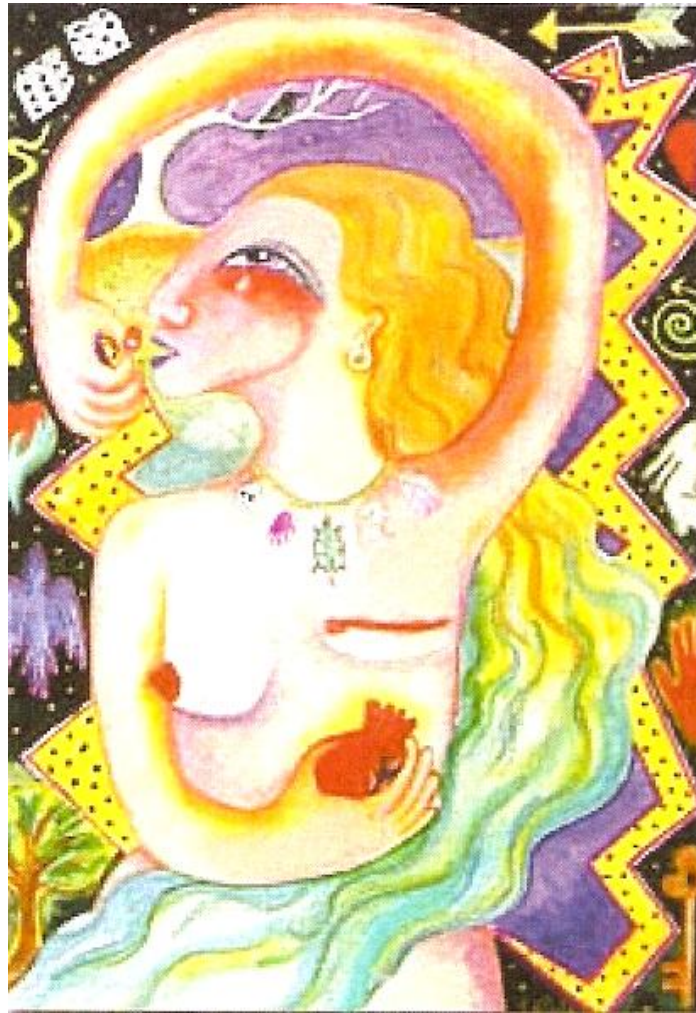




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ  
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ**



**Επιμέλεια :  
Βαρσάμη Γεωργία**

**Εισηγητής :  
Dr. Δεοτοράκης**

**ΠΑΤΡΑ 2007**

*Αφιερώνεται σε όλους  
όσους με κατέκτησαν επιστημονικά κατά  
την διάρκεια της εκπαίδευσής μου και σε εκείνους  
που στάθηκαν δίπλα μου και ιδιαίτερα  
στους γονείς μου.*

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄</b>	
Κεφάλαιο 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
1.1 Ο καρκίνος του μαστού στην Ευρώπη.....	2
1.2 Επιβάρυνση της νόσου.....	11
1.3 Το κόστος της νόσου.....	16
Κεφάλαιο 2: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	
2.1 Κατασκευή του μαστού.....	18
Κεφάλαιο 3: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ (Breast Cancer)	
3.1 Ανάπτυξη του καρκίνου.....	22
3.2 Αιτιολογία , Κληρονομικότητα, Συμπτώματα.....	24
3.3 Παθολογική ανατομική – Ταξινόμηση καρκίνου.....	26
3.3.1 Νόσος του Paget.....	27
3.3.2 Μη διηθητικά (in situ) Καρκινώματα.....	28
3.3.3 Διηθητικά Καρκινώματα.....	29
3.3.4 Μετεσεγγυματικοί διηθητικοί όγκοι μαστού.....	32
3.4 Σταδιοποίηση της νόσου.....	33
Κεφάλαιο 4: : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	
4.1 Πρωτογενείς πρόληψη .....	38
4.2 Δευτερογενείς πρόληψη.....	40
4.3 Κλινική εξέταση.....	40
4.4 Αυτοεξέταση του Μαστού.....	44
4.5 Γυναίκες υψηλού κινδύνου – High Risk group.....	45
Κεφάλαιο 5: ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	
5.1 Μαστογραφία.....	46
5.2 Υπερηχογράφημα.....	48
5.3 Άλλες απεικονιστικές μέθοδοι.....	49
Κεφάλαιο 6: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	
6.1 Χειρουργική .....	54
6.2 Ακτινοθεραπεία.....	61
6.3 Χημειοθεραπεία.....	63
6.4 Ορμονοθεραπεία.....	64

## Κεφάλαιο 7: ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

7.1 Προβλήματα από το σύστοιχο προς την επέμβαση χέρι.....	65
7.2 Προβλήματα από την περιοχή της μασχάλης.....	67
7.3 Εμφάνιση υποτροπής.....	67
7.3.1 Θεραπεία υποτροπής.....	69
7.4 Νοσηλευτική φροντίδα.....	69

## Κεφάλαιο 8 : ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

8.1 Εξέλιξη.....	71
8.2 Πρόγνωση.....	72

## Κεφάλαιο 9 : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

9.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις του Καρκίνου του μαστού στη γυναίκα.....	74
9.2 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής .....	75
9.3 Συνέπειες της μαστεκτομής στα παιδιά της ασθενούς .....	75
9.4 Παγκόσμιες καμπανιές.....	76
9.5 Πανελλήνιος Σύλλογος Καρκίνου Στήθους.....	78

## Κεφάλαιο 10: ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

10.1 Στοιχεία επανορθωτικής χειρουργικής.....	79
10.2 Μέθοδοι, αντενδείξεις, επιλογή χρόνου αποκατάστασης.....	80
10.3 Διατατήρας ιστών (tissue expander).....	82
10.4 Μυοδερματικός κρημνός πλατέως ραχιαίου μυός.....	83
10.5 Μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού μυός.....	85
10.6 Κρημνός κάτω επιγαστρικών αγγείων.....	87
10.7 Ελεύθερος μυοδερματικός μείζον γλουτιαίου μυός.....	88
10.8 Αποκατάσταση συμπλέγματος Θηλής- Άλω.....	89

## ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

### Κεφάλαιο 11: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

11.1 Σκοπός της έρευνας.....	92
11.2 Υλικό και μέθοδος.....	92
11.3 Αποτελέσματα.....	93
11.4 Συζήτηση.....	99
11.5 Συμπεράσματα.....	100
11.6 Προτάσεις.....	101

Επίλογος

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

**ΕΝΟΤΗΤΑ Α΄**



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αγαπημένο γυναικείο όργανο ο μαστός. Στητός και όμορφος. Τροφός και ζωοδότης. Γαλακτοφόρος αλλά και σημαιοφόρος μιας θηλυκότητας που ανατέλλει από τα εφηβικά χρόνια. Αγαπημένος των ζωγράφων, των γλυπτών, των ποιητών, των φωτογράφων, των σκηνοθετών αλλά και όλων των ανδρών. Τι κρίμα που σ' αυτόν έλαχε να φιλοξενεί τον πιο συχνό καρκίνο του σώματος κι ένα σωρό άλλες απλούστερες παθήσεις!

Κι είναι ο μαστός πολύ συχνή αιτία επίσκεψης στους γιατρούς. Κι είναι κάθε επίσκεψη ιδιαίτερα αγχωτική, γιατί αφορά αυτό το σύμβολο της θηλυκότητας που τόσο συχνά γίνεται και σύμβολο οδύνης.

Στην Ελλάδα βασιλεύει ακόμα η νοοτροπία «Να το διώξουμε το κακό απ' το μυαλό μας, να το ξορκίσουμε, να μην μας έρθει, να μην ακουμπάμε καν το στήθος μας, να μην το σκαλίζουμε!» Κι όμως, η άγνοια κι η αδιαφορία σκοτώνουν. Η γνώση μπορεί να μας σώσει ακόμα και τη ζωή<sup>1</sup>.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

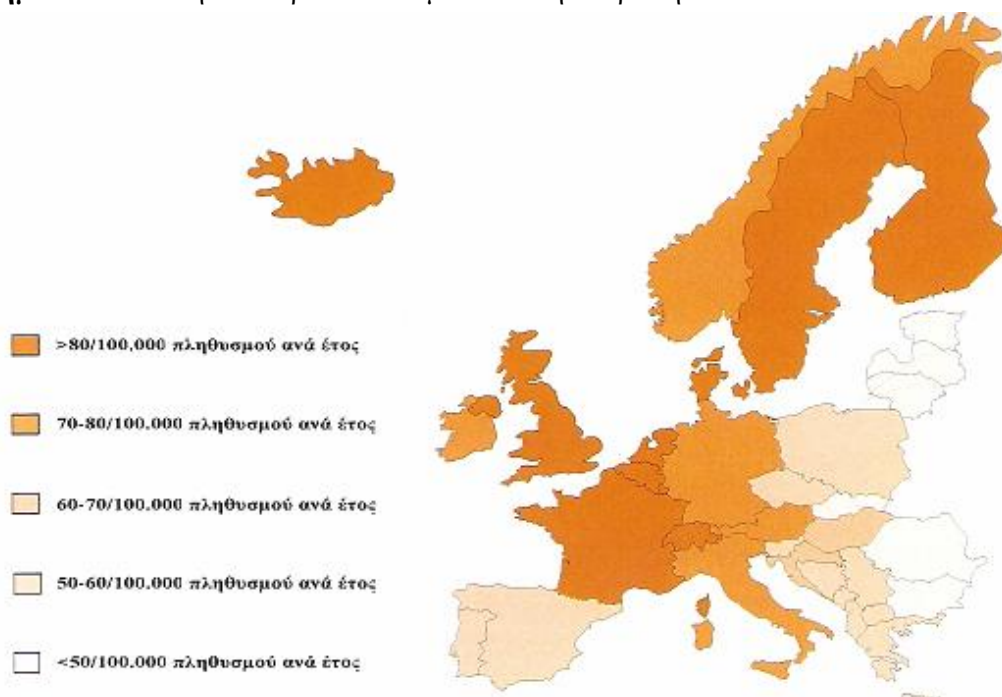
### 1.1 Ο καρκίνος του μαστού στην Ευρώπη

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας για τις γυναίκες, ειδικά εκείνες της μέσης ηλικίας από 45 έως 64 ετών όπου συνιστά και τη συχνότερη μορφή νεοπλασίας. Υπολογίσθηκε πρόσφατα πως αυτή η μορφή καρκίνου ευθύνεται κατά μέσο όρο για το θάνατο 48 γυναικών κάθε χρόνο ανά 100.000 της ηλικιακής αυτής ομάδας<sup>2</sup>.

Με βάση τα στοιχεία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας κατά το έτος 2000 στην Ευρώπη ανιχνεύθηκαν περίπου 350.000 νέες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού που αποτελεί και το 26,6% όλων των νεοδιαγνωσθέντων κακοηθών όγκων για το γυναικείο φύλο<sup>3</sup>.

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει υψηλή διακύμανση ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης όπως φαίνεται και από το **σχήμα 1** όπου καταγράφεται η επίπτωση σε νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος<sup>4</sup>.

**Σχήμα 1:** Επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη κατά το 2002.



Πηγή: European Commission, Health & consumer Protection Directorate C – Public Health and Risk<sup>4</sup> ( Όλοι οι δείκτες επίπτωσης αναφέρονται σε προτυποποιημένο με βάση την ηλικία πληθυσμό, με πρότυπο τον παγκόσμιο πληθυσμό – (ASRW), Age Standardized Ratio-World).

Η αύξηση στον πληθυσμό των πασχόντων αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό από τους επιστήμονες στην εξάπλωση της ασθένειας στις χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου. Πριν από περίπου 35 χρόνια, όταν τα παγκόσμια ποσοστά του καρκίνου του στήθους άρχισαν να σημειώνουν αλματώδη άνοδο, το πρόβλημα εντοπιζόταν κυρίως στο βιομηχανικά ανεπτυγμένο βόρειο ημισφαίριο της γης. Τότε, η συντριπτική πλειονότητα των πασχόντων ήταν οι λευκές γυναίκες που ζούσαν στις πόλεις της Βόρεια Ευρώπης και των ΗΠΑ. Τα πράγματα όμως πλέον είναι διαφορετικά<sup>5</sup>.

Η υψηλότερη επίπτωση της νόσου συνεχίζει να εμφανίζεται κυρίως στη Βόρεια και Δυτική Ευρώπη όπου οι γυναίκες εμφανίζονται σε ορισμένες περιπτώσεις να διατρέχουν έως και 60% υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου από τις χώρες του νότου<sup>3</sup>.

Όμως, δεκάδες χιλιάδες νέες περιπτώσεις ανακαλύπτονται πλέον σε χώρες της Ασίας και της Αφρικής, εκεί δηλαδή όπου οι ιατρικές υποδομές είναι ελλιπέστατες, οι δυνατότητες πρόωρης πρόγνωσης σχεδόν μηδαμινές και το ενδεχόμενο του θανάτου κάτι παραπάνω από πιθανό. Στην Ινδία, πάνω από το 50% των γυναικών που νοσούν θα περάσουν από όλα τα στάδια της ασθένειας, δίχως να λάβουν την παραμικρή θεραπεία. Στη Νότια Αφρική, λιγότερα από το 5% των νέων περιπτώσεων διαγιγνώσκονται σε πρώιμο στάδιο, όταν δηλαδή οι πιθανότητες ανταπόκρισης του οργανισμού στις θεραπείες που υπάρχουν σήμερα είναι πολύ πιο αυξημένες.

Στην Κένυα, τη χώρα με τα μεγαλύτερα ποσοστά καρκίνου του στήθους μεταξύ των υπολοίπων ανεπτυγμένων χωρών, αν δεν υπάρχει η δυνατότητα για θεραπεία στο εξωτερικό, οι ασθενείς απλά είναι αναγκασμένες να περιμένουν το μοιραίο χωρίς να έχουν ουσιαστικά περιθώρια αντίδρασης<sup>6</sup>.

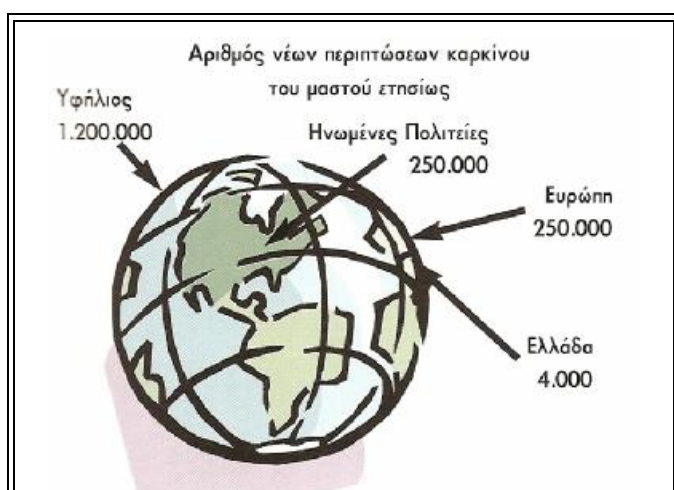
Στην Ελλάδα, ο πληθυσμός των γυναικών που πάσχει από την νόσο αυξάνεται κάθε χρόνο κατά 4.500, ενώ, σύμφωνα με στοιχεία που έχουν παρουσιαστεί από το Θεαγένειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στη χώρα μας οι ετήσιοι θάνατοι από το καρκίνο στήθους φτάνουν το συγκλονιστικό νούμερο των 1500. Το γεγονός κατατάσσει τον καρκίνο του στήθους στη δεύτερη θέση των αιτιών θανάτου για τις γυναίκες στη χώρα μας μεταξύ 25 και 64 ετών, μετά τα τροχαία δυστυχήματα<sup>7</sup>.



Αν και τα αίτια του φαινομένου δεν έχουν ελεγχθεί πλήρως θα μπορούσε ίσως κανείς να αποδώσει μέρος της διακύμανσης αυτής σε κάποιους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των γυναικών στις διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και ιδιαίτερα σε ατομικές συμπεριφορές που πιθανόν επηρεάζουν την ανάπτυξη της νόσου.

Παρά το γεγονός ότι δεν έχουν έως σήμερα ενοχοποιηθεί συγκεκριμένα αίτια για τον καρκίνο του μαστού ώστε να αναπτυχθούν κατάλληλες στρατηγικές πρόληψης, εντούτοις μια σειρά παραγόντων ελέγχεται για πιθανή συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της συγκεκριμένης κακοήθειας.

Από τους μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε την ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης<sup>8</sup> που φαίνεται να παρεμβαίνουν μέσω ορμονοεξαρτώμενων μηχανισμών στη φυσική ιστορία της καρκινογένεσης στο μαστό, την κληρονομική προδιάθεση μέσα από το επιβαρυνόμενο οικογενειακό ιστορικό με τη μεταβίβαση ορισμένων γονιακών μεταλλάξεων όπως οι BRCA I και BRCA II που συνδέονται με υψηλή πιθανότητα προσβολής των φορέων τους από την κακοήθεια, και τέλος την ηλικία της γυναίκας αφού φαίνεται ότι η νόσος παρουσιάζει την υψηλότερη επίπτωση μετά την ηλικία των 65. Σε ότι αφορά μάλιστα το γενετικό σκέλος της νόσου, έχει προταθεί πως ένα μέρος της παρατηρούμενης απόκλισης στην επίπτωση σε διαφορετικές περιοχές της Ευρώπης μπορεί να αφορά και την ανισοκατανομή παρόμοιων μεταλλάξεων λόγω διαφορετικής φυλογενετικής προέλευσης κάποιων εθνικών πληθυσμών<sup>9</sup>.



Κατά παγκόσμια προσέγγιση απεικόνιση του αριθμού των νέων περιπτώσεων καρκίνου του μαστού<sup>10</sup>.

Σε ότι αφορά τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, εξετάζονται ως σήμερα ένας αριθμός πιθανών παραμέτρων που ενδεχομένως συντελούν στη αυξημένη επίπτωση της κακοήθειας. Με βάση τις υπάρχουσες μελέτες, σημαντικό ρόλο για την επίπτωση της νόσου φαίνεται να διαδραματίζουν κυρίως συμπεριφορές των γυναικών που αφορούν την αναπαραγωγική τους ζωή όπως είναι η ηλικία της πρώτης τελειόμηνης κύησης, ο αριθμός των γεννήσεων αλλά και η συνολική διάρκεια μητρικού θηλασμού στη ζωή τους.

**Πίνακας 1:** Τροποποιήσιμοι παράγοντες που έχουν κατά καιρούς συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Παράγοντας Κινδύνου	Μελέτη	Τύπος μελέτης	Δείγμα	Σχετικός κίνδυνος
<b>Ηλικία γέννησης του 1<sup>ου</sup> παιδιού και αριθμός γεννήσεων</b>	Madigan MP <sup>11</sup> et al.1995	Μελέτη κοορτικής	7.508 γυναίκες που μετείχαν στις μελέτες NHANES 1 (National Health and Nutrition Examination Survey και στη συνέχεια στη μελέτη στην NHEFS (Epidemiologic Follow-up Study) όπου κατεγράφησαν 193 περιπτώσεις καρκίνου μαστού	Αυξημένος σχετικός κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με ηλικία 1 <sup>ης</sup> γέννησης 20-29 ετών (RR 1,5 CI 95% 1,0-2,2) και > 29 ετών ( RR 1,9 CI 95% 1.1 - 3,3), σε σχέση με τις γυναίκες που έγιναν μητέρες σε ηλικία >20 ετών.
	Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2000 <sup>12</sup>	Μετα-ανάλυση	50.302 ασθενείς και 96.973 μάρτυρες από 47 μελέτες	Μείωση του σχετικού κινδύνου κατά 7, 0% (5, 0-9, 0; p< 0, 0001) για κάθε γέννηση παιδιού.
	Rosner et all 1994 <sup>13</sup>	Μελέτη κοορτικής	91.523 γυναίκες από τη μελέτη Nurses' Health Study παρακολούθησαν για 14 έτη και με καταγεγραμμένα συνολικά 2.341 πεστατικά καρκίνου μαστού	Η αύξηση της ηλικίας στην πρώτη γέννηση οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο μαστού. Σε σχέση με τις άτεκνες γυναίκες, η <b>αθροιστική επίπτωση καρκίνου του μαστού έως την ηλικία των 70, ανάλογα με την ηλικία του 1<sup>ου</sup> τοκε-20 έτη, 10% ελαττωμένη για τα 25 έτη</b> ενώ είναι <b>5% αυξημένη όταν η πρώτη γέννηση έλαβε χώρα στην ηλικία των 35 *</b> .
<b>Μητρικός θηλασμός</b>	Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 2002 <sup>11</sup>	Μετα-ανάλυση	50.302 ασθενείς και 96.973 μάρτυρες από 47 μελέτες	Μείωση του σχετικού κινδύνου κατά 4,3 % ( 95% CI 2,9- 5,8 με p<0,0001 ) για κάθε 12 μήνες θηλασμού.

	Lee et al. 2003 <sup>14</sup>	Μελέτη κοορτης	91.523 ασθενείς και τη μελέτη Nurses Health Study που παρακολούθηθηκαν για 14 έτη και με καταγεγραμμένα συβολικά 2.341 περιστατικά καρκίνου μαστού	Η αύξηση της ηλικίας στην πρώτη γέννηση οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο μαστού. Σε σχέση με τις ατεκνες γυναίκες, η <b>αθροιστική επίπτωση καρκίνου του μαστού έως την ηλικία των 70</b> , ανάλογα με την ηλικία του 1 <sup>ου</sup> τοκετού, είναι <b>20% ελαττωμένη για τα 20 έτη, 10% ελαττωμένη για τα 25 έτη</b> , ενώ είναι <b>5% αυξημένη</b> όταν η πρώτη γέννηση έλαβε χώρα στην <b>ηλικία των 35*</b> .
<b>Χρήση ορμονικής θεραπείας υπό-κατάστασης</b>	Anderson G. L. et al. <sup>15</sup> 2006	Μελέτη κοορτης	16.608 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες από τη μελέτη Women's Health Initiative (WHI) που παρακολούθηθηκαν για 5,6 έτη.	<b>Αυξηνόμενος κίνδυνος</b> ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που έλαβαν <b>ορμονική θεραπεία</b> σε σχέση με αυτές που δεν έλαβαν.
	Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1997 <sup>16</sup>	Μετα-ανάλυση	52.705 ασθενείς και 108.411 μάρτυρες από 51 μελέτες	Για τις γυναίκες που υποβάλλονται ακόμη σε θεραπεία ή τη διέκοψαν μέσα στα τελευταία 4 έτη <b>αύξηση του RR κατά ένα παράγοντα 1,023</b> (C.I. 95% 1,011-1,036) για κάθε έτος θεραπείας . <b>Αθροιστικός RR</b> για όλες τις γυναίκες που υπεβλήθησαν σε ορμονική θεραπεία για > 5 έτη (μέσος όρος 11 έτη) <b>1,35</b> (C.I. 95% 1,21- 1,49). Σχετικός κίνδυνος συγκρίσιμος με αυτόν που προκύπτει από <b>όψιμη εμμηνόπαυση με αύξηση του RR</b> κατά ένα παράγοντα <b>1,028</b> (C.I. 95% 1,021-1,034) για κάθε επιπλέον έτος έως την έναρξη της εμμηνόπαυσης.
<b>Θεραπεία με αντισυλληπτικά</b>	Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer 1996 <sup>17</sup>	Μετα-ανάλυση	53.297 ασθενείς και 100.239 μάρτυρες από 54 μελέτες	Αύξηση του σχετικού κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που εξακολουθούν να λαμβάνουν συνδιασμένη θεραπεία αντισυλληπτικών RR 1,24 (C.I. 95% 1,15- 1,33), και για όσες γυναίκες έχουν διακόψει τη θεραπεία τα τελευταία 4 έτη ( RR 1,16 με C.I. 95% 1,15 - 1,33 ). Για τις γυναίκες που έχουν διακόψει τη χρήση αντισυλληπτικών για >10 έτη υφίσταται ασαφής συσχέτιση με RR 1,01 ( με C.I. 95% 0,96% - 1,05 ).
	Dumeaux et al 2006 <sup>18</sup>	Μελέτη κοορτης	68.670 γυναίκες που γεννήθηκαν στη Γαλλία μεταξύ 1925-1950 παρακολούθηθηκαν για 8 έτη και κατεγράφησαν 1.405 περιστατικά καρκίνου του μαστού	<b>Μελέτη αύξηση περίπου 10%</b> του Ινδώνου καρκίνου του μαστού για τις <b>γυναίκες που έλαβαν ποτέ αντισυλληπτικά</b> . Ο κίνδυνος αυτός φαίνεται να <b>ελαττώνεται με την αύξηση του χρονικού διαστήματος που έχει μεσολαβήσει</b> από τη χρήση. Οι μεταμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν φαίνεται να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο κίνδυνο, λόγω πιθανώς του χρονικού διαστήματος που παρήλθε από τη χρήση αντισυλληπτικών.

---

**Παχυσαρκία**

Lahmann et al 2003 <sup>19</sup>	Μελέτη κοορτης	12.159 μετεμμηνοπαισιακές γυναίκες που παρακολούθηθηκαν για 5,7 έτη στα πλαίσια της MALMO DIET AND CANCER STUDY, όπου κατεγράφησαν 246 περιστατικά καρκίνου του μαστού	A)Αυξημένος σχετικός κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με <b>υψηλότερη συγκέντρωση σωματικού λίπους</b> (εκατοστημόρια 80- 100) σε σχέση με τις γυναίκες με χαμηλή συγκέντρωση ( εκατοστημόρια 0-20 ) με <b>RR 2,01</b> ( 95% C.I. 1.26- 3,21 ).  B) Αυξημένος σχετικός κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου μαστού σε γυναίκες με υψηλότερη αύξηση του <b>σωματικού τους βάρους</b> >21 kg (εκατοστημόρια 80- 100 ) σε σχέση με τις γυναίκες που νύξησαν λιγότερο το σωματικό τους βάρος ( εκατοστημόρια 0-20 ), με RR 1,26 ( CI 95% 1,11- 2,77).
Van den Brandt et al. 2000 <sup>20</sup>	Μετα-ανάλυση	337.819 γυναίκες με 4.385 περιστατικά καρκίνου του μαστού από 7 μελέτες κοορτης.	A) Προστατευτικός ρόλος του υψηλού δείκτη μάζας σώματος BMI για προεμμηνοπαισιακές γυναίκες, με RR 0,54 (95% CI 0,34-0,85) για γυναίκες, με BMI >31 kg/m <sup>2</sup> σε σχέση με εκείνες με BMI <21 kg/m <sup>2</sup> .  B) <b>Αυξημένος κίνδυνος για γυναίκες με υψηλότερο BMI</b> ( κίνδυνος δεν αυξάνει για BMI > 28 kg <sup>2</sup> ) με RR 1,26 ( 95% CI 1.09- 1,46 ) <b>μετά την εμμηνόπαυση.</b>
Lahmann et al 2004 <sup>21</sup>	Μελέτη κοορτης	73.542 προεμμηνοπαισιακές και 103.344 μετεμμηνοπαισιακές γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη EPIC από 9 Ευρωπαϊκές χώρες, για διάστημα 4,7 ετών κατά το οποίο ανιχνεύθηκαν 1.879 περιστατικά καρκίνου του μαστού	A) Για τις προεμμηνοπαισιακές γυναίκες ο δείκτης περιφέρειας σώματος παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ( p < 0,03 ) αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.  B) Για τις μετεμμηνοπαισιακές γυναίκες που δε λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης το βάρος, το BMI και η περιφέρεια γλουτών, εμφανίζουν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού ( p < 0.002 ), ενώ οι πιο παχύσαρκες γυναίκες με BMI>31kg/m <sup>2</sup> υφίστανται 31% υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε σχέση με όσες έχουν BMI< 25 kg/m <sup>2</sup> .

---

**Τύπος διατροφής**

Cho et al. 2003 <sup>22</sup>	Μελέτη κοορτης	90.655 προεμμηνοπαισιακές γυναίκες 26-41 ετών που συμμετείχαν στη μελέτη Nurses Study II και παρακολούθηθηκαν για διάστημα 8 ετών κατά το οποίο ανιχνεύθηκαν 714 περιστατικά καρκίνου του μαστού	Οι γυναίκες διαχωρίστηκαν σε 5 ομάδες ανάλογα με το εκατοστημόριο στο οποίο κατατάσσονταν βάσει της ημερήσιας κατανάλωσης σε λίπος. <b>Οι γυναίκες της ομάδας με την υψηλότερη κατανάλωση λίπους</b> (80- 100 εκατοστημόρια ) παρουσίαζαν περίπου <b>33% υψηλότερη κίνδυνο</b> για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες με μικρή κατανάλωση λίπους (0-20 εκατοστημόρια) (RR 1,33 με 95% CI 1,02-1,73 p<0,002). Ιδιαίτερη συσχέτιση φαίνεται να παρουσιάζει η κατανάλωση ζωικού λίπους, κόκκινου κρέατος και λιπαρών γαλακτοκομικών τροφών.
-------------------------------	----------------	--	---

	Gonzalez CA <sup>23</sup> 2006	Μελέτη κοορ- της	Γυναίκες από 10 Ευρωπαϊκές χώρες που μετείχαν στη μελέτη EPIC	<b>Διπλάσιος κίνδυνος ανάπτυξης</b> καρκίνου του μαστού για τις γυναίκες που κατανά- λωναν <b>περισσότερα από 35gr λίπους</b> κα- θημερινά, σε σχέση με τις γυναίκες που κατανάλωναν <b>λιγότερο από 10 gr</b>
<b>Διατροφή κατά την εφηβεία</b>	Frazier et al <sup>24</sup> 2004.	Μελέτη κοορ- της	47.355 γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη Nurses Health Study II	Προστατευτική δράση απέναντι στον καρκίνο του μαστού από: Α) Αυξημένη <b>κατανάλωση φυτικού λί- πους</b> (RR 0,58 CI 95% 0,38-0,86) Β) Αυξημένη <b>κατανάλωση βιταμίνης E</b> ( RR 0,61 95% CI 0,42 – 0,89 )  Αυξημένο κίνδυνο για τις έφηβες που πα- ρουσίαζαν υψηλότερο γλυκαιμικό δείκτη (RR 1,47 95% CI 1,04- 2,08).
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>	Collaborative Group on Hor- monal Factors in Breast Can- cer 2002 <sup>25</sup>	Μετα-ανάλυση	58.515 ασθενείς και 95.067 μάρτυρες από 55 μελέτες	<b>Αύξηση του σχετικού κινδύνου</b> ανά- πτυξης καρκίνου του μαστού κατά <b>7,1%</b> για την κατανάλωση <b>κάθε 10 g αιθυλι- κής αλκοόλης</b> ανά ημέρα (CI 95% 5,5- 8,7% me p<0,00001).
<b>Φυσική άσκηση</b>	Bardia A <sup>26</sup> et al. 2006	Μελέτη κοορ- της	41.836 μετεμμηνο- παυσιακές γυναίκες που μετείχαν στην Iowa Women's Health Study, παρα- κολουθήθηκαν για 18 έτη. Κατά το διάστημα αυτό κατά- μετρήθηκαν 2548 περιπτώσεις καρκί- νου του μαστού	Οι γυναίκες διαχωρίστηκαν με βάση τη φυσική δραστηριότητα σε 3 επίπεδα: χαμηλό - μέσο- υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Το <b>υψηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας φαίνεται να παρουσιάζει προστατευτικό αποτέ- λεσμα</b> σε σχέση με το χαμηλό επίπεδο δραστηριότητας RR 0,86 (CI 95% 0,78 – 0,96%). Αξιοσημείωτο είναι ότι η μείω- ση του κινδύνου είναι μεγαλύτερη για συγκεκριμένο φαινότυπο της κακοήθειας και συγκεκριμένα για τον τύπο με (+) οιστρογονικούς και (-) προγεστερονι- κούς υποδοχείς (ER+/PR-) που εμφανί- ζουν και την επιθετική συμπεριφορά.
	Chag, S C <sup>27</sup> et al. 2006	Μελέτη κοορ- της	38.660 γυναίκες 55- 74 ετών που μετείχαν στη μελέτη “ Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial” σε 10 πολιτείες των Η.Π.Α παρακολου- θήθηκαν για 10 έτη Κατά το διάστημα αυτό καταμετρήθη- καν 764 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού	Οι γυναίκες με <b>&gt; από 4 ώρες εντατικής φυσικής δραστηριότητας</b> (άσκηση στα πλαίσια άθλησης ) <b>την εβδομάδα, εμφα- νίζουν ελαττωμένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού</b> σε σχέση με τις γυναίκες που ανέφεραν ότι δεν ασκού- νται ( RR 0,78 CI 95% 0,60 - 0,99 ) Φαίνεται ότι η επίδραση του φαινομένου σχετίζεται έντονα και με το συνολικό <b>ενεργητικό ισοζύγιο</b> (θερμιδική αξία, δια- τροφής, ενέργεια που καταναλώνεται σε φυσική δραστηριότητα.
<b>Κάπνισμα</b>	Collaborative Group on Hor- monal Factors in Breast Can-	Μετα-ανάλυση	22.225 ασθενείς και 40.832 μάρτυρες από 53 μελέτες που δεν κατανάλωναν αλκοόλ	<b>Ασαφής συσχέτιση με RR 1,03</b> ( C.I. 95% 0,98 -1,07) για καπνιστές σε οποια- δήποτε στιγμή της ζωής τους ( ever 1,05) για τους ενεργούς καπνιστές.

Wael K. et al <sup>28</sup> 2004	Μελέτη κοορ- της	112.844 γυναίκες ηλικίας 25-42 ετών παρακολούθηθηκαν για 10 έτη, κατά τα οποία 1009 γυναίκες προσβλήθηκαν από καρκίνο μαστού	<b>Δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση του καρκίνου με το κάπνισμα</b> , RR 1,12 για ενεργές καπνίστριες ( CI 95% 0,92 – 1,37 )
-------------------------------------	---------------------	--	---

\* Ο Rosner και οι συνεργάτες του<sup>29</sup>, με βελτίωση του στατιστικού τους μοντέλου επαναυπολόγισαν την αυξημένη επίπτωση για τις γυναίκες με μια γέννηση στη ηλικία των 35 έως και +21% σε σχέση με τις άτεκνες γυναίκες.

Έτσι, φαίνεται από τον πίνακα 1 πως οι πολύτοκες γυναίκες (>3-4 παιδιά) που έγιναν μητέρες σε μικρή ηλικία (έως 25 ετών)<sup>10-12</sup> και θήλασαν τα βρέφη τους για συνολικά μεγάλο χρονικό διάστημα (άνω των 12 μηνών)<sup>11,13</sup> είναι περισσότερο προστατευμένες απέναντι στη νόσο σε σχέση με τις άτεκνες γυναίκες, ή ακόμη περισσότερο σε σχέση με τις γυναίκες που τεκνοποίησαν σε μεγαλύτερες ηλικίες (>35 ετών) χωρίς να θηλάσουν.

Έχει επισημανθεί στατιστικά πως τα επόμενα χρόνια μετά τον τοκετό η επίπτωση του καρκίνου του μαστού αυξάνεται σημαντικά<sup>29</sup>, αλλά στη συνέχεια μειώνεται σε επίπεδο κατώτερο από αυτό του γενικού πληθυσμού και μακροπρόθεσμα συνδέεται με προστατευτική δράση απέναντι στην κακοήθεια. Όμως για τις γυναίκες που τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη ηλικία, τα λιγότερα έτη που μεσολαβούν μέχρι να εισέλθουν στην εμμηνόπαυση δεν επαρκούν για να αντισταθμιστεί η αυξημένη επίπτωση τα έτη μετά τη γέννηση, αποτελέσματα η αθροιστική επίπτωση της νόσου σε αυτή την κατηγορία γυναικών να εμφανίζεται υψηλότερη.

Σε αυτό το σημείο αξίζει ίσως να αναφερθεί το γεγονός ότι με βάση τις μελέτες κάποιων ερευνητών, η αθροιστική επίπτωση του καρκίνου του μαστού στις αναπτυγμένες χώρες έως την ηλικία των 70, θα παρουσίαζε ελάττωση της τάξης του 50% αν οι γυναίκες ακολουθούσαν τα πρότυπα οικογενειακού προγραμματισμού των αναπτυσσόμενων περιοχών του πλανήτη (αριθμός γεννήσεων, ηλικία τεκνοποίησης, συνολική διάρκεια θηλασμού)<sup>11</sup>, γεγονός που ίσως χρησιμοποιηθεί για το σχεδιασμό στρατηγικών πρόληψης στο μέλλον (π.χ οικονομική υποστήριξη νέων μητέρων ή πολύτεκνων οικογενειών).

Άλλοι πιθανολογούμενοι παράγοντες κινδύνου που έχουν συσχετιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν συνήθειες όπως το **κάπνισμα** (με βάση την επιβεβαιωμένη επίδραση του στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της καρκινογένεσης σε άλλα όργανα και ιστούς<sup>30</sup>, καθώς και τη βιολογική δράση ορισμένων από τα χημικά στατιστικά του καπνού<sup>31</sup>), χωρίς ωστόσο τελικά να επιβεβαιώνεται και στατιστικά αντίστοιχη συσχέτιση<sup>24</sup>, η την έκθεση σε **αλκοόλ** για την

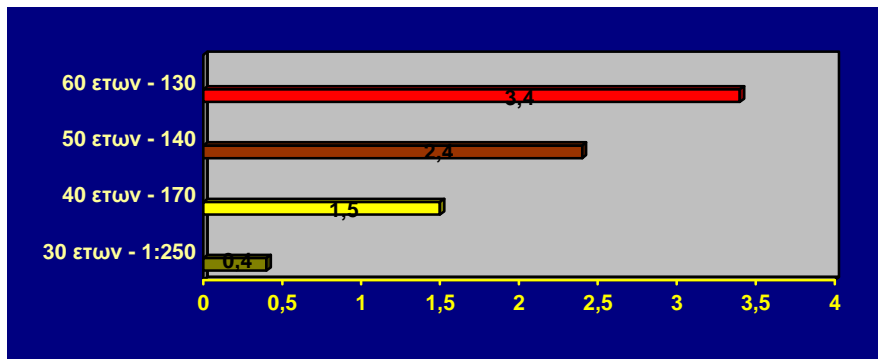
οποία έχει τεκμηριωθεί ισχυρή στατιστικά (και με βάση την παθοφυσιολογία<sup>32</sup>) συσχέτιση<sup>24</sup>.

Σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες, φαίνεται να τεκμηριώνεται από μελέτες αύξηση του κινδύνου ανάπτυξης της νόσου σε όσες γυναίκες καταναλώνουν καθημερινά στη διατροφή τους υψηλές ποσότητες **ζωικού λίπους**<sup>21,22</sup> με δίαιτα αντιστοίχως φτωχή σε φυτικά λιπαρά και βιταμίνες. Περαιτέρω, φαίνεται ότι έχει ιδιαίτερη σημασία ο τύπος της διατροφής και κατά την εφηβική ηλικία<sup>23</sup>, ενώ πιο πρόσφατες έρευνες διαπερνούν μια γενικότερη συσχέτιση του καθιστικού τρόπου ζωής με χαμηλό επίπεδο καθημερινής **άσκησης**<sup>25,26</sup> και την ανάπτυξη **παχυσαρκίας**<sup>18-20</sup> (κυρίως με συγκεκριμένες μορφές με εναπόθεση λίπους σε ειδικά σημεία του σώματος<sup>3</sup>) στις γυναίκες, με αύξηση του σχετικού κινδύνου που διατρέχουν να νοσήσουν από καρκίνο του μαστού. Σε ότι αφορά τις παθοφυσιολογικές οδούς μέσω των οποίων φαίνεται οι παράγοντες αυτοί να συμμετέχουν στο βιολογικό μηχανισμό ανάπτυξης της νόσου, αυτές σχετίζονται κυρίως με την επίδραση τους στο επίπεδο των κυκλοφορούντων οιστρογόνων<sup>34</sup>.

Με βάση τον ίδιο μηχανισμό, εξετάζεται και ο πιθανός ρόλος της λήψης ορμονικών σκευασμάτων είτε με τη μορφή **αντισυλληπτικών**<sup>16</sup> δισκίων είτε σαν **θεραπεία υποκατάστασης**<sup>14</sup> στις γυναίκες, για τις οποίες εμφανίζεται με βάση κάποιες μελέτες ελαφρά αυξημένος κίνδυνος, ο οποίος όμως φαίνεται να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου από τη λήψη των σκευασμάτων<sup>17</sup> και θα πρέπει τελικά να σταθμίζεται απέναντι στα προσδοκώμενα οφέλη από τη χρήση τους.

Συνεπώς, η διαφορετική κουλτούρα και συμπεριφορά των λαών ανά χώρα σε σχέση με καθημερινές συνήθειες των γυναικών που αφορούν τη διατροφή, το κάπνισμα αλλά και τον οικογενειακό προγραμματισμό θα μπορούσαν ενδεχομένως να έχουν συντελέσει σημαντικά στη διακύμανση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της Ευρώπης όπως αυτή εμφανίζεται με βάση τις καταγεγραμμένες στατιστικές.

**Πιθανότητα Ανάπτυξης καρκίνου του Μαστού (%) την επόμενη δεκαετία ,  
ανάλογα με τη σημερινή Ηλικία της Γυναίκας**



## 1.2 Επιβάρυνση της νόσου

Η σοβαρότητα τη καρκίνου του μαστού για τον ευρωπαϊκό πληθυσμό, δεν αντικατοπτρίζεται μόνο στους θανάτους που επιφέρει ετησίως, αλλά και σε αυτό που συνηθίζουμε να αποκαλούμε ως **επιβάρυνση της νόσου (burden of disease)**.

Η παράμετρος αυτή που αποτιμάται σε σταθμισμένα με βάση την ανικανότητα ανθρωποέτη (Disability Adjusted Life Years) **DALYs**, καταγράφει στην ουσία 2 διαφορετικά μεγέθη που σχετίζονται με τη νόσο και καταγράφεται ανά ηλικιακές ομάδες πληθυσμού:

---

A) Το σύνολο των απωλειών σε ανθρωποέτη λόγω της νόσου που οφείλεται σε θάνατο των ασθενειών , που μετράται σε **απολεσθέντα έτη ζωής (YLL- Years of Life Lost )** σε σχέση με το αναμενόμενο προσδόκιμο ζωής σε κάθε χώρα.

**N** ο αριθμός των θανάτων από τη νόσο (ανά 100.000 πληθυσμό)

$$YLL= N *L$$

**L** το προσδόκιμο ζωής για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα\*

\* το υπόλοιπο δηλαδή των ετών έως τη μέση ηλικία θανάτου για τα άτομα της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.

---



---

B) Το σύνολο των απωλειών σε ανθρωποέτη, που οφείλεται σε ανικανότητα του ασθενούς που προέρχεται από τη νόσο και αποτιμάται σε **σταθμισμένα έτη ζωής με συνοδό αναπηρία (YLD-Years Lived with Disability)**

**I** η επίπτωση της νόσου (ανά 100.000 πληθυσμού)

**YLD = I \* DW\* L**

**DW (Disability Weight)** ο συντελεστής στάθμισης σοβαρότητας της νόσου

**L** τα έτη ζωής που αναμένεται να επιβιώσει ο ασθενής με τη νόσο

---

Έτσι η επιβάρυνση της νόσου (σε DALY) υπολογίζεται ως το άθροισμα : **DALY = YLL+ YLD**

Τα απολεσθέντα ανθρωποέτη (DALY) που υπολογίζονται με βάση αυτό τον τύπο, αφορούν τα **ανθρωποέτη πλήρως υγιών και παραγωγικών ατόμων με τα οποία επιβαρύνεται ο πληθυσμός** κάθε χώρας, όχι μόνο από τον αριθμό των θανάτων που προκαλείται από τη νόσο αλλά και λόγω της συνοδού ικανότητας που προκαλεί στις ασθενείς κατά το διάστημα κατά το οποίο ζουν με τις επιπλοκές τις ασθένειας (ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, παραμονή σε νοσοκομεία, ανικανότητα προς εργασία, παρενέργειες χημειοθεραπευτικής αγωγής, ψυχολογική επιβάρυνση της ασθενούς).

Πέρα από τα καθαρά επιδημιολογικά στοιχεία που υπεισέρχονται στη διαδικασία υπολογισμού των DALY που αφορούν δείκτες επίπτωσης και προσδόκιμο επιβεβαίωσης ανά χώρα και κρίνονται ανάλογα με την αξιοπιστία του φορέα και τη μεθοδολογία με βάση την οποία τα συνέλλεξε, ένα ζήτημα που τίθεται σε σχέση με τον ακριβή προσδιορισμό της επιβάρυνσης της νόσου (burner of disease) είναι η αντικειμενικότητα του λεγόμενου συντελεστή σοβαρότητας (disability weight).

Η παράμετρος αυτή έχει δεχθεί έως σήμερα ισχυρή κριτική καθώς έχει τεθεί ζήτημα αξιοπιστίας σε σχέση με τη διακύμανση την οποία υποβάλλεται ανά χώρα, λόγω διαφορετικών προτιμήσεων σε σχέση με την υγεία αλλά και διαφορετικών υγειονομικών συνθηκών, πρωτοκόλλων θεραπείας που ακολουθούνται κλπ.

Σε μια πρόσφατη μελέτη των Kruijshaar et al.<sup>35</sup> που έγινε με συμμετοχή 6 χωρών κυρίως από τη δυτική και βόρεια Ευρώπη, έγινε μια πρώτη απόπειρα να υπολογιστούν συντελεστές σοβαρότητας που να είναι ειδικοί για κάθε χώρα, ώστε να είναι περισσότερο

ενδεικτικοί της πραγματικής σοβαρότητας της νόσου για τις γυναίκες του συγκεκριμένου πληθυσμού<sup>35</sup>.

Έτσι, υπολογίστηκε με βάση το σύστημα ταξινόμησης επιπέδου υγείας EQ-5D για κάθε χώρα, ο συντελεστής σοβαρότητας που απέδιδαν οι γυναίκες σε κάθε ένα από τα στάδια της νόσου. Εκτός από τη βαθμονόμηση σε κλίμακα 1-3 (1 χωρίς, 2 ήπιο πρόβλημα, 3 σοβαρό πρόβλημα) για τις 5 συνήθεις διαστάσεις της κλίμακας EQ-5D, δηλαδή α) **κινητικότητα**, β) **αυτοφροντίδα**, γ) **μείωση καθημερινών δραστηριοτήτων**, δ) **επίπεδα πόνου/δυσφορίας** και ε) **άγχος/κατάθλιψη**, για τη συγκεκριμένη ερευνά χρησιμοποιήθηκε και μια έκτη διάσταση που αφορά το **επίπεδο γνωσιακών λειτουργιών (EQ-5D + C)**<sup>36</sup>.

Ο πίνακας 2 που ακολουθεί συνοψίζει τους συντελεστές βαρύτητας ανά στάδιο εξέλιξης :

### Φάσεις εξέλιξης του καρκίνου

#### Φάση 1

A εξάμηνο	B εξάμηνο	Συντελεστής βαρύτητας
Αρχική διάγνωση, συντηρητική χειρουργική επέμβαση με διατήρηση του μαστού, συνοδός ακτινο- & χημειοθεραπεία .	Λίγος πόνος και δυσφορία από το χειρουργικό τραύμα, συναισθηματικός κλονισμός από την αρχική διάγνωση , αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου.	Μέσος όρος Ευρωπαϊκής ένωσης : <b>0,27</b>
Κινητικότητα	1	Εύρος τιμών ανά χώρα:
Αυτοφροντίδα	1	0,19 – 0,32
Μείωση δραστηριοτήτων	2	1
Πόνος/ δυσφορία	2	2
Άγχος/κατάθλιψη	2	2
Γνωσιακές λειτουργίες	1	1

#### Φάση 2

A εξάμηνο	B εξάμηνο	Συντελεστής βαρύτητας
Αρχική διάγνωση καρκίνου επέμβασης ριζικής μαστεκτομής ( μαστός & παρακείμενοι ιστοί) με ή χωρίς συνοδό ακτινο- & χημειο-θεραπεία .	Πόνος και δυσφορία (αρχικά) από το χειρουργικό τραύμα, δυσμορφία και σημάδι στο σημείο της επέμβασης, οίδημα στο αντίστοιχο άνω άκρο, συναισθηματικός κλονισμός από την αρχική διάγνωση, αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου.	Μέσος όρος Ευρωπαϊκής ένωσης : <b>0,37</b>  Εύρος τιμών ανά χώρα: 0,26 – 0,41
Κινητικότητα	1	1
Αυτοφροντίδα	2	1
Μείωση δραστηριοτήτων	2	2
Πόνος/ δυσφορία	2	2
Άγχος/κατάθλιψη	2	2
Γνωσιακές λειτουργίες	1	1

#### Φάση 3

Αασθενής που έχει υποστεί συντηρητική χειρουργική επέμβαση και τοπική ακτινοθεραπεία & χημειοθεραπεία από διάστημα μεγαλύτερο του 1 έτους με κάποια ενο-	Κινητικότητα	1	<b>Συντελεστής βαρύτητας</b>
	Αυτοφροντίδα	1	
	Μείωση δραστηριοτήτων	1	Μέσος όρος Ευρωπαϊκής ένωσης : <b>0,18</b>
	Πόνος/ δυσφορία	2	

γλήματα, χωρίς σημεία υποτροπής της κακοήθειας	Άγχος/κατάθλιψη Γνωσιακές λειτουργίες	1 1	Εύρος τιμών ανά χώρα : 0, 12 – 0, 23
--	--	--------	---

#### Φάση 4

Ασθενής που έχει υποστεί ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς συνοδό ακτινοθεραπεία & χημειοθεραπεία από διάστημα μεγαλύτερο του 1 έτους, με μόνιμες επιπτώσεις που αφορούν πόνο και δυσφορία, δυσμορφία και σημάδι ουλών στο σημείο τομής και οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου, χωρίς σημεία υποτροπής.	Κινητικότητα	1	<b>Συντελεστής βαρύτητας</b>
	Αυτοφροντίδα	1	
	Μείωση δραστηριοτήτων	2	Μέσος όρος Ευρωπαϊκής ένωσης : <b>0,30</b>
	Πόνος/ δυσφορία	2	
	Άγχος/κατάθλιψη	2	Εύρος τιμών ανά χώρα : 0,22 – 0,35
Γνωσιακές λειτουργίες	1		

#### Φάση 5

Ασθενής με καρκίνο μαστού, με τοπική υποτροπή και/ή δευτερογενείς μεταστάσεις σε απομακρυσμένους ιστούς ( οστά εγκέφαλο, ήπαρ που απαιτεί χημειοθεραπεία με ή χωρίς συνοδό ακτινοθεραπεία. Η ασθενής περνάει σημαντικό χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο για να υποβάλλεται σε θεραπεία, βιώνει έντονο άγχος και δυσφορία λόγω των παρενεργειών της θεραπείας.	Κινητικότητα	2	<b>Συντελεστής βαρύτητας</b>
	Αυτοφροντίδα	2	
	Μείωση δραστηριοτήτων	3	Μέσος όρος Ευρωπαϊκής ένωσης : <b>0,61</b>
	Πόνος/ δυσφορία	2	
	Άγχος/κατάθλιψη	3	Εύρος τιμών ανά χώρα : 0,53 – 0,70
Γνωσιακές λειτουργίες	1		

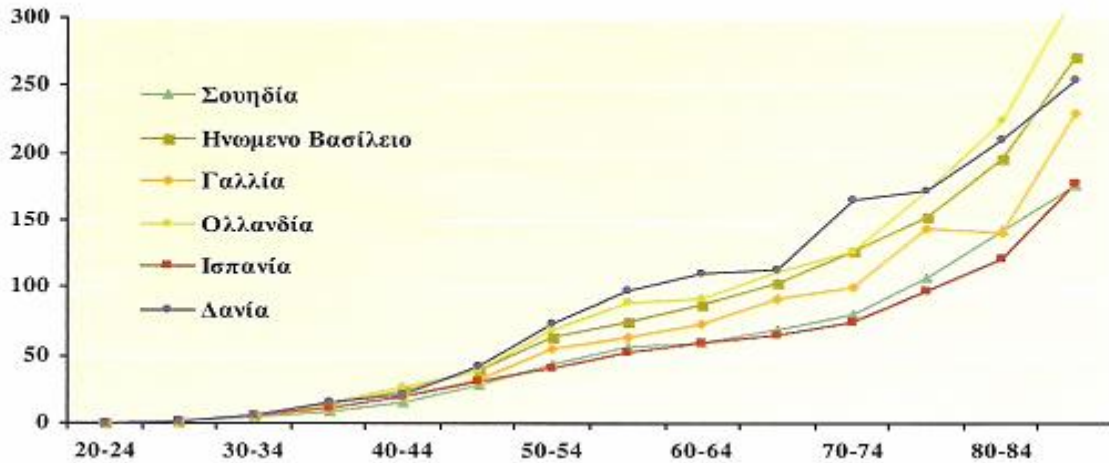
Πίνακας τροποποιημένος από: Kruijshaar M Eet al.2004, Appedix to “ The breast cancer related burden of morbidity and mortality in six European counties”: the European Disability Weights projects.<sup>36</sup>  
Available at: <http://www-fgg.eur.nl/mgznew/papers.html>

Συνεπώς, με κάθε ασθενή από καρκίνο μαστού, ο πληθυσμός θα επιβαρυνθεί με την πλήρη απώλεια ανθρωποετών από τον πρώιμο θάνατο κατά τα άλλα υγιών ατόμων αλλά και από την συνοδό ελάττωση της «αξίας» κάθε ανθρωποέτους που επιβιώνει μια ασθενής με καρκίνο κατά ένα ποσοστό ίσο με το συντελεστή βαρύτητας της νόσου λόγω ανικανότητας .

Αυτό που θα πρέπει επίσης να παρατηρούμε είναι ότι όπως φαίνεται και στα σχήματα 2 & 3 για τις 6 χώρες που συμμετείχαν στην προαναφερθείσα μελέτη, μολονότι η επίπτωση της νόσου αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και είναι υψηλότερη στην ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών, η υψηλότερη επιβάρυνση από τη νόσο για τον πληθυσμό των χωρών αυτών αφορά κυρίως τις γυναίκες μέσης ηλικίας. Πέρα από το γεγονός ότι οι νεότερες γυναίκες ηλικίας 45-60 ετών έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, ανήκουν σε μια ενεργή ομάδα του πληθυσμού που συνεισφέρει τόσο στην οικονομική ανάπτυξη όσο και στην υποστήριξη του κοινωνικού ιστού (γυναίκες, μητέρες, φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων). Επιπλέον, το επίπεδο υγείας τους επιτρέπει υψηλότερο επίπεδο δραστηριότητας σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες, με αποτέλεσμα οι περιορισμοί και η ανικανότητα που επιφέρει η νόσος να αντιστοιχούν για

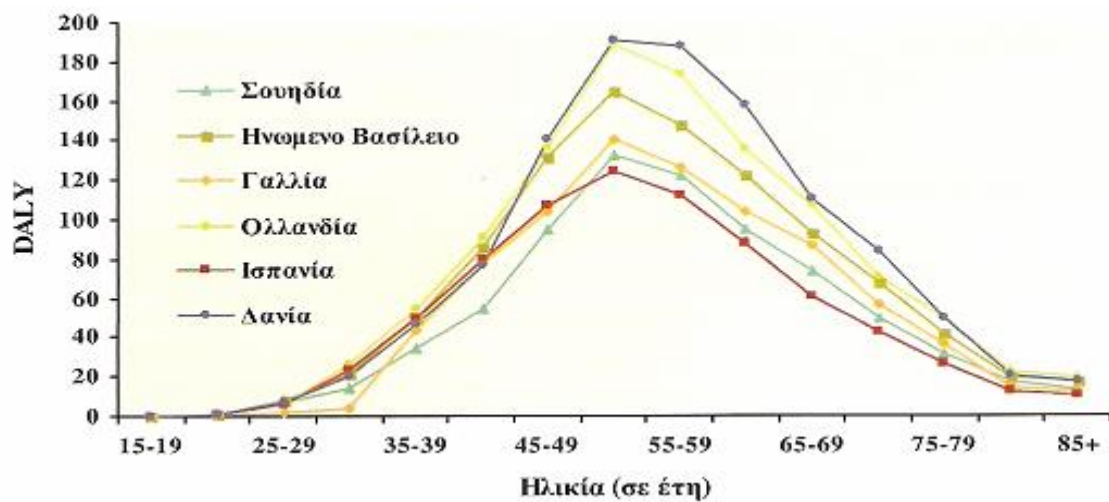
αυτή την ομάδα σε υψηλότερη βαρύτητα και δυσανάλογη επιβάρυνση του πληθυσμού από τον καρκίνο.

**Σχήμα 2:** Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (ανά 100.000 πληθυσμού, ανά έτος)



Τροποποιημένο σχήμα από: Kruijshaar M E et al. Eur.J.Public Health 2004; 14:141- 146.

**Σχήμα 3:** Η απώλεια λόγω καρκίνου του μαστού σε DALY (Disability Adjusted Life- Years) σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (ανά έτος και ανά 100.000 πληθυσμού).



Τροποποιημένο σχήμα από : Kruijshaar M E et al. Eur. J. Public Health 2004; 14:141- 146.

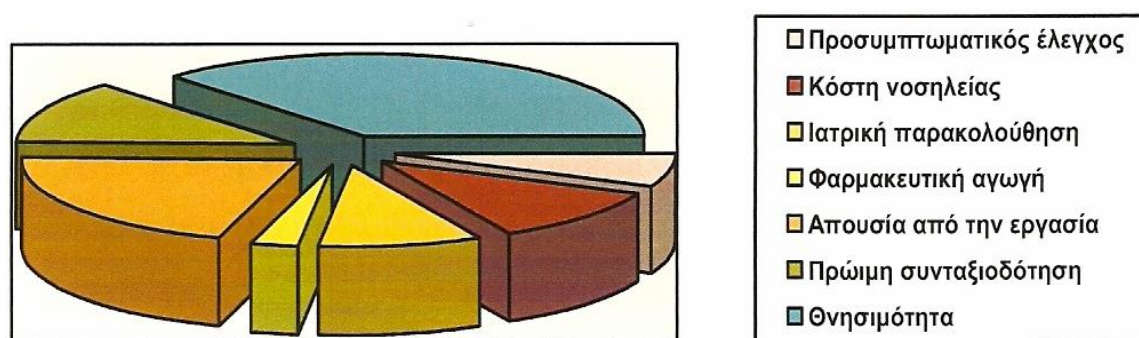
### 1.3 Το κόστος της νόσου

Λόγω των πολλαπλών παραμέτρων που θα πρέπει να συνεξεταστούν σε σχέση με τις επιπτώσεις της νόσου στην οικονομική ζωή του πληθυσμού, είναι σχετικά δύσκολο να αποτιμηθεί με ακρίβεια το πραγματικό κόστος που συνεπάγεται ο καρκίνος του μαστού, καθώς απαιτούνται αξιόπιστα στοιχεία από διαφορετικές πηγές.

Υπολογίστηκε με βάση πρόσφατη μελέτη που διεξάχθη στη Σουηδία<sup>37</sup> ότι το συνολικό κόστος που αναλογεί στον πληθυσμό λόγω του καρκίνου του μαστού ανέρχεται συνολικά σε 320 εκατομμύρια € επιβαρύνοντας σημαντικά τον προϋπολογισμό της χώρας. Τα κόστη αυτά δεν περιορίζονται αποκλειστικά στον τομέα της υγείας, αλλά περιλαμβάνουν και παράπλευρα κόστη όπως για παράδειγμα την ελάττωση της παραγωγικότητας της χώρας ή το κόστος από την πρόωμη συνταξιοδότηση του γυναικείου εργαζόμενου πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στο ποσό αυτό δεν έχει συμπεριληφθεί και το κόστος από τη επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και του περιβάλλοντος τους που υπολογίστηκε με βάση την απώλεια σε ποιοτικά σταθμισμένα ανθρωποέτη ζωής **QALY** (Quality Assesed Life Years) σε ένα περαιτέρω κόστος της τάξης των 700 εκατομμυρίων €.

Στο σχήμα 4 παρουσιάζονται οι διαφορετικές μορφές κόστους που συνεπάγεται ο καρκίνος του μαστού, καθώς και η αναλογία τους σε σχέση με τη συνολική οικονομική επιβάρυνση της νόσου.

**Σχήμα 4:** Οι μορφές κόστους που προέρχονται από τον καρκίνο του μαστού.



Δεδομένα από: Lidgren M et al. Eur J Health Econ 2007; 8:5-15.

Συνοψίζοντας, ο καρκίνος του μαστού, αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για τη δημοσιά υγεία στην Ευρώπη με σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις τόσο για τις ίδιες τις ασθενείς, όσο και για το σύνολο του πληθυσμού.

Αυτή η διάσταση του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όχι μόνο για την καλύτερη κατανόηση της φύσης των συνεπειών του, αλλά κυρίως γιατί κάθε προσπάθεια εκτίμησης της πραγματικής χρησιμότητας μεθόδων που αποσκοπούν στην προστασία του πληθυσμού θα πρέπει να σταθμίζεται προσμετρώντας και παραμέτρους που αφορούν δευτερογενείς συνέπειες της ασθένειας .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 2.1 Κατασκευή του μαστού

Ο μαστός αναπτύσσεται νωρίς στην **εμβρυική ζωή**, προερχόμενος από το εξώδερμα. Κατά τη γέννηση, αποτελείται από ένα σύστημα πόρων που καταλήγει στη ήδη σχηματισμένη θηλή, ενώ η περιοχή του μαζικού αδένου δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη<sup>38</sup>.

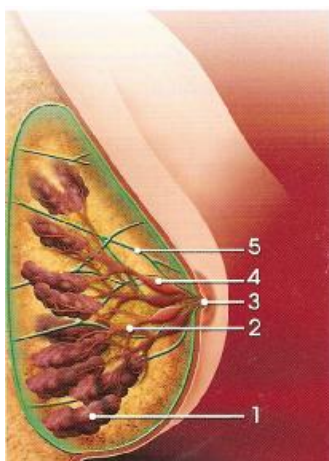
Εκτός από εξαιρέσεις, στις οποίες κατά το πρώτο χρονικό διάστημα μετά τη γέννηση παρατηρείται για λίγες ημέρες μια μικρή διόγκωση και έκκριση γαλακτώδους υγρού (ερεθισμός από τις ορμόνες της μητέρας), ο μαζικός αδένου παραμένει σε μια κατάσταση αδράνειας σε όλη τη παιδική ηλικία. Σε αυτή τη φάση αποτελείται από ένα επιθηλιακό τμήμα μικρών πόρων που καταλήγουν μέσα σε ένα ινώδες στρώμα.

**Κατά την εφηβεία**, συνήθως μεταξύ 10 και 15 ετών, αναπτύσσεται και αρχίζει να χρωματίζεται το σύμπλεγμα θηλής – άλου. Συγχρόνως, δημιουργείται κάτω από την άλου, μια δισκοειδής μάζα από μαζικό ιστό, η οποία θα αναπτυχθεί τα επόμενα χρόνια για να σχηματίσει τον προβάλλοντα μαστό της ενήλικης γυναίκας. Αυτός ο “δισκοειδής” μαζικός αδένου, ειδικά επειδή συνήθως εμφανίζεται πρώτα ετερόπλευρα και ακολουθεί μετά μετρικούς μήνες η εμφάνιση και στην άλλη πλευρά και συνοδεύεται από μικρή ενόχληση – πόνο, εκλαμβάνεται πολλές φορές λανθασμένα ως “νόσο”, άλλοτε ως όγκος και άλλοτε ως μαστίτιδα.

Όσο το στήθος μεγαλώνει, οι αρχικοί πόροι αναπτύσσονται, διακλαδώνονται και σχηματίζουν το σύστημα του μαζικού αδένου. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων, η ανατομική ανάπτυξη του μαζικού αδένου έχει σχεδόν συμπληρωθεί όταν αρχίζει να εμφανίζεται η έμμηνος ρύση, ενώ περίπου στην ηλικία των 20 ετών, ο μαστός έχει φθάσει τη μεγαλύτερη ανάπτυξη του.

Μετά την αύξηση της θυλακιοτρόπου (FSH) και Ωχρινοτρόπου (LH) ορμόνης, η παραγωγή οιστρογόνων οδηγεί σε ανάπτυξη των πόρων του μαζικού αδένου, στην αύξηση του συνδετικού ιστού και της αιμάτωσης, ενώ η αύξηση των λοβίων ολοκληρώνεται πολύ αργότερα, με ερέθισμα την αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης όταν αρχίσουν κανονικοί ωορρηκτικοί κύκλοι (Εικ.1).

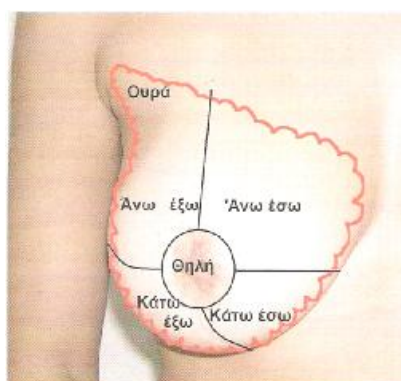
**Ανατομικά**, ο μαστός της ενήλικης γυναίκας εκτείνεται από τη 2<sup>η</sup> έως την 6<sup>η</sup> πλευρά και από το στερνό μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, σχηματίζοντας προς τη μασχάλη μια πυραμοειδή προεξέκβαση, την ουρά του Spence<sup>39</sup>. Ο αδένας επικάθεται σε μια λεπτή περιτονία που καλύπτει κυρίως τον μείζονα θωρακικό μυ και μερικά τον πρόσθιο οδοντωτό. Το σύμπλεγμα θηλής-άλω ευρίσκεται επί της γαλακτικής γραμμής και στη επιφάνεια της άλω ανευρίσκονται μικρά εξάρματα που αποτελούν τα ανοίγματα των μικρών σμηγματογόνων αδένων του Montgomery.



Εικ.1:

1. Λοβίο (αδένας).
2. Γαλακτοφόρος πόρος.
3. Θηλή.
4. Γαλακτοφόρος κόλπος.
5. Ίνες του Κούπερ<sup>1</sup>.

Για να μπορούν οι γιατροί να περιγράψουν σε ποιο σημείο του μαστού βρίσκεται κάποια βλάβη, τον χωρίζουν σε ορισμένα τμήματα. Αν υποθέσουμε ότι ο μαστός είναι ένα ημισφαίριο, με μια κάθετη και μια οριζόντια γραμμή χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα, τα λεγόμενα τεταρτημόρια : το άνω έξω, το άνω έσω, το κάτω έξω και το κάτω έσω (Εικ.2). Τα τμήματα αυτά πραγματικά και σαφή ανατομικά όρια, άλλα είναι εντελώς σχηματικά και έχουν καθαρά ασαφή περιγραφική χρησιμότητα.

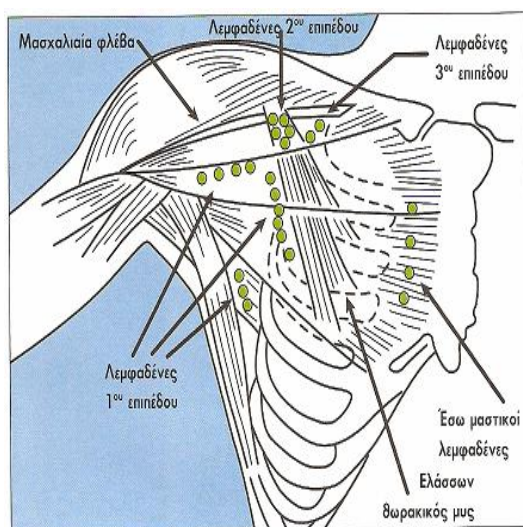


Εικ.2: Τα τεταρτημόρια του μαστού, η ουρά και η περιοχή της θηλής<sup>1</sup>.



Η **αιμάτωση** του μαστού προέρχεται από την μασχαλιαία αρτηρία μέσω της ακρωμιοθωρακικής πλάγιας θωρακικής και υποπλάτιας αρτηρίας και από την υποκλείδιο αρτηρία μέσω της έσω θωρακικής (μαστικής). Επίσης δέχεται διατιτρόντες κλάδους από τις άνω μεσοπλεύριες αρτηρίες. Το φλεβικό δίκτυο, ιδιαίτερα πλούσιο κάτω από την θηλή, καταλήγει στις μεσοπλεύριες, μασχαλιαίες και έσω θωρακικές φλέβες.

Η **λεμφική παροχέτευση** του μαστού που παίζει σημαντικό ρόλο στη μετάσταση του καρκίνου, αρχίζει με μικρά λεμφικά πλέγματα μέσα από το μαζικό παρέγχυμα και την υποθηλαία περιοχή και κατευθύνεται στους λεμφαδένες κυρίως της σύστοιχης μασχάλης, οι οποίοι διακρίνονται σε τρία χειρουργικά επίπεδα I, II και III, ανάλογα με την εντόπιση τους επί τα εκτός, πίσω και επί τα εντός αντίστοιχα του ελάσσονα θωρακικού μύος (Εικ.3). Μια μικρή οδός λεμφικής παροχέτευσης υπάρχει προς τον αντίθετο μαστό και προς τη θήκη του ορθού κοιλιακού.

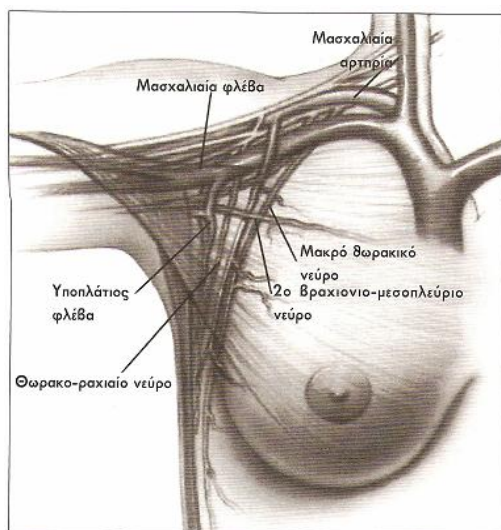


Εικ.3: Ανατομική θέση των μασχαλιαίων λεμφαδένων ( Χειρουργικά επίπεδα I, II & III ).

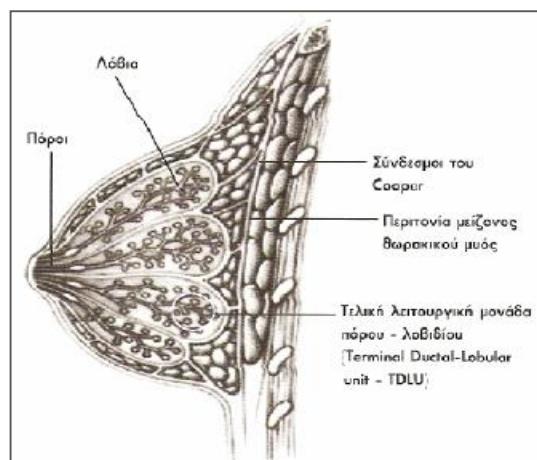
Η **νεύρωση** του μαστού είναι ιδιαίτερα πλούσια στο σύμπλεγμα θηλής άλω από σωματικές αισθητικές απολήξεις ενώ το παρέγχυμα καλύπτεται κυρίως από το αυτόνομο συμπαθητικό σύστημα. Η τρώση του **θωρακο-ραχιαίου νεύρου** που νεκρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ, οδηγεί σε λειτουργικές διαταραχές όπως αδυναμία απαγωγής, έσω στροφής και σύγκλεισης του βραχίονος. Το **μακρύ θωρακικό νεύρο** νεκρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ και η τρώση του έχει σαν αποτέλεσμα την επιπλοκή της “ χαλαρής ” ωμοπλάτης .

**Μικροσκοπικά** ο μαστός αποτελείται από ένα σύστημα διακλαδωμένων κεντρικών πόρων οι οποίοι αρχίζοντας από τη θηλή καταλήγουν στις τελικές

λειτουργικές μονάδες πόρου – λοβιδίου του αδένα (ductal – alveolar unit) που σχηματίζουν τα λοβία. Τα ο επιθήλιο τόσο των πόρων όσο και των λοβίων αποτελείται από δυο στρώματα κυττάρων, τα βασικά-κυβοειδή κύτταρα και τα κυλινδρικά-επιφανειακά κύτταρα που προβάλλουν προς τον αυλό. Το τοίχωμα των συμπλεγμάτων πόρου-λοβιδίου, περιβάλλεται από μυο-επιθηλιακά κύτταρα που ανταποκρίνονται με σύσπαση στον ερεθισμό της ωκυτοκίνης κατά την διάρκεια του θηλασμού για την προώθηση γάλακτος. Το στρώμα του μαστού αποτελείται κυρίως λίπος και συνδετικό ιστό, που αρχίζει από τα λοβιδία του αδένα, περιβάλλει τους πόρους και συνδέεται με τους πυραμοειδούς σχήματος συνδέσμους του Cooper, που επεκτεινόμενοι τόσο στην εν τω βάθη περιτονία όσο και προς το δέρμα, αποτελούν το σύστημα στηρίξεως του μαζικού αδένα<sup>40,41</sup>.



Εικ.4: Ανατομική θέση θωρακο-ραχιαίου δεματιού και του μακρού θωρακικού νεύρου (Bell)<sup>40</sup>.



Εικ.5: Σχηματική απεικόνιση της μικροσκοπικής σύνθεσης του μαζικού αδένα<sup>41</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μετρήστε από το 1 μέχρι το 30. Ωραία. Μάθετε τώρα ότι μέσα σε αυτό το διάστημα, μια γυναίκα κάπου στο κόσμο ανακάλυψε ότι πάσχει από καρκίνο του στήθους. Συγκλονιστική διαπίστωση, έτσι δεν είναι; Τώρα περιμένετε να περάσει ένα λεπτό. Τελειώσατε; Μια γυναίκα κάπου στο κόσμο μόλις πέθανε από τον καρκίνο στήθους. Η ανθρωπότητα γνωρίζει για την επάρατη νόσο εδώ και αιώνες, ο καρκίνος του στήθους συγκεκριμένα είναι μια από τις αρχαιότερες γνωστές μορφές καρκίνου. Λόγος για όγκους στο μαστό των γυναικών γίνεται ακόμα από τα αρχαιότερα ιατρικά έγγραφα που έχουν ανακαλυφθεί, σε αιγυπτιακούς πάπυρους που χρονολογούνται από το 17<sup>ο</sup> αιώνα π.Χ. Παρόλα αυτά, ενώ η νόσος υπάρχει από την αρχαιότητα, στην πραγματικότητα άρχισε να εξαπλώνεται με ραγδαίους ρυθμούς μόλις από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και έπειτα. Και όσο περνούσαν τα χρόνια, τα ποσοστά αυξάνονταν ακόμα περισσότερο.

Σήμερα, παρά την ευρεία ευαισθητοποίηση, τις μεγάλες καμπάνιες διεθνών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων, ο καρκίνος του στήθους έχει μετατραπεί σε μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τις γυναίκες σε παγκόσμια κλίμακα. Άραγε, φταίνε ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η έλλειψη σωματικής άσκησης και η κακή διατροφή ή τα γονίδια της κάθε γυναίκας; Οι επιστήμονες έχουν αναπτύξει διάφορες θεωρίες, για καμία όμως από αυτές δεν μπορούν να είναι σίγουροι σε ποσοστό 100%. Το μόνο βέβαιο είναι ότι η σημερινή κατάσταση είναι ιδιαίτερα τρομακτική. Αξίζει απλά να αναφέρουμε ότι κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο καταγράφονται πάνω από 1,2 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου του στήθους. Την ίδια στιγμή, οι ετήσιοι θάνατοι ξεπερνούν τις 500.000<sup>42</sup>.

#### 3.1 Ανάπτυξη του καρκίνου

Ο καρκίνος του μαστού είναι αδenoκαρκίνωμα που εξορμάται από το επιθήλιο των πόρων και των αδenoκυψέλων του μαζικού αδένου<sup>43</sup>.

Επειδή ο μαστικός αδένας βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.

Έτσι, πρέπει να δεχτούμε, πως η καρκινογένεση στο μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικια, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά (Εικ.6). Πολύ λίγα γνωρίζουμε για το χρονικό διάστημα, που περνάει, από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής, μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι μεγάλος και να εξαρτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων<sup>44</sup>.

Η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται όσο μεγαλώνει μια γυναικά μέχρι την ηλικια των εβδομήντα πέντε ετών και μετά αρχίζει να μειώνεται. Παρότι όμως είναι πιο σπάνιος στις νέες γυναίκες, είναι πιο επιθετικός από ότι όμως στις ηλικιωμένες, αποτελώντας τη συχνότερη αιτία θανάτου στις ηλικίες τριάντα πέντε με σαράντα πέντε ετών.

Μπορεί να εμφανιστεί και σε άνδρες, αλλά είναι πολύ σπάνιος (1% σε σχέση με τη με τη συχνότητα του στις γυναίκες) (Εικ.7)<sup>45</sup>.



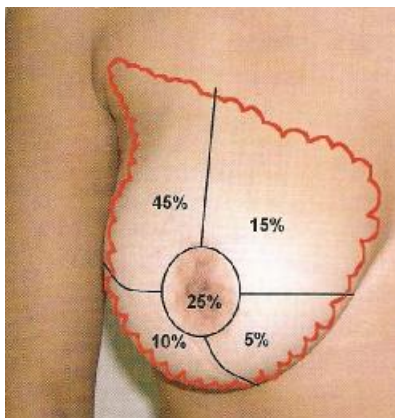
Εικ.6: Ευμεγέθης καρκίνος μαστού<sup>44</sup>.



Εικ.7: Καρκίνος του μαστού στο άνδρα<sup>45</sup>.

Στην παρακάτω φωτογραφία φαίνεται η συχνότητα του καρκίνου του μαστού ανά τεταρτημόριο. Παρατηρείται ότι σχεδόν οι μισές περιπτώσεις (45%) εμφανίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο και στην ουρά του μαστού και ότι το 25% εμφανίζεται στην

περιοχή της θηλής. Μονό το 20% των καρκίνων προσβάλλουν το έσω ημιμόριο (άνω και κάτω έσω τεταρτημόρια).



### 3.2 Αιτιολογία, Κληρονομικότητα, Συμπτώματα

#### Αιτιολογία

Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Μέχρι σήμερα έχουν εντοπισθεί ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία είναι άγνωστη<sup>46</sup>.

Στους **προδιαθεσικούς παράγοντες** ανάπτυξης καρκίνου του μαστού όπως έχουν προαναφερθεί στο πρώτο κεφάλαιο συγκαταλέγονται επίσης:

Η ακτινοβολία του μαστού με υψηλή δόση ακτινοβολίας προκαλεί αύξηση του κινδύνου του μαστού όπως τούτο έχει παρατηρηθεί σε γυναίκες με φυματίωση των πνευμόνων μετά επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις και σε γυναίκες που εκτεθήκαν σε ακτινοβολία μετά την έκρηξη της βόμβας στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι<sup>44</sup>. Από δεκαετίες είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του μαστού των επιμυών συνδέεται με ιό ο οποίος μεταδίδεται δια του γάλακτος.

Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού είναι αυξημένη σε γυναίκες με ινοκυστική πάθηση του μαστού όταν αυτή συνοδεύεται με υπερπλασίες, θηλωμάτωση, άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες και ιδιαίτερα επί συνυπάρξεως βεβαρημένου κληρονομικού.

Καρκίνος στον άλλο μαστό, καρκίνος του ενδομήτριου, κύστεις ωοθηκών, όγκοι των παρωτίδων συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, όπως αναφέρεται, συνδέεται με πολλούς

παράγοντες και δυστυχώς οι περισσότερες γυναίκες που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού δεν παρουσιάζουν παράγοντες αυξημένου κινδύνου<sup>45</sup>.

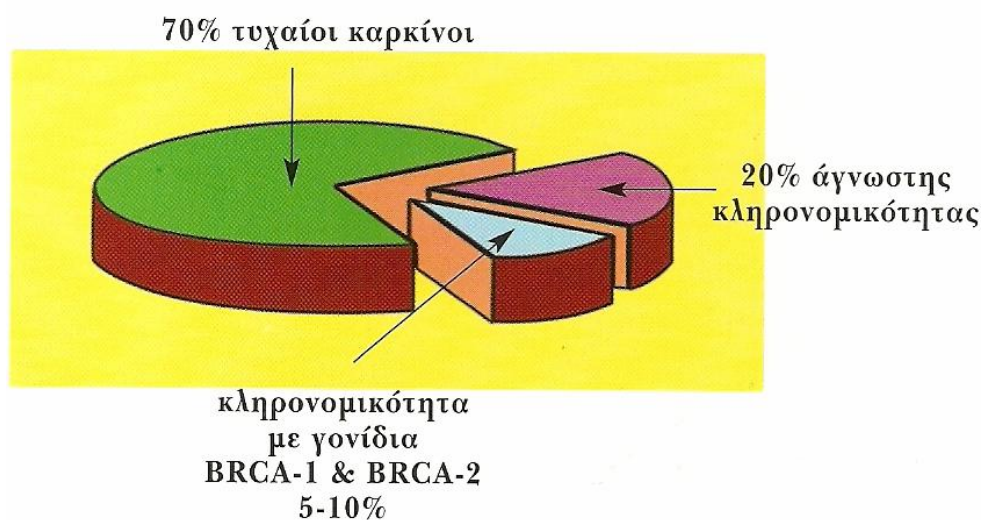
Μονό γυναίκες που δεν έχουν μαστούς δεν κινδυνεύουν να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού<sup>1</sup>.

### Κληρονομικότητα

Είναι λανθασμένη η 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 το 70% είναι τυχαίο και εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς γνωστό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου (Σχήμα 5). Είναι δηλαδή σποραδικοί καρκίνοι του μαστού. Γι'αυτό πρέπει όλες οι γυναίκες μεταξύ σαράντα και ογδόντα ετών, κι όχι μόνο όσες είχαν τη μητέρα τους με καρκίνο του μαστού, να υποβάλλονται σε προληπτική κλινική εξέταση.

Υπάρχουν οικογένειες, ελάχιστες ευτυχώς, που η νόσος εμφανίστηκε και συνεχίζει ακόμα να εμφανίζεται σε όλες τις γενιές. Οι γυναίκες που προέρχονται από τέτοιες οικογένειες απαιτούν ειδική αντιμετώπιση. Ας μην ξεχνάμε επίσης ότι δεν έχουμε πληροφορίες για τις προγιαγιάδες μας και πιο πριν<sup>47</sup>.

**Σχήμα 5:** Καρκίνος μαστού και κληρονομικότητα<sup>47</sup>.



## Συμπτώματα

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψη του να γίνει σε τυχαία ψηλάφηση του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα :

*Ο όγκος.* Σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνιση του με τη μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια την γυναίκα<sup>46</sup>.

*Πόνος.* Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει ιστογόνες ουσίες.

*Έκκριση από τη θηλή.* Η έκκριση από τη θηλή του μαστού, που πάσχει, εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.

*Εσολκή της θηλής.* Η εσολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής, αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου μαστού.

*Άλλα συμπτώματα.* Σπανιότερα κάνει την εμφάνιση του με εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ<sup>48</sup>.

### **3.3 Παθολογική Ανατομική - Ταξινόμηση καρκίνου**

Ιστολογικά διακρίνουμε τους ακόλουθους τύπους Καρκίνου :

A. Νόσος Paget της θηλής

B. Πορογενής Καρκίνος :

1. Μη διηθητικός – in situ (DCIS)

2. Διηθητικός :

α. χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Not Otherwise Specified, NOS)

β. με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά : Θηλώδης, Σωληνοειδής, Φαγεσωρικός (Comedo), Βλεννώδης, Μυελοειδής.

Γ. Λοβιακός Καρκίνος :

1. Μη διηθητικός – in situ (LCIS)
  2. Διηθητικός
- Δ. Σπάνιες κλινικές και ιστολογικές μορφές (Φλεγμονώδης, Αδενοκυστικός, Μεταπλαστικός) και επίσης πολύ σπάνια, άλλοι πρωτοπαθείς κακοήθεις όγκοι, όπως:
- Ε. Σάρκωμα (αιμαγγειοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, λεμφαγγειοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα), Λέμφωμα, Μελάνωμα κ.α<sup>49</sup>.

## Περιγραφή

### 3.3.1 Νόσος του Paget της θηλής

Κλινικά, οι ασθενείς, με νόσο Paget της θηλής του μαστού, παρουσιάζονται με μια εξέρυθρη, εκζεματοειδή αλλοίωση της θηλής ή με εξέλκωση της<sup>50</sup>. Σε πολλές περιπτώσεις ανευρίσκεται υποκείμενο, μη διηθητικό νεόπλασμα των κεντρικών, υποθηλαίων πόρων ή σε μερικές ασθενείς (όχι όμως στην πλειονότητα όπως θεωρείτο παλαιότερα βάσει της "μεταναστευτικής θεωρίας" διήθησης της θηλής από καρκινικά κύτταρα διηθητικού, περιφερικού καρκινώματος)<sup>51</sup> μπορεί να βρεθεί και ανεξάρτητο, διηθητικό νεόπλασμα μέσα στον μαζικό αδένα. Αντιπροσωπεύει περίπου το 1% του συνολικού αριθμού καρκίνων του μαστού<sup>52</sup> ( Εικ.8,9).



Εικ.8: Νόσος Paget της θηλής<sup>51</sup>.



Εικ.9: Ασθενής με παραμελημένο Paget της θηλής<sup>52</sup>.



Τα καρκινώματα του μαστού παρουσιάζουν ιστολογικά δυο κυρίους τύπους, τον πυρογενή και το λοβιακό, οι οποίοι διακρίνονται περαιτέρω σε μη διηθητικές ( in situ ) και διηθητικές μορφές<sup>39</sup>.

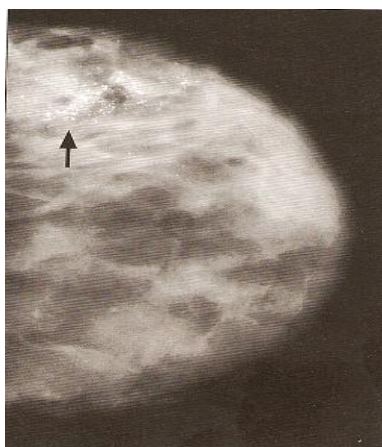
### 3.3.2 Μη διηθητικά (in situ) Καρκινώματα

Πρόκειται για νεοπλάσματα που προκύπτουν από πολλαπλασιασμό κακοηθών κυττάρων και αντικατάσταση από αυτά του φυσιολογικού επιθηλίου των πόρων ή των λοβιακών μονάδων, χωρίς όμως να διηθείται η βασική μεμβράνη των επιθηλιακών κυττάρων. Προέρχονται από την τελική λοβιακή μονάδα ( terminal duct- lobular unit) του μαζικού ιστού . Διακρίνονται σε πορογενή και λοβιακά με βάση τα χαρακτηριστικά των κακοηθών κυττάρων, την τοπογραφία τους και τις ιστολογικές δομές που σχηματίζουν<sup>53</sup>.

#### A.1 Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (DCIS- Ductal Carcinoma In Situ)

Αποτελεί την πιο συχνή μορφή μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού και μπορεί να αναβρεθεί :

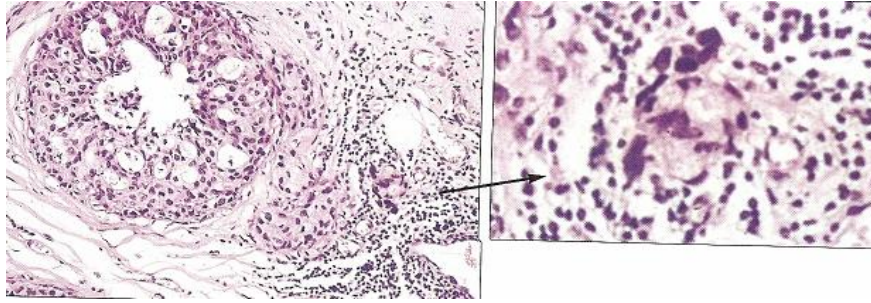
- ως μαστογραφικό εύρημα (συρρέουσες αποτιτανώσεις, σκίαση, αρχιτεκτονική διαταραχή του παρεγχύματος του μαζικού αδένα),
- ως τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε τεμάχιο βιοψίας και σπανιότερα ,
- λόγω κλινικών ευρημάτων, όπως ψηλαφητή μάζα, έκκριση θηλής κ.α<sup>49</sup>.



Εικ.10: Χαρακτηριστική, μαστογραφική απεικόνιση του DCIS: ομάδα συρρεουσών μικρο-ασβεστώσεων<sup>1</sup>.



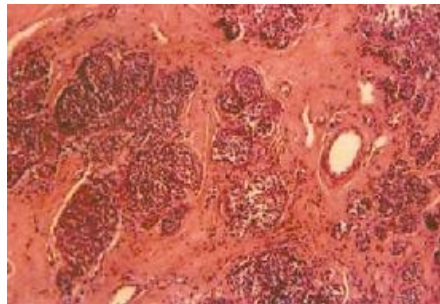
Εικ.11: Πορογενές καρκίνωμα in situ (DCIS)<sup>53</sup>



Εικ.12: Εξαλλαγή μη διηθητικού πορογενούς καρκίνου σε διηθητικό (βέλος)<sup>49</sup>.

## A.2 Μη διηθητικό Λοβιακό Καρκίνωμα (LCIS – Lobular Carcinoma In Situ)

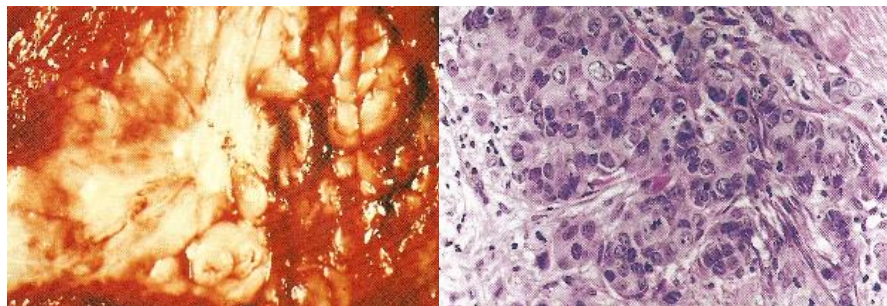
Αποτελείται από ομοιόμορφα κακοήθη κύτταρα με βαθυχρωματικούς πυρήνες, χωρίς σημαντική ατυπία και μιτωτική δραστηριότητα, τα οποία πλήρουν τον αυλό λοβιακών μονάδων και μικρών λοβιακών πόρων. Πρόκειται για πολύ σημαντικό **παράγοντα κινδύνου** ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου λοβιακού ή πορογενούς (δεκαπλάσιος σχετικός κίνδυνος), που αφορά και στους μαστούς<sup>54</sup>.



Εικ.13:Λοβιακό καρκίνωμα in situ (LCIS)<sup>54</sup>.

### 3.3.3 Διηθητικά Καρκινώματα

Περιλαμβάνονται όλα τα καρκινώματα με διήθηση του υποστρώματος του μαζικού αδένα. Διαιρούνται κυρίως σε πορογενή (Εικ.14) και λοβιακά<sup>55</sup>.



Εικ.14: Μακροσκοπική και Μικροσκοπική εικόνα πορογενούς **διηθητικού καρκίνου**<sup>55</sup>.

## **B.1 Πορογενές**

Αποτελεί την πιο συνηθισμένη (85% περίπου) ιστολογική μορφή διηθητικού καρκίνου του μαστού και περιλαμβάνει μερικές σπάνιες διακριτές οντότητες, που αναγνωρίζονται ως ειδικοί τύποι, ενώ το σημαντικότερο τμήμα των περιπτώσεων του, χαρακτηρίζονται ως πορογενή διηθητικά καρκινώματα χωρίς ειδικούς χαρακτήρες.

### **B.1.1 Πορογενές Καρκίνωμα χωρίς Ειδικούς χαρακτήρες (NOS)**

Μακροσκοπικά παρουσιάζει συνήθως ασαφή όρια, αστεροειδή παρυφή, γκριζωπή χροιά και σκληρή σύσταση και να διηθεί το υπερκείμενο δέρμα ή την υποκείμενη περιτονία και τους θωρακικούς μυς. Ο βαθμός κακοήθειας του όγκου (grade) ποικίλλει, εξαρτάται από παραμέτρους όπως είναι το μέγεθος των κυττάρων ή των πυρήνων τους, η μορφολογία των προσβεβλημένων πόρων, ο αριθμός των Πυρηναίων, η πυρηνική ατυπία και η μιτωτική δραστηριότητα και εμφανίζει τρεις διαβαθμίσεις I, II, III (καλής, μέτριας και κακής διαφοροποίησης αντίστοιχα).

### **B.1.2. Μυελοειδής Καρκίνωμα**

Εμφανίζεται συχνότερα σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και αποτελεί το 4% περίπου των καρκίνων μαστού. Είναι γενικά μεγάλοι όγκοι, μαλακής σύστασης, καλώς περιγεγραμμένοι. Μαστογραφικά έχουν συνήθως τη μορφή καλώς αφοριζόμενων βλαβών και μιμούνται καλοήθεις βλάβες.

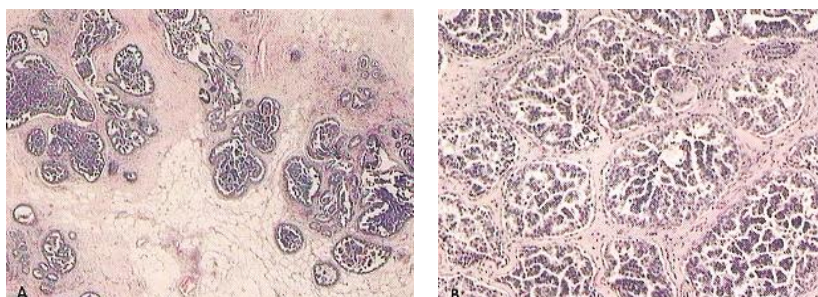
### **B.1.3 Θηλώδες Καρκίνωμα**

Τα θηλώδη καρκινώματα σπάνια γίνονται διηθητικά (Εικ.15). Εμφανίζονται σε ηλικιωμένες κυρίως γυναίκες, έχουν καλή πρόγνωση και σπάνια μεθίστανται στους επιχώριους λεμφαδένες<sup>56</sup>.

### **B.1.4 Σωληνώδες Καρκίνωμα**

Πρόκειται για νεόπλασμα, που εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μέσης ηλικίας, έχει πολύ καλή πρόγνωση και μικρή πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. Συχνά

είναι πολυκεντρικό ή/ και αμφοτερόπλευρο. Η παρουσία θετικού οικογενειακού ιστορικού είναι αρκετά συχνή. Δεν προσλαμβάνει συνήθως μεγάλο μέγεθος (0,5-1.5 cm) και ανιχνεύεται αρκετά συχνά μαστογραφικά παρά με την κλινική εξέταση.



Εικ.15: Μικροθηλώδες (A) και θηλώδες (B) μη διηθητικό- in situ Καρκίνωμα<sup>56</sup>.

#### B.1.5 Βλεννώδες ή Κολλοειδές Καρκίνωμα

Έχει καλή πρόγνωση και χαμηλή συχνότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων. Το μέγεθος του ποικίλλει. Στη φυσική εξέταση παρουσιάζεται ως μάζα, σχετικά περιγραπτή και με σύσταση ανάλογη του φυσιολογικού παρεγχύματος<sup>57</sup>.

#### B.1.6 Σπάνιες μορφές καρκινωμάτων :

- Μεταστατικός,
- Αδενοειδής Κυστικός,
- Μυοεπιθηλιακός
- Αποκρίνης,
- Λιποεκκριτικός,
- Βλεννο-επιδερμοειδής,
- Καρκινοειδής όγκος κ.α

#### B.1.7 Φλεγμονώδες Καρκίνωμα

Παρουσιάζεται κλινικά με τη μορφή οξείας φλεγμονής του μαστού, ανάλογη της οξείας μαστίτιδας (Εικ.16,17). Η εικόνα αυτή δεν αποδίδεται σε φλεγμονή, αλλά σε διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος από καρκινικά κύτταρα. Αποτελεί το 1-2% περίπου των καρκίνων του μαστού. Πρόκειται για ιδιαίτερη κακοήθη κλινική μορφή, με

κακή πρόγνωση, πολύ συχνή διήθηση επιχώριων λεμφαδένων και εμφάνιση γενικευμένης μεταστατικής νόσου σε πολλές περιπτώσεις.



Εικ.16,17: Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού<sup>58</sup>.

## B.2 Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα

Αποτελεί το 10-15% περίπου των καρκινωμάτων του μαστού. Συχνά συνυπάρχει με πορογενές καρκίνωμα. Μπορεί να είναι πολυκεντρικό, ενώ πολύ συχνά έχει σύγχρονη ή μετάχρονη αμφοτερόπλευρη εμφάνιση. Πρόσφατα, περιγράφονται βαθμοί κακοήθειας (grade) για το διηθητικό λιακό καρκίνωμα, ανάλογοι εκείνων του διηθητικού πορογενούς καρκίνου<sup>58</sup>.

### 3.3.4 Μεσεγχυματικοί διηθητικοί όγκοι μαστού

Τα σαρκώματα του μαστού αποτελούν ποσοστό >5% του συνόλου των σαρκωμάτων και <1% των κακοηθών όγκων νεοπλασμάτων του μαζικού αδένα.<sup>20</sup> Η κλασική αντιμετώπιση τους είναι η απλή μαστεκτομή. Λεμφαδενικός καθαρισμός δεν είναι απαραίτητος εκτός ίσως από το λιποσάρκωμα που διηθεί τους σύστοιχους λεμφαδένες σε ποσοστό 10%<sup>59</sup>.

- Αγγειοσάρκωμα
- Λεμφαγγειοσάρκωμα
- Λειομυοσάρκωμα
- Ινοσάρκωμα
- Λιποσάρκωμα
- Κακοηθές φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα
- Κακοηθές λέμφωμα μαστού




Εικ.18: Λιποσάρκωμα αριστερού μαστού.<sup>5</sup>

### 3.4 Σταδιοποίηση

Το διεθνώς χρησιμοποιούμενο σύστημα για τη σταδιοποίηση των καρκίνων μαστού, ακολουθεί την ταξινόμηση **TNM** που συνεξετάζει 3 διαφορετικές παραμέτρους που αφορούν τον όγκο, και συγκεκριμένα το **μέγεθος (Tumor)** τη **διήθηση λεμφαδένων (Nodes)** και την **ύπαρξη μεταστάσεων (Metastasis)**.

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί οι αντίστοιχες διαβαθμίσεις του TNM συστήματος, καθώς και η ταξινόμηση με βάση αυτούς τους δείκτες σε κλινικά στάδια όπως αυτή τροποποιήθηκε μετά το 2002 από την **American Joint Committee on Cancer (AJCC)**<sup>60</sup>.

**Πίνακας 3:** Η σταδιοποίηση των παραμέτρων μέγεθος όγκου – επινέμηση λεμφαδένων – μεταστάσεις.

Ταξινόμηση		Υποδιαιρέσεις
<b>Μέγεθος όγκου</b>		
<b>T<sub>x</sub></b>	Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση του όγκου	
<b>T<sub>0</sub></b>	Δεν υπάρχουν στοιχεία πρωτοπαθούς όγκου	
<b>T<sub>is</sub></b> (in situ)	Καρκίνωμα σε πόρο ή λοβίο, ή νόσος Paget της θηλής χωρίς διήθηση υγιούς ιστού	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>DCIS (Ductal)</b> Πυρογενές in situ</li><li>▪ <b>LCIS (Lobular)</b> Λοβιώδες in situ</li><li>▪ <b>Νόσος Paget</b> της θηλής χωρίς διήθηση σε φυσιολογικό ιστό</li></ul>
<b>T<sub>1</sub></b>	Όγκος με μέγιστη διάσταση < 2 cm	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>T<sub>1 mic</sub></b> Μικροδιήθηση &lt; 0,1cm στη μεγαλύτερη του διάσταση</li><li>▪ <b>T<sub>1a</sub></b> Όγκος 0,1- 0,5 cm στη μεγαλύτερη του διάσταση</li><li>▪ <b>T<sub>1b</sub></b> Όγκος 0,5 – 1,0 cm στη μεγαλύτερη του διάσταση</li><li>▪ <b>T<sub>1c</sub></b> Όγκος 1,0 – 2,0 cm στη μεγαλύτερη του διάσταση</li></ul>
<b>T<sub>2</sub></b>	Όγκος με μέγιστη διάσταση 2- 5 cm	
<b>T<sub>3</sub></b>	Όγκος με μέγιστη διάσταση >5 cm	
<b>T<sub>4</sub></b>	Όγκος ανεξαρτήτως διαστάσεων με απευθείας επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>T<sub>4a</sub></b> Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα χωρίς συμμετοχή των θωρακικών μυών</li></ul>

- **T<sub>4b</sub>** Οίδημα (με συνοδό υφή φλοιού πορτοκαλιού ) ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δορυφόρα λεμφοζίδια που περιορίζονται στον ίδιο μαστό
- **T<sub>4c</sub>** Συνδυασμός 4a & 4b
- **T<sub>4d</sub>** Φλεγμονώδης καρκίνος

## Διήθηση περιοδικών λεμφαδένων



<b>N<sub>x</sub></b>	Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση διήθησης τοπικών λεμφαδένων	
<b>N<sub>0</sub></b>	Δεν υπάρχει διήθηση τοπικών λεμφαδένων	
<b>N<sub>1</sub></b>	Διήθηση κινητών σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων	
<b>N<sub>2</sub></b>	Διήθηση συμφυσόμενων (block) σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων ή κλινικά εμφανείς σύστοιχοί έσω μαστικοί λεμφαδένες	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>N<sub>2a</sub></b> Διήθηση σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων συμφυσόμενων μεταξύ τους ή με άλλες δομές της περιοχής</li> <li>▪ <b>N<sub>2b</sub></b> Διήθηση σύστοιχων κλινικά εμφανών έσω μαστικών λεμφαδένων χωρίς τη συμμετοχή μασχαλιαίων λεμφαδένων</li> </ul>
<b>N<sub>3</sub></b>	Διήθηση σύστοιχων υποκλειδίων λεμφαδένων με ή χωρίς συμμετοχή μασχαλιαίων λεμφαδένων ή διήθηση έσω μαστικών λεμφαδένων με κλινικά εμφανή διήθηση των μασχαλιαίων ή διήθηση σύστοιχων υπερκλειδίων λεμφαδένων με ή χωρίς συμμετοχή έσω μαστικών ή μασχαλιαίων λεμφαδένων	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>N<sub>3a</sub></b> Διήθηση σύστοιχων υποκλειδίων λεμφαδένων</li> <li>▪ <b>N<sub>3b</sub></b> Διήθηση σύστοιχων έσω μαστικών και μασχαλιαίων λεμφαδένων</li> <li>▪ <b>N<sub>3c</sub></b> Διήθηση σύστοιχων υπερκλειδίων λεμφαδένων</li> </ul>

## Μεταστάσεις



<b>M<sub>x</sub></b>	Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η ύπαρξη τυχών απομακρυσμένων μεταστάσεων
<b>M<sub>0</sub></b>	Δεν υφίστανται απομακρυσμένες μεταστάσεις
<b>M<sub>1</sub></b>	Απομακρυσμένες μεταστάσεις

Πίνακας τροποποιημένος από: National Cancer Institute, 2007. Breast Cancer Treatment – National Cancer Institute, available at: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/HealthProfessional/page3><sup>60</sup>

Η σταδιοποίηση των καρκίνων του μαστού με βάση την ταξινόμηση του TNM χρησιμοποιείται για την θεραπευτική προσέγγιση των περιστατικών, αλλά σχετίζεται και με την πρόγνωση σε ότι αφορά την επιβίωση των ασθενών. Το στάδιο στο οποίο ταξινομείται ο καρκίνος του μαστού με βάση το σύστημα TNM κατά τη διάγνωση, ορίζεται με βάση το συνδυασμό των 3 παραμέτρων **μέγεθος – επινέμηση σε λεμφαδένες – μεταστάσεις**. Στον πίνακα 4 που ακολουθεί παρουσιάζεται η σταδιοποίηση που ακολουθείται για τους όγκους με βάση τα διαγνωστικά τους χαρακτηριστικά.

**Πίνακας 4:** Η σταδιοποίηση TNM

Στάδιο	Μέγεθος T	Λεμφαδένες N	Μεταστάσεις M
<b>O</b>	<b>T<sub>is</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>I</b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>IIA</b>	<b>T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>2</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>IIB</b>	<b>T<sub>2</sub></b>	<b>N<sub>1</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>3</sub></b>	<b>N<sub>0</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>IIIA</b>	<b>T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub></b>	<b>N<sub>2</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
	<b>T<sub>3</sub></b>	<b>N<sub>1</sub>, N<sub>2</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>IIB</b>	<b>T<sub>4</sub></b>	<b>N<sub>0</sub>, N<sub>1</sub>, N<sub>2</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>IIIC</b>	<b>Οποιαδήποτε T</b>	<b>N<sub>3</sub></b>	<b>M<sub>0</sub></b>
<b>IV</b>	<b>Οποιαδήποτε Tα</b>	<b>Οποιαδήποτε N</b>	<b>M<sub>1</sub></b>

**Τροποποιημένος πίνακας από:** Broeders M et al. 2001, Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening<sup>61</sup>.

Το στάδιο στο οποίο διαγιγνώσκεται ο καρκίνος του μαστού συνδέεται άμεσα και με την πρόγνωση της νόσου για τις πάσχουσες γυναίκες, καθώς το μέγεθος του όγκου, οι λεμφαδένες στους οποίους έχει επεκταθεί, και φυσικά η ύπαρξη μεταστάσεων σχετίζονται με τη φυσική εξέλιξη της κακοήθειας και την τάση της να περάσει από το στάδιο της εντοπισμένης νόσου, σε συστηματική μορφή (οπότε και η πρόγνωση επιδεινώνεται σημαντικά).

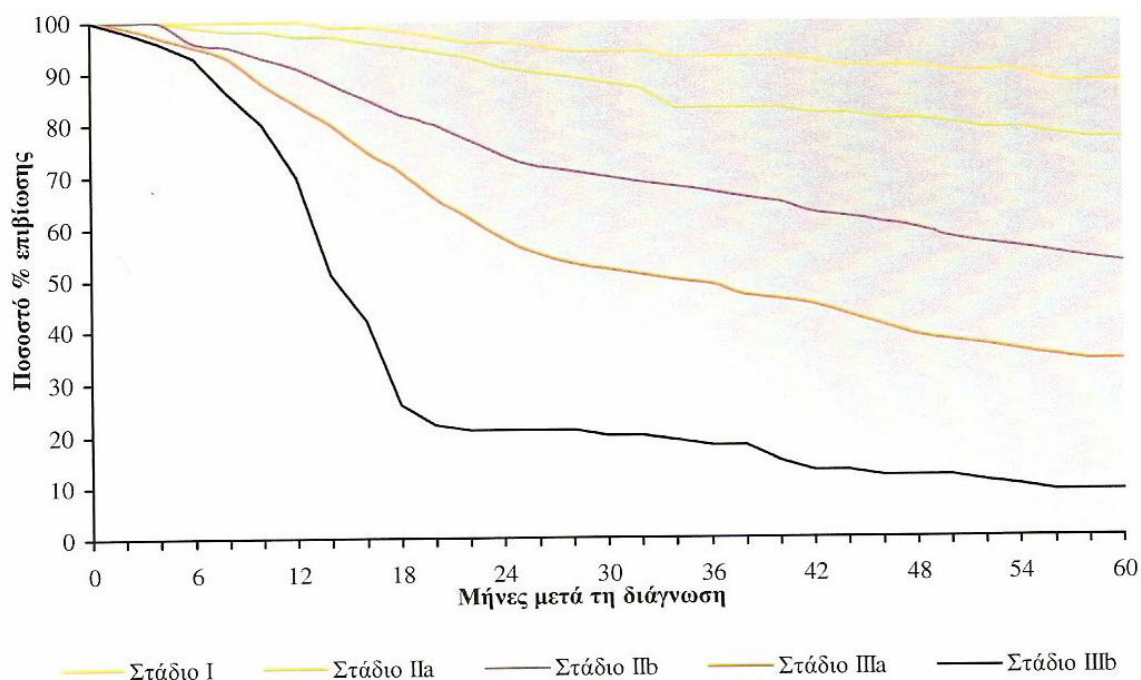
Στο σχήμα 7 που ακολουθεί, καταγράφεται η πενταετής επιβίωση ανάλογα με το στάδιο ανίχνευσης της νόσου. Μετά την τροποποίηση από την American Joint



Committee on Cancer (AJCC) το 2002 του συστήματος ταξινόμησης TNM, έχει προταθεί κάποιοι από τους καρκίνους που έως τότε ταξινομούνταν ως στάδιο IIIb και συγκριμένα η κατηγορία  $TN_3M_0$ , να θεωρούνται σαν ξεχωριστή ταξινόμηση IIIc<sup>62</sup>.

Παρότι στο σχήμα παρουσιάζεται η παλαιότερη ταξινόμηση που ακολουθήθηκε από το 1987, στην ουσία φαίνεται πως με όποιο τρόπο και να ταξινομηθούν οι κακοήθειες των περισσότερο προχωρημένων σταδίων, αυτό που φαίνεται να συνδέεται με ουσιαστική διαφορά στην πρόγνωση είναι η ανίχνευση των κακοηθών σε στάδιο I ή και IIa που φαίνεται να παρουσιάζουν και την καλύτερη 5ετη επιβίωση για τις ασθενείς .

**Σχήμα 6:** Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του μαστού με βάση το στάδιο TNM κατά τη διάγνωση.



(τροποποιημένο από: Duraker at al., Cancer.2005 Aug 15;104(4):700-7.)<sup>62</sup>

Πράγματι, φαίνεται πως οι καρκίνοι του μαστού που ανιχνεύονται πέραν του σταδίου IIb εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη θνητότητα μέσα στα 5 έτη από τη διάγνωση.

Στο σχήμα για λόγους ευκολίας δεν παρουσιάζονται και οι κακοήθειες σταδίου IV, αφού οι περιπτώσεις αυτές συνοδεύονται με πολύ υψηλή θνητότητα και πρακτικά ένα μεγάλο ποσοστό από τις ασθενείς καταλήγει εντός του πρώτου έτους (αλλά και εντός του 1<sup>ου</sup> εξαμήνου).

Είναι προφανές από τα παραπάνω, ότι αν με τη χρήση κάποιας μεθόδου διάγνωσης επιτύχουμε την πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση του καρκίνου στις γυναίκες που νοσούν, ενδεχομένως ένας μεγάλος αριθμός από τις ασθενείς αυτές να ωφεληθεί καθώς οι περιπτώσεις που εντοπίζονται σε αρχόμενο στάδιο εξέλιξης συνδέονται στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων με καλύτερη πρόγνωση και με υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όπως προαναφέρθηκε, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις συχνότερες μορφές κακοήθειας, πλήττοντας ετησίως ένα σημαντικό ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού και στην Ευρώπη. Δοθέντος ότι οι επιστημονικές μας γνώσεις σε σχέση με τα γενεσιουργά αίτια και τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς της νόσου παραμένουν ακόμη ανεπαρκή για να αναπτυχθεί κάποια αποτελεσματική μέθοδος πρωτογενούς πρόληψης, ενώ και οι διαθέσιμες θεραπευτικές μέθοδοι έχουν περιορισμένη εμβέλεια ειδικά σε προχωρημένες μορφές κακοήθειας, το ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες έχει στραφεί κυρίως στην ανάπτυξη δευτερογενών μεθόδων πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

Σε αυτό βέβαια, έχει συντείνει εν μέρει και η εκτεταμένη ευαισθητοποίηση των γυναικών στα πλεονεκτήματα της έγκαιρης διάγνωσης της κακοήθειας<sup>63,64</sup> μέσα από συστηματικές εκστρατείες ενημέρωσης του κοινού για τον προσυμπτωματικό έλεγχο, και η αυξανόμενη συμμετοχή τους σε ανάλογα οργανωμένα προγράμματα που έλαβαν χώρα σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο<sup>65</sup>.

Η πρόληψη στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε **πρωτογενή**, που αφορά ενέργειες που αποσκοπούν στη παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου και στη λεγόμενη **δευτερογενή**, που είναι ουσιαστικά η έγκαιρη διάγνωση ενός καρκίνου σε "πρώιμο" στάδιο, ώστε να επιτύχουμε ουσιαστική ή πρακτική ίαση από τη νόσο.

#### 4.1 Πρωτογενείς πρόληψη

##### Ενέργειες για παρεμπόδιση ανάπτυξης Καρκίνου :

- Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (τεκνοποίηση, σωστή διατροφή, άσκηση, αποφυγή εξωγενών παραγόντων)
- Φαρμακευτική προφύλαξη (π.χ Tamoxifen)
- Χειρουργική προφύλαξη (μαστεκτομή αμφω)

Στην πρωτογενή πρόληψη ο ευκολότερος τρόπος είναι η προσπάθεια τροποποίησης επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου και η ελάττωση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού που έχει η συγκεκριμένη γυναίκα, π.χ ασκούμενη, διατηρώντας χαμηλό σωματικό βάρος – αποφυγή παχυσαρκίας, τεκνοποιώντας σε μικρή ηλικία και αποφεύγοντας εξωγενείς, επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η ακτινοβολία, η υπερβολικά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων κλπ .

Η **φαρμακευτική προφύλαξη** αποτελεί προσέγγιση που έχει σκοπό την μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού με τη χορήγηση φυτικών ή συνθετικών στοιχείων που προλαμβάνουν, αναστρέφουν ή καταστέλλουν την καρκινογένεση σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν. Τέτοια ουσία είναι η Ταμοξαφένη, η οποία αποδεδειγμένα ελαττώνει κατά 40% τη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του αντίθετου μαστού, όταν χορηγείται σε ασθενείς που είχαν ήδη έναν ορμονοευαίσθητο καρκίνο στον άλλο μαστό.

Με τον όρο **χειρουργική προφύλαξη** αναφέρεται η αμφοτερόπλευρη ολική μαστεκτομή με ή χωρίς πλαστική αποκατάσταση των μαστών. Είναι αρκετά επιθετική επιλογή με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα και γι' αυτό θα πρέπει να αποτελεί απόφαση της ίδιας, μετά από αρκετή προετοιμασία που περιλαμβάνει συστηματική ενημέρωση, ειδική ψυχική προετοιμασία κλπ. Επιλέγεται συνήθως σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου όπως π.χ γυναίκες με ανίχνευση γονιδιακής μετάλλαξης BRCA 1, πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή λοβιακό ή διηθητικό καρκίνο<sup>66</sup>.

#### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| • Τοπική αφαίρεση του όγκου | ▶ Αποφυγή μαστεκτομής                            |
| • Ευκολότερη αντιμετώπιση   | ▶ Άριστο κοσμητικό αποτέλεσμα                    |
| • Πολλές φορές πλήρης ίαση  | ▶ Επικουρική θεραπεία με λιγότερες παρενέργειες  |
| • Μεγάλη επιβίωση           | ▶ Μη διηθητικοί όγκοι                            |
|                             | ▶ Αψηλάφητοι, μικροί όγκοι                       |
|                             | ▶ Αρίστη πρόγνωση για το μέλλον χωρίς προβλήματα |

## 4.2 Δευτερογενείς πρόληψη

Στη δευτερογενή πρόληψη, ο κύριος σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση, δηλαδή η ανίχνευση ενός καρκίνου είτε σε μη διηθητική μορφή (in situ) είτε σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδανικά μικρότερο των 5 χιλιοστών, που αποτελούν την έννοια του **“πρώιμου” καρκίνου**.

Στη πρώτη περίπτωση μπορεί επιτευχθεί πλήρη ίαση, ενώ στη δεύτερη, η πορεία της ασθενούς είναι αρίστη και οι θεραπευτικοί χειρισμοί εύκολοι, με τις λιγότερες επιπτώσεις.

Η έγκαιρη διάγνωση όμως, εκτός των ανωτέρων περιλαμβάνει και τους αψηλάφητους όγκους που αποτελούν ευρήματα σε μαστογραφίες ελέγχου και έχουν επίσης καλή πρόγνωση, αλλά και όλη την προσπάθεια για καρκίνο στο μαστό, χρησιμοποιώντας ανάλογα με την ηλικία, όλες τις δυνατότητες διάγνωσης, από τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα, το συστηματικό έλεγχο με μαστογραφία και κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό, έως την ανοικτή βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση μιας αλλοίωσης<sup>67</sup>.

### Έγκαιρη διάγνωση σε “πρώιμο” στάδιο

- Ø Αυτοεξέταση
- Ø Κλινική εξέταση
- Ø Μαστογραφία – Υπερηχογράφημα
- Ø Μαγνητική τομογραφία
- Ø Παρακέντηση – Κυτταρολογική
- Ø Βιοψία με κάπτουσα βελόνη – Ιστολογική
- Ø Ανοικτή χειρουργική βιοψία

## 4.3 Κλινική εξέταση

### 4.3.1 Ιστορικό

Η ασθενής θα πρέπει να ερωτηθεί για κάθε σύμπτωμα που αναφέρεται στους μαστούς της και κυρίως για τυχόν σκληρίες ή αλλαγές που έχει προσέξει. Επίσης εάν έχει πόνο ή οίδημα πριν από την περίοδο, έκκριμα από τη θηλή ή εάν παρατηρήσει πρόσφατα εσολκή ή εξέλκωση της θηλής. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί εάν είχε προβλήματα από

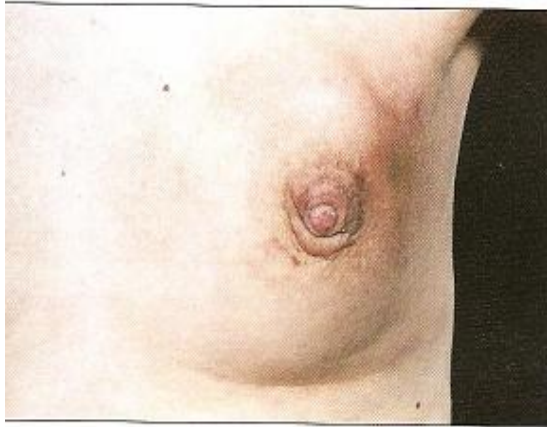
τους μαστούς της στο παρελθόν, τότε έκανε την τελευταία μαστογραφία της και εάν έχει υποβληθεί σε βιοψία να διευκρινισθεί η ύπαρξη ευρημάτων.

Παράδειγμα εντύπου συνοπτικού ιστορικού ασθενούς με πάθηση μαστού:

<b>ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ:</b>		ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ:	
<b>ΟΝΟΜΑ:</b>		ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ :		ΗΛΙΚΙΑ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Α Ε Δ Χ	
<b>ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ :</b>		<b>ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ:</b>	
ΜΑΖΑ	Δ – Α	ΠΡΟΗΓ. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ: Ν – Ο	
ΠΟΝΟΣ	Δ – Α	ΕΥΡΗΜΑΤΑ:	
ΕΚΚΡΙΣΗ Θ.	Δ – Α		
ΕΙΣ. ΘΗΛΗΣ	Δ – Α		
ΑΠΟΣΤΗΜΑ - ΜΑΣΤΙΤΙΣ			
<b>ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ:</b>		<b>ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ/ΥΠΟΦΥΣΗ:</b>	
ΝΟΣΗΜΑΤΑ:			
ΓΕΝ. ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ:			
ΦΑΡΜΑΚΑ:			
<b>ΟΙΚΟΓ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ :</b>		ΝΑΙ – ΟΧΙ	
ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓ. : 1 <sup>ος</sup>		Μητέρα : Αδερφή: Κόρη:	
2 <sup>ος</sup>			
<b>ΕΜΜ. ΡΥΣΗ:</b>	<b>ΕΝΑΡΞΗ:</b>	<b>ΠΑΥΣΗ:</b>	<b>ΚΛΙΜΑΚΤ. ΣΥΜΠΤ:</b>
	Τ.Ε.Ρ.:	ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ/	ΩΟΘΗΚΕΚΤΟΜΗ:
ΟΡΜ/ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Ν – Ο		ΕΙΔΟΣ ΗΡΤ:	ΔΙΑΡΚΕΙΑ:
ΑΝΤΙΣΥΛ/ΟΡΜΟΝΕΣ: Ν – Ο		ΔΙΑΡΚΕΙΑ:	ΑΠ./ΕΚΤΡ.:
ΠΑΙΔΙΑ:		Η.Π.Τ.:	
	ΜΕΓΕΘΟΣ:		
	Τ. Ν. Μ:		
	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ:		
	ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ:		
	ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ:		
	ΑΛΛΟ:		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:		ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:	
ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ:			

#### 4.3.2 Επισκόπηση

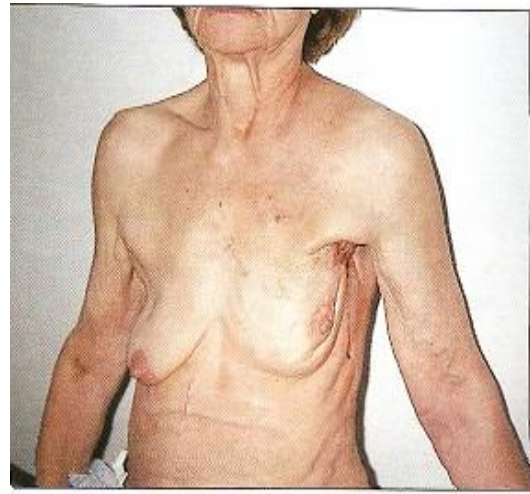
Η ασθενής κάθεται απέναντι από τον εξεταστή γυμνή από τη μέση και επάνω και παρατηρούνται οι μαστοί για ασυμμετρία, εμφανείς μάζες, οίδημα, ερυθρότητα, εισολκή ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού και της θηλής. Στη συνέχεια η ασθενής τοποθετεί τα χέρια της πρώτα επάνω και πίσω από το κεφάλι και κατόπιν ζητώντας της να πιέσει με τα χεριά γύρω από τη μέση της, προκαλώντας έτσι σύσπαση των μυών, ελέγχεται εάν υπάρχει καθήλωση του αδένα στο θωρακικό τοίχωμα (Εικ.19,20)<sup>69</sup>.



Εικ.19,20: Καθήλωση και παραμόρφωση της θηλής από παραθηλαίο καρκίνο.



Εικ.21: Εμφανής όγκος δεξιού μαστού.



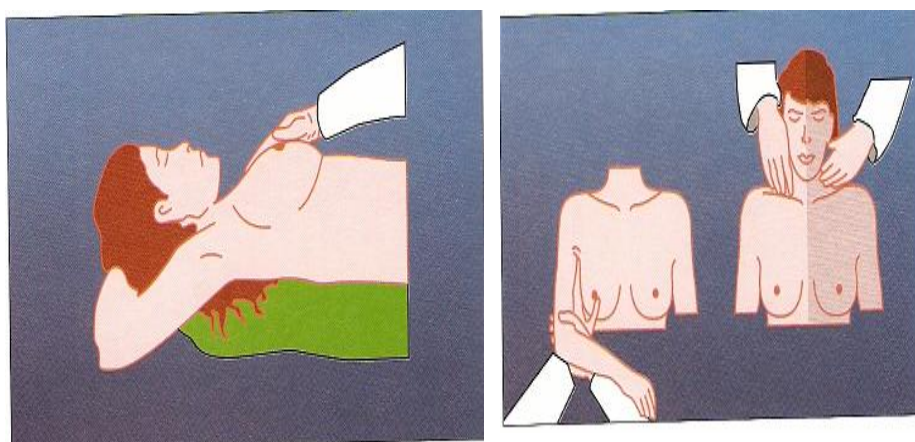
Εικ.22: Καθήλωση του μαστού και εξέλκωση από όγκο της ουράς.



Εικ.23,24: Νέκρωση και εξέλκωση του μαστού από παραμελημένο καρκίνο<sup>69</sup>.

### 4.3.3. Ψηλάφηση

Η ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένη στο εξεταστικό κρεβάτι με τα χέρια αρχικά στα πλάγια του σώματος της και στη συνέχεια, με το σύστοιχο με τον εξεταζόμενο μαστό χέρι κάτω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων και των δυο χεριών, με ήπιες κινήσεις, εξασκώντας ελαφρά πίεση (Εικ:25). Η ψηλάφηση αρχίζει από το φυσιολογικό μαστό και μετά, με κυκλικές κινήσεις που αρχίζουν από τη περιφέρεια, κατευθύνεται προς το κέντρο, προσέχοντας να καλυφθεί όλος ο μαστός από την ουρά έως τη θηλή. Ιδιαίτερα ψηλαφάτε η μασχάλη τοποθετώντας τις άκρες των δακτύλων στην κορυφή της και τέλος η γύρω από τη θηλή περιοχή για τον έλεγχο εκκρίματος. Τέλος εξετάζονται οι υποκλείδιοι λεμφαδένες, αμφοτερόπλευρα .



Εικ.25: Ψηλάφηση<sup>48</sup>.

Κατά την ψηλάφηση του μαστού, επί μέρους χαρακτηριστικά που βοηθούν στη διάκριση ενός καλοήθους όγκου από ένα καρκίνο, παρουσιάζονται συγκριτικά στον πίνακα που ακολουθεί<sup>48</sup>.

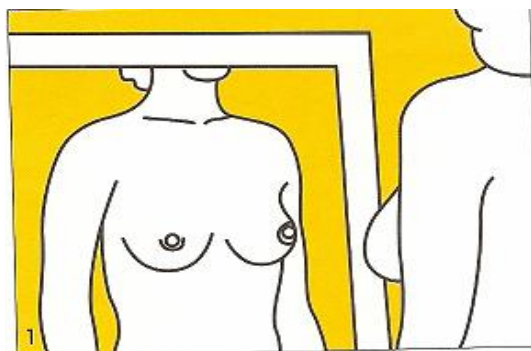
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΚΑΙ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΟΓΚΩΝ		
Χαρακτήρες του όγκου	Καλοήθης	Κακοήθης
Σύσταση	Μαλακή	Σκληρή, Στερεή
Όρια	Διακριτά, Ομαλά	Ασαφή
Καθήλωση σε γύρω ιστούς	Όχι	Ναι
Αριθμός	Πιθανόν πολλαπλός	Συνήθως μονήρης
Έλξη δέρματος – θηλής	Όχι	Ναι



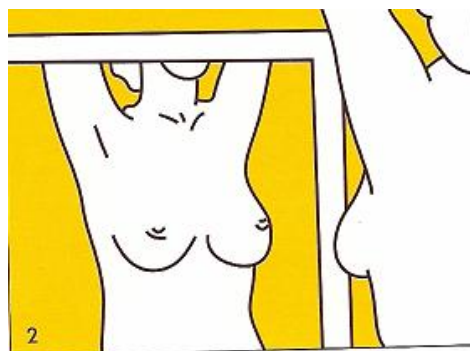
#### 4.4 Αυτοεξέταση του Μαστού

Είναι γεγονός ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού εξακολουθεί να ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι' αυτό σπουδαίο ρολό στην έγκαιρη διάγνωση εξακολουθεί να έχει η αυτοεξέταση του μαστού, που είναι συγχρόνως ανέξοδη, εύκολη να γίνει από την ίδια τη γυναίκα δεν συνοδεύεται από ακτινική ή φυσική κάκωση. Υπολογίζεται ότι με τη συστηματική αυτοεξέταση μπορεί να μειωθεί η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κατά 18-25% στα 5 χρόνια.

Πρέπει να γίνεται μια φορά το μήνα, περίπου 7-10 μέρες μετά την έναρξη της εμμηνου ρύσεως, όταν οι μαστοί είναι συνήθως μαλακοί και λιγότερο ευαίσθητοι. Μετά την εμμηνόπαυση ή σε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε αφαίρεση μήτρας, η εξέταση μπορεί να γίνεται την ίδια μέρα κάθε μήνα, π.χ. τη 1 η του μηνός.



1. Η γυναίκα στέκεται μπροστά στο καθρέπτη, αρχικά με τα χέρια κάτω στα πλάγια και μετά σηκώνει τα χέρια πάνω από το κεφάλι.



2. Κοιτάζει για πιθανές αλλαγές στο σχήμα κατά τη περιφέρεια των μαστών, εξογκώματα ή βαθουλώματα, ανωμαλία στη πτύχωση του δέρματος ή έκπτυξη της θηλής.



3. Κοιτάζοντας τους μαστούς, πιάζει ελαφρά τις θηλές για να ελέγξει αν υπάρχει κάποιο ασυνήθιστο και κυρίως σκούρο σαν αίμα έκκριμα. Με ενωμένα τα δάχτυλα εξετάζει όλη την έκταση του αδένα, αρχίζοντας από τη περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις προς τη θηλή.



4. Στη συνέχεια ξαπλώνει στο κρεβάτι, το αριστερό της χέρι πάνω από το κεφάλι και με το δεξί χέρι της εξετάζει τον αριστερό μαστό. Τέλος εξετάζει τη μασχάλη. Τοποθετεί το χέρι στη κορυφή της και προχωρεί προοδευτικά προς τα κάτω<sup>68</sup>.

#### 4.5 Γυναίκες “Υψηλού κινδύνου” - “High Risk” group

Οι ασθενείς στις οποίες έχει βρεθεί ή παρουσία άτυπης επιθηλιακής υπερπλασίας και ιδιαίτερα αυτές που τυχόν έχουν και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως π.χ θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού, χαρακτηρίζονται ως ασθενείς “υψηλού κινδύνου”-

“High Risk” και θα πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά για την έγκαιρη διάγνωση πιθανής ανάπτυξης καρκίνου ή ακόμη, ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητας και την επιθυμία τους, να αντιμετωπίζονται στα πλαίσια πρωτοκόλλων φαρμακευτικής προφύλαξης (χορήγηση Ταμοξιφένης) ή να υποβάλλονται σε προφυλακτική, χειρουργική επέμβαση με αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή (πίνακας)<sup>53</sup>.

<b>ΟΜΑΔΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK GROUP)</b>	
<b>Άτυπη Υπερπλασία</b>	<b>Άτυπη Υπερπλασία και θετικό Οικογενειακό Ιστορικό Λοβιακό, μη διηθητικό νεόπλασμα</b>
<b>Ø 4% των ασθενών με ινοκυστικές αλλοιώσεις</b> <b>Ø 4-5 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης Καρκίνου του Μαστού</b>	<b>► 10-11 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Διδασκαλία αυτοεξέτασης</li><li>• Κλινική εξέταση ανά 6μηνο</li><li>• Μαστογραφία ανά έτος</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Κλινική εξέταση ανά 6μηνο</li><li>• Μαστογραφία ανά έτος</li><li>• Πρωτόκολλα Φαρμακευτικής προφύλαξης</li><li>• Χειρουργική προφύλαξη</li></ul>

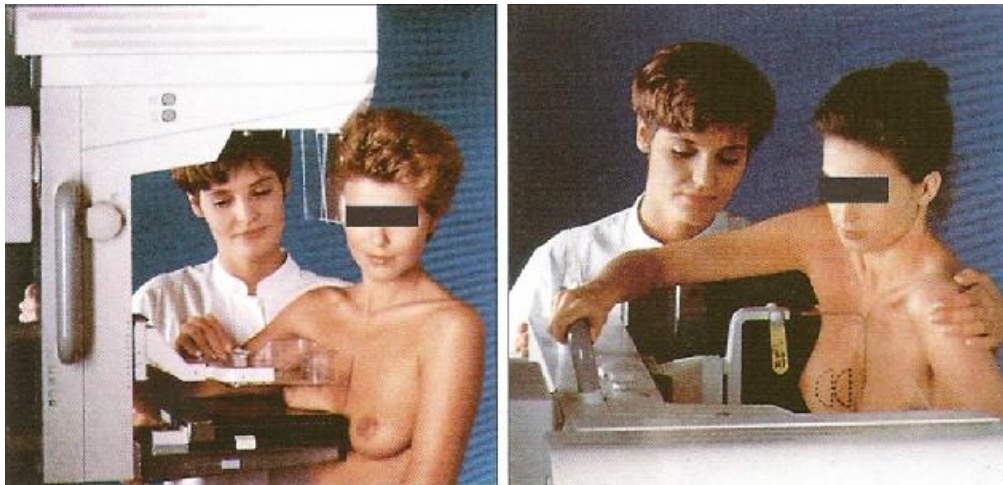
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

#### 5.1 Μαστογραφία

Η μαστογραφία, αποτελεί στην ουσία μια απεικονιστική μέθοδο του παρεγγύματος του μαστού, που βασίζεται σε παραλλαγή της βασικής τεχνικής της ακτινογραφίας, στην καταγραφή δηλαδή των ανατομικών δομών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ (ή σε ψηφιακή οθόνη αν πρόκειται για ψηφιακή μαστογραφία<sup>47</sup>) μετά τη διέλευση μέσω των ιστών ακτινοβολίας X (Εικ.26) .

Σκοπός της μαστογραφίας είναι, εκτός από την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης όταν υπάρχει ένα ψηλαφητό εύρημα, η ανάδειξη άλλων εστιών καρκίνου και μη ψηλαφητών όγκων με τη μορφή αποτιτανώσεων, αλλοίωσης της αρχιτεκτονικής του μαζικού αδένου ή σκιάσεων μικρού μεγέθους (< cm) ή στο βάθος του μαστού.



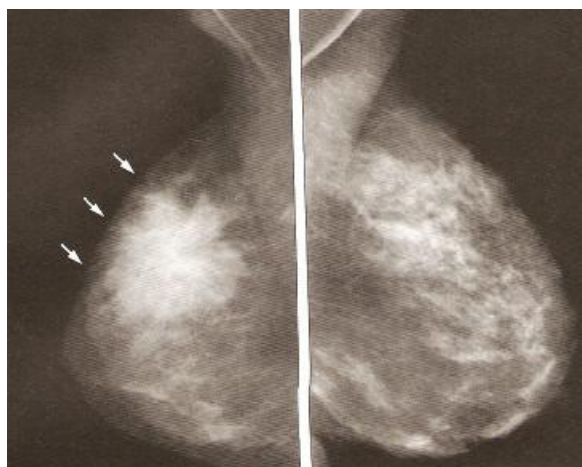
Εικ.26: Μαστογραφία δεξιού μαστού σε δυο όψεις (Face και Profile αντίστοιχα). Η χρήση δυο όψεων βοηθάει στον τυπογραφικό εντοπισμό τυχόν βλάβης μέσα στο μαστό και στη διευκρίνιση αλλοιώσεων που μπορεί να οφείλονται σε "επιπροβολή" στοιχείων στην μια όψη<sup>70</sup>.

Η μαστογραφία πρέπει να "διαβάζεται" πάντοτε συγκριτικά, τόσο σε σχέση με παλαιότερες προηγούμενων ετών – παρατήρηση τυχόν μεταβολής, νέων στοιχείων ή αλλαγή στην απεικόνιση παλαιότερων ευρημάτων – όσο και συγκρίνοντας τον ένα με τον άλλο μαστό, που συνήθως παρουσιάζουν σχετικά συμμετρική ανάπτυξη (Εικ.27).

Με στόχο την **πρόληψη – έγκαιρη διάγνωση** σε ασυμπτωματικές γυναίκες γίνεται μια μαστογραφία αναφοράς μεταξύ **35-39** ετών, κάθε ένα με δύο χρόνια μεταξύ **40** και **50** ετών και μια μαστογραφία κάθε χρόνο μετά την ηλικία των 50 ετών, σε συνδυασμό πάντοτε με κλινική εξέταση<sup>71</sup>.

Θα πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι :

- 1) Ο κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 40 ετών, είναι πρακτικά ανύπαρκτος.
- 2) Το υπερηχογράφημα έχει ειδικές ενδείξεις στο μαστό (κύρια το διαχωρισμό συμπαγών από κυστικούς όγκους) και δεν καθιστά την μαστογραφία.
- 3) Ένα ποσοστό 8- 12% περίπου των καρκίνων του μαστού, παρά τις άριστες συνθήκες τεχνικής και μηχανήματος, δεν απεικονίζονται στη μαστογραφία.
- 4) Η κλινική εξέταση είναι απαραίτητη και σε συνδυασμό με τη μαστογραφία ανεβάζει τη διαγνωστική ακρίβεια, όσον αφορά τον καρκίνο, στο 98-99%<sup>72</sup>.



Εικ.27 : Παράδειγμα μαστογραφίας νέας γυναίκας στα άνω-έξω τεταρτημόρια αναδεικνύεται εκτεταμένη ανάπτυξη καρκινώματος στον δεξιό μαστό (βέλη τύπος P2 κατά Wolfe)<sup>69</sup>.

#### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ WOLFE

**N1** Μαστοί λιπώδεις: μέγιστη ευκρίνεια και αξιοπιστία διάγνωσης.

**P1** Αδενικό στοιχείο από το 1/3 της περιοχής του μαστού.

**P2** Περισσότερα αδενικά και ινώδη στοιχεία από τη προηγούμενη κατηγορία, αλλά όχι σε έκταση μεγαλύτερη των 2/3 του μαστού.

**DY Μαστοί** δυσπλαστικοί, οζώδεις σκιάσεις σχεδόν σε όλη την έκταση του μαζικού αδένα. Η ευκρίνεια και η αξιοπιστία της μαστογραφίας είναι μικρότερη από τις προηγούμενες.

Μια σπάνια περίπτωση όπου δεν φαίνεται ο καρκίνος του μαστού στη μαστογραφία είναι όταν ένας όγκος βρίσκεται σε πολύ ακραία περιφερική θέση του μαστού, ιδιαίτερα στο έσω ημιμόριο κοντά στο στέρνο, η πολύ κοντά στη μασχάλη ή πολύ κοντά στο οστό της κλείδας (Εικ.28)<sup>1</sup>.



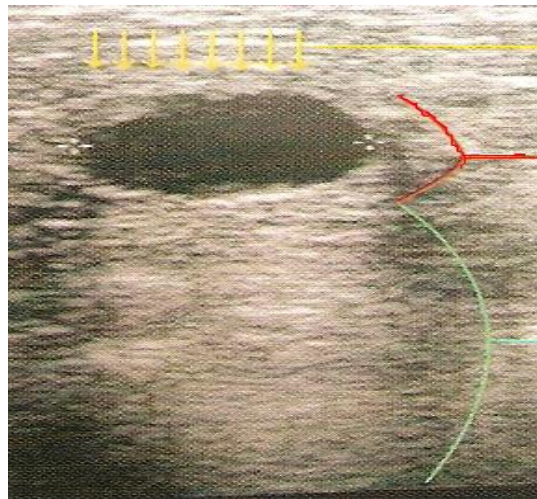
Εικ.28: Προχωρημένος καρκίνος κοντά στο στέρνο, που δεν φάνηκε καθόλου στη μαστογραφία<sup>1</sup>.

## 5.2 Υπερηχογράφημα

Χρησιμοποιείται κυρίως στις νεότερες γυναίκες για λόγους αποφυγής ακτινοβολίας, χαμηλής ακτινοβολίας, χαμηλής αξιοπιστίας της μαστογραφίας που οφείλεται στη μεγάλη πυκνότητα του μαστού και μικρής πιθανότητας κακοηθείας. Δεν χρησιμοποιείται σε προγράμματα μαζικού ελέγχου, ενώ βρίσκει κυρίως εφαρμογή στο διαχωρισμό συμπαγών από κυστικές διογκώσεις<sup>69</sup>. Μπορεί επίσης να περιγράψει αν τα όρια ενός συμπαγούς μορφώματος είναι ομαλά (μικρή πιθανότητα κακοήθειας) ή ανώμαλα (μεγάλη πιθανότητα) αλλά δεν μπορεί να θέσει τη διάγνωση με βεβαιότητα, γιατί δεν είναι παρά μια ακτινολογική εξέταση, δηλαδή μια εικόνα. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει στη λήψη βιοψίας από μόρφωμα που δεν ψηλαφάτε αλλά φαίνεται στο υπερηχογράφημα, κατευθύνοντας τη βελόνα μέσα στο μόρφωμα.

Επιβεβαίωση της διαγνώσεως γίνεται μόνο με το μακροσκόπιο, αν γίνει παρακέντηση ή αφού αφαιρεθεί χειρουργικά το ογκίδιο. Μέχρι τότε όλες οι εξετάσεις είναι απλώς ενδεικτικές αλλά όχι αποδεικτικές (Εικ.29).

Μπορεί λοιπόν να χρησιμοποιηθεί άφοβα και όποτε χρειάζεται, σε γυναίκες κάθε ηλικίας, όπως εξάλλου χρησιμοποιείται άφοβα εδώ και δεκαετίες για τον έλεγχο του εμβρύου στις εγκύους<sup>1</sup>.



Δέσμη υπέρηχου

Κύστη

Ακουστική σκιά

Εικ.29: Υπερηχογράφημα κύστεως<sup>1</sup>.

### 5.3 Άλλες απεικονιστικές μέθοδοι

#### 5.3.1 Γαλακτογραφία

Πρόκειται για χορήγηση σκιαγραφικού υλικού από το στόμιο πόρου της θηλής. Η εφαρμογή γίνεται σε περιπτώσεις αυτόματης έκκρισης ενός πόρου σε μη θηλάζον στήθος και μπορεί να αναδείξει<sup>73</sup>:

- Απόφραξη πόρου
- Ακανόνιστο έλλειμμα τοιχώματος
- Μετατόπιση πόρου
- Πόρος που καταλήγει σε μάζα ασαφών ορίων

#### 5.3.2 Πνευμοκυστογραφία

Πρόκειται για χορήγηση αέρα σε προηγουμένως παρακεντηθείσα κύστη μαστού και στη συνέχεια εκτέλεση μαστογραφίας. Παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου του εσωτερικού της κύστεως για πιθανούς ενδοκυστικούς όγκους. Θεωρείται από μερικούς συγγραφείς μέθοδος εκλογής για τις κύστεις, διαγνωστική και θεραπευτική.

### 5.3.3 Ψηφιακή Μαστογραφία (Digital Mammography)

Πρόκειται για τεχνολογικό επίτευγμα της τελευταίας δεκαετίας με πολύ μεγάλες δυνατότητες στην απεικόνιση του μαζικού αδένου. Η ψηφιακή μαστογραφία έχει ορισμένα πλεονέκτημα σε σχέση με τη συμβατική όπως ο μικρός χρόνος εξέτασης, η ηλεκτρονική καταγραφή εικόνων, η δυνατότητα ανάλυσης μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, ο μικρός χώρος αποθήκευσης κ.α.

Ιδιαίτερες εφαρμογές της ψηφιακής τεχνολογίας που εφαρμόζονται πολύ πρόσφατα είναι<sup>74</sup> :

- Ø Ψηφιακή Τομοσύνθεση (Digital Tomosynthesis)
- Ø Ψηφιακή Αγγειογραφία (Digital Angiography)
- Ø 3 D Imaging Synhroton Light Μαστογραφία

Πολύ πρόσφατα έχουν ανακοινωθεί πειραματικά ευρήματα σε ζώα της **μαστογραφίας με Laser**<sup>66</sup> . Πιστεύεται στον μέλλον, πιθανόν να αποτελέσει χρήσιμο μέσο στη διαγνωστική προσέγγιση και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

### 5.3.4 Πυρηνική Απεικόνιση

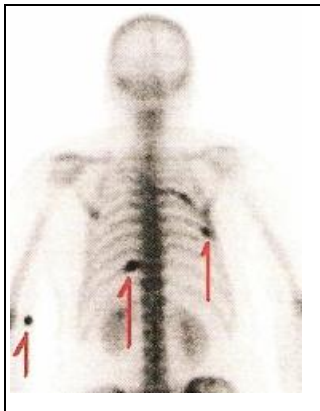
Παρουσιάζει τις εξής εφαρμογές:

- **Position Emission Tomography (PET):** έχει πρόσφατα αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία στην επιβεβαίωση του πρωίμου και του μεταστατικού καρκίνου του μαστού (Εικ.30)<sup>73</sup>. Στην Ελλάδα λειτουργεί σήμερα μόνο μια συσκευή PET, που είναι εγκατεστημένη στο Νοσοκομείο «ΥΓΕΙΑ» από το 2004.
- **Σπινθηρογράφημα μαστού με χρήση Τεχνητού 99m-MIBI):** εφαρμόζεται στη διάκριση της καλοήθους ή κακοήθους φύσης βλάβης μαστού και σε περιπτώσεις που η μαστογραφία δείχνει ανωμαλία με μάλλον καλοήθη χαρακτηριστικά<sup>69</sup>.
- **Single Photon Emission Computer Tomography scan (SPECT scan):** έχει ακόμη ερευνητικό μόνο ενδιαφέρον στη προσέγγιση των νόσων του μαστού.
- **Σπινθηρογράφημα οστών:** χρησιμοποιείται στη σταδιοποίηση και κατά την παρακολούθηση της ασθενούς για τον έλεγχο μεταστατικής νόσου στα οστά (Εικ.31).

- **Ανεύρεση του λεμφαδένα φρουρού:** (του μασχαλιαίου λεμφαδένα που πρώτος υποδέχεται το λεμφικό δίκτυο του μαστικού αδένου) με χρήση Τεχνητίου 99m sulfurcolloid και στυλεού ανίχνευσης γ – ακτινοβολίας (Lymphoscintigraphy with gamma probe sentinel node biopsy).



Εικ.30: Το PET/CT αποτελεί σήμερα την πιο εξελιγμένη τεχνολογία στη διάγνωση ακόμα και μικρών κακοήθων όγκων ή μεταστάσεων οπουδήποτε στο σώμα, που δεν φαίνονται με την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία.  
(Ευγενική προσφορά του Δ. Θ « Υγεία» Α.Ε)<sup>1</sup>



Εικ.31: Σπινθηρογράφημα οστών που δείχνει μετάσταση στις πλευρές και στον αγκώνα<sup>1</sup>.

### 5.3.5 Μαγνητική Τομογραφία (MRI)

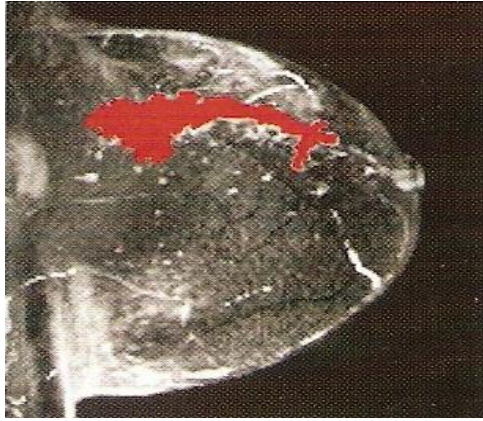
Πρόκειται για μέθοδο με περιορισμένη προς το παρόν εφαρμογή στη διαγνωστική προσέγγιση του μαστού, αλλά με δυνατότητες (Εικ.32).

Οι ενδείξεις εφαρμογής της στην κλινική πράξη<sup>68</sup> είναι:

- Διάκριση τοπικής υποτροπής καρκίνου από ουλή.
- Απεικόνιση βλαβών πλησίον του θωρακικού τοιχώματος.
- Απεικόνιση μαστού σε ασθενή με προθέσεις μαστών (σιλικόνη).



- Εκτίμηση έκτασης καρκίνου (πολυεστιακός, πολυκεντρικός κ.α) για το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης.



Εικ.32: Μαγνητική τομογραφία που δείχνει μεγάλο όγκο στο μαστό<sup>39</sup>.

### 5.3.6 Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA – fine Needle Aspiration) και Κυτταρολογική εξέταση

Μπορεί να γίνει σε κάθε ψηλαφητή διόγκωση του μαστού με βελόνη 21G σε σύριγγα 10 ml και το υλικό αναρροφάται (υγρό κύστεως ή κύτταρα του όγκου) στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση (Εικ.33).

Η ευαισθησία της μεθόδου κυμαίνεται από 78% έως 99%. Βασικό μειονέκτημα της παραμένει το σχετικά υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών (1-3%) και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (1,8%), χωρίς να λαμβάνονται υπόψη στη στατιστική αξιολόγηση οι περιπτώσεις των μη διαγνωστικών ή αμφισβητούμενων δειγμάτων.



Εικ.33 : Παρακέντηση με λεπτή βελόνα (FNA)<sup>75</sup>.

Η παρακέντηση/ κυτταρολογική εξέταση, αποτελεί μαζί με την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία, τη **βασική διαγνωστική τριάδα** που σε περιπτώσεις καρκίνου βάζει διάγνωση ή υποψία κακοήθειας στο 98-99% των ασθενών.

Κυτταρολογική εξέταση γίνεται επίσης και στις περιπτώσεις εκκρίματος από τη θηλή, με μικρότερη όμως διαγνωστική ακρίβεια. Χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς με έκκριμα ενός πόρου ή αιματηρό έκκριμα και μπορεί να αναδείξει θηλώδεις ομάδες, ενδεικτικές ενδοπορικού θηλώματος ή πορέκτασης, άτυπα επιθηλιακά κύτταρα ή εικόνα ύποπτη για την παρουσία ενδοπορικού καρκίνου<sup>75</sup>.

### **5.3.7 Βιοψία με κάπτουσα βελόνη (Cutting needle biopsy - Core needle biopsy)**

Πρόκειται για μικρή, επεμβατική τεχνική (minimal invasive technique) στην οποία λαμβάνεται τεμάχιο-πυρήνας ιστού με τη χρήση ευρείας βελόνης βιοψίας. Ενέχει μεγαλύτερο κίνδυνο από την παρακέντηση με λεπτή βελόνη για εμφάνιση αιμορραγίας, διαταραχή της δομής εξεταζόμενου ιστού και εμφύτευσης κυττάρων του όγκου στο τραύμα.

Έχει ιδιαίτερη χρησιμότητα σε περιπτώσεις ύποπτης κυτταρολογικής εξέτασης υλικού FNA, όπου απαιτείται ιστολογική προεγχειρητική επιβεβαίωση. Επίσης, έχει αντικαταστήσει τη εγχειρητική βιοψία για λήψη υλικού στις περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου, όπου λαμβάνεται εύκολα υλικό για ιστολογική επιβεβαίωση, χωρίς να καθυστερήσει, λόγω εγχειρητικού τραύματος, η άμεση έναρξη της συστηματικής θεραπείας<sup>73</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Σήμερα χρησιμοποιούνται στην καθημερινή κλινική πράξη τέσσερις θεραπευτικοί μέθοδοι, που έχουν περάσει τη δοκιμασία του χρόνου και έχουν αποδειχθεί ευεργετικές για τις ασθενείς :

Η *χειρουργική*, η *ακτινοθεραπεία*, η *χημειοθεραπεία* και η *ανοσοθεραπεία*. Υπάρχει επίσης, στα σπάργανα αλλά πολλά υποσχόμενη, η *γονιδιακή θεραπεία*. Αυτές οι θεραπευτικές μέθοδοι μπορούν να εφαρμοσθούν σε ποικίλους συνδυασμούς κι όχι μια μόνο σε κάθε ασθενή. Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει δυο στόχους: 1. Να εξαλείψει την τοπική νόσο (πρωτοπαθή εστία) και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής και 2. να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις)<sup>46</sup>.

Δοκιμάζονται επίσης σε ερευνητικό ακόμα πεδίο, πολλά πράγματα, όπως ανοσοθεραπείες, εμβόλια κ.ά. Ίσως κάποιο από αυτά κρύβει το μυστικό της θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Προς το παρόν, τίποτα τέτοιο δεν φαίνεται στον ορίζοντα. Θα ασχοληθούμε με αυτά όταν περάσουν τη δοκιμασία του χρόνου. Αποφύγετε τους μάγους και τους προφήτες<sup>1</sup>.

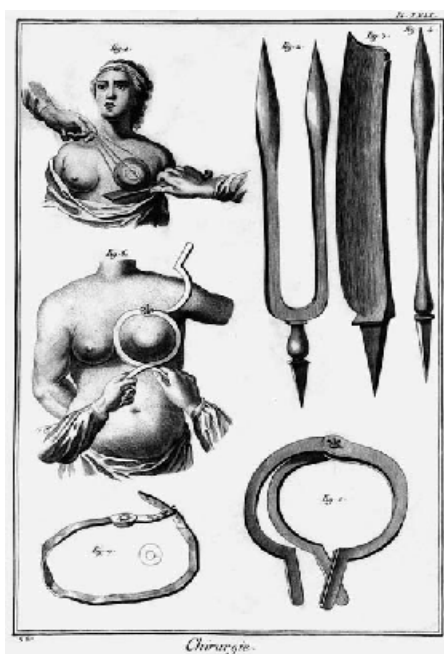
#### 6.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Οι έγκαιρες αναφορές στην χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορούν ενδεχομένως να βρεθούν μέχρι αυτή την ώρα που γνωρίζουμε στο “Edwin Smith Surgical Papyrus” όπου παρουσιάζεται ένα σύνολο ιατρικών θεμάτων τα οποία γράφτηκαν στην Αίγυπτο μεταξύ 3000 και 2500 π.Χ. Σε αυτά τα γραπτά είναι απολύτως ξεκαθαρισμένο ότι οι φυσικοί στην αρχαία Αίγυπτο ξερίζωναν όγκους από το στήθος.

Πράγματι, ο Ιπποκράτης αμφισβήτησε το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια μεθοδευμένη ασθένεια και το ξερίζωμα του αρχικού όγκου τον χειροτέρευε ακόμα περισσότερο. Το 400 π.Χ περίπου προειδοποιεί, “ Το καλύτερο είναι να μην αποκόπτεις ένα απόκρυφο καρκίνο, από αυτούς που αφαιρέθηκαν πέθαναν γρήγορα, μολονότι αυτοί που δεν αφαιρέθηκαν επέζησαν περισσότερο.

Παρομοίως, ο Galen πίστευε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια συστηματική νόσος και διακυρίσει την “πνευματώδη θεωρία” για να περιγράψει την παθογένεση. Εντούτοις ο Galen συνηγόρησε σθεναρά ως προς την χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου. Ωστόσο, οι οπαδοί του Galen συχνά κατέφευγαν σε θεραπείες με χειρουργικά οινόπνεύματα, περιλαμβάνοντας διαιτητικές συνήθειες, καθαρισμούς και φιλτράρισμα.

Το 18<sup>ο</sup> και το 19<sup>ο</sup> αιώνα αρκετοί χειρουργοί προκυρήσουν πιο επιθετικά χειρουργεία προσεγγίζοντας την θεραπεία του καρκίνου του μαστού (Εικ.34). Ο Jean Louis Petit (1674-1750), διευθυντής της Γαλλικής Χειρουργικής Ακαδημίας, καταξιώθηκε έχοντας αναπτύξει την πρώτη συνενωτική ιδέα για την θεραπεία του καρκίνου του μαστού.



Εικ.34: Πρώιμα όργανα τα οποία χρησιμοποιούνταν για την αφαίρεση του στήθους και των όγκων του, όπως απεικονίζεται από τον Louis-Jacques Goussier, 1722-1792<sup>75</sup>.

### 6.1.1 Βιοψία

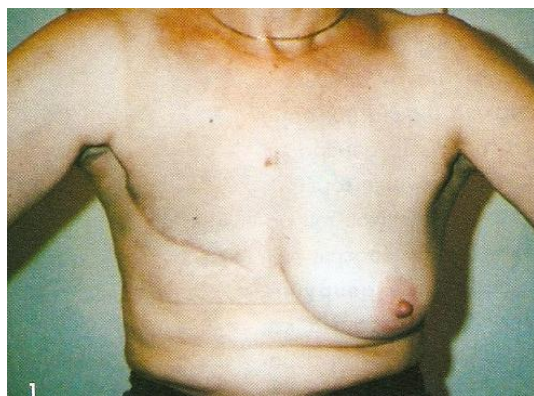
Σήμερα είναι ισοδύναμος όρος με την ογκεκτομή (lumpectomy), κατά την οποία αναιρείται όλος ο μικροσκοπικός μόνον όγκος. Μετά την εμπειριστατωμένη μελέτη της σημασίας της αφαίρεσης του όγκου επί υγιών ορίων, στην πράξη έχει αντικατασταθεί από την “ευρεία τοπική εντομή”. Η παλαιότερη χρησιμοποιούμενη απλή βιοψία τμήματος όγκου (incisional biopsy) έχει καταργηθεί και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται λόγω υψηλού κινδύνου διασποράς της νόσου.

### 6.1.2 Ευρεία Τοπική Εκτομή (Wide Local Excision)

Είναι η εκτομή του όγκου με ένα υγιές τμήμα ιστού τουλάχιστον 2 εκ. γύρω από αυτόν. Μια επέκταση αυτής της επέμβασης είναι η **τεταρτεκτομή (quadrantectomy)** κατά την οποία αφαιρείται όλο το τεταρτημόριο του μαστού, στο οποίο ήταν ο καρκίνος<sup>75</sup>.

### 6.1.3 Ολική ή Απλή Μαστεκτομή (Total or Simple Mastectomy)

Η αφαίρεση ολόκληρου του μαστικού αδένα μαζί με το υποκείμενο δέρμα (Εικ.1,2).

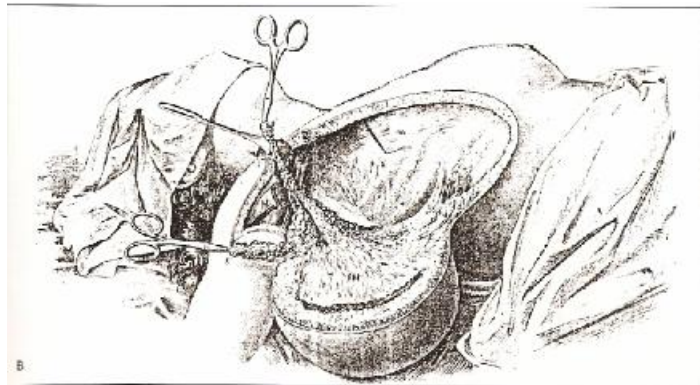
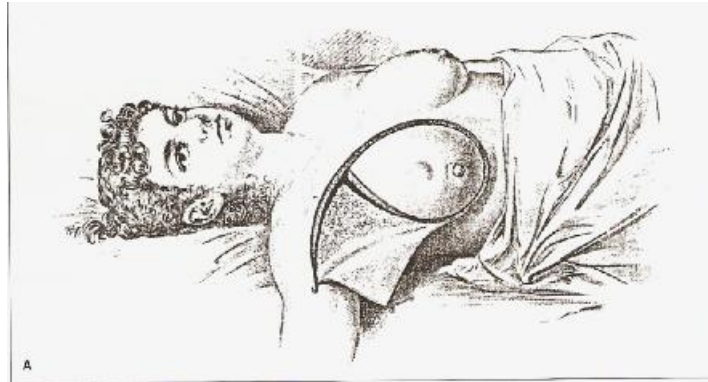


Τελικό αποτέλεσμα Απλής (1) και ριζικής Μαστεκτομής (2). Στη δεύτερη περίπτωση παρατηρείται αρκετού βαθμού δυσμορφία από την αφαίρεση μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός<sup>56</sup>.

### 6.1.4 Εκτεταμένη Ολική Μαστεκτομή (Extended Total Mastectomy)

Η επέμβαση περιλαμβάνει την ολική αφαίρεση του μαστού και τον πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης, χωρίς όμως να αφαιρείται ή να κόβεται ο μείζων ή ο ελάσσων θωρακικός μυς (Εικ.2). Είναι η επέμβαση που έχει αντικαταστήσει τα τελευταία χρόνια τη ριζική μαστεκτομή.

### 6.1.5 Ριζική Μαστεκτομή (Radical Mastectomy)



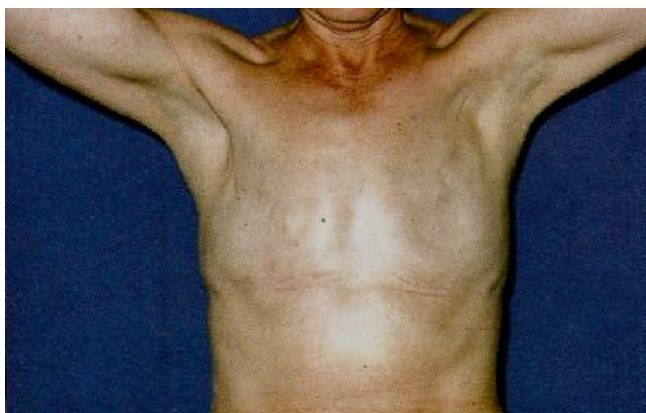
**A.B.** Σχηματική απόδοση της Ριζικής Μαστεκτομής από την ιστορική δημοσίευση του Halsted , John Hopkins Hosp Rep Vol 4 pp 297-350,1984<sup>76</sup> .

### A.1 Κλασική Ριζική Μαστεκτομή

Περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Halsted<sup>76</sup> και περιλαμβάνει την εκτομή όλου του μαζικού αδένου, του περιεχομένου της μασχάλης και του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός. Σήμερα εφαρμόζεται μόνο σε όγκους του οπίσθιου τμήματος του μαστού.

### A.2 Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή (Modified)

Αυτή η εγχείρηση περιγράφηκε από τον Patey<sup>77</sup> και είναι όμοια της κλασσικής ριζικής μαστεκτομής του Halsted, αλλά με διατήρηση του μείζονα θωρακικού μυός. Η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός, έχει ως σκοπό τον καλύτερο καθαρισμό των λεμφαδένων της μασχάλης (Εικ.35).



Εικ.35: Αριστερά Ριζική και δεξιά Τροποποιημένη Ριζική Μαστεκτομή σε ασθενή που αντιμετωπίστηκε σταδιακά για μετάχρονο, αμφοτερό-πλευρο καρκίνου του μαστού<sup>77</sup>.

### 6.1.6 Μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος (Skin-sparing Mastectomy)

Σε αυτή την εγχείρηση, αφαιρείται το σύμπλεγμα θηλής-άλω, όλος ο μαζικός αδένας με το περιεχόμενο της μασχάλης, διατηρείται όμως μεγάλο τμήμα του υπερκείμενου δέρματος του στήθους και απαιτείται μόνον ένα μικρό μόσχευμα για να καλυφθεί το έλλειμμα της περιοχής θηλής-άλω.

### 6.1.7 Υποδόριος Μαστεκτομή (Subcutaneous Mastectomy)

Κατά την υποδόρια μαστεκτομή το υπερκείμενο δέρμα αποχωρίζεται από το μαστό και αφαιρείται όσο το δυνατόν περισσότερος μαζικός αδένας (με αρκετή προσοχή μπορεί να φτάσει μέχρι και την αφαίρεση του 95% του αδένα) έως και η 'ουρά' του μαστού. Παραμένει ένα μικρό τμήμα αδενικού ιστού κάτω από το σύμπλεγμα θηλής-άλω, με σκοπό να διαφυλαχθεί η αιμάτωση της θηλής και να αποφευχθεί τυχόν νέκρωση.

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

##### Μετεγχειρητική θνησιμότητα 0-2%

κυρίως σε ηλικιωμένες ασθενείς  
κύριος παράγοντας κινδύνου: οι συνυπάρχουσες  
καρδιο-αγγειακές παθήσεις

##### Μετεγχειρητική νοσηρότητα έως 16%

Λεμφόρροια – συλλογή λέμφου, Νέκρωση δερματικών κρημών  
Μόλυνση τραύματος, λεμφαγγειίτιδα περιοχής τραύματος  
Δυσκαμψία ώμου, Λεμφοίδημα



Δυσμορφία ωμοπλάτης από διατομή του μακρού θωρακικού νεύρου<sup>77</sup>.

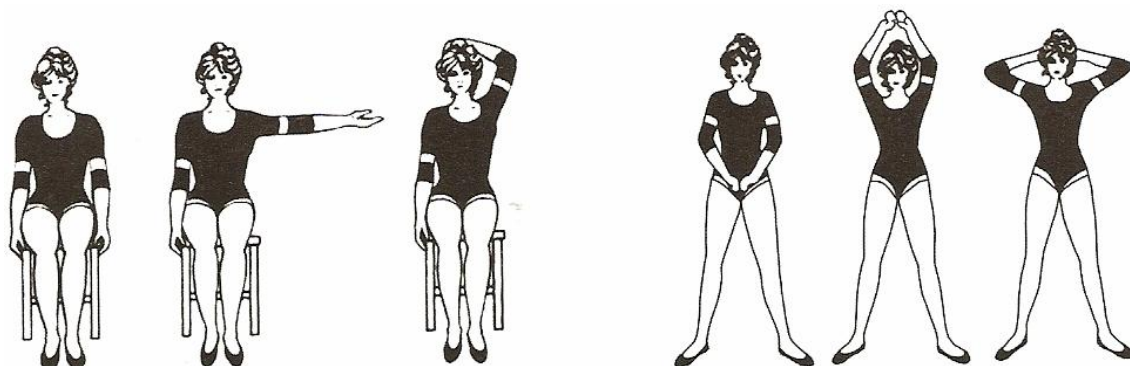


Ανάπτυξη λεμφοιδήματος αριστερού άνω άκρου μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή<sup>78</sup>.

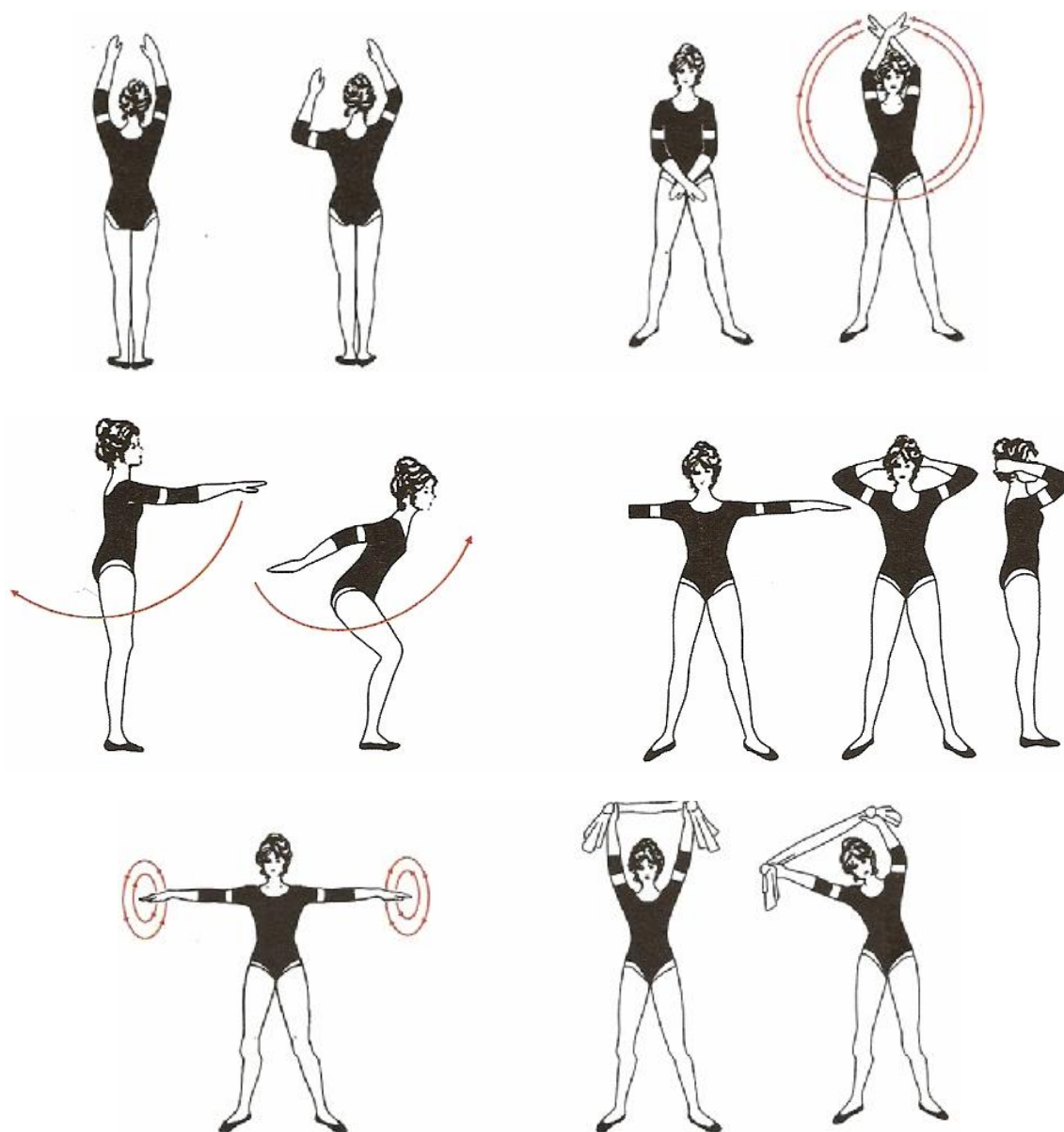
### 6.1.8 Συντηρητικές Χειρουργικές επεμβάσεις

Ο όρος "συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις" (Conservative Operations) αναφέρεται στην ευρεία τοπική εκτομή του όγκου, οι οποίες συνδυάζονται με πλήρη ή μερική αφαίρεση των λεμφαδένων της σύστοιχης μασχάλης. Τα τελευταία χρόνια έχουν κερδίσει πολύ έδαφος, διότι διατηρούν το μαστό και έχουν κοσμητικό αποτέλεσμα και συναζόμενες με ακτινοθεραπεία, επιτυγχάνουν εξ ίσου καλά αποτελέσματα με την μαστεκτομή, όσον αφορά την τοπική υποτροπή και συνολική επιβίωση<sup>78</sup>.

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ<sup>75</sup>







## 6.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία έχει γίνει ένα πολύ σπουδαίο μέσον της αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 50 χρόνια. Εφαρμόζεται κατεξοχήν στην αντιμετώπιση: α) δερματικών καρκινικών βλαβών, β) οστικών εντοπίσεων της νόσου, ιδιαίτερα μεμονωμένων (προκαλεί βελτίωση ή υποχώρηση του πόνου στο 90% των περιπτώσεων), γ) ενδεχομένως σε λεμφαδενικές διηθήσεις και δ) είτε για τον έλεγχο του πόνου είτε για την αποφυγή αυτομάτου κατάγματος σε οστικές βλάβες<sup>45</sup>.

Οι συντηρητικές χειρουργικές επεμβάσεις με διατήρηση του μαστού δεν θα είχαν καθιερωθεί χωρίς τη βοήθεια της ακτινοθεραπείας για τον έλεγχο της τοπικής υποτροπής, αλλά και η συνεχής τεχνολογική εξέλιξη οδήγησε γενικότερα τη σημαντική ελάττωση των παρενεργειών της ακτινοβολίας και τη βελτίωση του κοσμητικού αποτελέσματος<sup>79</sup>.

Η θεραπεία γίνεται τμηματικά για 6 εβδομάδες, κάθε μέρα, 5 φορές την εβδομάδα. Η ακτινοβολία γίνεται με ηλεκτρόνια, μονάδα Κοβαλτίου ή με γραμμικό επιταχυντή, σε δόση 4600-5000 cGy συνολικά και 1000 cGy επιπλέον (boost) στη θέση του όγκου (tumor bed) στις περιπτώσεις όγκου κλινικού σταδίου T<sub>1</sub>- T<sub>2</sub>, N<sub>0</sub>, M<sub>0</sub>, μετά από ογκοεκτομή και διατήρησης του μαστού. Σε προχωρημένους καρκίνους του μαστού κλινικού σταδίου T<sub>3</sub>- T<sub>4</sub>, N<sub>2</sub>, N<sub>3</sub>, η ακτινοθεραπεία γίνεται σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας (6.000 CGy), ακολουθεί δε εμφύτευση ραδιενεργών πηγών.

Ως θεραπεία δε βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών, αυτό εξηγείται με τη σύγχρονη βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού, κατά την οποία οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν αποτελούν ηθμό, αλλά απλώς είναι δείκτες της έκτασης και γενίκευσης της νόσου<sup>80</sup>.

### Επιπλοκές της ακτινοθεραπείας

Παρά τη σημαντική βελτίωση των μέσων και τεχνικών, η Ακτινοθεραπεία εξακολουθεί να έχει παρενέργειες (γενική αδυναμία – κούραση και τη διάρκεια της θεραπείας) και επιπλοκές που διακρίνονται σε οξείες και απότερες:

- **Οξείες:** φλεγμονή – υπέρχρωση – έγκαυμα – ήπιο άλγος στο μαστό (Εικ.36).
- **Απότερες:** ευαισθησία, σκληρία και οίδημα στο μαστό – κάταγμα πλευρών – περικαρδίτιδα - πνευμονίτιδα – οίδημα άνω άκρου – παράλυση βραχιόνιου πλέγματος κ.αλ.



Εικ.36: Ελαφρύ ερύθημα και ικανού βαθμού έγκαυμα του δέρματος του μαστού από την Ακτινοθεραπεία<sup>81</sup>.

### 6.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχει αποδειχθεί ότι, εκτός από τη χειρουργική αντιμετώπιση, προφυλακτική, συστηματική χορήγηση συνδυασμού – σχήματος φαρμάκων (adjuvant chemotherapy) ελλοτώνει τη πιθανότητα υποτροπής της νόσου κατά την πρώτη 10ετία και αυξάνει τη συνολική επιβίωση. Το αποτέλεσμα αυτό είναι πλέον εμφανές στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Το ευρύτερο χρησιμοποιούμενο σχήμα είναι το CMF (συνδυασμός των φαρμάκων: Cyclophosphamide, Methotrexate και 5-Fluorouracil) κάθε 3 εβδομάδες, σε ένα σύνολο 6 κύκλων, καλύτερα όμως αποτελέσματα έχουν τα σχήματα που περιέχουν Adriamycin (FAC) ή Epirubicin (FEC).

Η προφυλακτική, συστηματική χημειοθεραπεία ρυθμίζεται ανάλογα με τα ευρήματα (μέγεθος όγκου, Grade, διήθηση μασχαλιαίων λεμφαδένων κ.α.) την εμμηνορρυσιακή κατάσταση της ασθενούς και τους ορμονικούς υποδοχείς του όγκου. Σε γενικές γραμμές ενδείκνυται σε γυναίκες που έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής, που είναι αυτές που έχουν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, οι οποίες όμως εμφανίζουν κάποιους δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες<sup>81</sup>.

#### Παρενέργειες της Χημειοθεραπείας

Οι άμεσες παρενέργειες της συστηματικής χημειοθεραπείας είναι συνήθως παροδικές και σε αυτές περιλαμβάνονται η ναυτία και οι εμετοί, απώλεια των μαλλιών, πτώση των λευκών, εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες και άλλες. Σημαντικές παρενέργειες όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, παρατηρούνται σπάνια (1%) και εξαρτώνται από τη καρδιοτοξικότητα συγκεκριμένων φαρμάκων. Στις απώτερες παρενέργειες πρέπει να σημειωθεί η μόνιμη αμηνόρροια, αρκετά σημαντική για τις νέες γυναίκες <35 ετών και ειδικότερα γι' αυτές που δεν έχουν ακόμη τεκνοποιήσει >40 ετών.

Αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης νέων πρωτοπαθών όγκων που να οφείλονται στις επιπτώσεις που έχει στον οργανισμό η χημειοθεραπεία δεν αναφέρεται, αλλά υπάρχει προβληματισμός για την εκδήλωση δευτεροπαθούς μυελοδυσπλασίας και λευχαιμίας<sup>80</sup>.

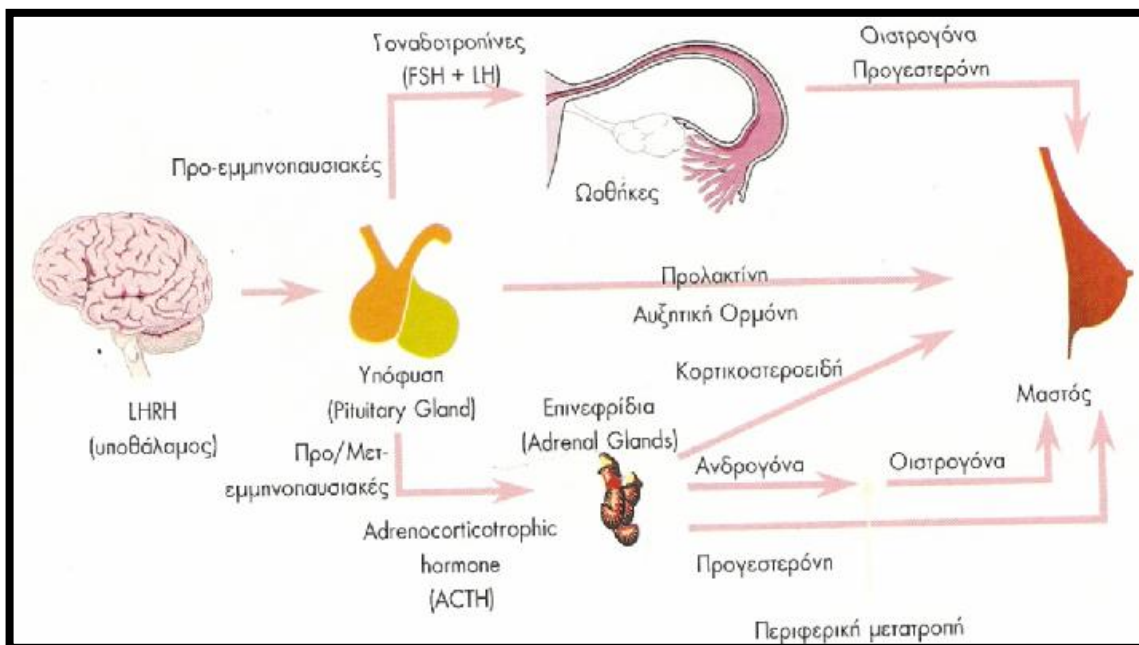
## 6.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχουν περάσει περίπου 100 χρόνια από τότε που παρατηρήθηκε για πρώτη φορά ότι η ωθηκεκτομή μπορεί να επηρεάσει τη πορεία των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η ανακάλυψη όμως των ορμονικών υποδοχέων σε κύτταρα καρκίνου του μαστού έδωσε νέα ώθηση για πιο συστηματική προσέγγιση αυτής της μορφής θεραπείας της νόσου<sup>82</sup>.

Μια από τις σπουδαιότερες προόδους στις ορμονικές θεραπείες ήταν η παρασκευή μη-στεροειδών ουσιών, που ανταγωνίζονται τη δράση των οιστρογόνων. Η πλέον συχνά χρησιμοποιούμενη τέτοια ουσία είναι η **Ταμοξιφένη (Tamoxifen)** η οποία επιβραδύνει την κυτταρική διαίρεση και των πολλαπλασιασμό των κυττάρων του όγκου.

Οι παρενέργειες της Ταμοξιφένης είναι συνήθως ήπιες. Σε μικρό ποσοστό παρατηρούνται εξάψεις, αιμορραγία από το κόλπο ή αμηνόρροια (10%) και δεν επιφέρει καταστολή του μυελού των οστών.

Σήμερα αποτελεί κανόνα να χορηγείται σε όλες τις προ- και εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ημερησία δόση **20mg Ταμοξιφένη για 5 χρόνια**. Μεγάλες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η χορήγηση Ταμοξιφένης ελαττώνει κατά 30% τον αριθμό των υποτροπών και θανάτων από την νόσο στη πρώτη 5ετία, που αντιστοιχεί με ελάττωση της ολικής θνησιμότητας κατά 8-10%<sup>81</sup>.



Σχήμα 7: Ορμόνες που δρουν στο μαστό<sup>81</sup>.

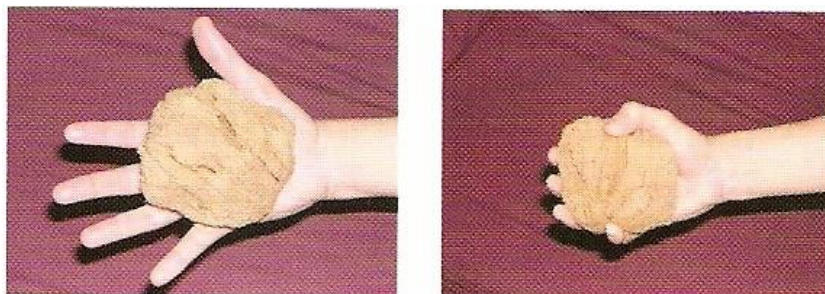
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

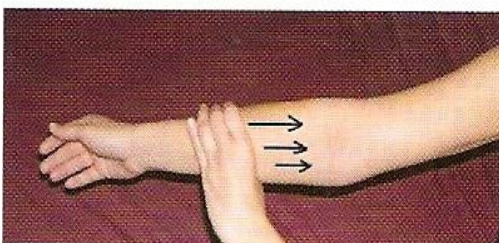
Μια επέμβαση μαστού ακολουθείται από προβλήματα σωματικά και ψυχικά. Τα σωματικά προβλήματα είναι τόσο εντονότερα όσο βαρύτερη είναι η επέμβαση. Οι μικρές επεμβάσεις (βιοψία, εκτομή ογκιδίου) κανονικά δεν δημιουργούν ιδιαίτερα σωματικά προβλήματα, εκτός κι αν συμβεί κάποια επιπλοκή. Οι βαρύτερες όμως επεμβάσεις (μαστεκτομή, απλή ή ριζική τροποποιημένη) ακολουθούνται από αρκετά προβλήματα και χρειάζεται συνήθως να περάσουν μερικοί μήνες για την πλήρη επαναδραστηριοποίηση των ασθενών. Αυτά προέρχονται: 1) από το σύστημα προς την επέμβαση χέρι, 2) από την περιοχή της μασχάλης, όταν έχει γίνει λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης και 3) από την περιοχή του αφαιρέντος μαστού<sup>1</sup>.

#### 7.1 Προβλήματα από το σύστημα προς την επέμβαση χέρι

Το χέρι αυτό, μετά τη μαστεκτομή, είναι αρκετά πιο αδύναμο από το άλλο. Μπορεί να πονάει λίγο ή να είναι μούδιασμένο, ιδιαίτερα στην εσωτερική πλευρά του βραχίονα. Επίσης δυσκολεύεται να κάνει όλο το εύρος των κινήσεων και πιο πολύ κινήσεις που απαιτούν να βρίσκεται σε ανάταση. Με ειδικές ασκήσεις (Εικ.37,38,39,40) και υπομονή μπορούν να ξεπεραστούν αυτά τα προβλήματα. Μερικές από αυτές μπορούν να αρχίσουν ήδη από τη πρώτη μέρα και ενώ η ασθενής βρίσκεται ακόμη μέσα στο νοσοκομείο. Τέσσερις με πέντε μέρες μετά την επέμβαση μπορούν να συνεχιστούν και οι υπόλοιπες<sup>86</sup>.



Εικ.37,38: Ένα σφουγγάρι στην παλάμη που σφίγγει και χαλαρώνει βοηθάει την κυκλοφορία όλου του χεριού μετά τη ριζική μαστεκτομή<sup>86</sup>.



Εικ.39,40: Ειδικό μασάζ με πίεση από τον καρπό προς τη μασχάλη, βοηθάει πολύ στη λεμφική κυκλοφορία του σύστοιχου προς τη μεριά της ριζικής μαστεκτομής, χεριού<sup>86</sup>.

Το λεμφοίδημα είναι το πρήξιμο του χεριού, που οφείλεται στην καταστροφή, από την επέμβαση, των λεμφαγγείων που αποχετεύουν τη λέμφο από το χέρι προς τη μασχάλη και από κει στα μεγάλα αγγεία του θώρακος. Μια γυναίκα μετά τη μαστεκτομή για να περιορίσει τις πιθανότητες να της πρηστεί το χέρι πρέπει :

- ✓ Να βάζει το χέρι πάνω σε ένα μαλακό μαξιλάρι όταν ξαπλώνει.
- ✓ Να αποφεύγει τις πολύ βαριές δουλειές με το χέρι αυτό.
- ✓ Να προσέχει τα τσιμπήματα και τους μικροτραυματισμούς σε δουλειές του σπιτιού και περισσότερο του κήπου
- ✓ Να μην κόβει τα νύχια της πολύ βαθιά και να μην τραβάει τις παρωνυχίδες.
- ✓ Να μη δίνει το χέρι αυτό για αιμοληψίες ή τοποθέτηση ορού. Να ενημερώνει το προσωπικό, όποτε και αν χρειασθεί εισαγωγή στο νοσοκομείο<sup>1</sup>.
- ✓ Να φορά ελαστικό γάντι όταν ασχολείται με μαγειρική, καθαριότητα ή πλύσιμο.
- ✓ Να φορά δακτυλήθρα όταν ράβει.
- ✓ Να ελέγχεται το χέρι για τραυματισμό, ερυθρότητα αν είναι θερμό ή ασυνήθιστα
- ✓ σκληρό ή οιδηματώδες.
- ✓ Να φοράει άνετα ρούχα με κάθετες ρίγες.
- ✓ Να επανεξετάζεται κάθε δύο μήνες<sup>37</sup>.

## 7.2 Προβλήματα από τη περιοχή της μασχάλης

Το πιο συνηθισμένο είναι η συλλογή υγρού (λέμφου) στη μασχάλη. Συμβαίνει στο 10% περίπου των μαστεκτομών και ανήκει μάλλον στις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Δεν είναι σοβαρό, είναι όμως μια κάποια ταλαιπωρία για λίγο καιρό. Δημιουργείται όταν το δέρμα, που αναπόφευκτα αποκολλά ο χειρουργός από τους υποκείμενους ιστούς κατά τη μαστεκτομή, δεν ξανακολλήσει καλά σε αυτούς μετά την επέμβαση. Σήμερα στο τέλος της μαστεκτομής, τοποθετείται κάτω από το δέρμα της μασχάλης ειδικός λεπτός σωλήνας, συνδεδεμένος με ένα μικρό πλαστικό δοχείο που περιέχει αέρα με πίεση μικρότερη της ατμοσφαιρικής.

Σε περίπτωση που ο σωλήνας βουλώσει ή αφαιρεθεί πριν από την ώρα του, η λέμφος αθροίζεται στη μασχάλη προκαλώντας πόνο, τράβηγμα και αίσθημα βάρους<sup>83</sup>.

## 7.3 Εμφάνιση υποτροπής

Η υποτροπή μετά την αντιμετώπιση ενός καρκίνου του μαστού, ανάλογα και με τη μορφή της αρχικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, μπορεί να διακριθεί κυρίως στις εξής περιπτώσεις :

**1. Τοπική υποτροπή στο δέρμα** ή το σύστοιχο **θωρακικό τοίχωμα**, μετά από μαστεκτομή. Ιδιαίτερη μορφή είναι η τοπική υποτροπή στα δερματικά λεμφαγγεία, η οποία είναι γρήγορα τοπικά εκτάσιμη και πολύ δύσκολα αντιμετωπίσιμη (Εικ.41,42).



Εικ.41,42: Εκτεταμένη τοπική υποτροπή στο θωρακικό τοίχωμα, μετά από μαστεκτομή<sup>58</sup>.

**2. Τοπική υποτροπή στο μαστό,** στη περιοχή του όγκου ή σε διαφορετικό τεταρτημόριο, μετά από συντηρητική χειρουργική θεραπεία (Εικ.43,44).



Εικ.45,46: Τοπική υποτροπή μετά από μαστεκτομή, εντοπισμένη επάνω και γύρω από την ουλή της προηγούμενης επέμβασης<sup>87</sup>.

**3. Υποτροπή στους σύστοιχους μασχάλιους λεμφαδένες** ή τους έσω μαστικούς και υποτροπή στους σύστοιχους υπερκλειδίους λεμφαδένες.

**4. Υποτροπή σε απομακρυσμένα όργανα – συστηματικές μεταστάσεις –** κατά σειρά συχνότητας στα οστά, ήπαρ, πνεύμονες, εγκέφαλο κλπ<sup>87</sup>.



Εικ.47:Τοπική στα δερματικά λεμφαγγεία των κρημών του δέρματος, σε ασθενή που αντιμετωπίστηκε αρχικά με μαστεκτομή<sup>86</sup>.



### 7.3.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση υποτροπής

Σε κάθε περίπτωση τοπικής υποτροπής αρχικά πρέπει να προηγείται συστηματικός έλεγχος για την πιθανή ανάδειξη σύγχρονης συστηματικής, περιφερικής νόσου, η ύπαρξη της οποίας θα τροποποιήσει και την τακτική της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η μαστεκτομή είναι η επέμβαση επιλογής με την οποία, στις περιπτώσεις υποτροπής με διηθητικό καρκίνο, η πενταετής επιβίωση ελεύθερης νόσου και η συνολική επιβίωση φθάνουν το 75% και 85% αντίστοιχα.

Η χειρουργική περιορίζεται κυρίως στη λήψη δείγματος για ιστολογική ταυτοποίηση και σπάνια, σε επιλεγμένες περιπτώσεις, αποσκοπεί στο τοπικό έλεγχο της νόσου. Βασική μέθοδος αντιμετώπισης είναι η ακτινοθεραπεία, η οποία στη πλειονότητα των ασθενών επιτυγχάνει ύφεση των τοπικών ευρημάτων, χωρίς όμως συνήθως μόνιμα αποτελέσματα. Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης πολύ χρήσιμη για ανακουφιστικούς λόγους, στις προχωρημένες, επιθετικές μορφές τοπικής υποτροπής. Η εφαρμογή συμπληρωματικής, συστηματικής θεραπείας (ορμονοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ανοσοθεραπεία) θα γίνει σχεδόν πάντοτε<sup>88</sup>.

### 7.4 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, έλλειψη αυτοεκτίμησης, αϋπνίες και άγχος. Η έκβαση εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, την συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της, καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της.

Οι Νοσηλευτές :

1. Παρέχουν την ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις και τα αισθήματα της. Γίνονται καλοί ακροατές και δέχονται αυτά που λέγονται. Δεν λαμβάνουν υπόψη τους τον θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.
2. Επικεντρώνονται στα συναισθήματα τους και αντιμετωπίζουν την συμπεριφορά της αρρώστου.
3. Καθορίζουν τη σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας σώματος και το πώς πιστεύει ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.

4. Συμπεριλαμβάνουν για τον σχεδιασμό της Νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής της εικόνας του σώματος.
5. Ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, βοηθώντας την να αποφεύγει τα αρνητικά συναισθήματα.
6. Παρέχουν χρόνο για συζήτηση .
7. Βοηθούν την ασθενή να ξεπεράσει σιγά – σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.
8. Η Νοσηλεύτρια παραμένει δίπλα στην ασθενή αν το επιθυμεί, ακόμα και αν εκείνη δεν θέλει να μιλήσει.
9. Συζητά και ενθαρρύνει την οικογένεια για να μπορέσει κατόπιν να βοηθήσει την ασθενή.
10. Συζητά με τον χειρουργό πληροφορίες που έχει από τον ασθενή σχετικά με την ανασύσταση του μαστού.
11. Εξαιρεί τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς : ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
12. Υποστηρίζει και στηρίζει την επιθυμία της να εξακολουθεί το ρυθμό της ζωής της, όπως πρώτα.
13. Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης μαστού για τους υγιείς μαστούς.
14. Μεριμνά για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, δίνοντας κατάλληλες οδηγίες.
15. Διδάσκει κατάλληλες ασκήσεις για πρόληψη παραμορφώσεων, ασυμμετρίας και μειωμένης λειτουργικότητας. (Ασκήσεις: Κινήσεις βραχίονα, πλάτης, εκκρεμούς, κουπιού, αναρρίχηση στον τοίχο, γύρισμα σχοινάκι, κινήσεις τροχαλίας).

Η αποδοχή από την ασθενή των αλλαγών της σωματικής εικόνας χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή<sup>89</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 8.1 ΕΞΕΛΙΞΗ

Ο χρόνος που απαιτείται για να διπλασιασθεί ο αριθμός των κυττάρων μιας δεδομένης νεοπλασματικής μάζας καλείται χρόνος διπλασιασμού του όγκου (tumor doubling time). Η θεωρία αυτή είναι χρήσιμη για τον υπολογισμό της διάρκειας της προκλινικής φάσεως του καρκίνου του μαστού και την κατανόηση της κλινικής πορείας της νόσου. Το ελάχιστο μέγεθος 1εκ. του όγκου που μπορεί κλινικά να είναι ανιχνεύσιμο στον άνθρωπο, περιέχει  $10^9$  κύτταρα, έχει δε υποστεί 30 διπλασιασμούς.

Η δυνατότητα δημιουργίας μακρινών μεταστάσεων αρχίζει από την 21<sup>η</sup> γενεά διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Υπολογίζεται ότι ένα 50% των καρκίνων του μαστού δεν έχει δώσει μεταστάσεις προς της 33<sup>ης</sup> κυτταρικής διαίρεσης. Οι περισσότερες των νεοπλασματικών μαζών, όταν αφαιρούνται με μαστεκτομή, βρίσκονται στην 33<sup>η</sup> γενεά της κυτταρικής διαίρεσης, γεγονός που εξηγεί εν μέρει και τα απογοητευτικά αποτελέσματα της θεραπείας.

Ο χρόνος διπλασιασμού για τον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από 23-209 ημέρες για αλλοιώσεις που ανιχνεύονται σχετικά νωρίς (ενώ σε προχωρημένα στάδια μπορεί να φθάσει τις 500 ημέρες). Πολλαπλασιάζοντας το χρόνο διπλασιασμού με τον αριθμό διαιρέσεων των καρκινικών κυττάρων που απαιτούνται για να αποκτήσει ο όγκος μέγεθος 1εκ. να γίνει δηλαδή ανιχνεύσιμος, διαπιστώνουμε ότι 1εκ. αρχόμενου καρκίνου του μαστού δυνατόν να υφίσταται 2-17 χρόνια πριν τη διάγνωση<sup>45</sup>.

Κατά την διάρκεια της εξέλιξης του ο καρκίνος διηθεί αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία και μπορεί να δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή αιματογενής σε μεμακρυσμένα όργανα, όπως το ήπαρ, τους πνεύμονες τα οστά και τον εγκέφαλο. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες αποτελούν τη συχνότερη εστία λεμφογενών μεταστάσεων ακόμα και επί κεντρικής εντόπισης του όγκου ή στο έσω ημιμόριο. Μόνο το 10-15% των όγκων των έσω τεταρτημόριων με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν μεταστάσεις στα γάγγλια της έσω μαστικής<sup>83</sup>. Σπανιότατα λεμφογενής μεταστάσεις κατευθύνονται προς τα γάγγλια του Rotter, τα οποία εντοπίζονται μεταξύ μείζονος και ελάσσονος θωρακικού

μυός. Οι αιματογενής μεταστάσεις φέρονται προς τη μασχαλιαία φλέβα στο πνευμονικό πλέγμα και στη γενική κυκλοφορία ενώ δια των μεσοπλευρίων φλεβών στο σπονδυλικό πλέγμα, το οποίο στερείται βαλβίδων και δι' αυτού στη σπονδυλική στήλη, πτύελο, την κεφαλή των μηριαίων οστών και τη βάση του κρανίου. Ο όγκος επεκτείνεται τοπικά εφόσον δεν εντοπισθεί από τους συνδέσμους του Cooper και προκαλεί ρυτίδωση του υπερκείμενου δέρματος. Επίσης διηθεί τους υποκείμενους μυς και το σκελετό περιορίζεται η κινητικότητα του και εφόσον δεν αντιμετωπισθεί διηθεί το υπερκείμενο δέρμα, νεκρώνεται και αιμορραγεί. Σήμερα σπανιότατα ασθενείς φθάνουν σε τόσο προχωρημένα στάδια χωρίς να εφαρμοσθεί κάποιος τύπος θεραπείας.

Ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 40%) από τις ασθενείς που είχαν πρωτοπαθή, διηθητικό καρκίνο μαστού, θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους συστηματικές μεταστάσεις σε άλλα όργανα, ανεξάρτητα από τη θεραπεία την οποία έλαβαν<sup>84</sup>.

<b>ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΣΗΜΕΙΑ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</b>	
<b>Όργανο</b>	<b>Συχνότητα</b>
<b>Οστά</b>	<b>49 – 60%</b>
<b>Πνεύμονες</b>	<b>15 – 20%</b>
<b>Πλευρά</b>	<b>10 – 18%</b>
<b>Μαλακά μόρια</b>	<b>7 – 15%</b>
<b>Ήπαρ</b>	<b>5 – 15%</b>



Εξέγκωση καρκίνου μαστού. Η γυναίκα, εξήντα ετών, το έκρυβε για έξι χρόνια ακόμα και από το σύζυγο της<sup>84</sup>.

## 8.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πορεία ασθενών με καρκίνο του μαστού προσδιορίζεται από συγκεκριμένους προγνωστικούς παράγοντες (prognostic factors) που αφορούν τη νόσο και την ασθενή κα-

τα τη διάγνωση της, ενώ επιπλέον υπάρχουν και προβλεπτικοί παράγοντες (predictive factors) που είναι ενδεικτικοί του βαθμού ανταπόκρισης της ασθενούς σε συγκεκριμένους θεραπευτικούς χειρισμούς ή της πιθανότητας υποτροπής, όπως η παρουσία εκτεταμένου (>25%), μη διηθητικού στοιχείου στον όγκο ή η ανεύρεση μικροδιηθήσεων σε ασθενείς με μη διηθητικό καρκίνο<sup>44</sup>.

Το μέγεθος, ο ιστολογικός τύπος και ο βαθμός κακοήθειας του όγκου δίνουν πρώτες πληροφορίες, ενώ η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι ο ισχυρότερος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την πορεία της νόσου.

Όταν ο όγκος περιορίζεται στο μαστό (στάδιο I) ανεξάρτητα από τον τύπο της θεραπείας ο οποίος εφαρμόζεται, η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στο 96-100% και η δεκαετής γύρω στο 90%. Επί παρουσίας μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες (στάδιο II) η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στο 70 % και στο 40 % στα δέκα χρόνια. Σε ασθενείς με στάδιο III, η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται στο 20% και η δεκαετής στο 10%.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι, σε μερικές περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που αφορούν ειδικές ομάδες ασθενών, όπως ο καρκίνος του μαστού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας (>75 ετών), έχει λεχθεί στο παρελθόν ότι η πρόγνωση είναι αντίστοιχα πολύ χειρότερη ή καλύτερη από τις άλλες ασθενείς. Εντούτοις, σε μελέτες αξιολογήθηκε η πορεία των ασθενών και έγινε σύγκριση ανά στάδιο της νόσου, αποδείχθηκε ότι η επιβίωση των γυναικών αυτών των ομάδων, δεν διαφέρει από αυτή των υπολοίπων ασθενών με διάγνωση καρκίνου στο ίδιο στάδιο και με τα επιμέρους χαρακτηριστικά (Grade, υποδοχείς κ.λ.π). Το ίδιο ισχύει και στις περιπτώσεις που ανευρίσκεται καρκίνος μαστού σε άνδρες ασθενείς<sup>85</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 9.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις του Καρκίνου του μαστού στη γυναίκα

Ο τρόπος που αντιδρά μια γυναίκα όταν συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού έχει γίνει αντικείμενο μελέτης. Η Elizabeth Kubler Ross δίνει μια ερμηνεία για τις ψυχικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών. Οι αντιδράσεις αυτές περιγράφονται σε πέντε στάδια, από την στιγμή που συνειδητοποιούν την ασθένεια τους μέχρι και τη στιγμή του θανάτου τους. 1. Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της α-απομόνωσης. Σε περίπτωση που αρνείται την ασθένεια του, δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον ένα γιατρό στον άλλο, αποφεύγοντας να δεχτεί την διάγνωση της αρρώστιας, της ενδεχόμενης αναπηρίας ή της επιδείνωσης της υγείας του. 2. Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού, που μπορεί να περιγράψει καλύτερα με τη φράση των ασθενών "Γιατί εγώ;". Ο θυμός στρέφεται προς τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, προς τους υγιείς γενικά, προς το προσωπικό υγείας ή ακόμα και προς το θεό. Με αυτό τον τρόπο δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις. 3. Το τρίτο στάδιο είναι της διαπραγμάτευσης. Η διαπραγμάτευση ή το "παζάρεμα" παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειας ή και τον θάνατο. 4. Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης. Ο ασθενής αρχίζει πλέον να δέχεται ότι θα πεθάνει και θρηνεί. 5. Το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το υποκείμενο τέλος του. Διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία, ενώ παύει να αγωνίζεται για να σωθεί. και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την επιδίωξη συνθηκών που του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες στιγμές της ζωής του<sup>90</sup>.

Τονίζεται ότι πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τις φάσεις κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ΕΛΠΙΔΑ! Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης κι όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά<sup>43</sup>.

## 9.2 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της μαστεκτομής

Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό στη γυναίκα. Η σκέψη και μόνο του ακρωτηριασμού του μαστού προκαλεί στη γυναίκα ψυχικό τραύμα, διότι από την νεανική τους ηλικία η ζωή τους είναι συνηφασμένη με την ύπαρξη του οργάνου αυτού. Οι επιπτώσεις της μαστεκτομής στη ζωή της γυναίκας καθίστανται τόσο έντονες, ώστε να απαιτούνται αποθέματα ψυχικών δυνάμεων για να υπερνικήσει τις, προσωπικές, οικογενειακές δυσκολίες που δημιουργούνται απ' αυτή.

Διεθνείς αντικαρκινικές Εταιρίες απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή προτείνουν να χειριστεί ως εξής το θέμα:

«Με την επιστροφή στο σπίτι ίσως θελήσετε να μιλήσετε για την εμπειρία σας στους ανθρώπους που επικοινωνείτε ή ίσως θελήσετε να το γνωρίζουν όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα. Καλά θα ήταν να μιλήσετε με τον σύζυγο σας ή κάποιο άτομο που συνδέεστε πολύ στενά. Με το να μοιράζεστε τις ανησυχίες και φόβους σας, θα υποστηρίζετε και καθησυχάζετε ο ένας τον άλλο. Όσο το συντομότερο ανακοινώσετε τα αισθήματά σας, τόσο γρηγορότερα θα ξαναρχίσετε κανονικές σχέσεις. Πάρτε εσείς την πρωτοβουλία και ανοίχτε συζήτηση γύρω από το θέμα της επέμβασης και των ψυχολογικών συνεπειών της. Οι άλλοι φοβούνται να κάνουν την πρώτη κίνηση μήπως και πουν ή πράξουν κάτι λάθος. Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία και οι δυο μένετε σιωπηλοί, πολύτιμος χρόνος στη διαδικασία για την ανάρρωση χάνεται.

Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε αν ο σύζυγός σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα σας έλεγαν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μια σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά εάν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε θα έχει σπάσει μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή έτσι κι αλλιώς. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δύο συζύγους να χρησιμοποιήσει την μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή από καιρό».

## 9.3 Συνέπειες της μαστεκτομής στα παιδιά της ασθενούς

**Τα παιδιά** συχνά νοιώθουν ανασφάλεια όταν βρίσκουν μια διαφορετική, για παράδειγμα, μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, αλλά αισθάνονται ενοχή φανταζόμενα ότι αυτά προκάλεσαν την αρρώστια της μητέρας τους. Και οι δυο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για την νοσηλεία και την αρρώστια της μητέρας τους.

«Η μητέρα σου μας ζήτησε να βοηθήσουμε να σου εξηγήσουμε τι της συνέβη. Μπορεί να αναρωτιέσαι πως αυτή αισθάνεται; τι πρέπει να κάνω γι' αυτή; Πώς αυτό με επηρεάζει; Αυτό το γράμμα ίσως απαντήσει σε μερικά ερωτήματα σου.

Η μητέρα σου υποβλήθηκε σε μαστεκτομή. Η ανάρρωση από την εγχείρηση θα πάρει λίγο χρόνο. Κάθε χρόνο, χιλιάδες γυναίκες όλων των ηλικιών υποβάλλονται σε εγχείρηση στο στήθος και μετά επιστρέφουν ικανοποιητικά στη ζωή τους και τις ασχολίες τους, στο σπίτι ή στον εξωτερικό κόσμο. Η μητέρα σου για να επιτύχει την ομαλή προσαρμογή στην κανονική δραστηριότητα της θα χρειαστεί την αγάπη σου και την υποστήριξη σου.

Η στάση σου είναι σημαντική. Κράτησε απέναντι της τη στάση που πάντα είχες . Ωστόσο θα βοηθήσει αν δείξεις κατανόηση, συμπάθεια, υπομονή. Κάνε ότι θα έκανες για να βοηθήσεις κάποιο πρόσωπο που συνέρχεται από μια εγχείρηση : μετέφερε βαριά πράγματα, βοήθησε στις δουλειές του σπιτιού, ενθάρρυνε την να κάνει ορισμένες ασκήσεις που τη συμβούλεψε ο γιατρός. Ίσως η μητέρα σου διαλέξει να μοιραστεί τις εμπειρίες της με τους άλλους, ίσως όχι. Το τι θα κάνει είναι μια προσωπική απόφαση και πρέπει να γίνει σεβαστή.

Η μητέρα σου μπορεί να αισθάνεται κουρασμένη τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Μπορεί να περάσει περιόδους κατάθλιψης. Θύμισε της ότι αυτές είναι συνηθισμένες αντιδράσεις και οδός της κουράγιο. Η βοήθεια που μπορείς να προσφέρεις δεν θα δυναμώσει μόνο τη σχέση μεταξύ εσένα και της μητέρας σου αλλά θα έχεις την ικανοποίηση ότι συνέβαλες ουσιαστικά στην ανάρρωσή της.

Δεν έχουμε απαντήσεις για όλα τα θέματα γύρω από τον καρκίνο του μαστού. Δεν ξέρουμε για παράδειγμα γιατί μερικές γυναίκες παθαίνουν καρκίνο του μαστού και άλλες όχι. Γνωρίζουμε όμως, ότι η έγκαιρη ανακάλυψη και θεραπεία σώζει ζωές. Μια από τις καλύτερες μεθόδους έγκαιρης ανακάλυψης είναι η τακτική αυτοεξέταση των μαστών.

Πολλές γυναίκες κάθε χρόνο διδάσκονται την τεχνική αυτοεξέτασης των μαστών και συνεχίζουν να την εφαρμόζουν κάθε μήνα γιατί αναγνωρίζουν πόσο είναι σημαντικό να είναι κανείς υπεύθυνος για την υγεία του. Την τεχνική μπορεί να σου δείξει ο γιατρός σου . Θυμήσου πως κάθε ογκίδιο στο μαστό δεν είναι καρκίνος»<sup>91</sup>.

## **9.4 ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ**

### **Ο ΡΟΖ ΜΗΝΑΣ**

Ο Οκτώβρης είναι ροζ στο Μέτρο και στα άλλα Μέσα, Μαζικής, Μεταφοράς, σε αφίσες στους, στην τηλεόραση και σε σελίδες στο Διαδίκτυο. Το μήνα αυτό, το ροζ χρώμα κυριάρχησε στην Ελλάδα, αλλά και σε πολλές άλλες χώρες του κόσμου. Πρόκειται για τη νέα παγκόσμια εκστρατεία ευαισθητοποίησης για τον καρκίνο του στήθους, μια επετειακή εκδήλωση που ξεκίνησε μόλις την περασμένη χρονιά (2006). Καθόλη τη διάρκεια του Οκτωβρίου λοιπόν, τα ροζ κορδελάκια της αντικαρκινικής εκστρατείας θέλουν να μας θυμίσουν τα συγκλονιστικά στοιχεία.



Είναι όμως αυτό από μόνο του αρκετό; «Σίγουρα όχι» απαντά ο Μάθιου Όλιφαντ, ένας blogger που τον Αύγουστο του 2006 συνέλαβε την ιδέα της καμπάνιας. «Το ζήτημα δεν είναι να φοράς ένα ροζ κορδελάκι και να νομίζεις ότι όλα είναι εντάξει. Αυτό άλλωστε γίνεται κάθε χρόνο και την 1η Δεκεμβρίου, την παγκόσμια ημέρα κατά του AIDS, και το βρίσκω υποκριτικό, γιατί, ενώ κάθε χρόνο ολοένα και περισσότεροι φορούν κόκκινα κορδελάκια, τα θύματα του AIDS αυξάνονται συνεχώς. Αυτό που ήθελα να πετύχω είναι όταν μια γυναίκα κοιτάζει το ροζ χρώμα να αναρωτιέται αν στην πραγματικότητα παίρνει στα σοβαρά το θέμα του καρκίνου του στήθους και τότε ήταν η τελευταία φορά που έκανε τις απαραίτητες εξετάσεις. Σε διαφορετική περίπτωση, η εκστρατεία θα είχε αποτύχει».

Η εξάπλωση του καρκίνου του στήθους έχει στρέψει το ενδιαφέρον των επιστημόνων στην ανακάλυψη νέων και καλύτερων μεθόδων για την ίαση του, με αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να έχουν προκύψει νέες και αρκετά αποτελεσματικές θεραπείες. Όπως όμως τονίζουν όλοι ανεξαιρέτως, ο καλύτερος τρόπος για να προφυλαχθεί μια γυναίκα είναι η επαγρύπνηση είναι οι εντατικές εξετάσεις. Πόσο ευαισθητοποιημένες είναι οι Ελληνίδες; «Δυστυχώς, μπορούμε να πούμε ότι οι γυναίκες στην Ελλάδα είναι απροστάτευτες απέναντι στον καρκίνο του στήθους. Ο αυτοέλεγχος από νεαρή ηλικία, αλλά και η μαστογραφία σε ετήσια βάση για τις γυναίκες άνω των 35 ετών είναι οι καλύτεροι τρόποι προφύλαξης. Οι έρευνες που έχουμε κάνει όμως δείχνουν ότι οι Ελληνίδες σε ποσοστό 76% έχουν άγνοια για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να προφυλαχθούν» έχει δηλώσει ο διευθυντής της Χειρουργικής Κλινικής – Χειρουργικής Μαστού στο Θεαγένη Νοσοκομείο, Άρης Μπουσουλέγκας. Αλήθεια, εσείς ποτέ ήταν η τελευταία φορά που εξετάσατε το στήθος σας<sup>60</sup>.



Η εκστρατεία «Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους» (F.T.B.C) ξεκίνησε στην Αμερική το 1994, όταν ο βασικός εμπνευστής Ralph Lauren δημιούργησε το «στόχο» επηρεασμένος από το θάνατο της στενής του φίλης και αρχισυντάκτριας μόδας της «Washington Post», Nina Hyde, με την πίστη ότι η μόδα μπορεί να σώσει ζωές. Αντικειμενικός σκοπός του F.T.B.C, είναι η ενημέρωση και η συγκέντρωση χρημάτων για περαιτέρω έρευνα, επιμόρφωση, πρόληψη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα έσοδα της εκστρατείας από πωλήσεις ρούχων και αξεσουάρ, ξεπερνούν τα 40 εκατομμύρια δολάρια.

Υπολογίζεται ότι μέχρι τώρα έχουν πωληθεί περισσότερα από 7 εκατομμύρια T-Shirts. Στην Ελλάδα η δράση του F.T.B.C. ξεκινά το 2001 και μέχρι στιγμής έχει

συγκεντρώσει περισσότερα από €780.000. Τα έσοδα χρηματοδοτούν εξ' ολοκλήρου το « Σπίτι του στόχου», ένα καινοτόμο Κέντρο Πρόληψης που βρίσκεται στα Άνω Πατήσια και λειτουργεί καθημερινά παρέχοντας ΔΩΡΕΑΝ προληπτικές εξετάσεις. Το κέντρο λειτουργεί καθημερινά με την επιστημονική ευθύνη του Γεν. Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Αγ. Ανάργυροι». Συγκεκριμένα το 2006, έγιναν 2.986 μαστογραφίες, 207 υπέρηχοι και 131 εντοπιστικές λήψεις.

## 9.5 Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού

Υπάρχει επίσης και μια αξιόλογη προσπάθεια από το Σύλλογο γυναικών που έζησαν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ξεπέρασαν με επιτυχία τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ασθένεια. Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «άλμα ζωής», είναι σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, το οποίο στηρίζεται οικονομικά στις συνδρομές των μελών του και σε δωρεές.

Προσφέρει πολύ σημαντικό έργο στους τομείς της ψυχοκοινωνικής στήριξης των γυναικών με καρκίνο μαστού και στις οικογένειες τους, της οργανωμένης αλληλοβοήθειας, της εκπαίδευσης και εποπτείας εθελοντριών, καθώς και της ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη-έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Διαθέτει επιστημονικούς συνεργάτες, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και πενήντα εκπαιδευμένες εθελόντριες, έτοιμες να συνδράμουν σε κάθε περίπτωση, με όλη την καρδιά. Διαθέτει επίσης έκθεση των διαφορών ειδών που θα χρειασθούν οι γυναίκες μετά την επέμβαση στο μαστό τους, καθώς και βοήθεια στον τρόπο χρήσης τους π.χ ειδικά σουτιέν, μαγιό, τεχνητούς μαστούς, περούκες κ.λπ<sup>1</sup>.

Η διεύθυνση του Συλλόγου είναι: Αριστοτέλους 79- 81, 104 34, Αθήνα. Τηλέφωνο : 210-4180006, fax: 210- 4180016. E-mail: [breastca@otenet.gr](mailto:breastca@otenet.gr) [www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr)<sup>1</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

#### 10.1 Στοιχεία επανορθωτικής χειρουργικής

Το γυναικείο στήθος αποτελεί κυρίαρχο σύμβολο της θηλυκότητας και η απώλεια του επηρεάζει δραματικά όχι μόνο την εικόνα που έχει κάθε γυναίκα για το σώμα της στις σχέσεις της με τους άνδρες. Η απώλεια ενός μαστού προκαλεί έντονη δυσμορφία και ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή πρέπει να αντιμετωπίσουν όχι μόνο το άγχος της πρόγνωσης του καρκίνου αλλά και τη συνεχή υπενθύμιση της ασθένειας τους μέσα από τον «ακρωτηριασμό μέρους της θυληκότητάς τους». Κάποιες μπορεί να οδηγηθούν ακόμα στη συναισθηματική και κοινωνική τους απόγνωση.

Παλαιότερα, οι γυναίκες που έχαναν ένα μαστό έβαζαν ένα κουβάρι μαλλί ή φορούσαν ένα σουτιέν παραγεμισμένο βαμβάκι στην πλευρά της μαστεκτομής. Αργότερα, αλλά και σήμερα ακόμα, εκατομμύρια γυναικών με μαστεκτομή κυκλοφορούν χρησιμοποιώντας εξωτερικό τεχνητό μαστό από σιλικόνη ή άλλο μαλακό υλικό, που το φορούν μέσα σε ειδικό σουτιέν στην πλευρά της μαστεκτομής.

Οι μέθοδοι αυτές όμως δεν μπορούν να λύσουν το αισθηματικό πρόβλημα όταν μια γυναίκα βγάλει τα ρούχα της. Τότε η έλλειψη του μαστού δεν μπορεί πλέον να κρυφτεί<sup>1</sup>.

Η πρόοδος της πλαστικής χειρουργικής σήμερα κάνει δυνατή την ανακατασκευή ενός αληθινού νέου μαστού, στη ίδια θέση με το μαστό που αναιρέθηκε, κάνοντας πραγματικότητα το όνειρο εκατομμυρίων γυναικών και πολλών γονέων που, ακόμα κι αν γιατρευτήκαν από τον καρκίνο, έζησαν και έφυγαν μ'ένα παράπονο κι ένα κρυμμένο τραύμα.

Τα τελευταία 30 χρόνια, η αποκατάσταση μαστού εξελίχθηκε από μια επέμβαση που σπάνια γινόταν, σε μια καθημερινή επέμβαση που αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ανάληψης μετά τη μαστεκτομή<sup>87</sup>.

Παράγοντες που επηρέασαν την εξέλιξη :

- Û Αλλαγή του είδους της μαστεκτομής.
- Û Βελτίωση εκθεμάτων σιλικόνης.
- Û Εφεύρεση διατατήρων ιστών.
- Û Επιτυχία των αγγειούμενων μυοδερματικών κρημνών.
- Û Εξέλιξη της μικροχειρουργικής<sup>92</sup>.

**Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση της γυναίκας για αποκατάσταση:**

- § Να φοράω καλύτερα ρούχα 83%
- § Να μην χρησιμοποιώ εξωτερική πρόθεση 79%
- § Να ασχολούμαι λιγότερο με την κατάσταση 70%
- § Να αισθάνομαι πιο σίγουρη 72%
- § Να αισθάνομαι "όλη" ξανά 72%
- § Να νιώθω γυναίκα 69%
- § Να ασχολούμαι πιο λίγο με τον καρκίνο 59%
- § Να βελτιώσω τη σεξουαλική σχέση 39%
- § Να βελτιώσω το γάμο μου 16%<sup>93</sup>

« Η αποκατάσταση μαστού ίσως είναι μια από τις σημαντικές επεμβάσεις που αφορούν τη γυναίκα στην εποχή μας και ίσως μπορεί να καταστρέψει την οδύνη που συνδέεται με την απώλεια του μαστού »

(Schain et al)<sup>94</sup>

## 10.2 Μέθοδοι, αντενδείξεις, επιλογή χρόνου αποκατάστασης

Η αποκατάσταση μαστού μετά από ολική αφαίρεση του (μαστεκτομή) γίνεται κυρίως με δυο τρόπους: είτε με τη χρήση **διατατήρα ιστών** (tissue expander) είτε με τη χρησιμοποίηση **μυοδερματικών κρημνών**. Η αποκατάσταση του συμπλέγματος θηλής-

άλω και στις δυο μεθόδους, μπορεί να γίνει με πολλές τεχνικές, στον ίδιο χειρουργικό χρόνο ή συνήθως αργότερα.

Η επιλογή της μιας από τις δυο μεθόδους αποκατάστασης του μαστού, εξαρτάται από σωματομετρικούς παράγοντες της κάθε ασθενούς και θα πρέπει να γίνεται γνωστό στη ασθενή ότι αρκετές φορές θα χρειασθεί να υποβληθούν σε μικρές συμπληρωματικές, διορθωτικές επεμβάσεις για διόρθωση και βελτίωση του αποτελέσματος<sup>87</sup>.

**Αντενδείξεις** για την αποκατάσταση με μυοδερματικούς κρημνούς αποτελεί η μεγάλη ηλικία της γυναίκας με τυχόν προβλήματα στη μικροκυκλοφορία, η διαβητική αγγειοπάθεια και το κάπνισμα, που έχουν σχέση με την καλή αιμάτωση και βιωσιμότητα του κρημνού. Επιπλοκές είναι η δημιουργία αιματώματος, φλεγμονής, δύσμορφων ουλών και η πλέον σοβαρή αυτή της νέκρωσης του κρημνού.

Αρκετή συζήτηση εξακολουθεί να υπάρχει σχετικά με τη σωστή "χρονική στιγμή" της αποκατάστασης, η οποία μπορεί να είναι σύγχρονη με την μαστεκτομή ή μετάχρονη (όψιμη), συνήθως μετά την πάροδο 6 μηνών έως 2 ετών από την εγχείρηση της μαστεκτομής. Υπάρχουν "υπέρ" και "κατά" και για τις δύο περιπτώσεις<sup>95</sup>.

Η **σύγχρονη αποκατάσταση** έχει το πλεονέκτημα ότι η ασθενής δεν βιώνει πλήρως την απώλεια του μαστού της, αλλά συνήθως, λόγω και κακών τοπικών συνθηκών του πρόσφατου τραύματος που καθιστούν δύσκολη την εγχείρηση αποκατάστασης, η ικανοποίηση της από το κοσμητικό αποτέλεσμα δεν είναι άριστη. Επίσης, σοβαρό πρόβλημα αποτελεί η αύξηση της πιθανότητας τυχόν επιπλοκών, όπως αιμάτωμα, επιμόλυνση κλπ, που μπορούν να καθυστερήσουν την σημαντική για την θεραπεία της νόσου, έναρξη της συστηματικής θεραπείας. Επιπρόσθετα, απαιτείται ιδιαίτερη τεχνική προσπάθεια στη χορήγηση ακτινοθεραπείας, η οποία μπορεί να αποδειχθεί απαραίτητη λόγω των ιστολογικών ευρημάτων που θα υπάρχουν μετά την εγχείρηση<sup>96</sup>.

Στη **μετάχρονη**, όψιμη αποκατάσταση, οι τοπικές συνθήκες του τραύματος είναι καλύτερες και ο βαθμός ικανοποίησης της ασθενούς από το αποτέλεσμα είναι συνήθως μεγαλύτερος. Επίσης, ειδικά όταν η όψιμη αποκατάσταση γίνεται μετά την 2ετία, έχει περάσει το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό των τοπικών υποτροπών, ενώ δεν θα πρέπει να γίνεται νωρίτερα από 6 μήνες μετά το πέρας χορήγησης χημειοθεραπείας και τυχόν ακτινοθεραπείας.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην εποχή μας, η έγκαιρη διάγνωση μικρού μεγέθους καρκίνων και η ευρεία αποδοχή των συντηρητικών επεμβάσεων διατήρησης του μαστού, ελαττώνει τον αριθμό των ασθενών που αντιμετωπίζονται με μαστεκτομή και ακολούθως απαιτούν επέμβαση αποκατάστασης του μαστού.

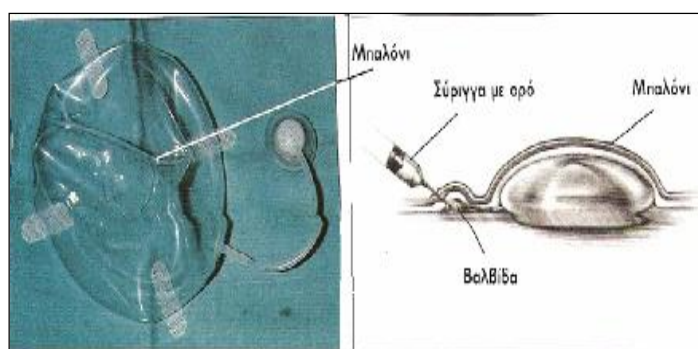
Κατωτέρω περιγράφονται σχηματικά οι μέθοδοι της αποκατάστασης του μαστού και του συμπλέγματος θηλής-άλω<sup>97</sup>.

### 10.3 Διατατήρας ιστών (tissue expander)

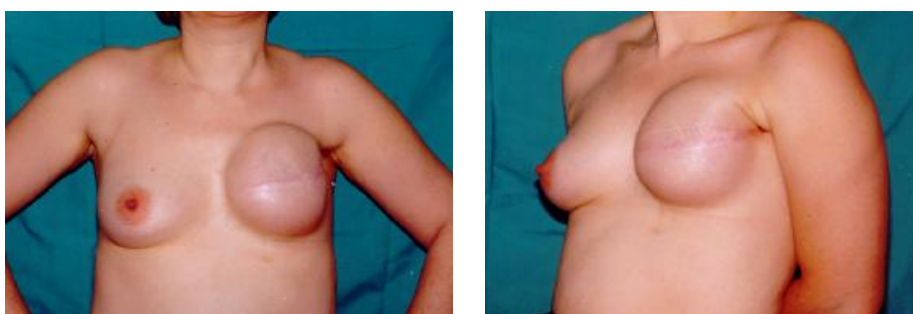
Στη περίπτωση του **διατατήρα ιστών**, διατείνεται το δέρμα της περιοχής από ένα "μπαλόνι" (διάταση πρόθεση) που τοποθετείται κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ. Η διάταση έως το τελικό αλλά και εφικτό μέγεθος (Εικ.1,2,3) επιτυγχάνεται με τη σταδιακή ένεση ορού μέσα στη διάταση πρόθεση μέσω μιας βαλβίδας που τοποθετείται υποδορίως.

Σε δεύτερο χρόνο γίνεται η αφαίρεση του διατατήρα με τη βαλβίδα του και η τοποθέτηση αντιστοίχου μεγέθους προθέματος σιλικόνης. Μπορεί όμως να τοποθετηθεί και ειδική πρόθεση (διάταση πρόθεση Becker) που αποτελείται από ένα σταθερού μεγέθους τμήμα με σιλικόνη και ένα διατεινόμενο που πληρούται με ορό, από την οποία, όταν φτάσει το επιθυμητό μέγεθος, αναιρείται μονό η βαλβίδα και δεν χρειάζεται δεύτερη επέμβαση για να αντικατασταθεί. Επιπρόσθετα, συνήθως χρειάζεται και αισθητική επέμβαση στον άλλο μαστό (σμίκρυνση, ανόρθωση) για την επίτευξη συμμετρίας ως προς το μέγεθος.

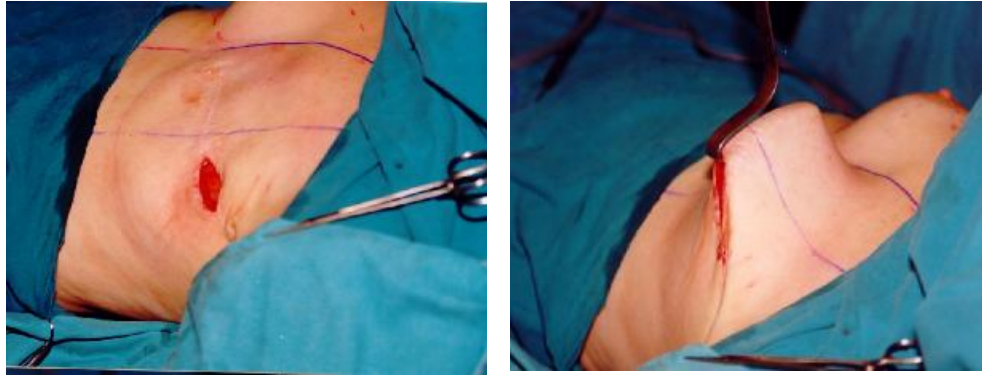
Σημαντικότερη **επιπλοκή** της μεθόδου είναι η ανάπτυξη ρικνωτικής κάψας με αποτέλεσμα ασυμμετρία, πόνο ή και απόρριψη της πρόθεσης<sup>98</sup>.



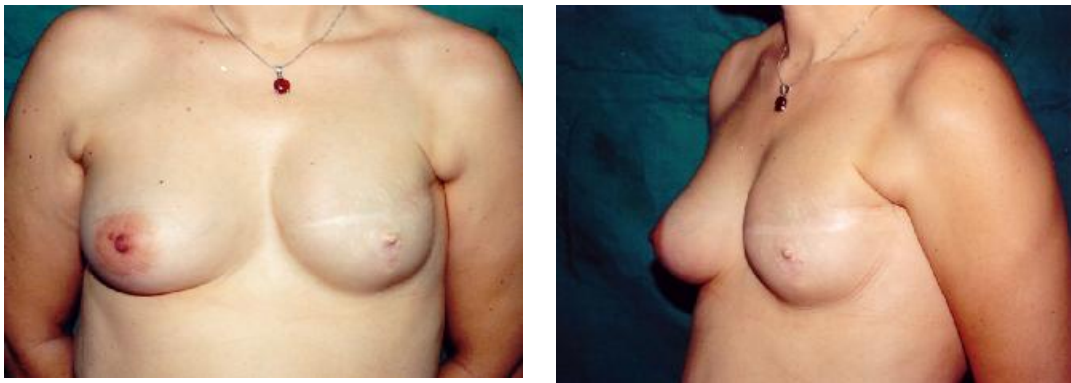
Εικ.48: Διατατήρας ιστών (tissue expander)<sup>57</sup>.



Εικ.49,50: Υπερδιάταση Διατατήρα<sup>58</sup>.



Εικ.51,52: Διάταση του δέρματος<sup>98</sup>.



Εικ.53,54: Τελικό αποτέλεσμα<sup>99</sup>.

Σε **δεύτερη** περίπτωση, το έλλειμμα της μαστεκτομής αποκαθίσταται με τη μεταφορά κρημνού δέρματος - υποδόριου λίπους- μύος με την αγγείωση του και συνήθως χρησιμοποιείται :

- Ο κρημνός του πλατέως ραχιαίου μύος.
- Ο έμμισχος ή ελεύθερος κρημνός του ορθού κοιλιακού μύος (TRAM).
- Ο δερμοϋποδόριος κρημνός των εν τω βάθει κάτω επιγαστρικών αγγείων (DIEP).
- Ο ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του μείζονος γλουτιαίου μύος<sup>100</sup>.

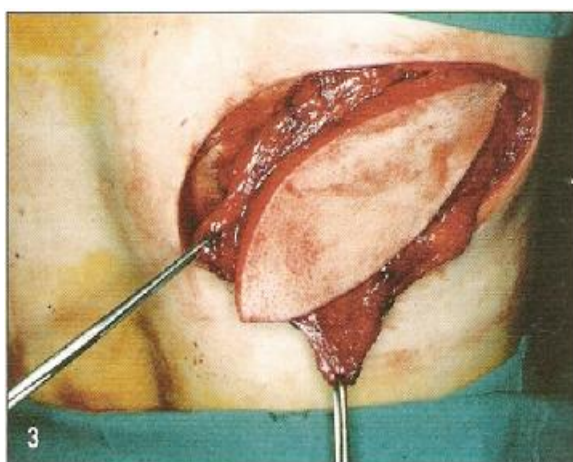
#### **10.4 Μυοδερματικός κρημνός πλατέως ραχιαίου μύος (latissimus dorsi flap)**

Αποτελεί τη μέθοδο εκλογής σε αδύνατα άτομα, όταν το δέρμα και τα μαλακά μόρια έχουν αλλοιώσεις από ουλές ή ακτινοβολία (αντενδείξεις για χρήση διατατής πρόθεσης) ή σε αυτά που έχουν αντένδειξη για μυοδερματικό κρημνό ορθού κοιλιακού μύος προηγηθείσων κοιλιακών επεμβάσεων. Ακολουθεί η εγχειρητική τεχνική.

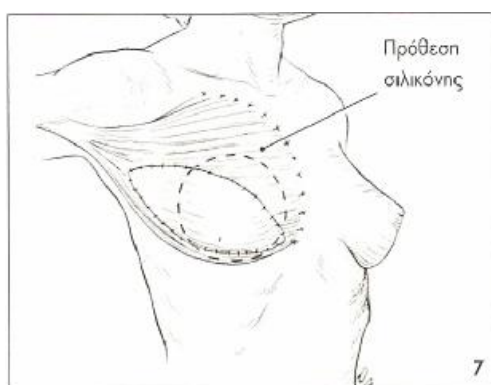
Η πορεία του πλατέως ραχιαίου προσδιορίζεται και σημειώνεται προεγχειρητικά (1) και ακολούθως, παρασκευάζεται η νησίδα δέρματος, η οποία συνήθως τοποθετείται λοξά προς τα έξω (2).



Ο μυς κινητοποιείται και αποκολλιέται από τη κατάφυση του (3), διατηρώντας την αιμάτωση του από το θωρακοραχιαίο δεμάτιο που έχει προφυλαχθεί κατά την εκτέλεση της μαστεκτομής. Ο κρημνός του πλατέως ραχιαίου μυός, διατηρώντας την αγγείωση του μεταφέρεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα (4), με αρκετό δέρμα ώστε να καλυφθεί το έλλειμμα της μαστεκτομής (5). Συρραφή της ραχιαίας τομής (6). Τις περισσότερες φορές όταν χρησιμοποιείται ο μυοδερματικός κρημνός του πλατέως ραχιαίου μυός, θα χρειαστεί η τοποθέτηση και ανάλογης πρόθεσης σιλικόνης (7) για να επιτευχθεί το επιθυμητό, συμμετρικό με τον άλλο μαστό, μέγεθος<sup>101</sup>.



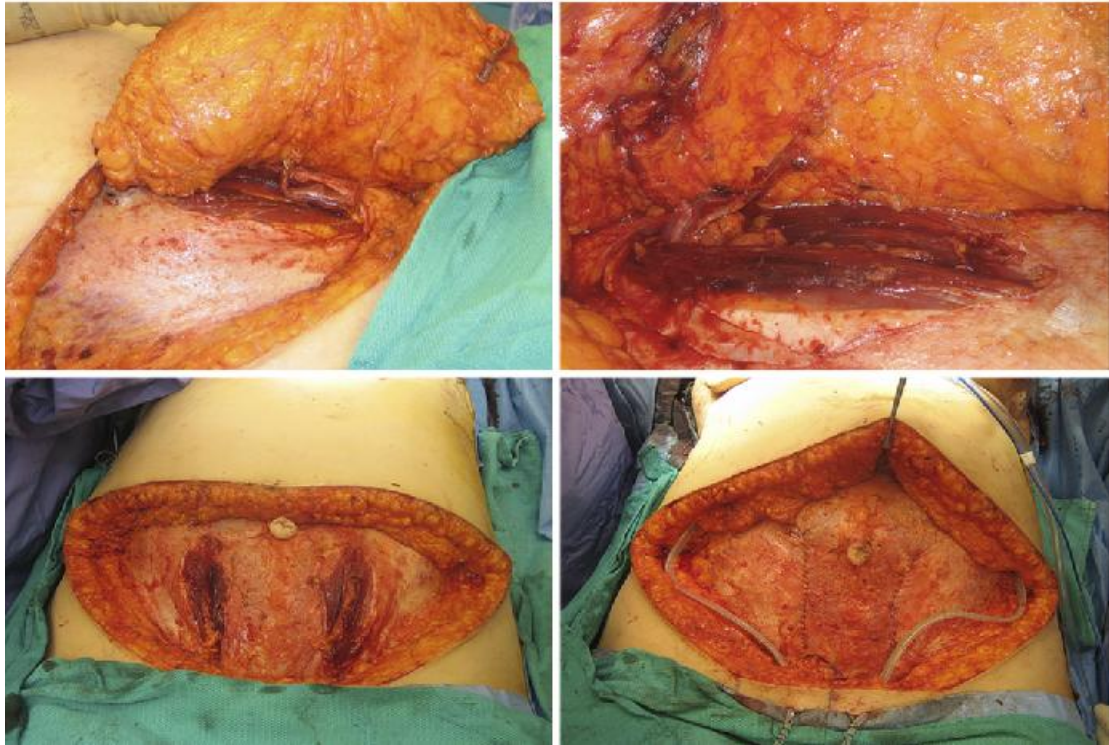




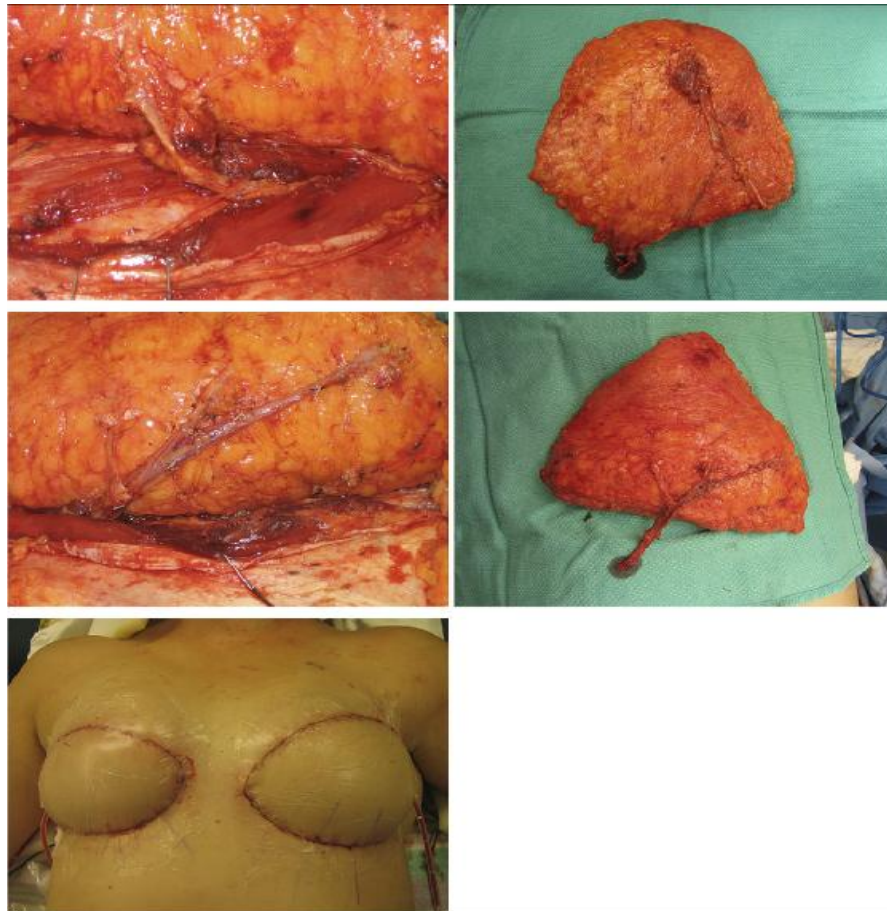
Οι επιπλοκές που δημιουργούνται από αυτή τη μέθοδο είναι νέκρωση, αιμάτωμα, φλεγμονή, μετατόπιση ενθέματος, σχηματισμός κάψας, συλλογή λέμφου, δυσλειτουργία ώμου και εισολκή στην πλάτη<sup>100</sup>.

### 10.5 Μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού μυός

Ο κρημνός TRAM είναι ο πλέον δημοφιλής κρημνός για την αποκατάσταση του μαστού. Χρησιμοποιείται ως έμμισχος είτε και ως ελεύθερος. Η παρασκευή του περιλαμβάνει ένα ελλειπτικό κομμάτι δερμολιπώδους ιστού από το κατώτερο τμήμα της κοιλίας (Εικ.55,56,57), το οποίο μεταφέρεται στην περιοχή της μαστεκτομής. Το μειονέκτημα του έμμισχου TRAM συνοδεύεται από αυξημένη πιθανότητα μετεγχειρητικής κήλης και μπορεί να υποστεί μερική ή ολική νέκρωση σε ποσοστό 5-10%. Απαιτεί μεγαλύτερο χειρουργικό χρόνο και συνδυασμό δυο χειρουργικών ομάδων. Έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να υποστεί διαμόρφωση κατά την διάρκεια της επέμβασης, περιορίζοντας έτσι την ανάγκη για περαιτέρω επεμβάσεις.



Εικ.55: Εγκάρσιος κρημνός κοιλίας<sup>101</sup>.



Εικ. 56: Κάλυψη του ελλείμματος και συρραφή<sup>101</sup>.



Εικ.57: Πριν και μετά την επέμβαση<sup>101</sup>.

Οι επιπλοκές της μεθόδου αυτής είναι επιβολής ή εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα, νέκρωση κρημνού, φλεγμονή, αδυναμία κοιλιακού τοιχώματος, μετεγχειρητική κήλη, συλλογή λέμφου.

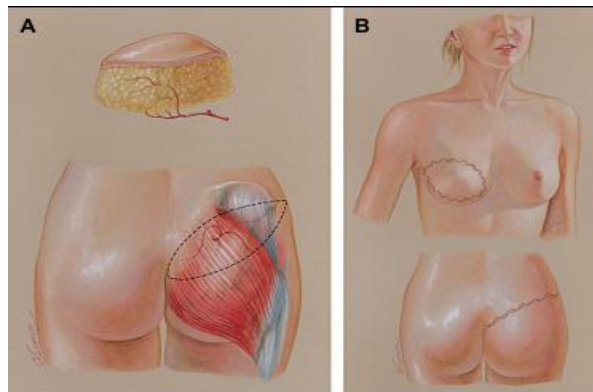
#### **10. 6 Κρημνός των κάτω επιγαστρικών αγγείων (DIEP)**

Η αυξημένη επίπτωση μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης από τη χρήση του κρημνού TRAM οδήγησε στην εξέλιξη του δερμοϋποδόριου κρημνού των εν βάθει κάτω επιγαστρικών αγγείων. Ο κρημνός DIEP είναι παρόμοιος με τον κρημνό TRAM, αλλά η παρασκευή του δεν επηρεάζει το κοιλιακό τοίχωμα. Ένα από τα κυριότερα πλεονεκτήματα αυτού του κρημνού είναι η σημαντική μείωση εμφάνισης μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

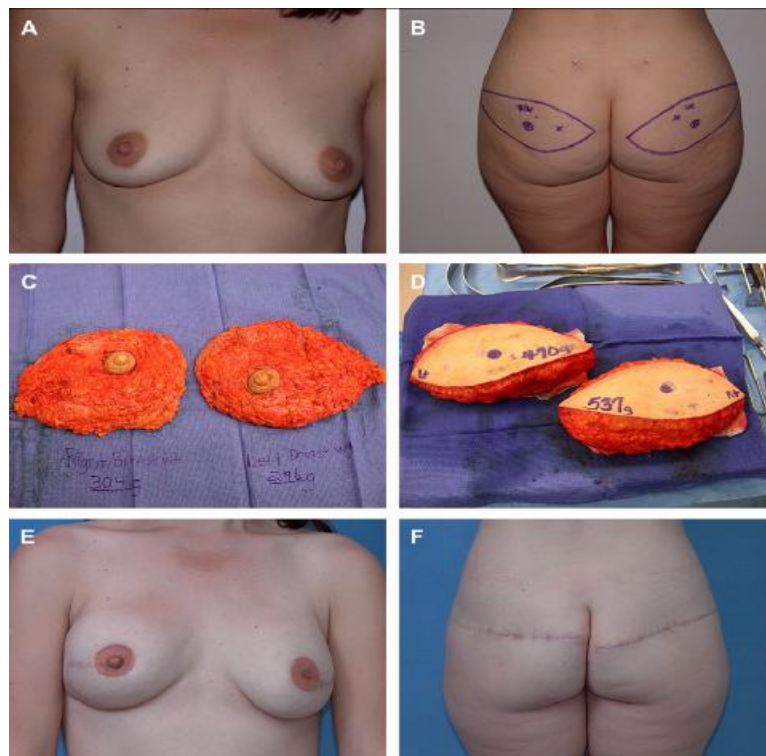
Μειονέκτημα θεωρείται από ορισμένους η αυξημένη χρονική διάρκεια και η μεγαλύτερη δυσκολία<sup>102</sup>.

## 10. 7 Ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του μείζονος γλουτιαίου μυός

Ο ελεύθερος μυοδερματικός κρημνός του μείζονος γλουτιαίου μυός αποτελεί την τελευταία επιλογή και χρησιμοποιείται όταν είναι αδύνατη η εφαρμογή κάποιας από τις τεχνικές που ήδη αναφέρθηκαν ή που η εφαρμογή τους απέτυχε. Πρόκειται για επέμβαση κατά την οποία λαμβάνεται τμήμα μυός και δέρματος από το γλουτό, το οποίο μεταφέρεται στην περιοχή του αφαιρέντος μαστού όπως φαίνεται στις εικόνες A και B <sup>103</sup>.



A. Η δερματική νησίδα που προέρχεται από την περιοχή του γλουτού με την βασική γλουτιαία αρτηρία. B. Ο κρημνός εγκατεστημένος στην δότρια περιοχή<sup>103</sup>.



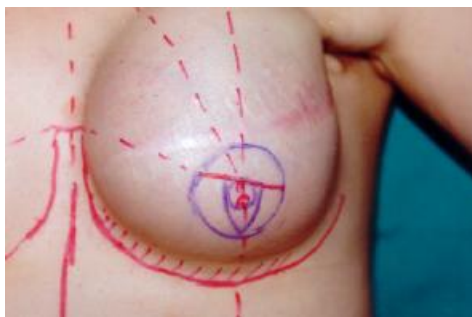
Ειν.58: Συνοπτική περιγραφή της εγχειρητικής τεχνικής<sup>104</sup>.

## 10.8 Αποκατάσταση συμπλέγματος Θηλής – Άλω

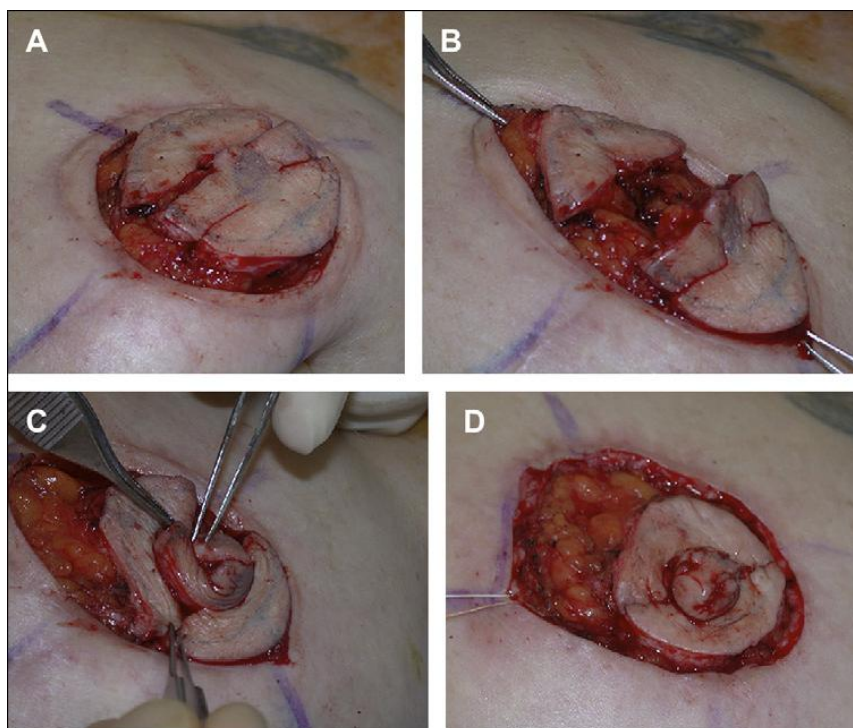
Η αποκατάσταση θηλής – άλω αποτελεί το τελικό στάδιο της επανορθωτικής χειρουργικής επέμβασης μετά από μαστεκτομή. Γίνεται με τοπική αναισθησία, γρήγορα εύκολα και χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αρχικά ζωγραφίζεται η θηλαία άλω με τατουάζ σε μια κυκλική περιοχή στο κέντρο του ανακατασκευασμένου μαστού. Εν συνεχεία κατασκευάζεται η θηλή, με ανασήκωμα της κεντρικής περιοχής της ζωγραφισμένης άλω. Χρησιμοποιούνται πολλές μέθοδοι όπως: ελεύθερο μόσχευμα από την έσω πλευρά του μηρού, τμήμα από την άλω του αντιθέτου μαστού κ.α

Το αποτέλεσμα είναι συνήθως άριστο οπτικά. Οφείλεται να τονιστεί ότι η νέα θηλή δεν έχει αισθητικότητα.

Ακολουθεί σχηματική απεικόνιση<sup>104</sup>:



Εικ.59: Σχηματισμός<sup>104</sup>.



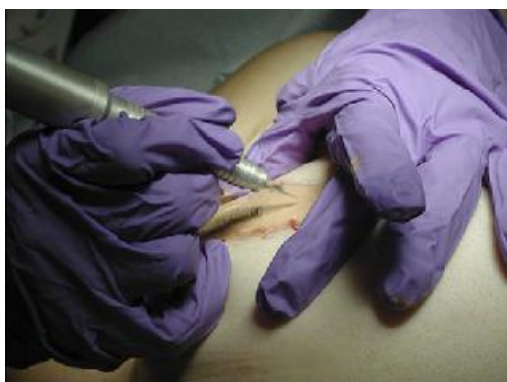
Εικ.60: Τεχνική αναδίπλωσης<sup>101</sup>.



Εικ.61: Συραφή<sup>100</sup>.



Εικ.62: Αποκατάσταση θηλής με ελεύθερο μόσχευμα<sup>105</sup>.



Εικ.63: Τατουάζ στην άλω<sup>106</sup>.

**ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΕΥΡΕΝΑ

### 11.1 Σκοπός της έρευνας

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα πλέον σοβαρά προβλήματα που αφορούν όχι μόνο την Ιατρική αλλά και ευρύτερα την κοινωνική πολιτική του κάθε λαού. Αφορά ολόκληρο το γυναικείο πληθυσμό του πλανήτη μας...Αποτελεί δε το συχνότερο κακοήθες νεόπλασμα των γυναικών (περίπου 7%) και τη δεύτερη αιτία θανάτου , από καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονος.

Τα στοιχεία αυτά από μόνα τους δεν είναι ικανά να δώσουν το μέγεθος της τραγικής αυτής κατάστασης άλλα ταυτόχρονα είναι απαραίτητη η πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση κα θεραπεία καθώς η απόκτηση σωστής ενημέρωσης και γνώσης.

Ο γενικός στόχος της εργασίας μας είναι η σκιαγράφηση της γενικής εικόνας των μαστεκτομημένων γυναικών, μέσα από την διερεύνηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους (ηλικία, οικογενειακή ή οικονομική κατάσταση) καθώς την αποκατάσταση και το είδος της μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε την τελευταία 5ετία στο Γ.Ν.Π.

### 11.2 Υλικό και μέθοδος

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την εργασία μας ήταν περιγραφική. Ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης ήταν 49 γυναίκες . Το δείγμα μας συλλέχθηκε από την Πλαστική Κλινική του Γ.Ν.Π. Αγ. Ανδρέας. Οι ανωτέρω γυναίκες έκαναν αποκατάσταση στήθους από το έτος 1998 μέχρι το 2007.

Ως εργαλείο χρησιμοποιήθηκε κλειστό ερωτηματολόγιο . Είναι το εργαλείο με το οποίο πρέπει να επιτύχουμε τον διπλό σκοπό της συνέντευξης. Δηλαδή να δημιουργήσουμε ένα φιλικό περιβάλλον με κίνητρο οι ερωτώμενες να μιλήσουν με ειλικρίνεια και δίχως φόβο, ώστε να μας διευκολύνει στη συλλογή των κατάλληλων πληροφοριών για την ερευνά.



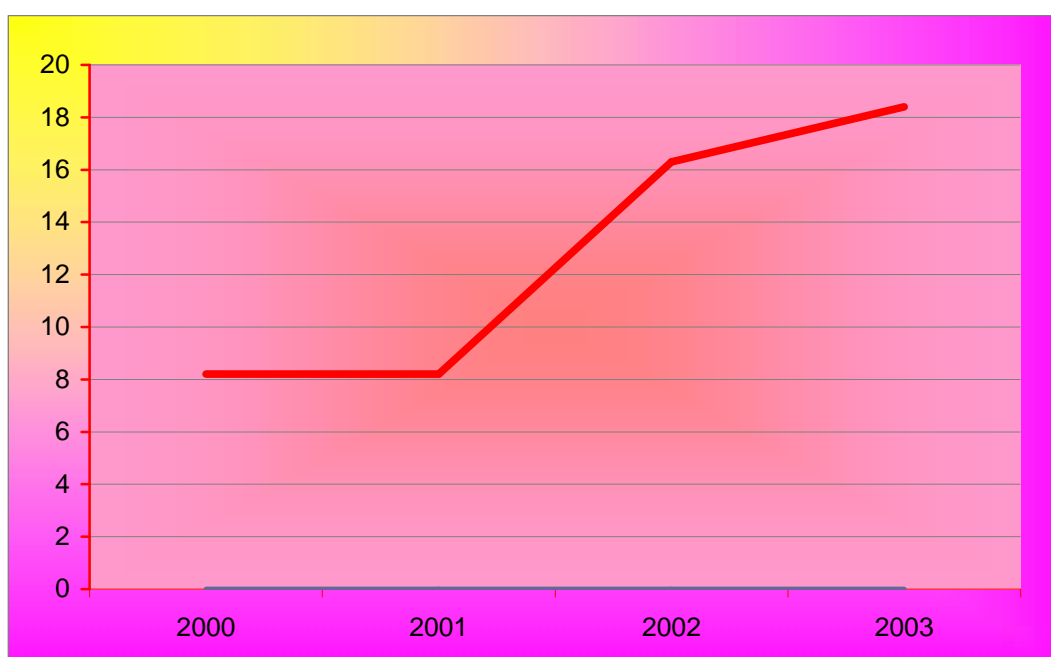
Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, με τον τρόπο αυτό διατηρούμε την ανωνυμότητα των γυναικών και είναι πιο ανοικτή στη συζήτηση και συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

### 11.3 Αποτελέσματα

#### ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Ημερομηνία διάγνωσης

<b>ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>%</b>
1998	2	4,1
2000	4	8,2
2001	4	8,2
2002	8	16,3
2003	9	18,4
2004	10	20,4
2005	5	10,2
2006	5	10,2
2007	2	4,1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

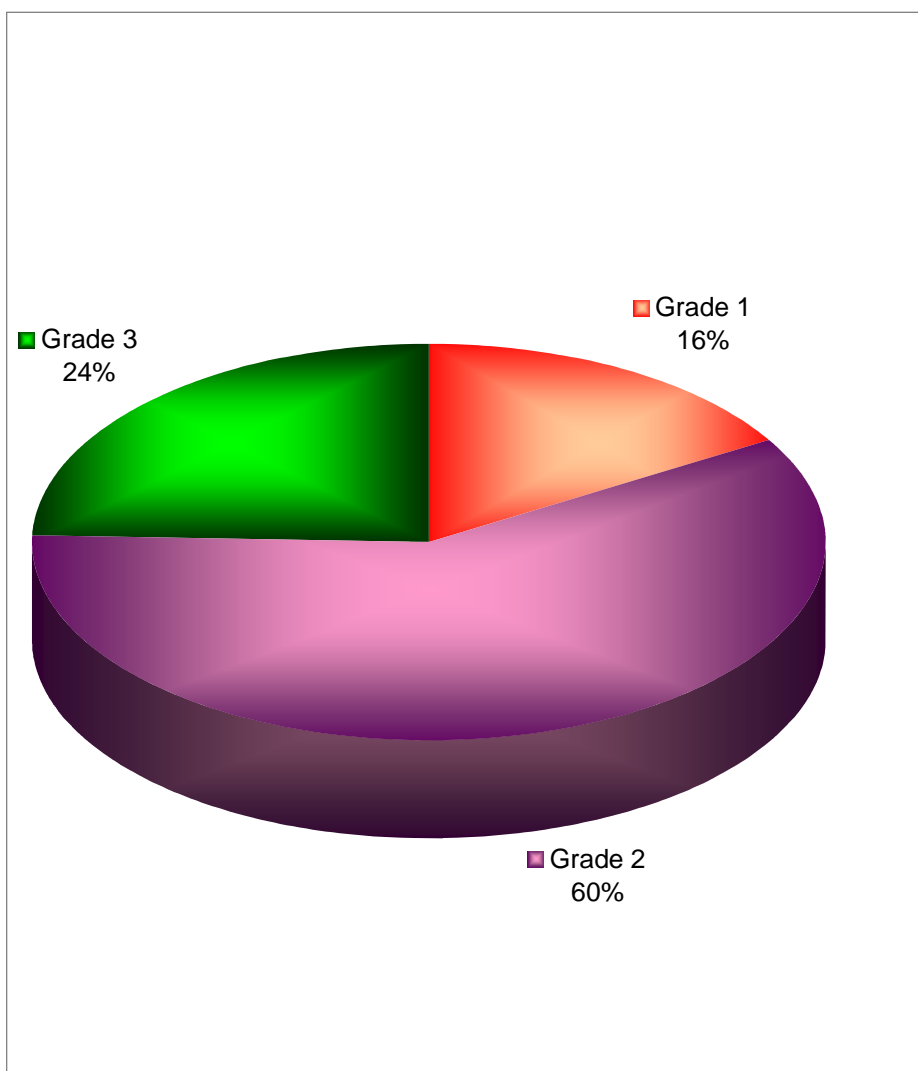
Παρατηρείται ότι το 2004 έγιναν οι περισσότερες διαγνώσεις (20,4%).



## ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ιστολογική ταξινόμηση

<b>ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ</b>	<b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b>	<b>%</b>
GRADE 1	8	16,3
GRADE 2	29	59,2
GRADE 3	12	24,5
ΣΥΝΟΛΟ	49	100

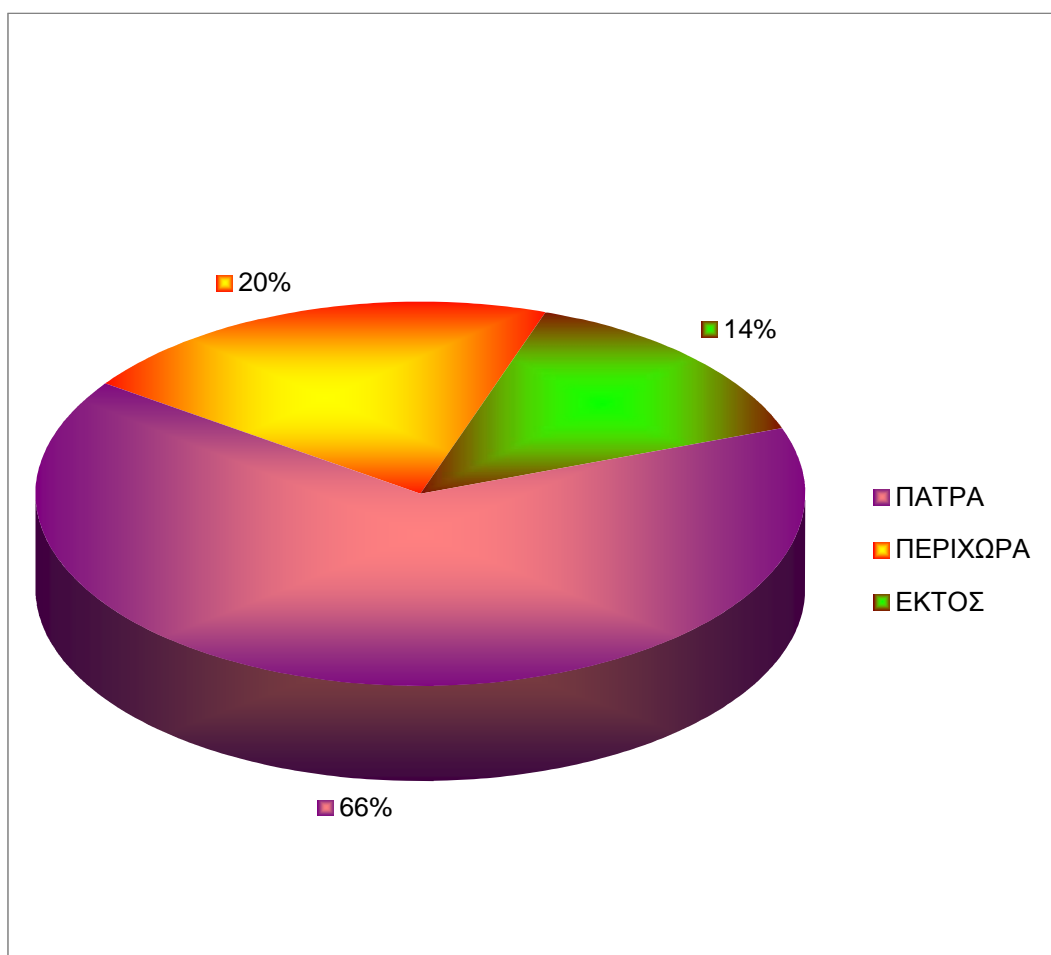
Παρατηρείται ότι Grade 2 είχε το 59,2% ενώ GRADE το 24,5% .



### ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Τόπος κατοικίας

<i><b>ΚΑΤΟΙΚΙΑ</b></i>	<i><b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b></i>	<i><b>%</b></i>
ΠΑΤΡΑ	32	65,3
ΠΕΡΙΧΩΡΑ	10	20,4
ΕΚΤΟΣ ΠΑΤΡΑΣ	7	14,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

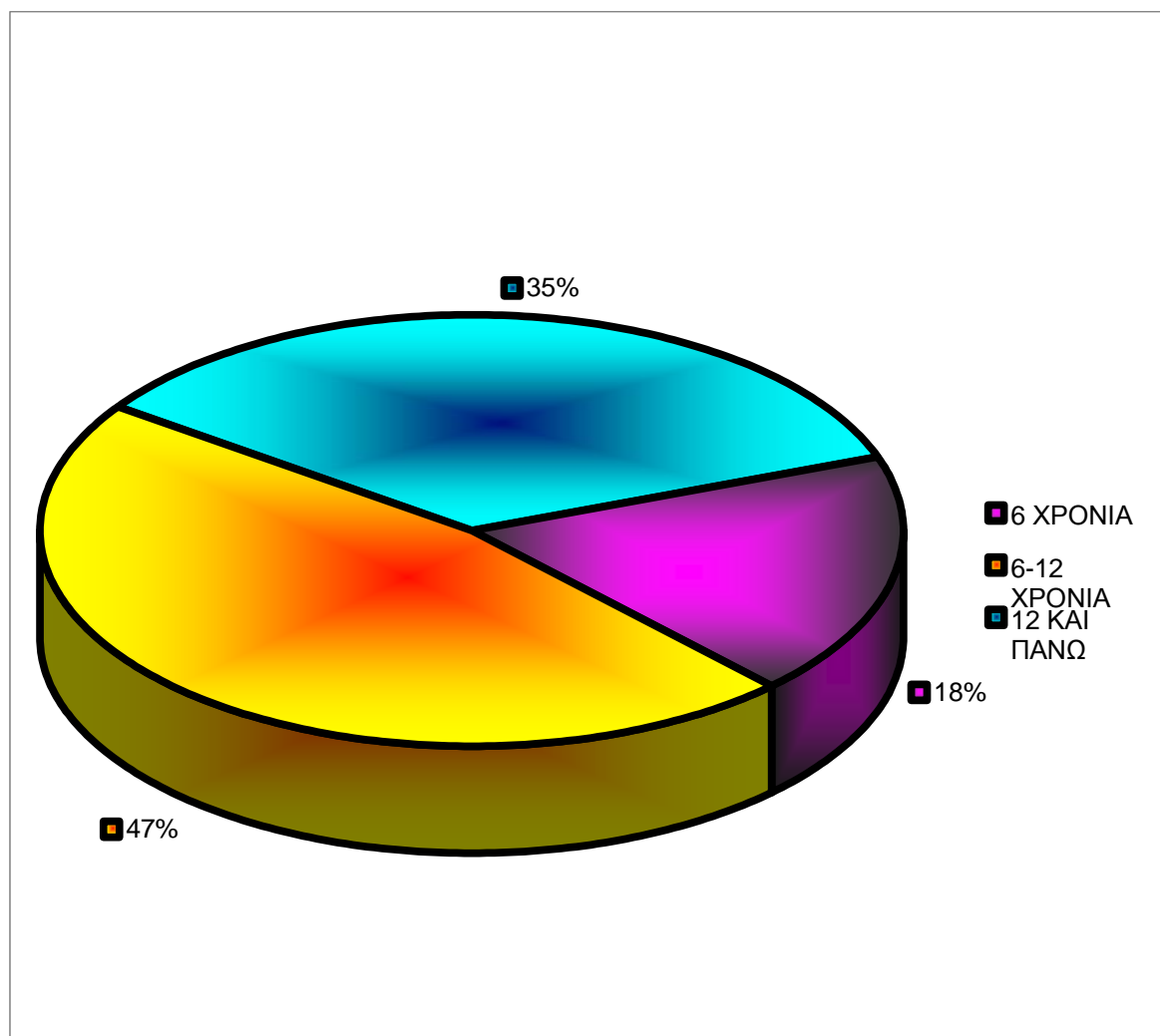
Παρατηρείται ότι από την Πάτρα κατάγεται το 65,3%.



#### ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Μορφωτικό επίπεδο

<i>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</i>	<i>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</i>	<i>%</i>
6 ΧΡΟΝΙΑ	9	18,4
6-12 ΧΡΟΝΙΑ	23	46,9
12 ΚΑΙ ΠΑΝΩ	17	34,7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

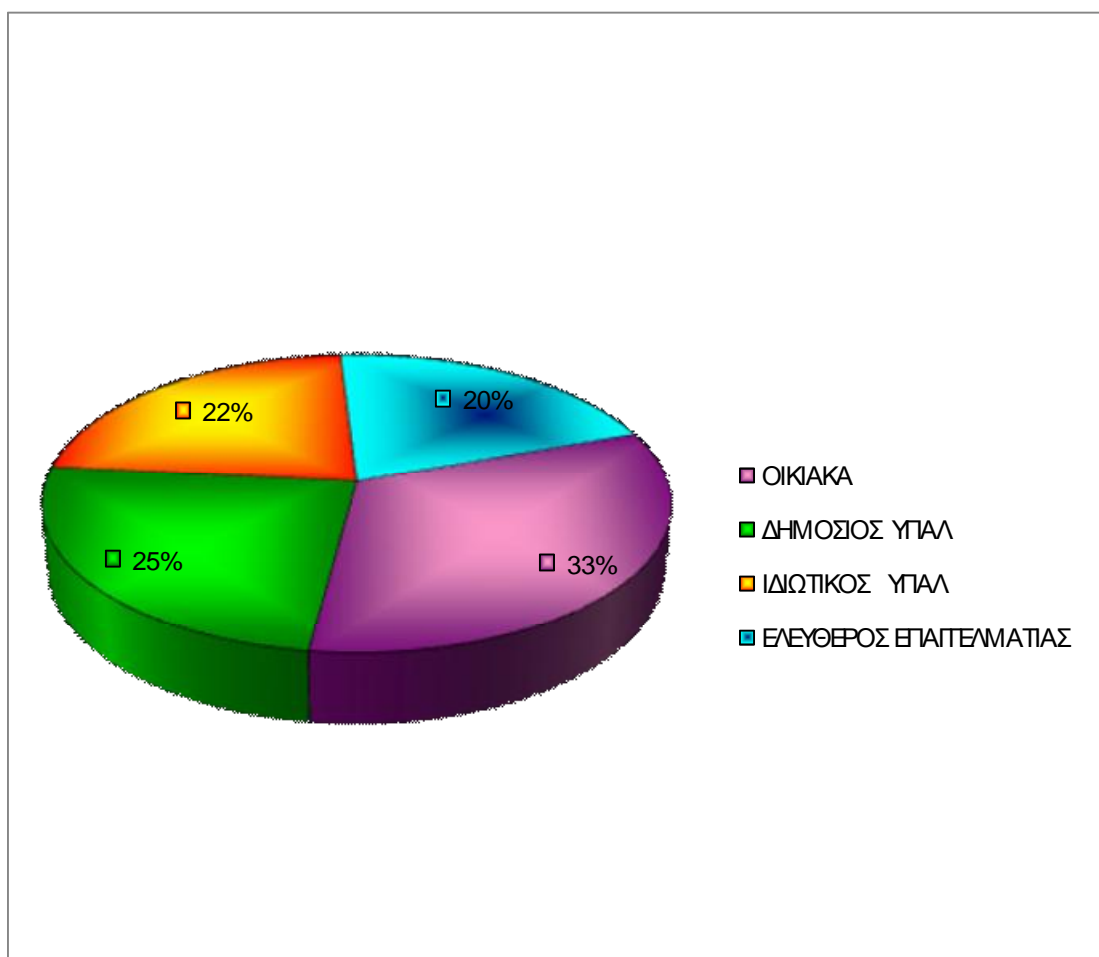
Παρατηρείται ότι στο μορφωτικό επίπεδο των γυναικών η Δευτεροβάθμια εκπαίδευση καταλαμβάνει το 46,9%, δεύτερη έρχεται με 34,7% της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Επάγγελμα

<i>ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ</i>	<i>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</i>	<i>%</i>
ΟΙΚΙΑΚΑ	16	32,7
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛ	12	24,5
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛ	11	22,4
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	10	20,4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

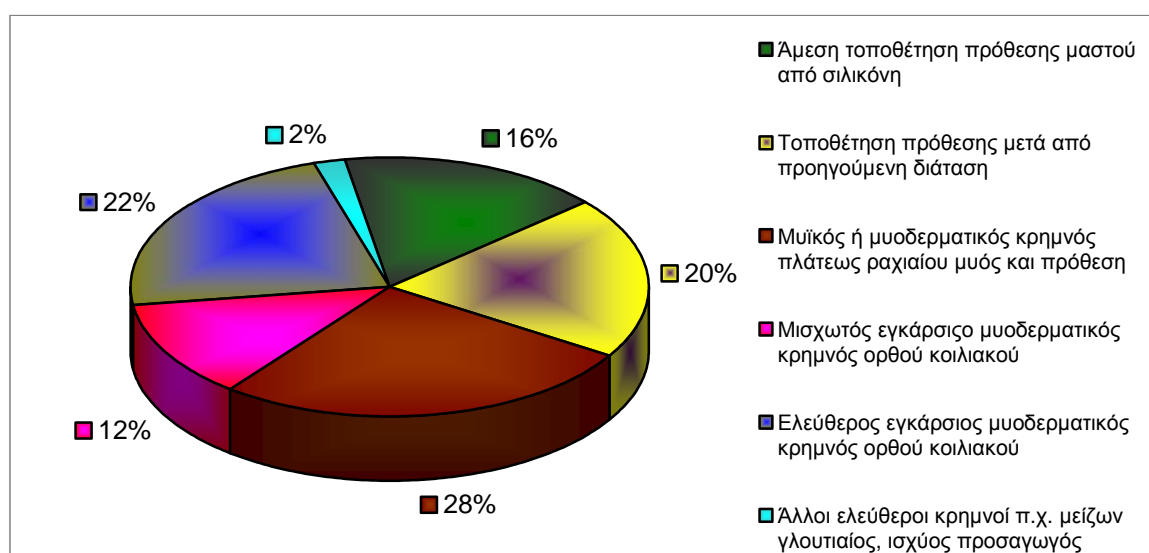
Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (32,7%) έχουν ως μόνιμη απασχόληση τα οικιακά και το 24,5% εργάζεται στον Δημόσιο τομέα.



### ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Είδος αποκατάστασης

<i><b>ΕΙΔΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</b></i>	<i><b>ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</b></i>	<i><b>%</b></i>
Άμεση τοποθέτηση πρόθεσης μαστού από σιλικόνη	8	16,3
Τοποθέτηση πρόθεσης μετά από προηγούμενη διάταση	10	20,4
Μυϊκός ή μυοδερματικός κρημνός πλάτεως ραχιαίου μύος και πρόθεση	13	26,5
Μισχωτός εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού	6	12,2
Ελεύθερος εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού	11	22,4
Άλλοι ελεύθεροι κρημνοί π.χ. μείζων γλουτιαίος, ισχύος προσαγωγός	1	2,0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (26,5%) επιλέγει την μέθοδο αποκατάστασης με μυϊκό ή μυοδερματικό κρημνό πλατέως ραχιαίου μύος και πρόθεση. Το 22,4% με τη μέθοδο ελεύθερου εγκάρσιου μυοδερματικού κρημνού ορθού κοιλιακού και το 20,4% τοποθέτηση πρόθεσης μετά από προηγούμενη διάταση.



Εγχείρηση: 1=37 (75,5%) 2=12 (24,5%)

Όσο αναφορά το είδος της εγχείρησης που υποβλήθηκαν οι γυναίκες μετά την διάγνωση διαχωρίζεται σε ολική (1) και μερική (2) μαστεκτομή. Με μεγαλύτερο το ποσοστό 75,5% οι γυναίκες αυτές οδηγούνται στο χειρουργικό κρεβάτι όπου γίνεται η ολική αφαίρεση του μαστού και το 25% σε μερική μαστεκτομή.

Εγχείρηση+ Ακτινο+ Ορμονο: 15/49 (30,6%)

Στο σχήμα θεραπείας όπου συνδυάζεται εγχείρηση, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία στις 49 γυναίκες του δείγματος οι 15 (30,6%) έχουν υποβληθεί σε αυτή.

Εγχείρηση+ Ακτινο: 15/49 (30,6%)

Με ίδιο ποσοστό (30,6%) είναι και ο συνδυασμός της ακτινοθεραπείας μετά την εγχείρηση.

Εγχείρηση+ Ορμονο: 1/49 (2,0%)

Ενώ μόνο ένα 2% έχει κάνει αυτό τον συνδυασμό. Συμπερασματικά όλες οι γυναίκες έχουν κάνει χημειοθεραπεία.

Ο χρόνος που μεσολαβεί από την εγχείρηση μέχρι να πάρει η γυναίκα την απόφαση να κάνει την **αποκατάσταση είναι:**

**Μέση τιμή:** 29,51 (29 μήνες, 51 ημέρες). **Σταθερή απόκλιση:** 20,50. **Εύρος:** 6-104.

Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται:

**Μέση τιμή:** 43,29. **Σταθερή απόκλιση:** 9,22. **Εύρος:** 26-65.

#### 11.4 Συζήτηση

Η έρευνα μας διεξήχθη από τις 2 Ιουνίου μέχρι τις 10 Δεκεμβρίου του 2007 στην Πλαστική Χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Π Αγ. Ανδρέας. Τα δείγματα συλλέχθηκαν με τη βοήθεια του Διευθυντή της κλινικής από το έτος 1998 μέχρι το 2007. Το σύνολο των

γυναικών κατά την διάρκεια των εννέα ετών που έκαναν αποκατάσταση ήταν μόνο 49 γυναίκες και ίσως αυτό οφείλεται στην ελλιπή ενημέρωση.

Από τις 49 γυναίκες οι 32 με ποσοστό 65,3% ήταν μόνιμοι κάτοικοι Πατρών. Το 20,4% διαμένει στα περίχωρα του νομού και το 14,3% αποτελείται από πληθυσμό προερχόμενο από άλλους νομούς.

Ως προς το επίπεδο μόρφωσης το 46,9% ήταν Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και το 34,7% Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, και 18,7% είναι απόφοιτες Δημοτικού σχολείου.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (32,7%) ασχολείται με θέματα του σπιτιού. Το 24,5% εργάζεται στον Δημόσιο τομέα, το 22,4% απασχολείται σε Ιδιωτικό χώρο και ως ελεύθεροι επαγγελματίες εμφανίζεται το 20,4%.

Ο μέσος χρόνος που μεσολάβησε από την εγχείρηση μέχρι την αποκατάσταση ήταν 29 μήνες και 51 ημέρες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 43 έτη και 29 ημέρες. Από τις γυναίκες αυτές το 75,5% έκανε ολική μαστεκτομή και το 24,5% υποβλήθει σε μερική μαστεκτομή.

Το 30,6% των γυναικών αυτών μετά την εγχείρηση έκαναν ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. Το άλλο 30,6% των γυναικών έκαναν μόνο ακτινοθεραπεία μετά το χειρουργείο. Και μόνο ένα 2% έκανε ορμονοθεραπεία.

Κατά την ιστολογική εξέταση στις παραπάνω γυναίκες βρέθηκε ότι 59,2% παρουσίασαν Grade II. Ενώ 29 γυναίκες (24,5%) παρουσίαζαν μεγάλο μέγεθος πρωτοπαθούς όγκου (>5 εκ), κύτταρα όγκου χαμηλής διαφοροποίησης (Grade III). Και το (16,3%) Grade I.

Τέλος, στην επιλογή της μεθόδου αποκατάστασης το μεγαλύτερο ποσοστό (26,5%) υποβλήθηκε σε μυοδερματικό κρημό πλατέως ραχιαίου μυός. Το 22,4% με ελεύθερο εγκάρσιο μυοδερματικό κρημό ορθού κοιλιακού. Το 20,4% επέλεξε την τοποθέτηση πρόθεσης μετά από προηγούμενη διάταση και τέλος το 16,3% με άμεση τοποθέτηση πρόθεσης μαστού από σιλικόνη.

### **11.5 Συμπεράσματα**

Ο αριθμός των γυναικών που κάνουν αποκατάσταση είναι πολύ μικρότερος από αυτών που υποβάλλονται σε μαστεκτομή.

Οι γυναίκες που επισκέπτονται τον γιατρό, ο καρκίνος τους ανιχνεύεται σε επίπεδο Grade 2 προς Grade 3.



Παρότι οι καμπανιές ευαισθητοποίησης που γίνονται σε παγκόσμια κλίμακα για τον καρκίνο του μαστού εδώ παρατηρείται μεγάλο μέρος του δείγματος δεν είναι ενημερωμένο.

Το διάστημα που μεσολαβεί από την εγχείρηση μέχρι την αποκατάσταση είναι πάνω από δύο έτη και αυτό οφείλεται πρώτον στην απουσία σωστής πληροφόρησης και στην ψυχολογική επίπτωση της μαστεκτομής στη γυναίκα.

### **11.6 Προτάσεις**

- Οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να γνωρίζουν την ανατομία του στήθους τους .
- Η αυτοεξέταση του μαστού είναι απαραίτητη κάθε μήνα.
- Σε ηλικία 35 με 40 πρέπει να κάνουν την πρώτη μαστογραφία.
- Αν υπάρχει κληρονομικότητα μετά τα 40 η γυναίκα θα πρέπει να κάνει μαστογραφία κάθε χρόνο και κλινική εξέταση ανά εξάμηνο.
- Η αποκατάσταση του μαστού δίνει την χαμένη θηλυκότητα στην γυναίκα θεραπεύοντας τα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία επέφερε η μαστεκτομή επαναφέροντας την ενεργά στην κοινωνία.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η πρόοδος των βιοϊατρικών επιστημών τα τελευταία χρόνια έχει αυξήσει σημαντικά την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο. Απώτερος στόχος είναι η οριστική θεραπεία του καρκίνου και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτό κάποια μέρα θα γίνει. Προς το παρόν όμως αργεί ακόμα. Τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά όσο φαίνονται στα λόγια. Όπως οι άνθρωποι δεν είμαστε όλοι ίδιοι, έτσι και ο καρκίνος δεν είναι μόνο ενός είδους.

Η έγκαιρη διάγνωση αποτελεί σημαντικό εργαλείο στα χέρια του χειρουργού και μπορεί να οδηγήσει σε επιστροφή της ασθενούς, υγιούς στη ζωή. Προϋπόθεση είναι η αποφυγή του "στουρθοκαμιλισμού" και της εσωστρέφειας.

Ο φόβος, η ντροπή και η αναβλητικότητα δεν πρέπει να έχουν καμία θέση στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Στην παρουσία ύποπτων συμπτωμάτων επισκεπτόμαστε τον Ειδικό γιατρό τον μόνο που μπορεί να βοηθήσει υπεύθυνα, να διαγνωσθεί και να λυθεί το πρόβλημα έγκαιρα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γιάννης Π. Φύσσας : Ο μαστός και οι παθήσεις του, Εκδοτικός Οργανισμός Λιβάνη, Αθήνα, 2006.
2. Eurostat Press Office. Significant differences among Member States, Two thirds of deaths due to diseases of the circulatory system and cancer. LUXEMBOURG, 18/7/2006,2006.
3. Tyczynski JE, Bray F, Parkin DM. Breast Cancer in Europe 2002.
4. Globocan. Malignant neoplasm of breast – 2002. In: EUROPEAN COMMISSION, HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL, Directorate C – Public Health and Risk Assessment, C2 – Health information.
5. EUROPE AGAINST CANCER “PROGRAMME: PROPOSAL FOR A PLAN ACTION 1987-1989. In: Official Journal C 050, 26/02/1987, 1987.
6. COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. Proposal for a council recommendation on cancer screening. In: 2003.
7. European Commission. European Breast Cancer Network (EBCN), Europe against Cancer [cited 2007; Available from: <http://www.eben.org/>
8. Merrill RM, Fugal S, Novilla LB, Raphael Mc, Cancer risk associated with early and late maternal age at first birth. Gynecol Oncol, 2005;96(3):583-93.
9. Neuhausen SL. Ethnic differences in cancer risk resulting from genetic variation. Cancer, 1999;86(11 Suppl):2575-82.
10. Landis SH, Murraray T, Bolden S, et al. Cancer Statistics,1999, CA Cancer J Clin, 1999; 49:8.
11. Madigan MP, Ziegler RG, Benichou J, Byrne C, Hoover RN, Proporition of breast cancer cases in the United States explained by well-established risk factors, J Nat Cancer Inst, 1995;87(22):1681-5.
12. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet, 2002;360(9328):187-95.
13. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses’ Health Study . Am J Epidemiol, 1994;139(8):819-35.

14. Lee SY, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. *Int J Cancer*, 2003; 105(3):390-3.
15. Anderson GL, Chlebowski RT, Rossouw JE, et al. Prior hormone therapy and breast cancer risk in the Women's Health Initiative randomized trial of estrogen plus progestin. *Maturitas*, 2006;55(2):103-15.
16. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1997;350(9084):1047-59.
17. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast. *Lancet*, 1996;347(9017):1713-27.
18. Dumeaux V, Fournier A, Lund E, Clavel-Chapelon F, Previous oral contraceptive use and breast cancer risk according to hormone replacement therapy use among postmenopausal women. *Cancer Causes Control*, 2005;16(5):537-44.
19. Lahmann PH, Lissner L, Gullberg B, Olsson H, Berglund G. A prospective study of adiposity and postmenopausal breast cancer risk: the Malmo Diet and Cancer Study. *Int J Cancer*, 2003;103(2):246-52.
20. Van den Brandt PA, Spiegelman D, Yaun SS, Adami HO, Beeson L, Folsom AR, et al. Pooled analysis of prospective cohort studies on height, weight, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol*, 2000;152(6):514-27.
21. Lahmann PH, Hoffmann K, Allen N, van Gils CH, Khaw KT, Tehard B, et al. Body size and breast cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer And Nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 2004;111(5):762-71.
22. Cho E, Spiegelman D, Hunter DJ, Chen WY, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. Premenopausal fat intake and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 2003;95(14):1079-85.
23. Gonzalez CA. The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Public Health Nutr*, 2006;9(1A):124-6.
24. Frazier AL, Li L, Cho E, Willett WC, Colditz GA, Adolescent diet and risk of breast cancer. *Cancer Causes Control*, 2004;15(1):73-82.
25. Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Health CW, Jr., et al. Alcohol, tobacco and breast cancer-collaborative reanalysis of individual data from 53

- epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*, 2002;87(11):1234-45.
26. Barbia A, Hartmann LC, Vachon CM, Vierkant RA, Wang AH, Olson JE, et al. Recreational physical activity and risk of postmenopausal breast cancer based on hormone receptor status. *Arch Intern Med*, 2006;166(22):2478-83.
  27. Chang SC, Ziegler RG, Dunn B, Stolzenberg-Solomon R, Lacey JV, Jr., Haung WY, et al. Association of energy intake and energy balance with postmenopausal breast cancer in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2006;15(2):334-41.
  28. Al-Delaimy WK, Cho E, Chen WY. A prospective study of smoking and risk of breast cancer in young adult women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2004;13(3):398-404.
  29. Rosner B, Colditz GA. Nurses' health study: log-incidence mathematical model of breast cancer incidence. *J Natl Cancer Inst*, 1996;88(6):359-64.
  30. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*, 2004;45 Suppl 2:S3-9.
  31. Mukherjee S, Koner BC, Ray A. Environmental contaminants in pathogenesis of breast cancer. *Indian J Exp Biol*, 2006;44(88):597-617.
  32. Boffetta P, Hashibe M. Alcohol and cancer. *Lancet Oncol*, 2006;7(2):149-56.
  33. Borgquist S, Wirfalt E, Jirstrom K, Anagnostaki L, Gullberg B, Berglund G, et al. Diet and body constitution in relation to subgroups of breast cancer defined by tumor grade, proliferation and key cell cycle regulators. *Breast Cancer Res*, 2007;9(1):R11.
  34. Nagata C, Nagao Y, Shibuya C, Kashiki Y, Shimizu H, Fat intake is associated with serum estrogen and androgen concentrations in postmenopausal Japanese women. *J Nutr*, 2005;135(12):2862-5.
  35. Kruijshaar ME, Barendregt JJ. The breast cancer related burden of morbidity and mortality in six European countries: the European Disability Weights project. *Eur J Public Health*, 2004;14(2):141-6.
  36. M.E. Kruijshaar JJB, and the European Disability Weights Group,. The burden of breast cancer in Europe. Appendix to 'The breast cancer related burden of morbidity and mortality in six European countries: the European Disability Weights projects, In: 2004.
  37. Lidgen M, Wilking N, Jonsson B. Cost of breast cancer in Sweden in 2002. *European Journal of Health Economics*, 2007(8):5-15.

38. Μάκρος Πινακίδης, Λάζαρος Μπόντης, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1993.
39. Sainsbury JR, Anderson TJ, Morgan DA. ABC of breast diseases: breast cancer. *Bmj*, 2000;321(7263):745-50.
40. Markopoulos C, Kouskos E, Kontzoglou K, Gogas G, Kyriakou V, Gogas J. Breast cancer in ectopic breast tissue. *Eur J Gynaecol Oncol*,2001; 22(2):157-9.
41. Pass HA, Bening and Malignant Diseases of the Breast, in Surgery, Basic Science and Clinical Evidence, Ed. Norton JA et al, Publ. Springer, 2000;1699-1732.
42. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *Jama*, 2005;293(10):1245-56.
43. Βασιλείου Χ. Γολεμάτη, Χειρουργική Παθολογία, Τόμος Β, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα, 1991.
44. Μιχαήλ Ν. Σέχα, Χειρουργική, Τόμος ΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 1995.
45. Π. Μπάλας, Χειρουργική, Δεύτερη Έκδοση, Τόμος Β΄, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1990.
46. Γιάννης Δ. Παπαδημητρίου, Γιώργος Α. Ανδρουλάκης, Αρχές Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Α΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1989.
47. Mayo Clinic. Breast Cancer – Screening and diagnosis. 2007; Available from: <http://www.mayoclinic.com/health/breast-cancer/DS00328/DSECTION=6>.
48. Μιχαήλ Λ. Σιών, Συμπτώματα κ Σημεία κατά την κλινική εξέταση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.
49. Silverstein MJ, Lagios M.D. Use of predictors of recurrence to plan therapy for DCIS of the breast, *Oncology*,1997; 11: 393-410.
50. Ikeda DM, Helvie MA, Frank TS, et al. Paget’s disease of the nipple: Radiologic and Pathologic correlation, *Radiology*, 1993;189:89.
51. Vielh P, Validre P, Kheirallah S, et al. Paget’s disease of the nipple without clinically and radiologically detectable breast tumor. Histochemical and immunohistochemical study of 44 cases. *Pathol Res Pract*, 1993;189:150-155.
52. Marchant DJ. Breast cancer in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 1994 37:993-97.
53. Fechner R, Mills S. Breast Pathology. Begin Proliferation Atypias and in situ carcinomas. ASCP Press, Chicago, 1990.
54. Marlin Dollinger M.D, Ernest Rosenbaum M.D, Ο καρκίνος, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, 1997.

55. Powell DE, Steling CB. The diagnosis and detection of breast disease. Mosby – Year Book, Inc, St Louis;1994.
56. Howell LP, Kline TS. Medullary carcinoma of the breast: an unusual cytologic finding in cyst fluid aspirates. *Cancer*, 1990; 65:277.
57. Armakolas A, Ladopoulou A, Androulakis G. BRCA2 gene mutations in Greek patients with familial breast cancer. *Hum Mutat*, 2002 19(1):81-82.
58. Markopoulos C, Meleagros L, Mckinna A, Gazet J-C. Haemangiosarcoma of the Breast. *Hellenic Surgery*, 1991; 62:348-51.
59. Reynolds J, Mies C, Daly JM. Mesenchymal infiltrating tumors, in *The Breast* ed. by Bland KI and Copeland EM, WB Saunders Co, Ch, 1991; 10:210-219.
60. National Cancer Institute. Breast Cancer (PDQ®): Treatment, Stage Information. In: U.S. National Institutes of Health, 2007.
61. Broeders M, Godd M, Nystrom L, Ascunce N, Riza E, Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening. In: *European guidelines for quality assurance in mammography screening –Third edition: Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities*, 2001.
62. Duraker N, Caynak ZC. Prognostic value of the 2002 TNM classification for breast carcinoma with regard to the number of metastatic axillary lymph nodes. *Cancer*, 2005;104(4):700-7.
63. Kobayashi S. What caused the decline in breast cancer mortality in the United Kingdom? *Breast Cancer*, 2004;11(2):156-9.
64. Jokiel M, Danczak-Ginalska Z, Changes in cancer awareness in the Polish population, 1976-1990. *J Cancer Educ*, 1998;13(1):49-51.
65. Klabunde C, Bouchard F, Taplin S, Scharpantgen A, Ballard-Barbash R. Quality assurance for screening mammography: an international comparison. *J Epidemiol Community Health*, 2001;55(3):204-12.
66. Vahabi M. Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care Women Int*, 2003;24(9):773-93.
67. Scott S and Morrow M. Making the diagnosis. In *Breast Cancer Management, Surgical Clinics of North America*, WB Saunders Co, 1999.
68. Recommendations on cancer screening in the European union. Advisory Committee on Cancer Prevention. *Eur J Cancer*, 2000;36(12):1473-8.
69. Χρήστος Ι. Μαρκόπουλος, Παθήσεις του Μαστού, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2004.

70. National Cancer Institute. Mammogram. In: <http://www.cancer.gov/cancertopicw/pdq/screening/screening/breast/Patient/page3>; 2006
71. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2006;15(1):45-51.
72. Gotzsche PC, Neilsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*, 2006(4):CD001877.
73. Fajardo LL, Jackson VP, Hunter TB. Interventional Procedures in Diseases of the Breast: Needle Biopsy, Pneumocystography and Galactography. *AJR*, 1992; 158:1231-4.
74. Simonetti G, Cossu E, Montanaro M, Caschili C, Giuliani V. What's new in mammography. *Eur J Radiol*, 1998; 27:234-41.
75. Ismail J, Manfred K, Jean Y. Petit, *Atlas Of Breast Surgery*, Springer – Verlag Berlin Heidelberg, 2006; 20(3):123-5.
76. Halsted WS. A clinical and histological study of certain adenocarcinoma of the breast and a brief consideration of the supraclavicular operation and the results of operation for cancer of the breast from 1889 to 1898 at the Johns Hopkins Hospital. *Ann Surg*, 1898; 28:557-576.
77. Patey DH, Dyson WH. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. *Br J Cancer*, 1948; 2:7-13.
78. Cady B. Another editorial perspective. *Ann Surg Oncol*, 1998; 5:103-104.
79. Fisher B, Anderson S, Redmond CK, et al. Reanalysis and results after 12 years of follow up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med*, 1995 333:1456-1461.
80. Overgaard M, Hansen PS, Overgaard J, et al. Postoperative radiotherapy in high-risk premenopausal women with breast cancer who receive adjuvant chemotherapy. *N Engl J Med*, 1997; 337:949-955.
81. Davidson N, Abeloff MD, *Adjuvant therapy of breast Cancer*. *World of Surgery*, 1994 18:112-116.
82. Μαρκόπουλος Χ: Ορμονικοί Υποδοχείς στο Καρκίνο του Μαστού. *Ιατρική*, 64(1):1-7, 1993.



83. American Society of Clinical Oncology. Recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol*, 2003;21:2397-406.
84. Arber D, Simpson J, Weiss L, et al. Non Hodgkiin's lymphoma involving the breast. *Am J Surg Pathol*, 1994 18:288-291.
85. Holdhirsh A, Wood W, Gelber RD, et al. Updated International Expert Consensus panel on the Primary Therapy of Early Breast Cancer. *J Clin Oncol*, 2003; 21:3357-3365.
86. Demicheli R, Teraziani M, Valagusa P, et al. Local recurrences after mastectomy. *J Natl Cancer Inst*, 1994; 86:45.
87. Πολύζος Α, Μετεγχειρητική Παρακολούθηση ασθενών με Καρκίνο του Μαστού, Ιατρική, Αθήνα, 1998.
88. Recht A, Hayes D, Eberlien TJ, Sadowsky NL. Local Regional Recurrence After Mastectomy or Breast Conserving Therapy. In: Diseases of the Breast. J Harris, Lippman M, Morrow M, Hellman S(eds). Lippincott- Raven press, 1996.
89. Μόσχου- Κάκου Αθηνά, Ογκολογική Νοσηλευτική, ΤΕΙ Πάτρας, Σχολή ΣΕΥΠ, Τμήμα: Νοσηλευτικής, Πάτρα, 2004.
90. Kathy V, Gettrust Paula D. Dradee, Νοσηλευτική Διαγνωστική και κλινική Πρακτική, Εκδόσεις Ελλήν, Αθήνα, 1997.
91. Πάρις Α. Κοσμίδης, Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1984.
92. Arkoudi A, Hayakawa T, Buchel EW. Transverse upper gracilis (TUG) flap for breast reconstruction: a better second choice. In Canadian Society of Plastic Surgeons. Quebec City (Canada), June 13-17, 2006.
93. Woerdeman LA, Hage JJ, Smeulders MJ, et al. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction by use of implants: an assessment of risk factors for complications nad cancer control in 120 patients. *Plast Surg*, 2006; 118(2):321-30.
94. Audretsch WP. Reconstruction of the partial mastectomy defect: classification and method. In Spear SL, Willey SC, Robb GI, et al, editions. *Surgery of the breast: principles and art*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 179, 2006.
95. Spear SL, Spitter CJ. Breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2001; 107:177-88.
96. Kronowitz SJ, et al. Delayed-immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*, 2004; 113(6):1617-28.
97. Hartrampf CR. *Hartrampf's Breast Reconstruction with Living Tissue*. New York, NY: Raven Press, 1991

98. Breuing KH, Warren SM. Immediate bilateral breast reconstruction with implants and inferolateral AlloDerm slings. *Ann Plast Surg*, 2005; 55:232-9.
99. Stephen S. Kroll, *Breast Reconstruction with Autologous Tissue*, Springer- Verlag New York, Inc. 2000;11:393-410.
100. Hamdi M, Van Landuyt K, Monstrey S, et al. Pedicled perforator flaps in breast reconstruction:a new concept. *Br J Plast Surg*, 2004; 57(6):531-9.
101. Choi JY, Alderman AK, Newman LA, Aeshetic and reconstruction consideration in oncologic breast surgery. *J Amm Coll Surg*, 2006; 202(6):943-52.
102. Hamdi M, Rebecca A, The deep inferior epigastric artery perforator flap (DIEP) in breast reconstruction. *Seminars in Plastic* 2006; 20(2):95-102.
103. Mc Craw JB, Papp C. Edwards A, Mc Mellin A, The autogeneous latissimus breast reconstruction. *Clin Plast Surg.*, 1994; 21:279-288.
104. Eng. JS. Bell flap nipple reconstruction –a new wrinkle. *Ann Plast Surg*.1996; 36:485-488.
105. Available at: <http://acgh.afcri.upenn.edu/cgibin/bcm/bcm.pl>.
106. Bhatta Ma, Berry RB, Nipple-areola reconstruction by tattooing and nipple sharing. *Br J Plast Surg.*, 2007; 50:331-334.

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κωδικός αριθμός :

Ημερομηνία διάγνωσης :

Ημερομηνία εγχείρησης :

Τύπος χειρουργικής επέμβασης :

Άλλες θεραπείες :

Σταδιοποίηση της νόσου :

Ιστολογική ταξινόμηση :

Ηλικία :

Τόπος κατοικίας :

Μορφωτικό επίπεδο :

Επάγγελμα :

Εθνικότητα :

### Αποκατάσταση

Ημερομηνία αποκατάστασης :

Είδος αποκατάστασης :

- Άμεση τοποθέτηση πρόθεσης μαστού από σιλικόνη .
- Τοποθέτηση πρόθεσης μετά από προηγούμενη διάταση .
- Μυικός ή μυοδερματικός κρημνός πλατέως ραχιαίου μυός και πρόθεση .
- Μισχωτός εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού .
- Ελεύθερος εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός ορθού κοιλιακού .
- Άλλοι ελεύθεροι κρημνοί π.χ. μειζων γλουτιαίος .  
ισχύος προσαγωγός



Γεννήστε νωρίς, αν γίνεται, θηλάστε τα μωρά σας πάνω από τέσσερις μήνες και τρωτέ κάθε μέρα αρκετά φρέσκα φρούτα και σαλατικά.

Αποφύγετε την τακτική κατανάλωση ζωικών λιπαρών τροφών και οινοπνεύματος, την παχυσαρκία, το κάπνισμα και την πολυετή λήψη αντισυλληπτικών.

Πάρτε οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση, αλλά όχι για περισσότερο από πέντε χρόνια.

Κάντε κάθε χρόνο μια επίσκεψη στο γυναικολόγο σας για Pap-τεστ και γυναικολογική εξέταση.

Συνδυάστε πάντα την ετήσια προληπτική μαστογραφία με κλινική ιατρική εξέταση μαστών από ειδικό χειρουργό-μαστολόγο και όχι από το γυναικολόγο σας.

Μάθετε αν ανήκετε στις ομάδες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού. Μην επαναπαύεστε αν δεν ανήκετε και μην αγχώνεστε υπερβολικά αν ανήκετε, εκτός κι αν έχετε τη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA- 1 και /ή BRCA- 2, οπότε αγχωθείτε και κάντε κάτι πριν να είναι αργά.

Μην αρκείστε ποτέ στο να εξετάζετε μόνη σας. Δεν βλάπτει, αλλά είναι πολύ δύσκολο να πιάσετε μόνη σας έναν όγκο στο μαστό όταν είναι ακόμα μικρός και ιάσιμος.

Μειώστε το περιττό άγχος και ζήστε τη ζωή όσο καλύτερα γίνεται, γιατί ποτέ δεν ξέρουμε τι μας περιμένει αύριο.



## ΠΟΤΕ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

Πρέπει να ψηλαφούμε τους μαστούς μια φορά τον μήνα, με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνει αυτοματισμός.

Κατά προτίμηση μια εβδομάδα προ της περιόδου διότι η φυσιολογική διόγκωση των μαστών την οποία υφίστανται οι μαστοί λόγω ορμονών υποχωρεί τότε. (Εκείνη την περίοδο οι μαστοί είναι διογκωμένοι και πονούν).

Εάν για διάφορους λόγους δεν υπάρχει περίοδος π.χ. λόγω κύησης, ή άλλης αιτίας, θα πρέπει να διαλέξουμε μια ευκόλως ενθυμούμενη ημερομηνία.

Να μην ξεχνάμε ότι και οι άντρες εμφανίζουν καρκίνο του μαστού, αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό..



Μόνο το 20% των γυναικών πραγματοποιούν αυτοεξέταση μαστών.

**Ας αλλάξουμε αυτή την στατιστική...!!!**

Κάντε την αυτοεξέταση των μαστών σας μηνιαίως και κάντε την μια συνήθεια...