος	15%
Ευαίσθητη περιοχή	7.6%
Ρύση θηλής	5.2%
Εισολκή θηλής	2.5%
Έκζεμα θηλής	0.2%
Άλλα	4.4%

Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι:¹¹

Όγκος	77%
Ρύση θηλής	9%
Τοπικό οίδημα	4%
Εισολκή θηλής	3%
Εξέλκωση θηλής	2%
Άλλα	5%

2.2 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Πορογενές καρκίνωμα

1.Μη διηθητικό (In situ)

2.Διηθητικό

- Ø Μη ειδικός τύπος με ή χωρίς σκιρρώδη αντίδραση
- Ø Θηλώδες
- Ø Μυελοειδές ή περιγράπτο
- Ø Βλεννώδες
- Ø Σωληνώδες
- Ø Αδενοειδές κυστικό
- Ø Αποκρινικό
- Ø Νεανικό ή εκκριτικό (Juvenile)

Λοβιακό

1.Μη διηθητικό

2.Διηθητικό

Νόσος τους Piaget

Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα είναι ο πλέον συχνός κυτταρικός τύπος που περιλαμβάνει το 70-80% όλων των περιπτώσεων.

Το λοβιακό καρκίνωμα είναι συχνά πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο, παρατηρείται δε συχνότερα σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες και έχει αυξημένα επίπεδα ορμονικών υποδοχέων.³

2.3. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση της νόσου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση της UICC με το σύστημα (T. όγκος, N. λεμφαδένες, M. μεταστάσεις). Η σταδιοποίηση χρησιμεύει για την ομαδοποίηση των ασθενών, την μέτρηση διαφόρων παραμέτρων (επιβίωση, θνησιμότητα) και τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας.³

2.4. TNM-ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

T. Πρωτοπαθής όγκος

T₀ Μη ανιχνεύσιμη (αψηλάφητη) πρωτοπαθής εστία

T_{is} Προδιηθητικό καρκίνωμα (in situ), μη διηθητικό ενδοπορικό, νόσος Paget της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο.

T₁ Όγκος μικρότερος από 2 cm

T_{1a} Όγκος μικρότερος από 0.5 cm

T_{1b} Όγκος 0.5 cm ως 1 cm

T_{1c} Όγκος 1 ως 2 cm

T₂ Όγκος διαμέτρου > 2 cm μέχρι 5 cm

T₃ Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm

T_{4a} Όγκος κάθε μεγέθους με καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα

T_{4b} Όγκος με οίδημα (peau d' orange), διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δορυφόρα δερματικά οζίδια

T_{4c} **T_{4a}** και **T_{4b}** συγχρόνως

T_{4d} Φλεγμονώδης καρκίνος

T_χ Δεν απαντώνται τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία για να προσδιορισθεί η πρωτοπαθής εστία.

N. Περιοχικοί λεμφαδένες

N0 Περιοχικοί κλινικά ελεύθεροι νόσου σύστοιχα προς τη βλάβη

N1 Προσβεβλημένοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες κινητοί

N2 Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες καθηλωμένοι μεταξύ τους ή σε άλλους ιστούς και διηθημένοι από τη νόσο

N3 Σύστοιχοι λεμφαδένες έσω μαστικής διηθημένοι από τη νόσο

N_χ Κατάσταση λεμφαδένων άγνωστη

M. Απομακρυσμένες μεταστάσεις

M0 Απουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

M1 Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (περιλαμβάνονται οι διηθημένοι σύστοιχοι υπερκλείδιοι λεμφαδένες)

M_χ Δεν υπάρχουν τα απαραίτητα ελάχιστα στοιχεία για να προσδιοριστεί η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Με το συνδυασμό του TNM καθορίζονται τα στάδια του καρκίνου τα οποία είναι τέσσερα (I, II, III, IV).³

	T0	T1	T2	T3	T4
N0	Στάδιο I				
N1		Στάδιο II			
N2			Στάδιο III α		
N3			Στάδιο IIIb		
M1			Στάδιο IV		

2.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος μαστού είναι ο πρώτος σε συχνότητα γυναικολογικός καρκίνος και η δεύτερη αιτία θανάτου στις γυναίκες ύστερα από τον καρκίνο του πνεύμονα, που είναι απότοκος του κακώς εννοούμενου φεμινισμού, δηλ. του καπνίσματος. Στις Η.Π.Α. και την Β. Ευρώπη, μία (1) γυναίκα στις οκτώ (8) κατά τη διάρκεια της ζωής της θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, ενώ για την Ελλάδα και τις λοιπές Μεσογειακές χώρες οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι μία (1) γυναίκα σε κάθε 11-12 γυναίκες και για την Αφρική και την Ιαπωνία μία (1) σε κάθε 16 γυναίκες. Το 1996 στις Η.Π.Α. διαγνώστηκαν 186.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, από τις οποίες οι 1.000 αφορούσαν άνδρες, ενώ το ίδιο έτος χάθηκαν 44.000 γυναίκες και 400 άνδρες.⁴

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι η θνητότητα από καρκίνο του μαστού είναι πολύ μεγαλύτερη στις χώρες της Β. Ευρώπης με μεγάλη κατανάλωση κεκορεσμένων λιπαρών.

Χώρες όπως η Αγγλία, η Δανία έχουν διπλάσια ποσοστά θνητότητας από τη νόσο από ότι χώρες όπως η Ισπανία ή η Ελλάδα. Αυτό που προβληματίζει τους επιδημιολόγους είναι ότι η κατανάλωση λιπών έχει αυξηθεί ακόμα και σε χώρες που δείχνουν χαμηλά ποσοστά θνητότητας από τη νόσο.⁶

Ο Ramazzini το 1713 υποστήριξε ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν συχνότερος στις καλόγριες.

Σε μια περιοχή της Κίνας, όπου οι γυναίκες θηλάζουν μόνο από τον αριστερό μαστό, το καρκίνωμα του μαστού εμφανίζεται διπλάσια στο μαστό που δεν θηλάζει, πιθανό γιατί είναι λιγότερο ενεργός και επομένως περισσότερο εκτεθειμένος στις ερεθιστικές ουσίες.¹²

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 του μαστού. Στην Ιαπωνία η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι πολύ μικρή σε σχέση με αυτή των Δυτικών χωρών. Όταν ο Γιαπωνέζες μεταναστεύουν στην Αμερική και αρχίσουν να διατρέφονται με τα Αμερικάνικα πρότυπα εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού.¹³

ΚΕΦ. 3^ο : ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Οι πλέον συχνοί αιτιολογικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σχετίζονται με:⁴

3.1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1.1. Φύλο

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το γυναικείο φύλο σε σχέση 100:1 με το ανδρικό φύλο.³ Είναι γνωστό, ότι οι άνδρες με διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων, γυναικομαστία και/ ή σύνδρομο Klinefelter (XXX) παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο.^{14,15}

3.1.2. Ηλικία

Ίσως ο σπουδαιότερος παράγοντας από αυτούς που αφορούν το ίδιο το άτομο και ίσως και ο σπουδαιότερος από όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι η ηλικία του ατόμου. Σε όλα τα γεωγραφικά μήκη και πλάτη η συχνότητα του καρκίνου του μαστού που αναλογεί σε ομάδες ηλικιών (AGE SPECIFIC RATE) αυξάνει όσο μεγαλύτερες είναι οι ηλικίες. Αυτό πιθανόν εκφράζει τη μειωμένη άμυνα που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα στις νεοπλασίες γενικά. Ενδιαφέρον είναι ότι στις βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται μια έντονη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις περικλιμακτηριακές γυναίκες. Η αύξηση

αυτή από πολλούς ερευνητές αποδίδεται στην εντονότερη επίδραση περιβαλλοντογενών καρκινογόνων και στον τρόπο ζωής.²

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 είναι των 40 ετών.¹⁴

3.1.3 Φυλή

Η λευκή φυλή διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από τη μαύρη φυλή.⁴

3.1.4 Γεωγραφική κατανομή

Αναφερθήκαμε πριν στα επιδημιολογικά στοιχεία.

3.2. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.2.1. Ηλικία εμμηναρχής

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με την ηλικία έναρξης της περιόδου στις γυναίκες ήταν αντικείμενο μελέτης σε μια σειρά από επιδημιολογικές σειρές. Για τους περισσότερους συγγραφείς ο κίνδυνος αυτός είναι ελαττωμένος όσο πιο αργά αρχίζει η περίοδος. Φαίνεται ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος στον μαστό είναι διπλάσιος σε γυναίκες που είχαν εμμηναρχή πριν από το 15 έτος της ηλικίας από τις γυναίκες που εμφάνισαν περίοδο μετά από αυτή την ηλικία. Πιο εξειδικευμένη παρατήρηση οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η προαναφερθείσα πληροφορία έχει σχέση με καρκινώματα του μαστού που αναπτύχθηκαν σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση.¹⁰

Οι γυναίκες με εμμηναρχή σε ηλικία 10-11 ετών εμφανίζουν: $\Sigma.K.=2,2$, σε σχέση με γυναίκες με εμμηναρχή σε ηλικία 12 ετών ή μεγαλύτερη.¹⁶

3.2.2 Ηλικία εμμηνόπαυσης

Η εμμηνόπαυση είναι περίοδος κατά την οποία παρατηρείται η μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης αυξάνει ανάλογα με το πόσο καθυστερημένη είναι η εμφάνιση της εμμηνόπαυσης. Η τεχνική αφαίρεσης των ωοθηκών ασκεί προφυλακτική επίδραση στον καρκίνο του μαστού αντίστοιχο με αυτό που έχει και η φυσιολογική εμμηνόπαυση.¹⁰

Οι γυναίκες με ηλικία εμμηνόπαυσης 53 ετών ή μεγαλύτερη εμφανίζουν $\Sigma.K.=1,91$, σε σχέση με γυναίκες με ηλικία εμμηνόπαυσης <45 .¹⁶

3.2.3 Τεκνοποίηση

Οι γυναίκες με >3 παιδιά εμφανίζουν σχετικό κίνδυνο $=0,3$, σε σχέση με τις άτοκες γυναίκες.¹⁶

Γυναίκες με >3 παιδιά έχουν 50% λιγότερο σχετικό κίνδυνο από γυναίκες που έχουν 1 παιδί.¹⁰

Οι γυναίκες με 1^η τελειόμηνη κύηση σε ηλικία >30 ετών παρουσιάζουν $\Sigma.K.=3,5$, σε σχέση με γυναίκες με αντίστοιχη ηλικία <21 ετών.¹⁶

Πρώτη κύηση μεταξύ 18-20 ετών αποτελεί προστατευτικό παράγοντα.³

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 προστασία.^{17,18}

3.2.4 Θηλασμός

Ο μαστικός αδένας της νεαρής γυναίκας ωριμάζει φυσιολογικά όταν αυτή γεννήσει και θηλάσει σε ηλικία μεταξύ 18-25 ετών.¹

Η υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού απέναντι στον καρκίνο του μαστού, βασίστηκε στα ευρήματα των πρώτων κλινικοεπιδημιολογικών ερευνών και ενισχύθηκε από την αρνητική σχέση που παρατηρείται στις διεθνείς στατιστικές μεταξύ συχνότητας και διάρκειας θηλασμού από τη μια πλευρά και επίπτωσης της νόσου από την άλλη.

Αρκετές μελέτες στις Η.Π.Α., Ιαπωνία, Γαλλία και αλλού δείχνουν επίσης ότι οι διάφοροι δείκτες του θηλασμού είναι μικρότεροι μεταξύ των καρκινοπαθών (Kaplan et al 1966). Δύο πληρέστερες μελέτες (Mac Mahon και Feinleib 1960) έδωσαν αρνητικά ευρήματα όσον αφορά τον θηλασμό.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις διαφορές, διενεργήθηκε μεταξύ 1965 και 1968 με πρωτοβουλία του επιδημιολογικού τμήματος της σχολής Δημόσιας Υγείας, της Σχολής του Harvard, διεθνής επιδημιολογική έρευνα πάνω στον καρκίνο του μαστού.

Τα αποτελέσματα της ελεγχόμενης ανάλυσης ήταν γενικά και σταθερά ερευνητικά, ώστε να μπορεί να θεωρηθεί σχεδόν βέβαιο, ότι ο θηλασμός δεν διαδραματίζει αξιόλογο ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού.⁶

Σήμερα υπάρχουν σαφείς επιδημιολογικές ενδείξεις ότι ο θηλασμός για περίοδο μέχρι 4 μήνες ελαττώνει το σχετικό κίνδυνο

ανάπτυξης καρκίνου του μαστού κατά 25% και ο θηλασμός για περίοδο από 7-12 μήνες ελαττώνει τον σχετικό κίνδυνο κατά 50%.¹⁰

Πίνακας: Παράθεση αριθμητικών τιμών του Σ.Κ. για την επίδραση του θηλασμού στον καρκίνο του μαστού.¹⁶

<i>Παράγοντες</i>	<i>Σ.Κ.(σχετικός κίνδυνος)</i>
Γυναίκες με συνολικό χρόνο θηλασμού 13-24 μήνες	0.6
Γυναίκες με συνολικό χρόνο θηλασμού>25 μήνες	0.5
Γυναίκες που θήλασαν για >24 μήνες/ ανά παιδί Σε σχέση με αυτές που θήλασαν για 1-6 μήνες/ ανά παιδί	0.46

3.2.5. 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 μια ανάλογη εργασία, απέδειξαν ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος.

Για την ενοχοποίηση της διακοπής της κύησης σαν αιτιολογικού παράγοντα, αναφέρονται τα παρακάτω:

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει μια αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης, που προκαλούν αύξηση και διαφοροποίηση του μαζικού αδένου. Με την

ξαφνική διακοπή τους (που γίνεται στην έκτρωση), προκαλείται απότομη διακοπή της ανάπτυξης του μαζικού αδένα, δηλαδή μια ατελής ανάπτυξη. Υποστηρίζεται ότι αυτή η ατελής ανάπτυξη κάνει τον αδένα ευαίσθητο στην καρκινογένεση. Πάντως, μέχρι να γίνουν πιο εμπεριστατωμένες έρευνες και να τεκμηριωθούν τα παραπάνω, η έκτρωση δεν πρέπει να θεωρείται βέβαιος παράγοντας που αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής.¹⁷

Οι αυτόματες εκτρώσεις(αποβολές) δεν εμφανίζουν θετική συσχέτιση με τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου του μαστού.¹⁶

3.3 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.3.1 Ορμόνες

Οιστρογόνα

Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα, ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή.⁶ Επίσης και οι γυναίκες που έχουν πρόωρο τοκετό, γιατί , στην κύηση σχηματίζεται η οιστριόλη, που διαφοροποιεί τα κύτταρα του μαστού και τα «απευαισθητοποιεί» στα ογκογόνα ερεθίσματα των άλλων ορμονών.¹²

Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο του μαστού είναι σαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν σαν ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση, ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης.⁶

Προλακτίνης

Με επιδημιολογικές έρευνες, έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με καρκίνο μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με μάρτυρες.⁶ Η ενοχοποίηση της φαίνεται να μην παίζει κανένα ρόλο και για το λόγο ότι έχει αποδειχτεί ότι, χορηγώντας αναστολείς της έκκρισης προλακτίνης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, δε βελτιώθηκε η επιβίωση.¹⁷

Στεροειδή επινεφριδίων

Από τις στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν εν μέρει σήμερα μεγαλύτερο ενδιαφέρον για καρκίνο του μαστού. Σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι πολύ χαμηλά επίπεδα ετιοχολανόλης συνοδεύονται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.⁶

Εξωγενή οιστρογόνα

Σύμφωνα με τη θεωρία του Korenman (1980), η πρώτη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα συμπίπτει με την περίοδο της μεγαλύτερης ευαισθησίας του μαστού, σε πιθανές προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες.⁶

Ετυοκολανολόνη

Οι γυναίκες που έχουν λίγο ή καθόλου ετυοκολανολόνη, μια αντρική ορμόνη, σχεδόν δεν προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού.¹²

3.3.2. Λήψη αντισυλληπτικών και θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης

Αναφέρεται αύξηση κινδύνου σε γυναίκες που παίρνουν θεραπεία υποκαταστάσεως για περισσότερα από εννέα χρόνια, ενώ η λήψη μικρότερης διάρκειας δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο, ο οποίος είναι δοσοεξαρτώμενος. Είναι ανάγκη εξατομίκευσης για κάθε γυναίκα με εκτίμηση αφενός της πιθανότητας π.χ. κατάγματος (έντονη οστεοπόρωση) ή αναπτύξεως Κ.Μ. (ομάδες υψηλού κινδύνου) για να αποφασιστεί η χορήγηση ή μη εξωγενών ορμονών.¹⁹

Η λήψη των αντισυλληπτικών αυξάνει ελαφρά τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.¹⁶ Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ιδιαίτερα με το χρόνο τελευταίας λήψης.³ Για λήψη για <1 χρόνο: Σ.Κ.=1,3, για 1-4 χρόνια: Σ.Κ.=1,1, για 5-8 χρόνια: Σ.Κ.=0,8 και για >8 χρόνια: Σ.Κ.=1,2

Η θεραπεία ορμονικής υποκαταστάσεως παρουσιάζει ασθενή θετική συσχέτιση με τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου του μαστού. Για θεραπεία επί 5 ή περισσότερα χρόνια: Σ.Κ.=1,30, για θεραπεία επί 10 ή περισσότερα χρόνια: Σ.Κ.=1,46.¹⁶

Εν τούτοις η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται.³

3.4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.4.1. 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.²⁰ Γενικά ένα ποσοστό 10-15% του καρκίνου του μαστού είναι σχετικό με το οικογενειακό ιστορικό.^{15,20} 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 εμφανίζουν μεγάλη διεισδυτικότητα.¹¹ Οι γυναίκες των οποίων οι μητέρες ή οι αδελφές έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού, έχουν διπλάσιο ή τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο από όσο ο συνολικός γυναικείος πληθυσμός.¹⁵ Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδερφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς.¹² Εάν σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δύο, εμφανίζουν καρκίνο στην ηλικία των 40-45ετών, αποτελεί επιπλέον παράγοντα αύξησης του κινδύνου. Η αύξηση του κινδύνου από συγγενικά άτομα δευτέρου βαθμού είναι μικρότερος και δε φτάνει το διπλάσιο.²⁰

Πίνακας: σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό (κατά Bain και συν.)

<i>Παράγοντες</i>	<i>Δείκτης σχετικού κινδύνου</i>
Ένας 1 ^ο βαθμού συγγενής με καρκίνο του μαστού	1.5-2
Δύο 1 ^ο βαθμού συγγενείς με καρκίνο του μαστού	5
1 ^ο βαθμού μετεμμηνοπαυσιακή συγγενής με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού	10
1 ^ο βαθμού προεμμηνοπαυσιακή συγγενής με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού	20

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

Η αύξηση κινδύνου της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, που προέρχεται από τα άτομα της μητέρας και του πατέρα είναι ίδια.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι, η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με θετικό ιστορικό είναι κακή. Πάντως, υπάρχουν λίγοι οι οποίοι δεν αποδέχονται τη άποψη αυτή, σε βαθμό να ισχυρίζονται ότι οι γυναίκες αυτές όχι μόνο δεν έχουν κακή πρόγνωση, αλλά αντιθέτως και καλύτερη.²⁰

Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21.

Σημαντικά υψηλότερου κινδύνου, είναι γυναίκες που έχουν ιστορικό προηγούμενου καρκίνου στον ένα μαστό, ιδίως αν αναπτύχθηκε πριν από την εμμηνόπαυση.

Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου τραχήλου της μήτρας, της μήτρας ή του παχέος εντέρου, είναι επίσης υψηλότερου κινδύνου.¹⁸

3.4.2. Μεταλλάξεις στα γονίδια *BRCA1* και *BRCA2*

Μεταξύ των γυναικών με καρκίνο του μαστού ή/ και των ωοθηκών ποσοστό που κυμαίνεται από 1-5% θεωρείται πως οφείλεται σε κληρονομικό σύνδρομο. Η νόσος στις περιπτώσεις αυτές και μάλιστα στο «σύνδρομο καρκίνου μαστών – ωοθηκών» (breast- ovarian cancer syndrome) οφείλεται κατά κύριο λόγο σε μεταλλάξεις σε δύο γονίδια: στα *BRCA1* και *BRCA2*.

Το γονίδιο *BRCA1* πήρε το όνομά του από τα αρχικά των λέξεων: breast (μαστός) και cancer (καρκίνος). Πρόκειται για το πρώτο άμεσα σχετιζόμενο με τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού, γονίδιο που αναγνωρίστηκε. Το γονίδιο *BRCA1* είναι ένα ογκοκατασταλτικό γονίδιο και ελέγχει την παραγωγή μιας πρωτεΐνης που φαίνεται ότι επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των όγκων. Για να πυροδοτηθεί η κυτταρική υπερπλασία, πρέπει να αδρανοποιηθούν και τα δύο ομόλογα.

Στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται πως η συχνότητα μεταλλαγμένου *BRCA1* γονιδίου είναι 0.6%. η επίπτωση του καρκίνου του μαστού που οφείλεται στο *BRCA1* γονίδιο στο γενικό πληθυσμό εκτιμάται ότι είναι 5,3% για τις γυναίκες με ηλικία μικρότερη των 40 ετών καθώς και 2,2% και 1,1% για τις γυναίκες μεταξύ 40-49 και 50-70 ετών, αντίστοιχα.

Ο ισόβιος κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού στους φορείς του γονιδίου είναι 80-90% (87% μέχρι την ηλικία των 70 ετών) και επομένως ο σχετικός κίνδυνος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό είναι ¹³

Το γονίδιο BRCA2 ταυτοποιήθηκε το 1995. ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες φορείς μεταλλάξεων του γονιδίου BRCA2 υπολογίστηκε από τους Easton et al , σε 59,8% μέχρι την ηλικία των 50 χρόνων και 79,5% μέχρι την ηλικία των 70 χρόνων και επομένως ο σχετικός κίνδυνος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό είναι 6,4. Επίσης ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού στους άνδρες φορείς υπολογίστηκε στο 6,3% μέχρι την ηλικία των 70 χρόνων. Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν πως ο ισόβιος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, στους φορείς μεταλλαγμένου γονιδίου BRCA2, είναι συγκρίσιμος με αυτόν των φορέων μεταλλαγμένου BRCA1 γονιδίου.¹⁶

3.5. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.5.1. Διατροφή

Η σχέση μεταξύ διατροφής και καρκίνου του μαστού έχει διερευνηθεί σε πειραματικές εργασίες και σε μεγάλες επιδημιολογικές και πληθυσμιακές έρευνες.

Το ανθρώπινο είδος είναι παμφάγο. Από την ποικιλία των τροφών που καταναλώνουμε υπάρχουν οι βασικές ομάδες των λιπών-λευκωμάτων-υδατανθράκων. Υπάρχουν ακόμα ορισμένα απαραίτητα στοιχεία, όπως οι βιταμίνες και τα μέταλλα.

Υπάρχει ισχυρή ένδειξη για συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης ποικίλων μορφών όγκων, ιδιαίτερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου.¹³

Δίαιτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες, μπορεί να δρα με το να επηρεάζει το μεταβολισμό των οιστρογόνων, αυξάνοντας, δηλαδή, την παραγωγή στεροειδών οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση και τροποποιώντας την εμφάνιση της εμμηναρχής.^{3,15}

Μια μελέτη που είδε το φως της δημοσιότητας από τις Η. Π. Α. το 1993 έδειξε ότι: εάν όλες οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ελάττωναν την πρόσληψη λίπους τροποποιώντας τη διατροφή του θα μείωναν την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου κατά 10%.¹⁰

Επίσης, είναι δυνατόν η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης.¹⁷ Οι άνθρωποι με τη σίτισή τους λαμβάνουν καρκινογόνα συμπλέγματα. Επί παραδείγματι είναι γνωστό ότι, τα ψητά ή τα τηγανιτά ψάρια περιέχουν μεταλλακτικές ετεροκυκλικές αμίνες. Πιστεύεται ότι οι ουσίες αυτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη καρκινογένεση.²⁰

Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα, υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. Σε μία εργασία επισημάνθηκε ότι γυναίκες που έπιναν πολύ καφέ όταν εμφάνιζαν καρκίνο του μαστού, ο καρκίνος τους άνηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό στους ιστολογικά καλά διαφοροποιημένους τύπους. Σε μία άλλη εργασία όπου διερευνήθηκε η κατανάλωση ξανθινών (τσάι, καφές, κακάο, coca-cola), και η σχέση με την ανάπτυξη Κ.Μ., το μόνο που αποδείχθηκε τελικά ήταν ότι υπήρχαν μαστοδυνίες που περνούσαν με την διακοπή λήψης των ξανθιούχων ποτών.¹³

Σε μελέτες ανεδείχθη, ότι η κατανάλωση εσπεριδοειδών (πορτοκάλι), καρότα, ντομάτες και σπανάκι έχουν την μεγαλύτερη ευεργετική επίδραση για προφύλαξη από καρκίνο του μαστού. Είναι χαρακτηριστική η δήλωση του C. Boyle, επιδημιολόγου, ότι «η

κατανάλωση 3 πορτοκαλιών την ημέρα από τις γυναίκες, θα μείωνε κατά 50% την πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό». Το λάχανο, το κουνουπίδι, τα μπρόκολα και τα ραπάνια έχουν μεγαλύτερη προστατευτική αξία. Μπορεί να επηρεάσουν το μεταβολισμό των οιστρογόνων και κατ' επέκταση τον κίνδυνο του εν λόγω καρκίνου.¹⁰

Επίσης υποστηρίζεται ότι οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες C, E και A μειώνουν τον κίνδυνο.²⁰

3.5.2. Αλκοόλ

Ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού φαίνεται να παρουσιάζει σχέση με τη λήψη οινοπνεύματος. Η ανάλυση των συνολικών μελετών οδηγεί στο ότι, η αύξηση της λήψης της ημερήσιας ποσότητας οινοπνεύματος σχετικά αυξάνει τον κίνδυνο. Υποστηρίζεται ότι, οι γυναίκες οι οποίες κάνουν χρήση οινοπνεύματος προ των 30 ετών, είναι περισσότερο επιρρεπείς στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, σε αντίθεση με αυτές, οι οποίες αρχίζουν τη χρήση σε επόμενες ηλικίες.

Γενικά είναι αποδεκτό ότι, το οινόπνευμα, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στη γυναίκα. Τούτο ανακλάται μέσα από διάφορες μελέτες και αποδίδουν βαθμό «σχετικού κινδύνου» της τάξης 1.4 ανά 24 gr. οινοπνεύματος, δηλαδή σε ημερήσια κατανάλωση δύο δόσεων.

Γεννάται λοιπόν το ερώτημα: οι γυναίκες δεν πρέπει να κάνουν χρήση οινοπνεύματος; Η απαγόρευση μπορεί να αφορά στις γυναίκες, οι οποίες φέρουν κι άλλους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού(π.χ. το επιβαρημένο κληρονομικό ιστορικό).²⁰

Ο Σ.Κ. των γυναικών που καταναλώνουν λιγότερο από 5,87 g αλκοόλ/ ημέρα, 5,88- 13,40 g/ ημέρα, 13,41- 24,55 g/ ημέρα, 24,56-27,60 g/ ημέρα και > 27,60 g/ημέρα αλκοόλ, σε σχέση με γυναίκες που δεν

πίνουν οινοπνευματώδη υπολογίστηκε σε : 1,21, 1,23, 1,19, 1,21, και 1,41 αντίστοιχα.¹⁶

3.6. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.6.1. Ψυχικοί παράγοντες

Το στρες έχει από χρόνια ενοχοποιηθεί για συσχέτισή του με διάφορα νοσήματα. Η έκθεση στο κοινωνικό στρες δεν προκαλεί η ίδια νόσο, μπορεί όμως να τροποποιήσει τη δεκτικότητα του ατόμου για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και να λειτουργήσει ως εκλυτικός παράγοντας.²¹

Οι ψυχικοί παράγοντες, επειδή μπορούν να επιφέρουν διαταραχή στο ρυθμό της ωορρηξίας δημιουργώντας τους λεγόμενους κύκλους χωρίς ωορρηξία, όπου έχουμε την ωρίμανση του ωαρίου στο θυλάκιο της ωοθήκης αλλά το ωάριο δεν εξέρχεται, οπότε δε σχηματίζεται και ωρό σωματίο ούτε και η ορμόνη που το χαρακτηρίζει, η προγεστερόνη. Έχουμε επομένως τη συνεχή παρουσία των οιστρογόνων που προέρχονται από το θυλάκιο με ανώμαλο ερεθισμό στο μαστό (και στο ενδομήτριο, που υφίσταται και αυτό τη διαδικασία της αναπαραγωγής του όγκου).¹²

3.6.2. Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και πολυτελείς σπουδές

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζει θετική συσχέτιση με τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου του μαστού, με μια αύξηση του σχετικού κινδύνου κατά 10% (Σ.Κ.=1,1).¹⁶ Ο καρκίνος μαστού προσβάλλει συχνότερα άτομα υψηλής κοινωνικής και οικονομικής τάξης και κατοίκους πόλεων.³ Οι πολυτελείς σπουδές σχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου του μαστού. Οι Tavani et al , υπολόγισαν

το σχετικό κίνδυνο για σπουδές >13 ετών σε 1,79, σε σχέση με <9 ετών.^{14, 16}

3.7. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.7.1. Ακτινοβολία

Ο μαστός είναι ένα από τα πιο ευπαθή όργανα στις επιδράσεις της ιονίζουσας ακτινοβολίας. Η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελεί τον κύριο παράγοντα αύξησεως του κινδύνου ανάπτυξης κακοήθους νόσου.¹⁵ Φαίνεται επίσης, ότι υπάρχει επιπρόσθετος κίνδυνος για τις γυναίκες, οι οποίες εκτίθενται σε ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της ήβης και της εγκυμοσύνης, καταστάσεις που το μαζικό παρέγχυμα παρουσιάζει αυξημένη μιτωτική δραστηριότητα.^{15,22}

Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν μακροχρόνιο ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.¹⁸

Το μεσοδιάστημα μεταξύ εκθέσεως και εμφάνισεως καρκίνου του μαστού τροποποιείται πιθανώς από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται η ηλικία της γυναίκας και οι σχετικοί ορμονικοί παράγοντες.¹⁵

Η ακτινοβολία από την μαστογραφία δεν παρουσιάζει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα.³

3.7.2. Λοιμογόνοι παράγοντες

Δεν έχει αποδειχθεί σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού γυναικών και μικροβιακών στελεχών. Στα ποντίκια κατά κύριο λόγο αλλά και σε άλλα θηλαστικά πειραματόζωα έχει αποδειχθεί συμμετοχή ειδικών ιών στην καρκινογένεση των μαστών τους. Οι ιοί αυτοί μεταδίδονται από τη μητέρα προς τα τέκνα της συνήθως μέσω του θηλασμού. Στο ανθρώπινο γάλα και σε καρκίνους του μαστού γυναικών έχουν βρεθεί μοριακά τεμαχίδια που μοιάζουν με τους ιούς των πειραματόζωων. Ακόμη σε καρκίνους μαστών γυναικών έχει αποδειχθεί ενζυμική δραστηριότητα που χαρακτηρίζει τους ογκογόνους ιούς. Τα μικρομοριακά τεμαχίδια, που βρέθηκαν στο ανθρώπινο γάλα και που έμοιαζαν με τον ειδικό καρκινογόνο ιό των ποντικών, δεν έδειξαν να έχουν λοιμογόνο ή καρκινογενετική δράση στον άνθρωπο.²²

Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο μαστού και σε ποσοστό 40% στον ορό των συγγενών τους, ενώ σε ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με Κ.Μ. ήταν 15%. Τα ειδικά αυτά αντισώματα δίνουν θετικές δοκιμασίες ανοσοφθορισμού με κύτταρα από καρκίνο μαστού ποντικών.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν, ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση, να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.²³

3.7.3 Κάπνισμα

Το κάπνισμα όπως δείχνουν πολλές μελέτες, δε φαίνεται να εμφανίζει σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού. Σε λίγες μόνο μελέτες εμφανίζεται μια ασθενής μόνο συσχέτιση ($\Sigma.K.= <1.4$).¹⁶

3.7.4 Παχυσαρκία

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι η σωματική διάπλαση της γυναίκας: όσο πιο ψηλή και πιο εύσωμη είναι, τόσο περισσότερο κινδυνεύει.²⁴

Τα οιστρογόνα παραμένουν περισσότερο στο λιπώδη ιστό και οι παχύσαρκες γυναίκες φαίνεται να προσβάλλονται περισσότερο από τον καρκίνο του μαστού.¹²

Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση το κύριο κυκλοφορούν οιστρογόνο είναι πλέον η οιστρόνη αντί της οιστραδιόλης. Η οιστρόνη παράγεται στον εγκέφαλο, στο ήπαρ και στον περιφερικό λιπώδη ιστό με αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης των επινεφριδίων. Η παχυσαρκία σχετίζεται όχι μόνο με την αυξημένη παροχή ανδροστενδιόνης από τα επινεφρίδια, αλλά και με αυξημένη μετατροπή της σε οιστρόνη στο περιφερικό λίπος. Με αυτό λοιπόν το μηχανισμό θεωρείται ότι η παχυσαρκία πιθανώς προάγει την ανάπτυξη ορμονοευαίσθητων όγκων όπως ο καρκίνος του μαστού.⁶

Γυναίκες με σωματικό βάρος 58 kg ή μεγαλύτερο εμφανίζουν $\Sigma.K.=1.83$, σε σχέση με γυναίκες με σωματικό βάρος <47 kg.

Ο $\Sigma.K.$ για πρόκληση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με ύψος 156-160 cm, 161- 165 cm, 166- 170 cm, 171- 175 cm και >175 cm, σε

σχέση με ύψος 155cm ή μικρότερο, είναι: Σ.Κ.=1,22, 1,19, 1,44, 1,77 και 2,06, αντίστοιχα.¹⁶

3.7.5. Σωματική άσκηση

Η άσκηση βοηθά τις τροφές να περάσουν γρήγορα από το έντερο και μικραίνει την πιθανότητα να προκαλέσουν όγκο. Η γυμναστική μειώνει το λίπος του σώματος. Αυτό μεταβολίζει τις γυναικείες ορμόνες (οιστρογόνα), οι οποίες διευκολύνουν την ανάπτυξη καρκίνων γυναικείου τύπου (του μαστού και των γεννητικών οργάνων).²⁵

Η έντονη και πολύωρη φυσική άσκηση, μεταξύ 10-24 ετών, μειώνει κατά 80% τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στην ηλικία μεταξύ 51 και 60 ετών (σχετικός κίνδυνος= 0,2). Σε άλλη μελέτη, η μείωση του κινδύνου, μετά από έντονη άσκηση μόνο στην εφηβεία, βρέθηκε να είναι 16% (Σ.Κ.= 0,84), για άσκηση στην ενήλικη ζωή 32%(Σ.Κ.=0,68) και για άσκηση και στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή 53% (Σ.Κ.= 0,47).¹⁶

3.7.6. Άλλες παθήσεις του μαστού

Μερικές ενδέχεται να συσχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού(όχι πάντως η πολύ συχνότερη κατάσταση της ινοκυστικής μαστοπάθειας, όπου οι κύστες είναι μικρές).

Οι περισσότερες γυναίκες με ψηλαφητές ινοκυστικές αλλοιώσεις στον μαστό δεν αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο.¹⁸

Οι χρόνιες καταστάσεις όπως το απόστημα και η μαστίτιδα δεν σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.¹⁵

3.7.7. Άλλες παθήσεις γενικότερα

Πιστεύεται ότι γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο των ωοθηκών εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού. Παρόμοια αυξημένη συχνότητα εμφανίζουν και γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του ενδομητρίου ή από καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ο υποθυρεοειδισμός πιστεύουν πολλοί ερευνητές ότι συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού όμως δεν υπάρχει ομοφωνία για αυτό το θέμα.

Μια άλλη παθολογική κατάσταση, η πρωτοπαθής χολοστατική κίρρωση, έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον των ερευνητών καθώς η νόσος φαίνεται να συνοδεύεται από αυξημένη επίπτωση καρκίνου του μαστού.¹⁵

3.7.8. Άλλα

Η ρεζερπίνη έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, αν και για αυτό υπάρχουν αμφισβητήσεις. Οι χρωστικές μαλλιών και τα άλλα χημικά μέσα που χρησιμοποιούνται συχνά από γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι είναι μεταλλαξιογόνα, αλλά ο ρόλος τους στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού παραμένει αναπόδεικτος.¹⁵

4.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες καρκίνου του μαστού είναι: Το θετικό οικογενειακό ιστορικό, μεταλλάξεις στα BRCA1 και 2 γονίδια, ορισμένες καλοήθεις παθήσεις, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση, η ατεκνία και η μεγάλη ηλικία 1^{ης} τελειόμηνης κύησης. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο, με μικρότερη όμως ισχύ από τους προηγούμενους είναι: Ο μικρός χρόνος θηλασμού, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, το αυξημένο βάρος, διατροφικοί παράγοντες, η καφεΐνη και το κάπνισμα.

Από όλους τους παραπάνω παράγοντες αυτοί οι οποίοι βρίσκονται, λιγότερο ή περισσότερο, κάτω από τον έλεγχο της γυναίκας και κατά συνέπεια η επισήμανσή τους έχει άμεση πρακτική αξία για την κατά το δυνατόν πρόληψη της νόσου είναι: Η ηλικία εμμηνόπαυσης(τεχνητή εμμηνόπαυση), η ατεκνία (η οφειλόμενη βεβαίως σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και όχι σε βιολογικούς), ηλικία 1^{ης} τελειόμηνης κύησης, ο χρόνος θηλασμού, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, η διατροφή, το σωματικό βάρος, η καφεΐνη και το κάπνισμα. Επίσης, σε περίπτωση ύπαρξης καλοήθων παθήσεων που αυξάνουν τον κίνδυνο, θετικού οικογενειακού ιστορικού ή μεταλλάξεων στα BRCA1 ή 2 γονίδια η έγκαιρη και συχνή ιατρική παρακολούθηση, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της νόσου, καθώς και οι τυχόν προληπτικές παρεμβάσεις αποτελούν σωτήριοι παράγοντες για τις γυναίκες αυτές.¹⁶

ΚΕΦ. 4^ο : Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ **ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση, στην προστασία από τον καρκίνο του μαστού.²⁶

4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

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

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του μαστού είναι πολυεπίπεδη, μία και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Ο νοσηλευτής, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και πρόωπη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε

παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση, έχει ανάγκη από μεθοδολογία.

Για τη σωστή εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να περιλαμβάνει:

- α) Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική του εξέλιξη
- β) Γνώσεις των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- γ) Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- δ) Ικανότητα φυσικής εκτίμησης
- ε) Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής
- στ) Ικανότητα στην άσκηση Αγωγής Υγείας σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού

Επειδή οι γνώσεις που διαθέτουν τα άτομα για τον καρκίνο του μαστού δεν είναι πάντοτε αρκετές, σύγχρονες και αποτελεσματικές, οι υπεύθυνοι επιστήμονες Αγωγής Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές κ.τ.λ.) έχουν χρέος να παρέχουν πρόσφατες και ανανεωμένες, έγκυρες γνώσεις στα άτομα της κοινότητας.

Όπως προκύπτει, η αγωγή υγείας στοχεύει όχι μόνο στο να αποκτήσει ο γυναικείος πληθυσμός γνώσεις που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, αλλά και στη διαμόρφωση συμπεριφοράς, έστω κι αν οι γνώσεις, που αφορούν την πρόληψη, αποτελούν την προϋπόθεση για την εποικοδόμηση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Η επιθυμητή συμπεριφορά, στην οποία στοχεύει η Αγωγή Υγείας, έχει να κάνει με την αυτοπειθαρχία και την αυτοφροντίδα, που πρέπει να αναλάβουν τα άτομα για τη δική τους υγεία.

Για να γίνει αυτό κατανοητό, δεν αρκεί να γνωρίζουν οι γυναίκες πως η αυτοεξέταση του μαστού οδηγεί στην έγκαιρη ανίχνευση όγκου στο μαστό με αποτέλεσμα την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και την καλύτερη πρόγνωση, αλλά χρειάζεται να εφαρμόζουν περιοδικά την αυτοεξέταση των μαστών.

4.2. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων.

Ο νοσηλευτής πιο συγκεκριμένα:

- Ø Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού
- Ø Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες
- Ø Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου του μαστού
- Ø Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό
- Ø Εντοπίζει με ένα καλό ιστορικό τους παράγοντες που δυνατό να οδηγήσουν σε μια καθυστέρηση όσον αφορά την επίσκεψη στο γιατρό, ανιχνεύει τα αίτια που τους δημιουργούν και τους αναχαιτίζει με σωστή διδασκαλία και ενημέρωση των γυναικών.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευτούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμη 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 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:

- Ø Κοινωνικοί: Πολλές φορές μια ασθενής είναι μητέρα μικρών παιδιών ή γυναίκα ενός ανάπηρου ή ασθενούς συζύγου, με αποτέλεσμα να θυσιάζει την προσωπική της υγεία για το καλό της οικογένειάς της.
- Ø Οικονομικοί: Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση, επειδή ασθενείς με περιορισμένα οικονομικά μέσα (ανασφάλιστες, μικρών ταμείων) βρίσκουν ότι δεν μπορούν να διαθέσουν τα ποσά αυτά και όταν απειλούνται από μια νέα ασθένεια, καθυστερούν να κάνουν κάτι γι' αυτά τους τα συμπτώματα. Στην Ελλάδα το κόστος των εξετάσεων δε δημιουργεί βεβαίως πρόβλημα.
- Ø Έλλειψη μόρφωσης: Πολλές ασθενείς με καρκίνο του μαστού καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά, ο όγκος του μαστού, που δε φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος. Συχνά λένε: «Ο όγκος δεν με ενόχλησε κι έτσι κι εγώ δεν τον ενόχλησα». Αυτό το είδος της άγνοιας συναντάται ακόμα και μεταξύ αποφοίτων λυκείου, καθώς όμως το επίπεδο μόρφωσης και καλλιέργειας ανεβαίνει, οι γυναίκες ενημερώνονται όλο και περισσότερο για την απειλή από τον καρκίνο του μαστού. Παρ' όλα αυτά, η πλειονότητα των γυναικών αγνοεί βασικούς παράγοντες της φυσιολογίας και της παθολογίας του μαστού, επειδή κανένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα γύρω από τον καρκίνο του μαστού δεν περιλαμβάνεται στη διδακτέα ύλη των σχολείων. Βασικός σκοπός ενός τέτοιου προγράμματος θα ήταν να πεισθούν οι γυναίκες ότι ο καρκίνος του μαστού είναι ιάσιμος σε αρχικά στάδια, αντίθετα με ό,τι πιστεύουν πολλές από τις καρκινοπαθείς γυναίκες, ότι δηλαδή η νόσος τους είναι ανίατη και καθυστερούν γι' αυτό ν προσέλθουν στο γιατρό τους. Ο σκεπτικισμός αυτός είναι κατανοητός, επειδή πολλές από αυτές δεν γνώρισαν καμιά γυναίκα που να θεραπεύτηκε από τον καρκίνο το

μαστού. Στη Ελλάδα, η ανεπαρκής ενημέρωση, φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο.²⁷

Άλλοι παράγοντες

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας:

1. Ο φόβος

Ο φόβος είναι ο κυρίαρχος ανασταλτικός παράγοντας. Οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα διαταραχθούν οι συγκινησιακές (συναισθηματικές) σχέσεις με τους συζύγους τους.

2. Σεμνοτυφία και ντροπή

Μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή, ώστε διστάζουν να συμβουλευτούν έναν ειδικό για το μαστό τους.

3. Αποφυγή ψηλάφησης του μαστού

Πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφίσουν και επομένως δε φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού, ενόσω είναι ακόμα μικρός.

4. Αρνητισμός

Γυναίκες που μεγαλώνουν σε σκληρό και εχθρικό περιβάλλον μπορεί να γίνουν εσωστρεφείς και αρνητικές και συχνά καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, μέχρι να προχωρήσουν πάρα πολύ τα συμπτώματα.

5. Κατάθλιψη

Μερικές γυναίκες, συντετριμμένες από δοκιμασίες που πέρασαν, γίνονται καταθλιπτικές και αδιαφορούν για την υγεία τους

6. Καταπίεση

Οι γυναίκες αυτές μπορεί να αναπτύξουν κάποια παθολογική δραστηριότητα, για να πετύχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους. Όταν τα συμπτώματα της νόσου αναπτύσσονται, εκείνες τα αγνοούν.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.

Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι νόσος

- Ø Του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί
- Ø Της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- Ø Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα που δεν είναι τόσο σοβαρά.²³

4.3. ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΥΝΑΝΤΗΣΟΥΜΕ

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία και αρκετή αοριστία στους παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Είναι αδύνατο να παρέμβουμε άμεσα και δραστικά και να πετύχουμε την παύση τους. Έτσι, δεν μπορούμε να μιλάμε για πρωτοβάθμια πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού, δεν μπορούμε δηλαδή να μειώσουμε τα αίτια για να περιορίσουμε τη συχνότητα.^{22,3}

Η αδυναμία περιορισμού των καρκινογόνων αιτίων αφ' ενός και αφ' ετέρου τα οριακά θεραπευτικά αποτελέσματα συνέτειναν ώστε η προσπάθεια να στραφεί στη δευτεροβάθμια πρόληψη, στην έγκαιρη δηλαδή διάγνωση της αρρώστιας όταν αυτή βρίσκεται στην αρχή της.²²

Στη δευτεροβάθμια πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού, το πρωταρχικό σημείο έγκειται στην ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού και στην ευαισθητοποίησή του για τακτικές προληπτικές εξετάσεις.²²

Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.²⁸

4.4 ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Οι κύριες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι:

4.4.1. Οικογενειακό ιστορικό

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε τη συμβολή της λήψης ολοκληρωμένου ιστορικού (ατομικού, οικογενειακού). Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού εκ μέρους του νοσηλευτή οδηγεί στη συγκέντρωση πολύτιμων πληροφοριών από τις οποίες θα εκτιμηθεί κατά πόσο η εξεταζόμενη γυναίκα χρήζει προσεκτικής και περιοδικής παρακολούθησης.²⁹

4.4.2. Αυτοεξέταση του μαστού

Η τεχνική της αυτοεξέτασης μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνει η εξέταση είναι μία εβδομάδα μετά την έναρξη της περιόδου. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα μετά την εμμηνόπαυση, σε μια σταθερή ημερομηνία.

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία, κάθε γυναίκα πάνω από 20 ετών πρέπει να αυτοεξετάζεται μια φορά το μήνα.²⁸

Πώς γίνεται η αυτοεξέταση του μαστού

Η ηλικία που ο καρκίνος είναι συχνός, είναι τα 45-60 χρόνια. Όμως, μπορεί ν' αναπτυχθεί και σε οποιαδήποτε ηλικία πάνω από τα

είκοσι, και η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται από κάθε γυναίκα σε όλη της τη ζωή.³⁰

Η αυτοεξέταση των μαστών (ΑΕΜ) είναι μία απλή διαδικασία που περιλαμβάνει τρία στάδια:

1.Στο λουτρό

Εξετάζετε το δεξιό μαστό με το αριστερό χέρι και τον αριστερό μαστό με το δεξί χέρι. Η εξέταση γίνεται στη διάρκεια του μπάνιου ή του ντους. Τα χέρια με το σαπούνι ή το αφρόλουτρο γλιστρούν ευκολότερα πάνω στο βρεγμένο δέρμα και αυτό διευκολύνει να αντιληφθείτε τι ακριβώς υπάρχει από κάτω. Μετακινείστε μαλάκα τα τεντωμένα δάχτυλα του χεριού πάνω σε όλα τα μέρη του κάθε μαστού. Συγκεντρώστε την προσοχή σας και ψάξτε για ογκίδια, σκληρούς κόμπους ή παχύνσεις.

2.Μπροστά σε έναν καθρέπτη

Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος κάντε επισκόπηση των μαστών σας. Μετά σηκώστε τα χέρια στην ανάταση. Παρατηρήστε αν υπάρχουν αλλαγές στο περίγραμμα του κάθε μαστού, διόγκωση, βαθούλωμα του δέρματος ή αλλαγές στη θηλή. Μετά βάλτε τις παλάμες σας στα ισχία με τους αγκώνες έξω και πιέστε δυνατά προς τα κάτω. Φέρτε λίγο μπροστά τους ώμους και τους αγκώνες και προσέξτε αν υπάρχει αλλαγή στο σχήμα ή σημαντική διαφορά μεταξύ των μαστών. Αν το κάνετε αυτό τακτικά θα μάθετε γρήγορα πώς είναι φυσιολογικοί οι μαστοί σας και θα μπορείτε να κάνετε την αυτοεξέταση με εμπιστοσύνη στον εαυτό σας. Εδώ πρέπει να έχετε υπόψη σας ότι ο δεξιός και ο αριστερός μαστός σχεδόν ποτέ δεν ταιριάζουν απόλυτα, δηλαδή δεν είναι εντελώς όμοιοι από την κατασκευή τους.

3.Ξαπλωμένη

Για να εξετάσετε το δεξιό μαστό σας, βάλτε ένα μαξιλάρι ή διπλωμένη πετσέτα κάτω από το δεξιό σας ώμο. Βάλτε το δεξιό σας χέρι κάτω από το κεφάλι σας, πράγμα που βοηθά στην ανύψωση του μαστού και την καλύτερη τοποθέτησή του πάνω στο τοίχωμα του θώρακα, άρα και καλύτερη ψηλάφηση με την αυτοεξέταση. Με το αριστερό χέρι και τα δάχτυλα τεντωμένα πιέζετε μαλακά.^{31,27} Η ψηλάφηση αρχίζει από το άνω και έσω τεταρτημόριο ακολουθεί τη φορά των δεικτών του ρολογιού και καταλήγει στο άνω έξω τεταρτημόριο και τέλος στην ουρά του μαστού.³² Αρχίστε από την περιφέρεια του μαστού και το σημείο που βρίσκεται ψηλότερα στην ώρα 12 και προχωράτε στις ώρες 1,2,3 κ.λ.π., μέχρι να κάνετε έναν ολόκληρο κύκλο και να φτάσετε εκεί που ξεκινήσατε (στην ώρα 12). Σημειώστε εδώ ότι στο κάτω μέρος της περιφέρειας κάθε μαστού υπάρχει μία περιοχή από σκληρό ιστό, ο οποίος όμως είναι φυσιολογικός. Στη συνέχεια επαναλάβετε το ίδιο πράγμα, αρχίζοντας όμως πιο κεντρικά (προς τη θηλή), 2 εκ. περίπου κεντρικότερα από το προηγούμενο σημείο. Έτσι φτάνετε μέχρι τη θηλή, κάνοντας προοδευτικά τον κύκλο του μαστού. Χρειάζονται τουλάχιστον 4 με 5 τέτοιοι κύκλοι για να έχετε ψηλαφίσει καλά το μαστό. Μετά επαναλαμβάνετε τα ίδια ακριβώς πράγματα και για τον αριστερό μαστό (μαξιλάρι ή πετσέτα κάτω από τον αριστερό ώμο, αριστερό χέρι πίσω από το κεφάλι και ψηλάφηση με το δεξί). Σκοπός όλης της ψηλάφησης είναι να καταλάβετε πώς είναι η σύσταση του μαστού και να αντιληφθείτε τυχόν ανωμαλίες (ογκίδια, κόμποι, σκληρίες, παχύνσεις). Τέλος, στρίψτε μαλακά τη θηλή του κάθε μαστού. Αν παρουσιάσει έκκριμα, ενημερώστε αμέσως το γιατρό σας.^{31,27}

4.4.3. Μαστογραφία

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας. Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην πρώιμη ανίχνευση και ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών, και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής(screening). Η μαστογραφία είναι εξέταση απλή, ανώδυνη, ακίνδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες, μπορεί δε ν' ανιχνεύει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2mm. Η μαστογραφία συνίσταται να γίνεται κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών. Σε ηλικία 35-40 ετών η γυναίκα, έστω και ασυμπτωματική, πρέπει να κάνει μια μαστογραφία αναφοράς. Επί υποψίας καρκίνου μπορεί να γίνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία, έχοντας υπόψη ότι κάτω των 30 ετών ο καρκίνος μαστού είναι μόνο 2% περίπου.³

Η εξέταση δίνει καθαρότερη εικόνα σε γυναίκες που βρίσκονται στην κλιμακτήριο, διότι ο αδένας του μαστού μειώνεται και αυξάνει ο λιπώδης ιστός, διευκολύνοντας την ακτινογραφική απεικόνιση. Οι γυναίκες πριν υποστούν τη μαστογραφία πρέπει να σταματήσουν τη λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων διότι αυτά «θερμαίνουν» το μαστό. Η εξέταση θα πρέπει να εφαρμόζεται στις 8 πρώτες μέρες μετά την έμμηνη ρύση.¹²

Έχει εκφραστεί κάποια ανησυχία για τον κίνδυνο που απορρέει από τις επανειλημμένες ακτινολογικές εξετάσεις. Το δυνητικό όφελος είναι πολύ μεγαλύτερο. Η δόση της ακτινοβολίας σε μια μαστογραφία είναι σήμερα 10 φορές μικρότερη απ' ότι ήταν πριν από 20 χρόνια, είναι δε μικρότερη του ποσού της κοσμικής ακτινοβολίας που παίρνει κανείς κατά τη διάρκεια ενός αεροπορικού ταξιδιού. Ο κίνδυνος να προκληθεί

καρκίνος από την μαστογραφία είναι ίσος με τον κίνδυνο να πάθει κανείς καρκίνο του πνεύμονα αν καπνίσει ένα μόνο τσιγάρο.¹⁸

Παρόλο που η μαστογραφία σε ένα ποσοστό 10-15% δίνει ψευδώς αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα, αποτελεί σήμερα την μόνη εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει πρώιμα τον καρκίνο του μαστού.

Με την βοήθεια της μαστογραφίας πραγματοποιούνται τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, στόχος των οποίων είναι:

- Ø Ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%
- Ø Καλύτερη ποιότητα ζωής
- Ø Ελάττωση νοσοκομειακού κόστους.³

Για ηλικίες 18-40 ετών

- Ø Να κάνετε αυτοεξέταση των μαστών κάθε μήνα αμέσως μόλις τελειώσει η περίοδος σας
- Ø Να εξετάζεστε τουλάχιστον κάθε 3 χρόνια από ειδικό γιατρό
- Ø Να ζητήσετε να σας γίνει μια μαστογραφία προληπτική όταν κλείσετε την ηλικία των 40 ετών

Μετά την ηλικία των 40 ετών

- Ø Να κάνετε αυτοεξέταση των μαστών κάθε μήνα και αν η περίοδος έχει πια σταματήσει να κάνετε αυτοεξέταση την 1^η εβδομάδα κάθε μήνα ή μια σταθερή μέρα κάθε μήνα που εσείς θα ορίσετε
- Ø Να εξετάζεστε μια φορά το χρόνο από ειδικό γιατρό
- Ø Να ακολουθήσετε τις οδηγίες του ειδικού γιατρού για τη συχνότητα που θα σας συμβουλεύσει να κάνετε μαστογραφία.²²

4.4.4. Κλινική εξέταση

Η κλινική εξέταση (επισκόπηση και ψηλάφηση) του μαστού πρέπει να γίνεται μια φορά το χρόνο από ειδικό ιατρό μετά το 35^ο έτος. Ο ειδικός γνωρίζει να αντιμετωπίζει όταν χρειάζεται κάθε αλλαγή της αρχιτεκτονικής του μαστού. Ο ειδικός γιατρός καθορίζει πόσο συχνά πρέπει να εξετάζονται γυναίκες ηλικίας 20-35 ετών όταν υπάρχει πρόβλημα.³

Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας ανεβάζει το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας στο 90-97%.³³

Άλλες τεχνικές εξέτασεως, όπως είναι η θερμογραφία, συνιστούν μικρότερο κίνδυνο για τον άρρωστο, αλλά δεν θεωρούνται αρκετά ακριβείς για να χρησιμοποιηθούν ως αποκλειστικό μέσο εξέτασεως. Επίσης, η υπερηχογραφία και η υπολογιστική τομογραφία (CT) εκτιμώνται σήμερα ως διαγνωστικές τεχνικές.¹⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι η συγκέντρωση στοιχείων, σχετικά με παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και τον καθορισμό του επιπέδου γνώσεων των γυναικών που ερωτήθηκαν, σχετικά με τη νόσο.

Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, δημιουργήσαμε ερωτηματολόγιο, το οποίο διανεμήθηκε σε 128 γυναίκες, κατοίκους Πατρών Αχαΐας και Αγρινίου Αιτωλοακαρνανίας, ηλικίας 20- 78 ετών. Το δείγμα που επιλέξαμε ήταν τυχαίο. Η έρευνα διάρκεσε 2 μήνες, τον Οκτώβρη και το Νοέμβρη του 2002.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση, κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό, ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μια αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το Microsoft Excel.

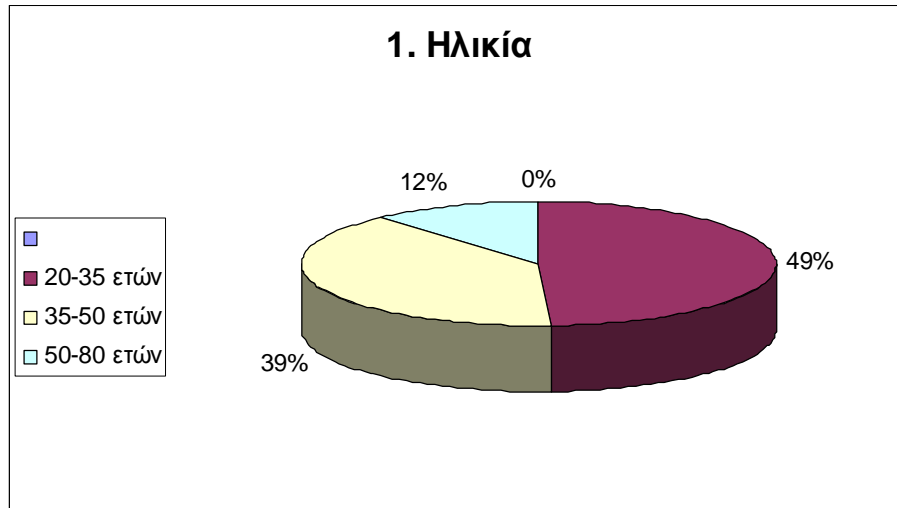
Για να επιτύχουμε μεγαλύτερο βαθμό αλήθειας των στοιχείων που συλλέξαμε, καθώς και μέγιστο βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων, τα ερωτηματολόγια, ήταν ανώνυμα και συμπληρώθηκαν προσωπικά από την κάθε γυναίκα, χωρίς την δική μας εξωτερική παρεμβολή, καθώς τα στοιχεία που περιέχονται, είναι προσωπικά.

Κάναμε μια πιλοτική έρευνα 10 ερωτηματολογίων για να:

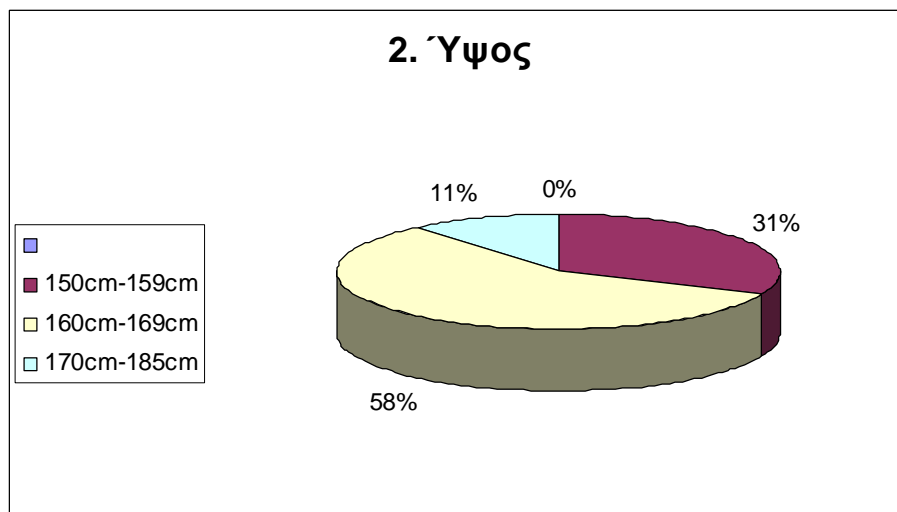
- Ø Διαπιστώσουμε αν οι ερωτήσεις και οδηγίες του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιούσαμε ήταν κατανοητές
- Ø Αφαιρέσουμε τυχόν διαφορούμενες λέξεις
- Ø Ελέγξουμε αν τα δεδομένα που θα συλλέγαμε θα μπορούσαν να αναλυθούν

- Ø Βεβαιωθούμε ότι τα δεδομένα που θα συγκεντρώνονταν θα ικανοποιούσαν τους σκοπούς της μελέτης και ότι δεν θα συλλέγονταν άσχετα δεδομένα
- Ø Πάρουμε μια ένδειξη του ρυθμού απάντησης ή του επιπέδου συμμετοχής που έπρεπε να περιμένουμε
- Ø Μπορέσουμε να υπολογίσουμε τους απαραίτητους πόρους για διαχείριση, ανάλυση και ανακοίνωση της μελέτης.

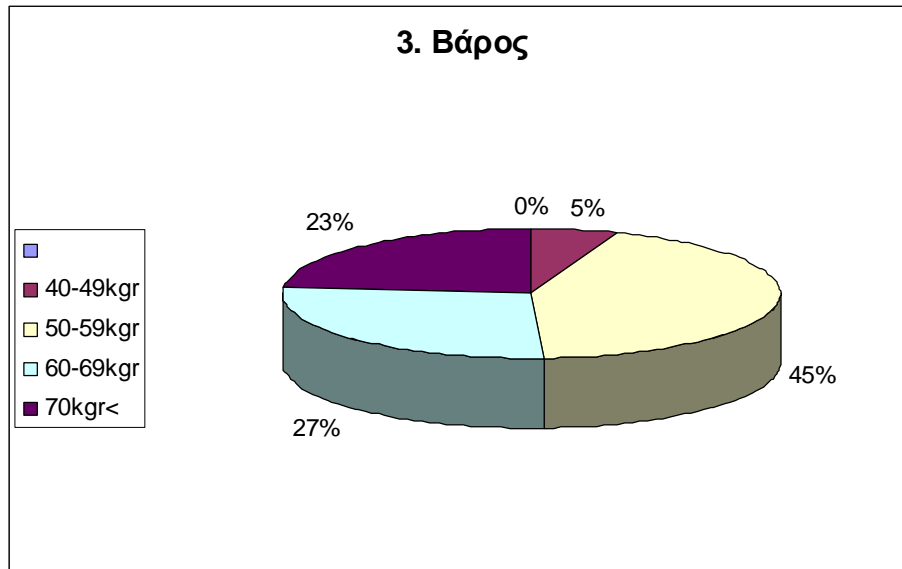
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



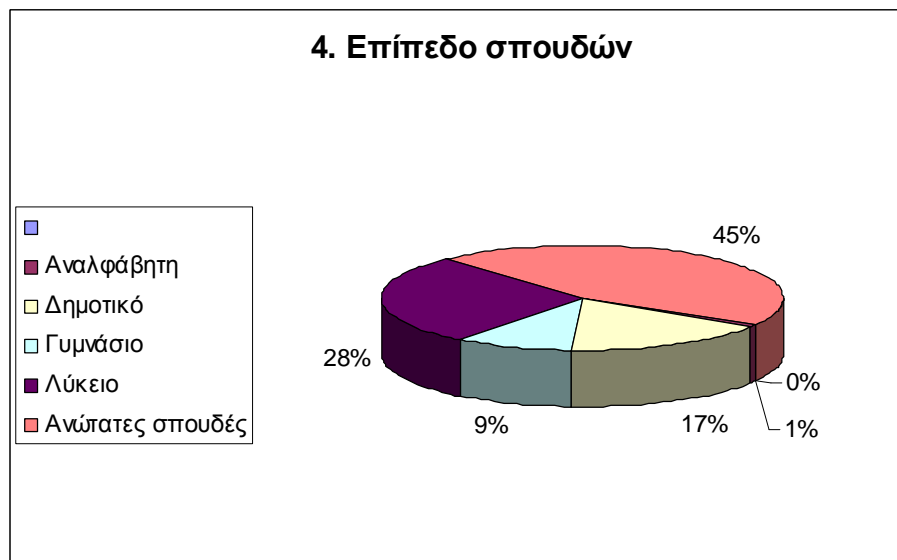
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 49% ήταν ηλικίας 20-35 ετών, το 39% ήταν ηλικίας 35-50 ετών και το 12% ήταν ηλικίας 50-80 ετών.



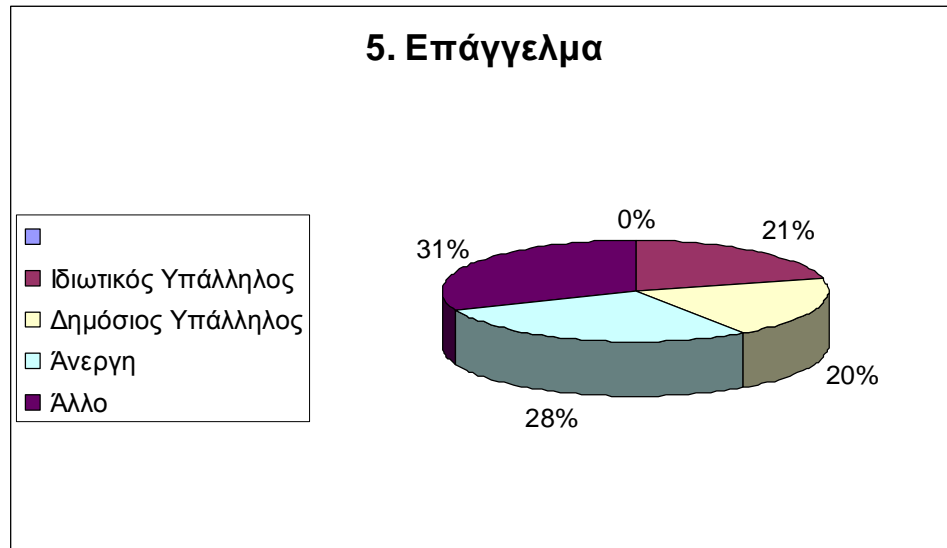
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 31% έχει ύψος 150cm-159cm, το 58% έχει ύψος 160cm-169cm και το 11% έχει ύψος 170cm-185cm.



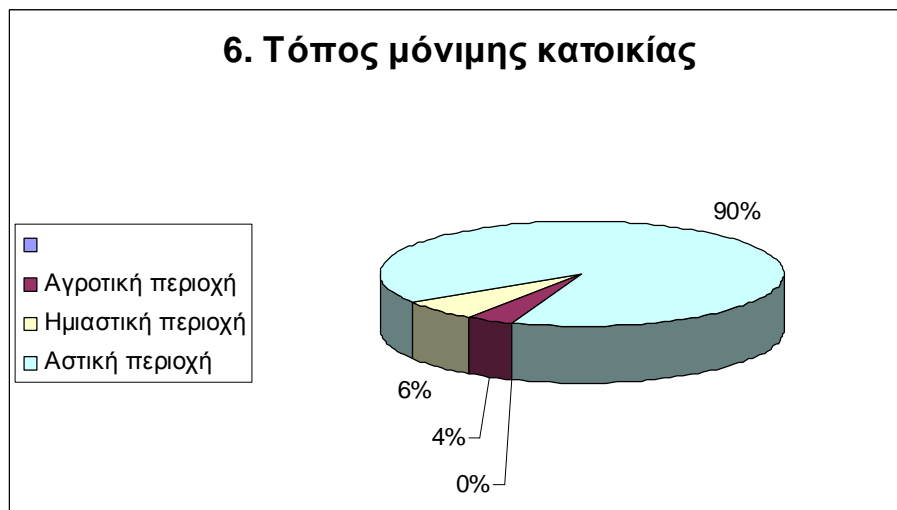
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 5% έχει βάρος 40-49kgr, το 45% έχει βάρος 50-59kgr, το 27% έχει βάρος 60-69kgr και το 23% έχει βάρος περισσότερο από 70kgr.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 1% είναι αναλφάβητες, το 17% είναι απόφοιτες δημοτικού, το 9% είναι απόφοιτες γυμνασίου, το 28% είναι απόφοιτες λυκείου και το 45% είναι απόφοιτες ανωτάτου ιδρύματος.



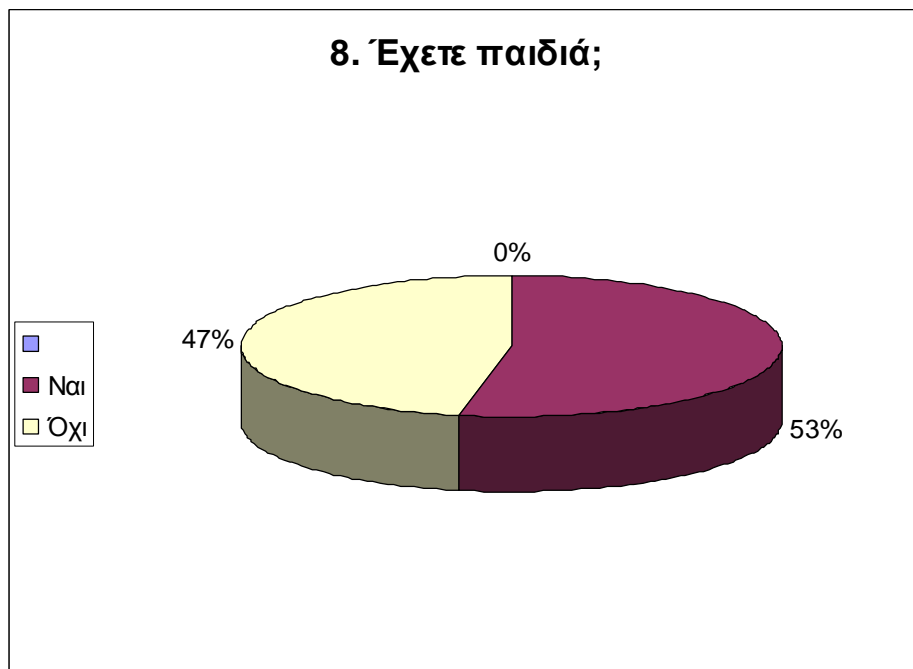
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν το 21% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 20% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 28% είναι άνεργες και το 31% άλλο.



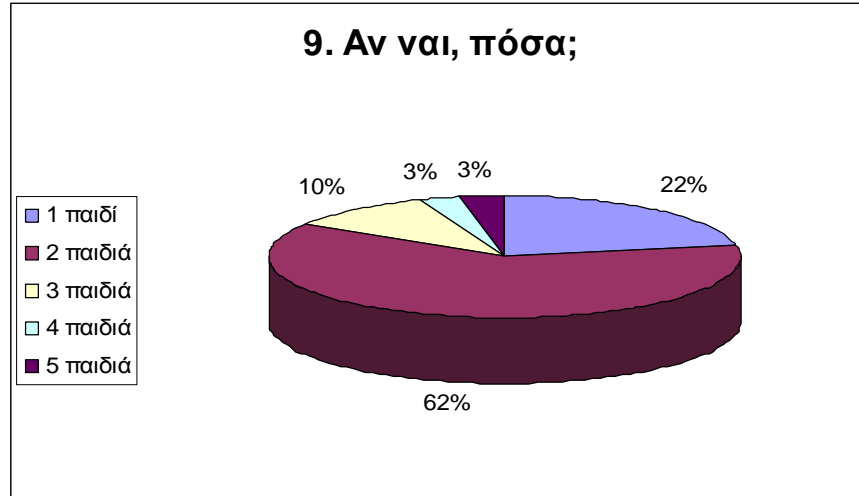
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 4% διαμένει σε αγροτική περιοχή, το 6% διαμένει σε ημιαστική περιοχή και το 90% διαμένει σε αστική περιοχή.



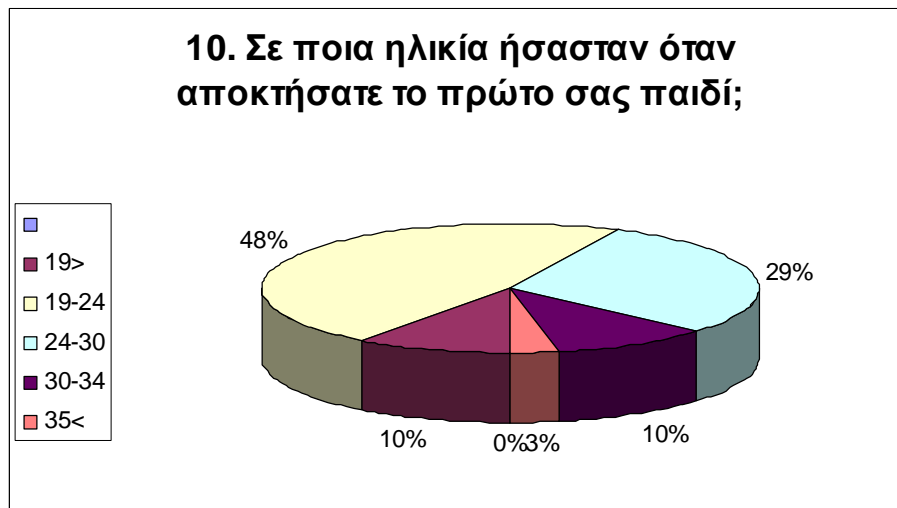
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 55% είναι έγγαμες, το 38% είναι άγαμες, το 5% είναι διαζευγμένες και το 2% είναι χήρες.



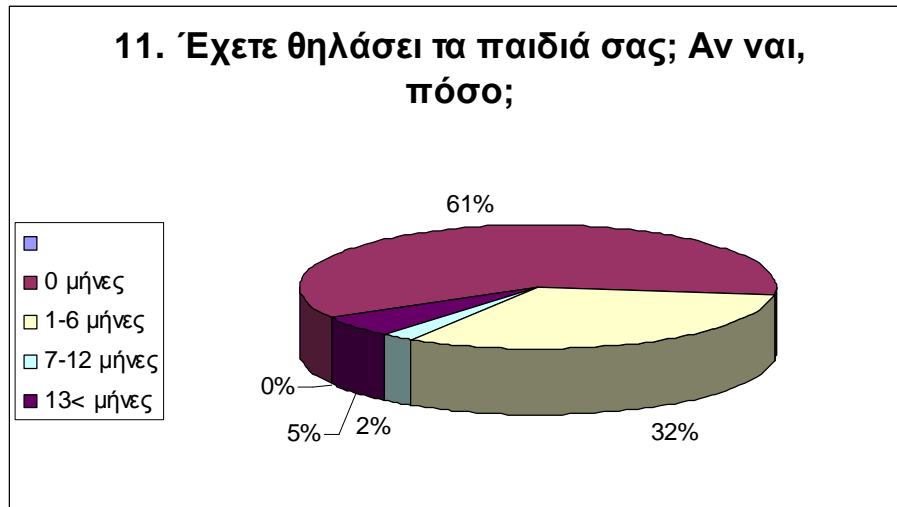
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 53% έχει παιδιά και το 47% δεν έχει παιδιά.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 22% έχει ένα παιδί, το 62% έχει 2 παιδιά, το 10% έχει 3 παιδιά, το 3% έχει 4 παιδιά και το 3% έχει 5 παιδιά.



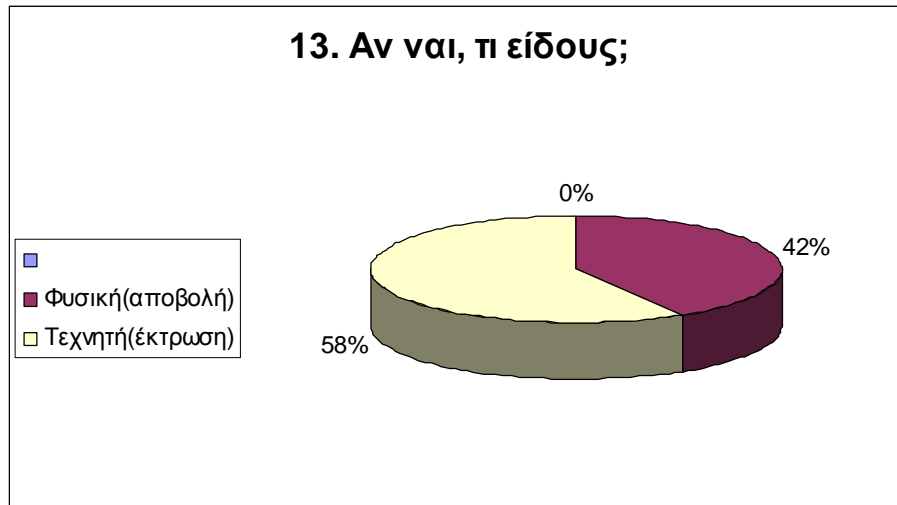
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 10% ήταν σε μικρότερη ηλικία των 19 χρόνων, το 48% ήταν 19-24 χρόνων, το 29% ήταν 24-30 χρόνων, το 10% ήταν 30-34 χρόνων και το 3% ήταν σε μεγαλύτερη ηλικία των 35 χρόνων.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 61% δεν έχει θηλάσει, το 32% έχει θηλάσει 1-6 μήνες, το 2% έχει θηλάσει 7-12 μήνες και το 5% έχει θηλάσει περισσότερο από 13 μήνες.



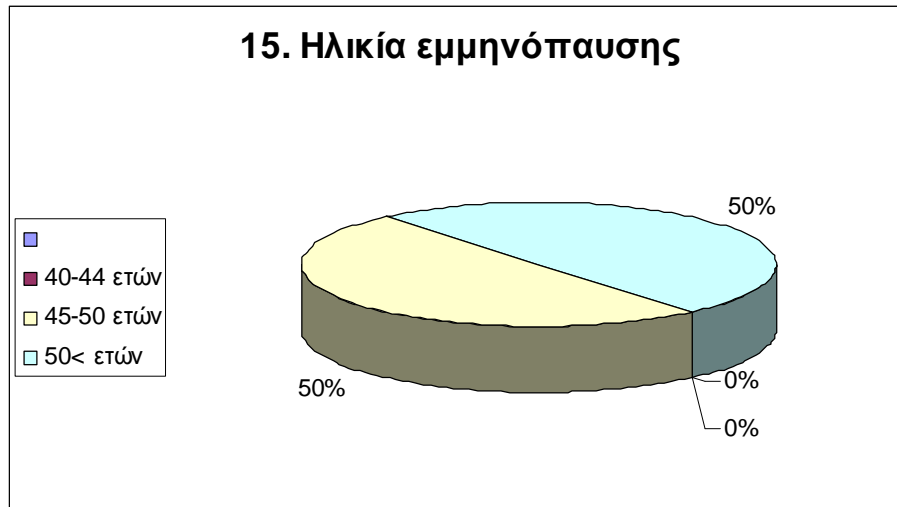
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 38% είχε διακοπή κύησης, το 46% δεν είχε και το 16% δεν απάντησε.



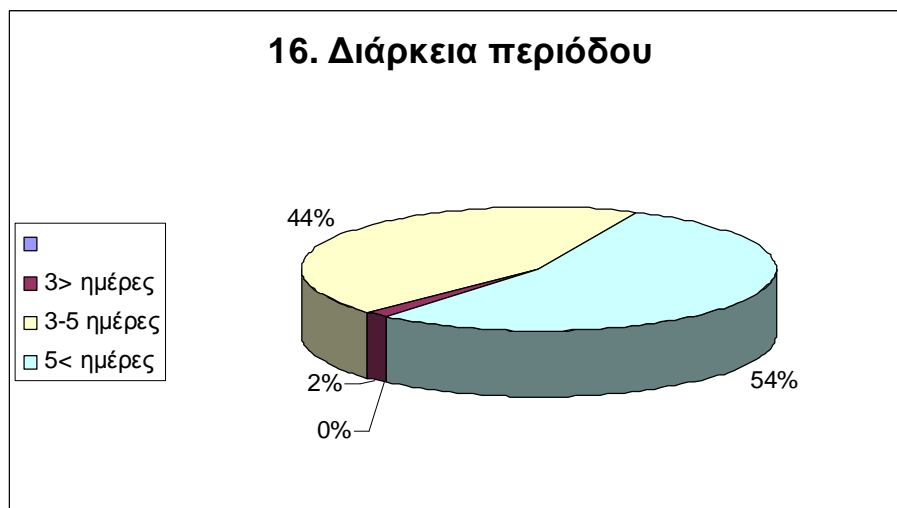
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 58% είχε τεχνητή έκτρωση και το 42% είχε φυσική(αποβολή).



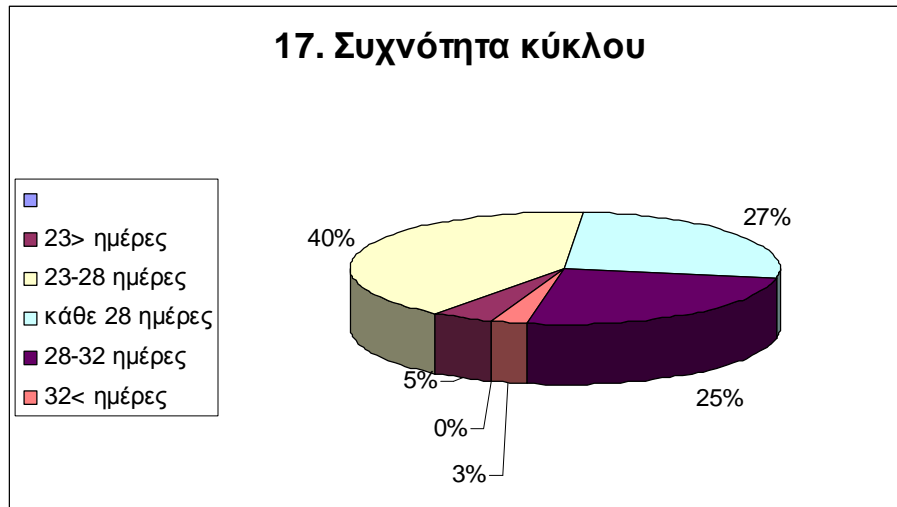
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 19% είχε έναρξη περιόδου 10-12 ετών, το 58% είχε έναρξη περιόδου 12-14 ετών και το 23% είχε έναρξη περιόδου σε ηλικία μεγαλύτερη των 14 ετών.



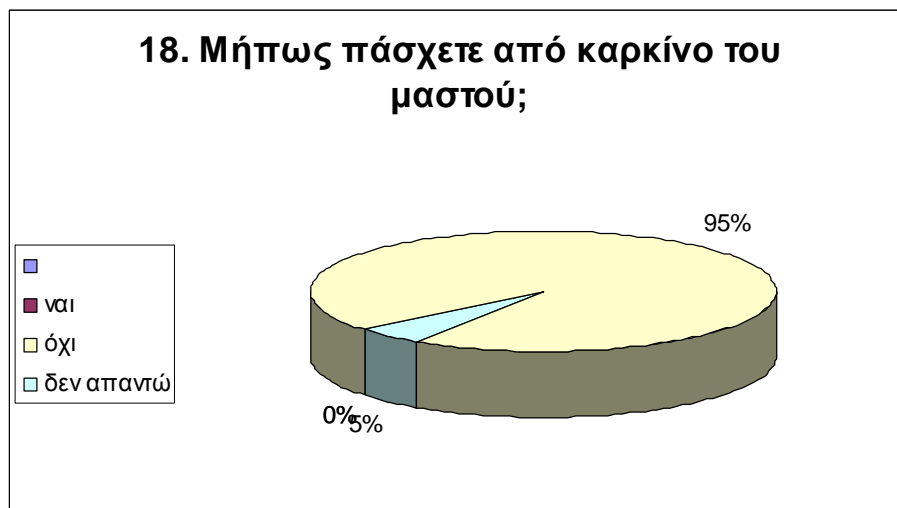
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν οι 14 βρίσκονται στην εμμηνόπαυση. Από τις 14 γυναίκες το 0% είχε έναρξη εμμηνόπαυσης 40-44 ετών, το 50% είχε έναρξη εμμηνόπαυσης 45-50 ετών και το 50% είχε έναρξη εμμηνόπαυσης σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 114 έχουν περίοδο. Από τις 114 το 2% έχει διάρκεια περιόδου μικρότερη των 3 ημερών, το 44% έχει διάρκεια περιόδου 3-5 ημέρες και το 54% έχει διάρκεια περιόδου μεγαλύτερη των 5 ημερών.



Από τις 114 γυναίκες που ερωτήθηκαν και έχουν περίοδο, το 5% έχει περίοδο σε λιγότερο από 23 ημέρες, το 40% έχει περίοδο κάθε 23-28 ημέρες, το 27% έχει περίοδο κάθε 28 ημέρες, το 25% έχει περίοδο κάθε 28-32 ημέρες και το 3% έχει περίοδο σε περισσότερες από 32 ημέρες.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 95% δεν πάσχει από καρκίνο του μαστού και το 5% δεν απάντησε.



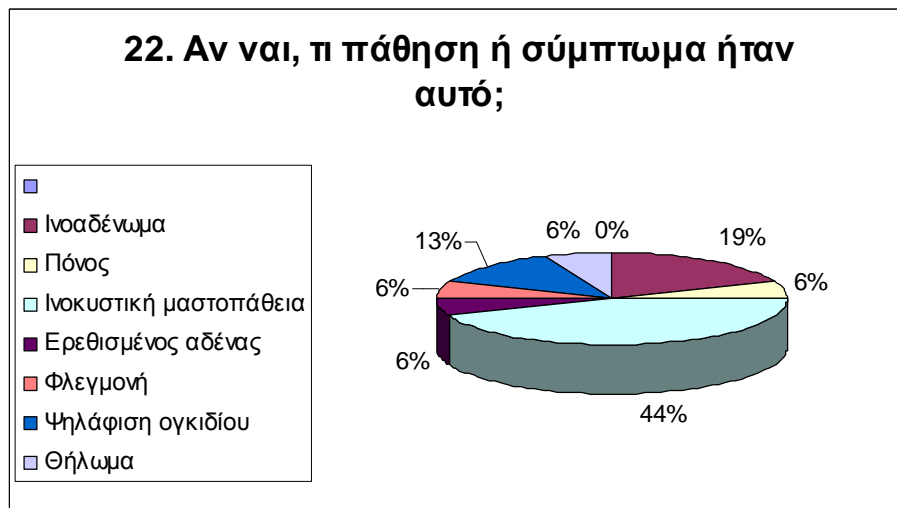
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 8% έχει περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού στην οικογένεια, το 88% δεν έχει περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού στην οικογένεια και το 4% δεν απάντησε.



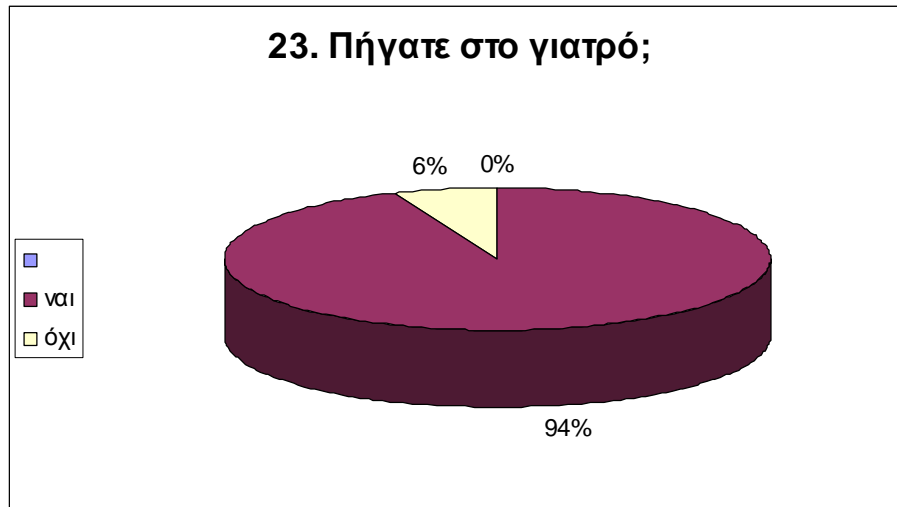
Από τις 14 γυναίκες που έχουν περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού στην οικογένεια, στο 43% είναι η μητέρα, στο 29% είναι θεία, στο 21% είναι αδερφή και στο 7% είναι γιαγιά.



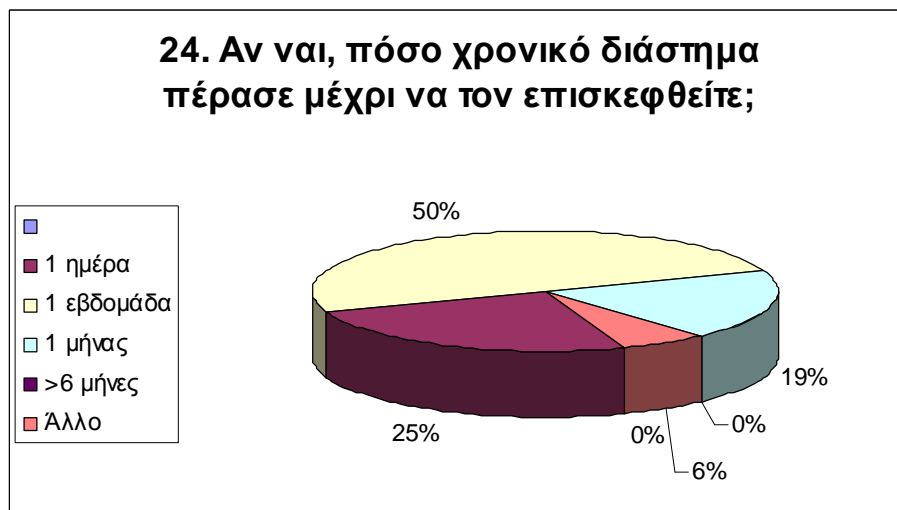
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 12% είχε παρουσιάσει στο παρελθόν κάποια πάθηση, το 86% δεν είχε παρουσιάσει πάθηση και το 2% δεν απάντησε.



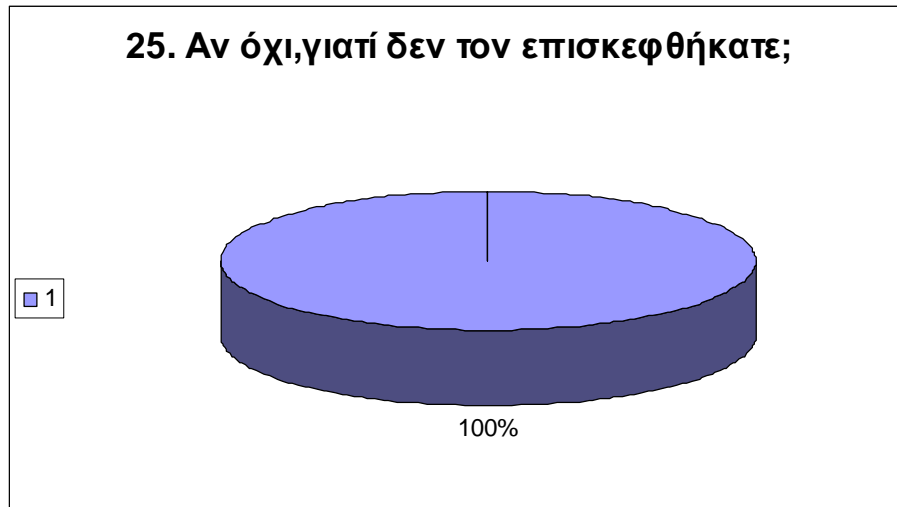
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 16 παρουσίασαν στο παρελθόν κάποια πάθηση ή σύμπτωμα, στο μαστό τους. Από τις 16, το 19% παρουσίασε ινοαδένωμα, το 6% παρουσίασε πόνο, το 44% ινοκυστική μαστοπάθεια, το 6% ερεθισμένο αδένος, το 6% φλεγμονή, το 13% ψηλάφιση ογκιδίου και το 6% θήλωμα.



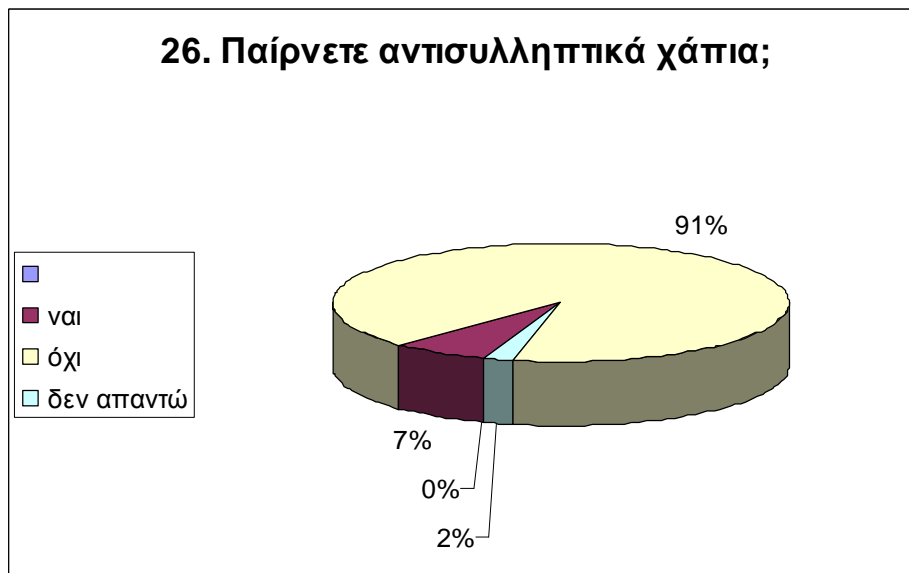
Από τις 16 που παρουσίασαν νόσο, το 94% πήγε στο γιατρό ενώ το 6% δεν πήγε.



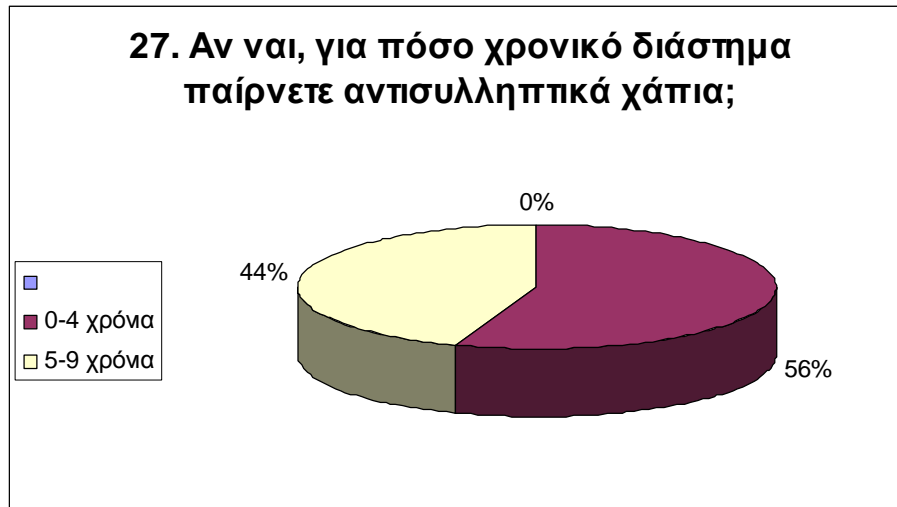
Από τις 16 που ερωτήθηκαν και παρουσίασαν νόσο στο παρελθόν ή σύμπτωμα, οι 15 πήγαν στο γιατρό. Από τις 15 που πήγαν στο γιατρό, το 25% πήγε στο γιατρό μετά από 1 ημέρα, το 50% μετά από 1 εβδομάδα, το 19% μετά από 1 μήνα, το 25% μετά από μεγαλύτερο διάστημα των 6 μηνών και το 6% απάντησε άλλο.



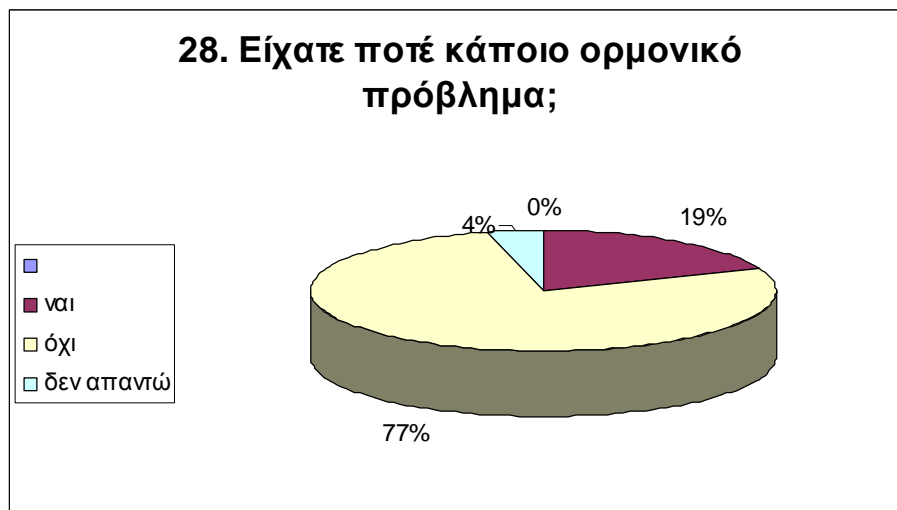
Από τις 16 που ερωτήθηκαν, η 1 δεν πήγε στο γιατρό μετά την εμφάνιση συμπτώματος στο μαστό της, εξαιτίας του φόβου.



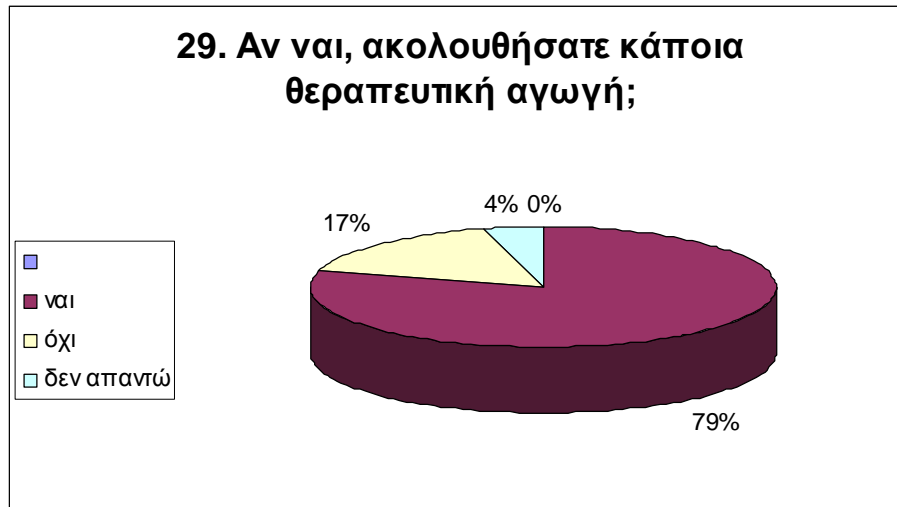
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 7% παίρνει αντισυλληπτικά, το 91% δεν παίρνει αντισυλληπτικά χάπια και το 2% δεν απάντησε.



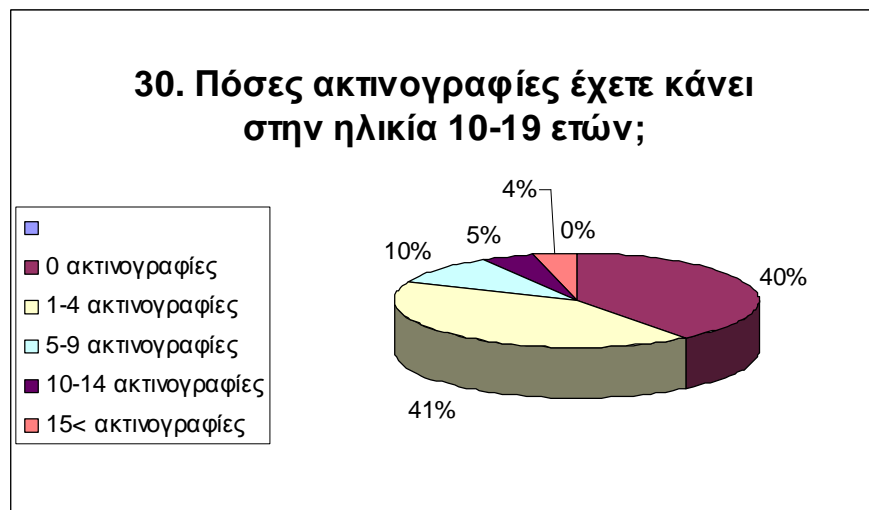
Από 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 9 παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια. Από τις 9 που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια, το 56% παίρνει αντισυλληπτικά χάπια για χρονικό διάστημα 0-4 χρόνια και το 44% παίρνει αντισυλληπτικά χάπια για χρονικό διάστημα 5-9 χρόνια.



Από τις 128 γυναίκες που απάντησαν, το 19% είχε παρουσιάσει κάποιο ορμονικό πρόβλημα, το 77% δεν είχε παρουσιάσει και το 4% δεν απάντησε.



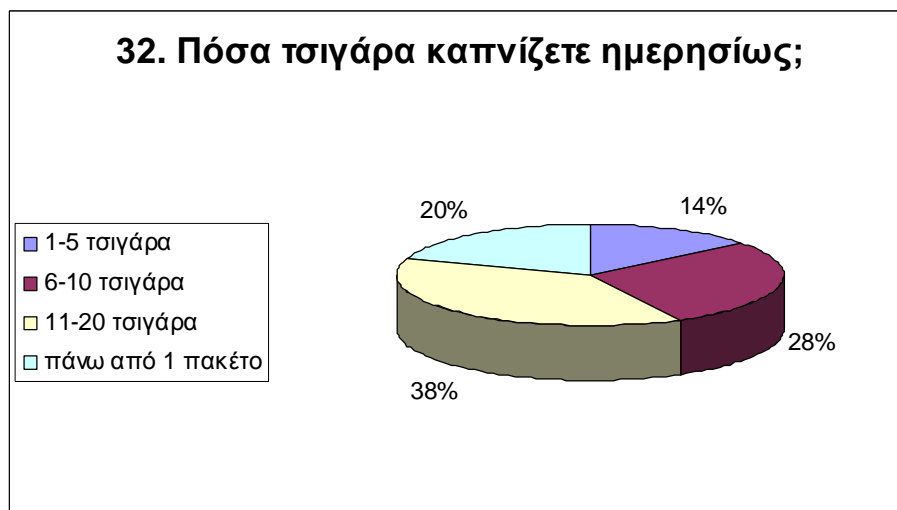
Από τις 128 γυναίκες που απάντησαν, οι 24 είχαν παρουσιάσει κάποιο ορμονικό πρόβλημα. Από τις 24, το 79% ακολούθησε κάποια θεραπευτική αγωγή, το 17% δεν ακολούθησε κάποια αγωγή και το 4% δεν απάντησε.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 40% δεν έκανε ακτινογραφίες στην ηλικία 10-19 ετών, το 41% έκανε 1-4 ακτινογραφίες στην ηλικία 10-19 ετών, το 10% έκανε 5-9 ακτινογραφίες, το 5% έκανε 10-14 ακτινογραφίες και το 4% έκανε περισσότερες από 15 ακτινογραφίες.



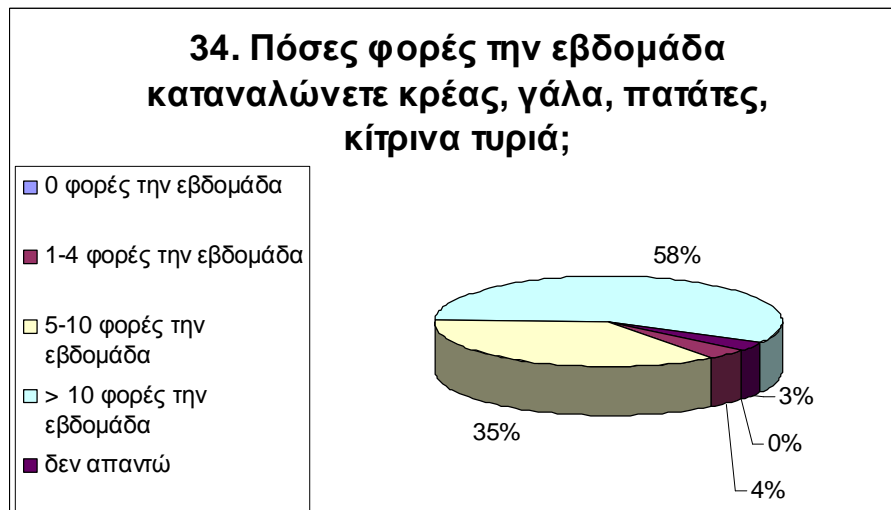
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 55% καπνίζει και το 45% δεν καπνίζει.



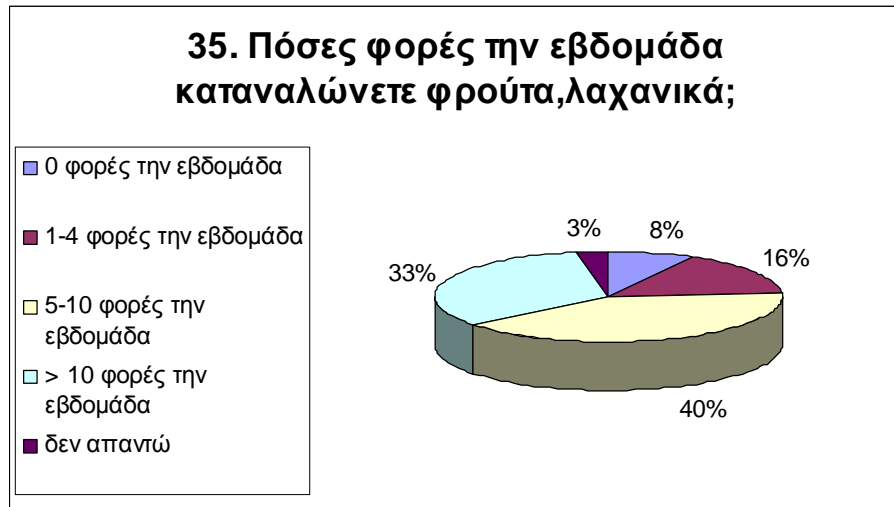
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 71 καπνίζουν. Από τις 71 που καπνίζουν, το 14% καπνίζει 1-5 τσιγάρα ημερησίως, το 28% 6-10 τσιγάρα ημερησίως, το 38% 11-20 τσιγάρα ημερησίως και το 20% πάνω από 1 πακέτο την ημέρα.



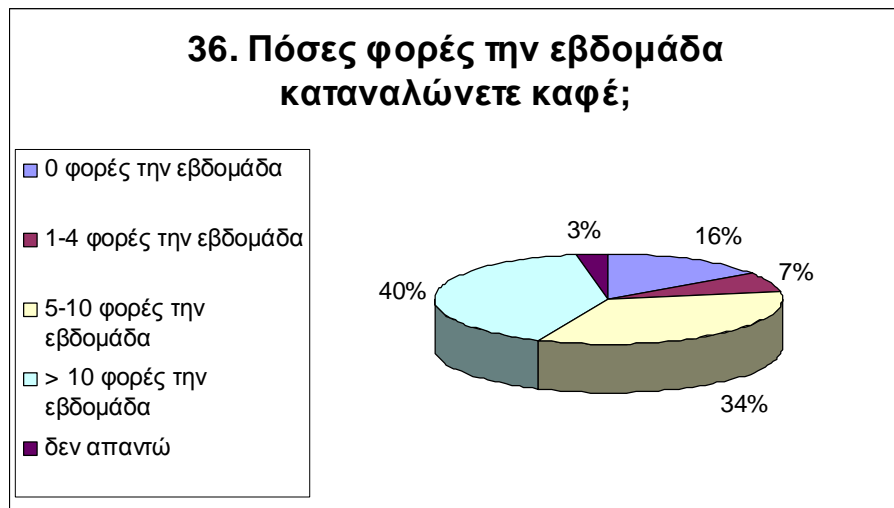
Από τις 71 που ερωτήθηκαν και καπνίζουν, το 10% ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία μικρότερη των 15 ετών, το 46% ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία 15-20 ετών, το 32% ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία 20-25 ετών, το 6% ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία 25-30 ετών και το 6% ξεκίνησε το κάπνισμα σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 4% καταναλώνει κρέας, γάλα, πατάτες, κίτρινα τυριά, 1-4 φορές την εβδομάδα, το 35% 5-10 φορές την εβδομάδα, το 58% περισσότερες από 10 φορές την εβδομάδα και το 3% δεν απάντησε.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 8% καταναλώνει φρούτα και λαχανικά καμία φορά την εβδομάδα, το 16% καταναλώνει φρούτα και λαχανικά 1-4 φορές την εβδομάδα, το 49% 5-10 φορές την εβδομάδα, το 33% περισσότερες από 10 φορές την εβδομάδα και το 3% δεν απάντησε.



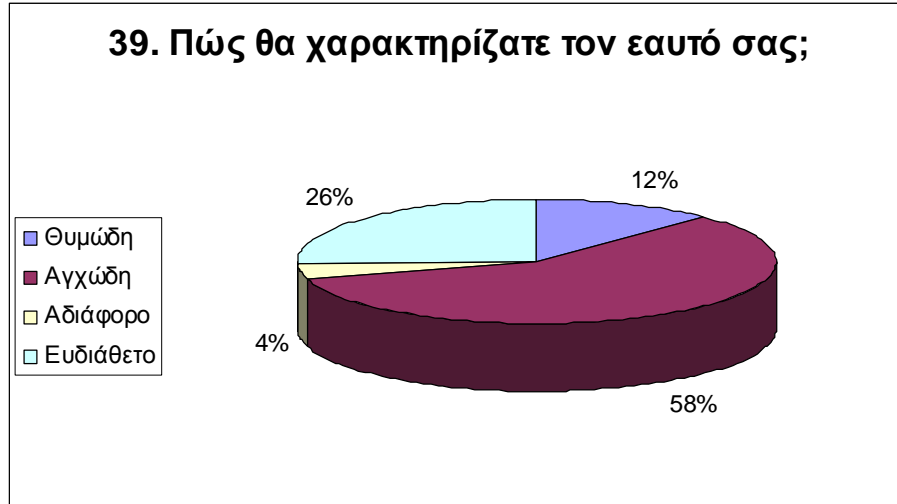
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 16% δεν καταναλώνει καθόλου καφέ την εβδομάδα, το 7% καταναλώνει 1-4 φορές, το 34% καταναλώνει 5-10 φορές, το 40% καταναλώνει περισσότερο από 10 φορές και το 3% δεν απάντησε.



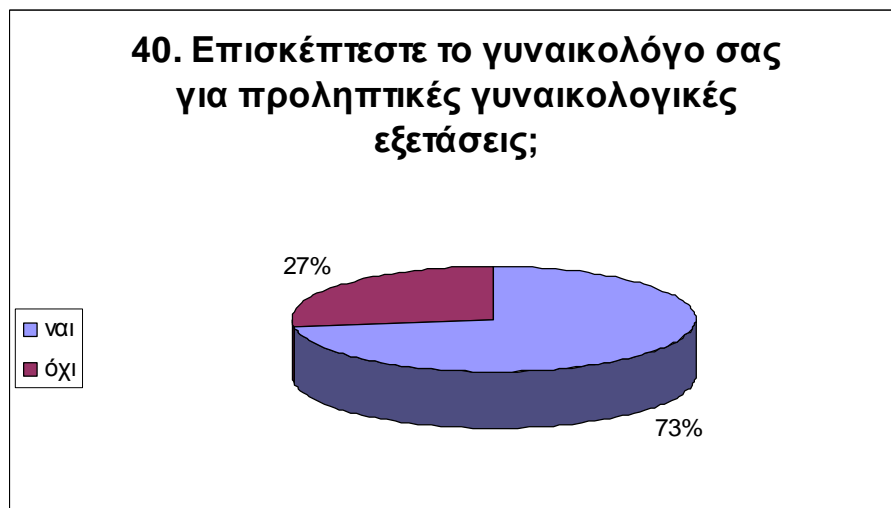
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 47% καταναλώνει αλκοόλ και το 53% δεν καταναλώνει αλκοόλ.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 60 πίνουν αλκοόλ. Από τις 60 γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ, το 60% πίνει 1 φορά την εβδομάδα, το 30% 2-5 φορές την εβδομάδα και το 10% περισσότερο από 5 φορές την εβδομάδα.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 12% χαρακτηρίζει τον εαυτό του θυμώδη, το 58% αγχώδη, το 4% αδιάφορο και το 26% ευδιάθετο.



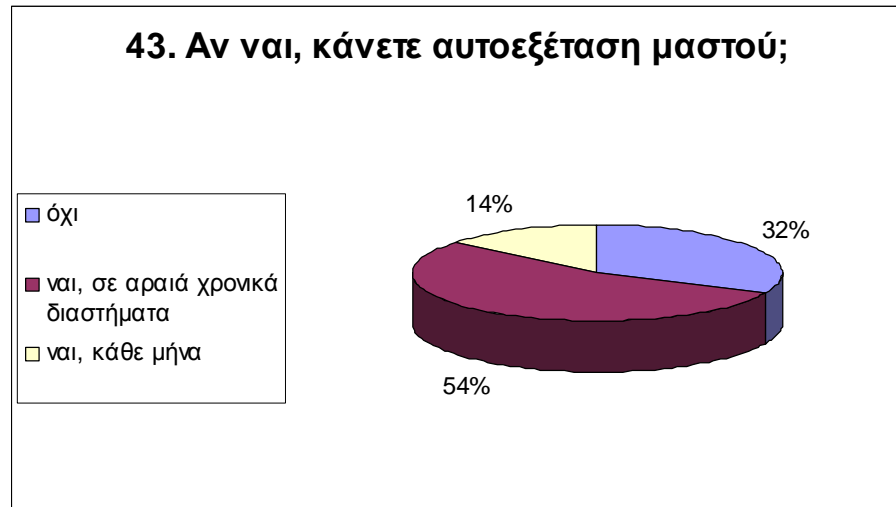
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 73% επισκέπτεται το γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις, ενώ το 27% δεν τον επισκέπτεται.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 93 πηγαίνουν στο γυναικολόγο για προληπτικές εξετάσεις. Από τις 93, το 75% πηγαίνει κάθε χρόνο, το 9% πηγαίνει κάθε 2 χρόνια, το 4% πηγαίνει κάθε 3 χρόνια και το 12% πηγαίνει σε περισσότερο από 3 χρόνια.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 91% γνωρίζει τι είναι η αυτοεξέταση μαστού, ενώ το 9% δεν γνωρίζει.



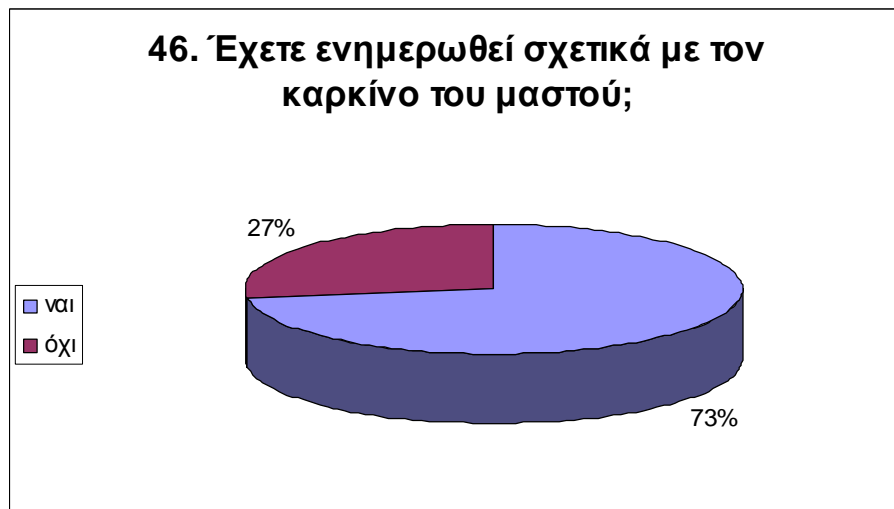
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 116 γνωρίζουν τι είναι η αυτοεξέταση μαστού. Από τις 116, το 32% δεν κάνει αυτοεξέταση, το 54% κάνει σε αραιά χρονικά διαστήματα και το 14% κάνει κάθε μήνα.



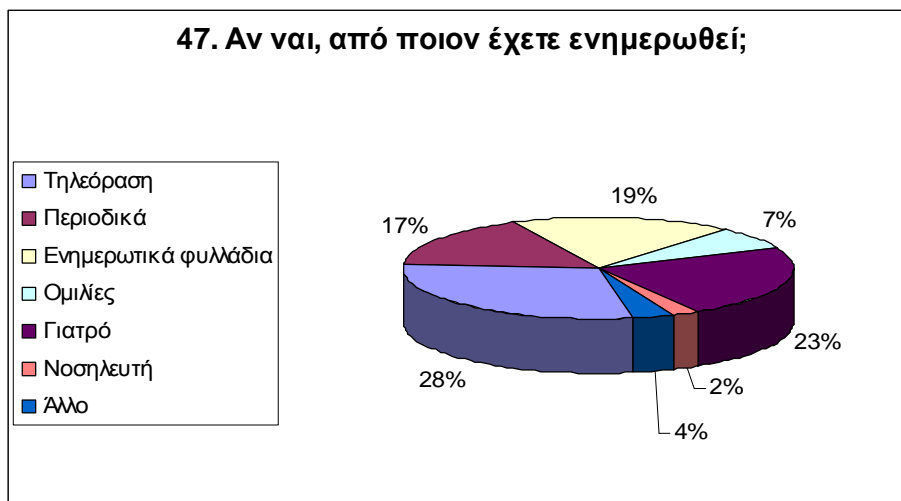
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 27% έχει κάνει μαστογραφία, το 68% δεν έχει κάνει και το 5% δεν απάντησε.



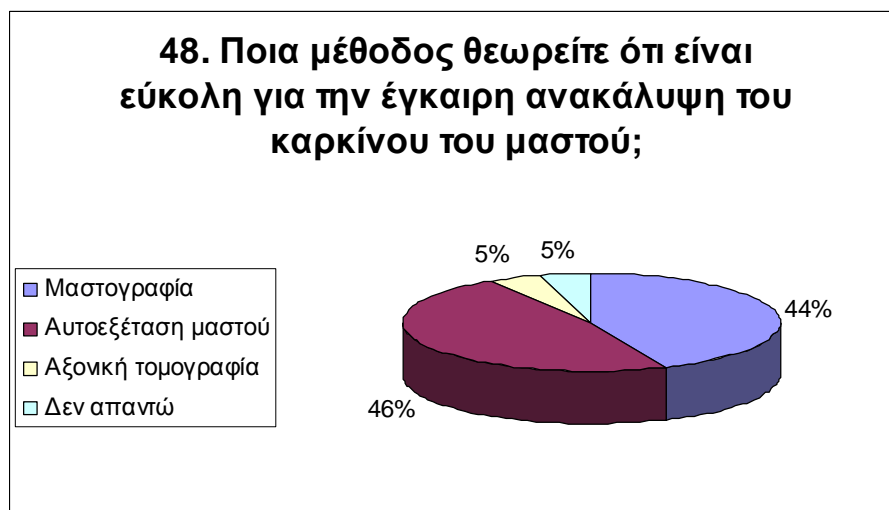
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 34 έχουν κάνει μαστογραφία. Από τις 34 το 18% έκανε μαστογραφία σε ηλικία μικρότερη των 35 ετών, το 26% σε ηλικία 35-40, το 38% σε ηλικία 40-50, το 9% σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών και το 9% δεν απάντησε.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 73% έχει ενημερωθεί σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και το 27% δεν έχει ενημερωθεί.



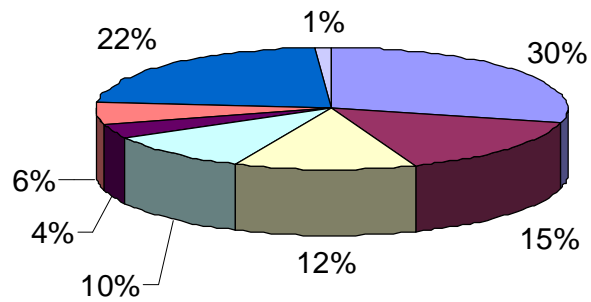
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 93 γνωρίζουν τι είναι αυτοεξέταση μαστού. Από τις 93 το 28% έχει ενημερωθεί από την τηλεόραση, το 17% από περιοδικά, το 19% από ενημερωτικά φυλλάδια, το 7% από ομιλίες, το 23% από το γιατρό, το 2% από νοσηλεύτη και το 4% από αλλού.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 44% θεωρεί εύκολη μέθοδο για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού την μαστογραφία, το 46% την αυτοεξέταση μαστού, το 5% την αξονική τομογραφία και το 5% δεν απάντησε.

49. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα σημεία εκδήλωσης του καρκίνου του μαστού από τα παρακάτω;

- Ψηλαφητό ογκίδιο του μαστού
- Μεταβολή στο σχήμα ή στο μέγεθος του μαστού
- Αλλοιώσεις στο δέρμα (αυτόματη ή προκλητή εισολκή, δέρμα δίκην φλοιού πορτοκαλιού)
- Εισολκή ή έκζεμα θηλής
- Διόγκωση άνω άκρου
- Έκκριμα θηλής ορώδες ή αιματηρό
- Ψηλαφητοί λεμφαδένες στη μασχάλη
- Δεν απαντώ



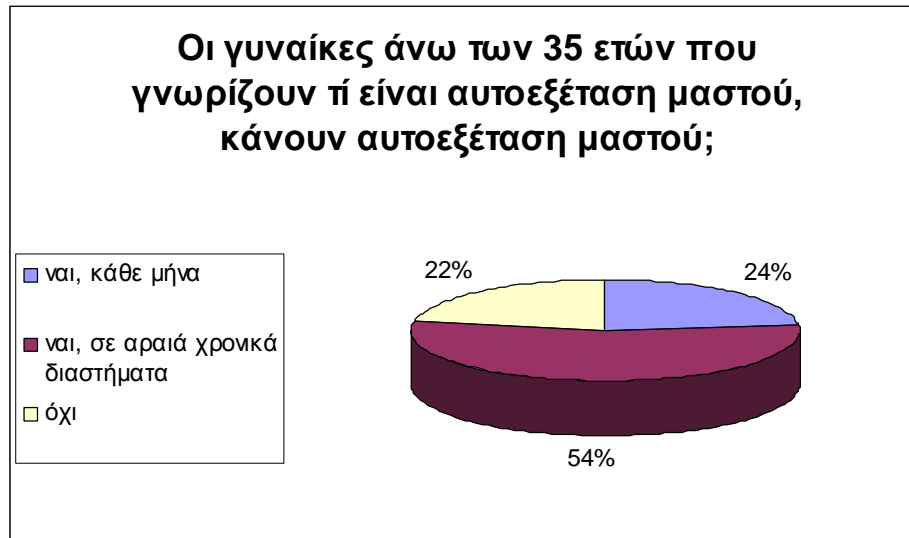
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, το 30% θεωρεί σημείο εκδήλωσης του καρκίνου του μαστού το ψηλαφητό ογκίδιο του μαστού, το 15% θεωρεί τη μεταβολή στο σχήμα ή στο μέγεθος του μαστού, το 12% θεωρεί τις αλλοιώσεις στο δέρμα, το 10% θεωρεί την εισολκή ή έκζεμα θηλής, το 4% θεωρεί τη διόγκωση άνω άκρου, το 6% θεωρεί το έκκριμα θηλής, το 22% θεωρεί τους ψηλαφητούς λεμφαδένες στη μασχάλη και το 1% δεν απάντησε.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

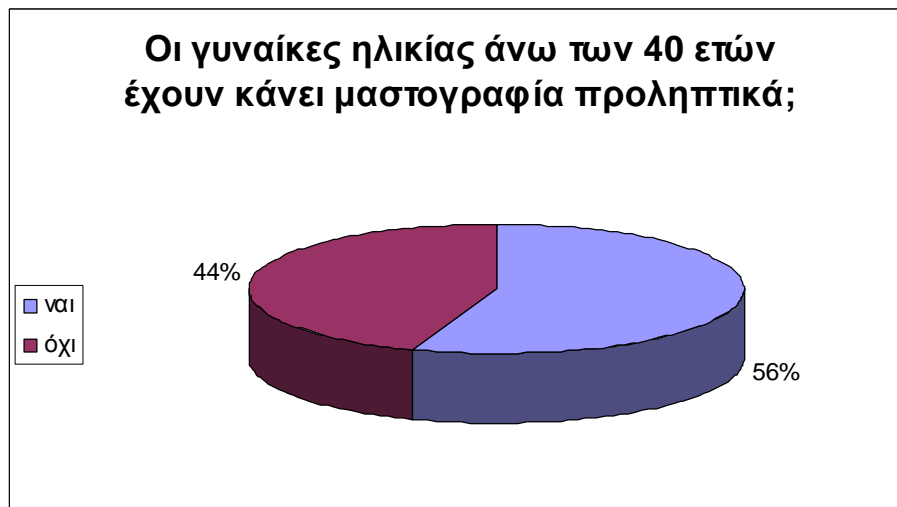
Στηριζόμενες σε στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την έρευνά μας, κάναμε κάποιες συσχετίσεις, σχετικά με αποτελέσματα κάποιων μεταβλητών που μας εντυπωσίασαν, ιδιαίτερα σε γυναίκες άνω των 35 ετών, οι οποίες έχουν υψηλό δείκτη επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.



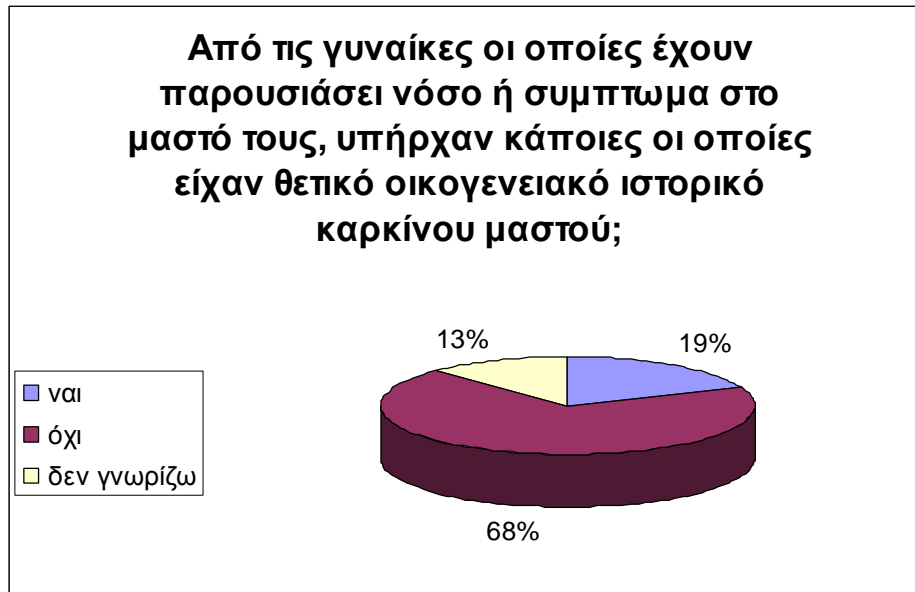
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 64 ήταν ηλικίας άνω των 35 ετών. Από τις 64 το 86% γνωρίζει τι είναι η αυτοεξέταση μαστού, το 11% δεν γνωρίζει και το 3% δεν απάντησε.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 64 ήταν άνω των 35 ετών. Από τις 64 οι 55 γνωρίζουν τι είναι αυτοεξέταση μαστού. Από τις 55 το 24% κάνει αυτοεξέταση κάθε μήνα, το 54% σε αραιά χρονικά διαστήματα, ενώ το 22% δεν κάνει καθόλου.



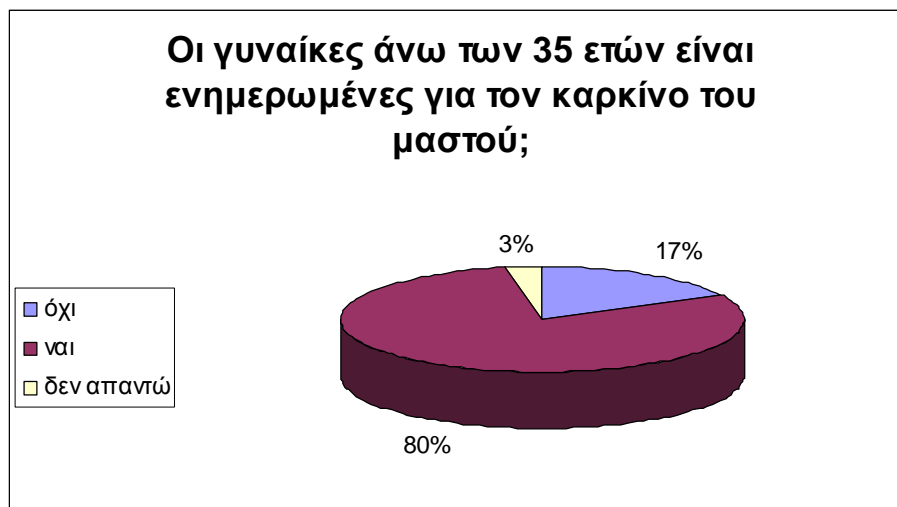
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 45 ήταν άνω των 40 ετών. Από τις 45 το 56% έχει κάνει μαστογραφία προληπτικά, ενώ το 44% δεν έχει κάνει.



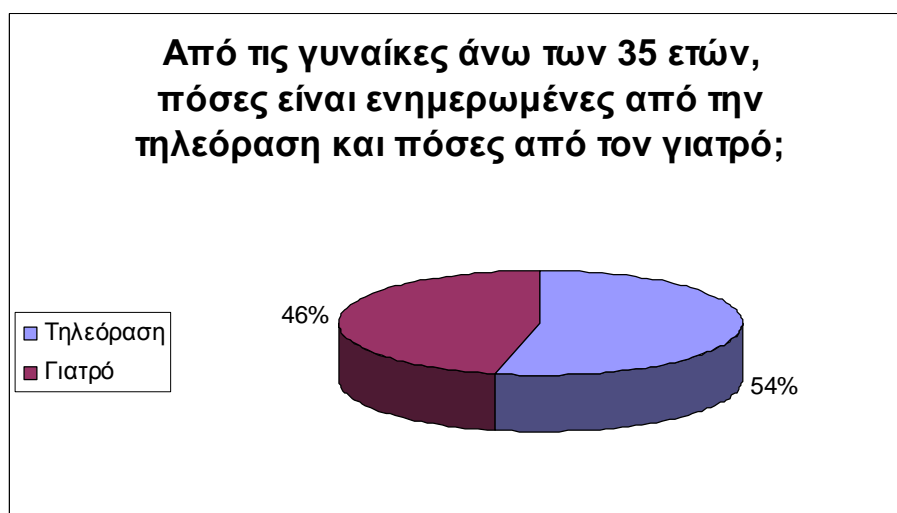
Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 16 έχουν παρουσιάσει κάποια πάθηση ή σύμπτωμα στο μαστό τους. Από τις 16 το 19% έχει θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, το 68% δεν έχει και το 13% δεν γνωρίζει.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν οι 10 έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού. Από τις 10 το 50% δεν κάνει αυτοεξέταση μαστού, το 49% κάνει σε αραιά χρονικά διαστήματα και το 10% κάνει κάθε μήνα.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν οι 64 είναι άνω των 35 ετών. Από τις 64 το 17% δεν είναι ενημερωμένο για τον καρκίνο του μαστού, το 80% είναι ενημερωμένο και το 3% δεν απάντησε.



Από τις 128 γυναίκες που ερωτήθηκαν, οι 64 είναι άνω των 35 ετών. Από τις 64 οι 51 είναι ενημερωμένες. Από τις 51 το 54% είναι ενημερωμένο από την τηλεόραση και το 46% από το γιατρό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μελετώντας τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, καταλήξαμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Ø Ιδιαίτερα ενθαρρυντικό είναι το γεγονός, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που ερωτήθηκαν, απέκτησε το πρώτο παιδί σε ηλικία μικρότερη των 30 ετών. Μόνο το 3% απέκτησε το 1^ο παιδί σε ηλικία μεγαλύτερη των 35 ετών.
- Ø Θετικό επίσης, είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών επισκέπτεται τον γιατρό και μάλιστα κάθε χρόνο, για προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις.
- Ø Δεν περνά απαρατήρητο το γεγονός ότι οι περισσότερες από αυτές που ερωτήθηκαν, είναι ενημερωμένες σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.

Δυστυχώς, όμως, εκτός από τα ενθαρρυντικά στοιχεία που απορρέουν από την έρευνά μας, υπάρχουν και κάποια αρνητικά, τα οποία δεν μπορούν να μας αφήσουν αδιάφορους.

- Ø Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι οι περισσότερες γυναίκες έχουν αποκτήσει μόνο 1 ή 2 παιδιά.
- Ø Άξιο λόγου είναι, επίσης, ότι περισσότερες από τις μισές γυναίκες δεν έχουν θηλάσει τα παιδιά τους, καθώς και το ότι ένα σημαντικό ποσοστό έχει βιώσει την εμπειρία διακοπής κύησης(φυσική ή τεχνητή).
- Ø Ένα ακόμα αρνητικό συμπέρασμα στο οποίο καταλήξαμε, είναι ότι οι μισές γυναίκες από όσες βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, είχαν έναρξη εμμηνόπαυσης σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 χρόνων.
- Ø Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών γνωρίζει τι είναι η αυτοεξέταση μαστού, το 1/3 αυτών δεν κάνει καθόλου

αυτοεξέταση, ενώ περίπου οι μισές κάνουν σε αραιά χρονικά διαστήματα.

- Ø Τέλος, εντυπωσιακό είναι το εξής: μόνο το 2% των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας, έχει ενημερωθεί σχετικά με τον καρκίνο του μαστού από το νοσηλευτή.

Στηριζόμενες στα παραπάνω συμπεράσματα, τολμάμε να προβούμε στις προτάσεις που ακολουθούν:

- Ø Η τεκνοποίηση στην ηλικία των 18 ετών, μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού κατά 50%. Εύλογη, λοιπόν, θα ήταν η προσπάθεια για παρότρυνση των γυναικών για τεκνοποίηση σε μικρή ηλικία.
- Ø Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι σπανιότερη σε γυναίκες που θηλάζουν, σε σύγκριση με αυτές που δεν θήλασαν. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να κάνει γνωστό στις γυναίκες ότι ο θηλασμός μπορεί να βοηθήσει να αποκτήσουν ξανά τα σιλουέτα τους, καθώς η αλλοίωση της σωματικής εικόνας είναι ο μεγαλύτερος ενδοιασμός τους, ώστε να προβούν σε έναρξη θηλασμού. Έτσι, επιτυγχάνεται η προστασία της μητέρας από τον καρκίνο, καθώς και η ευεργετική επίδραση του μητρικού γάλακτος στο παιδί.
- Ø Απόρροια της έρευνάς μας είναι το γεγονός ότι μόνο το 2% των γυναικών έχει ενημερωθεί σχετικά με τον καρκίνο του μαστού από τον νοσηλευτή. Στόχος μας, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η σωστή διδασκαλία και ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού, ώστε να επιβληθούν στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες, και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση. Αποτέλεσμα, λοιπόν, της προσπάθειάς μας αυτής θα είναι η μέγιστη προσέλευση των γυναικών στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένης και της μαστογραφίας,

καθώς και η συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας της μηνιαίας αυτοεξέτασης των μαστών και η ανελλιπή επιτέλεσή της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο 3^{ος} σε συχνότητα παγκοσμίως και ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες, γι' αυτό ο δρόμος του νοσηλευτή είναι μεγάλος. Σκοπός της εργασίας μας είναι η συγκέντρωση και επεξεργασία πληροφοριών σχετικά με τις συνήθειες και τα χαρακτηριστικά τυχαίου δείγματος γυναικών, που μπορεί να αποτελούν παράγοντες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Επίσης, μελετάται το επίπεδο γνώσεων των γυναικών σχετικά με τη νόσο. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν, εισήχθησαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και την επεξεργασία τους ήταν το Microsoft Excel. Παρατηρήσαμε, λοιπόν, παρά το ότι οι γυναίκες υποστηρίζουν πως είναι ενημερωμένες σχετικά με τις μεθόδους πρόληψης του καρκίνου του μαστού, οι γνώσεις τους δεν είναι επαρκείς, γεγονός που φαίνεται από κάποιες συσχετίσεις που έγιναν στα πλαίσια της έρευνάς μας. Χαρακτηριστικό είναι ότι από τις γυναίκες άνω των 40 ετών μόλις το 55% έχει κάνει μαστογραφία και από εκείνες οι οποίες ισχυρίζονται ότι γνωρίζουν τι είναι η αυτοεξέταση, μόνο 23,6% κάνει αυτοεξέταση μαστών κάθε μήνα. Εδώ έρχεται να επέμβει ο νοσηλευτής εντοπίζοντας αυτά τα αδύναμα σημεία, ώστε να εκπαιδεύσει και να διαφωτίσει το γυναικείο πληθυσμό τονίζοντας την σπουδαιότητα της πρωτογενούς πρόληψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Βαλαβανίδης.** : «Καρκινογόνος επίδραση περιβάλλοντος πόλεων», Ευρώπη κατά του καρκίνου, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία –Επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων Σεμινάριο νοσηλευτικής -Πρακτικά, Αθήνα 1991, σ. 87
2. **Στραβόλαιμος Κ.** : «Καρκίνος του μαστού», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία- Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών-Μετεκπαιδευτικά Νοσηλευτικά Σεμινάρια ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας- Πρακτικά, Περίοδος Νοέμβριος 1999-Φεβρουάριος 2000, Επιμέλεια έκδοσης Ν. Δόντας-Σ. Μπεσμπέας, Αθήνα 2001, σ. 130-137
3. **Ιωαννίδου- Μουζάκα Α.** : «Καρκίνος του μαστού», πού βρισκόμαστε σήμερα, προοπτικές, Ιατρική Επικαιρότητα, Τόμος 6^{ος}, Τεύχος 2, Εκδόσεις Δίκτυνα ΕΠΕ, Αθήνα 2002, σ. 1812
4. «Καρκίνος μαστού», Υπουργείο Υγείας πρόνοιας και κοινωνικών ασφαλίσεων, Αθήνα 1985, σ. 3
5. **Πινακίδης Μ.- Μπούτης Α.:** «Καρκίνος του μαστού», University Studio Press, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993, σ. 19, 28-36, 53-66, 91-93
6. «Δύο σαν κι εμάς», Medilife, τεύχος 7, Εκδόσεις Επιφάνεια Α. Ε. , Αθήνα 2000, σ. 11
7. **Παπανικολάου Ν. Α.:** Γυναικολογική Μαστολογία, Επίτομος, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1995, σ. 10-34, 174
8. **Καφάτος Α., Μπιτσώρη Μ. κ.α.:** Υγεία, Διατροφή και Ανάπτυξη Παιδιών Βρεφικής και Προσχολικής Ηλικίας, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Κρήτης- Τμήμα Ιατρικής- Τομέας

- Κοινωνικής Ιατρικής- Προληπτική ιατρική και διατροφή, Ηράκλειο Κρήτης 1993, σ. 38
9. *Ρήγας Μ. Α. και συνεργάτες*: Ολιγαριθμικοί Πίνακες, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σ. 147-151
 10. *Σηλιώτης Δ. Ι.* : ΚΑΡΚΙΝΟΣ «Από την άγνοια...στο φόβο», Επίτομος, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σ. 20, 50 , 64-67, 76-81
 11. *Τζωρτζίνης Ι.*: «Οι ανάγκες της οικογένειας που υποστηρίζει ασθενή με καρκίνο», Ελληνική Ογκολογία, Αθήνα 1994, σ. 30
 12. Οδηγός Υγιεινής, τόμος 6^{ος}, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε., Copyright 1995 για όλη την Ελλάδα, σ. 1013- 1016
 13. *Χρυσόχου Μ.* : «Διατροφή και Καρκίνος Μαστού», Διατροφή και Καρκίνος, Πρακτικά, Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1991, σ. 62-66
 14. *Παπανικολάου Ν.* : Μαστολογία, Επίτομος, Copyright Παπανικολάου Ν. , Θεσσαλονίκη 1989, σ. 235-240
 15. *Harrison*: Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α, , Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, 10^η έκδοση , Αθήνα 1986, σ.1049-1051
 16. *Ζωγράφος Γ. Κ. – Πάνου Μ. Θ.*: Ελληνική Ογκολογία, τόμος 38ος, τεύχος 2, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2002, σ. 83-91
 17. *Καρβελάς Φ.*: «Παράγοντες Κινδύνου στον καρκίνο του μαστού», Ιατρική 1990, τόμος 57^{ος}, τεύχος 1, Αθήνα 1990, σ. 21-28
 18. *Dollingers M. D., Rosenbaum E., Cable C.*: Ο καρκίνος, Επίτομος, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ. 297-302
 19. *Αθανασιάδης Σ.*: «Διηθητικός Καρκίνος Μαστού»-Θέματα γενικής χειρουργικής από τα σεμινάρια 1993-Πρακτικά, Τόμος

- 1^{ος}, Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα 1993, σ. 52-80
20. **Αποστολίδης Ν- Πανουσόπουλος Δ.**: Ο καρκίνος του μαστού, Επίτομος, Εκδόσεις Επτάλοφος Α. Β. Ε. Ε, Αθήνα 1998, σ. 5-35, 67-125
21. **Ρηγάτος Γ.**: Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία, Επίτομος, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1985, σ. 24-25
22. **Χρυσοχόου Μ.**: Σεμινάριο νοσηλευτριών: Πρόληψη και έγκαιρη Διάγνωση Καρκίνου- Αποκατάσταση καρκινοπαθούς, Πρακτικά, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία- Επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων- Ευρώπη κατά του καρκίνου, Αθήνα 1991, σ. 11-21
23. **Κόνιαρη Ε.**: Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον καρκίνο μαστού, Συμβολή του νοσηλευτή στην αποκατάσταση- εκπαίδευση, Πρακτικά σεμιναρίου, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σ. 259-261
24. «Παιδιά, η καλύτερη προστασία από τον καρκίνο του μαστού», Medilife, τεύχος 7, Εκδόσεις Επιφάνεια Α. Ε. ,Αθήνα 2000, σ. 11
25. «Διατροφή κατά του καρκίνου», Medilife, τεύχος 2, Εκδόσεις Επιφάνεια Α. Ε , Αθήνα 1998, σ. 17
26. **Κυριακίδου Ε. Θ.**: Κοινωνική νοσηλευτική, Επίτομος, Εκδόσεις Ταβιθά, Έκδοση 2^η, Αθήνα 1997, σ. 204-207
27. **Κόνιαρη Ε.**: Καρκίνος μαστού- Νοσηλευτική Παρέμβαση, Επίτομος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991,σ. 2-65, 87-111, 183-194, 201-238
28. **Τριχοπούλου Α.- Τριχόπουλος Δ.** : Προληπτική Ιατρική, Επίτομος, Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Κ Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σ. 21-24, 60-63

29. *Stain M.*: Παθολογία , Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Παυλίδη, Έκδοση 4^η , Αθήνα, σ. 246-243
30. *Τούσης Δ.*: «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο», τόμος 2^{ος}, Ελληνική Εταιρεία προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα 1980, σ.124
31. *Τζωρακοελευθεράκης Ε.*: Χειρουργικές Παθήσεις του μαστού, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ. 8-14, 32-39,62-63
32. *Σκαλκέας Γ. Δ.*: Η εξέταση του χειρουργικού ασθενούς, Επίτομος, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σ. 141-146
33. *Παπανικολάου Ν. Α.* : Γυναικολογία, Επίτομος, Εκδόσεις Παρισιάνου, Έκδοση 3^η, Αθήνα 1994, σ. 463
34. Ο γυναικολόγος, Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια της Γυναίκας, Τόμος 1^{ος} , Εκδόσεις Αλκυών, Αθήνα 1990, σ. 86, 88-89

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΚΑΝΔΑΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

«ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ»

Συμπληρώστε τις ερωτήσεις βάζοντας ένα Χ στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Ηλικία
2. Ύψος
3. Βάρος.....
4. Ποιο είναι το επίπεδο των σπουδών σας;
 - Δημοτικό
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο
 - Ανώτερη- Ανώτατη εκπαίδευση
 - Αναλφάβητη
5. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;
 - Ιδιωτική υπάλληλος
 - Δημόσιος υπάλληλος
 - Άνεργη
 - Άλλο
6. Τόπος μόνιμης κατοικίας:
 - Αγροτική περιοχή (χωριό)
 - Ημιαστική περιοχή (κωμόπολη)
 - Αστική περιοχή (πόλη)
7. Οικογενειακή κατάσταση:
 - Έγγαμη
 - Άγαμη
 - Διαζευγμένη
 - Χήρα
8. Έχετε παιδιά
 - Ναι

Όχι

9. Αν ναι, πόσα;

- 1 παιδί
- 2 παιδιά
- 3 παιδιά
- 4 παιδιά
- 5 παιδιά

10. Σε ποια ηλικία ήσασταν όταν αποκτήσατε το πρώτο παιδί;

- Πριν την ηλικία των 19 ετών
- Μεταξύ 19-24 ετών
- Μεταξύ 24-30 ετών
- Μεταξύ 30-34 ετών
- 35 και άνω

11. Έχετε θηλάσει τα παιδιά σας;

- 0 μήνες
- 1-6 μήνες
- 7-12 μήνες
- 13 μήνες <

12. Είχατε ποτέ διακοπή κύησης;

- Ναι
- Όχι

13. Αν ναι:

- Φυσική (αποβολή).....
- Τεχνητή (άμβλωση)...

14. Ηλικία έναρξης περιόδου:.....

15. Ηλικία εμμηνόπαυσης:.....

16. Διάρκεια περιόδου (ημέρες):.....

17. Συχνότητα κύκλου:

- Λιγότερο από 23 ημέρες.....
- Κάθε 23 με 28 ημέρες....
- Κάθε 28 ημέρες...
- Κάθε 28 με 32 ημέρες...
- Περισσότερες από 32 ημέρες...

18. Μήπως πάσχετε από καρκίνο του μαστού;
 Ναι
 Όχι
19. Υπάρχουν περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, στην οικογένειά σας;
 Ναι
 Όχι
20. Αν ναι, τι βαθμού συγγένεια έχετε με αυτό το πρόσωπο;
 Μητέρα
 Θεία
 Αδερφή
 Γιαγιά
 Δεν γνωρίζω
21. Μήπως στο παρελθόν είχατε παρουσιάσει κάποια άλλη πάθηση ή σύμπτωμα στο μαστό σας;
 Ναι
 Όχι
22. Αν ναι, τι είδους πάθηση ή σύμπτωμα ήταν αυτό;

23. Πήγατε στο γιατρό;
 Ναι
 Όχι
24. Αν ναι, πόσο χρονικό διάστημα πέρασε μέχρι να τον επισκεφτείτε;
 Μια μέρα
 Μια εβδομάδα
 Ένας μήνας
 Πάνω από έξι μήνες
25. Αν όχι, γιατί δεν τον επισκεφτήκατε;
 Από φόβο
 Από άγνοια
 Από έλλειψη χρόνου
 Από αμέλεια
 Άλλο.....
26. Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια;
 Ναι
 Όχι

27. Αν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια;

- 0-4 χρόνια
- 5-9 χρόνια
- 10-14 χρόνια
- πάνω από 15 χρόνια

28. Είχατε ποτέ κάποιο ορμονικό πρόβλημα;

- Ναι
- Όχι

29. Αν ναι, ακολουθήσατε κάποια θεραπευτική αγωγή;

- Ναι
- Όχι

30. Πόσες ακτινογραφίες έχετε κάνει στην ηλικία 10-19 ετών;

- 0 ακτινογραφίες
- 1-4 «
- 5-9 «
- 10-14 «
- 15 και άνω

31. Καπνίζετε;

- Ναι
- Όχι

32. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

- 1-5 τσιγάρα
- 6-10 «
- 11- 20 «
- περισσότερα από 1 πακέτο

33. Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;

- Μικρότερη των 15 ετών
- 15-20 ετών
- 20-25 «
- 25-30 «
- 30 και πάνω

34. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε κρέας, γάλα, πατάτες τηγανητές και κίτρινα τυριά;

- 0 φορές
- 1-4 φορές

5-10 φορές
10 φορές<
δεν απαντώ

35. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά;

0 φορές
1-4 φορές
5-10 φορές
10 φορές<
δεν απαντώ

36. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε καφέ;

0 φορές
1-4 φορές
5-10 φορές
10 φορές<
δεν απαντώ

37. Καταναλώνετε αλκοόλ;

Ναι
Όχι

38. Αν ναι, πόσο συχνά πίνετε αλκοόλ;

1 φορά την εβδομάδα
2-5 φορές την εβδομάδα
πάνω από 5 φορές την εβδομάδα

39. Πώς θα χαρακτηρίζατε τον εαυτό σας;

Θυμώδη χαρακτήρα
Αγχώδη χαρακτήρα
Αδιάφορο (χωρίς άγχος) χαρακτήρα
Ευδιάθετο χαρακτήρα

40. Επισκέπτεστε το γυναικολόγο γιατρό για προληπτικές
γυναικολογικές εξετάσεις;

Ναι
Όχι

41. Αν ναι, πόσο συχνά επισκέπτεστε το γυναικολόγο γιατρό για
προληπτικές γυναικολογικές εξετάσεις;

Κάθε χρόνο
Κάθε δύο χρόνια
Κάθε τρία χρόνια

Πάνω από τρία χρόνια

42. Γνωρίζετε τι είναι αυτοεξέταση μαστού;

Ναι
Όχι

43. Αν ναι, κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Όχι
Ναι, σε αραιά χρονικά διαστήματα
Ναι, κάθε μήνα

44. Έχετε κάνει ποτέ προληπτικά μαστογραφικό έλεγχο;
(μαστογραφία)

Ναι
Όχι

45. Αν ναι, πότε ήταν η πρώτη φορά;

.....
...

46. Πιστεύετε ότι έχετε ενημερωθεί για θέματα που αφορούν τον
καρκίνο του μαστού;

Ναι
Όχι

47. Αν ναι, από ποιον πληροφορηθήκατε για θέματα που αφορούν τον
καρκίνο του μαστού;

Τηλεόραση
Περιοδικό
Ενημερωτικά φυλλάδια
Ομιλίες
Γιατρό
Νοσηλεύτη
Άλλο

48. Ποια μέθοδος θεωρείτε ότι είναι εύκολη για την έγκαιρη
ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού;

Μαστογραφία
Αυτοεξέταση μαστού
Αξονική τομογραφία

49. Ποια πιστεύετε ότι είναι σημεία εκδήλωσης του καρκίνου του μαστού από τα παρακάτω; (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερα από ένα).

Ψηλαφητό ογκίδιο του μαστού

Μεταβολή στο σχήμα ή στο μέγεθος στο μαστό

Αλλοιώσεις από το δέρμα (αυτόματη ή προκλητή εισολκή, δέρμα δίκην φλοιού πορτοκαλιού)

Εισολκή ή έκζεμα θηλής

Διόγκωση άνω άκρου

Έκκριμα θηλής ορώδες ή αιματηρό

Ψηλαφητοί λεμφαδένες στη μασχάλη

Σας ευχαριστούμε πολύ.

Καρκίνος του μαστού: η εμπειρία μιας γυναίκας

Ένα πρωί, καθώς σαπουνίζομαι στο μπάνιο, ένιωσα ένα μικρό ογκίδιο στο μαστό μου. Μετά από αγωνία και ανησυχία μιας βδομάδας, πήγα στη γιατρό μου. Το ογκίδιο ήταν τόσο μικρό που δεν μπορούσε να το εντοπίσει, ώσπου της έδειξα ακριβώς σε ποιο σημείο το ψηλαφούσα.

Ήμουν σε πολύ καλή φυσική κατάσταση, υγιής και μόλις 29 χρονών. Ήταν καθαρή τύχη το ότι ανακάλυψα το ογκίδιο, επειδή πίστευα πάντα ότι ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται σε γυναίκες πάνω από τριάντα χρονών και ποτέ δεν είχα πάρει σοβαρά την αυτοεξέταση. Η γιατρός μου επιμένει ιδιαίτερα στο ότι οι όγκοι των μαστών πρέπει πάντα να εξετάζονται από ειδικό ογκολόγο και με παρέπεμψε αμέσως στη Μονάδα Έγκαιρης Διάγνωσης του Ρόγιαλ Μάρσντεν Χόσπιταλ του Λονδίνου. Στην πραγματικότητα δεν περίμενε ότι θα ήταν καρκίνος του μαστού και ακόμα και ο ειδικός ένιωσε έκπληξη όταν η βιοψία αποκάλυψε ανώμαλα κύτταρα. Η θερμογραφία και η μαστογραφία δεν έδειξαν απολύτως τίποτε. Δύο ημέρες αργότερα μπήκα στο νοσοκομείο. Έκανα μια ογκεκτομή – ο χειρουργός πρόσεξε να κάνει μόνο μια μικρή τομή του ενός εκατοστού, περίπου, γύρω από τη θηλή. Σήμερα δεν υπάρχει ορατή ουλή. Ο χειρουργός αφαίρεσε επίσης μερικούς λεμφαδένες από τη μασχάλη μου. Βρέθηκαν καρκινικά κύτταρα σε τρεις από αυτούς.

Οι επόμενες εβδομάδες ήταν τρομακτικές και γεμάτες κατάθλιψη. Συνειδητοποίησα ξαφνικά ότι είχα καρκίνο, αρρώστια για την οποία είχα πλήρη άγνοια, επειδή δεν είχα συναντήσει ποτέ καρκινοπαθή. Στιγμές στιγμές σκεφτόμουν ότι είχα « επιλεγεί » να πεθάνω. Τους φόβους μου δεν καθυσύχασαν βέβαια οι καλοπροαίρετοι φίλοι μου, οι οποίοι μου έφεραν βιβλία σχετικά με τον καρκίνο. Σε κάποιο έγγραφο ότι ο καρκίνος μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικά προβλήματα, στο υπερβολικό στρες,

στην προσπάθειά μας να είμαστε καλοί με τους πάντες και τα πάντα, στην τάση να κρατάμε μέσα μας τις στενοχώριες. Πρότεινε σαν λύση την ομοιοπαθητική, ειδική δίαιτα και πίστη ότι η πάθηση θα γι�ατρευτεί. Με απασχόλησαν για κάποιο καιρό όλες αυτές οι απόψεις. Κατόπιν, καθώς αποκτούσα εμπιστοσύνη στους γι�ατρούς μου και τις θεραπείες που εφάρμοζαν, αποφάσισα να τις αγνοήσω. Τρεις βδομάδες μετά την εγχείρηση, άρχισα να κάνω θεραπεία με ραδιοϊσότοπα. Είχε διάρκεια εφτά εβδομάδες, με δυο ή τρεις αγωγές την εβδομάδα. Την πρώτη ημέρα, θυμάμαι, κατατρομοκρατήθηκα όταν με « σημάδεψαν ». με ένα ειδικό στυλό σημείωσαν τις περιοχές που έπρεπε να ακτινοβοληθούν (το στήθος μου, κάτω από τη μασχάλη και στο πλαϊνό μέρος του λαιμού μου). Μετά μου είπαν να μη βρέξω καθόλου εκείνες τις περιοχές για εννέα εβδομάδες, επειδή θα αντιδρούσαν άσχημα με την ακτινοβολία.

Το πιο τρομαχτικό στη ραδιοθεραπεία είναι το μηχάνημα. Μετά την πρώτη αγωγή έβαλα τα κλάματα. Οι ραδιοθεραπευτές στήνουν τον ασθενή στη σωστή γωνία και βγαίνουν από το δωμάτιο, ενώ αρχίζουν να αναβοσβήνουν κόκκινα φώτα και να σημαίνει συναγερμός. Πηγαίνουν σε κάποιο άλλο δωμάτιο, απ' όπου μπορούν να παρακολουθούν από μια οθόνη. Η θεραπεία κρατούσε μόνο δυο λεπτά για κάθε περιοχή, συνολικά έξι λεπτά.

Η επίδρασή της πάνω μου ήταν μια αίσθηση αδυναμίας και κούρασης, σαν να περνούσα γρίπη, τόσο που δεν μπορούσα να σύρω τα πόδια μου. Επίσης, η περιοχή που είχε δεχτεί την ακτινοβολία πονούσε λίγο κατά το τέλος της αγωγής, σαν να είχα καεί από τον ήλιο.

Κατά τα μέσα της ραδιοθεραπείας συναντήθηκα με έναν ειδικό γι�ατρό, για να αποφασίσουμε αν χρειαζόταν να ακολουθήσω επιπλέον θεραπεία. Σ' αυτό το σημείο, κατάλαβα ότι δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού, αλλά ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζεται διαφορετικά. Έμαθα, επίσης, ότι στις

Ηνωμένες Πολιτείες συστήνουν αμέσως χημειοθεραπεία. Ωστόσο, στη Βρετανία οι γιατροί δεν είναι βέβαιοι ότι έχουν αποδειχτεί επαρκώς τα οφέλη της εφαρμογής της χημειοθεραπείας, ώστε να δικαιολογείται ο επιπλέον βομβαρδισμός του σώματος με δυνατά φάρμακα.

Μου είπαν ότι με τη χημειοθεραπεία θα μπορούσαν να μου συμβούν τα ακόλουθα: να χάσω ένα μέρος ή όλα μου τα μαλλιά, να χάσω ένα 30% της ικανότητας μου για γονιμοποίηση, να υποφέρω από ναυτία επί 6 μήνες, να πάθω κάποιες μολύνσεις, επειδή ο οργανισμός μου θα εξασθενούσε.

Έδωσαν στον άντρα μου κι εμένα δυο μέρες καιρό για να αποφασίσουμε αν θα ακολουθούσα τη αυτή τη θεραπεία ή όχι. Μου είπαν πως αν τελικά αποφάσιζα να προχωρήσω, θα είχα κάθε δυνατή βοήθεια και υποστήριξη από μια πολύ καλή ομάδα του νοσοκομείου. Καταλήξαμε πως άξιζε τον κόπο να κάνω ότι ήταν δυνατό για να διώξω τον καρκίνο μου μια για πάντα. Ένιωθα επίσης ευγνωμοσύνη για το γεγονός ότι μου είχαν εξηγήσει προσεκτικά όλα τα ενδεχόμενα και μπορούσα να αποφασίσω μόνη μου.

Ακόμα, με συμβούλεψαν να κάνω μια θεραπεία με ορμόνες. Μου έδωσαν αντί-οιστρογόνα χάπια για να τα παίρνω κάθε πρωί επί δυο χρόνια. Δεν προκαλούν παρενέργειες και μου έχει γίνει πλέον συνήθεια να παίρνω το μικρό χαπάκι κάθε πρωί, μαζί με το πρόγευμά μου.

Η χημειοθεραπεία που έκανα ήταν ένας συνδυασμός ενέσεων και χαπιών. Επισκεπτόμουν το νοσοκομείο δύο φορές το μήνα για μια ενδοφλέβια ένεση, η οποία κρατούσε τέσσερα λεπτά. Ήταν ανώδυνη και η ειδική νοσοκόμα που με είχε αναλάβει ήταν εξαιρετικά προσεκτική και καλή. Η θεραπεία κράτησε έξι μήνες, αλλά κάθε δεκαπέντε ημέρες έκανα « διάλειμμα » επί τρεις εβδομάδες, ώστε να συνέλθω από τις παρενέργειές της.

Δεν έχασα καθόλου μαλλιά. Πριν από κάθε θεραπεία μου έδιναν ένα καινούριο φάρμακο κατά της ναυτίας, αλλά ένιωθα πολύ αδύναμη επί τέσσερις ημέρες μετά από κάθε ένεση. Πού και πού μ' έπιανε κατάθλιψη και αισθανόμουν πλήρη εξάντληση, ιδίως στη διάρκεια των εμμηνών. (Σε μερικές γυναίκες, έμαθα, σταματά η περίοδος όσο διαρκεί η θεραπεία). Αλλά η συναισθηματική στήριξη που είχα από το νοσοκομείο ήταν κάτι το αφάνταστο και μπορούσα να τους τηλεφωνήσω για οτιδήποτε με ανησυχούσε, όσο ασήμαντο και αν ήταν. Φίλοι με συνόδευαν στο νοσοκομείο και έκαναν ότι μπορούσαν για να μη σκέφτομαι τη θεραπεία. Μετά πήγαινα κατευθείαν στο σπίτι, όπου έμενα στο κρεβάτι για τέσσερις μέρες, ενώ οι φίλοι έρχονταν εναλλάξ και με έβαζαν σε πειρασμό, με νόστιμα υγιεινά γεύματα. Μ' αυτό τον τρόπο, κατάφερα και διατηρούσα ψηλά το ηθικό μου τον περισσότερο καιρό. Ο βασικός μου σκοπός ήταν να τονώσω τον εαυτό μου έτσι ώστε να αντέξει την επόμενη ένεση. Άφησα τη δουλειά μου στους έξι αυτούς μήνες της θεραπείας ,αν και μερικές γυναίκες προτιμούν να συνεχίζουν να εργάζονται, έστω και με μειωμένο ωράριο. Τώρα που η θεραπεία έχει τελειώσει πηγαίνω στο νοσοκομείο κάθε τρεις μήνες για ένα απλό τσεκ-απ. Πλέον δεν έχει μείνει το παραμικρό σημάδι που να θυμίζει τι μου συνέβη- ούτε ουλές στο στήθος μου ούτε αποχρωματισμός της επιδερμίδας από τη ραδιοθεραπεία. Επιπλέον νιώθω και δείχνω πιο υγιής από ποτέ.

Που και που, νιώθω ένα μικρό τσίμπημα ή πόνο σε κάποιο σημείο του σώματός μου και ανησυχώ μήπως ο καρκίνος ξαναεμφανίστηκε (την περασμένη εβδομάδα ήταν ένα τσίμπημα στο μεγάλο δάχτυλο του ποδιού μου!). λέω στον εαυτό μου ότι αυτοί οι φόβοι είναι απόλυτα φυσιολογικοί. Βασικά πιστεύω ότι ο καρκίνος δε θα ξαναχτυπήσει, αλλά φροντίζω και τρώω υγιεινά, ασκούμαι και προσπαθώ να μην κουράζομαι υπερβολικά.

Ξέρω καλά ότι στάθηκα τυχερή που η γιατρός μου με έστειλε τόσο γρήγορα τη μονάδα έγκαιρης διάγνωσης. Κι ακόμα, αυτό που θα' θελα να καταφέρω, είναι να σας εντυπωθεί διαβάζοντας τη μαρτυρία μου, η σπουδαιότητα της τακτικής αυτοεξέτασης. Είναι τόσο απλό να γίνει και δεν απαιτεί παρά τη στοιχειώδη κοινή λογική. Τη ζωή μου τη χρωστάω πραγματικά στην έγκαιρη διάγνωση.³⁴