

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

Κουράκου Δήμητρα
Κουνάδη Παναγιώτα

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Μ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ

Πάτρα, 2005



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	2
Εισαγωγή	3
Κεφάλαιο 1 : Ορισμός του καρκίνου του μαστού	4
Κεφάλαιο 2 : Επίπτωση – Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	5
Κεφάλαιο 3 : Αιτιολογία – Παθογενετικοί μηχανισμοί	6
Κεφάλαιο 4 : Διάγνωση	8
Κεφάλαιο 5 : Κλινική συμπτωματολογία	10
Κεφάλαιο 6 : Αιματολογικά- Βιοχημικά- Εργαστηριακά ευρήματα	11
Κεφάλαιο 7 : Θεραπεία	14
Κεφάλαιο 8 : Πρόγνωση	17
Κεφάλαιο 9 : Ρόλος νοσηλεύτριας (-τή) σε ασθενείς με καρκίνο	19
Κεφάλαιο 10: Προεγχειρητική – Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση μετά από απλή ή κλασσική ριζική μαστεκτομή	20
Κεφάλαιο 11: Παθητικές ασκήσεις μετά από μαστεκτομή	23
Κεφάλαιο 12: Νοσηλευτική προσέγγιση κατά την ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία	25
Κεφάλαιο 13: Νοσηλευτική αντιμετώπιση του πόνου στον καρκίνο	27
Κεφάλαιο 14: Πρόληψη	28
Κεφάλαιο 15: DNA-chip και καρκίνος	33
Κεφάλαιο 16: Ψυχολογικές επιδράσεις	34
Κεφάλαιο 17: Βιβλιογραφική ανασκόπηση	40
<u>Ειδικό Μέρος</u>	
A. Μεθοδολογία	57
B. Αποτελέσματα	60
Γ. Συζήτηση	67
Δ. Προτάσεις	72
Επίλογος	74
Παράρτημα	
Βιβλιογραφία	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρωταρχική αιτία θανάτου στις γυναίκες. Εμφανίζεται σε γυναίκες κάθε ηλικίας και δεν κάνει διακρίσεις σε χρώμα και φυλή. Στις πιο πολλές χώρες η αργή αλλά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού φαίνεται να οφείλεται κατά ένα μέρος στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Κατά τις δύο περασμένες δεκαετίες, οι πληθυσμιακές μελέτες για τον καρκίνο του μαστού έχουν διαδοθεί με τη βοήθεια εκστρατειών από διάφορους οργανισμούς υγείας. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι αυτές οι προσπάθειες αύξησαν την κατακτηθείσα ενημέρωση και γνώση του κοινού για τη νόσο και μείωσαν παράλληλα το δημόσιο στιγματισμό που σχετίζεται με τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνά και σε γυναίκες με οικονομική ευρωστία, οι οποίες γίνονται ενεργά μέλη οργανισμών, και χρηματοδοτούν έρευνες σχετικές με τις αιτίες, την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου. Σκοπός της εργασίας αρχικά είναι να προσεγγίσει τον καρκίνο του μαστού από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς. Επιπρόσθετα παρατίθενται επιστημονικές μελέτες και έρευνες καθώς επίσης και διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι των τελευταίων ετών. Επιδιώκεται επίσης να τονισθεί η συμβολή της πρόληψης στην πρόγνωση της νόσου και στην προαγωγή της υγείας. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού επιβάλλεται να ξεκινά από νεαρή ηλικία. Για το λόγο αυτό η έρευνα βασίστηκε σε συναδέλφους μας του ΣΤ΄ και Ζ΄ εξαμήνου, οι οποίες και ως γυναίκες αλλά και ως καταρτισμένες επιστήμονες θα πρέπει ήδη να έχουν λάβει προληπτικά μέτρα με σκοπό να προστατέψουν τον εαυτό τους από τη νόσο.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια και εισηγήτριά μας κα. Μπατσολάκη η οποία με τις γνώσεις της και την εμπειρία της, μας καθοδήγησε και μας βοήθησε επαρκώς στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Θα ήταν παράλειψη μας να μην ευχαριστήσουμε και τους σπουδαστές της Νοσηλευτικής Πατρών και Αθηνών, που συνέβαλαν στην διεξαγωγή της έρευνας μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη “καρκίνος” ακόμα και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής, έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Οι προσπάθειες της επιστημονικής κοινότητας κατευθύνονται (α) προς την ανεύρεση νέων τρόπων θεραπείας (ριζικής ή παρηγορητικής), (β) τον προσδιορισμό προγνωστικών παραγόντων που θα βοηθήσουν στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας και (γ) στον καθορισμό της διαδικασίας καρκινογένεσης του καρκίνου του μαστού.¹⁸

Σύμφωνα με τον Grant, εκδότη του περιοδικού CANCER, οι λόγοι, που καθορίζουν την προτεραιότητα του καρκίνου του μαστού είναι οι εξής:

- Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.
- Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα
- Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες και βιοψίες.
- Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.
- Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.
- Είναι ο καρκίνος με την πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.
- Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφτεί τα περισσότερα άρθρα.
- Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει τις περισσότερες διχογνωμίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου. Πρόκειται για όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, με ασαφή όρια (ανώμαλο) σχετικά καθηλωμένο από θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού. Μπορεί να υπάρχει ρύση ή και εισολκή της θηλής. Αργότερα παρατηρείται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και πυθμένα σκληρό και αιμορραγεί εύκολα. Ο καρκίνος του μαστού δίνει μεταστάσεις σχετικά γρήγορα. Αιματογενώς στους πνεύμονες, ήπαρ και οστά. Λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες. Οι επιχώριοι λεμφαδένες, όταν είναι διηθημένοι παρουσιάζονται σκληροί, με σαφή όρια και είναι ευκίνητοι και ανώδυνοι. Καρκίνος του μαστού με μεταστάσεις πέραν των επιχώριων λεμφαδένων αποτελεί ανίατη νόσο και η πιθανότητα γενικευμένης νόσου αυξάνει με την παρουσία αλλά και με τον αριθμό των διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων.¹⁵

ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Μία στις δέκα γυναίκες κινδυνεύει να προσβληθεί από καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Κάτω από τα 25 χρόνια ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος. Τα ¾ καρκίνου μαστού εμφανίζονται κατά την ηλικία των 30 ετών. Υψηλό ποσοστό υπάρχει στην Αμερική, στον Καναδά και στην Β.Ευρώπη. Μικρότερο ποσοστό υπάρχει στην Ιαπωνία και στην Κίνα. Η Ελλάδα εμφανίζει μέση επίπτωση. Κάθε χρόνο στη χώρα μας παρουσιάζονται 3.500 νέες περιπτώσεις με τάση αύξησεως και σημειώνονται 1600 θάνατοι περίπου. Στον άνδρα ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος και αντιστοιχεί ένας άνδρας σε εκατό γυναίκες.⁵ Παρά τις καινούριες τεχνικές και διαγνωστικές μεθόδους η θνητότητα παραμένει υψηλή. Αν ο αρχικός όγκος είναι μικρός (< 2cm σε διάμετρο) και δεν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή τότε η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 80% ενώ αν υπάρχει λεμφαδενική συμμετοχή μειώνεται στο 40-45%.^{19, 25}

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Παρά τις επίμονες και συνεχείς μελέτες δεν έγινε ακόμη δυνατή η γνώση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Παρόλο ότι οι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνιση του, κανένας από μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου.

Οι παρακάτω παράγοντες συνδέονται άμεσα με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού:

1. ΤΟ ΦΥΛΟ: ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το γυναικείο φύλο σε σχέση 100:1 με το ανδρικό φύλο.
2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ: γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους εμφάνισαν καρκίνο του μαστού έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν. Ο κίνδυνος αυξάνεται ενώ αυτή η πρώτη βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε νεαρή ηλικία ή εάν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη.^{5, 27}
3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ο κίνδυνος της εκδήλωσης δευτεροπαθούς καρκίνου είναι πέντε φορές μεγαλύτερος από το γενικό πληθυσμό.²⁴
4. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: η πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά το 30 χρόνια, η πρώιμη έναρξη της έμμηνου ρύσης πριν την ηλικία των 11 και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55 χρόνια, θεωρούνται παράγοντες κινδύνου. Αντίθετα, η πρώτη κύηση μεταξύ 18-20 ετών και η τεχνητή πρώιμη εμμηνόπαυση, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες.^{5, 27}
5. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: διαίτα πλούσια σε λίπος ή ζωικές πρωτεΐνες, η παχυσαρκία και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών, αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα, τροφή πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και φυτικές ίνες, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.²⁴
6. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ: η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η ακτινοβολία κατά τη μαστογραφία δεν έχει αρνητικές επιπτώσεις για τη γυναίκα.⁵

7. ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ: δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ισχυρή συσχέτιση αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου μαστού. Ο κίνδυνος ποικίλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με το χρόνο της τελευταίας λήψης. Εντούτοις η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται.²⁴
8. ΧΡΟΝΙΑ ΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ: ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας και του προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, αποτελεί θέμα μακροχρόνιων ερευνών.⁵
9. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ: είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο σε σχέση με την Αμερική, τη Ρωσία και τη μέση Ανατολή.^{5, 27}
10. ΑΤΕΚΝΙΑ: οι γυναίκες που δε γέννησαν, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αλλά μικρότερο από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 τους χρόνια.
11. ΑΜΒΛΩΣΕΙΣ: οι διακοπές της εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο διαπιστώθηκε πως αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.⁵
12. ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΟΥ 1ου ΕΜΒΡΥΟΥ: όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται από καρκίνου του μαστού, λόγω των εκκρίσεων ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από το έμβρυο.¹⁴
13. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος των σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁵ Επίσης προσβάλλει συχνότερα άτομα υψηλής κοινωνικο-οικονομικής τάξης και κατοίκους των πόλεων. Κίνδυνο διατρέχουν τα υψηλόσωμα και παχύσαρκα άτομα.²⁴ Τέλος θεωρείται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού γυναίκες με λιγότερα από 3 παιδιά και εκείνες που είχαν καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια.^{19, 25}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

1. Η αυτοεξέταση του μαστού, η οποία πραγματοποιείται από την ίδια και αποτελεί κυρίως προληπτικό μέτρο.¹⁹
2. Η κλινική εξέταση του μαστού, η οποία περιλαμβάνει το ιστορικό της άρρωστης(σωστή λήψη ιστορικού της διόγκωσης και αξιολόγηση προδιαθεσικών ή άλλων παραγόντων),την επισκόπηση και την ψηλάφηση.¹⁹
3. Η εργαστηριακή ανίχνευση ειδικών δεικτών.⁵
4. Η απεικόνιση της βλάβης, που περιλαμβάνει τη μαστογραφία, τη θερμογραφία, τη διαφανοσκόπηση, το σπινθηρογράφημα κτλ.¹⁴ και
5. Τη βιολογική ταυτοποίηση (κυτταρολογική και ιστολογική εξέταση).²¹

B. ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Συνοπτικά υπάρχουν 3 τύποι καρκινωμάτων:

1. Εκ των πόρων, που είναι και οι πιο συχνοί
2. Εκ των λοβίων, δηλαδή των τμημάτων που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή γάλακτος.
3. Εκ της θηλής.

Και τα πορογενή αλλά και τα λοβιακά καρκινώματα μπορεί να είναι διηθητικά ή μη διηθητικά. Οι μη διηθητικοί λοβιδιακοί καρκίνοι in situ είναι σιωπηλοί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και συνήθως ανακαλύπτονται ως μη ψηλαφητές μαστογραφικές βλάβες. Μπορεί να είναι αμφοτερόπλευροι ή πολυεστιακοί αλλά αποτελεί αντικείμενο διχογνωμιών εάν πρόκειται για κακοήθες νεόπλασμα. Φαίνεται ότι εξελίσσεται σε διηθητικό σε ένα ποσοστό 30%. Ο καρκίνος των πόρων (πορογενές) in situ, μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος. Εξελίσσεται σε διηθητικό στο 70-80% των περιπτώσεων.

Το καρκίνωμα τύπου Paget αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή καρκίνων του μαστού. Ξεκινάει από την επιδερμίδα της θηλής και της θηλαίας άλω και εξελίσσεται σε μη διηθητικό καρκίνο κατά μήκος των πόρων.²¹

Γ. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Όταν το κύτταρο για άγνωστους λόγους γίνεται καρκινικό, αρχίζει να διαιρείται άσκοπα, χωρίς νόμους, διαφορετικά και πιο γρήγορα από τα φυσιολογικά κύτταρα ύστερα από 30 διαιρέσεις, που απαιτούν 3-7 χρόνια, αποκτά μέγεθος 1 cm και περιέχει 1 δις κύτταρα. Στις αρχές το ογκίδιο τρέφεται με διαπίδυση από τους γύρω ιστούς. Όταν όμως αποκτήσει το μέγεθος του 1 cm αποκτά τα δικά του νεόπλαστα αιμοφόρα αγγεία, τα οποία συνδέονται με τη γενική κυκλοφορία του αίματος και τότε αρχίζουν ουσιαστικά οι μεταστάσεις.⁵

Δ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ T N M

Στάδιο I	T ₁	No	N ₁	Mo	
Σταδιο II	T ₂	No	N ₁	Mo	T = όγκος
Σταδιο III	T ₃	No	N ₁	Mo	N = αδένες
	T ₁	N ₂		Mo	M = μετάσταση
	T ₂	N ₂			
Στάδιο IV κάθε T		κάθε N		M ₁	

T₁ < 2cm

T₂ ≥ 2cm < 5cm

T₃ > 5cm

T₄ = οποιοδήποτε μέγεθος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

No=δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες

N₁= κινητοί αδένες

N₂= ακίνητοι αδένες

N₃= υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι αδένες

Mo= καμία απομακρυσμένη μετάσταση

M₁= απομακρυσμένες μεταστάσεις

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

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

- Όγκος 65%
- Πόνος 15% (είναι ύποπτος για καρκίνου του μαστού όταν είναι ετερόπλευρος σε γυναίκα που δεν είναι σε εμμηνόπαυση ή παίρνει οιστρογόνα. Πόνοι προκαλούνται κι από μεταστάσεις στα οστά).
- Ευαίσθητη περιοχή 7,6 %
- Ρύση θηλής 5,2 % (όταν είναι αιματηρή αυξάνεται η πιθανότητα καρκίνου του μαστού)
- Εισολκή θηλής 2,5 %
- Έκζεμα θηλής 0,2 %
- Άλλα 4,4 %¹⁴

B. Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι:

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

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- A. Ο αιματολογικός έλεγχος εμφανίζει αναιμία, την οποία προκαλεί αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις.
- B. Από τον έλεγχο βιολογικών δεικτών, όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν: το καρκινοεμβρυικό αντιγόνο C.E.A. (Φ.Τ.2-5mg/ml) και η α-εμβυική πρωτεΐνη A.F.P. Τιμές της C.E.A. άνω των 5 mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού. Οι τιμές από τον προσδιορισμό του C.E.A. μας βοηθάνε και στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου.¹⁰
- Γ. Κριτήρια κακοήθειας από τον κυτταρολογικό έλεγχο παρουσιάζουν οι μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου δηλαδή της αύξησης του μεγέθους, της υπερχρωμίας και της ανώμαλης κατανομής της χρωματίνης σε σωρούς, ιδιαίτερα στην περιφέρεια.¹⁴
- Δ. Χαρακτηριστικά ακτινομορφολογικά στοιχεία που είναι ενδεικτικά κακοήθειας στη μαστογραφία, είναι η παρουσία ακτινοειδών και η παρουσία συρρεουσών μικροαποτιτανώσεων (γενικότερα: ανομοιόμορφη πυκνότητα, ανώμαλα όρια, επανασβεστώσεις, μεταβολές δέρματος, θηλής και θηλαίας άλω).^{14, 1} Τα τελευταία 20-30 χρόνια η κλασσική μαστογραφία είναι μια αποτελεσματική και ευρέως αποδεκτή μέθοδος, για τον έλεγχο των παθήσεων του μαστού. Σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση έχει μειώσει τη θνητότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 18-30%. Παρόλα αυτά όμως η κλασσική μαστογραφία έχει ορισμένους περιορισμούς που αφορούν την ανάδειξη ασαφών αλλοιώσεων, ιδιαίτερα σε μαστούς με πυκνό αδενικό ιστό. Περίπου το 10-20% των ψηλαφητών καρκίνων του μαστού δεν απεικονίζονται με την κλασσική μαστογραφία, κυρίως λόγω της ανεπαρκούς αντίθεσης μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού αδενικού ιστού. Επιπρόσθετα μόνο το 5-40% των βλαβών, στις οποίες συστήθηκε και έγινε βιοψία με βάση τα μαστογραφικά ευρήματα, αποδείχτηκε ότι ήταν κακοήθεις. Ένας από τους περιορισμούς της κλασσικής μαστογραφίας είναι ότι

το ακτινολογικό φιλμ εκτελεί ταυτόχρονα τρεις λειτουργίες: του υποδοχέα, του απεικονιστικού και του αποθηκευτικού μέσου. Αυτός ο περιορισμός μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της αντίθεσης (contrast) της εικόνας. Η ψηφιακή μαστογραφία υπόσχεται πολλά, καθώς μπορεί να βελτιστοποιήσει κάθε επιμέρους τομέα που συμμετέχει στην απεικόνιση του μαστού, όπως η δημιουργία των εικόνων, η αποθήκευση και η προβολή τους. Επιπρόσθετα η δυνατότητα των ψηφιακών υποδοχέων να αυξάνουν την ικανότητα απορρόφησης των προσπιπτόντων φωτονίων και να εμφανίζουν χαμηλό θόρυβο, βελτιώνει την απεικόνιση και επομένως κάνει ευκολότερη την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού. Όλες αυτές οι ιδιότητες βελτιώνουν την αντίθεση μεταξύ των διαφόρων αλλοιώσεων και του υποκείμενου αδενικού ιστού. Η ψηφιακή δημιουργία των εικόνων επιτρέπει τον έλεγχο και τη ρύθμιση του contrast και έτσι μπορεί επιπλέον να βελτιώσει την ανίχνευση των αλλοιώσεων. Ο ακτινοδιαγνώστης έχει την εικόνα μπροστά σε μία οθόνη ηλεκτρονικού υπολογιστή και μπορεί να την χειριστεί όπως θέλει ο ίδιος, είτε αλλάζοντας την φωτεινότητα και την αντίθεση της, είτε μεγεθύνοντας επιλεκτικά τα σημεία ενδιαφέροντος. Ένα άλλο πλεονέκτημα της ψηφιακής μαστογραφίας είναι ο περιορισμός των επαναλήψεων των μαστογραφιών λόγω κακής τεχνικής. Σε μια μεγάλη μελέτη όπου συγκρίθηκαν η κλασική με την ψηφιακή μαστογραφία ο αριθμός των επαναλήψεων των ψηφιακών μαστογραφιών ήταν σημαντικά μικρότερος σε σύγκριση με ανιών της κλασικής μαστογραφίας. Η ψηφιακή μορφή αποθήκευσης των εικόνων καθώς και η εύκολη διακίνηση τους αποτελεί ένα ακόμη προτέρημα της ψηφιακής μαστογραφίας. Με αυτό τον τρόπο είναι ευκολότερη η διάθεση των εικόνων για συγκριτική μελέτη και έτσι γίνεται καλύτερη και σωστότερη εκτίμηση. Τέλος η πλήρης εφαρμογή της ψηφιακής μαστογραφίας θα οδηγήσει στην κατάργηση των σκοτεινών θαλάμων, των εμφανιστηρίων, των κασετών και των ακτινογραφικών φιλμ.

Ε Το υπερηχογράφημα, τέλος, ανιχνεύει τη μορφολογία μιας ψηλαφητής διαγνώσεως και ιδιαίτερα κρίνει εάν μια βλάβη είναι κυστική ή συμπαγής.^{21, 1}
Ο κύριος ρόλος του υπερηχογραφήματος είναι η βοήθεια σε μια πιο ειδική

διάγνωση ενός ψηλαφητού ή μαστογραφικού ευρήματος. Επίσης μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο και σε ορισμένους τομείς όπως:

1. Μείωση του αριθμού των αρνητικών βιοψιών.
2. Αποφυγή των μη απαραίτητων επαναλαμβανόμενων μαστογραφιών.
3. Κατευθυνόμενες εφαρμογές.
4. Βελτίωση των ικανοτήτων των γιατρών όσον αφορά την κλινική και ακτινολογική τους εμπειρία.
5. Ανίχνευση μερικών καρκίνων που δεν αναδεικνύονται μαστογραφικά.

Στ. Η αξονική τομογραφία μπορεί να ανακαλύψει καρκινική εργασία τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να την ανακαλύψει η μαστογραφία. Ο συνδυασμός της αξονικής με η μαστογραφία έχει επιτυχία 100 %.

Ζ. Η θερμογραφία δίνει μεγάλο ποσοστό ψεύτικων θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων και μόνο όταν συνδυάζεται με τη μαστογραφία πρέπει να συνίσταται.¹⁴

Η. Η συμβολή της μοριακής βιολογίας στο τελευταίο σκέλος της ερευνητικής προσπάθειας είναι καθοριστική αφού επιτρέπει τη μελέτη σε μοριακό επίπεδο του όγκου, των καλοηθών νεοπλασματικών βλαβών και του φυσιολογικού ιστού. Όπως η μαστογραφία έχει οδηγήσει τόσο στην αναγνώριση ομάδων ασθενών υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κακοήθειας όσο και στην ανακάλυψη κακοηθών νεοπλασματικών βλαβών σε μη κλινικά αντιληπτό στάδιο, έτσι ελπίζεται ότι η μελέτη του γενετικού υλικού θα μπορέσει να αναγνωρίσει με μεγαλύτερη ακρίβεια τόσο τις γυναίκες υψηλού κινδύνου όσο και εκείνες στις οποίες έχει ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός της καρκινογένεσης αλλά η βλάβη δεν είναι αντιληπτή με τις σημερινές απεικονιστικές μεθόδους.¹⁸

Θ. Σήμερα το PET (positron emission tomography) στην Ελλάδα δεν είναι διαδεδομένο και δεν χρησιμοποιείται. Με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα η χρήση του PET με την χορήγηση 2[fluorine 18] fluoro-2-deoxy-D-glucose (FDG) φαίνεται ότι αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στη διάγνωση της τοπικής υποτροπής και των μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η απόφαση για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται. Μετά από όλη την απαραίτητη ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο ιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση, που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοσμένη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και συμπληρωματική επικουρική χημειοθεραπεία.

A. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ : Η θεραπεία για πολύ πρώιμα στάδια, δηλαδή για μη ψηλαφητές διαγνώσεις είναι χειρουργική αφαίρεση μετά τον ακτινολογικό εντοπισμό της βλάβης. Εάν πρόκειται για *in situ* πορογενές νεόπλασμα, τότε η τεταρτεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αποτελεί μέθοδο παραδεκτή απ' την πλειονότητα των χειρουργών. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν επίσης καλά αποτελέσματα σε ασθενείς που έγινε απλή δειγματοληψία μασχάλης. Πρέπει επίσης να γίνεται κατά τη διάρκεια εκτομής ιστολογικής εξέτασης των ορίων εκτομής. Εάν πρόκειται για *in situ* λοβιακό νεόπλασμα είναι αρκετή η ογκεκτομή της βλάβης χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό και η περιοδική παρακολούθηση της ασθενούς. Στο νεόπλασμα σταδίου I , δηλαδή για μέγεθος όγκου μικρότερου των 2cm, η χειρουργική επιλογή είναι : (1) τμηματεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία, (2)τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία, (3) απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία, με επικρατέστερη μέθοδο επιλογής τη δεύτερη. Σε ασθενείς με νεόπλασμα σταδίου II, δηλαδή με όγκο από 2-5cm, η χειρουργική θεραπεία επιλογής είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (με ή χωρίς ακτινοβολία). Τα νεοπλάσματα σταδίου III, συνήθως αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλά σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Στο στάδιο IV όπου πλέον υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης (5ετής=10%) δεν έχει καμία θέση η χειρουργική θεραπεία (χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και ο ορμονοθεραπεία σε διάφορους συνδυασμούς).⁵

Β. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ : Διακρίνεται σε επικουρική ή θεραπευτική. Η χημειοθεραπεία με τη μορφή της επικουρικής χρησιμοποιείται σήμερα σε ασθενείς σταδίου I. Για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε αυτό το στάδιο υπήρχαν αμφιλεγόμενες απόψεις, πρόσφατες όμως μελέτες από τις Η.Π.Α και την Ευρώπη έδειξαν ότι ίσως υπάρχει κάποιο πρώιμο όφελος, ιδιαίτερα σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Δεν υπήρχε όμως διαφορά στην αναμενόμενη επιβίωση. Αντίθετα πολύ σημαντική είναι η εφαρμογή της χημειοθεραπείας σε ασθενείς με στάδιο II. Εδώ ο στόχος είναι και συμπληρωματικός αλλά και θεραπευτικός, αφού βοηθάμε στην αντιμετώπιση τυχόν μικρομεταστάσεων που είναι σε υποκλινικές μορφές. Σε μεγαλύτερα κλινικά στάδια, η χημειοθεραπεία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Στα στάδια αυτά η χημειοθεραπεία δεν αυξάνει την επιβίωση εκτός από ορισμένες ομάδες ασθενών, βελτιώνει όμως την ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων.²¹

Γ. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ : Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ότι έχει ανοχή στις ακτίνες, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπισή του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την επιβίωση. χωρίς όμως αυτή να παρατείνεται.¹⁴ Τέλος να συμπληρωθεί ότι μπορεί να αποβεί ωφέλιμη σε παρηγορητική βάση ελέγχοντας τα συμπτώματα (οστικός πόνος) από γενικευμένη νόσο.^{21, 23} Η παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού που αντιμετωπίστηκαν με ογκεκτομή με ή χωρίς ακτινοθεραπεία πρέπει να είναι πάντοτε μακρά. Εξαιρετική προσοχή πρέπει να δίδεται στην εξέταση του χειρουργηθέντος μαστού για το φόβο νέου καρκίνου ή αναπτύξεως υποτροπής, που πρέπει να ανιχνευθούν όσο το δυνατόν νωρίτερα. Το ιστορικό, η αντικειμενική εξέταση και η σύγκριση όλων των προηγούμενων μαστογραφιών μπορούν να συντελέσουν στη σωστή και έγκαιρη διάγνωση.

Δ. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ : Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε δυνατό να έχει ευεργετική επίδραση στην άρρωστη η χορήγηση των ορμονών. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί χορηγείται ορισμένη ορμόνη συμπληρωματικά για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων.¹⁴ Είναι πολύ ενθαρρυντικά τα καλά αποτελέσματα της ορμονοθεραπείας, καθώς αφ' ενός μεν παρέχει ικανοποιητική εναλλακτική λύση για άτομα που δε μπορούν να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία, αφ' ετέρου δεν παρέχει ελπίδες για μελλοντική παραπέρα βελτίωση της αποτελεσματικότητάς της, με άριστη ποιότητα ζωής.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι αντικαρκινικές εταιρείες διεθνώς συνιστούν σε όλες τις γυναίκες 35-40 ετών, να κάνουν μια μαστογραφία, έστω κι αν δεν έχουν κανένα σύμπτωμα για μελλοντική σύγκριση. Για τις γυναίκες 40-50 ετών συνίσταται η εξέταση κάθε δύο χρόνια, εκτός εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, οπότε η εξέταση πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο. Μετά το 50 χρόνια της γυναίκας συνίσταται η ετήσια μαστογραφία. Μια σπουδαία παρατήρηση με σημαντικό κλινικό ενδιαφέρον είναι μια αναδρομική μελέτη που εστιάστηκε στη συσχέτιση μεταξύ κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων από τη μια και πρόγνωση και επιβίωση από την άλλη, σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για καρκίνο του μαστού σε πρώιμα στάδια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που κατανάλωναν πιο πολλά λαχανικά είχαν καλύτερη πρόγνωση και επιβίωση.²¹ Άτομα με μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2 έχουν πιθανότητα 80% να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Επιπρόσθετα τα άτομα αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο για δεύτερο καρκίνο του μαστού, καρκίνο των ωοθηκών καθώς και καρκίνο του παγκρέατος.⁷

Η πρόγνωση συνίσταται στον έλεγχο του εναπομείναντος μαστικού αδένου, αν η εγχείρηση υπήρξε συντηρητική, ή του άλλου μαστού, αν υπήρξε ριζική και στον έλεγχο των ωοθηκών, του ενδομήτριου και του παχέος εντέρου, όπου συχνότερα απαντάται ο καρκίνος μετά από εγχείρηση του μαστού.¹⁴ Ένα ποσοστό περίπου 20-30% των ασθενών με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες θα παρουσιάσει απομακρυσμένες μεταστάσεις μέσα στα επόμενα 10 χρόνια. Για την αναγνώριση αυτής της ομάδας αυξημένου κινδύνου των γυναικών με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες απαιτείται προσεκτική μελέτη των βιολογικών χαρακτήρων του πρωτοπαθούς όγκου ή λεπτομερής έλεγχος για την ανίχνευση της διασποράς των καρκινικών κυττάρων.^{17, 13} Παρόλο ότι το μέγεθος του όγκου και η κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης είναι οι σπουδαιότεροι προγνωστικοί παράγοντες υπάρχουν και άλλα ιστολογικά και βιολογικά χαρακτηριστικά που έχουν προγνωστική σημασία.

Αυτά είναι: ο βαθμός κακοήθειας, η παρουσία νεκρώσεως, η προσβολή αιμοφόρων αγγείων ή λεμφαγγείων, τα επίπεδα ορμονικών υποδοχέων, το κλάσμα των κυττάρων του όγκου σε φάση S1, ο πλοειδισμός του DNA, η έκφραση ογκογονιδίων, η καθεψίνη D.⁵

ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ (-ΤΗ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Σήμερα αρχίζει να ανατέλλει η πίστη μέσα στους νοσηλευτικούς κύκλους, πως η άσκηση της ογκολογικής νοσηλευτικής - εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει - έχει και πολλές ικανοποιήσεις, επειδή η νοσηλεύτρια(-τής) παίζει σπουδαίο ρόλο α) στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου β) στο ρόλο-του διαφώτιστου του κοινού σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασης γ) στο να προσφέρει ψυχολογική και φυσική τόνωση στον άρρωστο που πάσχει από αρρώστια η οποία απειλεί τη ζωή του και πιθανόν να χρειάζεται να κάνει ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο της ζωής του, δ) ώστε να δίνει στον άρρωστο πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την αρρώστια, την πρόγνωση της και την θεραπεία, ε) στο να διατηρεί ενδιαφέρον, επαφή και επικοινωνία με τις νέες εξελίξεις και πληροφορίες για τον καρκίνο, στ) να εφαρμόζει τη χημειοθεραπεία με ασφάλεια, να προστατεύει τον άρρωστο, τον εαυτό της και τους άλλους κατά την ακτινοθεραπεία και ζ) να διατηρεί θετική συμπεριφορά στον άρρωστο που νοσηλεύει με προχωρημένο καρκίνο ή ετοιμοθάνατο.

Οι Donona και Pierce μεταξύ άλλων γράφουν στο βιβλίο τους «Κάτι πρέπει να γίνει για όλους τους αρρώστους με καρκίνο. Δεν θα πρέπει να αισθανόμαστε τους εαυτούς μας άχρηστους ή να είμαστε απελπισμένες όταν νοσηλεύουμε άρρωστο με καρκίνο».¹⁰

**ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΠΛΗ Ή ΚΛΑΣΣΙΚΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ****A. Προεγχειρητική παρέμβαση**

1. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.

α. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:

- Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της
- Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
- Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή
- Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο

β. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματα της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένεια της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση

γ. Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού

δ. Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση

- Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους
- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
- Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης

- ε. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.
2. Διδασκαλία άρρωστης και οικογενείας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.
 3. Βοήθεια οικογενείας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της .

B. Μετεγχειρητική παρέμβαση

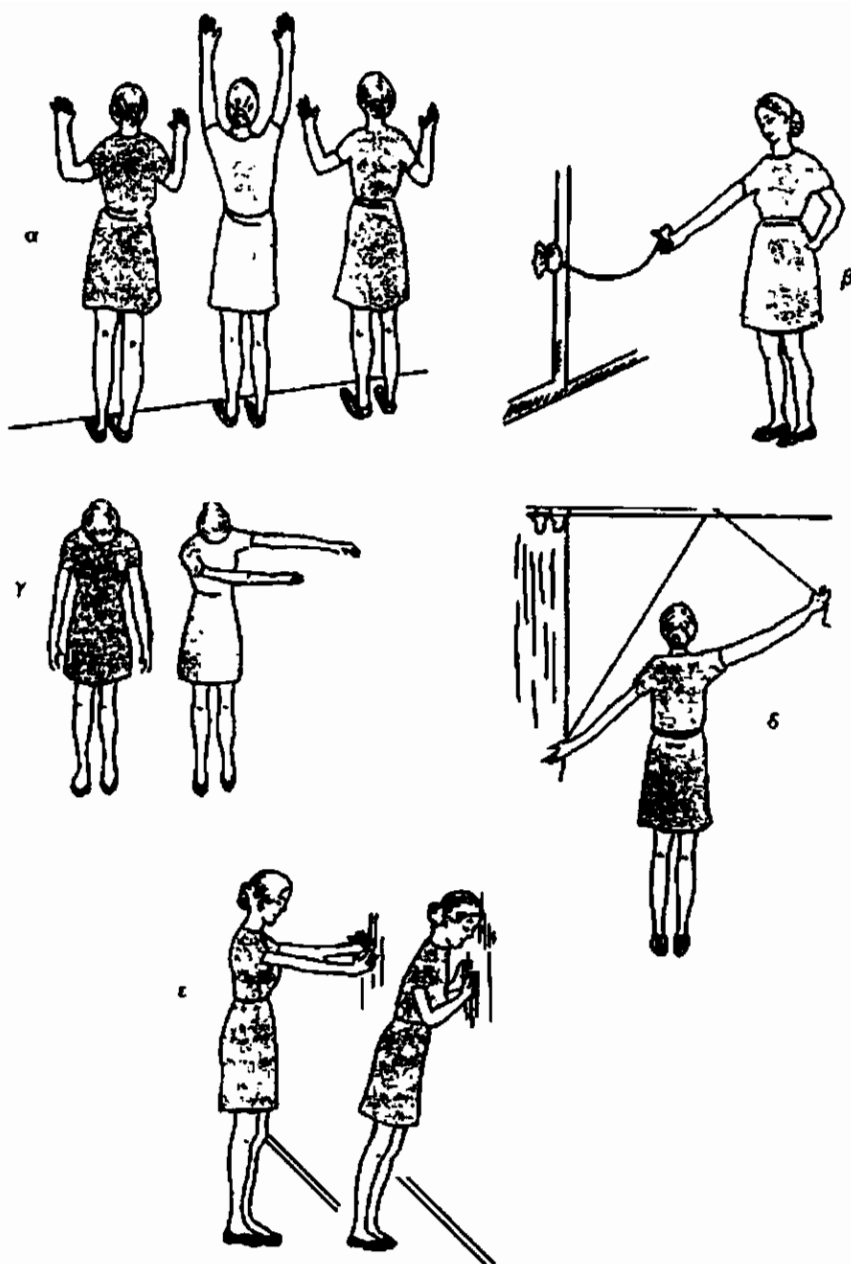
1. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
2. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
3. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
4. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
5. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
6. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος.
7. Πρόληψη λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες η ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
8. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler.
9. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

- 10.Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.
- 11.Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο - Διδασκαλία.
- α. Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
 - β. Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του.
 - γ. Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων.¹⁹

ΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Δεν θα πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρθρωση δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις. Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά. Η άρθρωση ενθαρρύνεται από το νοσηλευτή να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση λειτουργικότητας των μυών που υπέστησαν κάκωση, είναι οι παρακάτω:

1. Αναρρίχηση στον τοίχο (εικόνα α). Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου.
2. Γύρισμα σχοινιού (εικόνα β). Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου.
3. Αιώρηση χεριών (εικόνα γ). Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.
4. Τροχαλία (εικόνα δ). Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου.
5. Άγγιγμα μετώπου (εικόνα ε). Δυναμώνει τους επικουρικούς μύς του ώμου.¹⁹



Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή, α. Αναρρίχηση στον τοίχο. β. Γύρισμα σχοινιού, γ. Αιώρηση χεριών, δ. Τροχαλία. ε. Άγγιγμα μετώπου.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**Ακτινοθεραπεία

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.
2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρηση του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.¹⁹
3. Σύσταση περιόδου ανάπαυσης καθημερινά, ιδιαίτερα μετά την θεραπεία.
4. Συζήτηση και συμβουλές για μια ισορροπημένη και θρεπτική διαίτα, καθώς και σύσταση για επίσκεψη σε ένα διαιτολόγο.
5. Γαλατούχα υγρά καθώς και συχνή λήψη υγρών, για να καταπολεμηθεί η δυσφαγία και δυσπεψία, καθώς και για να βοηθηθεί η απέκκριση τοξικών αποβλήτων από την καταστροφή των κυττάρων.
6. Τακτική επιθεώρηση του βλεννογόνου του στόματος και καθιέρωση καθημερινής στοματικής υγιεινής.
7. Συζήτηση και συμβουλές για την ανάγκη φροντίδας του δέρματος, όπως η διατήρηση των σημαδιών στην ακτινοβολούμενη περιοχή, αποφεύγοντας το σαπούνι, την ηλιοθεραπεία ή τις διαθερμίες. Σε σημεία φλεγμονής επάλειψη με 1% κορτιζονούχο αλοιφή για να ελαττωθεί η φλεγμονή, και να εμποδίσει την ανάπτυξη μυκητιασικών μολύνσεων.
8. Συζήτηση του πώς να αντιμετωπίζεται η κόπωση και να διατηρείται η κινητικότητα.⁵

Χημειοθεραπεία

1. Ενημέρωση του ασθενή και συζήτηση μαζί του για το είδος των εξετάσεων που θα γίνουν, καθώς και τον τρόπο δράσης των χημειοθεραπευτικών, τις αναμενόμενες παρενέργειες και την δυνητική φαρμακευτική τοξικότητα. Εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί και να εφαρμόσει τη θεραπεία.⁵
2. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.¹⁰
3. Ενημέρωση για το είδος της διατροφής που πρέπει να είναι ισορροπημένη και με υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών. Αποφυγή τροφών που είναι κολλώδεις.
4. Καθημερινή στοματική υγιεινή. Γαργάρες με διάλυμα φυσιολογικού ορού κάθε 2 ώρες, για να καταπραυνθεί ο στοματικός βλεννογόμος.
5. Προσοχή στην φροντίδα του δέρματος. Αποφυγή του δυνατού ήλιου. Περιποίηση με απαλή υδατική λοσιόν. Ενθάρρυνση για πρόσληψη τουλάχιστον 2.500ml υγρών ημερησίως. Αποφυγή προϊόντων, όπως σκευάσματα λεμονιού, γλυκερίνη και στοματικά διαλύματα, που περιέχουν αλκοόλη διότι ξηραίνουν τον στοματικό βλεννογόνο.
6. Αποφυγή του καπνίσματος.
7. Συνεχής παρατήρηση της αντίδρασης του ασθενή στην αλλαγή της εικόνας του εαυτού του. Σύσταση για επίσκεψη σε ψυχολόγο, αν κρίνεται απαραίτητο.⁵

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ
ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ**

Ο πόνος είναι τόσο κοινή εμπειρία. Ο κάθε λειτουργός υγείας βλέπει από διαφορετικό πρίσμα τον πόνο του αρρώστου και τον ορίζει διαφορετικά. Ο ασθενής αγνοεί τις διαφορετικές προσεγγίσεις και έχει μια τελείως προσωπική θεώρηση του πόνου. Επειδή λοιπόν αποτελεί υποκειμενική εμπειρία, μόνο το ίδιο το άτομο, όπως δηλώνει η Mc Caffery, έχει το δικαίωμα να την ορίσει. Έτσι ο καλύτερος ορισμός στην κλινική πράξη είναι της τελευταίας: "Πόνος είναι ό,τι το άτομο λέει ότι είναι, και υπάρχει όταν εκείνο λέει ότι υπάρχει". Η νοσηλεύτρια(-τής) έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι.⁵ Στη συνέχεια αναφέρονται μερικές οδηγίες, που μπορούν να κατευθύνουν τη νοσηλεύτρια στην προσπάθεια της να περιορίσει τον πόνο του αρρώστου.

1. Πρόληψη των καταθλιπτικών επιπτώσεων της στέρησης των αισθητικών ερεθισμάτων, που έχουν σχέση με την ακινησία, την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει.
2. Προσέγγιση του ασθενή πάντοτε με στοργή και εκδήλωση ενδιαφέροντος.
3. Διδασκαλία του αρρώστου πως να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση.
4. Διερεύνηση, αν εκτός από το φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, που συμβάλλουν στη γέννηση ή την επιδείνωση ή τη μείωση του.
5. Ζητάμε από τον άρρωστο να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα επιδημιολογικά πρότυπα υπολογίζουν την πιθανότητα που έχει μια γυναίκα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν η ασθενής έχει ήδη καρκίνο του μαστού ή πορογενές in situ καρκίνωμα. Τα δύο επιδημιολογικά πρότυπα, το πρότυπο Gail και το πρότυπο Claus χρησιμοποιούν πληροφορίες από το οικογενειακό ιστορικό, την ηλικία καθώς και άλλους αιτιολογικούς παράγοντες όπως την ηλικία εμμηναρχής και τον αριθμό προηγούμενων βιοψιών του μαστού. Η διαφορά των δύο προτύπων έγκειται στο γεγονός ότι το πρότυπο Claus χρησιμοποιεί μόνο πληροφορίες από το οικογενειακό ιστορικό του ασθενούς, ενώ το πρότυπο Gail δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία στο οικογενειακό ιστορικό. Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο πρότυπο είναι το πρότυπο Gail και αυτό χρησιμοποιήθηκε και στη μεγαλύτερη μέχρι τώρα μελέτη πρόληψης του καρκίνου του μαστού.⁷

A. Αυτοεξέταση Μαστού

Σε ότι αφορά την πρόληψη, αυτό που θα θέλαμε, θα ήταν να δίνουμε ή να κάνουμε κάτι και να αποτρέπουμε τελείως την εμφάνιση ενός καρκίνου. Αυτή τη στιγμή δεν διαθέτουμε τέτοια δυνατότητα εκτός, ίσως από μια ριζική και εάν θέλετε ούτε εύκολη ούτε παραδεκτή επέμβαση, όπως είναι η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή. Άρα η πρόληψη, έχει εντοπιστεί σε αυτό που εμείς καλούμε δευτερογενή πρόληψη, δηλαδή την έγκαιρη διάγνωση που επιτυγχάνεται με την αυτοεξέταση. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με λεπτούς χειρισμούς, για να μη προκαλέσουμε δυσφορία στην άρρωστη, και γιατί ο τρόπος αυτός μας παρέχει περισσότερες και ακριβέστερες πληροφορίες.¹¹

Η ψηλάφηση γίνεται με τα δάχτυλα τεντωμένα σε όλη την πιθανή έκταση του μαστού και από την περιφέρεια προς την περιοχή της θηλής. Είναι μεγάλο σφάλμα να έλκουμε το μαστό ανάμεσα στα δάχτυλα και να τον ψηλαφάμε έτσι. Η φυσιολογική υφή του μαστού κάνει αυτόν να εμφανίζεται

οζώδης στην ψηλάφηση και, σε ορισμένες περιπτώσεις φυσιολογικών μεταβολών, τα οζίδια αυτά εμφανίζονται πιο διογκωμένα. Η ταυτόχρονη ψηλάφηση των αντίστοιχων τεταρτημορίων των μαστών, μας βοηθάει στην ακριβέστερη ανακάλυψη αλλοίωσης τους. Όπως και για το γιατρό, έτσι και για την αυτοεξεταζόμενη, έχει μεγάλη σημασία να χρησιμοποιεί ακριβή, πλήρη και μεθοδική εξέταση. Αυτό θα το πετύχει, αν στην αρχή, αφού βγάλει τα ρούχα της από τη μέση και πάνω, εκτελέσει μπροστά στον καθρέφτη της προσεκτική επισκόπηση, για το συγκριτικό έλεγχο του μεγέθους των δυο μαστών. Ασυμμετρία της περιφέρειας τους πρέπει ν' αποσπάσει την προσοχή της, όπως και κάθε ανωμαλία του δέρματος και της θηλής. Πρέπει να ξέρει, πως κάθε ανωμαλία στο μέγεθος και στο σχήμα του μαστού, όπως και κάθε έκκριση της θηλής, είναι σημεία, που απαιτούν ιατρική συμβουλή. Μετά την εξέταση μπρος στον καθρέφτη, ξαπλώνει σε ύπτια θέση με το βραχίονα, που βρίσκεται σύστοιχα προς τον εξεταζόμενο μαστό, προς το πάνω μέρος της κεφαλής της. Ένα μικρό μαξιλάρι ή μία διπλωμένη πετσέτα λουτρού πρέπει να τοποθετηθεί κάτω από τον σύστοιχο ώμο. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η ανύψωση του. Έτσι, ο μαστός παίρνει θέση στο μέσο του θώρακα, γίνεται επίπεδος και όσο το δυνατό λεπτός. Αν όμως, ο ώμος δεν ανυψωθεί, ο μαστός πέφτει πλάγια και η ψηλάφηση του γίνεται δύσκολη, γιατί αυξάνεται το πάχος του. Στη θέση αυτή αρχίζει η ψηλάφηση, που πρέπει να εκτελείται ήπια, γιατί τότε η ευαισθησία της αφής είναι μεγαλύτερη. Το αντίθετο από τον εξεταζόμενο μαστό χέρι ψηλαφά το εσωτερικό ημιμόριο του μαστού, αρχίζοντας από το πάνω μέρος του και κάτω από την κλείδα και φτάνοντας στην πτυχή, που είναι κάτω από το μαστό. Όταν γίνει η ψηλάφηση του ημιμρίου του μαστού, που βλέπει προς το στέρνο, ακολουθεί η ψηλάφηση του εξωτερικού. Η αυτοεξεταζόμενη τότε, θα ψηλαφήσει τον υπόλοιπο μαστό της, αρχίζοντας από την πτυχή, που βρίσκεται κάτω από αυτόν, και τελειώνοντας στο πάνω και έξω τμήμα του. Το τμήμα αυτού του μαστού πρέπει να το προσέχει περισσότερο, γιατί είναι δυσκολότερο στην εξέταση και γιατί ο καρκίνος το προτιμά συχνότερα.

Η αυτοεξέταση πρέπει να επιδοκιμασθεί από όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές. Πρέπει να διδάξουμε τη γυναίκα να μην αυτοεξετάζεται σε κάθε ευκαιρία, αλλά σε ορισμένα χρονικά διαστήματα, που απέχουν μεταξύ τους τόσο, όσο χρειάζεται για να αναπτυχθεί καρκίνος και να ανακαλυφθεί στο πρώιμο στάδιο του. Σκόπιμο θα είναι να συστήσουμε στη γυναίκα να αυτοεξετάζεται το πολύ κάθε μήνα και να εκλέγει την καταλληλότερη φάση του εμμηνορρυσιακού της κύκλου, γιατί, σε σημαντική αναλογία, πριν από την εμμηνορρυσία, υπάρχει κάποιος βαθμός μεγαλύτερης διόγκωσης και ευαισθησίας των μαστών από υπεραιμία. Έτσι, η καταλληλότερη φάση για αυτοεξέταση, είναι αμέσως μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας.¹⁴

B. Πρόληψη καρκίνου του μαστού με φάρμακα

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού με τη χρήση φαρμάκων είναι μια προσέγγιση η οποία υπόσχεται πολλά. Μέχρι σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί φάρμακα όπως η ταμοξιφαίνη και η ραλοξιφαίνη για προφύλαξη σε γυναίκες με ψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Σε έρευνα που διεξήγαγαν Άγγλοι γιατροί από το UK Cancer Research, βρέθηκε ότι η ταμοξιφαίνη μειώνει κατά 38% τις πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με ψηλό κίνδυνο για τον καρκίνο αυτό. Οι ερευνητές εξέτασαν τα δεδομένα από 40.000 γυναίκες από την Αγγλία, Αυστραλία και την Ιταλία στις οποίες είχε δοθεί η ταμοξιφαίνη για σκοπούς πρόληψης εμφάνισης καρκίνου του μαστού μέσα στα πλαίσια 14 κλινικών θεραπευτικών δοκιμών.³⁸ Τα αποτελέσματα έδειξαν:

1. Σε υγιείς γυναίκες, οι οποίες όμως είχαν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού και στις οποίες δινόταν ταμοξιφαίνη για σκοπούς πρόληψης, παρατηρήθηκε 38% μείωση της συχνότητας εκδήλωσης νέων καρκίνων μαστού.²⁴
2. Σε γυναίκες που είχαν ήδη παρουσιάσει καρκίνο μαστού και στις οποίες χορηγήθηκε ταμοξιφαίνη για σκοπούς πρόληψης, παρατηρήθηκε 46% μείωση της συχνότητας εκδήλωσης καρκίνου στον άλλο μαστό.

3. Η ταμοξιφαίνη ήταν αποτελεσματική μόνο στους καρκίνους του μαστού που είχαν υποδοχείς για την ορμόνη οιστρογόνο. Οι γυναίκες που είχαν εκδηλώσει ένα πρώτο καρκίνο του μαστού ο οποίος δεν παρουσίαζε υποδοχείς για το οιστρογόνο, δεν είχαν κανένα ευεργετικό αποτέλεσμα από τη χορήγηση της ταμοξιφαίνης.
4. Τα πρώτα αποτελέσματα με τη χρήση ενός νέου φαρμάκου, της ραλοξιφαίνης, έδειξαν καλύτερη ανταπόκριση με μείωση κατά 64% του κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Παράλληλα οι παρενέργειες με το φάρμακο αυτό ήσαν λιγότερες σε σύγκριση με την ταμοξιφαίνη.

Νέα φάρμακα όπως η ραλοξιφαίνη και το αναστροζόλ, μειώνουν σύμφωνα με τις πρώτες ενδείξεις τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε ποσοστά από 64% έως 70% και με λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Χρειάζεται όμως προσοχή για τα φάρμακα αυτά, διότι πρόκειται για τις ενδείξεις που προκύπτουν από τις πρώτες έρευνες και χρειάζονται και άλλες κλινικές δοκιμές για να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους. Αναμφίβολα οι έρευνες μέχρι τώρα δείχνουν ότι η ταμοξιφαίνη μπορεί να μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε γυναίκες που παρουσίασαν ένα πρώτο καρκίνο μαστού, θετικό για υποδοχείς οιστρογόνου. Χρειάζονται τώρα νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις για καρκίνους μαστού που είναι αρνητικοί για υποδοχείς οιστρογόνου.

Επιπρόσθετα πρέπει να βρεθούν τρόποι για να ξεπεραστούν οι παρενέργειες που υπάρχουν λόγω χορήγησης της ταμοξιφαίνης. Η αξιολόγηση των νέων φαρμάκων όπως η ραλοξιφαίνη και οι αναστολείς της αρωματάσης, πιθανόν να μας προσφέρουν νέες προληπτικές θεραπείες με λιγότερους κινδύνους. Η ταμοξιφαίνη δεν μπορεί ακόμη σήμερα να συστηθεί σαν προληπτικός παράγοντας εκτός ίσως για γυναίκες που έχουν πολύ ψηλό κίνδυνο για να εκδηλώσουν καρκίνο του μαστού και με χαμηλό κίνδυνο για παρενέργειες από το φάρμακο.³⁸ Σήμερα η υποφυσεκτομή «τελείται φαρμακευτικά με την παρεντερική χορήγηση των LHRH αναλόγων βουσερελίνης, γοσερελίνης, δεκατεπτύλης και λευπρολίδης. Τα φάρμακα αυτά ελαττώνουν την έκκριση FSH, LHA και προλακτίνης με αποτέλεσμα τη

μείωση της έκκρισης των ορμονών του φύλου. Σημαντικό είναι ακόμα ότι για τις ορμόνες αυτές είναι αρκετή η χορήγηση μιας ένεσης κάθε μήνα ή, σε νεότερες φαρμακοτεχνικές μορφές, κάθε τρίμηνο.¹⁶

Μέχρις ότου οι πρόοδοι της γενετικής ανίχνευσης και θεραπείας νέων καρκίνων, των άλλων διαγνωστικών τεχνικών αλλά και των κλινικά επιτυχημένων θεραπειών τύχουν ευρείας εφαρμογής, ο καρκίνος θα νικηθεί, μόνο με την καθιέρωση ενός υγιεινότερου μοντέλου ζωής και την πρόληψη. Παρακάτω παρατίθεται ο Ευρωπαϊκός κώδικας κατά του καρκίνου.

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

Ακολουθώντας τις δυο επόμενες οδηγίες θα ωφελήσετε την υγεία σας και ταυτόχρονα θα περιορίσετε τις πιθανότητες να προσβληθείτε από καρκίνο:

5. Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
6. Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που είναι πλούσιες σε λιπαρά.
7. Επισκεφθείτε το γιατρό αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία η ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και στο χρώμα σε ελιά του δέρματος.
8. Επισκεφθείτε το γιατρό αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.

Για τις γυναίκες:

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο

DNA-Chip και καρκίνος

Το DNA-Chip, είναι νέο "μοριακό διαγνωστικό εργαλείο" με απίστευτες δυνατότητες που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαγνωστικούς, θεραπευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς σε ασθένειες όπως είναι ο καρκίνος του μαστού. Χρειάζεται δείγμα αίματος ή οποιοδήποτε άλλου ιστού από το οποίο μπορεί να γίνει εξαγωγή του γενετικού υλικού (DNA ή RNA). Το δείγμα από χιλιάδες γνωστά γονίδια εναποτίθεται σε μια μικρή συνήθως γυάλινη- πλάκα, μεγέθους ελάχιστων τετραγωνικών εκατοστών και με μια "κλασσική" τεχνική που ονομάζεται υβριδοποίηση, το "φυσικό" γενετικό πρότυπο συγκρίνεται με αυτό που προκύπτει από το γενετικό υλικό του ατόμου που θέλουμε να εξετάσουμε. Στην συνέχεια το chip τοποθετείται σε ένα ειδικά διαμορφωμένο σκάνερ, μέσω του οποίου όλα τα στοιχεία του DNA περνάνε μέσα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Ακολουθεί η ψηφιακή επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων και μέσα σε λίγη ώρα και με πάρα πολύ χαμηλό κόστος μπορούμε να έχουμε στο κομπιούτερ μας το γενετικό προφίλ κάθε ανθρώπου. Έστω για παράδειγμα ότι ένας άνθρωπος πάσχει από κάποια μορφή καρκίνου. Μπορούμε ανά πάσα στιγμή να "βλέπουμε" σε πιο στάδιο βρίσκεται, πως τροποποιείται η λειτουργία των γονιδίων που παίζουν ρόλο στην εξέλιξη της νόσου και να τροποποιούμε ανάλογα και να προσαρμόζουμε άμεσα την θεραπεία στα καινούργια δεδομένα. Η πληθώρα των γονιδίων που έχουν διαφορετική έκφραση στην περίπτωση του καρκίνου είναι τέτοια που πριν από το γονιδιακό τσιπ ήταν σχεδόν αδύνατη, η παρακολούθηση τόσων γονιδίων ταυτόχρονα. Το DNA-Chip, εφαρμόζεται ήδη στην Αμερική σε μερικές ειδικές περιπτώσεις που χρειάζεται να έχουμε γρήγορη διάγνωση για να ξέρουμε πως θα προχωρήσει η κατάσταση ενός ασθενούς και τα πρώτα ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν πως έχουμε πάρα -πάρα πολλές δυνατότητες στην αντιμετώπιση του καρκίνου.¹²

Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι μέρος ενός ευρύτερου συστήματος, η αποτελεσματική θεραπεία πρέπει να απευθύνεται ταυτόχρονα και στις τρεις διαστάσεις, δηλαδή και στην βιολογική και στην ψυχολογική και στην κοινωνική. Η ανάγκη αυτή είναι φανερό ότι γίνεται πιο επιτακτική σε νοσήματα που όπως ο καρκίνος, έχουν πολλές φορές άσχημο αποτέλεσμα και σχετικά μακροχρόνια πορεία.

Οι ιδιαιτερότητες του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.²⁰

Αποκατάσταση Μαστού μετά από Μαστεκτομή

Η αποκατάσταση της αισθητικής του θώρακα μετά από μαστεκτομή βοηθά πολύ στην αποφυγή εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων από μέρους των αρρώστων. Οι σύγχρονες μέθοδοι που εφαρμόζονται για την αποκατάσταση της αισθητικής του θώρακα μετά από μαστεκτομή χωρίζονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Έτσι έχουμε τις μεθόδους που χρησιμοποιούν διάφορα ενθέματα σιλικόνης και τις μεθόδους που εφαρμόζονται μυοδερματικοί κρημνοί.

Πολλές φορές κρίνεται σκόπιμη η ταυτόχρονη, με την μαστεκτομή, πλαστική αποκατάσταση, για καλύτερη αισθητική εμφάνιση της αρρώστου.¹⁵ Η λήψη μιας τέτοιας απόφασης προδίδει τη δικαιολογημένη προσπάθεια της ασθενούς να μην έλθει αντιμέτωπη στον καθρέφτη με τον ακρωτηριασμένο εαυτό της και πολύ περισσότερο να μην εκτεθεί στα ανδρικά βλέμματα. Ωστόσο, πριν από τη λήψη αυτής της απόφασης, η οποία είναι εξίσου σοβαρή με τη μαστεκτομή, πρέπει πάντα να υπολογίζεται και το ενδεχόμενο ενός αποτελέσματος που μπορεί να είναι το ακριβώς αντίθετο από το επιδιωκόμενο:

1. Μια αισθητική επέμβαση αποκατάστασης μπορεί να συγκαλύψει σημαντικά στοιχεία για την πορεία της νόσου γενικά, καθώς και την τοπική υποτροπή της.
2. Ίσως αποτελέσει εμπόδιο για την έναρξη της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας λόγω της διαταραχής των μηχανισμών επούλωσης.
3. Ίσως το αισθητικό αποτέλεσμα να μην είναι ικανοποιητικό.

Γι' αυτούς τους λόγους, πρέπει πάντα η απόφαση να λαμβάνεται με ψυχική ηρεμία και, φυσικά, με τη συναίνεση του θεράποντος ιατρού. Ίσως η διενέργεια της επέμβασης να απαιτεί τη μεσολάβηση ενός χρονικού διαστήματος από έξι έως δώδεκα μήνες. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ασθενής υποχρεωτικά έρχεται αντιμέτωπη με τη νέα εικόνα του εαυτού της. Δυστυχώς, η αρχή είναι πάντα δύσκολη, όταν μάλιστα συνέχεια βλέπει τις άλλες γυναίκες που δεν έχουν το πρόβλημα αυτό, κάτι που την κάνει να νιώθει μειονεκτικά, ενώ συνάμα οδηγείται στην αυτοαμφισβήτηση.³

Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν

περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

1. Άρνηση (Denial). Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : "δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς". Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα την συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.
2. Μαχητικότητα (Fighting Spirit). Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το "ανακάλυψαν γρήγορα".
3. Στωϊκή αποδοχή (Stoic Acceptance). Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι'αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζούν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.
4. Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance). Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

5. Απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless). Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη.

Ψυχιατρική Νοσηρότητα στον Καρκίνο του Μαστού

Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου μία στις τέσσερις εμφανίζουν τα πρώτα δύο χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής ή της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια ή αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

Το 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης). Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μέτριου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου στο 5%).

Συνέπειες της ψυχιατρικής νοσηρότητας στην ποιότητα ζωής και στην πρόγνωση.

Οι γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχιατρικές επιπλοκές μετά την διάγνωση και την χειρουργική θεραπεία επηρεάζονται σε δύο τομείς:

1. Στην ποιότητα ζωής : η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι σαφώς επηρεασμένη, και είναι προφανές αν σκεφτεί κανείς ότι ήδη υπάρχει ένας επιβαρυντικός παράγοντας που από μόνος του είναι ικανός να μειώσει το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών αυτών.
2. Στην πρόγνωση : οι γυναίκες που εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη έχουν υψηλότερο ποσοστό τοπικής υποτροπής σε καρκίνο πρώιμου σταδίου.²⁰

Θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών

Οι ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου του μαστού πρέπει πάντα να θεραπεύονται όταν είναι αρκετά σοβαρές διότι μειώνουν δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ενδεχομένως επηρεάζουν την πρόγνωση ιδίως των πρώιμων σταδίων.

1. Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέκει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:
 - α. Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή/και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος.
 - β. Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση. Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιας γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο: το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμη τις ψυχιατρικές διαταραχές.
2. Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαζεπινών φαίνεται να είναι μια καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους.
3. Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτεί ειδική θεραπεία εκτός αν την ζητήσει η ίδια η γυναίκα. Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στον γιατρό τους. Γι'αυτό κρίνεται σκόπιμο ο ιατρός να ρωτάει απ'ευθείας την γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιο τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής.^{20, 26}

Ο ρόλος του κοινωνικού περιγυρου

Οι πρώτες μέρες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι οι πιο δύσκολες, διότι η ασθενής αισθάνεται ακρωτηριασμένη και άτυχη, καθώς πρέπει να περιμένει προτού προβεί σε αισθητική επέμβαση αποκατάστασης. Είναι πολύ σημαντικό να μη συζητάτε παρουσία της για το ζήτημα της μαστεκτομής ή γενικότερα του καρκίνου του μαστού. Τη φέρνετε σε δύσκολη θέση και η πιο συχνή αντίδραση είναι να προσπαθεί να αλλάξει θέμα. Δείξτε αγάπη και υπομονή και στηρίξτε τις αποφάσεις της.

Προσπαθήστε να συμφιλιωθείτε με τη ιδέα της νέα κατάσταση, ώστε να μπορέσει και εκείνη να κάνει το ίδιο με τον εαυτό της και να αποδεχτεί αυτό που της συμβαίνει. Υπάρχουν, άλλωστε, προσωρινές λύσεις που είναι σε θέση να την κάνουν να αισθανθεί καλύτερα και επιτρέπουν να μη γίνεται εύκολα αντιληπτή η "διαφορετικότητά" της. Προτείνεται της τη χρήση ειδικών στηθόδεσμων που καλύπτουν την απώλεια. Προσωρινή λύση μεν, θα τη βοηθήσει ωστόσο να λάβει με ψυχραιμία τη σωστή απόφαση για την ψυχική και σωματική υγεία της. Με την υποστήριξή σας θα μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημα και να μιμηθεί άλλες πιο θαρραλέες γυναίκες που δεν διστάζουν να φορέσουν και μαγιό και να βγουν στις παραλίες αδιαφορώντας για τα βλέμματα των υπόλοιπων λουομένων. Μην αρκεστείτε στο ρόλο του παρηγορητή. Έρευνες που έχουν γίνει από κοινωνιολόγους και ανθρωπολόγους της υγείας στο εξωτερικό συγκλίνουν στο ότι είναι φρόνιμο και θα βελτιώσει κατά πολύ την ψυχική της υγεία το να βρεθεί με ανθρώπους που έχουν βιώσει την ίδια κατάσταση με εκείνη. Πείστε τη να απευθυνθεί σε σοβαρούς αντικαρκινικούς συλλόγους που θα τη στηρίξουν με πολλούς τρόπους. Εκεί θα γνωρίσει γυναίκες που εδώ και χρόνια έχουν έλθει αντιμέτωπες με τη νόσο και είναι διατεθειμένες να επιλύσουν τις οποίες απορίες της, θα ακούσει τις δικές τους ιστορίες και θα καταλάβει πως δεν είναι η μόνη που δίνει τη μάχη αυτή, ενώ θα βρει νέους τρόπους να αντιπαλέψει τα προβλήματά της να προσαρμοστεί και να δει τη ζωή με άλλο μάτι.³

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Σκοπός της εργασίας είναι η ανασκόπηση των πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων σχετικά με την επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού και τους παράγοντες κίνδυνου που συνδέονται με αυτόν. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο καρκίνο γυναικών στις αναπτυγμένες χώρες. Η επίπτωση της νόσου στην Β.Δ. Ευρώπη και Β. Αμερική φθάνει τα 100 κρούσματα ανά 100.000 γυναίκες ετησίως, ενώ η ειδική θνησιμότητα της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 21 και 43 θανάτους ανά 100.000 γυναίκες. Η επίπτωση και θνησιμότητα της νόσου αυξάνουν σε συνάρτηση με την ηλικία. Γυναίκες με ιστορικό καρκίνο μαστού έχουν πενταπλάσια εμφάνιση και δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου, ενώ γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό της νόσου έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής. Πενταπλάσιο κίνδυνο έχουν ακόμη οι γυναίκες με τυπικές υπερπλαστικές αλλοιώσεις του μαστού. Η μικρή ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού και ο μεγάλος αριθμός κηύσεων δρουν προστατευτικά στην εμφάνιση της νόσου σε ηλικία κάτω των 50 ετών. Μητρικός θηλασμός συνδέεται πιθανότατα με μικρή αύξηση του κίνδυνου προσβολής. Πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο. Η λήψη ορμονικής αντισύλληψης δεν φαίνεται να συνδέεται με αύξηση του κίνδυνου προσβολής. Μακροχρόνια λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και λήψη διαιθυλ-στιλβεστρόλης κατά την εγκυμοσύνη πιθανότατα αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο. Από τις ενδογενείς ορμόνες, η οιστραδιόλη και η βιολογικά ενεργός προλακτίνη φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο αιτιολογικό ρόλο. Έκθεση σε ακτινοβολία στις ηλικίες κάτω των 40 ετών αυξάνει τη συχνότητα της νόσου. Ο αιτιολογικός ρόλος της διατροφής δεν φαίνεται πολύ ισχυρός ενώ υπάρχουν ενδείξεις για αύξηση του κίνδυνου με την κατανάλωση οινοπνεύματος.⁴

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διεθνούς μελέτης η οποία δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Cancer*, οι Αμερικανίδες έχουν περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης από τον καρκίνο του μαστού συγκριτικά με τις Ευρωπαϊκές διότι η διάγνωση τίθεται νωρίτερα. Διεθνής ερευνητική ομάδα ανέλυσε στατιστικά στοιχεία τα οποία αφορούσαν τους ιατρικούς φακέλους περισσότερων από 17.000 ασθενών. Από την επεξεργασία των στοιχείων προέκυψε ότι το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης ήταν για τις Αμερικανίδες 89% και για τις Ευρωπαϊκές 79%. Αυτή η διαφορά οφείλεται στην πρόωμη ανίχνευση και χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, η οποία μειώνει τις πιθανότητες μεταστάσεων του καρκίνου σε άλλα όργανα του σώματος. Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι το ποσοστό (43%) των ηλικιωμένων Αμερικανίδων (άνω των 65 ετών) που διαγιγνώσκονταν με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο ήταν μεγαλύτερο από εκείνο των νεαρών γυναικών (38%). Η κατάσταση στην Ευρώπη είναι αντίστροφη. Δηλαδή οι νεαρές γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο είναι περισσότερες (31%) συγκριτικά με τις ηλικιωμένες Ευρωπαϊκές άνω των 65 ετών (25%). Οι επιστήμονες καταλήγουν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα προληπτικών ελέγχων και έγκαιρης παρατήρησης των συμπτωμάτων του καρκίνου του μαστού είναι καλύτερα στις Ηνωμένες Πολιτείες, επιτρέποντας την αφαίρεση των κακοηθών όγκων σε πρώιμο στάδιο.³⁵

Επίσης σε μεγάλη μελέτη που δημοσιεύεται στην έγκυρη επιστημονική επιθεώρηση *The Lancet* οι περισσότερες γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού δεν είναι απαραίτητο ότι θα αναπτύξουν τη νόσο. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο κίνδυνος να εμφανίσει μια γυναίκα καρκίνο του μαστού αυξάνεται αναλογικά με τον αριθμό των στενών συγγενών που προσβλήθηκαν από τη νόσο, όπως επισημαίνουν οι ερευνητές του *International collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*. Οι Βρετανοί επιστήμονες ανέλυσαν δεδομένα από 52 ξεχωριστές μελέτες με συνολικό δείγμα 58.209 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 101.968 υγιείς. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες από τις

πάσχουσες δεν έχουν επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, αφού οκτώ από τις εννέα γυναίκες που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού δεν αναφέρουν προσβολή της μητέρας, της αδερφής ή της κόρης τους από την επάρατη νόσο. Οι επιστήμονες αποφάνθηκαν ότι οι περισσότερες από τις γυναίκες με επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό δεν θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, ενώ όσες τελικά προσβληθούν θα εμφανίσουν κλινικά σημεία και συμπτώματα της νόσου μετά την ηλικία των 50 ετών. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι στις περιπτώσεις που υπήρχε οικογενειακό ιστορικό ο αριθμός των συγγενών που είχε εμφανίσει τη νόσο ήταν πιο σημαντικός από την ηλικία στην οποία διαγνώστηκε ο καρκίνος σε αυτές: το 7,8 % των γυναικών με οικογενειακό ιστορικό ενός συγγενούς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού ανέπτυξε τη νόσο, ενώ, εάν στην οικογένεια υπήρχαν δύο προσβεβλημένες συγγενείς, το ποσοστό αυξάνονταν στο 21,1 %.³⁶

Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη φαίνεται η σχέση της μαστογραφίας και του καρκίνου του μαστού. Νεώτερα στατιστικά δεδομένα δείχνουν πως σε χρονικό διάστημα 12 ετών δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στους θανάτους από τη νόσο αυτή σε γυναίκες που υποβάλλονται ή όχι σε μαστογραφία. Αυτό φαίνεται παραστατικά στον παρακάτω πίνακα:

Από σύνολο 1000 γυναικών μέσα σε 10 χρόνια (για κάθε ομάδα)		
	ΜΕ Μαστογραφία	ΧΩΡΙΣ Μαστογραφία
Συνολικός αριθμός θανάτων (όλες οι αιτίες)	100	100
Θάνατοι από καρκίνο μαστού	3	4
Γυναίκες στις οποίες διαγνώστηκε καρκίνος μαστού	25	20
Συνολικός αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων στο στήθος	24	19
Χημειοθεραπεία ή Ακτινοθεραπεία	13	11
Γυναίκες με ύποπτο εύρημα στο μαστό για καρκίνο (ψευδώς θετικά)	250	
Γυναίκες που υποβλήθηκαν σε βιοψία από το μαστό, χωρίς τελικά να έχουν καρκίνο	50	

Από τον απλοποιημένο αυτόν πίνακα, μπορούμε να υπογραμμίσουμε ορισμένα συμπεράσματα:

1. Μέσα σε δέκα χρόνια, ο αριθμός των γυναικών που τελικά θα πεθάνουν από καρκίνο του μαστού είναι ουσιαστικά ο ίδιος, ασχέτως εάν αυτές οι γυναίκες έκαναν ή δεν έκαναν “προληπτική” μαστογραφία

2. Οι γυναίκες που έχουν καρκίνο μαστού αλλά αυτός τελικά δε διαγνώστηκε και δεν υποβλήθηκαν σε θεραπεία είναι πολύ μικρός
3. Πέρα όμως από τη στεγνή αριθμολογία της στατιστικής, είναι απαράδεκτα μεγάλος ο αριθμός των γυναικών οι οποίες θα δεχτούν την ψυχρολουσία της ανακοίνωσης ύπαρξης ενός πιθανού καρκίνου του μαστού χωρίς τελικά αν υπάρχει κανένα πρόβλημα και εξίσου υψηλός είναι ο αριθμός των γυναικών που υποβάλλονται σε κάποιου είδους βιοψία για καλοήγη πάθηση.³⁷

Οι Pelikan et al υποστηρίζουν ότι ο μέσος χρόνος διπλασιασμού της νεοπλασματικής μάζας είναι περίπου 260 ημέρες, ενώ οι Tabar et al διαπίστωσαν ότι το μέσο προκλινικό διάστημα ανίχνευσης του όγκου είναι 1,25 έτη για τις γυναίκες 40 ετών και 3,03 έτη για τις γυναίκες 50 ετών. Έχει αποδειχθεί ότι οι όγκοι σε γυναίκες ηλικίας 40–49 ετών εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση ιστολογικής αποδιαφοροποίησης, σε σχέση με γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Συνεπώς, για να επιτευχθεί μείωση της θνησιμότητας σ' αυτή την ηλικιακή ομάδα, πρέπει ο επανέλεγχος με μαστογραφία να διενεργείται σε τακτικότερο χρονικό διάστημα από ό,τι σε γυναίκες άνω των 50 ετών. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος σε γυναίκες ηλικίας 40–49 πρέπει να διενεργείται κάθε χρόνο, για να υπάρξουν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα, δεδομένου ότι η ευαισθησία του ετήσιου προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας 40–49 ετών είναι ισοδύναμη με τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο γυναικών ηλικίας 50 ετών και άνω ανά διετία.²

Όπως επισημαίνει γαλλική μελέτη που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο *International Journal of Cancer*, οι γυναίκες που απέβαλαν κατά την πρώτη τους εγκυμοσύνη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού κατά τη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Στο πλαίσιο της μελέτης που ξεκίνησε το 1990, οι ερευνητές υπέβαλαν σε παρακολούθηση περίπου 92.000 γυναίκες, ηλικίας από 40 έως 65 ετών, σε μια προσπάθεια να συγκεντρώσουν στοιχεία σχετικά με

τις συνθήκες της κύησης τους αλλά και άλλους δημογραφικούς παράγοντες. Στη συνέχεια οι ερευνητές κατέγραψαν τον αριθμό των γυναικών που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού έως το έτος 2000. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν ότι από το σύνολο των γυναικών, το 22,1% είχαν υποβληθεί σε διακοπή της κύησης και το 23% είχαν αποβάλλει. Ωστόσο, αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε δύο εκτρώσεις διέθεταν, άγνωστο γιατί, περίπου 25% μικρότερο κίνδυνο να προσβληθούν από την επάρατη νόσο. Αντιθέτως, ο κίνδυνος ήταν αυξημένος μεταξύ των γυναικών που δεν είχαν αποκτήσει παιδιά και είχαν μία ή περισσότερες αποβολές. Τέλος, ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού έπειτα από μια αποβολή ήταν ιδιαίτερα αυξημένος κατά τη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Αν δε ο αριθμός των αποβολών ήταν μεγαλύτερος των τριών, το ποσοστό κινδύνου άγγιζε το 50%.²⁸

Επίσης, αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού διατρέχουν οι γυναίκες που καθυστερούν να τεκνοποιήσουν, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στο τρέχον τεύχος της επιστημονικής επιθεώρησης *British Journal of Cancer*. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι ανησυχητικά για τις γυναίκες που αποφασίζουν να κάνουν το πρώτο τους παιδί στην ηλικία των 30-40 ετών. Η μελέτη διεξήχθη από Γάλλους επιστήμονες και αφορά σε δείγμα 100.000 γυναικών. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα τριάντα, έχουν 63% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση και 35% έπειτα από αυτήν, σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν τεκνοποιήσει σε μικρότερη ηλικία. Οι ίδιοι ερευνητές αναφέρουν ότι όσο καθυστερεί η εμμηναρχή (έλευση της πρώτης περιόδου) τόσο λιγότερο κινδυνεύει η γυναίκα να εμφανίσει καρκίνο του μαστού σε μετέπειτα ηλικία. "Η μελέτη μάς παρέχει πληροφορίες κάθε είδους για την επίδραση των ορμονών του αναπαραγωγικού συστήματος στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, οι οποίες μας βοηθούν να κατανοήσουμε το

μηχανισμό ανάπτυξης της επάρατης νόσου" δήλωσε στο BBC η Δρ Φρανσουάζ Κλαβέλ-Σαπελόν που συμμετείχε στην έρευνα.²⁹

Σύμφωνα με παρεμφερή έρευνα που εκπονήθηκε από το Yale School of Medicine, οι μητέρες που θηλάζουν για δύο ή περισσότερα έτη έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες που θηλάζουν λιγότερο από 12 μήνες. Η έρευνα διήρκεσε από το 1997 έως το 1999 και πραγματοποιήθηκε στην επαρχία Σαντόνγκ της Κίνας, όπου η παράδοση του παρατεταμένου θηλασμού είναι μέρος της τοπικής κουλτούρας. Δημοσιεύθηκε στο American Journal of Epidemiology από την ερευνητική ομάδα του Τόνγκζανγκ Ζενγκ, καθηγητή Β' του Τμήματος Επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας στο Yale School of Medicine. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η σχέση του καρκίνου με το θηλασμό. Κατά τη διάρκεια της μελέτης συλλέχθηκαν στοιχεία για τον έμμηνο κύκλο, το γυναικολογικό τους ιστορικό και το χρονικό διάστημα που θήλασαν. Οι επιστήμονες αποφάνθηκαν ότι ο παρατεταμένος θηλασμός ήταν εξίσου ευεργετικός τόσο για τις προεμμηνοπαυσικές γυναίκες που θήλαζαν όσο και για τις μεταεμμηνοπαυσικές που είχαν θηλάσει στο παρελθόν. Η ηλικία κατά την οποία άρχισε να θηλάζει μια γυναίκα ήταν άνευ σημασίας.³¹

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι καπνίστριες πάσχουσες από καρκίνο του μαστού σε πρόωρο στάδιο που ακολουθούν θεραπεία, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποβιώσουν σε σχέση με όσες σταματούν το κάπνισμα, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που παρουσιάστηκε στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρίας Θεραπευτικής Ακτινολογίας και Ογκολογίας. Επιστήμονες από το κέντρο ερευνών Fox Chase Center των ΗΠΑ επισημαίνουν ότι η αποχή ή ακόμη και διακοπή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της αντικαρκινικής θεραπείας μπορεί να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την επιτυχία της τελευταίας. Οι ερευνητές σύγκριναν τα ποσοστά μεταστάσεων και το βαθμό εξάπλωσης της νόσου μεταξύ 1.039 γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού και τα αντιπάρθεσαν με τα αντίστοιχα δεδομένα 861 καπνιστριών, που επίσης

ακολουθούσαν αντικαρκινική θεραπεία, μέσω χειρουργικής επέμβασης και χημειοθεραπείας. Έπειτα από 7,5 χρόνια στενής παρακολούθησης οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η πλήρης αποφυγή του καπνίσματος κατά το παρελθόν ή απλώς η διακοπή του λίγο πριν από την έναρξη της θεραπείας, δεν επηρέασε με κανένα τρόπο το βαθμό μετάστασης της νόσου ή τα ποσοστά θνησιμότητας εξ αυτής. Αντιθέτως, όσες γυναίκες συνέχισαν να καπνίζουν ακόμη και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της θεραπείας, επιδείνωσαν σε μεγάλο βαθμό τόσο την πορεία της ασθένειας, όσο και την πρόοδο της θεραπείας.²²

Άλλο σπουδαίο στοιχείο που αντλούμε από τη βιβλιογραφία είναι ότι η παχυσαρκία αυξάνει την προδιάθεση των γυναικών έναντι του καρκίνου του μαστού, όπως τονίζεται σε έρευνα μιας ομάδας επιστημόνων, η οποία δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο *Journal of the National Cancer Institute*. Μια ομάδα επιστημόνων από τη Βρετανία, την Ιταλία, την Ιαπωνία και τις Ηνωμένες Πολιτείες που συνεργάστηκαν στο πλαίσιο πρόσφατης μελέτης, επισημαίνουν ότι οι μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων που απελευθερώνουν τα λιποκύτταρα του οργανισμού των παχύσαρκων γυναικών μετατρέπουν τα υγιή κύτταρα σε καρκινικά. Οι επιστήμονες χρησιμοποίησαν ένα μεγάλο αριθμό γυναικών που βρίσκονταν στη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο. Κατά τη διάρκεια της μελέτης, 624 γυναίκες προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού. Οι ερευνητές σύγκριναν τις ορμόνες στον οργανισμό τους με τις αντίστοιχες άλλων 1.640 υγιών γυναικών. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν πως όσο μεγαλύτερο ήταν το σωματικό βάρος των γυναικών, τόσο πιο αυξημένος ήταν ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο αλλά και τα επίπεδα της ορμόνης οιστραδιόλη. Ειδικότερα, οι γυναίκες με Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) άνω του 30 (παχύσαρκες) διέθεταν 18% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από την επάρατη νόσο, σε σχέση με όσων γυναικών ο ΔΜΣ δεν ξεπερνούσε το 25 (όριο του φυσιολογικού βάρους). Επομένως η παχυσαρκία αυξάνει την προδιάθεση των γυναικών έναντι του καρκίνου του μαστού.³²

Παρόμοια αμερικανική έρευνα, η οποία δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Annals of Internal Medicine*, έδειξε ότι οι γυναίκες που πίνουν κατά μέσο όρο ενάμισι ποτό την ημέρα και ταυτόχρονα ακολουθούν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης σχεδόν διπλασιάζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα της μελέτης, που πραγματοποιήθηκε από Αμερικανούς επιστήμονες, με επικεφαλής τη Δρ. Γουέντι Τσεν, επιβεβαιώνουν παλαιότερες έρευνες οι οποίες συνδέουν την κατανάλωση αλκοόλ με την εκδήλωση καρκίνου του μαστού καθώς και την επικινδυνότητα της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης. Η έρευνα βασίστηκε σε στοιχεία που περισυνελέγησαν από περίπου 80.000 νοσηλεύτριες ανά τις ΗΠΑ. Σύμφωνα με αυτά οι γυναίκες της μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου αύξαναν κατά 30% τις πιθανότητες εκδήλωσης της επάρατης νόσου όταν έπιναν κατά μέσο όρο ενάμισι ποτήρι αλκοόλ ημερησίως. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες που ακολουθούσαν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για περίοδο περίπου πέντε ετών άγγιζε το 50%.³⁹

Νέα στοιχεία έρχονται στο φως σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που θα δημοσιευθεί στο επιστημονικό έντυπο *Cancer*, όσον αφορά στη σωματική δραστηριότητα σε ημερήσια βάση η οποία μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο των γυναικών να εκδηλώσουν εντοπισμένο καρκίνωμα του μαστού. Ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου της Νότιας Καλιφόρνια με επικεφαλής την Δρ Λέσλι Μπέρνσταϊν συνέκρινε τις συνήθειες αναφορικά με την σωματική άσκηση 567 γυναικών που έπασχαν από εντοπισμένο καρκίνωμα του μαστού με 616 υγιείς γυναίκες. Όλες οι συμμετέχουσες ήταν μεταξύ 35 και 64 ετών. Οι επιστήμονες υπολόγισαν το μέσο όρο των ωρών που γυμνάζονταν οι γυναίκες σε εβδομαδιαία βάση και το μέσο όρο της ενέργειας που κατανάλωναν κατά τη διάρκεια της εκγύμνασης από την εποχή που ξεκίνησαν να έχουν έμμηνο ρύση. Αφού έλαβαν υπόψη και παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού όπως το κάπνισμα και η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης, διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος εκδήλωσης εντοπισμένου καρκινώματος του

μαστού ήταν σχεδόν 35% χαμηλότερος μεταξύ των γυναικών που ανέφεραν ότι έκαναν κάποιο είδος σωματικής άσκησης συγκριτικά με εκείνες που δεν είχαν αθληθεί ποτέ.³⁴

Σπουδαία είναι τα συμπεράσματα δύο μελετών που δημοσιεύθηκαν στο Journal of the National Cancer Institute, σύμφωνα με τα οποία οι γυναίκες που εργάζονται κατά τις νυχτερινές ώρες διατρέχουν κατά 60% μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού σε σχέση με εκείνες που εργάζονται με το φως της ημέρας. Οι δύο μελέτες υποστηρίζουν ότι η αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού σχετίζεται με τη μεταβολή του κύκλου της έκκρισης μελατονίνης, λόγω της έκθεσης στο φως κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η μελατονίνη εκκρίνεται από το κωνάριο (εγκεφαλική δομή που ονομάζεται επίσης και επίφυση) κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η έκθεση στο δυνατό φως ελαττώνει την έκκριση μελατονίνης, η οποία με τη σειρά της οδηγεί στην αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων στις γυναίκες. Τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων, όπως έχει φανεί από πολλές έρευνες, σχετίζονται με την αύξηση της πιθανότητας καρκίνου του μαστού. Στην πρώτη μελέτη, η οποία διεξήχθη στο Fred Hutchinson Cancer Research Center του Σιατλ, με επικεφαλής τον επιδημιολόγο Σκοτ Ντέιβις, συμμετείχαν 763 πάσχουσες από καρκίνο του μαστού και 741 υγιείς γυναίκες. Βρέθηκε ότι όσες εργάζονταν συστηματικά σε νυχτερινή βάρδια επί τρία χρόνια, ή και λιγότερο, είχαν 40% μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, συγκριτικά με όσες εργάζονταν με πρωινό ωράριο. Αν η διάρκεια νυχτερινής εργασίας ξεπερνούσε τα τρία χρόνια, το ποσοστό αυτό έφτανε στο 60%. Η δεύτερη μελέτη, που διεξήχθη στο Brigham & Women's Hospital της Βοστώνης, αφορούσε σε δείγμα 78.000 ασθενών, οι οποίες εργάστηκαν ως νοσηλεύτριες από το 1988 έως το 1998. Όσες από τις γυναίκες δούλευαν σε νυχτερινή βάρδια τουλάχιστον τρεις φορές το μήνα, για ένα έως και 29 χρόνια, είχαν κατά 8% αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού, ενώ αυτό το ποσοστό έφτανε στο 36%, αν η νυχτερινή εργασία ξεπερνούσε το χρονικό διάστημα των 30

ετών. "Οι αριθμοί αυτοί μπορεί να φαίνονται μικροί, είναι όμως στατιστικά σημαντικοί" δήλωσε στο CNN η Φράνσιν Λάντεν ερευνήτρια της δεύτερης μελέτης.³³

Καινούρια επιστημονικά δεδομένα έρχονται να προστεθούν στη βιβλιογραφία, σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνητικής μελέτης που δημοσιεύθηκε πρόσφατα στο British Journal of Cancer. Γονίδιο που σχετίζεται άμεσα με το μεταβολισμό της βιταμίνης D πιθανότατα προστατεύει από την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Η βιταμίνη D έχει μεγάλη σημασία για το μεταβολισμό των οστών, επειδή βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου που λαμβάνεται με τις τροφές, και είναι πολύ πιθανό να έχει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού, καθώς σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη και το θάνατο των κυττάρων. Κάποια μέλη της επιστημονικής κοινότητας μάλιστα υποστηρίζουν ότι η βιταμίνη D μπορεί ακόμη και να συμβάλλει στην ελάττωση των διαστάσεων ορισμένων τύπων καρκίνου του μαστού. Μελετώντας 241 υγιείς γυναίκες και 181 πάσχουσες από τη νόσο, οι ερευνητές από το Λονδίνο ανακάλυψαν ότι εκείνες που εμφάνιζαν ανωμαλία στο γονίδιο που είναι απαραίτητο για τη χρησιμοποίηση της βιταμίνης D από τον οργανισμό είχαν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο σε σύγκριση με άλλες γυναίκες, οι οποίες δεν παρουσιάζουν τη γονιδιακή διαταραχή. Οι επιστήμονες αποφάνθηκαν ότι μερικές γυναίκες φέρουν μια παραλλαγή του υποδοχέα της βιταμίνης D (VDR) που μειώνει την απορρόφηση της βιταμίνης. Η ανακάλυψη του γονιδίου που εμπλέκεται στον ανώμαλο μεταβολισμό της βιταμίνης μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού.³⁰

Επίσης σε μελέτη που διεξήχθη στη ΝΔ Ελλάδα παρουσιάστηκαν τα εξής: σκοπός (α) η εκτίμηση των αιτιών για τα οποία η διάγνωση στο στάδιο I, ασθενών με καρκίνο μαστού, ήταν τόσο περιορισμένη κατά την προηγούμενη 10ετία (1981-1991) στη ΝΔ Ελλάδα, φτάνοντας μόλις το 8,3% του συνόλου των περιστατικών που διαγνώστηκαν και

αντιμετωπίστηκαν αυτή την περίοδο. (β) η συγκριτική αξιολόγηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων των ασθενών αυτών στα δέκα χρόνια παρακολούθησης. Υλικό-μέθοδος 32 ασθενείς από τη ΝΔ Ελλάδα, που προσήλθαν στη μονάδα μαστού της πανεπιστημιακής χειρουργικής κλινικής Πατρών με μικρά (<2 cm) ογκίδια στο μαστό και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες (κλινικοεργαστηριακά). Είκοσι δύο ασθενείς υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ενώ 10 σε συντηρητική επέμβαση (quart). Ακτινοθεραπεία ακολούθησε τις συντηρητικές επεμβάσεις. Ακολούθως, χορηγήθηκαν συνδυασμοί επικουρικής χημειομονοθεραπείας με 6 κύκλους cm (κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη, 5-φθοριουρακίλη) και 20 mg ταμοξιφένης ημερησίως. Αποτελέσματα μέχρι σήμερα, μετά από 6 - 16 χρόνια παρακολούθησης (μέσος όρος 10,5 χρόνια), καμία τοπική υπότροπη, μετάσταση ή θάνατος από τη νόσο δεν έχει υπάρξει. Τα αποτελέσματα αυτής της ομάδας των ασθενών επιβεβαιώνουν την καθοριστική προγνωστική σημασία του σταδίου της νόσου κατά τη διάγνωση της, τόσο για την ολική επιβίωση, όσο και για το μεσοδιάστημα ελεύθερο νόσου. Ο δημιουργούμενος προβληματισμός από το μικρό ποσοστό ασθενών σταδίου I, αποδίδεται στην ετερογένεια του πληθυσμού της ΝΔ Ελλάδας (αστικός, ημιαστικός, αγροτικός, ορεινός) και τη συνακόλουθη απόσταση του από μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες, αφού το 90,6% των ασθενών είχαν καλή ενημέρωση σχετικά με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Συμπεράσματα η βελτίωση του πληθυσμιακού έλεγχου αποτελεί τη μέθοδο εκλογής, για να αυξηθεί το ποσοστό διάγνωσης σε πρώιμα στάδια της νόσου. Όσον αφορά τη σύγκριση των θεραπευτικών σχημάτων, δεν παρουσιάζεται καμία διάφορα στην ολική επιβίωση και στο μεσοδιάστημα ελεύθερο νόσου.⁶

Σε άλλη έρευνα γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η σχέση του καρκίνου του μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, και κατά το τελικό στάδιο με την ψυχοπαθολογία τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού

περιβάλλοντος τις γνώσεις και τις στρατηγικές που χαρακτηρίζουν μια προσωπικότητα C. Μεθοδολογία: εξετάστηκαν γυναίκες ηλικίας 40 και 60 ετών. Από αυτές 48 εξετάστηκαν πριν τη βιοψία μαστού και 28 στο τέταρτο στάδιο καρκίνου του μαστού. Μετά τη βιοψία και την ιστολογική διάγνωση, οι 48 ασθενείς διαιρέθηκαν σε δυο ομάδες 16 ασθενείς με καρκίνο και 32 ασθενείς με καλοήθεις παθήσεις. Η εξέταση των ασθενών έγινε με μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη (PSE), την κλίμακα των γεγονότων ζωής (PAYKEL ET AL), την κλίμακα οικογενειακού περιβάλλοντος (FES), την τεχνική δικτύου (G.KELLY), και ένα ερωτηματολόγιο στρατηγικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 1) η υψηλή ηθικοθρησκευτική έμφαση και η χαμηλή διαμάχη χαρακτηρίζουν τις οικογενειακές σχέσεις των καρκινοπαθών 2) οι γνώσεις των ασθενών με καρκίνο μαστού κατά την περίοδο των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων είναι οι εξής : "ο υποτακτικός είναι καλός", "ο παθητικός είναι καλός", "όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι ευτυχισμένος" "όποιος δεν εκφράζει το θυμό του είναι πετυχημένος".⁴⁰

Στο νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» για την πρώτη υπότροπη της νόσου τους, υποβλήθηκαν συνεχόμενα σε συστηματοποιημένο ερωτηματολόγιο, για να εκτιμηθεί η καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα. Διαπιστώθηκε μέση καθυστέρηση 11,2 μηνών αναζήτηση ιατρικής γνώμης και επιπρόσθετη μέση καθυστέρηση 3,5 μηνών στην έναρξη θεραπείας. Γυναίκες με υψηλό I.Q. και ακαδημαϊκό επίπεδο μορφώσεως παρουσίασαν καθυστέρηση μικρότερη των 3,5 μηνών. Γυναίκες με στάδια T(3-4) και N(2-3) επέδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη καθυστέρηση (20,7 και 18 μήνες αντίστοιχα) σε σύγκριση με τις γυναίκες με στάδια T(1-2) και N(0-2) (5,2 και 8,3 μήνες, αντίστοιχα). Ισχυρή αρνητική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ καθυστερήσεως και επιβιώσεως χωρίς υπότροπη. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε αρνητική επίπτωση της καθυστερήσεως στη συνολική επιβίωση, όταν μετρήθηκε από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι την πρώτη υποτροπή.⁴¹

Όσον αφορά στις λεμφαδενικές μασχαλιαίες μεταστάσεις καρκίνου του μαστού σε έρευνα που έγινε το 1994 εξετάστηκε η επίδραση διαφόρων παραγόντων στην εμφάνιση και έκταση των λεμφαδενικών μεταστάσεων στη μασχάλη σε 38 περιπτώσεις γυναικών με καρκίνωμα μαστού που υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Μελετήθηκαν, η ηλικία των ασθενών (36-93 ετών, μέσος όρος $65,05 \pm 12,85$ έτη), ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων, η μέγιστη διάμετρος της πρωτοπαθούς εστίας, ο βαθμός διαφοροποίησης (O) και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά των νεοπλασιών. Μεταστάσεις στη μασχάλη αποδείχθηκαν σε 30 ασθενείς (51,7%), Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην εμφάνιση λεμφαδενικών μασχαλιαίων μεταστάσεων μεταξύ των διαφόρων ομάδων ηλικιών, του μεγέθους, τον βαθμού διαφοροποίησης, των κυριότερων ιστολογικών τύπων και της ύπαρξης ή όχι σκιρρώδους αντίδρασης. Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων εμφάνισε ασθενή θετική συσχέτιση με τη μέγιστη διάμετρο του όγκου και με την ηλικία των ασθενών. Όμως, το ποσοστό των καρκινωμάτων διαμέτρου < 2 άτι παρουσίασε λεμφαδενική διήθηση σε εξαιρετικά υψηλό ποσοστό (57,1%), ενώ το 35,7% των αρρώστων με νεοπλασίες διαμέτρου < 2 cm είχε διηθημένους περισσότερους από 3 λεμφαδένες. Αντίθετα, το 23,07% των ασθενών με όγκους διαμέτρου > 5 απ, δεν αποδείχθηκε ότι είχε διηθημένους λεμφαδένες. Από τους μελετηθέντες παράγοντες, φάνηκε ότι κανένας δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την εμφάνιση και έκταση των μασχαλιαίων λεμφαδενικών μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού.¹³

Καθώς η ακριβής αιτία του καρκίνου του μαστού παραμένει άγνωστη, ο προληπτικός έλεγχος αποτελεί σήμερα τη μόνη μέθοδο για την έγκαιρη διάγνωση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου. Ο προληπτικός έλεγχος είναι περισσότερο επιτυχής και οικονομικός όταν εφαρμόζεται στην ομάδα του πληθυσμού που έχει υψηλή επικινδυνότητα για να εμφανίσει τη νόσο. Με σκοπό τον καθορισμό της ομάδας υψηλής επικινδυνότητας στον καρκίνο του μαστού, σε ένα δείγμα 200 γυναικών

που υποβλήθηκαν σε προληπτικό έλεγχο με κλινική εξέταση και αμφοτερόπλευρη μαστογραφία, υπολογίστηκε ο σύνθετος παράγοντας επικινδυνότητας με έξι χαρακτηριστικά (C6RF). Στις περιπτώσεις αυτές η ομάδα υψηλής επικινδυνότητας, η οποία είχε τιμές C6RF $>0,56$ ήταν το 25,2% του συνόλου των γυναικών και περιελάμβανε το 90% των καρκίνων. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι η ευαισθησία της C6RF μεθόδου ήταν 90% και η ειδικότητα της 81,5%. Η μελέτη μας απέδειξε ότι με την εφαρμογή της μεθόδου του σύνθετου παράγοντα επικινδυνότητας με έξι χαρακτηριστικά είναι δυνατό να προσδιορισθεί η ομάδα υψηλής επικινδυνότητας, η οποία μπορεί να ακολουθήσει τον πλήρη προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού.⁴² Στο μείζον θέμα που αφορά τις επανορθωτικές επεμβάσεις στο μαστό, έρευνα έδειξε ότι οι τελευταίες δεν μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης όσων πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Ερευνητική ομάδα του Αντικαρκινικού Κέντρου της Βόρειας Καρολίνας υποστηρίζει ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επανορθωτική επέμβαση μετά από μαστεκτομή έχουν χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου από καρκίνο. Παλαιότερες μελέτες είχαν δείξει ότι τα εμφυτεύματα ίσως κάνουν δυσκολότερο το έργο των γιατρών να ερμηνεύσουν τα αποτελέσματα των μαστογραφιών. Ωστόσο, οι Αμερικανοί επιστήμονες δεν εντόπισαν στοιχεία ότι οι δυσχέρειες ανάγνωσης της μαστογραφίας οδηγούν σε πιο προηγμένο στάδιο τον καρκίνο, πριν αυτός εντοπιστεί. Ακόμα, η αυξητική στήθους δεν φάνηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού. Το καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ των γυναικών με εμφυτεύματα παρέμενε αμετάβλητο, ακόμα και όταν οι επιστήμονες έλεγξαν παράγοντες όπως η ηλικία της ασθενούς και το ιατρικό ιστορικό. Οι ερευνητές τονίζουν ότι «γενικά απαιτείται περαιτέρω μελέτη του θέματος, για να μπορέσουμε να εξηγηθούμε τη διαφοροποίηση όσον αφορά την επιβίωση στις γυναίκες με και χωρίς εμφυτεύματα. Πάντως, αυτή η διαφορά ίσως οφείλεται στο ότι η επανορθωτική επέμβαση ενισχύει

την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, βελτιώνοντας και το προσδόκιμο επιβίωσης».⁴³

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. Μεθοδολογία

1. Σκοπός της έρευνας

Λαμβάνοντας ερεθίσματα από την εμπειρία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της ογκολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίο σχετικά με την πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού από μικρή ηλικία, αποφασίστηκε να διεξαχθεί έρευνα που αφορά τον προσυμπτωματικό έλεγχο που κάνουν σπουδάστριες της νοσηλευτικής των ΑΤΕΙ. Σκοπός της έρευνας είναι να πληροφορηθούμε κατά πόσο οι σπουδάστριες λαμβάνουν προληπτικά μέτρα ενάντια στον καρκίνο του μαστού και κατ' επέκταση αν εφαρμόζουν τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει από τη σχολή τους στην προσωπική τους ζωή. Επιμέρους σκοποί μας είναι να ανακαλύψουμε τους τρόπους προφύλαξης των νοσηλευτριών από τον καρκίνο του μαστού, να πληροφορηθούμε τη συχνότητα επίσκεψής τους στο γυναικολόγο, να καταγράψουμε τις απόψεις τους που σχετίζονται με την αυτοεξέταση μαστού και τις ακτινολογικές εξετάσεις και τέλος να προβληματιστούμε αρχικά με το ποσοστό που δείχνει πρόθυμο να συνεργαστεί με αντικαρκινικούς συλλόγους και έπειτα με το ποσοστό που επιδιώκει να τελειοποιήσει την κατάρτισή του συμμετέχοντας σε συνέδρια ή ημερίδες.

2. Συλλογή Δεδομένων

Διαμορφώθηκαν 200 ερωτηματολόγια, τα οποία μοιράστηκαν και συμπληρώθηκαν στα ΑΤΕΙ Νοσηλευτικής Αθηνών και Πατρών.

3. Ερωτηματολόγια

Τα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν περιείχαν 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Διακρίνουμε 6 κατηγορίες ερωτήσεων.

- α. Η πρώτη κατηγορία αφορά προσωπικά στοιχεία των σπουδαστριών οι οποίες απαντούν σχετικά με το αν είναι έγγαμες ή άγαμες, τον τόπο διαμονής τους και την οικονομική τους κατάσταση.

- β. Η δεύτερη κατηγορία ερωτήσεων αναφέρεται στο αν οι σπουδάστριες θα επηρεάζονταν από το γεγονός ότι κάποιος συγγενής τους μπορεί να είχε νοσήσει από καρκίνο του μαστού και στο αν αποφεύγουν κάποιους παράγοντες που προκαλούν τη συγκεκριμένη νόσο.
- γ. Η επόμενη κατηγορία ερωτήσεων αφορά την πρόθεση επίσκεψης του δείγματος στο γυναικολόγο του, δηλαδή την ηλικία που τον επισκέφτηκε για πρώτη φορά και από τότε πόσο συχνά τον επισκέπτεται.
- δ. Η τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει ερωτήσεις που σχετίζονται με τον τομέα του προσυμπτωματικού ελέγχου και συγκεκριμένα οι σπουδάστριες απαντούν αν κάνουν αυτοεξέταση μαστού, κάθε πότε αυτοεξετάζονται και ποιος τους έχει διδάξει την ψηλάφηση.
- ε. Η πέμπτη κατηγορία ερωτημάτων έχει σχέση με τις απεικονιστικές μεθόδους και ζητάμε από το δείγμα μας να μας απαντήσει αν έχει κάνει προληπτικά μαστογραφία ή υπερηχογράφημα και γενικότερα αν θα απέφευγε ποτέ ακτινολογικές εξετάσεις που διαγιγνώσκουν τον καρκίνο του μαστού και για ποιο λόγο.
- στ. Η τελευταία κατηγορία ερωτήσεων αφορά τη συμμετοχή και παρακολούθηση των σπουδαστριών των εξελίξεων της επιστήμης αλλά και την προθυμία τους για βοήθεια γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού μέσω των αντικαρκινικών συλλόγων.

4. Δείγμα

Η έρευνα έλαβε χώρα σε δύο από τα μεγαλύτερα ΑΤΕΙ, αυτά των Αθηνών και των Πατρών. Το δείγμα το οποίο επιλέχθηκε είναι συγκεκριμένο και αφορά σπουδάστριες Νοσηλευτικής ΣΤ΄ και Ζ΄ Εξαμήνου, οι οποίες ήδη έχουν διδαχθεί μαθήματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και την πρόληψή του. Επιλέχθηκαν

σπουδάστριες αποκλειστικά της Νοσηλευτικής, διότι ως μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι σε τέτοια ζητήματα και θα πρέπει με τη γνώση και την προσωπική τους εμπειρία να είναι σε θέση να βοηθήσουν γυναίκες με ανάλογο πρόβλημα και να τις διδάξουν πόσο σημαντική είναι η πρόληψη σε ένα τέτοιου είδους νόσημα.

5. Κυρίως Ερευνητικό Μέρος

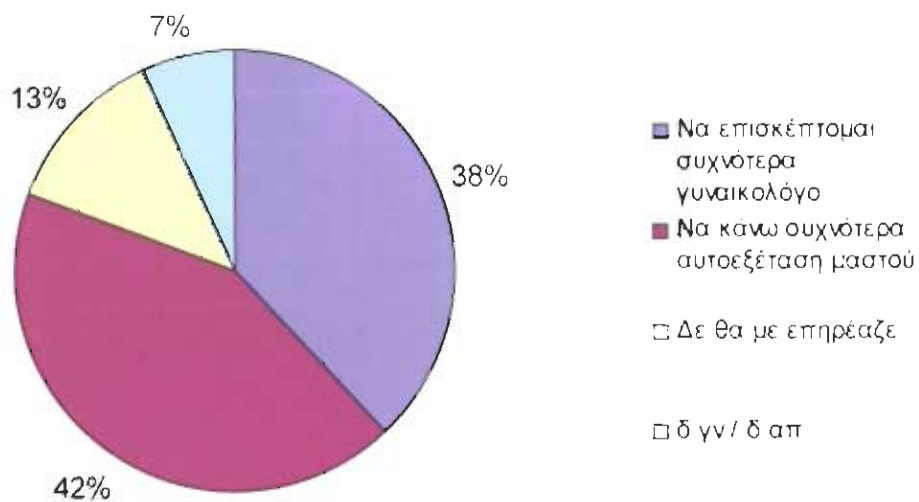
Η συλλογή δεδομένων διενεργήθηκε από το Δεκέμβριο του 2004 μέχρι και τον Ιανουάριο του 2005. Δόθηκαν 100 ερωτηματολόγια στις σπουδάστριες ΣΤ΄ και Ζ΄ Εξαμήνου της Νοσηλευτικής Αθηνών και άλλα 100 ερωτηματολόγια αντίστοιχα στη Νοσηλευτική της Πάτρας. Ζητήθηκε από τις σπουδάστριες να απαντήσουν με απόλυτη ειλικρίνεια και ανάλογη σοβαρότητα ώστε να περιοριστεί το ποσοστό λάθους. Υπήρξε προθυμία και ενδιαφέρον για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν επεστράφησαν σε ποσοστό 100%.

B. Αποτελέσματα

Από τις 200 σπουδάστριες οι οποίες ερωτήθηκαν αν είναι έγγαμες ή άγαμες, οι 23 με ποσοστό 12% είναι έγγαμες και οι 177 με ποσοστό 88% είναι άγαμες. Στην ερώτηση αν διαμένουν σε πόλη ή χωριό οι 167 (83%) μένουν σε πόλη και οι 33 (17%) σε χωριό. Το 73% του δείγματος είναι μέτριας οικονομικής κατάστασης, το 13% χαμηλής, το 7% υψηλής ενώ το υπόλοιπο 7% δεν γνώριζε ή δεν απάντησε. Τα παραπάνω αποτελέσματα δεν είναι δυνατόν να μας οδηγήσουν σε σημαντικά συμπεράσματα, που αφορούν τη θετική ή αρνητική επιρροή, που μπορεί να ασκήσει η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση και ο τόπος διαμονής μιας σπουδάστριας σε σχέση με την πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού.

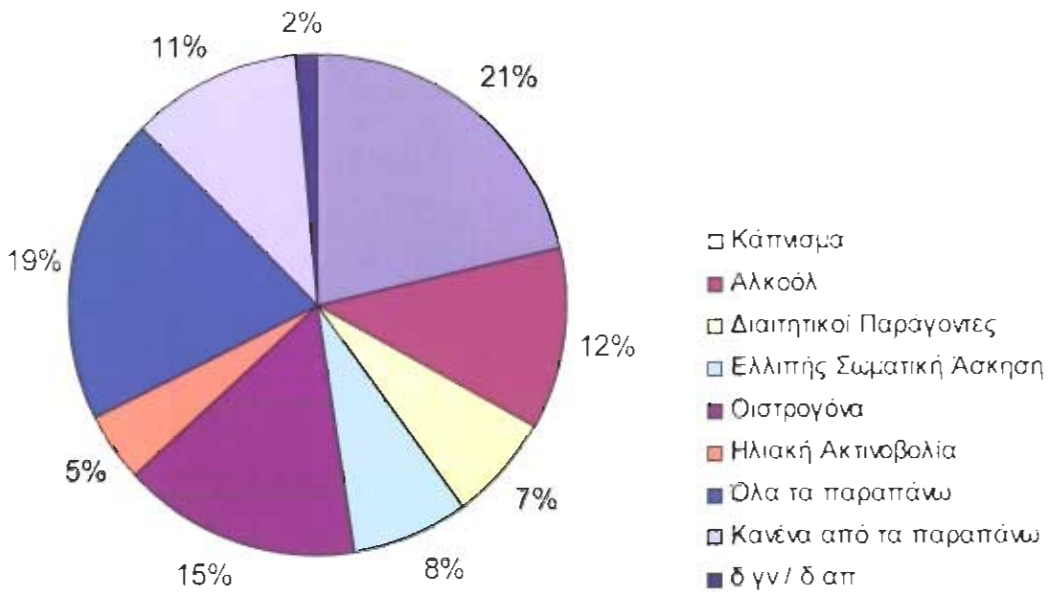
Παρακάτω παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας σε κυκλικά διαγράμματα.

Εάν κάποιος από το συγγενικό σας περιβάλλον είχε νοσήσει από καρκίνο του μαστού θα σας επηρέαζε στο



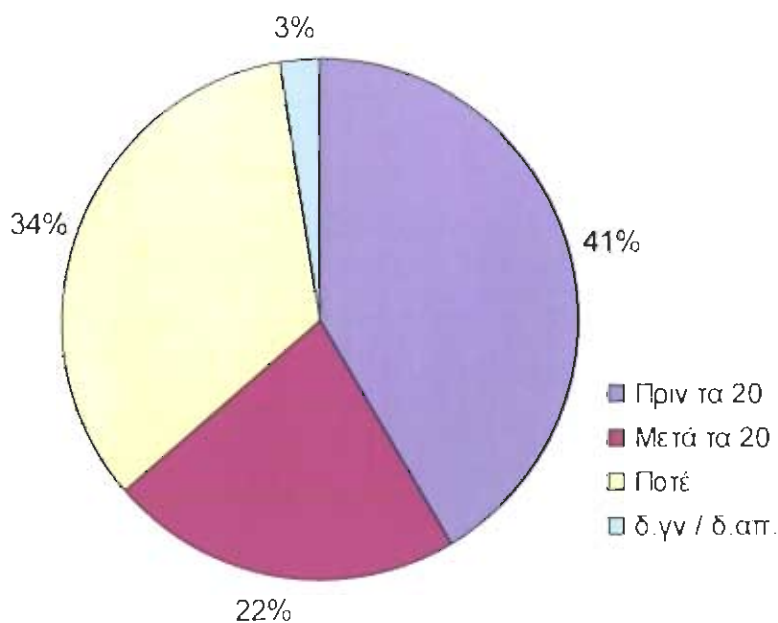
Στην παραπάνω ερώτηση οι 85 (42%) απάντησαν ότι θα έκαναν συχνότερα αυτοεξέταση μαστού, οι 76 (38%) ότι θα επισκέπτονταν συχνότερα το γυναικολόγο τους, οι 25 (13%) ότι δε θα επηρεάζονταν καθόλου και οι 14 (7%) δε γνώριζαν ή δεν απάντησαν. Παρατηρείται ότι οι περισσότερες θα έκαναν συχνότερα αυτοεξέταση μαστού.

Ποιούς από τους επιβαρυντικούς παράγοντες ανάπτυξης CA
μαστού αποφεύγετε;



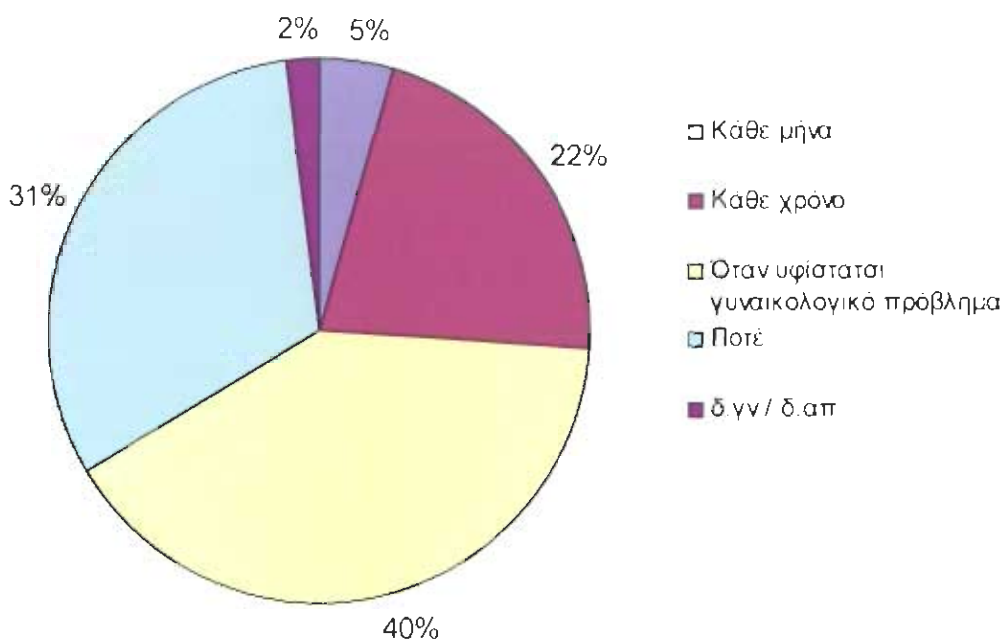
Βάσει του παραπάνω διαγράμματος οι 43 (21%) αποφεύγουν το κάπνισμα, οι 40 (19%) όλους τους επιβαρυντικούς παράγοντες, οι 31 (15%) τα οιστρογόνα, οι 23 (12%) το αλκοόλ, οι 22 (11%) δεν αποφεύγουν κανέναν από τους επιβαρυντικούς παράγοντες, οι 14 (8%) προσέχουν τη διατροφή τους, οι 15 (7%) ασκούνται σωματικά, οι 9 (5%) αποφεύγουν την ηλιακή ακτινοβολία και 3 (2%) δε γνώριζαν ή δεν απάντησαν. Το συντριπτικό ποσοστό (87%) αποδοκιμάζει τους παράγοντες που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού.

Πότε ήταν η πρώτη επίσκεψή σας σε
γυναικολόγο:



Για πρώτη φορά στο γυναικολόγο οι 83 (41%) σπουδάστριες πήγαν πριν τα 20, οι 68 (34%) δεν έχουν πάει ποτέ, οι 44 (22%) τον επισκέφτηκαν μετά τα 20 και οι 5 (3%) δε γνώρισαν ή δεν απάντησαν. Είναι αξιοσημείωτο ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν έχει επισκεφτεί ποτέ του γυναικολόγο.

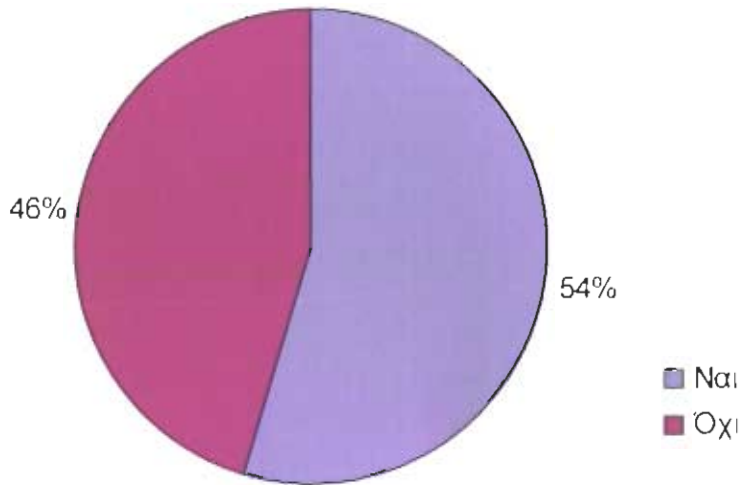
Κάθε πότε επισκέπτεστε το γυναικολόγο σας:



Οι 81 (40%) απάντησαν ότι επισκέπτονται το γυναικολόγο τους όταν υπάρχει κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα, οι 63 (31%) δεν τον

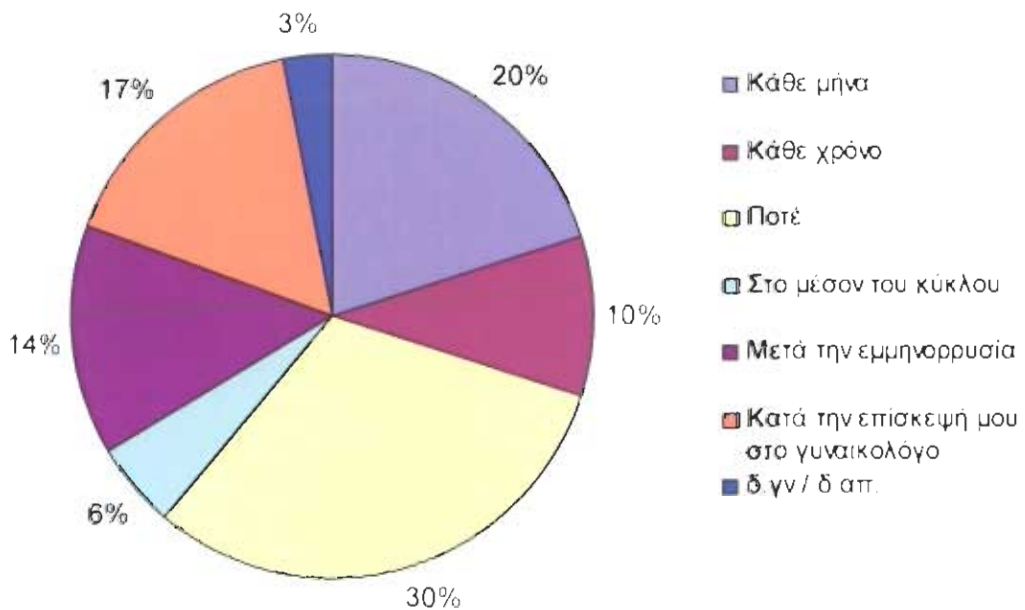
επισκέπτονται καθόλου, οι 43 (22%) τον επισκέπτονται κάθε χρόνο, οι 9 (5%) κάθε μήνα και 4 (2%) δε γνώριζαν ή δεν απάντησαν. Από τα παραπάνω ποσοστά φαίνεται ότι η πλειονότητα των ερωτηθεισών δεν επισκέπτεται συστηματικά το γυναικολόγο.

Κάνετε αυτοεξέταση μαστού:



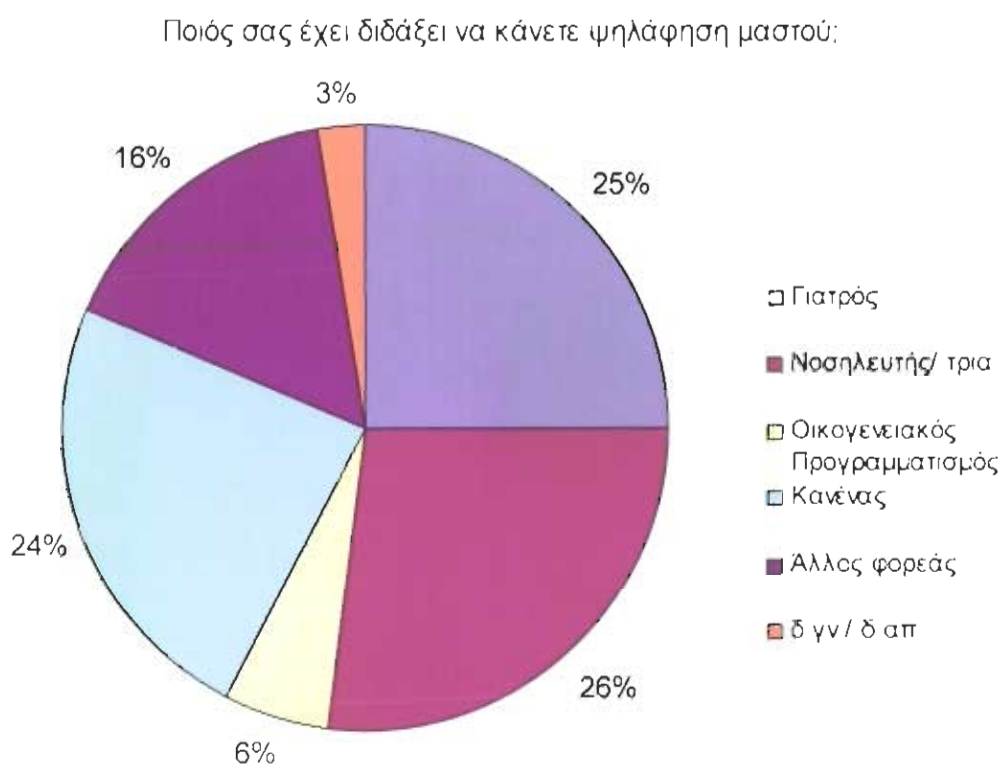
Το άνωθεν διάγραμμα δείχνει ότι 109 (54%) σπουδάστριες αυτοεξετάζουν το μαστό τους, και οι 91 (46%) δεν κάνουν ψηλάφηση. Σε αυτό το σημείο αξίζει να παρατηρηθεί ότι το ποσοστό που δεν κάνει αυτοεξέταση μαστού είναι εξίσου μεγάλο με αυτό που αυτοεξετάζεται.

Πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού:



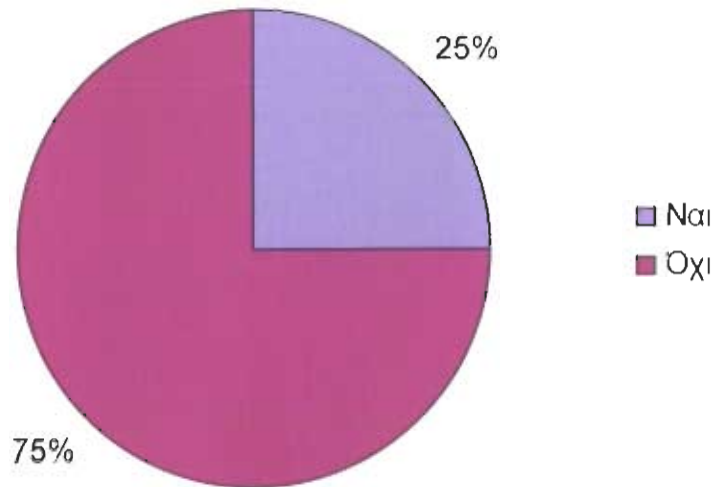
Από το πλήθος του δείγματος οι 62 (30%) που ερωτήθηκαν, απάντησαν ότι δεν κάνουν αυτοεξέταση μαστού, οι 40 (20%) ότι αυτοεξετάζονται κάθε

μήνα, οι 33 (17%) ότι τους γίνεται ψηλάφηση κατά την επίσκεψή τους στο γυναικολόγο, οι 28 (14%) ότι αυτοεξετάζουν το στήθος τους μετά την εμμηνορρυσία, οι 11 (6%) στο μέσο του κύκλου και 6 (3%) δε γνώριζαν ή δεν απάντησαν. Και πάλι επιβεβαιώνεται ότι το ποσοστό που δεν κάνει ψηλάφηση του μαστού είναι μεγάλο.



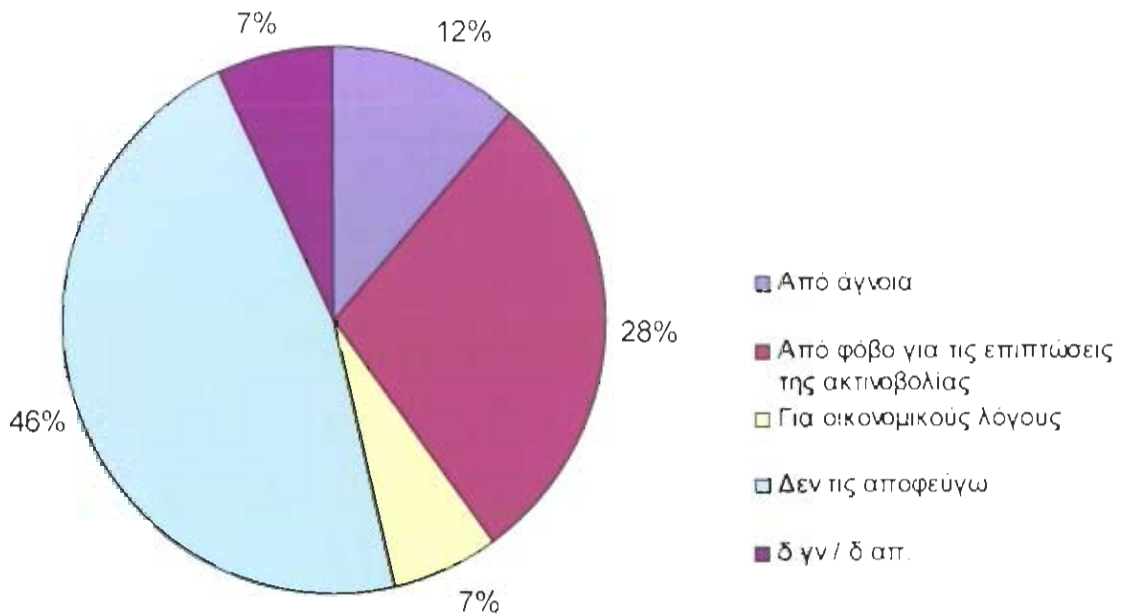
Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι 54 (26%) σπουδάστριες έχουν διδαχθεί να ψηλαφούν το μαστό τους από νοσηλεύτη/τρια, 50 (25%) από γιατρό, 48 (24%) από κανέναν, 32 (16%) από κάποιον άλλο φορέα, 11 (6%) από τον οικογενειακό προγραμματισμό και 5 (3%) δε γνώριζαν ή δεν απάντησαν. Είναι σημαντικό ότι η πλειονότητα έχει μάθει να αυτοεξετάζεται από επαγγελματίες του χώρου υγείας.

Έχετε κάνει προληπτικά μαστογραφία ή υπερηχογράφημα;



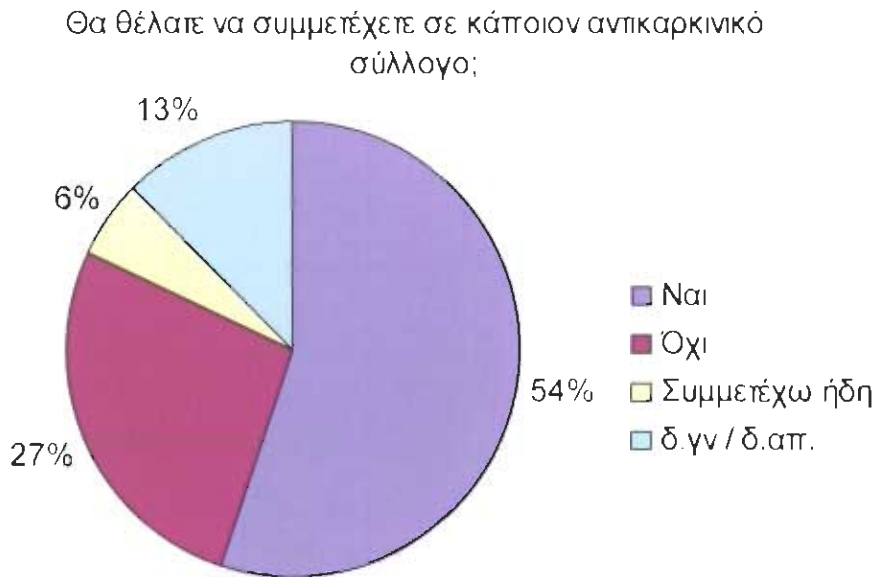
Από τα δεδομένα μας φαίνεται ότι 150 (75%) σπουδάστριες δεν έχουν κάνει μαστογραφία ή υπερηχογράφημα ενώ οι 50 (25%) έχουν κάνει. Το ποσοστό των γυναικών που δεν έχει υποστεί οποιαδήποτε απεικονιστική μέθοδο είναι συντριπτικό.

Για ποιο λόγο θα αποφεύγατε τις ακτινολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού;

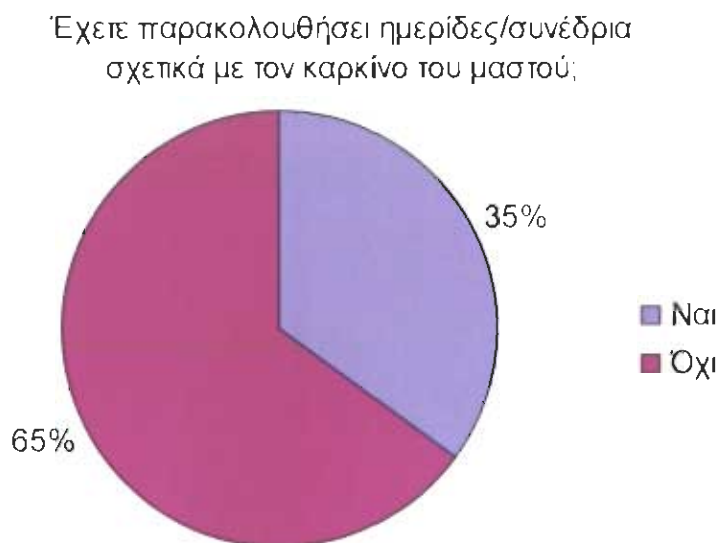


Το κυκλικό διάγραμμα δείχνει ότι 93 (46%) δεν θα απέφυγαν τις ακτινολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, 57 (28%) θα τις απέφυγαν από φόβο για τις επιπτώσεις της ακτινοβολίας, 50 (25%) από άγνοια, 14 (7%) για οικονομικούς λόγους και 13 (7%) δεν γνώριζαν ή δεν απάντησαν. Από τα αποτελέσματα συμπεραίνουμε ότι οι

περισσότερες σπουδάστριες δε θα απέφυγαν οποιεσδήποτε ακτινολογικές εξετάσεις προκειμένου να διαγνωστεί ο καρκίνος του μαστού.



Βάσει των αποτελεσμάτων 110 (54%) σπουδάστριες απάντησαν ότι θα ήθελαν να συμμετέχουν σε κάποιον αντικαρκινικό σύλλογο, 54 (27%) δε θα ήθελαν να συμμετέχουν, 25 (13%) δε γνώριζαν ή δεν απάντησαν και 11 (6%) συμμετέχουν ήδη. Προκαλεί εντύπωση το ποσοστό που θα επιθυμούσε να συμμετέχει σε κάποιον αντικαρκινικό σύλλογο.



Οι 130 (65%) από τις ερωτηθείσες δεν έχουν παρακολουθήσει ημερίδες / συνέδρια που αφορούν τον καρκίνο του μαστού ενώ οι 70 (35%) έχουν παρακολουθήσει. Η συμμετοχή των σπουδαστριών σε ημερίδες / συνέδρια είναι μικρή.

Γ. Συζήτηση

1. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι σπουδάστριες της νοσηλευτικής θα ανησυχούσαν για τον εαυτό τους εάν κάποιος από το συγγενικό τους περιβάλλον είχε νοσήσει από καρκίνο του μαστού και το γεγονός αυτό θα τις ωθούσε να αυτοεξετάζονται περισσότερο (42%) και να επισκέπτονται συχνότερα το γυναικολόγο τους (38%). Είναι μικρό το ποσοστό (13%), το οποίο δε θα επηρεαζόταν καθόλου από τη νόσηση κάποιου συγγενή τους και θα εξακολουθούσε να έχει τον ίδιο τρόπο ζωής και τις ίδιες συνήθειες. Γενικότερα όταν υπάρχει κρούσμα καρκίνου του μαστού στην οικογένεια αρχίζει να υπάρχει φόβος στους συγγενείς ότι και οι ίδιοι θα πάθουν καρκίνο πιστεύοντας δηλαδή ότι έχουν προδιάθεση . Ο φόβος δε, εντείνεται αν το συγγενικό πρόσωπο είναι πρώτου βαθμού.
2. Είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό ότι το 68% των σπουδαστριών αποφεύγει έναν από τους επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού. Το 21% αποφεύγει το κάπνισμα ενώ το 19% ούτε καπνίζει, ούτε κάνει χρήση αλκοόλ, γυμνάζεται ,δεν κάνει ηλιοθεραπεία , προσέχει τη διατροφή του, και δεν παίρνει οιστρογόνα. Εντύπωση βέβαια, προκαλεί, ότι το ποσοστό των γυναικών που αποφεύγει τα οιστρογόνα (15%), κυρίως σε μορφή αντισυλληπτικών δισκίων είναι τρίτο κατά σειρά ενώ ίσως θα περιμέναμε κάποιον άλλον επιβαρυντικό παράγοντα να βρίσκεται στη θέση του . Αυτό δείχνει ότι οι σπουδάστριες γνωρίζουν τον κίνδυνο πρόκλησης καρκίνου του μαστού ύστερα από μακροχρόνια λήψη οιστρογόνων. Τέλος το ποσοστό το οποίο δεν αποφεύγει κανένα από τους παραπάνω παράγοντες (11%) είναι πολύ μικρό, γεγονός που δε μας οδηγεί σε κάποιο συμπέρασμα.
3. Θα πρέπει να μας ανησυχεί ότι το 34% των σπουδαστριών δεν έχουν επισκεφθεί ποτέ γυναικολόγο, παρόλο που η έρευνα απευθύνεται κυρίως σε ηλικίες 20-22 ετών, κατά τις οποίες θα έπρεπε να έχει γίνει μια επίσκεψη στο συγκεκριμένο ιατρό έστω και για προληπτικούς λόγους .

Το ποσοστό είναι αποθαρρυντικό γιατί η έρευνα μας, αφορά μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας.

4. Με βάση τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει από τη διαδικασία των ερωτηματολογίων, το 63% των σπουδαστριών έχει επισκεφθεί έστω και μια φορά το γυναικολόγο. Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας ερώτησης, μόνο το 22% αυτών πηγαίνουν στο ιατρό τακτικά κάθε χρόνο, ενώ το 40% τον επισκέπτονται μόνο όταν υπάρχει κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα. Το 40% είναι ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό και μας προκαλεί έκπληξη, διότι από ό,τι φαίνεται ένα μέρος των υποψήφιων νοσηλευτριών δε ακολουθούν το δρόμο της πρόληψης, παρόλο που θα έπρεπε να τον υποστηρίζουν αφού έχει αποδειχθεί ότι η πρόληψη σώζει ζωές και σε ότι έχει σχέση με προβλήματα γυναικολογικά και σε ενδεχόμενα νοσήματα του μαστού. Μια γυναίκα σε τέτοια ηλικία θα έπρεπε μια φορά το χρόνο να επισκέπτεται το γυναικολόγο και να κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο. Το ποσοστό που δεν επισκέπτεται ποτέ το ιατρό (31%) είναι ανάλογο με αυτό του προηγούμενου ερωτήματος.
5. Το 54% των σπουδαστριών απάντησε ότι κάνει αυτοεξέταση μαστού ενώ το 46% ότι δε κάνει. Οι απαντήσεις χωρίζονται καθώς τα ποσοστά έχουν πολύ μικρή διάφορα μεταξύ τους. Η ψηλάφηση του μαστού πρέπει να γίνεται από όλες τις γυναίκες μετά την ηλικία των 18 ετών. Το 46% που δεν κάνει αυτοεξέταση μαστού πρέπει να μας προβληματίζει καθώς είναι μια τεχνική την οποία έχουμε διδαχθεί στην πράξη από τα εργαστηριακά μας μαθήματα και θεωρητικά από τα επιστημονικά βιβλία της γυναικολογίας. Επομένως αυτές οι νοσηλεύτριες δε μπορούν να επικαλεστούν άγνοια που δεν αυτοεξετάζονται, μπορούν όμως να μιλήσουν για αμέλεια, ή να θεωρούν ότι καλύπτονται από την ψηλάφηση που τους κάνει ενδεχομένως ο γυναικολόγος τους όποτε τον επισκέπτονται. Σε ανάλογη έρευνα που έλαβε χώρα σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το 1990, μελετήθηκαν 158 γυναίκες-επαγγελματίες υγείας, ηλικίας 23-61 ετών, των οποίων η «ακριβής γνώση» βρέθηκε να κυμαίνεται από 27-95%. Δεν προέκυψαν στατιστικώς

σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στο επίπεδο γνώσεων. Κανένα άτομο δεν γνώριζε όλες τις φάσεις της αυτοεξέτασης μαστού ούτε όλες τις ενδείξεις για τον καρκίνο του μαστού. Αν και 123 γυναίκες (77,8%) δήλωσαν ότι έκαναν αυτοεξέταση μαστού κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους (1990), μόνο 54 από αυτές (34,2%) την έκαναν τουλάχιστον μια φορά το μήνα. Δέκα εννέα γυναίκες (12%) ανέφεραν ότι δεν έχουν πραγματοποιήσει ποτέ αυτοεξέταση μαστού. Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ πρακτικής αυτοεξέτασης μαστού και της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης. Το επίπεδο γνώσης του μελετώμενου πληθυσμού δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητικό, δεδομένου ότι βασικές επαγγελματικές δραστηριότητες του περιλαμβάνουν κυρίως την πρωτογενή πρόληψη και την αγωγή υγείας. Παρά την καταγραφείσα τάση για θετική συμπεριφορά ως προς την αυτοεξέταση μαστού, η εφαρμογή δεν μπορεί να θεωρηθεί ούτε αποτελεσματική ούτε πλήρης, με συνέπεια οι γυναίκες να στερούνται τα οφέλη της μεθόδου.⁴⁴

6. Το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστριών (30%) δεν κάνουν αυτοεξέταση μαστού, ενώ στο 17% γίνεται η ψηλάφηση του μαστού τους από τον ιατρό. Το 20% κάνει αυτοεξέταση κάθε μήνα ενώ το 10% κάθε χρόνο. Επίσης θετικό είναι, ότι το 14% γνωρίζει ότι πρέπει να αυτοεξετάζεται μετά την εμμηνορρυσία και όχι κατά το μέσον του κύκλου όπως απάντησε το 6%. Γενικότερα υπάρχει μεγάλη διασπορά στα ποσοστά λόγω των πολλών επιλογών απάντησης που υπήρχαν στα ερωτηματολόγια. Εμείς θα πρέπει να σταθούμε στο γεγονός ότι οι περισσότερες σπουδάστριες δεν έχουν ψηλαφήσει το μαστό τους ποτέ, δηλαδή τα μέτρα πρόληψης που λαμβάνουν είναι μηδαμινά. Ίσως αυτό να οφείλεται στη μικρή ηλικία, που τους δίνει την πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μακριά τους. Η πεποίθηση όμως αυτή είναι λανθασμένη, διότι ο καρκίνος δεν διακρίνει ηλικίες. Εξάλλου η ψηλάφηση είναι

δυνατόν να μας προφυλάξει και από καλοήθεις νόσους του μαστού, οι οποίες πρέπει να διαγιγνώσκονται εγκαίρως και να θεραπεύονται.

7. Το μεγαλύτερο ποσοστό των σπουδαστριών (51%) έχει διδαχθεί να αυτοεξετάζει το μαστό του από επαγγελματίες υγείας. Το αποτέλεσμα αυτό μας χαροποιεί ιδιαίτερα καθώς η διδασκαλία έγινε από ανθρώπους που είναι καταρτισμένοι επιστημονικά και που έχουν την απαραίτητη εμπειρία. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές είναι οι πλέον κατάλληλοι για να λύσουν απορίες και να διορθώσουν τυχόν λάθη μας κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης. Ένα επίσης μεγάλο ποσοστό σπουδαστριών (24%) αναφέρει ότι δεν έχει μάθει από κανένα να αυτοεξετάζεται. Είναι επομένως αυτοδίδακτες γεγονός που μπορεί να τις οδηγήσει σε λανθασμένη ψηλάφηση, δηλαδή είτε να αυτοεξετάζονται κατά την εμμηνορρυσία, όπου ο μαστός είναι διογκωμένος και να πιστεύουν ότι ανακάλυψαν μικρά ογκίδια, είτε να έλκουν το μαστό ανάμεσα στα δάκτυλα τους ενώ τα δάκτυλα θα πρέπει να είναι τεντωμένα, είτε να αυτοεξετάζονται συχνότερα από ότι ενδείκνυται γεγονός που θα τις οδηγήσει σε πιθανή καρκινοφοβία. Η αυτοδίδαξη επομένως προκαλεί ημιμάθεια και αυτή με τη σειρά της γίνεται επικίνδυνη για την υγεία μας.
8. Συντριπτικό είναι το ποσοστό των σπουδαστριών (75%) που δήλωσε ότι δεν έχει κάνει μαστογραφία ή υπερηχογράφημα ενώ το υπόλοιπο (25%) φαίνεται ότι έχει υποβληθεί σε κάποιες από τις παραπάνω απεικονιστικές εξετάσεις, είτε προληπτικά λόγω οικογενειακού ιστορικού που σχετίζεται με τον καρκίνο, είτε για τη διάγνωση κάποιας άλλης μαστοπάθειας .
9. Η πλειοψηφία του δείγματος (46%) απάντησε ότι δε θα απέφευγε τις ακτινολογικές εξετάσεις προκειμένου να υπάρξει έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Παρολ'αυτά, το 47% θα τις απέφευγε για κάποιο λόγο και κυρίως επειδή φοβάται τις επιπτώσεις της ακτινοβολίας (28%) και από άγνοια(12%). Η άγνοια δε δικαιολογείται στον κλάδο της νοσηλευτικής καθώς είναι γνωστό ότι το μικρό ποσοστό ακτινοβολίας το οποίο λαμβάνουμε κατά τη διάρκεια της εξέτασης είναι απολύτως

ασφαλές, ελεγχόμενο και αμελητέο μπροστά στο μεγαλείο της έγκαιρης διάγνωσης .

10. Υπάρχει μεγάλη προθυμία από τις σπουδάστριες να συμμετέχουν σε κάποιον αντικαρκινικό σύλλογο (54%) γεγονός που μας δείχνει ότι ενδιαφέρονται πραγματικά να βοηθήσουν γυναίκες καρκινοπαθείς και να συμμετέχουν ενεργά στον αγώνα κατά του καρκίνου, ενημερώνοντας το γυναικείο πληθυσμό για τα πρόσφατα επιστημονικά επιτεύγματα αλλά και για τη σημασία της πρόληψης .
11. Η πλειοψηφία των σπουδαστριών (65%) δεν ενδιαφέρεται για τις επιστημονικές εξελίξεις και για την πρόοδο που έχει γίνει στο θέμα του καρκίνου του μαστού καθώς μόνο το 35% αυτών έχει παρακολουθήσει συνέδρια ή ημερίδες σχετικά με τη νόσο. Μέσω των επιστημονικών ανακοινώσεων που γίνονται στα συνέδρια, η γνώση μας εμπλουτίζεται και η κατάρτιση μας συμπληρώνεται από σύγχρονες μελέτες και έρευνες. Επομένως είναι απαραίτητο να παρακολουθούμε τις εξελίξεις που υπάρχουν για τον καρκίνο του μαστού, διότι τα δεδομένα αλλάζουν καθημερινά και η επιστήμη προχωρά ανακαλύπτοντας καινούργιους δρόμους διάγνωσης, θεραπείας και πρόληψης.

Δ. Προτάσεις

Από την έρευνα προκύπτει ότι στους περισσότερους τομείς πρόληψης οι σπουδάστριες της Νοσηλευτικής υστερούν σημαντικά. Παρόλο που οι επιστημονικές τους γνώσεις θα έπρεπε να είχαν απομυθοποιήσει τις φοβίες και τις προκαταλήψεις τους, παρατηρούμε ότι ισχύει εντελώς το αντίθετο. Οι νέες γυναίκες δεν αυτοεξετάζονται, αμελούν να επισκέπτονται το γυναικολόγο τους και έχουν ενδοιασμούς να υποβληθούν σε διαγνωστικές εξετάσεις.

Πρέπει να ευαισθητοποιήσουμε περισσότερο τις συναδέλφους μας τονίζοντάς τους ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια μοντέρνα νόσος και θα πρέπει να είναι ενημερωμένες και ψυχολογικά έτοιμες όταν έρθουν αντιμέτωπες με αυτήν. Σε αυτό ίσως να βοηθούσαν γυναίκες που νόσησαν από καρκίνο του μαστού και οι οποίες θα μας εξιστορούσαν την εμπειρία τους και τον τρόπο με τον οποίο κατάφεραν να βγουν νικήτριες από τη μάχη με τη νόσο. Η παρουσία τους δε θα μας προκαλούσε λύπη αλλά θα μας προβλημάτιζε και θα μας πείσμωνε περισσότερο προκειμένου να βρούμε τρόπους περιορισμού του καρκίνου.

Επίσης η συμμετοχή μας σε αντικαρκινικούς συλλόγους και εταιρείες, η οργάνωση ομάδας, που θα απαρτίζεται από σπουδάστριες και θα έχει σαν σκοπό την ενημέρωση των γυναικών για τον καρκίνο του μαστού, τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε κατ' οίκον επισκέψεις, θα μας ενεργοποιούσε, θα μας αφύπνιζε και θα μας προσέδιδε μέγιστη ικανοποίηση, καθώς δε θα στεκόμασταν αδρανείς και άπραγες μπροστά σε ένα τόσο μεγάλο πρόβλημα. Επιπλέον δεν θα πρέπει να μας αφήνουν αδιάφορες ούτε επιστημονικά έντυπα όπως περιοδικά, εφημερίδες και βιβλία που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, ούτε τηλεοπτικές εκπομπές, συζητήσεις και ντοκιμαντέρ με ομιλητές που είναι έγκριτοι επιστήμονες, ούτε συνέδρια, συμπόσια και ημερίδες από όπου πληροφορούμαστε τις πιο πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις της νόσου.

Είναι επομένως σημαντικό από αυτή την ηλικία, ως σπουδάστριες ακόμα να αδράξουμε τα ερεθίσματα που μας δίνονται καθημερινά και να τα εκμεταλλευτούμε κατάλληλα ώστε να βοηθήσουμε τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού να βγουν ψυχοσωματικά ακέραιες και υγιείς.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια γυναικεία κατά κύριο λόγο νόσος, η οποία τείνει να μετατραπεί σε μάστιγα του σύγχρονου κόσμου.

Η ιατρική με τις συνεχείς ερευνητικές της προσπάθειες είναι πλέον σε θέση να εντοπίζει τις ομάδες πληθυσμού υψηλής επικινδυνότητας για νόσηση από καρκίνο του μαστού. Το επίτευγμα αυτό είναι τεράστιας σημασίας καθώς το δείγμα στο οποίο πρέπει να ενταθούν τα μέτρα πρόληψης συγκεκριμενοποιείται, με άμεσο αποτέλεσμα ο αγώνας της ιατρικής κατά της νόσου να γίνεται πιο αποτελεσματικός. Σε αυτό συμβάλλει και η νοσηλευτική, που έχει αναλάβει το σημαντικό έργο της ενημέρωσης, της φροντίδας, αλλά και της ψυχοκοινωνικής στήριξης των ασθενών. Η συνεργασία επομένως ιατρικής και νοσηλευτικής μας γεμίζει με ελπίδες για απόλυτη θεραπεία της νόσου και για μείωση των κρουσμάτων της. Στην παρούσα εργασία έγινε μια σφαιρική προσέγγιση της νόσου τόσο από ιατρικής και νοσηλευτικής όσο και από ψυχολογικής και κοινωνικής πλευράς. Στόχος μας ήταν να γίνει η καταγραφή των πρόσφατων επιστημονικών εξελίξεων και να ανακαλύψουμε με διακριτικότητα τα προληπτικά μέτρα που λαμβάνουν νεαρές γυναίκες. Τέλος θα θέλαμε να στείλουμε ένα μήνυμα σε όλες τις υγιείς γυναίκες, μα κυρίως στις μελλοντικές νοσηλεύτριες, που θα πρέπει να επιδεικνύουν ευαισθησία και κατανόηση στις πάσχουσες από καρκίνο του μαστού. Οφείλουμε να βοηθήσουμε τις γυναίκες που περνούν αυτήν τη δοκιμασία να βγουν δυνατές και ψυχικά ακέραιες από αυτήν. Ας μην αποστασιοποιούμαστε από το πρόβλημα. Είναι κάτι που μας αφορά όλους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΤΟΝ CA ΜΑΣΤΟΥ

1. Εξάμηνο :
2. Είστε : α. έγγαμη β. άγαμη
3. Τόπος διαμονής σας : α. πόλη β. χωριό
4. Η οικονομική σας κατάσταση είναι : α. υψηλή
β. μέτρια
γ. χαμηλή
δ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ
5. Εάν κάποιος από το συγγενικό σας περιβάλλον είχε νοσήσει από καρκίνο του μαστού θα σας επηρέαζε στο :
α. να επισκέπτεσθε συχνότερα το γυναικολόγο σας
β. να κάνετε συχνότερα αυτοεξέταση μαστού
γ. δε θα σας επηρέαζε καθόλου
δ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ
6. Ποιους από τους επιβαρυντικούς παράγοντες ανάπτυξης CA μαστού αποφεύγετε ;
α. κάπνισμα
β. αλκοόλ
γ. διαιτητικοί παράγοντες
δ. ελλιπής σωματική άσκηση
ε. οιστρογόνα
στ. ηλιακή ακτινοβολία
ζ. όλα τα παραπάνω
η. κανένα από τα παραπάνω
θ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ

7. Πότε ήταν η πρώτη επίσκεψη σας σε γυναικολόγο;
- α. πριν τα 20 ί
 - β. μετά τα 20 ί
 - γ. ποτέ ί
 - δ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ ί
8. Κάθε πότε επισκέπτεσθε το γυναικολόγο σας;
- α. κάθε μήνα ί
 - β. κάθε χρόνο ί
 - γ. όταν υφίσταται γυναικολογικό πρόβλημα ί
 - δ. ποτέ ί
 - ε. δε γνωρίζω/δεν απαντώ ί
9. Κάνετε αυτοεξέταση μαστού ;
- α. ναι ί
 - β. όχι ί
10. Πότε κάνετε αυτοεξέταση μαστού;
- α. κάθε μήνα ί
 - β. κάθε χρόνο ί
 - γ. ποτέ ί
 - δ. στο μέσον του κύκλου ί
 - ε. μετά την εμμηνορρυσία ί
 - στ. κατά την επίσκεψη μου στο γυναικολόγο ί
 - ζ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ ί
11. Ποιος σας έχει διδάξει να κάνετε ψηλάφηση μαστού;
- α. ιατρός ί
 - β. νοσηλεύτης/ρια ί
 - γ. οικογενειακός προγραμματισμός ί
 - δ. κανένας ί
 - ε. άλλος φορέας ί
 - στ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ ί

12. Έχετε κάνει προληπτικά μαστογραφία ή υπερηχογράφημα;
α. ναι β. όχι
13. Για ποιο λόγο θα αποφεύγατε τις ακτινολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού;
α. από άγνοια
β. από φόβο για τις επιπτώσεις της ακτινοβολίας
γ. για οικονομικούς λόγους
δ. δεν τις αποφεύγω
ε. δε γνωρίζω/δεν απαντώ
14. Θα θέλατε να συμμετέχετε σε κάποιον αντικαρκινικό σύλλογο;
α. ναι
β. όχι
γ. συμμετέχω ήδη
δ. δε γνωρίζω/δεν απαντώ
15. Έχετε παρακολουθήσει ημερίδες/συνέδρια σχετικά με τον καρκίνο του μαστού;
α. ναι β. όχι

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελάτου, Μουτσαφτσής «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 4
2. Χατζηγεωργίου «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής », 16(6), 1999
3. Δελμούζου Έφη (Ανθρωπολόγος της Υγείας) Περ. «Health», 2001
4. Ελληνική Ιατρική, 60(4), 1994
5. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία «Μετευκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσ/κής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας» - Αθήνα 2001
6. Ιατρική, Τόμος 73, 1998
7. Κακλαμάνης Β., Περ.«Ιατρική», Τόμος 8, 2004
8. Κακλαμάνης Ν. – Α.Καμμά , «Η Ανατομική του ανθρώπου», 1998
9. Κορδιολής Ν. «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 40, 2004
10. Μαλγαρινού – Κωνσταντινίδου, «Νοσηλευτική», Τόμος 2, 1997
11. Μαρκόπουλος Χρ.(Επικ.Καθ.Χειρουργικής), Περ.«Ιατρικός Τύπος»,2002
12. Μοσχονάς Ν.(Καθ.Μοριακής Βιολογίας), Εφ. «Το Βήμα», 1999
13. Παπαδόπουλος Γ. «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 30, 1994
14. Παπανικολάου, «Γυναικολογία», 1994
15. Πετρίδης Α. «Εγχειρίδιο Χειρουργικής», 2001
16. Ρηγάτος Γ. «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 37, 2001
17. Σακοράφας Γ. Περ.«Ιατρική», Τόμος 80, 2001
18. Σανίδας Η. «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 31, 1995
19. Σαχίνης Αν. –Πάνου Μ. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσ/κή Νοσηλευτικές Διαδικασίες», Τόμος 1-2, 2002
20. Σκαπινάκης Π.(MD, MPH), Περ.»Health», 2000
21. Σπηλιώτης Ι. «Καρκίνος: από την άγνοια ... στον φόβο», 1999
22. Συνέδριο Αμερικανικής Εταιρίας Θεραπευτικής Ακτινολογίας και Ογκολογίας, Οκτ. 2003
23. Χαλαζωνίτης Αν. «Ελληνική Ογκολογία», Τόμος 33, 1997
24. Abenaa Brewster and Kathy Helzlsouer, «Current Opinion in Oncology»
25. Ganz Patricia (MD), «CA, A Cancer Journal For Civilians», 2002
26. Sivesind Debra, « Breast Cancer», 2003

27. Vogel V. ,«Palliative And Supportive Care Of Advanced Cancer», 2001
28. Εφημ. «International Journal of Cancer», Αυγ. / 2003
29. Εφημ. «British Journal of Cancer», Φεβ. / 2002
30. Εφημ. «British Journal of Cancer», Οκτ. / 2001
31. Εφημ. «American Journal of Epidemiology», Ιαν. / 2001
32. Εφημ. «Journal of the National Cancer Institute», Αυγ. / 2003
33. Εφημ. «Journal of the National Cancer Institute», Οκτ. / 2001
34. Περ. «Cancer», Οκτ./ 2003
35. Περ. «Cancer», Δεκ. / 2003
36. Περ. «Lancet», Οκτ. / 2001
37. Περ. «Lancet», Αυγ. / 2002
38. Περ. «Lancet», Ιαν. / 2003
39. Περ. «Annals of Internal Medicine», Νοε. / 2002
40. Τρίκας Π. «Στρεσογόνα Γεγονότα Ζωής, Συμπεριφοράς και Ανάπτυξης Καρκίνου», 1997
41. Κολύβας Ν. «Νοσοκομειακά Χρονικά», Τόμος 50, 1988
42. Τσούσκας Λ. «Ελληνική Ιατρική», Τόμος 60, 1994
43. Εφημ. «Καθημερινή», Δεκ. / 2004
44. Χλιαουτάκης Ι. «Ιατρική», Τόμος 64, 1993

