

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ
ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ GAIL ΜΕΣΩ Η/Υ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
30-55 ΕΤΩΝ**

(ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΠΟΛΕΩΝ ΑΘΗΝΑΣ – ΣΠΑΡΤΗΣ)

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ:

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΓΙΑΝΝΗΣ
ΔΙΑΜΑΝΤΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
ΚΟΥΡΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Dr. ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ



ΠΑΤΡΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
I. ΚΕΦΑΛΑΙΟ « Καρκίνος του Μαστού »	6
Γενικές Πληροφορίες.....	7
Προδιαθεσικοί Παράγοντες.....	7
TNM - Κλινική Ταξινόμηση.....	8
Διάγνωση.....	8
Θεραπεία.....	8
Αποκατάσταση Μαστού.....	10
II. ΚΕΦΑΛΑΙΟ « Εξετάσεις-Προληπτικά μέτρα για την ανίχνευση του ca μαστού»	11
Πως θα κάνετε την αυτοεξέταση μαστού	12
Τι είναι μαστογραφία και ερωτήσεις	13
Μονάδα Μαστού	15
Σύγχρονη Μονάδα Μαστού	15
Παθήσεις Μαστών	18
III. ΚΕΦΑΛΑΙΟ « Πρόληψη, Πρώιμη Διάγνωση- Gail Model »	20
Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	21
Το Μοντέλο Gail για την πρόληψη του Ca Μαστού.....	21
Τι είναι το Μοντέλο Gail.....	22
Καθορισμός του υψηλού κινδύνου.....	23
Λεπτομερής υπολογισμός κινδύνου.....	24
Πληροφορίες για το Tamoxifen.....	27
Πλεονεκτήματα και κίνδυνοι.....	27
Οι κίνδυνοι του Tamoxifen.....	27
Tamoxifen και καρκίνος μήτρας.....	28
Tamoxifen και εν τω βάθει Φλεβοθρόμβωση ή Πνευμονική εμβολή.....	28
IV. Gail Model και Έρευνα	29
Υλικό-Μέθοδος.....	30
Αποτελέσματα.....	32
Στατιστικές Συγκρίσεις.....	38
Αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης	40

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	42
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	43

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ταχέως εξελισσόμενη Νοσηλευτική επιστήμη, ανοίγοντας τους ορίζοντές της στα διεθνή μέσα έρευνας για την καλύτερη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών, προσαρμόζεται με τρόπο ώστε να επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα, χωρίς να χάνει το χαρακτήρα του λειτουργήματος, το οποίο υπηρετεί.

Οι νοσηλευτές ακολουθώντας το ιδεώδες της Νέας Νοσηλευτικής, διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στην καλύτερευση της δημόσιας υγείας και στον εκσυγχρονισμό του επαγγέλματος χωρίς να χάνουν την ουσία που πρεσβεύει η Νοσηλευτική ως επιστήμη, «ο άνθρωπος, ολότητα βιοψυχοκοινωνική».

Οι φοιτητές της Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας, Αναστασία Κούρτη, Δήμητρα Διαμαντή και Ιωάννης Βασιλείου, ασχολούμενοι με το πεδίο της ηλεκτρονικής πρόληψης κατά του καρκίνου, επιδεικνύουν επιστημονική αρτιότητα, γνώση και ανθρωπιά στο παρόν κείμενο, αποτέλεσμα μακρόχρονης μελέτης και προσαρμογής στα νέα δεδομένα.

Οι νέες γενιές νοσηλευτών έχουν την ικανότητα και την τόλμη να αναδείξουν το κύρος που αρμόζει στη Νοσηλευτική και να εξελίξουν στο μέγιστο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

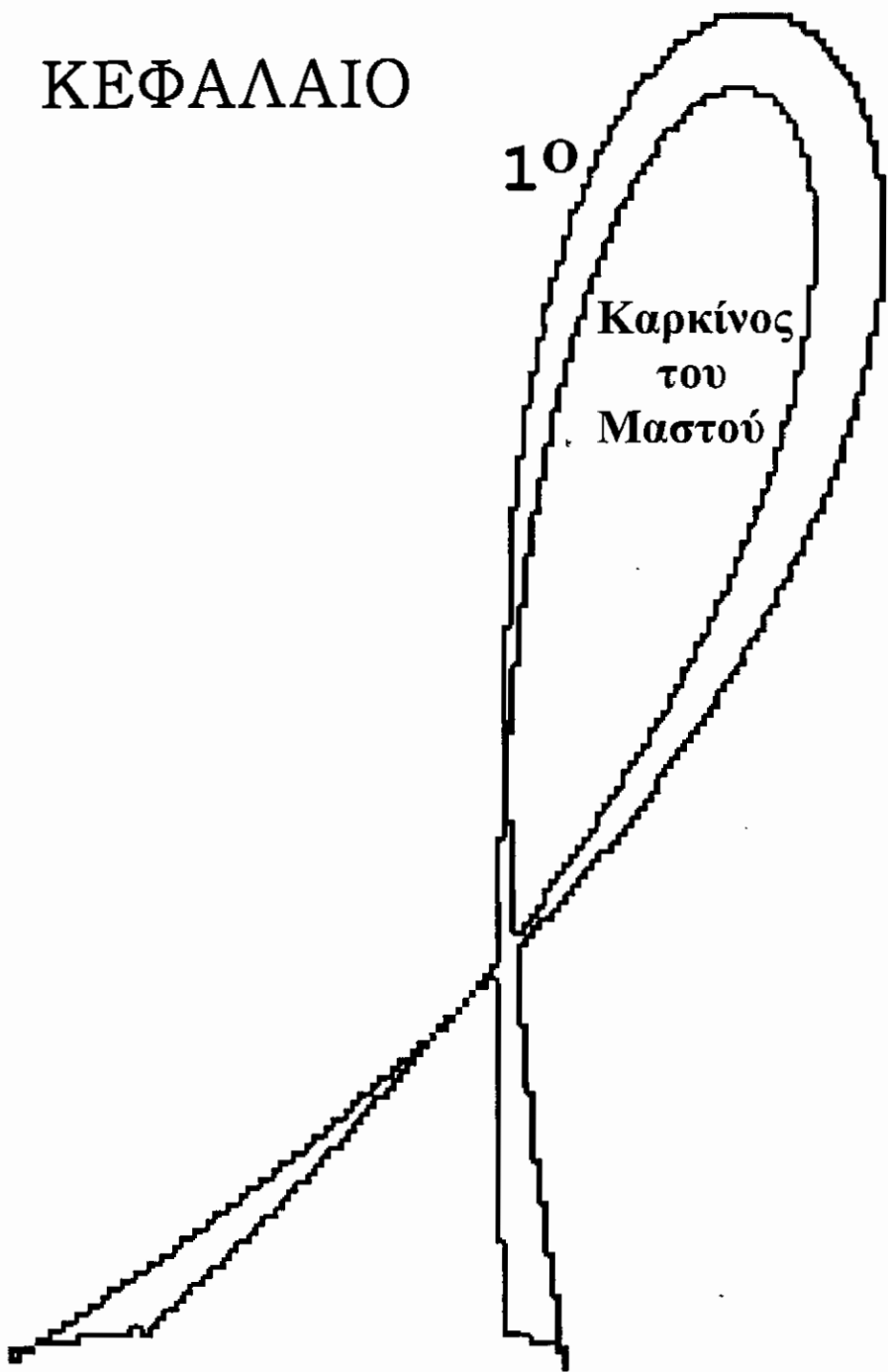
Η ηλεκτρονική πρόληψη ασθενειών μέσω Διαδικτύου είναι η θετική επιρροή που ασκεί η τεχνολογία στην κλασική Ιατρική και Νοσηλευτική για την καλύτερη αξιοποίηση των παρεχόμενων πληροφοριών, μετατρέποντας αυτές σε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιώντας το Μοντέλο Gail για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, δίνεται η δυνατότητα σε κάθε επιστήμονα υγείας να μελετήσει διεξοδικά τόσο τη φύση της ασθένειας, όσο και τους διαφορετικούς τομείς εφαρμογής του Μοντέλου σε Αθήνα και επαρχία συγκρίνοντας περιοχές, περιβαλλοντικές συνθήκες, τρόπους διαβίωσης, παράγοντες κινδύνου και την ποικιλομορφία της χώρας, στο γεγονός ότι δύο τόποι, κοντινοί σε γεωγραφική κλίμακα, μπορούν να είναι τόσο ανόμοιοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

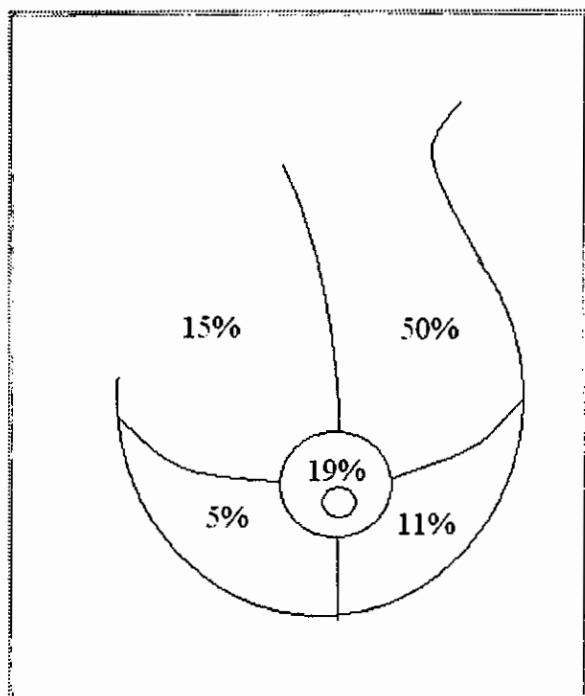
10

Καρκίνος
του
Μαστού



Γενικές πληροφορίες

Ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σε συχνότητα καρκίνων που προσβάλλουν το γυναικείο πληθυσμό. Πλέον 1 στις 10 γυναίκες εμφανίζει κάποια μορφή καρκίνου του μαστού. Παρολ'αυτά μπορεί να θεραπευθεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία.



Ο πιο συνηθισμένος τύπος καρκίνου του μαστού, είναι το διηθητικό καρκίνωμα όπου αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένα και συνήθως εντοπίζεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Σε περίπτωση κακοήθους εξαλλαγής μπορεί να δώσει μεταστάσεις, στον άλλο μαστό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο, ενώ μεθίσταται κυρίως μέσω της αιματικής και λεμφικής οδού.¹

Εικόνα 1 Η συχνότητα προσβολής των τμημάτων του μαστού από καρκίνο.

Προδιαθεσικοί παράγοντες ²

- Κληρονομικότητα
- Φύλο
- Γεωγραφική κατανομή
- Ηλικία
- Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης
- Ηλικία πρώτου τοκετού και αριθμός τοκετών
- Ατεκνία
- Φύλο του πρώτου εμβρύου
- Θηλασμός
- Αμβλώσεις
- Ορμονικοί παράγοντες
- Διαιτητικοί παράγοντες

TNM-Κλινική ταξινόμηση ³

T. Πρωτοπαθής όγκος

- To Μη ανιχνεύσιμη πρωτοπαθής εστία
- Tis Προδιηθητικό καρκίνωμα
- T1 Όγκος μικρότερος από 2cm
- T1a Όγκος μικρότερος από 0,5cm
- T1b Όγκος 0,5cm ως 1cm
- T1c Όγκος 1 ως 2cm
- T2 Όγκος διαμέτρου > 2cm μέχρι 5cm
- T3 Όγκος μεγαλύτερος των 5cm
- T4a Όγκος κάθε μεγέθους με καθήλωση του θωρακικού τοιχώματος
- T4b Όγκος με οίδημα
- T4c T4a και T4b συγχρόνως
- T4d Φλεγμονώδης καρκίνος

N. Περιφερικοί λεμφαδένες

- No Λεμφαδένες κλινικά ελεύθεροι
- N1 Προσβεβλημένοι μασχالياίοι
- N2 Μασχالياίοι λεμφαδένες διηθημένοι
- N3 Λεμφαδένες έσω μαστικής διηθημένοι
- Nx Κατάσταση λεμφαδένων άγνωστη

M. Απομακρυσμένες μεταστάσεις

- Mo Απουσία μεταστάσεων
- M1 Υπαρξη μεταστάσεων
- Mx Δεν υπάρχουν στοιχεία για την ύπαρξη μεταστάσεων

Διάγνωση ²

Η διάγνωση στηρίζεται στα παρακάτω:

- Σωστή λήψη ιστορικού της διόγκωσης
- Αξιολόγηση προδιαθεσικών ή άλλων παραγόντων κινδύνου
- Εξέταση της διόγκωσης
- Στην εργαστηριακή ανίχνευση ειδικών δεικτών
- Στην απεικόνιση της βλάβης
- Στην κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση

Θεραπεία ⁴

- Χειρουργική θεραπεία

Από τα τέλη του περασμένου αιώνα το είδος της επέμβασης που χρησιμοποιείται για τη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού, είναι η ριζική μαστεκτομή.

Κατά την επέμβαση αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός, οι θωρακικοί μύες και γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός.

Όμως από τη δεκαετία του '50 η ριζική μαστεκτομή εγκαταλείπεται και σταδιακά καθιερώθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, κατά την οποία δεν αφαιρούνται οι θωρακικοί μύες.

Ήδη από τη δεκαετία του '80 οι λεγόμενες συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις καταλαμβάνουν έδαφος αφού έχουν το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στις επεμβάσεις αυτές αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος με ένα όριο υγιούς ιστού, είτε ολόκληρο το προσβεβλημένο τεταρτημόριο του μαστού. Μετά την επέμβαση ακολουθεί ακτινοβολία του μαστού στον οποίο εντοπιζόταν ο όγκος.

• Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία συνήθως χρησιμοποιείται ως επικουρική μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού, σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία.

Μετά από συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις ακολουθεί πάντα ακτινοθεραπεία. Η συνολική δόση της ακτινοβολίας ανέρχεται σε 50 Gy, που χορηγείται σε καθημερινά κλάσματα επί πέντε εβδομάδες, ώστε να καταστραφούν υπολειμματικά καρκινικά κύτταρα.

• Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι η μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού, που παρατείνει τη συνολική και την ελεύθερη νόσου επιβίωση.

Η χημειοθεραπεία χορηγείται συνήθως μετά την επέμβαση σε ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εξέλιξη του καρκίνου και εμφάνιση μεταστάσεων ή σε ασθενείς με ήδη υπάρχουσες μεταστάσεις.

Η επικουρική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά τη χειρουργική επέμβαση με σκοπό την πρόληψη ή την ελαχιστοποίηση της πιθανότητας επιβίωσης των καρκινικών κυττάρων που απέμειναν μετά την επέμβαση, που αν παραμείνουν θα μπορούσαν να πολλαπλασιασθούν και να οδηγήσουν σε υποτροπή του καρκίνου ή γενίκευση της νόσου. Συνήθως χορηγείται σε γυναίκες με λεμφαδενικές μεταστάσεις.

• Ορμονοθεραπεία

Το γεγονός ότι τα κύτταρα του μαστού είναι φυσιολογικά υπό την επίδραση διαφόρων ορμονών οδήγησε στην εφαρμογή ορμονοθεραπείας στον καρκίνο του μαστού. Σήμερα είναι γνωστό ότι η απάντηση του καρκίνου στην ορμονοθεραπεία εξαρτάται από την ύπαρξη στην επιφάνεια των καρκινικών κυττάρων, των λεγόμενων υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης.

Περίπου το 50-70% των γυναικών με καρκίνο του μαστού και θετικούς υποδοχείς θα ωφεληθούν από την ορμονοθεραπεία, στην οποία συνήθως χρησιμοποιείται η tamoxifen, ένα φάρμακο που αναστέλλει την δράση των οιστρογόνων στα καρκινικά κύτταρα. Η tamoxifen ελαττώνει τη συχνότητα υποτροπής του καρκίνου κατά 25-30% και την θνητότητα κατά 20%.

Αποκατάσταση Μαστού ⁵

Η αποκατάσταση μαστού μπορεί να περιγραφεί, ως η δημιουργία ενός τύπου μαστού χρησιμοποιώντας αυτογενή ιστό, με ή χωρίς την εισαγωγή εμφυτεύματος σε γυναίκα που έχασε ολοκληρωτικά ή μερικά το μαστό της μετά από επέμβαση καρκίνου του μαστού.

Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των γυναικών που προβαίνουν σε αποκατάσταση μαστού έχει αυξηθεί. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις εξελιγμένες χειρουργικές τεχνικές, στη μεγαλύτερη διάδοση από τα Μ.Μ.Ε και στη βαθύτατη κατανόηση των ψυχολογικών προβλημάτων που έζησαν γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή.

Μέθοδοι αποκατάστασης:

- Αποκατάσταση με τον πλατύ ραχιαίο μυ
- Με επέκταση των ιστών
- Αποκατάσταση με τον ορθό κοιλιακό μυ
- Αποκατάσταση με τον μείζονα θωρακικό μυ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2^ο

Εξετάσεις
Προληπτικά
Μέτρα
για την
ανίχνευση
του Ca
Μαστού



Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου 1.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί, αν και πολλοί απ' αυτούς φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα των οιστρογόνων που είναι οι βασικές γυναικείες ορμόνες. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών, και είναι πιο συχνές σε γυναίκες με πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσεως, με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, καθώς και σε γυναίκες που δεν έχουν παιδιά ή αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών. Η παχυσαρκία σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου, καθώς επίσης και η ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή) που εμφάνισε καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση της. Η πρόωμη ανίχνευση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται κυρίως με την αυτοεξέταση των μαστών από την γυναίκα, την ψηλάφηση των μαστών από γιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας και τη μαστογραφία. Η ψηλάφηση του μαστού πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα σε μηνιαία βάση, στην 10η μέρα του κύκλου με 1η την ημέρα έναρξης της περιόδου. Με την ψηλάφηση μπορεί να εντοπιστούν πολύ μικροί όγκοι. Όσο πιο συχνά και σε σταθερή βάση κάνει μία γυναίκα την ψηλάφηση των μαστών της, τόσο αυξάνει η πιθανότητα ανακάλυψης όγκων σε προωμότερα στάδια.⁶

Πώς θα κάνετε την αυτοεξέταση μαστού:⁶

- 1.** Βγάλτε τα ρούχα σας και σταθείτε μπροστά σε έναν καθρέφτη, σε ένα χώρο που φωτίζεται πάρα πολύ καλά. Σας θυμίζουμε ότι ο ένας μαστός μπορεί να είναι λίγο μεγαλύτερος από τον άλλο.
- 2.** Κοιτώντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη ψάχνετε για: αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών, αλλαγές στις θηλές, αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές, ασυνήθιστο βαθύλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή, φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
- 3.** Αφήστε τα χέρια σας χαλαρά κατά μήκος του σώματος σας και κοιτάξτε τους μαστούς σας στον καθρέφτη
- 4.** Υψώστε τα χέρια σας σε ανάταση και παρατηρήστε τους μαστούς σας απ' όλες τις πλευρές. Κατεβάστε τα χέρια.
- 5.** Πιέστε ελαφρά τις θηλές για να δείτε μήπως βγαίνει υγρό ή αίμα
- 6.** Ξαπλώστε άνετα στο κρεβάτι και βάλτε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας. Βάλτε επίσης ένα χαμηλό μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό σας ώμο.
- 7.** Σηκώστε το αριστερό σας χέρι και ακουμπήστε το στο μαξιλάρι πάνω από το κεφάλι σας.

8. Με το δεξί σας χέρι θα εξετάσετε τον αριστερό μαστό.
9. Με δύο ή τρία δάκτυλα του δεξιού χεριού και πιέζοντας ελαφρά, εξετάστε κυκλικά όλο το μαστό και τη θηλή, ξεκινώντας από την περιφέρεια και προχωρώντας προς το κέντρο. Βεβαιωθείτε ότι έχετε ψηλαφίσει όλο το μαστό.
10. Κατεβάστε το αριστερό χέρι παράλληλα με το σώμα και εξετάστε την αριστερή μασχάλη.
11. Επαναλάβετε το ίδιο και με τον δεξιό μαστό
12. Επισκεφθείτε το γυναικολόγο σας σε τακτά χρονικά διαστήματα τουλάχιστον 1 φορά το χρόνο, τη 10η μέρα του κύκλου και ζητήστε του να εξετάσει τους μαστούς σας.

Η μαστογραφία μπορεί να ανακαλύψει όγκους σε πολύ πρώιμα στάδια, κατά τα οποία η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική. Έχει βρεθεί ότι η μαστογραφία είναι πιο αποτελεσματική σε γυναίκες άνω των 49 ετών, που πρέπει να την κάνουν κάθε 2 με 3 χρόνια. Όμως όλες οι γυναίκες, στην ηλικία 35-40 ετών πρέπει να κάνουν μία μαστογραφία, την μαστογραφία αναφοράς όπως λέγεται, και που αποτελεί στοιχείο για μελλοντική σύγκριση. Η ακτινοβολία που δέχεται η γυναίκα κάνοντας μαστογραφία είναι πολύ μικρή και ο κίνδυνος απ' αυτήν αμελητέος

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ⁷

Η μαστογραφία αποτελεί την έρευνα που μας επιτρέπει την καλύτερη και σφαιρικότερη απεικόνιση της μορφολογίας, της δομής και των παθολογικών αλλοιώσεων του μαστού. Είναι ένα διαγνωστικό test προικισμένο με πολύ υψηλή ευαισθησία και ακρίβεια για αυτό η διεξαγωγή του απαιτεί αυστηρά κριτήρια όσον αφορά την τεχνική αλλά και την διαγνωστική του.

Ηλικία που γίνεται η πρώτη μαστογραφία;

Τα διάφορα διαγνωστικά πρωτόκολλα προτείνουν μια μαστογραφία αναφοράς, όπως λέγεται, για να δούμε την υφή και την δομή του μαστού στην ηλικία των 40 χρονών περίπου σε ασυμπτωματικές γυναίκες.

Στην συνέχεια, ανάλογα με την πυκνότητα του μαζικού αδένα (ο αδένας που παράγει το γάλα στην περίοδο της γαλουχίας) συστήνουμε μαστογραφικό έλεγχο ανά διετία ή ανά έτος ανάλογα. Μετά την ηλικία των 50 ετών επιβάλλεται μία μαστογραφία κατ' έτος.

Σε νεαρά κορίτσια γίνεται μαστογραφία;

Σε γυναίκες πολύ νεαρής ηλικίας (25-30 ετών) αποφεύγεται η μαστογραφία για τους εξής λόγους:

- Στην ηλικία αυτή ο μαστικός αδένας είναι πολύ πυκνός, κατά φυσική συνέπεια η εξέταση είναι χαμηλής διαγνωστικής αξίας.
- Ο μαστός είναι μαλακό μόριο και αποφεύγουμε να τον ακτινοβολούμε άνευ ιδιαίτερης αιτιολογίας.
- Σε νεαρή ηλικία, μαστογραφία γίνεται μόνον όταν υπάρχει υποψία για κακοήθεια.

Η εξέταση είναι επώδυνη;

Χρειάζεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας για την απεικόνιση του μαστικού αδένου; Η μαστογραφία είναι ανώδυνη και αναίμακτη ακτινοβολική μέθοδος και δεν χρειάζεται έγχυση σκιαγραφικού μέσου για την απεικόνιση του μαστικού αδένου. Ο μαστός διαθέτει φυσιολογικό contrast.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου

Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της μαστογραφίας είναι η ικανότητα της να αναδεικνύει καρκίνους μικρότερους του 0,5 εκ., όπως είναι ο minimal breast cancer, σε προκλινικό στάδιο. Δηλαδή, σε στάδιο που λόγω του πολύ μικρού μεγέθους του και κάποιες φορές λόγω θέσης (πίσω προς το θωρακικό τοίχωμα) δεν ψηλαφάται. Άλλο εξίσου σημαντικό πλεονέκτημα είναι η δυνατότητα απεικόνισης μικροαποπιτανώσεων, οι οποίες πολλές φορές δηλώνουν κακοήθεια.

Ψηλάφηση

Όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας πρέπει μία φορά το μήνα, κατά προτίμηση στο τέλος της εμμηνου ρύσεως, να ψηλαφούν τους μαστούς τους. Μία φορά δε, το εξάμηνο ή στον χρόνο πρέπει η ψηλάφηση να γίνεται από εξειδικευμένο γιατρό.

Υπάρχει κίνδυνος καρκινογένεσης από μαστογραφία;

Δεν υπάρχει κίνδυνος καρκινογένεσης από την μαστογραφία, δεδομένου ότι η δόση της ακτινοβολίας σήμερα είναι πολύ μικρή με τους νέου τύπου μαστογράφους. Εξάλλου τα films που χρησιμοποιούμε είναι ακτινοευαίσθητα, που σημαίνει μικρός

χρόνος έκθεσης στην ακτινοβολία. Η μαστογραφία λόγω των πλεονεκτημάτων της και του χαμηλού κόστους έχει καθιερωθεί σαν διαγνωστική μέθοδος screening για τον πληθυσμιακό έλεγχο των μαστών.

Κάποιες φορές μαστογραφικός έλεγχος διεξάγεται και στον ανδρικό μαστό, επί κλινικών ευρημάτων.

ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΣΤΟΥ⁶

Είναι μία αυτοδύναμη και πρότυπα οργανωμένη σύγχρονη Μονάδα Μαστού που λειτουργεί σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα. Διαθέτει ογκολόγο χειρουργό εξειδικευμένο στις παθήσεις του μαστού. Στις δυνατότητες της Μονάδας περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών δοκιμασιών και θεραπευτικών επεμβάσεων, όπως η κλινική εξέταση με ψηλάφηση, η διαδερμική βιοψία με τοπική αναισθησία (core biopsy), ο εντοπισμός στη μασχάλη του λεμφαδένα φρουρού (sentinel node), η μοντέρνα χειρουργική θεραπεία, καθώς επίσης και η ανάπλαση του στήθους μετά από μαστεκτομή. Η Μονάδα διαθέτει Κλινική προληπτικού ελέγχου και Κλινική παρακολούθησης γυναικών με βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό. «Ο ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» είναι πλήρως εξοπλισμένος με υπερσύγχρονα μηχανήματα και διαθέτει έμπειρους και απόλυτα εξειδικευμένους στις παθήσεις του μαστού ακτινολόγους. **Ο μαστογράφος είναι τελευταίου τύπου (DMR της εταιρείας General Electric).** Τα ευρήματα της ψηλάφησης ή της μαστογραφίας αξιολογούνται και με τα **υπερσύγχρονα μηχανήματα υπερήχων**, ενώ τεχνολογικά είμαστε πρωτοποριακοί παρέχοντας τη δυνατότητα της **μαγνητικής τομογραφίας (MRI) μαστού**.

ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΜΟΝΑΔΑ ΜΑΣΤΟΥ⁶

- **Γνωρίζετε πώς να ελέγχετε σωστά το στήθος σας;**
- **Τι κάνατε λάθος μέχρι τώρα;**
- **Πού, πώς, πότε και από ποιους γίνεται ο σωστός προληπτικός έλεγχος;**

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος που εμφανίζουν οι γυναίκες. **Μία γυναίκα στις 9 προσβάλλεται από τη νόσο στη διάρκεια της ζωής της.** Όσο μάλιστα αυξάνεται η ηλικία της αυξάνεται και ο σχετικός κίνδυνος. Συγκεκριμένα, σχεδόν το 80% των περιστατικών εκδηλώνονται μετά την εμμηνόπαυση.

Όμως, μόνο η σωστή και έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει στη θεραπεία ακόμα και στην οριστική λύση του προβλήματος. Και αυτό επιτυγχάνεται αποκλειστικά με την κλινική εξέταση από εξειδικευμένους γιατρούς στις παθήσεις του στήθους και τον συχνό μαστογραφικό έλεγχο μόνο σε ειδικές **Μονάδες Μαστού**. Εκτός όμως από την καλύτερη πρόγνωση, η έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου παρουσιάζει και άλλα

πλεονεκτήματα. Συγκεκριμένα, οι μικρές διαστάσεις του ογκιδίου μας επιτρέπουν την αφαίρεση μικρού τμήματος του μαστού, χωρίς να είναι απαραίτητη η μαστεκτομή, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν απαιτείται η αφαίρεση των λεμφαδένων της μασχάλης και η συμπληρωματική χορήγηση χημειοθεραπείας και, ενδεχομένως, ακτινοθεραπείας. Επομένως επιτυγχάνεται η επιτυχής αντιμετώπιση του προβλήματος με εξαιρετικό αισθητικό αποτέλεσμα, ταχεία ανάρρωση και επηρεάζεται σε μικρότερο βαθμό η ψυχολογία της ασθενούς. Όσο για τις περιπτώσεις που η μαστεκτομή είναι μονόδρομος ακόμη και η πλήρης επανορθωτική αποκατάσταση του στήθους είναι πιά εφικτή εφόσον χρησιμοποιηθούν ειδικά εμφυτεύματα-προθέσεις ή μυϊκοί κρημνοί (LD / TRAM flaps).

Για το λόγο αυτό «Ο ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ» πλήρως εξοπλισμένος διαθέτει μία αυτοδύναμη και πρότυπα οργανωμένη Μονάδα Μαστού, με άριστο και εξειδικευμένο προσωπικό και υπερσύγχρονα μηχανήματα, που λειτουργεί σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Με επιστημονική επάρκεια, υψηλή αίσθηση ευθύνης, ποιότητα υπηρεσιών και με την μέγιστη δυνατή αξιοπιστία γίνονται τόσο ο προληπτικός έλεγχος όσο και η διάγνωση και αντιμετώπιση κάθε σχετικού προβλήματος στο στήθος.

Ο μαστογράφος είναι τελευταίου τύπου (DMR της εταιρείας General Electric) και απόλυτα προγραμματιζόμενος και ελεγχόμενος ηλεκτρονικά. Έτσι με την ελάχιστη δυνατή δόση ακτινοβολίας (low dose) εξασφαλίζεται η λεπτομερέστερη απεικόνιση του μαστού αλλά και η μεγέθυνση των ύποπτων περιοχών.



ΕΙΚΟΝΑ: 2 - 3

Τα ψηλαφητικά ή τα μαστογραφικά ευρήματα αξιολογούνται και με τα υπερσύγχρονα μηχανήματα υπερήχων της Μονάδας μας.



ΕΙΚΟΝΑ: 4

Τεχνολογικά είμαστε πρωτοποριακοί παρέχοντας τη δυνατότητα της **μαγνητικής τομογραφίας (MRI) μαστού**, η οποία είναι εξαιρετικά ευαίσθητη στην έγκαιρη ανίχνευση όγκων με πολλαπλές εστίες, σε όλες τις ηλικίες αλλά κυρίως σε νέες γυναίκες με κληρονομικούς καρκίνους, αλλά και στην απεικόνιση μαστών στους οποίους έχει προηγηθεί τοποθέτηση προθέσεων για αισθητικούς λόγους, ενώ μπορεί να προσφέρει συμπληρωματικές πληροφορίες στις περιπτώσεις εκείνες που η μαστογραφία δεν είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική. Στην Μονάδα Μαστού του «Κυανού Σταυρού» η αξιολόγηση κάθε σχετικού ευρήματος επιχειρείται σε ένα χρόνο («One-Stop») με την κλινική ψηλάφηση, την μαστογραφία και το υπερηχογράφημα. Ο τριπλός αυτός έλεγχος συμπληρώνεται εφόσον είναι απαραίτητο με τη λήψη υλικού, με τοπική αναισθησία, από την ύποπτη περιοχή με ειδική βελόνη (**core biopsy**) για να εξετασθεί στο μικροσκόπιο. Με τη διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται η άμεση και οριστική διάγνωση του προβλήματος.

Από τη διεθνή εμπειρία προκύπτει ότι η οργάνωση τέτοιων Μονάδων έχει σαν συνέπεια τη βελτίωση της επιβίωσης σε ποσοστό άνω του 20%.

Η Μονάδα Μαστού διαθέτει:

- Ογκολόγο Χειρουργό μαστού
- Ακτινολόγους με εξειδίκευση στις παθήσεις του μαστού
- Χημειοθεραπευτή
- Κυτταρολόγο και Παθολογοανατόμο
- Εξειδικευμένη Νοσηλεύτρια

Δυνατότητες

- Κλινική εξέταση με ψηλάφηση

- Διαδερμική βιοψία (core biopsy)
- Μαστογραφία
- Στερεοταξική εντόπιση μικρών όγκων (μη ψηλαφητών)
- Υπερηχογράφημα μαστών
- Μαγνητική τομογραφία μαστού
- γ-κάμερα για τον εντοπισμό στη μασχάλη του λεμφαδένα-φρουρού (sentinel node)
- Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής (σπινθηρογράφημα οστών)
- Αξονική / Μαγνητική τομογραφία
- Επανορθωτική αποκατάσταση μετά μαστεκτομή

Λειτουργία Μονάδας Μαστού

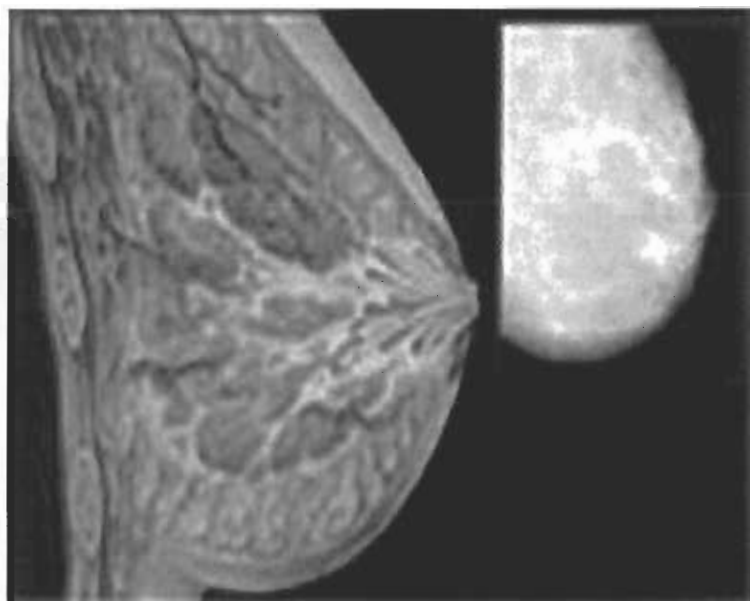
(i) Τμήμα Προληπτικού Ελέγχου (σε ποσοστό 1% των γυναικών οι οποίες προσέρχονται για προληπτικό έλεγχο ανευρίσκεται η νόσος τυχαία. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι σε αρχόμενο στάδιο και έχει εξαιρετική πρόγνωση)

(ii) Τμήμα ελέγχου και παρακολούθησης ασθενών με βεβαρυμένο οικογενειακό ιστορικό (αξιολόγηση πιθανής κληρονομικότητας, επιμελής εξέταση, ενημέρωση και καθοδήγηση λόγω ιδιαιτερότητας του ιστορικού. Το 5-10% των περιπτώσεων καρκίνου του στήθους είναι κληρονομικοί)

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΩΝ⁶

Με τον καρκίνο να έχει την πρωταρχική θέση ανησυχίας και άγχους στο μυαλό της κάθε γυναίκας με την πρώτη φορά που θα ψηλαφίσει ένα ογκίδιο στο μαστό η που θα αισθανθεί άβολα από πρήξιμο στους μαστούς η πόνο ,θα πρέπει να αναφέρω άμεσα ότι όλα τα ογκίδια και όλες οι παθήσεις των μαστών δεν σχετίζονται πάντα με καρκίνο του αδένου.. Παραμένει βέβαια μια από της σχετικά συχνές αιτίες θανάτου γυναικών και είναι ίσως και ο συχνότερος καρκίνος που αναπτύσσουν οι γυναίκες κυρίως στην εμμηνόπαυσιακή ηλικία χωρίς να σημαίνει ότι δεν εμφανίζετε και σε νεότερα άτομα. Είναι γνωστό ότι έχει οικογενειακή η συγγενή καταβολή και συναντάτε συχνότερα σε άτομα των οποίων η μητέρα η αδελφή ανέπτυξαν κακοήθεια .

Στις περιπτώσεις εκείνες που ανιχνεύετε έγκαιρα η σύγχρονη κλασική ιατρική έχει τρόπους για πλήρη θεραπεία αυτού.



ΕΙΚΟΝΑ: 5 ΚΑΘΕΤΗ ΤΟΜΗ ΜΑΣΤΟΥ



ΕΙΚΟΝΑ: 6 ΑΥΤΟΨΗΛΑΦΗΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

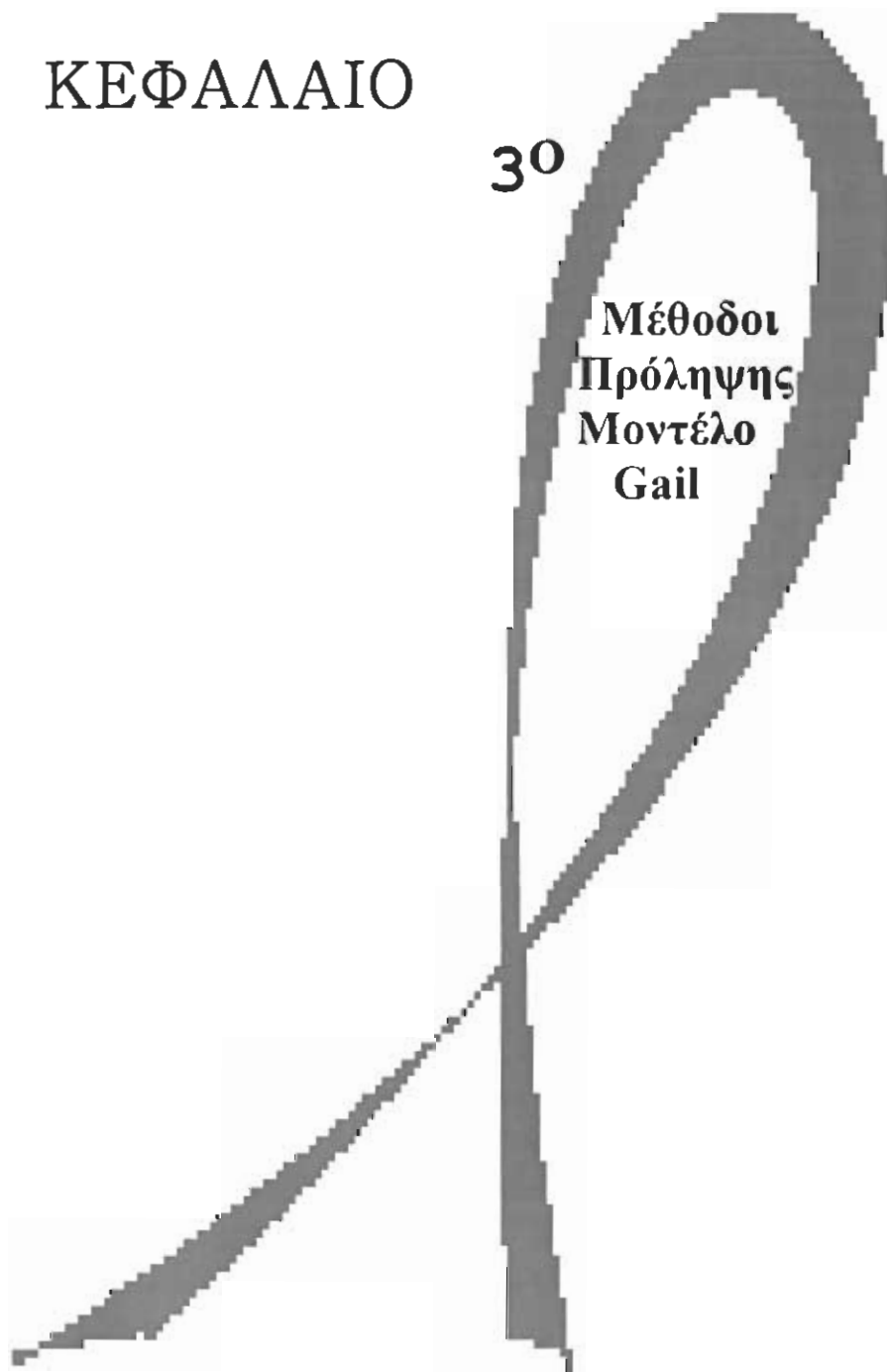


ΕΙΚΟΝΑ: 7 ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΕ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

30

Μέθοδοι
Πρόληψης
Μοντέλο
Gail



Επιδημιολογικά Στοιχεία ⁸

Στη Δυτική Ευρώπη και στη Βόρεια Αμερική ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθης πάθηση στις γυναίκες. Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται μία περαιτέρω αυξητική τάση. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στη Νότια Αμερική και στην Ασία είναι μικρότερη, ενώ απ'όλες τις χώρες του κόσμου τη μικρότερη συχνότητα εμφανίζει η Ιαπωνία.

Παρ'όλο που η συχνότητα εμφάνισης και τα ποσοστά θνητότητας από καρκίνο του μαστού ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, σε πολλές δυτικές βιομηχανικές χώρες ο καρκίνος του μαστού όχι μόνο αποτελεί τη συχνότερη κακοήθη πάθηση στις γυναίκες, αλλά και την πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνου. Είναι επομένως προφανές, ότι ο καρκίνος του μαστού αποτελεί για πολλές χώρες ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Το Μοντέλο Gail για την πρόληψη του Ca Μαστού ⁹

Παρά τις δεκαετίες ερευνών και τα δισεκατομμύρια δολαρίων που ξοδεύτηκαν στον «πόλεμο κατά του καρκίνου», παραμένουν μερικές απόψεις για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η γνώση σχετικά με το τί προκαλεί καρκίνο του στήθους είναι επιστημονικά και πολιτικά προβληματική να κατανοηθεί. Δεδομένου, τι είναι γνωστό, ή πιο σημαντικά, τι είναι άγνωστο στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, υπάρχουν μερικές απόψεις για την πρόληψη.

Η χημειοπροφύλαξη ξεπρόβαλε τις τελευταίες δεκαετίες, ως μία από τις λίγες επιλογές για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, ενώ ακόμη δεν έχει αποδειχθεί αρκετά ασφαλής για να εφαρμοστεί σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Για αυτό, η χρήση χημειοπροφυλακτικών φαρμάκων απαιτεί υπολογισμούς κινδύνου ώστε να μπορεί επακριβώς να στοχεύσει μια ομάδα γυναικών για τις οποίες η παρέμβαση είναι πιθανό να κάνει αξιόλογη διαφορά.

Πρόσφατα, το μόνο εγκεκριμένο από τον Ο.Τ.Φ (Οργανισμός Τροφίμων-Φαρμάκων) είναι το Tamoxifen για την χημειοπροφύλαξη του καρκίνου του στήθους, ένα φάρμακο που παράγεται και διατίθεται από την εταιρεία AstraZeneca υπό την επωνυμία Nolvadex.

Το Tamoxifen εμπλέκεται επιλεκτικά στις δραστηριότητες των οιστρογόνων. Επειδή τα οιστρογόνα, πιστεύεται ότι ενθαρρύνουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, μπλοκάροντας τα οιστρογόνα από το μαστό ή από έναν όγκο, το Tamoxifen σταματά την ανάπτυξη του καρκίνου. Παρ'αυτά το Tamoxifen μιμείται τα οιστρογόνα και παραδόξως μπορεί να προκαλέσει καρκίνο της μήτρας.

Ένα άλλο φάρμακο το Raloxifene, πρόσφατα δοκιμάστηκε σε σύγκριση με το Tamoxifen ως χημειοπροφυλακτικός παράγοντας. Το Raloxifene (Evista) παράγεται από την εταιρεία Eli Lilly και εγκρίθηκε από τον Ο.Τ.Φ το 1997 για την πρόληψη της οστεοπόρωσης στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Βρέθηκε ότι μειώνει επίσης τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού χωρίς τη συνοδευόμενη αύξηση του καρκίνου του ενδομητρίου.

Το μοντέλο Gail έχει γίνει το πρότυπο εργαλείο για την κατάταξη του υψηλού κινδύνου του καρκίνου του στήθους, για τους σκοπούς της χημειοπροφύλαξης στις ΗΠΑ. Πήρε το όνομά του από τον Mitchell H. Gail, τον κυριώτερο ερευνητή της έρευνας στην οποία είναι βασισμένο το μοντέλο, το οποίο καθορίζει τον «υψηλό κίνδυνο» μιας γυναίκας ώστε να συμμετάσχει στην Δ.Π.Κ.Μ (Δοκιμασία Πρόληψης Καρκίνου του Μαστού). Αυτή η δοκιμασία κατέληξε στην έγκριση από τον Ο.Τ.Φ, του Tamoxifen, για τη μείωση του καρκίνου του στήθους το 1998. Μέσα από αυτή την εγκριτική διαδικασία, το μοντέλο Gail έγινε ο νομικά αποδεκτός τρόπος για να υπολογίσουμε ποια είναι υποψήφια για αυτό το φάρμακο, στην κλινική πράξη.

Τι είναι το Μοντέλο Gail ⁹

Το Μοντέλο Gail αναπτύχθηκε χρησιμοποιώντας δεδομένα πάνω στην επικινδυνότητα του καρκίνου του μαστού από έρευνα που διεξήχθη με συμμετέχοντες από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ (Σχέδιο Ανίχνευσης-Επίδειξης Καρκίνου του Μαστού).

Μεταξύ του 1973 και 1975, το Σ.Α.Ε.Κ.Μ διεξήχθη από την Α.Α.Ε (Αμερικάνικη Αντικαρκινική Εταιρεία) και χρηματοδοτήθηκε από το Ε.Ι.Κ (Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου). Συμπεριλάμβανε κατά προσέγγιση 280,000 γυναίκες ηλικίας 38-74 χρονών από 24 κέντρα των ΗΠΑ ώστε να ελέγχονται κάθε χρόνο για πέντε χρόνια, για καρκίνο του μαστού. Έγινε επομένως συνειδητό ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη και τα συλλεγμένα στοιχεία για αυτές, ήταν ένα απίθανο πολύτιμο δείγμα. Το δείγμα έγινε πηγή για ποικίλα άλλα ερευνητικά σχέδια, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, στην οποία είναι βασισμένο το Μοντέλο Gail.

Το 1980 ο Mitchell H. Gail, ένας βιοστατιστικολόγος από το Ε.Ι.Κ και οι συνάδελφοί του, χρησιμοποίησαν δεδομένα από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ και μία επόμενη μελέτη-ελέγχου διεξήχθη με συμμετέχοντες από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ ώστε να αναπτύξουν ένα μοντέλο το οποίο θα μπορούσε να υπολογίσει τον «απόλυτο» κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο του μαστού, την πιθανότητα ότι μία συγκεκριμένη γυναίκα με ένα συγκεκριμένο πλαίσιο παραγόντων κινδύνου, θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μετά από μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με τον Gail, η ανάπτυξη ενός τέτοιου σχεδίου θα ξεπρόβαλε ως ιδανικό από μία μελέτη δείγματος μεγάλης κλίμακας στην οποία οι πληροφορίες πάνω σε πιθανούς παράγοντες κινδύνου και οι ακολουθούμενες πληροφορίες συλλέχθηκαν από όλους

τους συμμετέχοντες. Το Σ.Α.Ε.Κ.Μ προσέγγισε στενά αυτό το ιδανικό σενάριο εκτός από εκείνες τις πληροφορίες των πιθανών παραγόντων κινδύνου που δε συλλέχθηκαν από όλες τις γυναίκες. Παρ'όλα αυτά συλλέχθηκε από ένα δείγμα 2,852 γυναικών με καρκίνο του μαστού και από 3,146 γυναίκες ομάδας ελέγχου για μια ξεχωριστή μελέτη ελέγχου-περιστατικού χρησιμοποιώντας συμμετέχοντες από το Σ.Α.Ε.Κ.Μ.

Εδώ, δημογραφικές πληροφορίες, στοιχεία από οικογενειακά και ιατρικά ιστορικά και πληροφορίες για την υγιεινή συμπεριφορά των ατόμων, συλλέχθηκαν για να καθορίσουν ποιοι παράγοντες συμβάλουν στον καρκίνο του μαστού. Τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού, η προχωρημένη ηλικία της πρώτης γέννας, η πρώιμη εμμηναρχή και οι πολλαπλές προηγούμενες βιοψίες που δεν έδειξαν στοιχεία καρκίνου, σχετίζονται περισσότερο με την αύξηση του κινδύνου του καρκίνου του στήθους.

Καθορισμός του «Υψηλού Κινδύνου»

Το Μοντέλο Gail υπολογίζει τον κίνδυνο μιας γυναίκας να αναπτύξει καρκίνο και μεταφράζει τις πληροφορίες αυτές, σε ποσοστό επί τοις εκατό- έναν αριθμό που δηλώνει την πιθανότητα να εμφανίσει νεοπλασία στα επόμενα πέντε χρόνια.

Πρόσφατα ως υψηλός κίνδυνος κατατάχθηκε το 1,7%. Έτσι υψηλός κίνδυνος καθορίζεται οτιδήποτε συμπεριλαμβάνεται και βρίσκεται πάνω από το 1,7%, εκτιμώντας τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού σε πέντε χρόνια.⁹

MONTELO GAIL

ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ
Ca ΜΑΣΤΟΥ ¹⁰

1. Πόσες από τις αδερφές, κόρες ή η μητέρα σας είχε καρκίνο μαστού;
 - Καμία
 - 1 άτομο
 - 2 ή περισσότερα άτομα

2. Σε πόσες βιοψίες μαστού έχετε υποβληθεί που δεν έδειξαν ίχνη καρκίνου;
 - Καμία
 - 1
 - 2 ή περισσότερες

Τα αποτελέσματα έδειξαν «άτυπη υπερπλασία »;

 - Δεν εφαρμόστηκε ή άγνωστα αποτελέσματα
 - Όχι άτυπη υπερπλασία
 - Ναι άτυπη υπερπλασία

3. Σε τι ηλικία ξεκίνησε η έμμηνος ρύση σας;
 - 14 ετών ή αργότερα
 - 12-13
 - 11 ετών ή νωρίτερα

4. Σε τι ηλικία γεννήσατε το πρώτο σας παιδί;
 - 19 ετών ή νωρίτερα
 - 20-24
 - 25-29
 - 30 ετών ή αργότερα
 - Δε γέννησα ακόμη ή ποτέ

5. Ποια είναι η ηλικία σας;

6. Η φυλή σας είναι:
 - Δεν είναι συγκεκριμένη
 - Μαύρη
 - Λευκή (Καυκάσια)

Η πιθανότητα να διαγνωσθείτε με καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 90 είναι:

Υπολογισμός-αποτελεσμάτων

Gail model

Σε 5 χρόνια

Σε 10 χρόνια

Σε 20 χρόνια

Σε 30 χρόνια

7. Είναι πιθανό να υποβληθείτε σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο;

- Ναι
- Όχι, όχι τακτικά

8. Λαμβάνετε τη φαρμακευτική ουσία Tamoxifen;

- Όχι
- Ναι

9. Οι μαστογραφίες σας δείχνουν πυκνό μαστικό ιστό; Πόσο πυκνό;

- Άγνωστο
- 0% λιπώδης πυκνότητα
- 1% έως 24%
- 25% έως 49%
- 50% έως 74%
- 75% έως 100%

10. Πίνετε αλκοόλ;

- Όχι συγκεκριμένα
- Καθόλου
- <1.5 γρ./ημέρα
- <5 γρ./ημέρα
- <15 γρ./ημέρα
- <30 γρ./ημέρα
- <60 γρ./ημέρα
- 60 γρ. ή περισσότερα

11. Είχατε κάνει βιοψία μαστού που να δείχνει αδenoκαρκίνωμα in situ; Αν ναι, πόσων ετών ήσασταν;

- Δεν εφαρμόστηκε
- Σε ηλικία κάτω των 40 ετών
- Σε ηλικία 40-44
- Σε ηλικία 45-49
- Σε ηλικία 50-54
- Σε ηλικία πάνω των 55 ετών

12. Έχετε χρησιμοποιήσει αντισυλληπτικά; Πότε ξεκινήσατε τη χρήση τους;

- Δεν έγινε ποτέ χρήση αντισυλληπτικών
- Ξεκίνησα σε ηλικία <20 ετών
- Ξεκίνησα σε ηλικία 20-24
- Ξεκίνησα σε ηλικία 25-29
- Ξεκίνησα σε ηλικία 30+

Πότε σταματήσατε τη χρήση τους;

- Δεν εφαρμόστηκαν
- Κατά την παρούσα περίοδο χρησιμοποιώ ακόμη
- Σταμάτησα 1-4 χρόνια πριν
- Σταμάτησα 5-9 χρόνια πριν
- Σταμάτησα 10-14 χρόνια πριν
- Σταμάτησα 15+ χρόνια πριν

13. Άλλοι παράγοντες κινδύνου υπάρχουν όπως το ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή γεννητικών οργάνων, η ακτινοθεραπεία, μεταλλάξεις στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, η εθνικότητα, το κάπνισμα, έκθεση σε χημικές ουσίες, αλλά δε μπορούν να συμπεριληφθούν στο συγκεκριμένο μοντέλο υπολογισμού. Εάν έχετε αυτούς ή άλλους παράγοντες κινδύνου τότε ο υπολογιστής αποτελεσμάτων επανεκτιμά την επικινδυνότητά σας.

Πληροφορίες για το Tamoxifen

Η Ταμοξιφαίνη (Tamoxifen) είναι μία φαρμακευτική ουσία όπου παρουσιάζεται ως αποκλειστής της δράσης των οιστρογόνων στο μαστό. Από την άλλη, φαίνεται να παρουσιάζει ιδιότητες των οιστρογόνων σε άλλους ιστούς όπως η μήτρα και τα οστά. Πιο πρόσφατα, υγιείς γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλή επικινδυνότητα εμφάνισης της ασθένειας ρωτάνε πληροφορίες για την ταμοξιφαίνη ως προληπτική θεραπεία για τον καρκίνο μαστού. Μία μεγάλη μελέτη, η Δοκιμασία Πρόληψης Καρκίνου Μαστού, έδειξε ότι η ταμοξιφαίνη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού σε γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω, στη μέση επικινδυνότητα για την ασθένεια.¹⁰

Πλεονεκτήματα και Κίνδυνοι

Γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω που έλαβαν ημερήσια δόση 20mg ταμοξιφαίνης για πάνω από 5 χρόνια είχαν περίπου 49% λιγότερες διαγνώσεις διηθητικού καρκίνου μαστού συγκρινόμενες με γυναίκες που ήταν στην ομάδα placebo. Σε γυναίκες ηλικίας 35 με 49, η επικινδυνότητα εμφανίστηκε παρόμοια με την ομάδα placebo. Όμως, το πλεονέκτημα πρόληψης για γυναίκες 50 ετών και άνω εμφανίστηκε με σημαντικούς κινδύνους ανάπτυξης καρκίνου εκτός από το μαστό στη μήτρα, καθώς και δημιουργία θρόμβων.¹⁰

Οι κίνδυνοι του Tamoxifen

Στη Δοκιμασία Πρόληψης Καρκίνου Μαστού, γυναίκες ηλικίας 35 με 49 που είχαν εγκριθεί ώστε να λάβουν ταμοξιφαίνη, υπέφεραν από παρενέργειες όπως αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού και θρόμβων, σε παρόμοιο επίπεδο με την ομάδα placebo. Σε νέες γυναίκες που παρουσίασαν υψηλή επικινδυνότητα, η πρόληψη με ταμοξιφαίνη προσέφερε πλεονεκτήματα και δεν αύξησε απαραίτητα τις παρενέργειες.

Στη Δ.Π.Κ.Μ., οι γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω που έλαβαν ταμοξιφαίνη διπλασίασαν τις πιθανότητες ανάπτυξης ενδομήτριου καρκίνου και τις τριπλασίασαν όσον αφορά τη δημιουργία θρόμβων στις κύριες φλέβες και στους πνεύμονες.¹⁰

Ταμοξίφεν και καρκίνος μήτρας

Ο κίνδυνος για καρκίνο μήτρας από ταμοξιφαίνη ήταν παρόμοιος με αυτό που έχουν οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία αντικατάστασης οιστρογόνων. Στη Δ.Π.Κ.Μ., για γυναίκες 50 ετών και άνω, ο ετήσιος αριθμός στην ομάδα του ταμοξίφεν ήταν 30 περιπτώσεις καρκίνου μήτρας ανά 10.000 γυναίκες, σε σύγκριση με τις 8 περιπτώσεις ανά 10.000 στην ομάδα placebo.¹⁰

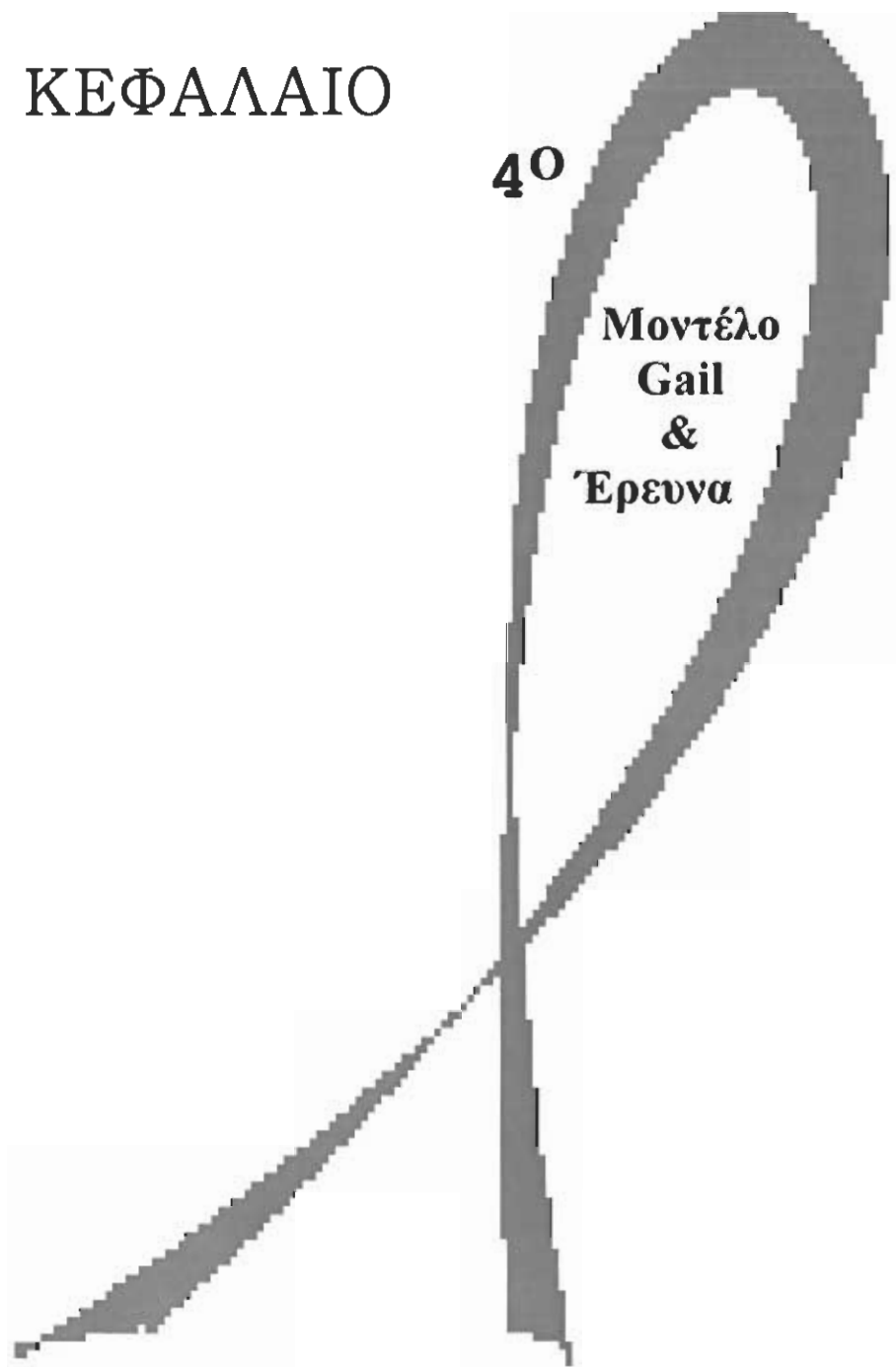
Ταμοξίφεν και Εν τω βάθει Φλεβοθρόμβωση ή Πνευμονική Εμβολή

Στη Δ.Π.Κ.Μ., γυναίκες άνω των 50 ετών τριπλασίασαν τις πιθανότητές τους να αναπτύξουν εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση ή πνευμονική εμβολή, πιθανά μία απειλητική κατάσταση για τη ζωή. Αυτός ο αυξημένος κίνδυνος εξαιτίας της ταμοξιφαίνης είναι περίπου ο ίδιος όπως και για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια ή θεραπεία αντικατάστασης οιστρογόνων.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4^ο

Μοντέλο
Gail
&
Έρευνα



Υλικό-Μέθοδος

- **Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

- **Πληθυσμός – Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο του Mitchell Gail. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 12 ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου. Όλες ήταν εναλλακτικών απαντήσεων.

- **Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Δεκέμβριο του 2005 ως τον Ιανουάριο του 2006 στις πόλεις της Αθήνας και της Σπάρτης. Οι ερωτώμενες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είτε κατά τη διάρκεια τηλεφωνικής επικοινωνίας είτε μετά από συνάντηση στο χώρο διαμονής ή εργασίας τους με το ερευνητικό μέλος της ομάδας.

- **Συλλογή Δεδομένων**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη από κάθε ερωτώμενη, ενώ υπήρχε η δυνατότητα να μην απαντήσουν και να διακοπεί η συνέντευξη.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 5 λεπτά της ώρας.

- **Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην ερευνά μας ήταν:

- Να ανήκει στο γυναικείο φύλο.
- Να είναι κάτοικος των παραπάνω πόλεων (Δημότης ή μόνιμος κάτοικος του αστικού κέντρου) ή προαστίων του.
- Να βρίσκεται μεταξύ 30-55 ετών.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Να μην ανήκει στον πληθυσμό που προαναφέραμε.
- Να μην κατοικεί στη συγκεκριμένη πόλη ή σε προάστιο.
- Να μην υπάρχει ακριβής συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή να υπάρχει διακοπή.

- **Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

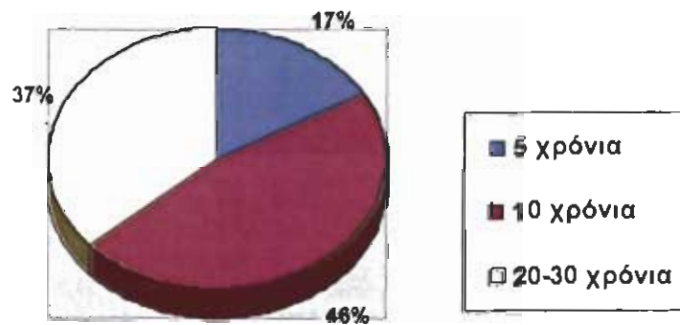
- **Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε γυναίκα μεταφράζεται με ένα δεκαδικό αριθμό της τάξεως του 2,5 για την Αθήνα και του 3,33 για τη Σπάρτη, ενώ στο σύνολο με το δεκαδικό 1,4 τα οποία πολλαπλασιάζονται ανάλογα με τον αριθμό των γυναικών που παρουσιάζεται σε κάθε ομάδα επικινδυνότητας. Τα στοιχεία υλοποιήθηκαν μέσω του προγράμματος Excel.

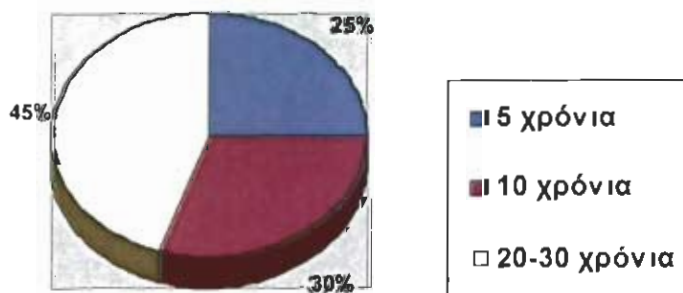
Πίνακας 1. Κατανομή της επικινδυνότητας κατά χρονική περίοδο

Επικινδυνότητα	Σπάρτη	Ποσοστό	Αθήνα	Ποσοστό
5 χρόνια	5	16,65%	10	25%
10 χρόνια	14	46,60%	12	30%
20-30 χρόνια LT	11	36,65%	18	45%
Σύνολο	30 γυναίκες	100%	40 γυναίκες	100%

ΣΠΑΡΤΗ



ΑΘΗΝΑ

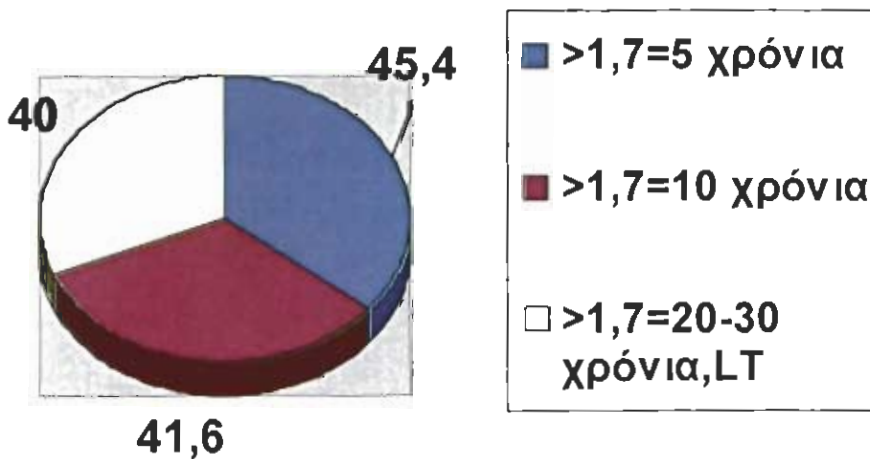


- **Μ. Ο.** ηλικίας των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα της Αθήνας ήταν τα **41,9** έτη
- **Μ. Ο.** ηλικίας των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα της Σπάρτης ήταν τα **37,8** έτη
- Ο **Μ. Ο.** ηλικίας των γυναικών στο σύνολο ήταν τα **39,8** έτη

Πίνακας 2: Κατανομή της επικινδυνότητας σύμφωνα με το μέσο όρο ηλικίας.

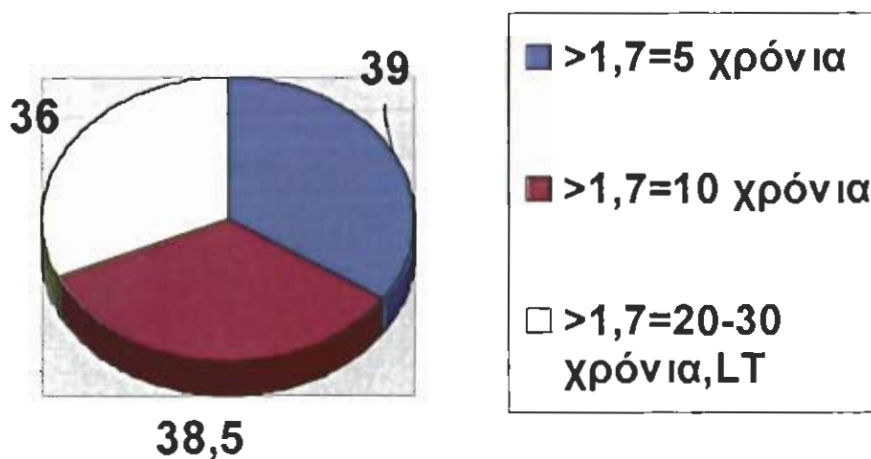
ΑΘΗΝΑ

Επικινδυνότητα	Μ.Ο. Ηλικίας
>1,7= 5 χρόνια	45,4
>1,7= 10 χρόνια	41,6
>1,7= 20-30 χρόνια, LT	40



Πίνακας 3: Κατανομή της επικινδυνότητας σύμφωνα με το μέσο όρο ηλικίας.**ΣΠΑΡΤΗ**

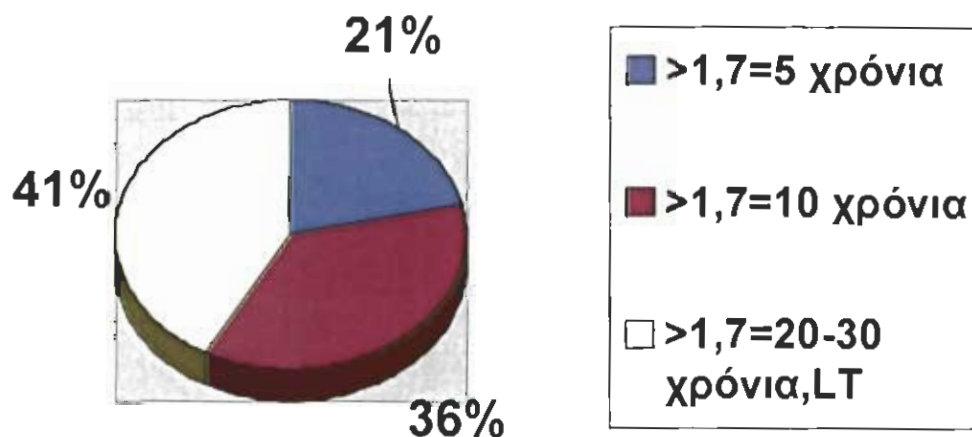
Επικινδυνότητα	Μ.Ο. Ηλικίας
>1,7= 5 χρόνια	39
>1,7= 10 χρόνια	38,5
>1,7= 20-30 χρόνια, LT	36



Πίνακας 4. Κατανομή της επικινδυνότητας στο σύνολο

Επικινδυνότητα	Γυναίκες	Ποσοστό
>1,7=5 χρόνια	15	21%
>1,7=10 χρόνια	26	36%
>1,7=20-30 χρόνια LT	29	41%
Σύνολο	70	100%

ΑΘΗΝΑ - ΣΠΑΡΤΗ



Πίνακας 5: Κατανομή των παραγόντων υψηλού κινδύνου για τις γυναίκες με επικινδυνότητα στα 5 χρόνια (υψηλού κινδύνου).

ΑΘΗΝΑ

Παράγοντες	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό
Οικογενειακό ιστορικό ca	8	20,50%
Ηλικία εμμηναρχής <11	6	15,36%
Ηλικία 1 ^{ου} τοκετού > 30 ή ατεκνία	5	12,8%
Ηλικία >50	4	10,24%
Έκθεση σε ακτινοβολία	9	23%
Καθημερινή χρήση αλκοόλ	4	10,24%
Χρήση αντισυλληπτικών	3	7,70%
Σύνολο	39	100%

Πίνακας 6: Κατανομή των παραγόντων υψηλού κινδύνου για τις γυναίκες με επικινδυνότητα στα 5 χρόνια (υψηλού κινδύνου).

ΣΠΑΡΤΗ

Παράγοντες	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό
Οικογενειακό ιστορικό ca	5	26%
Ηλικία εμμηναρχής <11	2	10,4%
Ηλικία 1 ^{ου} τοκετού > 30 ή ατεκνία	-	-
Ηλικία >50	-	-
Έκθεση σε ακτινοβολία	5	26%
Καθημερινή χρήση αλκοόλ	2	10,4%
Χρήση αντισυλληπτικών	5	26%
Σύνολο	19	100%

Πίνακας 7: Κατανομή των παραγόντων υψηλού κινδύνου για τις γυναίκες με επικινδυνότητα στα 10 χρόνια (μέσου κινδύνου).

ΣΠΑΡΤΗ

Παράγοντες	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό
Οικογενειακό ιστορικό ca	4	10,4%
Ηλικία εμμηναρχής <11	5	13%
Ηλικία 1 ^{ου} τοκετού > 30 ή ατεκνία	8	20,8%
Ηλικία >50	-	-
Έκθεση σε ακτινοβολία	13	33,8%
Καθημερινή χρήση αλκοόλ	1	2,6%
Χρήση αντισυλληπτικών	7	18,2%
Σύνολο	38	100%

Πίνακας 8: Κατανομή των παραγόντων υψηλού κινδύνου για τις γυναίκες με επικινδυνότητα στα 10 χρόνια (μέσου κινδύνου).

ΑΘΗΝΑ

Παράγοντες	Αριθμός απαντήσεων	Ποσοστό
Οικογενειακό ιστορικό ca	2	8,4%
Ηλικία εμμηναρχής <11	1	4,2%
Ηλικία 1 ^{ου} τοκετού > 30 ή ατεκνία	5	21%
Ηλικία >50	4	16,8%
Έκθεση σε ακτινοβολία	5	21%
Καθημερινή χρήση αλκοόλ	4	16,8%
Χρήση αντισυλληπτικών	3	12,6%
Σύνολο	24	100%

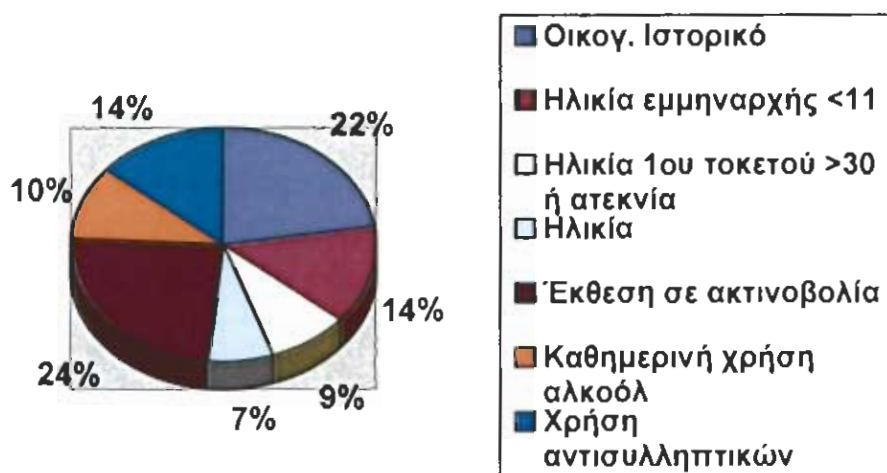
Η ομάδα χαμηλού κινδύνου και των δύο πόλεων δεν υπολογίζεται περισσότερο αναλυτικά λόγω της βραχυπρόθεσμης σημασίας των αποτελεσμάτων του Μοντέλου.

Στατιστικές Συγκρίσεις

Πίνακας 9. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις διαφορετικές απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες υψηλού κινδύνου στις πόλεις της Αθήνας και της Σπάρτης, καθώς συγκρίνεται η μεταξύ τους επικινδυνότητα.

Παράγοντες κινδύνου	ΑΘΗΝΑ	ΣΠΑΡΤΗ	Σύνολο
	>1,7=5 χρόνια	>1,7=5 χρόνια	
Οικογενειακό ιστορικό ca	8	5	13
Ηλικία εμμηναρχής <11	6	2	8
Ηλικία 1 ^{ου} τοκετού >30 ή ατεκνία	5	-	5
Ηλικία Έκθεση σε ακτινοβολία	4	-	4
Καθημερινή χρήση αλκοόλ	9	5	14
Χρήση αντισυλληπτικών	4	2	6
	3	5	8

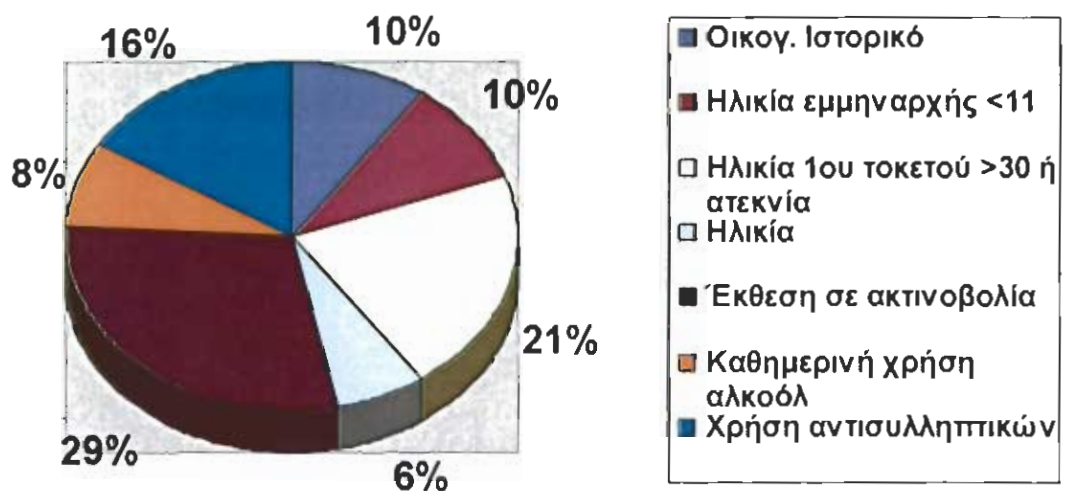
ΣΥΝΟΛΟ



Πίνακας 9. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τις διαφορετικές απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες μέσου κινδύνου στις πόλεις της Αθήνας και της Σπάρτης, καθώς συγκρίνεται η μεταξύ τους επικινδυνότητα.

Παράγοντες κινδύνου	ΑΘΗΝΑ	ΣΠΑΡΤΗ	Σύνολο
	>1,7=10 χρόνια	>1,7=10 χρόνια	
Οικογενειακό ιστορικό ca	2	4	6
Ηλικία εμμηναρχής <11	1	5	6
Ηλικία 1 ^{ου} τοκετού >30 ή ατεκνία	5	8	13
Ηλικία Έκθεση σε ακτινοβολία	4	-	4
Έκθεση σε ακτινοβολία	5	13	18
Καθημερινή χρήση αλκοόλ	4	1	5
Χρήση αντισυλ/κών	3	7	10

ΣΥΝΟΛΟ



Αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης

- Στην Αθήνα το 25% του πληθυσμού που εξετάστηκε και το αντίστοιχο 16,65% της Σπάρτης παρουσιάζουν υψηλή επικινδυνότητα εμφάνισης της νόσου στα επόμενα 5 χρόνια. Οι γυναίκες αυτές χρίζουν άμεσης πρόληψης με ταμοξιφαίνη.
- Το 46,60% του πληθυσμού της Σπάρτης και το 30% της Αθήνας, προβλέπεται να εμφανίσουν τη νόσο στα επόμενα 10 χρόνια.
- Στα επόμενα 20 – 30 χρόνια ή LT, υπάρχει πιθανότητα το 45% της Αθήνας και το 36,65% της Σπάρτης να εμφανίσουν καρκίνο μαστού.
- Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών με πιθανότητα εμφάνισης της νόσου στα 5 χρόνια είναι για την Αθήνα τα 45,4 έτη και για τη Σπάρτη τα 39 έτη. Παρατηρείται μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου στην Ν. Ελλάδα αφού σε μικρή ηλικία εμφανίζεται η νόσος. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες διαβίωσης του ατόμου φαίνονται εδώ πιθανά ως βασικοί παράγοντες κινδύνου.
- Συνέχεια του παραπάνω συμπεράσματος φαίνεται να είναι και η κατάσταση που κυριαρχεί στις υπόλοιπες κατηγορίες. Στα 10 χρόνια για την Αθήνα ο μέσος όρος είναι τα 41,60 έτη και στη Σπάρτη τα 38,5 έτη. Ενώ στα 20 – 30 χρόνια και LT, ο μέσος όρος ηλικίας για την Αθήνα είναι τα 40 έτη και για τη Σπάρτη τα 36 έτη.
- Παρόλο που στην Σπάρτη ανιχνεύθηκαν λιγότερες γυναίκες με άμεσο κίνδυνο καρκίνου, φαίνεται ότι στην συγκεκριμένη περιοχή η νόσος προχωρά όλο και σε μικρότερες ηλικίες.
- Όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, η Αθήνα δείχνει να υπερέχει αισθητά έναντι της Σπάρτης, για την ομάδα υψηλού κινδύνου, ενώ και στις δύο πόλεις η έκθεση σε ακτινοβολία και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου φαίνονται να είναι οι πιο επικίνδυνοι παράγοντες.
- Το αντίθετο ισχύει για την ομάδα μέσου κινδύνου. Η Σπάρτη υπερέχει της Αθήνας σχεδόν σε όλους τους παράγοντες. Πάλι η έκθεση σε ακτινοβολία έρχεται αισθητά μπροστά ως κύριος παράγοντας κινδύνου και ακολουθούν η πρώιμη εμμηναρχή, η ατεκνία ενώ μεγάλη χρήση αντισυλληπτικών παρουσιάζεται στην Σπάρτη.

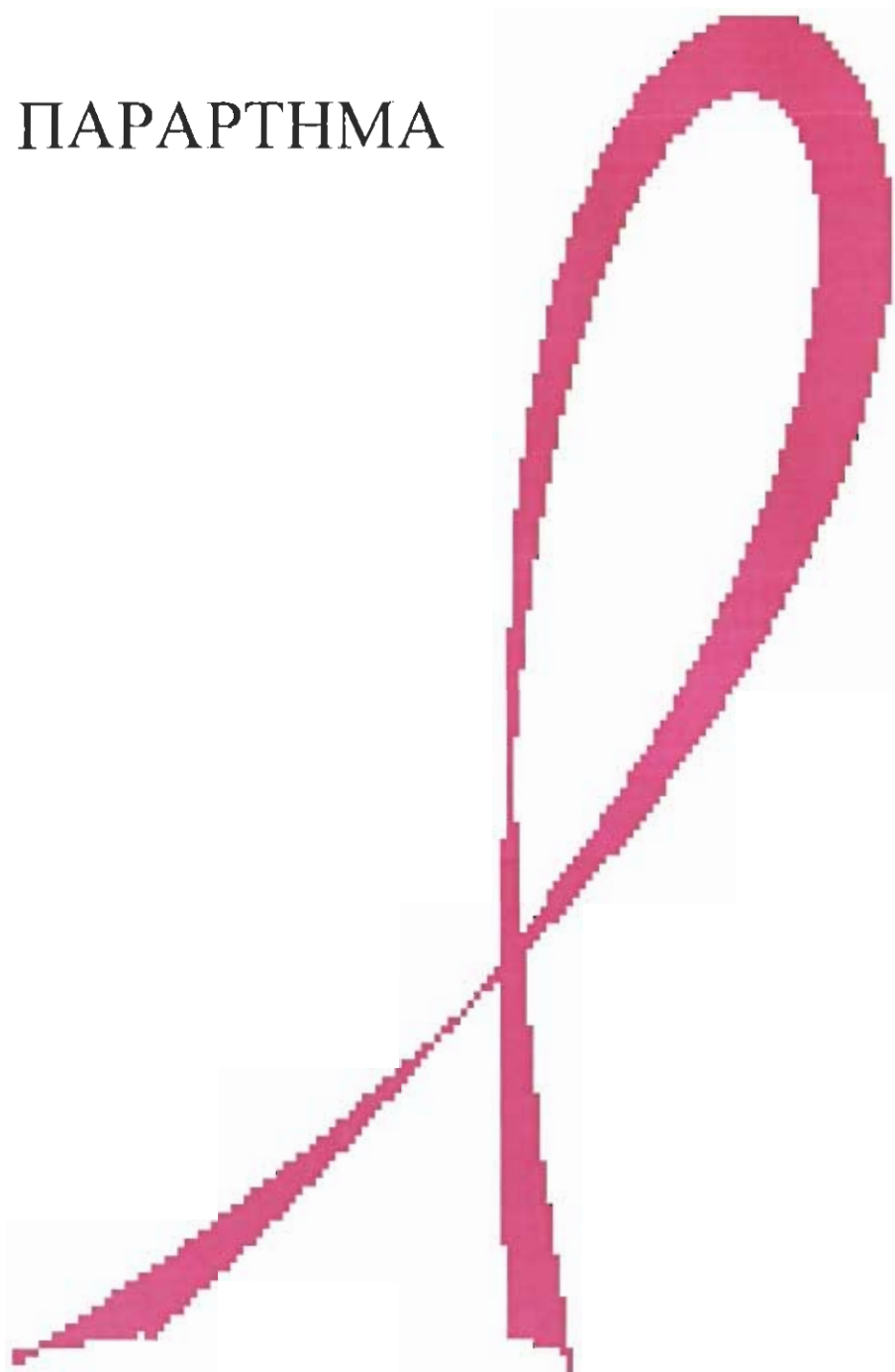
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

1. Θεωρείται επιτακτική ανάγκη το Μοντέλο Gail να καθιερωθεί ως προληπτικό- διαγνωστικό μέσο στο χώρο της ελληνικής υγείας.
2. Η χρήση του Μοντέλου στην ελληνική περιφέρεια φαίνεται να είναι σημαντικό εργαλείο ανίχνευσης της νόσου στην επαρχία.
3. Η εγκαθίδρυσή του σε ιατρεία μαστού μέσα στην πόλη θα σώσει πολλές ζωές στο μέλλον.
4. Η ενημέρωση των πολιτών για τη χρήση της ταμοξιφαίνης και τις ιδιότητές της κρίνεται άμεση.
5. Η οργάνωση ομάδας ατόμων για την ενημέρωση της ηλεκτρονικής πρόληψης στον ελλαδικό χώρο θα συντελέσει καινοτομία στο χώρο της κλασσικής ιατρικής και νοσηλευτικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Α.Σ. Καρδάση - Μ. Πάνου: «Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 2^{ος} – Έκδοση 2^η, Εκδόσεις «BHTA medical arts», Αθήνα 2002, σ. 481-482.
2. Ν.Α. Παπανικολάου - Α.Ν. Παπανικολάου: «Γυναικολογία», Έκδοση 3^η, Εκδόσεις «Παρισιάνου», Αθήνα 1994, σ. 469-471.
3. Σ. Κουρής: «Καρκίνος του Μαστού», Πρακτικά Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος, Αθήνα, Νοεμ.-Φεβ. 1999-2000, σ. 133-134.
4. Γ. Σακοράφας: «Ο καρκίνος του μαστού», Εκδόσεις «Λάγος Δημήτριος», Αθήνα 2000, σ. 39, 44-48.
5. S. Denton: "Breast Cancer Nursing", First edition, Published by Chapman & Hall, London 1996, p. 124-132.
6. Dr. Nikos Iosifidis: "WOMAN'S HEALTH", www.womanshealth.gr, Athens 2006, p. 1-6
7. Angelopoulou Argyro: "Breast Screening", www.iatronet.gr, Athens 2006, p. 1
8. E.M.L. Haagedoorn: «Βασικές γνώσεις Ογκολογίας», Μετάφραση Περικλής Βασιλόπουλος, Εκδόσεις «ΖΗΤΑ», Αθήνα 1994, σ. 55.
9. Jen. Fosket: "Constructing High Risk Women, the development and standardization of a Breast Cancer Risk Assessment Tool", Science Technology & Human Values, Volume 29 – No 3, Sage Publications, California 2004, p. 291-313.
10. St. B. Halls: "Detailed Breast Cancer Risk Calculator", www.halls.md/breast/risk.htm (Gail Risk Factor), [www. Google.com](http://www.Google.com), California 2003, p. 1-2.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ





ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ



ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΣ

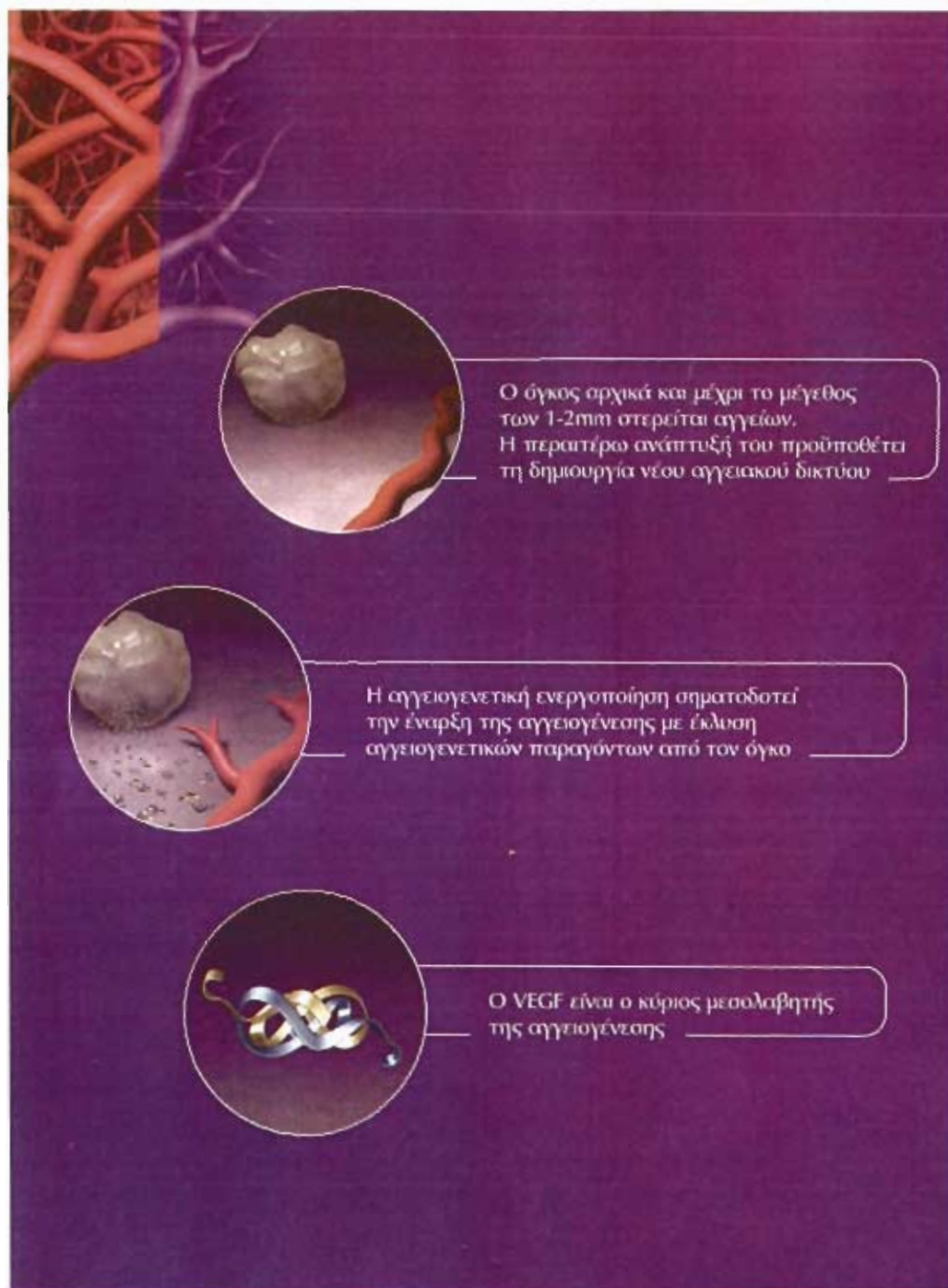


ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ ΜΑΣΤΩΝ

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΟ ΜΠΑΝΙΟ



ΤΟ ΣΗΜΑ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΑΓΓΕΙΟΓΕΝΕΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

