

Α.Τ.Ε.Ι.: Πατρών  
Τμήμα : Νοσηλευτική  
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

*Πτοχιακή Εργασία*  
*Θέμα : Καρκίνος του Μαστού – Πρόληψη*



Εισηγήτρια : Κ<sup>α</sup>. Μπατζή Ελένη  
Καθ. Εφαρμογών

Σπουδάστρια :  
Σοφία Βαλιού

ΠΑΤΡΑ 2006

— ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ —

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	1
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	2
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	3
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΗ</b>	
<b>ΑΝΑΔΡΟΜΗ</b> .....	4
<b><u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u></b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
1. Ανατομική του Μαστού.....	5
1.1. Υφή του Μαστού.....	5
1.2. Θηλή- Θηλασία άλλως.....	6
1.3. Τα Νεύρα του Μαστού.....	7
1.4. Αγγείωση του Μαστού.....	7
2. Φυσιολογία του Μαστού.....	8
3. Εμβρυολογία.....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
<b>ΚΑΡΚΙΝΟΣ</b>	
2.1. Τι είναι ο Καρκίνος γενικά.....	10
2.2. Παθογένεση – Αιτιολογία – Ταξινόμηση Νεοπλασμάτων.....	11
2.3. Καρκινογένεση.....	11
2.4. Πρόληψη – Ανίχνευση του Καρκίνου.....	12
2.5. Διάγνωση και Τρόποι Μετάδοσης.....	13
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	14
3.2. Τι είναι ο Καρκίνος του Στήθους.....	15

---

3.3. Αιτιολογία – Κληρονομικότητα και Παράγοντες κινδύνου.....	16
3.4. Πως Εξελίσσεται ο Καρκίνος του Μαστού.....	17
3.5. Ιστολογικοί Τύποι Καρκίνου του Μαστού.....	18
3.6. Παθολογοανατομία.....	19
3.7. Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού.....	19
3.8. Μεταστάσεις.....	21
3.9. Η Γενετική Επιβάρυνση για Καρκίνο του Μαστού.....	28
3.10. Εγκυμοσύνη και Καρκίνος του Μαστού.....	28

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

4.1. Συμπτωματολογία.....	29
4.2. Κλινική Εικόνα.....	30
4.3. Διάγνωση του Καρκίνου του Μαστού.....	30
4.4. Διαφορική Διάγνωση.....	31
4.5. Πρόγνωση.....	31
4.6. Εκτίμηση της Κατάστασης της Άρρωστης.....	31
4.7. Διαγνωστικές Μέθοδοι.....	33
4.8. Μέθοδοι Εξετάσεως του Μαστού.....	39
4.9. Ο Ρόλος του Γυναικολόγου στις Παθήσεις του Μαστού.....	45

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

##### *Όγκοι του Μαστού*

5.1. Διάφοροι Τύποι Όγκων.....	46
5.2. Πρόγνωση.....	50

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

6.1. Θεραπευτικές Μέθοδοι.....	51
6.1.1. Χειρουργική θεραπεία.....	51
6.1.2. Ακτινική Θεραπεία.....	53
6.1.3. Χημειοθεραπεία.....	53

---

6.1.4. Ορμονοθεραπεία.....	54
6.2. Αποκατάσταση.....	54
6.3. Πως Γίνεται η Παρακολούθηση της Γυναίκας που έχει Υποβληθεί σε Θεραπεία για Καρκίνο του Μαστού.....	55

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

7. Εισαγωγή.....	56
7.1. Πρωτογενής Πρόληψη.....	56
7.2. Δευτερογενής Πρόληψη.....	57
7.3. Πληθυσμιακός Έλεγχος.....	57
7.4. Δίκτυο Πληθυσμιακού Έλέγχου.....	57
7.5. Δυσκολίες.....	58
7.6. Συμπεράσματα.....	58

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

### **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ-ΔΙΑΣΤΑΣΗ**

8. Εισαγωγή.....	59
8.1. Άσχημες και Δυσάρεστες Ειδήσεις « Ανακοίνωση».....	60
8.2. Ψυχολογικά κ Συναισθηματικά Προβλήματα.....	60
8.3. Μηχανισμοί Προσαρμογής κ Αντιμετώπισης του Καρκίνου του Μαστού.....	61
8.4. Επίλογος.....	61
<u>Πίνακας 1.....</u>	62
<u>Ειδικό Μέρος.....</u>	
<u>ΈΡΕΥΝΑ.....</u>	63
Μεθοδολογία της Έρευνας.....	64
<u>Πίνακες και Γραφήματα.....</u>	66

---

<i>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</i>	<i>.....</i>
<i>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</i>	<i>75</i>
<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</i>	<i>77</i>
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</i>	<i>78</i>
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</i>	<i>82</i>



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Έπειτα την αποπεράτωση της διπλωματικής μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου, κ<sup>α</sup> Μπατζή Ελένη για την πολύτιμη συμβολή και βοήθεια της για την σύνταξη αυτής. Επίσης όλα τα άτομα του περιβάλλοντός μου, από τα οποία είχα την αμέριστη συμπαράστασή, και ένα ευχαριστώ σε όλες αυτές της γυναίκες που με την συμμετοχή τους μπόρεσα να πραγματοποιήσω το μέρος της έρευνας. Τέλος θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ την οικογένεια μου ,για την συμπαράσταση που μου έδειξαν, κατά την διάρκεια των σπουδών μου καθώς επίσης και για την οικονομική και ηθική υποστήριξή τους.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

**Ο** καρκίνος του μαστού είναι μεταξύ των συνηθέστερων κακοηθειών στο γυναικείο πληθυσμό της χώρας μας. Η πρόωπη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση του είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τις ασθενείς.

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

Η διαφώτιση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα τα στοιχεία εκείνα που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε νικηφόρο τέλος.<sup>1</sup>

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αδιάκοπη συγκέντρωση στοιχείων που θα βοηθήσουν στη πληρέστερη και λεπτομερέστερη κατανόηση της αρρώστιας, καθώς επίσης και η διαφώτιση του κοινωνικού συνόλου για τους τρόπους πρόληψης, μέσω της ερευνητικής διεργασίας που έχει πραγματοποιηθεί.

Η έρευνα αυτή αποτελείται από δύο μέρη Το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος.

### Στο Γενικό Μέρος αναφέρονται:

**1).** Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού (ανατομία, φυσιολογία, επιδημιολογία, στάδια της νόσου,....)

**2).** Συμπτωματολογία, αντιμετώπιση, θεραπεία.....

### Στο Ειδικό Μέρος αναφέρονται:

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού, καθώς επίσης και προτεινόμενα μέτρα για την πρόληψη έναντι του καρκίνου του μαστού. Καθώς όλοι γνωρίζουμε ότι η πρόληψη είναι ο καλύτερος σύμμαχος για την ζωή.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Ο** Καρκίνος του μαστού ή νεοπλάσματα είναι μια αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό εξάγεται, κυρίως από το γεγονός ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά ανθρώπων και ζώων, που βρέθηκαν μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σ'ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν, ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοθών όγκων.<sup>2</sup>

Ήδη από το 300 π.χ είχαν διαχωριστεί τα καλοήθη από τα κακοήθη νεοπλάσματα. Είχαν ακόμα επισημανθεί οι κακές εκβάσεις πολλών εντοπίσεων κακοθών όγκων, όπως είχαν διαχωριστεί και οι ανίατοι όγκοι από παραπλήσιες στην εμφάνιση νοσήσεις, όπως από τον ψευδάνθρακα που αναπτύσσεται συνηθέστερα στον αυχένα και τις χρόνιες εξελκώσεις στο δέρμα.<sup>2</sup>

Σταθμός για την ερμηνεία του καρκίνου ήταν το 1652, όταν ο **Owen** περιέγραψε τα λεμφαγγεία και αναπτύχθηκε η λεμφική θεωρία ανάπτυξης του καρκίνου, θεωρία που ερμηνεύεται από την παρατήρηση, ότι μεγάλο μέρος καρκίνων επεκτείνονται από την πρωτοπαθή εστία με τα λεμφαγγεία προς τους επιχώριους λεμφαδένες.<sup>2</sup>

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα είναι μικρότερη από την αντίστοιχη συχνότητα των περισσότερων χωρών της Ευρώπης και της Βορείου Αφρικής, μεγαλύτερη όμως από εκείνη της Ιαπωνίας και της Ταϊβάν.

Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο έχουμε περίπου 3.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού στην Ελλάδα. Οι θάνατοι από καρκίνο είναι περίπου 1.200 το χρόνο. Έχουμε δηλαδή μία θνησιμότητα της νόσου 12/100.000 πλυθησμό.<sup>1</sup>

Σήμερα επικρατεί γενικά η αντίληψη, ότι εξωγενείς είναι κυρίως οι παράγοντες (χημικοί, φυσικοί, μηχανικοί, κ.λ.π.) που προκαλούν την καρκινογένεση, ενώ σπανιότεροι είναι οι ενδογενείς (ορμόνες κ.λ.π.).<sup>2</sup>

Μέχρις ότου γίνει δυνατή η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρόωμη ανίχνευση, η διάγνωση και θεραπεία.



## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΗ

**Ο** μαστός είναι όργανο που η σοφία της φύσης τοποθέτησε στο πιο εμφανές μέρος του σώματος, την πρόσθια και επάνω επιφάνεια. Ειδικότερα ο γυναικείος μαστός είναι εμφανής και λόγω μεγέθους. Ο φαινόμενος, **shaddai**, που σημαίνει και ο μαστός είναι μία από τις προσωινιές του θεού των Εβραίων όταν εμφανίζεται ως φλεγόμενη και μη καιγόμενη βάτος στον Μωυσή στο όρος Σινά. Έτσι, δεν είναι τυχαίο ότι ο άνθρωπος όχι απλώς παρατήρησε, αλλά και αναπαράστησε τον μαστό ήδη στις αρχαιότερες καλλιτεχνικές του αναζητήσεις. Και αναφέρθηκε σε αυτόν ήδη από τα πιο πρώιμα μνημεία του λόγου. Το ίδιο πρώιμα αναφέρθηκε στη μοναδική του αξία για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους. Αυτό εξηγεί γιατί στις κοσμογονικές αντιλήψεις όλων των αρχαίων λαών οι πρώτες θεότητες είναι γυναίκες και απεικονίζονται με μεγαλομαστία ή πολυμαστία. Σύμφωνα με την Ελληνική κοσμογονική παράδοση που διασώζει στη θεογονία του ο Ησίοδος (8<sup>ος</sup> αι. π.Χ) στην αρχή ήταν το Χάος και μετά έγινε η Γαία, μητέρα όλων των θεών. Η Γαία είναι η μόνη θεότητα μαζί με τον Έρωτα που προκύπτουν χωρίς γέννηση, ως τα πρώτα στοιχεία του κόσμου μετά το Χάος. Το γνώρισμα της μητρικής αυτής θεότητας ήταν, κατά τον ποιητή, οι μεγάλοι της μαστοί. Αλλά και κάθε άλλη γυναικεία μορφή απεικονίζεται με τους μαστούς της.

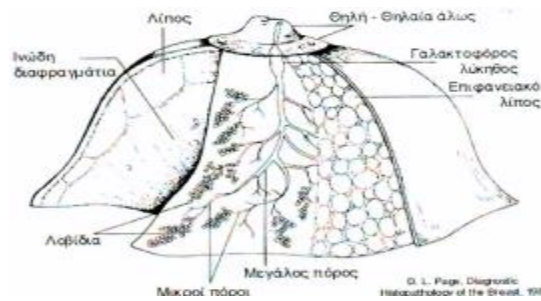
Χαρακτηριστικά δείγματα απεικόνισης των μαστών έχουμε στα πανάρχαια κυκλαδικά ειδώλια κατασκευασμένα ανάμεσα στο 5000 και το 2000 (π.Χ.). Στην Μινωική Κρήτη, στις Μυκήνες, στη Βοιωτία και ένα σταθερό σύμβολο ερωτισμού και ομορφιάς παραμένει εδώ και πολλούς αιώνες το άγαλμα της θεάς Αφροδίτης που βρέθηκε στη Μήλο.<sup>3</sup>

Επιπλέον ο καρκίνος του μαστού είχε μελετηθεί πολύ καλά από τους γιατρούς της Αρχαίας Ελλάδας και του Βυζαντίου ορισμένοι από αυτούς ήταν : ο Ηρόδοτος(520 π.Χ) , ο Ιπποκράτης(460-377 π.Χ), ο Κέλσος(30π.Χ-50μ.Χ), ο Αρχιγένης(54-117 π.Χ), ο Σωρανός από την Έφεσο(2<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ) , ο Γαλήνος(121- 223 π.Χ), ο Λεωνίδας από την Αλεξάνδρεια(περ. 180 μ.Χ), ο Παύλος ο Αιγινήτης (625-690 μ.Χ).<sup>3</sup>

---

**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>****1.) Ανατομική του Μαστού**

Ο μαστός είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και αποτελείται από μαζικό αδένα και λίπος. Βρίσκεται μεταξύ 3ης και 7ης πλευράς επί περιτονίας του Μείζονος θωρακικού μυ. Αποτελείται από 10 έως 20 κωνοειδούς σχήματος λοβούς. Κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο που είναι επιθηλιακός σωλήν με στενό αυλό και μικρούς κλάδους. Οι γαλακτοφόροι πόροι καταλήγουν στην θηλή και διευρυνόμενοι σχηματίζουν το γαλακτοφόρο κόλπο. <sup>4</sup>

**1.1) Υφή του Μαστού**

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωθητικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειες του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του. <sup>5</sup>

**Πρόσθια Επιφάνεια**

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

---

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που και οι δύο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινες και αμαυρότερες σ' όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης.<sup>5</sup>

### **Οπίσθια Επιφάνεια**

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

### **Περιφέρεια**

Είναι λεπτή και συνδέεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς. Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα.<sup>5</sup>

## **1.2) Θηλή – Θηλαία Άλως**

· Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Επίσης, είναι ευδιέργετη, γιατί μέσα σ' αυτήν υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα.<sup>5</sup>

· Η θηλαία άλως αποτελεί τη κυκλική ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλως περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8<sup>η</sup> εβδομάδα.<sup>5</sup>

---

### 1.3) Τα Νεύρα του Μαστού

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλεύριων νεύρων, τους έσω μαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλεύριων νεύρων και από τα συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, τη θηλή, την άλω και το παρέγχυμα. <sup>6</sup>

### 1.4) Αγγείωση του μαστού( Αρτηρίες- Φλέβες-Λεμφαγγεία)

· Αρτηρίες Οι αρτηρίες του μαστού προέρχονται από την έξω μαστική αρτηρία, που είναι κλάδος της πλάγιας θωρακικής, την έσω μαστική, τις μεσοπλεύριες αρτηρίες και κλάδους από τη μασχालιαία αρτηρία. <sup>7</sup>

· Φλέβες Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχालιαίας και των μεσοπλεύριων φλεβών. <sup>5</sup>

· Λεμφαγγεία Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας. Η λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη γίνεται με δύο στελέχη: Το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματος του. Επίσης, στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς: τη θωρακική και την οπισθοθωρακική.

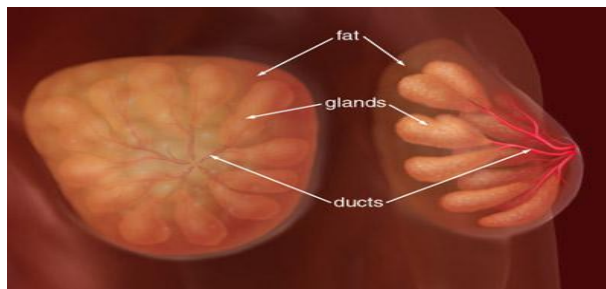
Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι' αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Αυτοί, ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες. <sup>5</sup>

---

- Ε Ύξω μαστικούς ή βραχιόνιους, που είναι 4-5
- Ε Ύσω μαστικούς ή θωρακικούς, που είναι 5-6
- Ε Οπίσθιους ή υποπλάτιους, που είναι 6-7
- Ε Κεντρικούς, που είναι 3-4
- Ε Κορυφαίους ή υποκλείδιους, που είναι 6-12 <sup>5</sup>

## 2) Φυσιολογία του Μαστού

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε, πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς, που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς<sup>5</sup>



### 3) Εμβρυολογία

Οι μαστοί είναι εξωκρινείς αδένες, που χαρακτηρίζουν την τάξη των θηλαστικών και των δύο φύλων, Είναι, όμως, σημαντικά ατροφικοί στο αρσενικό και αρκετά αναπτυγμένοι στο θηλυκό.

Έκκριμα των μαστών είναι το γάλα, που αποτελεί απαραίτητη τροφή για το νεογνό, που το πεπτικό του σύστημα είναι προσαρμοσμένο γι' αυτού του είδους διατροφή.

Η καταβολή των μαστών, αν και θα χρησιμοποιηθούν πολλά χρόνια μετά τη γέννηση, πραγματοποιείται πριν από την καταβολή των άλλων αδένων του δέρματος.

Ειδικότερα, η καταβολή τους αρχίζει την έκτη περίπου εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής, έστω και αν δεν υπάρχουν γονάδες, με το σχηματισμό στενής πάχυνσης του έξω βλαστικού δέρματος, που λέγεται μαστική ακρολοφία ή γαλακτοφόρος γραμμή.

Η μαστική ακρολοφία εκτείνεται από τις ρίζες των άνω άκρων μέχρι τις ρίζες των κάτω, δηλαδή, αρχίζει από το μέρος της μασχάλης και τελειώνει στους βουβώνες.

Στο τελειόμηνο έμβρυο, ανεξάρτητα από το φύλο του, κάτω από τη θηλή ψηλαφάται μικρό οζίδιο, που δεν απαντάται στα πρόωρα, και το οποίο μπορεί να χρησιμεύσει ως κριτήριο στη διάκριση ενός ώριμου από ένα πρόωρο νεογνό.

Η τέλεια ανάπτυξη του εκκριτικού συστήματος των μαστών δεν πραγματοποιείται στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αλλά μόνο στο τέλος της, όταν οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν σχηματισθεί και καλυφθεί από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο.

Ο αριθμός των μαστών διαφέρει στο κάθε είδος θηλαστικού, γιατί εξαρτάται από τον αριθμό των νεογνών. Έτσι, στον άνθρωπο έχουμε ένα ζευγάρι μαστών, που αντιστοιχεί στο τέταρτο ζευγάρι των πολύμαστων ζώων. <sup>5</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ

#### 2.1) 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 ( *γονίδια*). Ο πολλαπλασιασμός αυτός φυσιολογικά στοχεύει στην αντικατάσταση των φυσιολογικών απωλειών των κυττάρων. Όταν ο κύκλος αυτός διαταραχτεί για κάποιο λόγο ( *είτε λόγω λάθους στο γενετικό υλικό των κυττάρων, είτε λόγω της επίδρασης εξωτερικών παραγόντων, είτε συνήθως λόγω και των δύο*) 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, να επεκταθούν άμεσα στους γειτονικούς ιστούς ή να εισέλθουν στα λεμφικά και στα αιμοφόρα αγγεία και να διασπαρούν με τη λεμφική ή την αιματική κυκλοφορία στους λεμφαδένες ή σε μακρινές θέσεις, δημιουργώντας έτσι τις μεταστάσεις. Τα καρκινικά κύτταρα συνεχίζουν και 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.<sup>8</sup>

## 2.2) Παθογένεση – Αιτιολογία- Ταξινόμηση Νεοπλασμάτων

αε Οι ερευνητές του καρκίνου σήμερα στρέφονται σε δύο κατευθύνσεις αναφορικά με την παθογένεια του καρκίνου. Η μία είναι το υγιές κύτταρο, που, με άγνωστο μέχρι σήμερα μηχανισμό, όταν εκτεθεί σε ορισμένους παράγοντες μετατρέπεται σε κακοήθες και η δεύτερη στα κακοήθη κύτταρα τα οποία δεν καταστρέφονται, όπως θα έπρεπε να συμβαίνει από το ανοσοβιολογικό μηχανισμό του προσβληθέντος οργανισμού.<sup>9</sup>

αε Υπολογίζονται 500 διαφορετικοί αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου. Επίσης υπάρχουν και οι προδιαθεσικοί, όπως η ηλικία, το φύλο, το είδος της εργασίας κ.α. , που μπορούν να επηρεάσουν το βαθμό της ευαισθησίας του ατόμου στους αιτιολογικούς παράγοντες. Ως αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται οι ιοί, χημικές ουσίες, φυσικά ερεθίσματα και ορμόνες.<sup>9</sup>

αε Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων γίνεται σε σχέση με την καλοήθη ή κακοήθη μορφή τους και με τον ιστό ή το όργανο από το οποίο αρχίζουν την ανάπτυξή τους.<sup>9</sup>

## 2.3) Καρκινογένεση

Από διάφορα πειραματικά μοντέλα έχει βρεθεί ότι δύο τουλάχιστον στάδια είναι απαραίτητα για τη διαδικασία της καρκινογένεσης: το στάδιο της « έναρξης» και το στάδιο της « προαγωγής».

Το στάδιο της έναρξης αφορά μια μη αναστρέψιμη διαδικασία και έχει σχέση με την άμεση επίδραση του « έναρκτου» πάνω στο γενετικό υλικό του κυττάρου που φαίνεται να επιφέρει συγκεκριμένες μεταβολές στη δομή του DNA. Υπεύθυνοι παράγοντες για το στάδιο της « έναρξης » μπορεί να είναι διάφορες μεταλλάξεις από χημικά καρκινογόνα, ακτινοβολία ή και κληρονομούμενα γονίδια.

Το στάδιο της « προαγωγής » αντιπροσωπεύει το δεύτερο κατά σειρά στάδιο στη διαδικασία της καρκινογένεσης που μπορεί να είναι και αναστρέψιμο. Σαν « προαγωγοί » παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί μία σειρά ουσιών που απαντούν καθημερινά στο περιβάλλον του ανθρώπου.<sup>10</sup>

---



#### 2.4) Πρόληψη – Ανίχνευση του Καρκίνου

{ Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

##### **Πρωτογενής:**

- 1) Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήγη νεοπλασμάτα.
- 2) Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων
- 3) Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς.

##### **Δευτερογενής:**

Η 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 εξέλιξης 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.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη.

{ Η ανίχνευση γίνεται με τις ακόλουθες εξετάσεις:

- 1). Ολοκληρωμένο ιστορικό.
  - 2). Γενική φυσική εξέταση.
  - 3). Ορθό-σιγμοειδοσκόπηση.
  - 4). Πλήρης γυναικολογική εξέταση .
  - 5). Εξέταση μαστού.
  - 6). Δεπτομερής Ω.Ρ.Λ./κη εξέταση.
  - 7). Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματοουρίας.
  - 8). Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού. Ακτινολογικός έλεγχος, ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.
  - 9). Αιματολογικές εξετάσεις<sup>9</sup>
-

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να 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.<sup>9</sup>

### *2.5) Διάγνωση- και τρόποι Επέκτασης*

σε Διάγνωση: Αν και η πρόληψη είναι ο ιδεώδης τρόπος αντιμετώπισης του καρκίνου, η έγκαιρη διάγνωση του και η αφαίρεση των προκαρκινικών αλλοιώσεων είναι ο δεύτερος στη σειρά καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του.

Η διάγνωση του καρκίνου γίνεται με **(1)** τη γενική κλινική και εργαστηριακή εξέταση του αρρώστου και **(2)** με τη βοήθεια ειδικών εξετάσεων όπως ακτινολογικού ελέγχου, υπερήχων, σπινθηρογραφημάτων, κυτταρολογικού ελέγχου, βιοψίας, **DNCP**, τεστ δέρματος και αξονικής τομογραφίας.

σε Επέκταση: Για τοπικούς λόγους και συνθήκες του περιβάλλοντος ή για λόγους των ίδιων των κυττάρων όλα τα καρκινικά κύτταρα δεν εξελίσσονται. Μερικά θα νεκρωθούν από έλλειψη δυνατοτήτων διατροφής, άλλα θα καταστραφούν από μηχανισμούς άμυνας, αλλά θα χάσουν προσωρινά ή μόνιμα την δυνατότητα διπλασιασμού, άλλα θα επεκταθούν στους γύρω ιστούς και άλλα θα μετακινηθούν με διάφορους τρόπους σε άλλα όργανα για να δημιουργηθούν οι μεταστάσεις. Η επέκταση του καρκίνου μπορεί να γίνει με :I) Άμεση επέκταση ή διήθηση των γειτονικών ιστών. II) Είσοδος στα λεμφαγγεία. III) Είσοδος στις αρτηρίες και τις φλέβες. IV) Μετάσταση.<sup>9</sup>

---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **3.1) Επιδημιολογικά Στοιχεία**

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Είναι επίσης κι από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου ( από καρκίνο) στο γυναικείο φύλο, καθώς έρχεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Συνήθως εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα ανάμεσα στα 45 και τα 50 έτη αλλά και ανάμεσα στα 60 και 65.<sup>11</sup>

Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ είναι 4 φορές πιο συχνός από ό,τι στην Ιαπωνία. Το γάλα των γυναικών των χωρών της Ευρώπης, περιέχει ελλιπή ποσότητα λινολεϊκού οξέος, ενώ αυτή είναι υψηλή στις Γιαπωνέζες. Η ίδια διαφορά παρατηρείται και στους αδένες των μαστών.<sup>12</sup>

Η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι 0 και στις γυναίκες 12. Κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% (85%) επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50<sup>ο</sup> έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικό-κοινωνικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό(2%, κάθε χρόνο).<sup>13</sup>

Η προσβολή από καρκίνο του μαστού οφείλεται και σε πολύπλοκο συνδυασμό παραγόντων όπως :

#### **1) Δημογραφικοί:**

- α)** φύλο
- β)** ηλικία
- γ)** φυλή

#### **2) Γενετικοί:**

- α)** Αν είχαν μητέρα ή αδελφή με Ca έχουν 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο
  - β)** Αύξησης κινδύνου εάν εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση.
  - γ)** Εάν είναι αμφοτερόπλευρη τότε 5 ή 9 φορές μεγαλύτερος.
  - δ)** Τελευταία επισήμανσης το ένζυμο γλουταμινικής πυρουβικής τρανσαμινάσης ( ιστογονίδιο).
-

### **3) Ορμονικοί**

Πρώιμος έμμηνος ρήσης 10-12 χρονών, εμμηνόπαυσης μετά 50 χρόνων τότε αύξηση 1,5, ανώμαλη περίοδος μικρή πιθανότητα προσβολής. Ωοθηκεκτομή αμφώ κάτω των 37 χρόνων μείωση 3 φορές της προσβολής από τη νόσο. Εγκυμοσύνη πριν τα 19 μείωση 4 φορές, μετά τα 28 ελάχιστη προστασία, μετά τα 35 για 1, παιδί αύξηση κινδύνου 3 φορές μεγαλύτερος και από τις άτοκες. Η γονιμότητα ασκεί ευνοϊκή επίδραση στην πορεία της νόσου, σε περίπτωση αναπτύξεως Ca μαστού. ( 60% πολύτοκες, 46% άτοκες, 5ετής επιβίωση). Θηλασμός μόνο ο παρατεταμένος μειώνει τον κίνδυνο. Οιστρογόνα συζητήσιμος ο ρόλος τους. Αντισυλληπτικά δεν έχει αποδειχτεί ότι σχετίζονται με CA μαστού.

### **4) Προηγούμενο Ιστορικό**

- α) Ινωκυστική μαστοπάθεια αύξηση 1,9 φορές
- β) Βιοψία για καλοήγη πάθηση αύξηση 2-3 φορές
- γ) Ατυπία κυττάρων αύξηση 5,3 φορές
- δ) Ατυπία+ οικογ. Ιστορικό > 11 φορές

### **5) Περιβαλλοντικοί Παράγοντες**

- α) Ψυχρά κλίματα > 1,5 φορές
- β) Ανώτερα κοινωνικά στρώματα > 2 φορές
- γ) Ψυχοπαθείς>
- δ) Διαιτητικοί παράγοντες [ παχυσαρκία, διαβήτης]
- ε) Άλλα όργανα [ Ca εντέρου, ωοθήκες κ.λ. ] <sup>4</sup>

### **3.2) Τι είναι ο καρκίνος του στήθους**

Οι μαστοί αποτελούνται από λιπώδη ιστό μέσα στο οποίο υπάρχει ένα σύστημα πόρων. Αυτό το σύστημα είναι σχεδιασμένο να μεταφέρει γάλα από τους λοβούς παραγωγής γάλακτος προς τις θηλές. Ο καρκίνος του στήθους οφείλεται σε κακοήθεις αλλοιώσεις των κυττάρων που βρίσκονται στους πόρους ή τους λοβούς. Οι πρώτες ανωμαλίες που εμφανίζονται δεν είναι καρκινικές, πρόκειται απλώς για μια υπερανάπτυξη των φυσιολογικών κυττάρων των πόρων ή των λοβών. Εάν τα κύτταρα αυτά έχουν ασυνήθιστη ανάπτυξη κατά την εξέτασή τους στο μικροσκόπιο, η κατάσταση ονομάζεται άτυπη υπερπλασία. Η άτυπη υπερπλασία δεν προκαλεί την εμφάνιση όγκων και δεν είναι δυνατό να ανιχνευθεί με τη μαστογραφία. Εάν τελικά εντοπιστεί, αυτό γίνεται τις περισσότερες φορές τυχαία, κατά τη βιοψία ενός παράξενου ογκιδίου.

Αν τα κύτταρα που βρίσκονται στους πόρους ή τους λοβούς γίνουν ακόμα πιο ασυνήθιστα και αρχίζουν να τους φράζουν, η κατάσταση ονομάζεται εντοπισμένο καρκίνωμα. Το εντοπισμένο καρκίνωμα των πόρων και των λοβών παραμένει εξ ορισμού στη συγκεκριμένη περιοχή, και συχνά εντοπίζεται με τη βοήθεια της μαστογραφίας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, είναι πιθανό να δημιουργήσει έναν όγκο, που μπορεί να ανιχνευθεί και με την αφή. Αν τα καρκινικά κύτταρα διαφύγουν από αυτές τις περιοχές του μαστού και διεισδύσουν σε γειτονικά κύτταρα οπότε η κατάσταση ονομάζεται επεκτατικός καρκίνος, αρχίζει να αναπτύσσεται ένας μικρός κακοήθης όγκος. Από τη στιγμή που τα καρκινικά κύτταρα διαφύγουν από τον ιστό του μαστού και «ταξιδεύουν», μέσω του λεμφικού ή του κυκλοφορικού συστήματος, προς άλλα μέρη του σώματος τότε λέμε ότι ο καρκίνος του στήθους έχει κάνει μετάσταση. Τέλος το εντοπισμένο καρκίνωμα δεν επιφέρει από μόνο του το θάνατο γιατί οι μαστοί δεν είναι ζωτικά όργανα. <sup>14</sup>

### 3.3) Αιτιολογία Κληρονομικότητα και Παράγοντες Κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία όπως π.χ. η φυματίωση που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλείται από το μικρόβιο του **Koch**. Ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτόν τον κίνδυνο. Αυτοί είναι δύο ειδών: **I) Γενετικοί**, που τους μεταφέρουμε μέσα στα κύτταρα μας και **II) περιβαλλοντικοί** που μας επηρεάζουν μετά τη γέννησή μας. Μπορούν να βοηθήσουν στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν, αλλά και να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες της ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο του ιστορικού του μαστού και δεν πρέπει ποτέ να παραλείπονται. Πρέπει να τονισθεί ότι επιβαρυντικοί παράγοντες δεν σημαίνουν ότι υποχρεωτικά μια γυναίκα θα πάθει κάποτε καρκίνο του μαστού αλλά και αντίστροφα δεν σημαίνει πως όποια γυναίκα δεν τους έχει, δεν πρόκειται ποτέ να πάθει καρκίνο.

Τέλος, είναι λανθασμένη η κοινή αντίληψη πως μόνο αν είχε καρκίνο του μαστού η μητέρα ή η γιαγιά μπορεί να πάθουν και τα παιδιά. Μόνο στο 30% των καρκίνων του μαστού υπάρχει κάποιας μορφής κληρονομική επιβάρυνση με βάση το οικογενειακό ιστορικό. Άρα οι 70% είναι τυχαίοι και εμφανίζονται σε γυναίκες. <sup>15</sup>

### *3.4) Πώς εξελίσσεται ο Καρκίνος του Μαστού*

Κατά μέσο όρο οι ψηλαφητοί καρκίνοι έχουν διάμετρο περίπου 4 cm όταν ανακαλύπτονται και περίπου τα δύο τρίτα αυτών έχουν ήδη δώσει μεταστάσεις στους μασχάλιους ή και άλλους λεμφαδένες. Οι καρκίνοι που περιορίζονται στον μαστό χωρίς να επεκτείνονται πέραν της βασικής όπως λέγεται μεμβράνης ονομάζονται καρκίνοι *in situ*, συνήθως είναι μη ψηλαφητοί και ανακαλύπτονται συνήθως τυχαία στην μαστογραφία, συχνά υπό τη μορφή μικροαποτιτανώσεων. Μπορεί όμως να υπάρχουν και άλλες εκδηλώσεις, όπως έκκριση από τη θηλή, ύπαρξης μάζας.

Χωρίς θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού μεγθύνεται τοπικά σαν αποτέλεσμα του ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού των κυττάρων, τα οποία μπορεί στη συνέχεια να εισχωρήσουν σε γειτονικά όργανα ή να εισχωρήσουν στα λεμφικά ή και αιμοφόρα αγγεία και να δώσουν λεμφαδενικές ή μακρινές μεταστάσεις. Οι μακρινές μεταστάσεις είναι επίσης δυνατόν να προέρχονται από καρκινικά κύτταρα που υπάρχουν ήδη στις λεμφαδενικές μεταστάσεις. Οι θέσεις στις οποίες συνήθως εμφανίζεται η υποτροπή του καρκίνου του μαστού είναι : τα οστά ( 20-60%), η περιοχή της επέμβασης ή οι περιοχικοί λεμφαδένες ( π.χ. υπερκλειδίοι, έσω μαστικοί κ.λ.π.) ( 20-40%), οι πνεύμονες και ο υπεζωκότας (15-25%), το ήπαρ ( 5-15%), και ο εγκέφαλος (

Το πως θα εξελιχτεί ο καρκίνος του μαστού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι: I) Το μέγεθος του όγκου, II) Η διήθηση των λεμφαδένων, III) Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων.

Η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού είναι χειρότερη όταν υπάρχουν:

1) Μακρινές μεταστάσεις, 2) Εκτεταμένο οίδημα του άνω άκρου στην πλευρά που είναι ο καρκίνος, 3) Πολλαπλά οζίδια στο δέρμα του μαστού, 4) Καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα, 5) Μεταστάσεις του καρκίνου στους έσω μαστικούς ή στους υπερκλειδίους λεμφαδένες. <sup>8</sup>

---

### 3.5) Ιστολογικοί Τύποι Καρκίνου του Μαστού

Γενικά μπορούμε να διαχωρίσουμε τους καρκίνους, σε εκείνους που διηθούν το στρώμα και τον αδένα, και σε εκείνους που δεν διηθούν και παραμένουν στο επιθήλιο έχοντας βέβαια όλα τα στοιχεία της κακοήθειας.

**Διηθητικοί: I) Πορογενές Διηθητικό Καρκίνωμα:** Είναι ο πιο συχνός ιστολογικός τύπος καρκίνου του μαστού. Αποτελεί περίπου το 75% όλων των καρκίνων που εμφανίζονται στο μαστικό αδένα. Ονομάζεται και NOS ( Not Otherwise Specified) καθώς δεν έχει κάποιο ιδιαίτερο ιστολογικό χαρακτηριστικό. Η νεοπλασία εμφανίζεται ως μάζα με όρια ακαθόριστα, σκληροελαστική υφή. Συμπεριλαμβάνονται σ' αυτήν την κατηγορία και οι ιστολογικές μορφές με έντονη την ινώδη αντίδραση και τη μορφή του κομεδώνα. Το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα γρήγορα τείνει να διηθήσει τα λεμφαγγεία και να δώσει μεταστάσεις στους μασχάλιους λεμφαδένες. **II) Μυελοειδές Καρκίνωμα:** Όχι πολύ συχνή ιστολογική μορφή (περίπου 5-7% των περιπτώσεων). Παρουσιάζεται ως βλάβη μεγάλων διαστάσεων. Εντοπίζεται στα ανώτερα τεταρτημόρια του μαστού και συνήθως βαθιά προς τις πλευρές. **III) Σωληνώδες Καρκίνωμα:** Είναι και αυτό αρκετά σπάνιο ( 1% των περιπτώσεων) . Ελάχιστα μεταστατικό είναι η καλύτερη ιστολογική μορφή από άποψης πρόγνωσης σε σύγκριση με τους άλλους ιστολογικούς τύπους. **IV) Βλεννώδες Καρκίνωμα:** Παρουσιάζεται σε ποσοστό περίπου 3% επί του συνόλου. Συνήθως αφορά ασθενείς σε μεγάλη ηλικία, και παρουσιάζει μια αργή ανάπτυξη ενώ μπορεί να φτάσει σε αρκετά μεγάλες διαστάσεις. **V) Θηλώδες Διηθητικό Καρκίνωμα:** Σχετικά σπάνιο και σε ποσοστό λιγότερο από 1%. Με πιο συχνή θέση εμφάνισης τα κατώτερα τεταρτημόρια του μαστού. **VI) Λοβιδιακό Καρκίνωμα Διηθητικό:** Αποτελεί το 5-10% επί του συνόλου των κακοηθειών του μαστού. **VII) Φλεγμονώδες Καρκίνωμα:** Παρατηρείται σχεδόν πάντα σε νέες γυναίκες με ογκώδης μαστούς ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή ακόμα και κατά την περίοδο του θηλασμού. **VIII) Νόσος του PAGET:** Η συχνότητα του είναι από 1-4%. Κλινικά η ασθενής αναφέρει εκζεματοειδείς αλλοιώσεις της θηλαίας άλω που προηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. **IX) Σαρκώματα του Μαστού:** Αποτελούν το 1-2% των καρκίνων του μαστού. Δεν προέρχονται απ' τον μαζικό αδένα. Εμφανίζονται σε οποιαδήποτε ηλικία και λαμβάνουν γρήγορα μεγάλες διαστάσεις.

---

**Μη Διηθητικοί Καρκίνοι: I) Πορογενές Καρκίνωμα IN SITU:** Περίπου σε ποσοστό 1% εμφανίζεται αυτό το ιστολογικό εύρημα. Είναι καρκίνος που ξεκινά απ' το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων. Αρχικά παραμένει μικρός και δε διηθεί το στρώμα των γύρω ιστών αλλά σε ένα ποσοστό 40% εξελίσσεται σε πορογενές διηθητικό. Συχνά είναι πολυκεντρικό. Η διάγνωση για τέτοιου είδους καρκίνωμα γίνεται εντελώς τυχαία κατά την εξέταση για καλοήθεις όγκους του αδένα. **II) Λοβιδιακό Καρκίνωμα IN SITU:** Και αυτό είναι συνήθως τυχαίο ιστολογικό εύρημα που διαγιγνώσκεται κατά την ιστολογική εξέταση για καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Προέρχεται απ' το επιθήλιο των τελικών μικρών γαλακτοφόρων πόρων του αδένα. Είναι πολυεστιακό σε ποσοστό 70% και αφορά και τους δύο μαστούς σε ποσοστό 20-40% των περιπτώσεων. <sup>11</sup>

### 3.6) Παθολογοανατομία

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού, συνήθως είναι επιθηλιακοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί (σαρκώματα, μελανώματα). Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προέλευσης και ιστολογικής εικόνας, μπορεί να είναι αμιγή ή να συνδυάζονται μεταξύ τους. <sup>7</sup>

### 3.7) Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού

**Στάδιο 1<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό χωρίς προσβολή των επιχώριων ιστών και λεμφαδένων. 60-90% πενταετής επιβίωση

**Στάδιο 2<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό με προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων που έχουν μείζονα διάμετρο μικρότερη από 2,5 εκ. 30-50% πενταετής επιβίωση.

**Στάδιο 3<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό και συμφύεται με τους γύρω ιστούς και που έχει μασχαλιαίους λεμφαδένες διαμέτρου πάνω από 2,5 εκ.

**Στάδιο 4<sup>ο</sup>:** Όγκος που εντοπίζεται στο μαστό, εκτεταμένος, με εκτεταμένη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η πρόγνωση είναι απογοητευτική. <sup>16</sup>



## Breast Cancer Stages



Ειδικότερα, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, η **UICC ( Union Internationale Contre Cancer )** και η **AJC ( American Joint Commity)** σταδιοποίησαν αυτόν βασιζόμενοι στο σύστημα **T ( Tumor = πρωτοπαθής όγκος)** **N ( Nodes = επιχώριοι λεμφαδένες)** **M ( Metastases = απομακρυσμένες μεταστάσεις)**, όπως παρακάτω:

- T- Πρωτοπαθής όγκος
  - T<sub>1</sub> – Ο όγκος που έχει διάμετρο μέχρι 2 εκ.
  - T<sub>2</sub> – Ο όγκος που έχει διάμετρο από 2-5 εκ.
  - T<sub>3</sub> – Ο όγκος που έχει διάμετρο πάνω από 5 εκ.
  - T<sub>4</sub> – Ο όγκος που έχει οποιαδήποτε διάμετρο και διηθεί το θωρακικό τοίχωμα.

- N- Επιχώριοι λεμφαδένες  
N<sub>0</sub>- Λεμφαδένες αφηλάφητοι.  
N<sub>1</sub>- Λεμφαδένες ψηλαφητοί και κινητοί.  
N<sub>2</sub>- Λεμφαδένες διηθημένοι και καθηλωμένοι.  
N<sub>3</sub>- Υπερκλείδιοι και υποκλείδιοι λεμφαδένες διηθημένοι και οίδημα του άνω άκρου.

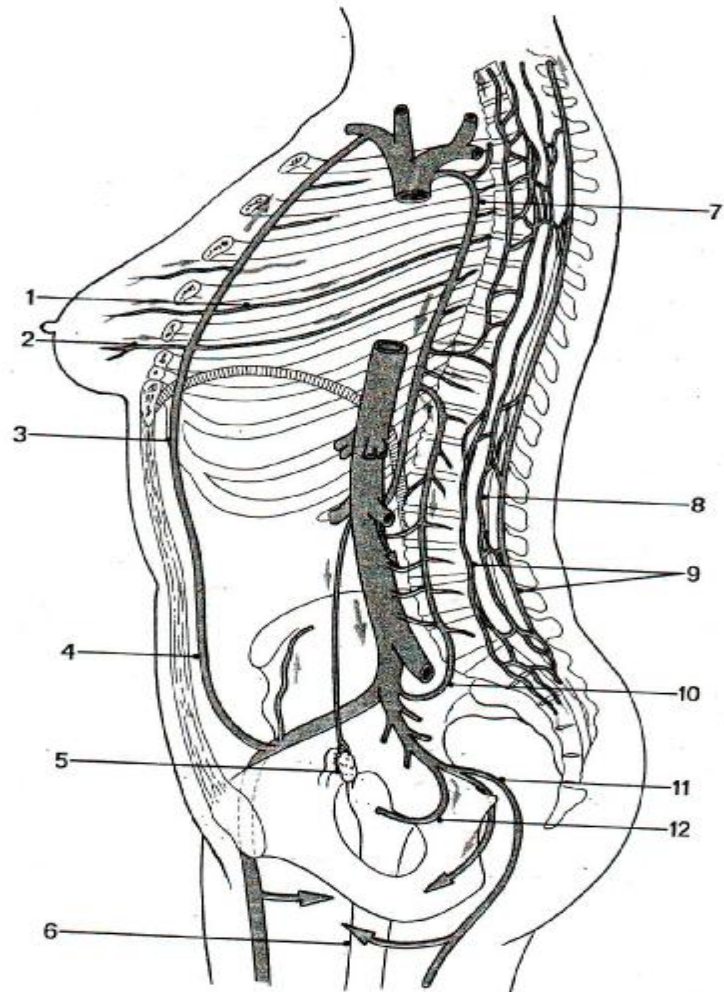
- M- Μεταστάσεις  
M<sub>0</sub>- Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.  
M<sub>1</sub>- Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Η Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού μας βοηθάει στη θεραπευτική μας αντιμετώπιση. Έτσι, σε καρκίνο του I και II σταδίου περιοριζόμαστε σε εγχείρηση, σε καρκίνο του III σταδίου εκτελούμε εγχείρηση και συστήνουμε ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία και στον καρκίνο του IV επιστρατεύουμε όλα τα είδη αντιμετώπισης.<sup>17</sup>

### 3.8) Μεταστάσεις

Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο 1 εκ. , τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης, από ανοσολογικούς και ορμονικούς παράγοντες, από τον τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστού, όπως είναι η πυκνότητα των ιστών του, η αιμάτωση του, το λεμφικό δίκτυό του κ.λ.π.

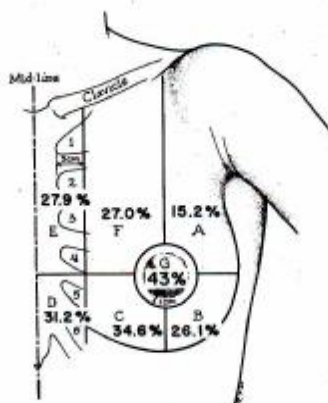
Οι μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού γίνονται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού κάνει μεταστάσεις στα οστά σε συχνότητα 70%, στο συκώτι σε συχνότητα 65%, στα μαλακά μόρια σε συχνότητα 50%, στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%, στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%. Επίσης σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στα νεφρά και στην καρδιά.<sup>17</sup>



**Φλεβικές οδοί μεταστάσεων καρκίνου του μαστού.**

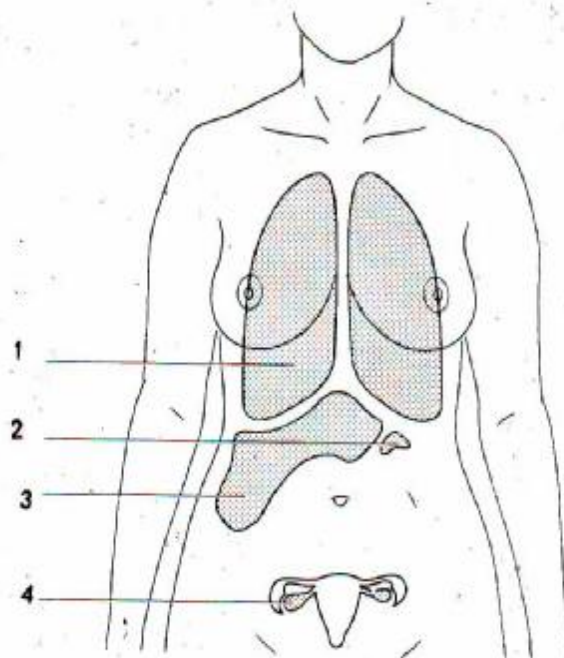
1. Μεσοπλευρικές φλέβες, 2. Διαιττραίνουσες επιφανειακές φλέβες, 3. Άνω επιγαστρική φλέβα, 4. Κάτω επιγαστρική φλέβα, 5. Ωθήκη, 6. Μηριαία φλεβική οδό, 7. Άζυγος φλέβα, 8. Έσω σπονδυλικό πλέγμα, 9. Έξω σπονδυλικό φλεβικό πλέγμα, 10. Οσφυολαγόνιες φλέβες, 11. Κάτω γλουτιαία φλέβα, 12. Μητριαία φλέβα.

(Καμινά)



Συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στα διάφορα τμήματα του μαστού, με θετικούς έως μαστικούς λεμφαδένες.

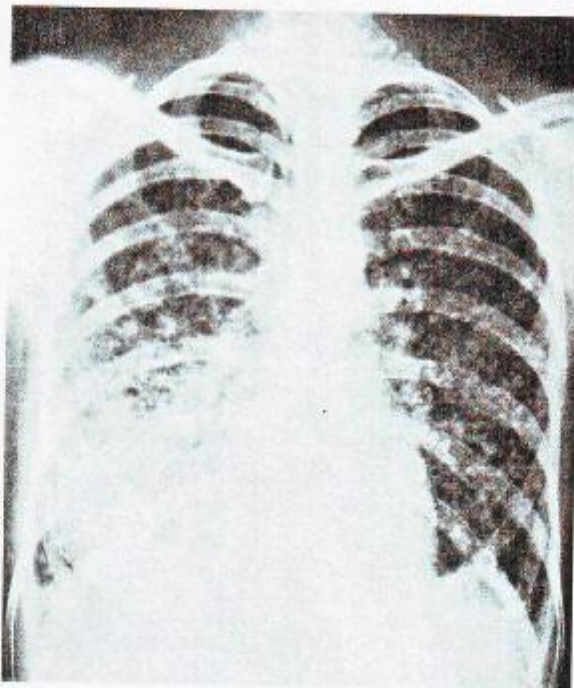
(Haagensen)



**Εντόπιση σπλαχνικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού.**

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

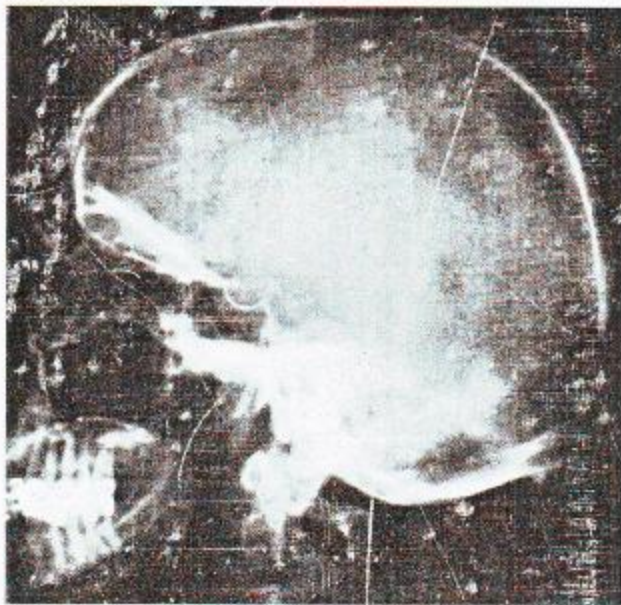
(Gros)



**Ακτινογράφημα.**

Μεταστάσεις στους πνεύμονες.

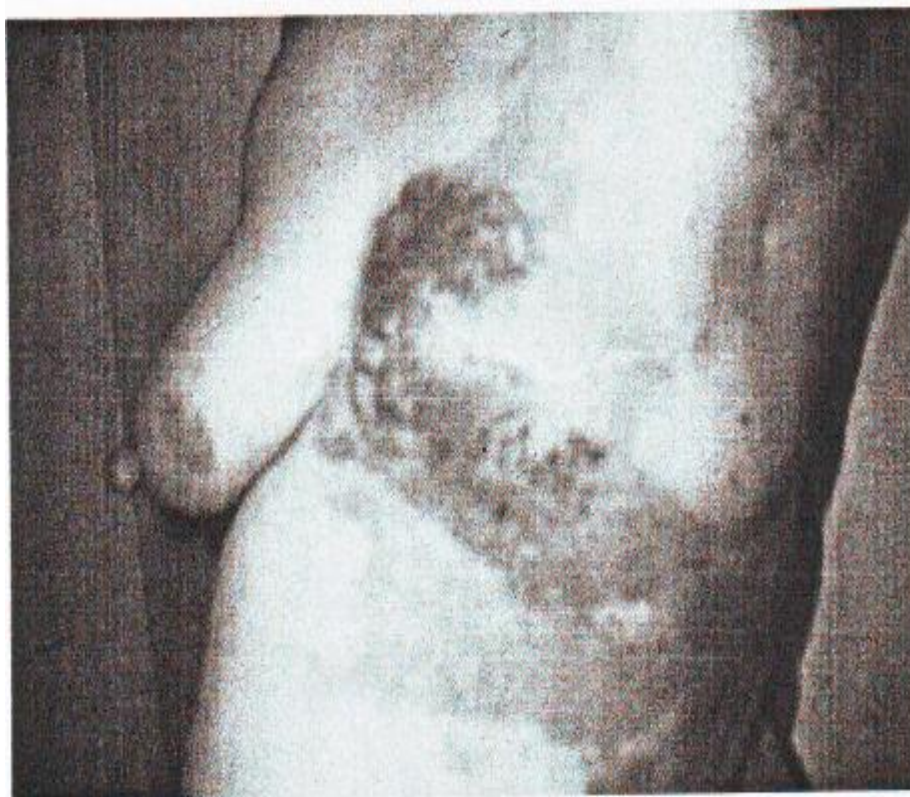
*(Haagensen)*



**Ακτινογράφημα.**

Μεταστάσεις στα οστά του κρανίου.

*(Haagensen)*



Δερματική μετάσταση.



### 3.9) Γενετική επιβάρυνση για Καρκίνο του μαστού

Τα τελευταία χρόνια απομονώθηκαν γονίδια κατασταλτικά ( **BRCA1**, **BRCA2**, αλλά και 3,4,5 κ.τ.λ.). Το **BRCA1** είναι ένα κατασταλτικό γονίδιο, το οποίο φυσιολογικά έχει δύο αλληλούς σε κάθε σκέλος του χρωμοσώματος 17. Το **BRCA1** γονίδιο παράγει πρωτεΐνες, οι οποίες αντιδρούν με τα DNA του πυρήνα του κυττάρου στον μαστό και την ωοθήκη και εμποδίζουν να δημιουργηθεί καρκίνος.

Εάν συμβεί μετάλλαξη σε αυτό το γονίδιο, παράγονται ανώμαλα πρωτεϊνικά προϊόντα, με αποτέλεσμα να χάσει το γονίδιο την κατασταλτική του δραστηριότητα στον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Αυτό το μεταλλαγμένο γονίδιο του **BRCA1** κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα και από την μητέρα, αλλά και από τον πατέρα.

Γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν μεταλλάξεις του **BRCA1** , έχουν κίνδυνο να εμφανίσουν 80 – 90 % καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 80 ετών · ο αντίστοιχος σχετικός κίνδυνος για τις γυναίκες που δεν φέρουν μεταλλάξεις στο **BRCA1** , δηλαδή του φυσιολογικού πληθυσμού, είναι 12,2% για τον καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 80 ετών.

Το **BRCA2** είναι ένα παρόμοιο γονίδιο, το οποίο όμως εδράζεται στο χρωμόσωμα 13 και παρουσιάζει τους ίδιους περίπου κινδύνους για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών, αλλά ακόμη κατηγορείται και για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στους άνδρες. <sup>6</sup>

### 3.10) Εγκυμοσύνη και καρκίνος του μαστού

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 μία 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 του μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου. <sup>18</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### *4.1) Συμπτωματολογία*

Συχνά σήμερα ο καρκίνος του μαστού δεν έχει κάποιες εκδηλώσεις, είναι δηλαδή χωρίς συμπτώματα, και η διάγνωση τίθεται με τη βοήθεια του περιοδικού προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου. Εντούτοις αρκετές γυναίκες παρουσιάζονται με διάφορα συνηθισμένα συμπτώματα, όπως είναι ένα ή περισσότερα οζίδια στον μαστό, αλλοιώσεις του δέρματος και της θηλής, πόνος και ευαισθησία και έκκριση από τη θηλή. <sup>8</sup>

Το « τυπικό» σύμπτωμα του καρκίνου του στήθους είναι ένας όγκος στο μαστό, αν και πολλοί όγκοι δεν είναι κακοήθεις, αλλά αναπτύσσονται εξαιτίας φυσιολογικών ορμονικών αλλαγών ή κάποιου τραυματισμού στο μαστό. Παρ' ότι οι μισοί από τους όγκους στο στήθος σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση καθώς και το 75% των όγκων στο στήθος σε γυναίκες πάνω από 70 ετών είναι κακοήθεις, όσο νεότερη είναι η γυναίκα τόσο πιο πιθανό είναι να πρόκειται για καλοήγη όγκο. <sup>14</sup>

Ο πόνος στο στήθος δεν οφείλεται συνήθως στην ύπαρξη καρκίνου. Μόνο το 6% του συνόλου των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του στήθους έχει πόνο στο στήθος<sup>14</sup>

Σαν ύποπτη θεωρείται η έκκριση από τη θηλή όταν είναι αυτόματη, ετερόπλευρη( παρατηρείται δηλαδή μόνο στον ένα μαστό), όταν παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση, όταν προέρχεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όταν είναι υδαρής, ορώδης, αιματηρή ή οροαιματηρή.<sup>8</sup>

Κάθε φλεγμονώδης εμφάνιση του δέρματος του μαστού σε γυναίκα ηλικίας πάνω από 40 ετών θα πρέπει να θεωρείται φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού μέχρις ότου αποδειχθεί το αντίθετο με τη βοήθεια βιοψίας δέρματος/ μαστού. Επίσης ύποπτη είναι και η ύπαρξη εισολκών ( βαθουλωμάτων) στην επιφάνεια του δέρματος του μαστού. <sup>8</sup>

Είναι επομένως φανερό ότι αν η γυναίκα αντιληφθεί οτιδήποτε από τα παραπάνω θα πρέπει να ανησυχήσει και να συμβουλευθεί τον ιατρό της. Ο έλεγχος αρχίζει με την κλινική εξέταση από γιατρό που διαθέτει εμπειρία στην αντιμετώπιση των παθήσεων του μαστού.<sup>8</sup>

---

#### 4.2.) Κλινική Εικόνα

Παρουσία ψηλαφητής ανώδυνης διόγκωσης ( 70%) αρχικά και σπάνια επώδυνη. Σε προχωρημένα στάδια έχουμε εισολκή της θηλής, καθήλωση του όγκου στο υπερκείμενο δέρμα, τοπικό οίδημα με την μορφή φλοιού « πορτοκαλιού» ( λεμφοίδημα), διάβρωση της θηλής, ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος και εξέλκωση του μαστού.

*Βέβαια σημεία που μας πείθουν ότι έχουμε καρκίνο του μαστού είναι :*

- Γ .Ανώδυνη διόγκωση με τη μορφή ψηλαφητής μάζας στον μαστό.
- Γ .Σύμφυση του όγκου με το δέρμα.
- Γ .Σύμφυση του όγκου με τον μείζονα θωρακικό μυ.
- Γ .Πρόσφατη εισολκή της θηλής.
- Γ .Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες.<sup>16</sup>

#### 4.3) Διάγνωση του Καρκίνου

Η διάγνωση έγκαιρα είναι όπως και για όλους τους καρκίνους το πιο σημαντικό βήμα για τη θεραπεία και την ίαση του ασθενούς. Στις νέες γυναίκες και που η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί συχνό εύρημα, είναι απαραίτητο το υπερηχογράφημα σε όλες τις περιπτώσεις όπου παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων κάποιου ψηλαφητού μορφώματος. Εννοείται βέβαια πως γίνεται αυτοψηλάφηση του μαστού τακτικά ( τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο). Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει καλύτερα το μαστό όσο η ίδια η γυναίκα με τη σωστή αυτοψηλάφηση του στήθους της. Ο έλεγχος με αυτοψηλάφηση είναι ακόμη πιο απαραίτητος για τις γυναίκες μετά τα 40, οι οποίες όμως πρέπει να ελέγχουν το στήθος τους και με μαστογραφία κάθε 2 χρόνια. Σε περίπτωση που απ'τη μαστογραφία υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας πάντα ακολουθεί βιοψία απ'την περιοχή της ύποπτης βλάβης και η οποία επιβεβαιώνει ή όχι τη διάγνωση.

Γενικά η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι εύκολη. Παρόλα αυτά λόγω χαμηλής κουλτούρας και...ντροπής!! Πολλές γυναίκες παραμελούν τυχόν ευρήματα στο στήθος και φτάνουν στο γιατρό σε πολύ προχωρημένο στάδιο. Φυσικά μετά τη διάγνωση ακολουθούν εξετάσεις όπως αξονική θώρακος και αν χρειάζεται και κοιλίας καθώς και σπινθηρογράφημα οστών προκειμένου να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου.<sup>11</sup>

#### 4.4) Διαφορική Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από : Ινώδη κυστική μαστοπάθεια, κύστης μαστού, ινοαδένωμα, θήλωμα του πόρου, διάταση του πόρο, νέκρωση λίπους. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται κατά σειρά συχνότητας με : βιοψία, παρακέντηση. Εξέταση της ασθενούς μετά από 4-6 εβδομάδες.<sup>4</sup>

#### 4.5) Πρόγνωση

Τα κύρια στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η σταδιοποίηση και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του καρκίνου. Όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90 % . Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60% στα 5 έτη αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα 10 χρόνια απ'την διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς έχει φανεί πως οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς θα "απαντήσουν" στην αντιοιστρογονική θεραπεία ενώ λιγότερο από το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς θα έχουν κάποια κλινική "απάντηση" βελτίωσης μετά απ'την αντιοιστρογονική θεραπεία. <sup>11</sup>

#### 4.6) Εκτίμηση της Κατάστασης της Άρρωστης

Στο παρελθόν, πολλοί όγκοι ανιχνεύονταν κατά τη διάρκεια μιας φυσικής εξέτασης, αλλά οι περισσότεροι ανακαλύπτονταν από την ίδια τη γυναίκα ή τον σύντροφό της την ώρα του μπάνιου, όταν ντύνονταν ή κατά τη σεξουαλική επαφή. Σήμερα, πολλοί όγκοι ανακαλύπτονται με τη βοήθεια της μαστογραφίας.<sup>14</sup>

Ακόμα για την εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης μας βοηθούν:

##### 1) Ιστορικό Υγείας

α. Ηλικία

β. Επάγγελμα

γ. Συζυγική κατάσταση

δ. Καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό

ε. Οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού)

**στ.** Προηγούμενη πάθηση μαστού

**ζ.** Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών

**η.** Πρόσφατος θηλασμός

**θ.** Διαιτητικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη)

**2) Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς.**

α) Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα
- Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού
- Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα
- Εισολκή θηλής<sup>18</sup>



Lump



Skin dimpling



Change in skin color or texture



Change in how the nipple looks, like pulling in of the nipple.



Clear or bloody fluid that leaks out of the nipple

#### 4.7) Διαγνωστικές Μέθοδοι

##### *Ιστοληψία*

Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησης του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή, διαφορετική σε κάθε περίπτωση. Οι καλοήθειες επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθειες έχουν ανάγκη από εκτεταμένο ακρωτηριασμό του μαστού, που δεν πρέπει να εκτελείται, όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη.<sup>5</sup>

##### *Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων*

Τους ορμονικούς υποδοχείς τους προσδιορίζουμε, είτε στην πρωτοπαθή εστία του καρκίνου, είτε στις μεταστάσεις, που προκάλεσε, η δε παρουσία τους δείχνει ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο. Το αποτέλεσμα του προσδιορισμού των υποδοχέων εκφράζεται σε **Femtomoles** ( $10^{-5}$  Moles) ανά **mg** κυτταροπλαστικής πρωτεΐνης. Θετικός είναι, όταν είναι πάνω από **7-10 Femtomoles/mg**. Η σημασία του ελέγχου συνίσταται στην κατεύθυνση της ορμονοθεραπείας. Δηλαδή, σε αρνητικό αποτέλεσμα, η ορμονοθεραπεία δεν ωφελεί.<sup>5</sup>

##### **Εισρόφηση**

Η εισρόφηση διενεργείται με τοπική αναισθησία και με βελόνα παρακέντησης, που έχει μεγάλη διάμετρο. Η βελόνα εισάγεται μέσα στη μάζα του όγκου και, όπως είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα, γίνεται εισρόφηση του περιεχομένου της και ύστερα επίστρωσή του σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονιμοποίηση και χρώση του. Η μέθοδος με την παρακέντηση και εισρόφηση δεν είναι μέθοδος εκλογής, γιατί πολλές φορές, ενώ με αυτή παίρνουμε αποτελέσματα αρνητικά, η εξέλιξη των γεγονότων, και μάλιστα ο ιστολογικός έλεγχος με εκτομή της βλάβης, δείχνει το αντίθετο<sup>5</sup>

##### **Ανάτρηση**

Στη μέθοδο αυτή, αντί βελόνας και **trocant** χρησιμοποιούμε τρύπανο. Τότε, είναι δυνατό, να εξασφαλίσουμε καλύτερη δειγματοληψία της βλάβης, για μικροσκοπική της μελέτη. Υπάρχει, όμως φόβος με τη μέθοδο αυτή να διαφύγει η ύπαρξη καρκινικής βλάβης μικρών διαστάσεων.<sup>5</sup>

---

### Παρακέντηση

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

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

Ο κυτταρολογικός έλεγχος του αναρροφούμενου από την κύστη υγρού, δεν αποτελεί αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο, για να κατευθύνουμε την αντιμετώπιση. Απαιτείται συμπληρωματικός έλεγχος.<sup>5</sup>

### Κυτταρολογικός έλεγχος

**Κριτήρια κυτταρικής κακοήθειας:** Αυτά βασίζονται στις μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου, δηλαδή της αύξησης του μεγέθους, της υπερχρωμίας και της ανώμαλης κατανομής της χρωματίνης σε σωρούς, ιδιαίτερα στην περιφέρεια. Επίσης το ακανόνιστο σχήμα των κυττάρων, οι αθροίσεις τους και η απώλεια της ατομικότητάς τους, είναι πρόσθετα κριτήρια κακοήθειας. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι πιο έκδηλες σε προχωρημένες καταστάσεις. Μειονεκτήματα των επιχρισμάτων του μαστού είναι δυνατό να δώσουν ψεύτικα θετικά ( 2%) ή αρνητικά ( 16%) αποτελέσματα, που οδηγούν το χειρουργό σε διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα.<sup>5</sup>

### Βιολογικοί δείκτες

Οι βιολογικοί δείκτες που μας ενδιαφέρουν για τον καρκίνο του μαστού είναι δύο: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο ( CEA) και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και " ογκοαναπτυξιακοί δείκτες ". Από τους δύο δείκτες, αυτός που συχνά χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Οι φυσιολογικές τιμές του είναι 2-5 mg/ml. Πάνω από 5mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού. Οι τιμές μας βοηθούν στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, ψηλές τιμές του σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση, χαμηλές τιμές του υψηλή διαφοροποίηση.<sup>5</sup>

---

### Μαστογραφία

Μαστογραφία είναι η ακτινογραφία του μαστού με ειδικό μηχάνημα που ονομάζεται μαστογράφος. Είναι εξέταση που κατέχει το μεγαλύτερο ποσοστό αξιοπιστίας για την διερεύνηση ύπαρξης καρκίνου του μαστού καθώς και για τον εντοπισμό του σε πρώιμο στάδιο δηλαδή όταν το μέγεθός του είναι λίγα χιλιοστά και μη ψηλαφητός. Στη μαστογραφία ο μαστός τοποθετείται σε ειδική θέση του μηχανήματος σε **profil** και **face** προβολή, συμπιέζεται ελαφρά και η απεικόνιση γίνεται σε φιλμ. Η μαστογραφία δεν πονάει, πρέπει να υπάρξει όμως μία ελαφρά πίεση για καθαρότερη εικόνα. Αν ο μαστός είναι πυκνός τότε χρειάζεται μεγαλύτερη πίεση που μπορεί να προκαλέσει πόνο. Παρ'όλο που η εξέταση γίνεται με ακτίνες, δεν είναι επικίνδυνη αφού, οι σημερινοί μαστογράφοι είναι χαμηλής δόσης καθώς εκπέμπουν πολύ μικρή δόση ακτινοβολίας 0,1-0,2 rad η οποία δεν βάζει σε κίνδυνο την υγεία της γυναίκας.

Η γυναίκα μπορεί να κάνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία εφόσον υπάρχει κάποιος λόγος. Στις ασυμπτωματικές γυναίκες (δηλαδή σε όσες γυναίκες δεν έχουν κάποιο πρόβλημα) η μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται μετά την ηλικία των 40 ετών κάθε χρόνο επειδή μετά την ηλικία αυτή ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει και αν τύχει να αναπτυχθεί καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σημαντικό να διαγνωσθεί σε πολύ πρώιμο στάδιο.<sup>19</sup>

*«Όσο νωρίτερα ανιχνευθεί ο καρκίνος τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση καθώς υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες για καλύτερη και έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου. Η μαστογραφική εξέταση έχει πετύχει τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού σε ποσοστό που κυμαίνεται από 30-50%. Εάν βρεθεί ανωμαλία στη μαστογραφία έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε συμπληρωματικές λήψεις όπως, μεγέθυνση (μεγενθυτική μαστογραφία), ή υποπίεση (spot μαστογραφία)»<sup>18</sup>*

### Προβλήματα στη μαστογραφική απεικόνιση

✓ Παρουσιάζονται μικρές διαφορές στην αντίθεση μεταξύ καρκινικών και υγιών ιστών

✓ Η διαγνωστική αξιολόγηση παρεμποδίζεται από την ύπαρξη θορύβου.

✓ Από τις βιοψίες που συστήνονται μετά από μαστογραφία μόνο ένα μικρό ποσοστό αποδεικνύεται ότι επρόκειτο για κακοήθεια.<sup>19</sup>





*Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία*

*Ενδείξεις: 1) Στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού, 2) Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, 3) Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, 4) Στην διάγνωση καλοήθου όγκου. <sup>5</sup>*



*Θερμογραφία*

Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήθη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.<sup>18</sup>

**Διαφανοσκόπηση**

Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλασματος.<sup>18</sup>

**Υπερηχογράφημα**

Συνήθως μικρής διαγνωστικής αξίας για τις κακοήθειες αφού μας δίνει κυρίως στοιχεία για το εάν πρόκειται για κυστικό ή συμπαγές μόρφωμα. Βέβαια έχει τη σημασία του στην παρακολούθηση των διαστάσεων ύποπτων βλαβών καθώς και στην καθοδήγηση βιοψιών.<sup>11</sup>

**Γαλακτογραφία**

Πρόκειται για ακτινολογική εξέταση με σκιαγραφικό μέσο το οποίο εγχύεται στους γαλακτοφόρους πόρους απ' τη θηλή. Διαγνωστικό και χρήσιμο στα θηλώματα των πόρων τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν εξαλλαγή και καρκινική διήθηση του στρώματος του αδένου.<sup>11</sup>

**Ξηρογραφία**

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση, με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία.<sup>18</sup>

#### 4.8) Μέθοδοι Εξετάσεως του Μαστού

##### 4.8.1) Αυτοεξέταση του Μαστού

Με τον όρο αυτοεξέταση του μαστού εννοούμε την τακτική και συστηματική εξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα, σύμφωνα με την ειδική εκπαίδευση που έχει υποστεί γι' αυτό το σκοπό. Η σποραδική, χωρίς μέθοδο, παρατήρηση ή ψηλάφηση των μαστών δεν είναι αυτοεξέταση.<sup>20</sup>

##### **Ποιες γυναίκες θα πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση:**

- Η αυτοεξέταση πρέπει να αρχίζει από την ηλικία των 20 ετών, λόγω του ότι σε αυτή την ηλικία έχουν διαμορφωθεί πλήρως οι μαστοί.
- Στις γυναίκες μετά τα 40, μαζί με τον τακτικό έλεγχο από τον γιατρό.
- Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται και κατά τη χρονική περίοδο που η γυναίκα είναι έγκυος.
- Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται και από τις ηλικιωμένες γυναίκες
- Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή αφαίρεση όγκου με διατήρηση του μαστού, πρέπει και αυτές να κάνουν τακτικά αυτοεξέταση τόσο στον άλλο μαστό όσο και στον χειρουργημένο.<sup>20</sup>

##### **Κάθε πότε πρέπει να γίνεται η αυτοεξέταση**

- Η αυτοεξέταση συστήνεται να γίνεται μία φορά τον μήνα.
- Για τις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση ο καλύτερος χρόνος για αυτοεξέταση είναι μία βδομάδα μετά την εμφάνιση της έμμηνου ρύσεως.
- Η αυτοεξέταση πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσεως.
- Οι γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια συνίσταται να κάνουν αυτοεξέταση την ημέρα που αρχίζουν καινούριο πακέτο.
- Σ την περίοδο του θηλασμού η γυναίκα είναι καλό να εξετάζει τους μαστούς της αφού ολοκληρώσει ένα πλήρη θηλασμό του νεογνού ή του βρέφους.
- Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση είναι καλό να εξετάζουν τους μαστούς τους κάποια σταθερή ημερομηνία.<sup>20</sup>

### **Τεχνική της αυτοεξέτασης**

**I) Επισκόπηση:** Ο οπτικός έλεγχος των μαστών γίνεται με την βοήθεια ενός καθρέπτη, ο οποίος επιτρέπει να φαίνεται το κορμί από την μέση και πάνω.

Οι μαστοί ελέγχονται για αλλαγές στο:

- μέγεθος και στο σχήμα τους,
  - χρώμα και την υφή του δέρματος,
  - σχήμα και την υφή των θηλών
- και για το αν υπάρχει έκκριση από την θηλή.<sup>20</sup>

Ο έλεγχος γίνεται:

1) Σε όρθια θέση, μπροστά στον καθρέπτη, με τα χέρια χαλαρά κρεμασμένα πλάι στο κορμί.

2) Στη συνέχεια η γυναίκα γυρίζει προς το ένα πλάι και μετά προς το άλλο, παρατηρώντας την έξω επιφάνεια του κάθε μαστού.

3) Με σηκωμένα τα χέρια ψηλά, πάνω από το κεφάλι. Η γυναίκα παρατηρεί πως ακολουθούν την κίνησή τους οι μαστοί, και ιδιαίτερα αν στην επιφάνεια του δέρματος των μαστών προβάλλει κάτι πίσω από αυτήν ή κάτι από μέσα την τραβάει και την ζαρώνει.

4) Με κατεβασμένα τα χέρια και πιέζοντας τα στα πλαϊνά της λεκάνης. Οι αγκώνες πρέπει να είναι λυγισμένοι και να βρίσκονται σε απόσταση από το κορμί. Με την σύσφιξη των μυών των άνω άκρων και του θώρακος μπορεί να διακριθεί αν υπάρχει κάποιος όγκος που συμφύεται με αυτούς.

5) Με τα χέρια στα ισχία, χωρίς να τα σφίγγει δυνατά, όπως προηγουμένως, η γυναίκα σκύβει ελαφρά προς τα εμπρός, έτσι που οι μαστοί να κρέμονται. Σ' αυτή την στάση η γυναίκα παρατηρεί για αλλαγές στο περίγραμμα ή τράβηγμα σε κάποια περιοχή.<sup>20</sup>

**II) Ψηλάφηση:** Η ψηλάφηση μπορεί να γίνει σε όρθια ή σε ύπτια θέση. Η ψηλάφηση γίνεται με τον ίδιο πάντοτε σταθερό τρόπο και με τον μαστό να ελέγχεται από το χέρι της αντίθετης πλευράς.

Για την ψηλάφηση χρησιμοποιείται η παλαμιαία επιφάνεια των τριών μεσαίων δακτύλων και ειδικότερα το τμήμα των δακτύλων από την κορυφή ως την πρώτη άρθρωση. Τα δάκτυλα κατά την ψηλάφηση πρέπει να είναι παράλληλα προς την βάση των μαστών και η ψηλάφηση γίνεται πιέζοντας τα δάκτυλα κάθετα, προς τις πλευρές του θώρακα

Κατά την ψηλάφηση ασκούνται διαδοχικά τρεις διαφορετικοί βαθμοί πίεσης σε κάθε περιοχή που ψηλαφάται. Ο πρώτος βαθμός είναι πιέζοντας ελάχιστα το δέρμα, έτσι ώστε να γίνουν αντιληπτές οι επιφανειακές αλλαγές, αυτές που βρίσκονται κόντα στο δέρμα.

Ο δεύτερος είναι ο ενδιάμεσος βαθμός, που επιτρέπει την ψηλάφηση των μαστών βαθύτερα, και ο τρίτος είναι ο πιο έντονος, για να ελεγχθούν τα τμήματα του μαστού που βρίσκονται κοντά στο θωρακικό τοίχωμα. Με την μεγαλύτερη πίεση η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί μία μικρή ενόχληση, αλλά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να πιέσει τον μαστό της όσο δυνατά μπορεί.<sup>20</sup>





**Εξέταση σε ειδικές συνθήκες**

- Εάν η γυναίκα έχει πρόβλημα όρασης, θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ένα συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο
- Αν η γυναίκα δεν μπορεί να φτάσει με το αντίθετο χέρι την μασχάλη, τότε να προσπαθήσει να κάνει την ψηλάφηση με το χέρι της ίδιας πλευράς.<sup>20</sup>

#### **4.8.2) Κλινική Εξέταση**

##### **Ιατρική Εξέταση**

Η ιατρική εξέταση μπορεί να ανακαλύψει όγκους μικρούς, διαμέτρου 1 εκατοστόπου θεωρείται αρχικό στάδιο. Η έγκαιρη διάγνωση σε αρχικό στάδιο έχει σαν επακόλουθο την μείωση της θνησιμότητας ή την αύξηση της επιβίωσης. Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο μετά τα 35, από ειδικό που θα γνωρίζει εκτός από την ψηλάφηση, την αντιμετώπιση που θα χρειάζεται κάθε περιστατικό. Ο ειδικός θα καθορίσει πόσο συχνά θα γίνεται η ιατρική εξέταση για τις ηλικίες 20-35 ετών. <sup>21</sup>

Η εξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται την 5<sup>η</sup> έως την 10<sup>η</sup> ημέρα, μετά την έναρξη της περιόδου. Η γυναίκα είναι καθιστή με τα χέρια στη μέση. Μετά την επισκόπηση, που γίνεται με δυνατό φως για τυχόν ανωμαλίες του δέρματος των μαστών, της θηλής, αρχίζει η ψηλάφηση από τους υπερκλείδιους χώρους, ακολούθως ψηλαφώνται τα άνω ημίσεια των δύο μαστών, αρχίζοντας από το μη πάσχοντα μαστό, καθώς και οι μαστοί αδρώς. Μετά ψηλαφώνται οι μασχάλες, αφού η γυναίκα αφήσει εντελώς ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο. Ακολούθως η εξεταζόμενη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Ο μαστός έχει επιπεδωθεί και γίνεται ευκολότερη η ψηλάφηση του, με προσοχή μην παραλειφθεί κάποια περιοχή, για να βρεθεί και η παραμικρή ανωμαλία και να αντιληφθεί ο ιατρός την υφή της. Τονίζεται ότι η ίδια η γυναίκα είναι ο καλύτερος ιατρός του μαστού της, επομένως δεν είναι καθόλου ντροπή ο ιατρός να ζητήσει τη βοήθεια της γυναίκας, εάν δεν βρίσκει ένα ογκίδιο, που αυτή εντόπισε στο μαστό της. <sup>7</sup>

#### **4.8.3) Απεικονιστικές Μέθοδοι**

Οι απεικονιστικές μέθοδοι εξετάσεως του μαστού είναι πολύ σημαντικές για τη διάγνωση των παθήσεων του μαστού, ιδίως για τη διάγνωση του καρκίνου. Περιλαμβάνουν κυρίως τη Μαστογραφία, αλλά και το Υπερηχογράφημα των μαστών, την Αξονική και τη Μαγνητική Τομογραφία.

**Η μαστογραφία** είναι η μόνη μέθοδος, η οποία μπορεί να κάνει υποκλινική διάγνωση ενός όγκου στο μαστό. Είναι επίσης η μόνη μέθοδος, η οποία έχει μελετηθεί με τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμασία και έχει βρεθεί ότι υπάρχει ωφέλεια, δηλαδή σώζονται ζωές με την εφαρμογή της.

---



Ο ετήσιος κίνδυνος για να εμφανίσει μια γυναίκα καρκίνο, είναι μία στις τριανταεπτά χιλιάδες μεταξύ γυναικών ηλικίας 30 και 34 ετών και αυξάνεται προοδευτικά για να φθάσει στις μία α' να διακόσιες τριανταπέντε γυναίκες στις ηλικίες 70 με 74 ετών. Επομένως, είναι φανερό ότι χρειάζεται να γίνει μαστογραφία σε ένα πολύ μεγάλο αριθμό γυναικών για να βρεθεί ένας καρκίνος.<sup>7</sup>

**Screening** ονομάζεται η μέθοδος, με την οποία μπορούμε να ξεχωρίσουμε, εξετάζοντας ασυμπτωματικό πληθυσμό, ομάδες που παρουσιάζουν κίνδυνο να πάθουν τη συγκεκριμένη νόσο. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, κύριος στόχος είναι να μειώσουμε την νοσηρότητα, αλλά κυρίως τη θνητότητα, που οφείλεται στον καρκίνο του μαστού. Αυτό επιτυγχάνεται με την έγκαιρη ανακάλυψη ενός όγκου, μετά τη βιολογική αρχή του, αλλά πριν δώσει συμπτώματα. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για **screening** είναι κυρίως η μαστογραφία, αλλά και η κλινική εξέταση του μαστού και η αυτοεξέταση. Μια γυναίκα μπορεί να βρει έναν όγκο 1 cm, ενώ η μαστογραφία έχει τη δυνατότητα να κάνει υποκλινική διάγνωση πριν καν είναι ψηλαφητός ο όγκος και να βρει έναν όγκο σε διάμετρο 4-6 mm ή και λιγότερο.<sup>6</sup>

**Οι υπέρηχοι** έχουν διαγνωστική αξία στη διαφορική διάγνωση κυστικών από συμπαγείς όγκους, κυρίως όμως αυξάνουν τη διαγνωστική ευαισθησία της μαστογραφίας και της κλινικής εξέτασης, ιδίως σε πυκνούς μαστούς.

Οι άλλες απεικονιστικές μέθοδοι, **Αξονική και Μαγνητική τομογραφία**, είναι ακριβές, δεν έχουν μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα και ευρίσκονται υπό έρευνα.<sup>7</sup>

#### **4.8.4) Βιοψία**

Η βιοψία του όγκου μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία ή με γενική νάρκωση. Όταν η βιοψία γίνει με τοπική αναισθησία, η ασθενής περιμένει λίγες μέρες την τελική ιστολογική εξέταση και έτσι μπορεί με το γιατρό της να κουβεντιάσει την προτεινόμενη επέμβαση, η οποία γίνεται σε δεύτερο χρόνο. Αν η βιοψία γίνει με γενική νάρκωση, σαν ταχεία βιοψία, και αν η ασθενής έχει πληροφορηθεί εκ των προτέρων από το γιατρό της τις πιθανές λύσεις ανάλογα με το αποτέλεσμα της βιοψίας, τότε αν χρειάζεται συνεχίζει ο χειρουργός και ολοκληρώνει την τελική μορφή της επέμβασης που απαιτείται στην συγκεκριμένη περίπτωση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που με την ταχεία βιοψία δεν είναι εύκολη μια υπεύθυνη διάγνωση από τον παθολογοανατόμο. Τότε ο χειρουργός δεν προχωρεί, η ασθενής ξυπνά και περιμένει την τελική ιστολογική διάγνωση προκειμένου να αποφασισθεί το τελικό θεραπευτικό σχήμα.<sup>1</sup>

#### **4.8.5) Παρακέντηση**

Η παρακέντηση κυστικού ή συμπαγούς μορφώματος έχει μόνο υποβοηθητικό διαγνωστικό ρόλο, η δε κυτταρολογική εξέταση του υγρού ή των κυττάρων, μόνο υποψία μπορεί να θέσει για κακοήθεια ή καλοήθεια, με κανένα δε τρόπο δεν εμποδίζει τη διενέργεια της χειρουργικής εξαίρεσης ενός ογκιδίου. Άλλωστε είναι σαφές, ότι η παρακέντηση δεν παρουσιάζει την ειδικότητα, που εμφανίζει η ανοικτή βιοψία.

Παρακέντηση μπορεί να γίνει σε περιπτώσεις που θέλουμε να αποφύγουμε την ανοικτή βιοψία, και αυτές οι περιπτώσεις είναι οι κύστεις όπου γίνεται εκκενωτική παρακέντηση, και σε ανεγχείρητες μορφές καρκίνου, όπου δεν επιθυμείται μία ανοικτή βιοψία επειδή υπάρχει κίνδυνος αιματογενούς διασποράς, προς επιβεβαίωση της διάγνωσης.<sup>7</sup>

#### ***4.9) Ο ρόλος του Γυναικολόγου στις παθήσεις του μαστού***

##### **Ο γυναικολόγος πρέπει:**

1) Να συμπεριλαμβάνει την κλινική εξέταση του μαστού, σε κάθε γυναικολογική εξέταση. 2) Να διδάσκει την αυτοεξέταση στη γυναίκα. 3) Να συνιστά, εκεί που επιτρέπεται ή επιβάλλεται, μαστογραφία. 4) Να εκτελεί εφόσον μπορεί, ή να συνιστά μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις. 5) Να ξεχωρίζει και να παραπέμπει σε ειδικά κέντρα τις γυναίκες, που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου. <sup>7</sup>

---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ5<sup>ο</sup>**

### **Όγκοι του Μαστού**

Στο καρκίνωμα του μαστού έχει γίνει σημαντική πρόοδος. Έχει επιβεβαιωθεί ότι οι όγκοι των μαστών προκαλούν μια τοπική αύξηση της θερμοκρασίας από 3 μέχρι 7 ° , γι' αυτόν το λόγο μπορεί να ανακαλυφθεί με θερμογραφία, ή με θερμόμετρο με βεντούζα, ή με ένα υγρό που διαλύουμε στη χοληστερίνη που αλλάζει χρώμα ανάλογα με τη θερμοκρασία. Έχει γίνει κατορθωτό να ανακαλυφθούν με την ακτινογραφία του μαστού όγκοι διαστάσεων 3 mm διαμέτρου, επομένως μη ψηλαφητοί. Επίσης, οι υπέρηχοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν όταν πρέπει να καθορίσουμε αν ένα οζίδιο στο μαστό είναι μια κύστη ή μια συμπαγής μάζα.<sup>22</sup>

#### **5.1) Διάφοροι τύποι όγκων**

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακοί και σπανιότερα μη επιθηλιακοί. Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προέλευσης και ιστολογικές εικόνες, μπορεί να είναι αμιγή ή να συνδυάζονται μεταξύ τους.<sup>6</sup>

#### **Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψέλων. Επίσης είναι δυνατόν να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. <sup>6</sup>

#### **Μυελώδες καρκίνωμα**

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός καλώς περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια, διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις, παρατηρούνται επίσης περιοχές νέκρωσης του όγκου, ενώ σπάνια στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος υπάρχει *in situ* καρκίνωμα. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης.<sup>6</sup>

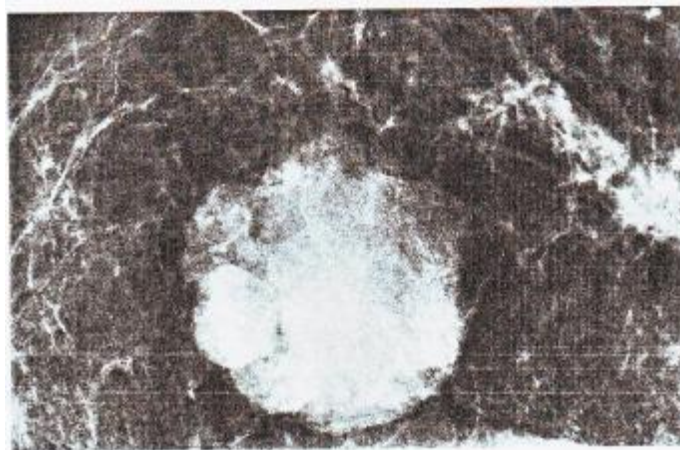
**Λοβιδιακό καρκίνωμα**

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιδιακού διηθητικού καρκινώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως παρατηρούνται διηθήσεις του υποστρώματος υπό την μορφή ενός στίχου κυττάρων, τα οποία είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα. Μερικές φορές τα καρκινωματώδη κύτταρα προσλαμβάνουν χαρακτήρες σφραγιστήρος δακτυλίου. <sup>6</sup>

**Βλεννώδες καρκίνωμα**

Το βλεννώδες καρκίνωμα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους: τυλικό, βλεννοπαραγωγό, λοβιακό και καρκίνωμα από κύτταρα.

Το βλεννώδες καρκίνωμα κλινικά θα το διαγνώσουμε με τη ψηλάφηση και μαστογραφικά από την ύπαρξη σφαιρικής μάζας με ομαλά όρια, που, αν προσέξουμε, θα διαπιστώσουμε, πως υπάρχει κάπου διάσπαση των ορίων της σκιάς της. Σπάνια παρατηρούνται επασβεστώσεις. <sup>17</sup>



Μαστογράφημα.

Βλεννώδες καρκίνωμα.

(Tabar-Dean)

### Σωληνώδες καρκίνωμα

Αυτό λέγεται και καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα, είναι σπάνιο και σε συχνότητα **80%** συνδυάζεται με όλα τα είδη καρκίνου του μαστού. Κλινικά :εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου. Μαστογραφικά : είναι δυνατό να διαγνωστεί, πριν, την κλινική του εμφάνιση, από την ύπαρξη ελασβεστώσεων. Ιστολογικά: χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σωληνωδών βλαστών, που αποτελούνται από ένα στοίχο στρογγυλών ή σε σχήμα αβγού κυττάρων.<sup>17</sup>

### Αδενοκυστικό καρκίνωμα

Είναι πολύ σπάνιος όγκος, οι χαρακτήρες του οποίου είναι παρόμοιοι με το αδενοκυστικό καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων.

Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστες, οι οποίες περιέχουν βλέννα. Η πρόγνωση είναι καλή.<sup>6</sup>

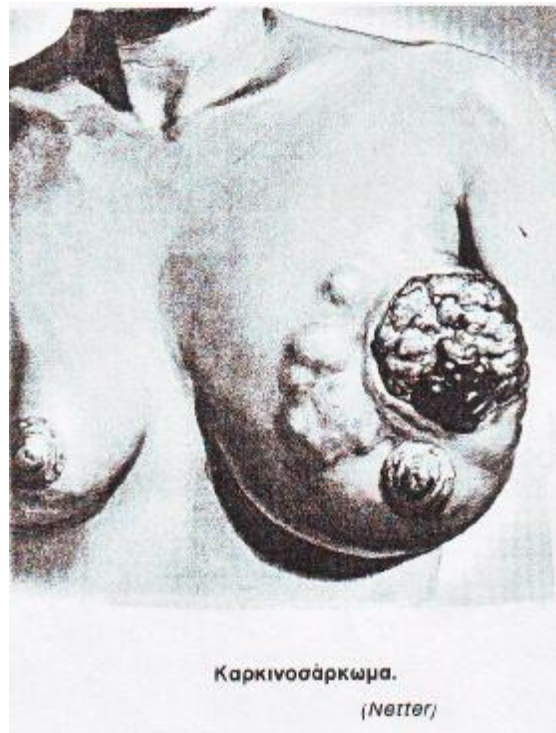
### Θηλώδες καρκίνωμα

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές, χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκινήσεις. Κλινικώς παρουσιάζεται έκκριση από τη θηλή. <sup>6</sup>

### Καρκινοσάρκωμα

Η μορφή αυτή καρκίνου του μαστού απαντάται σε μικρή συχνότητα ( **0,1%** όλων των καρκίνων του μαστού.) και δεν διευκρινίστηκε, αν προέρχεται από εξαλλαγή ιναδενώματος.

Το αδενικό στοιχείο του καρκινοσαρκώματος αποτελείται από χαμηλής διαφοροποίησης καρκινωματώδεις βλάστες και το μεσεγχυματικό στοιχείο του από ατρακτοειδή κύτταρα και πολύμορφα κύτταρα. <sup>17</sup>



### Νόσος του PAGET

Η νόσος του Paget της θηλής αποτελεί το 1% όλων των κακοηθών νεοπλασμάτων. Η βλάβη παρουσιάζεται στην αρχή σαν έκζεμα της θηλής με αθώα μορφή. Η φυσική του εξέλιξη είναι πολύ αργή και για αρκετό διάστημα η δερματική βλάβη παραμένει η μόνη εκδήλωση. Στο τέλος αναπτύσσεται μια ψηλαφητή μάζα κάτω από το δέρμα. Αυτή είναι ο τύπος του κακοήθου όγκου του μαστού με την καλύτερη πρόγνωση αν γίνει έγκαιρη αγωγή. Αυτός είναι ο λόγος που οποιαδήποτε φλεγμονή της θηλής που δε θεραπεύεται σε μια βδομάδα και που παίρνει τη μορφή ενός χρόνιου εκζέματος πρέπει να εξεταστεί προσεχτικά από τον ειδικό. <sup>22</sup>



Ιστολογική εικόνα.  
Κύτταρα του Paget.  
(Haagensen)

### 5.2) Πρόγνωση

Τα κύρια στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η σταδιοποίηση και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του καρκίνου. Όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90%. Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60% στα 5 έτη αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα 10 χρόνια απ'τη διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς έχει φανεί πως σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς πο έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς θα απαντήσουν στην αντιοιστρογονική θεραπεία ενώ λιγότερο απ'το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς θα έχουν κάποια κλινική απάντηση βελτίωσης μετά απ' την αντιοιστρογονική θεραπεία.<sup>11</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **6.1) Θεραπευτικές μέθοδοι**

Για τη θεραπεία των νεοπλασιών του μαστού τον πιο σημαντικό ρόλο τον παίζει η χειρουργική. Η πρώτη ιστορική αναφορά καρκινώματος μαστού ανέρχεται στο 3000- 2500 π.χ. Μέχρι τον πρώτο αιώνα δεν βρέθηκαν συγκεκριμένες αναφορές σε αυτή τη νόσο κι αυτό λείπει επίσης και από το **Corpus Hippocraticum** που αποτελεί το πιο πλήρες σύγγραμμα των ιατρικών γνώσεων της ελληνο-ρωμαϊκής εποχής. Μόνο όταν ξεκαθαρίστηκε ότι η νόσος εμφανίζεται σε ένα σημείο του οργανισμού που διαχωρίζεται αρκετά από γενικές διαταραχές καθορίστηκε τελικά η διόρθωση με τοπική χειρουργική επέμβαση.<sup>22</sup>

Σήμερα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη τέσσερις θεραπευτικές μέθοδοι, που έχουν περάσει τη δοκιμασία του χρόνου και έχουν αποδειχθεί ευεργετικές για τις ασθενείς : η χειρουργική, η χημειοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία.

Υπάρχουν επίσης σε ερευνητικό ακόμα επίπεδο πολλά προγράμματα όπως εμβόλια, γονιδιακά φάρμακα, ανοσοθεραπείες κ.λ.π. Ίσως και κάποιο από αυτά να κρύβει το μυστικό της θεραπείας του καρκίνου του μαστού.<sup>15</sup>

#### **6.1.1)Χειρουργική θεραπεία**

**α)** Ριζική μαστεκτομή : Αφαίρεση ολόκληρου μαστού, θωρακικών μυών, καθαρισμός μασχάλης- μικρή υποτροπή 10 – 15%

**β)** Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Ριζική μαστεκτομή και αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής

**γ)** Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Αφαίρεση μαστού, αφαίρεση περιτονίας του μείζονα θωρακικού και καθαρισμός μασχάλης

**δ)** Απλή μαστεκτομή : Αφαίρεση μαστού χωρίς καθαρισμό μασχάλης επιδητημένες λεμφαδένες και ακτινοθεραπεία

**ε)** Τμηματική μαστεκτομή: Καθαρισμός μασχάλης και αφαίρεση πρωτοπαθής εστίας ή εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου και ακτινοθεραπεία. <sup>6</sup>



**¶ Ενδείξεις της Μαστεκτομής**

Ø Το κακό κοσμητικό, εάν γίνει διατήρηση του μαστού ( πολυκεντρική ανάπτυξη των όγκων, κεντρική ανάπτυξη του όγκου, μεγάλος όγκος με μικρό μαστό, εκτεταμένο *in situ* καρκίνωμα και άλλα).

Ø Καρκίνος, κατά τη διάρκεια της κύησης και.

Ø Όταν η γυναίκα είναι επιβαρημένη με **BRCA** μετάλλαξη, όπου ίσως η ενδεδειγμένη εγχείρηση είναι αμφοτερόπλευρη μαστεκτομία. <sup>6</sup>

**6.1.1.α) Ο ρόλος της Πλαστικής Χειρουργικής στον καρκίνο του μαστού**

Με δεδομένη τη τεράστια συμβολική και ψυχολογική σημασία που έχει ο μαστός για τη γυναίκα, δεν είναι περίεργο το γιατί αποδίδεται τόση σημασία όχι μόνο στην επέμβαση, αλλά και στο αισθητικό αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης.

Το βασικό πλεονέκτημα των συντηρητικών χειρουργικών επεμβάσεων είναι η διατήρηση του μαστού χωρίς να επηρεάζεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αν όμως για διάφορους λόγους επιλεγεί να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και η γυναίκα χάσει το μαστό της υπάρχουν διαθέσιμες δύο μέθοδοι για να επιτευχθεί ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.

⊖ Τοποθέτηση πρόθεσης

⊖ Χρήση μυοδερματικού κρημνού

Η επέμβαση πλαστικής αποκατάστασης είναι δυνατόν να γίνει είτε κατά την αρχική επέμβαση είτε μετά από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η κάθε μέθοδος έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της που θα πρέπει να συζητούνται με τον πλαστικό χειρουργό πριν την επέμβαση αποκατάστασης.<sup>8</sup>

### **6.1.2) Ακτινική θεραπεία**

Κάθε γυναίκα που επιλέγει την αφαίρεση μόνο του όγκου πρέπει να κάνει στη συνέχεια θεραπεία με ακτινοβολία, ώστε να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ίσως έχουν απομείνει μετά την εκτομή. Οι πιθανότητες να επανεμφανιστεί η νόσος έπειτα από ογκεκτομή χωρίς ακτινοθεραπεία είναι 40%, ενώ αν γίνει ακτινοθεραπεία, το ποσοστό μειώνεται στο 10%. Η θεραπεία με ακτινοβολία γίνεται πολλές φορές και μετά την ολική μαστεκτομή, προκειμένου να καταστραφούν τα καρκινικά κύτταρα που ίσως υπάρχουν ακόμα στους συνδετικούς ιστούς.

Μερικές φορές, η εξωτερική ακτινοθεραπεία συμπληρώνεται με την εμφύτευση ελαστικών σωλήνων με ραδιενεργό υλικό στο μαστό. Με αυτό τον τρόπο, η ακτινοβολία παρέχεται στο ακριβές σημείο του καρκινώματος χωρίς να βλάπτονται παράλληλα οι περιβάλλοντες ιστοί.

Οι παρενέργειες που οφείλονται στην ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν ανορεξία και ναυτία, πρήξιμο και ερυθρότητα του μαστού που είναι πιθανό να συνεχιστούν ακόμα και μήνες μετά το πέρας της θεραπείας- εξάντληση, πόνο στους μυς και μεγάλη ευαισθησία στο ηλιακό φως. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι θεραπείες με ακτινοβολία καθεμία από τις οποίες διαρκεί λίγα μόνο λεπτά είναι απαραίτητο να γίνονται 5 φορές την εβδομάδα για 6 περίπου εβδομάδες.<sup>14</sup>

### **6.1.3) Χημειοθεραπεία**

Η χημειοθεραπεία αποτελεί συστηματική θεραπεία των νεοπλασμάτων, δηλαδή έχει πρόσβαση μέσω της κυκλοφορίας του αίματος στα καρκινικά κύτταρα και οπουδήποτε στον οργανισμό με εξαίρεση τα ανοσολογικά προνομιακά όργανα, όπως είναι ο εγκέφαλος κ.α. Χημειοθεραπεία χορηγείται: **α)** για την ίαση ορισμένων καρκίνων όπως πολλοί παιδιατρικοί όγκοι και μερικοί όγκοι των ενηλίκων. **β)** για την ανακούφιση συμπτωμάτων σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνωμα. **γ)** για την ελάττωση πιθανότητας υποτροπής μετά από χειρουργική εκτομή και την επακόλουθη βελτίωση του προσδόκιμου επιπέδου. **δ)** για την εκτέλεση λιγότερο ακρωτηριαστικών επεμβάσεων στα πάσχοντα όργανα όπως ο λάρυγγας, ο οισοφάγος, ο μαστός κ.λ.π. Οπότε η χημειοθεραπεία χορηγείται συνηθέστερα από την ακτινοβολία για την σωτηρία του οργάνου.<sup>23</sup>

#### **6.1.4.) Ορμονοθεραπεία**

Αν ο όγκος εκφράζει στα κύτταρα του ορμονικούς υποδοχείς τότε σημαίνει πως είναι πιο διαφοροποιημένος αλλά και ευαίσθητος στις ορμονικές θεραπείες. Σε ποσοστό 60% απαντούν θετικά στην αντιοιστρογονική θεραπεία οι όγκοι με θετική την ανίχνευση ορμονοϋποδοχέων ενώ σε ποσοστό μικρότερο από 10% απαντούν θετικά εκείνοι με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς.

Σε θεραπευτική αντιμετώπιση και μετά από την επέμβαση η ορμονοθεραπεία συνδυάζεται με την χημειοθεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιείται συνήθως το **tamoxifen**. Το **tamoxifen** δίνεται σε δόση 10 mg δύο φορές ημερησίως. Προκαλεί ως παρενέργειες εμετό, ναυτία και δερματικές εκδηλώσεις. Άλλα αντιοιστρογονικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι το **diethylstilbestrol**, το **magestrol acetate**, το **aminoglytethimide**. <sup>11</sup>

#### **6.2) Αποκατάσταση**

Οι περισσότερες γυναίκες μετά την μαστεκτομή προσαρμόζονται ψυχολογικά και εξυπηρετούνται με εξωτερικό ψεύτικο μαστό, για να διατηρούν την σιλουέτα τους. Υπολογίζεται ότι πάνω από 50% των ασθενών προσαρμόζονται και δεν ενδιαφέρονται για επεμβάσεις αποκατάστασης μετά την μαστεκτομή. Ο χρόνος που απαιτείται για την εκτέλεση μιας πλαστικής αποκατάστασης, εξαρτάται από την παθολογία για την οποία χειρουργήθηκε η γυναίκα. Αν δηλαδή ο καρκίνος ήταν πολύ μικρός μη διηθητικός, η αποκατάσταση επιτρέπεται να γίνει αμέσως μετά ή και κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής επέμβασης. Αν όμως χρειάζεται να γίνει μια τροποποιημένη μαστεκτομή και μάλιστα να ακολουθήσουν διάφορα άλλα συμπληρωματικά θεραπευτικά σχήματα, όπως ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία, τότε θα πρέπει να μεσολαβήσει κάποιος χρόνος. Αυτό είναι απαραίτητο για να συνέλθουν οι ιστοί που θα χρησιμοποιηθούν στην πλαστική. <sup>1</sup>

6.3) Πως γίνεται η παρακολούθηση της γυναίκας που έχει υποβληθεί σε θεραπεία για καρκίνο του μαστού

**Η παρακολούθηση περιλαμβάνει περιοδικό κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Αν και ο τρόπος παρακολούθησης διαφέρει από άρρωστη σε άρρωστη γενικά συνιστάται το ακόλουθο σχήμα:**

• **Περιοδική κλινική εξέταση στους 3, 6, 9 και 12 μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Στη συνέχεια και για τα επόμενα 4 χρόνια η κλινική εξέταση συνιστάται να γίνεται ανά εξάμηνο και μετά το 5<sup>ο</sup> έτος ανά 12μηνο. Στην κλινική εξέταση γίνεται έλεγχος της περιοχής της μαστεκτομής ή του εναπομένου μαστού, ψηλάφηση των λεμφαδένων, της κοιλιάς, εξέταση θώρακα και οστών. Ιδιαίτερη προσοχή αποδίδεται σε ορισμένα σημεία και συμπτώματα όπως εμφάνιση όγκων, βήχα ή δύσπνοιας, πόνου στα οστά ή στο θώρακα, απώλειας βάρους, ανορεξίας κ.λ.π.**

• **Στις εργαστηριακές εξετάσεις συμπεριλαμβάνονται:**

- **Η ακτινογραφία θώρακα**
- **Η γενική εξέταση αίματος**
- **Ασβέστιο, γαλακτική δευδρογενάση ( LDH) και αλκαλική φωσφατάση**
- **Μαστογραφία**
- **Αξονική τομογραφία ή υπερηχογράφημα ήπατος**
- **Σπινθηρογράφημα οστών**

**Γενικά οι 4 πρώτες εξετάσεις συνιστώνται να γίνονται μια φορά το χρόνο, ενώ η ανάγκη για τις δύο τελευταίες εξετάσεις θα πρέπει να εξατομικεύεται στην κάθε ασθενή.**

**Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκίνος του μαστού θεωρείται σαν παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση και νέου καρκίνου μαστού στην ίδια γυναίκα. Ο κίνδυνος αυτός έχει υπολογιστεί σε περίπου 1% ανά έτος. Εντούτοις ο κίνδυνος να εμφανίσει η γυναίκα αυτή άλλης μορφής καρκίνο είναι μεγαλύτερος από τον κίνδυνο εμφάνισης και δεύτερου καρκίνου του μαστού. Ειδικά οι γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία με tamoxifen θα πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικό γυναικολογικό έλεγχο, επειδή στις περιπτώσεις αυτές έχει αναφερθεί αυξημένη συχνότητα καρκίνου του ενδομητρίου.**

**Όσον αφορά τους καρκινικούς δείκτες ( CEA, CA 15-3), ο ρόλος τους στην παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού δεν έχει διευκρινιστεί. Θα πρέπει να τονισθεί ότι εκτός από τις παραπάνω εξετάσεις και η ίδια η γυναίκα θα πρέπει να παρακολουθεί περιοδικά τον (ή τους) μαστό ( -ους) της και την περιοχή της προηγούμενης επέμβασης, στα πλαίσια της περιοδικής αυτοεξέτασης. <sup>8</sup>**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>***ΠΡΟΛΗΨΗ***7.) Εισαγωγή**

Ο καρκίνος, που αποτελεί την αιτία ενός τετάρτου όλων των θανάτων στην Ε.Ε., είναι πάντοτε στις προτεραιότητες των εθνικών προγραμμάτων υγείας. Κατά τις πρόσφατες δεκαετίες υπήρξε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας λόγω καρκίνου, καθώς η επίπτωση του και η μέση ηλικία του πληθυσμού αυξήθηκε. Τα στοιχεία δείχνουν ένα ετήσιο ρυθμό της τάξης των 1.300.000. νέων περιπτώσεων καρκίνου και 840.000. θανάτων εξαιτίας του στην Ε.Ε. Η μέση ηλικία στην οποία γίνεται η διάγνωση του καρκίνου ανέρχεται στα 65 έτη στην Ε.Ε. Αναμένεται ότι η θνησιμότητα θα αυξηθεί κατά τα επόμενα 15 χρόνια, εάν δεν υπάρξουν στρατηγικές για την καταπολέμηση, που να περιλαμβάνουν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης και θεραπείας.

Το 1999, περίπου 1.220.000. Αμερικανοί διαγνώστηκαν με διηθητικό καρκίνο και πάνω από 500.000 Αμερικανοί πέθαναν από αυτόν. Είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Οι σύγχρονες στρατηγικές ελέγχου της νόσου περιλαμβάνουν την

<sup>3</sup> Πρόληψη ( πρωτογενής πρόληψη )

<sup>3</sup> Πρώιμη διάγνωση ( δευτερογενής πρόληψη )

<sup>3</sup> Θεραπεία<sup>24</sup>

**7.1) Πρωτογενής Πρόληψη**

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

<sup>3</sup> Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψη του.

<sup>3</sup> Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων

<sup>3</sup> Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς.<sup>9</sup>

### 7.2) 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 εξέλιξης του- και να αντιμετωπιστεί αμέσως. Η ανίχνευση στο «λανθάνον», δηλαδή ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό 2. Γενική φυσική εξέταση 3. Ορθοσιγμοειδοσκόπηση 4. Πλήρης γυναικολογική εξέταση 5. Εξέταση μαστού 6. Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ/γική εξέταση 7. Αιματολογικές εξετάσεις κ.α.λ.<sup>9</sup>

### 7.3) Πληθυσμιακός Έλεγχος

Αποτελεσματικότητα στηρίζεται σε:

<sup>3</sup> Η ασθένεια πρέπει να θεωρείται σημαντικό πρόβλημα υγείας

<sup>3</sup> Πρέπει να υπάρχει μια περίοδος όπου η νόσος είναι ανιχνεύσιμη σε ένα ασυμπτωματικό άτομο

<sup>3</sup> Η θεραπεία της διαγνωσμένης νόσου πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων πρέπει να προσφέρει πλεονεκτήματα συγκρινόμενα με αυτά της θεραπείας της συμπτωματικής νόσου και

<sup>3</sup> Ένας πληθυσμιακός έλεγχος πρέπει να είναι οικονομικά ανεκτός.<sup>24</sup>

### 7.4) Δίκτυο Πληθυσμιακού Ελέγχου

Σκοπός

<sup>3</sup> Την εξασφάλιση εμπειρίας για εκείνες τις χώρες χωρίς υπηρεσίες πληθυσμιακού ελέγχου

<sup>3</sup> Την ανεύρεση μεθόδων υλοποίησης του στα εθνικά συστήματα υγείας

<sup>3</sup> Την δημιουργία σχέσεων για ανταλλαγή πληροφοριών και συμβουλών μεταξύ των μελών των κρατών και κυρίως

<sup>3</sup> Την ανάπτυξη οδηγιών για την καλύτερη χρήση αυτού.<sup>24</sup>

### **7.5) Δυσκολίες**

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μία από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο χρόνου κ.α. 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 κ.α.<sup>8</sup>

### **7.6) Συμπεράσματα**

Ο καρκίνος του μαστού είναι μία κοινή ασθένεια με έναν μεγάλο αριθμό θανάτων στον γυναικείο πληθυσμό. Ο μαστογραφικός πληθυσμιακός έλεγχος που στοχεύει στην πρόωπη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, μπορεί να ανιχνεύσει αυτόν σε μια ιάσιμη φάση και οι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο πληθυσμιακός έλεγχος μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα του. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων, π.χ. ο ρυθμός συμμετοχής, ο αριθμός ανίχνευσης του καρκίνου, η κατανομή του σταδίου και ο ρυθμός ενδιάμεσων καρκίνων από εμπειρία στην υπηρεσία του πληθυσμιακού ελέγχου, έδειξε ότι ικανοποιητικά αποτελέσματα μπορούν να αποκτηθούν μόνο όταν υπάρχει πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας και οι απαιτήσεις της φυσικο-τεχνικής ποιοτικής ασφάλειας είναι αυστηρά ελεγχόμενες και οι ενεχόμενοι ιατροί και μη επαγγελματίες έχουν υψηλή ικανότητα στον τομέα το Π.Ε.<sup>24</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

#### 8) Εισαγωγή

Η φαινομενολογική ανάλυση του σώματος που μας παρέχει ο *Sartre* και ο *Maurice Merleau-Ponty*, αποκαλύπτει μία θεμελιώδη διάκριση ανάμεσα στο σώμα σαν ύπαρξη και στο σώμα σαν αντικείμενο- εργαλείο μέρος μιας φυσιολογίας. Αυτού του είδους η ανάλυση διακηρύσσει ότι (α) το σώμα δεν ορίζεται με σαφήνεια σαν σώμα με την στενή έννοια του βιολογικού οργάνου (β) η σχέση μας με το σώμα μας σαν ύπαρξη είναι υπαρξιακή σχέση κυρίως και όχι σχέση κτήσης αντικειμένου. Δεν κατέχουμε το σώμα μας, είμαστε στο σώμα μας. (γ) Δεν υπάρχει ξέχωρο το εγώ σαν άτομο από το σώμα, και (δ) το σώμα σαν ύπαρξη παρουσιάζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που είναι απαραίτητα για να εκφραστεί το πνεύμα του ατόμου.

Ο *Merleau Ponty* αναφέρει ότι « δεν φέρνω μαζί ή ταυτόχρονα καθένα από τα σημεία του σώματός μου. Η μοναδικότητα του μεταφράζεται με μια κίνηση σαν όλο μια φορά και για πάντα μέσα μου». Η εικόνα του σώματος είναι η πλήρης επίγνωση της θέσης του ατόμου στον πραγματικό κόσμο των αισθήσεων, είναι μία « φόρμα». Αυτή η φόρμα είναι δυναμική και ανταποκρίνεται διαρκώς στον έξω κόσμο.

Το σώμα που αλλάζει με μία ασθένεια αυτόματα λοιπόν χαλάει όλες τις προαναφερθείσες ισορροπίες. Όταν το σωματικό είδωλο τροποποιείται δεν είναι πια ένα ανοικτό και διαλλακτικό σύστημα με τον έξω κόσμο, διότι κάποιες ενέργειες δεν μπορούν πλέον να επιτελεστούν. Αυτόματα επειδή το σώμα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το πνεύμα, το πνεύμα του ατόμου αποδιοργανώνεται και δέχεται την απειλή από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.<sup>20</sup>



### **8.1) Άσχημες και Δυσάρεστες ειδήσεις « Ανακοίνωση»**

Με τον όρο "άσχημες " ή "δυσάρεστες" ειδήσεις εννοούμε κάθε πληροφορία που μπορεί να μεταβάλει προς το χειρότερο την ιδέα που έχει ο άρρωστος για το μέλλον του. Η αναγγελία μιας διάγνωσης καρκίνου ή η ανακοίνωση του θανάτου ενός ασθενούς στους οικείους του είναι τα πιο χτυπητά παραδείγματα δυσάρεστων ειδήσεων που έρχονται στο νου μας.<sup>25</sup>

ΎΠοιος θα κάνει την ανακοίνωση: Γενικά η ευθύνη της αναγγελίας ανήκει στον θεράποντα γιατρό, αυτόν που έκανε τις απαραίτητες διαγνωστικές ενέργειες και έχει αναπτύξει ήδη μια θεραπευτική σχέση με τον πάσχοντα.<sup>25</sup>

ΎΤι θα περιλαμβάνει η ανακοίνωση: Είναι αυτονόητο ότι για να μιλήσουμε για μια σοβαρή διάγνωση, όπως ο καρκίνος, πρέπει να έχουμε στα χέρια μας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Στην περίπτωση αυτή ο άρρωστος πρέπει να ξέρει ότι υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα, ότι μέσα στις ενδεχόμενες διαγνώσεις περιλαμβάνεται και η κακοήθεια και ότι η επέμβαση είναι απαραίτητη και μπορεί να έχει και θεραπευτικό χαρακτήρα.<sup>25</sup>

### **8.2) Ψυχολογικά και Συναισθηματικά Προβλήματα**

Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών γιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς.<sup>26</sup>

Ο φόβος της υποτροπής είναι πάντα παρών. Και αυτοί που θεραπεύτηκαν, ποτέ δεν ξεχνούν τελείως ότι είχαν καρκίνο- αν βέβαια το ήξεραν – και ποτέ δεν χάνουν το φόβο μιας νέας μετάστασης.<sup>27</sup>

Οι άρρωστοι με καρκίνο δοκιμάζουν ένα διαπροσωπικό δίλημμα. Από το ένα μέρος, έχουν ανάγκη να συζητήσουν τα συναισθήματά τους με αγαπημένα τους πρόσωπα και από το άλλο, φοβούνται την απόρριψη. Ο φόβος της αποξένωσης και απαλλοτρίωσης από τα δικά τους πρόσωπα, μπορεί να είναι μεγαλύτερος και από τον φόβο του θανάτου.<sup>27</sup>

### 8.3) Μηχανισμοί Προσαρμογής και Αντιμετώπισης του Καρκίνου του Μαστού

Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι : **α) Άρνηση** . Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. **β) Μαχητικότητα** . Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί. **γ) Στωική Αποδοχή** . Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση, δεν αναζητούν πληροφορίες. **δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος /θλίψη** . Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. **ε) Απελπισία/ Αβοηθητότητα** . Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα.<sup>28</sup>

### 8.4) Επίλογος

Η κατά μέτωπο αντιπαράθεση με το φόβο, τον πανικό, το άγχος, την ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον, με την πιθανότητα θανάτου, όπως την ζουν τα άτομα με καρκίνο, αγγίζει θεμελιώδη υπαρξιακά προβλήματα. Οι καρκινοπαθείς υποχρεώνονται να αναθεωρήσουν τους στόχους και τις προτεραιότητες στη ζωή τους και να αναρωτηθούν για το νόημα της υπαρξής τους. Γιατί να μην ελπίζουμε τότε πως θα βρουν την θέληση να αγωνιστούν για τη ζωή τους και να εξασφαλίσουν την ομοιοστατική ισορροπία ψυχής και σώματος, που τόσο επικίνδυνα κάποτε διαταράχθηκε.<sup>29</sup>

Οι έρευνες πολλών ετών κατέδειξαν ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην αποκατάσταση των ασθενών αυτών. Και ότι το έργο αυτό είναι ορθότερο να γίνεται από τους ίδιους τους θεράποντες που λαμβάνουν την καθαρά βιολογική θεραπεία, εκτός από ένα μικρό αριθμό ασθενών για τις οποίες απαιτείται συνεργασία ειδικών.<sup>28</sup>

---

## Πίνακας 1

Σύνοψη των στοιχείων που υπάρχουν σχετικά με τα παιδικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά ατόμων που παθαίνουν καρκίνο	
<b>A. Ψυχαναλυτικά - Ψυχοδυναμικά δεδομένα</b>	
Ca μαστού : συγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο	Tarlou και Smallheiser 1951
Ca τραχήλου μήτρας : συγκρούσεις κατά το γεννητικό στάδιο	» »
«Παθητική αυτοκτονία», από κατάθλιψη και ενσχές	Bacon και συν. 1952
Ψυχική απομόνωση, τάση για αυτοκαταστροφή	Achte και συν. 1970.
Αυτοκαταστροφική διάθεση	Ρηγάτος και Κάλπου - Ρηγάτου 1981
Δυσχέρεια διαπροσωπικών σχέσεων, προκτοσαδιστικές τάσεις	Achte και συν. 1970 Booth 1973 a,b.
<b>B. Διαταραχή γυναικείου ρόλου σε γυναίκες με Ca</b>	
Διαταραχή γυναικείου ρόλου. Αυξημένες ευθύνες κατά την παιδική ηλικία	Reznikoff 1955
Διαταραχή στις ετερόφυλες ωθήσεις	Renneker και συν. 1963
Τάση να μη κάνουν παιδιά	Beck και συν. 1975
Προβλήματα σεξουαλικής ζωής. Αυξημένα προβλήματα κατά τον τοκετό και κατά τον θηλασμό (Amazon complex).	Becker 1979
<b>Γ. Καταθλιπτική προσωπικότητα</b>	
Κατάθλιψη, που διευκολύνει τις νεοπλασματικές διαδικασίες	Fras και συν. 1967 Kerr και συν. 1969
Αμετάκλητη απελπισία, αίσθηση αβοήθητου (Hopelessness and helplessness syndrome)	Bahnon και Bahnon 1969. Baltrusch 1969 Le Shan 1966, 1977 Schmale και Iker 1966a,b, 1971).

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Η** Έρευνα αυτή έγινε με σκοπό, για να καταγράψει τις ιδέες και τις απόψεις, σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, γυναικών διαφόρων ηλικιών από ( 17-60) και οι οποίες δεν έχουν παρουσιάσει στην μέχρι τώρα πορεία της ζωής τους κάποια κακοήθη πάθηση του μαστού.

Κύριος στόχος μου στην έρευνα αυτή είναι να διακρίνω στο «1<sup>ο</sup> μέρος» τον βαθμό κινδύνου που παρουσιάζουν οι γυναίκες αυτές, στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό με βάση τους παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται στην πρωτογενή πρόληψη. Και να διαπιστώσω στο «2<sup>ο</sup> μέρος» ποιες είναι οι γνώσεις των γυναικών αυτών για την δευτερογενή πρόληψη, και εάν είναι επαρκείς, καθώς και εάν υπάρχει επαρκής ενημέρωση για την δευτερογενή πρόληψη προς τις γυναίκες αυτές.

Σαν εργαλείο πληροφόρησης, χρησιμοποιήθηκε προσωπικό ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου, το οποίο συμπληρώθηκε από 100 γυναίκες, διαφόρων ηλικιών, από τις περιοχές της Αττικής: Κορυδαλλό, Αγία Βαρβάρα, Άγιοι Ανάργυροι, Αιγάλεω, Καλλιθέα, Σαλαμίνα, Κερασίνη, Αθήνα, Πέραμα, Χαϊδάρι, Πετρούπολη. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διήρκησε 1 μήνα και η έρευνα μου έγινε τον Ιούνιο του 2006.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρονται πιο αναλυτικά με γραφήματα παρακάτω. Συνοπτικά διαπιστώθηκε ότι: στο «1<sup>ο</sup> μέρος» οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μικρά ποσοστά επικινδυνότητας, στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό με βάση τους παράγοντες κινδύνου που αναφέρονται στην πρωτογενή πρόληψη. Και στο «2<sup>ο</sup> μέρος» διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των γυναικών για την δευτερογενή πρόληψη καθώς και η ενημέρωση που δέχονται δεν είναι επαρκείς. Παρ' όλαυτα διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών κάνουν τους αναγκαίους ελέγχους για την υγεία τους και δεν αμελούν προς αυτήν. Στηριζόμενη πάντα στα αποτελέσματα της έρευνας μου.

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

### Τα εργαλεία της έρευνας:

Για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων της έρευνας, έγινε χρήση ενός ερευνητικού εργαλείου που είναι το ερωτηματολόγιο.

**Ερωτηματολόγιο:** είναι αποτελούμενο από ερωτήσεις κλειστού τύπου για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποσοτικοποίηση των απαντήσεων, χωρίς ταυτόχρονα να χαθεί πληροφορία από τις απαντήσεις και τις τάσεις των ερωτηθέντων.<sup>31</sup>

«Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου, διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα, στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων».<sup>32</sup>

### *Αξιοπιστία- Έγκυρότητα*

Οποιαδήποτε διαδικασία συγκέντρωσης πληροφοριών κι αν επιλεγεί, πρέπει να υπολογιστεί σε τι βαθμό είναι πιθανό να είναι αξιόπιστη και έγκυρη. Έτσι αξιοπιστία είναι «ο βαθμός στον οποίο ένα τεστ ή μία διαδικασία παράγει ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σε όλες τις περιπτώσεις». Γενικώς ένα εργαλείο μέτρησης είναι αξιόπιστο, εφόσον τα αποτελέσματα είναι σταθερά σε επαναληπτικούς ελέγχους.<sup>31</sup>

«Η εγκυρότητα είναι ο έλεγχος του κατά πόσο, ένα θέμα μετρά ή περιγράφει αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μετρά ή να περιγράφει».<sup>32</sup>

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της παρούσας έρευνας εξασφαλίστηκε με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια:

{ Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού

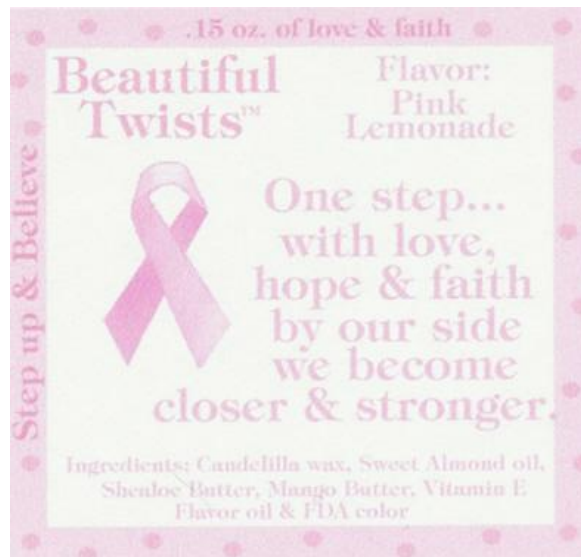
{ Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν αφού το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συλλέχθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επί τόπου.

{ Η συλλογή των δεδομένων έγινε κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου και η ανάλυση τους ποσοτική.<sup>31</sup>

*Επιλογή των Δεδομένων της Έρευνας*

**Πληθυσμός:** Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας μου ήταν: γυναίκες ηλικίας (17-60ετών), του νομού Αττική, των περιοχών ( Κορυδαλλό, Αγία Βαρβάρα, Άγιοι Ανάργυροι, Αιγάλεω, Καλλιθέα, Σαλαμίνα, Κερατσίνι, Αθήνα, Πέραμα, Χαϊδάρη, Πετρούπολη).

**Δείγμα:** Το δείγμα της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε, αφορούσε 100 γυναίκες, ενώ η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν τυχαία δειγματοληψία, γιατί μόνο έτσι μπορεί να διατηρηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού, αλλά και να τηρηθούν οι κανόνες και οι περιορισμοί της στατιστικής αξιοπιστίας.



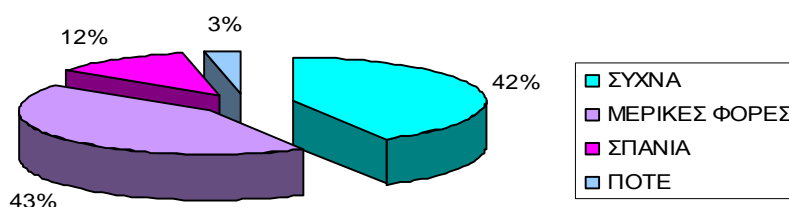
## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

« Τα αποτελέσματα της έρευνας απορρέουν από τις απαντήσεις των 100 γυναικών που συμμετείχαν στην εκπόνησή της έρευνας. επιπροσθέτως, το πρώτο μέρος της έρευνας που αφορά την πρωτογενή πρόληψη και αποτελεί τους παράγοντες κινδύνου εντοπίζεται στο παράρτημα που βρίσκεται στη σελ. 71-72. Το δεύτερο μέρος που αφορά την δευτερογενή πρόληψη( αυτοεξέταση, κλινική εξέταση, μαστογραφία), παρατίθεται στις σελ. 35-39. »

## Α΄ ΜΕΡΟΣ

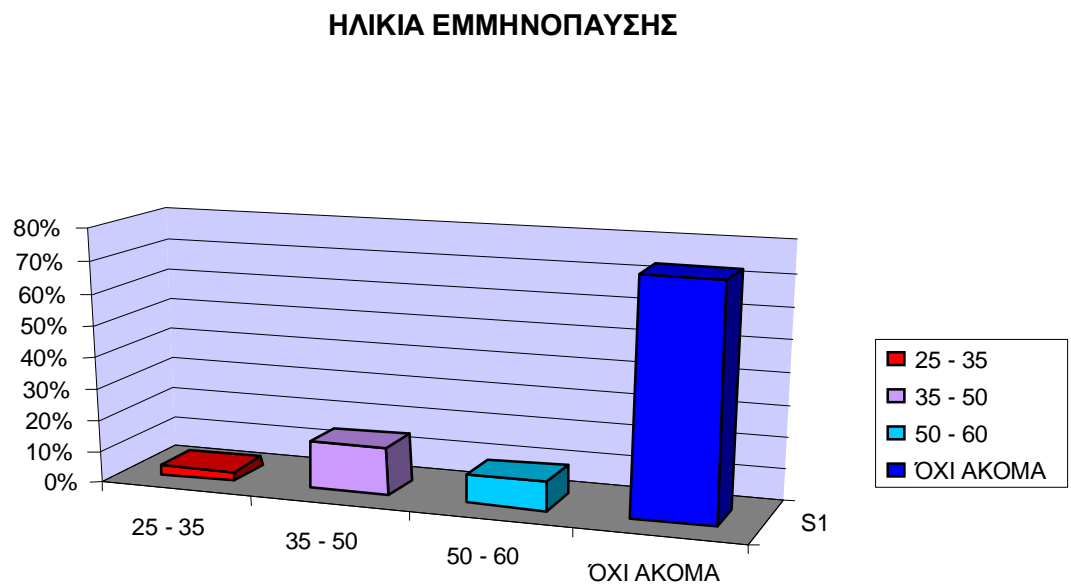
Διάγραμμα 1<sup>ο</sup>

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΗΨΗΣ ΖΩΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

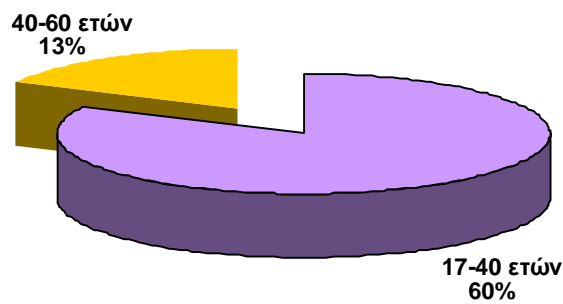


Από τα 100 άτομα που ερωτήθηκαν, διακρίνουμε ότι το 42% λαμβάνουν συχνά ζωικό λίπος, το 43% μερικές φορές, ενώ μόλις το 12% σπάνια και το 3% ποτέ. Από τα αποτελέσματα αυτά και με βάση τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν έχει αυξημένο κίνδυνο στο να παρουσιάσει κακοήθεια στο μαστό

Διάγραμμα 2°



Διάγραμμα ανάλυσης της απάντησης «όχι ακόμα» που καταλαμβάνει το 73%

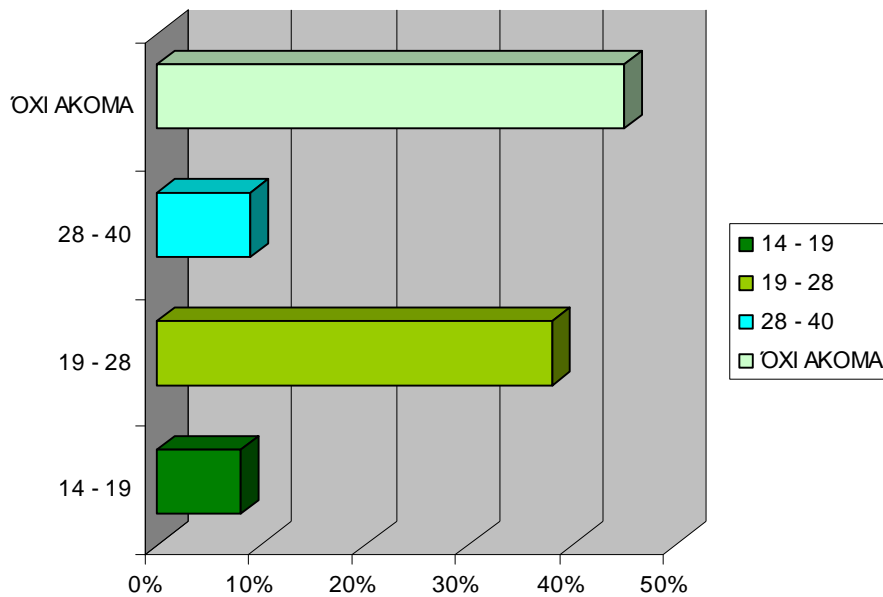




Στο διάγραμμα αυτό διακρίνουμε ότι μόλις το 9% έχει ηλικία εμμηνόπαυσης από 50-60 και το 73% όχι ακόμα ( εκ των οποίων το 60% είναι γυναίκες ηλικίας 17-40 και το 13% ηλικίας από 40-60), το 3% είναι άτομα ηλικίας 25-35 και το 15% άτομα 35-50. Επομένως διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο.

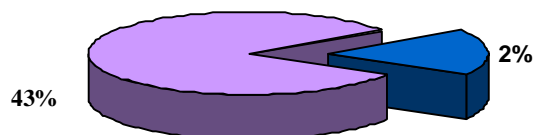
**Διάγραμμα 3<sup>ο</sup>**

**ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΤΕΛΕΙΟΜΗΝΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**



**Διάγραμμα ανάλυσης της απάντησης « όχι ακόμα » που καταλαμβάνει το**

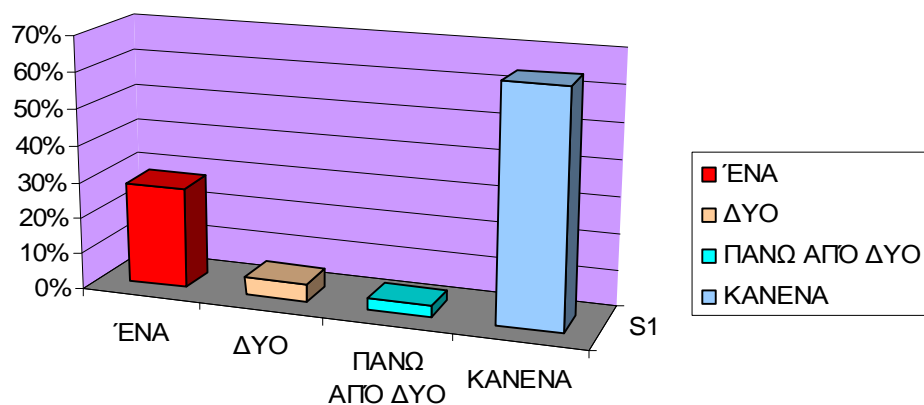
- 17-30 ετών
- Άνω των 40



Παρατηρήθηκε ότι με βάση την πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κάποιο κίνδυνο· διότι το 38% των γυναικών είχαν την πρώτη εγκυμοσύνη στα 19-28 το 8% στα 14-19, το 45% όχι ακόμα «εκ'των οποίων το 43% ήταν μεταξύ των ηλικιών 17-30 και μόνο το 2% ήταν άνω των 40» και μόλις το 9% είχαν την πρώτη εγκυμοσύνη τους στα 28-40.

#### Διάγραμμα 4<sup>ο</sup>

##### ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ Ή ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ Ή ΤΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

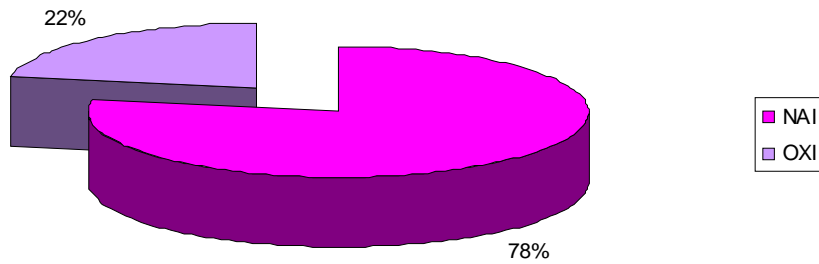


Παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν διατρέχει κίνδυνο να του παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια λόγω κληρονομικότητας· διότι το 64% των γυναικών δεν έχουν κάποιο συγγενικό πρόσωπο που να έχει εμφανίσει κάποια τέτοια πάθηση το 28% είχαν μόνο ένα και μόλις το 3% είχαν πάνω από δύο και το 5% δύο.

**Β΄ ΜΕΡΟΣ**

**Διάγραμμα 5<sup>ο</sup>**

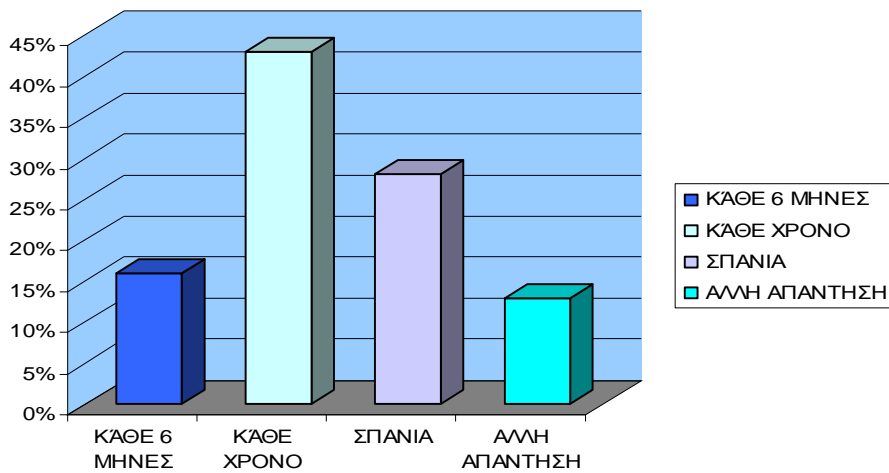
**ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**



Από τις 100 γυναίκες που ερωτήθηκαν το 78% είχαν γνώση για την αυτοεξέταση του μαστού, ενώ μόνο το 22% δεν γνώριζαν. Επομένως διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών είχαν γνώσεις για την μέθοδο της αυτοεξέτασης του μαστού.

**Διάγραμμα 6<sup>ο</sup>**

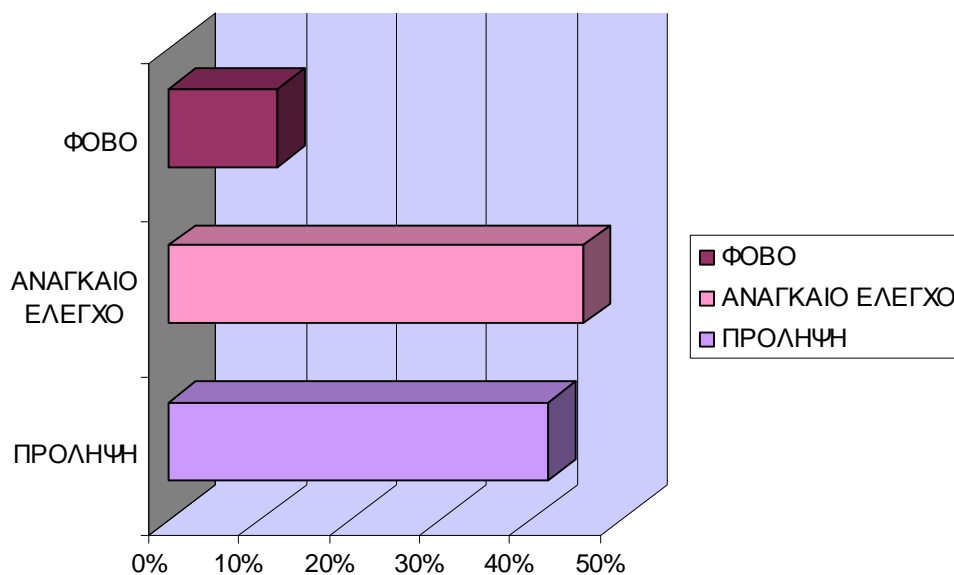
**ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ**



Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερες γυναίκες από τις 100 φροντίζουν για την υγεία τους, κάνοντας τον αναγκαίο έλεγχο, και αυτό το διακρίνουμε διότι το 43% επισκέφτονται τον γυναικολόγο τους κάθε χρόνο, το 16% κάθε 6 μήνες, και μόνο το 28% σπάνια.

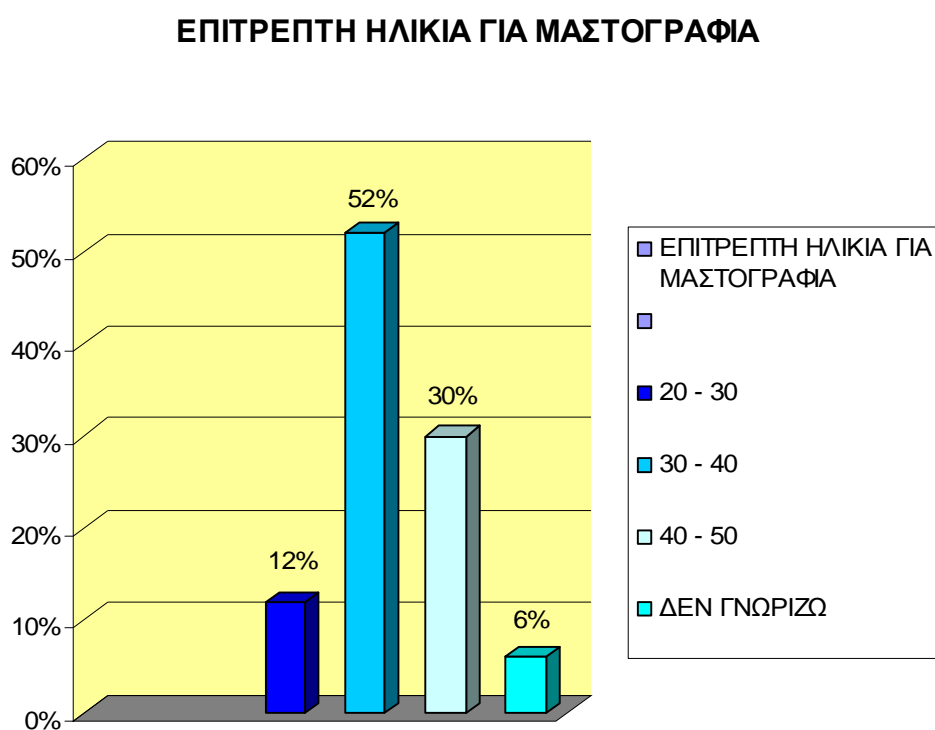
### Διάγραμμα 7<sup>ο</sup>

#### ΛΟΓΟΣ ΣΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟ

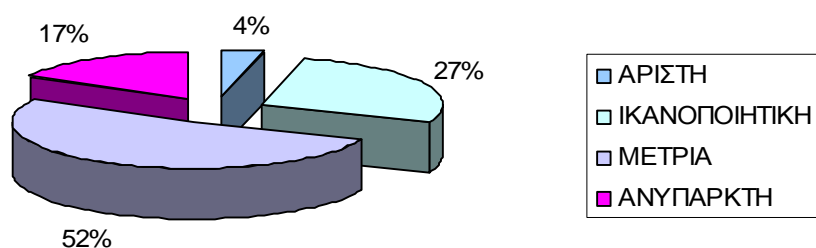


Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών επισκέπτεται τον γυναικολόγο για πρόληψη και τον αναγκαίο έλεγχο. Αυτό το διαπιστώνουμε διότι το 42% γυναίκες πάνε στον γυναικολόγο τους για πρόληψη, το 46% για τον αναγκαίο έλεγχο και μόνο το 12% από φόβο.

## Διάγραμμα 8°



Παρατηρούμε ότι οι γνώσεις για την μαστογραφία δεν είναι σωστές στο μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών. Αυτό το διαπιστώνουμε διότι το 12% απάντησαν 20-30, το 52% απάντησαν 30-40, το 6% δεν γνώριζαν και μόνο το 30% απάντησαν 40-50 όπου είναι και η επιτρεπτή ηλικία.

Διάγραμμα 9<sup>ο</sup>**Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΥΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Παρατηρήθηκε ότι η ενημέρωση που πιστεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών που γίνεται για την δευτερογενή πρόληψη είναι μέτρια. Μόνο το 4% των γυναικών πιστεύουν ότι γίνεται άριστη ενημέρωση και το 27% ικανοποιητική, ενώ το 52% πιστεύουν πως γίνεται μέτρια και το 17% πως είναι ανύπαρκτη.

**Απαντήσεις υπόλοιπων ερωτήσεων Α' μέρος:**

**ερώτηση 2: Ποια είναι η ημερήσια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών που κάνετε. :** 1-3↔34%, 3-5↔1%, καθόλου↔62%, περισσότερα↔3%

**ερώτηση 3: Ποια είναι η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων που κάνετε.:** 0-1↔37%, 1-2↔14%, καθόλου↔48%, περισσότερα↔1%

**ερώτηση 6: Η περίοδος σας έχει παρουσιάσει κάποια ανωμαλία:** συχνά↔10%, μερικές φορές↔21%, σπάνια↔32%, ποτέ↔37%

**ερώτηση 9: Είχατε ποτέ στο ιστορικό σας κάποια καλοήγη πάθηση του μαστού:** ναι↔7%, όχι↔93%

**ερώτηση 10: Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση ωοθηκεκτομής:** ναι↔8%, όχι↔92%

**Απαντήσεις υπόλοιπων ερωτήσεων Β' μέρος**

**ερώτηση 2: Ποια είναι η συχνότητα που ελέγχετε τον μαστό σας είτε με ψηλάφηση, είτε με επισκόπηση:** 1 φορά το μήνα↔ 28%, σπάνια↔38%, ποτέ↔27%, άλλη απάντηση↔7%

**ερώτηση 5: Αν ο γυναικολόγος σας δεν σας εξετάσει στο μαστό, το ζητάτε εσείς:** πάντα↔28%, μερικές φορές↔17%, σπάνια↔18%, ποτέ↔37%

**ερώτηση 6: Γνωρίζετε τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η εξέταση του μαστού με μαστογραφία:** ναι↔61%, όχι↔39%

**ερώτηση 7: Πιστεύετε ότι η ακτινοβολία από την μαστογραφία είναι επικίνδυνη:** ναι↔47, όχι↔53

**ερώτηση 9:** επαρκείς↔23%, αρκετές↔25%, λίγες↔38%, καθόλου↔14%

---

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική κατάσταση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί αν υιοθετήσετε πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν αν ανιχνευθούν έγκαιρα.<sup>8</sup>

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μετά την ανάλυση των δεδομένων συμπεραίνουμε ότι: **Στο πρώτο μέρος** που αφορά τους παράγοντες κινδύνου με βάση την πρωτογενή πρόληψη, οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μικρά ποσοστά επικινδυνότητας, στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό. Αυτό το διαπιστώνουμε από τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία απεικονίζονται στο κεφάλαιο της έρευνας με την μορφή διαγραμμάτων. Αναλυτικά (**στην ερώτηση για την συχνότητα λήψης ζωικού λίπους**) διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι: το 42% λαμβάνει συχνά ζωικό λίπος ενώ το 43% μερικές φορές το 12% σπάνια και το 3% ποτέ. Επομένως ο κίνδυνος είναι μειωμένος. **Στην ερώτηση για την ηλικία της εμμηνόπαυσης** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι: μόνο το 22% έχει ηλικία εμμηνόπαυσης από τα 50-60. Επομένως ο κίνδυνος είναι μειωμένος. **Στην ερώτηση για τα άτομα της οικογένειας που έχουν παρουσιάσει καλοήθειες ή κακοήθειες παθήσεις του μαστού** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι το 64% δεν έχει κάποιο συγγενικό πρόσωπο ενώ μόλις το 3% είχε πάνω από δύο. Επομένως ο κίνδυνος και εδώ είναι μειωμένος.

**Στο δεύτερο μέρος** που αφορά την δευτερογενή πρόληψη (Αυτοεξέταση του μαστού, κλινική εξέταση, Μαστογραφία). Διαπιστώνουμε ότι οι γνώσεις των γυναικών για την δευτερογενή πρόληψη καθώς και η ενημέρωση που δέχονται δεν είναι επαρκείς. Παρ' όλαυτα διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κάνει τον αναγκαίο έλεγχο για την υγεία του. Αναλυτικά (**στην ερώτηση για την αυτοεξέταση του μαστού**) διακρίνουμε στο διάγραμμά ότι : το 78% γνώριζε για την αυτοεξέταση του μαστού, ενώ μόνο το 22% δεν γνώριζε. **Στην ερώτηση για την συχνότητα των επισκέψεών τους στο γυναικολόγο** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι; Το 43% πάει κάθε χρόνο και μόνο το 28% πάει σπάνια. **Στην ερώτηση για τους λόγους επίσκεψης στο γυναικολόγο** διακρίνουμε στο διάγραμμα ότι: το 42% πάει στο γυναικολόγο για πρόληψη, το 46% για τον αναγκαίο έλεγχο και μόνο το 12% από φόβο

---



**Στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν την επιτρεπτή ηλικία για μαστογραφία** διακρίνουμε ότι: οι γνώσεις δεν είναι σωστές και αυτό το διαπιστώνουμε διότι μόνο το 30% απάντησε 40-50, ενώ το 52% απάντησε 30-40 και το 12% 20-30. **Και τέλος στην ερώτηση για το αν υπάρχει ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού** Διακρίνουμε ότι: μόνο το 4% πιστεύει ότι γίνεται άριστη ενημέρωση, το 27% ικανοποιητική, ενώ το 52% πιστεύει ότι η ενημέρωση είναι μέτρια και το 17% ανύπαρκτη.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### **ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

1. Μην καπνίζετε. Αν ήδη είστε καπνιστής, φροντίστε να σταματήσετε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Αν δεν καπνίζετε, μην κάνετε πειράματα με τον καπνό.
  2. Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπύρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση
  3. Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων. Να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες.
  4. Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών.
  5. Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.
  6. Εφαρμόστε αυστηρούς κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης σε γνωστές καρκινογόνες ουσίες.
  7. Επισκεφθείτε το γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μία πληγή που δεν επούλώνεται κ.α.
  8. Επισκεφθείτε ένα γιατρό αν αντιμετωπίζετε πρόβλημα όπως επίμονος βήχας, επίμονη βραχνάδα, αλλαγή στις συνήθειες εντέρου κ.α.
  9. Να κάνετε τακτικά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
  10. Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε σε προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού αν είστε άνω των 40 ετών. <sup>8</sup>
-

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**Ο** καρκίνος του μαστού αποτελεί μάστιγα της σύγχρονης εποχής. Οι ρυθμοί αύξησης των θανάτων είναι μεγάλοι και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός πως οι γυναίκες δεν είναι αρκετά ευαισθητοποιημένες σχετικά με τις μεθόδους πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης.<sup>19</sup>

Μερικοί από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι, η πλούσια σε λίπος διαίτα, η πρόωρη εμμηναρχή στις γυναίκες (κάτω από 12 ετών), καθώς και η αργοπορημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 50). Επίσης ασθενείς με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο, προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο, γεγονός που επιβεβαιώνει μία κληρονομική προδιάθεση. Έγγαμες προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο, γυναίκες με πρώτη τεκνοποίηση σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών έχουν σχετικό κίνδυνο προσβολής κατά 2/3 μικρότερο από αυτές που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία 30 ετών. κ.α.

Με έγκαιρη και σωστή διαφώτιση των ανθρώπων ο καρκίνος του μαστού θα μπορούσε να έχει τουλάχιστον καλύτερη πρόγνωση. Αυτό θα μπορούσε να γίνει μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, ειδικών σεμιναρίων και επιμορφωτικών μαθημάτων. Οι συνεχείς επιστημονικές ανακαλύψεις και οι πρόοδοι στο χώρο της ιατρικής προσπαθούν να περιορίσουν όσο το δυνατό το καρκίνο, αλλά και από την άλλη πλευρά να ανακουφίσουν τον πόνο των καρκινοπαθών.

---

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος που προσβάλλει τις γυναίκες μετά από τον καρκίνο του δέρματος.**

### **Ποιες είναι οι αιτίες που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού;**

Οι παράγοντες που προκαλούν τον καρκίνο του μαστού δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως. Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι τα περισσότερα περιστατικά καρκίνου του μαστού, εκδηλώνονται σε γυναίκες άνω των 50 ετών. Η συχνότητα της ασθένειας αυξάνεται ακόμη περισσότερο σε γυναίκες άνω των 60 ετών. Ο καρκίνος του μαστού είναι πολύ σπάνιος σε γυναίκες κάτω των 35 ετών. Έρευνες έδειξαν ότι οι λευκές γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα καρκίνο του μαστού παρά οι γυναίκες Ασιατικής ή Αφρικανικής προέλευσης. Εκτός από τους παράγοντες της ηλικίας και της φυλετικής προέλευσης, η ύπαρξη ενός αριθμού άλλων παραγόντων σε μια γυναίκα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

### **Παράγοντες Κινδύνου**

Από διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί προέκυψε ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι αποτέλεσμα της συνέργειας ενός αριθμού παραγόντων. Οι παράγοντες που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες είναι οι ακόλουθοι:

#### **Ηλικία**

Η αύξηση της ηλικίας συνοδεύεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

#### **Γεωγραφική κατανομή**

Οι γυναίκες από χώρες με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όπως αυτές της Βορείου Ευρώπης και Αμερικής εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού (1: 8 γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους θα αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό). Οι γυναίκες από μεσογειακές χώρες έχουν μικρότερη συχνότητα (1:11 έως 1:12 γυναίκες). Δεν έχει διαπιστωθεί αν αυτό οφείλεται σε περιβαλλοντικές συνθήκες ή σε φυλετικές ιδιαιτερότητες.

#### **Ηλικία εμμηναρχής**

Όσο μικρότερη η ηλικία στην οποία εμφανίστηκε η έμμηνος ρύση (περίοδος) τόσο<sup>19</sup>

μεγαλύτερος ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου.

#### **Ατεκνία**

Γυναίκες οι οποίες δεν τεκνοποίησαν έχουν αυξημένο κίνδυνο.

#### **Ηλικία πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης**

Όσο πιο μεγάλη η ηλικία της γυναίκας στην απόκτηση του πρώτου της παιδιού τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.

#### **Ηλικία εμμηνόπαυσης**

Όσο μεγαλύτερη η ηλικία της γυναίκας κατά την είσοδο στην εμμηνόπαυση τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.

#### **Καρκίνος του μαστού στην οικογένεια**

Γυναίκες οι οποίες έχουν στην οικογένειά τους περισσότερα από δύο άτομα που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού ή/και καρκίνο των ωοθηκών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να φέρουν τη μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 ή/και BRCA2 άρα και μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού λόγω κληρονομικότητας. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 5-10% του συνόλου του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που φέρουν τη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 έχουν πιθανότητα μέχρι 87% να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό.

#### **Διατροφή - Διαιτητικές συνήθειες**

Η παχυσαρκία, ιδιαίτερα στην εμμηνόπαυση, αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και οινοπνεύματος αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες.

**Πυκνότητα του μαστού:** Οι μαστοί που έχουν μεγάλο ποσοστό λοβών και αγωγών εμφανίζονται πυκνότεροι στη μαστογραφία. Ο καρκίνος του μαστού σχεδόν πάντοτε αναπτύσσεται στους λοβούς ή στους αγωγούς του μαστού και όχι στο λιπώδη ιστό του αδένου. *Για τους λόγους αυτούς, οι μαστοί που είναι πλούσιοι σε λοβούς και αγωγούς, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο .*

**Ακτινοβολία /ραδιοθεραπεία:** Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ραδιοθεραπεία πριν από την ηλικία των 30 ετών, ιδιαίτερα λόγω λεμφώματος τύπου Hodgkin 's , έχουν πιο υψηλό κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Όσο μικρότερη η ηλικία της γυναίκας κατά τη ραδιοθεραπεία τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος.

**Κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα:** Οι γυναίκες που καταναλώνουν περισσότερο από 3 αλκοολούχα ποτά κάθε μέρα, και καπνίζουν, αυξημένος κίνδυνος για την ασθένεια.<sup>19</sup>

## Ερωτηματολόγιο

Ηλικία:

Βάρος:

Ύψος:

Γραμματικές γνώσεις:

Επάγγελμα:

Τόπος μόνιμης κατοικίας:

**"Α Μέρος " Πρωτογενής Πρόληψη**

1) Ποια είναι η συχνότητα που λαμβάνετε ζωικό λίπος ( κρέας) από την διατροφή σας

- 1) Συχνά                      2) Μερικές φορές                      3) Σπάνια                      4) Ποτέ

2) Ποια είναι η ημερήσια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών που κάνετε

- 1) 1 - 3                      2) 3 - 5                      3) Καθόλου                      4) Περισσότερα

3) Ποια είναι η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων που κάνετε( σε πακέτα)

- 1) 0 - 1 πακέτο                      2) 1 - 2 πακέτα                      3) Καθόλου                      4) περισσότερα

4) Σε ποια ηλικία ήταν η έναρξη της έμμηνου ρήσης ( περίοδος)

- 1) 10 - 12                      2) 12 - 14                      3) 14 - 16                      4) Άλλη απάντηση

5) Σε ποια ηλικία ξεκίνησε η εμμηνόπαυση σας ( κλιμακτήριος )

- 1) 25 - 35                      2) 35 - 50                      3) 50 - 60                      4) Όχι ακόμα

6) Η περίοδός σας έχει παρουσιάσει κάποια ανωμαλία

- 1) Συχνά                      2) Μερικές φορές                      3) Σπάνια                      4) Ποτέ

7) Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη

- 1) 14 - 19                      2) 19 - 28                      3) 28 - 40                      4) Όχι ακόμα

8) Στην οικογένειά σας πόσα άτομα υπάρχουν που έχουν εμφανίσει στην πορεία της ζωής τους καλοήθεις - κακοήθεις παθήσεις του μαστού ή των ωθηκών (Συγγένεια πρώτου βαθμού)

- 1) Ένα                      2) Δύο                      3) Πάνω από δύο                      4) Κανένα

9) Είχατε ποτέ στο ιστορικό σας κάποια καλοήθη πάθηση του μαστού

- 1) Ναι                      2) Όχι

10) Έχετε υποβληθεί σε επέμβαση ωθηκεκτομής

- 1) Ναι                      2) Όχι

Και αν **ΝΑΙ** σε ποια ηλικία

- 1) 20 - 37                      2) 37 - 40                      3) 40 - 50                      4) Άλλη ηλικία

**" Β' Μέρος " Δευτερογενής Πρόληψη**  
(Αυτοεξέταση, Μαστογραφία, κλινική εξέταση)

- 1) Γνωρίζετε την μέθοδο της αυτοεξέτασης του μαστού  
1) *Ναι*                      2) *Όχι*
- 2) Ποια είναι η συχνότητα που ελέγχετε τον μαστό σας είτε με ψηλάφηση, είτε με επισκόπηση  
1) *1 φορά το μήνα*    2) *Σπάνια*                      3) *Ποτέ*                      4) *Άλλη απάντηση*
- 3) Οι επισκέψεις σας στον γυναικολόγο είναι  
1) *Κάθε 6 μήνες*    2) *Κάθε χρόνο*                      3) *Σπάνια*                      4) *Άλλη απάντηση*
- 4) Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο επισκέφθεστε τον γυναικολόγο σας  
1) *Για πρόληψη*    2) *Για τον αναγκαίο έλεγχο*                      3) *Από φόβο*
- 5) Αν ο γυναικολόγος σας δεν σας εξετάσει στο μαστό, το ζητάτε εσείς  
1) *Πάντα*                      2) *Μερικές φορές*                      3) *Σπάνια*                      4) *Ποτέ*
- 6) Γνωρίζετε τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η εξέταση του μαστού με μαστογραφία  
1) *Ναι*                      2) *Όχι*
- 7) Πιστεύετε ότι η ακτινοβολία από την μαστογραφία είναι επικίνδυνη  
1) *Ναι*                      2) *Όχι*
- 8) Σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να κάνει μία γυναίκα μαστογραφία  
1) *20 – 30*                      2) *30 – 40*                      3) *40 – 50*                      4) *Δεν γνωρίζω*
- 9) Πιστεύετε ότι οι γνώσεις σας για την Δευτερογενή πρόληψη είναι  
1) *Επαρκείς*    2) *Άρκετές*                      3) *Λίγες*                      4) *Καθόλου*
- 10) Πιστεύετε ότι γίνεται ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού  
1) *Άριστη*    2) *Ικανοποιητική*                      3) *Μέτρια*                      4) *Ανόμαρκτη*

**- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ -**

1. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.(1985) *Καρκίνος του Μαστού* . σ. 19,29 Αθήνα
  2. *Κατράκης, Γ.*, (1980) *Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από τον Καρκίνο*. Ελληνική εταιρία Προληπτικής Ιατρικής . βιβλίο 2<sup>ο</sup> . τεύχος 1<sup>ο</sup> . . σ. 18 Αθήνα
  3. <http://mediab.cs.uoi.gr/erga/pathology>
  4. <http://users.otenet.gr/~raibom/cabreast.htm>
  5. *Πάπανικολάου, Ν., Πάπανικολάου, Α.* . (1994) *Μαστολογία Γυναικολογία* . Επίτομος . Έκδοση 3<sup>η</sup> . Εκδόσεις Παρισιάνος. σ. 426,433,459,466 Αθήνα.
  6. *Κρεατσά, Γ.*, (1998) *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική* . Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. σ. 413-419, 423,429 Αθήνα.
  7. *Μιχαλάς, Σ.*, *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Επίτομη. σ. 612-615,621 Αθήνα.
  8. *Σακοράφα, Χ.*, (2000) *Ο Καρκίνος του Μαστού*. Επίτομος . Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. σ. 12,19,32,41,55 Αθήνα.
  9. *Μαγαρινού, Μ., Κωνσταντινίδου, Σ.*, (1997) *Ογκολογική Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική*. Τόμος Β. Μέρος 2<sup>ο</sup> . Έκδοση δέκατη όγδοη. Εκδόσεις « Η Ταβίθα » . σ. 87,88,92,94,95 Αθήνα
  10. *Μουτσόπουλος, Χ., Εμμανουήλ, Α.*. Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας. Εκδόσεις Λίτσας. σ. 77,82 Αθήνα.
  11. <http://tre.la/~jimpapi/camastou.htm>
  12. *Εγκυκλοπαίδεια Υγεία*. (1993) *Οι Μεγάλες Παθήσεις της Εποχής μας* . Οδηγός Υγιεινής . Τόμος 5<sup>ος</sup> . Εκδόσεις Δομική .σ. 942. Αθήνα
  13. *Τριχόπουλος, Α., Ζαβτιτσάνος, Ξ., Παπαχριστόπουλος, Γ.*,(1993). *Προληπτική Ιατρική , Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική Δημόσια Υγιεινή*. σ. 49 Αθήνα
  14. *Karen j. Carlson, Stephanie. A.Eisentat, Terra Ziroryn.* (2000) *Η Βιβλιοθήκη της Οικογένειας – Οδηγός Υγείας για τη γυναίκα*. Από το Πανεπιστήμιο Harvard . Μετάφραση Μαριλένα Τζοβάνη . Εκδόσεις Φυτράκη.. σ. 384, 387 Αθήνα.
-

15. <http://www.mastology.gr/kar-mastou.asp>
  16. *Ανθούλη, Φ.Ρ., Αναγνωστοπούλου, Κανέλλος, Ε.*(1994) *Στοιχεία Παθολογικής Ανατομικής και Ογκολογίας – Βασικές Γνώσεις*. Έκδοση 1<sup>η</sup> . Εκδόσεις Λύχνος. σ.167,168 Αθήνα
  17. *Παπαανικολάου, Ν.*, (1989) *Μαστολογία* .σ. 248-250,281,296 Θεσσαλονίκη.
  18. *Σαχίνη Καρδάση, Α., –Πάνου, Μ.*,(1997), *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική* . Τόμος 2<sup>ος</sup> . Έκδοση Β. Εκδόσεις Βήτα . σ. 484,485,493 Αθήνα
  19. <http://www.infoacademy.gr/breastca/hipo.htm-13k>
  20. *Φιλιπόπουλος, Ε.*, (Οκτώβριο 2003-Ιανουάριο 2004) *Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας*. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών.. σ. 34-47,69 Αθήνα
  21. <http://www.agclinic.gr>
  22. *Εγκυκλοπαίδεια Υγεία*, (1993) *Γενική Ιατρική και Χειρουργική . Οδηγός Υγιεινής*. Τόμος 6<sup>ος</sup> . Εκδόσεις Δομική. σ. 1016,1021 Αθήνα.
  23. *Αθανάσιος Φάσσας*, (φθινόπωρο 2005) *Η Χημειοθεραπεία στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου*. Τα Νέα μας 3μηνιαίο ενημερωτικό Περιοδικό. Άρθρο 4-25κ .. Τεύχος 12.
  24. *Πατέρας, Χ.*,. (2001) *Διεθνής Στρατηγική Αντιμετώπιση του Καρκίνου. Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση για την Αντιμετώπιση της Νόσου* . 1<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο . σ. 33,36,38 Αθήνα.
  25. *Παπαγιάννης, Α.*, (2003) *Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία* . Κεφάλαιο 5. 1<sup>η</sup> Έκδοση. Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS. σ. 74,77 Θεσσαλονίκη.
  26. <http://www.medlooc.net/article.asp?>
  27. *Ραγιά, Α.*,. (2004) *Ψυχιατρική Νοσηλευτική* . Έκδοση Δ` Βελτιωμένη σ. 170-171 Αθήνα
  28. fileQDQ\STRESS\_GR%20-%20KARKINOS%MASTOY.htm
  29. *Αναγνωστόπουλος, Φ.*,. *Πάπαδάτου, Α.*, Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις Φλόγα . σ. 66
  30. *Φηγάτος, Γ.*, (1985) *Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*. Εκδόσεις Ζήτα. σ. 48,49 Αθήνα
  31. *Bell, J.* (2001) *Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας*. Gutenberg, Αθήνα.
-



32. *Κυριαζή, Ν.* (1999) *Η κοινωνιολογική έρευνα, κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
-