



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Τίτλος Εργασίας: «Καρκίνος του μαστού ο ρόλος του νοσηλευτή και η νοσηλευτική παρέμβαση»

Πτυχιακή Εργασία του Φιλίππου Αλκιβιάδη

Επιβλέπων εκπαιδευτικός: Μπατσολάκη Μαρία

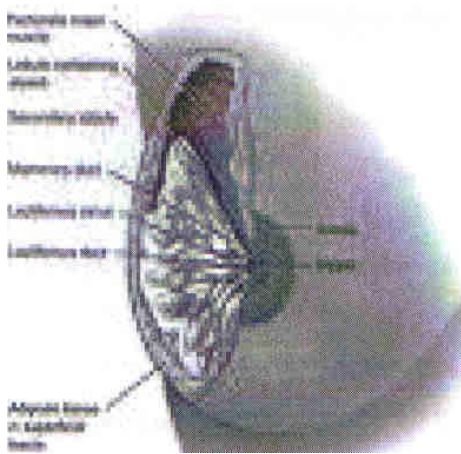
ΠΑΤΡΑ, Σεπτέμβριος 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	4
Κεφάλαιο 1^ο Ορισμός καρκίνου του μαστού	5
1.1 Στοιχεία ανατομίας του μαστού.....	6
1.2 Στοιχεία φυσιολογίας του μαστού.....	10
Κεφάλαιο 2^ο Επιδημιολογία και αιτιολογία του καρκίνου του μαστού	15
Κεφάλαιο 3^ο Εξέταση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού	27
3.1 Ιστορικό.....	27
3.2 Επισκόπηση.....	28
3.3 Ψηλάφηση.....	28
3.4 Κλινική εικόνα – Διάγνωση.....	30
3.5 Εργαστηριακή διερεύνηση.....	31
3.6 Καρκινικοί δείκτες.....	37
3.7 Αυτοεξέταση.....	38
Κεφάλαιο 4^ο Νεοπλάσματα	42
4.1 Ινοαδενώματα.....	42
4.2 Θήλωμα και θηλώδες καρκίνωμα μαστού.....	43
4.3 Καρκίνωμα μαστού.....	44
Κεφάλαιο 5^ο Καρκίνος του μαστού στον άνδρα	46
Κεφάλαιο 6^ο Θεραπεία καρκίνου του μαστού	48
6.1 Χειρουργική θεραπεία.....	48
6.2 Ακτινοθεραπεία.....	49
6.3 Χημειοθεραπεία.....	49
6.4 Ορμονοθεραπεία.....	50
Κεφάλαιο 7^ο Ο ρόλος του νοσηλευτή	53
7.1 Αναγνώριση των προβλημάτων της άρρωστης και οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.....	53
7.2 Προεγχειρητική παρέμβαση.....	53
7.3 Μετεγχειρητική παρέμβαση.....	55
7.4 Εξέταση μαστού (από το νοσηλευτή).....	61

7.5 Νοσηλευτική διεργασία.....	63
Κεφάλαιο 8° Πρόληψη καρκίνου του μαστού.....	72
Συμπεράσματα – Αποτελέσματα.....	75
Βιβλιογραφία.....	76

Εισαγωγή

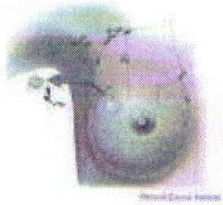


Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον πλανήτη. Η συχνότητα του στην Ευρώπη παρουσιάζει σταθερή αύξηση και είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Ενώ όμως στην δυτική Ευρώπη, την τελευταία δεκαετία, μειώνεται ο αριθμός των γυναικών που χάνουν κάθε χρόνο την ζωή τους από καρκίνο του μαστού, στη χώρα μας συνεχίζει σταθερά να αυξάνεται. Αυτό οφείλεται στο ότι το 60% των Ευρωπαίων γυναικών υποβάλλονται σε τακτική προληπτική κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, ενώ στη χώρα μας μόνο το 5%. Έτσι οι Ευρωπαίες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γι�ατρευτούν τελείως από τον καρκίνο, λόγω πρώιμης διάγνωσης και έγκυρης θεραπείας.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού σημαδεύει περίπου 4500 γυναίκες το χρόνο. Το 95% από αυτές πήγε στο γι�ατρό αφού «έπιασε κάτι στο στήθος» και τότε πολλές φορές μπορεί να είναι αργά. Κι έτσι μόνο το 5% των Ελληνίδων ανακαλύπτουν έγκαιρα έναν όγκο σε προληπτική κλινική εξέταση μαστού ή σε προληπτική μαστογραφία.

Η Ιατρική μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γι�ατρεύοντας κάποιες μορφές καρκίνου, όχι όμως και τον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν αυτή τη στιγμή τρόποι να περιορισθεί η μάλιστα, όχι όμως και να λυθεί ριζικά το πρόβλημα, αφού την αιτία του την αγνοούμε. Αν εξαιρέσουμε τις εξαρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνου, για τις οποίες ούτως ή άλλως δεν μπορεί η Ιατρική να προσφέρει και πολλά .⁽¹⁾

Κεφάλαιο 1^ο Ορισμός καρκίνου του μαστού

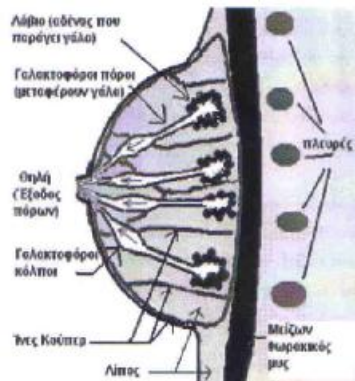


Καρκίνος είναι μια ομάδα μη φυσιολογικών κυττάρων που αναπτύσσονται με ανεξέλεγκτο τρόπο, με αποτέλεσμα να προσβάλλουν και να καταστρέφουν υγιείς ιστούς. Μια ομάδα αναπτυσσόμενων καρκινικών κυττάρων σχηματίζουν ένα εξόγκωμα, το οποίο ονομάζεται όγκος. Αν ο όγκος βρίσκεται στον μαστό, λέγεται **καρκίνος του μαστού**.

Τα κύτταρα είναι η βάση του σώματος – όλα τα όργανα και οι μαστοί είναι φτιαγμένοι από διαφορετικούς τύπους κυττάρων. Το σώμα διατηρεί την υγεία του με την ανάπτυξη και την ανανέωση των κυττάρων και σχεδόν όλα τα κύτταρα πρέπει να αντικαθίστανται σε κανονικά διαστήματα. Τα φυσιολογικά, υγιή κύτταρα αναπτύσσονται, διαιρούνται και πεθαίνουν κάτω από τον έλεγχο των γονιδίων. Αν υπάρξει κάποια αλλαγή (μεταλλαγή) σε κάποιο από τα γονίδια που ελέγχουν την ανάπτυξη, το υγιές κύτταρο αρρωσταίνει και γίνεται νεόπλασμα. Αυτές οι αλλαγές κάνουν το κύτταρο να φαίνεται μη φυσιολογικό όταν το βλέπει κάποιος στο μικροσκόπιο. Καθώς αλλάζουν σχήματα, τα κύτταρα συμπεριφέρονται διαφορετικά. Αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα και διαιρούνται για να σχηματίζουν όλο και περισσότερα καρκινικά κύτταρα.

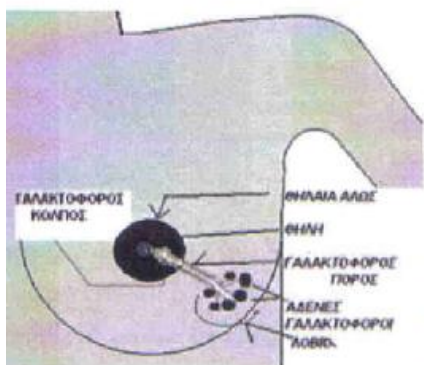
Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι αναπτύσσονται αργά, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν απειλούν την ζωή. Οι κακοήθεις όγκοι είναι επιβλαβείς. Αναπτύσσονται πιο γρήγορα και τα κύτταρα μπορεί να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου σχηματίζουν δευτερεύοντες όγκους (γνωστοί επίσης σαν μεταστατικοί όγκοι).⁽²⁾

1.1 Στοιχεία ανατομίας του μαστού



Ο μαστός είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτεινόμενος από τη 2^η μέχρι και την 6^η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλαία γραμμή. Εντούτοις, ο μαστικός αδενικός ιστός μπορεί να έχει ευρύτερη κατανομή με αποτέλεσμα, σαν χειρουργικά ανατομικά όρια (επί μαστεκτομής), να θεωρούνται η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς.

Θηλή και θηλαία άλω



Στο έξω πλάγιο της μέσης μαζικής γραμμής και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος εδράζεται η θηλή, περιβαλλόμενη από μια κυκλοτερή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή, τη θηλαία άλω. Το δέρμα της θηλής στερείται λίπους, τριχών, και σμηγματογόνων αδένων, οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της άλω (αδένες Montgomery). Η θηλή και ο χώρος κάτω από την άλω συνίστανται από πολλές λείες μυϊκές ίνες που

διανέμονται συγκεντρικά και ακτινωτά, καταφύονται δε στη βάση του δέρματος της θηλής. Λειτουργία τους είναι η ανόρθωση – με απτικά ερεθίσματα – της θηλής ώστε να κενώνονται ευκολότερα οι εκφορητικοί πόροι.

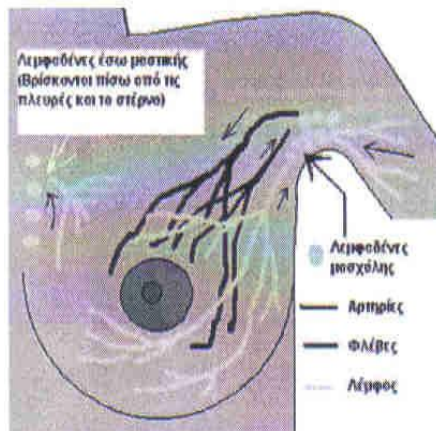
Ο βαθύτερος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται αφενός μεν στο μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής, αφετέρου δε στην ανάπτυξη δερματικών θηλών δια μέσου των οποίων αίμα έρχεται κοντά στην επιφάνεια.

Μαστικός αδένας

Το λειτουργικό τμήμα του μαστού είναι ένας τροποποιημένος επιθηλιακός αδένας που περικλείεται από την επιπολής λιπώδη και την εν τω βάθει μεμβρανώδη, στιβάδες της επιπολής θωρακικής περιτονίας. Ο αδένας είναι σφαιροειδής, εκτός από ένα τμήμα του, στο άνω έξω τερτατημόριο, όπου μια προσεκβολή του αδένα, η καλούμενη ουρά του Spence διατρυπά τη μασχαιαία περιτονία (τμήμα του Langer) και εκτείνεται προς τη μασχάλη, καταλήγοντας στο πρόσθιο οδοντωτό μυ.

Ο συνδετικός ιστός του μαστικού αδένα που διαχωρίζει τα αδενικά λόβια μεταξύ τους συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδεις ταινίες που εκτείνονται προς την υποδόρια περιτονία και το δέρμα (πρόσθιοι σύνδεσμοι του Cooper). Παρόμοιες ταινίες εκκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένα διασχίζουν τον οπισθοδρομικό χώρο και ενώνονται με τη θωρακική περιτονία (κρεμαστήρες σύνδεσμοι Cooper).

Αγγείωση του μαστού



Α. Αρτηρίες. Η πλούσια αιμάτωση του μαστού προέρχεται από 3 κυρίως αρτηριακούς κλάδους:

1. Τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 1^ο – 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρυπούν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου.
2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη πηγή αίματος του μαστού.
3. Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδο της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δυο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένου.

Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν σε πολύ μικρότερο ποσοστό το μαστό είναι η ανώτατη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλατίου αρτηρίας.

Β. Φλέβες. Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιπολής υποδοριών φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητα τους εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένου ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης είναι η ίδια των προσθίων διατιτρώντων μεσοπλεύριων φλεβών προς την έσω

μαστική φλέβα, μια άλλη είναι η με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς τη μασχαλιαία φλέβα. Η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομοτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμα και στο ιερό οστού.

Γ. Λεμφαγγεία – Λεμφικές οδοί. Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δυο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τερτατημόρια του μαστού.

Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δυο αυτών κυρίων οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις, καθώς και με τις υπόλοιπες, μικρότερης σημασίας λεμφικές οδούς (π.χ. η οδός προς τα διαθωρακικά γάγγλια του Ratter).

Λεμφογάγγλια του μαστού

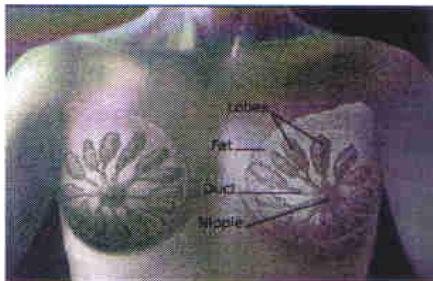
A. Μασχαλιαία. Προς αυτά κατευθύνεται η κύρια έξω λεμφική οδός, η οποία καταλήγει στα κεντρικά γάγγλια και από εκεί στις διάφορες άλλες ομάδες οι οποίες αναστομώνονται μεταξύ τους.

1. Έξω μαστικά (έσω ομάδα ή θωρακικά) κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
2. Ωμοπλασία (οπίσθια ή υποπλάτια) κατά την πορεία της υποπλατίου φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακορραχιαίο νεύρο.
3. Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα που κείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.
4. Διαθωρακικά ή Rotter, μεταξύ των θωρακικών μυών.
5. Γάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας (έξω ομάδα ή βραχίονα) κάτω από τον τένοντα του μείζονα θωρακικού μύος.
6. Υποκλείδια (κορυφαία της μασχάλης), κάτω από τον τένοντα του υποκλειδίου μύος. Σ' αυτά καταλήγουν συλλεκτικές λεμφικές οδοί από όλες τις άλλες ομάδες των μασχαλιαίων γαγγλίων.

Β. Υπερκλείδια. Διηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια γάγγλια της υποκλειδοσφαγιτιδικής γωνίας, και ψηλαφώνται επιφανειακά και πλάγια στην υπερκλείδια χώρα.

Γ. Γάγγλια της έσω μαστικής. Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλεύριων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός. ⁽³⁾

1.2 Στοιχεία φυσιολογίας μαστού



Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, πρώτα σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και, κύρια σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία, αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες – στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα κυττάρων, στο αδενικό επιθήλιο και στο διαμέσολιπώδη ιστό. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Και επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της

δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης προλακτίνης από την αδενουπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.

Από όλες τις ορμόνες με μαστροτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Μάλιστα τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου, των κυστιδίων και γαλακτοφόρων πόρων, και με την συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, της καζεΐνης και της α-λακταλβουμίνης. Η προλακτίνη μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό δια μέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσιακούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση κυρίως της προλακτίνης και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στον μαστό παρά μόνο με την συνεργία των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων.

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες κυρίως για την συνεργική τους δράση με την προλακτίνη. Ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυροειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυροειδικές ορμόνες θυροξίνη και τριωδοθυρονίνη επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθογένεια προβλημάτων του αδένου, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη.

Η βιολογική δράση των ορμονών στον μαστό μεταβάλλεται με πολυάριθμους παράγοντες όπως η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά την διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, η σχετική προς άλλες ορμόνες αυξομείωση της συγκεντρώσεως μαστοτρόπων ορμονών καθώς και η ποικίλλουσα δεκτικότητα του αδένου, όπως καθορίζεται από τις μεταβολές στη διαθεσιμότητα των υποδοχέων του στις διάφορες ορμόνες.

Σε μικρό διάστημα από την γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης είναι η ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή) όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού.

Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της εκκρίσεως των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού.

Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με την βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων, από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης, από το ωχρό σωματίο, ο μαστός υφίσταται αλλαγές κατά την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου, ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και ψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ρινική και προεμμηνορρυσιακή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγεί στον χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι της καταλύσεως στη γεροντική μορφή του μαστού.

Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί

ένας νεοπαγής ενδοκρινής αδένας, ο πλακούντας, που κατακλύζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από προϋπάρχουσες της κύησης ορμόνες (οιστρογόνα, προγεστερόνη), ή από νεοεμφανιζόμενες (πλακουντιακό γαλακτογόνο), που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Σαν συνέπεια αυτών των επιδράσεων ο αδένας, αναπτύσσεται στο μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και την παρουσία ου πλακουντιακού γαλακτογόνου ο μαστός προετοιμάζεται κατά την κύηση λειτουργικά για την παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη, ειδικότερα έχει την ευθύνη για την έναρξη αλλά και διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσιακής αυτής ορμόνης με την επίδραση του πλακουντιακού οιστρογόνου, αυξάνει από το δεύτερο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωση της να φθάνει από το μέσο της κύησης στο εικοσαπλάσιο περίπου εκείνης των μη εγκύων γυναικών.

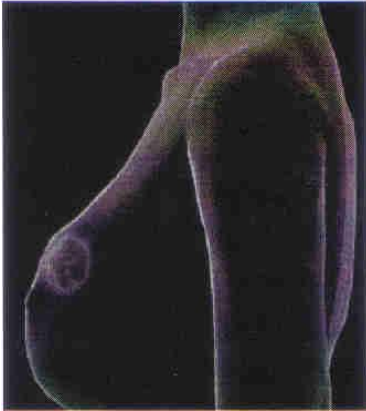
Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αρχίζει η έκκριση γάλακτος από τον κατάλληλα προετοιμασμένο αδένα δεν είναι ακριβώς γνωστός. Φαίνεται όμως ότι σχετίζεται με την αιφνίδια διακοπή της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στο αδενικό επιθήλιο του μαστού αφού με την απομάκρυνση του πλακούντα σταματά η παραγωγή και μεταφορά τους στη μητρική κυκλοφορία. Ακολουθεί περιορισμός της έκκρισης προλακτίνης, που μόνο κατά το θηλασμό παρουσιάζει εκκριτικά κύματα. Το παραγόμενο γάλα μεταφέρεται στους γαλακτοφόρους πόρους με την επίδραση της οξυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή παράγεται στον υποθάλαμο και παραμένει αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως. Από εκεί απελευθερώνεται στην κυκλοφορία με αντανακλαστικό μηχανισμό, που ξεκινά από τον ερεθισμό της θηλής κατά τον θηλασμό. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν μερικώς τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους και έτσι προωθεί το γάλα στους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους κόλπους. Αν δεν απομακρυνθεί το γάλα από το χώρο παραγωγής, τότε διακόπτεται η έκκριση του παρά την συνέχιση των ορμονικών επιδράσεων στον αδένα.

Όπως έγινε φανερό, η μορφολογική και λειτουργική κατάσταση του μαστού ρυθμίζεται καθοριστικά από την ισορροπία των πολλαπλών ορμονικών επιδράσεων που δέχεται ο αδένας. Έτσι κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένα. Οι μεταβολές αυτές συνήθως αποτελούν συνοδό εκδήλωσης

της ενδοκρινικής διαταραχής, ενίοτε όμως μπορεί να αποτελούν την κύρια ή την μόνη ένδειξη της διαταραχής και συνήθως έχουν τον χαρακτήρα άκαιρης για την αναπαραγωγική της ασθενούς εξέλιξη. Χαρακτηριστικές μεταβολές είναι εκείνες της πρώιμης θηλαρχής, του ανδρογεννητικού συνδρόμου, της κυστικής μαστοπάθειας ή της γαλακτόρροιας (έκκριση γάλακτος σε μη έγκυο ή θηλάζουσα γυναίκα). Στην πρώτη περίπτωση, η πρώιμη παραγωγή ορμονών του φύλου οδηγεί σε ανάπτυξη του αδένου σε ηλικία που αυτή δεν αναμένεται. Στη δεύτερη κατάσταση, η ανάπτυξη του αδένου συχνά περιορίζεται από την παρουσία μεγάλης συγκέντρωσης ανδρογόνων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χαμηλή οιστρογονική δραστηριότητα. Στην τρίτη περίπτωση, μια χρόνια διαταραχή της ισορροπίας των οιστρογόνων προς προγεστερόνης οδηγεί στην εκδήλωση κυστικής μαστοπάθειας. Τέλος, στην τελευταία κατάσταση, παρατεταμένη αύξηση της έκκρισης προλακτίνης είναι δυνατό να συνδέεται με άκαιρη παραγωγή γάλακτος.

Συμπερασματικά, από τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν για τη φυσιολογική λειτουργία του μαστού αλλά και για τις διαταραχές του, διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένου με την γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα που φθάνει σε βαθμό πλήρους και απόλυτης εξάρτησης. Συνεπώς, στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε ενδοκρινοπάθεια θα πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού απαραίτητα πρέπει να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος. ^(4,5,6,7,8,9)

Κεφάλαιο 2^ο Επιδημιολογία και αιτιολογία του καρκίνου του μαστού



Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 70 πεθαίνουν από αυτόν. Στις ΗΠΑ οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι 90.000 και 34.000.

Η πιθανότητα μιας Ελληνίδας να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σε όλη την διάρκεια της ζωής της είναι 3,5%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας ξεπερνά το 7%. Παρά τις θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στα τελευταία 30 χρόνια, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δε μειώθηκε σχεδόν καθόλου σε κανένα μέρος του κόσμου. Το γεγονός αυτό κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη της πρόληψης της νόσου. Για να εφαρμοστούν όμως προληπτικά μέτρα σ' ένα νόσημα, πρέπει να είναι γνωστοί οι αιτιολογικοί του παράγοντες και παρά τις μακροχρόνιες έρευνες, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού του ανθρώπου παραμένει σκοτεινή.

Η μελέτη της επιδημιολογίας του καρκίνου του μαστού έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί τα αιτιολογικά δεδομένα για τα πειραματόζωα δεν ισχύουν πάντοτε για τον άνθρωπο. Έτσι η μελέτη της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού της γυναίκας πρέπει να βασίζεται σε δεδομένα ανθρώπινων πληθυσμών και να γίνεται με επιδημιολογικές (δηλ. μη πειραματικές) μεθόδους.

Θα αναφέρουμε πως αξιολογούνται οι διάφορες αιτιολογικές υποθέσεις κάτω από το πρίσμα των επιδημιολογικών δεδομένων. Επειδή ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες παρά στους άντρες γι'

αυτό οι όροι καρκίνος του μαστού <<του ανθρώπου>> και <<της γυναίκας>> χρησιμοποιούνται κατά κανόνα χωρίς διάκριση.

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία, όπως π.χ η ηπατίτιδα, η φυματίωση, η ευλογιά, ο τέτανος κ.α., που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλούνται από συγκεκριμένα γνωστά μικρόβια και ιούς, ούτε υπάρχει ένα μόνο είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες που αυξάνουν και άλλους που ελαττώνουν αυτό το κίνδυνο.

Αυτοί είναι δυο ειδών: γενετικοί, που τους μεταφέρουμε μέσα στα κύτταρα μας, και περιβαλλοντικοί, που μας επηρεάζουν μετά τη γέννηση μας. Η γνώση των παραγόντων αυτών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση των γυναικών υψηλού κινδύνου, ώστε αυτές να παρακολουθούνται σχολαστικά και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα αν νοσήσουν, αλλά και να αλλάξουν ορισμένες συνήθειες ζωής τους που θεωρούνται επικίνδυνες.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο του ιστορικού του μαστού και οι ερωτήσεις γι' αυτούς δεν πρέπει ποτέ να παραλείπονται.

Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι: το γυναικείο φύλο, η προχωρημένη ηλικία, η βεβαρημένη με καρκίνο ατομική και οικογενειακή κληρονομικότητα, η μεγάλη διάρκεια της γόνιμης περιόδου, η καθυστερημένη εγκυμοσύνη, η παράλειψη του θηλασμού, ο τόπος καταγωγής, η παχυσαρκία, η κατάχρηση λιπαρών ουσιών, η φτωχή δίαιτα σε βιταμίνες, χόρτα και φρούτα, το κάπνισμα, η κατάχρηση οινοπνεύματος, οι ακτινοβολίες, η λήψη θηλυκών ορμονών, η ύπαρξη κυτταρικής δυσπλασίας και ο καρκίνος του άλλου μαστού.

Πρέπει να τονιστεί ότι οι επιβαρυντικοί παράγοντες δε σημαίνουν ότι όποια γυναίκα τους έχει, θα πάθει υποχρεωτικά κάποτε καρκίνο του μαστού, αλλά και αντίστροφα δε σημαίνει πως όποια γυναίκα τους έχει δεν πρόκειται ποτέ να πάθει καρκίνο.

1. Εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε σχέση με την ηλικία

Είναι λανθασμένη η αντίληψη ότι ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται πιο συχνά στις νέες γυναίκες. Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα. Το 80% συμβαίνει μετά την ηλικία των πενήντα ετών. Δεν υπάρχει

καρκίνος του μαστού σε ηλικίες μικρότερες των είκοσι ετών και είναι εξαιρετικά σπάνιος μεταξύ είκοσι και τριάντα ετών. Στην πραγματικότητα, η συχνότητα του διπλασιάζεται κάθε δέκα χρόνια και μέχρι την ηλικία των εβδομήντα πέντε ετών. Μετά αρχίζει ελαφρά να μειώνεται. Δηλαδή σε γυναίκες εβδομήντα ετών έχει διπλάσια συχνότητα σε σχέση με αυτές των εξήντα ετών και τετραπλάσια σε σχέση με γυναίκες των πενήντα. Στη δεκαπενταετία πενήντα έως εξήντα πέντε ετών εμφανίζονται οι μισοί καρκίνοι του μαστού.

2. Περιοχές του μαστού που εμφανίζεται συχνότερα ο καρκίνος

Σχεδόν οι μισές περιπτώσεις (45%) εμφανίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο και στην ουρά του μαστού και ότι το 25% εμφανίζεται στην περιοχή της θηλής. Μόνο το 20% των καρκίνων προσβάλλουν το έσω (άνω και κάτω τεταρτημόρια).

3. Κληρονομικότητα και καρκίνος του μαστού

Είναι λανθασμένη η κοινή αντίληψη πως μόνο αν είχε καρκίνο του μαστού η μητέρα ή η γιαγιά μπορεί να πάθουν και τα παιδιά. Μόνο στο 30% των καρκίνων του μαστού υπάρχει κάποιας μορφής κληρονομική επιβάρυνση με βάση το οικογενειακό ιστορικό. Άρα το 70% είναι τυχαίοι και εμφανίζονται σε γυναίκες χωρίς γνωστό ιστορικό καρκίνου. Είναι όπως λέμε, σποραδικοί καρκίνοι του μαστού. Γι αυτό πρέπει όλες οι γυναίκες μεταξύ σαράντα και ογδόντα ετών, και όχι μόνο όσες είχαν τη μητέρα τους με καρκίνο του μαστού, να υποβάλλονται σε προληπτική κλινική εξέταση από ειδικό μαστολόγο και σε μαστογραφία.

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.

4. Γνωστές μεταλλάξεις γονιδίων καρκίνου του μαστού που να χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ιατρική

Έχουν βρεθεί μεταλλάξεις σε δυο τέτοια γονίδια και μπορούν να εξετασθούν σε ειδικά εργαστήρια Μοριακής Βιολογίας : BRA-1 και το BRA-2. Όπως είπαμε πιο πριν, αυτά δεν ευθύνονται για όλες τις μορφές καρκίνου του μαστού, αλλά μόνο για το ένα τρίτο από αυτές και λιγότερο από ένα δέκατο του

συνόλου των καρκίνων του μαστού. Παρά τις καθημερινές θριαμβολογίες στις τηλεοράσεις και τον Τύπο, η έρευνα βρίσκεται ακόμα στην αρχή του δρόμου.

Τα παραπάνω γονίδια στο γυναικείο πληθυσμό είναι σπάνια και μετάλλαξη τους βρίσκεται μόνο σε μια στις χίλιες γυναίκες περίπου. Άρα είναι ακόμα πολύ μικρή η χρησιμότητα των γονιδίων αυτών στην καθημερινή ιατρική πράξη, γι' αυτό και η εξέταση δεν έχει νόημα σαν εξέταση screening, χώρια που το κόστος της αγγίζει αυτή τη στιγμή τα 1800 ευρώ.

Οι υγιείς που φέρουν τη μετάλλαξη χωρίς να έχουν καρκίνο λέγονται φορείς και δεν είναι υποχρεωτικά γυναίκες.

5. Γυναίκες στις οποίες πρέπει να γίνεται εξέταση για μετάλλαξη των γονιδίων BRCA-1 και BRCA-2

Πρώτα εξετάζονται οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού που έχουν δυο η περισσότερους στενούς εξ αίματος συγγενείς με την ίδια πάθηση, ιδιαίτερα αν η νόσος εμφανίστηκε σε ηλικία μικρότερη των πενήντα ετών και τουλάχιστον σε δυο συνεχόμενες γενιές. Ως στενοί συγγενείς ορίζονται οι γονείς και τα αδέρφια τους (θείοι και θείες), τα αδέρφια, οι παππούδες και οι γιαγιάδες. Αν μια ασθενής βρεθεί θετική για μια από τις μεταλλάξεις, τότε εξετάζονται και τα παιδιά της, εφόσον το ζητήσουν. Εάν η ασθενής δεν ζει πια, τότε τα παιδιά της, μπορούν να ζητήσουν την εξέταση. Υπάρχουν πάντως περιπτώσεις όπου η διαρροή του θετικού αποτελέσματος της εξέτασης οδήγησε σε απόλυση από τη δουλειά, σε άρνηση ασφάλειας ζωής, σε διαζύγιο, σε ζήλιες μέσα στην οικογένεια μεταξύ θετικών και αρνητικών παιδιών και εχθρότητα προς τη μητέρα-φορέα της μεταλλάξεως. Κι όλα αυτά προτού καν εμφανισθεί η ασθένεια.

6. Συστάσεις στην έως σήμερα υγιή φορέα της μετάλλαξης των γονιδίων BRCA-1 και BRCA-2

Η πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού μια υγιής γυναίκα που βρέθηκε θετική στη μετάλλαξη αυτών των γονιδίων είναι μεγάλη και κυμαίνεται μεταξύ 50 και 80%. Έχει λοιπόν αυτή η γυναίκα πολλές πιθανότητες να πάθει καρκίνο του μαστού, χωρίς και αυτό να είναι απόλυτα σίγουρο. Αν όμως συμβεί, τότε η πρόγνωση δεν είναι καλή, διότι πρόκειται για εξαρχής πολύ επιθετική μορφή καρκίνου. Το τι θα συστήσουμε λοιπόν στη θετική γυναίκα είναι μια από τις δύσκολες ιατρικές αποφάσεις και ευτυχώς που πρόκειται για πολύ σπάνιες

περιπτώσεις.. Ας μη ξεχνάμε ότι απευθυνόμαστε συνήθως σε νέες κοπέλες που έχουν τουλάχιστον δυο στενές συγγενείς με καρκίνο του μαστού και είναι θετικές στη μετάλλαξη χωρίς οι ίδιες να έχουν τίποτα στο μαστό τους. Βέβαια έχουν συνήθως ζήσει από κοντά την ταλαιπωρία, ίσως ακόμα και το θάνατο προσφιλών τους προσώπων από τον καρκίνο του μαστού, και είναι ιδιαίτερα ανήσυχες. Έχουν να διαλέξουν ανάμεσα σε τρεις εναλλακτικές λύσεις:

Α) Να παρακολουθούνται στενά με τακτική κλινική εξέταση, υπερήχους και μαστογραφίες. Δυστυχώς, αυτό θα βοηθήσει μόνο το 20% των γυναικών, που παρότι έχουν τη μετάλλαξη, δε θα πάθουν τελικά καρκίνο. Για τις υπόλοιπες, όμως, η στενή παρακολούθηση και θεραπεία, αφού εμφανισθεί καρκίνος, δεν έχει αποδειχθεί αν αλλάζει τελικά την πρόγνωση, διότι πρόκειται για πολύ επιθετική μορφή καρκίνου, και η μαστογραφία, λόγω του νεαρού της ηλικίας, αργεί να δείξει τον καρκίνο.

Β) Άλλη εναλλακτική θεραπεία είναι η λήψη ταμοξιφαίνης, η οποία μειώνει κατά 50% την πιθανότητα καρκίνου, αλλά δεν τη μηδενίζει. Όμως και η λήψη ταμοξιφαίνης από νέες γυναίκες δημιουργεί σημαντικά προβλήματα.

Γ) Να αφαιρέσουν προληπτικά και τους δυο μαστούς τους πριν πάθουν καρκίνο. Πολύ δύσκολο όμως να προτείνουμε αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή σε μια νέα κοπέλα π.χ είκοσι πέντε ετών, που έχει μόνο θετικά γονίδια στα κύτταρα της, ενώ δεν έχει τίποτα στο μαστό της. Δεν είμαστε καν σίγουροι ότι θα πάθει κάποτε καρκίνο. Ξέρουμε ότι έχει κακές μεταλλάξεις, ξέρουμε ότι π.χ. η μητέρα και η γιαγιά της είχαν καρκίνο του μαστού και απλώς βασιζόμαστε στη στατιστική πιθανότητα να πάθει και αυτή καρκίνο, που αγγίζει το 80%. Η επέμβαση που της προτείνεται είναι η υποδόρια προληπτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή με άμεση-ταυτόχρονη ανακατασκευή των μαστών. Πρόκειται για μια επέμβαση με άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. Τότε η πιθανότητα καρκίνου του μαστού μηδενίζεται. Πρέπει οι γιατροί, με αγάπη αλλά και ευθύτητα, να δώσουν στην υγιή γυναίκα φορέα όλα τα δεδομένα και τις ακριβείς πιθανότητες και να πάρουν όλοι μαζί την τελική απόφαση, ανάλογα με τις δικές της επιθυμίες.

7. Καρκίνος του μαστού σε σχέση με τον καρκίνο της μήτρας.

Έχει βρεθεί ότι γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο της μήτρας έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν και καρκίνο του μαστού.

8. Κίνδυνος αμφοτερόπλευρης εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Οι γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο του ενός μαστού έχουν λίγο αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν και στον άλλο.

9. Ο ρόλος που παίζει η φυλή από την οποία προέρχεται μια γυναίκα

Οι νέγρες έχουν αυξημένη πιθανότητα αναπτύξεως καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις λευκές γυναίκες, ενώ οι Γιαπωνέζες τρεις φορές μικρότερη από τις λευκές.

10. Ο ρόλος που παίζει η περιοχή καταγωγής

Υπάρχουν περιοχές της γης όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός (ΗΠΑ, Δ. Ευρώπη) και περιοχές που είναι πιο σπάνιος. Στις ΗΠΑ οι γυναίκες έχουν τριπλάσιο αριθμό καρκίνων του μαστού από τις Γιαπωνέζες. (Εξαιρούνται οι περιοχές της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι, που εμφάνισαν καρκίνο από την ραδιενέργεια.). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν πιο πολλά επιβαρυντικά γονίδια στην Αμερική ή πιο πολλά <<προφυλακτικά>> γονίδια στην Ιαπωνία, και αφού οι άνθρωποι παντρεύονται μεταξύ τους αυτά τα γονίδια ανακυκλώνονται στις ίδιες γεωγραφικές περιοχές. Όμως αυτό δεν εξηγεί γιατί οι Γιαπωνέζες μεταναστεύουν στην Αμερική, χωρίς να έχουν ζευγαρώσει Αμερικάνους, αλλά πάλι με Ιάπωνες, παρουσιάζουν τέτοια αύξηση στους καρκίνους του μαστού, που στην επόμενη γενιά φθάνει στα αμερικανικά νούμερα. Μοναδική εξήγηση είναι ότι, φθάνοντας οι Γιαπωνέζες στην Αμερική, αποκτούν αμερικανικές διατροφικές συνήθειες στον τρόπο ζωής, πράγμα που σημαίνει ότι ο κίνδυνος βρίσκεται σε κάποιους εξωτερικούς παράγοντες και όχι μόνο στα γονίδια τους.

Στην Ελλάδα παρατηρείται μεγάλη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού τα μεταπολεμικά χρόνια, που φθάνει το διπλασιασμό ανά εικοσαετία. Τα γονίδια μας δεν άλλαξαν, ο τρόπος ζωής μας όμως...

11. Τροφές, που θεωρούνται ενοχοποιητικές και προφυλακτικές

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνων γενικά μειώνεται κατά 30% σε ανθρώπους που για χρόνια συνηθίζουν να τρώνε τροφές πλούσιες σε φρέσκιες φυτικές ίνες, δηλαδή φρούτα, χόρτα, σαλατικά, γιατί περιέχουν ουσίες που ασκούν

επισκευαστική δράση στο DNA των κυττάρων, προστατεύοντας έτσι από τον καρκίνο όχι μόνο του μαστού αλλά και άλλων οργάνων. Το ίδιο και η αποφυγή της καθημερινής κρεατοφαγίας με τα πολλά κορεσμένα λιπαρά. Μήπως αυτές είναι οι συνήθειες που άλλαξαν οι Γιαπωνέζες πηγαίνοντας στην Αμερική; Ας αποφύγουμε λοιπόν κι εμείς τις πολλές τυποποιημένες, κατεψυγμένες και ‘fast’ τροφές και ας επιστρέψουμε στις κλασικές μας διατροφικές συνήθειες, με τα λαδερά και όχι λιπαρά φαγητά.

Εξάλλου η υγιεινή διατροφή μας προφυλάσσει και από πολλές μορφές καρκίνου αλλά και από καρδιοπάθειες. Ας αλλάξουμε λοιπόν γρήγορα διατροφικές συνήθειες, γιατί ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται πολύ και στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, αφού κι εδώ κοντεύουμε να γίνουμε Αμερική.

12. Σχέση των οιστρογόνων με τον καρκίνο του μαστού

Τα οιστρογόνα, οι περίφημες θηλυκές ορμόνες της γονιμότητας, φαίνεται πως ευνοούν τον καρκίνο του μαστού. Ίσως έτσι εξηγείται γιατί οι άντρες εμφανίζουν καρκίνο του μαστού εκατό φορές πιο σπάνια από τις γυναίκες. Εξηγείται επίσης γιατί οι γυναίκες που είχαν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γονιμότητας στη ζωή τους θεωρούνται ελαφρά αυξημένου κινδύνου.

13. Το «γόνιμο χρονικό διάστημα» της ζωής μιας γυναίκας και ο ρόλος του

Όταν λέμε «γόνιμο χρονικό διάστημα» της ζωής μιας γυναίκας, εννοούμε τα χρόνια που μεσολαβούν από την ηλικία που άρχισε μέχρι την ηλικία που τελείωσε η έμμηνος ρύση της. Έχει βρεθεί ότι όσο περισσότερα χρόνια κράτησε η περίοδος μιας γυναίκας, όσο δηλαδή περισσότερες ωορρηξίες είχε στη ζωή της, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό.

Άρα μια γυναίκα που η περίοδος της άρχισε στα δέκα και τελείωσε στα πενήντα επτά έχει λίγο αυξημένη πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού από μια άλλη που η περίοδος της άρχισε στα δεκαπέντε και τελείωσε στα σαράντα πέντε, εφόσον βέβαια οι υπόλοιποι παράγοντες κινδύνου είναι ισότιμοι και για τις δυο.

14. Τα αντισυλληπτικά χάπια

Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο ότι η χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί μια ελάχιστη αύξηση του κινδύνου

ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό. Ο ελάχιστος αυτός κίνδυνος δεν είναι παντοτινός. Μειώνεται όταν περάσουν δέκα χρόνια από τη διακοπή των αντισυλληπτικών.

15. Οι πολλές απόπειρες εξωσωματικών γονιμοποιήσεων

Ισχύει και εδώ ότι και πριν. Υπάρχει ελάχιστα αυξημένος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου στο μαστό, ανάλογος με τη διάρκεια και τον αριθμό προσπαθειών που γίνονται για σύλληψη.

Σήμερα όμως, αφενός οι δόσεις των ορμονών που χρησιμοποιούνται είναι ελάχιστες σε σχέση με παλαιότερα και αφετέρου οι νεότερες τεχνικές επιτυγχάνουν τη σύλληψη πιο γρήγορα και πιο εύκολα. Θεωρείται λοιπόν ασφαλές και αξίζει τον κόπο να γίνονται εξωσωματικές γονιμοποιήσεις, αρκεί να γίνονται με τις σωστές ενδείξεις και να μη διαρκούν δέκα χρόνια.

16. Η οιστρογονική υποκατάσταση μετά την εμμηνόπαυση

Η χορήγηση οιστρογονικών - ορμονικών σκευασμάτων σε γυναίκες που μπαίνουν στην εμμηνόπαυση έχει τα υπέρ και τα κατά της. Τα οιστρογόνα είναι οι γυναικείες ορμόνες που, εκτός των θηλυκών χαρακτηριστικών που προσδίδουν στις γυναίκες, έχουν ακόμα δυο σπουδαίες ευεργετικές δράσεις.

1. Βοηθούν την καρδιά, μειώνοντας την πιθανότητα εμφράγματος σε σχέση με τους συνομηλικούς άνδρες, κάτι που όμως αμφισβητείται από αρκετούς ερευνητές τα τελευταία χρόνια.
2. Κρατούν το ασβέστιο στα οστά, μειώνοντας την πιθανότητα οστεοπόρωσης και πιθανότητας καταγμάτων των οστών.

Προκαλούν όμως μικρή αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ζυγίζοντας τα συν και τα πλην, θεωρείται ότι ωφελούνται οι γυναίκες που παίρνουν οιστρογόνα μέχρι δέκα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, γιατί προφυλάσσονται σημαντικά από τα οστεοπωρητικά κατάγματα, που είναι συνήθη σε γυναίκες προχωρημένης ηλικίας και που ενίοτε είναι και μοιραία.

Μετά τη δεκαετία, ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνεται λίγο περισσότερο. Μεγάλη συζήτηση και πολλές διαφωνίες υπάρχουν στο θέμα αυτό μεταξύ γιατρών, όλες είναι βασισμένες σε ερευνητικές μελέτες με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Να δώσουμε ορμόνες ή να μη δώσουμε όταν αρχίζει η εμμηνόπαυση; Θα λέγαμε ότι είναι ασφαλές να δώσουμε, τουλάχιστον, για τα πρώτα πέντε χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, και ότι πρέπει να το αποφεύγουμε σε

γυναίκες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού, εκτός κι αν υπάρχουν πολύ έντονα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα. Στην Αμερική και την Αγγλία, μεγάλο ποσοστό του γυναικείου πληθυσμού παίρνει ορμονική υποκατάσταση τουλάχιστον για πέντε έως δέκα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και πολλές φορές για μεγαλύτερο διάστημα, υπό μαστολογική παρακολούθηση. Υπάρχουν σήμερα τροποποιημένα οιστρογονικά υποκατάστατα, όπως το Tibolone (Livial) και το Raloxifene (Evista), που προστατεύουν από τα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα και την οστεοπόρωση, χωρίς να αυξάνουν την πιθανότητα για καρκίνο του μαστού. Κι όμως στην Ελλάδα δε συνηθίζεται.

17. Σχέση καρκίνου του μαστού με την ηλικία τεκνοποίησης

Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που γέννησαν το πρώτο παιδί τους πριν από την ηλικία είκοσι ετών, άγνωστο γιατί, έχουν μειωμένη πιθανότητα να πάθουν καρκίνο του μαστού.

18. Ο ρόλος του θηλασμού

Πολλά έχουν γραφτεί γύρω από αυτό το θέμα και δε συμφωνούν όλοι στην ίδια άποψη. Οι περισσότερες στατιστικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι ο θηλασμός για πάνω από τέσσερις μήνες μειώνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, μερικοί υποστηρίζουν ότι δεν έχει καμία επίδραση και κανείς ποτέ δεν υποστήριξε ότι βλάπτει.

Συνεπώς, είναι κάτι που ανεπιφύλακτα πρέπει να συνιστούμε στις μητέρες, δεδομένου ότι με βεβαιότητα κάνει καλό στα μωρά τους. Είναι κρίμα που στην Ελλάδα μόνο μία στις τρεις γυναίκες θηλάζει το μωρό της, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρότι οι δεσμοί της οικογένειας δεν είναι τόσο στενοί, το ποσοστό του θηλασμού φθάνει και το 60%. Η αιτία δεν είναι ότι οι Ελληνίδες μητέρες αγαπούν και φροντίζουν τα παιδιά τους λιγότερο από τις Ευρωπαίες. Είναι ότι σήμερα οι περισσότερες νέες μητέρες πρέπει να εργάζονται και, ιδιαίτερα στον σκληρό ιδιωτικό τομέα, παίρνουν λιγότερη άδεια λοχείας από όση δικαιούνται, γιατί φοβούνται μην απολυθούν.

19. Η παχυσαρκία θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού

Έχει παρατηρηθεί στατιστικά λίγο αυξημένη πιθανότητα θανάτου από καρκίνο του μαστού σε παχύσαρκες γυναίκες. Αυτό εξηγείται γιατί το λίπος περιέχει ένα ένζυμο που λέγεται αρωματάση και μετατρέπει κάποιες ορμόνες σε οιστρογόνα. Πιο πολύ το λίπος, πιο πολλή η αρωματάση, συνεπώς και πιο πολλή ορμόνη μετατρέπεται σε οιστρογόνα. Ορισμένοι όμως υποστηρίζουν πως αυτή η αυξημένη επιθετικότητα του καρκίνου οφείλεται απλώς και μόνο σε καθυστερημένη διάγνωση και έναρξη θεραπείας, γιατί ο όγκος κρύβεται πιο εύκολα μέσα στο μαστό λόγω παχυσαρκίας.

20. Οινόπνευμα και καρκίνος του μαστού

Τα τελευταία χρόνια, κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που για χρόνια καταναλώνουν πάνω από σαράντα γραμμάρια οινοπνεύματος τη μέρα έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι το οινόπνευμα, όπως και στα οιστρογόνα, αποσυντίθεται στο ήπαρ. Το οινόπνευμα προκαλεί βλάβη στα ηπατικά κύτταρα και αυτά δυσκολεύονται να αποσυνθέσουν και να αποβάλλουν τα οιστρογόνα. Έτσι, οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα.

Πριν όμως απαγορεύσουμε τελείως το ποτό, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας το καλό που μπορεί να κάνει λίγο ποτό σε κάποιες γυναίκες από ψυχολογική άποψη, καθώς επίσης και τη γνώση μας πως ένα δυο ποτήρια κόκκινου κρασιού κάνουν καλό στη καρδιά. Μια λογική συμβουλή θα ήταν να συστήνουμε στις γυναίκες που έχουν και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες να φυλάξουν τη διασκέδαση της οινοποσίας μόνο για ειδικές περιπτώσεις και να αποφεύγουν την κατάχρηση του αλκοόλ.

21. Κάπνισμα και καρκίνος του μαστού

Κάποιες έρευνες της δεκαετίας του '80 υποστήριξαν ότι το κάπνισμα ασκεί μια άγνωστη προστατευτική δράση, μειώνοντας λίγο την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, στηριζόμενες στο ότι το κάπνισμα ελαττώνει τα οιστρογόνα και επιταχύνει την εμμηνόπαυση. Όλες οι νεότερες έρευνες όχι μόνο δεν επιβεβαιώνουν αυτή την άποψη, αντιθέτως, δείχνουν λίγο αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού σε βαριές καπνίστριες για πολλά χρόνια.

Όποια και αν είναι η αλήθεια, το τσιγάρο ευθύνεται για τόσα άλλα κακά, τόσους άλλους καρκίνους και βλάβες της καρδιάς και των αγγείων, που αναμφίβολα πρέπει να αποθαρρύνεται η χρήση του.

22. Οι μαστογραφίες και οι ακτινογραφίες μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο

Όλες οι ακτινογραφίες εκπέμπουν ακτίνες X, που είναι μια αόρατη ιονίζουσα ακτινοβολία, επικίνδυνη σε μεγάλες δόσεις για τα κύτταρα. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως όλες οι ιονίζουσες ακτινοβολίες αυξάνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που την εποχή της φυματίωσης έκαναν συνέχεια ακτινογραφίες θώρακος είχαν πιο πολλούς καρκίνους του μαστού. Οι Γιαπωνέζες που δεν εξαϋλώθηκαν από τις ατομικές βόμβες στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι ανέπτυξαν μεταξύ πολλών άλλων μορφών καρκίνου και καρκίνο του μαστού με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τις συνομήλικες τους από άλλες περιοχές της Ιαπωνίας, όπου ο καρκίνος του μαστού δεν είναι πολύ συχνός. Και μάλιστα τόσο περισσότερο όσο πιο κοντά βρίσκονταν προς το επίκεντρο της έκρηξης.

Ο κάθε άνθρωπος έχει ανώτατο όριο ακτινοβολίας που μπορεί να δεχθεί με ασφάλεια. Για να πάθει καρκίνο, πρέπει να ξεπεραστεί σημαντικά αυτό το όριο, το οποίο όμως δεν είναι το ίδιο σε όλους και κανένας δεν μπορεί να ξέρει το δικό του. Τα κύτταρα μας επίσης έχουν κάποιου είδους μνήμη και αθροίζουν όλες τις ακτινοβολίες που έχουν δεχθεί στη διάρκεια της ζωής τους.

Οι μοντέρνες μαστογραφίες έχουν τόσο μικρή δόση ακτινοβολίας, που δεν προκαλούν καρκίνο ακόμα και αν μια γυναίκα κάνει μια μαστογραφία το χρόνο, για τριάντα χρόνια. Τέσσερις μαστογραφίες δίνουν τόση λίγη ακτινοβολία όσο μια απλή ακτινογραφία θώρακος, προστίθεται όμως και αυτή στη συνολική δόση που έχει δεχθεί μια γυναίκα. Συνεπώς, ενώ το κέρδος από μια μαστογραφία είναι τεράστιο, γιατί η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί ακόμα και μια ζωή να γλιτώσει, η δόση ακτινοβολίας που δίνει, είναι μικρή, αν και όχι εντελώς αμελητέα.

Όλες οι εξετάσεις που ακτινοβολούν τον άνθρωπο με ακτίνες X (αξονικές τομογραφίες, ακτινογραφίες, πυελογραφίες, αγγειογραφίες, στεφανιογραφίες κλπ) πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν πραγματικά χρειάζονται, να συστήνονται πάντα με περίσκεψη από τους γιατρούς και να μη γίνεται κατάχρησή τους, ιδιαίτερα σε νέα άτομα.

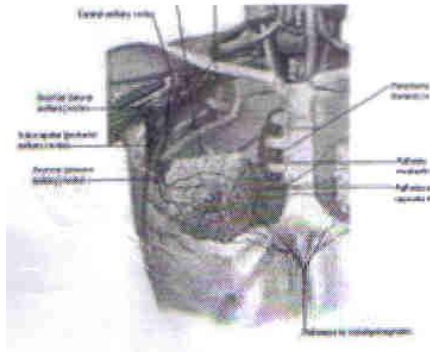
23.Ουσίες που προστατεύουν από τον καρκίνο του μαστού

Πολλές ερευνητικές εργασίες θεωρούν προστατευτικές ουσίες τις βιταμίνες D, C και E, με την έννοια όμως ότι μειώνουν κάπως την πιθανότητα προσβολής από τη νόσο, χωρίς να εξασφαλίζουν την ανοσία.

Δεν υπάρχει φάρμακο που να το παίρνουν υγιείς γυναίκες και να μην παθαίνουν ποτέ καρκίνο του μαστού. Αυτό θα ήταν το όνειρο όλων.

Υπάρχει όμως η ταμοξιφαίνη. Αυτό το φάρμακο χρησιμοποιείται κυρίως ως επικουρική θεραπεία για καρκίνο του μαστού μετά τη χειρουργική εκτομή και έχει βρεθεί ότι ελαττώνει τις μεταστάσεις και αυξάνει την επιβίωση σε μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες κατά 30%. Έχει χρησιμοποιηθεί προληπτικά σε υγιείς γυναίκες υψηλού κινδύνου με κληρονομικό καρκίνο, έχοντας μειώσει την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού κατά 50%. Δε χορηγείται προληπτικά στον πληθυσμό, γιατί προκαλεί εμμηνόπαυση, μπορεί να έχει παρενέργειες και τελικά να κάνει κακό αντί καλό. ^(10,11,12,13,14)

Κεφάλαιο 3^ο Εξέταση και διάγνωση του καρκίνου του μαστού



Η εξέταση του μαστού σαν μέρος της γενικής εξέτασης ασθενούς παραλείπεται κατά κανόνα από τους περισσότερους γιατρούς. Χάνεται η ευκαιρία της έγκαιρης διάγνωσης κάποιας πάθησης του μαστού και κυρίως του καρκίνου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών καταφεύγει στο γιατρό μετά από τυχαία συνήθως ανεύρεση ενός όγκου στο μαστό τους.

Υπολογίζεται ότι το 90% περίπου των κλινικών καρκίνων ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η δεύτερη εβδομάδα της περιόδου (9^η – 11^η ημέρα). Κατά τη χρονική αυτή περίοδο λόγω της ελάχιστης μορφολογικής επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός, με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων.

3.1 Ιστορικό

Με το ιστορικό παίρνονται πληροφορίες για την ηλικία της ασθενούς, την έναρξη και την παύση της εμμήνου ρύσεως καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμος ή όχι, τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών και αποβολών. Την ηλικία που είχε την πρώτη τελειόμηνο κύηση, αν είχε κάνει προκλιματηριακά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή εάν τώρα έχει κάνει χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου.

Λαμβάνονται πληροφορίες για προηγηθείσες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, για το χρόνο εμφάνισης της πάθησης, τους χαρακτήρες της, τη σχέση με το κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης του στη μητέρα, αδερφές και

προγόνους της ασθενούς, η ύπαρξη κυστικής μαστοπάθειας, καρκίνου στον άλλο μαστό, ή σε άλλο σημείο του σώματος (μήτρα, σιαλογόνοι αδένες, παχύ έντερο κ.α).

3.2 Επισκόπηση

Η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά στον εξεταστή όρθια ή καθιστή. Εξετάζεται το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Υπάρχουσα δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική, σε μερικές γυναίκες (ο αριστερός μαστός συνηθέστερα είναι μεγαλύτερος του δεξιού).

Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο επιφλέβου (ετερόπλευρο κυρίως), συρρίκνωσης ή προπέτειας, οιδήματος, ερυθρότητας και πάχυνσης που μπορεί να παίρνει τη μορφή <<φλοιού πορτοκαλιού>> (Peau d 'Orange).

Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εισολκής της θηλής, ρίκνωσης ή έκκρισης. Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισης της, επί εκρίσεως δε εκ της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο δυνατό να είναι ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό, γαλακτώδες κ.α.

Για να ολοκληρωθεί η επισκόπηση λέμε στην ασθενή:

1. Να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, οπότε εάν ο όγκος έχει καθήλωθεί στο μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός αυτός παραμένει πιο ψηλά από τον φυσιολογικό.
2. Να κάνει επίκυψη, οπότε ο πάσχω μαστός δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προσπίπτει.
3. Να φέρει τα χέρια της στη μέση (οσφύ) και να τα πιέσει οπότε αν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχω μαστός ανέρχεται ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό.

3.3 Ψηλάφηση

Μετά την ψηλάφηση μελετάμε τις διάφορες ανωμαλίες του μαστού, τη σύσταση του, μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη κάποιου όζου και να καθορίσουμε τη φύση του.

Η ασθενής τοποθετείται ύπτια στο εξεταστικό κρεβάτι. Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην ωμοπλάτη διευκολύνει την εξέταση.

Πριν την ψηλάφηση και εφόσον η ασθενής γνωρίζει την ύπαρξη του όζου, ερωτάται για τη θέση του. Η πληροφορία αυτή διευκολύνει τον εξεταστή. Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό. Έτσι αποκτά μια ιδέα για τη φυσιολογική κατάσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με το μαστό που πάσχει.

Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα και επίπεδα τα δάχτυλα με την παλαμιαία επιφάνεια και των δυο χεριών συνήθως, με κυκλικές ήπιες κινήσεις ασκώντας ταυτόχρονα ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά και καταλήγει στο άνω έξω και την ουρά του μαστού. Ολοκληρώνεται δε με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού.

Με την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχόν υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος, η παρουσία όζων οι οποίοι ανάλογα με την σύσταση τους, την κινητικότητα τους και τους λοιπούς χαρακτήρες τους χαρακτηρίζονται σαν καλοήθεις ή κακοήθεις. Μέτρηση σε εκατοστά του μέτρου της μεγαλύτερης διαμέτρου του όγκου φανερώνει και το μέγεθος του. Συνοχή του όγκου προς το δέρμα ελέγχεται με ελαφρά έλξη του υπερκείμενου δέρματος μεταξύ του αντίχειρα και του δείκτη.

Για την καλύτερη ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού, το σύστοιχο προς τη βλάβη άνω άκρο της ασθενούς φέρεται παράλληλα προς τον κορμό, κεκαμμένο και χαλαρό.

Το έσω ημιμόριο ψηλαφάται καλύτερα όταν το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο της ασθενούς τοποθετηθεί κεκαμμένο πάνω από το κεφάλι της.

Για τη διαπίστωση διήθησης του μείζονα θωρακικού μυός από τον όγκο, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής, ενώ ο εξεταστής μετακινεί τον όγκο κατά τον κάθετο οριζόντιο άξονα. Πίεση του άκρου από την ασθενή στη θέση αυτή με προορισμό ή και κατάργηση της κινητικότητας του όγκου κατά την προσπάθεια μετακίνησης του από τον εξεταστή, κατά τους δυο ανωτέρω άξονες, φανερώνει διήθηση του μυός από τον όγκο.

Για να διαπιστωθεί αν ο πρόσθιος οδοντωτός μυς διηθείται από όγκο που εντοπίζεται στο κάτω έξω τεταρτημόριο του μαστού η ασθενής φέρνει σύστοιχο άνω άκρο και πιέζει τον ώμο του εξεταστή, οπότε συσπάτε ο μυς και περιορίζεται

η κινητικότητα του όγκου. Η ψηλάφηση τελειώνει με την εξέταση της μασχαλιαίας κοιλότητας, των υπερκλειδίων και υποκλειδίων λεμφαδένων.

Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, ο εξεταστής λέει στην ασθενή να ακουμπήσει το δεξιό μπράτσο της πάνω στο αριστερό δικό του, το οποίο φέρεται στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη στραμμένη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάχτυλα του χεριού τεντωμένα και ενωμένα. Η ίδια διαδικασία, αλλά αντίστροφα, ακολουθείται για την εξέταση της αριστερής μασχάλης.

Λεμφαδένες 1 –2 τον αριθμό, διαμέτρου μικρότερης των 5 χιλ., σταθεροί ψηλαφώνται συχνά και δεν χαρακτηρίζονται ως σημαντικοί.

Αντίθετα λεμφαδένες σταθεροί στην ψηλάφηση, σκληροί, διαμέτρου μεγαλύτεροι των 5 χιλ., φανερώνουν διήθηση.

3.4 Κλινική εικόνα

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι η ψηλαφητή μάζα (77%). Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη, συνηθέστατα κατά την διάρκεια του μπάνιου της.

Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες παθήσεις καρκίνου του μαστού. Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορούν να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο.

Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος ιδιαίτερα στις μετακλιμακτηριακές γυναίκες.

Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.

Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού, λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του

μαστού. Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.

3.5 Εργαστηριακή διερεύνηση

I. Μαστογραφία



Είναι είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιδιώκουμε όχι την ανάδειξη ή επιβεβαίωση όγκων του μαστού, οι οποίοι κατά την κλινική εξέταση έχουν γίνει αντιληπτοί, αλλά την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης και κατ'εξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Τα καρκινώματα αυτά είναι δυνατόν να απεικονισθούν στη μαστογραφία:

1. Ως μικροαποτιτανώσεις, πολλαπλές λεπτοκοκκώδεις συρρέουσες, στρογγυλές ή επιμήκεις κατά την φορά των πόρων,
2. Σαν μια μικρή μάζα μέσα στον μαστό,
3. Σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγείωσης του μαστικού αδένου, συγκριτικά με τον άλλο μαστό.

Η χρησιμοποίηση σήμερα της μαστογραφίας χαμηλής δόσεως (low dose mammography), έκανε το είδος της ακτινογραφίας αυτής να κερδίσει έδαφος και να χρησιμοποιείται στα ευρύτατα.

Το δέρμα του μαστού με τη μέθοδο αυτή δέχεται μειωμένη ακτινοβολία (0,1 rad/film) συγκριτικά με τη συνήθη μαστογραφία. Η ποσότητα αυτή δεν θεωρείται σημαντική για να προκαλέσει βλαπτικές επιδράσεις, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε μεγάλες γυναίκες. Η μείωση της ακτινοβολίας δεν αλλοιώνει τη διαγνωστική αξία της τεχνικής αυτής.

Ευρήματα μαστογραφίας.

Τα ευρήματα στα οποία θα στηριχθεί η μαστογραφία για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα :

- 1. Η παρυφή του όζου.** Είναι ανώμαλη με ασαφή όρια. Σε μερικές μορφές καρκίνου (μυελοειδής, βλεννώδης), η παρυφή του όζου μπορεί να είναι περιγεγραμμένη, αλλά με ασαφή όρια.
- 2. Το μέγεθος του όζου.** Οι διαστάσεις του όζου στη μαστογραφία είναι μικρότερες από εκείνες που διαπιστώνονται κατά την ψηλάφηση.
- 3. Η ανώμαλη φορά των εκφορητικών πόρων.**
- 4. Οι αποτιτανώσεις.** Οι αποτιτανώσεις οφείλονται σε εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων και παρατηρούνται στο 35% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.
- 5. Τοπική συρρίκνωση του δέρματος.**
- 6. Πάχυνση του δέρματος.**
- 7. Αυξημένη αγγείωση.**
- 8. Μεταβολές της θηλής και της άλω.**

Εφαρμογές μαστογραφίας.

Η μαστογραφία βρίσκει εφαρμογή :

- 1.** Στην επιβεβαίωση μιας καλοήθους μάζας ή ενός καρκίνου.
- 2.** Στην αποκάλυψη ενός μη υποπευδόμενου πολυεστιακού ή αμφοτερόπλευρου καρκίνου.
- 3.** Στην ανίχνευση των όζων διαμέτρου κάτω του 1 εκατ. Που δεν είναι κλινικά αντιληπτοί (λανθάνοντες καρκίνοι).
- 4.** Σε όζους που είναι σχετικά μικροί σε μέγεθος, συγκριτικά με το μέγεθος του μαστού ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μεγάλο και πυκνό στη σύσταση μαστό.
- 5.** Όταν δεν υπάρχει κλινικά διαφορά στη σύσταση μεταξύ όζου και γειτονικού αδενικού ιστού.
- 6.** Σε τοπικό αναίτιο "νυγμώδες" άλγος. Κυρίως σε μεγάλες γυναίκες (υποψία καρκίνου).

7. Επί υπάρξεως υπόπτων κλινικά λεμφαδένων της μασχάλης χωρίς κανένα ψηλαφητό εύρημα από μαστό (εφόσον δεν υπάρχει άλλη πάθηση που να θεωρείται υπεύθυνη για τους διογκωμένους λεμφαδένες).
8. Στο περιοδικό προληπτικό έλεγχο (Screening) προσυμπτωματικών γυναικών κυρίως υψηλού κινδύνου (High risk).

Ενδείξεις μαστογραφίας

1. Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.
2. Σε γυναίκες πάνω από 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. ινώδη κυστική μαστοπάθεια), κάθε χρόνος έλεγχος, εφόσον το κρίνει σκόπιμο ο εξεταστής.
3. Επανεπιλημμένος προληπτικός περιοδικός έλεγχος (Screening), α. Σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού (μαστεκτομή). β. σε γυναίκες 40-49 ετών.

I. Όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου

II. Όταν έχουν αδερφές ή μητέρες με καρκίνο (οικογενειακό ιστορικό) και μάλιστα, όταν είναι αμφοτερόπλευρος και προ εμμηνόπαυσης.

Οι γυναίκες της ομάδας αυτής ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου γυναικών (High Risk).

Με τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο σε φαινομενικά υγιείς γυναίκες, πάνω από 6%ο περιπτώσεων καρκίνων ανιχνεύονται, εκ των οποίων μάλιστα το 80% έχει διηθημένους λεμφαδένες.

II. Ξηρογραφία

Πρόκειται για μια άλλη αξιόλογη ακτινολογική εξέταση του μαστού. Είναι μέθοδος <<ξηρά>> διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας.

Αντί για μαστογραφικό film χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες. Χρησιμοποιείται, όπως η μαστογραφία, ιδιαίτερα σε μεγάλες γυναίκες (άνω των 50) γιατί παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από της χαμηλής δόσης μαστογραφία.

Με την ξηρογραφία φαίνονται ευκρινέστερα : 1. οι λεπτοκοκκώδεις μικροαποτιτανώσεις (ασβεστώσεις), 2. τα όρια του καρκίνου και 3. οι μασχαλιαίοι

λεμφαδένες. Το ποσοστό της διάγνωσης του καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρογραφία ανέρχεται στο 90%.

III. Θερμογραφία

Πρόκειται για μια τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη μέθοδο, που μπορεί να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειασθεί. Χρησιμοποιείται τόσο μετά την κλινική εξέταση για συγκεκριμένο διαγνωστικό πρόβλημα όσο και για την προσυμπτωματική παρακολούθηση του πληθυσμού. Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται συνέχεια σε μαστογραφία. Με το να γίνεται πρώτα η θερμογραφία περιορίζονται οι μαστογραφίες σε ένα ποσοστό 13-36%.

Το πρόβλημα της θερμογραφίας είναι ότι καταγράφει κάθε αύξηση της θερμοκρασίας ανεξάρτητα από την αιτία της που μπορεί να είναι και μια απλή φλεγμονή. Ο καρκίνος αποτελεί εστία μεγαλύτερης θερμογένεσης συγκριτικά με τους συγκριτικούς ιστούς, δημιουργώντας έτσι προβλήματα διαγνωστικά.

Εμφανίζει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων (15-59%) γεγονός που την κάνει να θεωρείται σήμερα περιορισμένης διαγνωστικής αξίας.

IV. Υπερηχοτομογραφία

Περιορίζεται κυρίως για το διαχωρισμό, λόγω διαφορετικής απορρόφησης των υπερήχων, των συμπαγών από τους κυστικούς όγκους.

Ο διαχωρισμός όμως των συμπαγών όγκων σε καλοήθεις και κακοήθεις παρά την απόκτησα εμπειρία και τη βελτίωση της μεθόδου, είναι ακόμα πολύ δύσκολός. Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δεν χρησιμοποιείται για μαζικό έλεγχο (Screening) ασυμπτωματικών γυναικών αλλά περισσότερο σήμερα ως συμπληρωματική της μαστογραφίας εξέταση.

V. Πνευμοκυστογραφία

Ελέγχει την ομαλότητα του τοιχώματος μιας κυστικής εξεργασίας. Προς το σκοπό αυτό αφαιρείται ποσότητα υγρού και εισάγεται ίση ποσότητα αέρα. Ακολούθως εκτελείται μαστογραφία ή ξηρογραφία.

VI. Γαλακτογραφία

Η σκιαγράφιση του πάσχοντος πόρου γίνεται μετά από καθητηριασμό και έγχυση Υδατόδιαλυτού σκιαγραφικού. Παρέχει σημαντική βοήθεια στην εντόπιση θηλωμάτων. Σκιαγραφικό έλλειμμα μέσα στον πόρο με ομαλά ή ανώμαλα όρια, φανερώνει την ύπαρξη θηλώματος, χωρίς όμως να μπορεί να καθορίσει την ύπαρξη καρκινωμάτους εξαλλαγής. Στραγγαλισμός όμως και μετατόπιση των πόρων φανερώνει καρκίνο που διηθεί τα τοιχώματα τους.

VII. Κυτταρολογική εξέταση

Παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ανίχνευση καρκινικών κυττάρων, σε ύποπτο έκκριμα της θηλής του μαστού ή υγρού παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης. Δεν θεωρείται όμως απόλυτα αξιόπιστη μέθοδος δεδομένου ότι η συχνότητα των ψευδούς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ υψηλή και φθάνει το 25% περίπου των περιπτώσεων.

VIII. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα (Fine needle aspiration)

Με τη βοήθεια της λεπτής βελόνας (21G) σε σύριγγα 10 κ. εκ. αναρροφούνται κύτταρα από την ύποπτη βλάβη. Η αναρρόφηση γίνεται μετά από παρακέντηση του όγκου και με διαδοχικές έλξεις του εμβολίου (5-8 φορές). Με τον τρόπο αυτό λαμβάνεται μεγάλος αριθμός κυττάρων. Για ασφαλέστερο αποτέλεσμα γίνεται αναρρόφηση και από άλλη θέση του όγκου. Η μέθοδος αυτή βάζει διάγνωση ή υποψία κακοήθειας στο 90% των καρκίνων, μαζί δε με την κλινική εξέταση και την ξηρογραφία, το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 90%.

IX. Βιοψία διαβελώνης (Trucut Biopsi)

Υπό τοπική αναισθησία και με ειδική βελόνα παίρνονται μικρά τμήματα του όγκου από δυο διαφορετικά σημεία. Η ακρίβεια της μεθόδου εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος, τόσο αυξάνεται το θετικό διαγνωστικό αποτέλεσμα της μεθόδου. Έτσι για καρκίνους μεγέθους πάνω από 2 εκ., το αποτέλεσμα είναι θετικό πάνω από το 75 % των περιπτώσεων.

X. Ανοικτή βιοψία

Με τοπική ή συνηθέστερα γενική αναισθησία αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος ή η ύποπτη εστία και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.

Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλή μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

Άλλες εξετάσεις που γίνονται για την διαπίστωση του προχωρημένου κυρίως καρκίνου του μαστού και ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων είναι οι ακόλουθες:

- 1. Λεμφαγγείο-λεμφαδενογραφία** των επιχώριων λεμφαδένων. Βοηθά την ανίχνευση των διηθημένων λεμφαδένων που δεν είναι βασικά προσιτοί στην ψηλάφηση.
- 2. Λεμφοσπινθηρογράφημα** των έσω μαστικών λεμφαδένων. Με την βοήθεια ένεσης ραδιενεργού ουσίας (κολλοειδούς χρυσού κ.α), μπορούμε να ανιχνεύσουμε σε ποσοστό πάνω από 80% των περιπτώσεων διήθηση των έσω μαστικών λεμφαδένων.
- 3. Γενική αίματος, Τ.Κ.Ε., ασβέστιο αίματος, χοληστερίνη, αλκαλική φωσφατάση κ.α.**
- 4. Υδροξυπρολίνη των ούρων.** Προέρχεται από τη διάσπαση, λόγω μεταστάσεων, του νεοσυντεθέντος κολλαγόνου. Η αύξηση της τιμής της υδροξυπρολίνης προηγείται ενίοτε κατά πολλούς μήνες της ακτινολογικής διάγνωσης των οστικών μεταστάσεων.
- 5. Καλσιτονίνη πλάσματος.** Καλσιτονίνη μπορεί να παραχθεί στο καρκίνο του μαστού. Ο προσδιορισμός της στο πλάσμα του αίματος βοηθά την ταξινόμηση του καρκίνου.
- 6. Ακτινογραφία θώρακος και οστών.** Για να φανεί μια οστική μετάσταση σε μια συνηθισμένη ακτινογραφία, θα πρέπει να έχει διηθηθεί το οστόν σε ποσοστό 50-70% της μάζας του. Οι οστικές μεταστάσεις διακρίνονται βασικά σε δυο τύπους: α) τις **οστεολυτικές** που καταστρέφουν την οστέινη ουσία και μπορεί να προκαλέσουν αυτόματα κατάγματα, β) τις **οστεοπλαστικές** που συνδέονται από αντιδραστική υπερπλασία του οστού. Ο τελευταίος τύπος απαντά στο 5-10% των καρκίνων.
- 7. Σπινθηρογράφημα** οστών, ήπατος, εγκεφάλου. Με το σπινθηρογράφημα των οστών διαγιγνώσκονται οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό 25% των γυναικών εκείνων που θα εθεωρούντο αλλιώς ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο. Χαρακτηριστικό εύρημα του σπινθηρογραφήματος των οστών είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους και μάλιστα όταν η εστία αυτή της αυξημένης

πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα.

Κατάγματα, εκφυλιστικές νόσοι, κυφοσκολίωση και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του σκελετού προκαλούν κάποια αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου, πράγμα που μπορεί να δώσει ψευδώς θετικές για μεταστάσεις ερμηνείες.

Το ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα του ήπατος δια του σπινθηρογραφήματος είναι συχνό και ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 30%, ενώ το ψευδώς θετικό είναι σπάνιο. Κατά συνέπεια ένα θετικό σπινθηρογράφημα έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία από ένα αρνητικό.

3.6 Καρκινικοί δείκτες

Ο κλινικός εργαστηριακός έλεγχος του καρκίνου του μαστού, των τοπικών υποτροπών και των μεταστάσεων του, ολοκληρώνεται με την ανίχνευση των καρκινικών δεικτών (Tumor markers).

Πρόκειται για ουσίες, στην πλειονότητα τους αντιγόνα, που βρίσκονται κυρίως στην κυτταρική μεμβράνη των καρκινικών κυττάρων. Ανιχνεύονται με ανοσοβιολογικές μεθόδους στον ορό των ασθενών. Δεν είναι όμως ειδικοί για τον καρκίνο γιατί απαντούν και σε καλοήθεις παθήσεις. Οι μέχρι τώρα πιο συχνά καρκινικοί δείκτες, που ανιχνεύονται στον καρκίνο του μαστού, είναι οι εξής : α) T.P.α. (Tissue Peptid Antigen), β) C.E.A. (καρκινοεμβρυικό αντιγόνο. Φ.Τ. μέχρι 5 ng/ml). Σε μικρότερη αναλογία απαντούν οι : 1. CA-125, 2. CA19-9, 3. B₂-μικρολευκωματίνη, 4.β. h.G.C. (β-χορειακή γονοδωτροπίνη), 5. neopterin, 6. A.F.P. (α-εμβρυική σφαιρίνη) κ.α.

Η ανεύρεση πιο πρόσφατα του αντιγόνου CA 15-3. Ειδικού του καρκίνου του μαστού (σε μικρή αναλογία απαντά σε καλοήθεις παθήσεις), βοήθησε πολύ την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου και παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου προ και μετά θεραπείας.

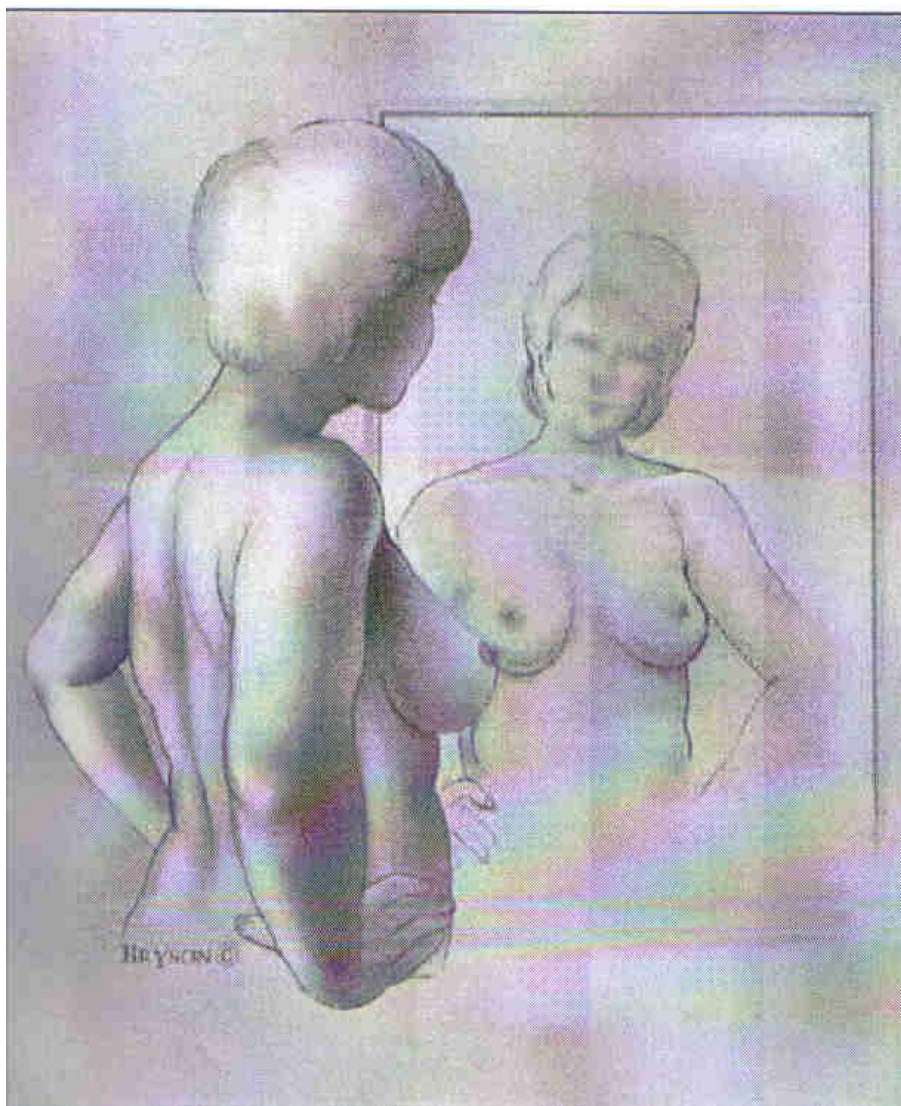
Η δυνατότητα ανίχνευσης, με ανωσοσπινθηρογραφικό έλεγχο, του συμπλέγματος μονοκλωνικού αντισώματος-αντιγόνου CA15-3, βοηθά την εντόπιση της μεταστατικής εστίας της νόσου στο 75-90% των περιπτώσεων. Τούτο βρίσκει πρακτική εφαρμογή στον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας, αλλά και στην παρακολούθηση του αποτελέσματος.¹

3.7 Αυτοεξέταση

Αποβλέπει στη νόσο των δυνατών έγκαιρη διαπίστωση μιας ψηλαφικής μάζας στο μαστό από την ίδια τη γυναίκα. Επιβάλλεται όλες οι γυναίκες πάνω από 30 χρονών κυρίως, να υποβάλλονται σε αυτοεξέταση, λόγω του ότι περισσότερο από 95 % των καρκίνων του μαστού εμφανίζονται μετά από αυτήν την ηλικία.

Πρέπει να γίνεται κάθε μήνα και κατά τον ίδιο χρόνο. Στις προεμμηνοπασυσιακές γυναίκες στην 9^η – 11^η μέρα του κύκλου. Με την αυτοεξέταση, η γυναίκα εξοικειώνεται με το μαστό της και έχει τη δυνατότητα να διαπιστώσει οποιαδήποτε μεταβολή. ^(16,17,18)

ΒΗΜΑ 1^ο

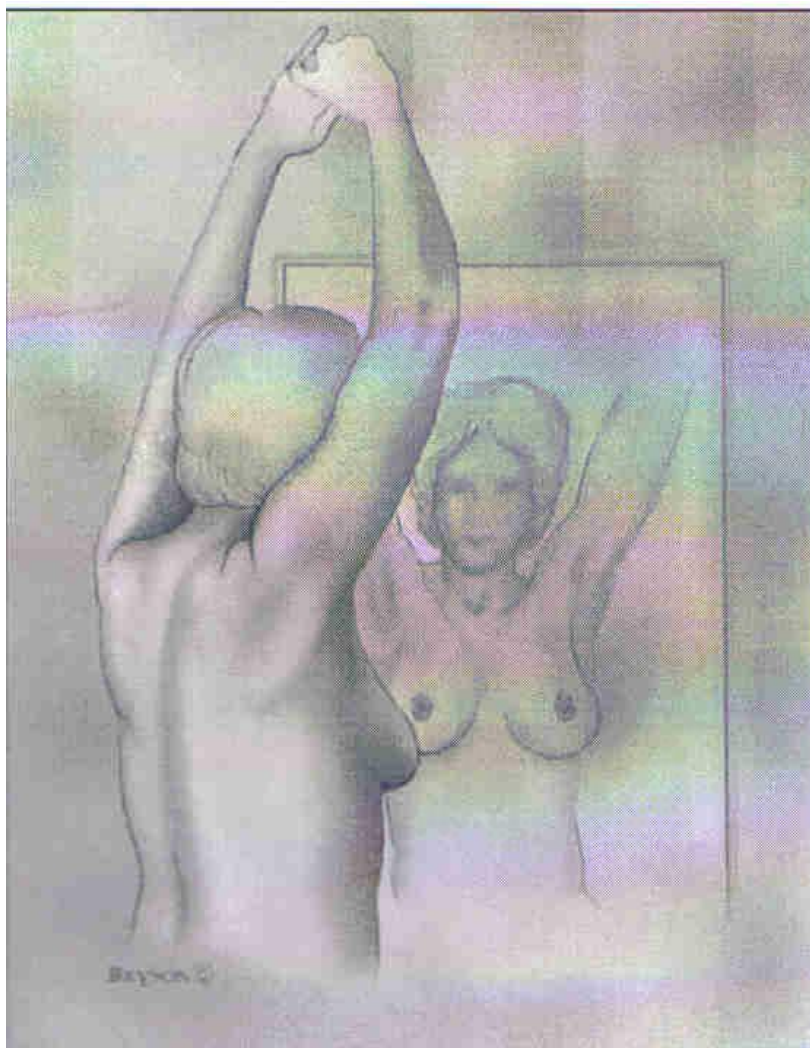


Ξεκινήστε

κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη. Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι. Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση :

- Εισολκή δέρματος ή θηλής.
- Δέρμα σαν << φλοιός πορτοκαλιού >>
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από τη θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα

ΒΗΜΑ 2°

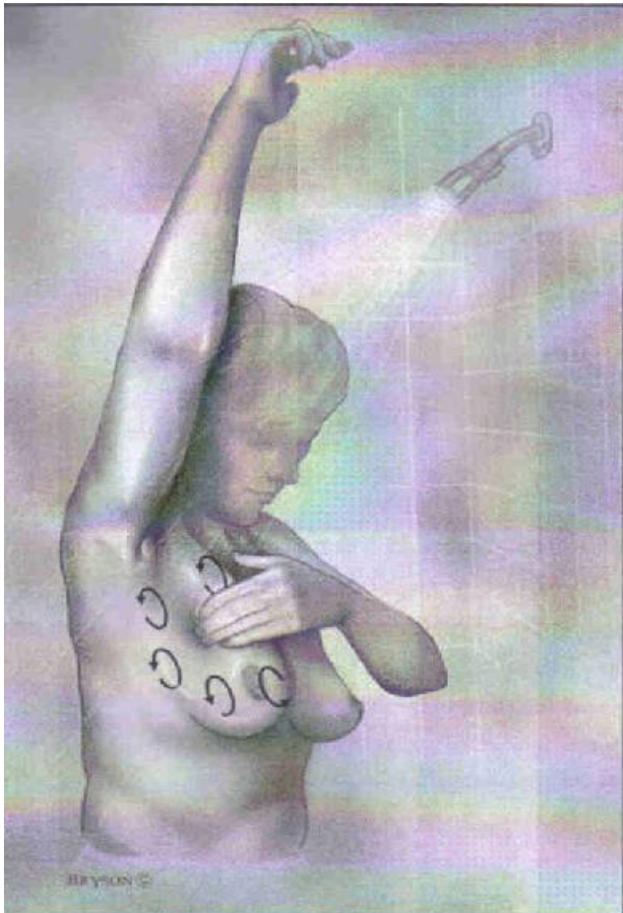


Σηκώστε τα χέρια και παρατηρήστε για τα ίδια σημεία. Ακολουθώως πιέστε και τις δυο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Τα ο υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα.

ΒΗΜΑ3ο

Ξαπλώστε και εξετάσετε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας, μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθείστε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Προσπαθήστε να αισθανθείτε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο.

ΒΗΜΑ 4^ο



Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο.

Κεφάλαιο 4^ο Νεοπλάσματα

4.1 Ινοαδενώματα



Εμφανίζονται συχνότερα σε νεαρές γυναίκες και μάλιστα μεταξύ 20-30 ετών. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους εντοπίζονται στο άνω έξω τετατημόριο του μαστού. Συνήθως είναι μονήρη, χωρίς να αποκλείονται και τα πολλαπλά. Είναι απερίγραπτοι όγκοι, με κάψα, υπόσκληρης συστάσεως και σχήματος συνήθως υποστρογγυλού ή λοβωτού, σε σπάνιες περιπτώσεις. Στην διατομή έχουν λευκόφαιη χροιά με ροδοκίτρινες περιοχές. Οι τελευταίες αντιστοιχούν στα αδένια. Όπως συνάγεται και από τον ορισμό τους τα ινοαδενώματα έχουν διπλό το νεοπλασματικό τους στοιχείο. Δηλαδή αποτελούν νεοπλασία του συνδετικού της υποστρώματος και των αδενικών στοιχείων.

Άλλοτε η συμμετοχή του συνδετικού ιστού είναι μικρή οπότε έχουμε τα περισωληνώδη ινοαδενώματα. Αυτά ιστολογικά αποτελούνται από υποστρογγυλα σωληνώδη αδενικά στοιχεία που περιβάλλονται από μέτρια πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό. Άλλοτε η συμμετοχή του συνδετικού ιστού είναι έντονη. Μικροσκοπικά παρατηρείται άφθονος και ποικίλης κυτταροβρίθειας συνδετικός ιστός, ο οποίος πιέζει και παραμορφώνει έντονα ή και σχισμοειδώς τα αδενικά στοιχεία.. Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για τα ενδοσωληνώδη ινοαδενώματα. Συνήθως τα ινοαδενώματα έχουν διάμετρο 2-3 εκ. σε ορισμένες όμως περιπτώσεις και κυρίως τα ενδοσωληνώδη ινοαδενώματα παίρνουν μεγάλες διαστάσεις οπότε ονομάζονται γιγάντια ινοαδενώματα. Μια ιδιαίτερη κατηγορία των τελευταίων είναι το φυλλοειδές κυστοςάρκωμα. Η ονομασία του οφείλεται στη φυλλοειδή διαμόρφωση της επιφάνειας διατομής. Δεν είναι όμως πάντοτε κακοήθεις, όπως θα μπορούσε να υποτεθεί από την ονομασία του. Κατά κανόνα εξαλλάσσονται τα ενδοσωληνώδη και όχι τα περισωληνώδη ινοαδενώματα. Η κακοήθης εξαλλαγή συνήθως αφορά στο συνδετικό υπόστρωμα και σπανιότερα στα αδενικά στοιχεία. Δηλαδή, πρόκειται για σάρκωμα και όχι αδενοκαρκινώματα..

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατό να πρόκειται για αμιγές σωληνώδες αδένωμα, χωρίς δηλαδή νεοπλασματική συμμετοχή του υποστρώματος. Μια ιδιαίτερη υποκατηγορία του τελευταίου είναι το εκκριτικό αδένωμα (lactating adenoma). Επίσης μια σπάνια μορφή αποτελεί το κυσταδένωμα του μαστού.

Ορισμένοι συγγραφείς αμφισβητούν την πραγματική νεοπλασματική φύση των ινοαδενωμάτων. Τα θεωρούν σαν εστιακές υπερπλασίες του μαστικού αδένου λόγω τοπικής υπερευαισθησίας στα οιστρογόνα. Στην περίπτωση αυτή γίνεται συσχέτιση με την ινοκυστική νόσο.

4.2 Θήλωμα και θηλώδες καρκίνωμα μαστού



Τα θηλώματα του μαστού αντιστοιχούν σε θηλώδεις σχηματισμούς εντός των εκφορητικών πόρων ή μέσα σε κύστες. Μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά. Η θηλαμάτωση των πόρων αποτελεί ένα στοιχείο της ινοκυστικής μαστοπάθειας.

Τα καλοήγη μονήρη θηλώματα αναπτύσσονται μέσα σε εκφορητικό πόρο, συνήθως κυστικά διευρυμένο και μάλιστα κοντά στη θηλή του μαστού. Η διάμετρος τους δεν ξεπερνά το 1 εκ.

Μικροσκοπικά οι θηλές αποτελούνται από λεπτούς αγγειοσυνδετικούς άξονες που καλύπτονται από ένα ή δυο στίχους κυβοκυλινδρικών επιθηλιακών κυττάρων. Συνήθως δεν υπάρχει κυτταρική ατυπία και πρόκειται για καλοήθειες επεξεργασίες. Μερικές περιπτώσεις όμως χαρακτηρίζονται από προϊόντα κυτταρική ατυπία, αναπλασία και διήθηση του συνδετικού υποστρώματος, του μίσχου και πλέον. Στις οριακές περιπτώσεις υπάρχει δυσκολία ιστολογικής διαφορικής διαγνώσεως μεταξύ καλοήθειας και κακοήθειας δηλαδή μεταξύ θηλώματος και θηλώδους καρκινώματος.

4.3 Καρκίνωμα (αδενοκαρκίνωμα) μαστού



Η αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του μαστού δεν είναι εξακριβωμένη. Φαίνεται ότι κάποιος παράγοντας του περιβάλλοντος το πιθανότερο ιός, παίζει τον ρόλο του αρχικού καρκινογόνου. Το τελευταίο υποβοηθείται από ευοδωτικούς παράγοντες, που φαίνεται να είναι ορμονικοί.

Η ιογενής αιτιολογία ξεκίνησε από το γεγονός ότι τα ποντίκια ενός ορισμένου στελέχους παρουσιάζουν όπως και οι μητέρες τους καρκίνο του μαστού όταν θηλάσουν. Από το γάλα των ποντικιών αυτών απομονώθηκε ένας ιός RNA. Όσον αφορά στις γυναίκες βρέθηκαν στο γάλα και στο μαστικό ιστό με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σωματίδια ταυτόσημα με RNA ισώματα.. Επίσης βρέθηκε και ανάστροφη τρανσκριπτάση που χαρακτηρίζει τους RNA καρκινογόνους ιούς. Παρόλα αυτά θα πρέπει να τονισθεί ότι ο αρχικός ενθουσιασμός για την Διογένη πρόκληση του ανθρώπινου καρκίνου του μαστού έχει προχωρήσει σημαντικά.

Όσον αφορά στην καρκινογόνο σημασία των ορμονών θα πρέπει να τονιστεί ότι οι μαρτυρίες στην πλειονότητα είναι επιδημιολογικές και στατιστικές. Έχει παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος αναπτύσσεται συχνότερα σε μαστούς που δεν έχουν λάβει την πλήρη ανατομική και λειτουργική τους ανάπτυξη νωρίς κατά την ενηλικίωση ή σε μαστούς που είχαν προηγουμένως καλοήθη ινοκυστική νόσο. Μεγάλη σημασία έχουν τα σχετικά επίπεδα των οιστρογόνων στο αίμα, όπως της οιστρόνης, της οισταρδιόλης και της οιστριόλης κατά την πρώτη δεκαετία μετά την εφηβεία. Η οιστρόνη είναι η πιο καρκινογόνος, ενώ η οιστριόλη πιθανώς ασκεί προστατευτική δράση, όπως επίσης και προγεστερόνη. Οι δυο αυτές ορμόνες είναι αυξημένες στην κύηση. Η κύηση σε νεαρή ηλικία, οι πολλαπλές κυήσεις και η πρόωμη εμμηνόπαυση ελαττώνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Προφανώς οι καταστάσεις αυτές συνοδεύονται από διακοπή ή ελάττωση της δράσεως της οίστρου. Οι γαλακτοπαραγωγικές αγγελάδες ποτέ δεν παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού. Η μακροχρόνια χορήγηση οιστρογόνων σε ασθενείς με

καρκίνο προστάτη συνδέεται με ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Πάντως υπάρχουν και ορισμένα αρνητικά ευρήματα όπως η μη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά, η μη αύξηση της συχνότητας σε γυναίκες που παίρνουν οιστρογόνα, σαν αγωγή υποκαταστάσεως μετά την εμμηνόπαυση. Τα οιστρογόνα προκαλούν υπερπλασία των εκφορητικών πόρων στο φυσιολογικό μαστό.

Δεσμεύονται από υποδοχείς που υπάρχουν κυρίως στο κυτταρόπλασμα των επιθηλιακών κυττάρων. Ανάλογοι υποδοχείς οιστρογόνων βρίσκονται στα καρκινωματώδη κύτταρα σε 70% περίπου των καρκινωμάτων του μαστού. Φαίνεται μάλιστα ότι υπάρχει και συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας των υποδοχέων αυτών της αποτελεσματικότητας της ορμονοθεραπείας. Οι υποδοχείς αυτοί ανιχνεύονται κυρίως με βιοχημική μέθοδο της ανοσοπεροξειδάσης.

Όσον αφορά στον καθορισμό και την αξιολόγηση των γενετικών προδιαθεσιακών παραγόντων στην πρόκληση του καρκίνου του μαστού υπάρχει μεγάλη δυσκολία. Φαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις μεγαλύτερη σημασία έχει η επίδραση ιών ή ορμονών και γενικά παραγόντων του περιβάλλοντος παρά προδιαθεσικοί ή κληρονομικοί παράγοντες.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος ανάμεσα στο γυναικείο πληθυσμό, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε Παγκόσμια κλίμακα. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι 100 φορές μικρότερη από ότι στις γυναίκες^(19,20)

Κεφάλαιο 5^ο Καρκίνος του μαστού στον άνδρα



Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι εξαιρετικά σπάνιος. Παρατηρείται 1 καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες. Αφορά συνήθως άνδρες ηλικίας πάνω των 50 ετών.

Κλινική εικόνα. Χαρακτηρίζεται από μια ανώδυνη μάζα κάτω από την άλω, που μπορεί να συνοδεύεται με έκκριση από τη θηλή, οροαιματηρή ή σπανιότερα ορώδη. Η έκκριση ενδέχεται να είναι και το πρώτο σύμπτωμα της νόσου. Η εμφάνιση της συνοδεύεται συνήθως από καρκίνο στο 75% των περιπτώσεων. Εισολκή της θηλής, διάβρωση ή εξέλκωση του δέρματος, ιδιαίτερα σε προχωρημένους καρκίνους, αποτελεί όχι σπάνιο γεγονός κατά την προσέλευση του ασθενή.

Οι μισοί τουλάχιστον ασθενείς απ' αυτούς που προέρχονται για εξέταση έχουν ήδη διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες, κατά το χρόνο αυτό. Η καθήλωση του όγκου στη θωρακική περιτόνια, λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού και της αργοπορημένης προσέλευσης είναι συνηθισμένη. (Το 25-30% των ασθενών έχουν προχωρημένη τοπικά νόσο κατά το χρόνο εξέτασης).

Διάγνωση-Θεραπεία. Η διάγνωση, η σταδιοποίηση του ανδρικού καρκίνου, είναι ίδια προς εκείνη του γυναικείου καρκίνου. Το ποσοστό ανίχνευσης των ορμονικών υποδοχέων είναι συχνότερο στον ανδρικό καρκίνο, από το γυναικείο.

Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία ή ριζική μαστεκτομή αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στο χειρουργήσιμο ανδρικό καρκίνο.

Επικουρική χημειοθεραπεία όπως και στο γυναικείο καρκίνο, χωρίς να υπάρχει ανάλογη εμπειρία επί του παρόντος, λόγω του περιορισμένου συγκριτικά αριθμού περιπτώσεων.

Στο προχωρημένο στάδιο (μεταστατικό) ανδρικό καρκίνο, η ορχεκτομή αποτελεί θεραπεία εκλογής. Ασκεί αντικειμενική υποχώρηση της νόσου στο 60-70% των ασθενών με μέση διάρκεια ύφεσης 30μήνες (ποσοστό ανταπόκρισης και διάρκεια ύφεσης διπλάσιο από εκείνο των γυναικών που απαντούν στην ωοθηκεκτομή).

Τα οιστρογόνα (Tamoxifen) συναγωνίζονται θεραπευτικά την ορχεκτομή, την οποία δύνανται να αντικαταστήσουν επιτυχώς.

Ευεργετικά επιδρά και η Aminoglutethimide, ενώ τα οιστρογόνα έχουν μικρότερη επίδραση. Από αυτά η Diethylstilbestrol, όταν χρησιμοποιείται σε δόση 5 mg, τρεις φορές την ημέρα από του στόματος φαίνεται ότι έχει καλύτερο αποτέλεσμα.

Διαφορική διάγνωση. Θα γίνει από 1. γυναικομαστία και 2. από μεταστατικό καρκίνο του μαστού (δευτεροπαθής) που οφείλεται σε καρκίνο κάποιου άλλου οργάνου, συνήθως προστάτη.

Η πρόγνωση είναι χειρότερη από το γυναικείο καρκίνο. Τούτο οφείλεται στους γειτονικούς λεμφαδένες και ύπαρξη μεταστάσεων σε μακρινά όργανα, κατεξοχήν στα οστά, κατά τη στιγμή της διάγνωσης (οι μεταστάσεις μπορεί να είναι λανθάνουσες και να μην γίνουν φανερές για μεγάλο χρονικό διάστημα).

Η πενταετής επιβίωση του ανδρικού καρκίνου ανέρχεται σε 80% ενώ πέφτει κάτω του 30% όταν διηθούνται. Προδιαθεσιακοί παράγοντες οι οποίοι ενοχοποιούνται για την εμφάνιση καρκίνου στον άνδρα είναι:

1. Η γυναικομαστία (αμφισβητείται)
2. Η μεγάλη οικογενής εντόπιση. Γυναίκες με καρκίνο του μαστού ενοχοποιούνται για αυξημένη επίπτωση του καρκίνου σε άνδρες του συγγενικού τους περιβάλλοντος.
3. Προηγηθείσα έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία.
4. Η διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων.
5. Το σύνδρομο Klinefelter.
6. Ατροφία όρχεως - ορχίτις.
7. Θεραπευτική λήψη οιστρογόνων (σε καρκίνο προστάτη).

Κεφάλαιο 6^ο Θεραπεία καρκίνου του μαστού

Εισαγωγή

Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο ευρίσκεται ο καρκίνος του μαστού.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σταδίου I και II (χειρουργήσιμος καρκίνος), είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του σταδίου III και IV (μη χειρουργήσιμος καρκίνος). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνίσταται στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχώριων διηθημένων λεμφαδένων αφενός, αφετέρου δε στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων.

Μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό είναι τα ακόλουθα:

- A. χειρουργική θεραπεία
- B. ακτινοθεραπεία
- Γ. χημειοθεραπεία
- Δ. ορμονοθεραπεία

Χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού

Στάδιο I και στάδιο II

6.1 Χειρουργική θεραπεία

Από την εποχή που ο Halsted (1891) περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχείρηση αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Εν συνεχεία όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μια τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις, με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

1. Ριζική μαστεκτομή (Halsted). Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) καθώς και

καθαρισμό της μασχάλης , εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%). Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις, επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί το μείζονα θωρακικό μυ.

2. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σε αυτές τις περιπτώσεις.
3. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός και καθαρισμό της μασχάλης.
4. Απλή μαστεκτομή. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.
5. Τμηματική μαστεκτομή. Αυτή εκτός από καθαρισμό συνήθως της μασχάλης, δυνατόν να περιλαμβάνει προς αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας είτε εκτομή ολόκληρου τεταρτημορίου (τεταρτημοριεκτομή), είτε ευρεία τοπική εκτομή του όγκου με αφαίρεση του γύρω υγιούς αδενικού ιστού, έκτασης 2 εκ. περίπου, ή τοπική εκτομή του όγκου (ογκοεκτομή).

6.2 Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε μικρότερο βαθμό και σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων. Ενώ προφυλάσσει από την τοπική υποτροπή σε μεγάλο βαθμό, δεν είναι σίγουρο εάν και κατά πόσο μπορεί να παρατείνει την επιβίωση. Για τούτο η ακτινοθεραπεία σήμερα έχει σχεδόν υποκατασταθεί με χημειοθεραπεία μετεγχειρητικά, όπου και τις τοπικές υποτροπές μπορεί να μειώσει αλλά και τη συστηματική νόσο να ελέγξει.

6.3 Επικουρική χημειοθεραπεία

Γενική είναι η διαπίστωση κατά την τελευταία δεκαετία, ότι μεγάλος αριθμός ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο μαστού εμφανίζει μη κλινικά φανερές μεταστάσεις (μικρομεταστάσεις), κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου.

Σημαντική βελτίωση εξάλλου από πλευράς χρόνου υποτροπής και πενταετούς επιβίωσης επιτυγχάνεται όταν η χειρουργική θεραπεία ακολουθείται από επικουρική χημειοθεραπεία.(Adjuvant chemotherapy).

Η επικουρική χημειοθεραπεία συνίσταται σε ασθενείς που έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και υποκλινικών μεταστάσεων (π.χ. 1-3 διηθημένοι αδένες, πιθανότητα μεταστάσεων 45%, 13 και άνω 87%).

6.4 Επικουρική ορμονοθεραπεία

Σε ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, χορηγούνται αντιοιστρογόνα ως επικουρική ορμονοθεραπεία. Η ορμονοθεραπεία αυτή στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, συνδυάζεται με χημειοθεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός αυξάνει το ευεργετικό αποτέλεσμα των φαρμάκων.

Μη χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού

A. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος του μαστού

Στάδιο III

Τα κλινικά κριτήρια που χαρακτηρίζουν τον τοπικά προχωρημένο καρκίνο είναι ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. Μεγάλο μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (πάνω από 5 εκ.).
2. Διήθηση του υπερκείμενου δέρματος.
3. Δορυφόροι δερματικές εντοπίσεις.
4. Εκτεταμένο ενδοδερμικό οίδημα.
5. Καθήλωση στους εν τω βάθει ιστούς (θωρακικό τοίχωμα).
6. Καθήλωση των μασχालιαίων λεμφαδένων.
7. Διόγκωση των υπερκλείδιων λεμφαδένων.

Αν και η ακτινοθεραπεία θεωρείται σαν αγωγή πρώτης επιλογής στον προχωρημένο τοπικά καρκίνο του μαστού, συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας επί θετικών ορμονουποδοχέων, φαίνεται ότι αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού στο στάδιο αυτό.

I. Χειρουργική θεραπεία

Ανακουφιστική εκτομή της καρκινικής μάζας ή και μαστεκτομή ακόμα μπορεί να γίνει, προ ή μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

II. Ακτινοθεραπεία

Μόνη της η ακτινοθεραπεία και μάλιστα σε ψηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσει τοπικό έλεγχο του προχωρημένου τοπικά καρκίνου του μαστού. Ο έλεγχος αυτός είναι ανάλογος με τη χρησιμοποιούμενη δόση ακτινοβολίας π.χ δόση ακτινοβολίας 600 rads για 8 εβδομάδες κάνει τοπικό έλεγχο στο 72% του όγκου, ενώ σε μεγαλύτερη δόση το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 78%, αντίθετα σε μικρότερη δόση ο έλεγχος πέφτει στο 39%.

III. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία μόνη της μπορεί να περιορίσει ή και να εξαφανίσει τον πρωτοπαθή όγκο βοηθώντας ταυτόχρονα στην καταπολέμηση των υποκλινικών μεταστάσεων που πρέπει λογικά να είναι πιο πολλές στο προχωρημένο στάδιο.

Διάφορα θεραπευτικά σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων έχουν επινοηθεί με ποικίλλεις τρόπους χορήγησης.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία. Ανοσοθεραπεία και ορμονοθεραπεία εφαρμόζονται επίσης στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού.

B. Προχωρημένος καρκίνος του μαστού με μακρινές μεταστάσεις

Στάδιο IV

Εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις, η θεραπευτική μας ενέργεια στο στάδιο αυτό δεν μπορεί να έχει παρά μόνο χαρακτήρα παρηγορητικό. Η επιβίωση στο στάδιο αυτό είναι περιορισμένη η δε πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση και τη βαρύτητα των μεταστάσεων.

Εντόπιση της νόσου στα μαλακά μόρια θεωρείται καλύτερης πρόγνωσης από τα οστά και τα σπλάχνα. Συνδυασμός διαφόρων εντοπίσεων δεν είναι ασυνήθης.

I. Χειρουργική θεραπεία

Η νόσος λόγω της διασποράς που έχει κάνει είναι ανίατη με χειρουργικά μέσα. Η χειρουργική εφαρμόζεται σε ορισμένες περιπτώσεις για εξαίρεση της βλάβης και διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.

II. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία 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 λεμφαδένες διηθήσεις της υπερκλείδιας τραχηλικής χώρας ως και του μεσοθωρακίου, για την άρση πιεστικών φαινομένων από τις αδενικές μάζες και δ. είτε για τον έλεγχο του πόνου είτε για την αποφυγή αυτόματου κατάγματος σε οστικές βλάβες.

III. Ορμονοθεραπεία

Ενώ περιορισμένες βλάβες της νόσου μπορεί να ελεγχθούν με τοπική θεραπεία όπως αναφέραμε, αντίθετα οι εκτεταμένες βλάβες απαιτούν συστηματική θεραπεία, ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή συνδυασμό αμφοτέρων.

IV. Χημειοθεραπεία

Εφαρμόζεται με τα ίδια κριτήρια και σχήματα, τόσο στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς, όσο και στις μεταεμμηνοπαυσιακές.

Ενδείξεις Χημειοθεραπείας

- A. Επί ύπαρξης σπλαχνικών μεταστάσεων
- B. Σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς.
- Γ. Σε ασθενείς με ταχύτητα εξελισσόμενη νόσο
- Δ. Σε ασθενείς που απέτυχε η ορμονοθεραπεία, είτε η νόσος εξελίσσεται μετά από προσωρινή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία. ^(21,22,23,24)

Κεφάλαιο 7^ο Ο ρόλος του νοσηλευτή

7.1 Αναγνώριση των προβλημάτων της άρρωστης και οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια στις γυναίκες. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι τα εξής:

1. Ψυχολογικά προβλήματα
 - α. Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης
 - β. Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
 - γ. Φόβος θανάτου
2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης
3. Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και σύζυγο
4. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου
5. Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου.

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας αποτυπώνονται ως εξής:

1. Άμεσοι
 - A. Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού
 - B. Ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους
2. Μακροπρόθεσμοι
 - α. Βοήθεια της άρρωστης και οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα
 - β. Μείωση το κινδύνου υποτροπής της νόσου
 - γ. Βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας.²

7.2 Προεγχειρητική παρέμβαση

Ο νοσηλευτής λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τα προβλήματα της ασθενούς πριν τη χειρουργική παρέμβαση θα πρέπει να ακολουθήσει τα εξής:

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

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

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

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

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

§ Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση

- Ø Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
- Ø Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
- Ø Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης
- Ø Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχालιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.

2. Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση

του μαστού, τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.

3. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.³

7.3 Μετεγχειρητική παρέμβαση

Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά την μετεγχειρητική φάση: τι πρέπει να κάνει και τι να προσέξει:

1. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.

2. Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή τη μασχάλης και στη ράχη.

3. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο

4. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόσληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

5. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

6. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευομένων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

7. Πρόληψη λοίμωξης.

Σε μία ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

8. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι- Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω στο μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του

φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

9. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτότελη επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
10. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δε μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.

11. Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο – Διαδασκαλία

- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων
- Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.
- Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητα τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος σε θέση των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.ά.
 - Ø Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις.
 - Ø Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά

- Ø Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα
- Ø Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας.

Οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση λειτουργικότητας των μυών που υπέστησαν κάκωση, είναι οι παρακάτω:

- § *Σφίξιμο μπάλας.* Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
- § *Πέταγμα μπάλας.* Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.
- § *Αναρρίχηση στον τοίχο.* Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.
- § *Γύρισμα σχοινιού.* Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί

στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά – σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

- § *Αιώρηση χεριών.* Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αίρει τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.
- § *Τροχαλία.* Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου . ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται από σίδηρο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.
- § *Κούμπωμα πίσω κουμπιών.* Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δυο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στη πλάτη.
- § *Άγγιγμα μετώπου.* Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά – σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.
- § Φροντίδα τραύματος.
- Επεξήγηση για την βαθμιαία αλλαγή της βιολογικής επιφάνειας.

- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα (ενημέρωση γιατρού αν παρουσιαστούν).
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού.

§ Πρόληψη και / ή αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σ' αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν
- Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για την πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν και διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο

άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

§ Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησης της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν την μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νοιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας έτσι στη σύντροφο τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δύο αποκρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητα της και την αποδοχή της.

- Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στην διευκρίνιση θεμάτων για αυτή και τον σύντροφο της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.

- Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού.

§ Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλεύεται να φορέει κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα.. Μετά την επούλωση ου τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα, και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί, για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να

συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.

12. Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου (check up).

- § Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος
- § Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση (έλεγχος προόδου ασκήσεων)
- § Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
- § Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης
- § Διαπίστωση πιθανής υποτροπής⁴

7.4 Εξέταση μαστού (από το νοσηλεύτη)

Η εξέταση μαστού από τον νοσηλεύτη έχει ως σκοπό να διαπιστώσει ανωμαλίες στους μαστούς και να διδάξει στην γυναίκα την αυτοεξέταση του μαστού. Τα αντικείμενα που χρειάζεται ο νοσηλεύτης είναι ο καλός φωτισμός. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στην διαδικασία με αναφορά στη νοσηλευτική ενέργεια και αιτιολόγηση κάθε ενέργειας.⁵

Διαδικασία:

Φάση προετοιμασίας και επιπολής εξέτασης

Νοσηλευτική ενέργεια	Αιτιολόγηση ενέργειας
1. Πείτε στην άρρωστη να βγάλει τα ρούχα της από τη μέση και πάνω και να καθίσει αναπαυτικά με το πρόσωπο προς τον εξεταστή	1. Παρέχει μια ευκαιρία επισκόπησης των μαστών για ασυμμετρία, ερυθρότητα, ερεθισμό θηλών, δέρμα που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
2. Πλύνετε τα χέρια σας με χλιαρό νερό και στεγνώστε τα, χρησιμοποιήστε ταλκ, αν τα αισθανθείτε <<κολλώδη>>.	2. Ο μαστός είναι ευαίσθητος στο κρύο.

Εξέταση

Νοσηλευτική ενέργεια	Αιτιολόγηση ενέργειας
1. Ψηλαφίστε την υπερκλείδια περιοχή.	1. Προσέξτε αν οι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, ακίνητοι, κινητοί ή είναι δύσκολο να εντοπιστούν.
2. Ψηλαφίστε τους μασχالياίους αδένες, κρατάτε το αντιβράχιο της άρρωστης στην αριστερή σας παλάμη, ενώ ελέγχετε τους αδένες με τις ράγες των δεξιών σας δακτύλων. Επαναλάβετε το ίδιο και στην άλλη πλευρά.	2. Το ίδιο όπως και πιο πάνω.
3. Συμβουλευέστε την άρρωστη να ξαπλώσει σε ύπτια θέση. Τοποθετήστε ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από το δεξιό ώμο.	3. Με τον τρόπο αυτόν ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα στο θωρακικό τοίχωμα.
4. Με τα δάχτυλα εφαιπτόμενα στο μαστό, ψηλαφίστε ήπια το μαζικό αδένα αρχίζοντας από το άνω έξω τεταρτημόριο. α Προχωρήστε σε ένα κανονικό σχήμα κυκλικής εξέτασης του μαστού και επαναλάβετε την εξέταση του πρώτου τεταρτημορίου που εξετάστηκε. β Επαναλάβετε την ίδια διαδικασία για τον άλλο μαστό.	4. Τα δάχτυλα, με ζυμωτικές κινήσεις, μπορούν να ψηλαφίσουν ογκίδια που βρίσκονται μεταξύ του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος. α. Η περιοχή αυτή ελέγχεται για δεύτερη φορά, γιατί οι περισσότερες αλλοιώσεις του μαστού εντοπίζονται στο άνω και έξω τεταρτημόριο.
5. Ελέγξτε το χαλαρό μαστό για σκληρίες, εκροή υγρού από τη θηλή, σημεία λοίμωξης.	5. Ετοιμαστείτε για συλλογή δείγματος εκκρίματος για την κυτταρολογική εξέταση, αν έχετε οδηγία.

<p>6. Σημειώστε τα ευρήματα και ενημερώστε το γιατρό για τυχόν ανωμαλίες.</p>	<p>6. Το 95% των γυναικών ανακαλύπτουν μόνες τους τις ανωμαλίες του μαστού.</p>
<p>7. Εξηγήστε στην άρρωστη πώς να κάνει την αυτοεξέταση. Ενθαρρύνετε την να υποβάλλει ερωτήσεις και προμηθεύετε της τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια.</p>	

7.5 Νοσηλευτική διεργασία

Ασθενής 55 ετών, έχει τεκνοποιήσει στα 37 χρόνια της.

ΑΠ:120/60 mm Hg, θ: 36.6 °C βρίσκεται στο νοσοκομείο με μάζα εντοπισμένη στο μαστό, μασχαλιαίοι αδένες θετικοί.(Στάδιο II).

Γίνονται όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις (μαστογραφία, θερμογραφία, ξηρογραφία, υπερηχογράφημα, διαφανοσκόπηση, σπινθηρογράφημα, βιοψία, ακτινολογικός έλεγχος).

Γίνεται ριζική μαστεκτομή με μετεγχειρητική ακτινοβολία.

ΑΠ:180/70 mmHg ΣΦ: 90 θ:37 °C πόνος ανά διάστημα.

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Μετεγχειρητικός πόνος	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο	Χορήγηση O ₂	Ανάρροπη θέση	Ο πόνος υποχωρεί
		Χορήγηση αναλγητικών	Χορήγηση O ₂	
			Χορήγηση Petidine 1/2	
			Ενημέρωση γιατρού	

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Αναπνευστική δυσχέρεια	Υποχύρηση αναπνευστικής δυσχέρειας και επαρκείς οξυγόνωση	Χορήγηση O ₂	Χορήγηση O ₂	Ο ρυθμός της αναπνοής αποκαταστάθηκε
		Χορήγηση φαρμάκων	Χορήγηση Theophylline 1 amp	
			Ενημέρωση γιατρού	

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Αύξηση θερμοκρασίας (θ: 39 °C) λόγω ουρολοίμωξης	Αντιμετώπιση ουρολοίμωξης	Λήψη ουροκαλλιέργειας	Χορήγηση glaforan 1x 2	Σταδιακή ενημέρωση της ασθενούς
		Χορήγηση αντιβιοτικών		Υποχώρηση πυρετού και ουρολοίμωξης

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Επιπλοκές από ακτινοβολία (ερυθρότητα δέρματος)	Ανακούφιση της ασθενούς και πρόληψη επιπλοκών	Περιποίηση δέρματος	Έγιναν τοπικές πλύσεις	Σταδιακή αποκατάσταση της ερυθρότητας του δέρματος

Ø Ασθενής 35 ετών, ιδιωτική υπάλληλος, παντρεμένη μια φορά στη 30 χρόνια της. Από το οικογενειακό ιστορικό προκύπτει πως η γιαγιά της είχε πεθάνει από καρκίνο του μαστού. Δεν έχει εμφανίσει προηγούμενες παθήσεις του μαστού. Δεν έχει ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών. Διαιτητικές συνήθειες : διατροφή πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη. Εισαγωγή στο νοσοκομείο μετά από εξέταση μαστού και αποκάλυψη αιματηρής έκκρισης και ανομοιόμορφο οίδημα. Η ασθενής παρουσιάζει άγχος και ανησυχία για τη διάγνωση. Γίνονται οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις. (μαστογραφία, θερμογραφία, υπερηχογράφημα, διαφανοσκόπηση, φλεβογραφία, σπινθηρογράφημα και ακτινολογικός έλεγχος. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων προκύπτει καρκίνος του μαστού, μασχαλιαία αδένες θετικοί (Στάδιο II). Γίνεται κλασική ριζική μαστεκτομή ΑΠ : 160mm Hg, ΣΦ 90, θ 37,2 οC πόνος ανά διάστημα άγχος και φόβος θανάτου.

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Προεγχειρητικά προβλήματα (αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης)	Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο.	Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης.	Θα πρέπει να προσεγγίσουμε τη γυναίκα ως άτομο και να βοηθήσουμε να εκφράσει τα συναισθήματά της.	Μετά την συζήτηση με τον ασθενή, η ασθενής παρουσίαση ηρεμία, ελαχιστοποίηση άγχους και αποδοχή της καταστασης.
		Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της άρρωστης, αναζήτηση και υποστήριξη από τον σύζυγο,	Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού	

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Προεγχειρητικά προβλήματα, μεταβολή σωματικού ειδώλου	Βοήθεια να αποδεχθεί απώλεια μαστού	Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στην μαστεκτομή	Ακρόαση συναισθημάτων της άρρωστης για την απώλεια του μαστού	Ηρεμία οικογενειακού περιβάλλοντος
Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και με σύζυγο		Αναζήτηση υποστήριξης από τον σύζυγο.	Διδασκαλία άρρωστης και συζύγου, για τα είδη των επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την μαστεκτομή τον πόνο, τα συναισθήματα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού	Ελαχιστοποίηση φόβου και ανησυχίας της άρρωστης και του συζύγου και αποδοχή της απώλειας του μαστού

Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή	Αξιολόγηση
Το χέρι παρουσίασε λεμφοίδημα	Αντιμετώπιση λεμφοιδήματος	Ενημέρωση γιατρού Χορήγηση διουρητικών και χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης	Χορήγηση lasix στο άνω άκρο, εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού.	Κατά την αποχώρηση της ασθενούς από το νοσοκομείο η γενική της εικόνα ήταν ήρεμη και δεν είχε σημάδια άγχους για την κατάσταση που αντιμετώπισε
		Διδασκαλία για την φροντίδα του λεμφοιδηματικού χεριού		

Κεφάλαιο 8^ο Πρόληψη καρκίνου του μαστού

Τα περιστατικά του καρκίνου του μαστού διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή και αυτό οφείλεται εν μέρει στις διαιτητικές συνήθειες πολλών ετών.

Δε φαίνεται πως χρειάζεται να υιοθετηθούν ξένα διαιτητικά πρότυπα για την προστασία έναντι του καρκίνου του μαστού, εφόσον μπορεί να προκαλέσουν τροφικές αλλεργίες και να οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα (π.χ. πρόωρος καρκίνος στομάχου με τις Ιαπωνικές δίαιτες).

Κλασικές διατροφικές συμβουλές, όπως πέντε ισοδύναμα φρούτων και λαχανικών τη μέρα δε φαίνεται να μειώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού, αλλά μπορούν ίσως να προστατέψουν από τον καρκίνο του εντέρου. Η κατανάλωση αλκοόλ επιδρά αρνητικά στην υγεία του μαστού και θα πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα κατά τις νεαρές ηλικίες.

Προτροπές υπέρ ή εναντίον μεμονωμένων τροφών δεν είναι ακόμα δυνατό να γίνουν, εφόσον δεν υπάρχουν ικανοποιητικά στοιχεία που να στηρίζονται σε αποτελέσματα μακροχρόνιων μελετών.

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού μέσω διαίτας σημαίνει ποικιλία στη διατροφή που στηρίζεται στη διαφορετικότητα του καθενός, πλούσια σε βασικές τροφές και παραδοσιακές μεθόδους παρασκευής και μαγειρέματος.

Συγκεκριμένα ο ρόλος της διατροφής μέσω των θεραπευτικών συστατικών της είναι πολύ σημαντικός στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Λίπη

Αντιφατικά στοιχεία που αφορούν τα λίπη ως προς τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού οδήγησαν στην εστίαση της προσοχής σε ορισμένες κατηγορίες λιπών, όπου φάνηκε ότι η περισσότερη πυκνότητα και αυξημένα ποσά Ω-3 και μονοακόρεστων λιπαρών οξέων βοηθούν για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Ενέργεια

Η παχυσαρκία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και με μειωμένο κίνδυνο του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση.

Φυτικές ίνες

Παρά το γεγονός ότι πολλές έρευνες υποστηρίζουν την ευεργετική δράση των φυτικών ινών στην πρόληψη του καρκίνου του παχέως εντέρου, οι μελέτες σχετικά με τις ίνες και τον καρκίνο του μαστού δεν απέδωσαν επαρκή συμπεράσματα.

Βιταμίνες

Επιπρόσθετα, επιδημιολογικά στοιχεία για το ρόλο των βιταμινών, τον κίνδυνο, την πρόληψη, και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι ακόμα αναποτελεσματικά. Τα διαθέσιμα στοιχεία, από μελέτες, υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των βιταμινών E και C και του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Επίσης, προτείνουν την υψηλή κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φολικό (ή φιλικό) επειδή τα επαρκή επίπεδα φολικού, που κυκλοφορούν στο αίμα μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο για τον καρκίνο του μαστού. Τα επαρκή επίπεδα φολικού είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τις γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού λόγω της μεγάλης κατανάλωσης οιοπνεύματος. Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία όσον αφορά το ρόλο της βιταμίνης D στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αν και χρειάζονται περισσότερες μελέτες. Επιπρόσθετα, για την βιταμίνη A βρέθηκε ότι υπάρχει πιθανή προστατευτική δράση στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, κυρίως στις προ-εμμηνόπαυσιακές γυναίκες.

Φυτοχημικά

Η συμβολή των φυτοχημικών στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι ραγδαίως αυξημένο πεδίο έρευνας. Μερικές μελέτες υποστηρίζουν ότι στη πρόληψη του καρκίνου του μαστού παίζουν ρόλο τα φυτοιστρογόνα. Όμως, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες πριν τα τελικά συμπεράσματα.

Συγκεκριμένες τροφές και συστατικά τροφών

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών φαίνεται να προστατεύει από τον καρκίνο του μαστού. Τα στοιχεία είναι λιγότερο σαφή ως προς την κατανάλωση κρέατος. Επίσης, φαίνεται να μην υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση καφεΐνης και τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.

Χρήσιμες συμβουλές, για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού αφορούν περισσότερο τον τρόπο ζωής. Εάν κάνουμε ορισμένες αλλαγές στη διατροφή μας και προσθέσουμε την άσκηση στη ζωή μας, μπορούμε να μειώσουμε τον κίνδυνο πολλών καρκίνων, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού. Κανένας δεν μπορεί να πει ότι θα αποφύγουμε σίγουρα τον καρκίνο εάν αλλάζουμε τη διατροφή μας ή εάν ασκούμεσταν περισσότερο, αλλά αυτές οι αλλαγές θα μπορούσαν να βοηθήσουν.

Τέλος, η μέτρια έντασης άσκηση μπορεί να βοηθήσει ώστε να διατηρηθεί ένα υγιές βάρος και, κατά συνέπεια, να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Στόχος λοιπόν είναι, 30 λεπτά άσκησης τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, ασκήσεις όπως το περπάτημα, ή το αερόμπικ.^(30,31,32,33,34,35,36,37)

Συμπεράσματα – Αποτελέσματα

- i.** Γεννήστε νωρίς, αν γίνεται, θηλάστε τα μωρά σας πάνω από τέσσερις μήνες και τρώτε κάθε μέρα αρκετά φρέσκα φρούτα και σαλατικά.
- ii.** Αποφεύγετε την τακτική κατανάλωση ζωικών λιπαρών τροφών και οινοπνεύματος, την παχυσαρκία, το κάπνισμα και την πολυετή λήψη αντισυλληπτικών.
- iii.** Πάρτε οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση, αλλά όχι για περισσότερο από πέντε χρόνια.
- iv.** Κάντε κάθε χρόνο μια επίσκεψη στο γυναικολόγο σας για Pap-test και γυναικολογική εξέταση.
- v.** Συνδυάστε πάντα την ετήσια προληπτική μαστογραφία με κλινική εξέταση μαστών από ειδικό χειρουργό - μαστολόγο και όχι από το γυναικολόγο σας.
- vi.** 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 απαιτείται άμεση κινητοποίηση.
- vii.** Μην αρκείστε ποτέ στο να εξετάζετε μόνη σας. Δε βλέπεται, αλλά είναι πολύ δύσκολο να πιάσετε μόνη σας έναν όγκο στο μαστό όταν είναι ακόμα μικρός και ιάσιμος.
- viii.** Μειώστε το περιττό άγχος και ζήστε τη ζωή όσο καλύτερα γίνεται, γιατί ποτέ δεν ξέρουμε τι μας περιμένει αύριο.

Βιβλιογραφία

1. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006α), «Ο μαστός και οι παθήσεις του», Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη
2. Dr. Robert Buckman, Dr. Tereza Whittaker, (2000), «Καρκίνος μαστού όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε», Αθήνα, εκδόσεις χρυσή πέννα
3. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006β), «Ο μαστός και οι παθήσεις του», Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη
4. Adamopoulos D.A. and Kapolla N., (1984), «Prolactin concentration in milk and plasma of puerperal woman and patients with galactorhea J. Endocrinol», Invest., 7, 273
5. Archer D. F., (1977), «Current concepts of prolactin physiology in normal and abnormal conditions», Fert. Ster., 28, 125
6. Adamopoulos D. A. , Vassilaros S. , Kapolla N. , Papadiamantis J., Georgiacodis F. and Michalakis A., (1985), «Thyroid disease in patients with benign and malignant mastopathy Cancer», accepted for publication
7. Frantz A.G., (1981), The breasts. In: Textbook of Endocrinology (ed. Williams R. H.).Saunders, Philadelphia, p. 400-411
8. Αδαμόπουλος Δ. Α., (1980), «Ο μαστός σαν όργανο – στόχος του ενδοκρινικού συστήματος, μαστοπάθειες που προβληματίζουν τον γιατρό και την γυναίκα», Ιατρική εταιρία Αθηνών
9. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006γ), «Ο μαστός και οι παθήσεις του», Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη
10. Muti P, Rogan E, Cavalieri E., (2006), «Androgens and estrogens in the etiology and prevention of breast cancer», Nutr Cancer. 56, 247-52
11. Moskowitz M., (1984), «Mammography to screen anymptomatic woman of breast cancer», Am J. Roentgenol 143: 457
12. Marchant D., (1979), «Screening for breast cancer clin obstet», Gynecol 22:759
13. Miller, A.B., (1983), «The national breast screening study», Proceedings of a symposium held in Toronto, Canada.
14. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006δ), «Ο μαστός και οι παθήσεις του», Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη
15. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006ε), «Ο μαστός και οι παθήσεις του», Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη

16. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z., (2007a), «Women, aging, and alcohol use disorders», *J Women Aging*. **19**, 31-48
17. Tunon de Lara C, Goudy G, Macgrogan G, Durand M, Dilhuydy JM, Avril A, Stoeckle E, Bussièrès JE, Debled M, de Mascarel I, Mauriac L., (2008), «Male breast cancer: A review of 52 cases collected at the Institute Bergonié (Bordeaux, France) from 1980 to 2004», *Gynecol Obstet Fertil* **36(4)**, 386-394.
18. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006στ), «Ο μαστός και οι παθήσεις του», Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη
19. Rinaldi S, Peeters PH, Bezemer ID, Dossus L, Riboli E, Kaaks R., (2006), «Relationship of alcohol intake and sex steroid concentrations in blood in pre- and post- menopausal women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition», *Cancer Causes Control*. **17**, 1033-43
20. Li CI, Malone KE, Porter PL, Weiss NS, Tang MT, Daling JR., (2003), «The relationship between alcohol use and risk of breast cancer by histology and hormone receptor status among women 65-79 years of age», *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. **12**, 1061-6
21. Muti P., (2005). «The role of endogenous hormones in the etiology and prevention of breast cancer: the epidemiological evidence», *Recent Results Cancer Res*. **166**, 245-56
22. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z., (2007b), «Women, aging, and alcohol use disorders», *J Women Aging*. **19**, 31-48
23. Harold Burstein, PhD, MD, (2005), «Oncology: Breast cancer»
24. [http://www. Cancerhelp.org](http://www.Cancerhelp.org)
25. Σαχίνη Α., Πάνου Μ., (2004α), «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2^η έκδοση, σελ. 486
26. Σαχίνη Α., Πάνου Μ., (2004β), «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2^η έκδοση, σελ. 486 – 487
27. Σαχίνη Α., Πάνου Μ., (2004γ), «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2^η έκδοση, σελ. 487 – 492
28. Σαχίνη Α., Πάνου Μ., (2004δ), «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2^η έκδοση, σελ. 502 – 503
29. Zhang SM., (2004), «Role of vitamins in the risk, prevention, and treatment of breast cancer», *Curr Opin Obstet Gynecol*. **16**, 19-25

30. Mattisson I, Wirfalt E, Wallstrom P, Gullberg B, Olsson H, Berglund G., (2004), «High fat and alcohol intakes are risk factors of postmenopausal breast cancer: a prospective study from the Malmo diet and cancer cohort», *Int J Cancer*. **110**, 589-97
31. Key TJ, Schatzkin A, Willett WC, Allen NE, Spencer EA, Travis RC., (2004), «Diet, nutrition and the prevention of cancer», *Public Health Nutr*. **7**, 187-200
32. Duncan AM., (2004), «The role of nutrition in the prevention of breast cancer» *AACN Clin Issues*. **15**, 119-35
33. Key TJ, Allen NE, Spencer EA, Travis RC., (2003), «Nutrition and breast cancer», *Breast*. **12**, 412-416
34. Michels KB, Mohllajee AP, Roset-Bahmanyar E, Beehler GP, Moysich KB., (2007), «Diet and breast cancer: a review of the prospective observational studies», *Cancer*. **109**, 2712-49
35. Muti P, Rogan E, Cavalieri E., (2006), «Androgens and estrogens in the etiology and prevention of breast cancer», *Nutr Cancer*. **56**, 247-52
36. Gonzalez CA, Riboli E., (2006), «Diet and cancer prevention: where we are, where we are going», *Nutr Cancer*. **56**, 225-31