

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

***« Νοσηλευτική πρόληψη και θεραπεία ασθενών με
καρκίνο μαστού»***



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Δετοράκης Ιωάννης

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Ευριπίδου Αγγελική

Κανελλάκη Ευγενία

ΠΑΤΡΑ 2009

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Έχοντας ολοκληρώσει την πτυχιακή εργασία μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους μας προσέφεραν την πολύτιμη βοήθεια τους για την επιτυχή της έκβαση.

Ιδιαίτερα :

- τις οικογένειες μας για την ηθική και υλική υποστήριξη που μας προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια .
- τον επόπτη μας δρ. Δετοράκη Ιωάννη καθηγητή Υγιεινής και επιδημιολογίας στο ΑΤΕΙ Πάτρας που με την επιστημονική καθοδήγηση, ενημέρωση και συμπαράσταση του κατορθώσαμε να φέρουμε σε πέρας την επιστημονική αυτή μελέτη.
- τον κ. Βανταράκη Απόστολο επίκουρο καθηγητή Υγιεινής του Πανεπιστημίου Πατρών για την βοήθεια που μας προσέφερε στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας .
- την κ. Παπαδημητρίου Μαρία , προϊσταμένη τμήματος Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Πατρών για την πολύτιμη βοήθεια της όσον αφορά την σύνταξη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μας κατά την περίοδο παρακολούθησης σεμιναρίων στο έβδομο εξάμηνο με αποτέλεσμα την επιτυχή επέκταση της σε έρευνα .
- και τέλος όλες τις γυναίκες που πήραν μέρος στην συμπλήρωση ερωτηματολογίων για την περάτωση της έρευνας μας στην Καλαμάτα και την Λεμεσό.

ΑΚΟΥΣΕ

<<Όταν σου ζητώ να με ακούσεις και εσύ αρχίζεις να δίνεις συμβουλές δεν έχεις κάνει αυτό που σου ζήτησα.

Όταν σου ζητώ να με ακούσεις , και εσύ αρχίζεις να με ρωτάς γιατί ή να μου λες ότι δεν θα έπρεπε να αισθάνομαι έτσι, ποδοπατάς τα συναισθήματα μου.

Όταν σου ζητώ να με ακούσεις και εσύ αισθάνεσαι ότι πρέπει να κάνεις κάτι για να λύσεις το πρόβλημα μου, με απογοητεύεις

Όσο παράξενο κι αν σου φαίνεται

Άκουσε! Το μόνο που σου ζήτησα ήταν να ακούσεις.

Όχι να μιλήσεις ή να κάνεις κάτι , απλά να ακούσεις .

Μπορώ να τα καταφέρω και μόνος μου! Δεν είμαι ανίκανος .

Ίσως αποθαρρημένος, διστακτικός . Αλλά όχι ανίκανος.

Όταν κάνεις κάτι για μένα που μπορώ, και πρέπει να το κάνω μόνος μου συμβάλλεις στον φόβο και την αδυναμία μου

Όταν όμως αποδέχεσαι ως απλό γεγονός ότι νιώθω αυτό που νιώθω, όσο παράλογο κι αν είναι τότε δεν χρειάζεται να σε πείσω και μπορώ να επικεντρωθώ στην προσπάθεια να κατανοήσω τι κρύβεται πίσω από το παράλογο συναίσθημα κι αν αυτό γίνει σαφές οι απαντήσεις είναι εμφανείς και δεν χρειάζομαι συμβουλές.

Τα παράλογα συναισθήματα αποκτούν νόημα όταν κατανοούμε τι κρύβεται πίσω τους .

Γι' αυτό σε παρακαλώ απλά άκουσε με !

Κι αν θέλεις να μιλήσεις περίμενε την σειρά σου και θα σε ακύσω και εγώ.>>



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αντί Προλόγου.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
Εισαγωγή	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	10
1.1. Ανατομία μαστού	11
1.2. Φυσιολογία μαστού	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	14
2.1. Καρκίνος μαστού.....	15
2.2. Επιδημιολογία καρκίνου μαστού στην Ευρώπη.....	16
2.3. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει και τους άνδρες.....	17
2.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες	19
2.5. Ουσίες που προστατεύουν από τον καρκίνο του μαστού	21
2.6. Συμπτώματα-Σημεία ύπαρξης καρκίνου.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	23
3.1. Εξάπλωση του καρκίνου.....	24
3.2. Ιστολογική ταξινόμηση καρκίνου μαστού.....	25
3.2.1 Νόσος του Paget της θηλής.....	26
3.3. Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού κατά το σύστημα T.N.M.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33
4.1. Πρόληψη	34
4.1.1. Πρωτογενής πρόληψη	35
4.1.2. Δευτερογενής πρόληψη.....	35
4.2. Διαγνωστικές εξετάσεις	37
4.2.1. Διαδικασία αυτοεξέτασης μαστού.....	37
4.2.2. Γενετική ανάλυση BRCA 1 και BRCA 2	39
4.2.3. Υπερηχογραφική εξέταση	40
4.2.4. Αντενδείξεις μαστογραφίας:	43
4.2.5. Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις	44
4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη.....	45
4.4. Νέες εξελίξεις στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	48
5.1. Θεραπεία - θεραπευτικές μέθοδοι	49
5.2. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από:	49
5.3. Συντηρητική θεραπεία	50
5.3.1. Ακτινοθεραπεία	50
5.3.2. Χημειοθεραπεία	52

5.3.3 Κυτταροστατική θεραπεία.....	56
5.4. Χειρουργική θεραπεία	57
5.5. Ωοθηκεκτομή και καρκίνος του μαστού.....	63
5.6. Θεραπεία εκλογής στους άνδρες.....	64
5.7. Ο Ρόλος του νοσηλευτή όσον αφορά την σωστή και ολοκληρωμένη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	65
5.8. Παρακολούθηση της θεραπείας	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	69
6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική μαστεκτομή.....	70
6.1.1. Προβλήματα της άρρωστης.....	70
6.1.2. Σκοποί της φροντίδας.....	70
6.2. Ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	77
7.1. Υποτροπιάζων καρκίνος.....	78
7.2. Θεραπεία υποτροπών.....	78
7.3. Παρακολούθηση FOLLOW UP στον Καρκίνο του μαστού.....	79
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	81
ΕΡΕΥΝΑ	81
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	82
A. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	82
B. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:.....	83
Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	115
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	127

Αντί Προλόγου

«Ο Καρκίνος του Μαστού δεν είναι παιχνίδι. Η πρόληψη είναι υπόθεση 365 ημερών το χρόνο.» Κλείνοντας τον περασμένο Οκτώβριο, που είναι μήνας κατά του καρκίνου του στήθους, η κ. Ντόρα Μπακογιάννη, διαδίδει το μήνυμα της αξίας της πρόληψης, προτρέποντας κάθε γυναίκα σε εγρήγορση κατά της ασθένειας καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου.

Αν και ιάσιμος, εφόσον διαγνωστεί εγκαίρως, ο καρκίνος του στήθους παραμένει, σε παγκόσμιο επίπεδο, η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών μεταξύ 35-55 ετών. Δεν είναι στατιστική. Είναι πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα που πρέπει να αλλάξει.

Ο καρκίνος του στήθους δεν είναι υπόθεση μόνο των γυναικών που νοσούν. Ούτε και του στενού οικογενειακού περιβάλλοντός τους. Γυναίκες που χάνονται, ενώ -και αυτό είναι το τραγικό- θα μπορούσαν να σωθούν, είναι απώλεια συνολικότερα για την κοινωνία. Δεδομένου ότι πρόκειται για γυναίκες στην κατεξοχήν δημιουργική και αναπαραγωγική περίοδο της ζωής τους, το ανθρώπινο κεφάλαιο που χάνεται είναι δυσαναπλήρωτο. Η Ελλάδα, μια χώρα με σοβαρό δημογραφικό πρόβλημα, δεν έχει την πολυτέλεια να χάνει πολύτιμες ανθρώπινες ζωές -πόσο μάλλον όταν αυτό γίνεται από άγνοια, φόβο και προκατάληψη.

Η κ. Ντόρα Μπακογιάννη πιστεύει ότι η πρόληψη και η προαγωγή της μπορούν να αλλάξουν τα δεδομένα για τον καρκίνο του στήθους στην Ελλάδα, για τη σημερινή αλλά και τις επόμενες γενιές γυναικών.

Για να πάψει ο καρκίνος του στήθους να είναι η τελευταία στάση στη ζωή πολλών γυναικών, θα πρέπει ολοένα και περισσότερες γυναίκες να κάνουν την πρόληψη στάση ζωής.¹

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Εισαγωγή

“Mamma”, αυτός είναι ο ιατρικός όρος για τον γυναικείο μαστό. Για τους αρχαίους ρωμαίους ήταν το συνώνυμο της θηλυκότητας και της μητρικής συμπεριφοράς. Ο γυναικείος μαστός βρισκόταν στο επίκεντρο της προσοχής, της καλαισθησίας και της μόδας. Για κανένα άλλο όργανο ούτε είχε ούτε έχει τόσο μεγάλη αισθητική σημασία μια και η συναισθηματική σημασία του γυναικείου μαστού είναι εξίσου μεγάλη καθώς εκτείνεται από την κλασική αντίληψη του ταμπού μέχρι την μοντέρνα φετιχιστική αντίληψη για το ανθρώπινο σώμα.²

Τι κρίμα που σε αυτόν έλαχε να φιλοξενεί τον πιο συχνό καρκίνο του γυναικείου σώματος κι ένα σωρό άλλες απλούστερες παθήσεις!

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

Στην Ελλάδα βασιλεύει η λανθασμένη αντίληψη ότι ο καρκίνος πονάει και μόνο αν πονάμε πάμε στο γιατρό. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη πλάνη απ’ αυτήν.³ Ο καρκίνος του μαστού εκτός από τον ακρωτηριασμό προκαλεί μεγάλο άγχος στις γυναίκες αφού συνηθίζεται με τον κίνδυνο να χάσουν την θηλυκότητα τους και την αυτοπεποίθησή τους. Είναι τραγικό φαινόμενο, ότι αυτό το είδος του καρκίνου προκαλεί όλο και περισσότερα θύματα παρόλο που σε περίπτωση έγκαιρης διάγνωσης μπορεί να θεραπευτεί με επιτυχία και χωρίς ακρωτηριασμό του οργάνου. Γι’ αυτόν τον λόγο η έγκαιρη διάγνωση και η σωστή θεραπεία έχει τεράστια σημασία για την αντιμετώπιση της νόσου.²

Σκοπός της εργασίας μας, είναι να ενημερώσουμε σωστά και με τα κατάλληλα στοιχεία τον συνάνθρωπό μας, όσον αφορά την πρόληψη αλλά και θεραπεία του καρκίνου του μαστού, όπως επίσης να παρουσιάσουμε, μέσα από την έρευνα που ήδη πραγματοποιήσαμε, τα στοιχεία που δείχνουν κατά πόσο οι γυναίκες είναι ενημερωμένες όσον αφορά την πρόληψη και την θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Και όλα αυτά γιατί η Γνώση σε συνδυασμό με την Πρόληψη μπορεί να μας σώσει ακόμα και τη ζωή.

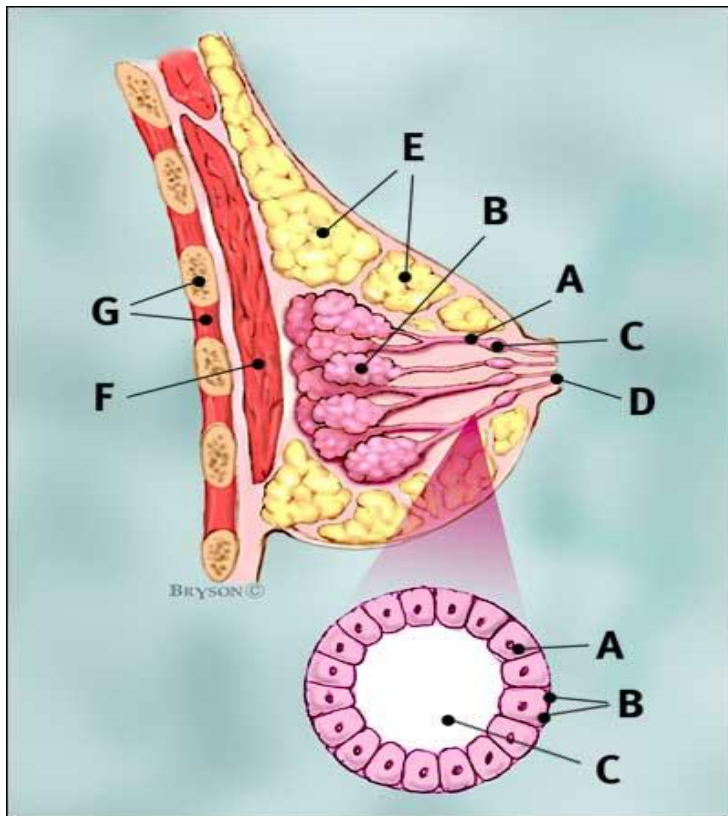
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

**<<ΥΓΕΙΑ, ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΜΑΚΑΡΙΟΥΣ Η ΠΛΕΟΝ
ΣΕΒΑΣΤΗ, ΕΙΘΕ ΝΑ ΚΑΤΟΙΚΩ ΜΑΖΙ ΣΟΥ, ΟΣΟ
ΚΑΙΡΟ ΜΟΥ ΜΕΛΛΕΤΑΙ ΝΑ ΖΩ ΚΑΙ ΣΥΝΟΙΚΟΣ
ΚΑΛΟΣ ΑΣ ΕΙΣΑΙ>>**



1.1. Ανατομία μαστού

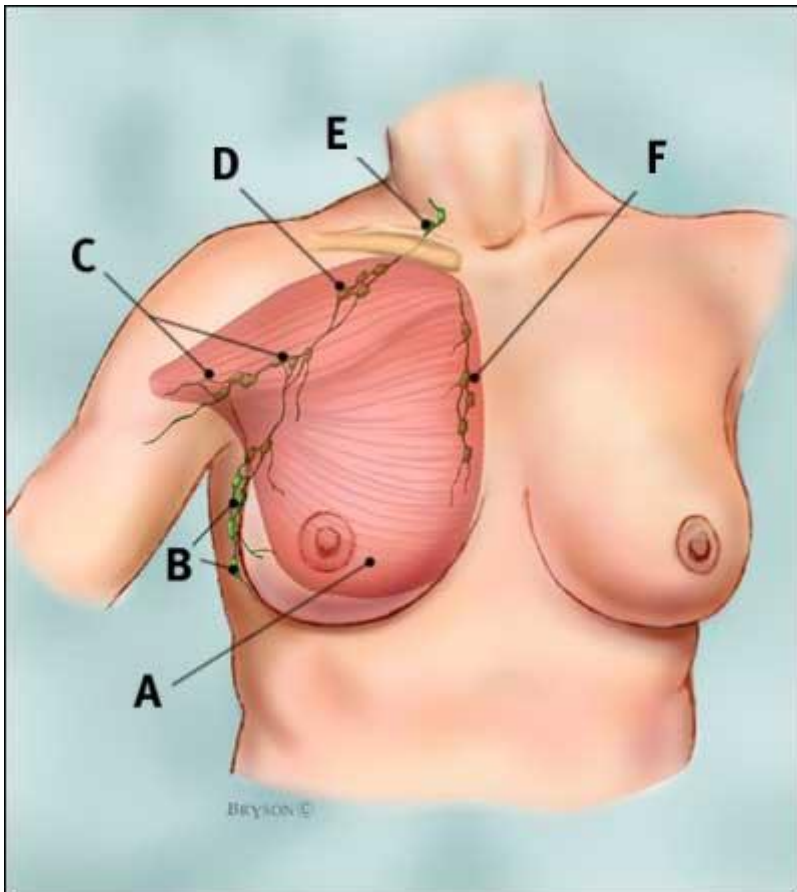
Ο μαστός είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και αποτελείται από μαζικό αδένα και λίπος. Βρίσκεται μεταξύ 3ης και 7ης πλευράς επί της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυ. Αποτελείται από 10 έως 20 κωνοειδούς σχήματος λοβούς. Κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο που είναι επιθηλιακός σωλήνας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



- A. Γαλακτοφόροι πόροι
- B. Λοβία
- C. Διευρύνσεις των πόρων που αποθηκεύεται το γάλα
- D. Θηλή
- E. Λίπος
- F. Μείζων θωρακικός μυς
- G. Θωρακικό τοίχωμα

- A. Φυσιολογικά κύτταρα των πόρων
- B. Βασική μεμβράνη
- C. Αυλός των γαλακτοφόρων πόρων

Γύρω από τον μαστό υπάρχουν οι επιχώριοι λεμφαδένες, στους οποίους αποχετεύεται η λέμφος που παράγεται στον κάθε μαστό.⁴



- A.**Μείζων θωρακικός μυς
B.Μασχαλιαίοι
λεμφαδένες – επίπεδο I
C.Μασχαλιαίοι
λεμφαδένες – επίπεδο II
D.Μασχαλιαίοι
λεμφαδένες – επίπεδο III
E.Υπερκλείδιοι
λεμφαδένες
F.Έσω μαστικοί λεμ-
φαδένες⁵

1.2. Φυσιολογία μαστού

Ο μαστός είναι ενδοκρινής αδένας με πρωταρχική λειτουργία την έκκριση γάλακτος και γίνεται πλήρως λειτουργικός μόνο κατά την εγκυμοσύνη. Μετά από τον τοκετό αλλά και κατά την εμμηνόπαυση παρουσιάζει παλινδρόμηση με ατροφία των παρεγχυμάτων των στοιχείων και ποικίλου βαθμού εναπόθεση λίπους. Κατά συνέπεια σε ένα μεγάλο τμήμα της ζωής του ο μαστός βρίσκεται σε κατάσταση ανάπαυσης.⁴

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Ο μαστός στο σύνολο του παριστάνει τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων καθεμία από τις οποίες έχει το δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνεπεία τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος πριν εκβάλλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διερεύνηση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος.⁴

Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές η κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δυο στιβάδες κυβοειδών η κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα.

Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρο από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανακλαστικό). Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνόρρηση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

<<ΩΣ ΟΓΚΟΣ ΟΣΤΙΣ ΑΦΑΙΡΟΥΜΕΝΟΣ
ΥΠΟΤΡΟΠΑΖΕΙ>>

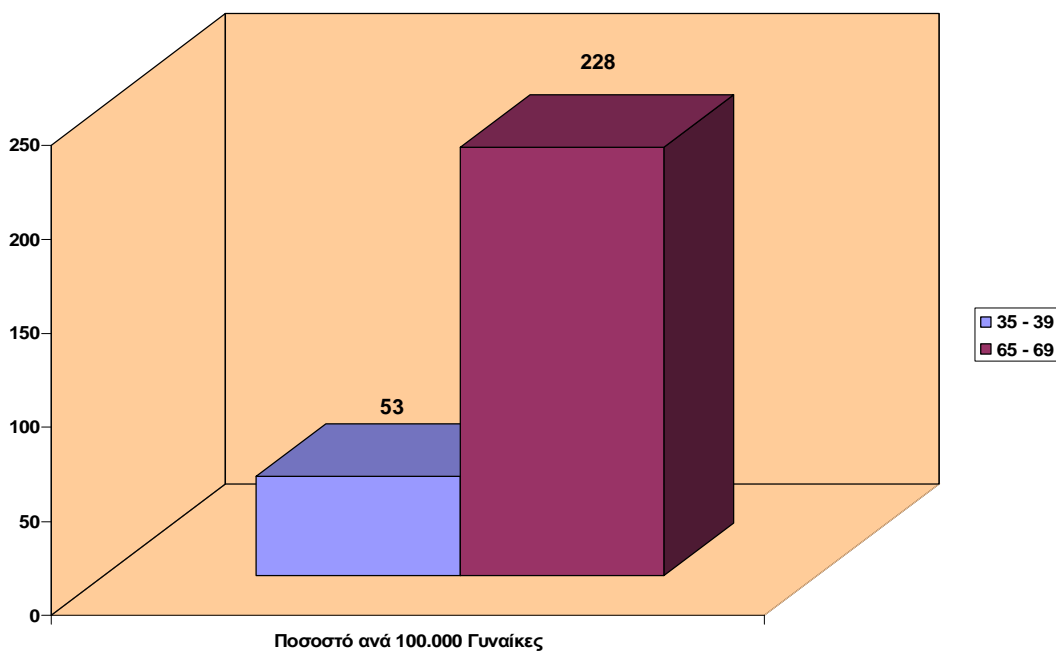


2.1. Καρκίνος μαστού

Καρκίνος του μαστού είναι η ανάπτυξη κακοηθών κυττάρων που ξεφεύγουν από τον έλεγχο του αμυντικού συστήματος του οργανισμού και αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα στο μαστό, όπου καταστρέφουν τους φυσιολογικούς πληθυσμούς και οδηγούν στη δημιουργία μεταστάσεων. Η καρκινογένεση στο μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.⁴

Αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό παγκοσμίως. Στην Ελλάδα η πρώτη αιτία πρώιμης θνησιμότητας στις γυναίκες είναι τα κακοήθη νεοπλάσματα και κυρίως ο καρκίνος του μαστού, με ποσοστό 7%. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία του 2005, κάθε χρόνο πάνω από 3.500 Έλληνιδες παρουσιάζουν καρκίνο μαστού.⁵

Στις Η.Π.Α 1 γυναίκα στις 14 θα εμφανίσει Ca μαστού. Είναι η κυριότερη αίτια θανάτου στις γυναίκες μεταξύ 35-55 χρόνων. 85% και άνω του καρκίνου του μαστού ανακαλύπτεται μετά το 45ο έτος. Έτσι ο ετήσιος κίνδυνος στις Η.Π.Α για ηλικίες 35-39 χρόνων είναι 53 ασθενείς ανά 100.000 γυναίκες. Για ηλικίες 65-69 χρόνων είναι 228/100.000 γυναίκες.⁶



Οι όροι καρκίνος, νεοπλασία και κακοήθεια αποτελούν συνώνυμα της ίδιας κλινικής οντότητας. Η νόσος που ονομάζεται καρκίνος ορίζεται καλύτερα από 4 χαρακτηριστικά, τα οποία διαφοροποιούν τα καρκινικά από τα φυσιολογικά κύτταρα :

Κλωνικότητα ο καρκίνος προέρχεται από γενετικές αλλοιώσεις σε ένα κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και σχηματίζει έναν κλώνο κακοηθών κυττάρων.

Αυτονομία, η ανάπτυξη δεν ρυθμίζεται από φυσιολογικές επιδράσεις του περιβάλλοντος.

Αναπλασία, υπάρχει έλλειψη της φυσιολογικής, συντονισμένης διαφοροποίησης .

Μετάσταση, τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσουν την ιδιότητα για απεριόριστη ανάπτυξη και διασπορά σε άλλα μέρη του σώματος.

Η διαδικασία με την οποία ένα φυσιολογικό κύτταρο μετατρέπεται σε ένα που εμφανίζει τα 4 παραπάνω χαρακτηριστικά, ονομάζεται **κακοήθης μετασχηματισμός**.⁷

2.2. Επιδημιολογία καρκίνου μαστού στην Ευρώπη

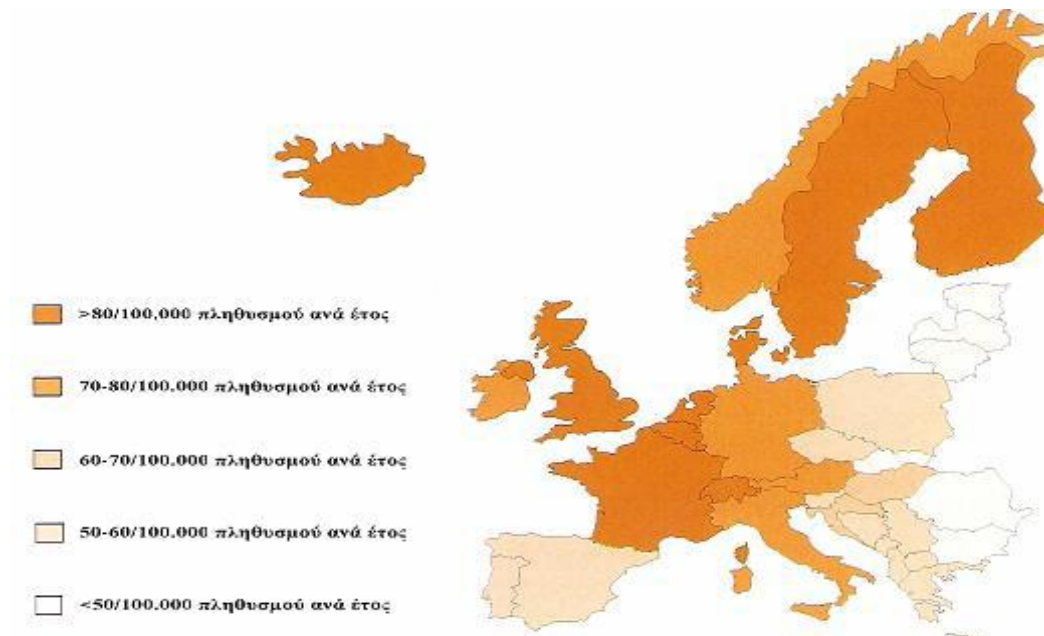
Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας για τις γυναίκες, ειδικά εκείνες της μέσης ηλικίας από 45 έως 64 ετών όπου συνιστά και τη συχνότερη μορφή νεοπλασίας. Υπολογίσθηκε πρόσφατα πως αυτή η μορφή καρκίνου ευθύνεται κατά μέσο όρο για το θάνατο 48 γυναικών κάθε χρόνο ανά 100.000 της ηλικιακής αυτής ομάδας.⁸

Με βάση τα στοιχεία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας κατά το έτος 2000 στην Ευρώπη ανιχνεύθηκαν περίπου 350.000 νέες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού που αποτελεί και το 26,6% όλων των νεοδιαγνωσθέντων κακοηθών όγκων για το γυναικείο φύλο.⁹

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει υψηλή διακύμανση ανάμεσα

στις χώρες της Ευρώπης όπως φαίνεται και από το σχήμα 1 όπου καταγράφεται η επίπτωση σε νέα περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού ανά έτος.¹⁰

Επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην Ευρώπη κατά το 2002



2.3. Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει και τους άνδρες

Οι άνδρες των οποίων η μητέρα, η αδελφή ή η κόρη παρουσιάζει το γονίδιο που προκαλεί καρκίνο του μαστού, διατρέχουν και οι ίδιοι αυξημένο κίνδυνο για να προσβληθούν από τη νόσο αλλά δεν το γνωρίζουν.

Η πρόγνωση είναι βαρύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, και αυτό για τον απλό λόγο διότι η διάγνωση του καρκίνου στον άνδρα γίνεται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο.

Για τον λόγο αυτό, είναι σημαντικό οι άνδρες με συγγενείς πρώτου βαθμού, που έχουν μεταλλαγμένα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, να ελέγχονται και οι ίδιοι για την ανωμαλία.¹¹

Άνδρες που φέρουν την εν λόγω ανωμαλία, έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού, προστάτη, παγκρέατος και δέρματος. Επιπρόσθετα,

μπορεί να μεταδώσουν το παθολογικό γονίδιο στις κόρες τους γεγονός που δημιουργεί για αυτές αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού και ωοθηκών.

Οι άνδρες με τις παθολογικές μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2, έχουν 14% μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του προστάτη και 6% περισσότερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού καθ' όλη τη διάρκεια ζωής τους.

Σε σύγκριση με άνδρες που δεν έχουν τις μεταλλάξεις, οι άνδρες αυτοί διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο για καρκίνο του προστάτη, τριπλάσιο κίνδυνο του παγκρέατος και εφταπλάσιο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού.¹

Καρκίνος του μαστού στο άνδρα



2.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, πιστεύεται, πως είναι οι παρακάτω:

- 1. Κληρονομικότητα.** Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή. Έτσι αν μία από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσιακά, τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσιακά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις οκτώ φορές. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο.¹²
- 2. Φύλο.** Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ένας αφορά στον άντρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (XXY).
- 3. Γεωγραφική κατανομή.** Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Επίσης διαπιστώθηκε, πως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες και πως, όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύουν στην Αμερική, στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά.¹¹
- 4. Ηλικία.** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνιση της πριν από την ήβη. Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα, που δεν φτάνει ούτε το 1% και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι των 40 ετών.

- 5. Ηλικία πρώτου τοκετού.** Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, και στον καρκίνο του μαστού. Πρώτη κύηση μετά τα 35 της χρόνια, οι πιθανότητες τριπλασιάζονται.
- 6. Ατεκνία.** Οι γυναίκες, που δεν γέννησαν, εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές, που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.
- 7. Φύλο του πρώτου εμβρύου.** Πιστεύεται, πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αγόρι, η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό, λόγω των εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- 8. Αμβλώσεις.** Οι διακοπές της εγκυμοσύνης, στο πρώτο τρίμηνο της, διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου μαστού.
- 9. Ορμονικοί παράγοντες.** Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη.¹²
- 10. Διαιτητικοί παράγοντες.** Πιστεύεται πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού. Παρατηρήθηκε, πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη εμφάνισης της πάθησης.¹²
- 11. Αντισυλληπτικά χάπια.** Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο ότι η χορήγηση αντισυλληπτικών χαπιών για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί μία ελάχιστη αύξηση ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ο κίνδυνος μειώνεται αφού περάσουν 10 χρόνια από την διακοπή της χρήσης τους
- 12. Οινοπνευματώδη.** Οι γυναίκες που για χρόνια καταναλώνουν πάνω από σαράντα γραμμάρια οινοπνεύματος την ημέρα έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στον μαστό.

13. Θηλασμός. Πιστεύεται ότι ο θηλασμός προστατεύει την γυναικά από καρκίνο του μαστού και μάλιστα όσο περισσότερο χρονικό διάστημα κρατήσει, τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.

14. Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Έχει παρατηρηθεί ότι η πρόωμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση συμβάλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

15. Κάπνισμα. Την δεκαετία του 80 οι έρευνες υποστήριξαν ότι το κάπνισμα ασκεί μία άγνωστη προστατευτική δράση , μειώνοντας κάπως τις πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Πλέον όμως με νεότερες έρευνες φαίνεται ότι όχι μόνο δεν προστατεύει αλλά έχει λίγο αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου μαστού σε καπνίστριες γυναίκες.¹²

2.5. 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 την νόσο, χωρίς να εξασφαλίζουν ανοσία. Δεν υπάρχει φάρμακο που να το παίρνουν υγιείς γυναίκες και να μην παθαίνουν ποτέ καρκίνο μαστού. Αυτό θα ήταν το όνειρο όλων. Υπάρχει όμως η ταμοξιφαίνη. Χορηγείται κυρίως ως επικουρική θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού μετά την χειρουργική εκτομή και έχει βρεθεί ότι ελαττώνει τις μεταστάσεις και αυξάνει την επιβίωση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά 30%.

Έχει χρησιμοποιηθεί προληπτικά σε υγιείς γυναίκες υψηλού κινδύνου με κληρονομικό καρκίνο του μαστού , έχοντας μειώσει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού κατά 50% .Δεν χορηγείται προληπτικά στον πληθυσμό, γιατί προκαλεί εμμηνόπαυση, μπορεί να έχει παρενέργειες και τελικά να κάνει κακό αντί καλό.¹³

2.6. Συμπτώματα-Σημεία ύπαρξης καρκίνου

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

- **Όγκος.** Σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνιση του με τη μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια την γυναίκα.
- **Πόνος.** Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει ιστογόνες ουσίες
- **Έκκριση από τη θηλή.** Η έκκριση από τη θηλή του μαστού, που πάσχει, εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.¹⁴
- **Εισολκή της θηλής.** Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής, αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου μαστού.
- **Πάχυνση του δέρματος.** Μπορεί να είναι τοπική η διάχυτη σε όλο τον μαστό. Οφείλεται σε διήθηση και απόφραξη των λεμφικών αγγείων του δέρματος από νεοπλασματικά κύτταρα.
- **Άλλα συμπτώματα.** Σπανιότερα κάνει την εμφάνιση του με εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία κλπ.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

**<<ΟΤΑΝ Η ΠΙΣΤΗ ΧΑΘΕΙ, ΟΤΑΝ Η ΤΙΜΗ ΠΕΘΑΝΕΙ,
Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΕΙΝΑΙ ΝΕΚΡΟΣ>>**



3.1. Εξάπλωση του καρκίνου

Η εξάπλωση του καρκίνου μπορεί να συμβεί με έναν από τους παρακάτω 3 τρόπους:

1) Εισβολή: Οι κακοήθεις όγκοι επειδή δεν έχουν μια κάψα που να τους περιβάλλει ή μια περιοριστική μεμβράνη, έχουν την δυνατότητα απεριόριστης επέκτασης, εισβάλλοντας στους χώρους ανάμεσα στα κανονικά κύτταρα των ιστών, στους οποίους εντοπίζονται. Τέτοιες αναπτύξεις (πρωτογενής καρκίνος) μπορούν να μείνουν απαρατήρητες, μέχρις ότου εξαιτίας της διόγκωσης, να αρχίσουν να παρεμποδίζουν την λειτουργία των σπουδαίων δομών και οργάνων του σώματος.¹⁵

2) Εμφύτευση: Τα καρκινικά κύτταρα αναπτύσσονται, επεκτείνονται και διεισδύουν εύκολα, με αποτέλεσμα να εμφυτεύονται σε κάποια γειτονικά όργανα, όπου θα συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να παράγουν τις καταστροφικές επιδράσεις τους.

3) Μετάσταση: Η μετάσταση είναι η διαδικασία της μεταφοράς της νόσου από ένα όργανο ή μέρος του σώματος σε άλλο. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό καινούριων (δευτερογενών) τύπων της νόσου. Τα αναπτυσσόμενα και διεισδυτικά καρκινικά κύτταρα εισβάλλουν στο λεμφικό σύστημα και έτσι μεταφέρονται στους κατά τόπους λεμφαδένες. Ακόμη μπορεί να εισβάλουν σε ένα γειτονικό αιμοφόρο αγγείο, να μεταφερθούν σε απόμακρα μέρη ή όργανα, να εγκατασταθούν εκεί και να παράγουν ένα καινούργιο (δευτερογενή) τύπο καρκίνου.¹⁶

3.2. Ιστολογική ταξινόμηση καρκίνου μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από τα κύτταρα που επενδύουν τα μαστικά λοβία και τους γαλακτοφόρους πόρους. Τα καρκινικά κύτταρα που περιορίζονται στα λοβία και τους πόρους καλούνται **in situ ή μη διηθητικά**. Καλούνται επίσης μερικές φορές προκαρκινώματα, καθώς δεν έχουν τη δυνατότητα να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος που περισσότεροι άνθρωποι συνδέουν με τον καρκίνο. Διηθητικός καρκίνος του μαστού είναι εκείνος όπου τα κύτταρα έχουν διηθηθεί πέραν των πόρων και των λοβίων, στον περιβάλλοντα μαστικό αδένα.

Ο μη διηθητικός καρκίνος μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό αν δεν θεραπευθεί. Ο διηθητικός καρκίνος έχει την δυνατότητα να εξαπλώνεται και να μπορεί να εισέλθει στα λεμφαγγεία του μαστού και να εξαπλωθεί στους λεμφαδένες τις μασχάλης.

Πρόκειται για το πιο συνηθισμένο σημείο μετάστασης, από όπου τα καρκινικά κύτταρα μπορεί να μπουν στο αίμα και να εξαπλωθούν και σε άλλα μέρη του σώματος.¹⁵

Το λεμφικό σύστημα συμμετέχει στην καταπολέμηση των λοιμώξεων και είναι ένα δίκτυο λεμφικών αγγείων και λεμφικών αδένων μέσα στον οργανισμό. Αν εισέλθει κάποιο μικρόβιο στο σώμα, διέρχεται μέσω των λεμφαγγείων στους λεμφαδένες, όπου είναι αποθηκευμένα τα κύτταρα που συμβάλλουν στην εξουδετέρωση των μικροβίων. Τα κύτταρα που βρίσκονται στους λεμφαδένες είτε εξουδετερώνουν από μόνα τους τα μικρόβια, είτε παράγουν ουσίες που ονομάζονται αντισώματα, οι οποίες απελευθερώνονται στο αίμα. Οι λεμφαδένες που παροχετεύουν τους μαστούς βρίσκονται στις μασχάλες όταν, λοιπόν, τα καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στα λεμφαγγεία, μετακινούνται προς τους αδένες.

Τόσο ο διηθητικός όσο και ο μη διηθητικός καρκίνος υπόκεινται σε περαιτέρω υποδιαιρέσεις, σύμφωνα με διάφορα κριτήρια. Στην περίπτωση των διηθητικών

καρκίνων, οι πιο σημαντικές διακρίσεις αφορούν τους διάφορους τρόπους με τους οποίους αναπτύσσονται και εξαπλώνονται και τον τύπο των κυττάρων που συμμετέχουν.¹⁷

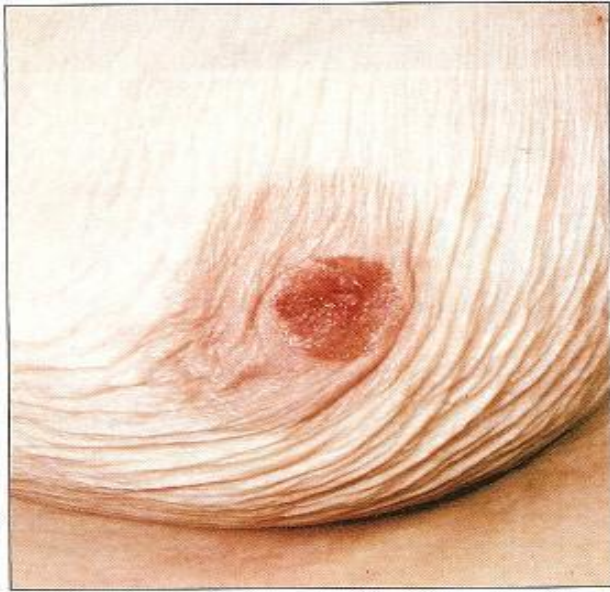
Όταν εξετάζεται ένα καρκίνωμα στο μικροσκόπιο, μπορεί να καταστεί δυνατό να εκτιμηθεί πόσο επιθετικός πρόκειται να είναι ο καρκίνος, με άλλα λόγια πόσο μακριά και πόσο γρήγορα πρόκειται να εξαπλωθεί.

Σύμφωνα με μια ανάλυση τέτοιου είδους, ένας όγκος μπορεί να βαθμολογηθεί με μια κλίμακα από I έως III, ανάλογα με τη σοβαρότητά του. Στην πραγματικότητα, ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια και μοναδική νόσος, αλλά ένα σύνολο πολλών νόσων. Σκοπός όμως είναι να εξακριβώνεται πάντα τι είδος όγκου έχει ένα άτομο και να προσαρμόζεται αναλόγως η θεραπεία. Είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι γιατροί πριν ξεκινήσει η θεραπεία, αν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί και αν ναι, πόσο μακριά.¹¹

3.2.1 Νόσος του Paget της θηλής

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

Ασθενής με παραμελημένο Paget της θηλής



Νόσος Paget της θηλής



3.3. Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού κατά το σύστημα T.N.M.

Η κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού κατά το T.N.M. σύστημα έχει γίνει σήμερα παραδεκτή διεθνώς. Η σταδιοποίηση αυτή βοηθά τόσο στην πρόγνωση και θεραπευτική αγωγή, όσο και στην αξιόπιστη σύγκριση του θεραπευτικού αποτελέσματος στις διάφορες μελέτες που ανακοινώνονται. Το σύστημα αυτό προέρχεται από τα αρχικά των τριών εκδηλώσεων της νόσου. Τον πρωτοπαθή όγκο T (tumor), τους μασχαλιαίους λεμφαδένες N (Nodes), και τις μακρινές μεταστάσεις M (Metastases).¹⁸

Με την ταξινόμηση αυτή ένας καρκίνος του μαστού κατατάσσεται σε κάποιο από τα γνωστά τέσσερα στάδια (I, II, III, IV).

Η κατάταξη γίνεται πάντα με βάση την υπερτερούσα κλινική εκδήλωση, είτε αυτή είναι ο πρωτοπαθής όγκος, είτε είναι οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, είτε ορατές ή ανιχνεύσιμες μακρινές μεταστάσεις.¹⁸

Τα 4 βασικά στάδια ταξινόμησης του καρκίνου είναι τα εξής:

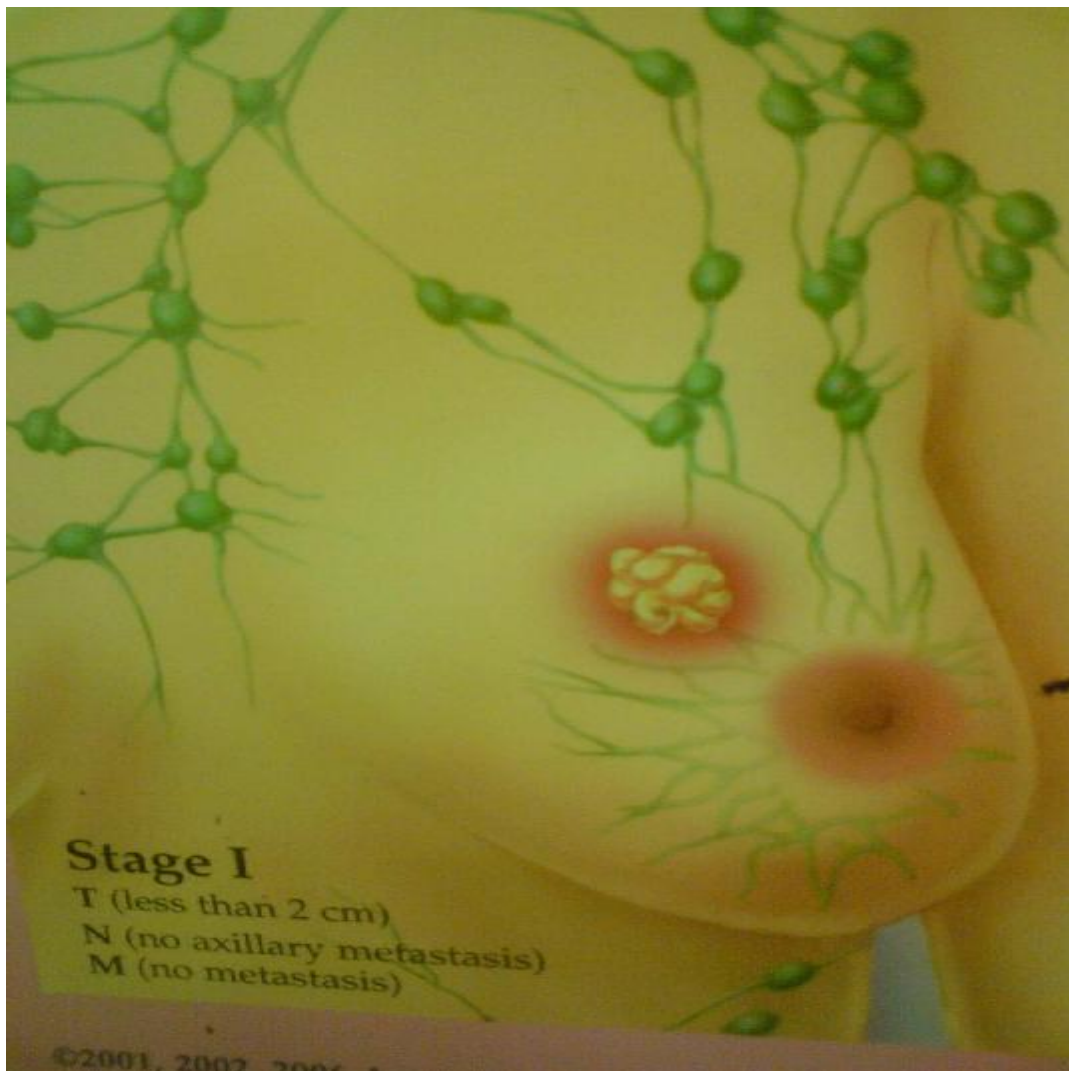
Στάδιο 0 (in situ):Tis, N0, M0

Οι μη επιθετικοί καρκίνοι είναι τα λοβώδη καρκινώματα in situ και τα in situ καρκινώματα των εκφορητικών πόρων του μαστού. Συνήθως είναι μικροί και ενδέχεται να αποκαλυφθούν τυχαία με τη μαστογραφία πριν γίνουν ψηλαφητοί. Μπορεί να υπάρχουν σε αρκετές θέσεις στον ένα μαστό ή και στους δύο. Αν ο καρκίνος in situ βρεθεί μαζί με επιθετικό καρκίνο, σταδιοποιείται και θεραπεύεται σύμφωνα με τον επιθετικό καρκίνο.

Πενταετής επιβίωση: Πάνω από 95%

Στάδιο I :T1, N0, M0

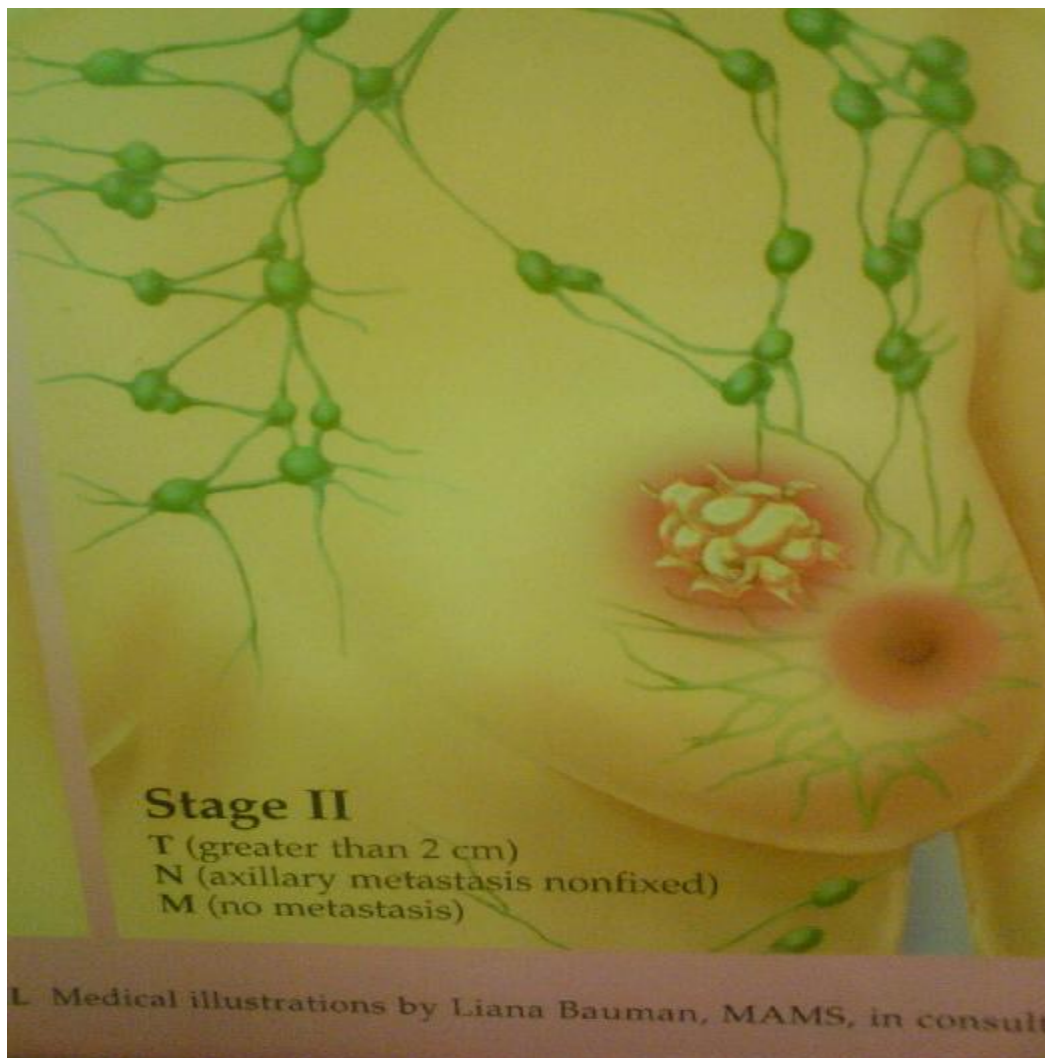
Πρόκειται για όγκο μεγέθους 2cm ή και μικρότερο, χωρίς ένδειξη διασποράς στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία. Πενταετής επιβίωση: 85%



Στάδιο II. : TNM T0, N1, M0 ή T1, N1, M0 ή T2, N0, M0.

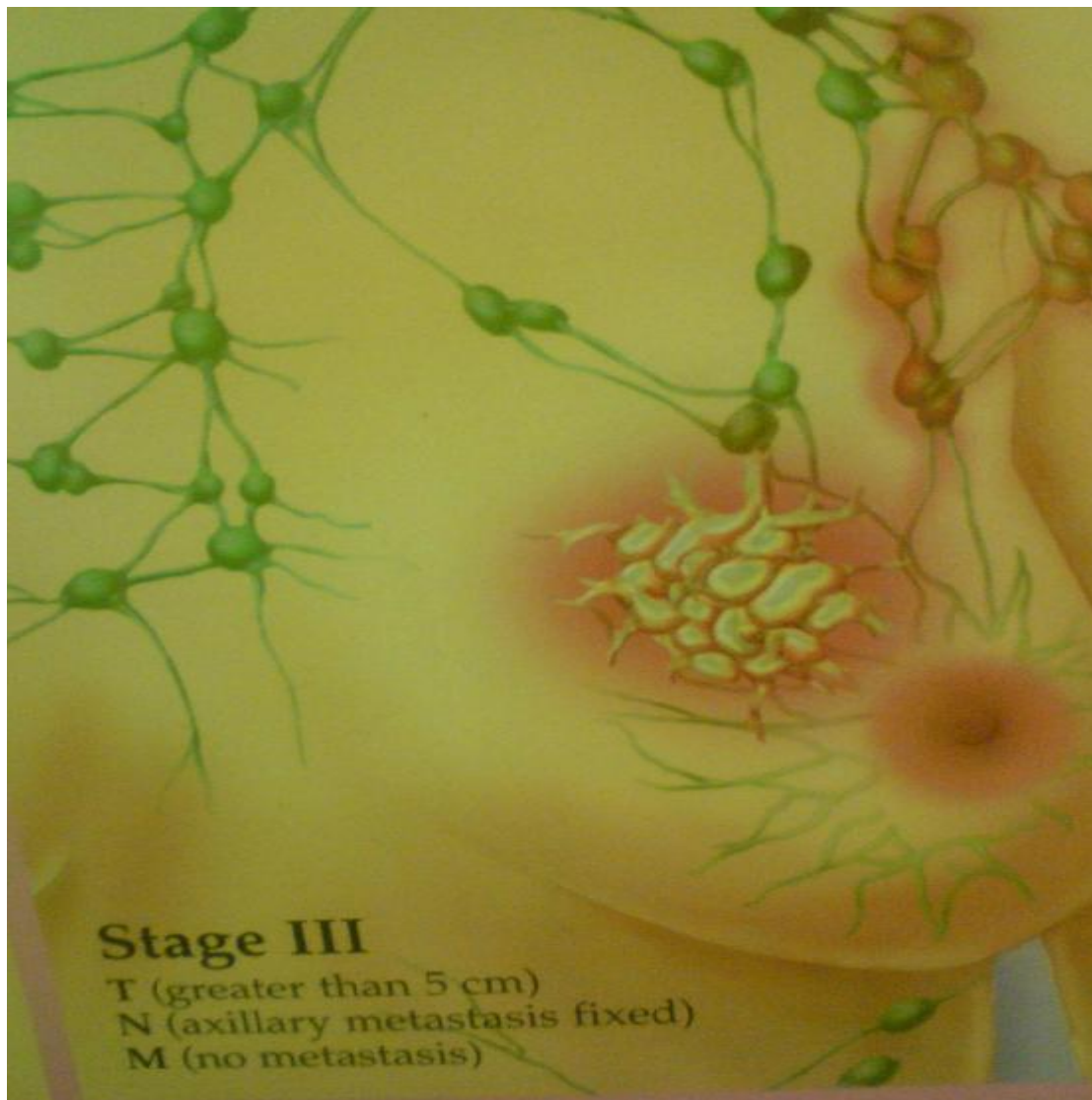
Στο στάδιο II. Α. υπάρχει είτε μικρή πρωτοπαθής βλάβη (μικρότερη 2εκ.) με θετικούς μασχालιαίους λεμφαδένες, είτε κάποια μεγαλύτερη πρωτοπαθής βλάβη (μεταξύ 2 και 5 εκ.) χωρίς προσβολή των λεμφαδένων.¹⁴

Στο Στάδιο II. Β. T2, N1, M0 ή T3, N0, M0 χαρακτηρίζεται από κάποια πρωτοπαθή βλάβη με μέγεθος από 2εκ. έως 5εκ. και θετικούς μασχालιαίους λεμφαδένες είτε από κάποιον πολύ μεγάλο όγκο (μεγαλύτερο των 5εκ.) χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις. Πενταετής επιβίωση:66%

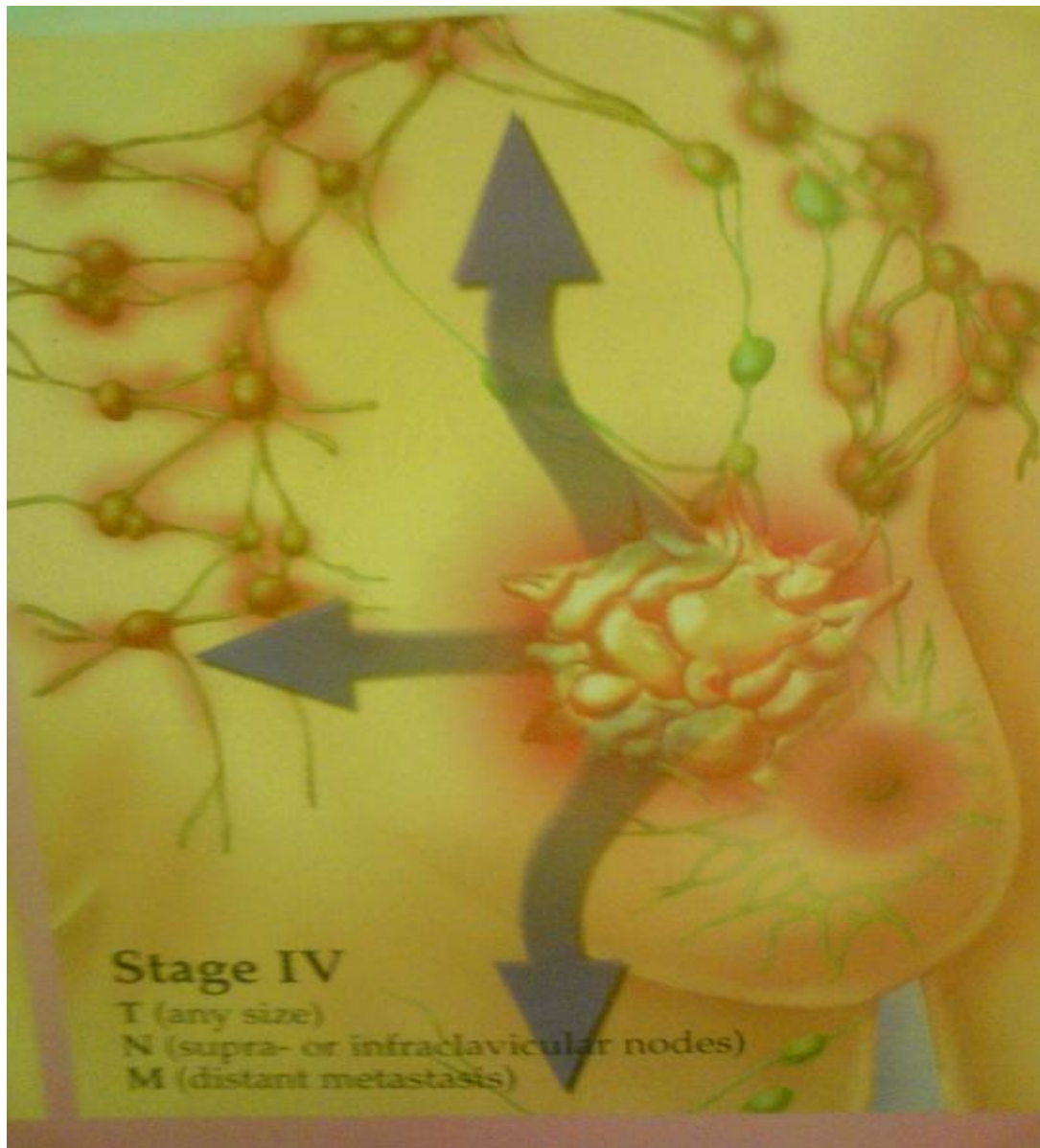


Στάδιο III. Α.: TNM T0-2, N2, M0 ή T3, N1-2, M0. Το χαρακτηριστικό του σταδίου III είναι η ύπαρξη μεγάλου όγκου (πάνω των 5εκ.) με προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς.

Στάδιο III. Β.: T, N3, M0 ή T4, οποιοδήποτε N, M0. Εάν υπάρχουν προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες ή εάν ο όγκος επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλλει και εξελκώνει το δέρμα, η νόσος χαρακτηρίζεται ως στάδιο III. Β. Πενταετής επιβίωση:41%



ΣΤΑΔΙΟ IV.: Οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1. Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (στα οστά, στο ήπαρ ή τους πνεύμονες) ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος πέρα από την περιοχή του μαστού. Πενταετής επιβίωση:10%.¹⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

**<< ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΝΑ ΠΡΟΛΑΒΑΙΝΕΙΣ ΤΗΝ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ
ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΥ ΠΑΡΑ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙΣ ΤΗΝ
ΑΡΡΩΣΤΙΑ ΣΟΥ>>**



4.1. Πρόληψη

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε 2 μεγάλες κατηγορίες : σε μέτρα **πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης**. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο.

Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιονίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμούς κατά του ιού της ηπατίτιδας Β). Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο (πχ μαστογραφία).

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.¹⁸

4.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει έρευνες για ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου, οι οποίες γίνονται σε ανθρώπους, πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Επίσης η φυσική δραστηριότητα είναι ένας άλλος παράγοντας που περιλαμβάνεται στην πρωτογενή πρόληψη. Ιδιαίτερα οι προεμμηνοπαυσιακές αλλά και οι νεότερες σε ηλικία γυναίκες φαίνεται να ευνοούνται περισσότερο από την τακτική σωματική άσκηση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης. Η καθημερινή άσκηση γυμνάζει τους μύες του στήθους και τους κάνει πιο ανθεκτικούς στον καρκίνο του μαστού.¹⁹

Τέλος εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης. Τέτοια προγράμματα είναι: α) η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, β) η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινικό παράγοντα και γ) η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

Για την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων αυτών θα πρέπει η πολιτεία να προβεί στην λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.¹⁹

4.1.2. Δευτερογενής πρόληψη

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοστεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκείμενα συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι

αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη της νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να μην προβεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.¹⁹ Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στηρίζεται στην εφαρμογή ορισμένων βασικών αρχών ελέγχου του γυναικείου πληθυσμού.

Ο έλεγχος αυτός μπορεί να είναι είτε συστηματικός προληπτικός μαζικός έλεγχος, είτε μπορεί να είναι ατομικός, τα λεγόμενα screening. Τα screening αυτά γίνονται είτε σε μεγάλες ομάδες του γυναικείου πληθυσμού σε προκαθορισμένες περιοχές υπό μορφή συγκεκριμένων προγραμμάτων, οπότε λέγονται μαζικά screening, είτε μπορεί να κάνει screening ατομικά κάθε γυναίκα, εφόσον έχει μπει από το γιατρό της σ' ένα πρόγραμμα προληπτικής παρακολούθησης του καρκίνου του μαστού. Για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος, πρέπει να ενημερώνεται το κοινό για την ύπαρξη του και οι γυναίκες να διδάσκονται όχι μόνο να αποδέχονται την εξέταση, αλλά και να την επιδιώκουν.¹⁹

Για την διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με την βοήθεια ενός ή περισσότερων μεθόδων ή μηχανημάτων.

Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει: ολοκληρωμένο ιστορικό, γενική-φυσική εξέταση, κλινική εξέταση (επισκόπηση-ψηλάφηση), αιματολογικές εξετάσεις, ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).¹⁹

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε τη μεγάλη συμβολή της βασικότερης μεθόδου προληπτικής εξέτασης των μαστών, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίησή της και το διάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης

του μαστού. Είναι βασικό να διδαχθεί η γυναίκα πώς να αυτοεξετάζεται από την ηλικία των 20 ετών. Οφείλουμε να της δείξουμε πώς πρέπει να την κάνει και να της πούμε πότε πρέπει να την κάνει, σε ποια ηλικία, σε ποιες ημέρες του κύκλου, το χρόνο, που και πώς.³

4.2. Διαγνωστικές εξετάσεις

4.2.1. Διαδικασία αυτοεξέτασης μαστού



ΒΗΜΑ 1 : Ξεκινήστε κοιτάζοντας τους μαστούς σας στον καθρέφτη. Ελέγχουμε το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα. Οι δύο μαστού πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.

Σημεία που χρειάζονται διερεύνηση: Εισολκή δέρματος και θηλής, δέρμα σαν φλοιός πορτοκαλιού, ερυθρότητα, διόγκωση, αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή, διαγραφή φλεβών κάτω από το δέρμα.³



ΒΗΜΑ 2: Σηκώστε τα χέρια και διερευνήστε τα ίδια σημεία. Ακολουθώως πιέστε και τις δύο θηλές και ελέγξτε αν υπάρχει αποβολή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αίμα.



ΒΗΜΑ 3: Ξαπλώστε και εξετάστε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων σας μέχρι να καλύψετε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθήστε 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: Ακολουθήστε 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.³

Ένας όγκος στο μαστό γίνεται αντιληπτός αφού η διάμετρος του ξεπεράσει τα 3 εκατοστά. Οι ανειδίκευτοι στον μαστό ιατροί τον ψηλαφούν γύρω στα 2 εκατοστά. Ο μαστολόγος γύρω στο 1 εκατοστό.³

4.2.2. Γενετική ανάλυση BRCA 1 και BRCA 2

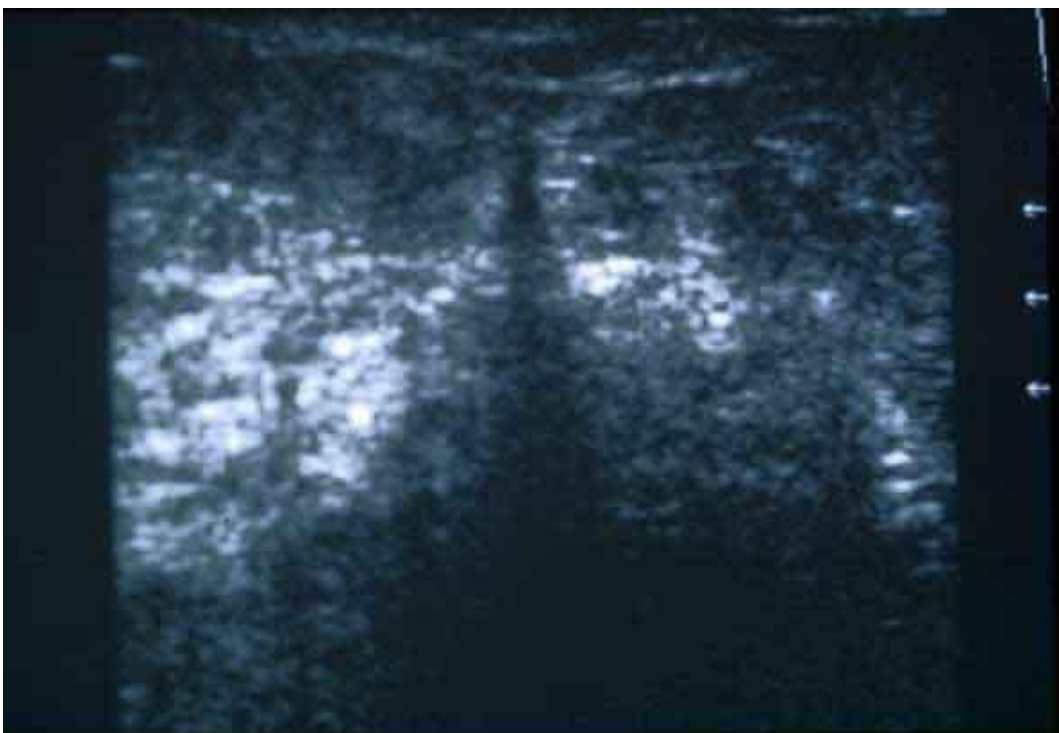
Άλλος ένας τρόπος προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η γενετική ανάλυση BRCA 1 και BRCA 2. Οι γυναίκες που έχουν προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, καλό θα είναι να κάνουν ένα γενετικό τεστ σε εξειδικευμένο κέντρο. Ο ειδικός γιατρός θα ενημερώσει την ασθενή για την σημασία του τεστ καθώς και για το που γίνεται αυτό το τεστ. Πάντως γυναίκα που θα έχει αρνητικό BRCA 1 ή BRCA 2 δεν αποκλείεται να αναπτύξει κάποτε καρκίνο στον μαστό της.¹⁹

4.2.3. Υπερηχογραφική εξέταση

Η υπερηχογραφική εξέταση, η γνωστή υπερηχογραφία είναι μια τεχνική, με την οποία είναι δυνατή μια ανώδυνη απεικόνιση της δομής των διαφόρων οργάνων χωρίς ακτινολογική επιβάρυνση .²

Τα πλεονεκτήματα της υπερηχογραφικής εξέτασεως έγκειται στην δυνατότητα μιας ανώδυνης εξέτασεως χωρίς ακτινολογική επιβάρυνση. Το μειονέκτημα αυτής έγκειται σε μια σαφώς μειωμένη αξιοπιστία έναντι της μαστογραφίας. Κατόπιν τούτου δεν αποτελεί η υπερηχογραφία υποκατάστατο αλλά συμπλήρωμα μιας μαστογραφίας. Ειδικά στην περίπτωση μίας κύστεως η υπερηχογραφική εξέταση είναι περισσότερο αξιόπιστη έναντι μιας μαστογραφίας. Στην μαστογραφία απεικονίζεται η κύστης σαν μία συμπαγείς μάζα. Αντιθέτως στην υπερηχογραφική εξέταση απεικονίζεται σαφώς το εντός της κύστεως υπάρχων υγρό. Αυτή η διαγνωστική δυνατότητα είναι πολύ σημαντική αφού με τον τρόπο αυτό αποφεύγει η ασθενής την εγχείρηση. Ένας συμπαγείς όγκος πρέπει να αφαιρείται χειρουργικός. Αντιθέτως σε μία κύστη εκκενώνεται το περιεχόμενο της με παρακέντηση και το υγρό εξετάζεται κυτταρολογικά.²

Υπερηχογράφημα U/S μαστών



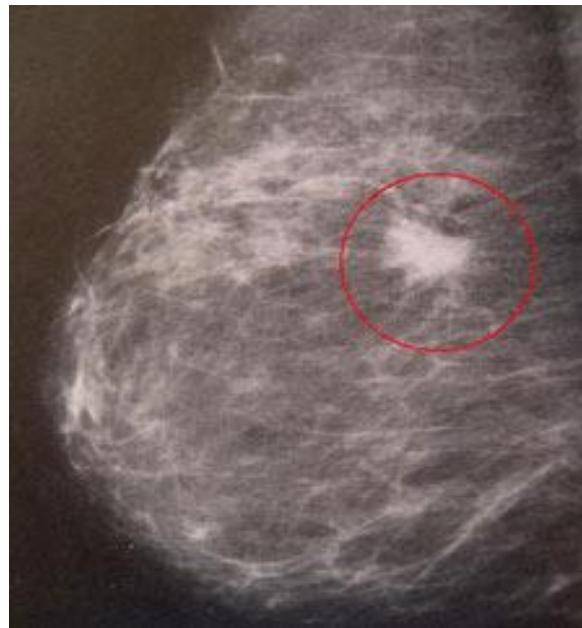
4.2.4. Μαστογραφία

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 κατεξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού.²⁰

Η μαστογραφία συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση του μαστού και μειώνει τον κίνδυνο θανάτου από τη νόσο τουλάχιστον κατά 20%. Η μαστογραφία θεωρείται ασφαλής εξέταση, γιατί η ιονίζουσα ακτινοβολία που εκπέμπει είναι σε πολύ χαμηλή δόση.

Η πρώτη μαστογραφία συστήνεται μετά τα 40, στο πλαίσιο του προληπτικού ελέγχου και μετά τα 50 επανάληψη κάθε 2 χρόνια.⁶

Μαστογραφία με εμφανή καρκίνο



4.2.4 Ενδείξεις για μαστογραφία:

Μια απόλυτη ένδειξη για μαστογραφία υφίσταται όταν:

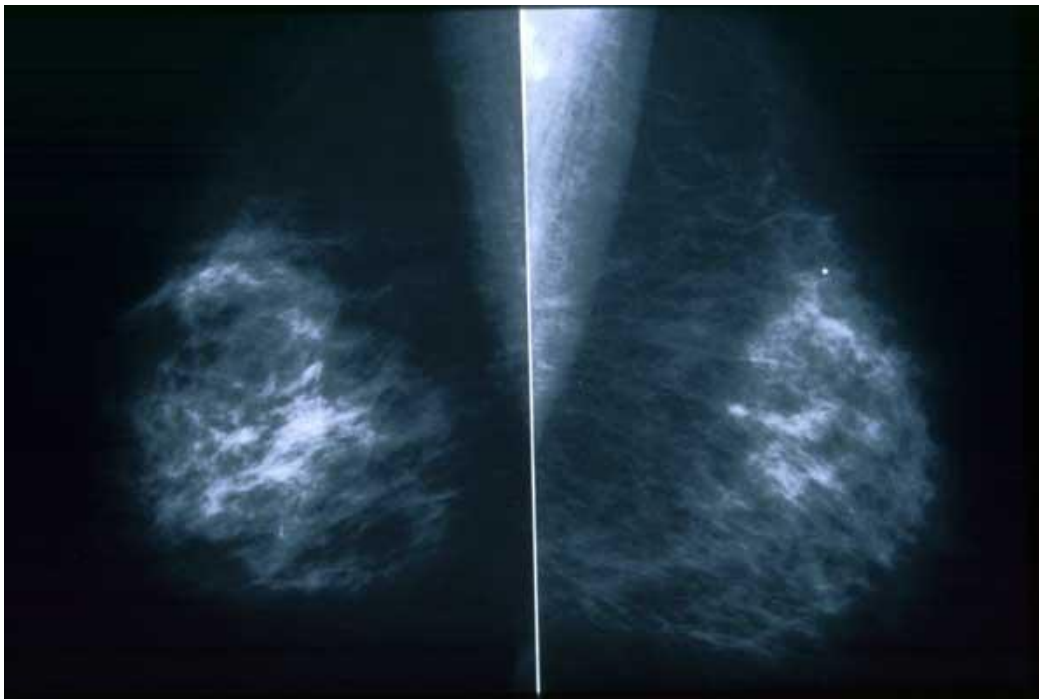
- Υπάρχει ένα μεμονωμένο ογκίδιο
- Υφίσταται μια σκληρία, η οποία εξαρτάται από την ωοθηκική λειτουργία
- Εξέρχεται έκκριμα από τη θηλή του μαστού
- Υφίσταται πόνος εξαρτώμενος από την ωοθηκική λειτουργία

- Υφίστανται στοιχεία μιας φλεγμονής
- Υφίστανται πρόσφατα διαπιστωμένες μεταβολές της μορφής του μαστού
- Παρουσιάζει μεταβολές η θηλή του μαστού
- Ψηλαφώντας στη μασχαλιαία κοιλότητα διογκωμένοι λεμφαδένες
- Υφίστανται ύποπτα ευρήματα σε διαπιστωμένη μαστοπάθεια

Μια κατά ρουτίνα διενεργούμενη μαστογραφία πρέπει να διενεργείται σε χρονικά διαστήματα ενός έτους όταν:

- Υπάρχει μια μαστοπάθεια, η οποία κατά την ψηλάφηση αφήνει αναπάντητα ερωτήματα.
- Όταν ένας μαστός έχει χειρουργηθεί λόγω καρκίνου του μαστού.
- Και όταν υπάρχει ένα βαρύ κληρονομικό αναμνηστικό (μητέρα ή αδελφή της ασθενούς με καρκίνο μαστού).²

Όταν η γυναίκα φτάσει στο 35 έτος της ηλικίας της γίνεται μια μαστογραφία σαν εξέταση αναφοράς και στη συνέχεια κάνει μια μαστογραφία κάθε χρόνο μετά τα σαράντα της χρόνια.²



Μαστογραφία

4.2.5 Αντενδείξεις μαστογραφίας:

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται:

- Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών, γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
- Σε έγκυες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας, και γιατί, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια της λοχείας.²¹



Μαστογραφικό μηχάνημα

4.2.6. Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις

Θερμογραφία: Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, που καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Σε κακοήγη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.

Ξηρογραφία: Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνια αντί της φωτογραφικής πλάκας.

Διαφανοσκόπηση: Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει διαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.²¹

Αυτός ο έλεγχος υγείας “check up”, όπως συνήθως λέγεται, επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου.

Τέτοια κέντρα είναι:

Οι κινητές διαγνωστικές μονάδες, οι οποίες είναι ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και παραϊατρικού προσωπικού, που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα, που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι διαγνωστικές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη σε αστικά κέντρα με σκοπό την ενημέρωση του κοινού και την διενέργεια χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και όχι μόνο.

Τα ιατρεία προκλινικής διάγνωσης. Σε αυτά τα προγράμματα ο έλεγχος είναι προκλινικός. Βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους και όχι αν πάσχει από καρκίνο του μαστού. Η δουλειά αυτή γίνεται από τους νοσηλευτές, οι οποίοι λειτουργούν ως εκπαιδευτικοί υγείας.¹⁸

4.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη

Ο ρόλος των νοσηλευτών όσον αφορά την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι σημαντικός, διότι η ολιστική προοπτική τους καθιστά ικανούς να επεμβαίνουν σε ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας.

Είναι ικανοί να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών, αλλά χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητα τους, μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που να στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση.¹⁸

Λοιπόν ο ρόλος του νοσηλευτή, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος, και γι' αυτό στρατηγικός.

Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στην διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί και περιβαλλοντικοί.⁴

4.4 Νέες εξελίξεις στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Αμερικανοί επιστήμονες ανέπτυξαν στο εργαστήριο ένα νέο εμβόλιο, το οποίο μετά από πειράματα σε ποντίκια φαίνεται να αντιμετωπίζει με επιτυχία μία συγκεκριμένη μορφή καρκίνου του μαστού.

Το εμβόλιο στοχεύει σε μία μορφή καρκίνου που προκαλείται από την περίσσεια της πρωτεΐνης HER2 και μάλιστα καταστρέφει τους όγκους που αντιστέκονται στα σημερινά φάρμακα. Οι υποδοχείς HER2 ευθύνονται για την φυσιολογική ανάπτυξη των κυττάρων και βρίσκονται σε χαμηλές συγκεντρώσεις στα κύτταρα του μαστού. Εντούτοις αυτά τα κύτταρα μπορεί να έχουν περισσότερους υποδοχές από το φυσιολογικό προκαλώντας κατ' αυτόν τον τρόπο εμφάνιση επιθετικού καρκίνου του μαστού, μία μορφή καρκίνου που αφορά σχεδόν στο 30% όλων των καρκινοπαθών.

Τα φάρμακα που υπάρχουν αν και αντιμετωπίζουν αυτή τη μορφή καρκίνου, εντούτοις δεν είναι αποτελεσματικά για όλους τους ασθενείς. Το νέο εμβόλιο περιέχει γονίδια που παράγουν τους υποδοχείς HER2 καθώς και ένα συστατικό που διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα. Οι ερευνητές στο εργαστήριο χρησιμοποίησαν ηλεκτρικούς παλμούς ώστε να προωθήσουν το φάρμακο στους μυς των άκρων των ποντικιών. Το εμβόλιο παρήγαγε τεράστιες ποσότητες υποδοχέων HER2 οι οποίοι πυροδότησαν την αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος των πειραματόζωων, κάνοντάς τους να πολεμήσουν τον καρκίνο. Ταυτόχρονα ένα στοιχείο του φαρμάκου μείωσε τη δραστηριότητα των T κυττάρων ώστε το ανοσοποιητικό σύστημα να αντιδράσει πιο άμεσα στο εμβόλιο.²²

Όταν οι ερευνητές εμφύτευσαν έναν HER2 θετικό όγκο του μαστού στα πειραματόζωα, ο καρκίνος εξαλείφθηκε χωρίς μάλιστα καμία παρενέργεια. Ο επικεφαλής της έρευνας καθηγητής Wei-Zen Wei τόνισε ότι αυτό το φάρμακο ενδεχομένως να αποτελεί το όπλο των γυναικών που εμφανίζουν αντίσταση στις σημερινές θεραπείες.

Οι Αμερικανοί ερευνητές είπαν μάλιστα ότι ενδεχομένως το εμβόλιο να προλαμβάνει την ανάπτυξη των καρκινικών όγκων σε γυναίκες που δεν έχουν εμφανίσει τη νόσο. Εντούτοις Βρετανοί ειδικοί τονίζουν ότι το εμβόλιο είναι ακόμα σε αρχικά στάδια έρευνας και δεν έχει διαπιστωθεί η δράση του στους ανθρώπους.

Η έρευνα ανήκει στο κρατικό αμερικανικό πανεπιστήμιο Wayne και δημοσιεύθηκε στην επιθεώρηση Cancer Research.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

**<< ΠΙΣΤΗ ΕΙΝΑΙ, ΝΑ ΞΕΚΙΝΑΣ ΑΝΕΒΑΙΝΟΝΤΑΣ
ΤΟ ΠΡΩΤΟ ΣΚΑΛΟΠΑΤΙ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΒΛΕΠΕΙΣ
ΟΛΟΚΛΗΡΗ ΤΗΝ ΣΚΑΛΑ >>**



5.1. Θεραπεία - Θεραπευτικές μέθοδοι

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Θα πρέπει να γίνει σωστή και χωρίς βιασύνη επιλογή της θεραπείας που θα ξεκινήσει ο ασθενής, αφού συγκεντρωθούν όλες οι παράμετροι που χρειάζονται.¹⁵

Ο νοσηλευτής, που δαπανά περισσότερο χρόνο από όλους τους επαγγελματίες υγείας ως μέλος της ογκολογικής ομάδας κοντά στην ασθενή, καλείται να συμβάλει στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει την ασθενή και την οικογένεια της και να την υποστηρίξει ψυχολογικά.²³

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε: Συντηρητική και σε Χειρουργική. Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν η Χημειοθεραπεία και η Ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική, οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό, καθώς και η Ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης .(π.χ. χορήγηση ορμονών).¹⁸

5.2. Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από:

- Το μέγεθος του όγκου
- Τον ιστολογικό τύπο
- Το στάδιο της νόσου
- Την μικροσκοπική εμφάνιση
- Τον αριθμό των μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο
- Την ηλικία της γυναίκας.

Επίσης, μια σειρά εξετάσεων που έχουν σκοπό την απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα για συμπληρωματικούς χειρισμούς όπως:

- Μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- Ανάλυση DNA όγκου

- Ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- Μέτρηση ογκογονιδίων (HER-2/neu)
- Μέτρηση αυξητικού παράγοντα
- Ανοσοϊστοχημική μελέτη¹⁸

5.3. Συντηρητική θεραπεία

Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν: η Ακτινοθεραπεία, η Χημειοθεραπεία και η Ορμονοθεραπεία.¹²

5.3.1. Ακτινοθεραπεία

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση. Δεν φαίνεται πώς παρατείνει την επιβίωση. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις ογκεκτομίας ή τμηματεκτομίας, γιατί ελαττώνει την εμφάνιση τοπικών υποτροπών από 39% σε 10 %.

Ακτινοθεραπεία συστήνεται και στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα των οστών, γιατί ανακουφίζει την άρρωστη από τους πόνους σε συχνότητα 90%. Επίσης, ανακουφίζει την άρρωστη όταν οι μεταστάσεις αφορούν στο μεσοπνευμόνιο χώρο.¹²

5.3.1.1. Ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας

Στους ασθενείς με καρκίνο, οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε: α) σε οξείες ή άμεσες και β) σε χρόνιες ή απώτερες, ανάλογα με το χρονικό διάστημα εμφάνισής τους.

Άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας:

Παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας ή εντός έξι μηνών από το πέρας αυτής.

Οφείλονται στην καταστροφή των κυττάρων, η μιτωτική δραστηριότητα των οποίων μεταβάλλεται.

Αν οι αλλοιώσεις αυτές δεν αναστραφούν επέρχεται μόνιμη βλάβη του ιστού.

Περιλαμβάνονται οι αντιδράσεις από το δέρμα (ερύθημα, ξηρή και υγρή απολέπιση, υπέρχρωση δέρματος), το οίδημα μαστού, το λεμφοίδημα άνω άκρου, η κόπωση, η ναυτία και η ήπια καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.¹²

Χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες:

Δημιουργούνται από την προσπάθεια του οργανισμού να επουλώσει ή να επισκευάσει τη βλάβη που προξένησε στα κύτταρα η ακτινοβολία. Μπορεί να εμφανιστούν μετά από μια λανθάνουσα περίοδο που κυμαίνεται από έξι μήνες έως τέσσερα χρόνια και συνήθως είναι μη αναστρέψιμες.²³

Αργότερα παρουσιάζονται τηλεαγγειεκτασία και ίνωση, και η σοβαρότητά τους εξαρτάται από το χρόνο που μεσολάβησε μεταξύ της εμφάνισής τους και της έκθεσής τους στην ακτινοβολία.

Παρουσιάζεται επίσης το κάταγμα πλευρών, το σύνδρομο βραχιονίου πλέγματος, πνευμονίτιδα, περικαρδίτιδα, πλευριτική συλλογή και ο κίνδυνος καρκινογένεσης τα οποία είναι επιπλοκές από την καρδιά.²³

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών της ακτινοθεραπείας είναι :

- § Η ένταση της ακτινοβολίας
- § Ο ρυθμός της ημερήσιας δόσης
- § Ο χρόνος έκθεσης
- § Η αρτηριακή υπέρταση

§ Η εμμηνόπαυση

§ Η ηλικία

§ Τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης

§ Το κάπνισμα

Και άλλοι όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι κολλαγονώσεις, και η ευαισθησία του δέρματος.²³

Ελαφρύ ερύθημα και ικανού βαθμού έγκαυμα του δέρματος του μαστού από την ακτινοθεραπεία

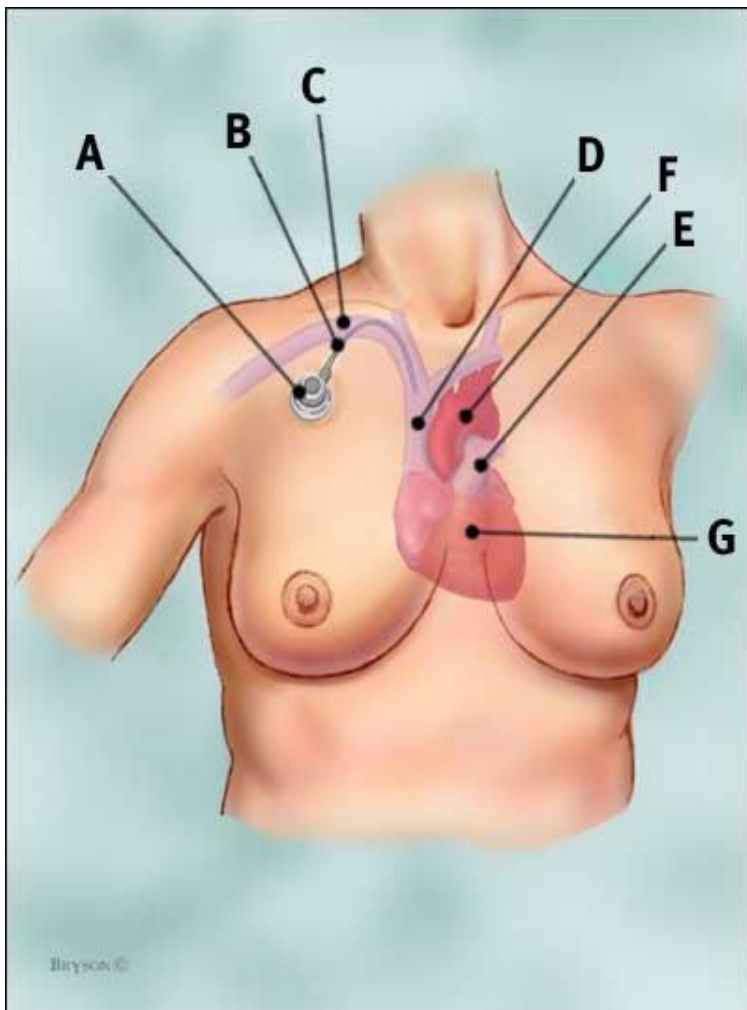


5.3.2. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε ορισμένες ασθενείς, που χειρουργήθηκαν για καρκίνο του μαστού, μετά την μαστεκτομή, ανάλογα με τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης.

Έχει σαν σκοπό να "αποστειρώσει" τον οργανισμό και να σκοτώσει κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν έχουν ξεφύγει από τον μαστό και κυκλοφορούν στο υπόλοιπο σώμα, χωρίς να είναι εμφανή.

Τα σύγχρονα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι πολύ ασφαλή και αποτελεσματικά, ενώ υπάρχουν πολλοί τρόποι για να αποφευχθούν κάποιες ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως το χάσιμο των μαλλιών.



Η χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως από έναν υποδόριο καθετήρα (port-cath) που τοποθετείται κάτω από το δέρμα του θώρακα και δεν είναι εμφανής. Ο καθετήρας αυτός διοχετεύει τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε μία μεγάλη φλέβα του σώματος, την υποκλείδιο φλέβα.⁵

5.3.2.1. . Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση σε ταχέως πολλαπλασιαζόμενα καρκινικά και φυσιολογικά κύτταρα, δηλαδή δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά, αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία είναι πραγματικά μια πρόκληση.

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στον ενήλικα ασθενή, ο οποίος νοσηλεύεται για την έναρξη ή τη συνέχιση ενός κύκλου χημειοθεραπείας και επίσης για την αντιμετώπιση των παρενεργειών της θεραπείας με κυτταροστατικά.²⁴

Οι κύριοι στόχοι της φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα, που θα πρέπει να αναφερθούν. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει επίσης κύριο ρόλο στη βοήθεια του ασθενούς και των σημαντικών γι' αυτόν προσώπων, στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής και ψυχικής εικόνας, του τρόπου ζωής και των ρόλων, ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας.²⁴

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε 2 βασικές κατηγορίες

- 1) Σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα όγκου (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και
- 2) σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων (αποδεδειγμένη γενικευμένη νόσος).⁴

A. Προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στους περισσότερους ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των υπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος.

Ορισμένες ασθένειες που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις κατά τον χρόνο της επέμβασης, αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μικρομεταστάσεις, μπορούν να απαλλαγούν από την νόσο.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται, αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία. Συνδυασμός χημειοθεραπείας με BCG είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση της πενταετούς επιβίωσης.⁴

B. Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού

Ως γενικευμένο καρκίνο μαστού εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις.⁴

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χωρίζονται στις εξής κατηγορίες :

α) Αλκυλιούντες παράγοντες: αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου (π.χ. χλωραβουκίλη, μελφαλάνη κτλ).

β) Αντιμεταβολιστές: υποκαθιστούν τους μεταβολίτες. Δρουν στη φάση του καρκίνου που γίνεται η σύνθεση του DNA. Τέτοια φάρμακα είναι μεθοτρεξατη, 5- φλουορουρακίλη κτλ.

γ) Αναστολές της κυτταρικής μίτωσης: (πχ Θεϊκή βιντεσίνη κτλ) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωση των κυττάρων.

δ) Αντιβιοτικά με δράση όμοια με την δράση των αναστολέων της κυτταρικής μίτωσης (πχ. Κρυσταλλική μίτομυκίνη, υδροχλωρική αδριαμυκίνη κτλ)

ε) Ορμόνες: χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου, επειδή πιστεύεται ότι η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού (πχ οιστρογόνα, ανδρογόνα κτλ.).⁴

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία είναι δυνατό να προκαλέσει ναυτία, εμετό αλωπεκία η οποία είναι παροδική, διάρροια, στοματίτιδα, κοκκοκυτταραιμία, δευτεροπαθή αμηνόρροια στο 1/3 των περιπτώσεων μικρή αύξηση του βάρους του σώματος, ελάττωση της σεξουαλικότητας, ανοσοκαταστολή στην αρχική της φάση κ.λπ.

Επίσης είναι δυνατό να επιβραδύνει την επούλωση του τραύματος λόγω καταστολής των ινοβλαστών, να ελαττώσει την άμυνα του οργανισμού της άρρωστης στην επίδραση λοιμογόνου παράγοντα και τέλος να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση, λόγω πτώσης των αιμοπεταλίων.⁴

5.3.3 Κυτταροστατική θεραπεία

Η λέξη «κυτταροστατικό» σημαίνει κατά λέξη «αναστολέας κυττάρων», δηλαδή εννοεί μια αναστολή μιτώσεως (διαίρεσεως κυττάρων). Λόγω του μηχανισμού αυτού δράσεως αποκαλεί κανείς τα αντίστοιχα φάρμακα «κυτταροστατικά». Προκειμένου να διαχωρίσουμε αυτό το είδος της χημικής θεραπείας από άλλες μεθόδους θεραπείας, όπως εγχείρηση και ακτινοθεραπεία, μιλούμε για χημειοθεραπεία. Συνεπώς οι έννοιες χημειοθεραπεία και κυτταροστατική θεραπεία σημαίνουν στην ογκολογία την ίδια θεραπεία.²

Η κακοήθεια ενός καρκίνου συνίσταται στην αλόγιστη ανάπτυξη, η οποία προκαλείται από την διαίρεση των κυττάρων. Μια κυτταροστατική θεραπεία αναχαιτίζει τη διαίρεση των κυττάρων και αναστέλλει την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου. Στην καλύτερη περίπτωση νεκρώνονται τα καρκινικά κύτταρα με τη θεραπεία αυτή.²

Η εφαρμογή των φαρμάκων για κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί

Γενικά. Το φάρμακο χορηγείται ενδοφλεβίως ή υπό μορφή δισκίων. Με την ομοιόμορφη κατανομή μπορεί το φάρμακο να ενεργεί σε όλο το σώμα

Τοπικά. Το φάρμακο διοχετεύεται τοπικώς μέσω της αντιστοίχου αρτηρίας στο πάσχον όργανο. Αυτή η μέθοδος δεν δύναται να εφαρμοστεί στην περίπτωση του μαστού. Εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στους όγκους του ήπατος, των οργάνων ελάσσονος πυέλου καθώς επίσης και στα άνω και κάτω άκρα.⁴

Η κυτταροστατική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι πάντοτε μία γενική θεραπεία και όχι τοπική. Τα ανάλογα φάρμακα χορηγούνται ενδοφλεβίως ή υπό μορφή δισκίων, από του στόματος. Αυτή η θεραπεία είναι σημαντική, διότι με

τον τρόπο αυτό μπορεί να εφαρμοσθεί θεραπεία σε κάθε μέρος του σώματος. Καρκινικά κύτταρα, τα οποία μέσω της λεμφικής οδού και των αιμοφόρων αγγείων καταλήγουν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, μπορούν να θεραπευθούν από τα φάρμακα αυτά, τα οποία χορηγήθηκαν κατά τον τρόπο αυτόν. Η έντονη δράση των κυτταροστατικών συνεπάγεται επίσης σπουδαίες παρενέργειες. Στην περίπτωση μιας γενικής θεραπείας οι παρενέργειες είναι περισσότερο έντονες από ότι σε τοπική θεραπεία ενός συγκεκριμένου οργάνου και οφείλονται στο γεγονός ότι τα κυτταροστατικά φάρμακα αναστέλλουν όχι μόνο τη διαίρεση των καρκινικών κυττάρων, αλλά και την διαίρεση των φυσιολογικών κυττάρων. Όσο ταχύτερα διαιρούνται τα κύτταρα, τόσο εντονότερη είναι η δράση των κυτταροστατικών φαρμάκων.

Αυτό αφορά παράλληλα προς τα καρκινικά κύτταρα, τρεις περιοχές του σώματος, οι οποίες λόγω της λειτουργίας αυτών εμφανίζουν μια έντονη ανταλλαγή της ύλης και αφορούν:

Τα μαλλιά

Το μυελό των οστών

Τα κύτταρα του γαστρεντερικού σωλήνα.²

5.4. Χειρουργική θεραπεία

Είδη χειρουργικών επεμβάσεων (μαστεκτομών) που υπάρχουν για την αντιμετώπιση καρκίνου μαστού:

Οι επεμβάσεις αυτές χωρίζονται αρχικά σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

• Τις θεραπευτικές.

• Τις προληπτικές

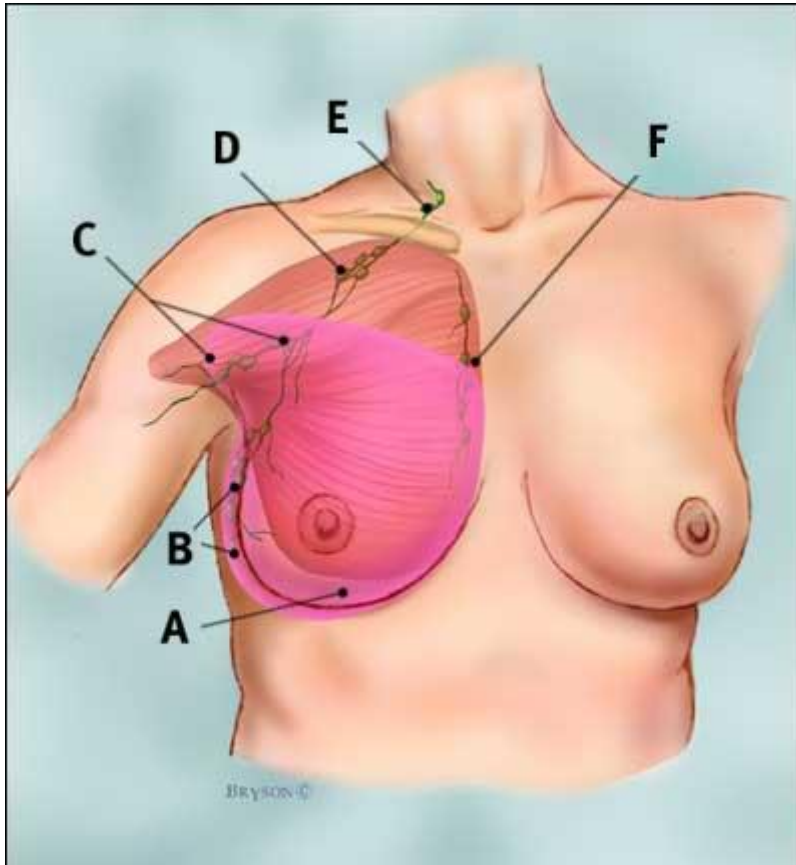
• Τις παρηγορητικές²⁵

Επεμβάσεις με ακρωτηριασμό του μαστού (μαστεκτομή)

Μαστεκτομή είναι η χειρουργική αφαίρεση όλου ή μέρους του μαστού και συνήθως εκτελείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.²⁴

A) Ριζική μαστεκτομή (κατά Rotter – Halsted)

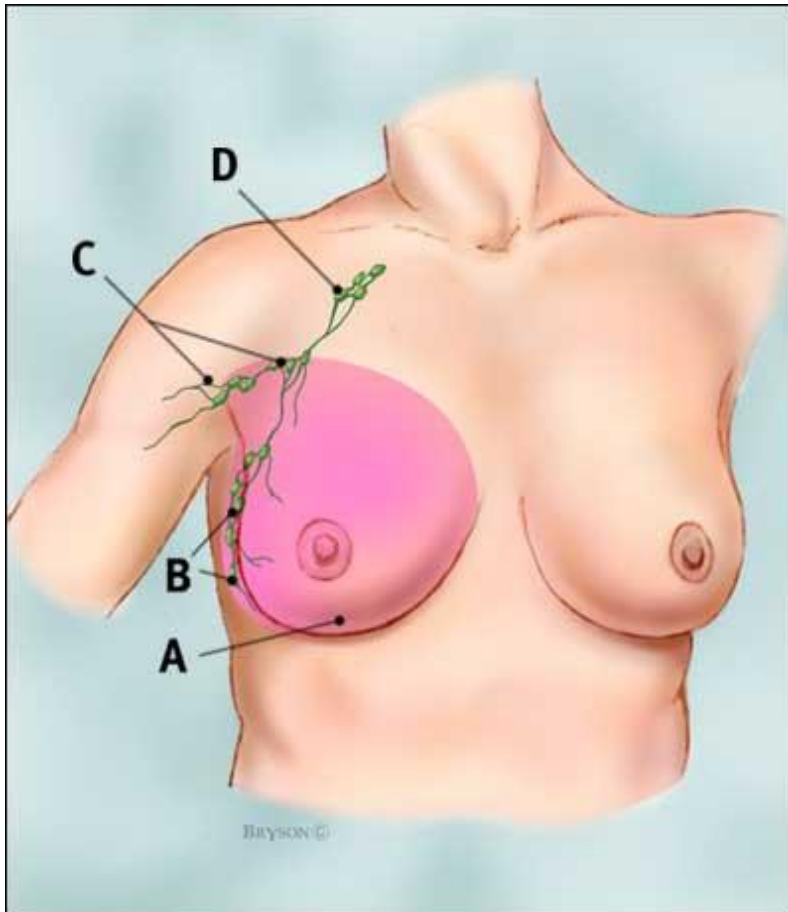
Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) καθώς και καθαρισμό της μασχάλης, εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%).²



Ριζική μαστεκτομή - Αφαιρείται όλος ο μαστός, γίνεται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός και αφαιρούνται και οι μύες του θώρακα κάτω από τον μαστό. Έχει καταργηθεί καθώς έχει τα ίδια αποτελέσματα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Χρησιμοποιείται μόνο όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει τους μύες του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος

B) Ολική μαστεκτομή με αφαίρεση μασχαλιαίων λεμφαδένων (τροποποιημένη ριζική)

Σε αυτήν τη λιγότερο ριζική μαστεκτομή δεν αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς κι επιλέγεται μια οριζόντια τομή.²



Τροποποιημένη ριζική με μαστεκτομή –

Είναι η συχνότερα εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής. Γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης επιπέδων I και II.²

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή παρατηρείται αρκετού βαθμού δυσμορφία από την αφαίρεση μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός.²



Γ) 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 σ' αυτές τις περιπτώσεις.⁴

Δ) Περιορισμένη ριζική μαστεκτομή

Αυτή η μέθοδος παριστάνει την πλέον ελαφρά μορφή της μαστεκτομής. Αντιστοιχεί στην υποδειχθείσα μέθοδο από τον Patey διαφέρει όμως από αυτήν, διότι διατηρείται ο ελάσσων θωρακικός μυς. Η περιορισμένη ριζική μαστεκτομή είναι σήμερα η πλέον εφαρμοσμένη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού. Οι δυνατότητες για μια μελλοντική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι υπαρκτές και ευνοϊκές.²

Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού

Α) Εγχείρηση με μερική αφαίρεση του μαστικού αδένα, δηλαδή ευρεία τμηματεκτομή (μερική μαστεκτομή) και λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης.

Αυτή εκτός από καθαρισμό συνήθως της μασχάλης, είναι δυνατό να περιλαμβάνει προς αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας είτε εκ του μη ολόκληρου τεταρτημορίου (τεταρτημοριεκτομή), είτε ευρεία τοπική εκτομή του όγκου με αφαίρεση του γύρο υγιούς αδενικού ιστού, έκτασης 2 εκ περίπου ή τοπική εκτομή του όγκου (ογκεκτομή).

Ο συνδυασμός της εγχείρησης αυτής με ακτινοθεραπεία με την γνωστή αποτελεσματικότητα της στο να προκαλεί (αποστείρωση) της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχωρίων λεμφαδένων κάνει την μέθοδο αυτή να ισοδυναμεί με

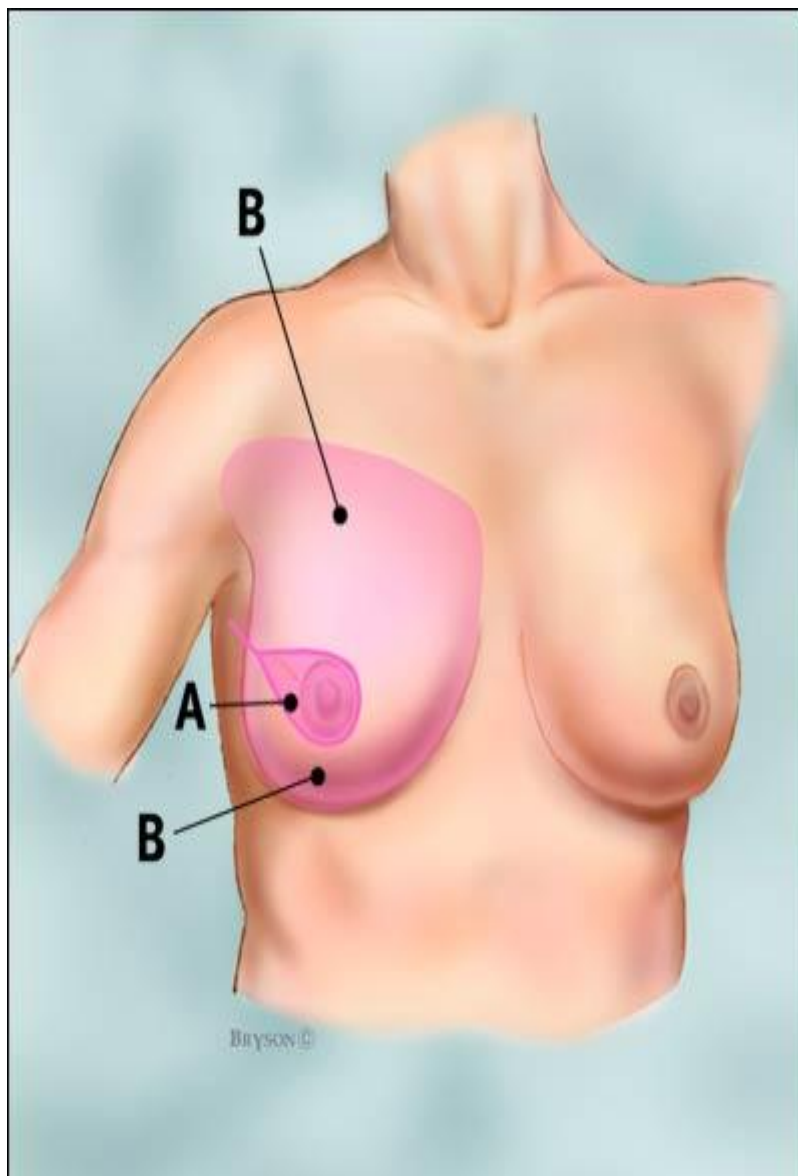
μια ριζική επέμβαση. Η εφαρμογή δε και επικουρικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους αδένες κάνει τη μέθοδο κατάλληλη όχι μόνο σε ασθενείς του σταδίου I, αλλά και του σταδίου II με όγκους μεγαλύτερους των 4 εκ. Η 5ετής επιβίωση δεν διαφέρει εκείνης των ριζικότερων επεμβάσεων.²

Για τους λόγους αυτούς και εκ του γεγονότος ότι έχει καλό κοσμητικό αποτέλεσμα χωρίς να δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα, το είδος της εγχείρησης αυτής κερδίζει συνεχώς έδαφος.

B) Υποδόρια μαστεκτομή-Εγχειρήσεις με πλήρη εκτομή του μαστικού αδένα

Μια εγχείρηση με διατήρηση του μαστού, κατά την οποία αφαιρείται πλήρως ο μαστικός αδένας ονομάζεται στην ιατρική γλώσσα και υποδόριος μαστεκτομή. Η έννοια αναφέρεται στην ενέργεια αυτής της τεχνικής. Το δέρμα και η θηλή διατηρούνται, ενώ οι κάτωθεν αυτού ιστοί αφαιρούνται πλήρως. Σχετικά με την αφαίρεση των ιστών αυτή η μορφή της μαστεκτομής είναι εξίσου ριζική όπως και στην μαστεκτομή με ακρωτηριασμό.

Η τομή στο δέρμα διενεργείται συνήθως στο έξω ήμισυ της κάτω πτυχής του μαστού.²



Υποδόριος μαστεκτομή

Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μεθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής. Προϋπόθεση να αφαιρεθεί πάντα η θηλή του μαστού και να μην διηθείται το δέρμα από τον καρκίνο.

A. Το τμήμα δέρματος που αναιρείται μαζί με την θηλή

B. Η έκταση του αδένα που αναιρείται.²⁶

5.5. Ωοθηκεκτομή και καρκίνος του μαστού

Η ωοθηκεκτομή αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης των πασχόντων από καρκίνο του μαστού.

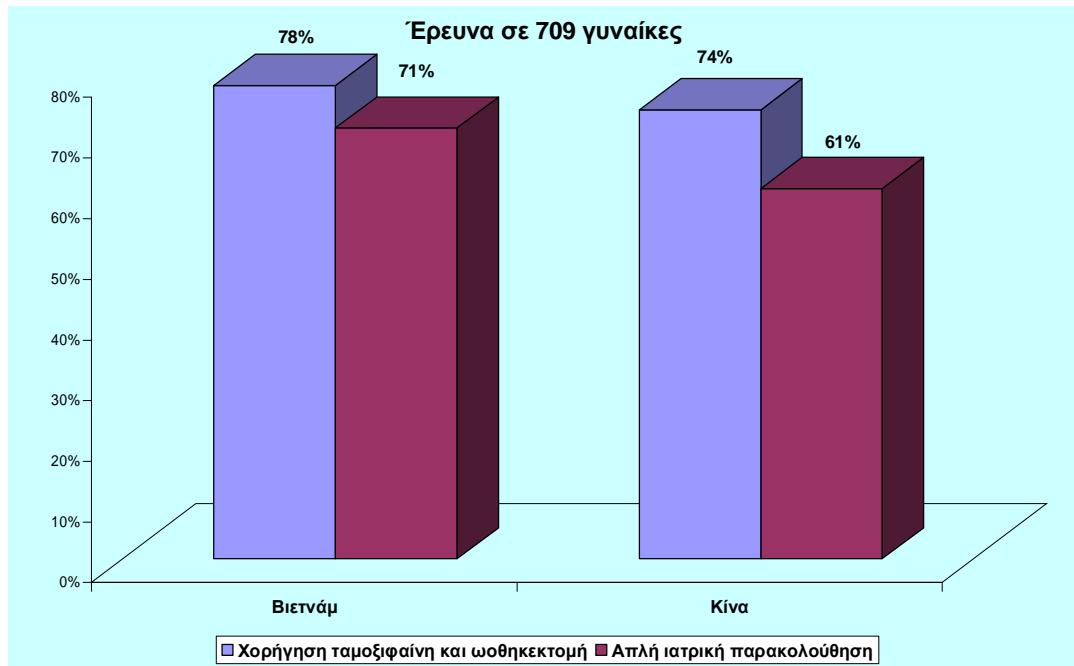
Η αφαίρεση των ωοθηκών συνδυαστικά με τη χορήγηση ταμοξιφαίνης ως υποβοηθητική ή «ενισχυτική» θεραπεία, βελτιώνει σημαντικά την επιβίωση των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Η ωοθηκεκτομή γίνεται σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και το αντιοιστρογόνο ταμοξιφένη στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με όγκους που εκφράζουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς. Η ταμοξιφένη χορηγείται σε δόση 20mg ημερησίως επί 5 έτη. Επειδή συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου χρειάζεται ετήσια εξέταση της πυέλου.²⁶

Η ενδοκρινική θεραπεία έχει τα καλύτερα αποτελέσματα στους ασθενείς που έχουν αυξημένους υποδοχείς οιστρογόνων και παράγοντες υποδοχής προγεστερόνης .

Ερευνητική ομάδα του Πολιτειακού Πανεπιστημίου του Οχάιο με επικεφαλής τον Δρ Ρίτσαρντ Λόβ έθεσαν υπό ιατρική παρακολούθηση 709 προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού από το Βιετνάμ και την Κίνα και με τυχαία επιλογή τους χορήγησαν υποβοηθητικά ταμοξιφαίνη και προχώρησαν σε ωοθηκεκτομή για πέντε χρόνια ή συνέχισαν να τις έχουν απλά υπό ιατρική παρακολούθηση. Το μέσο διάστημα διάρκειας της έρευνας ήταν επτά χρόνια.

Τα συνολικά και πενταετές ελεύθερο νόσου ποσοστό επιβίωσης στην ομάδα της ενισχυτικής θεραπείας ήταν 78% και 74% αντίστοιχα. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην ομάδα της παρακολούθησης ήταν σημαντικά χαμηλότερα, 71% και 61% αντίστοιχα. Επιπλέον, παρόμοιες διαφορές εξακολουθούσαν να είναι εμφανείς και μετά από δέκα χρόνια.²⁶



5.6. Θεραπεία εκλογής στους άνδρες

Έχει εφαρμοστεί τόσο η απλή όσο και η ριζική μαστεκτομή αλλά δεν υπάρχει καθιερωμένη θεραπευτική μέθοδος. Συχνά πρέπει να τοποθετηθεί δερματικό μόσχευμα.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται συχνά μετεγχειρητικά για να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής. Σε ορισμένα κέντρα ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες αντιμετωπίζεται σήμερα με χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία επειδή συχνά έχουν προσβληθεί οι γειτονικοί λεμφαδένες και επειδή η συμπληρωματική χημειοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα όπως και στις γυναίκες. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα είναι ιδιαίτερος ενθαρρυντικά.¹⁴

Συνηθίζεται να ελέγχονται οι ορμονικοί υποδοχείς αν και οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού στους άνδρες έχουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς και ανταποκρίνονται στους ορμονικούς χειρισμούς, ιδίως με tamoxifen.

Η φτωχή πρόγνωση του καρκίνου του μαστού των ανδρών ίσως σχετίζεται με την καθυστέρηση της θεραπείας (έως 10 μήνες), που πιθανώς οφείλεται στην ελαττωματική ευαισθησία του κοινού και των γιατρών ως προς την διάγνωση της νόσου.¹⁴

5.7. Ο Ρόλος του νοσηλευτή όσον αφορά την σωστή και ολοκληρωμένη θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ότι ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι άνθρωπος που να προσεγγίζει τον συνάνθρωπό του και να του προσφέρει τον εαυτό του/της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του/της. Για να μπορέσει όμως να το πετύχει αυτό χρειάζεται 1) γνώσεις, 2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, 3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και 4) βοήθεια και υποστήριξη από τους γύρω του/της. Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου, του θανάτου. Ακόμη μεγαλύτερη σημασία έχει να πιστεύει, πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό, τι είναι, με ό, τι γνωρίζει και με ό, τι έχει δύναμη να κάνει.²⁷

5.8. Παρακολούθηση της θεραπείας

Η προσεκτική παρακολούθηση μετά τη θεραπεία είναι σημαντική για δύο λόγους: για να αποκαλυφθεί ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου και να παρακολουθηθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία. Στον έλεγχο περιλαμβάνεται:

Τακτική κλινική εξέταση και μαστογραφίες.

Βιοχημικός έλεγχος αίματος (π.χ ήπατος, νεφρών) και έλεγχος για νεοπλασματικούς δείκτες (π.χ. ΟΕΑ, ΟΑ 15-3), αν ήταν θετικοί αρχικά.

Απεικονιστικός έλεγχος αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία κοιλιάς, ακτινογραφίες και σπινθηρογραφήματα οστών για να διαπιστωθούν πιθανές μεταστάσεις ή να εκτιμηθεί η κατάσταση γνωστών μεταστάσεων.

Σπινθηρογραφήματα οστών, αν το αρχικό σπινθηρογράφημα ήταν θετικό, αν υπάρχει οστικός πόνος ή αυξημένα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης ορού.

Ακτινογραφίες θώρακος και ακτινογραφίες περιοχών των οστών με θετικό σπινθηρογράφημα. Ειδικές εξετάσεις όπως η ενδοσκόπηση ή βιοψία διά λεπτής βελόνης των μαζών που υποτροπιάζουν.¹⁴

Ανεύρεση υποτροπών Ενδέχεται να υπάρχουν κρυμμένες μεταστάσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την επέμβαση χωρίς να δίνουν κάποια συμπτώματα.

Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρήθηκαν υποτροπές έπειτα από 15, 20 ή και περισσότερα χρόνια από τη στιγμή της αρχικής διάγνωσης του καρκίνου. Χρειάζεται λοιπόν, προσεκτική διά βίου **παρακολούθηση** ώστε να εξασφαλιστεί η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των μεταστάσεων.

Τα δύο πρώτα χρόνια μετά την αρχική θεραπεία, τα διαστήματα παρακολούθησης πρέπει να είναι μικρά κάθε έναν ή δύο μήνες. Αν δεν υπάρξουν ενδείξεις υποτροπής, ο επανέλεγχος για τα επόμενα χρόνια γίνεται ανά τρεις έως έξι μήνες.

Κάθε παθολογική εξέταση, όπως σπινθηρογραφήματα οστών, ακτινογραφίες (συμπεριλαμβανομένων των αξονικών τομογραφιών) ή άλλες αιματολογικές εξετάσεις επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Στον έλεγχο περιλαμβάνονται και οι διάφοροι νεοπλασματικοί δείκτες, όπως το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (ΟΕΑ) και το ΟΑ 15-3, ιδιαίτερα αν ήταν θετικοί κατά τη διάγνωση, διότι μας βοηθούν να αποκαλύψουμε έγκαιρα τις υποτροπές του μεταστατικού καρκίνου.¹⁴

Παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία

Τόσο για τη μεταστατική νόσο όσο και για τους όγκους που υποτροπιάζουν, υπάρχουν ειδικές εξετάσεις που ελέγχουν την ανταπόκριση στη θεραπεία. Πριν από κάθε σημαντική αλλαγή στη θεραπευτική αγωγή-λόγου χάρη, όταν πρόκειται να εφαρμοστεί νέο χημειοθεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να υπάρχουν οι βασικές πληροφορίες που να επιβεβαιώνουν την τρέχουσα

κατάσταση με αιματολογικές εξετάσεις και με κλινικό και ακτινολογικό έλεγχο.¹⁴ Ως αντικειμενική κλινική ανταπόκριση ορίζεται η κατά 50% τουλάχιστον σμίκρυνση της μεγαλύτερης διαμέτρου της μεταστατικής εστίας.

Ένας μεταστατικός όγκος στον πνεύμονα διαμέτρου 4 cm πρέπει να συρρικνωθεί στα 2 cm για να μπορούμε να μιλάμε για σημαντική ανταπόκριση. Μια τέτοια σμίκρυνση ταξινομείται ως μερική ανταπόκριση. Όταν μιλάμε για πλήρη ανταπόκριση ή υποχώρηση της νόσου, εννοούμε ότι έχει εξαφανιστεί κάθε ορατή και ανιχνεύσιμη νόσος.

Με τον όρο «σταθερή νόσος» εννοούμε ότι η νόσος δεν αναπτύσσεται σε οποιαδήποτε περιοχή ή ότι η διάμετρος του όγκου μειώνεται λιγότερο από 50% (στην περίπτωση αυτή μιλάμε και για ελάχιστη ανταπόκριση).¹²

Επέκταση της νόσου σημαίνει ότι τουλάχιστον μία βλάβη αυξάνει σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

- ◆ Εύκολα διαπιστώνεται αν υπάρχουν πνευμονικές μεταστάσεις. Οι μετρήσεις μπορούν να γίνουν με έναν χάρακα πάνω στην ακτινογραφία θώρακος.

- ◆ Οι βλάβες στο ήπαρ παρακολουθούνται με τις ηπατικές λειτουργικές δοκιμασίες, ιδίως με τη μέτρηση της αλκαλικής φωσφατάσης, αλλά και με άμεση μέτρηση των μεταστατικών όγκων που φαίνονται στην αξονική τομογραφία ή το υπερηχογράφημα της κοιλιάς.

- ◆ Οι δερματικές βλάβες και το μέγεθος των λεμφαδένων μέτριούνται άμεσα. Η παρακολούθηση της εξέλιξης των οστικών βλαβών απαιτεί περισσότερο χρόνο και είναι δυσκολότερη, διότι ορισμένοι μεταστατικοί όγκοι του μαστού προκαλούν τήξη του οστού, οπότε εμφανίζονται <<λυτικές κηλίδες>> που μοιάζουν με κοιλότητες. Αν η θεραπεία είναι αποτελεσματική, οι λυτικές βλάβες γεμίζουν με νεοσχηματισμένο οστικό ιστό.¹⁴

Για να καθοριστεί η ανταπόκριση στη ορμονοθεραπεία ή τη χημειοθεραπεία πρέπει να επιλεγεί ως δείκτης κάποια οστική βλάβη στην οποία δεν χορηγήθηκε ακτινοβολία.

Προφανώς αν επουλωθεί μια λυτική βλάβη όταν έχει δοθεί και ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και χημειοθεραπεία, δεν μπορούμε γνωρίζουμε ποια θεραπεία υπήρξε αποτελεσματική. Για τις οστικές βλάβες πρέπει να γίνεται ακτινολογικός έλεγχος πριν από τη θεραπεία και να επαναλαμβάνεται αμέσως μόλις τελειώσει η θεραπεία.¹⁶

Το φαινόμενο «έξαψης» που παρατηρείται ως ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία μπορεί μερικές φορές να επιδεινώνει τους οστικούς πόνους κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της θεραπείας. Μπορεί επίσης να αυξηθούν τα επίπεδα ασβεστίου του ορού. Το ενδοκρινικής φύσεως αίσθημα «έξαψης» ενδέχεται να αποτελεί πρώιμο σημάδι ότι ο καρκίνος ανταποκρίνεται στην ορμονοθεραπεία.

Αν είναι δυνατόν, χορηγούνται παυσίπονα για να καταστεί δυνατή η συνέχιση της θεραπείας ενόσω αξιολογούνται και θεραπεύονται τα αυξημένα επίπεδα ασβεστίου. Συνήθως το ασβέστιο επανέρχεται στις φυσιολογικές τιμές και ο πόνος υποχωρεί, γεγονός που σημαίνει ανταπόκριση της νόσου. Μερικές φορές το σπινθηρογράφημα των οστών μπορεί να επιδεινώνεται παροδικά σε ασθενή που κλινικά βελτιώνεται. Η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου στο σπινθηρογράφημα ίσως σημαίνει επουλωτική διεργασία στο πάσχον οστόν. Η ακτινολογική εικόνα μπορεί να παραμείνει αναλλοίωτη για αρκετούς μήνες ακόμα και σε ασθενείς που παρουσιάζουν καλή ανταπόκριση στη θεραπεία και υποχώρηση του πόνου.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6



6.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική μαστεκτομή

Η θέση του νοσηλευτή, όσον αφορά το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας σε περίπτωση γυναίκας που νοσηλεύεται για επεμβάσεις μερικής ή ολικής μαστεκτομής, είναι καθοριστικός. Οι στόχοι της προεγχειρητικής αγωγής είναι η μείωση του φόβου και του άγχους της ασθενούς και η ψυχοσωματικής της προετοιμασία για την μετεγχειρητική περίοδο. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του αρρώστου και τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών.^{5,24}

6.1.1. Προβλήματα της άρρωστης

1. Ψυχολογικά προβλήματα:

Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης

Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη

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.^{5,28}

6.1.2. Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι:

Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού

Ελαχιστοποίηση της αγωνίας

2. Μακροπρόθεσμοι

Βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχτούν την πραγματικότητα

Μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου.

Βελτίωση της αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας.⁵

6.1.3. Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Ενημέρωση.

Μπορεί να γίνει για:

- Τι διαδικασία εισόδου στο νοσοκομείο, τι διάρκεια παραμονής σε αυτό και το χρονικό διάστημα που θα κάνει τις θεραπείες
- Το είδος της θεραπείας που θα κάνει.
- Τις πιθανές παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.⁵

2. Προεγχειρητική παρέμβαση.

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

Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης να απαλλαγεί από τα αισθήματα του φόβου με:

- Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της.
- Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
- Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο.
- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη από τον άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της).²⁴

B. Μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους

Εξασφάλιση αίματος , αν σχεδιάζεται ριζική μαστεκτομή.

Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

Γ. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχालιαίας κοιλότητας.²⁴

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

Μετεγχειρητικά οι στόχοι της αγωγής είναι η ελάττωση της δυσφορίας, η πρόληψη επιπλοκών, η υποβοήθηση της ασθενούς στην προσαρμογή, στις μεταβολές του σώματος και η εκπαίδευσή της σχετικά με την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

Το πρόγραμμα αυτό νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το πρόγραμμα φροντίδας για πλαστική του μαστού, εφόσον κάτι τέτοιο είναι αναγκαίο.²⁴

3. Μετεγχειρητική παρέμβαση

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

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

γ. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από το πόνο.

δ. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

ε. Έλεγχος επίδεσης του τραύματος αποφεύγετε η πολύ πιεστική επίδεση, για να μη εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

στ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος.

ζ. Πρόληψη της λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Δεν θα πρέπει να γίνονται ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις.

η. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler.

θ. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Όταν σηκώνεται για πρώτη φορά από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

ι. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ίσως η άρρωστη να χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν θα μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι.²⁸

4. Κριτήρια εξόδου

Πριν από την έξοδο, η ασθενής πρέπει:

- Να ελέγχει απόλυτα το χειρουργικό πόνο.
- Να είναι ικανή να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Να γνωρίζει τρόπους για τη μείωση του κινδύνου τραυματισμού και φλεγμονής στο βραχίονα της πλευράς της επέμβασης.
- Να επιδεικνύει την ικανότητα στην εκτέλεση των αναγκαίων ασκήσεων άκρας χειρός, βραχίονα και ώμου.
- Να κατανοεί τη σημασία της εκτέλεσης αυτοεξέτασης του άλλου μαστού ή και του άλλου μαστού της πλευράς της επέμβασης.
- Να γνωρίζει σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στο γιατρό.
- Να μοιράζεται με άλλους τις σκέψεις και τα αισθήματά της σχετικά με την μεταβολή στην εμφάνιση του σώματός της.
- Να γνωρίζει κοινωνικές ομάδες ή υπηρεσίες που μπορούν να τη βοηθήσουν στην προσαρμογή στη διάγνωση του καρκίνου και στην απώλεια του μαστού.
- Να κατανοεί την ανάγκη συμμόρφωσης στο συσταθέν πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών επισκέψεων, της φαρμακευτικής αγωγής, της σωματικής δραστηριότητας και της περιποίησης του τραύματος.²⁴

5. Αξιολόγηση:

1. Αναμενόμενα αποτελέσματα:

- α.** Επιδεικνύει προθυμία να διαπραγματευτεί με το άγχος της διάγνωσης και την επίπτωση της εγχείρησης στο σωματικό είδωλο και τη σεξουαλική της λειτουργία.
- β.** Βιώνει λίγη ή καθόλου δυσχέρεια.
- γ.** συμμετέχει ενεργητικά σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας.

2. Επιπλοκές:

- α.** Τοπική υποτροπή.
- β.** Μετάσταση σε άλλα όργανα.²⁸

6.2. Ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη

Ο νοσηλευτής στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να διαπιστώσει, αν η ασθενείς βιώνει ψυχολογικά προβλήματα και να την βοηθήσει με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Τα πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα, που βιώνουν οι ασθενείς, είναι το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς και η ψυχολογική δυσφορία εξαιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματος τους και στην σεξουαλικότητα τους.

Το άγχος και η κατάθλιψη έχουν σχέση με την εμφάνιση της νόσου, την θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

Η ενημέρωση όσων αφορά στους παρά πάνω παράγοντες μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στην θεραπεία, να βελτιώσει την συναισθηματική της κατάσταση, να την επαναφέρει στην καθημερινότητα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της.

Μετά την χειρουργική επέμβαση η απώλεια του στήθους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στην γυναίκα, με αποτέλεσμα την μείωση της αυτοεκτίμησης

της, την μεταβολή της εικόνας του σώματος της και τελικά την απόκτηση μιας αρνητικής εικόνας για τον εαυτό της.²⁹

Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από την χειρουργική επέμβαση, αλλά και από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, όπως είναι οι δερματικές αντιδράσεις λόγω της ακτινοθεραπείας.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα από τα συχνά προβλήματα που βιώνει η γυναίκα κατά την διάρκεια της θεραπείας. Προδιαθεσιακοί παράγοντες, όπως προϋπάρχοντα προβλήματα και αλλαγές που συμβαίνουν εξαιτίας της εμμηνόπαυσης, συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Η ακριβής αιτιολογία της δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, όπως η πρόωμη εμμηνόπαυση με τα συνοδά προβλήματα της, η ξηρότητα του κόλπου και η επακόλουθη δυσπαρευνία, θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες. Η ορμονική θεραπεία επιδεινώνει το παραπάνω πρόβλημα, ενώ οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της ασθενούς εξαιτίας της ακτινοθεραπείας και η επακόλουθη διαταραχή στην εικόνα του σώματος της συμβάλλουν στην σεξουαλική δυσλειτουργία.²⁹

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα εξής:

- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, ώστε να ευνοείται ο διάλογος.
- Να ενημερώνει τον ασθενή για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι πιθανόν να τις δημιουργήσει η νόσος, βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική.
- Να την ενθαρρύνει να εκφράζει τα συναισθήματά της και να αποκαλύψει τις ανησυχίες της.
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί τις εμπειρίες της με άλλες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία.

- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιήσει ένα ερωτηματολόγιο από ανοικτές ερωτήσεις με σκοπό την λήψη πληροφοριών από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση.
- Να την ενημερώσει σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και των σωματικών και ψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών της.
- Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματος της, η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των θεραπειών της.
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά και να ενημερώσει τον σύζυγο σχετικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογία της γυναίκας.
- Να ενημερώσει την ασθενή και τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία, καθώς και για τους άλλους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αυτής της δυσλειτουργίας.
- Να ενημερώσει το σύζυγο για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και να τον ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Να δημιουργήσει κατάλληλο κλίμα, ώστε να ενθαρρύνει την ασθενή να μιλήσει για την σεξουαλική της ζωή.
- Να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7



7.1. Υποτροπιάζων καρκίνος

Η υποτροπή του καρκίνου του μαστού αναπτύσσεται στην περιοχή της προηγούμενης επέμβασης ή στο θωρακικό τοίχωμα, μπορεί όμως να υπάρχουν μεταστατικές εστίες σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.¹⁴

Συνήθως η υποτροπή της νόσου στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα υποδηλώνει ότι ίσως στο μέλλον θα υπάρξουν μεταστατικές εστίες, αν και σε μικρό αριθμό ασθενών μπορεί να είναι η μόνη περιοχή της υποτροπής. Γι' αυτήν ακριβώς την κατηγορία των ασθενών η χειρουργική και/ή η ακτινοθεραπεία οδηγούν ορισμένες φορές σε ίαση.

Εντούτοις οι περισσότερες ασθενείς, ακόμα και με μικρές τοπικές υποτροπές, θα παρουσιάσουν και άλλες μεταστατικές εντοπίσεις παρά την τοπική επιθετική θεραπεία. Μετά τη θεραπεία κάποιας μεμονωμένης τοπικής υποτροπής μόνο στο 30% των ασθενών δεν θα παρουσιαστεί ένδειξη μεταστατικής νόσου μέσα σε 5 χρόνια. Για τα επόμενα 10 χρόνια το αντίστοιχο ποσοστό είναι 7%. Αυτά αφορούν ασθενείς που αναπτύσσουν υποτροπή της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα έπειτα από επιθετική χειρουργική επέμβαση, όπως η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη αν συμβεί υποτροπή στο μαστό έπειτα από συντηρητική χειρουργική επέμβαση που ακολουθήθηκε από ακτινοθεραπεία.¹⁴

7.2. Θεραπεία υποτροπών

Αν δεν υπάρχουν στοιχεία γενικευμένης νόσου και η υποτροπή περιορίζεται στην περιοχή του αρχικού όγκου, χρησιμοποιείται χειρουργική επέμβαση και/ή ακτινοθεραπεία συν tamoxifen σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Αν τουλάχιστον δύο χρόνια μετά τη μαστεκτομή δεν υπάρχει απειλητική για τη ζωή νόσος με προσβολή ζωτικών οργάνων και όταν δεν είναι γνωστό αν υπάρχουν ή είναι θετικοί οι ορμονικοί υποδοχείς, η θεραπεία εκλογής είναι για

μεν τις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς η χορήγηση tamoxifen ή η αφαίρεση των ωοθηκών, για δε τις μετεμμηνοπαυσιακές, η θεραπεία με tamoxifen, οιστρογόνα, ανδρογόνα, cytradren ή προγεστινοειδή.

Αν οι ασθενείς ανταποκριθούν στην ορμονοθεραπεία και εν συνεχεία υποτροπιάσουν, χρησιμοποιείται άλλου είδους ορμονική θεραπεία που περιλαμβάνει χορήγηση ανδρογόνων, κορτικοειδών, cytradren ή υποφυσεκτομή.¹⁴

♦Όταν έχουν προσβληθεί σημαντικά όργανα, όπως το ήπαρ, και δεν υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς ή το μεσοδιάστημα ανάμεσα στην αρχική θεραπεία και την υποτροπή είναι μικρότερο των δύο ετών χορηγείται συνήθως χημειοθεραπεία.¹⁴

7.3.Παρακολούθηση FOLLOW UP στον Καρκίνο του μαστού

Η παρακολούθηση ασθενών που πάσχουν από καρκίνο μαστού γίνεται συνήθως με λάθος τρόπο. Ο αντικειμενικός σκοπός της παρακολούθησης είναι η έγκαιρη ανίχνευση νόσου η οποία είναι δυνητικά θεραπεύσιμη ,όπως είναι παραμένων ή νέος καρκίνος του μαστού (στον άλλο μαστό αλλά και στον πάσχοντα μαστό εφόσον πρόκειται για περίπτωση που αντιμετωπίστηκε με συντηρητική χειρουργική), αλλά και άλλοι καρκίνοι κατά κύριο λόγο γυναικολογικοί. Είναι γνωστό ότι ασθενείς με καρκίνο μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου ωοθήκης, ενδομήτριου και παχέως έντερου.

Τα σπινθηρογραφήματα (οστών και ήπατος κυρίως) καθώς και η χρήση βιολογικών δεικτών , δεν ανταποκρίνονται ιδιαίτερα στην ανάγκη ανίχνευσης λανθανουσών μεταστάσεων και γενικά δεν ανιχνεύουν θεραπεύσιμη νόσο. Είναι επομένως χρήσιμες εξετάσεις για την αξιολόγηση συμπτωματικών ασθενών αλλά δεν προσφέρουν ιδιαίτερα στην παρακολούθηση ρουτίνας.²⁷

Για το σπινθηρογράφημα οστών, τα πρόσφατα δεδομένα από το NSABP είναι απαγορευτικά όταν χρησιμοποιείτε σαν εξέταση ρουτίνας στην παρακολούθηση ασυμπτωματικών αρρώστων με καρκίνο του μαστού δεδομένου ότι η ικανότητα

του να ανιχνεύσει συμπτωματικές οστικές μεταστάσεις δεν ξεπερνά το 0,06% των σπινθηρογραφημάτων που γίνονται γι' αυτό τον σκοπό. Το κόστος ενός σπινθηρογραφήματος οστών που ανιχνεύει έναν ασυμπτωματικό καρκίνο μαστού στις Η.Π.Α. φτάνει με τα παραπάνω δεδομένα τις 30.000 δολάρια κόστος επίσης απαγορευτικό.²⁷

Σε όλα τα παραπάνω πρέπει να προστεθεί το γεγονός ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ούτε ενδείξεις ούτε αποδείξεις πως η θεραπεία των γυναικών όταν έχουν ακόμα ασυμπτωματικές μεταστάσεις στο σκελετό δίνει καλύτερη επιβίωση από αυτή που έχουμε όταν η θεραπεία αρχίσει με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων . Από τα προαναφερθέντα προήλθε και η σύσταση να γίνονται scanning οστών κάθε χρόνο και για τα 3 πρώτα χρόνια μετά την εγχείρηση, μόνο στις γυναίκες που είχαν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες .²⁷

Παρ' όλα αυτά, πολλοί πιστεύουν ότι ούτε και αυτό είναι απαραίτητο και συνιστούν να γίνεται σπινθηρογράφημα οστών μόνο όταν υπάρχουν συμπτώματα .

Οι περισσότερες υποτροπές μετά από μαστεκτομή είναι συμπτωματικές ενώ στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών βρίσκονται ασυμπτωματικές υποτροπές στην φυσική εξέταση της παρακολούθησης ρουτίνας και το 74% των υποτροπών ανακαλύπτεται με το ιστορικό και την φυσική εξέταση μόνο .

Μεταστάσεις στο ήπαρ μόνο είναι σπάνιες στον καρκίνο του μαστού και οι βιοχημικές εξετάσεις αίματος είναι συνήθως πιο ευαίσθητες από το σπινθηρογράφημα ήπατος όσον αφορά την ανίχνευση τους .²⁷

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ

- ✓ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
- ✓ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
- ✓ ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κύριο θέμα συζήτησης αλλά και το αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας μας.

Η νοσηλευτική αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Γι' αυτό και θεωρούμε ότι η νοσηλευτική πρέπει να αναλάβει τον πρωταρχικό ρόλο κατά την επαφή του ατόμου με τις υγειονομικές υπηρεσίες.

Με αφορμή την έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια στην πρόληψη, πραγματοποιήσαμε αυτή την έρευνα για να μελετήσουμε τις γνώσεις των γυναικών σε θέματα που αφορούν την υγεία του μαστού.

Σκοπός της έρευνας μας, ήταν η συμβολή μας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, θεωρήσαμε σωστό να γνωστοποιήσουμε τους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν τον καρκίνο και να ενημερώσουμε για την σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης, η οποία ξεκινά από εμάς της ίδιες με την τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού.

A. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα του Οκτωβρίου 2008 έως του Ιανουαρίου 2009. Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα ανέρχεται στις 300 γυναίκες.

Το δείγμα ήταν τυχαίο και περιλάμβανε γυναίκες ηλικίας από 20 ετών και άνω. Οι οποίες κατάγονται από την Λεμεσό και από την Καλαμάτα .Η συλλογή δεδομένων έγινε με την μέθοδο ερωτηματολογίων που περιείχαν ερωτήσεις κλειστού τύπου και στα οποία τηρήθηκε αυστηρά η ανωνυμία της κάθε γυναίκας. Η συμπλήρωση τους έγινε με την μέθοδο τυχαίων γυναικών σε δημόσιους χώρους.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε σε κάθε γυναίκα το σκοπό της έρευνας μας, τονίζαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα άτομα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας (τη σχολή φοίτησης μας).

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι ερωτήσεις που περιείχε το ερωτηματολόγιο μπορούν να ομαδοποιηθούν σε 5 βασικές κατηγορίες:

- § Ατομικό ιστορικό
- § Οικογενειακό ιστορικό
- § Μαιευτικό και Γυναικολογικό ιστορικό
- § Καθημερινές συνήθειες
- § Απόψεις σχετικές με την πρόληψη

Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS 15.

B. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χώρα διαμονής.

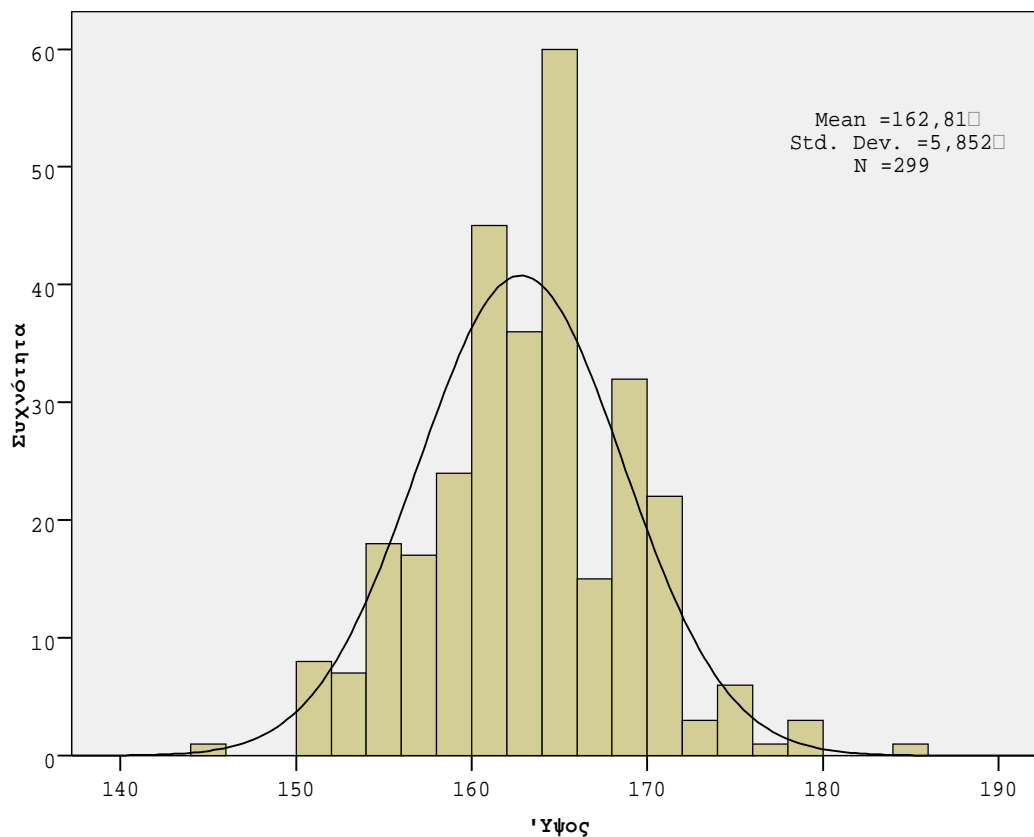
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Καλαμάτα	150	50,0	50,0
Κύπρος	150	50,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το δείγμα είναι στατιστικά μοιρασμένο.

Πίνακας 2. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με το ύψος και το βάρος.

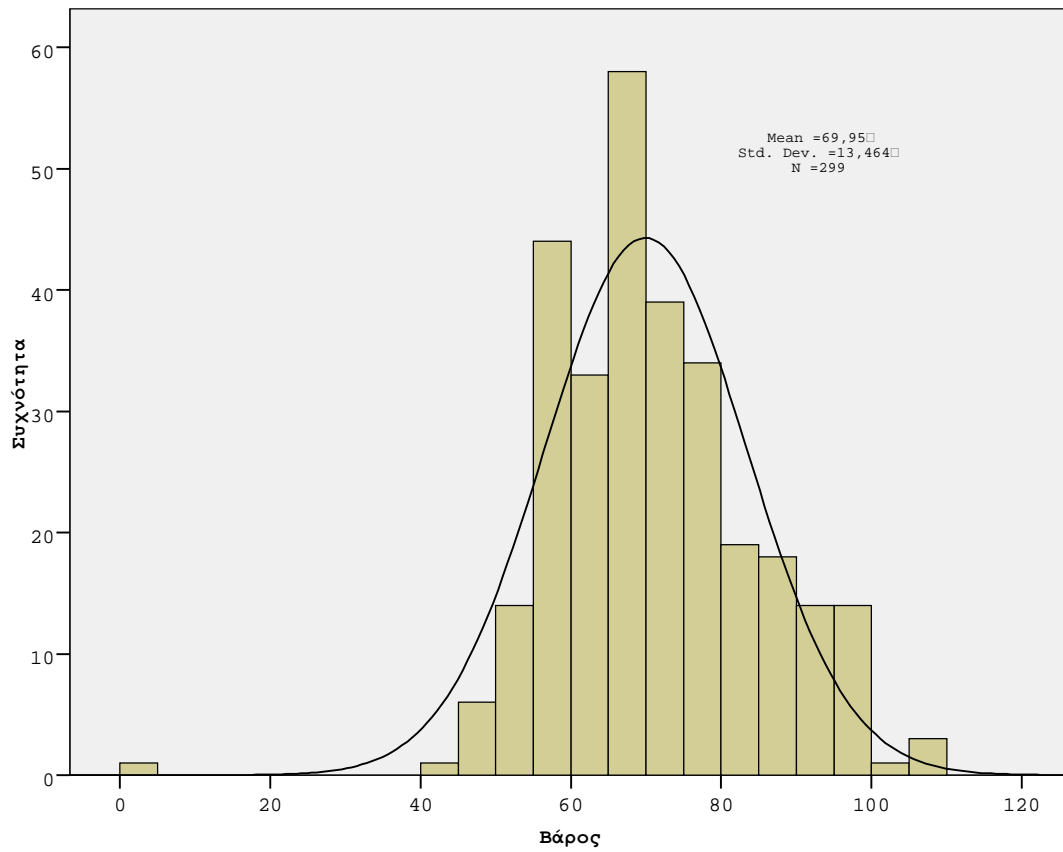
		Ύψος	Βάρος
N	Valid	300	300
	Missing	0	0
Mean		162,82	70,01
Median		163,00	68,50
Std. Deviation		5,843	13,491
Variance		34,144	182,007
Skewness		,080	,149
Std. Error of Skewness		,141	,141
Kurtosis		,475	1,642
Std. Error of Kurtosis		,281	,281
Range		40	107
Minimum		145	3
Maximum		185	110

Σχήμα 1. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με το ύψος.



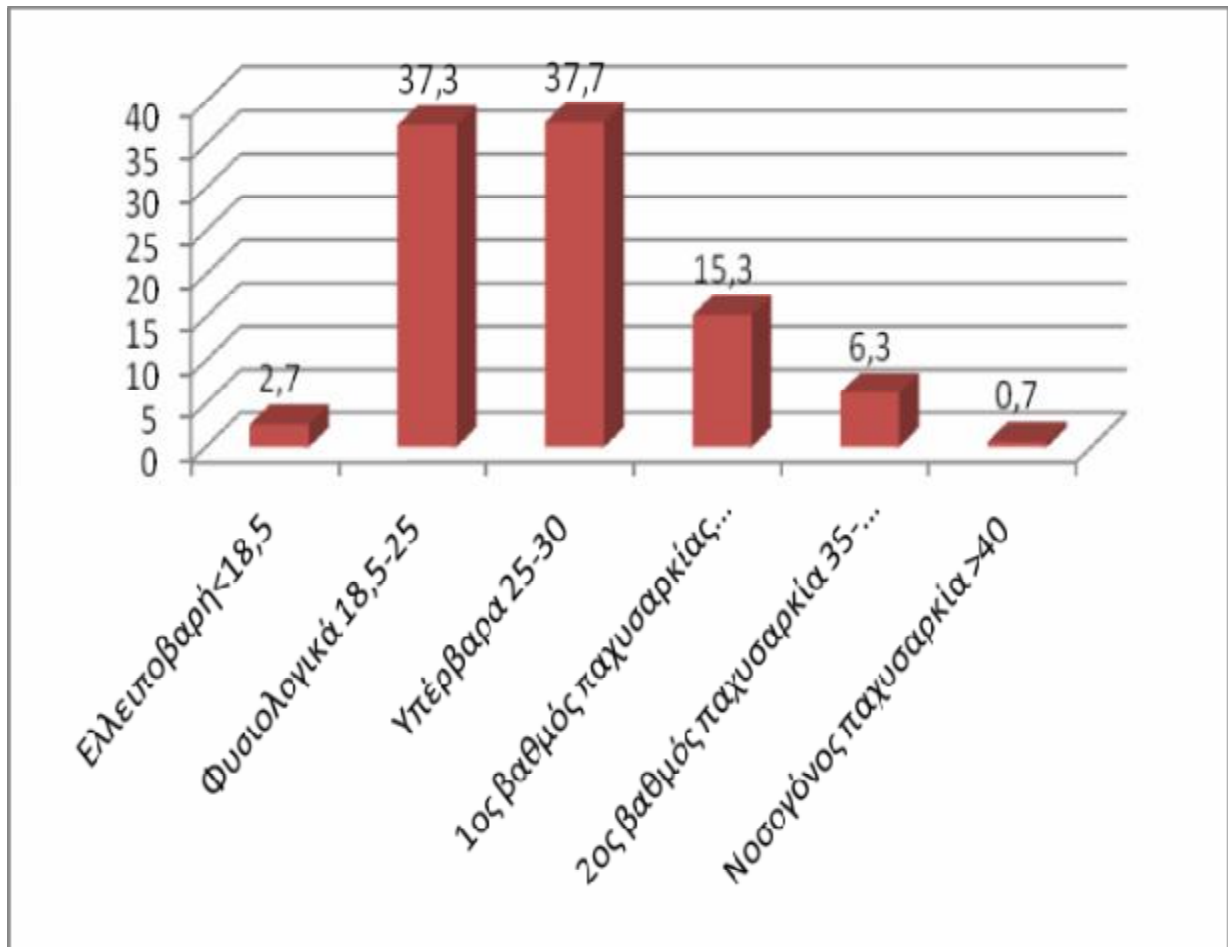
Το μέσο ύψος των ερωτηθέντων είναι 162,81cm.

Σχήμα 2. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με το βάρος.



Το μέσο βάρος των ερωτηθέντων είναι 69,95 kg.

Σχήμα 3. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με το σωματομετρικό δείκτη (BMI).



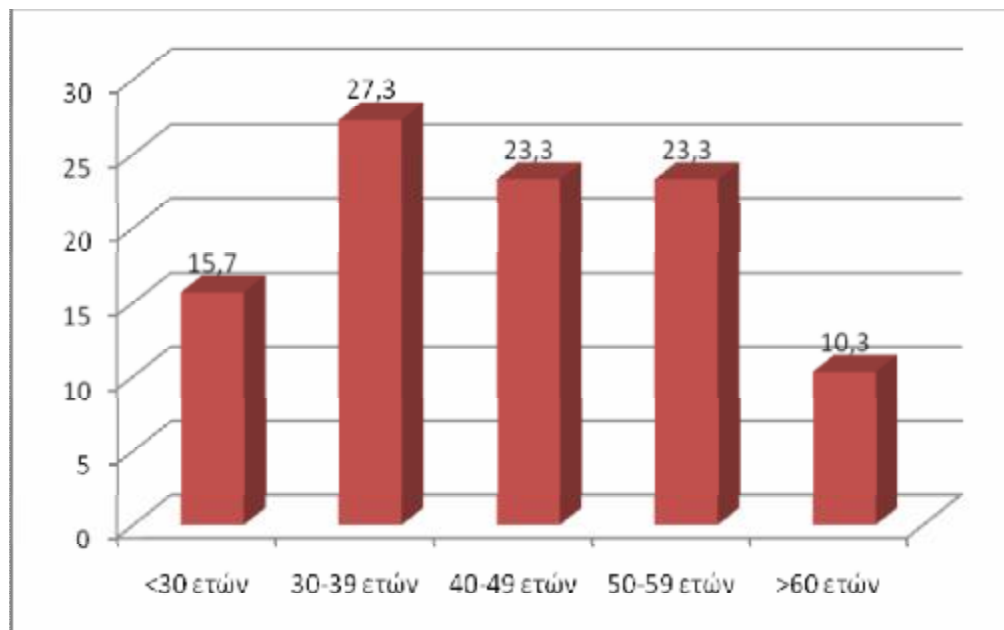
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (37,7%) είναι υπέρβαροι ενώ μόνο το 37,3% του δείγματος έχει φυσιολογικό βάρος.

Πίνακας 3. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
<30 ετών	47	15,7	15,7
30-39 ετών	82	27,3	43,0
40-49 ετών	70	23,3	66,3
50-59 ετών	70	23,3	89,7
>60 ετών	31	10,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Η ηλικιακή ομάδα με το περισσότερο ποσοστό στο δείγμα είναι αυτοί που είναι ανάμεσα στα 30 και 39 έτη. Ακολουθούν με ποσοστό 23,3% άτομα ηλικίας 40 έως 49 και 50 έως 59 ετών.

Σχήμα 4. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία.

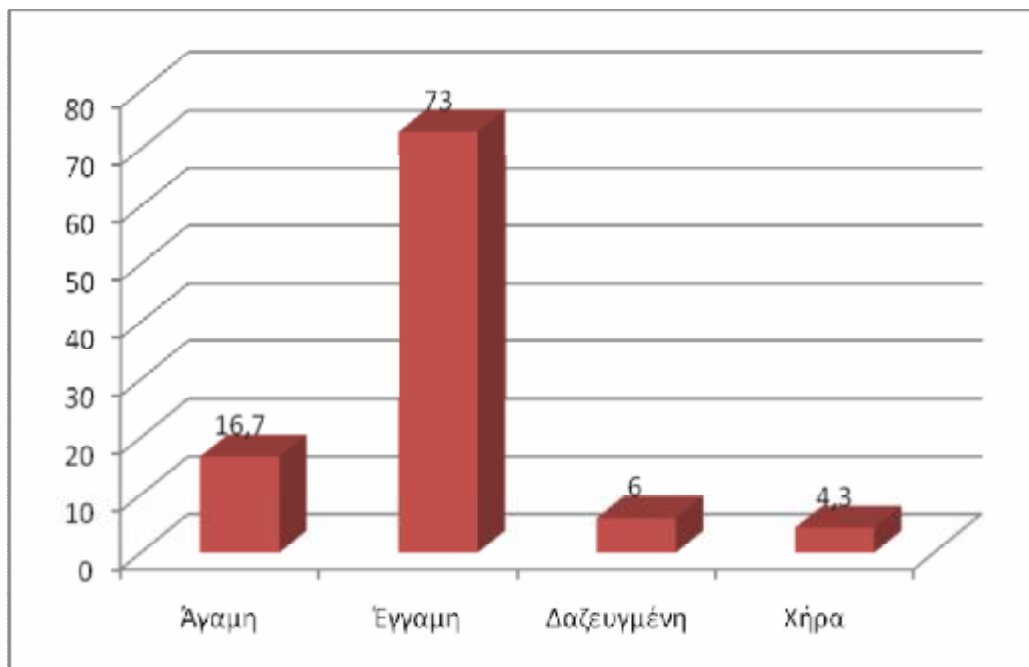


Πίνακας 4. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Άγαμη	50	16,7	16,7
Έγγαμη	219	73,0	89,7
Διαζευγμένη	18	6,0	95,7
Χήρα	13	4,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι οι έγγαμες, ενώ έπονται οι άγαμες.

Σχήμα 5. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

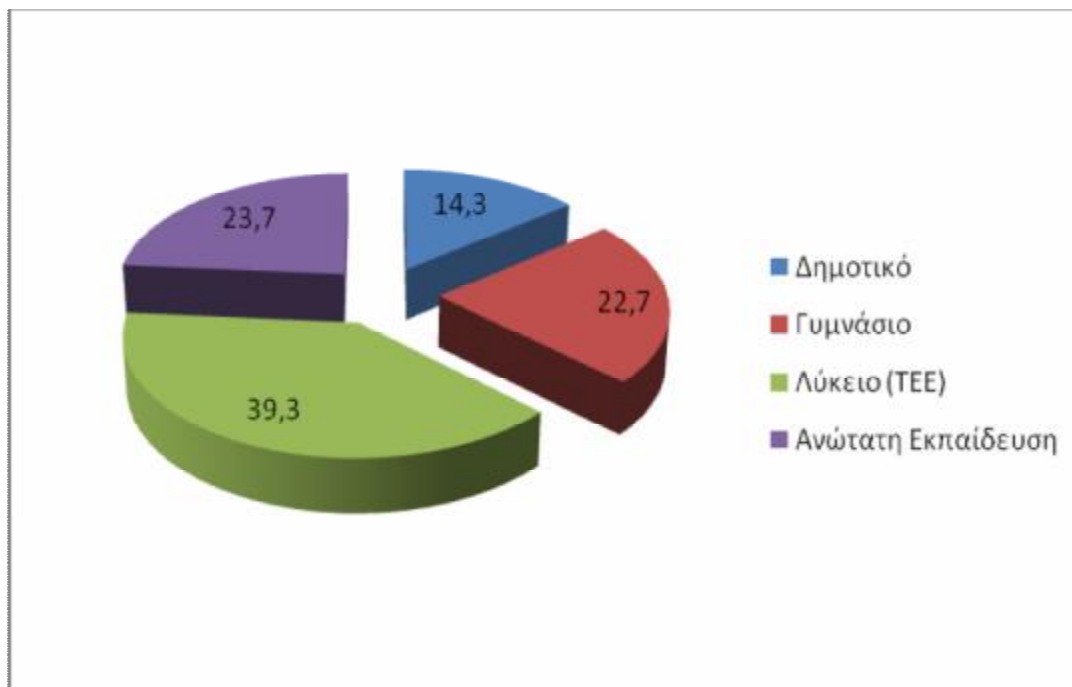


Πίνακας 5. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Δημοτικό	43	14,3	14,4
Γυμνάσιο	68	22,7	37,1
Λύκειο (ΤΕΕ)	118	39,3	76,6
Ανώτατη Εκπαίδευση	71	23,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (39,3%) δηλώνουν απόφοιτοι λυκείου ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (23,7%).

Σχήμα 6. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

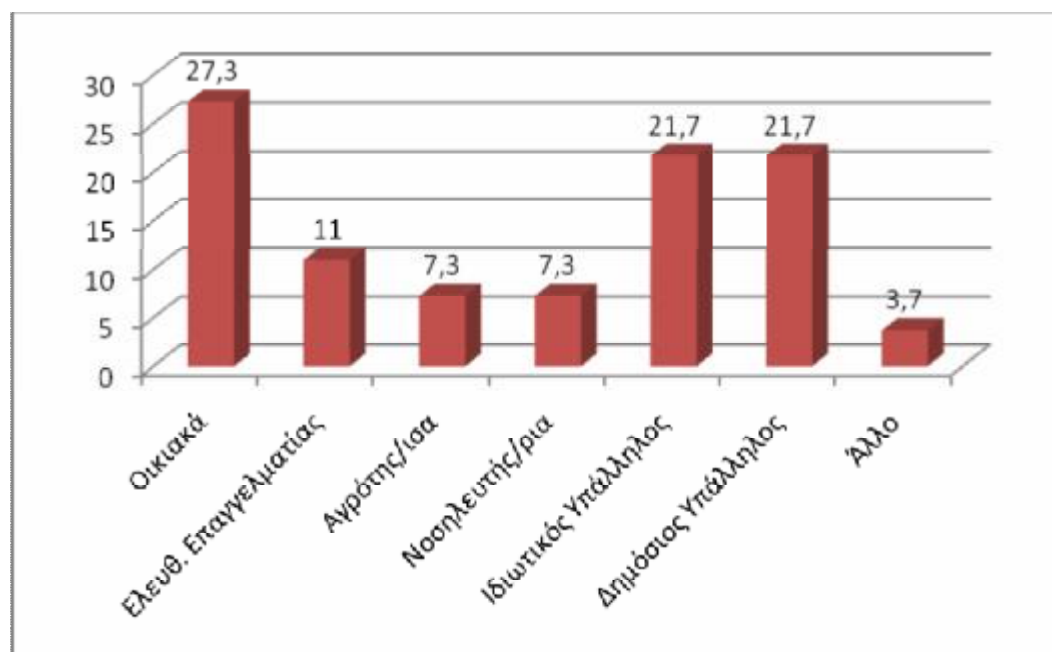


Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα των ερωτηθέντων.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Οικιακά	82	27,3	27,3
Ελευθ. Επαγγελματίας	33	11,0	38,3
Αγρότης/ισα	22	7,3	45,7
Νοσηλεύτης/ρια	22	7,3	53,0
Ιδιωτικός Υπάλληλος	65	21,7	74,7
Δημόσιος Υπάλληλος	65	21,7	96,3
Άλλο	11	3,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (27,3%) και ακολουθούν οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστό 21,7%.

Σχήμα 7. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα των ερωτηθέντων.

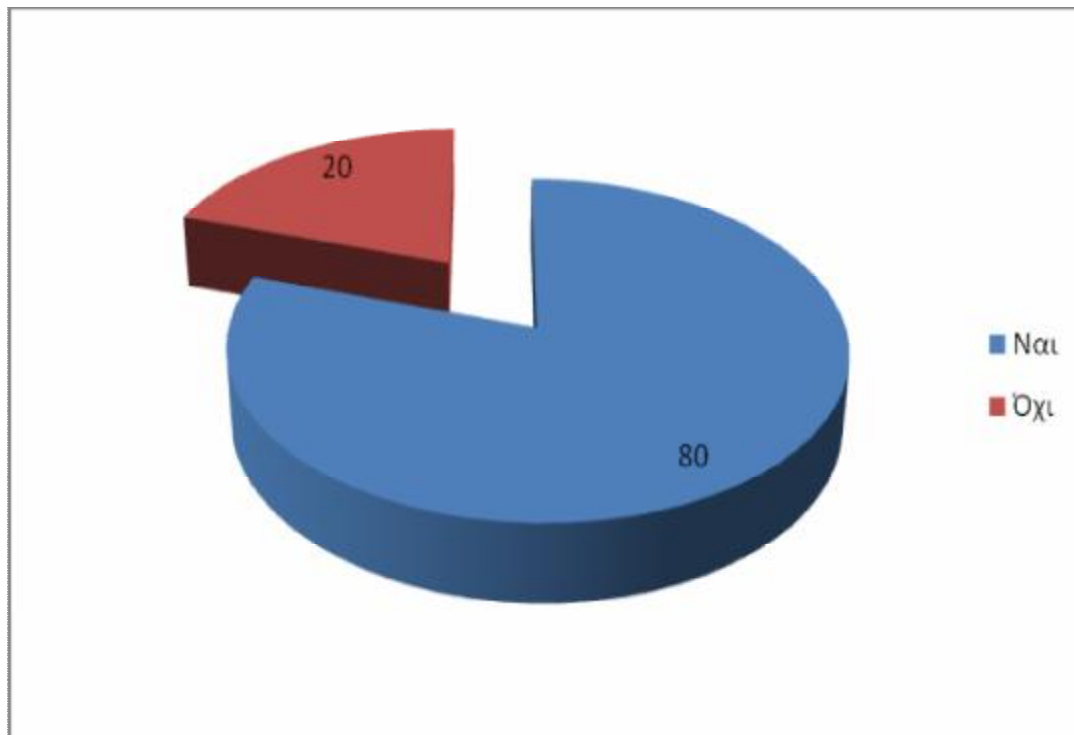


Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν παιδιά

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	240	80,0	80,0
Όχι	60	20,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 80 % των ερωτηθέντων έχουν παιδιά.

Σχήμα 8. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν παιδιά

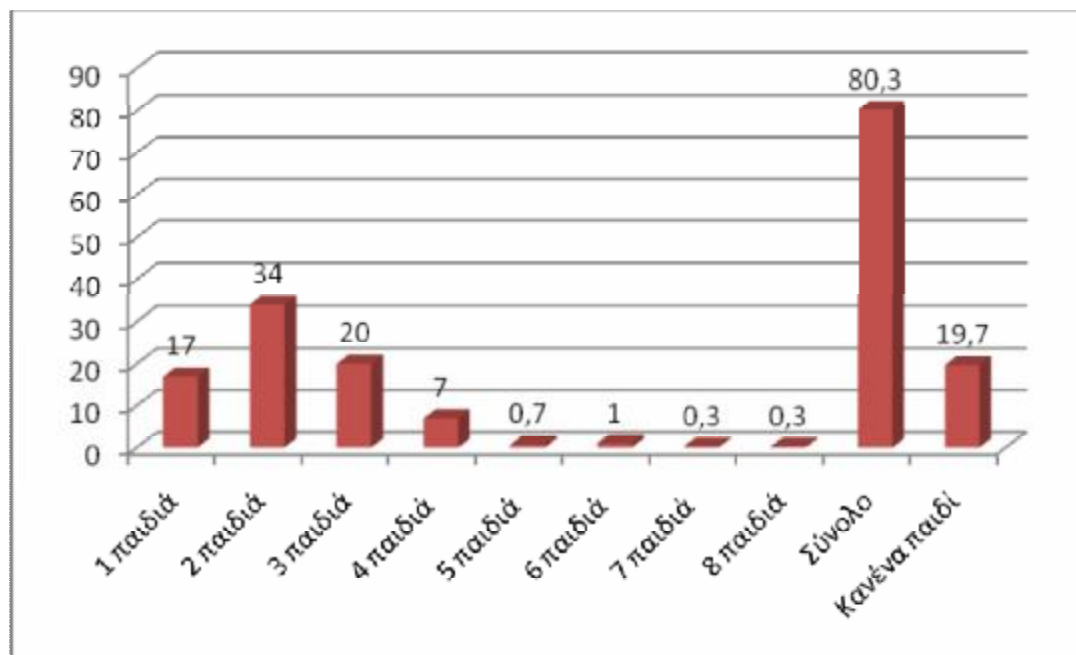


Πίνακας 8. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχουν.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
1 παιδιά	51	17,0	21,2
2 παιδιά	102	34,0	63,5
3 παιδιά	60	20,0	88,4
4 παιδιά	21	7,0	97,1
5 παιδιά	2	,7	97,9
6 παιδιά	3	1,0	99,2
7 παιδιά	1	,3	99,6
8 παιδιά	1	,3	100,0
Σύνολο	241	80,3	
Κανένα παιδί	59	19,7	
Σύνολο	300	100,0	

Το 34% των ερωτηθέντων γυναικών έχουν δύο παιδιά και ακολουθεί με τρία παιδιά το 20% του δείγματος.

Σχήμα 9. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που έχουν.

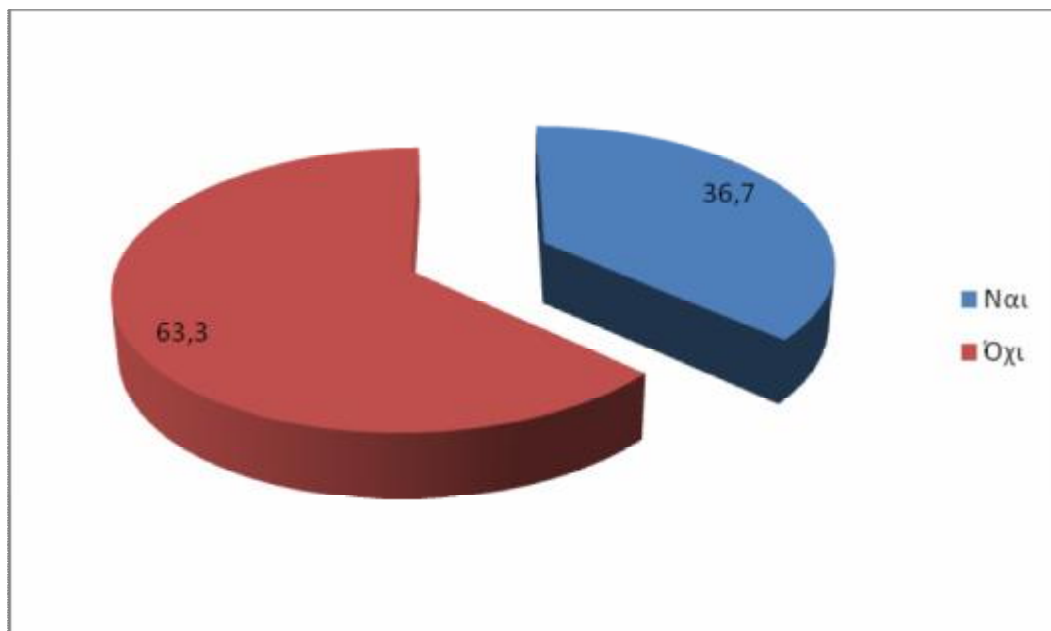


Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει έκτρωση.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	110	36,7	36,7
Όχι	190	63,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 36,7% των ερωτηθέντων γυναικών έχουν κάνει έκτρωση, ενώ ακολουθούν με ποσοστό 63,3% αυτές που δεν έχουν κάνει. Πρέπει να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο μαστού.

Σχήμα 10. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει έκτρωση.

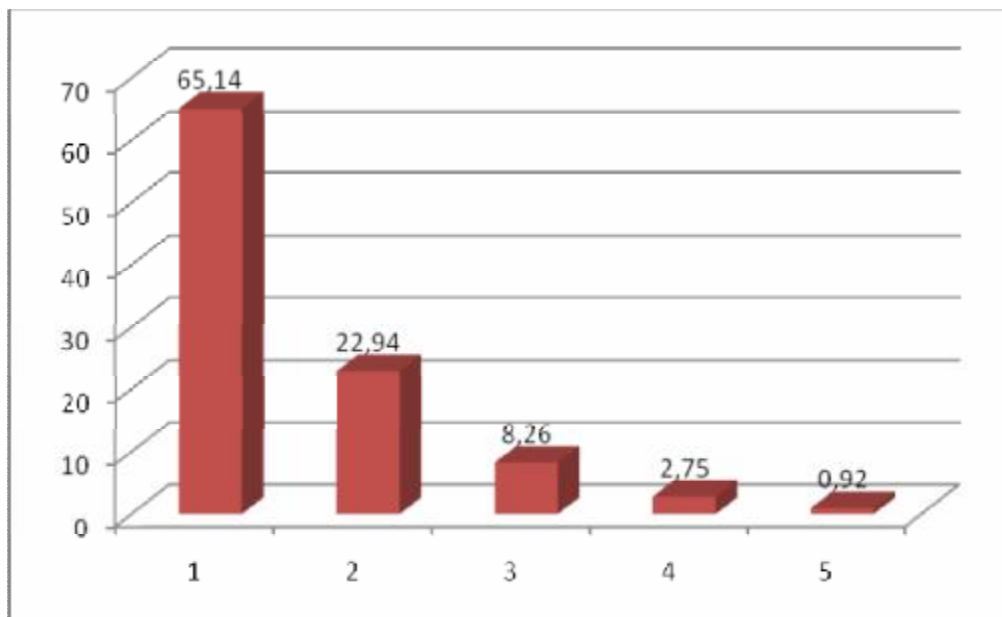


Πίνακας 10. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με τον αριθμό των εκτρώσεων που έχουν κάνει.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
1	71	23,7	65,1
2	25	8,3	88,1
3	9	3,0	96,3
4	3	1,0	99,1
6	1	,3	100,0
Σύνολο	109	36,3	

Από το 36,3% του δείγματος οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση, το 23,7% έχει κάνει μια έκτρωση, ενώ ακολουθεί το 8,3% με δυο εκτρώσεις.

Σχήμα 11. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με τον αριθμό των εκτρώσεων που έχουν κάνει.

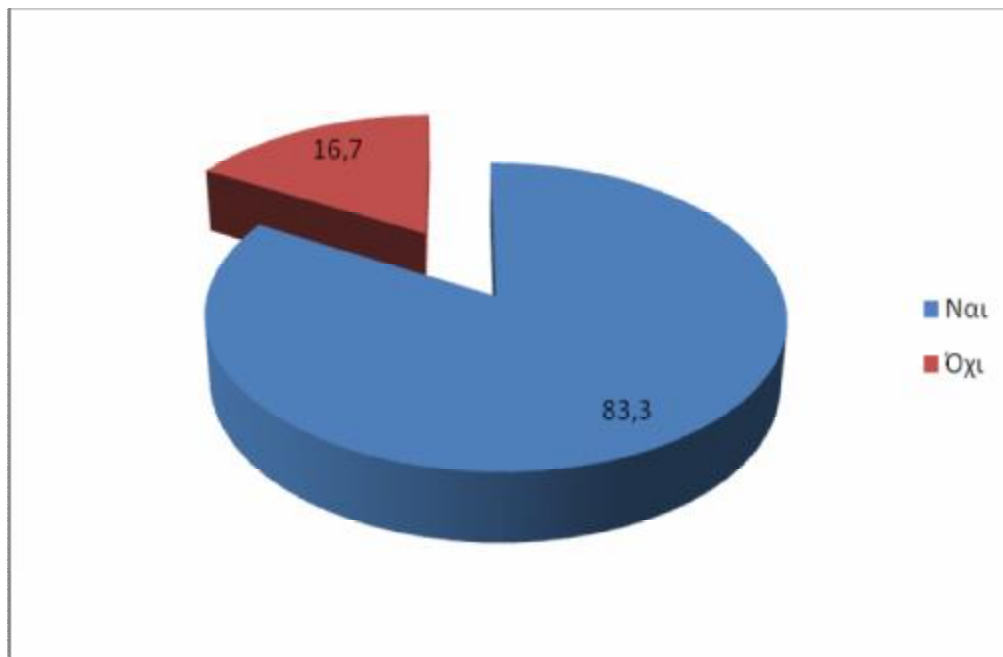


Πίνακας 11. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με αν γνωρίζουν την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού.

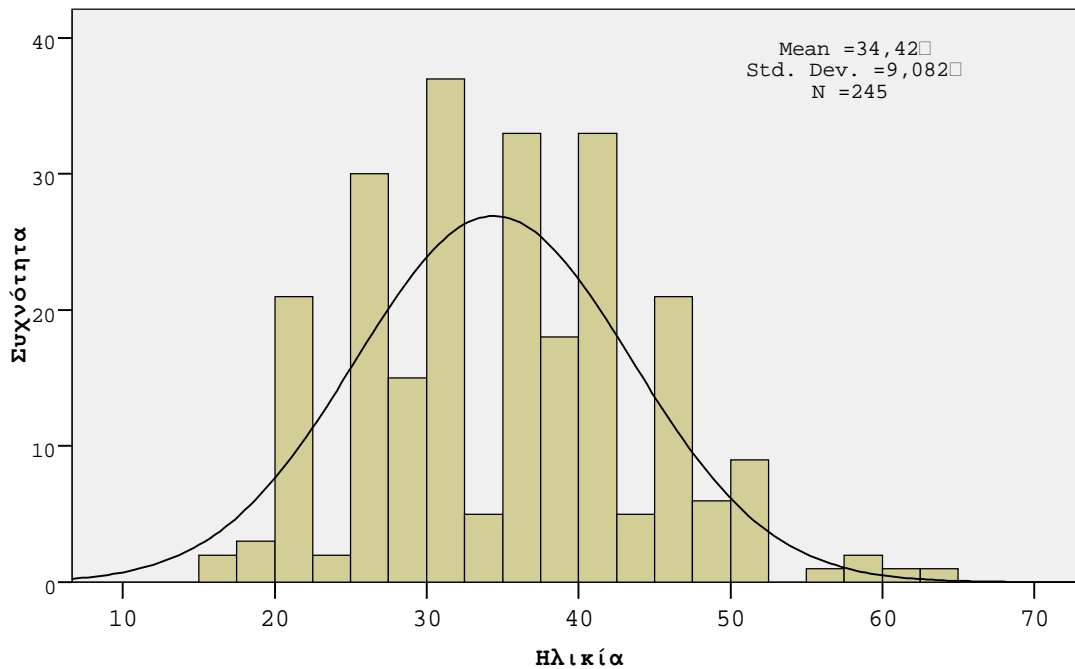
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	250	83,3	83,3
Όχι	50	16,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (83,3%) γνωρίζει την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού. Δυστυχώς όμως υπάρχει και ένα ποσοστό του δείγματος δεν την γνωρίζει.

Σχήμα 12. Κατανομή των ερωτηθέντων ανάλογα με αν γνωρίζουν την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού.



Σχήμα 13. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία στην οποία άρχισε την αυτοεξέταση μαστού.

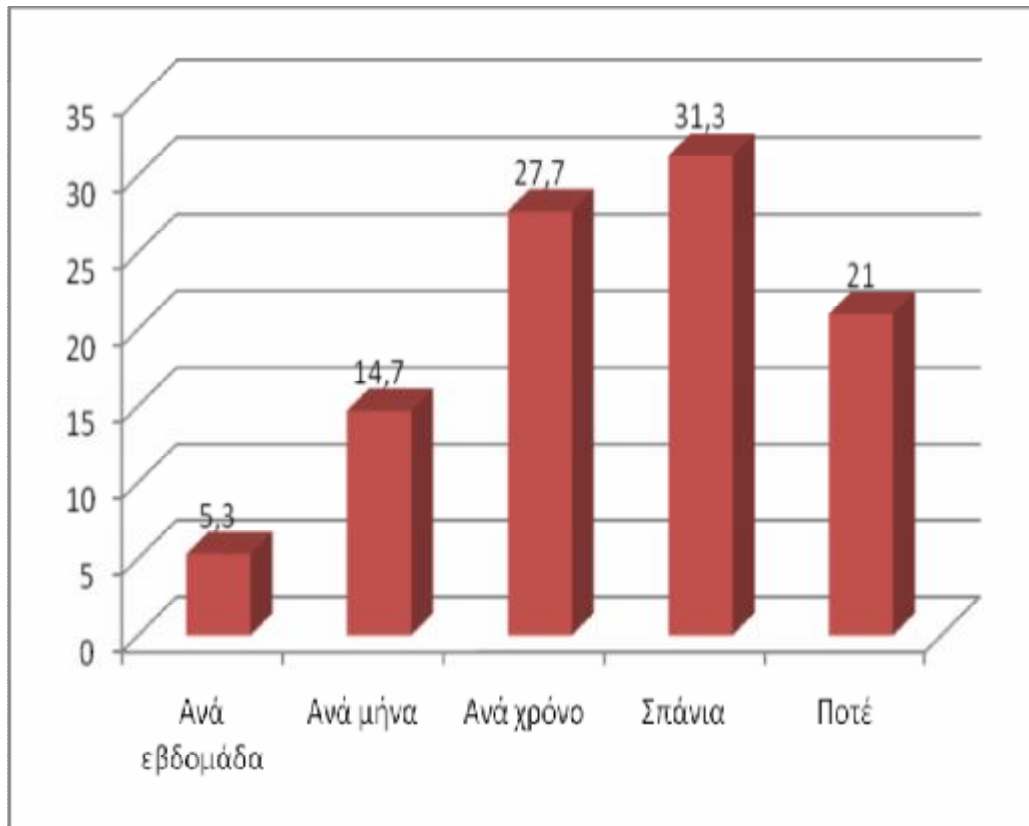


Η μέση ηλικία στην οποία το δείγμα άρχισε την αυτοεξέταση του μαστού είναι 34 ετών.

Πίνακας 12. Κατανομή των δειγμάτων σχετικά με την συχνότητα της αυτοεξέτασης.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ανά εβδομάδα	16	5,3	5,3
Ανά μήνα	44	14,7	20,0
Ανά χρόνο	83	27,7	47,7
Σπάνια	94	31,3	79,0
Ποτέ	63	21,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Σχήμα 14. Κατανομή των δειγματος σχετικά με την συχνότητα της αυτοεξέτασης.



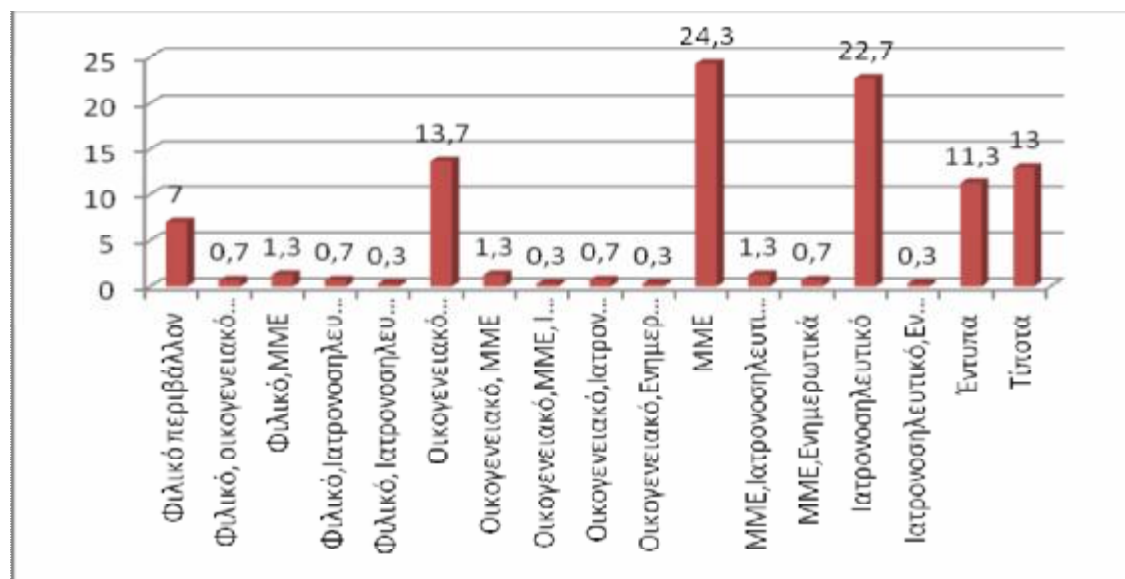
Η πλειοψηφία του δείγματος (31,3%) αυτοεξετάζεται σπάνια, ενώ το 27,7% του δείγματος αυτοεξετάζεται ανά χρόνο.

Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το από ποιον έχετε ενημερωθεί για την αυτοεξέταση.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Τίποτα	39	13,0	13,0
Φιλικό περιβάλλον	21	7,0	20,0
Φιλικό, οικογενειακό περιβάλλον	2	,7	20,7
Φιλικό, ΜΜΕ	4	1,3	22,0
Φιλικό, Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	2	,7	22,7
Φιλικό, Ιατρονοσηλευτικό, Ενημερωτικά έντυπα	1	,3	23,0
Οικογενειακό περιβάλλον	41	13,7	36,7
Οικογενειακό, ΜΜΕ	4	1,3	38,0
Οικογενειακό, ΜΜΕ, Ιατρονοσηλευτικό	1	,3	38,3
Οικογενειακό, Ιατρονοσηλευτικό	2	,7	39,0
Οικογενειακό, Ενημερωτικά	1	,3	39,3
ΜΜΕ	73	24,3	63,7
ΜΜΕ, Ιατρονοσηλευτικό	4	1,3	65,0
ΜΜΕ, Ενημερωτικά	2	,7	65,7
Ιατρονοσηλευτικό	68	22,7	88,3
Ιατρονοσηλευτικό, Ενημερωτικά έντυπα	1	,3	88,7
Έντυπα	34	11,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει ενημερωθεί για τεχνική της αυτοεξέτασης από τα Μ.Μ.Ε. και στην συνέχεια ακολουθεί η ενημέρωση από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Σχήμα 15. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το από ποιον έχετε ενημερωθεί για την αυτοεξέταση.

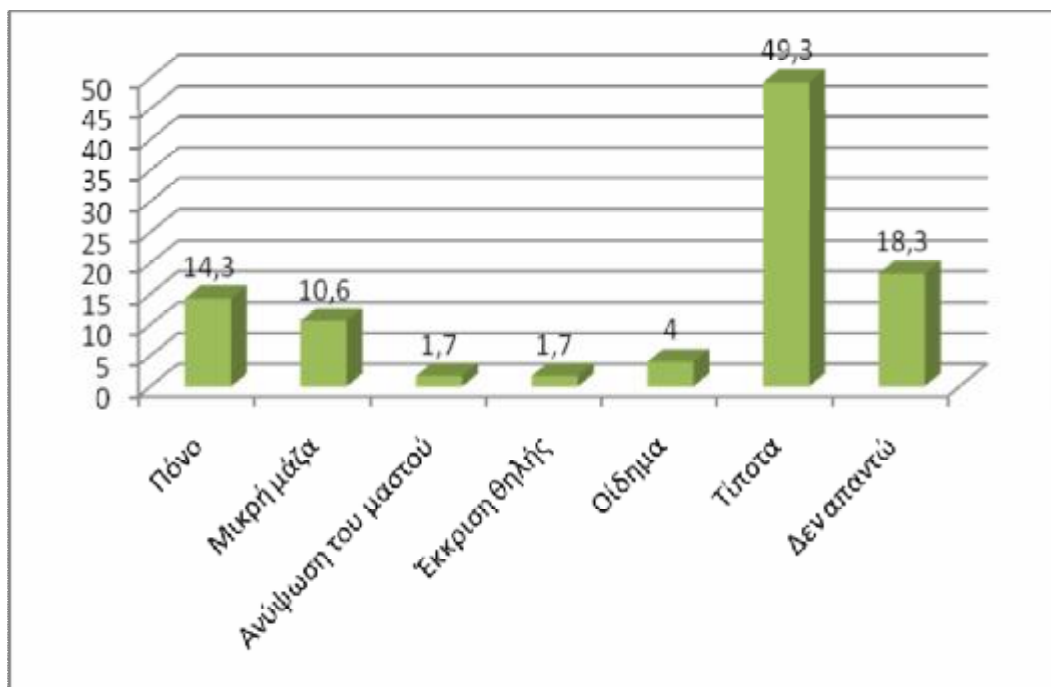


Πίνακας 14. Κατανομή του δείγματος. Κατά την διάρκεια της αυτοεξέτασης έχετε παρατηρήσει...

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Πόνο	43	14,3	14,8
Μικρή μάζα	32	10,6	25,9
Ανύψωση του μαστού	5	1,7	27,6
Έκκριση θηλής	5	1,7	29,3
Οίδημα	12	4	33,4
Τίποτα	148	49,3	84,5
Δεν απαντώ	55	18,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

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

Σχήμα 16. Κατανομή του δείγματος. Κατά την διάρκεια της αυτοεξέτασης έχετε παρατηρήσει...

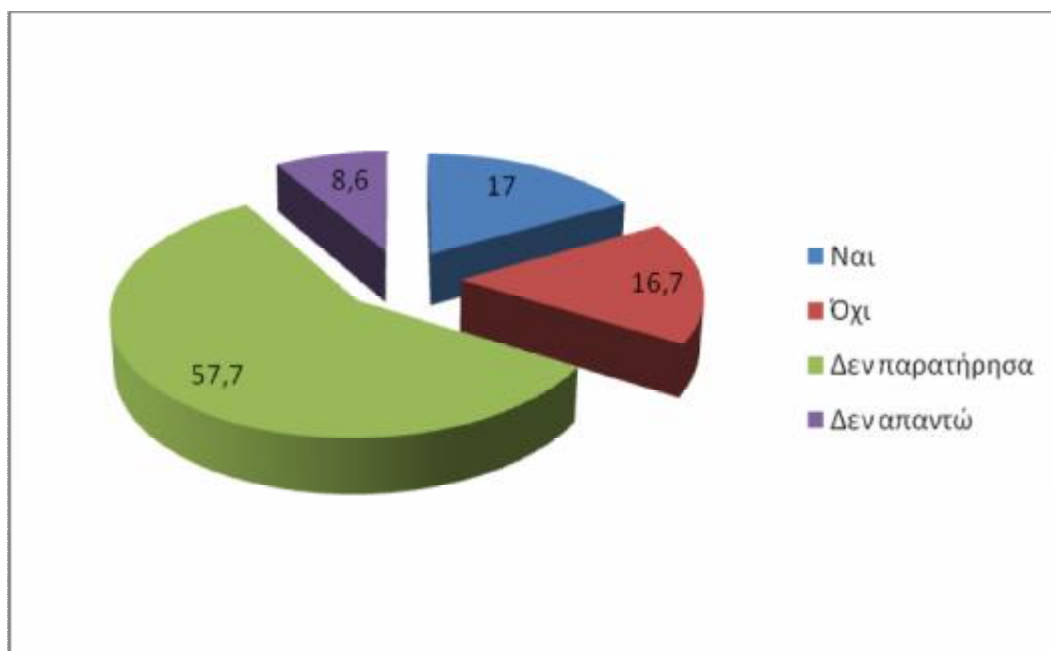


Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος. Αν παρατηρήσατε κάτι από τα πιο πάνω επισκεφθήκατε τον ιατρό.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	51	17,0	18,5
Όχι	50	16,7	36,7
Δεν παρατήρησα	173	57,7	99,6
Δεν απαντώ	26	8,6	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το δείγμα είναι στατιστικά μοιρασμένο ανάμεσα στις ερωτηθέντες γυναίκες που παρατήρησαν κάτι κατά την διάρκεια της αυτοεξέτασης και επισκέφθηκαν τον γιατρό.

Σχήμα 17. Κατανομή του δείγματος. Αν παρατηρήσατε κάτι από τα πιο πάνω επισκεφθήκατε τον ιατρό.

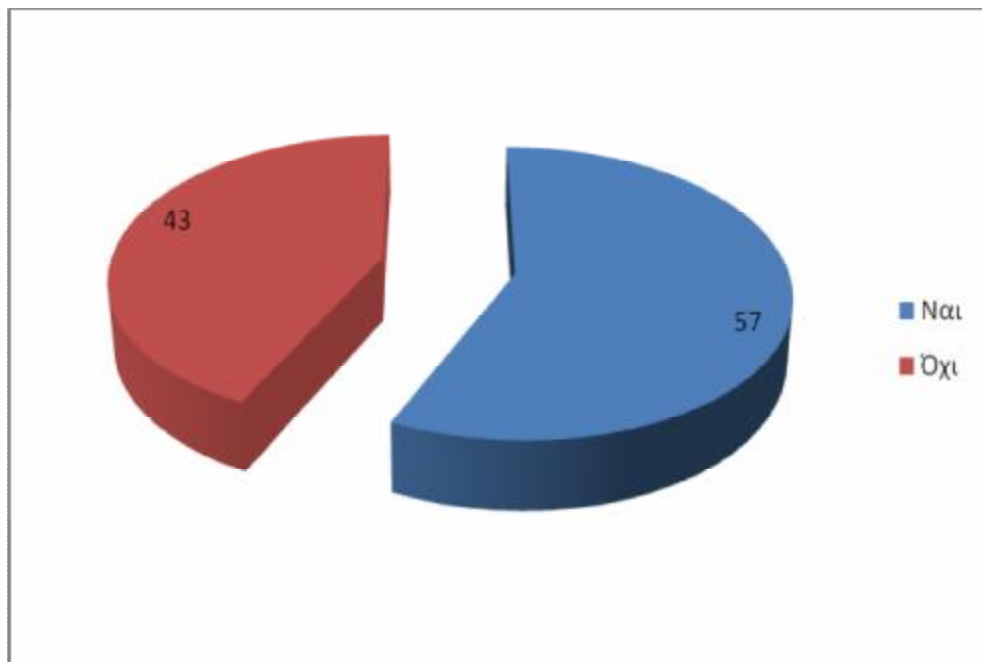


Πίνακας 16. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει μαστογραφία.

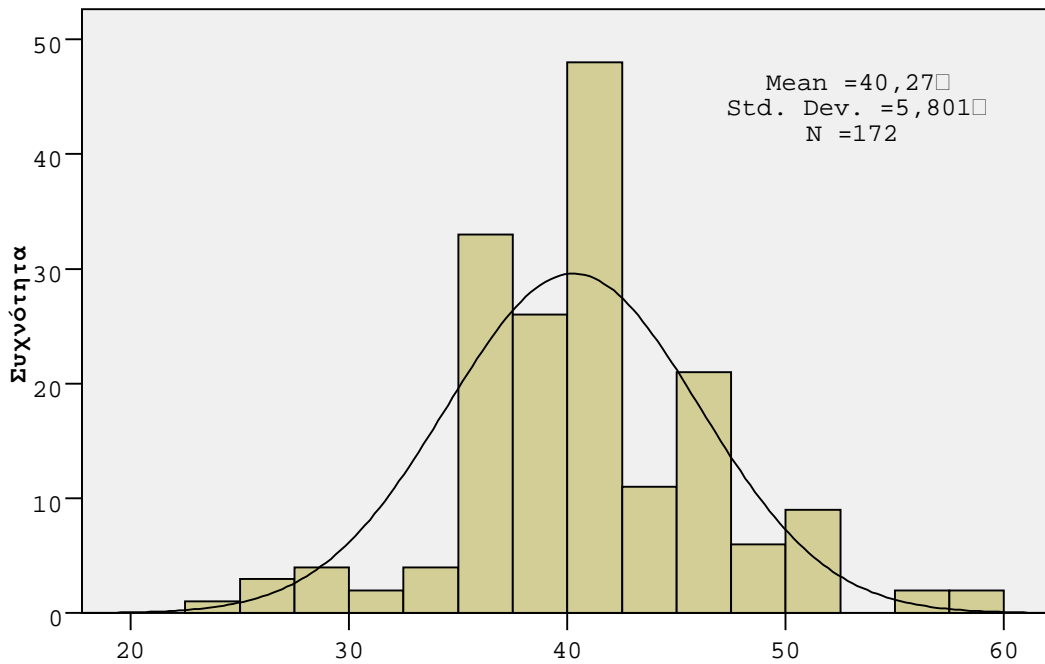
	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	171	57,0	57,0
Όχι	129	43,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 57% του δείγματος έχει κάνει μαστογραφία. Ενώ το 43% δεν έχει μπει στην διαδικασία μαστογραφικού ελέγχου.

Σχήμα 18. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάνει μαστογραφία.



Σχήμα 19. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία που κάνανε πρώτη φορά μαστογραφία.



Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων που κάνανε πρώτη φορά μαστογραφία είναι 40 ετών.

Πίνακας 17. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία που κάνανε πρώτη φορά μαστογραφία.

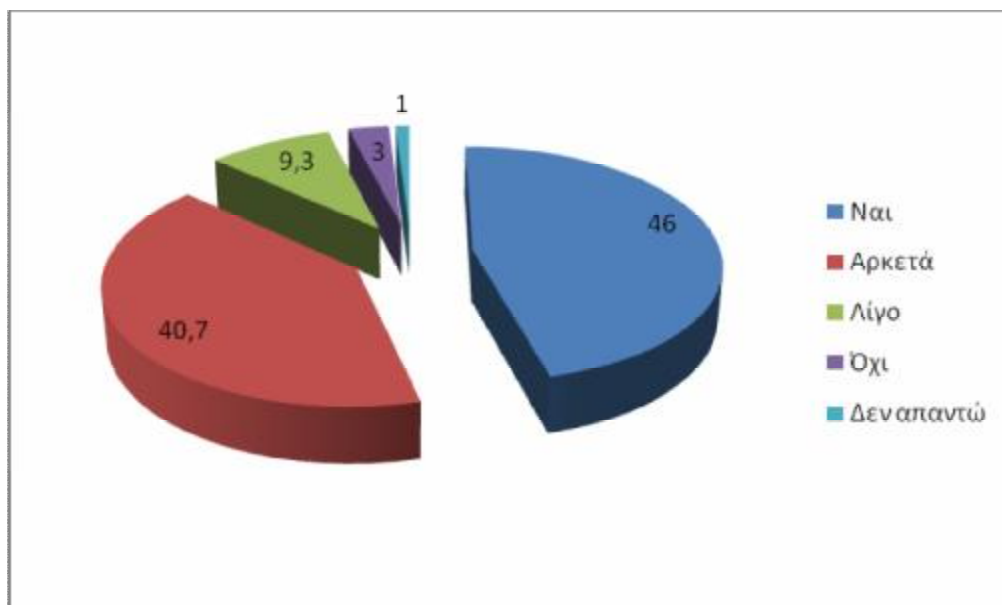
		Ηλικία _SHEL	AGE_MAST
N	Valid	246	173
	Missing	54	127
Mean		34,42	40,25
Median		35,00	40,00
Std. Deviation		9,064	5,789
Variance		82,155	33,516
Skewness		,360	,203
Std. Error of Skewness		,155	,185
Kurtosis		-,097	1,289
Std. Error of Kurtosis		,309	,367
Range		48	37
Minimum		17	23
Maximum		65	60

Πίνακας 18. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν θεωρούν ότι η μαστογραφία είναι αξιόπιστη μέθοδος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	138	46,0	46,0
Αρκετά	122	40,7	86,7
Λίγο	28	9,3	96,0
Όχι	9	3,0	99,0
Δεν απαντώ	3	1,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (46%) θεωρεί ότι η μαστογραφία είναι αξιόπιστη μέθοδος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού.

Σχήμα 20. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν θεωρούν ότι η μαστογραφία είναι αξιόπιστη μέθοδος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού.

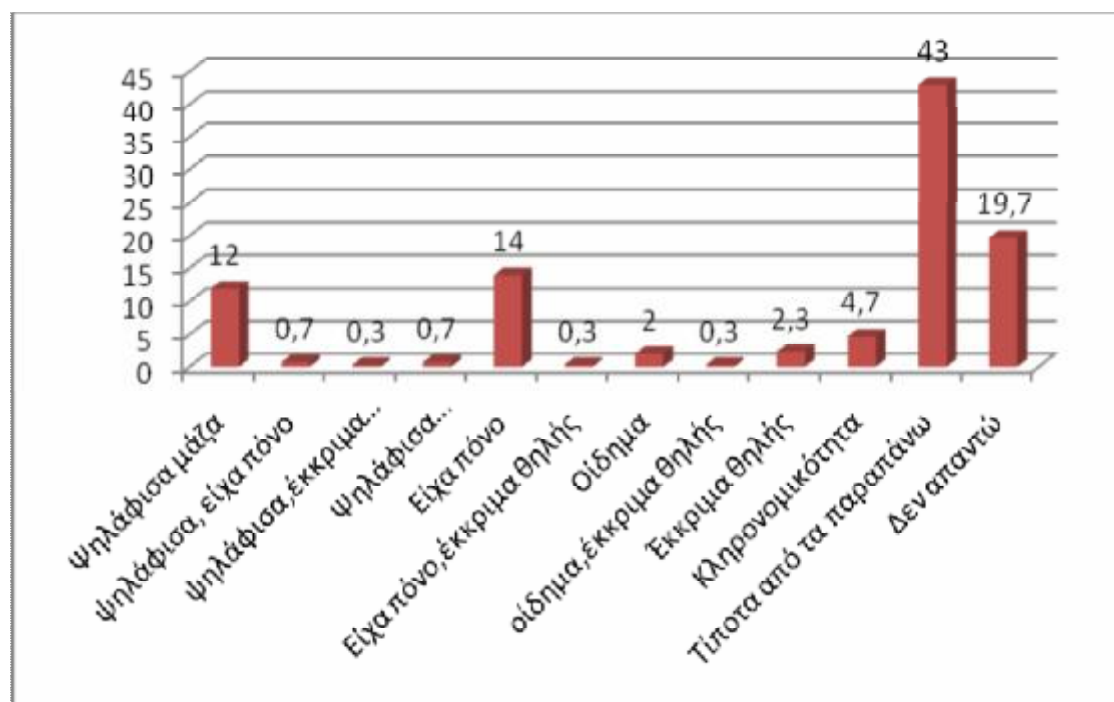


Πίνακας 19. Κατανομή του δείγματος σχετικά για τον λόγο για τον οποίο κάνανε μαστογραφία.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ψηλάφισα μάζα	36	12,0	12,0
ψηλάφισα, είχα πόνο	2	,7	12,7
ψηλάφισα, έκκριμα θηλής, κληρονομικότητα	1	,3	13,0
Ψηλάφισα μάζα, κληρονομικότητα	2	,7	13,7
Είχα πόνο	42	14,0	27,7
Είχα πόνο, έκκριμα θηλής	1	,3	28,0
Οίδημα	6	2,0	30,0
οίδημα, έκκριμα θηλής	1	,3	30,3
Έκκριμα θηλής	7	2,3	32,7
Κληρονομικότητα	14	4,7	37,3
Τίποτα από τα παραπάνω	129	43,0	80,3
Δεν απαντώ	59	19,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 43% του δείγματος δεν έκανε μαστογραφία για κάποιον από τους παραπάνω λόγους αλλά για κάποιον άλλο και ακολουθεί με ποσοστό 19,7% του δείγματος που δεν θέλησε να αναφέρει τον λόγο για τον οποίο κάνανε μαστογραφία.

Σχήμα 21. Κατανομή του δείγματος σχετικά για τον λόγο για τον οποίο κάνανε μαστογραφία.

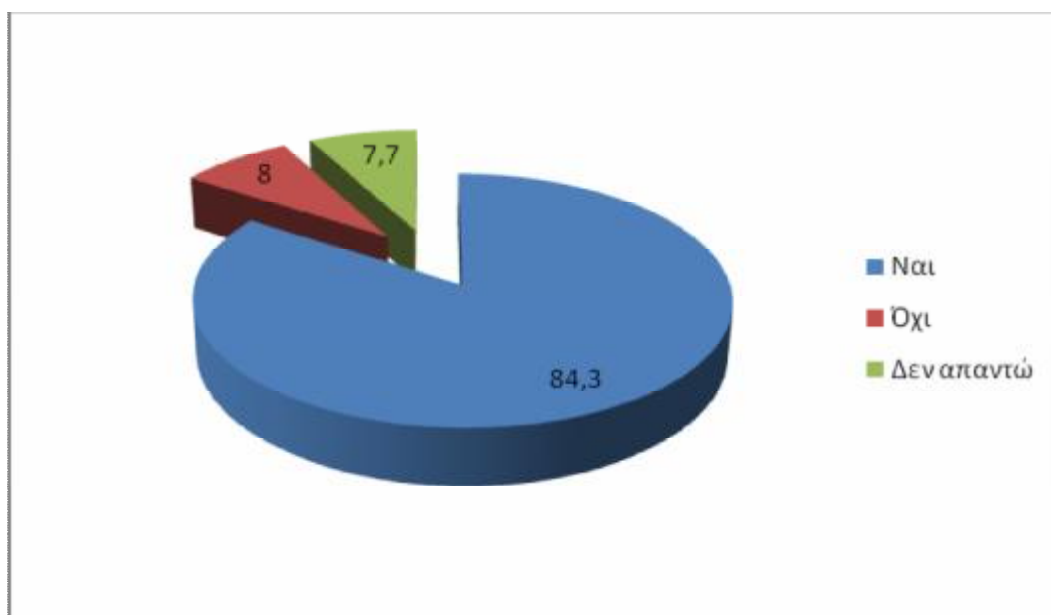


Πίνακας 20. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν πιστεύουν ότι ο προληπτικός έλεγχος βοηθά στην προστασία από τον καρκίνο του μαστού;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	253	84,3	84,3
Όχι	24	8,0	92,3
Δεν απαντώ	23	7,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία (84,3%) δηλώνει ότι ο προληπτικός έλεγχος βοηθά στην προστασία από τον καρκίνο του μαστού.

Σχήμα 22. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν πιστεύουν ότι ο προληπτικός έλεγχος βοηθά στην προστασία από τον καρκίνο του μαστού;

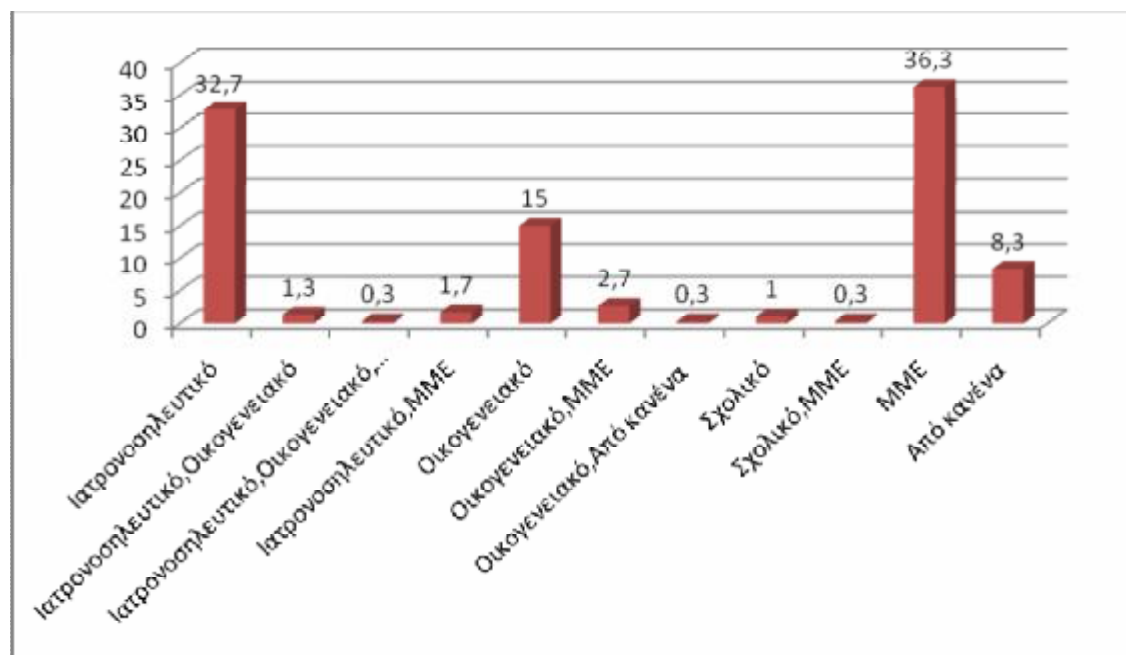


Πίνακας 21. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το από ποιον έχουν ενημερωθεί για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ιατρονοσηλευτικό	98	32,7	32,7
Ιατρονοσηλευτικό, Οικογενειακό	4	1,3	34,0
Ιατρονοσηλευτικό, Οικογενειακό, Σχολικό περιβάλλον	1	,3	34,3
Ιατρονοσηλευτικό, ΜΜΕ	5	1,7	36,0
Οικογενειακό	45	15,0	51,0
Οικογενειακό, ΜΜΕ	8	2,7	53,7
Οικογενειακό, Από κανένα	1	,3	54,0
Σχολικό	3	1,0	55,0
Σχολικό, ΜΜΕ	1	,3	55,3
ΜΜΕ	109	36,3	91,7
Από κανένα	25	8,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 36,3% των ερωτηθέντων έχουν ενημερωθεί για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού από τα Μ.Μ.Ε. και ακολουθεί η ενημέρωση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με ποσοστό 32,7%.

Σχήμα 23. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το από ποιον έχουν ενημερωθεί για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

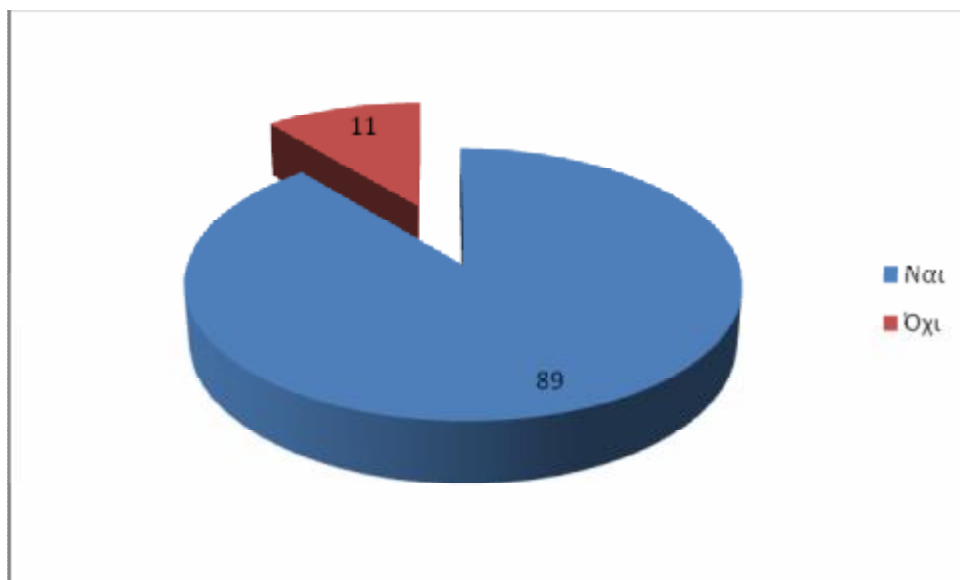


Πίνακας 22. Κατανομή του δείγματος σχετικά με τον γνωρίζουν ότι με την αυτοεξέταση μαστού προλαμβάνεται ο καρκίνος στα αρχικά στάδια και η εξάπλωσή του στα άλλα όργανα.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	267	89,0	89,0
Όχι	33	11	100,0
Total	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι με την αυτοεξέταση του μαστού προλαμβάνεται ο καρκίνος στα αρχικά στάδια και η εξάπλωσή του στα άλλα όργανα.

Σχήμα 24. Κατανομή του δείγματος σχετικά με τον γνωρίζουν ότι με την αυτοεξέταση μαστού προλαμβάνεται ο καρκίνος στα αρχικά στάδια και η εξάπλωσή του στα άλλα όργανα.

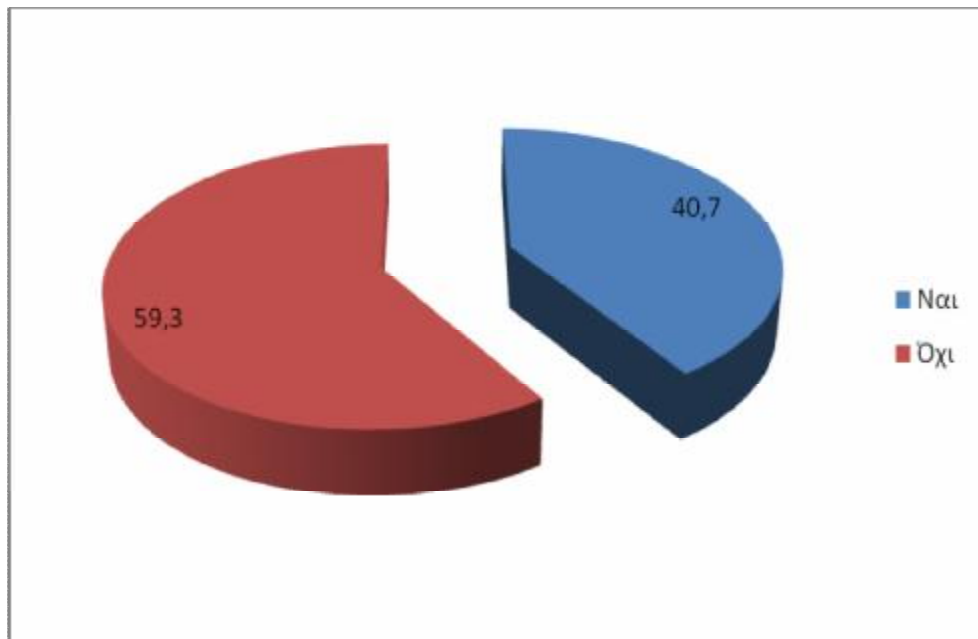


Πίνακας 23. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει και τους άνδρες.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	122	40,7	40,7
Όχι	178	59,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει ότι ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει και τους άνδρες.

Σχήμα 25. Κατανομή του δείγματος σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει και τους άνδρες.



Πίνακας 24. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις καθημερινές τους συνήθειες.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
1	11	3,7	3,7
1,2	3	1,0	4,7
1,2,3	2	,7	5,3
1,2,3,5	1	,3	5,7
1,2,4	3	1,0	6,7
1,2,4,5	4	1,3	8,0
1,2,5	2	,7	8,7
1,3	6	2,0	10,7
1,3,4	4	1,3	12,0
1,3,4,5	2	,7	12,7
1,3,5	3	1,0	13,7
1,4	25	8,3	22,0
1,4,5	20	6,7	28,7
1,5	21	7,0	35,7
2	3	1,0	36,7
2,3	1	,3	37,0
2,3,4	1	,3	37,3
2,3,4,5	1	,3	37,7
2,3,5	2	,7	38,3
2,4	5	1,7	40,0
2,4,5	10	3,3	43,3
2,5	16	5,3	48,7
3,4	2	,7	49,3
3,4,5	4	1,3	50,7
3,5	2	,7	51,3
4	37	12,3	63,7
4,5	79	26,3	90,0
5	27	9,0	99,0
7	3	1,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

1= Κάπνισμα

2= Αντισυλληπτικά

3= Οινοπνευματώδη

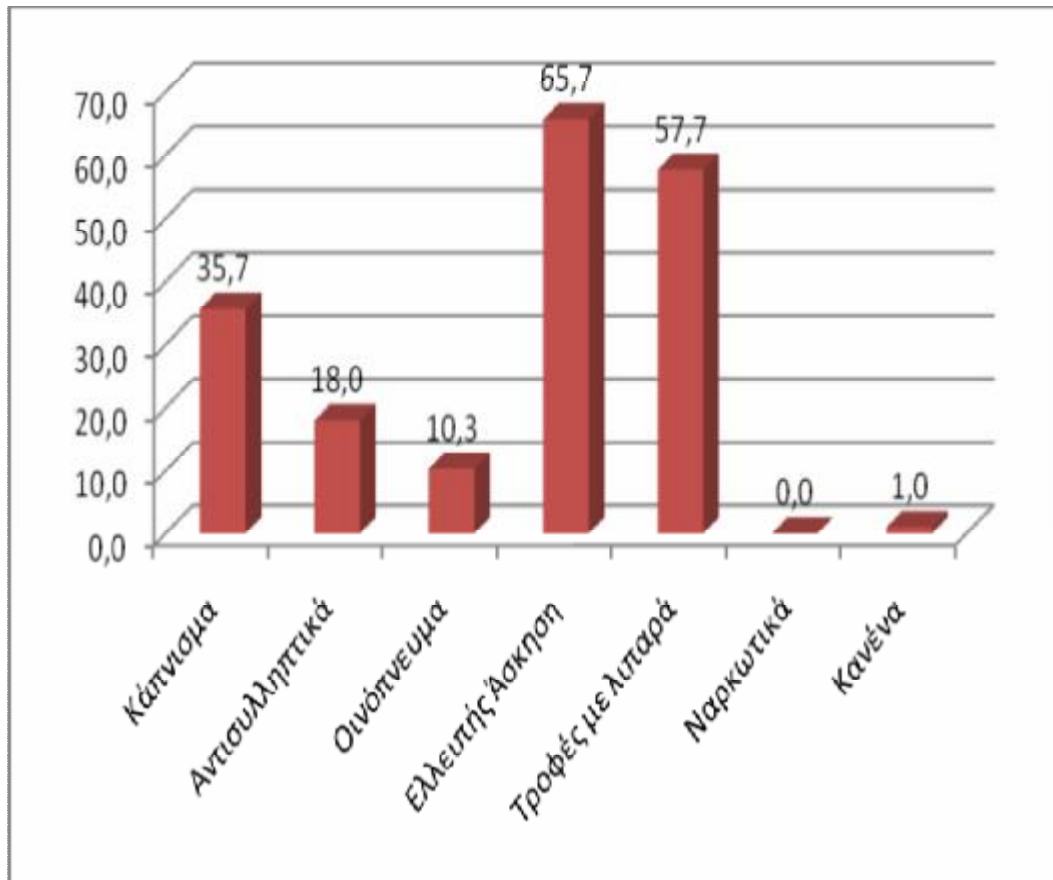
4= Ελλιπής Άσκηση

5= Κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά

6= Ναρκωτικές ουσίες

7= Κανένα από τα παραπάνω

Σχήμα 26. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις καθημερινές τους συνήθειες.



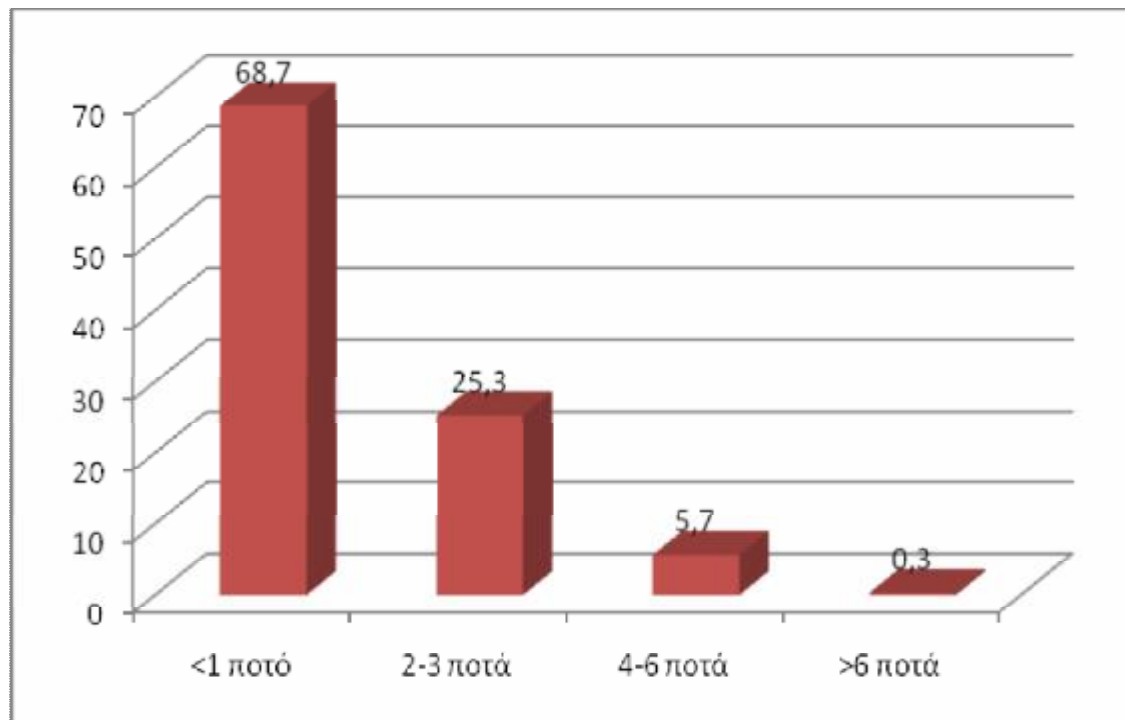
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,7%) δεν γυμνάζεται στην καθημερινότητα του στην συνέχεια ακολουθεί η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά με ποσοστό 57,7%.

Πίνακας 24. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών κατά την διάρκεια της εβδομάδας.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
<1 ποτό	206	68,7	68,7
2-3 ποτά	76	25,3	94,0
4-6 ποτά	17	5,7	99,7
>6 ποτά	1	,3	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 68,7% του δείγματος καταναλώνει κάτω από ένα ποτό κατά την διάρκεια της εβδομάδας και έπεται 25,3% το οποίο καταναλώνει δυο έως τρία ποτά.

Σχήμα 27. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών κατά την διάρκεια της εβδομάδας.

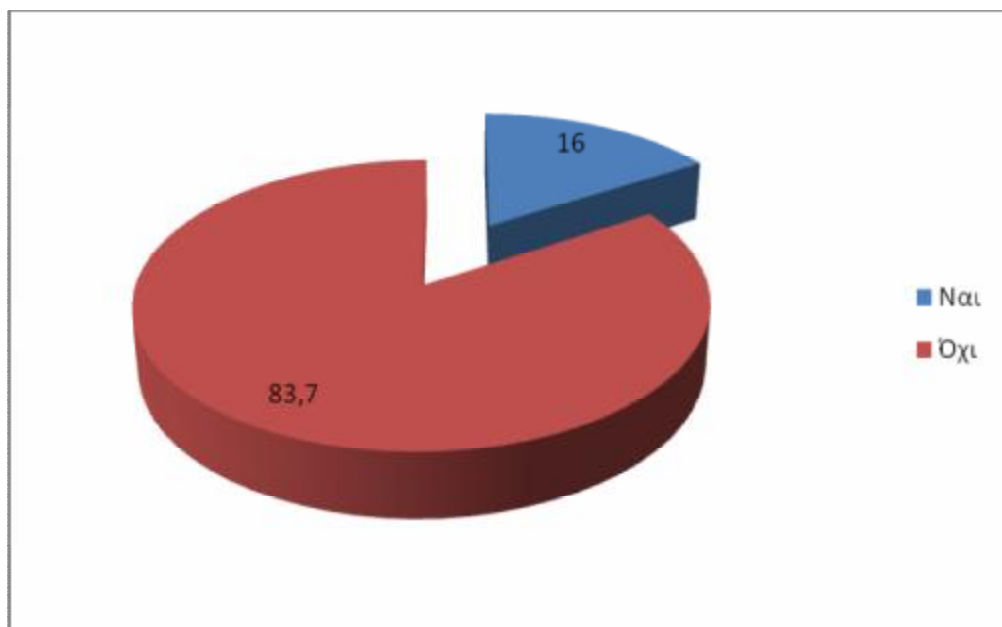


Πίνακας 25. Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έχουν χτυπήσει ποτέ στο στήθος.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	48	16,0	16,1
Όχι	251	83,7	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το 83,7 % των ερωτηθέντων δεν έχουν χτυπήσει ποτέ στο στήθος. Ενώ το ποσοτό που έχει χτυπήσει ανέρχεται στο 16%. Μετά από έρευνες που έγιναν στο εξωτερικό γυναίκες οι οποίες είχα χτυπήσει στο παρελθόν στο στήθος εμφάνισαν καρκίνο μαστού μετά από χρόνια.

Σχήμα 28. Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έχουν χτυπήσει ποτέ στο στήθος.

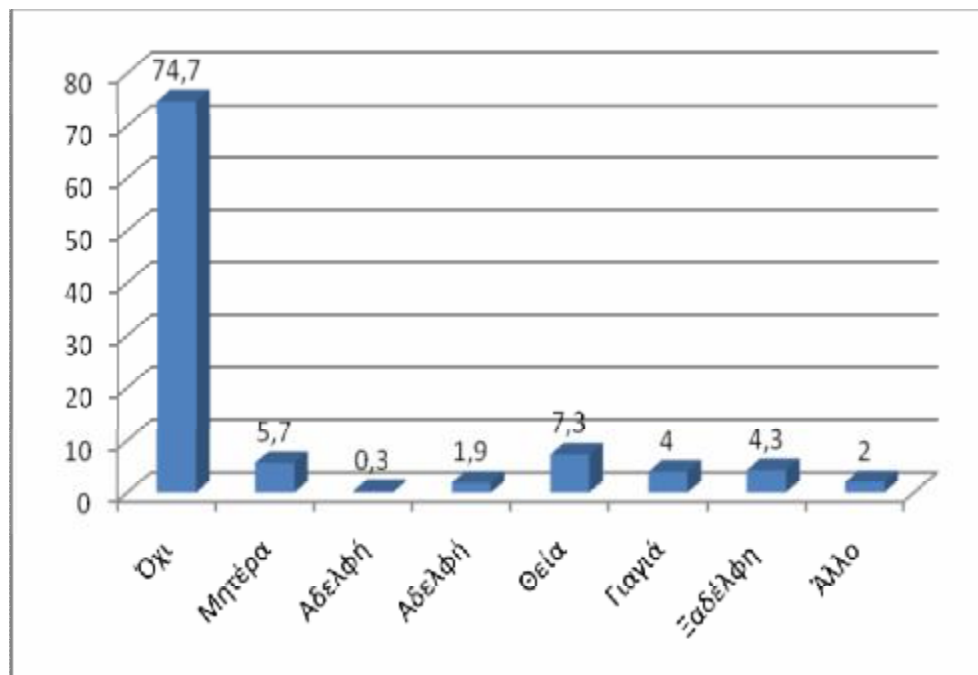


Πίνακας 26. Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έπασχε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο α' βαθμού από καρκίνο μαστού. Αν ναι ποιο;

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Όχι	224	74,7	74,7
Μητέρα	17	5,7	80,3
Αδελφή	1	,3	80,7
Αδελφή	6	1,9	82,3
Θεία	22	7,3	89,7
Γιαγιά	12	4,0	93,7
Ξαδέλφη	13	4,3	98,0
Άλλο	6	2,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν είχε κάποιο συγγενικό πρόσωπο α' βαθμού να πάσχει από καρκίνο μαστού. Ενώ στο δείγμα που απάντησε ότι είχε κάποιο συγγενικό πρόσωπο να πάσχει από καρκίνο το μεγαλύτερο ποσοστό (7,3%) το κατέχει η θεία.

Σχήμα 29. Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν έπασχε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο α' βαθμού από καρκίνο μαστού. Αν ναι ποιο;

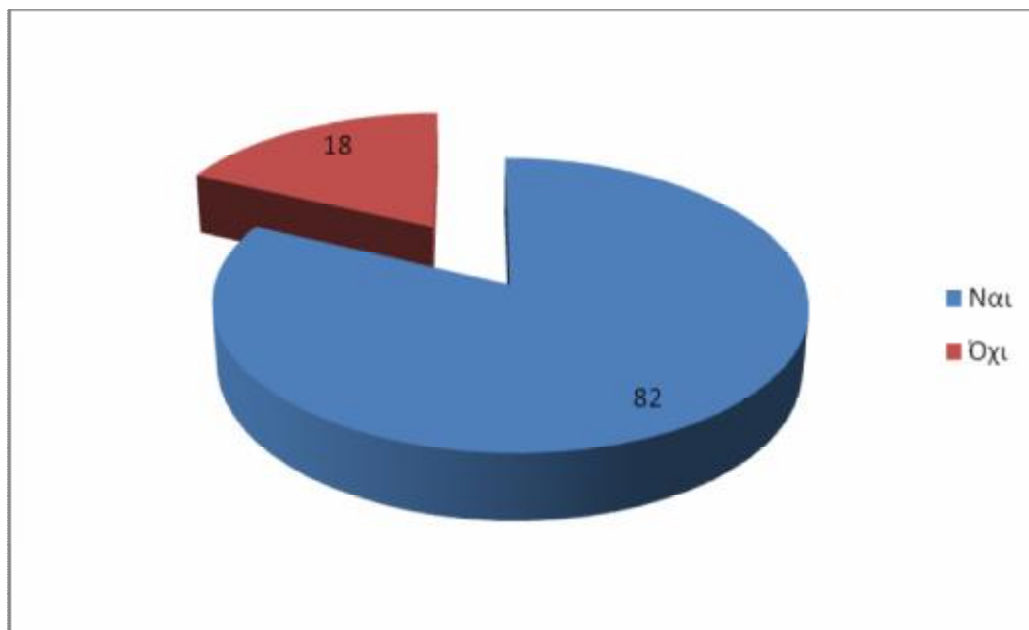


Πίνακας 27. Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι σε περίπτωση επιβαρυσμένου ιατρικού ιστορικού θα πρέπει να δώσουν περισσότερη σημασία στον προληπτικό έλεγχο.

	Συχνότητα	%	Αθροιστικό %
Ναι	246	82,0	82,0
Όχι	54	18,0	100,0
Σύνολο	300	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (82%) γνωρίζει ότι σε περίπτωση επιβαρυσμένου ιατρικού ιστορικού θα πρέπει να δώσει περισσότερη σημασία στον προληπτικό έλεγχο.

Σχήμα 30. Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν γνωρίζουν ότι σε περίπτωση επιβαρυσμένου ιατρικού ιστορικού θα πρέπει να δώσουν περισσότερη σημασία στον προληπτικό έλεγχο.



Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και ιάσιμος, εφόσον διαγνωστεί εγκαίρως, ο καρκίνος του στήθους παραμένει σε παγκόσμιο επίπεδο, η πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών μεταξύ 35-55 ετών. Σε όλο τον κόσμο περισσότερες από 700.000 γυναίκες πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού, ενώ εκτιμάται ότι ένα ποσοστό (8-9%) των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους. Δεν είναι στατιστική, είναι πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα που πρέπει να αλλάξει. Θέλοντας και εμείς να ευαισθητοποιηθούμε περισσότερο πάνω σε αυτό το θέμα πραγματοποιήσαμε την συγκεκριμένη ερευνά. Σκοπός της ερευνάς μας, ήταν η συμβολή μας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού, τονίζοντας την σπουδαιότητα της διάγνωσης.

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία, έγινε στην περιοχή της Καλαμάτας και της Λεμεσού. Έγινε μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 300 γυναίκες.

Η ηλικιακή ομάδα με το περισσότερο ποσοστό στο δείγμα είναι αυτοί που είναι ανάμεσα στα 30 και 39 έτη. Ακολουθούν με ποσοστό 23,3% άτομα ηλικίας 40 έως 49 και 50 έως 59 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι οι έγγαμες γυναίκες, ενώ έπονται οι άγαμες και στην συνέχεια ακολουθούν οι υπόλοιπες κατηγορίες.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (39,3%) δηλώνουν απόφοιτοι λυκείου ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης. Οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (27,3%) και ακολουθούν οι ιδιωτικοί και οι δημόσιοι υπάλληλοι.

Το 80 % των ερωτηθέντων γυναικών έχουν παιδιά, από αυτές το 34% έχουν δύο παιδιά και ακολουθούν με τρία παιδιά το 20% του δείγματος.

Δυστυχώς το 36,7% των ερωτηθέντων γυναικών έχουν κάνει έκτρωση. Πρέπει να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες οι οποίες έχουν κάνει έκτρωση έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο μαστού.

Η πλειοψηφία του δείγματος γνωρίζει την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού. Η μέση ηλικία στην οποία το δείγμα άρχισε την αυτοεξέταση είναι 34 ετών. Το 31,3% αυτοεξετάζεται σπάνια, ενώ το 27,7% του δείγματος αυτοεξετάζεται ανά χρόνο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει ενημερωθεί για τεχνική της αυτοεξέτασης από τα Μ.Μ.Ε. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν έχει παρουσίασε τίποτα κατά την αυτοεξέταση, όμως από το ποσοστό (33,7%) το οποίο παρουσίασε κάτι μόνο το 17% πήγε στο γιατρό, ενώ το 16,7% δεν έδωσε σημασία στα συμπτώματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γνωρίζει ότι με την αυτοεξέταση του μαστού προλαμβάνεται ο καρκίνος στα αρχικά στάδια και η εξάπλωσή του στα άλλα όργανα. Το 57% του δείγματος έχει κάνει μαστογραφία. Ενώ το 43% δεν έχει μπει στην διαδικασία μαστογραφικού ελέγχου. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων που κάνανε πρώτη φορά μαστογραφία είναι 40 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (46%) θεωρεί ότι η μαστογραφία είναι αξιόπιστη μέθοδος ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού.

Το 59,3% των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει ότι ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει και τους άνδρες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,7%) δεν γυμνάζεται στην καθημερινότητα του στην συνέχεια ακολουθεί η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λιπαρά με ποσοστό 57,7%. Να αναφέρουμε ότι ένας από τους παράγοντες κινδύνου είναι η διατροφή πλούσια σε λιπαρά, όπως επίσης και η μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος (άνω των 3 ποτών την εβδομάδα). Το ποσοστό το οποίο πίνει πάνω από τρία ποτά την εβδομάδα είναι μόνο 5,7% των ερωτηθέντων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δεν είχε κάποιο συγγενικό πρόσωπο α΄ βαθμού να πάσχει από καρκίνο μαστού. Ενώ στο δείγμα που απάντησε ότι είχε κάποιο πρόσωπο το μεγαλύτερο ποσοστό (7,3%) το κατείχε η θεία.

Τέλος, η πλειοψηφία του δείγματος (82%) γνωρίζει ότι σε περίπτωση επιβαρυσμένου ιατρικού ιστορικού θα πρέπει να δώσει περισσότερη σημασία στον προληπτικό έλεγχο.

Γνωρίζοντας το σπουδαίο ρόλο της γυναίκας ως συζύγου και ως μητέρας, μπορούμε να καταλήξουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Ø Ο καρκίνος του μαστού είναι μια θανατηφόρα ασθένεια και ο μόνος τρόπος για να μειωθούν οι θάνατοι, είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση.
- Ø Όλες οι γυναίκες μετά το εικοστό έτος της ηλικίας τους θα πρέπει να εντάξουν μέσα στις δραστηριότητες τους την αυτοεξέταση μαστού, η οποία είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο.
- Ø Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες πάνω από την ηλικία των 40 ετών, θα πρέπει να κάνουν μαστογραφία κάθε δυο χρόνια ή πιο συχνά αν υπάρχει κληρονομικότητα α' βαθμού.
- Ø Κάθε γυναίκα που εμφανίζει ένα σύμπτωμα που πιθανόν να υποδηλώνει καρκίνο, θα πρέπει να απευθύνεται στο γιατρό χωρίς να φοβάται ότι θα μάθει κάτι κακό και χωρίς καμία καθυστέρηση.
- Ø Ένα μεγάλο μέρος γυναικών δεν είναι ενημερωμένο για θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού. Γι' αυτό η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να υπάρχουν ειδικά κέντρα ή κινητές μονάδες έγκαιρης διάγνωσης, εξοπλισμένα με κατάλληλο εξοπλισμό, εξειδικευμένο προσωπικό, σύγχρονα μηχανήματα ανίχνευσης του καρκίνου.
- Ø Επίσης η πολιτεία θα πρέπει να φτιάξει κάποια κέντρα σε όλες τις πόλεις της Ελλάδας, ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές που το έχουν πραγματικά ανάγκη. Στα οποία να μπορεί απευθύνεται κάθε γυναίκα ανά πάσα στιγμή να ενημερώνεται για την τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού και τις διαγνωστικές εξετάσεις που μπορεί να κάνει ώστε να διαγνωστεί έγκαιρα κάποιο ογκίδιο.

Ø Η ενημέρωση και προσφορά βοήθειας προς την ασθενή με διάγνωση καρκίνου μαστού θα γίνει πρωτίστως από τον νοσηλευτή. Για να μπορέσει όμως ο νοσηλευτής να υλοποιήσει το έργο του, θα πρέπει να είναι καταρτισμένος, για να είναι σε θέση να την βοηθήσει, να την στηρίξει ψυχολογικά, να την ενημερώσει σωστά. Το βαρύ φορτίο που επωμίζεται ο νοσηλευτής, μπορεί να το φέρει σε πέρας μόνον εάν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση/κατάρτιση, δηλαδή παρακολούθηση σεμιναρίων/μαθημάτων συναφή με το αντικείμενο.

Τις παθήσεις του μαστού μπορούμε να τις νικήσουμε, αρκεί να τις απομυθοποιήσουμε και να τις αντιμετωπίσουμε χωρίς φόβο και με πολύ αισιοδοξία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνίες όλων των εποχών έμαθαν στη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της. Άλλοτε σαν μέσο έκφρασης της μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας.

Σκοπός μας, είναι να ενημερώσουμε σωστά και με τα κατάλληλα στοιχεία μέσα από αυτή μας την βιβλιογραφική ανασκόπηση και εκτεταμένη έρευνα τον συνάνθρωπό μας, όσον αφορά την πρόληψη αλλά και θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θνησιμότητας στις γυναίκες. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του είναι κληρονομικότητα, το φύλο, η γεωγραφική κατανομή, η ηλικία της γυναίκας κατά τον πρώτο τοκετό, η ατεκνία, το φύλο του πρώτου εμβρύου, οι αμβλώσεις, οι ορμονικοί παράγοντες και τέλος οι διαιτητικές συνήθειες.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα στα πρώιμα στάδια και ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία, γι' αυτό το λόγω η πρόληψη παίζει κύριο ρόλο. Σ' αυτήν μπορούμε να συμβάλουμε όλοι εμείς ως νοσηλευτές, διδάσκοντας στις γυναίκες την διαδικασία της αυτοεξέτασης του μαστού η οποία πρέπει να αρχίζει μετά το εικοστό έτος.

Επίσης όσες γυναίκες έχουν προδιάθεση για Ca μαστού πρέπει να κάνουν σε τακτά χρονικά διαστήματα εξέταση υπερηχογραφίας και μαστογραφίας μετά τα 40 ανεξαιρέτως όλες οι γυναίκες.

Πέρα από τη πρόληψη οι νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά και στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική, η επιλογή εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, το στάδιο της νόσου κ.α.

Ο νοσηλευτής, θα πρέπει σ' αυτές τις θεραπείες να προάγει την άνεση της ασθενής, να φροντίσει για πρόληψη των επιπλοκών, να ενημερώσει την ασθενή και πάνω από όλα να της παρέχει ψυχολογική υποστήριξη.

Καθώς επίσης να σταθεί δίπλα της, βοηθώντας τη να ξεπεράσει τα ψυχολογικά κυρίως προβλήματα κι έπειτα να μπορέσει να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές της δυνάμεις.

Ελπίζουμε ότι η έρευνα που με τόσο ζήλο και προσπάθεια πραγματοποιήσαμε να βοήθησε τις γυναίκες να ευαισθητοποιηθούν περισσότερο στο θέμα του καρκίνου του μαστού.

Σκοπός της ερευνάς μας, ήταν η συμβολή μας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού με το να τονίζουμε την σπουδαιότητα της διάγνωσης, η οποία ξεκινά από εμάς τις ίδιες με την τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού και την μαστογραφία.

Η έρευνα έγινε μέσω ανώνυμου ερωτηματολογίου, το οποίο περιείχε ερωτήσεις κλειστού τύπου, από τον Οκτώβριο του 2008 έως τον Ιανουάριο του 2009. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηθέντων ήταν 300 γυναίκες οι οποίες κατάγονταν από την περιοχή της Καλαμάτας και της Λεμεσού. Τα αποτελέσματα και η επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα ανάλυσης για αποδελτίωση ερωτηματολογίων SPSS 15.

Αποτελέσματα: Τα σημαντικότερα αποτελέσματα είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είναι υπέρβαροι. Το 36,7 των ερωτηθέντων γυναικών έχουν κάνει τουλάχιστον μια έκτρωση. Η πλειοψηφία του δείγματος (31,3%) αυτοεξετάζεται σπάνια.

Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να μας προβληματίσουν γιατί η πλειοψηφία του δείγματος έχει περισσότερο από έναν παράγοντα κινδύνου.

Τέλος μην ξεχνάμε ότι η υγεία δεν είναι κάτι το οποίο δωρίζεται, αλλά κερδίζεται!!!

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.dorabak.gr/default.asp?pid=68&>
2. Τουμακίδης Π. Γυναικείος μαστός. Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ»
Περιστέρι 2001 σ. 7,160,201-202
3. Φύσσας Γ. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Επίτομος, Εκδόσεις
Λιβάνη Αθήνα 2006 σ. 11
4. Αγγελοπούλου Ε. Καρκίνος μαστού - Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά
την χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία (Φιδάνη Α.) Πτυχιακή
Α.Τ.Ε.Ι Πατρών 2000, σ11,46-48,99
5. <http://www.surgeon.gr/110/3342.aspx>
6. Κουνουσβέλη Α., Λαμπροπούλου Δ. Καρκίνος μαστού -
Νοσηλευτική αντιμετώπιση και ψυχολογία ασθενών. Επιστημονικό
σύγγραμμα, Α.Τ.Ε.Ι Πατρών 2006 σ. 32
7. Καλόφωνος Χ., Καραμούζης Μ. Στοιχεία κλινικής ογκολογίας.
Επιστημονικό σύγγραμμα, ογκολογικού τμήματος πανεπιστημίου
Πατρών 1996 σ. 5, 67-68, 70-71
8. Eurostat Press Office. Significant differences among Member
States, Two thirds of deaths due to diseases of the circulatory
system and cancer. Lyxembourg 2006.
9. Tyczynski JE, Bray F, Parkin DM. Breast Cancer in Europe 2002.

10. Globocan. Malignant neoplasm of breast – 2002. In: EUROPEAN COMMISSION, HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL, Directorate
11. http://www.medlook.net/printarticle.asp?item_id=2505
12. Παπανικολάου Ν. Γυναικολογική μαστολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου Αθήνα 1995 σ. 95-97,117
13. Marchant DJ. Breast cancer in pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 1994 37:993-97.
14. Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G. Ο Καρκίνος Μετάφραση Αγγελόπουλος Ν. κ.α. Επίτομος Εκδόσεις Κάτοπτρο Αθήνα 1992 σ.316-318
15. Δετοράκης Ι. Βασικές αρχές υγιεινής. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιάνου ΑΕ Αθήνα 2003 σ.187-188
16. Ευριπίδου Α, Καρκίνος του μαστού (Παπαδημητρίου. Μ) Επιστημονικό Σύγγραμμα ΑΤΕΙ Πατρών 2006 σ.6
17. Vielh P, Validre P, Kheirallah S, et al. Paget's disease of the nipple without clinically and radiologically detectable breast tumor. Histochemical and immunohistochemical study of 44 cases. Pathol Res Pract, 1993; 189:150-155.
18. Γιάννης Δ. Παπαδημητρίου, Γιώργος Α. Ανδρουλάκης, Αρχές Γενικής Χειρουργικής Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα, 1989.

- 19.Ντολατζάς Θ. Σύγχρονη προληπτική ιατρική. Εκδόσεις ΛΙΓΚΑΣ
Αθήνα 2006 σ. 155
- 20.Πουλακάκη Φ. Παθήσεις μαστού. Από το μύθο στη
πραγματικότητα. Νεότερες εξελίξεις Art of life. Εκδόσεις Alfa
Concerpi Τεύχος 3 Πειραιά 2006 σ. 35-36
- 21.Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α. Γυναικολογία Εκδόσεις
Παρισιάνου 3^η Έκδοση Αθήνα 2005 σ. 464
- 22.<http://health.ana-mpa.gr/index.php/15/09/2008>
- 23.Λαβδανίτη Μ. Γυναίκες με καρκίνο που υποβάλλονται σε
ακτινοθεραπεία-Νοσηλευτική προσέγγιση-Νοσηλευτική. Εκδόσεις
ΒΗΤΑ Τόμος 46 Τεύχος 2 Απρίλιος-Ιούνιος Αθήνα 2007 σ.182-
183
- 24.Ulrich S. Canale S. Wendell S. Παθολογική – χειρουργική
νοσηλευτική-Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας Εκδόσεις Λαγός
Π. Δημήτριος 3^η Έκδοση Αθήνα 1997, σ.201,924
- 25.http://www.mastology.gr/gr/kar_mastom_d.asp
- 26.[http://www.sambalis.gr/syxnes-erotiseis/sdp-elxis/oothekektome-
kai-karkinos-mastou.html](http://www.sambalis.gr/syxnes-erotiseis/sdp-elxis/oothekektome-kai-karkinos-mastou.html)
- 27.Τζωρακολευθεράκης Ε. Χειρουργικές παθήσεις μαστού Εκδόσεις
Λίτσας Αθήνα 2003 σ 318-319

- 28.Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Έκδοση Τόμος 2^{ος} Αθήνα 1997 σ.485-492.
- 29.Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ. Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική. Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ Τόμος Β΄ Μέρος 2^ο. Αθήνα 2003, σ.153- 154
30. http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=4351
31. http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3043
32. <http://ec.europa.eu/research/leaflets/health/el/02.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Περίπτερο Δωρεάν Ψηλάφησης για τον καρκίνο στο μαστό



Τον περασμένο Οκτώβριο η εκστρατεία ‘Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους’ (<http://www.ftbc.gr/>) εγκατέστησε το πρώτο Περίπτερο Δωρεάν Ψηλάφησης στο σταθμό Συντάγματος του ΑΤΤΙΚΟ ΜΕΤΡΟ, με την ευγενική υποστήριξη της Roche (Hellas) A.E. Εκατοντάδες γυναίκες ενημερώθηκαν από γιατρούς - ογκολόγους για την πρόληψη κατά του Καρκίνου του Στήθους και υποβλήθηκαν σε δωρεάν ψηλάφηση.

Δεδομένου ότι το 80% των Καρκίνων του Στήθους έχουν διαγνωσθεί από γυναίκες που ενημέρωσαν έγκαιρα τον γιατρό τους για ασυνήθιστες αλλαγές που εντόπισαν στο στήθος τους, η εκστρατεία ‘Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους’, με την ευγενική υποστήριξη της Roche (Hellas) A.E., παίρνει την πρωτοβουλία να ταξιδέψει το Περίπτερο Δωρεάν Ψηλάφησης σε 5 σημεία της Ελλάδος.

Πρώτος σταθμός αυτού του ταξιδιού ζωής ήταν ο Δήμος Κηφισιάς. Από τις 21 έως τις 25 Φεβρουαρίου, οι γυναίκες της Κηφισιάς επισκέφτηκαν το Περίπτερο Δωρεάν Ψηλάφησης για ψηλάφηση στήθους και ενημέρωση από τους έμπειρους γιατρούς του Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου ‘Οι Αγ. Ανάργυροι’. Και το ταξίδι συνεχίζεται με επόμενο σταθμό το Ηράκλειο Κρήτης.

Μια φορά το μήνα, αφιερώστε λίγα λεπτά στον εαυτό σας για αυτοεξέταση στήθους. Αν παρατηρήσετε οποιαδήποτε αλλαγή στο σχήμα, μέγεθος ή δέρμα,

ενημερώστε αμέσως τον γιατρό σας. Θυμηθείτε ότι 9 στους 10 όγκους στο στήθος δεν είναι κακοήθεις.³⁰

Καρκίνος του μαστού: Καθοριστικής σημασίας η έγκαιρη διάγνωση



Του ΔΗΜΗΤΡΗ ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΥ

Κάθε έξι λεπτά, μία Ευρωπαία χάνει τη ζωή της από καρκίνο του μαστού.

Η νόσος πλήττει όλο και περισσότερες νέες γυναίκες, με τα επιδημιολογικά στοιχεία να δείχνουν ότι το 35% των θυμάτων της, είναι ηλικίας κάτω των 55 ετών και το 12% κάτω από τα 45.

Τον κώδωνα του κινδύνου έκρουσαν σήμερα η πρόεδρος της οργάνωσης ‘Euro Donna’ κ. Μαίρη Μακρή, ο πρόεδρος της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Μαστού, αναπληρωτής καθηγητής κ. Χρήστος Μαρκόπουλος και ο πρόεδρος της Εταιρείας Ογκολόγων – Παθολόγων Ελλάδας κ. Δημήτρης Μπαφαλούκος, στο πλαίσιο των εκδηλώσεων για το ‘Μήνα Διεκδίκησης για τον Καρκίνο του Μαστού’ (Οκτώβριος).

Επικαλούμενοι εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι επιστήμονες υπογράμμισαν ότι το 8% έως 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε κάποια φάση της ζωής τους. Μόνο φέτος, περισσότερες από ένα εκατομμύριο γυναίκες θα μάθουν ότι πάσχουν από αυτή τη μορφή κακοήθειας.

Στην Ελλάδα, η ασθένεια προσβάλλει περίπου 4.000 γυναίκες το χρόνο. Στο ‘στόχαστρό’ της είναι και οι άνδρες και εκτιμάται ότι σε ετήσια βάση πεθαίνουν από αυτή τη μορφή καρκίνου περίπου 1.000 άνδρες.

Η έγκαιρη διάγνωση είναι καθοριστικής σημασίας για την τελική έκβαση της ασθένειας. Αν και είναι η πρώτη σε συχνότητα εμφάνισης μορφή καρκίνου στις γυναίκες, έχει την καλύτερη πρόγνωση, αν διαγνωστεί σε αρχικά στάδια.

Οι επιστημονικές επιλογές, είναι τόσο αποτελεσματικές, που – χάρη στην εξέλιξη διαγνωστικών μέσων και θεραπευτικών σχημάτων – την καθιστούν μία χρόνια νόσο.³

Πληροφορίες για τον Καρκίνο Μαστού- Επίπτωση και Επιπολασμός

Το 8% - 9% των γυναικών θα αναπτύξουν καρκίνο μαστού κάποια στιγμή στη ζωή τους, ποσοστό που τον καθιστά το δεύτερο πιο συχνά εμφανιζόμενο καρκίνο στον κόσμο

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μόνο φέτος πάνω από ένα εκατομμύριο γυναίκες θα διαγνωστούν με καρκίνο μαστού παγκοσμίως.³¹

Αίτια και Παράγοντες Κινδύνου

Αν και τα ακριβή αίτια του καρκίνου μαστού δεν είναι γνωστά, υπάρχει ένας αριθμός παραγόντων κινδύνου που μπορούν να αυξήσουν τις πιθανότητες ενός ατόμου να εμφανίσει καρκίνο μαστού

Η ηλικία είναι πιθανώς ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για καρκίνο μαστού – 78% των περιστατικών καρκίνου μαστού αφορούν ασθενείς άνω των 50 ετών και μόλις 6% ασθενείς κάτω των 40 ετών

Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού (είτε από την πλευρά της μητέρας είτε του πατέρα) επίσης αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Εν τούτοις, μόλις 5% -10% του συνόλου καρκίνων μαστού οφείλονται σε γνωστούς γενετικούς παράγοντες, υποδεικνύοντας ότι παίζουν σημαντικό ρόλο και άλλοι παράγοντες κινδύνου.³⁰

Διάγνωση και Προσδοκίες

Όταν γίνεται διάγνωση καρκίνου μαστού, διενεργείται μία σειρά εξετάσεων για να καθορισθεί ο τύπος και το στάδιο της νόσου.

Ο καρκίνος μαστού δεν είναι μία μόνο νόσος – υπάρχουν αρκετοί τύποι καρκίνου του μαστού (όπως ο ‘HER2-θετικός’), που αναπτύσσονται με διαφορετικό ρυθμό και ανταποκρίνονται διαφορετικά στις θεραπείες.

Ο καρκίνος μαστού ταξινομείται γενικά ως ‘πρώιμος’ ή ‘προχωρημένος’ (μεταστατικός), ή σε τέσσερα στάδια, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και την ενδεχόμενη εξάπλωση του καρκίνου σε άλλα σημεία του σώματος πέρα από την αρχική του θέση στο μαστό.

Στην πλειονότητα των γυναικών με καρκίνο μαστού η διάγνωση γίνεται σήμερα σε πρώιμο στάδιο και πάνω από 80% από αυτές θα επιβιώσουν για περισσότερα από πέντε έτη μετά τη διάγνωση.³¹

Μετά την αρχική αντιμετώπιση του πρώιμου καρκίνου μαστού, περίπου 50% των ασθενών θα αναπτύξουν προχωρημένο καρκίνο μαστού. Ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης από το χρόνο διάγνωσης του προχωρημένου καρκίνου μαστού είναι 18 έως 24 μήνες.³¹

Θεραπεία και Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού

Ο καρκίνος μαστού αντιμετωπίζεται με ένα εύρος θεραπειών, που περιλαμβάνουν τη χειρουργική επέμβαση, τη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, την ακτινοθεραπεία και πιο πρόσφατα τη θεραπεία με μονοκλωνικά αντισώματα

Καθώς ο τύπος και η έκταση του καρκίνου μαστού μπορεί να ποικίλλουν, είναι σημαντικό να έχουμε καταλήξει σε σαφή και λεπτομερή διάγνωση πριν αποφασίσουμε ποια θεραπεία είναι κατάλληλη για κάθε άτομο.³

Καρκίνος του μαστού - Πρόληψη και κληρονομικότητα

Η παρακολούθηση των γυναικών για καρκίνο του μαστού συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Αυτό είναι σημαντικό για κάθε γυναίκα αλλά καθίσταται ακόμα σημαντικότερο για τις γυναίκες με ιδιαίτερα βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του στήθους. Από το 1992 αναπτύσσεται μεγάλης κλίμακας ερευνητικό έργο που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα με θέμα τη μελέτη του κινδύνου του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που φέρουν το γονίδιο BRCA1.³²



Ευρωπαϊκή Τράπεζα Καρκινικών Πόρων - Μία βάση κυτταρικών

δεδομένων Η Ευρωπαϊκή Τράπεζα Καρκινικών Πόρων έχει αυξήσει τον αριθμό των σπάνιων καρκινικών κυττάρων και είναι πλέον δυνατό να συγκεντρωθούν κύτταρα από καρκίνο που παρουσιάστηκαν σε διάφορα μέλη της ίδιας οικογένειας αποτελώντας τοιουτοτρόπως ένα πολύτιμο εργαλείο για τις ομάδες που μελετούν την κληρονομικότητα του καρκίνου.³²



Οκτώβριος
Μήνας Ευημέρωσης για τον
Καρκίνο του Μαστού

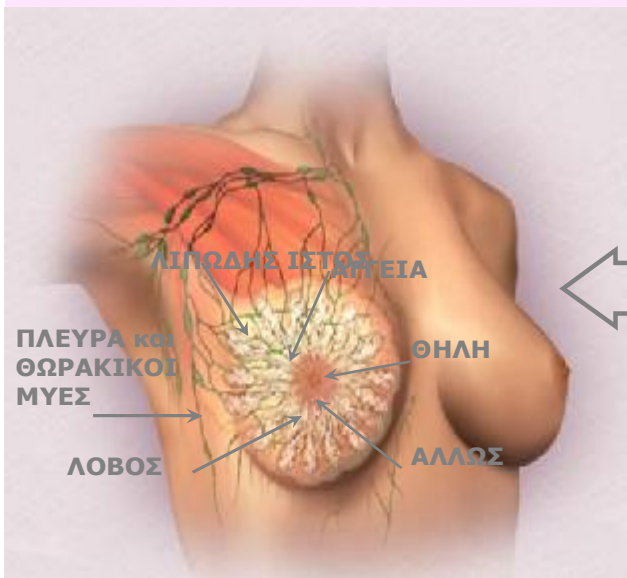




Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ



ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



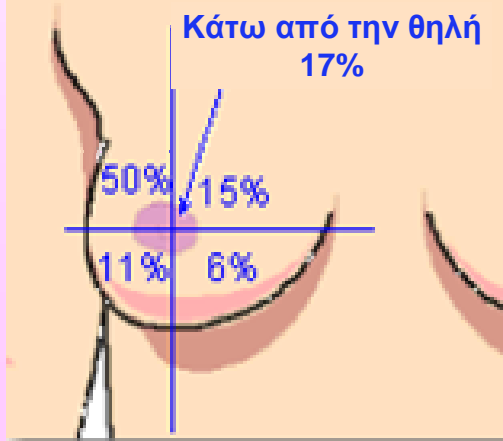
Ο Μαστός αποτελείται από αδένες, εκφορητικούς πόρους, λιπώδη ιστό και μύες. Αυτοί οι τελευταίοι δίδουν την φόρμα του μαστού.

Ο μαστός περιέχει ένα ποικίλο αριθμό αδένων που παράγουν γάλα, και αγωγών οι οποίοι καταλήγουν στην θηλή. Εκεί παράγεται το μητρικό γάλα.



ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Εντοπισμός του καρκίνου του μαστού στα τεταρτημόρια αυτού



Διαιρώντας τον μαστό στα τέσσερα παρατηρούμε ότι η πλειονότητα των αγωγών ανευρίσκεται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού (πλησίον της μασχάλης).

Εκεί είναι όπου αναπτύσσεται η πλειονότητα των κακοηθών νεοπλασιών του μαστού (σε ποσοστό 50%).



ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ τους ΜΑΣΤΟΥΣ

Επειδή με την αυτοεξέταση αρχίζουμε να μαθαίνουμε την φυσιολογική σύσταση του μαστού και μπορούμε έτσι να ανακαλύψουμε κάθε ανωμαλία που θα παρουσιαστεί.

Το 95% των περιπτώσεων καρκίνων του μαστού μπορεί να ιαθεί αν διαγνωσθεί εγκαίρως.

Διεθνείς Ιατρικοί σύλλογοι συνιστούν η εξέταση των μαστών να αρχίζει στην ηλικία των 20 ετών. Είναι διαπιστωμένο ότι μία στις 10 γυναίκες μπορεί να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού σε κάποια στιγμή της ζωής της, ιδιαίτερα μεταξύ 40 και 65 ετών.



ΠΟΤΕ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

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

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

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

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



ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Επιθεώρηση



Στήσιμο μπροστά σ' ένα καθρέφτη και παρατήρηση των μαστών στην αρχή με τα χέρια κάτω, μετά με τα χέρια στη μέση(αυτή η στάση συσπά τους θωρακικούς μύες) και τέλος με τα χέρια ψηλά πάνω από το κεφάλι.

Παρατηρήστε τους μαστούς για να διαπιστώσετε:

- Διαφορές μεταξύ τους, διαφορές στο μέγεθος, στο σχήμα και στο περίγραμμα κάθε μαστού (μέγεθος, διόγκωση, εισολκή της θηλής).
- Το δέρμα για να δούμε για ραβδώσεις, εξελκώσεις, έκζεμα...
- Ανακαλύψατε καμιά αλλοίωση σε κανένα μαστό, καμιά αλλοίωση στους ιστούς του δέρματος ή των θηλών;



ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

ΨΗΛΑΦΗΣΗ Α



Θα πρέπει να γίνεται ξαπλωμένη, διότι σ' αυτή τη στάση οι μύες είναι χαλαροί και έτσι διευκολύνεται η ψηλάφηση.

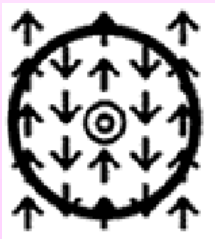
Εάν εξετάσουμε πρώτα τον δεξί μαστό θα πρέπει να βάλουμε ένα μικρό μαξιλαράκι κάτω από τον δεξί ώμο, και να βάλουμε τον βραχίονα μας κάτω από το κεφάλι μας στο ύψος του αυχένα....

Εν συνεχεία, με τα τρία μεσαία δάχτυλα ενωμένα και την παλάμη του αριστ. χεριού, κάντε κινήσεις κυκλικές γύρω από τον μαστό σπειροειδείς προς το κέντρο πιέζοντας απαλά αλλά σταθερά με τα άκρα των δαχτύλων και 'σε φορά της κινήσεως των δεικτών του ωρολογίου.



ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

ΨΗΛΑΦΗΣΗ Β



Κάντε εν συνεχεία κάθετες κινήσεις, γι' αυτό σύρατε το χέρι σας προς τα πάνω και προς τα κάτω καλύπτοντας όλο τον μαστό.

Συνεχίστε να κάνετε κεντρομόλες και φυγόκεντρες κινήσεις έως ότου καλύψετε όλο τον μαστό.



ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Ψηλάφηση C



Παραμένοντας στην ίδια θέση θα πρέπει να ψηλαφίσετε την σύστοιχο μασχάλη για να διαπιστώσετε την εμφάνιση διογκώσεων, γι' αυτό μετακινήστε το χέρι σ' όλη τη μασχάλη κάνοντας κυκλικές κινήσεις προς κάθε κατεύθυνση πιέζοντας την περιοχή λίγο πιο δυνατά από ότι στον μαστό.



ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Ψηλάφηση D



Στην ίδια θέση όντας .πίεστε την θηλή του μαστού μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρας . Παρατηρήστε εάν υπάρχει εκροή υγρού από την θηλή και εάν υπάρχει σύμφυση η εισολκή της θηλής.



ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ

ΕΑΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΤΕ ΣΚΛΗΡΙΕΣ Η ΚΑΠΟΙΟ ΕΚΚΡΙΜΑ ΝΑ ΤΡΕΧΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΗΛΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ Η ΜΙΑ ΑΛΛΟΙΩΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ Η ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ ΜΗΝ ΠΑΝΙΚΟΒΛΗΘΕΙΤΑΙ ΔΙΟΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΣΕ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. ΠΑΝΤΩΣ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΑΜΕΣΩΣ ΝΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΘΕΙΤΕ ΤΟΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ ΙΑΤΡΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΓΙΑ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΩΘΗΣΕΙ ΣΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ Ο ΟΠΟΙΟΣ ΝΑ ΣΑΣ ΒΓΑΛΕΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΜΦΙΒΟΛΙΕΣ.



Μόνο το 20% των γυναικών πραγματοποιούν αυτοεξέταση μαστών.

Ας αλλάξουμε αυτή την στατιστική...!!!

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



Εάν είσαστε 40 ετών μην ξεχνάτε να συμβουλευέστε τον γυναικολόγο σας τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο.

Το ιδανικό είναι να ανακαλυφθεί ο καρκίνος προτού γίνει ψηλαφητός. Η μαστογραφία μετά από ιατρική συμβουλή, είναι το μόνο μέσο για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.



ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

1. Πρώιμη ήβη (προ των 12 ετών)
2. Καθυστερημένη εμμηνόπαυση (μετά τα 55 χρόνια)
3. Άτεκνες γυναίκες , η τοκετός πρώτου παιδιού μετά τα τριάντα.
4. Στρες .
5. Έκθεση σε ακτινοβολία.
6. Καθιστική ζωή.
7. Διατροφή πλούσια σε λιπαρά.
8. Μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος (άνω των 3 ποτών την εβδομάδα).
9. Κάπνισμα.
10. Καλοήθη άλγη μαστού (κύστεις).
11. Ορμονική θεραπεία (υπό έρευνα)
12. Καρκίνος μαστού στην μητέρα, στην κόρη, στην αδελφή προ της εμμηνόπαυσης.
13. Καρκίνος του μαστού στις γιαγιάς, θείες, και εξαδέλφες.
14. Λήψη αντισυλληπτικών φαρμάκων (υπό έρευνα).