

Α.Τ.Ε.Ι.ΘΑΤΡΑΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΓΡΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
-ΠΕΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ-

ΘΕΜΑ: "Ο Νοσηλεύτης στην Πρόληψη και στη Διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού"



Σπουδάστριες: Καραϊσκού Κατερίνα
Κοντοπάνου Ιωάννα

Εισηγήτρια: Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

Πάτρα
-2005-

*«Καλύτερα να προλαβαίνεις
την ισορροπία της υγείας σου,
παρά να θεραπεύεις την αρρώστια σου»*

ΙΠΠΙΟΚΡΑΤΗΣ



Περιεχόμενα

<i>Πρόλογος</i>	4
<i>Εισαγωγή</i>	5
<i>Ιστορική Αναδρομή</i>	12
Κεφάλαιο 1°	
1.1 Ανατομία του Μαστού	15
1.2 Φυσιολογία του Μαστού	17
Κεφάλαιο 2°	
2.1 Ορισμός	19
2.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία	20
2.3 Προδιαθεσικοί Παράγοντες	21
Κεφάλαιο 3°	
3.1 Εξέλιξη του Καρκίνου του Μαστού	26
3.1.1 Ιστολογία-Ιστολογικοί Τύποι	26
3.2 Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού	28
3.3 Εντόπιση	29
Κεφάλαιο 4°	
4.1 Κλινική Εικόνα-Συμπτωματολογία	31
4.2 Διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού	32
4.2.1 Κλινική Διάγνωση-Έλεγχος	32
4.2.2 Απεικονιστική Διάγνωση	33
4.2.3 Εργαστηριακή Διάγνωση	36
4.2.4 Το Σύνθημα Check-Up	37
Κεφάλαιο 5°	
5.1 Θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού	39
5.1.1 Χειρουργική Θεραπεία	39
5.1.2 Ακτινοθεραπεία	41
5.1.3 Χημειοθεραπεία	43
5.1.4 Ορμονοθεραπεία	44
5.1.5 Ανοσοθεραπεία	44
5.1.6 Άλλες Θεραπείες	45
5.2 Νοσηλευτική Παρέμβαση στις Θεραπευτικές Μεθόδους	45
5.2.1 Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα	45
5.2.2 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα	46
5.3 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την Χημειοθεραπεία	49
5.4 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την Ακτινοθεραπεία	50
5.5 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την ορμονοθεραπεία	51

Κεφάλαιο 6°

6.1 Επιπλοκές του Ca του Μαστού	54
6.1.1 Υποτροπές κατά και μετά την Θεραπεία	54
6.1.2 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα	56
6.2 Πρόγνωση του Ca του Μαστού	57

Κεφάλαιο 7°

7.1 Ψυχολογική Υποστήριξη της Ασθενούς	59
7.2 Αποκατάσταση του Πάσχοντος από Ca του μαστού	61
7.2.1 Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση	61
7.2.2 Σωματική Αποκατάσταση	61

Κεφάλαιο 8°

8.1 Εγκυμοσύνη και Καρκίνος του Μαστού	66
8.2 Ο Ca Μαστού στο Άνδρα	66

Κεφάλαιο 9°

9.1 Πρόληψη	68
9.1.1 Πρωτογενής Πρόληψη	68
9.1.2 Δευτερογενής Πρόληψη	68
9.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη	70
9.2.1 Διδασκαλία Αυτοεξέτασης του Μαστού	70

Ειδικό Μέρος-Έρευνα

1.Υλικό&Μέθοδος	73
2.Αποτελέσματα	74
3.Συζήτηση	113
4.Συμπεράσματα- Προτάσεις	116

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	117
-----------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	119
---------------------	------------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια μάστιγα για το δυτικό κόσμο. Είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες και προσβάλλει κάθε χρόνο πολλά εκατομμύρια σε όλο τον πλανήτη. Στην Ελλάδα εμφανίζονται περίπου 3500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο.

Η ιατρική επιστήμη μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γιατρέυοντας κάποιες μορφές καρκίνου, όμως ο καρκίνος του μαστού συνεχίζει το δολοφονικό του έργο σχεδόν αδιαφορώντας για την πρόοδο. Βέβαια υπάρχουν αυτή τη στιγμή τρόποι να περιορισθεί η μάστιγα, όχι όμως και να λυθεί το πρόβλημα αφού την αιτία του την αγνοούμε.

Ξέρουμε καλά σήμερα ότι αν ένας καρκίνος του μαστού βρεθεί σε μία προληπτική μαστογραφία πριν γίνει επιθετικός (διηθητικός) και μάλιστα πριν καν γίνει ψηλαφητός και αφαιρεθεί χειρουργικά (στάδιο *in situ*), τότε γιατρέυεται οριστικά. Αν εξαιρέσουμε τις εξαρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνου, για τις οποίες ούτως ή άλλως δεν μπορεί η ιατρική να προσφέρει και πολλά, θα ήταν δυνατόν, σε έναν τέλειο κόσμο, να ελαττώσουμε τους θανάτους από καρκίνο του μαστού, αποπλίζοντάς τον, σημαδεύοντας το τέρας κατευθείαν στην καρδιά, με ένα βέλος που να γράφει στην αιχμή του **ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**, ένα βέλος που ο καρκίνος το τρέμει.

Όμως δυστυχώς, δεν ζούμε στον τέλειο κόσμο. Έχουμε πολλά προβλήματα να επιλύσουμε. Ένα μέρος του πλανήτη πεινάει, ακόμα και στις πολιτισμένες χώρες. Φαίνεται ότι παρά το ότι οι τεχνικές δυνατότητες υπάρχουν, απέχουμε ακόμα πολύ από ένα τέτοιο στόχο.

Η εργασία μας, με θέμα: **«Ο Νοσηλευτής στην Πρόληψη και τη Διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού»**, έχει ως σκοπό την διαφώτιση του κοινού και την προβολή των τεχνικών πρόληψης, ώστε να μειώσουμε όσο το δυνατόν περισσότερο τις πιθανότητες επαφής, με αυτή την θανατηφόρα ασθένεια που λέγεται...

«ΚΑΡΚΙΝΟΣ»

Καραϊσκού Κατερίνα
Κοντοπάνου Ιωάννα

Αντί Εισαγωγής

Γιατρός συζητά για τον Ca μαστού

Γυναίκα: Γιατρέ μου, τι γίνεται με το πρόβλημα του καρκίνου του μαστού; Καθημερινά γράφονται, λέγονται και μεταδίδονται τόσα πολλά...

Γιατρός: Αν και αυτό είναι ίσως ενοχλητικό ή ανησυχητικό για σας ή ακόμα και δυσάρεστο, εν τούτοις είναι σωστό αυτό που γίνεται. Η εντόπιση Ca του μαστού στις γυναίκες, είναι στις περισσότερες χώρες του κόσμου, η συχνότερη κακοήθης νεοπλασία στο σύνολο του πληθυσμού και αποτελεί το 20%, περίπου, όλων των περιπτώσεων καρκίνου που προσβάλλουν τις γυναίκες. Σήμερα για παράδειγμα στις ΗΠΑ συγκεκριμένα, σε κάθε είκοσι γυναίκες, κατά τη διάρκεια της ζωής τους, η μία θα πάθει κάποτε καρκίνο του μαστού.

Τελευταία, έχουν γίνει σημαντικές διαγνωστικές και θεραπευτικές πρόοδοι, ώστε να επιτυγχάνεται περισσότερο έγκαιρα, τόσο η επισήμανση όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Τούτο θα έχει σαν αποτέλεσμα την κάποια αύξηση βέβαια των εκατοστιαίων ποσοστών ίσεων. Παρ' όλα όμως αυτά τα εκατοστιαία ποσοστά θανάτων από καρκίνο του μαστού, μεταξύ του συνόλου γυναικείου πληθυσμού, όχι μόνο δεν ελαττώθηκαν, αλλά παραμένουν υψηλά και μπορούμε να πούμε, ότι από χρόνο σε χρόνο αυξάνονται.

Γυναίκα: Έτσι λοιπόν; Απ' το ένα μέρος προχωρούμε με βήμα σημειωτόν για την πιο έγκαιρη επισήμανση και την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού κι από τ' άλλο αυξάνει ο αριθμός των γυναικών που προσβάλλονται απ' αυτόν; Και ποιος φταίει τελικά για όλη αυτή την καθυστέρηση στην καταπολέμηση του καρκίνου αυτού;

Γιατρός: Πολλά φταίνε. Κι εμείς οι ειδικοί γιατροί, κι οι ίδιες οι άρρωστες, κι η ίδια η αρρώστια, που για άγνωστους λόγους, αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισής της. Υποστηρίζεται από μερικούς επιστήμονες, ότι αυτό οφείλεται, κυρίως, στην αύξηση του μέσου χρόνου ζωής των γυναικών και στο γεγονός, ότι συχνότερα προσβάλλονται οι μεγάλες ηλικίες, ενώ κάτω από την ηλικία των 25 χρόνων ο καρκίνος του μαστού παραμένει σπάνιος.

Κι όμως, όλο το κακό διαδραματίζεται μπροστά στα μάτια της ίδιας της άρρωστης, συχνά του συζύγου και πολλών συγγενών, κι ακόμα του γιατρού τους. Ο μαστός, όπως είναι γνωστό, είναι ένα μαλακό όργανο που προβάλλει στην επιφάνεια του θώρακα, που εύκολα μπορεί να επισκοπείται και κυρίως να ψηλαφηθεί και έτσι σχετικά εύκολα να διαπιστώνεται η παρουσία του πρώτου, κυριότερου και συχνότερου συμπτώματος, δηλαδή της διόγκωσης στο μαστό. Τη διαπίστωση αυτή, σχετικά εύκολα, μπορεί να την κάνει τόσο κάθε γιατρός όσο και η ίδια η γυναίκα.

Παρ' όλα αυτά, καθημερινό είναι το γεγονός να προσέρχονται γυναίκες με όγκο στο μαστό σε μέγεθος αυγού κότας ή πορτοκαλιού, ο οποίος μπορεί να προεξέχει καθαρά στην επιφάνειά του και μάλιστα η άρρωστη, συχνότατα να ομολογεί με ιδιαίτερο φόβο ή τρόμο, ότι στο μαστό της τον όγκο τον έχει διαπιστώσει εδώ και μήνες.

Για την παραμονή λοιπόν των ίδιων εκατοστιαίων ποσοστών ίσεων πρώτη αιτία θεωρείται η αδυναμία μας να εκπαιδεύσουμε τις γυναίκες. Η αδυναμία μας ακόμα να τις πείσουμε ότι αφού περάσουν την ηλικία των 30 περίπου ετών, κάθε μήνα να ερευνούν μόνες τους το στήθος τους, για τυχόν διαπίστωση παρουσίας διόγκωσης στο μαστό. Κι ακόμα, κύρια αιτία είναι η αδυναμία μας, σαν ειδικοί, να πείσουμε και τον κάθε γιατρό, ότι κι αυτός είναι από τους κύριους υπεύθυνους για την αργοπορία της διάγνωσης.

Προσωπικά, νομίζουμε ότι κάθε γιατρός που εξετάζει, για οποιοδήποτε λόγο, οποιαδήποτε γυναίκα, πρέπει να εξετάζει και τους μαστούς της, και μάλιστα τόσο επιμελέστερα όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι η γυναίκα αυτή. Έχουμε την προσωπική πείρα, ότι δεκάδες φορές εξετάστηκαν ιατρικά γυναίκες που είχαν όχι διόγκωση αλλά και εξηλωμένο καρκίνο στο

μαστό, χωρίς ο γιατρός να τον επισημάνει, αφού όχι ψηλάφηση του μαστού δεν έκανε αλλά ούτε και επισκόπηση!

Φταίμε, βέβαια, εμείς οι ειδικότεροι στο πρόβλημα του καρκίνου του μαστού, που δεν πείσαμε τους μη ειδικούς γιατρούς, ότι πρέπει να εξετάζουν τους μαστούς κάθε γυναίκας. Κι ακόμα, φταίμε γιατί δεν τους διδάξαμε ποια είναι τα κλινικά σημεία του καρκίνου αυτού και πως να τ' αναζητούν για να τα βρίσκουν, όταν υπάρχουν.

Γυναίκα: Σαν να με ζαλίσατε λίγο γιατρέ μου με κατανομή ευθυνών και με απαισιοδοξίες. Πέστε μου απλά και καθαρά, με κάποια σειρά, τι πρέπει να κάνω εγώ για να προλάβω ή έγκαιρα να επισημάνω την ανάπτυξη του καρκίνου στο μαστό μου.

Γιατρός: Έχετε δίκιο. Με τη λαχτάρα και τα πολλά που έχω να σας πω και που τα νομίζω μάλιστα, όλα σπουδαία και άμεσα αναγκαία για να σας βοηθήσουν εναντίον της νεοπλασίας αυτής, έχασα τον προσανατολισμό μου.

Προσέξτε. Δεν έχει βρεθεί στις γυναίκες κανένας σαφής αιτιολογικός παράγοντας, όπως π.χ. έχει βρεθεί σε ορισμένα πειραματόζωα ένας ιός που προκαλεί και μεταδίδει τον καρκίνο του μαστού στους αρουραίους. Τα μόνα που έχουν διαπιστωθεί, και αυτά μόνο στατιστικά, είναι τα εξής κυριότερα: Οι άτεκνες γυναίκες είναι πιο ευάλωτες -ευαίσθητες- ως πούμε-στην ανάπτυξη του Ca του μαστού παρά οι γυναίκες που έχουν κάνει παιδιά. Όσο περισσότερες οι εγκυμοσύνες, κι όσο σε μικρότερη ηλικία έγινε η πρώτη εγκυμοσύνη, τόσο μικρότερος ο κίνδυνος από τη νεοπλασία αυτή. Ακόμα, μικρότερος είναι ο κίνδυνος για τις γυναίκες κάτω των 35 χρόνων που για οποιοδήποτε λόγο τους εξαιρέθηκαν οι ωοθήκες και μεγαλύτερος για κείνες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους, έπαθε Ca του μαστού.

Πάρτε ακόμα, σοβαρά υπόψη σας, ότι η συχνή ακτινοβολήση των μαστών, για διάφορους λόγους, όπως οι συχνές μαστογραφίες ή οι συχνές ακτινογραφίες θώρακα σε περίπτωση π.χ. φυματίωσης των πνευμόνων, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης, αργότερα, του καρκίνου του μαστού.

Ακόμα, τα συχνότατα αθώα ογκίδια του μαστού, στην καλούμενη π.χ. κυστική μαστίτιδα, φαίνεται ότι αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού και ότι η προδιάθεση αυτή αυξάνει περισσότερο αν χρησιμοποιήσουμε για την καταπολέμησή τους ανδρικές ορμόνες.

Τέλος, οι γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο στον ένα μαστό έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν και στον άλλο από όσο οι άλλες υγιείς γυναίκες να εμφανίσουν Ca στον ένα μαστό.

Γυναίκα: Έτσι λοιπόν, μ' άλλα λόγια, μας συμβουλεύετε να παντρευτούμε νέες και γρήγορα να κάνουμε παιδιά, αν θέλουμε να έχουμε λιγότερες πιθανότητες να πάθουμε Ca του μαστού. Εσείς όμως για τον Ca της μητέρας μας γράφετε, ότι όσο μικρότερες κάνουμε παιδιά κι όσο περισσότερα γεννήσουμε τόσο κι ο κίνδυνος Ca της μητέρας είναι μεγαλύτερος.

Γιατρός: Ναι, έτσι αποδεικνύουν οι στατιστικές.

Γυναίκα: Συμπερασματικά λοιπόν, δεν υπάρχουν κατά βάση δυνατότητες πρόληψης του Ca του μαστού. Τι άλλο θα μπορούσαμε προσωπικά εμείς, να κάνουμε για την αντιμετώπισή του;

Γιατρός: Ναι ιδιαίτερη πρόληψη του Ca του μαστού δεν υπάρχει, όπως σε άλλες καρκινικές εντοπίσεις. Αυτό που μας μένει και είναι πάρα πολύ σπουδαίο και που θα το τονίσουμε χίλιες φορές, είναι η έγκαιρη διάγνωσή του. Αυτή έχει μέγιστη σημασία για την τελική ίαση της καρκινοπαθείας.

Είναι αναμφισβήτητο, ότι όσο γρηγορότερα επισημάνουμε την παρουσία του Ca του μαστού - όπως εξάλλου συμβαίνει και για κάθε άλλο Ca- τόσο και τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι καλύτερα. Σήμερα, το 80% των περιπτώσεων, η ίδια η άρρωστη είναι που πρώτη ανακαλύπτει τα βέβαια σημεία παρουσίας του Ca αυτού, όπως είναι η διόγκωση στο μαστό, η εισολκή της θηλής του μαστού, η μετάθεση της θηλής, ανύψωση του όλου μαστού ακόμα κι η εκροή υγρού από τη θηλή.

Πολύ σπανιότερα η διόγκωση διαπιστώνεται τυχαία από το γιατρό κατά μία γενική κλινική εξέταση ή στην περιοδική εξέταση του προσωπικού που γίνεται σε εργοστάσια ή εταιρείες,

υπαλλήλους, σωματεία κ.α. Ακόμα, πολύ σπανιότερα διαγιγνώσκεται ο Ca του μαστού από τις μασχαλιαίες, πνευμονικές ή οστικές του μεταστάσεις.

Γυναίκα: Και τι θα πει εισολκή της θηλής του μαστού, τι θα πει εκροή αίματος από τη θηλή;

Γιατρός: Εισολκή της θηλής είναι η έλξη-το τράβηγμα-της θηλής, της ρόγας προς τα μέσα, δηλαδή προς τη μάζα του μαστού, σαν να ρουφιέται ή να εξαφανίζεται Είναι σύμπτωμα που πολύ συχνά υποδηλώνει την παρουσία Ca κάτω από τη θηλή ή στη γειτονική της περιοχή. Η έλξη αυτή της θηλής είναι κατ' αρχήν αποτέλεσμα της αντιδραστικής ανάπτυξης συνδετικού ιστού γύρω από τη νεοπλασία, στην προσπάθεια του οργανισμού να περιχαρακώσει, ν' απομονώσει τον Ca.

Σ' ένα δεύτερο χρονικό στάδιο ο συνδετικός αυτός ιστός μεταπίπτει σε ουλώδη ιστό που σε συνέχεια ρικνώνεται, με επακόλουθο να παρασύρει περαιτέρω τη θηλή και το επικείμενο του όγκου δέρμα προς τα έξω, όπως και τον όλο μαστό προς τη θέση της νεοπλασίας, δηλαδή προς τα άνω.

Εκροή αίματος από τη θηλή καλείται η έξοδος απ' αυτή αιμορραγικού υγρού. Σπανιότερα το υγρό μπορεί να είναι σαν νερό ή λευκωπό σαν γάλα που συχνά τότε υποδηλώνει καλοήθεις παθήσεις, όπως π.χ. παρουσία θηλώματος ή χρόνιας μαστίτιδας ή ιναδενώματος αλλά πολύ σπανιότερα, και Ca. Το υγρό προέρχεται από ρήξη αγγείων ή ερεθισμό των γαλακτοφόρων πόρων και τελικά βρίσκει διέξοδο προς τη θηλή του μαστού.

Ας τονισθεί λοιπόν εδώ ιδιαίτερα, ότι η εκροή αυτή μπορεί ν' αποτελεί ένδειξη παρουσίας μιας προκαρκινικής κατάστασης ή και καρκίνου, αλλά κι ακόμα μιας μελλοντικά σοβαρής κατάστασης, δηλαδή της αρχής μετάπτωσης μιας καλοήθους νεοπλασίας ή μιας άλλης νοσηρής κατάστασης στο μαστό, προς Ca. Μπορούμε στο στάδιο αυτό, όπως και κατά κανόνα κάνουμε, να ζητήσουμε αμέσως κυτταρολογική εξέταση του υγρού και να επιφυλαχθούμε για τον τρόπο της θεραπευτικής μας επέμβασης, που θ' αποφασισθεί κυρίως, από το αν βρεθούν ή όχι, αυτή τη στιγμή ή αργότερα, κακοήθη νεοπλασματικά κύτταρα.

Όσο για τη διαπίστωση του όγκου, της εισολκής της θηλής κ.α., μεγάλη σημασία έχει η ανεύρεσή τους από την ίδια την άρρωστη, με την αυτοεξέτασή της.

Γυναίκα: Αυτό ήθελα να σας πω, που μέχρι τώρα μου ξέφευγε γιατρέ μου. Τονίστε μου τι πρέπει να ξέρω και τι μπορώ να κάνω εγώ η ίδια για τον εαυτό μου;

Γιατρός: Προσέξτε Κυρία μου, αυτό που ήδη σας είπα: σήμερα, όπως έχει αποδειχθεί στατιστικά, το 80% των καρκίνων του μαστού αποκαλύπτονται από τις ίδιες τις καρκινοπαθείς. Ιδιαίτερη αξία έχει το γεγονός ότι από τις 5 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού μόνο οι 2 αποκαλύπτονται σε στάδιο που να μην υπάρχουν ήδη μεταστάσεις. Όταν οι γυναίκες απευθύνονται στο γιατρό τους και σύμφωνα με ορισμένες στατιστικές, οι όγκοι έχουν διάμετρο 4-8 εκ.μ. Ποσοστό 70% από τις γυναίκες αυτές έχει κιόλας μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης, με συνέπεια 75% από τις άρρωστες να καταλήγουν κακώς σε 5 χρόνια.

Οι γυναίκες όμως που εφαρμόζουν την αυτοεξέταση προσέρχονται με μέγεθος όγκου διαμέτρου κατά μέσο όρο 1,5 εκ.μ, ενώ μασχαλιαίες μεταστάσεις υπάρχουν στο 11% μόνο των περιπτώσεων. Μεγάλη λοιπόν θα ήταν η προσφορά των ίδιων των γυναικών στον εαυτό τους, αν μπορούσαν να επισημαίνουν των όγκοι οι ίδιες όσο το δυνατό νωρίτερα, δηλαδή με την εμφάνιση της μικρότερης δυνατής διόγκωσης, εισολκής ή ανύψωσης της θηλής, πράγματα, που μπορούν να τα μάθουν έγκαιρα να τα επισημαίνουν.

Πρέπει λοιπόν, σαν ειδικοί επιστήμονες, πρώτοι εμείς ν' αγωνισθούμε κατά τού καρκίνου του μαστού με τη γνώση. Αλλά δεν αρκεί να ξέρουμε εμείς μόνο οι γιατροί την αξία της εκπαίδευσης της γυναίκας για τη γρήγορη διαπίστωση από την ίδια, του καρκίνου του μαστού της. Πρέπει τη γνώση αυτή να τους τη μεταδώσουμε και να εκπαιδύσουμε σχετικά όσο το δυνατό περισσότερες γυναίκες. Μπορεί βέβαια η διαπίστωση του μικρότερου όγκου να μην εξασφαλίζει απόλυτα την τελική ίαση της άρρωστης, την ευνοεί όμως πάρα πολύ από την άποψη ότι οι τελικές ιασεις υπερδιπλασιάζονται.

Έχει αποδειχθεί στατιστικά, ότι αν η γυναίκα είναι άνθρωπος μορφωμένος ή ξύπνιος, εμφανίζει έκδηλη την επιθυμία και θέληση να διδαχθεί την προφυλακτική αυτοεξέτασή της και ιδιαίτερα όταν της τονίσει κανείς λεπτά, ευαίσθητα σημεία, όπως τη σπουδαιότητα της

παρουσίας της, στην οικογένεια ή πως ό,τι κάνει γίνεται για τα παιδιά της, τον άνδρα της ή τους γονείς της και τα αδέρφια της.

Πρέπει να πεισθείς κυρία μου, πάλι στο λέω ότι μπορείς να θέτεις πολύ γρηγορότερα τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σου με την αυτοεξέτασή σου, κι έτσι τα τελικά θεραπευτικά αποτελέσματα σημαντικότερα να βελτιώνονται.

Τούτο συμπεραίνεται από το στατιστικό γεγονός, ότι στις αυτοεξεταζόμενες γυναίκες που διαπιστώνουν οι ίδιες πρώιμα τη διόγκωση ή άλλο σύμπτωμα του καρκίνου του μαστού στην αρχή του, οι 80-90 στις εκατό τελικάιώνται. Βρίσκονται, δηλαδή στο στάδιο που δεν έχουν γίνει ακόμα λεμφαδενικές μεταστάσεις, γιατί όταν αυτές αναπτυχθούν, το ποσοστό ίασεων κατεβαίνει στα 25-30% μόνο των περιπτώσεων.

Η κάθε γυναίκα έστω και να μην αισθάνεται τίποτε απ' τους μαστούς της, πρέπει μια φορά το μήνα να κάνει την αυτοεξέτασή της, πράγμα που εύκολα μαθαίνεται και εύκολα παρεμβάλλεται στην καθημερινή ρουτίνα της ζωής.

Γυναίκα: Εξηγήστε μου καλύτερα, τι ακριβώς πρέπει να κάνω εγώ η ίδια.

Γιατρός: Λοιπόν, η μηνιαία αυτοεξέταση περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών. Γίνεται λίγο μετά το τέλος της περιόδου-εφ' όσον η γυναίκα δεν βρίσκεται ήδη στην κλιμακτήριο-όταν οι μαστοί είναι λειτουργικά σε ηρεμία και γι' αυτό λιγότερο διογκωμένοι. Γίνεται το πρωί για να αποφευχθεί τυχόν νυχτερινή ανησυχία, αν η γυναίκα νομίζει ότι βρίσκει κάτι ίσως ύποπτο.

Η εξέταση αρχίζει με επισκόπηση. Στέκει η γυναίκα μπροστά στον καθρέφτη με τα χέρια κάτω και σε δεύτερο χρόνο ψηλά. Αποκτάει έτσι σαφή αντίληψη του μεγέθους, του σχήματος, της ομαλότητας της επιφάνειας και ρου περιγράμματος των μαστών, χωρίς όμως και να απαιτεί η αυτοεξεταζόμενη ο ένας της μαστός να είναι τελείως ίδιος με τον άλλο. Ακόμα πρέπει η αυτοεξεταζόμενη ν' αποκτήσει σαφή αντίληψη της θέσης και της μορφολογίας των θηλών των μαστών της.

Η έλξη προς τα μέσα, η εμφάνιση διόγκωσης στο μαστό ή η έλξη του δέρματος προς τα μέσα, σε οποιαδήποτε περιοχή της επιφάνειας των μαστών καθώς και η μετατόπιση του όλου μαστού προς τα πάνω ή προς τα μέσα, υποδηλώνουν ότι κάτι ύποπτο μπορεί να συμβαίνει αμέσως κάτω από το δέρμα ή και βαθύτερα μέσα στο μαστό.

Ακολουθεί η ψηλάφηση. Η γυναίκα πρέπει να βρίσκεται σε τέλεια ψυχική ηρεμία και σωματική χαλάρωση. Ξαπλωμένη ανάσκελα στο κρεβάτι, με το ένα χέρι υψωμένο και κάτω απ' το κεφάλι, ενώ με τις παλαμιαίες επιφάνειες των δακτύλων του άλλου χεριού ψηλαφάει το σύνολο μαστό, από την υπερκλειδία χώρα μέχρι την κάτω επιφάνεια του μαστού. Ψηλαφάει πρώτα την περιοχή του μαστού που βρίσκεται προ τη μέση γραμμή του σώματος και έπειτα την προς τα έξω περιοχή. Ακολουθεί η κατ' αντίθετη διαδρομή ψηλάφησης του μαστού. Έπειτα, με τον ίδιο τρόπο, γίνεται η εξέταση του άλλου μαστού, όπως και η εξέταση με το ένα χέρι κατεβασμένο στο σύστοιχο πλάγιο.

Βέβαια, θ' αποτελούσε ευτύχημα η παρουσία του δάσκαλου-γιατρού κατά την πρώτη αυτοεξέταση. Αυτός θα της έλυνε και τυχόν μικροαπορίες και γρήγορα η γυναίκα θ' αντιλαμβανόταν το πως ακριβώς παρουσιάζονται, επισκοπούνται και ψηλαφιούνται οι μαστοί της, όταν βρίσκονται σε κατάσταση τέλειας υγείας.

Όταν επισημάνει η γυναίκα διόγκωση ή οποιαδήποτε ανωμαλία στους μαστούς της, πρέπει να σπεύσει στο γιατρό της. Η εφαρμογή μασάζ, θερμών επιθεμάτων ή αργοπορία προς το γιατρό, είναι πράγματα που μπορεί νά στοιχίσουν πλέον την ίδια τη ζωή της.

Γυναίκα: Ναι, γιατρέ μου, άρχισα να μπαίνω στο νόημα. Μη σπεύσετε όμως να με αδικήσετε γι' αυτά που τώρα θα σας πω. Νομίζω ότι είναι δύσκολο για τη γυναίκα που πέρασε τα χρόνια των έντονων ή ολίγων έστω σεξουαλικών σχέσεων, να ψάχνει τώρα τους μαστούς της, για να βρει όγκο και τότε να μπηξεί τις φωνές ότι έχει καρκίνο. Είναι έξω απ' την ψυχολογία της ηλικιωμένης γυναίκας, που παθαίνει μια ψυχική κατάπτωση όταν μπαίνει ή βρίσκεται στην κλιμακτήριο. Δεν ψάχνει πια τους μαστούς της, ούτε θέλει να τους βλέπει στον καθρέφτη, όταν διαπιστώνει ότι αυτοί δεν εμφανίζουν τα σημάδια της νιότης, που πέρασε. Το μόνο που κάνει, βέβαια, είναι να φτιασιδώνεται και να ψάχνει για νέους στηθόδεσμούς, για να κρύψει

μια δυσάρεστη πραγματικότητα. Παύουν οι άνδρες να τη βλέπουν όπως την έβλεπαν πριν. Δεν την πειράζουν σαν γυναίκα στο δρόμο ή οπουδήποτε αλλού, όπως πριν. Δεν αισθάνεται, συμπερασματικά νομίζω, καμιά διάθεση να εξετάζει τους μαστούς της, όσο και να της φωνάζουμε για τον κίνδυνο του καρκίνου. Κι ο φόβος, ακόμα, μη τυχόν βρει συμπτώματα παρουσίας Ca, κι ακόμα ο κίνδυνος σε συνέχεια να την ακρωτηριάσουν, φοβάμαι, ότι κυριολεκτικά παραλύουν τις μηνιαίες αυτές αναζητήσεις. Κι αυτά όλα, για τις «μορφομένες». Αν πάμε στο χωριό; Ποια γυναίκα θ' αρχίσει να καθρεφτίζεται ή να ξαπλώνει «εν πλήρη χαλάρωση»; Πότε θα τα διαβάσει ή ποιος θα της τα πει όσα άκουσα εγώ τώρα;

Γιατρός: Ναι, καταλαβαίνω, ότι είναι λογικές οι αντιρρήσεις σας. Τις αντιμετωπίζουμε κι εμείς προσωπικά σαν άνδρες μα άλλους καρκίνους. Έτσι π.χ. από μια ορισμένη ηλικία τίθεται το ζήτημα των ιατρικών εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση του Ca του προστάτη ή του ορθού εντέρου ή στους βαριά καπνιστές που τους συνιστώνται οι εξαμηνιαίες ακτινογραφίες θώρακα για την αναζήτηση Ca του πνεύμονα. Αλλά, ας αντιμετωπίσουμε το συγκεκριμένο μας πρόβλημα, του Ca του μαστού από άλλη οπτική γωνία κι ας ρωτήσω. Αγοράζεις λαχεία; Κι αν αγοράζεις, ξέρεις τι πιθανότητα περίπου έχεις να κερδίσεις τον πρώτο αριθμό;

Γυναίκα: Ναι, αγοράζω. Διαθέτω κάθε εβδομάδα 200 δρχ. κι έχω πιθανότητα κάπου 1 προς 20.000, κάθε φορά να κερδίσω τον πρώτο αριθμό, δηλαδή, 1.000.000 δρχ.

Γιατρός: Τι προτιμάς, να κερδίσεις 1.000.000 δρχ. στο λαχείο ή να πάθεις καρκίνο του μαστού;

Γυναίκα: Για το Θεό, ασφαλώς προτιμώ το αντίθετο. Να μην πάθω καρκίνο κι ας μην κερδίσω 1.000.000 δρχ.

Γιατρός: Ε! λοιπόν σε πληροφορώ ότι έχεις πιθανότητα να κερδίσεις 1.000.000δρχ. 1 προς 20.000. Να πάθεις όμως καρκίνο στη ζωή σου έχεις πιθανότητα 1 προς 25. Τι πρέπει λοιπόν, να κυνηγάς κάθε εβδομάδα το 1.000.000 δρχ. ή να φροντίζεις για λίγα λεπτά κάθε μήνα, να διαφύγεις τον έσχατο κίνδυνο από τον Ca του μαστού;

Γυναίκα: Δεν ήξερα ότι ήταν τόσο μεγάλη η πιθανότητα να πάθω καρκίνο στο μαστό.

Γιατρός: Το ήξερες, γιατί πολλές φορές ήδη το διάβασες στις εφημερίδες και σε περιοδικά ή το άκουσες στο ραδιόφωνο ή την τηλεόραση, αλλά δεν το είχες ακόμα συνειδητοποιήσει. Τώρα λοιπόν που το κατάλαβες ακόμα καλύτερα, πρέπει να μάθεις ακόμα, ότι η αυτοεξέτασή σου, κάθε μήνα, έχει πολύ μεγάλη σημασία για την έγκαιρη διάγνωση. Είναι στατιστικό γεγονός, ότι τους καρκίνους του μαστού, στο επαναλαμβάνω για τρίτη φορά, μόνες τους οι γυναίκες μπορούν έγκαιρα να τους διαπιστώνουν στο 80% των περιπτώσεων. Μάθε ακόμα, ότι, όταν ο καρκίνος του μαστού διαγνωσθεί στην αρχή του, δηλαδή όπως λέμε στο στάδιο I, οι πιθανότητες ίασης είναι περίπου 85%, ενώ όταν έχει εξαπλωθεί αργότερα και στη μασχάλη, δηλαδή στο στάδιο II, οι πιθανότητες ίασης πέφτουν απότομα το πολύ στα 30%, και κυριολεκτικά μηδενίζονται οι μόνιμες ίασεις, όταν επεκταθεί προς άλλους αδένες ή τα σπλάγχνα, τους πνεύμονες ή τα οστά, δηλαδή στο στάδιο III.

Γυναίκα: Πέστε μου κι άλλα. Ενδιαφέρομαι να μάθω. Ιδιαίτερα για την αξία των νεότερων διαγνωστικών μεθόδων που τελευταία διαφημίζονται. Τι γίνεται μ' αυτές;

Γιατρός: Σε κάθε καινούργια ιατρική μέθοδο γίνεται βέβαια τον πρώτο καιρό κάποια κατάχρηση προβολής της απ' τους γιατρούς και προσδοκιών απ' τους αρρώστους. Αργότερα όμως επέρχεται ή ισορροπία, δηλαδή η ορθή εκτίμηση και η σωστή χρήση κάθε μεθόδου. Γίνεται μεγάλη προσπάθεια τώρα να βρεθούν, και πραγματικά βρέθηκαν, νεότερες μέθοδοι επισήμανσης του Ca του μαστού, και ιδιαίτερα στο προκλινικό του-όπως το λέμε-στάδιο, πριν δηλαδή ο ειδικός γιατρός ή η ίδια η γυναίκα μπορέσουν με κάποια βεβαιότητα να πουν ότι βρίσκονται σε προφανή συμπτώματα παρουσίας Ca του μαστού. Οι νεότερες αυτές μέθοδοι είναι κυρίως: η μαστογραφία, η θερμογραφία και η ξηρογραφία.

Σήμερα, κάθε αντικαρκινικό κέντρο έχει εξοπλισθεί με ιδιαίτερο τμήμα έγκαιρης διάγνωσης του Ca του μαστού, που διαθέτει όλα τα όργανα για την εφαρμογή των διαγνωστικών μεθόδων που αναφέραμε.

Γυναίκα: Έχω πραγματικά εντυπωσιασθεί από τις προσπάθειες για την κατά το δυνατό πιο έγκαιρη διάγνωση του Ca του μαστού. Θέλω τώρα και επιμένω να σας ζητώ ν' αποκτήσω κι

άλλες σχετικές γνώσεις για να βοηθηθώ, κι ακόμα, αν είναι δυνατό, να βοηθήσω κι άλλες γυναίκες.

Γιατρός: Μακάρι, αγαπητή μου, να ενδιαφερόντουσαν όλοι οι άνθρωποι για τον εαυτό τους και για τους άλλους όπως επιθυμείτε εσείς αυτή τη στιγμή. Αλλά ας μην ξεφεύγουμε από το κύριο θέμα μας. Τώρα που σας βρίσκω σε ευφορία, θα σας πω και μερικά ακόμα πράγματα, που θα τα μάθετε βέβαια κάπως ξέχωρα το ένα από το άλλο και που δεν μπόρεσα να σας τα παρεμβάλλω στη συζήτηση που κάναμε μέχρι αυτή τη στιγμή.

Τα όσα αναφέραμε για τη διάγνωση του Ca του μαστού της γυναίκας καλύπτουν βέβαια το 85-90% των περιπτώσεων. Υπάρχουν όμως και ιδιαίτερες μορφές, όπως το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού ή η νόσος του Paget ή άλλες μορφές σπανιότερες που εκδηλώνονται κατ' αρχήν με διόγκωση σε σπάνιες θέσεις, όπως π.χ. με παραστερνική μικρή διόγκωση ή με μεταστατικές μασχαλιαίες διογκώσεις, ενώ η πρωτοπαθής εστία παραμένει κλινικά αφανής, ή άλλες μορφές, ακόμα σπανιότερες, που ξεφεύγουν όμως από τα όρια της συγγραφής αυτής.

Ακόμα είναι οι σπάνιοι καρκίνοι του μαστού στους άνδρες. Μάθε ακόμα ότι ο καρκίνος του μαστού είναι απ' τους πιο μελετημένους καρκίνους του ανθρώπου, από διαγνωστική και θεραπευτική άποψη. Κι αν για τη διάγνωση είπαμε ήδη αρκετά, για τη θεραπευτική του αντιμετώπιση έχω να σας πω, ότι σήμερα χρησιμοποιείται ολόκληρη σειρά από θεραπευτικά μέσα και μεθόδους, όπως η χειρουργική, ή ακτινοθεραπεία, οι ορμόνες, τα χημειοθεραπευτικά και τα κυτταροστατικά φάρμακα.

Σήμερα, στο μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων ασθενών με Ca του μαστού, η θεραπεία αρχίζει, πολύ συχνά, με την εγχείρηση, αφαιρείται δηλαδή ο όγκος με το μαστό και σε συνέχεια ακολουθεί ή όχι η καλούμενη μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Σπανιότερα, αρχίζουμε τη θεραπεία με την ακτινοθεραπεία και ακολουθεί η εγχείρηση ή άλλοτε παραιτούμαστε κι απ' τις δύο. Παρ' όλα αυτά, οι μισές περίπου απ' όλες τις ασθενείς με Ca του μαστού, όλων των σταδίων εξέλιξης της νεοπλασίας, χάνονται τελικά, όχι από την πρωτοπαθή εστία του Ca στο μαστό, αλλ' από τη μετανάστευση των νεοπλασματικών κυττάρων από την πρωτοπαθή αυτή εστία και την εγκατάστασή τους σ' άλλα όργανα του σώματος και κυρίως στους πνεύμονες, τα οστά, το συκώτι και το δέρμα, όπου και σχηματίζουν τις καλούμενες αιματογενείς ή απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Για να ιασθούν όμως οι τελευταίες αυτές περιπτώσεις αρρώστων, πρέπει να μπορέσουμε κάποτε να καταστρέψουμε τα μεταστατικά αυτά νεοπλασματικά κύτταρα ή και τις μικρές ή μεγάλες εστίες των νεοπλασματικών μεταστάσεων που ήδη έγιναν στους λεμφαδένες ή σε άλλα όργανα. Αυτό που δεν έχουμε πετύχει μέχρι τώρα, αποβλέπουν να πετύχουν οι νεότερες θεραπευτικές μέθοδοι. Αυτές είναι συγκεκριμένα η ορμονοθεραπεία, η χημειοθεραπεία με κυτταροστατικά και η ανοσοθεραπεία. Το μόνο που εδώ μπορούμε να πούμε είναι, ότι μπορεί μ' αυτές να μην πετυχαίνονται οριστικές ιάσεις, όπως συχνά γίνεται με τη χειρουργική και την ακτινοθεραπεία, εντούτοις όμως, επιφέρουν αξιοσημείωτες βελτιώσεις.

Κατά την ορμονοθεραπεία, συγκεκριμένα, και για λόγους που δεν έχουμε ακόμα διευκρινίσει, συμβαίνει μερικοί Ca του μαστού, όπως εκείνοι π.χ. που δε χειρουργούνται ή απ' αρχής ή αργότερα έχουν σχηματίσει μεταστάσεις, να επηρεάζονται ευνοϊκά με τη χορήγηση γυναικείων (οιστρογόνων) ή ανδρικών ορμονών ή κορτικοστεροειδών. Ακόμα ο Ca του μαστού επηρεάζεται ευνοϊκά έπειτα από την αφαίρεση ορισμένων αδένων έσω έκκρισης, όπως των ωοθηκών, των επινεφριδίων ή της υπόφυσης. Μπορεί βέβαια, στις δύο τελευταίες περιπτώσεις να πρόκειται για δύσκολες και βαριές χειρουργικές επεμβάσεις ή να έχουμε δυσάρεστα συμβάματα και επιπλοκές από την στέρηση των ορμονών των ενδοκρινών αυτών αδένων. Γενικά όμως τα πλεονεκτήματα είναι συχνά πολύ μεγαλύτερα από τα μειονεκτήματα.

Από τον ειδικό γιατρό θα εξαρτηθεί να σταθμίσει τα πράγματα και τελικά να προτιμήσει ορισμένη επέμβαση, με τελικό πάντα γνώμονα το συμφέρον της άρρωστης.

Γυναίκα: Γιατρέ μου, αισθάνομαι ένα ξαλάφρωμα τώρα μέσα μου. Υπάρχουν λοιπόν τόσο πολλές δυνατότητες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Ca του μαστού;

Γιατρός: Πραγματικά, βρισκόμαστε σήμερα και σε μία αναθεώρηση των λεπτομερειών ως προς την εφαρμογή και αυτής ακόμα της χειρουργικής και της ακτινοθεραπείας.

Οι στατιστικές δείχνουν, ότι δεν αποδίδουν οι μεγάλες, καλούμενες ριζικές, χειρουργικές εξαιρέσεις του μαστού, με όλες τις υποκείμενες του μαστού μυϊκές μάζες και τους μασχαλιαίους ή και τους παραστερνικούς λεμφαδένες. Ήδη προτιμούνται οι απλές χειρουργικές επεμβάσεις εξαίρεσης μόνο του μαστού με τον όγκο, με το σκοπό, ν'αποφεύγεται κατά τη χειρουργική επέμβαση η διασπορά των νεοπλασματικών κυττάρων και ο σχηματισμός μεταστάσεων. Ακόμα, ν' αποφεύγεται και η φοβερή παραμόρφωση του όλου θώρακα της γυναίκας που πολύ άσχημα επηρεάζει τόσο την ίδια όσο και το άμεσο περιβάλλον της.

Προτιμάται ακόμα, σε πολλές περιπτώσεις η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Αυτή έχει σκοπό να καταστρέψει τα γύρω από τον όγκο νεοπλασματικά κύτταρα. Τα τελευταία αυτά, επειδή μπορούν να προσλαμβάνουν περισσότερο οξυγόνο, ευκολότερα καταστρέφονται με την ακτινοθεραπεία, χωρίς η τελευταία αυτή και νά παρεμποδίζει τη σε συνέχεια χειρουργική επέμβαση. Με την προεγχειρητική ακτινική καταστροφή των νεοπλασματικών αυτών κυττάρων πιστεύουμε ότι αποφεύγονται, τόσο η διασπορά τους προς άλλα όργανα, όσο και ο κίνδυνος ν' αφεθούν τα κύτταρα αυτά στο χειρουργικό πεδίο, κατά την επέμβαση και να προκαλέσουν αργότερα υποτροπές του όγκου.

Και πολλά άλλα θα μπορούσα να σου έλεγα για τον τόσο συχνό αυτόν Ca και πολλές στατιστικές συχνότητάς του στους διάφορους λαούς και τις διάφορες ηλικίες γυναικών, θα μπορούσα να παραθέσω. Ακόμα θα μπορούσα να δώσω στατιστικά στοιχεία πάνω στ' αποτελέσματα με τις διάφορες θεραπευτικές μεθόδους ή τους συνδυασμούς τους, να σου δώσω σχέδια σε ποια θέση του μαστού συναντάται συχνότερα ή σπανιότερα ο Ca αυτός, για το πως θ' αντιμετωπίζεται ψυχολογικά η εξαίρεση ενός, πάντα σπουδαίου για το γυναικείο φύλο, οργάνου, για το πως θα καλυφθεί το κενό από την εξαίρεση του μαστού.

Καιρός όμως είναι να διακόψω τη συζήτηση, γιατί θεωρώ αρκετά όσα σου είπα. Αν αυτά τα μάθεις, πιστεύω, ότι είναι αρκετά για να ξεφύγεις με μεγάλη επιτυχία από έναν κίνδυνο, που είτε θέλεις, είτε όχι, σε απειλεί, που μεγαλώνει όσο απομακρύνεσαι από τα 30 χρόνια της ηλικίας σου, που όσο μεγαλώνεις τόσο και κοντύτερα βρίσκεσαι στο πεδίο βολής του Ca του μαστού.¹

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο καρκίνος του μαστού στην Αρχαία Ελληνική & Βυζαντινή Ιατρική

Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι ο Δημοκίδης, περίφημος γιατρός της εποχής, όταν υπηρετούσε στην Περσική Αυλή (520 π.Χ.), θεράπευσε τη γυναίκα του Βασιλιά Δαρείου, την Ατόσα, από ένα καρκίνωμα του μαστού.

Ο Ιπποκράτης (460 - 377 π.Χ) περιγράφει τη σκληρή διήθηση του τραχήλου της μήτρας, ενώ ατελώς αναφέρει και τον καρκίνο του μαστού: "Στους τιθούς αναπτύσσονται σκληρά φύματα που δεν διαπυήσκονται, αλλά συνεχώς καθίστανται σκληρότερα και απ' αυτά αργότερα γεννώνται κρυπτοί καρκίνοι". Θεωρεί την πρόγνωση της νόσου σχετικά καλή, αν υποβληθεί σε θεραπεία κατά τα αρχικά στάδια της και όταν η γυναίκα έχει ακόμα έμμηνο ρύση.

Ο Κέλσος (30 π.Χ. - 50 μ.Χ.) στα γραπτά του προσδιορίζει ακόμα πιο συγκεκριμένα τον όρο καρκίνος και αναφέρει τη διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης σε περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Αναφέρεται στη χειρουργική θεραπεία της νόσου και συνιστά να μην αφαιρείται κατά την επέμβαση ο μείζων θωρακικός μυς (ο μεγάλος μυς του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος).

Ο Αρχιγένης (54-117 π.Χ.) έδωσε με μεγάλη σαφήνεια, την περιγραφή του καρκίνου του μαστού, η οποία διατηρήθηκε ως τον 18ο αιώνα.

Ο Σωρανός από την Έφεσο (2ος αιώνας μ.Χ.), ο πιο διάσημος μαιευτήρας-γυναικολόγος της εποχής, παρ' όλο που χρησιμοποιεί διαστολείς του κόλπου για να εξετάσει τον τράχηλο της μήτρας (κάτι που έκαναν παλαιότερα οι εβραίοι γιατροί και ο Αρχιγένης), δεν κάνει ιδιαίτερες αναφορές "περί θυμών των εν γυναικείois μέρεσιν" στη συγγραφή του "Περί γυναικείων παθών".

Ο Γαληνός (121-223 π.Χ) περιγράφει την εγχείρηση για τον καρκίνο του μαστού. Χρησιμοποιεί το νυστέρι για την εκτομή, πιέζει το εγχειρητικό πεδίο για να σταματήσει την αιμορραγία, στη συνέχεια το καυτηριάζει για τον ίδιο λόγο και, όπως δηλώνει, έχει καλά αποτελέσματα. Γενικά ο Γαληνός δεν βλέπει τη δυνατότητα ίασης με την χειρουργική, καθώς πίστευε ότι ο καρκίνος είναι νόσος διαθέσεως (εσωτερικής δυσλειτουργίας-κακοχυμίας).

Ο Λεωνίδας από την Αλεξάνδρεια (περ. 180 μ.Χ.), παρ' όλο που τα γραπτά του έχουν χαθεί, διακρίνει, όπως αναφέρει ο Αέτιος, δύο είδη κακοηθών παθήσεων στον μαστό, τον σκίρο και τον καρκίνο. Είναι ο πρώτος που περιγράφει το χαρακτηριστικό κλινικό σημείο της εισολκής της θηλής σε ανάπτυξη καρκινώματος του μαστού. Σε αντίθεση με την συμβουλή του Ιπποκράτη (που την ακολούθησαν οι γιατροί για πολλούς αιώνες) σύμφωνα με την οποία πρέπει να αποφεύγεται η θεραπεία των εξηλωμένων καρκίνων, ο Αρχιγένης διαφοροποιείται και τους χειρουργεί.

Ο Αέτιος από την Αμίδα, καταγράφει στο σύγγραμμά του "περί των εν μήτρα παθών" την χειρουργεία καρκινωμάτων κατά Λεωνίδα ως εξής: "της πασχούσης ύπτιας εσηματισμένης, υπέρ το καρκίνωμα διαιρώ το μέρος του μαστού το υγιές, και το διηρημένων υπόκαιω καυοτηρίοις, έως ότου εσχαρωθέντων των σωμάτων επισχεθή η αιμορραγία. εΐτα πάλιν τέμνω, περιχαράσσω άμα και βαθυτομών τον μαστόν, και πάλιν τα τετμημένα καιώ. Και πλειστάκις τούτο ποιώ τέμνων και μετά ταύτα καιών προς εποχήν της αιμορραγίας. και εστίν ακίνδυνος η

αιμορραγία αυτή. Με τα δε την τελείαν αποκοπήν πάλιν επικαίω τα μέρη τα όλα έως αναξηρασμού, το μεν γαρ πρώτον και δεύτερον προς την της αιμορραγίας εποχή, έσχατων δε μετά την τελείαν αποκοπήν τα καυτήρια προσάγειν προς την του πάθους όλου ανασκευήν. Είωθα δε πότε και χωρίς καύσεως ενεργείν, όταν όγος γένηται περι τον μαστόν χοιρώδης, μελετών την του καρκινώματος γένεσιν. Τοιούτου τοίνυν όντος του πάθους, έξεστιν αρκεσθήναι τη από των υγιών μερών εκτομή του μαστού. ουδέ γαρ σφοδρά γίνεται επί των τοιούτων αιμορραγία." (Από το βιβλίο του Σκεύου Γ. Ζερβού: ΑΕΤΙΟΥ, Περί των εν μήτρα παθών, ήτοι λόγος εκκαιδέκατος και τελευταίος. Λειψία 1901)

Ο Παύλος ο Αιγινήτης (625 - 690 μΧ.) ξεχωρίζει τις μητρίτιδες από τον καρκίνο της μήτρας. Χρησιμοποιεί κολποσκόπιο, τη δε εξέταση μ' αυτό του τραχήλου της μήτρας την ονομάζει "διοπτρισμό". Ο Παύλος, παρ' όλο που δεν είναι υπέρμαχος της χειρουργικής θεραπείας των καρκινωμάτων, συστήνει και εφαρμόζει την χειρουργική στον καρκίνο του μαστού.

Συμπερασματικά, ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου. Ορισμένοι μάλιστα ιστορικοί υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού απετέλεσε το πρότυπο της μελέτης των κακοήθων παθήσεων, τόσο λόγω της συχνότητάς του όσο και της επιφανειακής θέσης του. Η παρομοίωση της νόσου με το ζώο καρκίνο έχει την πιο πιστή αναπαράστασή της στην περίπτωση του μαστού. Η χειρουργική θεραπεία ήταν εύκολο να εφαρμοστεί, καθώς η νόσος ήταν επιφανειακή, δεν προκαλείτο κίνδυνος ζωής, δεν υπήρχε μεγάλος κίνδυνος αιμορραγίας και η επούλωση μπορούσε να γίνει ευκολότερα και με λιγότερες επιπλοκές. Η εξαίρεση του όγκου έπρεπε να γίνει σε υγιείς ιστούς ("περικόψας δε παν το πεπονθός, ως ουδεμία υπολείπεσθαι ρίζαν", Γαληνός), η δε καυτηρίαση που χρησιμοποιούσαν στη συνέχεια είχε διπλή αποστολή, αφ' ενός μεν να σταματήσει την αιμορραγία, αφ' ετέρου δε να κάψει τυχόν υπολείμματα ή προσεκβολές του όγκου.

Παρ' όλο που η ιστορική αναφορά περιορίστηκε στους Έλληνες γιατρούς της αρχαιότητας, θα ήταν παράλειψη να μην υπομνησθούν στον αναγνώστη που έλκεται από τη μελέτη της ιστορίας οι περιπτώσεις χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού από γιατρούς του 16ου αιώνα, και συγκεκριμένα: από τον Hieronymus Fabricius, καθηγητή στο Πανεπιστήμιο της Πάδοβας (που χειρουργεί τον καρκίνο του μαστού ριζικά, με ατρακτοειδή τομή, απολινώνοντας τα αιμορραγούντα αγγεία), τον γάλλο Jacques Guillemeau (που για μεγαλύτερη ριζικότητα εξαιρεί και τον μείζονα θωρακικό μν. Ο ίδιος αναφέρει περίπτωση 35χρονης γυναίκας που έζησε 12 χρόνια μετά την επέμβαση, και τον Γερμανό Fabricius Hildanus, που εκτός της μαστεκτομής πραγματοποιεί και λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης.²



Κεφάλαιο 1ο

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί θεωρούνται επικουρικά γεννητικά όργανα μια και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό.³

Ο μαστός αποτελεί ημισφαιρική λιπώδη πτυχή του δέρματος μέσα στην οποία περικλείεται ο μαστικός (μαζικός) αδένας.

Η ανάπτυξη του μαστού είναι διαφορετική στον άνδρα και διαφορετική στη γυναίκα γι' αυτό και η περιγραφή αφορά το γυναικείο μαστό.

Οι δύο μαστοί καταλαμβάνουν την πρόσθια επιφάνεια του θώρακα μεταξύ 2^{ης} και 6^{ης} πλευράς, Μεταξύ τους περικλείεται ο μεσομάστιος κόλπος.

Σε κάθε μαστό διακρίνουμε δύο επιφάνειες, μία πρόσθια και μία οπίσθια, όπως και τη περιφέρειά του.

α) Η πρόσθια επιφάνεια καλύπτεται από δέρμα και εμφανίζει δύο περιοχές: τη θηλή και τη θηλαία άλω.

Η θηλή αποτελεί κωνοειδές έπαρμα του δέρματος με πολλές ρωγμές και 15-20 στόμια στο κέντρο της, στα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το ύψος της θηλής αυξάνει στο θηλασμό. Χαρακτηριστική είναι η ύπαρξη κοκκίων μελανίνης στα οποία οφείλεται η καστανέρυθρη χροιά της.

Η θηλαία άλως είναι υποστρόγγυλη περιοχή γύρω από τη θηλή, της ίδιας χροιάς με αυτήν. Στην εξωτερική της επιφάνεια φέρει 10-15 μικρά επάρματα, τα αλωαία οξίδια, που διατάσσονται σε κύκλο γύρω από τη θηλή. Αυτά τα οξίδια περικλείουν τους αλωαίους αδένες, οι οποίοι είναι κυρίως οσμηγόνοι αλλά και σμηγματογόνοι.

β) Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελαφρά υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μύος.

γ) Η περιφέρεια μεταβαίνει βαθμιαία στο γύρω δέρμα.

Από άποψη κατασκευής ο μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαστικό αδένα.

1. Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, διαφανές και περιέχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω υπάρχουν πολλά χρωστικοφόρα κύτταρα που δίνουν τη σκοτεινότερη χροιά των περιοχών αυτών.

2. Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι άφθονο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και το μαστικό αδένα.

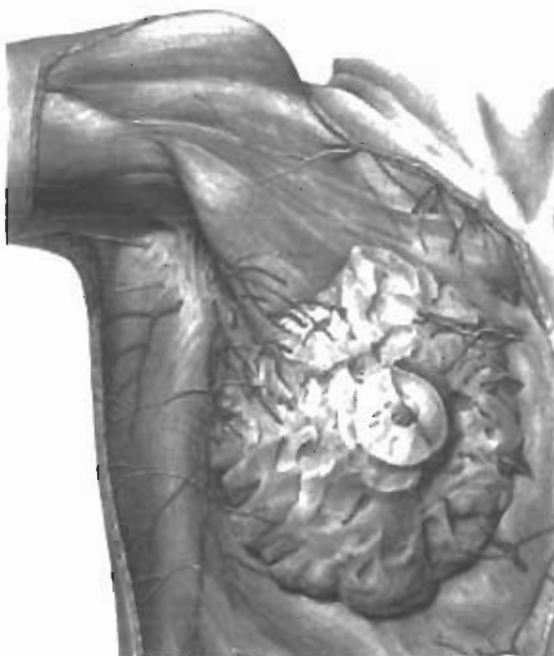
3. Ο μαστικός αδένας αποτελεί δισκοειδή αδένα. Το μέγεθός του εξαρτάται από αν η γυναίκα έχει γεννήσει ή όχι. Η πρόσθια

επιφάνεια παρουσιάζει εντυπώματα που χωρίζονται από τις

ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος εκτείνονται ινώδεις δεσμίδες, οι κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του μαστού -του Cooper -, που διαιρούν τον αδένα σε 15-20 λοβούς.

Η οπίσθια επιφάνεια χωρίζεται από την περιτονία του μείζονα θωρακικού μύος.⁴

Μαστικός Αδένας



Εικ. 1⁵

Οι λοβοί του μαστικού αδένου έχουν πυραμοειδές σχήμα με την κορυφή προς τη θηλή, απ' όπου βγαίνει ένας γαλακτοφόρος πόρος.

Πριν από την εκβολή του, κάθε γαλακτοφόρος πόρος, παρουσιάζει ανεύρυσμα, το γαλακτοφόρο κόλπο, όπου συγκεντρώνεται το γάλα. Το εκκριτικό τμήμα του αδένου αποτελείται από τις αδενοκυψέλες.

Οι αδενοκυψέλες που εκβάλλουν σε έναν κλάδο γαλακτοφόρου πόρου αποτελούν το λόβιο του μαζικού αδένου.

→ **Αιμάτωση:** Οι αρτηρίες του μαστού είναι κλάδοι των εξής αρτηριών:

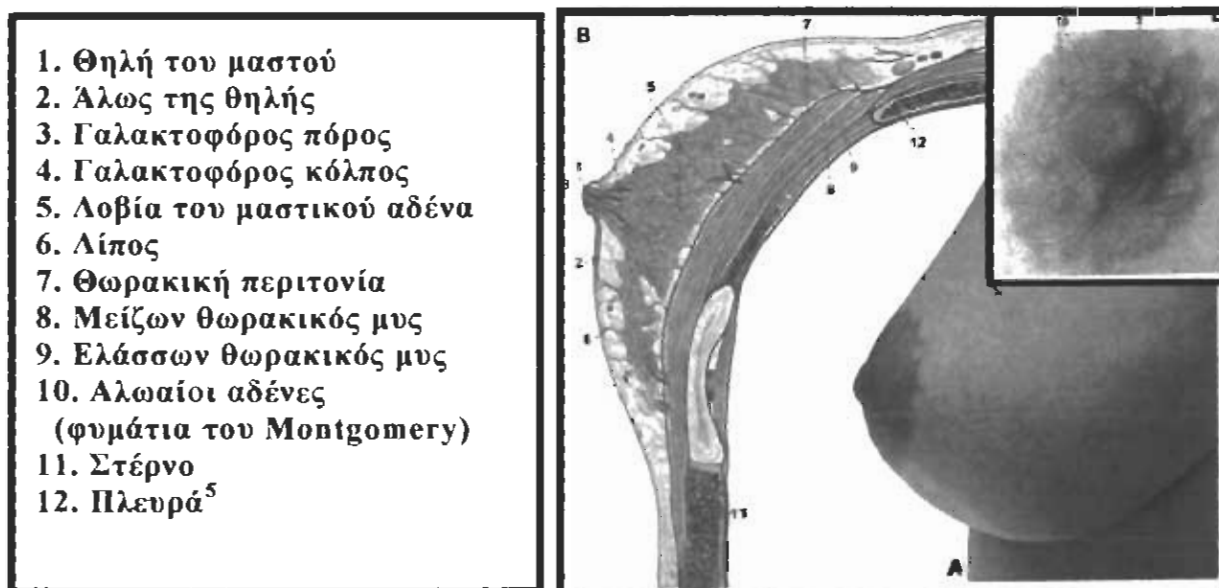
α) της έσω μαστικής, η οποία δίνει τις πρόσθιες διατιτρώσες αρτηρίες για το μαστό,

β) της πλάγιας θωρακικής και

γ) των πρόσθιων μεσοπλευρίων αρτηριών

Οι φλέβες συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στην μασχαλιαία και την έσω μαστική φλέβα.

→ **Λεμφαγγεία:** Τα λεμφαγγεία του μαστού αποτελούν ιδιαίτερο ανατομολειτουργικό σχηματισμό, με σημαντική κλινική σημασία, λόγω των όγκων που εμφανίζονται στο μαστό. Τα λεμφαγγεία προέρχονται από ένα εν τω βάθει δίκτυο που σχηματίζεται γύρω από τις αδενοκυψέλες του μαστικού αδένου και από ένα υποδόριο δίκτυο. Τα δύο δίκτυα επικοινωνούν μεταξύ τους. Το 75% των λεμφογάγγλιων απάγουν από τη λέμφο στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, ενώ το υπόλοιπο 25% που βρίσκονται στην έσω επιφάνεια του μαστού, διοχετεύουν τη λέμφο στα στερνικά λεμφογάγγλια, κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα λεμφογάγγλια του ενός μαστού αναστομώνονται με αυτά του άλλου. Σ' αυτήν την αναστόμωση οφείλονται και οι μεταστάσεις καρκίνων του μαστού και στο δεύτερο μαστό.⁴



Εικ.2⁵

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι ένα ορμονοεξαρτημένο όργανο.

Η ανάπτυξή του και η παραγωγή γάλακτος, εξαρτώνται από την ύπαρξη γεννητικών και άλλων ορμονών, όπως είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

- Η **προλακτίνη** αποτελεί ορμόνη που παράγεται στην αδενούπόφυση. Η δράση της στο μαστικό αδένα είναι διττή.

Με τη βοήθεια των οιστρογόνων και της προγεστερόνης βοηθά την ανάπτυξη του αδένα, ενώ συγχρόνως βοηθά και την παραγωγή γάλακτος από τις αδενοκυψέλες.

Κατά τη διάρκεια της κύησης, η έκκριση γάλακτος μέσω προλακτίνης, αναστέλλεται από τις γεννητικές ορμόνες (οιστρογόνα και προγεστερόνη) που κυκλοφορούν στο αίμα. Μετά τον τοκετό και την καταστροφή του πλακούντα έχουμε μία έντονη πτώση του επιπέδου των οιστρογόνων στο αίμα με αποτέλεσμα, την ελεύθερη δράση της προλακτίνης στον αδένα και την έκκριση γάλακτος από τις αδενοκυψέλες του.

- Η **ωκυτοκίνη** είναι ορμόνη που παράγεται από τον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και εκκρίνεται από τη νευροϋπόφυση. Η δράση της εντοπίζεται στη μήτρα και το μαστικό αδένα. Στη μήτρα οδηγεί στη σύσπασή της με αποτέλεσμα την εξώθηση του εμβρύου κατά το τοκετό ενώ στο μαστικό αδένα αποτελεί τη βασική ορμόνη του αντανεκλαστικού του θηλασμού, κατά το οποίο έχουμε παραγωγή ωκυτοκίνης ύστερα από τη θέα του μωρού από τη μητέρα, ή την επαφή των χειλέων του μωρού με τη θηλή της μητέρας.

Σαν αποτέλεσμα της παραγωγής ωκυτοκίνης, έχουμε τη σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των αδενοκυψέλων, την εξώθηση του γάλακτος προς τους γαλακτοφόρους πόρους και την έναρξη του θηλασμού.

Τις 2-3 πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, από το μαστό παράγεται το πύαρ ή πρωτόγαλα. Μετά τη 2η -3η μέρα αρχίζει η παραγωγή του γάλακτος, που ρυθμίζεται από την προλακτίνη.⁶

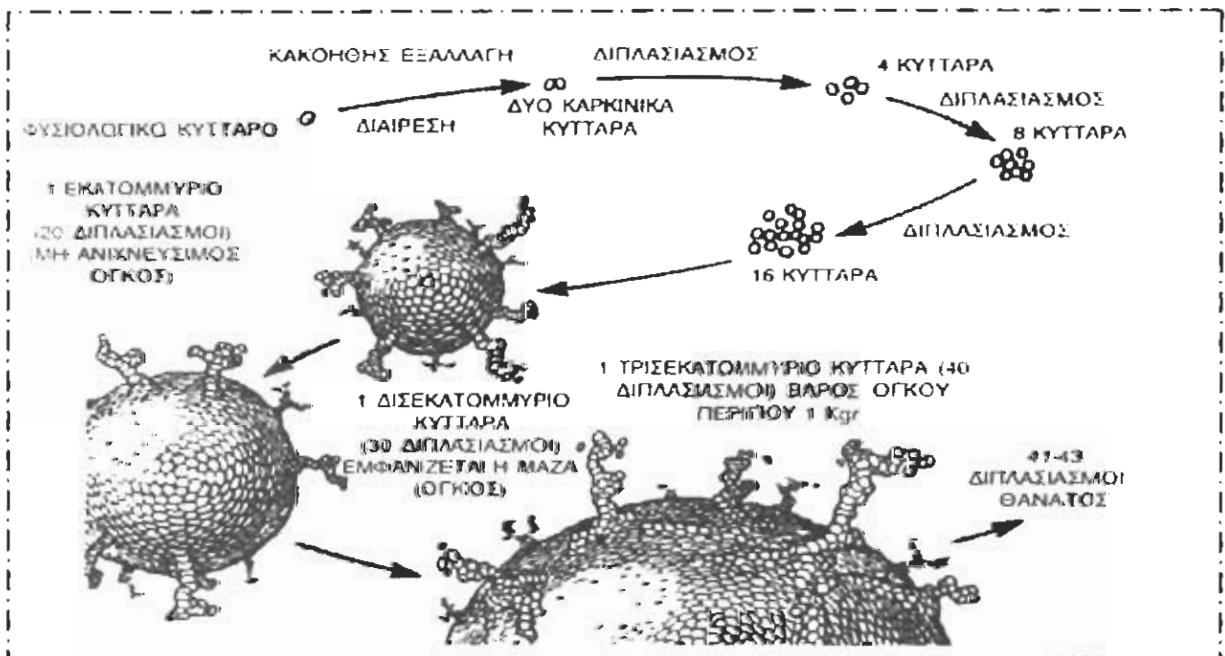


Κεφάλαιο 2ο

1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Τι είναι ο καρκίνος γενικά;

Ο οργανισμός αποτελείται από έναν τεράστιο αριθμό κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά στη διάρκεια της ζωής τους, υπόκεινται σε φυσιολογική φθορά και μετά από ένα χρονικό διάστημα αποθνήσκουν. Τα κύτταρα που αποθνήσκουν αντικαθίστανται από άλλα, μέσω ενός μηχανισμού πολλαπλασιασμού των κυττάρων (κυτταρική διαίρεση). Ο Κύκλος αυτός της ζωής των κυττάρων ρυθμίζεται από πληροφορίες που υπάρχουν καταγεγραμμένες στο γενετικό τους υλικό. Ο πολλαπλασιασμός αυτός φυσιολογικά στοχεύει στην αντικατάσταση των φυσιολογικών απωλειών των κυττάρων. Όταν ο Κύκλος αυτός διαταραχτεί για κάποιο λόγο λάθους είναι δυνατόν ο πολλαπλασιασμός του κυττάρου να γίνει ανεξέλεγκτος και να μην υπόκειται στους φυσιολογικούς μηχανισμούς ρύθμισης που λειτουργούν με βάση τις ανάγκες του οργανισμού. Έτσι τα κύτταρα αυτά μετατρέπονται σε καρκινικά κύτταρα που έχουν ιδιότητες διαφορετικές από αυτές των φυσιολογικών κυττάρων. Ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά των καρκινικών κυττάρων είναι το γεγονός ότι πολλαπλασιάζονται συνεχώς και ανεξέλεγκτα, δημιουργώντας έτσι τους όγκους. Τα καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν στη συνέχεια, λόγω των ιδιοτήτων τους να επεκταθούν άμεσα στους γειτονικούς ιστούς ή να εισέλθουν στα λεμφικά και στα αιμοφόρα αγγεία και να διασπαρθούν με τη λεμφική ή την αιματική κυκλοφορία στους λεμφαδένες ή σε μακρινές θέσεις δημιουργώντας έτσι τις μεταστάσεις. Τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα στις μεταστατικές εστίες, χωρίς να υπόκεινται στους φυσιολογικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Πολλές φορές μάλιστα τα καρκινικά κύτταρα που αναπτύσσονται στις μεταστάσεις έχουν περισσότερους κακοήθεις χαρακτήρες από τα κύτταρα της αρχικής εστίας. Το αποτέλεσμα αυτό, του ανεξέλεγκτου κυτταρικού πολλαπλασιασμού είναι η διαταραχή της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού, που μπορεί να καταλήξει στο θάνατο.



Εικ.3⁷

2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συνηθέστερος καρκίνος στις γυναίκες και η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνει σταθερά. Κάθε χρόνο γίνεται διάγνωση περίπου 250.000 νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη και 175.000 περιστατικών στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ τα ετήσια ποσοστά θανάτου είναι πάνω από 165.000 ασθενείς στην Ευρώπη και 44.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες. Σε ολόκληρο τον κόσμο περισσότερες από 700.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού το χρόνο, ενώ εκτιμάται ότι ποσοστό 8% με 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού ξεπερνά το 95%.

Παρ' όλες όμως τις προόδους στη διάγνωση και τη θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων σχετιζόμενων με τον καρκίνο στις γυναίκες, και την υπ' αριθμόν τρίτη αιτία θανάτου συνολικά στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Μετά την αρχική θεραπεία, περίπου 50% των ασθενών αναπτύσσουν μεταστατικό καρκίνο του μαστού (MBC). Μετά την αρχική διάγνωση μεταστατικού καρκίνου του μαστού, ο μέσος χρόνος επιβίωσης αυτών των ασθενών είναι 18 έως 30 μήνες.⁸

Η American Cancer Society υπολογίζει ότι στις ΗΠΑ ο καρκίνος του μαστού αποτελεί περίπου το 29% όλων των καρκινωμάτων στις γυναίκες.

Αν και η πρόωρη διάγνωση έχει σαν αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά ίασης, ο καρκίνος του μαστού παραμένει η βασική αιτία θανάτου από καρκίνο στις ενήλικες γυναίκες κάτω των 54 ετών και η δεύτερη πιο συχνή αιτία για τις γυναίκες άνω των 54 ετών.⁹

Στην χώρα μας ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο τύπο κακοήθειας στις γυναίκες αντιστοιχώντας σε 20% όλων των γυναικείων καρκίνων, σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάστηκαν στο 18ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο.

Η νόσος σχετίζεται θετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι γυναίκες που ανήκουν στα ανώτερα μορφωτικά και επαγγελματικά στρώματα εμφανίζουν μέχρι και διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού σχετικά με εκείνες των χαμηλότερων στρωμάτων, όπως τόνισε μιλώντας στο συνέδριο η αναπληρώτρια καθηγήτρια Επιδημιολογίας στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας Ελένη Πετρίδου.

Η διαφορά αυτή, πρόσθεσε, αντανακλά σε κάποιο βαθμό, την επίδραση των διαφορετικών προτύπων αναπαραγωγής, όπως ο αριθμός των τοκετών, η ηλικία της πρώτης εμμηναρχής και η ηλικία της πρώτης κύησης, μεταξύ των ομάδων αυτών. Εξάλλου, γυναίκες που διαμένουν μόνιμα σε αστικό περιβάλλον παρουσιάζουν ελαφρώς υψηλότερη επίπτωση καρκίνου του μαστού σχετικά με εκείνες που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές.

Η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με τη νόσο και συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι οι ανύπανδρες γυναίκες μετά την ηλικία των 40 ετών παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα και αποτελεί λιγότερο από το 1% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού και περίπου 0,2% όλων των καρκίνων που παρουσιάζονται στον ανδρικό πληθυσμό. Οι γνώσεις για την αιτιολογία και τους παράγοντες κινδύνου του νοσήματος στους άνδρες είναι σχετικά ελλιπείς.¹⁰

3. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα αίτια του καρκίνου του μαστού είναι αποτέλεσμα ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων: γενετικών, ορμονικών, διατροφικών, φαρμακευτικών, ανοσολογικών, περιβαλλοντικών. Εντούτοις, συχνά εμφανίζονται σαν ένας συνδυασμός πολλών παραγόντων.

1. Κληρονομικότητα. Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή.

Έτσι, αν μία από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσικά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσικά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές.

Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσικά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσικά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις οκτώ φορές.

Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του μαστού.

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

3. Γεωγραφική κατανομή. Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ό,τι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από ό,τι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Νότια Αμερική και στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τ' άλλα κράτη.

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

4. Ηλικία. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθεί μετά από αυτή. Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα, που δεν φτάνει το 1%, και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισής του είναι των 40 ετών.

5. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Η πρόωμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωοθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών.

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

Η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση, και μάλιστα στις γυναίκες, που δεν απόκτησαν παιδιά, και σε αυτές, που έπασχαν από πολυκυστικές ωοθήκες, κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον καρκίνο του μαστού.¹¹

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

6. Ηλικία πρώτου τοκετού. Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, που θ' αποκτήσει το πρώτο της παιδί και στον καρκίνο του μαστού. Αν αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή, που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της. Ειδικότερα, οι πιθανότητες σ' αυτή την περίπτωση τριπλασιάζονται.

Η προστατευτική από τον καρκίνο επίδραση της πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης έχει σχέση με τον καρκίνο, που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών, γιατί η προστασία κρατάει για 15 περίπου χρόνια. Οι επόμενες μετά την πρώτη εγκυμοσύνη της γυναίκας, που γέννησε πριν από τα 35 χρόνια της ή οι εκτρώσεις του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης, δεν επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

7. Ατεκνία. Οι γυναίκες, που δεν γέννησαν, εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές, που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.

8. Φύλο του πρώτου εμβρύου. Πιστεύεται πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

9. Αριθμός τοκετών. Ενώ, όπως αναφέρθηκε έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε, πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολύτοκες.

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

11. Αμβλώσεις. Οι διακοπές της εγκυμοσύνης, στο πρώτο τρίμηνό της, διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.

12. Ορμονικοί παράγοντες. Η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε τους ερευνητές. Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειδοπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει, αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.

Σημασία, φαίνεται, πως έχει η σχέση οιστριόλης προς την οιστρόνη και την οιστραδιόλη. Αύξηση της σχέσης σημαίνει ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ ελάττωσή της, στις αυξημένες.

Η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης, που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη, προστατεύει το μαστό από την καρκινογόνο δράση των δύο άλλων ορμονών. Η

άποψη, πως οι γυναίκες, που εμφανίζουν υπερπρολακτιναιμία, έχουν αυξημένες πιθανότητες προσβολής τους από καρκίνο του μαστού, δεν τεκμηριώθηκε.¹¹

13. Άλλης εντόπισης καρκίνος. Όταν εμφανισθεί καρκίνος στον ένα μαστό, υπάρχει πιθανότητα 8-10 φορές συχνότερα να αναπτυχθεί και στον άλλο. Επίσης, συχνότερα εμφανίζεται καρκίνος στο μαστό, όταν υπάρχει στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες και στο παχύ έντερο.¹¹

14. Διαιτητικοί παράγοντες. Έχει υποστηριχθεί και σε μερικές εργασίες έχει αποδειχθεί ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Η ανεξέλεγκτη κατανάλωση κορεσμένων λιπών ή κόκκινου κρέατος ενδέχεται να ενισχύει το ενδεχόμενο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σύμφωνα με канаδική έρευνα, που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο British Journal of Cancer.

Παλιότερες μελέτες που έχουν ασχοληθεί με το θέμα έχουν καταλήξει στα ίδια συμπεράσματα, ωστόσο οι επιστήμονες διευρύνουν και την πιθανότητα μεγένθυσης του κινδύνου και από εξωγενείς παράγοντες, όπως η παχυσαρκία.

Στο πλαίσιο της μελέτης μία ομάδα από το Ontario Cancer Institute συνέκριναν 45 παλαιότερες έρευνες, οι οποίες περιλάμβαναν 580.000 υγιείς γυναίκες και 25.000 πάσχουσες από καρκίνο του μαστού. Αφού ανέλυσαν τα στοιχεία των μελετών, λαμβάνοντας υπόψη τους και άλλους εξωγενείς παράγοντες που ενισχύουν την πιθανότητα προσβολής από την νόσο, στη συνέχεια συνέκριναν μεταξύ τους, τις γυναίκες με το υψηλότερο και το χαμηλότερο δείκτη πρόσληψης λίπους, ώστε να διαπιστώσουν κατά πόσον η κατανάλωση λιπών συμβάλλει στην εμφάνιση της νόσου.

Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν πως οι γυναίκες που καταλάωναν μεγάλες ποσότητες κορεσμένου λίπους διέθεταν κατά κανόνα 20% μεγαλύτερο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Ο κίνδυνος παρουσίαζε αυξομειώσεις αναλόγως με τον τύπο του καταναλισκόμενου λίπους, ωστόσο ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού άγγιζε κατά μέσο όρο το 13%. Στην ίδια έρευνα καταδείχθηκε ότι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων κόκκινου κρέατος αύξανε κατά περίπου 17% τον κίνδυνο σε σχέση με όσες έτρωγαν την συγκεκριμένη μορφή κρέατος σε μικρές δόσεις ή το απέφευγαν παντελώς.¹²

Εκτός από τα λίπη έχει κατηγορηθεί ως επικίνδυνη και η μεγάλη κατανάλωση γλυκισμάτων. Μία εξειδικευμένη παρατήρηση που έχει αναφερθεί είναι ότι οι διαιτητικές καταχρήσεις πιθανότατα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες στην εφηβική ηλικία, όταν το μαζικό παρέγχυμα αποτελείται κατά κύριο λόγο από αδενικό ιστό.

Σε ανάλογο πλαίσιο με τις διαιτητικές παρεκτροπές είναι και η χρήση αλκοόλ. Αναφέρεται ότι γυναίκες μικρότερες από 55 χρονών, χωρίς άλλους ιδιαίτερους κινδύνους για καρκίνο μαστού, διπλασιάζουν την πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο αν καταναλώνουν περισσότερο από 15 gr αλκοόλ την ημέρα.¹³

15. Ινοκυστική μαστοπάθεια. Αυτή αποτελεί πρόβλημα, που παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον, γιατί δεν δόθηκε υπεύθυνη λύση στο επίμαχο θέμα, αν και κατά πόσο η ινοκυστική μαστοπάθεια, σε μερικούς τουλάχιστον ιστολογικούς τύπους, μπορεί να θεωρηθεί δυνητικά προκαρκινική κατάσταση.

Παθολογοανατομικές αποδείξεις και επιδημιολογικά δεδομένα συμφωνούν με την άποψη, πως υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στις δύο παθήσεις και πως η πιθανότητα να αναπτυχθεί καρκίνος σε κυστική μαστοπάθεια φτάνει στο διπλάσιο ή τετραπλάσιο απ' ότι στο φυσιολογικό μαστό.

Συνδέεται επίσης η ύπαρξη ινοκυστικής μαστοπάθειας με τον καρκίνο, γιατί όσες γυναίκες πάσχουν απ' αυτή και από καρκίνο του μαστού, εμφανίζουν ελαττωμένη την έκκριση της οιστριώδους, που όχι μόνο δεν θεωρείτε καρκινογόνος ουσία, όπως η οιστρόνη αλλά και την ανταγωνίζεται.

Ορισμένες ιστολογικές αλλοιώσεις της ινοκυστικής μαστοπάθειας, που εμφανίζουν υπερπλαστική αλλοίωση του επιθηλίου των κύστεων, μπορούμε να τις θεωρήσουμε υπεύθυνες για την βαθμιαία εξέλιξή τους στον καρκίνο.

Κρίνεται σκόπιμο, τις ιστολογικές αυτές αλλοιώσεις να τις κατατάξουμε σε συγκεκριμένες ομάδες, για να τις συνδέσουμε καλύτερα με την πιθανή εξέλιξη τους σε καρκίνο.

16. Άλλοι παράγοντες. Διαπιστώθηκε, πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Επίσης, πως οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα, από τις κοντές, όπως συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών. Ακόμη, πιστεύεται, πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού.

Γυναίκες, που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (Χιροσίμα) , όπως και γυναίκες, που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της στην ακτινοβολία, τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της μεγαλώνει.

Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει στην ηλικία των 10-19 ετών και κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης.

Τέλος, εκφράσθηκε η άποψη, πως υπάρχει κάποιος ιός, που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση, και ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γενετικών και ενδοκρινικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό.¹¹



Κεφάλαιο 3ο

Ι.ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εξέλιξη της καρκινογένεσης μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις :

- ✓ 1^η φάση επαγωγής ή έναρξη
- ✓ 2^η προδιηθητική φάση
- ✓ 3^η διηθητική φάση
- ✓ 4^η φάση διασποράς ¹⁴

1. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ-ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ

Η ταξινόμηση του καρκίνου μπορεί να γίνει με βάση: 1. ιστογένεση 2. τη διηθητικότητα του ή μη 3. μορφολογία το μεγαλύτερο ποσοστό του καρκίνου του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των πόρων(80%) και το υπόλοιπο από το επιθήλιο των λοβών.¹¹

Νεοπλάσματα του μαστού

Τα νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε *καλοήθη* και *κακοήθη*.

α) Καλοήθη νεοπλάσματα

- ενδονικό θήλωμα
- ιναδένωμα
- νεανική θηλωμάτωση
- λοβώδης υπερπλασία

β) Κακοήθη νεοπλάσματα

- καρκίνος
- πορογενές ενδοεπιθηλιακό (in situ)
- λοβιακό ενδοεπιθηλιακό
- νόσος του Paget κ.α.
- σάρκωμα¹⁵

Χαρακτηριστικά

Καλοήθη Νεοπλάσματα	Κακοήθη Νεοπλάσματα
➤ Είναι εντοπισμένος όγκος	➤ Τείνουν διαρκώς να αυξάνονται
➤ Περιβάλλεται από ινώδη κάψα	➤ Δεν είναι περιγεγραμμένα, δεν έχουν κάψα
➤ Εμφανίζει περιορισμένη ικανότητα προς ανάπτυξη	➤ Πολλαπλαιάζονται με ταχύ ρυθμό
➤ Εμφανίζει ομαλό σχήμα	➤ Συχνά υποτροπιάζουν
➤ Δεν κάνουν μεταστάσεις	➤ Κάνουν μεταστάσεις
➤ Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς	➤ Διηθούν στους γύρω ιστούς ¹⁶

Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων. Ειδικότερα, στους 100 καρκίνους του μαστού θα συναντήσουμε την παρακάτω συχνότητα σχετικά με τον ιστολογικό τύπο:

- Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων οδών 52
- Διηθητικά καρκινώματα των γαλακτοφόρων οδών συνδυασμένα με άλλα καρκινώματα 29
- Λοβιακά καρκινώματα 5
- Μυελοειδή καρκινώματα 6
- Βλενώδη καρκινώματα 2.5
- Νόσος Paget 2
- Άλλοι τύποι καρκινωμάτων 3.5

Σε συχνότητα 99% ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από το επιθήλιο των πόρων και 1% από το συνδετικό ιστό. Η ανάπτυξή του αρχίζει ταυτόχρονα από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους. γι' αυτό σε συχνότητα 50% των μαστών, που εξαιρέθηκαν για καρκίνο, εκτός από τον καρκινικό όγκο, μέσα σ' αυτούς υπάρχουν πολλαπλές εστίες μικροσκοπικού διηθητικού ή όχι καρκινώματος.

Ιστογενετικά, τα καρκινώματα διακρίνονται: στα μη διηθητικά (λοβιακό ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα *in situ* και ενδοσωληνώδες καρκίνωμα *in situ*), στα διηθητικά (λοβιακό διηθητικό και ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα των πόρων) και στα ακαθόριστης ιστογενετικής προέλευσης (φλεγμονώδες, μεταπλαστικό, καρκινοσώρκωμα και καρκινοειδές).

Συνηθέστεροι τύποι καρκίνου του μαστού είναι οι παρακάτω:

Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνώδες καρκίνωμα. Όπως αναφέρθηκε, απαντάται σε συχνότητα 80% περίπου.

Στην *in situ* μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι πολυεστιακό και, πολύ σπάνια, συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Στη διηθητική του μορφή σε συχνότητα 90% δεν έχει ειδικά χαρακτηριστικά μακροσκοπικά εξεταζόμενο. Αποτελεί συμπαγή, σκληρής σύστασης όγκο, διαμέτρου 2-4 ε.κ. που όταν κοπεί, έχει λευκότεφρη χροιά με λευκές ή κιτρινωπές γραμμές και επεκτείνεται διηθητικά στο γειτονικό μαστικό αδένια.

Όταν το κόβουμε έχουμε την αίσθηση πως κόβουμε υλικό, που έχει τη σύσταση άμμου. Η πρόγνωση του εξαρτάται από το βαθμό διαφοροποίησης.

Καρκίνωμα των λοβών. Αυτό απαντάται σε συχνότητα 5% όλων των καρκίνων του μαστού, τις περισσότερες φορές είναι πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο και διηθεί περισσότερα αγγεία.

Στην *in situ* μορφή του αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψιών ινοκυστικής μαστοπάθειας και, πολλές φορές, συνυπάρχει με τη διηθητική του μορφή και με ενδοσωληνώδες καρκίνωμα.

Στη διηθητική του μορφή έχει μέγεθος 1-4 ε.κ., ασαφή όρια και ελαστική σύσταση. Επειδή δυνατό να είναι αμφοτερόπλευρο, μετά τη μαστεκτομία συστήνεται στενή παρακολούθηση του εναπομείναντος μαστού.

Μυελώδες καρκίνωμα. Απαντάται σε συχνότητα 6%, συχνότερα γύρω στην ηλικία των 50 ετών, με τη μορφή μαλακού περιγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10 ε.κ., που μοιάζει με απόστημα, δεν έχει κάψα και, όταν κοπεί, πολλές φορές στο κέντρο του υπάρχει νέκρωση και αιμορραγική διήθηση.

Βλεννώδες καρκίνωμα. Απαντάται σε συχνότητα 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια, που, όταν κοπεί, μοιάζει με ζελατίνα.

Σωληνώδες καρκίνωμα. Αυτό λέγεται και καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλους τους άλλους ιστολογικούς τύπους. Εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου και σπάνια προκαλεί μεταστάσεις.

Σπάνια καρκινώματα. Σ' αυτά ανήκουν:

1) **Το ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα (0,5%),** που εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας γύρω στα 55 χρόνια τους, προτιμάει τις παχύσαρκες, έχει βραδεία εξέλιξη και καλή πρόγνωση.

2) **Η νόσος του Paget (2%),** που εμφανίζεται με τη μορφή εκζέματος της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άλω σε γυναίκες πάνω από 40 ετών και σε συχνότητα 43% δε συνοδεύεται από ψηλαφητό όγκο. Δυνατό να συνοδεύεται από αιματηρή έκκριση της θηλής. Έχει βραδεία εξέλιξη και η πρόγνωση της εξαρτάται από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους λεμφαδένες.

3) **Φλεγμονώδες καρκίνωμα (1,5%),** που χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υποδόριων λεμφαγγείων. Έχει κακή πρόγνωση. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 5,5%.

4) **Λιποεκκριτικό καρκίνωμα** (1%), που εμφανίζεται γύρω στα 60 χρόνια της γυναίκας, δυνατό να συνοδεύεται από πορογενές λοβιακό καρκίνωμα in situ ή διηθητικό, έχει γρήγορη εξέλιξη και βαριά πρόγνωση. Ανάμεσα στις μεταστάσεις, που προκαλεί, είναι και αυτές που αφορούν τα μάτια.

5) **Μεταπλαστικό καρκίνωμα** (0,5-2%), που αναφέρεται και ως επιδερμοειδής καρκίνος, εμφανίζεται συχνότερα γύρω στο 50ό έτος της ηλικίας της γυναίκας, συχνά προκαλεί μεταστάσεις και η πενταετής επιβίωση της άρρωστης ανέρχεται σε 65%.

6) **Θηλώδες καρκίνωμα**, που χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή.

7) **Καρκίνωμα από αποκρινείς αδένες**, που η συμπεριφορά του μοιάζει με το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα.

8) **Καρκινοσάρκωμα**, που δεν διευκρινίστηκε, αν προέρχεται από εξαλλαγή ιναδενώματος.

9) **Καρκινοειδές**, που εμφανίζεται γύρω στα 48 χρόνια της γυναίκας, με τη μορφή ανώδυνης μάζας χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας και έχει καλή πρόγνωση.

10) **Αδενοκυστικό καρκίνωμα**, που τις περισσότερες φορές εντοπίζεται κοντά στη θηλή του μαστού και τα κύτταρά του σχηματίζουν κύστες, που εκκρίνουν βλέννα. Μοιάζει με το καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων και έχει καλή πρόγνωση.

11) **Μεταστατικό καρκίνωμα**, που προέρχεται, τις περισσότερες, φορές από τους πνεύμονες, τις ωοθήκες και από κακήθες μελάνωμα.

12) **Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα**, που σε συχνότητα 1-15% αναπτύχθηκε ύστερα από αντιμετώπιση του ενός μαστού και σε συχνότητα 0,1-11% συνυπήρχε από την αρχή.¹¹

2. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού δεν αποβλέπει τόσο στον καθορισμό του εγχειρήσιμου από τον ανεγχείρητο καρκίνο, όσο στην εκτίμηση της πρόγνωσης, που εξαρτάται από τις μεταστάσεις του.

- **Στάδιο I.** Ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού.
- **Στάδιο II.** Ο καρκίνος επεκτάθηκε ως την επιφάνεια του μαστού.
- **Στάδιο III.** Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες.
- **Στάδιο IV.** Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.¹⁷

Η σταδιοποίηση των κακοήθων νεοπλασμάτων γίνεται με το ευρέως σήμερα χρησιμοποιούμενο **σύστημα T.N.M.**, σύμφωνα με το οποίο λαμβάνεται υπόψη το μέγεθος του όγκου (T=Tumor), η παρουσία λεμφαδένων διηθημένων από το καρκίνωμα (N=Nodes) και η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (M=Metastasis).

Έτσι διακρίνονται τρία βασικά στάδια I, II, III και δύο στάδια για ακραίες περιπτώσεις 0, IV (συνολικά κατά σειρά τα στάδια είναι 0, I, II, III, IV).

Στο στάδιο 0 δεν υπάρχει διάσπαση της βασικής μεμβράνης των κυττάρων, δεν υπάρχει διήθηση και η ανακάλυψη γίνεται τυχαία μετά από εργαστηριακές εξετάσεις, όπως το PAP-test. Πρόκειται για εντελώς τοπικά δηλαδή in situ καρκινώματα και η αντιμετώπιση είναι εύκολη και ριζική. Το στάδιο αυτό παριστάνεται ως **T_x N₀ M₀**.

Στο **στάδιο I** (π.χ. $T_1 N_0 M_0$) υπάρχει όγκος, χωρίς επιχώριους λεμφαδένες και χωρίς μεταστάσεις. Στην περίπτωση που ο όγκος είναι περιορισμένος, τοποθετείται η ένδειξη 1 (δηλαδή T_1) εάν όμως είναι μεγαλύτερος μπορεί να γραφτεί (αντίστοιχα με το μέγεθός του) T_2 , T_3 , T_4 .

Στο **στάδιο II** (π.χ. $T_2 N_1 M_0$) υπάρχει όγκος με επιχώριους λεμφαδένες, αλλά χωρίς μεταστάσεις (για ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού λεμφαδένων γράφεται π.χ. N_2 , N_3).

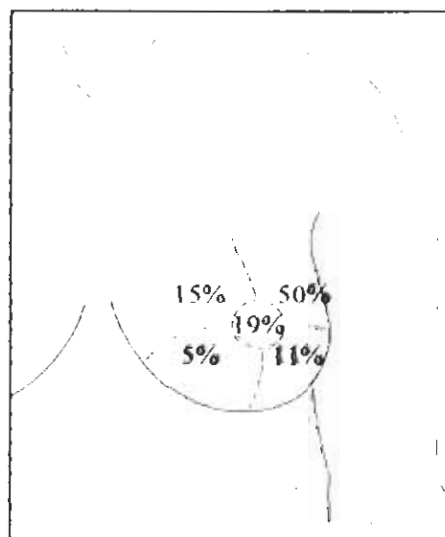
Στο **στάδιο III** (π.χ. $T_3 N_1 M_1$) υπάρχει όγκος (συνήθως μεγαλύτερος των 5 cm), υπάρχουν επιχώριοι λεμφαδένες και υπάρχουν και μεταστάσεις.

Στο **στάδιο IV** (π.χ. $T_3 N_2 M_1$) υπάρχει όγκος μεγαλύτερος από 5cm με επιχώριους και γειτονικούς λεμφαδένες και με απομακρυσμένες μεταστάσεις (εκτεταμένο καρκίνωμα).

Υπολογίζεται γενικώς ότι ενώ το καρκίνωμα *in situ* θεωρείται ιάσιμο πλήρως, το καρκίνωμα σταδίου I προγνωστικά έχει πενταετή επιβίωση περί το 90%, στο στάδιο III πέφτει περίπου στο 30%, ενώ στο στάδιο IV δεν παρατηρείται πενταετής επιβίωση (0%).¹⁸

3.ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται συνηθέστερα στο αριστερό μαστό και η αναλογία μεταξύ αριστερού και δεξιού μαστού είναι 1,14: 1.¹⁹



Εικ.4²⁰



Κεφάλαιο 4ο

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

1. Ψηλαφητή μάζα στο μαστό.

Τα κύτταρα αυτά, όταν παίρνουν τη μορφή ογκιδίου, μπορεί να γίνουν αντιληπτά με την ψηλάφηση. Δεν σημαίνει όμως ότι κάθε ογκίδιο που ανευρίσκεται στο μαστό είναι απαραίτητα κακοήθες. Αντίθετα οι περισσότεροι όγκοι είναι καλοήθη μορφώματα και δεν απειλούν τη ζωή. Ινοαδενώματα και καλοήθεις κύστες ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία. Επίσης, δυνατόν να υπάρχουν ευρήματα στη μαστογραφία χωρίς όμως ψηλαφητή μάζα.



Εικ.5²¹

2. Ο πόνος στο μαστό.

Συνηθισμένο σύμπτωμα που συνήθως δεν σχετίζεται με καρκίνο του μαστού. Τις περισσότερες φορές οφείλεται σε ινοκυστικές αλλαγές σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες

3. Έκκριση από τη θηλή.

Έκκριση από τη θηλή μπορεί να εμφανιστεί τόσο σε καλοήθεις όσο και σε κακοήθεις παθήσεις του μαστού. Τις πιο πολλές φορές οφείλεται σε διάταξη των γαλακτοφόρων πόρων ή σε κύστες. Η εκροή αιματηρού περιεχομένου από τη θηλή μπορεί να είναι σημείο κακοήθειας αλλά και καλοήθους θηλώματος αυτών των πόρων.

4. Διάβρωση της θηλής ή εκζεματοειδές ερύθημά της – Οίδημα μαστού.

Μπορεί να σχετίζεται με υποκείμενη κακοήθεια (νόσος Paget). Διάχυτες αλλοιώσεις συσχετίζονται με καλοήθεις και κακοήθεις καταστάσεις. Οίδημα και ερύθημα μπορεί να οφείλεται σε μια απλή μαστίτιδα ή και σε καρκίνωμα του μαστού. **Εισολκή ή "τράβηγμα"** της θηλής μπορεί να είναι σημείο καλοήθους ινοκυστικής αλλαγής, παρελθούσης μαστίτιδας ή υποκείμενης κακοήθειας.

Σπάνια, μια κακοήθεια μπορεί να εμφανιστεί με ψηλαφητούς λεμφαδένες χωρίς καμία ανωμαλία από τους μαστούς.

5. Πάχυνση του δέρματος.

Μπορεί να είναι τοπική ή διάχυτη σ' ολόκληρο το μαστό. Οφείλεται σε διήθηση και απόφραξη λεμφικών αγγείων του δέρματος από νεοπλασματικά κύτταρα.



Εικ.6⁷

*Πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι η εκτίμηση ενός ογκιδίου ή άλλου σημείου ή συμπτώματος και ο χαρακτηρισμός του ως καλοήθους ή κακοήθους, είναι ρόλος αποκλειστικά του γιατρού, ο οποίος μπορεί να σας πληροφορήσει υπεύθυνα και να σας κατευθύνει για τον κατάλληλο έλεγχο (υπερηχογράφημα, μαστογραφία, βιοψία ή παρακολούθηση).²²

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική και παρακλινική, ιδιαίτερα χάρη στην ανάπτυξη της σύγχρονης απεικόνισης.

1. Κλινική Διάγνωση-Έλεγχος

Μετά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και μιας αξιολόγησης της ιατρο-ψυχολογικής κατάστασης, θα πρέπει να αναζητηθεί ο λόγος της ιατρικής επίσκεψης: πάρα πολύ συχνά, η ασθενής συμβουλεύεται το γιατρό της για ένα ανώδυνο, σκληρό ογκίδιο και πιο σπάνια, για μία αλλαγή του δέρματος (ρυτίδα ή κοιλότητα), ένα οροαιματηρό έκκριμα της θηλής, έναν εντοπισμένο πόνο και, τέλος, ένα λεμφαδένα κάτω από τη μασχάλη ή κάτω από την κλείδα. Σε όλα τα περιστατικά, πρέπει να γίνεται πλήρης εξέταση, σε καθιστή και ύπτια θέση.

❖ Επισκόπηση-Ψηλάφηση

Η προσεκτική εξέταση αναζητά μια ανωμαλία του δέρματος ή της άλω και η στατική και δυναμική ψηλάφηση τεταρτημόριο προς τεταρτημόριο, μελετά το μέγεθος, την κινητικότητα και τη στασιμότητα του όγκου σε σχέση με το δέρμα και τη θέση των μυών.

Τυπικά, ο όγκος είναι σκληρός, ανώδυνος, με ακανόνιστα όρια, μη διακριτός από το γειτονικό μαστικό ιστό. Άλλα είδη καρκίνου του μαστού είναι παραπλανητικά, με μία καθησυχαστική συμπτωματολογία: όγκοι μαλθακής σύστασης, με σχήμα ομαλό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εξέταση της αλωαίας επιφάνειας και της θηλής, αποκαλύπτει την ύπαρξη δερματικής απόκλισης, στρέβλωσης ή έκκρισης της θηλής.

Η έκκριση θεωρείται ακόμα πιο ύποπτη, όταν είναι από ένα πόρο, οροαιματηρή, αυτόματη και σε συνδυασμό με ένα ογκίδιο πίσω από τη θηλή.

Τέλος, με την κλινική εξέταση, θα αναζητηθούν οι μασχαλιαίοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες. Οι λεμφαδένες αυτοί ψηλαφώνται σε καρκίνους προχωρημένους. Είναι δυνατόν, διογκωμένοι λεμφαδένες να είναι φλεγμονώδεις και μη διηθημένοι από καρκίνο.

Στους καρκίνους σε προχωρημένο στάδιο ανάπτυξης, η κλινική εξέταση μπορεί να δείξει έναν μαστό ερυθρό, με οίδημα, διογκωμένο, επώδυνο κατά την ψηλάφηση και τοπικά σημεία οξείας φλεγμονής ή δερματικής διασποράς: μεταστατικοί όζοι.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ορισμένα είδη καρκίνου του μαστού δεν είναι δυνατό να ψηλαφηθούν, άλλα καλύπτονται μέσα σε μια σκληρή περιοχή και σιωπηλά κάνουν μετάσταση στους λεμφαδένες ή στα σπλάγχνα.

Στο τέλος της κλινικής εξέτασης, θα έχουμε πραγματοποιήσει μια διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε άλλους καλοήθεις όγκους του μαστού, εκκρίσεις που οφείλονται σε ορμονικές ή φαρμακευτικές μαστοπάθειες και εμφανείς, λοιμώδεις μαστίτιδες. Παρ' όλα αυτά, η ευαισθησία της κλινικής εξέτασης αποτελεί το 70% και η αποτελεσματικότητα το 80%. Σε ένα ποσοστό 30%, η κλινική διάγνωση είναι δύσκολη ή αδύνατη και κυρίως σε περιπτώσεις καρκίνων με διάμετρο κάτω του ενός εκατοστού "minimal breast cancer» η κλινική ανίχνευση θεωρείται πολύ δύσκολη.

Γι' αυτό το λόγο, είναι απαραίτητη η εφαρμογή συμπληρωματικών εξετάσεων με σκοπό τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.^{2,3}

2. Απεικονιστική Διάγνωση

1. Μαστογραφία: Είναι η θεμελιώδης εξέταση για τη διάγνωση των καρκίνων του μαστού. Από την ξηρογραφία, η οποία σήμερα πλέον δεν χρησιμοποιείται, έως την ψηφιακή μαστογραφία της σημερινής εποχής, η μαστογραφία παρουσιάζει μεγάλη εξέλιξη.

Η κλασική μαστογραφία πρέπει να είναι αμφίπλευρη, και η ασθενής να είναι σε θέση καθιστή. Πραγματοποιούμε προβολές «face» και λοξού «profil» για να διερευνήσουμε συνολικό το μαστό και τη μασχαλιαία περιοχή.

Είναι ουσιαστικό να πραγματοποιείται η μαστογραφία με συμπίεση, ώστε να εξαλείφονται οι γεωμετρικές και κινητικές ασάφειες. Για τις γυναίκες με εμμηνόρροια, το χρονικό διάστημα μετά την εμμηνόρροια είναι το καλύτερο για την πραγματοποίηση μιας μαστογραφίας. Εκτός από τις δύο κλασικές προβολές, είναι δυνατό να πραγματοποιήσουμε και άλλες: προβολές με γωνία 90 μοιρών, ειδικές προβολές, μεγεθύνσεις υπόπτων εστιασμένων ζωνών. Η διήθηση των ακτίνων πρέπει να είναι ανάλογη με την πυκνότητα των μαστών.

Η μαστογραφική σημειολογία των καρκίνων του μαστού ανευρίσκει τρία θεμελιώδη σημεία σε συνδυασμό ή μεμονωμένα:

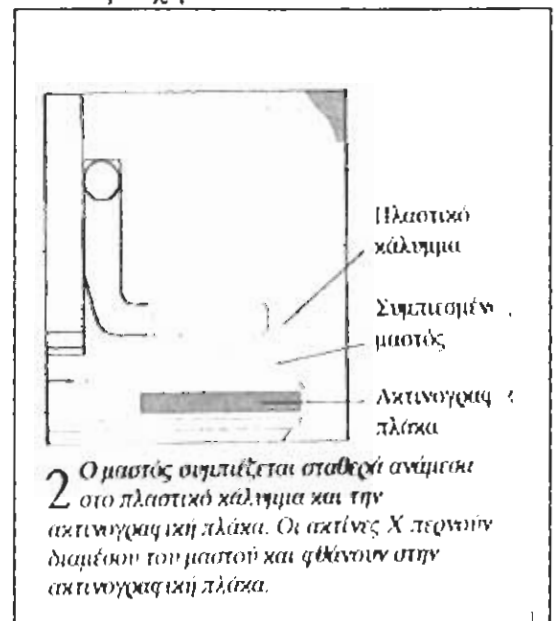
α) Οι ανώμαλες ακτινοσκοιρότητες με μεταβλητή πυκνότητα, με ανώμαλη περιφέρεια, ασαφή που αντιστοιχούν σε οζίδια. Συχνά, το μέγεθος του ακτινολογικού οζιδίου είναι κατώτερο του κλινικού μεγέθους, οι στρεβλώσεις είναι μικρές, δεν υπάρχει όριο ασφάλειας, το κέντρο της ακτινοσκοιρότητας είναι πολύ πυκνό και είναι πιθανό να υπάρχει κάποια δερματική έλξη στο σημείο του όγκου ή ένα διάχυτο οίδημα.

β) Οι μικροαποτιτανώσεις: Πρόκειται για εναποθέσεις των αλάτων του ασβεστίου στο επίπεδο των γαλακτοφόρων και μαστικών λοβιδίων. Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Legal του Ινστιτούτου CURIE, διακρίνουμε πέντε τύπους μικροαποτιτανώσεων. Οι τύποι IV και V είναι συχνότατοι στα περιστατικά καρκίνου του μαστού. Πρόκειται για μικροαποτιτανώσεις με μέγεθος μικρότερο των 5 mm, στιγματικού σχήματος, ασύμμετρες ή σκωληκοειδείς, αριθμού συμψηφιστικού, συχνά άνω των 30 ανά cm^2 . Οι εστίες τους, είναι μη ομαλές ή σε ακολουθία με το γαλακτοφορικό δένδρο. Η σημειολογία αυτών των μικροαποτιτανώσεων έχει παρουσιάσει μεγάλη πρόοδο τα τελευταία χρόνια, χάρη στην ποιότητα του μαστογραφικού ελέγχου.

γ) Οι διαταραχές της αρχιτεκτονικής του μαστού: Οι ασυμμετρίες, οι εστιασμένες υπερπυκνώσεις μπορούν ταυτόχρονα να αποτελέσουν ευρήματα ενός μαστογραφικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού.

Η προσεκτική εξέταση των μαστογραφιών μας επιτρέπει ποσοστό «ευαισθησίας» 98% και «ειδικότητας» 90%, γι' αυτό το λόγο θεωρείται σημείο αναφοράς στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Παρ' όλα αυτά, υφίστανται σημειολογικές παγίδες, οι οποίες απαιτούν την πραγματοποίηση και άλλων συμπληρωματικών εξετάσεων.

2. Ψηφιακή Μαστογραφία: Θεωρείται τεχνική ακριβείας, χάρη στην ανάλυση της εικόνας μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή που επιτρέπει την αλλαγή των σκιαγραφικών αντιθέσεων και εμφανίζει με μεγαλύτερη ευκρίνεια τις παθολογικές



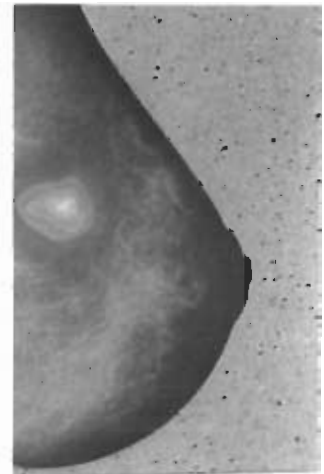
Εικ. 7²⁶

εικόνες, με τη δυνατότητα της αφαίρεσης των επιπλέον εικόνων. Επίσης, αυτή η τεχνική επιτρέπει να γίνονται εστιασμένες μεγενθύνσεις με μετατόπιση της ενδιαφερόμενης ζώνης πάνω στην οθόνη.²³

Επιπλέον, η ψηφιακή μαστογραφία μπορεί να διατηρηθεί στη μνήμη του σκληρού δίσκου του PC, μπορεί να αντιγραφεί και να σταλεί μέσω τηλειατρικής σε οποιοδήποτε άλλο διαγνωστικό κέντρο.

Στη σημερινή εποχή, οι συσκευές νέας τεχνολογίας επιτρέπουν καλή οπτικοποίηση των μικροαποτιτανώσεων που εμφανίζονται με μεγαλύτερη ευκρίνεια σε σχέση με την κλασική μαστογραφία, χάρη στην αφαίρεση των επιπλέον εικόνων «bruit de fond».

Επίσης, η μαστογραφία, η αποκαλούμενη επεμβατική, μας παρέχει τη δυνατότητα πραγματοποίησης παρακέντησης ή μικροβιοψίας με στερεοτακτική μέθοδο, χάρη σε ένα μηχάνημα το οποίο εντάσσει τη μαστογραφία στο σύστημα λήψης παρασκευάσματος.



Εικ.8²¹

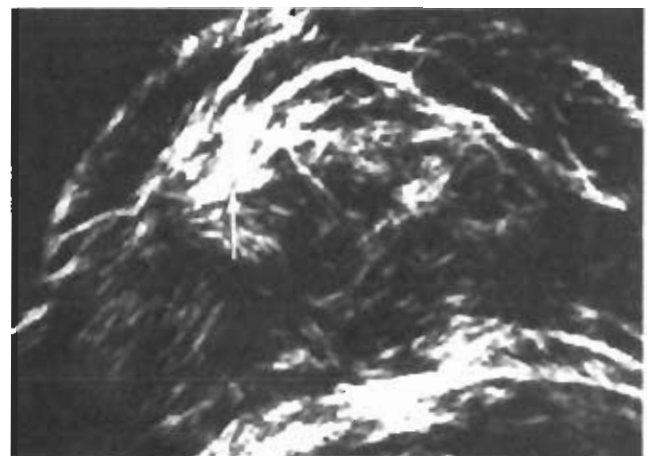
3.Κυστογραφία: Αυτή η τεχνική συνίσταται στην ακτινογράφιση μιας κυστικής κοιλότητας, όπου έχουμε εμφυσησει αέρα, μετά την εκκένωση του υγρού που περιέχει. Το ενδιαφέρον αυτής της εξέτασης προσανατολίζεται στους ενδοκυστικούς καρκίνους του μαστού με σκοπό την απεικόνιση των εκβλαστήσεων μέσα στην κύστη, οι οποίες παραμένουν αόρατες στη μαστογραφία.

4.Γαλακτογραφία: Αυτή η εξέταση συνίσταται στο να καταστήσουμε ακτινοσκιερό το γαλακτοφόρο πόρο που ευθύνεται για την παθολογική έκκριση της θηλής, με τη βοήθεια ενός σκιαγραφικού οργανικού ιωδίου.

Μετά από έγχυση 1 ml ακτινοσκιερού υλικού, η ακτινογραφική λήψη δείχνει το γαλακτοφόρο δένδρο. Οι παθολογικές εικόνες, οι στενώσεις και οι εικόνες με ελλείψεις, ανώμαλες σκιές, πιθανολογούν τη διάγνωση ενός ενδοπορογενούς καρκίνου. Στην πραγματικότητα όμως, η εξέταση αυτή γίνεται, ως επί το πλείστον, στην προχειρουργική ανίχνευση της παθολογικής ζώνης που προορίζεται για βιοψία.

5.Υπερηχογράφημα: Στη διάρκεια των πενήντα ετών ύπαρξης του υπερηχογραφήματος του μαστού, η τεχνολογία τελειοποιήθηκε, ιδιαίτερα χάρη στις κεφαλές υψηλής ανάλυσης από 9 έως 13 MHz και το υπερηχογράφημα σε χρόνο πραγματικό.

Το υπερηχογράφημα συμπληρώνει την κλινική εξέταση και πραγματοποιείται σε ύπτια θέση. Οι καρκίνοι του μαστού μπορούν να παρουσιάσουν διάφορα υπερηχογραφικά ευρήματα, ενίοτε παραπλανητικά. Κλασικά, οι καρκίνοι του μαστού χαρακτηρίζονται από ασυμμετρία της περιφέρειας του όγκου (ασαφής περιφέρεια), με ενίοτε υπερηχογενή άλω, με υπερηχογενή σύσταση με ασυμμετρία των ήχων μέσα



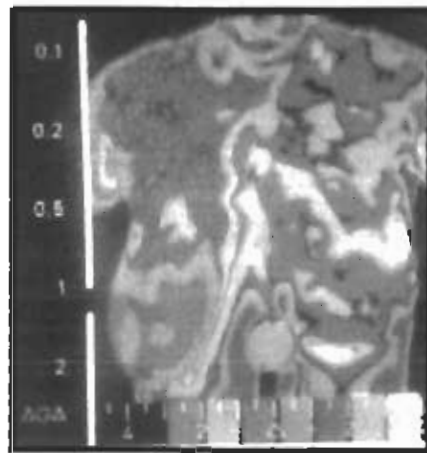
Εικ.9¹¹

στον όγκο, γεωμετρικό σχήμα του όγκου, του οποίου το ύψος είναι ανώτερο του πλάτους (αντίθετα σε περιπτώσεις ινωαδενώματος) με μια οπίσθια μείωση των ήχων ή με ασύμμετρο, οπίσθιο κώνο, με αλλαγή της αρχιτεκτονικής περί του όγκου.

Η απουσία συμπύεσης κατά τη χρήση της κεφαλής της συσκευής είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει περίπτωση ορισμένα είδη καρκίνου του μαστού να εμφανίζονται στο υπερηχογράφημα σαν καλοήθεις όγκοι.²³

Το ενδιαφέρον του υπερηχογραφήματος συνίσταται στο να δώσει μια συμπληρωματική ένδειξη, χωρίς παρ' όλα αυτά να αντικαταστήσει τη μαστογραφία. Όμως, στις γυναίκες με σκληρούς μαστούς ή σε εκείνες που φέρουν μαστικές προθέσεις, το υπερηχογράφημα μπορεί να έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη μαστογραφία. Τέλος, το ενδιαφέρον του υπερηχογραφήματος βρίσκεται στην απουσία ακτινοβολιών, στη δυνατότητα πραγματοποίησης επαναληπτικών εξετάσεων και στην καθοδήγηση της κυτταρολογικής παρακέντησης ή της βιοψίας.

6.Θερμογραφία : Η εξέταση αυτή συνίσταται στην ανάλυση των διαφορών θερμοκρασίας, η οποία μεταδίδεται μέσω του δέρματος. Χρησιμοποιεί μόνο στην ανίχνευση ενός φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού (οξείες καρκινώδεις μαστίτιδες).



Εικ.10¹¹

7.Ηλεκτρομαστογράφημα Biofield και το SQUID: Τα μηχανήματα αυτά, μετρούν τις μεταβολές του ηλεκτρισμού στα φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα αναλύοντας το ηλεκτρομαγνητικό πεδίο του μαστικού ιστού και είναι προς το παρόν σε πειραματικό στάδιο.

8.Το SCANNER (Αξονική τομογραφία): Προσφέρει μια πολύ καλή απεικόνιση για τους πυκνούς μαστούς, αλλά η αυξημένη ακτινοβολία και το οικονομικό κόστος της εξέτασης αποτελούν φραγμό.

9.Το MRI (Μαγνητική τομογραφία) και το PET scan: Πρόκειται για μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας, αλλά και με πολύ υψηλό κόστος.

Η εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας στην εξέταση των όγκων του μαστού ξεκίνησε πριν δέκα χρόνια. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, ιδιαίτερα χάρη στην τεχνική με έγχυση του σκιαγραφικού «gadolinium». Οι εικόνες σε T2, μετά από αφαίρεση, επιτρέπουν τη διάγνωση μικρών συχνά αόρατων κατά το μαστογραφικό έλεγχο καρκίνων. Η μαγνητική τομογραφία παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον όσον αφορά την ιατρική παρακολούθηση των καρκίνων μετά την εγχείρηση. Στον τομέα αυτό, η μαστογραφία έχει ενίοτε ελλείψεις λόγω των χειρουργικών αλλαγών (ίνωση). Επίσης, σε περιπτώσεις υπάρξεως μαστικών προθέσεων, μας παρέχει μια σωστή ανάλυση του μαστικού ιστού. Στη σημερινή εποχή, η μαγνητική τομογραφία και η μαστογραφία αποτελούν δύο επιτεύγματα πρώτου μεγέθους της τεχνολογίας για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού για πολλές αγγλικές, γαλλικές και γερμανικές ομάδες.

Το **PET scan**, είναι η τεχνική συνδυασμού αξονικής τομογραφίας και σπινθηρογραφήματος και επιτρέπει τη μελέτη του καρκίνου του μαστού μέσω δυναμικών εικόνων. Προς το παρόν η τεχνική αυτή είναι σε στάδιο εξέλιξης. Η συμβολή του συνίσταται στην ακριβή διάγνωση της διήθησης των μασχαλιαίων λεμφαδένων και των υπολοίπων καρκινικών εστιών του μαστού.²³



Εικ. 11

3.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1.Κυτταρολογική εξέταση του μαστού: Αποτελεί μια σημαντική τεχνική διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, διότι δεν περιορίζεται μόνο στην απόδοση μιας εικόνας, αλλά εξετάζει το κυτταρολογικό υλικό και επιτρέπει τη διάγνωση σε ποσοστό άνω του 90% των περιπτώσεων.

Η τεχνική λήψης «FNA» πραγματοποιείται με παρακέντηση διά λεπτής βελόνης, προσαρμοσμένης σε σύριγγα. Μετά την ανίχνευση του όγκου, η παρακέντηση και η δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη σύριγγα επιτρέπει τη συλλογή κυττάρων, τα οποία προβάλλονται πάνω σε πλακίδια από γυαλί, που χρωματίζονται, σύμφωνα με την τεχνική του Παπανικολάου ή May-Grunwald-Giemsa.

Πέρα από την κυτταρολογική διάγνωση, γίνονται βιοχημικές, ορμονολογικές (ορμονικοί υποδοχείς) και ανοσοενζυματικές μελέτες.

Συμπερασματικά, τα ψευδοαρνητικά αποτελέσματα από 2% έως 9% και τα αντίστοιχα ψευδοθετικά από 7% έως 10%, μας επιτρέπουν να τη θεωρήσουμε σαν μια τεχνική εμπιστοσύνης, αλλά η επιβεβαίωση γίνεται με βιοψία..

Η κυτταρολογική εξέταση των καρκίνων του μαστού, οι οποίοι εμφανίζουν έκκριμα της θηλής, δεν έχουν τόσο έγκυρα αποτελέσματα. Αυτή η κυτταρολογική εξέταση των εκκρίσεων, είναι δυνατόν να βελτιωθεί με άλλες τεχνικές.

Τέλος, τα κυτταρολογικά αποτελέσματα εκφράζονται με την ταξινόμηση του Παπανικολάου ή με την ταξινόμηση της Masood.

2.Η βιοψία: Αποτελεί μια εξέταση ασφαλούς διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, η οποία επιβεβαιώνει τις προηγούμενες παρακλινικές εξετάσεις.

Επιβάλλεται πάντα η εφαρμογή της. Με την παθολογοανατομική εξέταση, είναι δυνατή η εξακρίβωση του τύπου του καρκίνου του μαστού, του βαθμού επιθετικότητάς του (grade, phase S) και άλλων επίσης παραμέτρων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως διαγνωστικής αμφιβολίας, ασφαλούς κυτταρολογικής εξέτασης ή προγραμματισμού της θεραπευτικής τακτικής, η βιοψία πρέπει να πραγματοποιείται πριν τη χειρουργική επέμβαση.

Η βιοψία «MIBB»-«Minimal Invasive Breast Biopsy» , μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης με τοπική αναισθησία. Μετά την κλινική εξέταση, τη μαστογραφία και την εξέταση με υπερηχογράφημα του όγκου, η μικροβιοψία ή «core biopsy» γίνεται με αυτόματο πιστόλι «gun» ή με βελόνα 11-18 G, η οποία εισέρχεται μέσα στον όγκο. Πραγματοποιούμε από 4 μέχρι 5 λήψεις, με μετατόπιση της βελόνας μέσα στον όγκο και ενίοτε με τη βοήθεια της ιατρικής απεικόνισης με στερεοκατεύθυνση.

Άλλες τεχνικές, που αποκαλούνται μακροβιοψίες, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν.

3.Το «MAMMOTOME»: Επιτρέπει την αφαίρεση ενός μεγαλύτερου τμήματος του όγκου ή την αφαίρεση των εστιασμένων μικροαποτιτανώσεων χάρη σε ένα περιστροφικό σύστημα αναρρόφησης. Η ασθενής τοποθετείται πρηνήδον σε χειρουργικό τραπέζι, το οποίο φέρει οπή στο σημείο του στήθους. Το στήθος «πέφτει» λόγω της βαρύτητας.

Μετά την πραγματοποίηση στερεοταξικής ανίχνευσης κα. τοπικής αναισθησίας, το MAMMOTOME επιτρέπει την τοποθέτηση της βελόνας. από 8 μέχρι 11 G, με την οποία θα γίνει η λήψη του όγκου με αναρρόφηση και περιστροφή. Τα παρασκευάσματα «carottes», τα οποία λαμβάνονται, αποστέλλονται έπειτα για ακτινολογική εξέταση.

Ένα άλλο μηχάνημα, το «**ABBI**» -(**Advanced Breast Biopsy Instrumentation**), επιτρέπει λήψεις ακόμα μεγαλύτερες, χάρη στη χρησιμοποίηση μικρών σωλήνων βιοψίας διαμέτρου από 5 μέχρι 20 mm. Όμως αυτή η τεχνική αφήνει μεγάλου μεγέθους κοιλότητα στο μαστό.

Οι τεχνικές «**MIBB**» και «**ABBI**» επεμβατικής απεικόνισης κάνουν διάγνωση σε ποσοστό άνω του 98% των περιπτώσεων. Όσον αφορά τους καρκίνους του μαστού με μέγεθος άνω του 1 cm, είναι προτιμότερη η χειρουργική βιοψία «open biopsy» με σκοπό την πραγματοποίηση στον ίδιο χειρουργικό χρόνο της διάγνωσης και της αφαίρεσης του παθολογικού ιστού.

Περιγράψαμε τις τεχνικές κλινικής και παρακλινικής διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Στην κλινική διάγνωση, είναι απαραίτητο να υπάρχει το μέγεθος του εκτιμώμενου όγκου και ο ιστολογικός τύπος. Είναι μεγάλης σημασίας, η διαφοροποίηση μεταξύ των «καρκίνων του μαστού in situ», που δεν έχουν διαπεράσει τη βασική μεμβράνη, και των «δηθητικών καρκίνων» του μαστού που την έχουν διαπεράσει και απαιτούν μια διαφορετική αντιμετώπιση. Επιπλέον, ο ιδιαίτερος ιστολογικός τύπος, παραδείγματος χάρη, οι βλεννώδεις, σωληνώδεις, μυελώδεις ή θηλοειδείς όγκοι, έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση από τους πορογενείς καρκίνους του μαστού. Επίσης, ο βαθμός του Scarff-Bloom-Richardson, που εκφράζει την επιθετικότητα του όγκου. Οι ορμονικοί υποδοχείς στα οιστρογόνα και στην προγεστερόνη, το p53, το cerb2, το ποσοστό της φάσης S στην κυτταροφθορομέτρηση και άλλες παράμετροι, μπορούν να εκτιμηθούν πάνω σε κυτταρολογικά δείγματα και σε μικρό- και μακροβιοψίες.

Η παρουσία λεμφικών και μικροαγγειακών εμβόλων και η φλεγμονώδης αντίδραση θεωρούνται παράμετροι κακής πρόγνωσης. Τέλος, χάρη στις παρακλινικές εξετάσεις και στη μελλοντική εξέλιξη του PET scan, θα έχουμε τη δυνατότητα να υπολογίσουμε την έκταση της διήθησης των μασχαλαίων λεμφαδένων πριν την επέμβαση.

4. ΤΟ ΣΥΝΗΘΕΣ CHECK UP

Με την ολοκλήρωση της διάγνωσης του «καρκίνου του μαστού», προχωρούμε στη σταδιοποίηση για τη χάραξη με τον καλύτερο δυνατό τρόπο της θεραπευτικής στρατηγικής.

Το σύνηθες Check up περιλαμβάνει εκτός από τη γενική αίματος,

- μία εξέταση των δεικτών του όγκου: CEA, CA 15~3, TPA, TPS, και το νέο δείκτη CA 27-29
- μία ακτινογραφία των πνευμόνων ή αξονική τομογραφία των πνευμόνων
- ένα υπερηχογράφημα ήπατος ή αξονική τομογραφία άνω κοιλίας
- ένα σπινθηρογράφημα των οστών με TC 99M και γ' κάμερα (όλο το σώμα).

Η πλήρης κλινική εξέταση θα μας προσανατολίσει σε άλλες συμπληρωματικές εξετάσεις, αν χρειαστεί: αξονική της σπονδυλικής στήλης, εντοπισμένες σκελετικές ακτινογραφίες, αξονική κάτω κοιλίας, εγκεφάλου, MRI κ.λ.π.

Στο τέλος αυτού του «Check-up», ο καρκίνος του μαστού ταξινομείται βάσει της διεθνούς ταξινόμησης TNM.²³



Κεφάλαιο 5ο

1.ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η έκταση της καρκινικής νεοπλασίας (όγκου) μέσα στο μαστό, κατά πόσον ο καρκίνος έχει διασπαρθεί κάνοντας μεταστάσεις σ' άλλα όργανα του σώματος και εάν ο όγκος εμφανίζει ευαισθησία στην οιστρογόνο ορμόνη, είναι οι κύριες παράμετροι που λαμβάνονται υπόψη για να επιλεγεί η ακολουθητέα θεραπευτική αγωγή. Μόλις γίνει μία πλήρης αποτίμηση αυτών των στοιχείων, ο γιατρός θα συζητήσει με την ασθενή τις προσφερόμενες εναλλακτικές. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να συνίσταται σε: χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία ή ως επί το πλείστον, ένα συνδυασμό όλων αυτών των μεθόδων.²²

Φαρμακευτικές εταιρείες αναζητούν νέα φάρμακα που να παρεμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων, στοχεύοντας στα μόρια-ρυθμιστές του κυτταρικού κύκλου. Αναστολείς των CDK μορίων χρησιμοποιούνται ήδη σε κλινικές δοκιμές για την καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη, του καρκίνου του μαστού, του γαστρικού κ.α.²⁵

1.1 Χειρουργική θεραπεία

Η εγχείρηση είναι το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής αγωγής για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν πολλοί τύποι εγχειρήσεων για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Εάν ο όγκος είναι μικρός, μπορεί να γίνει ουκεκτομή, κατά την οποία αφαιρείται μόνο ο όγκος και μικρό μέρος του περιβάλλοντος ιστού. Ένας μεγαλύτερος όγκος αντιμετωπίζεται με μερική μαστεκτομή ή εκτομή τεταρτημορίου, κατά την οποία αφαιρείται περίπου ένα τέταρτο από τον ιστό του μαστού.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, αφαιρείται όλος ο ιστός του προσβεβληθέντος μαστού με μία χειρουργική επέμβαση η οποία είναι γνωστή ως μαστεκτομή (ολική αφαίρεση του μαστού). Μερικές γυναίκες επιλέγουν την μαστεκτομή επειδή θέλουν να είναι σίγουρες ότι αφαιρέθηκε ολοκληρωτικά ο καρκινικός όγκος. Εντούτοις, σχετικές ιατρικές μελέτες δείχνουν ότι η εγχείρηση αυτή δεν είναι απαραίτητη για τους περισσότερους μεμονωμένους, μικρούς όγκους του μαστού.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης, μπορεί να αφαιρεθεί ένας αριθμός λεμφαδένων της μασχάλης από την πλευρά του προσβεβληθέντος μαστού. Μετά την αφαίρεση, κύτταρα από τους λεμφαδένες αυτούς εξετάζονται μικροσκοπικά για ενδείξεις καρκίνου(**βιοψία**). Εάν οι λεμφαδένες αποδειχθεί ότι δεν περιέχουν καρκινικά κύτταρα, αυτό σημαίνει ότι προφανώς ο καρκίνος δεν έχει διασπαρθεί από το σημείο του όγκου.

Η χειρουργική επέμβαση θα επηρεάσει την εμφάνιση του στήθους της ασθενούς. Μετά από μία μαστεκτομή ορισμένες γυναίκες επιλέγουν να κάνουν ανακατασκευή μαστού, ώστε και οι δυο μαστοί να είναι έχουν περίπου το ίδιο μέγεθος. Η διαδικασία αυτή μπορεί να γίνει είτε ταυτόχρονα με την μαστεκτομή είτε αργότερα.²⁶

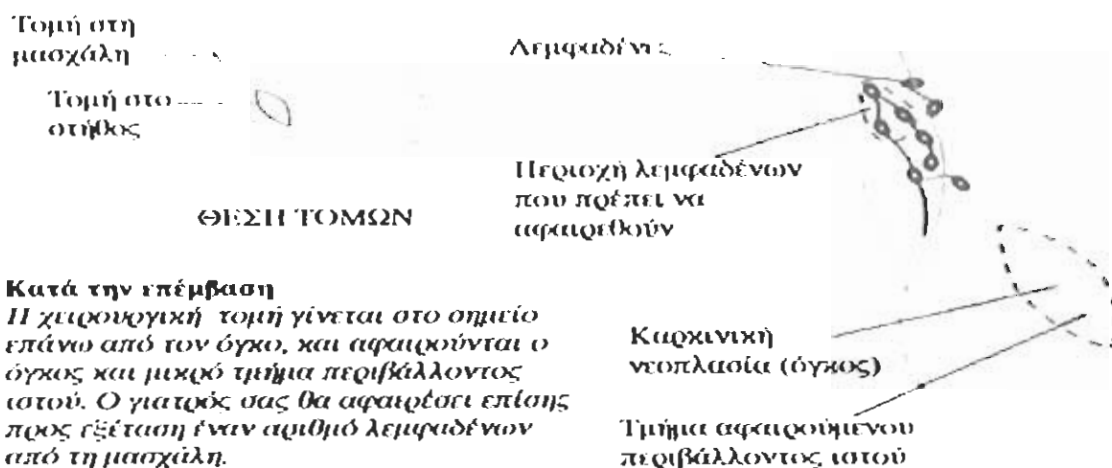
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού αποσκοπεί στην αφαίρεση όλου του παθολογικού καρκινικού ιστού. Η διαδικασία διαφέρει ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση του καρκινώματος. Εδώ περιγράφονται δύο διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις του είδους: ογκεκτομή, η οποία χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση μικρών όγκων, και μαστεκτομή, η οποία χρησιμοποιείται ενίοτε για την αντιμετώπιση μεγαλύτερων ή πολλαπλών όγκων. Συνήθως, ο γιατρός θα αφαιρέσει επίσης και έναν αριθμό λεμφαδένων από την αντίστοιχη μασχάλη. Οι λεμφαδένες αυτοί εξετάζονται για τυχόν παρουσία καρκινικών κυττάρων (βιοψία) προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο καρκίνος έχει διασπαρεί εκτός του μαστού.

ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Κατά την ογκεκτομή, αφαιρείται η μικρή περιοχή του ιστού στην οποία περιέχεται ο όγκος, μαζί με μερικούς λεμφαδένες της μασχάλης.

Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία. Μετά την επέμβαση θα νιώθετε μόνο μια ελαφρά ενόχληση και θα υπάρχει μια μικρή ουλή στο μαστό σας.



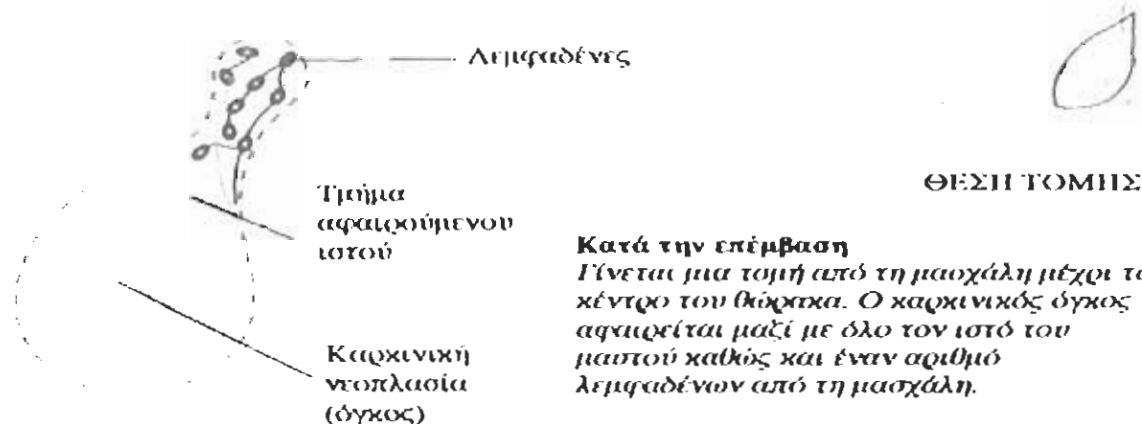
Κατά την επέμβαση

Η χειρουργική τομή γίνεται στο σημείο επάνω από τον όγκο, και αφαιρούνται ο όγκος και μικρό τμήμα περιβάλλοντος ιστού. Ο γιατρός σας θα αφαιρέσει επίσης προς εξέταση έναν αριθμό λεμφαδένων από τη μασχάλη.

ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Κατά τη μαστεκτομή, αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός. Η επέμβαση αυτή χρησιμοποιείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση μεγάλων καρκινικών όγκων. Η διαδικασία γίνεται με γενική αναισθησία,

και θα χρειαστεί να παραμείνετε στο νοσοκομείο για μερικές ημέρες. Μπορεί να επιλέξετε να γίνει χειρουργική ανακατασκευή στήθους, είτε ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή είτε αργότερα.



Κατά την επέμβαση

Γίνεται μια τομή από τη μασχάλη μέχρι το κέντρο του θώρακα. Ο καρκινικός όγκος αφαιρείται μαζί με όλο τον ιστό του μαστού καθώς και έναν αριθμό λεμφαδένων από τη μασχάλη.

1.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία συνίσταται κάτω από αυστηρά καθορισμένες συνθήκες χορήγησης ακτινοβολίας μεγάλης ενέργειας συνήθως στο θωρακικό τοίχωμα και τη μασχάλη, με σκοπό την καταστροφή των υπολειμματικών νεοπλασματικών κυττάρων.²⁷

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στον καρκίνο του μαστού...

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί ένα μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, χειρουργήσιμου ή ανεγχείρητου.

Διακρίνεται σε **ριζική** και **παρηγορική**.

Ριζική είναι η ακτινοθεραπεία η οποία, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες (κυρίως χειρουργική) και ενίοτε χημειοθεραπεία, έχει στόχο τον τοπικό έλεγχο της νόσου και κυρίως την ίαση της ασθενούς.

Παρηγορική είναι η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται σε γενικευμένη νόσο με στόχο την ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα και καλύτερη ποιότητα ζωής.

1. Ριζική ακτινοθεραπεία

α) Στη συντηρητική θεραπεία του Ca του μαστού

Συντηρητική θεραπεία του Ca του μαστού ορίζεται η τοπική χειρουργική αφαίρεση του όγκου μέσα σε περιθώρια υγιούς ιστού σε συνδυασμό με ριζική δόση εξωτερικής ακτινοβολίας σ' όλο το μαστό, η οποία συνήθως συμπληρώνεται με boost ακτινοβολία στη θέση του όγκου (tumor bed), που συνήθως αντιστοιχεί στη χειρουργική τομή.

Η διατήρηση του μαστού, ως γνωστό, σε όγκους σταδίου T₁₋₂, N₀₋₁, M₀ και διαμέτρου μέχρι 4 cm έχει ευρέως αντικαταστήσει την απλή μαστεκτομή. Εάν η αξία της neoadjuvant χημειοθεραπείας (προεγχειρητικής) σε όγκους διαμέτρου >4 cm επιβεβαιωθεί, τότε η συντηρητική θεραπεία θα πρέπει να περιλαμβάνει και τη χημειοθεραπεία όγκων >4 cm. Επίσης, στα πλαίσια της συντηρητικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού πρέπει να χορηγηθεί και adjuvant χημειοθεραπεία με σκοπό να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι της συστηματικής και περιοχικής υποτροπής. Επειδή όμως η ταυτόχρονη εφαρμογή χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας αυξάνει τις μετακινικές επιπλοκές, επιβάλλεται ο σχεδιασμός πρωτοκόλλων με τροποποίηση της συνολικής δόσης ακτινοβολίας, αλλά και της κλασματοποίησης των συνεδριών και καθορισμένες προϋποθέσεις, ώστε να δίνονται ταυτόχρονα και οι δύο θεραπείες.²⁸

Στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι:

1. Η ελαχιστοποίηση της απώλειας του μαζικού αδένου, ώστε να διατηρηθεί η αισθητική πλευρά του μαστού.
2. Ο τοπικός έλεγχος της νόσου και η επιβίωση της ασθενούς.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών για συντηρητική θεραπεία θα πρέπει να καλύπτουν τις εξής προϋποθέσεις:

1. Η διάμετρος του όγκου να είναι μέχρι 4 cm.
2. Να είναι τεχνικά εφικτές η τοπική χειρουργική αφαίρεση και η ακτινοθεραπεία.

Για τους ανωτέρω λόγους, το ιδανικότερο είναι η επιλογή των ασθενών μετά τη σταδιοποίηση της νόσου να γίνεται από κοινού από το χειρουργό και ακτινοθεραπευτή ογκολόγο. Η εκτίμηση αυτή θα στηρίζεται στην κλινική εικόνα της ασθενούς, σε εργαστηριακά ευρήματα, όπως η γενική αίματος, ο έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας, ο πλήρης ακτινολογικός έλεγχος θώρακα και μαστών και υπερηχογράφημα ήπατος και σπινθηρογράφημα οστών, εφόσον οι ασθενείς ανήκουν σε στάδιο N₁ και θα συνέβαλε στη σωστότερη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Οι παράγοντες, που καθορίζουν την επιλογή της συντηρητικής θεραπείας του Ca του μαστού, είναι:

I. Κλινικοί παράγοντες της ασθενούς

- α) Κινητικότητα του ώμου, μήκος του αυχένα της ασθενούς
- β) Ηλικία, γενική κατάσταση ασθενούς.
- γ) Μέθοδος και σχήμα μαστού.

II. Παθολογοανατομικοί παράγοντες

- α) Στοιχεία εκτεταμένου ενδοσωληνώδους Ca.
- β) Μακροσκοπική πολυεστιακότητα της νόσου.
- γ) Grade όγκου.

III. Παράγοντες που αφορούν τον ασθενή

- α) Νεαρή ηλικία.
- β) Μέγεθος όγκου.

IV. Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία

Χειρουργικά χείλη εκτομής του όγκου.

Μέθοδοι ακτινοθεραπείας

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές ακτινοθεραπείας με orthovoltage ή super-voltage εξωτερική ακτινοβολία ή με ηλεκτρόνια ή με βραχυθεραπεία ενδοϊστικά.

Η τεχνική της ακτινοθεραπείας πρέπει να εξασφαλίζει:

- α) Ακινησία της ασθενούς.
- β) Αναπαραγωγή της ίδιας θέσης θεραπείας της ασθενούς σε κάθε συνεδρία και άνεση στην ασθενή
- γ) Ομοιογενή κατανομή της ακτινοβολίας, πράγμα αρκετά δύσκολο λόγω του σχήματος του μαστού, και γι' αυτό περιγράφονται διαφορετικές τεχνικές.

Απαραίτητο και πολύτιμο εξάρτημα σε κάθε σύγχρονο ακτινοθεραπευτικό τμήμα αποτελεί ο simulator με αξονικό τομογράφο στην τροποποίηση της ανομοιογένειας της δέσμης ακτινοβολίας. Οι περιοχές του μαστού, που εκτίθενται στη μεγαλύτερη ανομοιογενή κατανομή, είναι τα ανώτερα και κατώτερα όρια αυτού, καθώς και τα μεγάλα μεγέθη μαστών με αρνητικά αισθητικά αποτελέσματα λόγω της σημαντικής ίνωσης.

β) Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μετεγχειρητικά σε ριζική δόση κρίνεται απαραίτητη στις εξής περιπτώσεις:

1. Σε ύπαρξη διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων.
2. Σε διήθηση, έστω και ενός μασχαλιαίου λεμφαδένα, μετά από χειρουργική αφαίρεση μερικών μασχαλιαίων λεμφαδένων.
3. Σε τοπική υποτροπή των χειλέων εκτομής.
4. Σε θετικούς λεμφαδένες, που συναφαιρέθηκαν με τον όγκο.

γ) Ακτινοθεραπεία σε προχωρημένο (ανεγχείρητο) Ca μαστού

Η ριζική ακτινοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής σε τέτοιες περιπτώσεις και πολλές φορές σμικρύνει τον όγκο και τον καθιστά χειρουργικά αφαιρέσιμο. Επίσης, η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί μετά από χημειοθεραπεία (induction ή adjuvant), για να αποφευχθεί η μυελοκαταστολή.²⁸

II. Παρηγορική ακτινοθεραπεία

Επί γενικευμένης μεταστατικής νόσου και δημιουργίας συμπτωμάτων, στόχο αποτελεί η ανακούφιση από τα συμπτώματα και η καλύτερη ποιότητα ζωής. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να παίξει ανακουφιστικό ρόλο στις εξής περιπτώσεις:

α) Σε εκτεταμένη τοπική ελκωτική αιμορραγούσα μάζα στο μαστό και τότε συνήθως χορηγείται αιμοστατική δόση 2500-3000 Gy /10 συνεδρίες ή μία μόνο συνεδρία 1250-1500 Gy ή σε τεράστιες μασχαλιαίες ή υπερκλείδιες λεμφαδενικές μάζες.

β) Σε δερματικά οζίδια, κυρίως αιμορραγικά ή καθηλωμένα στο θωρακικό τοίχωμα. Η δόση εκλογής είναι συνήθως 1500 Gy με επιφανειακή ακτινοβολία με ηλεκτρόνια ή R_i.

γ) Σε παραστερνικές λεμφαδενικές μεταστάσεις (σπάνια), οι οποίες παρατηρούνται σαν μεγάλα οιδήματα σαφώς αφοριζόμενα με διήθηση του δέρματος και εντοπίζονται στα τρία ανώτερα μεσοπλεύρια διαστήματα, και δόση παρόμοια με τις προαναφερθείσες.

δ) Σε οστικές μεταστάσεις. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει ύφεση του άλγους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η πλειονότητα των βλαβών ανταποκρίνεται σε μια μονήρη συνεδρία δόσης 1500 Gy για πεδίο 10x8 cm. Σε περίπτωση μεταστάσεων στους σπονδύλους, προτιμότερη είναι η κλασματοποιημένη ακτινοβολία με δόση 2500 Gy/8 συνεδρίες. Σε λυτικές εστίες ή παθολογικά κατάγματα σε μακρά οστά απαιτείται ορθοπεδική ακινητοποίηση πρώτα και ύστερα ακτινοθεραπεία.

ε) Εγκεφαλικές μεταστάσεις. Συνήθως είναι πολλαπλές και στα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια και η δόση που δίνεται είναι 3000 Gy/8 συνεδρίες.

στ) Μεταστάσεις στον χοριοειδή χιτώνα του οφθαλμού. Πολύ σπάνια εντόπιση, εφαρμόζεται παρηγορική ακτινοθεραπεία με δόση 1250-1500 Gy σε μονήρη συνεδρία.²⁸

1.3 Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία μετά την επέμβαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ή για να αντιμετωπιστούν οι μεταστάσεις.

- **Συμπληρωματική θεραπεία.** Η συμπληρωματική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία χορηγούνται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπάρχοντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορούν να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. Ορισμένες ασθενείς που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις και τον χρόνο της επέμβασης, αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μικρομεταστάσεις, μπορούν ν'απαλλαγούν απ' τη νόσο.

Η συμπληρωματική θεραπεία χρησιμοποιείται σε σαφώς καθορισμένες και γενικώς παραδεκτές περιπτώσεις. Αυτού του είδους η θεραπεία αποτελεί ένα συνεχώς εξελισσόμενο πεδίο. Συνεπώς, για να προγραμματιστεί η θεραπεία, πρέπει να ζητηθεί η γνώμη ενός εξειδικευμένου ογκολόγου, ο οποίος θα εξηγήσει και θα εφαρμόσει ότι πιο σύγχρονο.

- **Σε μεταστατική νόσο.** Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των

μεταστατικών όγκων. Σ' αυτή την περίπτωση η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή, αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες και συχνά επί αρκετά χρόνια. Σε διαφορετικές κλινικές μελέτες ερευνώνται επιθετικότεροι και δραστικότεροι θεραπευτικοί συνδυασμοί.

- **Ένταση της θεραπείας.** Παλαιότερα η χημειοθεραπεία σταματούσε αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ή των αιμοπεταλίων παρουσίαζε μικρή πτώση ή αν εμφανιζόταν μικρές γαστρεντερικές διαταραχές ή άλλες παρενέργειες. Μερικές φορές κάποιο χημειοθεραπευτικό σχήμα μπορούσε να τροποποιηθεί ή να αναβληθεί λόγω διακοπών ή γενικών ενοχλήσεων. Σήμερα έχει γίνει αποδεκτό ότι αυτές οι πρακτικές είναι παράλογες.²⁹

1.4 Ορμονοθεραπεία

Η ταμοξιφαίνη, που δρα εμποδίζοντας τον μηχανισμό με τον οποίο τα οιστρογόνα (η γυναικεία ορμόνη του φύλου) ενθαρρύνουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, είναι το πιο συχνά χορηγούμενο φάρμακο στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Αν δοθεί ως συμπληρωματική θεραπεία ύστερα από μία εγχείρηση, μπορεί να βελτιώσει τις πιθανότητες ίασης. Η συμπληρωματική ταμοξιφαίνη συνήθως συνιστάται για λήψη επί πέντε χρόνια. Είναι κυρίως αποτελεσματική στις ασθενείς, των οποίων ο καρκίνος απεδείχθη κατά τους εργαστηριακούς ελέγχους ότι είναι θετικός για τους υποδοχείς οιστρογόνων. Ο υποδοχέας οιστρογόνων είναι ένα πολύπλοκο χημικό μόριο, που υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες στην επιφάνεια ορισμένων καρκινικών κυττάρων.

Οι περισσότερες ασθενείς δέχονται καλά την ταμοξιφαίνη, αλλά μερικές φορές προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, ελαφρά αύξηση του σωματικού βάρους και εκκρίματα από τον κόλπο. Πολύ σπάνια προκαλεί κολπική αιμορραγία. Η ταμοξιφαίνη ενδέχεται ακόμη να χρησιμοποιηθεί ως παρηγορητική θεραπεία. Μερικές φορές καταπραΰνει τα συμπτώματα και διατηρεί τους καρκίνους υπό έλεγχο επί μακρό χρονικό διάστημα. Με τον ίδιο στόχο μπορεί να χρησιμοποιηθούν και πολλά άλλα ορμονικά φάρμακα. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται η αναστροζόλη, η εξεμεστάνη, η λετροζόλη και η μεγεστρόλη, που χορηγούνται καθημερινά με μορφή δισκίων, καθώς και η γοσερελίνη που χορηγείται μία φορά τον μήνα με υποδόρια έγχυση στην κοιλιά. Όλες οι παρηγορητικές ορμονικές θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού τείνουν να είναι πιο αποτελεσματικές εναντίον καρκίνων που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό.

Γενικά, τα φάρμακα αυτά προκαλούν λίγα προβλήματα, αλλά ορισμένες ασθενείς αναπτύσσουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η ήπια ναυτία, ενώ η μεγεστρόλη πιθανόν να προκαλέσει αύξηση του σωματικού βάρους. Μολονότι τα ορμονικά φάρμακα μπορούν μερικές φορές να διατηρήσουν τους καρκίνους σε στάδιο ύφεσης για πολύ καιρό, υπάρχει μία τάση να αναπτύσσονται οι καρκίνοι ανθεκτικότητα σ' αυτά και να διαφύγουν τελικά από τον έλεγχό τους. Εντούτοις, αν μία γυναίκα έχει αποκριθεί καλά σε ένα από αυτά τα φάρμακα, υπάρχουν πολλές πιθανότητες να αποκριθεί καλά και σε ένα άλλο, όταν υποτροπιάσει η ασθένειά της.¹⁰

1.5 Ανοσοθεραπεία

Στις μέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο που χρησιμοποιείται, είναι το BCG(Bacillus Calmette Guerin). Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη(Adriablastin) φθοριοουρακίλη(Fluoro-uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.¹¹

1.6 Άλλες Θεραπείες

Εκτός από τα θεραπευτικά μέσα που εκθέσαμε ανωτέρω, υπάρχουν και άλλα, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν ειδικές ενδείξεις:

Το Trastuzumab, το οποίο είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα κατά των υποδοχέων της εξωκυτταρικής μεμβράνης των καρκινικών κυττάρων που εκφράζουν το ογκογονίδιο c-erb B-2. Συνδυάζεται με κυτταροτοξικές ουσίες και αυξάνει την ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία των προχωρημένων καρκίνων του μαστού και, ακόμα, αυξάνει το χρόνο επιβίωσης της ασθενούς. Απαιτεί εβδομαδιαία θεραπευτική αγωγή και καρδιολογική παρακολούθηση.

Τα biphosphonates: Aredia, Zometa συμβάλλουν στη μείωση της υπερασβεστιαϊμίας και αποτελούν πολύτιμα φάρμακα εναντίον των οστικών μεταστάσεων.

Η συμπτωματική θεραπεία των πόνων του καρκίνου απαιτεί μη στεροειδή αναλγητικά, μορφινοειδή.

Σε τελική ανάλυση, η θεραπεία του καρκίνου του μαστού χρειάζεται κυρίως μια σωστή ψυχοθεραπευτική αγωγή, επαφή ανάμεσα στο γιατρό και την ασθενή, οποιαδήποτε χρονική στιγμή και μια δυνατότητα συνεργασίας όλης της ιατρικής ομάδας με σκοπό την εκπλήρωση των αναγκών της ασθενούς τόσο στον ιατρικό όσο και στον ψυχολογικό τομέα.^{2,3}

2. Νοσηλευτική παρέμβαση στις θεραπευτικές μεθόδους

Η νοσηλεύτρια είναι κοντά στην ασθενή σ' όλες τις φάσεις θεραπείας της, παρέχοντάς της συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη.

1. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Σκοπός

- Η καλύτερη δυνατή και εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης της ασθενούς.
- Διδασκαλεία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και την διορθωτική πλαστική του μαστού.
- Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες.

Παρέμβαση

- 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
- 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 συναισθήματά 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 οικογένειά της, επομένως θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

- Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.
- Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.
 - Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
 - Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
 - Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης
- Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.³¹

2. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Σκοπός

- Την ανακούφιση από τον πόνο
- Την διαπίστωση των αναγκών της ασθενούς
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών
- Τη βοήθεια της άρρωστης να ανεξαρτητοποιηθεί το συντομότερο δυνατό

Παρέμβαση

- Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
- Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.
- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
- Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος. Αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
- Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.
- 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 ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για απόφυγη εισόδου μικροβίων.
- Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι. Η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να

παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλεύτης τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

- 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.
- Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο-Διδασκαλία.
-Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
-Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων.³¹

Διδασκαλία της ασθενούς στις ειδικές ασκήσεις για την πρόληψη των παραμορφώσεων.

Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλεύτης θα τονίσει τη σπουδαιότητά τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.λπ.

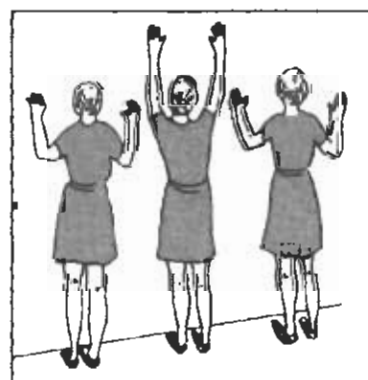
- οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.
- Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.
- Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.
- Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας.

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:

➤ **Σφίξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

➤ **Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

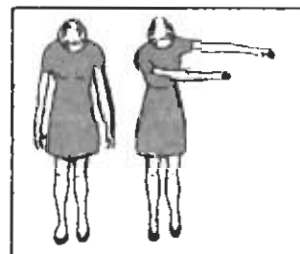
➤ **Αναρρίχηση στον τοίχο.** Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο



Εικ. 13

ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

- **Γύρισμα σχοινού.** Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.
- **Αιώρηση χεριών.** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.



Εικ. 14

- **Τροχαλία.** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μάνιου. Τα άκρα του σχοινού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

- **Κούμπωμα πίσω κουμπιών.** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.



Εικ. 15

- **Αγγιγμα μετώπου.** Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.³¹

3. Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία

Σκοπός της φροντίδας

- Η ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία
- Η προετοιμασία και η βοήθεια του αρρώστου για την θεραπεία
- Η εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό του
- Η ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Παρέμβαση

- Προετοιμασία
 - Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.
 - Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο, πλύνετε τη περιοχή με άφθονο νερό.
 - Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι, θα πρέπει το άτομο να επισκεφθεί Οφθαλμίατρο.
- Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.
- Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.
- Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί
- Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.
- Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.
- Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο ένεσης κατά ή μετά τη θεραπεία.
- Η περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) έγχυσης του φαρμάκου αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιοριστεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.
- Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται
- Γίνεται η αναγραφή της νοσηλείας με τη διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα.³²

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά(σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.ά. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

4. Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία

Όταν τα ραδιοϊσότοπα εφαρμόζονται για θεραπευτικούς σκοπούς δεν είναι ακίνδυνα. Γίνονται όμως ακίνδυνα εφόσον τηρηθούν μέτρα προστασίας.

Τα μέτρα προστασίας που θα παρθούν εξαρτούνται:

1. από το είδος του ραδιοϊσοτόπου
2. από τον τρόπο εφαρμογής

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστη στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται:

1. Στην ενημέρωση για την θεραπεία
2. Στην προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης για την θεραπεία
3. Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την άρρωστη, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
4. Στην ψυχολογική τόνωση της άρρωστης, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία ασθενούς στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία.

Ο Νοσηλεύτης :

- Ενημερώνεται για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει.
- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται η άρρωστη σχετικά με την θεραπεία.
- Χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή η ασθενής θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά, και την προστατεύει από ψύξη (η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι χαμηλή).
- Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία εκπαιδεύει την άρρωστη στα πιο κάτω:
 1. Η περιοχή της ακτινοβολίας
 - διατηρείται στεγνή
 - πλένεται με H₂O και σαπούνι

- αποφεύγονται αλοιφές, πούδρες κλπ.
 - προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο
 - δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που δηλώνει το σημείο εφαρμογής της ακτινοθεραπείας.
 3. Το διαιτολόγιό της πρέπει να είναι ελαφρύ, πλούσιο σε λευκώματα.
 4. Μετά από κάθε συνεδρία, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμο.³²

Για την προετοιμασία ασθενούς στην οποία πρόκειται να εφαρμοστεί εσωτερική ακτινοθεραπεία.

Ο Νοσηλευτής :

- Ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), τον τρόπο χορήγησής της (ενδοϊστικής) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής της, και τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί.
- Ενημερώνει την ασθενή για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της.
- Αναρτεί πινακίδια, όπου αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής και το είδος-δόση του ραδιοϊσοτόπου.
- Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, απομονώνει την ασθενή, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία και λαμβάνει προστατευτικά μέτρα.
- Χορηγεί αναλγητικά, με εντολή γιατρού, εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.
- Διδάσκει την ασθενή και την προετοιμάζει μετά την έξοδο ως εξής:
 1. Να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.
 2. Να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου, χρησιμοποιώντας αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας.
 3. Ότι παροδικά, απότομοι πόνοι στο στήθος θα εμφανίζονται, ακόμη και ένα χρόνο μετά την ακτινοθεραπεία.
 4. Να εκτελεί ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του σύστοιχου άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.³²

Νοσηλευτική Φροντίδα κατά την ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει αυτές τις ενέργειες στη χρόνια χορήγηση οιστρογόνων οι οποίες είναι μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση Na, αιμορραγία από διακοπή του φαρμάκου, ακράτεια ούρων, και αύξηση της ερωτικής επιθυμίας. Επίσης γνωρίζει πως σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί έκρηξη της νόσου με δυνατούς οστικούς πόνους ή υπερασβεστιαίμια που αντιμετωπίζεται με ενυδάτωση και κορτιζόνη.

Έτσι ο νοσηλευτής :

- Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.

- Φροντίζει για τη μέτρηση του σωματικού βάρους της ασθενούς σε καθημερινή βάση.
- Παρακολουθεί την ασθενή για οιδήματα.
- Χορηγεί στην ασθενή αναλγητικά όταν υπάρχει πόνος (κατόπιν ιατρικής εντολής).
- Καταγράφει τα προσλαμβανόμενα -αποβαλλόμενα υγρά.
- Χορηγεί δίαιτα χωρίς αλάτι και πλούσια σε Κ.
- Χορηγεί διουρητικά, σύμφωνα με ιατρικές εντολές
- Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για την πιθανή εμφάνιση υπερασβαστιαιμίας.

Η νοσηλεύτρια επίσης γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες σε περίπτωση ορμονοθεραπείας ανδρογόνα όπως αρρενοποίηση, κατακράτηση H₂O. Αντιμετωπίζει το πρόβλημα της κατακράτησης H₂O και παρακολουθεί την ασθενή για συμπτώματα υπερασβαστιαιμίας, πόνοι στα οστά, χάλαση σκελετικών μυών.

Μετά τη θεραπευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση καρκίνου μαστού είναι σημαντική η συνεχής και προοδευτική παρακολούθηση της ασθενούς, για να αποκαλυφθεί ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου και η ανταπόκριση της θεραπείας.³³



Κεφάλαιο 6α

1.ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι επιπλοκές του καρκίνου του μαστού έχουν να κάνουν με:

1. Υποτροπές κατά και μετά την θεραπεία

i) *Η αλωπεκία* που μπορεί να προκληθεί τόσο από τη χορήγηση κυτταροτοξικών φαρμάκων όσο και από την ακτινοβολία στο τριχωτό της κεφαλής, αποτελεί τη συχνότερη παρενέργεια που δημιουργεί τεράστια προβλήματα στους καρκινοπαθείς. Μπορεί να προληφθεί εν μέρει με την εφαρμογή υποθερμίας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή εφαρμογή συσφιγκτικού επιδέσμου στο τριχωτό της κεφαλής

Επί εγκαταστάσεως αλωπεκίας τοποθέτηση περούκας ή ειδικού υφάσματος (τουρμπάνι) ή τεμάχια τριχωτού κεφαλής (μεταμόσχευση) βελτιώνουν σημαντικά την εμφάνιση και στηρίζουν ψυχολογικά τους ασθενείς.

ii) *Η ναυτία και οι έμετοι* αποτελούν πολύ συχνή παρενέργεια της κυτταροτοξικής χημειοθεραπείας και λιγότερο της ακτινοθεραπείας. Αποτελούν ωστόσο την πλέον δυσάρεστη παρενέργεια για τους καρκινοπαθείς που, πολλές φορές, διακόπτουν τη θεραπεία τους για να αποφύγουν το εξαιρετικά δυσάρεστο αυτό αίσθημα. Ο ογκολόγος γιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να είναι εξαιρετικά ευαισθητοποιημένοι στην αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου και να προσπαθούν να τα αντιμετωπίσουν.

Ο έμετος συνήθως προκαλείται το πρώτο 24ωρο από τη χορήγηση των κυτταροτοξικών φαρμάκων, μπορεί όμως να εκλυθεί τόσο αργότερα όσο και πριν τη θεραπεία σαν ανάμνηση εμέτων από προηγούμενη θεραπεία. Η προσπάθεια του γιατρού και του νοσηλευτή πρέπει να εστιάζεται κύρια στην παρεμπόδιση πρόκλησης εμέτου-ναυτίας γιατί αν εκλυθούν πολύ δύσκολα ελέγχονται. Έτσι, ισχυρά αντιεμετικά (μετοκλοπραμίδη, οντασετρόνη, κορτικοειδή) και ηρεμιστικά φάρμακα πρέπει να χορηγούνται πριν, κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τις επόμενες ημέρες στο σπίτι του ασθενούς.³⁴

iii) Σημαντικό ζήτημα για τους καρκινοπαθείς *ο καρκινικός πόνος* που πολλές φορές παίρνει βασανιστικές διαστάσεις. Ο Π.Ο.Υ. ανακοινώνει ότι 5 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν καθημερινά από καρκινικό πόνο (το 67% των καρκινοπαθών) και ότι στους μισούς περίπου ο πόνος είναι τόσο έντονος ώστε παύουν όχι μόνο να δραστηριοποιούνται μέσα στην κοινωνία, αλλά και να κοιμούνται ήρεμα.

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου σήμερα είναι έργο ειδικών επιστημόνων σε ειδικά κέντρα. Διακρίνεται σε πόνο που προέρχεται από τη νόσο, σε νευροπαθητικό πόνο και σε πόνο από άλλες αιτίες.

Ο πόνος από οστικές μεταστάσεις είναι το συχνότερο αίτιο καρκινικού πόνου με συχνότερη περιοχή εντόπισης των μεταστάσεων τη σπονδυλική στήλη. Άλλη αιτία είναι η περιφερική νευροπάθεια, λόγω νεοπλασματικής διήθησης και η βλεννογονίτιδα (από χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία).

Στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης στον καρκινικό πόνο είναι η βελτίωση της φυσικής κατάστασης του πάσχοντα, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του, η ελαχιστοποίηση παρενεργειών και κόστους και η επίτευξη του καλύτερου δυνατού ελέγχου του πόνου. Χρησιμοποιείται φαρμακευτική αγωγή (παυσίπονα) με βάση την κλίμακα αναλγησίας του Π.Ο.Υ., δηλαδή πρόκειται για διαβαθμισμένη χορήγηση αναλγητικών που επιτρέπει ορθολογική χρήση. Έτσι σε πρώτη φάση δίνονται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και, σε μη ικανοποιητικό αποτέλεσμα, εφαρμόζεται το επόμενο βήμα που είναι η συνταγογράφηση ήπιων οπιούχων (π.χ. κωδεΐνη) μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με μη οπιούχα. Το τρίτο βήμα της κλίμακας

αναλγησίας του Π.Ο.Υ., είναι η χρησιμοποίηση κωδεΐνης. Σε περίπτωση πολύ έντονου πόνου τότε χρησιμοποιείται μορφίνη.¹⁸

iv) **Οι στοματίτιδες** είναι συχνές επιπλοκές της χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας αλλά και αυτών τούτων των κακοηθειών, αφού ορισμένοι τύποι καρκίνων απαντούν συχνότερα σε άτομα με κακή περιποίηση του στόματος, χρήστες αλκοόλ και καπνιστές.

Η μικροβιακή και μυκητιακή χλωρίδα του σώματος είναι η συχνότερη αιτία σηψαιμίας σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς. Περιορισμένη ή καθόλου παραγωγή σιέλου και καταστροφή οδόντων είναι συχνή και σε ορισμένες περιπτώσεις αναπόφευκτη επιπλοκή της ακτινοθεραπείας στην περιοχή του κύματος. Διαταραχές τέλος καταπόσεως, ομιλίας, θρέψεως μπορεί να είναι αποτέλεσμα της εφαρμοζόμενης θεραπείας.

Η πρόληψη ωστόσο των στοματικών επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους αν εμφανισθούν μπορεί να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών ασθενών. Η ξηροστομία (επιπλοκή ακτινοθεραπείας) που συνήθως είναι μόνιμη αντιμετωπίζεται με προστασία των οδοντοστοιχιών, διέγερση της υπάρχουσας σιελικής ροής (σταγόνες λεμονιού ελεύθερες σουκρόζης, μάσημα τσίχλας ελεύθερης σουκρόζης), υποκατάστατο σιέλου και μείωση της πρόσληψης σουκρόζης.

Η στοματίτιδα, αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας, αντιμετωπίζεται με τοπικά αναισθητικά, αντισηπτικά, με αντιβιοτικά και αντιμυκητιακά φάρμακα. Επί ξηροστομίας γίνεται η παραπάνω αναφερόμενη αντιμετώπιση.

v) **Η καρδιά** μπορεί να υποστεί βλάβες, είτε από ακτινοβολία (περικαρδίτις, ισχαιμία, έμφρακτο) είτε από ορισμένα κυτταροτοξικά φάρμακα (μυοκαρδιοπάθεια, περικαρδίτις) που ο γιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζουν ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν έγκαιρα το πρόβλημα και ενδεχομένως να το προλάβουν μειώνοντας ή διακόπτοντας το φάρμακο. Ιδιαίτερη επαγρύπνηση απαιτείται για τους ασθενείς που επιβάλλεται να υποστούν συγχρόνως χημειοθεραπεία με ανθρακυκλίνες (Αντριαμυσίνη, Επιρουβικίνη) και ακτινοβολία μεσοθωρακίου, οπότε ο κίνδυνος καρδιοτοξικότητας αυξάνεται σημαντικά.

vi) Τόσο η ακτινοβολία των πνευμόνων όσο και ορισμένα κυτταροτοξικά φάρμακα (μπλεομυσίνη, βουσουλφάνη, κυκλοφωσφαμίδη, νιτροζουρίες) μπορεί να προκαλέσουν **πνευμονικές βλάβες** στους καρκινοπαθείς ασθενείς.

vii) **Η διαταραχή της σεξουαλικής ικανότητας και η πρόκληση στειρότητας** είναι ανεπιθύμητες ενέργειες που διαταράσσουν κριτικά την ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς που υφίσταται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Το πρόβλημα έγινε ιδιαίτερα έντονο τα τελευταία χρόνια και πολλοί καρκινοπαθείς μπορεί πλέον να ιασθούν ή να ζήσουν πολλά χρόνια μετά την εφαρμογή επιθετικών θεραπευτικών χειρισμών.

Ο γιατρός και ο ειδικευμένος νοσηλευτής πρέπει να είναι απολύτως ενήμεροι για τα προβλήματα αυτά και να παρεμβαίνουν ενεργητικά στην επίλυσή τους. Φαρμακευτική αγωγή (ορμονικά υποκατάστατα), τεχνητή γονιμοποίηση, αποταμίευση σπέρματος, προφύλαξη ωοθηκών και ακτινοβολία, διδασχή τεχνικών διευκολύνσεων της σεξουαλικής πράξεως στους καρκινοπαθείς μπορεί να επιλύσουν κατά αίσιο τρόπο τόσο τη σεξουαλικότητα όσο και την αναπαραγωγικότητα των καρκινοπαθών ασθενών.

viii) Οι καρκινοπαθείς ασθενείς που μπορεί να θεραπευθούν από την κακοήγη νόσο τους υπόκεινται, ειδικά όταν έχουν υποβληθεί σε επιθετική ακτινοβολία και χημειοθεραπεία, σε μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης *δεύτερου καρκίνου*. Έτσι, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να ενημερώνονται επαρκώς και να παρακολουθούνται τακτικά εφ' όρου ζωής από την κλινική αναφορά.³⁴

2. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

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

α) Λεμφική οδός

- Τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους σύστοιχους λεμφαδένες: μασχαλιαίοι (75%), υποκλειδίοι, υπερκλειδίοι, έσω μαστικοί

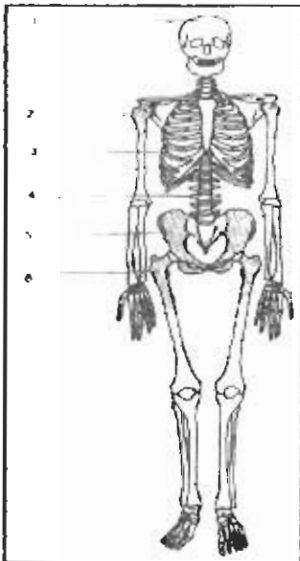
β) Κυκλοφορία του αίματος

- Νεοπλασματικά κύτταρα-πρωτοπαθή εστία μπορεί να παρακάμψει τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουν στην κυκλοφορία χωρίς να προκαλούν μετάσταση. Το 99% από αυτά τα κύτταρα φαίνεται ότι καταστρέφονται. Το 1% από αυτά τα κύτταρα εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή και επί επίδραση διάφορων παραγόντων και σε άλλο χρόνο μπορεί να μετατραπούν σε κλινικώς έκδηλες μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα..

γ) Κατά συνεχεία ιστού

- Θωρακικό τοίχωμα.³⁵

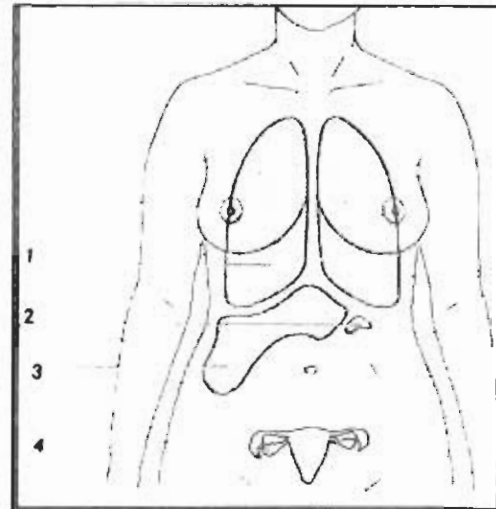
Οστικές μεταστάσεις του Ca του μαστού



Εικ. 16²⁰

1. Κρανίο
2. Βραχιονιο οστό
3. Πλευρά
4. Σπόνδυλοι
5. Πύελος
6. Μηριαίο οστό

Σπλαχνικές μεταστάσεις του Ca του μαστού



Εικ. 17²⁰

1. Πνεύμονες
2. Σπλήνας
3. Συκώτι
4. Ωοθήκη

2.ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Εάν ο καρκίνος του μαστού διαγνωσθεί πριν διασπαρθεί (πριν κάνει μετάσταση) σε άλλα όργανα, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες η θεραπεία να αποδειχτεί επιτυχής και λιγότερες να επανεμφανιστεί. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και χειρουργικής επέμβασης βελτιώνει τις πιθανότητες για μακροπρόθεσμη επιβίωση.

Περίπου 1 στις 4 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού επανεμφανίζουν την πάθηση μέσα σε 5 χρόνια. Ο καρκίνος μπορεί να επανεμφανιστεί κοντά στο σημείο του πρώτου όγκου ή σε διαφορετική περιοχή. Οποιαδήποτε επανεμφάνιση της πάθησης απαιτεί περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.

Περίπου 9 στις 10 γυναίκες που υποβάλλονται έγκαιρα σε θεραπεία για πρώιμο καρκίνο του μαστού επιβιώνουν για 10 ή και περισσότερα χρόνια, αφού έγινε η διάγνωση.²⁶



Κεφάλαια 7α

1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

➤ Από την πλευρά του ψυχολόγου...

Η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού μεταβάλλει την εικόνα που έχει η γυναίκα για το σώμα της και για τον εαυτό της, κλονίζοντας την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή της.

Η Αμερικανίδα ψυχολόγος Beth Meyerowitz έχει ταξινομήσει σε τρεις κατηγορίες τον ψυχολογικό αντίκτυπο του καρκίνου του μαστού.

Στην πρώτη κατηγορία υπάρχουν η ψυχολογική δυσφορία και η αναστάτωση, με τη μορφή άγχους, κατάθλιψης, θυμού, που δημιουργούν οι συνθήκες της ασθένειας.

Στη δεύτερη κατηγορία εμπίπτουν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, που σχετίζονται με την απώλεια της ακεραιότητας του σώματος από τη μαστεκτομή, τις διακυμάνσεις στη συζυγική σχέση, τη μεταβολή του επιπέδου λειτουργικότητας και δραστηριοποίησης.

Στην τρίτη κατηγορία εντάσσονται οι φόβοι και οι έγνοιες που αφορούν την παραμόρφωση του σώματος από τους θεραπευτικούς χειρισμούς, την επανεμφάνιση και υποτροπή της νόσου, την αβεβαιότητα για το μέλλον, την πιθανότητα επιδείνωσης της υγείας και το ενδεχόμενο θανάτου.

Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού, στην προσπάθειά τους να προσαρμοστούν ψυχολογικά στις συνθήκες της νόσου, καταφεύγουν σε νοητικές διαστρεβλώσεις, καλλιεργούν αυταπάτες ή τρέφουν ψευδαισθήσεις. Σύμφωνα με την ψυχολόγο Shelley Taylor, τρία είναι τα θέματα γύρω από τα οποία περιστρέφονται αυτές οι διαδικασίες αντιληπτικής προσαρμογής.

Πρώτο θέμα είναι η αναζήτηση νοήματος γι' αυτό που συνέβη στην υγεία τους, για να κατανοήσουν, να προβλέψουν και να επηρεάσουν τα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον τους.

Αναρωτιούνται γιατί εμφανίστηκε ο καρκίνος: έφταιξαν το στρες και το άγχος, κάποιες ύποπτες ουσίες, όπως οι ορμόνες των αντισυλληπτικών, η μόλυνση του περιβάλλοντος, οι ακτινοβολίες, η κληρονομικότητα, η διατροφή ή κάποιο χτύπημα στο στήθος;

Επίσης προσπαθούν να δώσουν απάντηση στο ποιος είναι ο αντίκτυπος του προβλήματος υγείας που εμφανίστηκε, ποια είναι η σημαντικότητά του, τι συμβολίζει για τους ίδιους, ποιο είναι το νόημα της ζωής πλέον.

Ορισμένες ασθενείς αναφέρουν θετικές αλλαγές στη ζωή τους, από τη στιγμή που διαγνώστηκε ο καρκίνος. Επαναξιολογούν τη ζωή, υιοθετούν νέα στάση, αναδιατάσσουν τις προτεραιότητες τους, αποκτούν καλύτερη γνώση του εαυτού.

Δεύτερο θέμα είναι η απόκτηση ελέγχου της κατάστασης. Πολλές ασθενείς πιστεύουν ότι μπορούν να επηρεάσουν την πορεία ή την επανεμφάνιση του καρκίνου ή τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Άλλες πιστεύουν ότι οι γιατροί μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση μέσω κατάλληλων θεραπειών. Πιστεύουν ότι «τα πράγματα είναι διαφορετικά τώρα σε σχέση με το παρελθόν», αφού έγιναν αλλαγές, μία «τομή» στη ζωή τους, και δεν θα επικρατούν πλέον οι συνθήκες που οδήγησαν στην εμφάνιση της αρρώστιας.

Τρίτο θέμα είναι η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης. Αρκετές ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν επιτύχει καλή συναισθηματική προσαρμογή στις νέες συνθήκες. Επιπλέον, κάνουν συγκρίσεις με περιπτώσεις άλλων ασθενών (πραγματικών ή υποθετικών) που είναι το ίδιο ή λιγότερο καλά σε σχέση με τις ίδιες, επιλέγοντας έναν τομέα προβλημάτων όπου οι ίδιες βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο υπό σύγκριση άλλος ασθενής, αν και είναι σε χειρότερη μοίρα, θεωρείται ότι αντιμετωπίζει καλά την κατάσταση κι έτσι δίνει ένα καλό παράδειγμα προς μίμηση.

Συνοπτικά, όταν ένα άτομο βιώνει ένα δραματικό γεγονός, που αποτελεί πηγή οδύνης, αντιδρά καταβάλλοντας προσπάθειες προσαρμογής σε γνωσιακό επίπεδο, που θα του επιτρέψουν να επιστρέψει στο προηγούμενο επίπεδο ψυχολογικής λειτουργικότητας ή ακόμα και σε καλύτερο. Αν και αυτές οι γνωσιακές αναδομήσεις σε μεγάλο βαθμό στηρίζονται σε ψευδαισθήσεις, ωστόσο παίζουν σημαντικό και θετικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των νέων συνθηκών της ασθένειας.

Για να επουλωθούν οι πληγές, σωματικές και ψυχικές, που αφήνει ο καρκίνος, χρειάζεται χρόνος. Χρειάζεται χρόνος και προσπάθεια για να διαχειριστεί η γυναίκα την αλλαγμένη εικόνα του σώματος, να εξασφαλίσει την ισορροπία στις οικογενειακές, κοινωνικές και επαγγελματικές σχέσεις, να ανακτήσει την ενδεχομένως μειωμένη σεξουαλική ικανοποίηση στη συντροφική σχέση, να χειραγωγήσει το φόβο επανεμφάνισης της αρρώστιας.

Σε αυτή την προσπάθεια πρέπει να έχει ως συμμάχους τόσο το σύντροφο και τα παιδιά της όσο και τους σταθερούς φίλους. Αν αυτοί δεν αρκούν, τότε ένας ειδικευμένος ψυχολόγος ή μία ομάδα υποστήριξης, η οποία αποτελείται από γυναίκες που έχουν παρόμοιες εμπειρίες, μπορεί να προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια.³⁶

➤ Από την πλευρά του νοσηλευτή...

Η ευθύνη μας, ως νοσηλευτές στην φροντίδα του ανθρώπου που πάσχει από καρκίνο, περιλαμβάνει την κάλυψη όσο το δυνατόν των περισσότερων φυσικών και ψυχολογικών αναγκών του. Η ενθάρρυνση και μετάγχιση ελπίδας θα περιορίσουν την απαισιοδοξία και απογοήτευση του αρρώστου.³²

Ο νοσηλευτής:

- Επικεντρώνεται στα διάφορα συναισθήματα της γυναίκας παρέχοντας την ευκαιρία εξωτερίκευσης αυτών, καθώς επίσης ενθαρρύνει την έκφραση των απόψεων σχετικά με την απώλεια του μέλους του σώματος και της λειτουργικότητάς του, την αίσθηση πληρότητας και θηλυκότητας που παρείχε στο παρελθόν, με σκοπό να προάγει την αποδοχή και να μειώσει την άρνηση.
- Τη βοηθάει να καταλάβει ότι ο μαστός που έχασε δεν αποτελούσε το όλον της σωματικής της οντότητας και πολύ περισσότερο δεν αποτελούσε μέρος της ψυχικής, πνευματικής και συναισθηματικής της σφαίρας, των αξιών και των επιδιώξεών της.
- Γνωστοποιεί ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνονται τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικά και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να ακούσει, να συμπαρασταθεί και να βοηθήσει να αντιμετωπιστεί το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει τον θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά-σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.
- Συμπεριλαμβάνει το οικογενειακό περιβάλλον στη διαδικασία αποδρομής από τα αρνητικά συναισθήματα. Συζητά την προσαρμογή της στη νέα πραγματικότητα με την οικογένεια και τους φίλους της, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίζουν ενισχύοντας την ελκυστικότητα και αξία της και εξαιρώντας τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της. Τους βοηθάει να την αποδεχθούν, να την κατανοήσουν και να τη βοηθήσουν.
- Σε συνεργασία με το χειρουργό, ενημερώνει για τα μέσα και τη δυνατότητα ανασύστασης του μαστού. Δεν ενθαρρύνει φαντασιώσεις και ελπίδες για ανασύσταση και πλήρη αποκατάσταση, εφόσον αυτές δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.
- Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού ως μέσο πρόληψης ή και διάγνωσης κακοηθών όγκων, λόγω του αυξημένου

στατιστικά κινδύνου επανεμφάνισής τους. Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό γνωστοποιώντας τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό 24%.

- Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της όπως και πρώτα.³⁷

2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Αποκατάσταση: Η επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχτηκε.³⁸

1. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: Από τη στιγμή που τεκμηριώνεται η διάγνωση «καρκίνος», ο ασθενής αρχίζει μια διαδικασία που οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι, αν και οι επί μέρους θεραπευτικοί χειρισμοί μπορεί να είναι ενδεδειγμένοι, ωστόσο η αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς στο σύνολό της είναι αποσπασματική. Ακόμη και αν έχει γίνει πλέον συνείδηση ότι ο χειρισμός του καρκινοπαθούς απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων (ογκολόγος, χειρουργός, ακτινοθεραπευτής, παθολογοανατόμος), η σημαντικότερη αξία της διατήρησης της ψυχικής ισορροπίας του ασθενούς είναι υποβαθμισμένη ή ανύπαρκτη. Οι θεραπευτικοί στόχοι στον καρκίνο μπορεί να είναι:

α) **ίαση:** Αυτό συνεπάγεται επιθετικές θεραπείες με πολλές παρενέργειες, μακροχρόνια νοσοκομειακή νοσηλεία και ενδεχόμενα μόνιμες ή πρόσκαιρες αναπηρίες (ακρωτηριασμός, αλωπεκία, κολοστομία κλπ).

β) **παράταση ζωής**

γ) **υποστηρικτική αγωγή**

Η αποκατάσταση του ασθενούς με καρκίνο αρχίζει με τη διάγνωση και προσαρμόζεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Γι' αυτό ο καρκινοπαθής ασθενής πρέπει να νοσηλεύεται τουλάχιστον μία φορά σε Ογκολογικό νοσοκομείο ώστε να αντιμετωπισθεί συνολικά το πρόβλημά του και να δοθούν στον ασθενή, στο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον οι κατάλληλες κατευθύνσεις που θα μεγιστοποιήσουν τη βοήθεια προς αυτόν.

Η λειτουργία της θεραπευτικής ομάδος (θεράπων ογκολόγος ιατρός, ογκολόγος νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργός, ψυχολόγος, ψυχίατρος) συμβάλλει όχι μόνο στην καλύτερη δυνατή ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς αλλά οπλίζει με θάρρος και αισιοδοξία τα μέλη της να συνεχίζουν το έργο τους.

Η αίσθηση, ειδικά στη φάση «τελικού σταδίου» της αδυναμίας να θεραπεύσουν με αποτελεσματικότητα τον καρκίνο μπορεί, αν δεν υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση, να έχει σαν συνέπεια την απώλεια του ελέγχου και του ενδιαφέροντος προς τον ασθενή, την ηττοπάθεια και την πλήρη απόρριψη του αρρώστου.

Από την άλλη μεριά ο πόνος του ασθενή, τα πολλαπλά προβλήματα που ήδη αναφέρθηκαν, κάνουν συχνά τον άρρωστο χωρίς την κατάλληλη υποστήριξη, να χάσει κάθε ελπίδα και να αισθάνεται απομονωμένος από το περιβάλλον του.

Προκύπτει λοιπόν σαφέστατα, η αναγκαιότητα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του καρκινοπαθούς που, ανάλογα με το στάδιο της νόσου, θα στηρίξει την προσπάθεια επανένταξής του στην οικογένεια, την εργασία και θα τον βοηθήσει να αισθανθεί λειτουργικό κύτταρο της κοινωνίας μας.³⁴

2. Σωματική Αποκατάσταση: Περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες με τις οποίες αντιμετωπίζονται λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις, που η νόσος και οι

θεραπείες προκαλούν. Στον καρκίνο του μαστού σημασία έχει η πλήρης αποκατάσταση της κίνησης της κατ' ώμον άρθρωσης, η κατεύθυνση και βοήθεια για χρήση πρόθεσης τεχνητού μαστού. Οι δυνατότητες εφαρμογής, ο χρόνος και ο τύπος της πρόθεσης ή η χειρουργική αποκατάσταση εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες.³⁹

• **ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Πλαστική μαστού

Πλαστική μαστού, είναι η χειρουργική αποκατάσταση του ενός ή και των δύο μαστών που εκτελείται με σκοπό την αύξηση ή τη μείωση του μεγέθους του μαστού ή τη διαμόρφωση ενός νέου μαστού μετά από μαστεκτομή. Μπορεί να εκτελεστεί αμέσως μετά από μαστεκτομή ή σε δεύτερο χρόνο μετά από 3-12 μήνες ανάλογα με την προτίμηση του ιατρού, την έκταση της νεοπλασίας, το βαθμό προσβολής των λεμφαδένων, το πρόγραμμα αγωγής και την ηλικία και την επιθυμία της ασθενούς.

Η τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί για την αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή εξαρτάται από το χρόνο εκτέλεσής της σε σχέση με την μαστεκτομή, την κατάσταση και την ελαστικότητα του δέρματος στο θωρακικό τοίχωμα και την ύπαρξη ή όχι του μείζονος θωρακικού μυός. Σε ορισμένες γυναίκες, το μόνο που απαιτείται είναι η απλή τοποθέτηση εμφυτεύματος κάτω από τον μείζονα θωρακικό μυ. Σε άλλες γυναίκες, οι οποίες έχουν εκτεταμένες απώλειες δέρματος, ιστών και μυών ή δερματικές βλάβες από ακτινοβολία, για την αποκατάσταση του μαστού μπορεί να απαιτηθεί η χρήση αυτόλογων ιστικών μοσχευμάτων όπως π.χ. από το μείζονα γλουτιαίο μυ, τον πλατύ ραχιαίο μυ ή τον ορθό κοιλιακό μυ ή σπάνια, από το επίπλου. Με τους τύπους αυτούς μοσχεύματος, μπορεί να μην απαιτηθεί η εμφύτευση πρόθεσης και η όλη επέμβαση θα έχει ως αποτέλεσμα ένα "νέο μαστό" πιο μαλακό και πιο όμοιο με το φυσιολογικό μαστό.

Εάν το δέρμα της ασθενούς στο θωρακικό τοίχωμα είναι πολύ τεταμένο ή εάν η αποκατάσταση του μαστού γίνει κατά το χρόνο της μαστεκτομής, μπορεί να απαιτηθεί η εφαρμογή μιας συσκευής (tissue expander) για τη διευκόλυνση της διατάσεως του δέρματος. Κατά τη μέθοδο αυτή, κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ τοποθετείται μία συσκευή που μπορεί να φουσκώνει, η οποία γεμίζει σταδιακά με φυσιολογικό ορό σε μια περίοδο μερικών εβδομάδων έως μηνών. Όταν το δέρμα έχει επαρκώς διαταθεί ώστε να είναι δυνατή η πλήρωση της συσκευής διατάσεως σε ποσοστό 25% πάνω από το επιθυμητό αισθητικά μέγεθος, αντικαθίσταται με μόνιμη εμφυτευμένη πρόθεση.

Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμες συσκευές διάτασης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ως μόνιμα εμφυτεύματα (προθέσεις). Με τον τύπο αυτόν, αφαιρείται μόνο το τμήμα της συσκευής που χρησιμοποιείται για την πλήρωση όταν έχει επιτευχθεί επαρκής διάταση. Η αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω μπορεί να γίνει ταυτόχρονα, συνήθως όμως καθυστερεί μέχρις ότου επιτευχθεί επαρκής συμμετρία του μαστού ώστε να καθοριστεί ακριβέστερα η θέση στην οποία θα τοποθετηθεί Ο σχηματισμός της θηλαίας άλω γίνεται με τη χρήση μοσχεύματος από υπερχρωσμένο σημείο της άνω έσω επιφάνειας του μηρού, από τα μικρά χείλη του αιδοίου, ή από τον ετερόπλευρο μαστό, εάν η άλω έχει επαρκές μέγεθος. Επίσης μπορεί να εκτελεστεί ενδοδερμική χρώση (tattooing) με σκοπό την απομίμηση θηλαίας άλω ή την επίτευξη καλύτερης χροιάς του μεταμοσχευθέντος ιστού. Ο σχηματισμός της θηλής δημιουργείται με χρήση τμήματος της θηλής του ετερόπλευρου μαστού, με χρήση τμήματος του λοβίου του ωτός ή ουλώδους ιστού ή με την τοποθέτηση δέρματος και λίπους στο σημείο της νέας θηλής (Skate flap). Στην πλειονότητα των γυναικών που υποβάλλονται σε αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή, εκτελείται επίσης χειρουργική επέμβαση (π.χ. μείωση ή αύξηση του μεγέθους) και στον άλλο μαστό με σκοπό την επίτευξη συμμετρίας.

Το πρόγραμμα αυτό νοσηλευτικής φροντίδας εστιάζεται στην περίπτωση ενήλικου γυναίκας που νοσηλεύεται για αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή. Προεγχειρητικά, οι στόχοι της αγωγής είναι η ελάττωση του φόβου και του άγχους και η εκπαίδευση της ασθενούς για την μετεγχειρητική περίοδο. Οι μετεγχειρητικοί στόχοι είναι η πρόληψη επιπλοκών, η υποβοήθηση της ασθενούς στην προσαρμογή της στην καινούργια εικόνα του σώματός της και η εκπαίδευσή της σχετικά με την εξωνοσοκομειακή παρακολούθησή.⁴⁶

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού κι ο καθένας τους έχει **πλεονεκτήματα** και **μειονεκτήματα**. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής. Μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσουμε το σχήμα του άλλου μαστού, να τον μικρύνουμε ή να τον μεγαλώσουμε, ώστε να υπάρχει η καλύτερη δυνατή συμμετρία ώστε να επιτευχθεί η αρμονικότερη εμφάνιση. Απαιτείται συνήθως η συνεργασία ομάδας ειδικών (πλαστικού χειρουργού, γενικού χειρουργού, ακτινολόγου, ογκολόγου και γενικού γιατρού).

❖ **Πρόθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο.** Σε ελάχιστες περιπτώσεις τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος και κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής. Η τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρείται πολύ μικρό τμήμα του μαστού.

Πλεονεκτήματα

1. Ο μαστός ανακατασκευάζεται σε μία επέμβαση

Μειονεκτήματα

1. Συνήθως δεν δημιουργείται το περίγραμμα του μαστού όπως φαίνεται στον φυσιολογικό μαστό και όπως επιτυγχάνεται με τις άλλες τεχνικές.
2. Όπως συμβαίνει με κάθε εμφύτευμα σιλικόνης, υπάρχει μικρός κίνδυνος λοίμωξης που μπορεί να οδηγήσει σε προσωρινή απόρριψη του εμφυτεύματος.
3. Σε ορισμένες ασθενείς εμφανίζονται μακροχρόνιες παρενέργειες από την σιλικόνη.

❖ **Τεχνική επέκταση των ιστών.** Κάτω από τους μυς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Συνήθως απαιτούνται δύο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού. Χρησιμοποιούμε το εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.

Πλεονεκτήματα

1. Η τεχνική είναι απλή και εφαρμόζεται στα εξωτερικά ιατρεία με τοπική ή γενική αναισθησία.

Μειονεκτήματα

1. Καθυστερεί μέχρις ότου ολοκληρωθεί
2. Υπάρχει κίνδυνος λοίμωξης, όπως συμβαίνει και με την πρόθεση μαστού σιλικόνης.

❖ **Τεχνική χρησιμοποίησης κρημνού από τον πλατύ ραχιαίο μυ(LATS).** Η τεχνική αυτή έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

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

Πλεονεκτήματα

1. Προσδίδει αίσθημα απλότητας στο κατώτερο τμήμα του μαστού, όπου και χρειάζεται κατ'εξοχήν.
2. δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του μαστού.²⁹

Μειονεκτήματα

1. Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση και υφή
2. Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στη πλάτη.
3. Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει τη μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες.

- ❖ **Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημνού από εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM).** Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική απ' όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς.

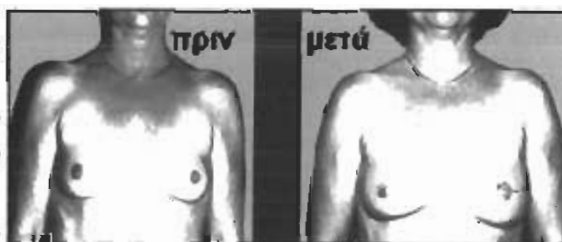
Ένα τμήμα του κάθετου μυός που βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς (ορθός κοιλιακός) καθώς και μεγάλο τμήμα δέρματος και λίπους ελλειψοειδούς σχήματος από το κάτω τμήμα της κοιλιάς, μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού.

Πλεονεκτήματα

1. Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση.
2. Συνήθως δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης.
3. συνήθως μετά τη μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια «κοιλιακή πτύχωση».

Μειονεκτήματα

1. Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα.
2. Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς.
3. Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα.



Εικ.18¹⁹

- ❖ **Μικροτεχνική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημνού.** Η μέθοδος αυτή, είναι η πιο σύγχρονη μαζί με την τεχνική TRAM, εφαρμόζεται επίσης όταν οι απλούστερες τεχνικές αποτυγχάνουν. Σπανίως επιχειρείται και αποτελεί την τελευταία επιλογή.

Ιστός από το κέντρο της κοιλιάς, την πλάτη ή τους γλουτούς μεταφέρεται στο θωρακικό τοίχωμα και μορφοποιείται εν είδει μαστού. Τα αγγεία από τον ελεύθερο κρημνό συνδέονται με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

Πλεονεκτήματα

1. Τα ίδια με τη μέθοδο TRAM.

Μειονεκτήματα

1. Επιπρόσθετες ουλές.
2. Ο πλαστικός χειρουργός πρέπει να είναι ιδιαίτερα επιδέξιος και να έχει ειδικευτεί στη μικροχειρουργική.²⁹



Κεφάλαιο 8ο

1. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Από τις κακοήθειες του μαστού το 2 -5% παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η ανίχνευση ογκιδίων, μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη, εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σ' αυτή την περίοδο.

Αν διαπιστωθεί κάποιο ογκίδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με αναρρόφηση ή χειρουργικά. Η θεραπεία βασικά είναι ίδια, αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη.

Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μια επιλογή.

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την άρρωστη να περιμένει δύο χρόνια μετά τη θεραπεία για καρκίνο, πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος.

Στην περίπτωση σταδίου II ή σταδίου III της νόσου, οι άρρωστες συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια. Εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία για καρκίνο μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου.³¹

2. Ο Ca ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Γι' αυτόν πρέπει να λεχθούν πολύ λιγότερα, γιατί είναι σχετικά σπάνιος, αφού στους εκατό Ca του μαστού στις γυναίκες αναλογεί ένας μόνο στους άνδρες. Ο τελευταίος αυτός συχνότερα συναντάται στην ηλικία μεταξύ 50-65 ετών.

Για την αιτιολογία του ενοχοποιείται το μηχανικό τραύμα. Η πορεία εξέλιξης του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι βραδεία. Και μολονότι θ' ανέμενε κανείς ή διάγνωσή του να ήταν πολύ έγκαιρη, λόγω του λιγοστού μαζικού ιστού, και συνεπώς, της εύκολης επισήμανσης του όγκου, εντούτοις, καθώς αποδεικνύεται στατιστικά, ο όγκος διαγιγνώσκεται σε πολύ πιο προχωρημένο στάδιο παρά στη γυναίκα.

Η αρχική διόγκωση επισημαίνεται μεν από τον ειδικό γιατρό εύκολα και συχνά έγκαιρα, για την οριστική θεραπεία του αρρώστου. Αλλά ο άρρωστος, όπως συχνά και ο μη ειδικός γιατρός, παραβλέπουν και υποτιμούν τη σοβαρότητα του συχνότερου μοναδικού αυτού αρχικού κλινικού ευρήματος. Ακόμα, υποτιμούν και τα συμπτώματα, που εμφανίζονται αρκετά σπανιότερα, όπως την εισολκή της θηλής και την απ' αυτή έκκριση υγρού. Περνούν, συνήθως, αρκετοί μήνες ή και χρόνια μέχρι να καταφύγει ο ασθενής στον ειδικό γιατρό, συχνά δε προσέρχεται όταν πλέον η νεοπλασία έχει εξελκωθεί ή έχουν διηθηθεί ή κάτω από τη θηλή θωρακική περιτονία και οι μύες, όταν δηλαδή και η εξάπλωση της νεοπλασίας είναι τέτοια, ώστε να έχει καταστεί ιδιαίτερα σοβαρή και η πρόγνωση.

Η συχνότητα των μασχαλιαίων και των απομακρυσμένων μεταστάσεων, ο διαχωρισμός σε στάδια, η χειρουργική και ακτινοθεραπευτική του αντιμετώπιση, είναι ανάλογα προς εκείνα του Ca του μαστού στις γυναίκες.

Η πρόγνωση όμως είναι βαρύτερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες, και τούτο για τον απλό λόγο, γιατί κατά περίεργο τρόπο, η διάγνωση του Ca στον άνδρα γίνεται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Κλείνοντας το κεφάλαιο, θα ήθελα να πω πόσο σπουδαία είναι, για την τελική ίαση του αρρώστου, και η μεταθεραπευτική του παρακολούθηση από τον κατά το δυνατόν ειδικότερο γιατρό. Αν αφεθεί στην παρακολούθησή του και εκτελεί τις συστάσεις του, τότε, μπορεί να κοιμάται ήσυχος ο άρρωστος ότι κάνει ό,τι πρέπει για την προστασία της υγείας του από άποψη μεταθεραπευτική. Αντίθετα, αν αμελήσει πάλι, όχι σπάνια μπορούν να εμφανισθούν τόσο υποτροπές όσο και μεταστάσεις, που συχνά αντιμετωπίζονται θεραπευτικά και πολύ συχνά ο γιατρός είναι εκείνος που μπορεί να τις επισημάνει έγκαιρα.



Κεφάλαιο 9ο

1. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοηθών νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισης τους καθώς και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση.

Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

1. Πρωτογενής πρόληψη: Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου και τα οποία είναι:

- i. *Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση* του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του. Παράδειγμα αποτελεί η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ καρκίνου πνεύμονα και καπνίσματος. Υπάρχει όμως μεγάλο μέρος του πληθυσμού, που αγνοεί αυτή τη σχέση που έχει το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων.
- ii. *Προστασία ομάδων πληθυσμού* από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου, χειριστές ραδιενεργών ουσιών, ισοτόπων και οι εργαζόμενοι σε χώρους που ίσως εκπέμπεται ακτινοβολία, οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες και βιοτεχνίες, αζω-χρωστικών, αμιάντων και άλλων βεβαιωμένων καρκινογόνων παραγόντων) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
- iii. *Προστασία του πληθυσμού* από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της χρήσεως του DDT (διχλωρο-διφαινυλο-τριχλωραιθόνιο) εντομοκτόνου, με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση. Επειδή όμως η αιτιολογία του καρκίνου δεν έχει απόλυτα διαλευκανθεί δυσκολεύει την πρωτογενή πρόληψή του.

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

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές.

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

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή, το πιο ευρύ περιβάλλον και ορισμένα ύποπτα σημεία για καρκίνο.³²

Η ανίχνευση στο «λανθάνον», δηλαδή ασυμπτωματικό, στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. **Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).**
2. **Γενική φυσική εξέταση (αναζήτηση λεμφαδένων κ.α.).**
3. **Ορθο-σιγμοειδοσκόπηση.**
4. **Πλήρης γυναικολογική εξέταση στην οποία συμπεριλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού και κοιλιακού εκκρίματος κατά Παπανικολάου.**
5. **Εξέταση μαστού.**

6. Λεπτομερής Ω.Ρ. Α/κή εξέταση.

7. Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματοουρίας.

β. Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού.

9. Αιματολογικές εξετάσεις.

10. Ακτινολογικός έλεγχος (θώρακα και γαστρεντερικού σωλήνα κ.ά.).

11. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Αν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζομένων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει, τότε πρέπει η προσπάθεια και το κόστος της ανιχνεύσεως να επεκταθούν περισσότερο, δηλαδή πρέπει να μπει σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της **Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας** ότι: *Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανιχνεύσεως καρκίνου.*

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου εξαρτάται:

1. Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας -για το άτομο που προσβλήθηκε απ' αυτή -την έχει κυρίως το ίδιο το άτομο.

2. Από το γιατρό. Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση, εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Εάν δε βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων, ο γιατρός πρέπει να συστήσει στον άρρωστο να έλθει για επανεξέταση μετά ένα μήνα. Εάν τα ενοχλήματα συνεχίζονται και στη δεύτερη εξέταση, χωρίς να βρεθεί αιτία και δημιουργούνται υπόνοιες καρκίνου, ο άρρωστος στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Σε σαφή γνώμη του γιατρού ότι πρόκειται για καρκίνο, ο άρρωστος στέλνεται στον ειδικό. Η ευθύνη, λοιπόν, του πρώτου γιατρού δεν περιορίζεται στη διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.

3. Από τη νοσηλεύτρια(-τή), ο ρόλος της οποίας θα αναφερθεί παρακάτω. Εδώ τονίζεται πως κατά τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια,

- του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί,
- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

4. Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρησή τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου.

Μέσα διαφωτίσεως του κοινού που χρησιμοποιεί είναι αγγελίες από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων. Δεν παραλείπει ποτέ στο ενημερωτικό της περιεχόμενο να περάσει και την πληροφορία της αισιόδοξης αντίληψης για τον καρκίνο σαν αρρώστιας που μπορεί να θεραπευθεί. Η σωστή διαφώτιση των παιδιών για τον καρκίνο αποτελεί μέσο πετυχημένης διαφωτίσεως και των μεγάλων.

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού, ενημερώσεως των γιατρών και νοσηλευτριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών.³²

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η νοσηλεύτρια, σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Είναι ανάγκη η προσπάθεια του αντικαρκινικού αγώνα, στην οποία η νοσηλεύτρια έχει την περισσότερη ενεργό συμμετοχή, να στραφεί στην ενημέρωση, πληροφόρηση και διαπαιδαγώγηση του κοινού με τις παρακάτω επιδιώξεις:

- *Να μάθει κάθε Ελληνίδα τα ύποπτα αλλά και τα πρώτα συμπτώματα του ΚΜ.*
- *Να καταπολεμηθούν η ημιμάθεια, οι προκαταλήψεις για τον ΚΜ με τη σωστή ενημέρωση.*
- *Να μάθει το κοινό ποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΚΜ.*
- *Να εκπαιδευτούν όλες οι γυναίκες στην τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού.*
- *Να ενθαρρυνθεί το κοινό για συστηματική αυτοεξέταση και περιοδική εξέταση για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση της νόσου.*
- *Να γνωρίσουν όλες οι γυναίκες τα υπάρχοντα κέντρα έρευνας για τη διάγνωση του ΚΜ.*
- *Να μεταδοθεί το μήνυμα ότι ο καρκίνος δεν είναι συνώνυμος με το θάνατο, όταν βέβαια διαγνωσθεί στα αρχικά στάδια.³⁹*

1.Διδασκαλία αυτοεξέτασης του Μαστού

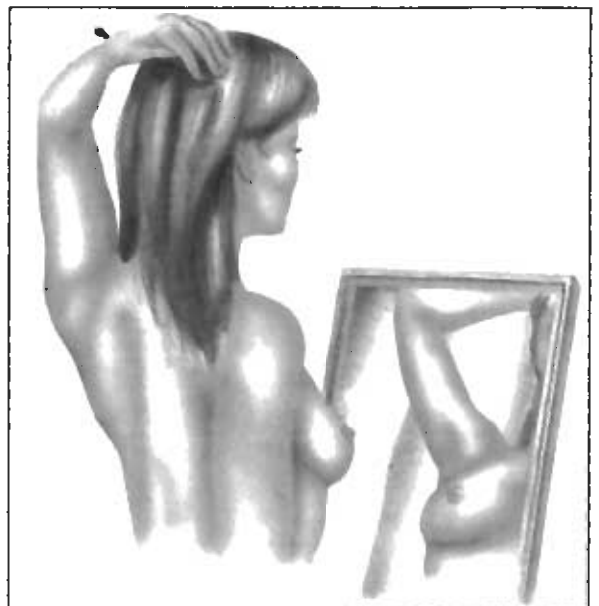
Ένας από τους σημαντικότερους ρόλους της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η *εκπαίδευση όλων των γυναικών στην τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού.*

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχθεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες.²⁸

Η αυτοεξέταση των μαστών θα πρέπει να διενεργείται μία εβδομάδα από το τέλος της περιόδου. Περιλαμβάνει την **Επισκόπηση** και την **Ψηλάφηση** και γίνεται ως εξής:⁴¹

Επισκόπηση

- ✓ Σταθείτε μπροστά σε ένα μεγάλο καθρέφτη με τα χέρια να κρέμονται αριστερά και δεξιά στο κορμί. Εξετάστε προσεκτικά την όψη και το μέγεθος του κάθε μαστού. Ανασηκώστε τους και παρατηρήστε την κάτω τους πλευρά. Ελέγξτε αν υπάρχει πιθανή αύξηση του όγκου, αν έχουν σχηματιστεί λακκάκια, αν υπάρχουν αλλαγές στη θηλή(μέγεθος, σχήμα και χρώμα), φλεγμονές στο πάνω μέρος του μαστού ή στη μασχάλη, κηλίδες ή



Εικ19

έκκριση υγρού στις θηλές

- ✓ Σηκώστε το ένα μπράτσο πρώτα και στη συνέχεια το άλλο και παρατηρήστε το περίγραμμα. Σηκώστε μετά και τα δύο μπράτσα μαζί και ελέγξτε αν και οι δύο μαστοί μετακινούνται προς τα πάνω φτάνοντας στο ίδιο ύψος.

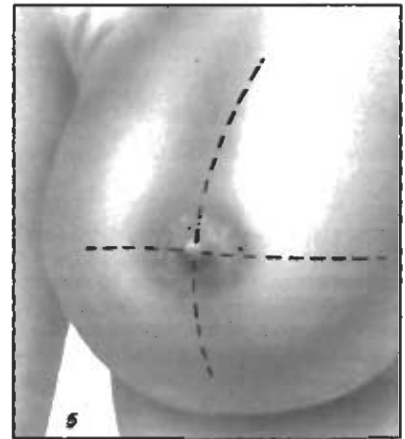
Ψηλάφηση

- ✓ Ξαπλώστε και χαλαρώστε. Για να εξετάσετε το δεξιό μαστό, τοποθετήστε το δεξί χέρι πίσω από το κεφάλι και μετά με τα ακροδάχτυλα του αριστερού χεριού, ψηλαφίστε το πιέζοντας απαλά, ξεκινώντας από την μασχάλη, περνώντας από το κάτω μέρος του στήθους και φτάνοντας μέχρι το κέντρο του θώρακα. Φέρτε το χέρι σας στο πάνω μισό του στήθους και τέλος, φέρτε το στο κέντρο περνώντας από την θηλή



Εικ20

- ✓ Εξετάστε την περιοχή της κλείδας και την μασχάλη, για πιθανούς όγκους ή φλεγμονές. Επαναλάβετε για τον αριστερό μαστό, χρησιμοποιώντας το δεξί χέρι.
- ✓ Για να ψηλαφίσετε ολόκληρο το στήθος σας, θα σας βοηθήσει να το χωρίσετε νοητά σε τέσσερα μέρη με την θηλή στο κέντρο. Πρέπει να ψηλαφώνται προσεκτικά όλα τα τεταρτημόρια. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο, επειδή εκεί παρουσιάζεται περισσότερο ο καρκίνος.⁴¹



Εικ.21



Εθνικά μέγας

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της έρευνάς μας, ήταν η συμβολή μας στην Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, θεωρήσαμε σωστό να γνωστοποιήσουμε τους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν τον Καρκίνο και να ενημερώσουμε για την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης, η οποία ξεκινά από εμάς τους ίδιους με την τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού(AEM).

Η δειγματοληψία που ήταν τυχαία, έγινε στους νομούς Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 220 άτομα.

Η έρευνα έγινε από τις 27/06/05 έως 31/07/05 καλύπτοντας τα αστικά και ημιαστικά κέντρα των νομών αυτών καθώς επίσης και τις αγροτικές περιοχές.

Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS V.11.5 και την μέθοδο του χ^2 .

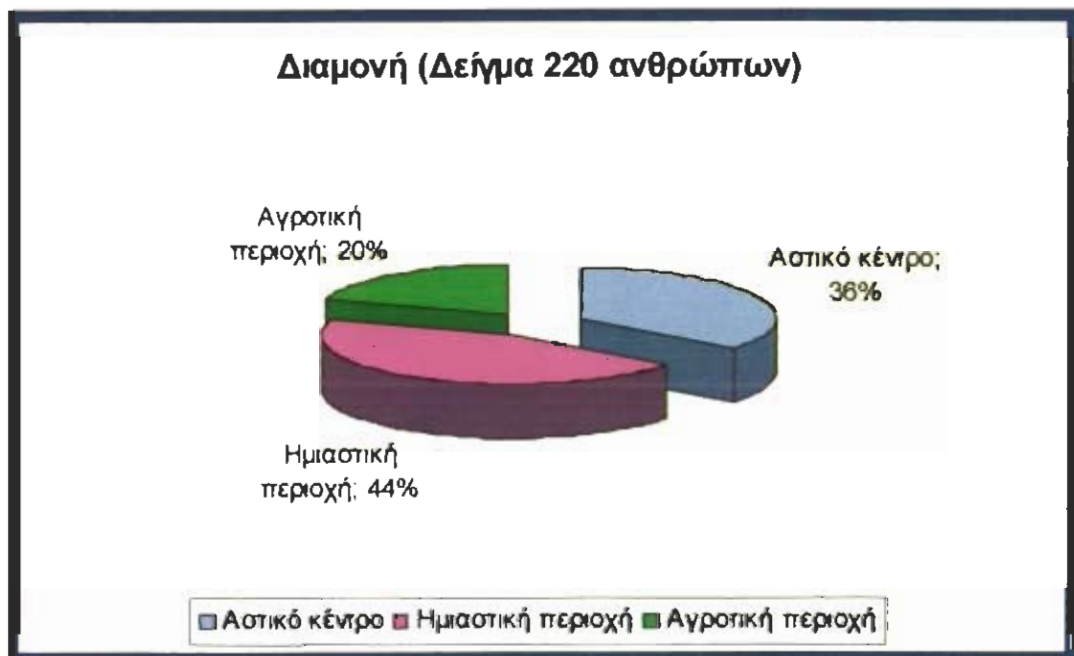
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με τον τόπο διαμονής

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Αστ. Κέντρο	78	36	36	36
Ημ. Περιοχή	98	44	44	80,5
Αγρ. Περιοχή	44	20	20	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από την ημιαστική περιοχή. Το αστικό κέντρο και η αγροτική περιοχή συμμετέχουν στο δείγμα με μικρότερο αριθμό ερωτηθέντων.

Σχήμα 1. κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με τον τόπο διαμονής

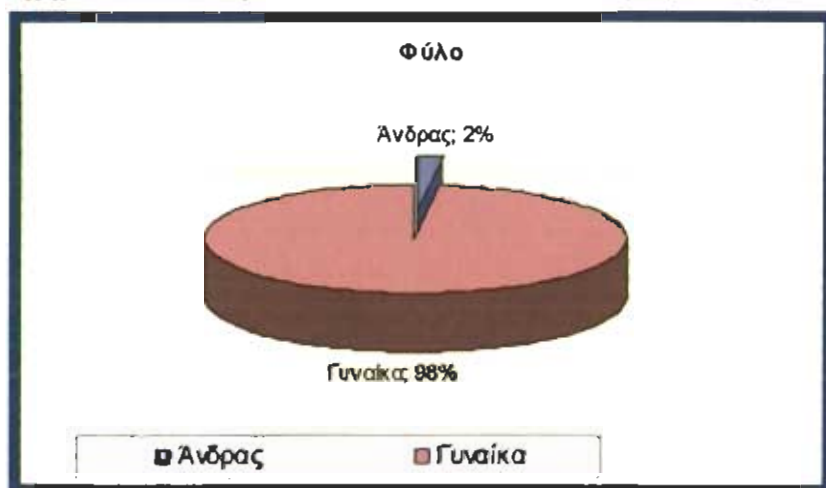


Πίνακας 2. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλο

	Απαντήσεις	(%)	%επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ανδρας	4	2	2	2
Γυναίκα	216	98	98	100
Σύνολο	220	100	100	

Το δείγμα των γυναικών υπερτερεί στατιστικά σε σχέση με το δείγμα των ανδρών, γιατί η εντόπιση του καρκίνου του μαστού είναι σε μεγάλο ποσοστό συχνότερη στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες.

Σχήμα 2. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με το φύλο

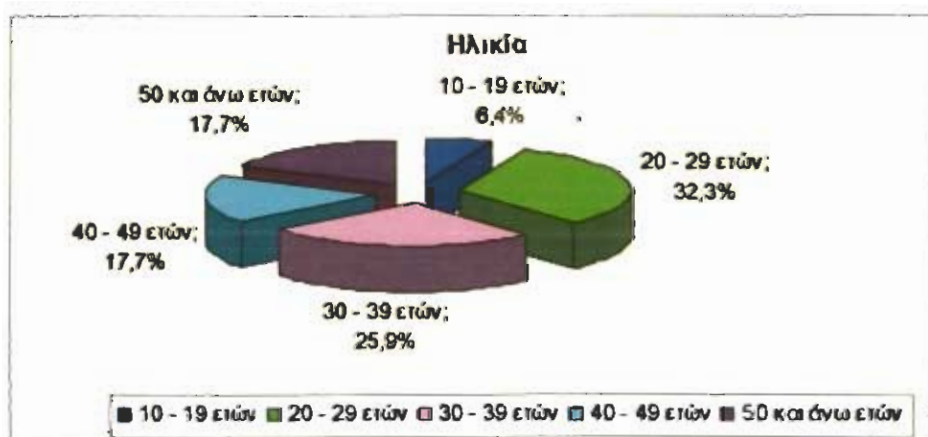


Πίνακας 3. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με την ηλικία

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
10-19	14	6,4	6,4	6,4
20-29	71	32,3	32,3	38,6
30-39	57	25,9	25,9	64,5
40-49	39	17,7	17,7	82,3
50 και άνω	39	17,7	17,7	100
Σύνολο	220	100	100	

Η ηλικιακή ομάδα με το περισσότερο ποσοστό στο δείγμα είναι αυτοί που είναι ανάμεσα στα 20 και 29 έτη. Ακολουθούν με ποσοστό 26% άτομα ηλικίας 30 έως 39 ετών.

Σχήμα 3. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με την ηλικία



Πίνακας 4. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Έγγαμος/η	102	46,4	46,4	46,8
Άγαμος/η	86	39,1	39,1	85,9
Διαζευγμένος/η	21	9,5	9,5	95,5
Χήρος/η	11	5	5	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι οι έγγαμοι, ενώ έπονται οι άγαμοι.

Σχήμα 4. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 5. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πρωτοβάθμια εκπ/ση	26	11,2	10,9	12,3
Δευτεροβάθμια εκπ/ση	100	45,5	45,5	57,7
Ανώτερη/ανώτατη εκπ/ση	90	41,5	40,5	98,2
Μεταπτυχιακά	4	1,8	1,8	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Σχήμα 5. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις.

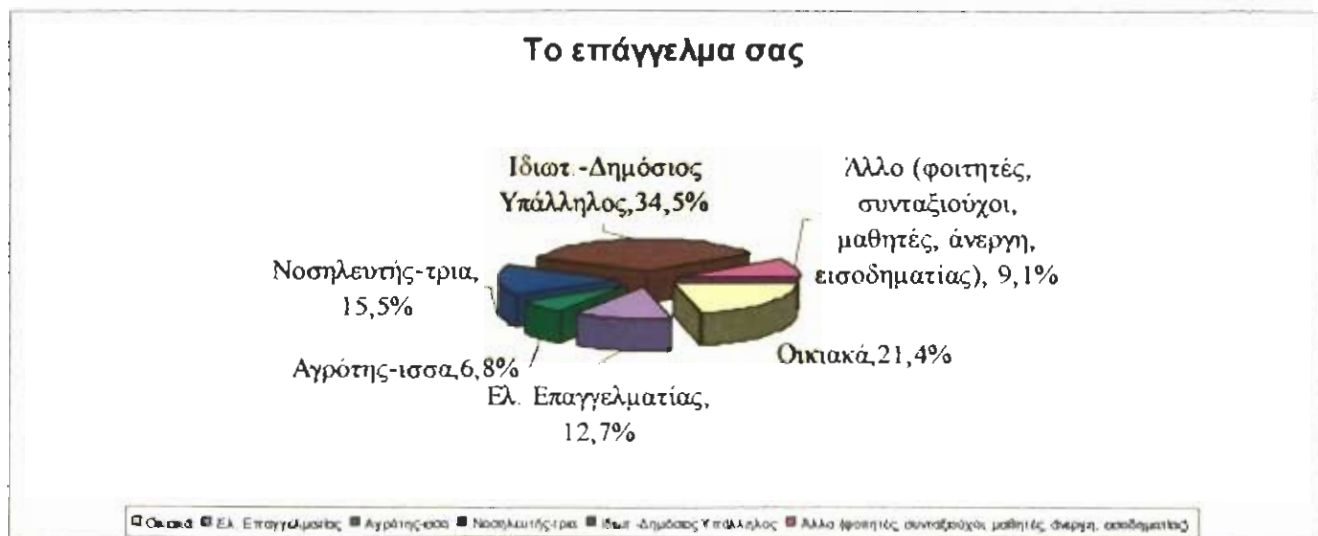


Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Οικιακά	47	21,4	21,4	21,8
Ελ. Επαγγελματίας	28	12,7	12,7	34,5
Αγρότης/ισσα	16	6,8	6,8	41,4
Νοσηλευτής/τρια	34	15,5	15,5	56,8
Ιδιωτ.-δημ. Υπάλληλος	75	34,5	34,5	90,9
Άλλο	20	9,1	9,1	100
Σύνολο	220	100	100	

Οι ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος και ακολουθούν οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά.

Σχήμα 6. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα.

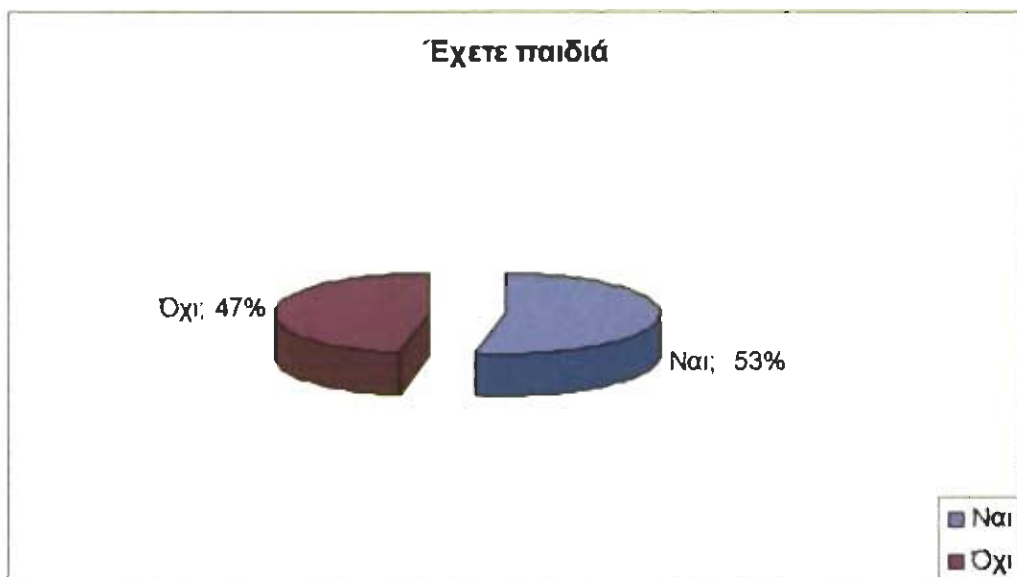


Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν παιδιά

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	115	53	53	54,1
Όχι	105	47	47	100
Σύνολο	220	100	100	

Αν και μικρές διαφορές το δείγμα θεωρείται στατιστικά μοιρασμένο ανάμεσα σ'αυτούς που έχουν παιδιά και σ'αυτούς που δεν έχουν.

Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν παιδιά

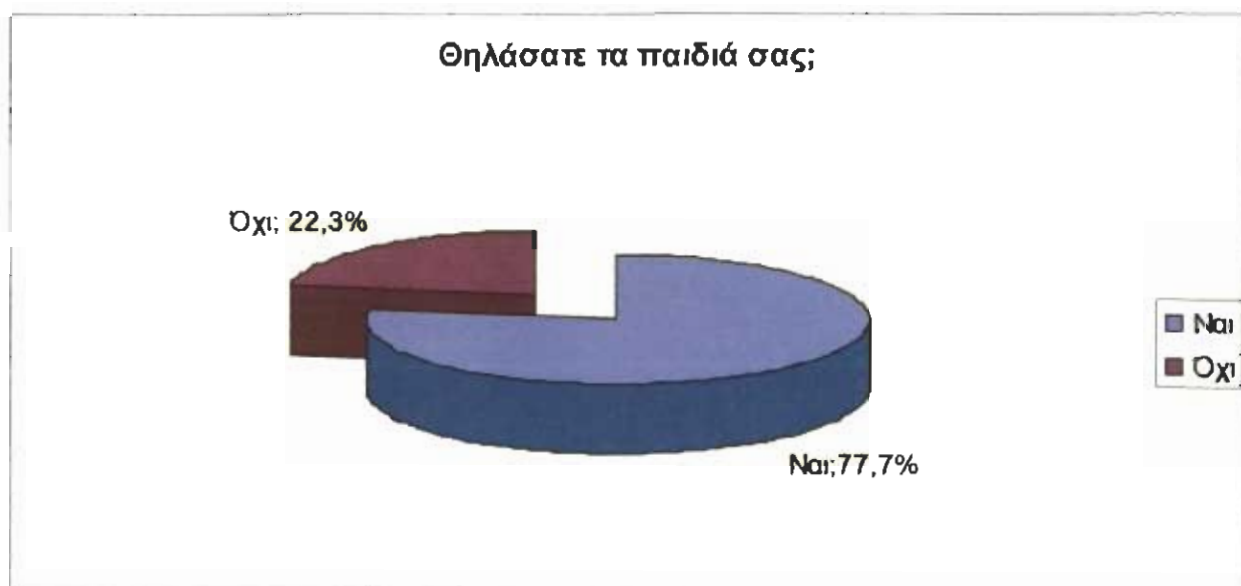


Πίνακας 8. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θηλάσαν τα παιδιά τους

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	90	39,5	77,7	77,7
Όχι	25	11,4	22,3	100
Missing system	105	49,1		
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει θηλάσει τα παιδιά του

Σχήμα 8. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν θηλάσαν τα παιδιά τους

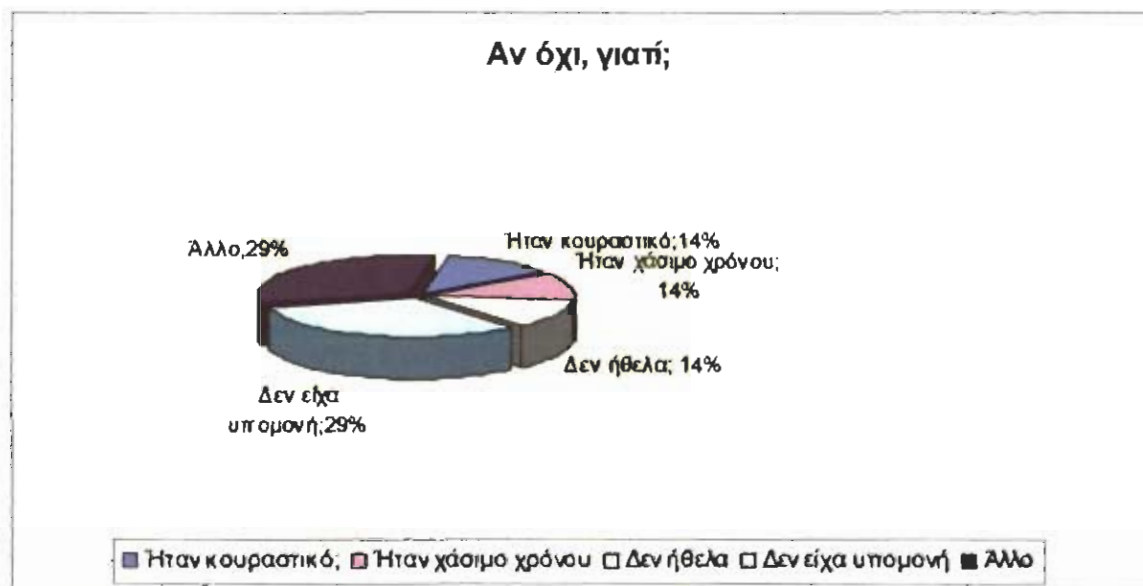


Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος- Γιατί δεν θήλασαν τα παιδιά τους

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ήταν κουραστικό	3	1,4	14	14
Ήταν χάσιμο χρόνου	3	1,4	14	17,4
Δεν ήθελα	3	1,4	14	30,4
Δεν είχα υπομονή	8	3,6	29	65,2
Άλλο	8	3,6	29	100
Missing system	195	88,6		
Σύνολο	220	100	100	

Τα ποσοστά δεν έχουν μεγάλες διαφορές. Σύμφωνα με τα παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είχε υπομονή στο να θηλάσει και το ίδιο ποσοστό δεν θήλασε για δικούς του λόγους.

Σχήμα 9. Κατανομή του δείγματος- Γιατί δεν θήλασαν τα παιδιά τους

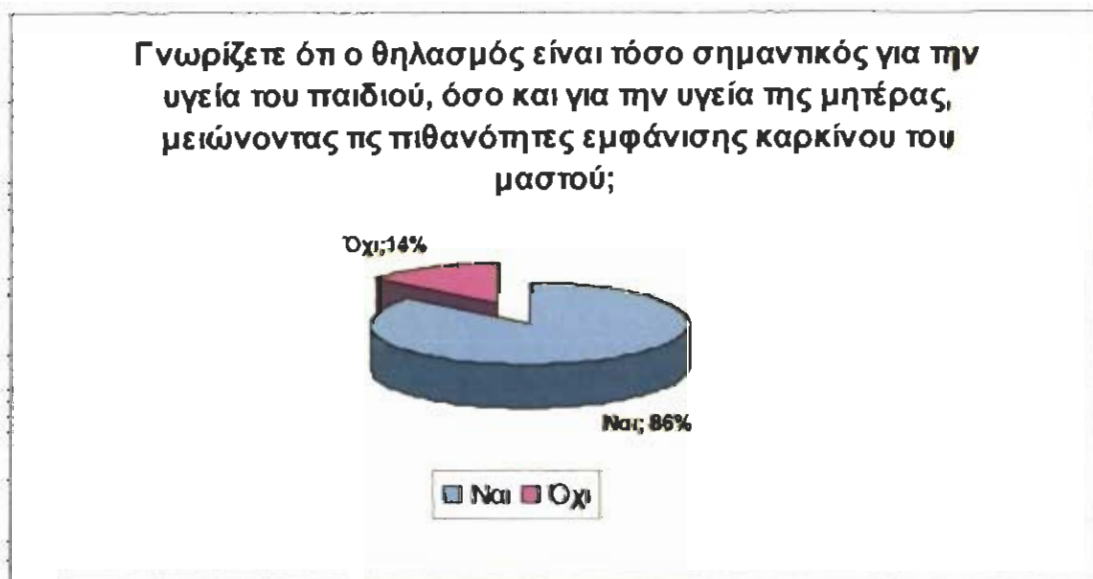


Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το αν γνωρίζουν, την σπουδαιότητα του θηλασμού τόσο για το παιδί, όσο και για την μητέρα....

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	188	85,5	85,5	86,4
Όχι	32	14,5	14,5	100
Σύνολο	220	100	100	

Το ποσοστό αυτών που δεν γνωρίζουν είναι πολύ μικρότερο εν συγκρίσει με το ποσοστό αυτών που γνωρίζουν.

Σχήμα 10. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το αν γνωρίζουν, την σπουδαιότητα του θηλασμού τόσο για το παιδί, όσο και για την μητέρα....



Πίνακας 11. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το αν γνωρίζουν, ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση, έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του μαστού.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	119	54,1	54,1	54,1
Όχι	101	45,9	45,9	100
Σύνολο	220	100	100	

Το δείγμα είναι σχετικά μοιρασμένο.

Σχήμα 11. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με το αν γνωρίζουν, ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση, έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του μαστού.

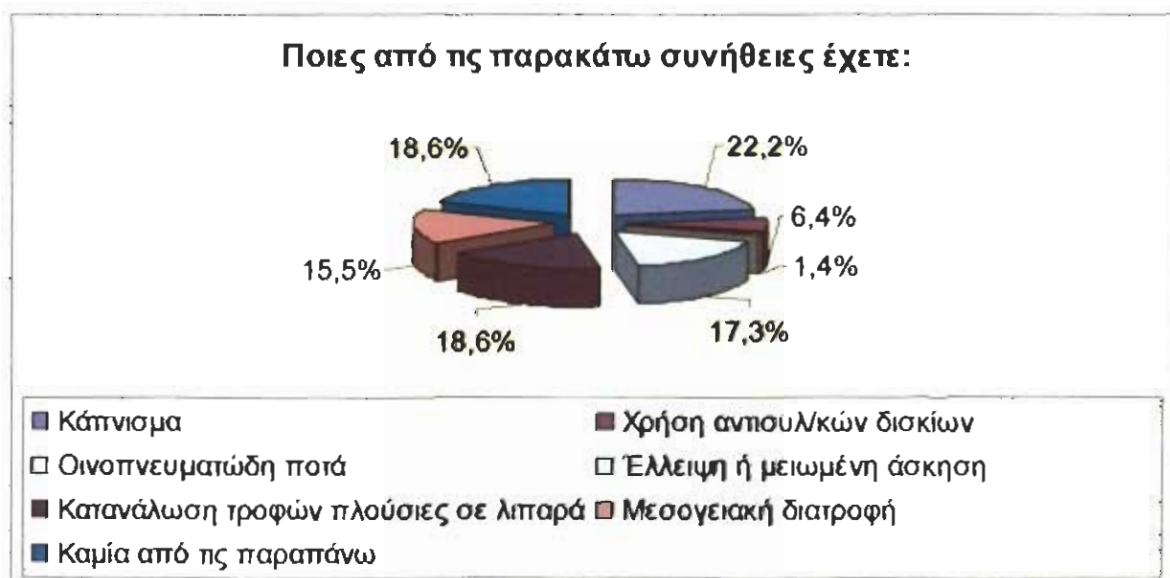


Πίνακας 12. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τις συνήθειες τους

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Κάπνισμα	49	22,2	22,2	22,3
Χρήση αντισ/κων	14	6,4	6,4	28,6
Οινοπνευματώδη ποτά	3	1,4	1,4	30
Έλλειψη ή μειωμένη άσκηση	38	17,3	17,3	47,3
Κατανάλωση τροφών πλούσιες σε λιπαρά	41	18,6	18,6	65,9
Μεσογειακή διατροφή	34	15,5	15,5	81,4
Καμία από τις παραπάνω	41	18,6	18,6	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανήκει στους καπνιστές. Στην συνέχεια ακολουθούν οι άλλες συνήθειες.

Σχήμα 12. Κατανομή του δείγματος σύμφωνα με τις συνήθειες τους



Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος

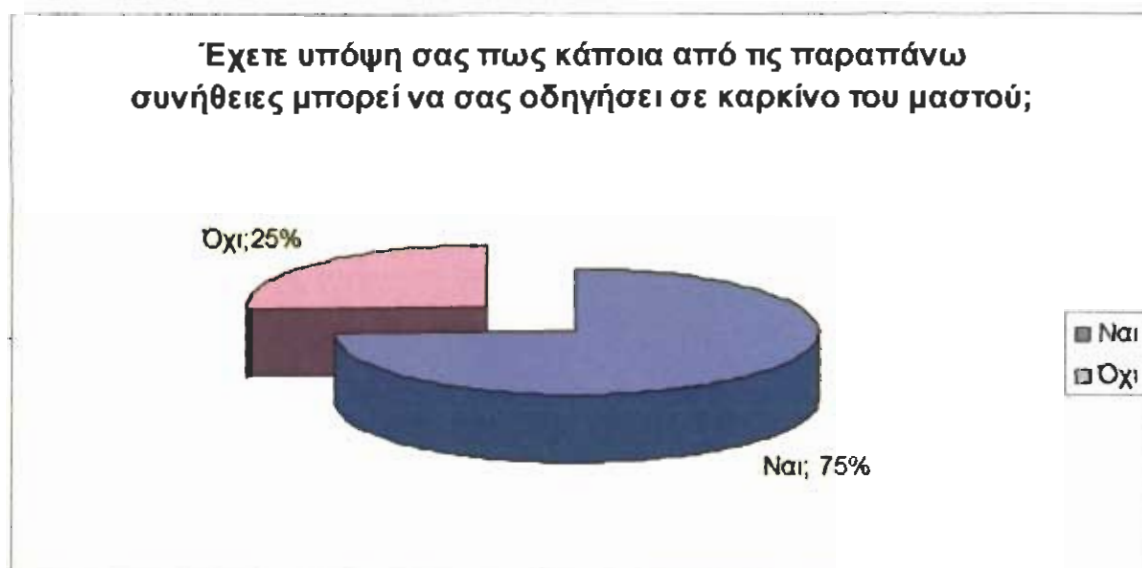
Έχετε υπόψη σας πως κάποια από τις παραπάνω συνήθειες μπορεί να σας οδηγήσει σε καρκίνο του μαστού;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	165	75	75	75
Όχι	55	25	25	100
Σύνολο	220	100	100	

Η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει πως γνωρίζει ότι οι παραπάνω συνήθειες μπορεί να την οδηγήσουν σε καρκίνο του μαστού.

Σχήμα 13. Κατανομή του δείγματος

Έχετε υπόψη σας πως κάποια από τις παραπάνω συνήθειες μπορεί να σας οδηγήσει σε καρκίνο του μαστού;



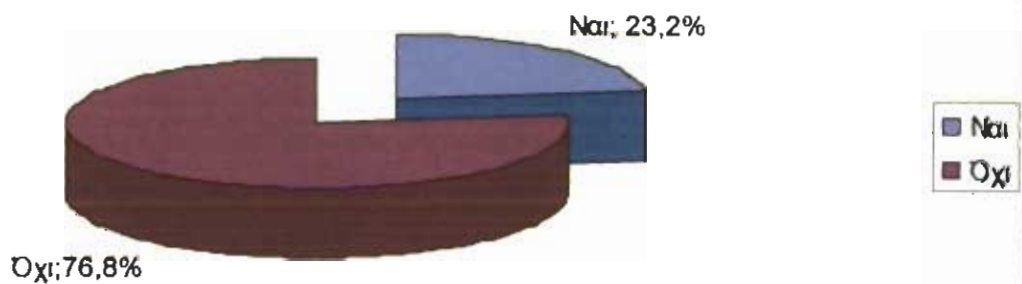
Πίνακας 14. Κατανομή του δείγματος
Έπασχε κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο α' βαθμού από καρκίνο του μαστού;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	51	23,2	23,2	23,2
Όχι	169	76,8	76,8	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν έχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο α' βαθμού να πάσχει από καρκίνο του μαστού.

Σχήμα 14. Κατανομή του δείγματος
Έπασχε κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο α' βαθμού από καρκίνο του μαστού;

Έπασχε κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο α' βαθμού από καρκίνο του μαστού;

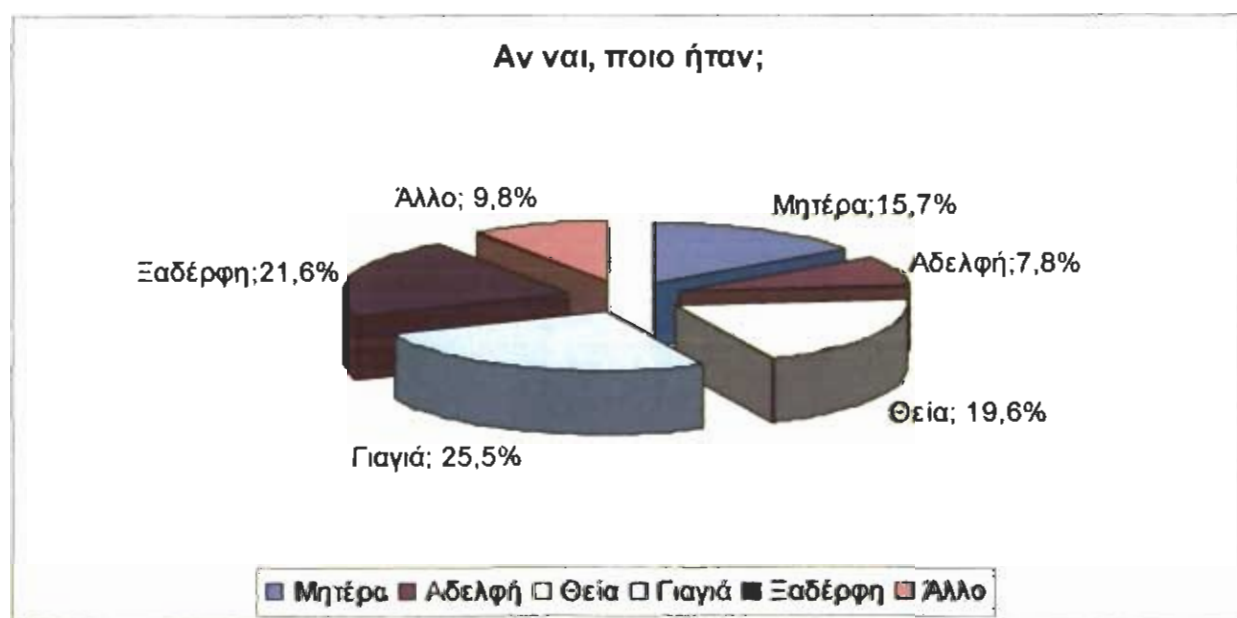


Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος
Αν ναι, ποιο ήταν;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Μητέρα	8	3,6	15,7	15,7
Αδελφή	4	1,8	7,8	23,5
Θεία	10	4,5	19,6	43,1
Γιαγιά	13	5,9	25,5	68,6
Ξαδέρφη	11	5,0	21,6	90,2
Άλλο	5	2,3	9,8	100
Missing system	169	76,8		
Σύνολο	220	100	100	

Η γιαγιά καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος

Σχήμα 15. Κατανομή του δείγματος
Αν ναι, ποιο ήταν;



Πίνακας 16. Κατανομή του δείγματος

Είστε ενήμεροι ότι εσείς που έχετε επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, θα πρέπει να δώσετε μεγαλύτερη βαρύτητα στον προληπτικό έλεγχο;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	150	68,2	68,2	95,9
Όχι	9	4,1	4,1	100
Δεν απαντώ	61	27,7	27,7	27,7
Σύνολο	220	100	100	

Η εικόνα της πλειοψηφίας (68,2%) γνωρίζει ότι αυτοί που έχουν επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει να στραφούν στον προληπτικό έλεγχο. Δυστυχώς το 27,7 % του δείγματος δεν θέλησε να απαντήσει.

Σχήμα 16. Κατανομή του δείγματος

Είστε ενήμεροι ότι εσείς που έχετε επιβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό, θα πρέπει να δώσετε μεγαλύτερη βαρύτητα στον προληπτικό έλεγχο;

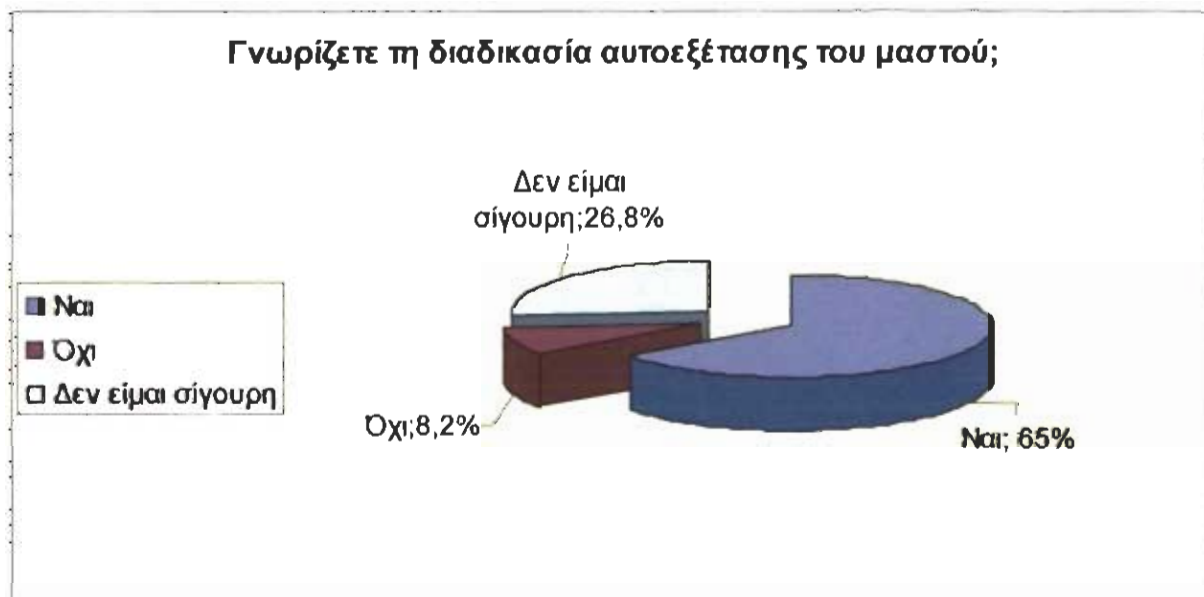


Πίνακας 17. Κατανομή του δείγματος, σχετικά με το αν γνωρίζουν την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	143	65	65	65
Όχι	18	8,2	8,2	73,2
Δεν είμαι σίγουρη	59	26,8	26,8	100
Σύνολο	220	100	100	

Το 65% του δείγματος γνωρίζει την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού, ενώ το 26,8 δεν είναι σίγουρο αν την γνωρίζει.

Σχήμα 17. Κατανομή του δείγματος

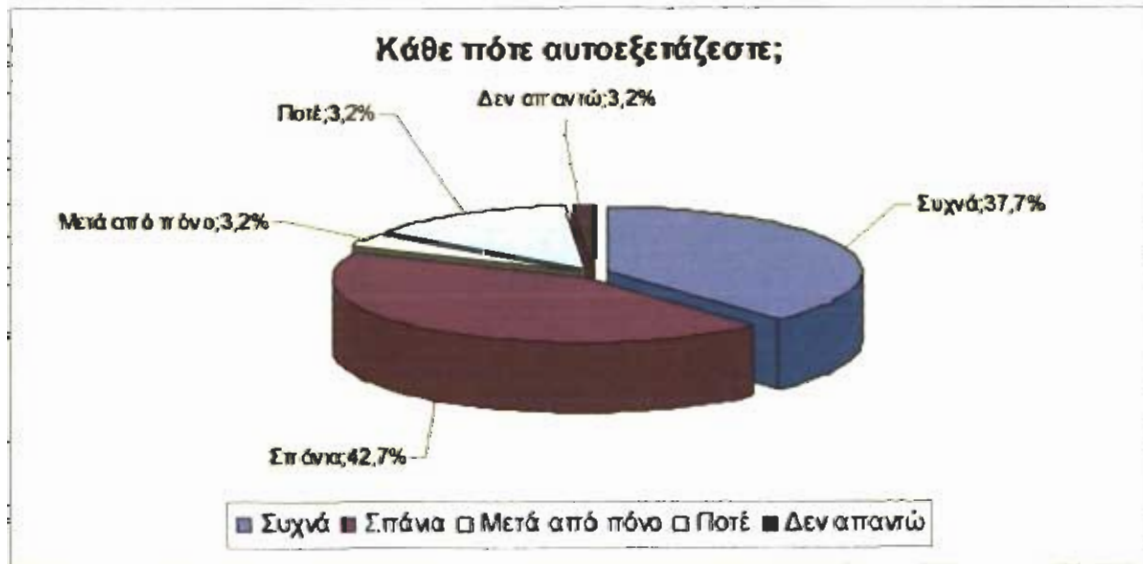


Πίνακας 18. Κατανομή του δείγματος σχετικά με την συχνότητα αυτοεξέτασης

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Δεν απαντώ	7	3,2	3,2	3,2
Συχνά	83	37,7	37,7	39,5
Σπάνια	94	42,7	42,7	82,3
Μετά από πόνο	7	3,2	3,2	85,5
Ποτέ	29	13,2	13,2	98,6
Σύνολο	220	100	100	

Η πλειοψηφία του δείγματος(42,7%) αυτοεξετάζεται σπάνια.

Σχήμα 18. Κατανομή του δείγματος

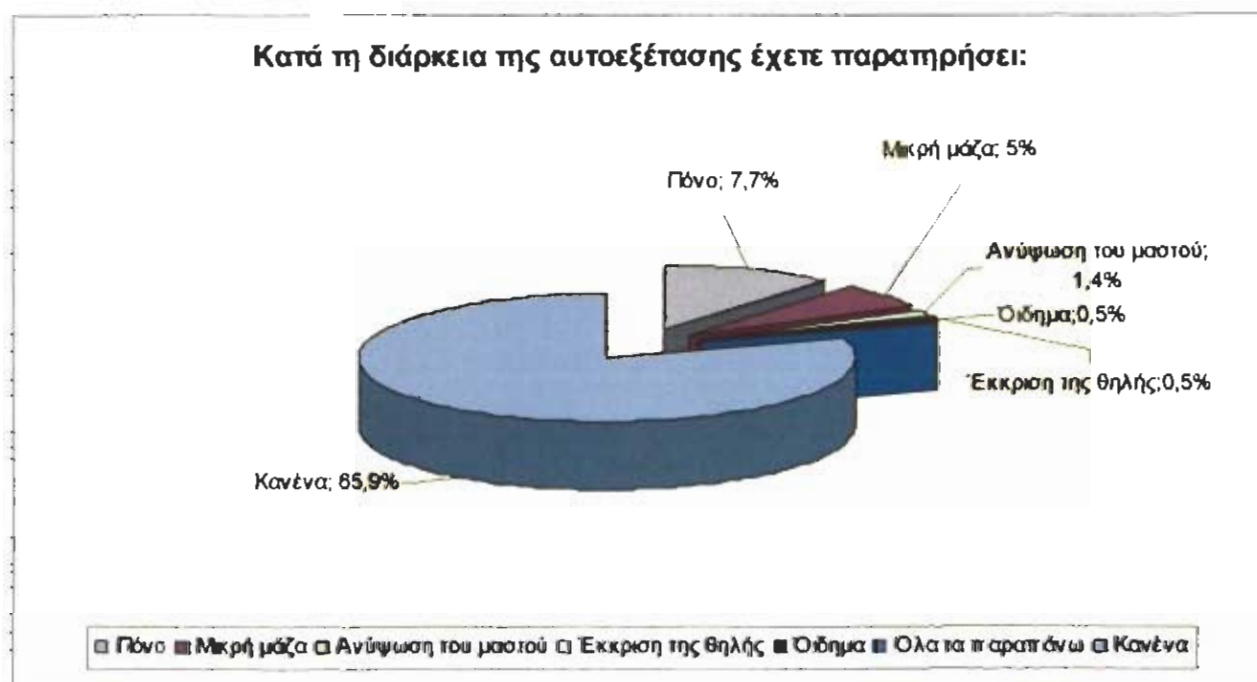


**Πίνακας 19. Κατανομή του δείγματος.
Κατά την διάρκεια της αυτοεξέτασης έχετε παρατηρήσει...**

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Πόνος	17	7,7	7,7	7,7
Μικρή μάζα	11	5	5	12,7
Ανύψωση του μαστού	3	1,4	1,4	14,1
Έκκριση της θηλής	1	0,5	0,5	14,5
Οίδημα	1	0,5	0,5	15
Κανένα	145	65,9	65,9	80,9
Δεν απαντώ	42	19,1	19,1	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν έχει παρουσιάσει τίποτα από τα παραπάνω

Σχήμα 19. Κατανομή του δείγματος



Πίνακας 20. Κατανομή του δείγματος
Αν παρατηρήσατε κάτι από τα παραπάνω, επισκεφτήκατε τον γιατρό;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	30	13,6	56,6	56,6
Όχι	23	10,5	43,4	100
Missing system	167	75,9		
Σύνολο	220	100	100	

Το δείγμα είναι στατιστικά μοιρασμένο.

Σχήμα 20. Κατανομή του δείγματος

Εάν παρατηρήσατε κάπ από τα παραπάνω, επισκεφτήκατε το γιατρό;

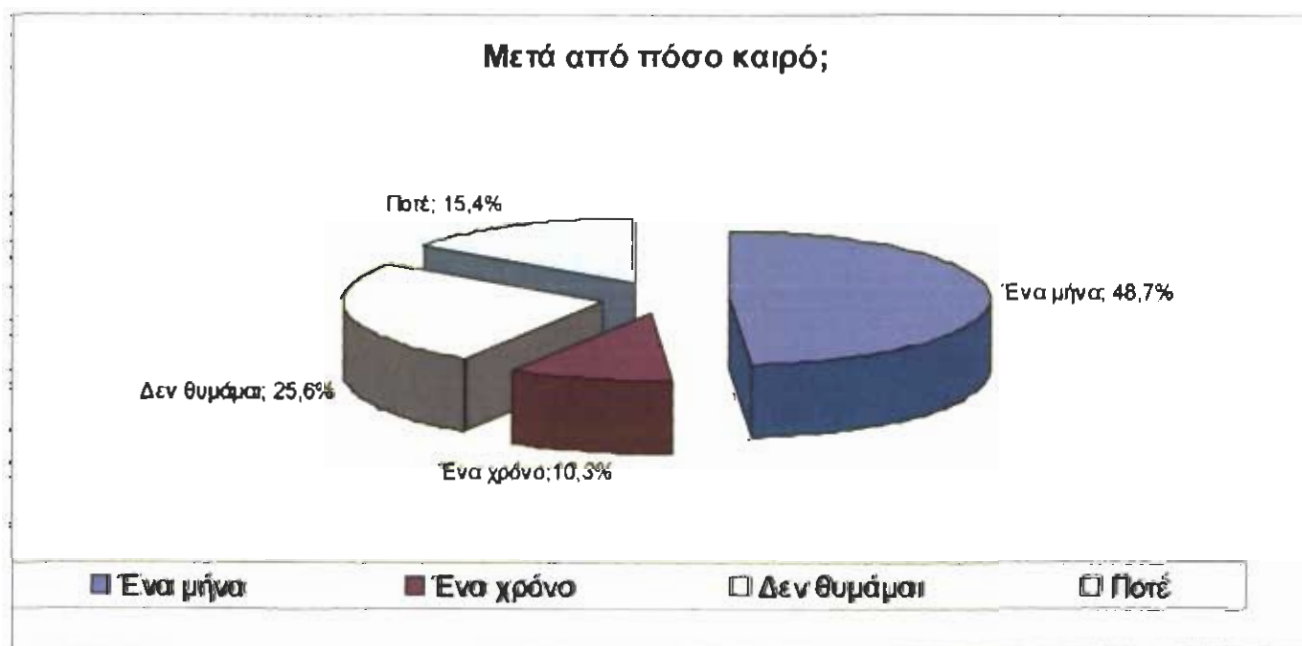


Πίνακας 21. Κατανομή του δείγματος
Αν παρατηρήσατε κάτι από τα παραπάνω, μετά από πόσο καιρό
επισκεφτήκατε τον γιατρό;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ένα μήνα	19	8,6	48,7	48,7
Ένα χρόνο	4	1,8	10,3	59
Δεν θυμάμαι	10	4,5	25,6	84,6
Ποτέ	6	2,7	15,4	100
Missing system	181	82,3		
Σύνολο	220	100	100	

Η πλειοψηφία των αποτελεσμάτων, λέει ότι οι ερωτηθέντες έστω και καθυστερημένα μετά από κάποιο σύμπτωμα επισκέπτονται τον γιατρό.

Σχήμα 21. Κατανομή του δείγματος

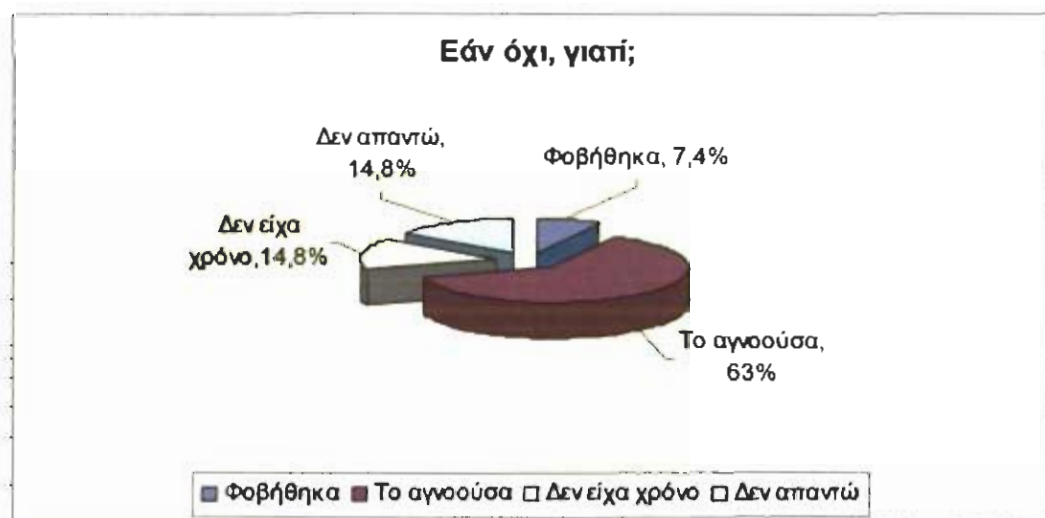


Πίνακας 22. Κατανομή του δείγματος
Εάν δεν επισκεφτήκατε τον γιατρό όταν παρατηρήσατε κάτι,
γιατί το κάνατε;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Φοβήθηκα	2	0,9	7,4	7,4
Το αγνόησα	17	7,7	63	70,4
Δεν είχα χρόνο	4	1,8	14,8	85,2
Δεν απαντώ	4	1,8	14,8	100
Missing system	193	87,7		
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που παρουσίασε κάποιο σύμπτωμα, δεν επισκέφτηκε τον γιατρό γιατί το αγνόησε.

Σχήμα 22. Κατανομή του δείγματος

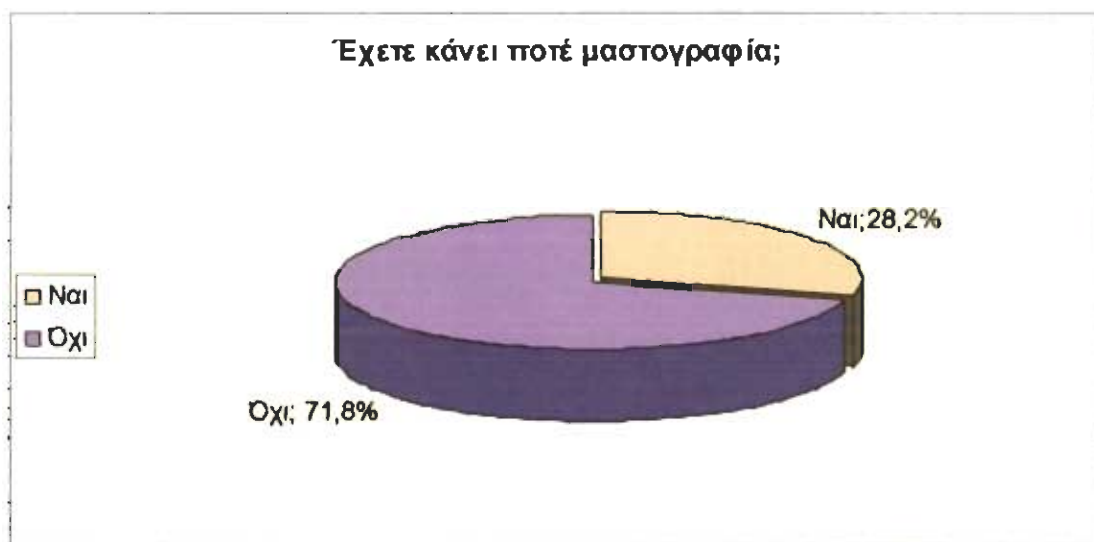


Πίνακας 23. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει μαστογραφία

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	62	28,2	28,2	31,8
Όχι	158	71,8	71,8	100
Σύνολο	220	100	100	

Το 71.8% του δείγματος δεν έχει μπει στη διαδικασία μαστογραφικού ελέγχου.

Σχήμα 23. Κατανομή του δείγματος



Πίνακας 24. Κατανομή του δείγματος

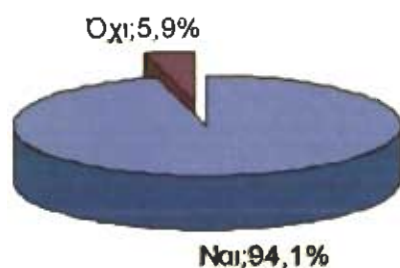
Πιστεύετε ότι η μαστογραφία είναι ένα αξιόπιστο μέσο, στο οποίο θα καταφεύγατε από την πρώτη στιγμή, αν είχατε υποψία ότι έχετε καρκίνο του μαστού;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	207	94,1	94,1	95,9
Όχι	13	5,9	5,9	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (94,1%) είναι διατεθειμένο να μπει στην διαδικασία του μαστογραφικού ελέγχου, στην περίπτωση που υποπτευθεί ότι έχει καρκίνο του μαστού.

Σχήμα 24. Κατανομή του δείγματος

Πιστεύετε ότι η μαστογραφία είναι ένα αξιόπιστο προληπτικό μέσο, στο οποίο θα καταφεύγατε από την πρώτη στιγμή, αν είχατε υποψία ότι έχετε καρκίνο του μαστού;



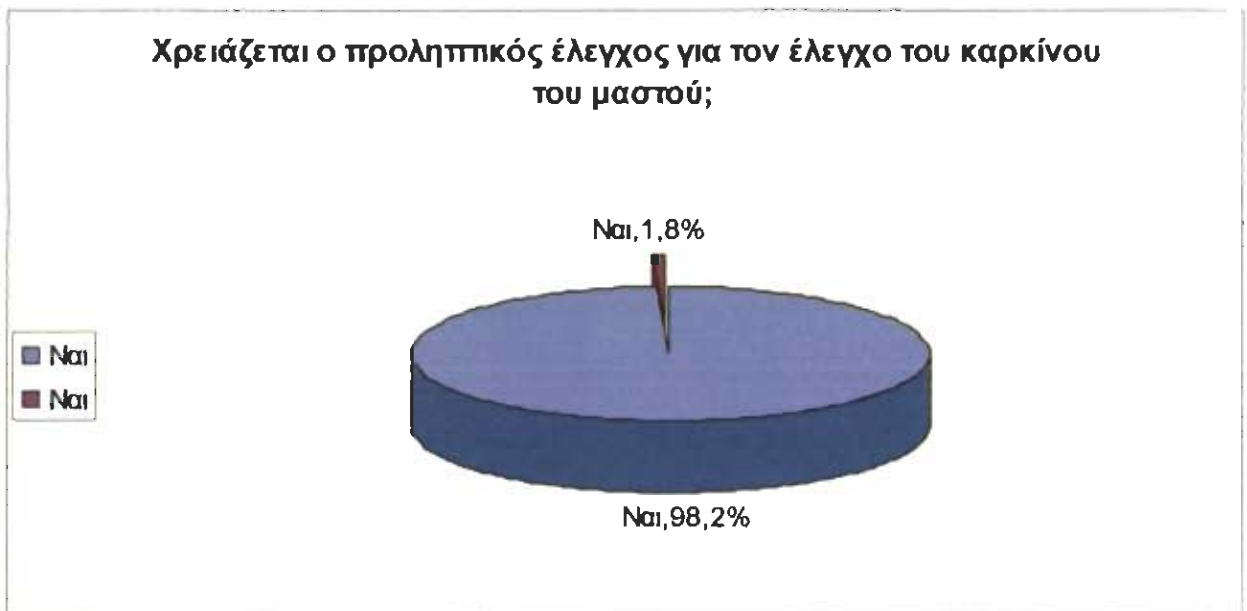
■ Ναι ■ Όχι

Πίνακας 25. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν χρειάζεται ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	216	98,2	98,2	99,1
Όχι	4	1,8	1,8	100
Σύνολο	220	100	100	

Η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει πως ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι απαραίτητος.

Σχήμα 25. Κατανομή του δείγματος.

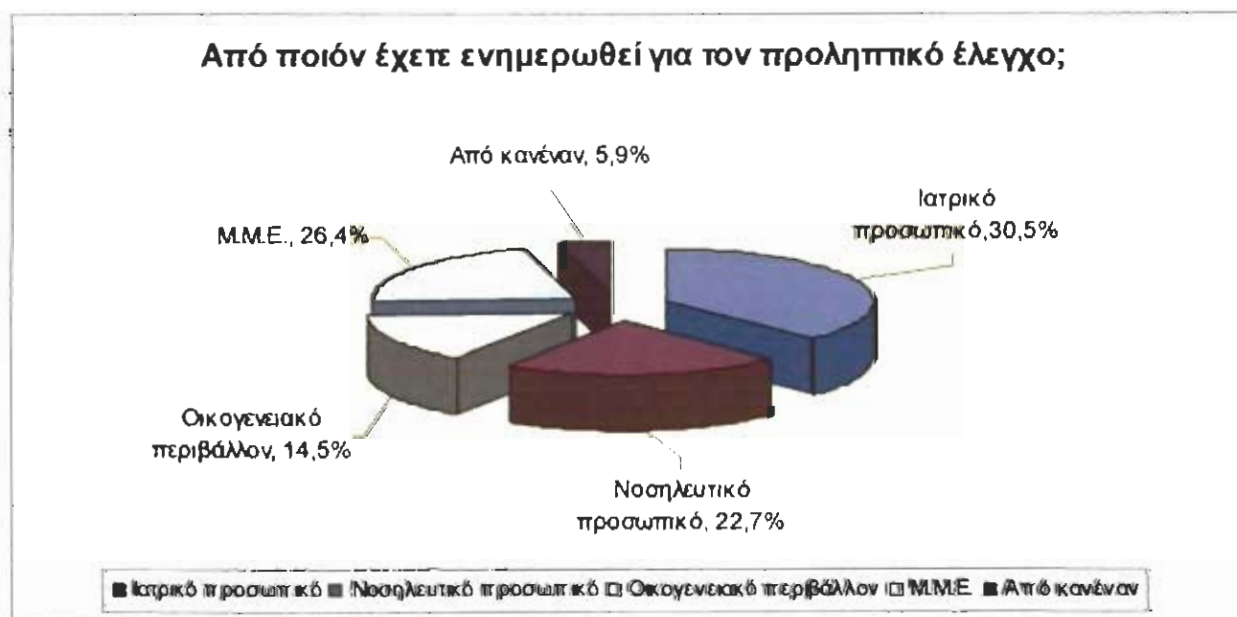


Πίνακας 26. Κατανομή του δείγματος.
Από ποιον έχετε ενημερωθεί για τον προληπτικό έλεγχο...

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ιατρικό προσωπικό	67	30,5	30,5	31,4
Νοσηλευτικό προσωπικό	50	22,7	22,7	54,1
Οικογενειακό περιβάλλον	32	14,5	14,5	68,6
Μ.Μ.Ε.	58	26,4	26,4	95
Από κανέναν	13	5,9	5,9	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει ενημερωθεί από το ιατρικό προσωπικό για τον προληπτικό έλεγχο και στη συνέχεια ακολουθεί η ενημέρωση από τα Μ.Μ.Ε.

Σχήμα 26. Κατανομή του δείγματος



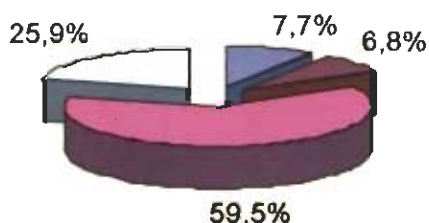
**Πίνακας 27. Κατανομή του δείγματος.
Η απόφαση για προληπτικό έλεγχο έγινε...**

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Όταν κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο εμφάνισε πρόβλημα στο μαστό	17	7,7	7,7	13,6
Μετά από ύπαρξη δικού σας προβλήματος	15	6,8	6,8	20,5
Απλά και μόνο για προληπτικούς λόγους	131	59,5	59,5	80
Τίποτα από τα παραπάνω	57	26	26	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει στραφεί στον προληπτικό έλεγχο απλά και μόνο για προληπτικούς λόγους.

Σχήμα 27. Κατανομή του δείγματος

Η απόφαση σας για προληπτικό έλεγχο έγινε:



- Όταν κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο εμφάνισε πρόβλημα στο μαστό
- Μετά από ύπαρξη δικού σας προβλήματος
- Απλά και μόνο για προληπτικούς λόγους
- Τίποτα από τα παραπάνω

Πίνακας 28. Κατανομή του δείγματος.

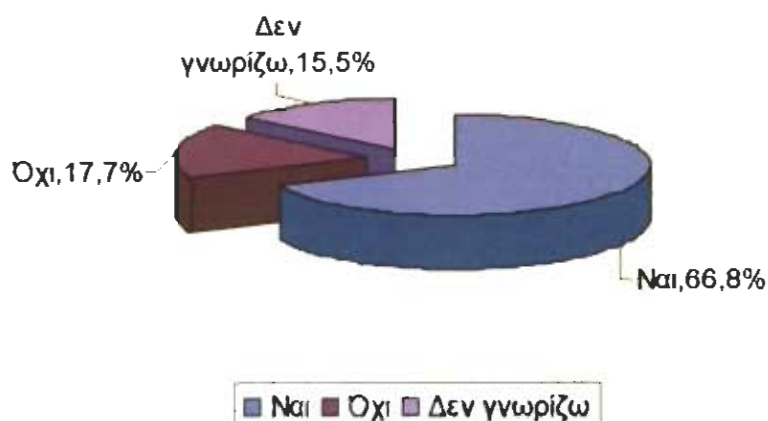
Γνωρίζετε ότι αν προβείτε στη διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού, προλαμβάνετε την μετάσταση του καρκίνου στο μαστό και σε άλλα μέρη του σώματος;

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	147	66,8	66,8	66,8
Όχι	39	17,7	17,7	84,5
Δεν γνωρίζω	34	15,5	15,5	100
Σύνολο	220	100	100	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι με τη διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού, προλαμβάνεται η μετάσταση του καρκίνου στο μαστό αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος.

Σχήμα 28. Κατανομή του δείγματος

Γνωρίζετε ότι αν προβείτε στην διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού προλαμβάνεται την μετάσταση του καρκίνου στο μαστό, αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος;

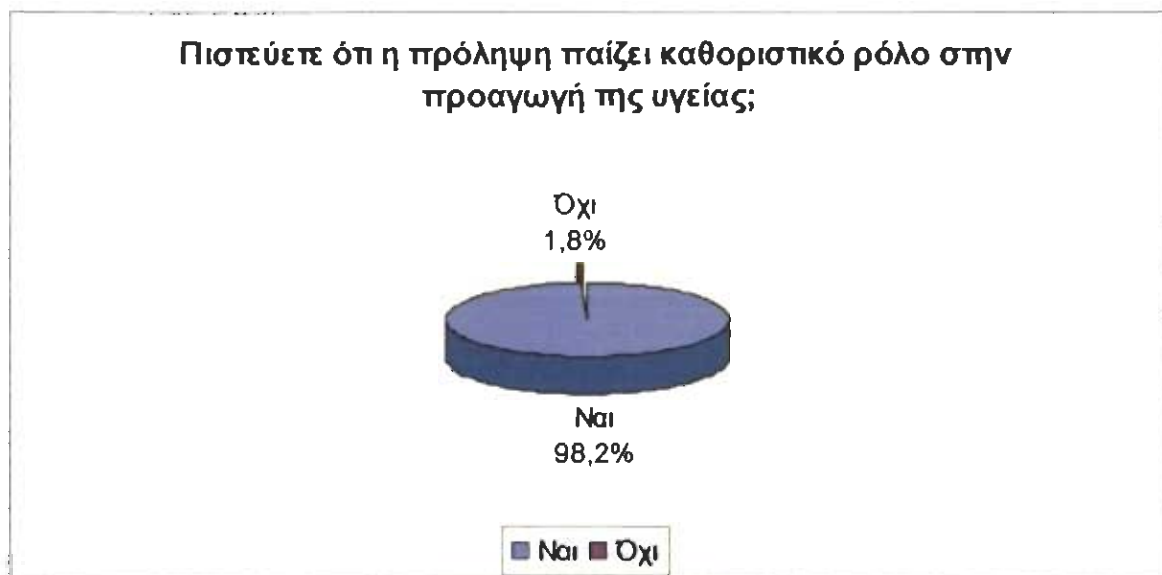


Πίνακας 29. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν η πρόληψη παίζει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας.

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	216	98,2	98,2	99,1
Όχι	4	1,8	1,8	100
Σύνολο	220	100	100	

Το 98,2% του δείγματος δηλώνει ότι η πρόληψη παίζει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας.

Σχήμα 29. Κατανομή του δείγματος

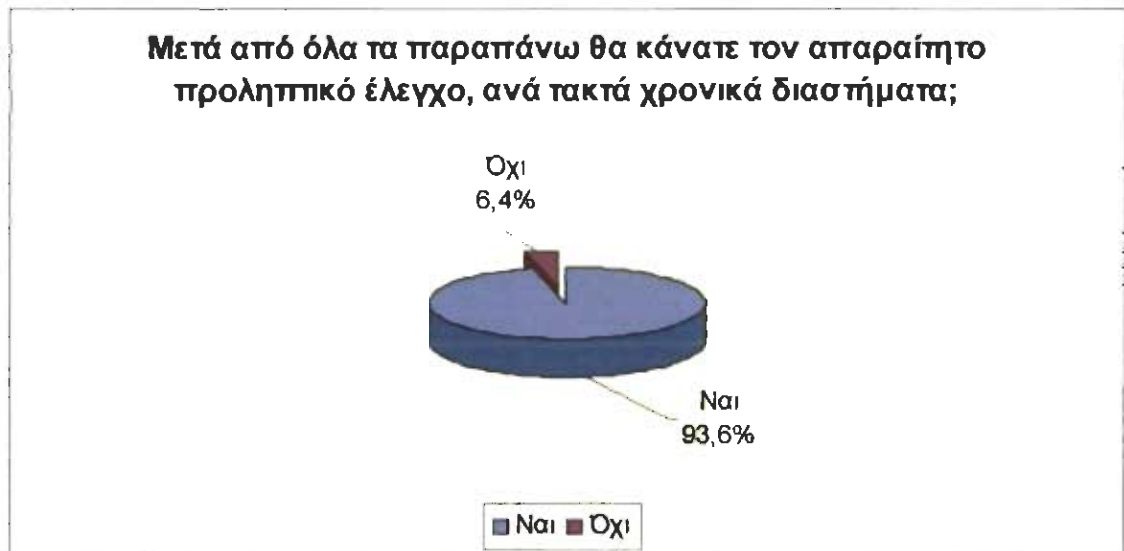


Πίνακας 30. Κατανομή του δείγματος.
Μετά από όλα τα παραπάνω θα κάνετε τον απαραίτητο προληπτικό έλεγχο, ανά τακτά χρονικά διαστήματα

	Απαντήσεις	(%)	% επί των απαντήσεων	Αθροιστικό %
Ναι	206	93,6	93,6	95,9
Όχι	14	6,4	6,4	100
Σύνολο	220	100	100	

Μετά από όλα τα παραπάνω το 93,6% του δείγματος θα κάνει τον απαραίτητο προληπτικό έλεγχο ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Σχήμα 30. Κατανομή του δείγματος



ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Στην συνέχεια εξετάσθηκε στατιστικά η διαφορετικότητα των απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων με βάση τον τόπο διαμονής, την ηλικιακή ομάδα, τις γραμματικές γνώσεις και το επάγγελμα. Οι απαντήσεις που ήταν στατιστικά σημαντικές (στη δοκιμασία χ^2) παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Πίνακας 31. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διαμονή σε σχέση με το αν χρειάζεται ο προληπτικός έλεγχος

	Ναι	Όχι	Σύνολο
Αστικό κέντρο	78 36,1%		78 36,1%
Ημιαστική περιοχή	97 44,9%		97 44,9%
Αγροτική περιοχή	41 19%	4 100%	45 19%
Σύνολο	216 100%	4 100%	220 100%

$$\chi^2=8,80 \quad B.E=6 \quad P>0,05$$

Αν και η σημαντικότητα δεν είναι στατιστικά σημαντική (αφού $P>0,05$), παρ'όλα αυτά η τάση του δείγματος είναι ξεκάθαρη, ανεξάρτητα του τόπου διαμονής το γενικό σύνολο του δείγματος πιστεύει ότι χρειάζεται ο προληπτικός έλεγχος

Σχήμα 31. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διαμονή σε σχέση με το αν χρειάζεται ο προληπτικός έλεγχος



Πίνακας 32. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διαμονή σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο.

	Αστικό κέντρο	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική περιοχή	Σύνολο
Ιατρικό προσωπικό	19 28,4%	36 53,7%	12 17,9%	67 100%
Νοσηλευτικό προσωπικό	16 28%	28 56%	8 16%	60 100%
Οικογενειακό περιβάλλον	13 40,6%	13 40,6%	6 18,8%	32 100%
M.M.E.	28 48,3%	20 34,5%	10 17,2%	58 100%
Από κανέναν	3 27,3%	1 9,1%	7 63,6%	11 100%
Σύνολο	79 36%	98 44,5%	43 19,5%	220 100%

$$\chi^2=31,179 \quad B.E=15 \quad P<0,05$$

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στα αστικά κέντρα, πηγή ενημέρωσης για τον προληπτικό έλεγχο είναι τα M.M.E., στις ημιαστικές περιοχές ένα μεγάλο ποσοστό ενημερώνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και στις αγροτικές περιοχές το 63,6% δυστυχώς δεν ενημερώνεται από κανέναν.

Σχήμα 32. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διαμονή σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο



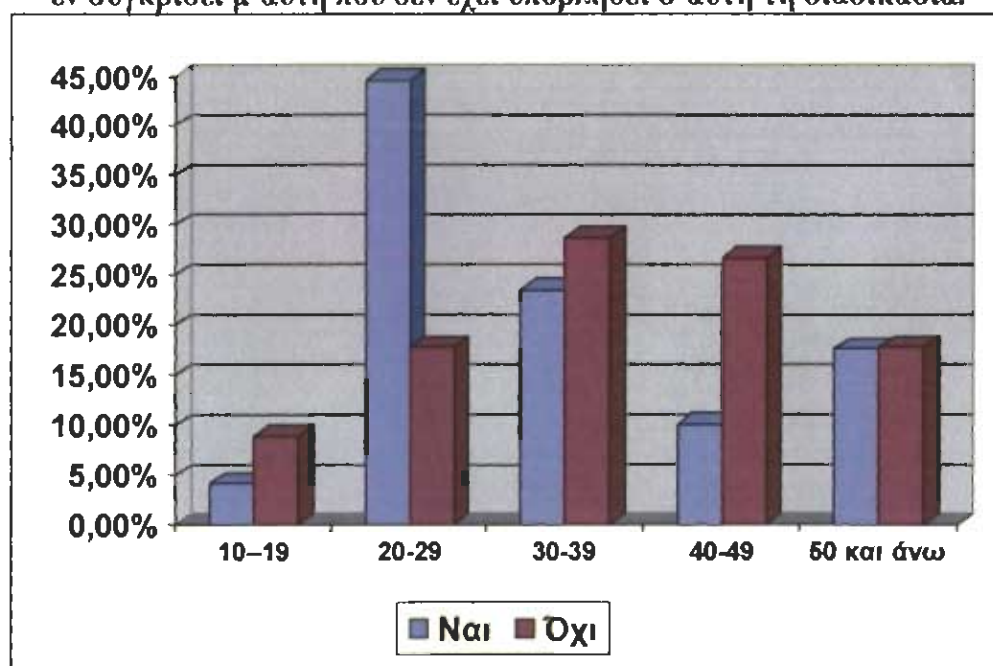
Πίνακας 33. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το αν γνωρίζουν ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση, έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό εν συγκρίσει μ'αυτή που δεν έχει υποβληθεί σ'αυτή τη διαδικασία.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50 και άνω	Σύνολο
Ναι	5 4,2%	53 44,5%	28 23,5%	12 10,1%	21 17,6%	119 100%
Όχι	9 8,9%	18 17,8%	29 28,7%	27 26,7%	18 17,8	101 100%
Σύνολο	14 6,4%	71 32,3%	57 25,9%	39 17,7%	39 17,7%	220 100%

$$\chi^2=23,096 \quad \text{B.E.}=4 \quad P<0,05$$

Παρατηρούμε διαφορές σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν γνώση των επιπτώσεων της έκτρωσης σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες ηλικίας 10-19 ετών. Στην ηλικία των 20-29 το δείγμα μας κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό 44,5% σε αντίθεση με την ηλικία των 40-49 ετών που κατέχει αρκετά μικρότερο ποσοστό(10,1%)

Σχήμα 33. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το αν γνωρίζουν ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση, έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό εν συγκρίσει μ'αυτή που δεν έχει υποβληθεί σ'αυτή τη διαδικασία.



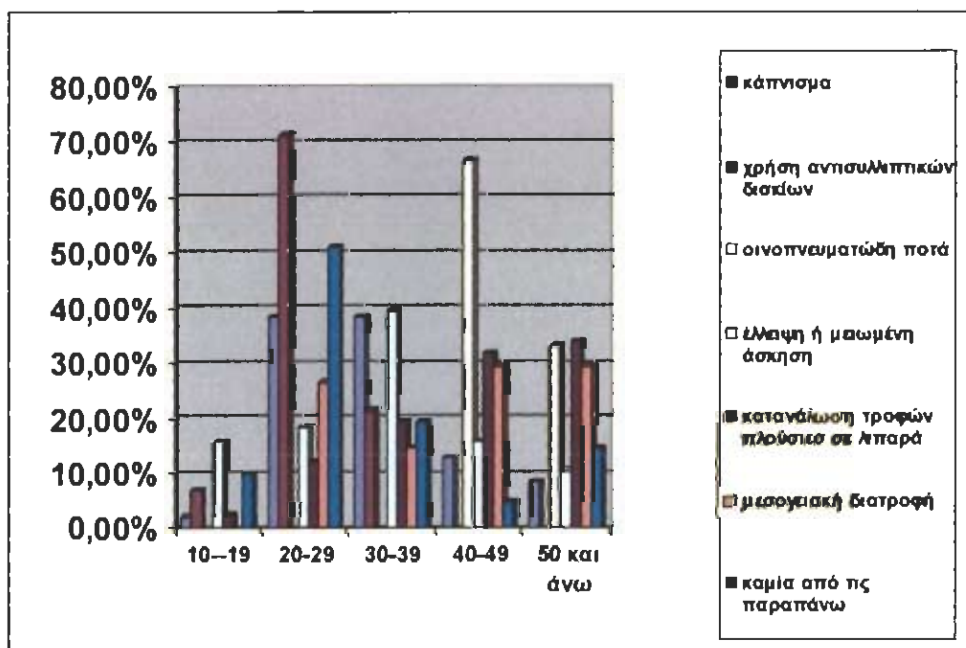
Πίνακας 34. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με τις συνήθειες

	10-19	20-29	30-39	40-49	50 και άνω	Σύνολο
Κάπνισμα	1 2,1%	19 38,3%	19 38,3%	6 12,8%	4 8,5%	49 100%
Χρήση αντ/κων δισκίων	1 7,1%	10 71,4%	3 21,4%			14 100%
Οινοπνευματώδη ποτά				2 66,7%	1 33,3%	3 100%
Έλλειψη ή μειωμένη άσκηση	6 15,8%	7 18,4%	15 39,5%	6 15,8%	4 10,5%	38 100%
Κατανάλωση τροφών πλούσιες σε λιπαρά	1 2,4%	5 12,2%	8 19,5%	13 31,7%	14 34,1%	41 100%
Μεσογειακή διατροφή		9 26,5%	5 14,7%	10 29,4%	10 29,4%	34 100%
Καμία από τις παραπάνω	4 9,8%	21 51,2%	8 19,5%	2 4,9%	6 14,6%	41 100%
Σύνολο	13 6,4%	71 32,3%	58 25,9%	39 17,7%	39 17,7%	220 100%

$$\chi^2=81,451 \quad \text{B.E.}=28 \quad P<0,05$$

Αν και η σημαντικότητα μπορεί να αμφισβητηθεί εξαιτίας του μεγάλου μεγέθους του πίνακα, μπορούν να διαπιστωθούν διαφορές. Για παράδειγμα στην ηλικία των 20-29 ετών, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (71,4%) κάνει χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, ενώ στην ηλικία των 40-49 είναι έντονη η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών.

Σχήμα 34. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με τις συνήθειες



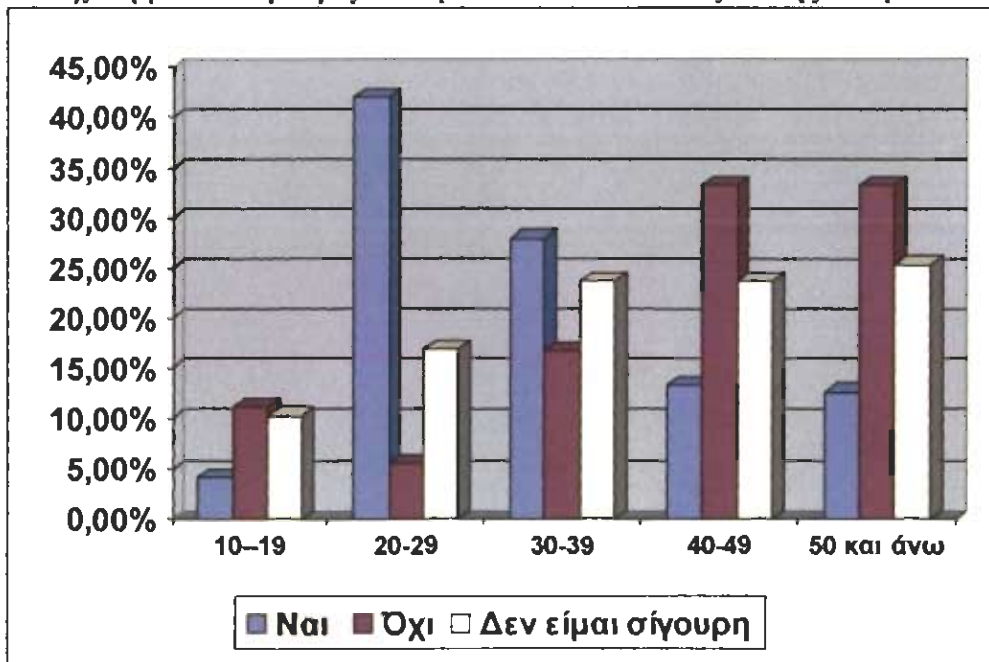
Πίνακας 35. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το αν γνωρίζουν την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού.

	10-19	20-29	30-39	40-49	50 και άνω	Σύνολο
Ναι	6 4,2%	60 42%	40 28%	19 13,3%	18 12,6%	143 100%
Όχι	2 11,1%	1 5,6%	3 16,7%	6 33,3%	6 33,3%	18 100%
Δεν είμαι σίγουρη	6 10,2%	10 16,9%	14 23,7%	14 23,7%	15 25,4%	39 100%
Σύνολο	14 6,4%	71 32,3%	57 25,9%	39 17,7%	39 17,7%	220 100%

$$\chi^2=28,241 \quad \text{B.E.}=8 \quad P<0,05$$

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι στην ηλικία των 20-29 ετών το 44,2% του δείγματος γνωρίζει την διαδικασία της ΑΕΜ, σε αντίθεση με τις ηλικίες των 40 και άνω ετών που το 33,3% δεν την γνωρίζει και περίπου το 25,4% του δείγματος δεν είναι σίγουρο ότι τη γνωρίζει.

Σχήμα 35. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα σε σχέση με το αν γνωρίζουν την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού.



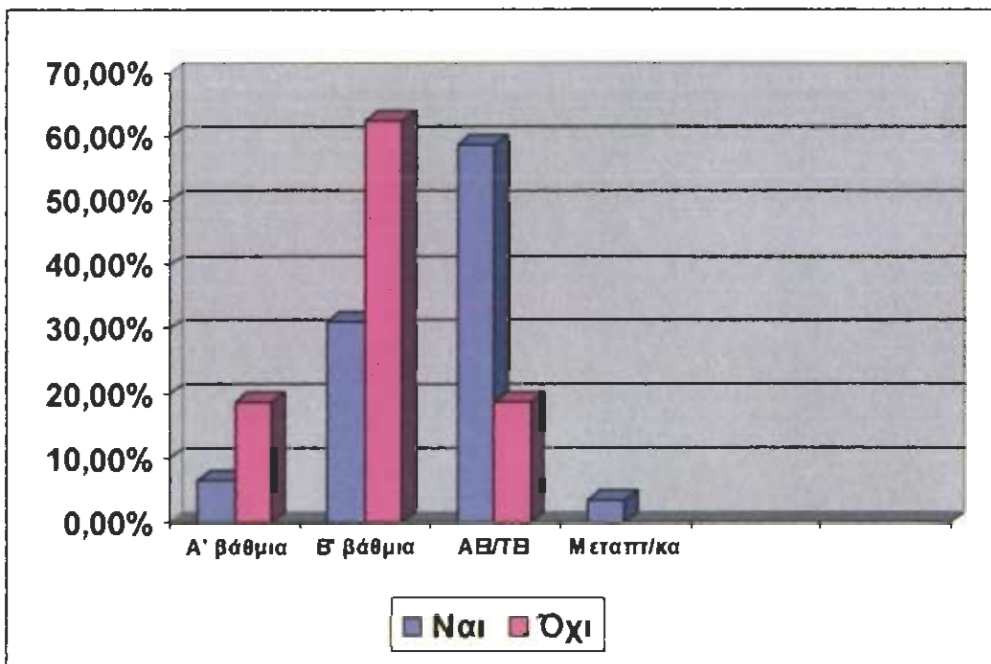
Πίνακας 36. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις σε σχέση με το αν γνωρίζουν ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση, έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό εν συγκρίσει μ' αυτή που δεν έχει υποβληθεί σ' αυτή τη διαδικασία.

	Α'βάθμια εκπ/ση	Β'βάθμια εκπ/ση	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μετ/κά	Σύνολο
Ναι	8 6,7%	37 31,1%	70 58,8%	4 3,4%	119 100%
Όχι	19 18,8%	63 62,4%	19 18,8%		101 100%
Σύνολο	27 12,3	100 45,5%	89 40,5%	4 1,8%	220 100%

$$\chi^2=43,302 \quad B.E.=4 \quad P<0,05$$

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που γνωρίζει ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση έχει διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του μαστού σε σχέση μ' αυτή που δεν έχει κάνει το κατέχουν οι ερωτηθέντες των ΑΕΙ/ΤΕΙ και είναι 58,8% σε αντίθεση με αυτούς της Α'βάθμιας εκπαίδευσης (6,7%). Το 62,4% των ερωτηθέντων Β'βάθμιας εκπαίδευσης δεν γνωρίζει.

Σχήμα 36. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις σε σχέση με το αν γνωρίζουν ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση, έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό εν συγκρίσει μ' αυτή που δεν έχει υποβληθεί σ' αυτή τη διαδικασία.



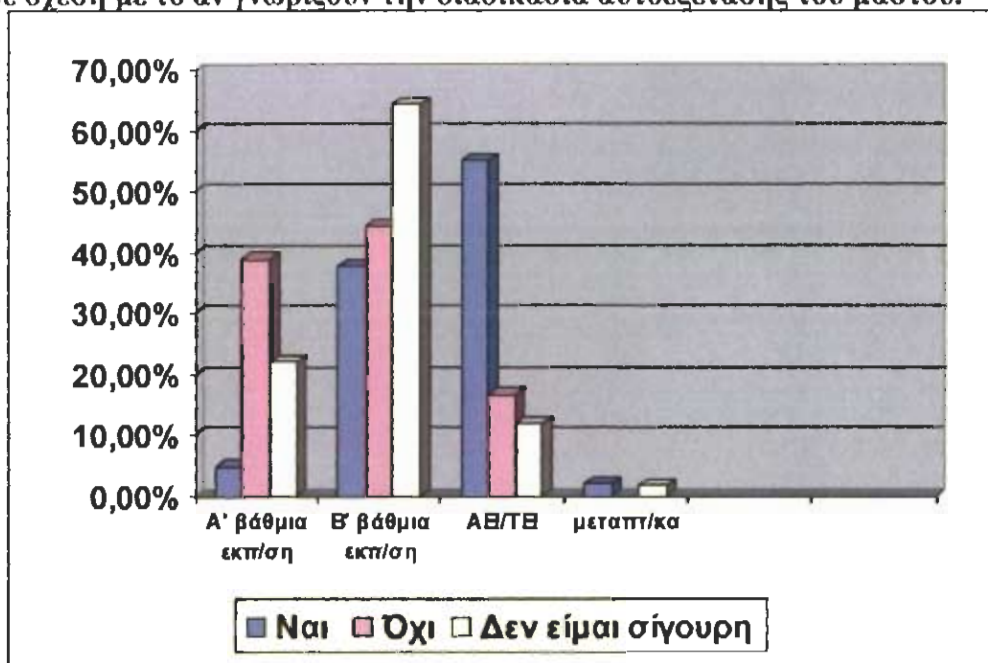
Πίνακας 37. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις σε σχέση με το αν γνωρίζουν την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού.

	Α'βάθμια εκπ/ση	Β'βάθμια εκπ/ση	ΑΕΙ/ΤΕΙ	Μετ/κά	Σύνολο
Ναι	7 4,9%	54 37,8%	79 55,2%	3 2,1%	143 100%
Όχι	7 38,9%	8 44,4%	3 16,7%		18 100%
Δεν είμαι σίγουρη	13 22%	38 64,4%	7 11,9%	1 1,7%	59 100%
Σύνολο	27 12,5%	100 45,5%	89 40,5%	4 1,8%	220 100%

$$\chi^2=58,945 \quad \text{B.E.}=8 \quad P<0,05$$

Το ποσοστό των ερωτηθέντων που γνωρίζουν την διαδικασία ΑΕΜ ανήκουν στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ και καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 55,2%. Το 38,9% της Α'βάθμιας και το 44,4% της Β'βάθμιας Εκπαίδευσης αντίστοιχα δεν γνωρίζει την διαδικασία της ΑΕΜ και το 64,4% της ίδιας κατηγορίας δεν είναι σίγουρη ότι την γνωρίζει.

Σχήμα 37. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις σε σχέση με το αν γνωρίζουν την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού.



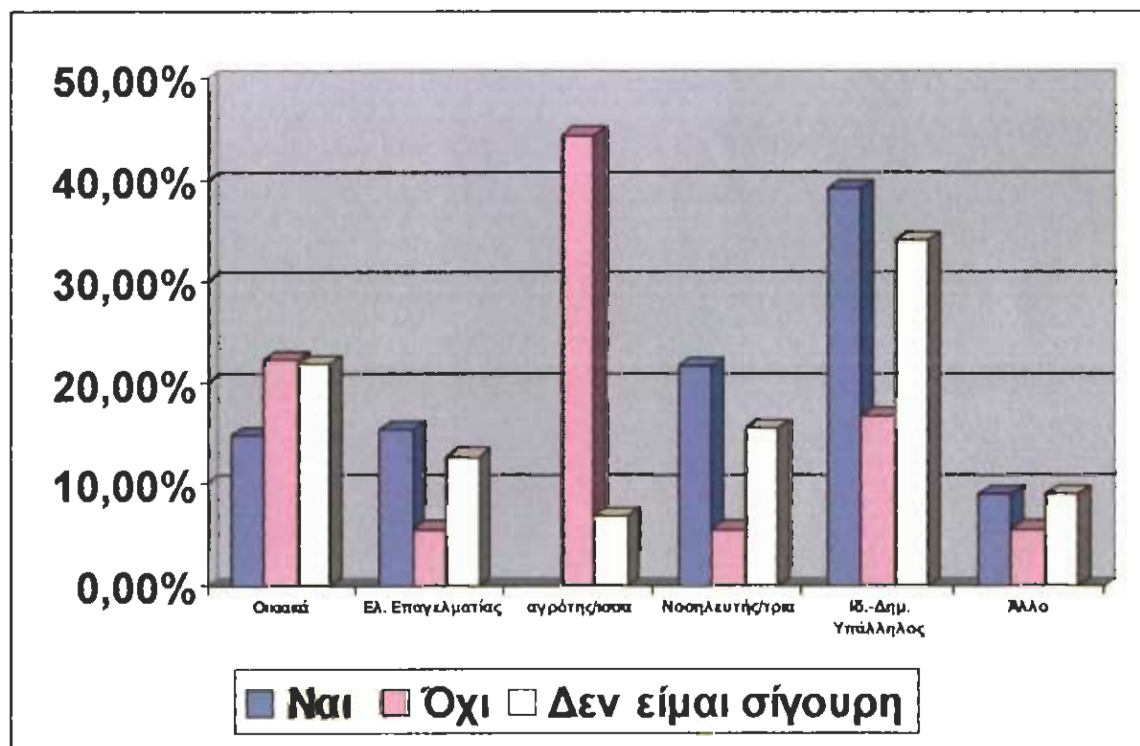
Πίνακας 38. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα σε σχέση με το αν γνωρίζουν την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού.

	οικιακά	Ελεύθερος Επαγ/τίας	Αγρότης /ισσα	Νοσηλευτής /τρια	Ιδ-Δημ. Υπ/λος	Άλλο	Σύνολο
Ναι	21 14,7%	22 15,4%		31 21,7%	56 39,2%	13 9,1%	143 100%
Όχι	4 22,2%	1 5,6%	8 44,4%	1 5,6%	3 16,7%	1 5,6%	18 100%
Δεν είμαι σίγουρη	23 39%	5 8,5%	7 11,9%	2 3,4%	16 27,1%	6 10,2%	59 100%
Σύνολο	48 21,9%	28 12,7%	15 6,8%	34 15,5%	75 34,1%	20 9,1%	220 100%

$$\chi^2=78,540 \quad \text{B.E.}=12 \quad P=0,00 \quad P<0,05$$

Η σημαντικότητα βρίσκεται στο ότι το 44,4% που ανήκουν στην κατηγορία των αγροτών του δείγματος δεν γνωρίζουν καθόλου την διαδικασία ΑΕΜ και το 37,3% της κατηγορίας που ασχολούνται με τα οικιακά δεν είναι σίγουροι ότι την γνωρίζουν.

Σχήμα 38. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα σε σχέση με το αν γνωρίζουν την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού.



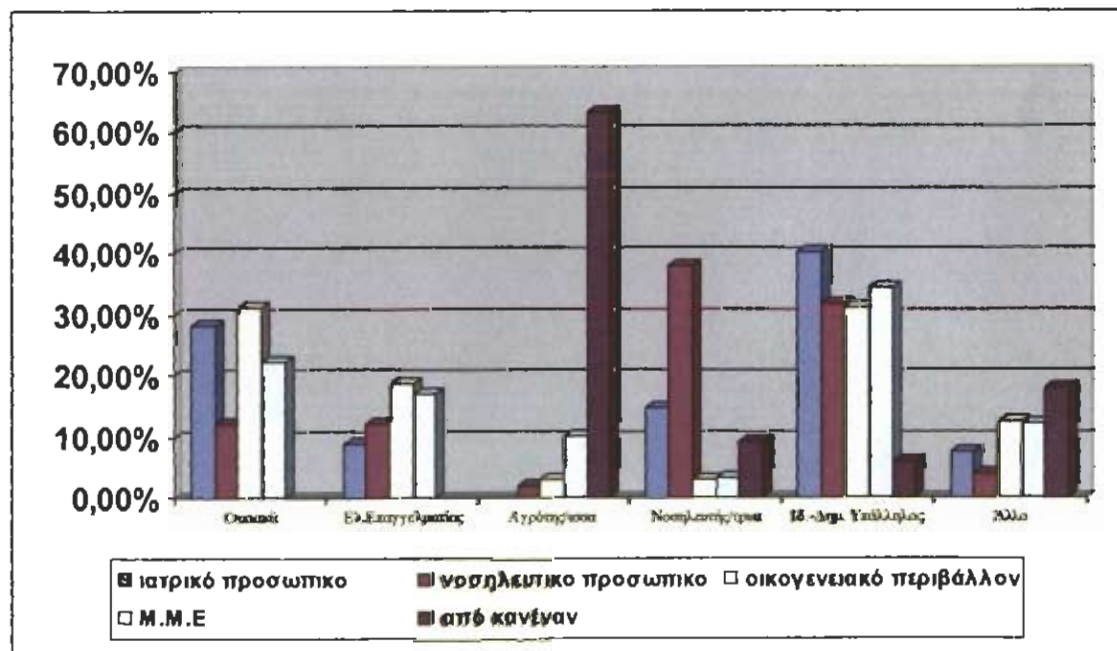
Πίνακας 39. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο.

	οικιακά	Ελεύθερος Επαγ/τίας	Αγρότης /ισσα	Νοσηλευτής /τρια	Ιδ- Δημ. Υπ/λος	Άλλο	Σύνολο ο
Ιατρικό προσωπικό	19 28,4%	6 9,0%		10 14,9%	27 40,3%	5 7,5%	67 100%
Νοσηλευτικό προσωπικό	6 12%	6 12%	1 2%	19 38%	16 32%	2 4%	50 100%
Οικογενειακό περιβάλλον	10 31,2%	6 18,8%	1 3,1%	1 3,1%	10 31,3%	4 12,5%	32 100%
Μ.Μ.Ε.	13 22,4%	10 17,2%	6 10,3%	2 3,4%	20 34,5%	7 12,1%	58 100%
Από κανέναν			7 63,6%	1 9,1%	3 6%	2 18,2%	13 100%
Σύνολο	48 21,9%	28 12,7%	15 6,8%	34 15,5%	75 34,1%	20 9,1%	220 100%

$$\chi^2=111,097 \quad \text{B.E.}=30 \quad P=0,00 \quad P<0,05$$

Η σημαντικότητα βρίσκεται στο ότι ο αγροτικός πληθυσμός δεν έχει ενημερωθεί από κανέναν για το προληπτικό έλεγχο σε ποσοστό 63,6%.

Σχήμα 39. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα σε σχέση με την πηγή ενημέρωσης όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο.



3.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Καρκίνος του μαστού, ένα πρόβλημα που μας αφορά όλους. Πιο συγκεκριμένα όμως αφορά τις γυναίκες αφού είναι ο συνηθέστερος καρκίνος σ'αυτές και η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνει σταθερά. Σε ολόκληρο τον κόσμο περισσότερες από 700.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού το χρόνο, ενώ εκτιμάται ότι ποσοστό 8% με 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους.

Θέλοντας λοιπόν να προσφέρουμε κι εμείς απ' τη μεριά μας, μαχόμενοι ενάντια στον καρκίνο του μαστού, πραγματοποιήσαμε την εργασία

«*Ο Νοσηλευτής στην Πρόληψη και Διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού*», σκοπός της οποίας ήταν η συμβολή μας στην Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού.

Η δειγματοληψία που ήταν τυχαία, έγινε στους νομούς Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας μέσω ερωτηματολογίου. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 220 άτομα.

Η έρευνα έγινε από τις 27/06/05 έως 31/07/05 καλύπτοντας τα αστικά και ημιαστικά κέντρα των νομών αυτών καθώς επίσης και τις αγροτικές περιοχές. Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS V.11.5 και την μέθοδο του χ^2 .

Το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από την ημιαστική περιοχή. Το αστικό κέντρο και η αγροτική περιοχή συμμετέχουν στο δείγμα με μικρότερο αριθμό ερωτηθέντων.

Το δείγμα των γυναικών υπερτερεί στατιστικά σε σχέση με το δείγμα των ανδρών, γιατί η εντόπιση του καρκίνου του μαστού είναι σε μεγάλο ποσοστό συχνότερη στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες περίπου 99% και 1% αντίστοιχα.

Η ηλικιακή ομάδα με το μεγαλύτερο ποσοστό στο δείγμα είναι αυτή που είναι ανάμεσα στα 20 και 29 έτη. Ακολουθούν με ποσοστό 26% άτομα ηλικίας 30 έως 39 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι οι έγγαμοι, ενώ έπονται οι άγαμοι και στην συνέχεια ακολουθούν οι υπόλοιπες ομάδες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης και ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Οι ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι κατέχουν κι αυτοί το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος και ακολουθούν οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά.

Αν και μικρές διαφορές το δείγμα θεωρείται στατιστικά μοιρασμένο ανάμεσα σ'αυτούς που έχουν παιδιά και σ'αυτούς που δεν έχουν. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει θηλάσει τα παιδιά του. Στην ερώτηση γιατί δεν τα θήλασαν, τα ποσοστά δεν έχουν μεγάλες διαφορές. Σύμφωνα με τα παραπάνω το μεγαλύτερο ποσοστό δεν είχε υπομονή στο να θηλάσει και το ίδιο ποσοστό δεν θήλασε για δικούς του λόγους. Το ποσοστό αυτών που δεν γνωρίζουν την σπουδαιότητα του θηλασμού τόσο για το παιδί, όσο και για την μητέρα, είναι πολύ μικρότερο εν συγκρίσει με το ποσοστό αυτών που γνωρίζουν.

Στη ερώτηση αν γνωρίζουν ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση έχει τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του μαστού, σε σχέση μ'αυτή που δεν έχει μπει σ'αυτή τη διαδικασία, το δείγμα είναι σχετικά μοιρασμένο.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανήκει στους καπνιστές. Στην συνέχεια ακολουθούν οι άλλες συνήθειες όπως χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών κ.α. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει πως γνωρίζει ότι οι παραπάνω συνήθειες μπορεί να την οδηγήσουν σε καρκίνο του μαστού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν έχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο α' βαθμού να πάσχει από καρκίνο του μαστού. Η εικόνα της πλειοψηφίας (68,2%) γνωρίζει ότι αυτοί που έχουν επιβαρημένο οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει να στραφούν στον προληπτικό έλεγχο. Δυστυχώς το 27,7 % του δείγματος δεν θέλησε να απαντήσει.

Όσον αφορά την αυτοεξέταση του μαστού (ΑΕΜ), το 65% του δείγματος γνωρίζει την διαδικασία αυτή ενώ το 26,8% δεν είναι σίγουρο αν την γνωρίζει. Δυστυχώς όμως η πλειοψηφία του δείγματος (42,7%) αυτοεξετάζεται σπάνια. Παρ'όλα αυτά η πλειοψηφία δεν έχει παρουσιάσει κανένα από τα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού. Το ποσοστό του δείγματος που παρουσίασε κάποιο σύμπτωμα, δεν επισκέφτηκε τον γιατρό γιατί το αγνόησε ή γιατί δεν είχε χρόνο και αν το έκανε, το έκανε καθυστερημένα.

Αυτοί που έχουν κάνει μαστογραφία είναι πολύ λίγοι συγκριτικά με το 71,8% του δείγματος που δεν έχει μπει ποτέ στη διαδικασία μαστογραφικού ελέγχου. Όμως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (94,1%) είναι διατεθειμένο να μπει στην διαδικασία του μαστογραφικού ελέγχου, στην περίπτωση που υποπτευθεί ότι έχει καρκίνο του μαστού.

Μετά απ' όλα αυτά η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει πως ο προληπτικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι απαραίτητος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει ενημερωθεί για τον προληπτικό έλεγχο από το ιατρικό προσωπικό και στη συνέχεια ακολουθεί η ενημέρωση από τα Μ.Μ.Ε. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει στραφεί στον προληπτικό έλεγχο αλλά και μόνο για προληπτικούς λόγους και γνωρίζει πολύ καλά ότι με τη διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού, προλαμβάνεται η μετάσταση του καρκίνου στο μαστό αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος.

Το 98,2% του δείγματος δηλώνει ότι η πρόληψη παίζει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας και μετά την απάντηση του ερωτηματολογίου, το 93,6% του δείγματος θα κάνει τον απαραίτητο προληπτικό έλεγχο ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

Στην συνέχεια εξετάσαμε στατιστικά την διαφορετικότητα των απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων, με βάση τον τόπο διαμονής, την ηλικιακή ομάδα, τις γραμματικές γνώσεις και το επάγγελμα.

Οι απαντήσεις που ήταν στατιστικά σημαντικές για την έρευνά μας στην δοκιμασία χ^2 , παρουσιάζονται στην συνέχεια.

Σχετικά με το αν χρειάζεται ο προληπτικός έλεγχος, αν και η σημαντικότητα δεν είναι στατιστικά σημαντική (αφού $P > 0,05$), παρ'όλα αυτά η τάση του δείγματος είναι ξεκάθαρη, ανεξάρτητα του τόπου διαμονής το γενικό σύνολο του δείγματος πιστεύει ότι χρειάζεται ο προληπτικός έλεγχος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα στα αστικά κέντρα, πηγή ενημέρωσης για τον προληπτικό έλεγχο είναι τα Μ.Μ.Ε., στις ημιαστικές περιοχές ένα μεγάλο ποσοστό ενημερώνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό και στις αγροτικές περιοχές το 63,6% δυστυχώς δεν ενημερώνεται από κανέναν. ($P < 0,05$)

Παρατηρούμε διαφορές σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν γνώση των επιπτώσεων της έκτρωσης σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες ηλικίας 10-19 ετών. Στην ηλικία των 20-29 το δείγμα μας κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό 44,5% σε αντίθεση με την ηλικία των 40-49 ετών που κατέχει αρκετά μικρότερο ποσοστό (10,1%). ($P < 0,05$)

Υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τις συνήθειες. Για παράδειγμα στην ηλικία των 20-29 ετών, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (71,4%) κάνει χρήση αντισυλληπτικών δισκίων, ενώ στην ηλικία των 40-49 είναι έντονη η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών. ($P < 0,05$)

Στην ηλικία των 20-29 ετών το 44,2% του δείγματος γνωρίζει την διαδικασία της ΑΕΜ, σε αντίθεση με τις ηλικίες των 40 και άνω ετών που το 33,3% δεν την γνωρίζει και περίπου το 25,4% του δείγματος δεν είναι σίγουρο ότι τη γνωρίζει. ($P < 0,05$)

Σύμφωνα με τις γραμματικές γνώσεις, το ποσοστό του δείγματος που γνωρίζει ότι η γυναίκα που έχει κάνει έκτρωση έχει διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του μαστού σε σχέση μ' αυτή που δεν έχει κάνει το κατέχουν οι ερωτηθέντες των ΑΕΙ/ΤΕΙ και είναι 58,8% σε αντίθεση με αυτούς της Α'βάθμιας εκπαίδευσης (6,7%). Το 62,4% των ερωτηθέντων Β'βάθμιας εκπαίδευσης δεν γνωρίζει. Επίσης το ποσοστό των ερωτηθέντων που γνωρίζουν την διαδικασία ΑΕΜ ανήκουν στην κατηγορία ΑΕΙ/ΤΕΙ και καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 55,2%. Το 38,9% της Α'βάθμιας και το 44,4% της Β'βάθμιας Εκπαίδευσης αντίστοιχα δεν γνωρίζει την διαδικασία της ΑΕΜ και το 64,4% της ίδιας κατηγορίας δεν είναι σίγουρο ότι την γνωρίζει.

Το 44,4% που ανήκουν στην κατηγορία των αγροτών του δείγματος δεν γνωρίζουν καθόλου την διαδικασία ΑΕΜ και το 37,3% της κατηγορίας που ασχολούνται με τα οικιακά δεν είναι σίγουροι ότι την γνωρίζουν, αποτελέσματα που έχουν να κάνουν με το επάγγελμα. Δυστυχώς ο αγροτικός πληθυσμός δεν έχει ενημερωθεί από κανέναν για το προληπτικό έλεγχο σε ποσοστό 63,6%. ($P = 0,00$ $P < 0,05$)

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά την ανάλυση της σημασίας της Πρόληψης και των μεθόδων για την έγκαιρη διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού, μπορούμε να καταλήξουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Ο καρκίνος του μαστού είναι μία θανατηφόρα ασθένεια και ο μόνος τρόπος για να μειωθούν οι θάνατοι, είναι η έγκαιρη διάγνωση.
- Η αυτοεξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται από κάθε γυναίκα, που είναι πάνω από την ηλικία των 20 χρόνων.
- Σε κάθε γυναίκα που εμφανίζει ένα σύμπτωμα που πιθανόν να υποδουλώνει καρκίνο, θα πρέπει να απευθύνεται στο γιατρό χωρίς καθυστέρηση και να τις εφαρμόζονται όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις.
- Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες πάνω από την ηλικία των 50, θα πρέπει να εξετάζονται περιοδικά κάθε χρόνο ή σε βραδύτερα χρονικά διαστήματα, ανάλογα με την ηλικία, τον τύπο των μαστών και τα ευρήματα και την κατάταξή τους κατά την πρώτη πλήρη εξέταση
- Οι νεότερες γυναίκες, κάτω των 50, θα πρέπει να υποβάλλονται σ'έναν έλεγχο, εφόσον κατά την κλινική τους εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο.
- Η Πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να υπάρχουν κέντρα «Έγκαιρης Διάγνωσης», πλήρως εξοπλισμένα, με το κατάλληλο προσωπικό και με μηχανήματα ανίχνευσης του καρκίνου, καθώς επίσης και κέντρα «Ενημέρωσης» του κοινού για τις τεχνικές πρόληψης του καρκίνου.
- Η ενημέρωση για έγκαιρη διάγνωση θα πρέπει να φτάσει μέχρι τις αγροτικές περιοχές που το έχουν πραγματικά ανάγκη. ($P=0,00$ $P<0,05$)

Κλείνοντας θα πρέπει να τονίσουμε πως εμείς οι ίδιοι, μπορούμε να προστατέψουμε τον εαυτό μας, καλύτερα από τον καθένα, βγάζοντάς τον από την πιο δύσκολη θέση, μία θέση στον κόσμο του Καρκίνου, ενός κόσμου διαφορετικού απ' αυτόν που ζούμε.

Όλοι επιζητούμε υγεία, αλλά τι κάνουμε για να την αποκτήσουμε;
Είναι λοιπόν στο χέρι μας το πως πραγματικά θέλουμε να ζήσουμε...

Ζήσε όπως θες
και
όχι όπως τύχει...



Περὶ τῆς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν σήμερα οι γυναίκες στις ανεπτυγμένες χώρες. Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου για γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών και η πρώτη αιτία σε γυναίκες με κακοήθεις νεοπλασίες.

Σκοπός της έρευνάς μας, ήταν η συμβολή μας στην Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού με το να προβάλλουμε την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης, η οποία ξεκινά από εμάς τους ίδιους με την τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού(ΑΕΜ).

Η έρευνα έγινε μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου από τις 27/06/05 έως 31/07/05 καλύπτοντας τα αστικά και ημιαστικά κέντρα των νομών Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας καθώς επίσης και τις αγροτικές περιοχές. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 220 άτομα. Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS V.11.5 και την μέθοδο του χ^2 .

Αποτελέσματα: Ένα από τα σημαντικότερα **αποτελέσματα** της έρευνάς ήταν ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει την διαδικασία αυτοεξέτασης του μαστού και ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό δεν είναι σίγουρο αν την γνωρίζει, ($P=0,0$, $P=0,05$) αποτέλεσμα στο οποίο θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή καθώς επίσης και η έλλειψη ενημέρωσης όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο στις αγροτικές περιοχές κ.α. ($P=0,05$)

Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να μας προβληματίσουν. Πρέπει να καταλάβουμε πως η υγεία δεν είναι κάτι τόσο απλό όπως μπορεί να νομίζουμε, η αξία της είναι μεγάλη, θα πρέπει να την διεκδικήσουμε...

Είναι κάτι το οποίο δεν δωρίζεται, αλλά κερδίζεται...



Bulbosparqia

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Κατράκης Γ.** Πρόληψη, Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον καρκίνο. Βιβλίο 2^ο. Τεύχος 1^ο. Αθήνα 1980. σ. 102-120
2. **Internet:** medlab.cs.uoi.gr/erga/pathology
3. **Pamela J. Shapiro.** Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ελλήν. Αθήνα 2001. σ. 37
4. **Κακλαμάνη Ν. Καμμα Μ.** Η ανατομική του ανθρώπου. Εκδόσεις Μ-Εdition. Αθήνα 1998 σ. 544-548
5. **Lipert.** Ανατομική. Μεταφρ. Νηφόρος Ν. Επιμ. Παπαδόπουλος Ν. 5^η Έκδοση. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1993. σ. 82-83, 87
6. **Desropoulos Ag. Silbernagl St.** Εγχειρίδιο Φυσιολογίας. Μεταφρ. Κωστόπουλος Γ. Ιατρικές Εκδόσεις Αίττας. Αθήνα 1998. σ. 264, 268
7. **Σακοραφας Γ.** Ο καρκίνος του μαστού. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα 2000. σ. 12-14
8. **Internet:** www.roche.gr
9. **Internet:** www.wyeth.gr
10. **Internet:** www.health.gr
11. **Παπανικολάου Ν. Παπανικολάου Α.** Γυναικολογία. 3^η Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1994. σ. 470-472, 483
12. **Φιλόπουλος Ε.** Γυναίκα & Υγεία. Τεύχος 2^ο. Ιούλιος. Εκδόσεις Corporation. Αθήνα 2005. σ. 7
13. **Τριχοπούλου Α. Μπεςμπέας Στ.** Διατροφή & Καρκίνος του μαστού. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Αθήνα 1991. σ. 17
14. **Τσιλιγκίρογλου-Φαραντίδου Α.** Υγιεινή. Εκδόσεις University Studios Press Θεσσαλονίκη 1991. σ. 32
15. **Πετρίδης Α.** Εγχειρίδιο Χειρουργικής. 3^η Έκδοση. Εκδόσεις Ελλήν. Αθήνα 2001. σ. 86
16. **Παγκάλτσος Α.** Στοιχεία Παθολογίας. Εκδόσεις Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη 2002. σ. 333
17. **Internet:** www.iatronet.gr
18. **Χανιώτης Φρ. Χανιώτης Δ.** Νοσολογία-Παθολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Αίττας. Αθήνα 2003. σ. 237-238
19. **Internet:** www.mednet.gr
20. **J. Braun. A. Schaffler. U. Renz.** Κλινικός Οδηγός Παθολογίας. 5^η Έκδοση. Μεταφρ. Γιαννακοπούλου Ε. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 1998. σ. 549-550
21. **Internet:** www.mastology.gr
22. **Internet:** www.iator.gr
23. **Κοσμίδης Π. Τσακίρης Γ.** Ογκολογία-Ραδιοβιολογία. Βασικές Γνώσεις. Ιατρικές Εκδόσεις Αίττας. Αθήνα 2003. σ. 131-138, 146
24. **Stoppard Mirriam.** Εμμηνοπαυση. Μεταφρ. Ναθαναήλ Α. Εκδόσεις Δομική. Αθήνα 2000. σ. 194
25. **Λυγερού Ζ.** Ε. Ιατρικά Γενετική. Τεύχος 25^ο. Εκδόσεις Ελευθεροτυπία. Αθήνα 2002. σ. 47
26. **American College of Physicians.** Ιατρική στον 21^ο αιώνα. Εκδόσεις Δομική. Αθήνα 2000. σ. 760-761
27. **Ξηρός Ν.** Ε. Ιατρικά. Καρκίνος Μαστού. Τεύχος 37^ο. Εκδόσεις Ελευθεροτυπία. Αθήνα 2002. σ. 5
28. **Παπαδόπουλος Α. Σ. Πιστεύου Κ. Π. Πλατανιώτης Γ. Α.** Μαθήματα Ακτινοθεραπείας. Εκδόσεις University Studios Press. Θεσσαλονίκη 1998. σ. 161-163, 165-166
29. **Malin Dollinger. Md. Ernest H. Rosenbaun Md. Cristopher Benz Md.** Ο καρκίνος. Μεταφρ. Επιμ. Μάθας Χρ. Εκδόσεις Κάτοπτρο. Αθήνα 1992. σ. 306-310
30. **Γκάρετ Ρις.** Καρκίνος. Μετ. Τσουλέμ Ρ. Επιμ. Κατσανοπούλου Μ. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 2000. σ. 82-83
31. **Σαχίνη Α. Πάνου Μ.** Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 2^{ος}. Β Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2002. σ. 486-493
32. **Μαλγαρινού Μ. Κωνσταντινίδου Σ.** Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος Β Μέρος 2^ο. Εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα 1997. σ. 112-113, 144, 147, 155

33. Σιδέρη Ι. *Ελληνική Ογκολογία*. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1993. σ.105-107
34. Μπεσμπέας Στ. *Πρόληψη & Έγκαιρη Διάγνωση του C-a-Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς*. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Έταιρεία. Αθήνα 1991. σ.95-98
35. Internet: users.otenet.gr
36. Αναγνωστόπουλος Φ. *Ε. Ιατρικά Μετά τον καρκίνο*. Τεύχος 35^ο. Εκδόσεις Ελευθεροτυπία. Αθήνα 2002. σ.42-43
37. Κονιάρη Ευδοξία. *Ογκολογία & Ψυχο-ογκολογία*. Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Έταιρεία. Αθήνα 1998. σ. 254-255
38. Τεγόπουλος Φυτράκης. *Ελληνικό λεξικό*. Ζ Έκδοση. Εκδόσεις Αρμονία. Αθήνα 1993. σ.92
39. Αθανάτου Ε. *Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική*. Έκδοση Στ. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000. σ.499
40. Ulrich. Canale. Wendell. *Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική*. 3^η Έκδοση. Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα 1997. σ.917
41. Φροντίστε το σώμα σας. *Μεταφρ. Επιμ. Πρατσίνης Κ.* Εκδόσεις Δομική. Αθήνα 2000. σ. 72

