

***Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ***

***Σ.Ε.Υ.Π.***

***ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ***

***ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ***

***ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ  
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ***



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**

*Βασιλοπούλου Βασιλική*

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :**

*Σαλάτα Αποστολία*

*Καθηγήτρια Εφαρμογών M. Sc.*

*Πάτρα, Οκτώβριος 2009*

*Αφιερώνεται στην οικογένειά μου και στους ανθρώπους  
που ήταν δίπλα μου και με στήριξαν σε κάθε δύσκολη στιγμή...*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

Στην Ελλάδα βασιλεύει ακόμα η νοοτροπία «Να το διώξουμε το κακό απ' το μυαλό μας, να το ξορκίσουμε, να μην μας έρθει, να μην ακουμπάμε καν το στήθος μας, να μην το σκαλίζουμε!» Κι όμως, η άγνοια κι η αδιαφορία σκοτώνουν. Η γνώση μπορεί να μας σώσει ακόμα και τη ζωή(Φύσσας, 2006).

**Στόχος** της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια εικόνα της ασθένειας του καρκίνου του μαστού, αναφέροντας τους αιτιολογικούς παράγοντες, την κλινική του εικόνα, τον τρόπο διάγνωσής του, τις θεραπευτικές μεθόδους του αλλά κυρίως τους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται η πρόληψη της νόσου! Επίσης, στόχος της εργασίας αυτής είναι η νοσηλευτική παρέμβαση σε όλα τα στάδια της νόσου καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

## Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	iii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	viii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	1
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	1
1.1.1 θέση και έκταση.....	1
1.1.2. Μορφολογία .....	2
1.1.3 Υφή.....	3
1.1.4 Αγγείωση του μαστού.....	9
1.1.5. Νεύρωση του μαστού.....	15
1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	16
1.2.1. Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού.....	16
1.2.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	19
2.1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ-ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ .....	19
2.2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	21
2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	22
2.4.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	25
3.1. ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ .....	25
3.1.1. Ιογενείς παράγοντες.....	26
3.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	27
3.3. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	33
3.4. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	36
3.4.1 Πρακτικές συμβουλές –πρόληψη με χρώματα .....	41
3.4.2. Διατροφική υποστήριξη.....	42
3.4.2.1. Πρακτικές συμβουλές για ένα υγιεινό ημερήσιο διαιτολόγιο .....	43
3.5. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	45
3.5.1. Τι ρόλο παίζουν οι ορμόνες;.....	45
3.5.2. Λήψη ορμονών.....	45
3.6. ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ.....	46
3.7. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	47
3.7.1. Ψυχολογικοί παράγοντες .....	47

3.8. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	47
3.8.1. Εκπαιδευτικοί παράγοντες .....	47
3.8.2. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.....	48
3.9. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	48
3.10. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ .....	49
3.10.1. Εγκυμοσύνη μετά τον καρκίνο του μαστού.....	50
3.10.2. Ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας και ο καρκίνος του μαστού.....	50
3.11. ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ.....	51
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	 52
4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ .....	52
4.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ .....	52
4.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ.....	54
4.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ .....	55
4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ 67	
4.7. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	68
4.7.1. Τοπική διήθηση.....	68
4.7.2. Λεμφική διασπορά .....	69
4.7.3. Αιματογενής διασπορά.....	69
4.8. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	70
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	 73
5.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	73
5.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	75
5.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	78
5.4. ΝΕΟ ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ .....	82
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> .....	 85
6.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	85
6.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	86
6.2.1. Ριζική μαστεκτομή (κατά Rotter-Halsted).....	87
6.2.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (κατά Patey).....	89
6.2.3. Περιορισμένη ριζική μαστεκτομή .....	91
6.2.4. Αφαίρεση των λεμφαδένων .....	91
6.2.5. Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού .....	94

6.2.6. Μερική αφαίρεση του μαστικού αδένου .....	99
6.2.7. Υποδόριος μαστεκτομή .....	100
6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	101
6.3.1. Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού .....	105
6.3.2. Παρενέργειες και επιπλοκές ακτινοθεραπείας.....	106
6.4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	107
6.5. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	111
6.5.1. Ορμονική θεραπεία χειρουργικώς .....	112
6.5.2. Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικώς.....	113
6.6. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	115
6.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ.....	116
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 <sup>ο</sup> .....	118
7.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - .....	118
7.1.2. Επιπλοκές του δέρματος.....	123
7.1.3. Ίνωση της κάψας.....	123
7.1.4. Αιτίες .....	124
7.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ 131	
7.3. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ. 132	
7.3.1. Στάση .....	132
7.3.2. Εύρος κίνησης.....	133
7.3.3. Μυϊκή ισχύς .....	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 <sup>ο</sup> .....	141
8.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ .....	141
8.2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ.....	142
8.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	144
8.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....	145
8.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	147
8.5.1. Θεραπεία.....	147
8.5.2. Πρόγνωση .....	148
8.6. ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	149
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 <sup>ο</sup> .....	152
9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ- ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ .....	152
9.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ .....	156

9.2.1. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης...	159
9.2.2. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων δευτερογενούς πρόληψης.	161
9.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	163
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 <sup>ο</sup> .....	166
10.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ .....	166
10.2. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ.....	168
10.2.1 Ψυχική κατάσταση και σωματική υγεία.....	169
10.2.2 Στρες – Άγχος – Πανικός.....	169
10.2.3 Θλίψη και Κατάθλιψη.....	170
10.2.4 Εικόνα του Σώματος.....	171
10.2.5 Σεξουαλικότητα και Καρκίνος .....	172
10.2.6 Φόβος μην επανέλθει .....	173
10.2.7 Ενοχές και Καρκίνος.....	174
10.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ .....	174
10.3. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....	177
10.4. ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ.....	178
10.5. ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ «Η ΜΟΔΑ ΠΟΛΕΜΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ» (F.T.B.C).....	180
10.6 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ .	181
10.7, ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	182
10.8. EUROPA DONNA HELLAS.....	183
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 <sup>ο</sup> .....	185
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	185
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	192
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	193
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	195
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	197
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	205

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον ανθρώπινο πληθυσμό εδώ και αρκετά χρόνια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στη Ελλάδα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους ο καρκίνος του μαστού, ο πλέον συχνός και θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της βασικής και κλινικής έρευνας από όλους τους άλλους κακοήθεις όγκους. Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία. Τη στρατηγική αντιμετώπισης του γυναικείου καρκίνου του μαστού σήμερα χαράζει η ογκολογική ομάδα γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη συνεργασίας θεραπείας από πολλές ειδικότητες.

Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν «πρώτο» τον καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού CANCER.

- § Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.
- § Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες και βιοψίες.
- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.



- § Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.
- § Είναι ο καρκίνος με την πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.
- § Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφτεί τα περισσότερα άρθρα.
- § Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει πάντα τις περισσότερες διχογνωμίες.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας σε σχέση με το μαστό της, που δε θα ήθελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίζει στην προσπάθειά της για πρόωμη διάγνωση και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που η συχνότητα έχει μειωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια χάρη στη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η κλινική πείρα μας πείθει ότι παραμελημένες περιπτώσεις αφορούν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αίτια καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών.

Ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος της νοσηλεύτριας που πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου, προκειμένου να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία με το ίδιο το άτομο. Αυτό θα το καταφέρει χάρη στη δεξιοτεχνία που θα αναπτύξει στη τέχνη της επικοινωνίας και στην καλλιέργεια της κριτικής τέχνης για να μπορεί να εκτιμά τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

### **1.1. ANATOMIA ΜΑΣΤΟΥ**

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Ο μαστός υπάρχει και στα δύο φύλα αν και στον άνδρα παραμένει ανενεργός. Στην γυναίκα αναπτύσσεται και μετά την ήβη και φτάνει στη μέγιστη του ανάπτυξη κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.

#### **1.1.1 Θέση και έκταση**

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στη 2<sup>η</sup>-3<sup>η</sup> και 6<sup>η</sup>-7<sup>η</sup> πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προσεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή, που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι' αυτό λέγεται και μασχαλιαία ουρά ή ουρά του Spence(Παπανικολάου, 2005, Παπανικολάου, 1994).

### 1.1.2.Μορφολογία

Οι μαστοί αναπτύσσονται στην ήβη και ανήκουν στους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες. Αποτελούνται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους το μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός της άτοκης έχει σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, η απίσχανση κ.λπ. Τότε, το επάνω μέρος τους επιπεδώνεται, ενώ το κάτω, από το βάρος τους κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι, ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή που λέγεται υπομάστια πτυχή και που, καλλιτεχνικά θεωρείται σημείο μαστού, που παρήκμασε. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή τους, γιατί το λίπος στις γυναίκες έχει την τάση να συγκεντρώνεται σε αυτούς(Παπανικολάου, 1994).

Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας. Ενώ, δηλαδή, στην άνηβη είναι μικρό, όταν εμφανιστεί εμμηνορροσία, μεγαλώνει για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσική ηλικία. Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε, και μάλιστα που θήλασε είναι μαλακή.

Είναι σημαντικό να τονισθεί, πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών, καμιά φορά, είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στην σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο

εύκολους στην ψηλάφησή τους, για την ανακάλυψη όγκου σε αυτούς (Παπανικολάου, 1994).

### **1.1.3 Υφή**

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την πρόσθια, την οπίσθια και την περιφέρειά του (Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

#### **§ Πρόσθια επιφάνεια:**

Είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα που στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες. Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και η θηλαία άλω (Παπανικολάου, 1994, [www.Wikipedia.org](http://www.Wikipedia.org)).

#### **§ Οπίσθια επιφάνεια:**

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

#### **§ Η περιφέρεια:**

Είναι λεπτή, συνδέεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς και συνεχίζεται σε όλη την επιφάνεια του μαστού.

Κάθε μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και τον μαστικό αδένα. (Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., 2005).

## I. Το δέρμα

Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό, διαφανές και έχει σμηγματογόνους και πολλούς ιδρωτοποιούς αδένες και συνδέεται στενά με το περιμαστικό λίπος. Εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή τη θηλαία άλω(Χατζημπούγιας, 2002).

**Θηλή:** Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4<sup>ης</sup> περίπου πλευράς, και αλλάζει στην έφηβη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυϊκών ινών, που είναι άφθονες στην περιοχή τους.

Μερικές φορές, συμβαίνει, η θηλή να είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει το θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή, τότε, λέγεται εισέχουσα.

Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένου. Επίσης είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σ' αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανακλαστική συστολή των λείων μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου, που την περιβάλλει.

Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και το στόμα των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύβριδο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα(Παπανικολάου, 1994).

**Θηλαία άλως:** Αυτή αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα.

Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς.

Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στη θηλή και στην άλω και λέγονται αλωαίοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί είναι

περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8<sup>η</sup> εβδομάδα. Η θηλαία άλως επεκτείνεται περιφερειακά γι' αυτό και μεγαλώνει και τα φυμάτια του Montgomery υπερτρέφονται. Σε πλάγια επισκόπηση του μαστού, η άλως μοιάζει να προβάλλει σαν τζάμι ωρολογίου(Παπανικολάου, 1994).

## **II. Το περιμαστικό λίπος**

Είναι η συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και το μαστικό αδένα, όπου μέσα σε αυτό κατασκητώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και οπίσθια στιβάδα του(Χατζημπούγιας, 2002).

### **Πρόσθια στιβάδα:**

Από την στιβάδα αυτή περνάνε συνδετικές ίνες που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper ή ανελκτήρες σύνδεσμοι του μαστού. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το στο βάθος πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένα, χωρίζοντας τους λοβούς του, και καταλήγουν στο χόριο του δέρματος του μαστού.

Οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper σε περίπτωση που διηθηθούν από καρκίνο, χάνουν την ελαστικότητά τους, με συνέπεια την βράχυνσή τους. Έτσι έχουμε εισολκή του δέρματος που είναι σοβαρό κλινικό σημείο στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού(Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., 2005, Χατζημπούγιας, 2002).

### **§ Οπίσθια στιβάδα:**

Είναι λεπτή, περίπου 1 εκατοστό, βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού. Η περιτονία αυτή

συνδέεται με την απονεύρωση του μείζονα θωρακικού μυ, πάνω στον οποίο ο μαστός ολισθαίνει με τη βοήθεια της κυτταρολιπόδους οπίσθιας στιβάδας.

### **III. Ο μαστικός αδένας**

Αυτός αποτελεί δισκοειδή αδένα, που στη γυναίκα που δεν έμεινε έγκυος βρίσκεται πίσω από τη θηλέα άλω και μόλις υπερβαίνει τα όριά της. Στη γυναίκα που γέννησε το μέγεθός του είναι αρκετά μεγαλύτερο και το σχήμα του ανώμαλο. Σε διατομή ο μαστικός αδένας είναι λευκωτός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρεια.

#### **§ Η πρόσθια επιφάνεια:**

Είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, παρουσιάζει δε εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος επεκτείνονται ινώδεις δεσμίδες, οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού, που διαιρούν τον αδένα σε 15 έως 20 λοβούς. Τα παραπάνω εντυπώματα της πρόσθιας επιφάνειας γεμίζουν από περιμαστικό λίπος, εκτός από την περιοχή της θηλέας άλω και της θηλής, όπου ο αδένας συνδέεται απευθείας με το χόριο του δέρματος.

#### **§ Η οπίσθια επιφάνεια:**

Είναι επίπεδη, υπόκοιλη και ενώνεται με την επιφανειακή θωρακική περιτονία.

#### **§ Η περιφέρεια:**

Παρουσιάζει προς τα έσω τη στερνική απόφυση και προς τα έξω την άνω και την κάτω μασχालιαία απόφυση. Από τις τρεις η τελευταία είναι μεγαλύτερη(Χατζημπούγιας, 2002).

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

### **§ Λοβοί:**

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή.

Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι, που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες(Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., 2005).

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με τινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά, εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς σε λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται από 10-100 λοβία. Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψέλων που εκβάλλουν σε κοινό πόρο.

#### **Κάθε λοβός αποτελείται:**

- 1.** Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με το δικό του τρήμα στη θηλή.
- 2.** Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
- 3.** Από αδενοκυψέλες.

### **§ Εκφορητικοί πόροι:**

Αυτοί ανέρχονται σε 15-20 στον αριθμό, διελαύνουν τη θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω(Παπανικολάου, 1994).



## **§ Γαλακτοφόροι κόλποι:**

Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται, στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων που εκβάλλουν σ' αυτούς.

Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους.

## **§ Γαλακτοφόροι πόροι:**

Αυτοί είναι τόσοι, όσος είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπισή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή. Από την τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων διαπλάσσονται οι αδενοκυψέλες, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων. Η σε βάθος ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων εξαρτάται από την παρουσία του λιπώδη ιστού.

Στον ώριμο μαστό, οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν διάμετρο 2-4 χιλ. και αποτελούνται, εσωτερικά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που οι πυρήνες του κατανέμονται σε διάφορα επίπεδα, έτσι ώστε να δίνουν την εντύπωση πολύστιβου κυλινδρικού επιθηλίου.

Έξω από το επιθήλιο υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, που στηρίζονται πάνω στη βασική μεμβράνη. Τα κύτταρα αυτά δεν αποτελούν συνεχόμενη στιβάδα.

Έξω από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και από τη βασική μεμβράνη υπάρχει υποεπιθηλιακός ιστός, που είναι πλούσιος σε κολλαγόνα ινίδια και λεμφαγγεία.

Έξω από τον υποεπιθηλιακό ιστό υπάρχει ο ελαστικός χιτώνας, που διακόπτεται εκεί, που αρχίζουν οι αδενοκυψέλες αν και πιστεύεται πως ο χιτώνας αυτός περιβάλλει και τις αδενοκυψέλες.

Τα επιθηλιακά και τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, όπως και οι ελαστικές ίνες και τα λεμφαγγεία, στην κύηση και στη γαλουχία, κατανέμονται έτσι, ώστε να επιτρέπουν την εύκολη διάταση των πόρων, για την εναποθήκευση του γάλακτος.

Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και ο ελαστικός χιτώνας συμβάλλουν στην έκθλιψη του γάλακτος κατά το θηλασμό.

### **§ Αδενοκυψέλες:**

Αυτές αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένου και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Στην εσωτερική τους επιφάνεια καλύπτονται από μονόστιβο κυβικό επιθήλιο, που στηρίζεται πάνω στο δίκτυο των μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβίο του αδένου.

Στην κύηση και στη γαλουχία οι αδενοκυψέλες διατείνονται τόσο, ώστε το στρώμα της βασικής μεμβράνης και των μυοεπιθηλιακών κυττάρων να λεπτύνεται, ωσότου εξαφανιστεί. Επίσης, αναπτύσσονται νέες κυψελίδες και τριχοειδείς γαλακτοφόροι πόροι, που διατείνονται και εμφανίζουν εκκριτική λειτουργία.

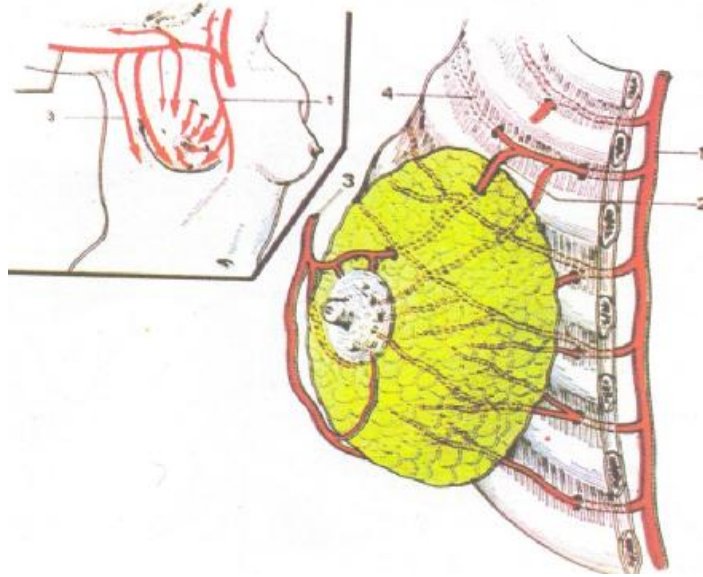
Οι τελικές διακλαδώσεις των γαλακτοφόρων πόρων, μαζί με τις αδενοκυψέλες, αποτελούν τη μικρότερη λειτουργική μονάδα του μαστικού αδένου (Παπανικολάου, 1994, Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., 2005).

#### **1.1.4 Αγγείωση του μαστού**

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με ένα πολύπλοκο σύστημα αρτηριών, φλεβών και λεμφαγγείων.

## A. Αρτηρίες

Οι αρτηρίες που αγγειώνουν το μαστό προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτρένοντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτια αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες(Χατζημπούγιας, 2002).



**Εικόνα 1.** Αρτηρίες του μαστού

1. Έσω μαστικοί, 2. Διατιτραίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική,
- 4.Μεσοπλεύριες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υποκλείδια

## B. Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί, με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη.

Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής φλέβας,

της μασχαλιαίας φλέβας και των μεσοπλευρίων φλεβών(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

### **§ Έσω μαστικές φλέβες**

Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους. Και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες. Επειδή, οι έσω μαστικές οδηγούν προς το πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες(Παπανικολάου, 1994).

### **§ Μασχαλιαίες φλέβες**

Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους, γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματισθεί η μασχαλιαία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγύλου μυ ως την κλείδα. Έτσι, αν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά, τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν είναι ένας μεγάλος κλάδος της μασχαλιαίας φλέβας, που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα.

Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν την 2<sup>η</sup> οδό για μετάσταση του καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

### **§ Μεσοπλευρίες φλέβες**

Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό, με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς.

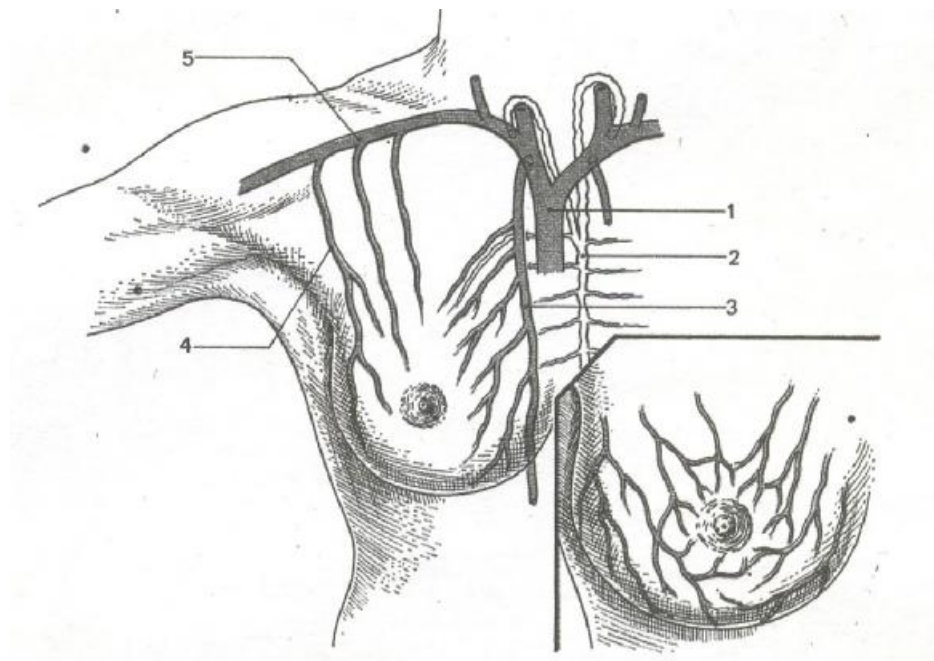
Οι μεσοπλευρίες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην

άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν την τρίτη οδό για μετάσταση σ' αυτούς(Παπανικολάου Α , Παπανικολάου Ν, 2005).

### § Σπονδυλικές φλέβες

Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική, οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες.

Αυτό συμβαίνει γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του.



**Εικόνα 2.** Φλέβες μαστού 1. Άνω κοίλη, 2. Θωρακικός πόρος, 3. Έσω μαστική, 4. Πλάγια θωρακική, 5. Μασχαλιαία

### Γ. Λεμφαγγεία

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές

μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

***Λεμφαγγειακή οδός*** από το μαστό στη μασχάλη. Αυτή γίνεται με δύο στελέχη: το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματός του. Επίσης, στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς: τη θωρακική και την οπισθοθωρακική(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

***Θωρακική οδός.*** Αυτή αρχίζει από ομάδα λεμφαγγείων, που βρίσκεται κάτω από το μαστό και μέσα στο χαλαρό ιστό, που είναι ανάμεσα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένου και την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε το μείζονα θωρακικό μυ και φτάνουν στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. Οι λεμφαδένες, που βρίσκονται ανάμεσα στο μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ, λέγονται λεμφαδένες του Rotter.

***Οπισθοθωρακική οδός.*** Αυτή, που δεν υπάρχει πάντοτε, απάγει τη λέμφη από το ανώτερο και το εσωτερικό τμήμα του μαστού και με λεμφαγγεία, που περνάνε ανάμεσα στο μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ, τη φέρει στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης(Παπανικολάου, 1994).

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

**Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους,** που είναι 4-5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχάλια φλέβα, κάτω από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού.

Έσω μαστικούς ή θωρακικούς, που είναι 5-6 και βρίσκονται σε 2 σωρούς, τον ένα στο ύψος του 2<sup>ου</sup>-3<sup>ου</sup> και τον άλλο στο ύψος του 4<sup>ου</sup>-5<sup>ου</sup> μεσοπλεύριου διαστήματος.

**Οπίσθιους ή υποπλάτιους**, που είναι 6-7 και βρίσκονται στο μασχαλιαίο χείλος της ωμοπλάτης μαζί με τα αγγεία.

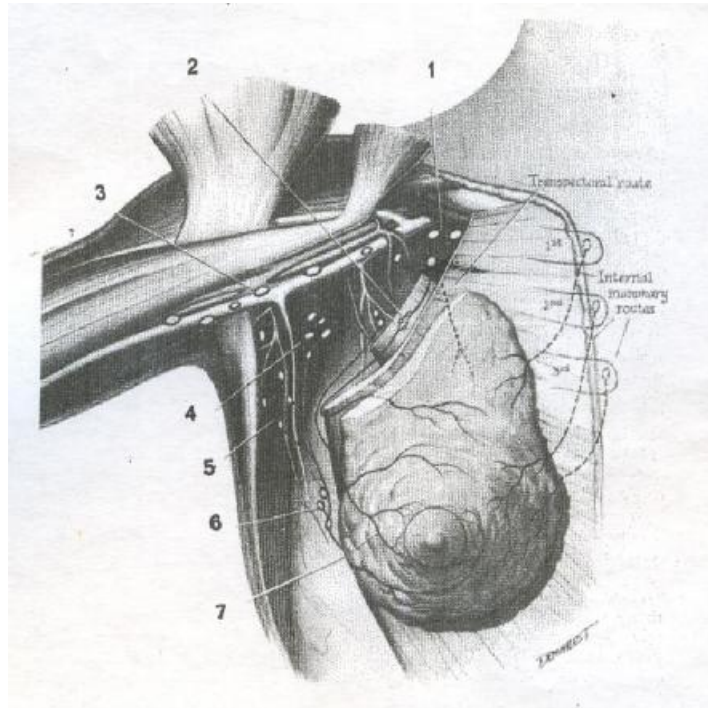
**Κεντρικούς**, που είναι 3-4 και βρίσκονται μέσα στο λίπος της μασχάλης. Ένας ή δύο από αυτούς μπορεί να βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης και εύκολα να ψηλαφώνται. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις.

**Κορυφαίους ή υποκλείδιους**, που είναι 6-12 και βρίσκονται, οι περισσότεροι, κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στο υποκλείδιο τρίγωνο, κάτω από την κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχαλιαίας φλέβας.

Οι παραπάνω ομάδες των λεμφαδένων της μασχάλης δέχονται αγγεία από την περιοχή τους και μεταξύ τους, φέρουν δε τη λέμφο στους υπερκλείδιους λεμφαδένες ή στη φλεβώδη γωνία. Όταν γίνονται μεταστάσεις, αυτές αρχίζουν από τους κατώτερους και έρχονται προς τους ανώτερους λεμφαδένες της μασχάλης και από εκεί στους υπερκλείδιους (Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

**Υπερκλείδιοι λεμφαδένες.** Αυτοί βρίσκονται πάνω από την κλείδα και μέσα στο χαλαρό ιστό και το λίπος, που υπάρχουν κάτω από το μυώδες πλάσμα.

Η ομάδα των υπερκλείδιων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο, που έχει: προς τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα έξω τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλείδια φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς.



**Εικόνα 3.** Οι κύριες ομάδες των λεμφαδένων του μαστού

1. Υποκλείδιιοι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένες του Rotter, 3. Λεμφαδένες κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένες, 5. Λεμφαδένες της ωμοπλάτης, 6. Έξω ομάδα μασχαλιαίων λεμφαδένων, 7. Κύριοι λεμφικοί πόροι

### **1.1.5.Νεύρωση του μαστού**

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλεύριο βραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).



## 1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

### 1.2.1. Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικά ερεθίσματα, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων. Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin-releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο. Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού([www.mastology.gr](http://www.mastology.gr)).

Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλό καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback.

Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία του στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης. Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται([www.mastology.gr](http://www.mastology.gr)).

### **1.2.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας**

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις, έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένα και προκαλούν σε αυτόν την ανάπτυξή του, ή αντίθετα, την υποστροφή του.

Κατά την διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

Στη γέννηση ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους. Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, στη βρεφική ηλικία, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας

του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος.

Στην παιδική ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου. Ανάμεσα στο 10<sup>ο</sup>-15<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας, δηλαδή την ήβη, οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλωσ μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Στην αναπαραγωγική ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομήτριου.

Στην εγκυμοσύνη με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό.

Στην γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### **2.1. Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ-ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Παρά την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας ο καρκίνος εξακολουθεί ακόμα και σήμερα να αποτελεί την πιο απειλητική νόσο για την ανθρώπινη ζωή. Μόνο και μόνο η λέξη καρκίνος, ήταν και είναι ακόμα και σήμερα συνώνυμη του πόνου και του θανάτου. Συνάμα προκαλεί έντονη αίσθηση του φόβου, του άγχους, της αγωνίας και της ανασφάλειας εφόσον η θεραπεία του είναι αμφίβολη και η πρόγνωσή του άγνωστη αφού ποικίλλει από το είδος, το μέγεθος του όγκου, την εντόπισή του, το βαθμό εξάπλωσης κ.ά.(Μόσχου-Κάκου, 1999).

Στη διάρκεια της ζωής, τα υγιή κύτταρα διαιρούνται και πολλαπλασιάζονται, αντικαθιστώντας τα παλαιότερα με ένα σταθερό ρυθμό και με ελεγχόμενο τρόπο. Στην περίπτωση του καρκίνου, ένα κύτταρο που υπέστη κάποια μετάλλαξη αρχίζει να πολλαπλασιάζεται ανεξέλεγκτα. Ο πολλαπλασιασμός αυτός δημιουργεί μια εστία που ονομάζεται όγκος. Κάθε όγκος είναι μια μάζα τέτοιων κυττάρων. Οι περισσότεροι καρκίνοι δημιουργούν όγκους, όμως δεν είναι όλοι οι όγκοι καρκινικοί και με βάση αυτό το δεδομένο, διαχωρίζονται σε καλοήθεις και κακοήθεις όγκους. Οι καλοήθεις, παύουν να μεγαλώνουν, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν σχηματίζουν όγκους. Οι κακοήθεις-καρκινωματώδεις –όγκοι, όμως, πιέζουν τα υγιή κύτταρα, συχνά τα καταστρέφουν, επηρεάζουν διάφορες σωματικές λειτουργίες και αντλούν θρεπτικές ουσίες από τους ιστούς(Thorpmsom M.W. , McInnes R.R. , Willard H.F. 1992).

Ο καρκίνος συνεχίζει να μεγαλώνει και να εξαπλώνεται, είτε σε γειτονικούς ιστούς (διήθηση), είτε σε πιο απομακρυσμένα σημεία του σώματος (μετάσταση) μέσω του λεμφικού ή του κυκλοφορικού συστήματος, όπου τελικά

εγκαθίσταται και δημιουργεί δευτεροπαθείς όγκους (δευτεροπαθείς εντοπίσεις-αποικίες)(Μόσχου-Κάκου, 1999).

Ο όρος «καρκίνος» καλύπτει πάνω από 100 παθήσεις, που αφορούν σχεδόν κάθε σημείο του σώματος, όλες δυνητικά θανατηφόρες αλλά σίγουρα απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή(Thompson M.W. , McInnes R.R. , Willard H. F. 1992).

Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι:

- α) **Καρκίνωμα:** είναι το συχνότερο και προέρχεται από επιθηλιακό ιστό και ξεκινά από το δέρμα, τους πνεύμονες, τους μαστούς, το πάγκρεας, τους βλεννογόνους, τα επιθηλιακά κύτταρα των αδένων κ.ά.
- β) **Σάρκωμα:** είναι σπάνιο και προέρχεται από συνδετικό ιστό, το μυϊκό ιστό, τα οστά, τα αγγεία κ.ά.
- γ) **Λέμφωμα:** είναι καρκίνος του λεμφικού συστήματος και προέρχεται από τους λεμφαδένες.
- δ) **Λευχαιμία και μυέλωμα:** είναι καρκίνος του αιμοποιητικού συστήματος και του μυελού των οστών αντίστοιχα και δεν σχηματίζουν συμπαγείς όγκους.

Τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο κατατάσσονται σε δύο διαφορετικούς τύπους:

- α) στα *ογκογονίδια* και
- β) τα *ογκοκατασταλτικά* γονίδια. Οι δύο τύποι έχουν αντίθετα αποτελέσματα στην καρκινογένεση. Τα ογκογονίδια διευκολύνουν τον κακοήθη σχηματισμό, ενώ τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, καταστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου, ρυθμίζοντας γονίδια που ενέχονται στην κυτταρική ανάπτυξη(Thompson M.W. , McInnes R.R. , Willard H.F. 1992).

## 2.2. Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου. Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, ανώμαλο με ασαφή όρια, σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού και πιθανόν να συνυπάρχει αιμορραγική ρήση ή και εισολκή θηλής, ενώ αργότερα παρουσιάζεται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και σκληρό πυθμένα(Πετρίδης, 2002, [www.nci.com](http://www.nci.com) 2006, Τσόπολος, 2008).

Ο καρκίνος του μαστού δημιουργεί μεταστάσεις σχετικά γρήγορα. Μέσω του αίματος στους πνεύμονες, το ήπαρ και τα οστά. Μέσω της λέμφου, στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org)).

Ανάμεσα στους διάφορους τύπους του καρκίνου και τα διαφορετικά σημεία εντόπισής του, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον συχνότερο καρκίνο στις ανεπτυγμένες χώρες προσβάλλοντας χιλιάδες γυναίκες κάθε χρόνο.

Τα τελευταία χρόνια, καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για ενημέρωση του πληθυσμού με σκοπό την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, μέσω της αυτοεξέτασης και της μαστογραφίας( Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

Εκτός όμως από την άγνοια, μεγάλο μέρος ευθύνης αναλαμβάνει και ο φόβος για την ανακάλυψη καθετί «περίεργου» ή «άγνωστου» όπως περιγράφεται από τις πάσχουσες, τα κοινωνικά ταμπού σχετικά με την ψηλάφηση και την αυτοεξέταση και η πεποίθηση ειδικά των νεότερων γυναικών αυτού που κοινά αναφέρεται ως «δεν θα συμβεί σε εμένα»([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) , [www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org))

Ο καρκίνος του μαστού είχε και εξακολουθεί να έχει ένα δυναμικό παρόν στη σύγχρονη κοινωνία και είναι ευθύνη όλων μας η ενημέρωση, η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση για την ελπίδα ενός καλύτερου αύριο, την αυγή μιας

νέας εποχής με λιγότερους θανάτους από ένα είδος καρκίνου όπως ο καρκίνος του μαστού, όπου απλώς με την πρόληψη και την έγκαιρη άφιξη της ασθενούς στο νοσοκομείο είναι συνήθως εφικτή η πλήρης ίαση([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org)).

### **2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού είναι ο δεύτερος συνηθέστερος τύπος καρκίνου μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, και η πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο. Το 2005, ο καρκίνος του μαστού ήταν η αιτία 502.000 θανάτων παγκοσμίως([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) , [www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org)).

Στην Ελλάδα είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Μία στις 12 Ελληνίδες θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της στη διάρκεια της ζωής της. Προσβάλλει 1.500 γυναίκες το χρόνο(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005)

Ο καρκίνος του μαστού αν και το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται σε γυναίκες, κάνει την εμφάνισή του και στους άνδρες. Το ποσοστό των περιπτώσεων εμφάνισης καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι περίπου 100 φορές μικρότερο απ' ότι στις γυναίκες αν και έχουν τα ίδια στατιστικά ποσοστά επιβίωσης με αυτές([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

Από μια νεότερη μελέτη προκύπτει ότι μια στις 9 γυναίκες θα εμφανίσουν καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής τους. Το ποσοστό αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με τις ηλικίες καθώς στην πενταετία 35-40 μόνο μία στις 300 γυναίκες εμφανίζει καρκίνο, ενώ στην πενταετία 60-65 η αναλογία, μικραίνει δραματικά καθώς μία στις 14 έρχεται αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα(Σουφλέρη , 2005).

Το 25% των θανάτων στην Ε.Ε. αποδίδεται σε καρκίνους. Από το 1987-2000 επετεύχθη στην Ε.Ε. 10% μείωση των θανάτων από καρκίνο. Στόχος των προγραμμάτων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης είναι να επιτευχθεί μείωση

της τάξεως του 25%. Στην Ε.Ε., μια γυναίκα διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού κάθε 2, 5 λεπτά, ενώ μια γυναίκα πεθαίνει από τη νόσο κάθε 6, 5 λεπτά. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου διαφέρει από χώρα σε χώρα και κυμαίνεται από 23-63 περιπτώσεις για κάθε 100.000 άτομα (γυναίκες και άνδρες). Στις χώρες της Β. Ευρώπης η συχνότητα των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού είναι αυξημένη σε σχέση με την παρατηρούμενη σε χώρες της Ν. Ευρώπης.

Το 65% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού είναι σποραδικοί, συμβαίνουν δηλαδή τυχαία και δεν μπορούν να αποδοθούν σε κληρονομικά αίτια ενώ το 35% θεωρείται κληρονομικό και οικογενές(Σουφλέρη, 2005).

Αξίζει να αναφερθεί πως το ποσοστό που βρήκε το πρόβλημα μέσω της μαστογραφίας είναι μόνο 5%, το 74% ψηλαφώντας τυχαία συνήθως στο μπάνιο κάποιο ογκίδιο στο στήθος τους, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό που πλησιάζει το 30% μετά από αλληπάλληλες εξετάσεις(Γκινόπουλος, 2004).

## **2.4.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Τα νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε:

### **Α. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

- 1.** Ιναδένωμα
- 2.** Ενδαυλικό θήλωμα
- 3.** Λοβιδιακή υπερπλασία
- 4.** Υποθηλαία θηλωμάτωση



## **B. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

1. Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνοειδές καρκίνωμα 80%
2. Καρκίνωμα των λοβών 5%
3. Μυελοειδές καρκίνωμα 6%
4. Βλενώδες καρκίνωμα 2, 5%
5. Σωληνώδες καρκίνωμα 80% με άλλους τύπους
6. Ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα 0, 5%
7. Νόσος του Paget 2%
8. Φλεγμονώδες καρκίνωμα 1, 5%
9. Λιποεκκριτικό καρκίνωμα 1%
10. Μεταπλαστικό καρκίνωμα 0, 5%-2%
11. Θηλώδες καρκίνωμα
12. Καρκίνωμα από αποκρινείς αδένες
13. Καρκινοσάρκωμα
14. Καρκινοειδές
15. Αδενοκυστικό καρκίνωμα
16. Μεταστατικό καρκίνωμα
17. Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα

(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **3.1. ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ**

Ο καρκίνος του μαστού δεν είναι μια ασθένεια με σαφή αιτιολογία όπως π.χ. η φυματίωση που μπορούμε με βεβαιότητα σήμερα να πούμε ότι προκαλείται από το μικρόβιο του Koch. Ούτε υπάρχει ένα είδος καρκίνου του μαστού. Ξέρουμε ότι κάποιες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από κάποιες άλλες να πάθουν καρκίνο του μαστού και έχουμε βρει παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν ή ελαττώνουν αυτόν τον κίνδυνο(Φύσσας, 2006).

Προτού όμως αναφερθούμε σε κάθε έναν παράγοντα κινδύνου και τον αναλύσουμε, ας μιλήσουμε για το ποιοι είναι οι υψηλότερου κινδύνου παράγοντες και ποιοι οι μικρότερου κινδύνου.

#### **α) Υψηλότερου κινδύνου**

- Û** Αυξανόμενη ηλικία
- Ø** Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αρχικά στους γονείς, τις κόρες και τις αδελφές αλλά και σε συγγενείς δεύτερου βαθμού, όπως θείες, εξαδέλφες ή γιαγιάδες. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς της μητέρας αλλά και του πατέρα. Ο κίνδυνος εξαπλασιάζεται περίπου αν η μητέρα ή η αδελφή είχαν καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση, και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς. Για τον οικογενή καρκίνο του μαστού ανακαλύφθηκε το γονίδιο 17q21(Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).
- Û** Μερικές προκαρκινωμάτωδεις βλάβες του μαστού ενδέχεται να σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου, όπως η πολλαπλή θηλωμάτωση, η άτυπη υπερπλασία και ορισμένες φορές οι πολύ μεγάλες κύστες του μαστού.

- Û Χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα 40 τους.
- Û Γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ή του παχέος εντέρου.
- Û Γυναίκες καταγόμενες από Εβραίους της Ευρώπης.
- Û Η παχυσαρκία με αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και λιπών.

### **β) Μικρότερου κινδύνου**

- Û Τελειόμηνη εγκυμοσύνη πριν από τα 18.
- Û Πρόωρη εμμηνόπαυση.
- Û Χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 37 ετών(Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

### **3.1.1.Ιογενείς παράγοντες**

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια, η ανάπτυξη καρκίνου εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Ο παράγοντας αυτός ονομάστηκε Bittner ή «ιός που προκαλεί όγκους στους μαζικούς αδένες των ποντικών». Η ανακάλυψη αυτή τροφοδότησε την υπόθεση ότι κάποιος ιός ευθύνεται για τον καρκίνο του μαστού του ανθρώπου. Η ανεύρεση σε ανθρώπινο γάλα τμημάτων ογκορναϊού με δραστηριότητα αναστροφής τρανσκριπτάσης και ONA που μπορεί να υβριδοποιήσει με τον ογκογόνο ιό καρκίνου μαστού του ποντικού, ενίσχυε την υπόθεση ότι κάποιος ογκογόνος ιός μεταδίδεται κατά τον θηλασμό.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών

διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. Εξάλλου, η ανίχνευση σε ορό ασθενών με καρκίνο του μαστού ενός αντισώματος έναντι του καρκίνου του μαστού του ποντικιού, ενισχύει την υπόθεση της ιογενούς συμμετοχής στον καρκίνο του μαστού(Παπανικολάου , 1994, Κονιάρη , 1991)

### **3.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

#### **Ø Οικογενειακό ιστορικό**

Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισε καρκίνο μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Αν η μητέρα ή η αδερφή πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές.

Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα όσο και η αδερφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτασε το 50%. Σήμερα είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού στους συγγενείς της ασθενούς με βάση την ηλικία που διαγνώστηκε νόσος και αν αμφοτερόπλευρη ή όχι εντόπιση.

## **Ø Φύλο**

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο μαστού από ότι οι άνδρες. Στους 100 καρκίνους μόνο ο ένας αφορά στον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter.

## **Ø Ηλικία**

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο, όσον αφορά την πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από τα 20 χρόνια. Από την ηλικία των 20 χρονών παρατηρείται μια βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρόνων.

## **Ø Το σωματικό βάρος**

Η αύξηση του βάρους του σώματος ιδιαίτερα κατά την εμμηνόπαυση συνοδεύεται και με περισσότερες πιθανότητες καρκίνου του μαστού. Η επιστημονική εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι η παραγωγή οιστρογόνων που μπορεί να γίνεται από τους λιπώδεις ιστούς του σώματος (Κονιάρη, 1991).

## **Ø Κληρονομικότητα**

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στον καρκίνο του μαστού είναι γνωστός από τον 19<sup>ο</sup> αιώνα αλλά μόνο στις αρχές της δεκαετίας του 1990 έγινε δυνατό να κατανοηθεί ποια γονίδια σχετίζεται και πώς είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί αυτή τη γνώση στην πρόληψη του καρκίνου. Μετά από μία δεκαεπταετία πολύ

έντονων ερευνητικών προσπαθειών, μπορεί σήμερα να ειπωθεί ότι η γνώση αυτή έχει συμβάλει πολύ ουσιαστικά στην καλύτερη διαχείριση του προβλήματος και τη μείωση των θανάτων από καρκίνο του μαστού διεθνώς. Η έγκαιρη εκτίμηση της επικινδυνότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (πριν ακόμα εμφανιστεί) σε γυναίκες υψηλού κινδύνου, έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη επιβίωση των γυναικών με διαγνωσμένο κληρονομικό καρκίνο του μαστού σε σχέση με εκείνες οι οποίες εμφάνισαν σποραδικό καρκίνο.

Δεν θα πρέπει όμως να δοθεί η εντύπωση ότι σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού υπάρχει κληρονομικότητα. Τα μέχρι σήμερα δεδομένα συγκλίνουν στο ότι περίπου το 10 με 20% των περιστατικών καρκίνου του μαστού παρουσιάζει σαφή στοιχεία κλασικής, μονογονιδιακής κληρονομικότητας. Οι άλλοι παράγοντες στους οποίους οφείλεται ο καρκίνος είναι κυρίως περιβαλλοντολογικοί, αλλά υπάρχουν και οι τυχαίοι παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με λάθη που συμβαίνουν στο γονιδίωμα του ανθρώπου, κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, και είναι τυχαία γεγονότα (Δρακούλης, Γιαννουκάκος, 2008)

### ***Πιθανότητες ύπαρξης κληρονομικότητας***

Για να κατανοηθεί εάν σε μια οικογένεια στην οποία έχει παρουσιαστεί ένας ή περισσότεροι καρκίνοι του μαστού (αλλά και άλλοι τύποι καρκίνου όπως ωοθηκών, προστάτη, παγκρέατος, κ.λπ.) υπάρχει κάποια κληρονομικότητα, θα πρέπει να σχεδιαστεί πολύ αναλυτικά το γενεαλογικό δέντρο της οικογένειας για τουλάχιστον τρεις γενεές. Όσο πιο αναλυτικό είναι τόσο περισσότερες πληροφορίες μπορεί να μας δώσει. Για να σχεδιαστεί, θα χρειαστεί βοήθεια κάποιου ειδικού (γενετιστή) αλλά δεν υπάρχει καλή γνώση της ιστορίας της ευρύτερης οικογένειας, μπορεί κανείς ίσως να προσπαθήσει και μόνος.

Για παράδειγμα, εάν μία γυναίκα που έχει νοσήσει από καρκίνο του μαστού έχει 4 αδελφές οι οποίες είναι άνω των 50 χρόνων και δεν έχουν νοσήσει, αυτό υποδηλώνει ότι κατά πάσα πιθανότητα δεν υπάρχει κάποια

κληρονομικότητα στην οικογένεια και ότι ο συγκεκριμένος καρκίνος είναι τυχαίος (ή σποραδικός).

Εάν, επιπλέον, η γυναίκα αυτή είναι σήμερα 70 χρονών και οι αδελφές ή οι αδελφοί της είναι σε κοντινές ηλικίες και έχουν και αυτές/οί παιδιά (ηλικίας 40-50 χρόνων) και δεν υπάρχει κανένα άλλο κρούσμα, δημιουργείται σιγουριά σχετικά με το ότι δεν υπάρχει κληρονομικότητα.

Εάν όμως, για παράδειγμα, υπάρχουν δύο αδελφές και εξαδέλφη με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών ή άλλου τύπου καρκίνο, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να υπάρχει κάποια κληρονομικότητα στην οικογένεια. Οι πιθανότητες αυξάνονται εάν τα κρούσματα είναι σε σχετικά νέες ηλικίες (30-45 χρόνων).

### ***Κληροδότηση προδιάθεσης από τον πατέρα στις κόρες***

Τονίζεται ότι η προδιάθεση αυτή μπορεί να προέρχεται εξίσου από την μητέρα και τον πατέρα, όσο και εάν φαίνεται ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία καθαρά «γυναικεία υπόθεση». Με άλλα λόγια συμβαίνει εξίσου να κληροδοτεί ο πατέρας στις κόρες του την προδιάθεση αυτή ενώ στον ίδιο δεν παρουσιάζεται κάποιος τύπος καρκίνου. Άρα μπορεί να υπάρχει κληρονομικότητα χωρίς όμως να υπάρχει κάποιο ιστορικό, ιδιαίτερο εάν η οικογένεια είναι μικρή και υπάρχουν λίγες γυναίκες.

Σε κάθε περίπτωση όμως, η εκτίμηση αυτή της επικινδυνότητας πρέπει να γίνεται από έναν ειδικό γενετιστή, εξειδικευμένο στη γενετική του καρκίνου και στη συνέχεια, εάν κρίνεται απαραίτητο, να γίνεται η κατάλληλη γονιδιακή εξέταση μετά από ενημέρωση και έγγραφη συγκατάθεση των ασθενών και των συγγενών τους (Δρακούλης, Γιαννουκάκος, 2008).

### ***Γονίδια, καρκίνος μαστού και άλλοι καρκίνοι***

Λόγω της δημοσιότητας που έχουν πάρει, γνωρίζουν όλοι το γονίδιο BRCA1 και BRCA2. Δεν είναι όμως το μόνο. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί

συνολικά 12 γονίδια, μεταλλάξεις των οποίων σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού, όπως το γονίδιο p53, STK11, pTEN, CHEK2 κ.ά. Παθογόνοι μεταλλάξεις σε κάθε ένα από αυτά μπορεί να σχετίζονται και με άλλους τύπους καρκίνου που ενδεχομένως να έχουν εμφανιστεί στην ευρύτερη οικογένεια. Για παράδειγμα, μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 σχετίζονται σχεδόν αποκλειστικά με καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, στο BRCA2 κυρίως με καρκίνο του μαστού και δευτερευόντως με καρκίνο των ωοθηκών, του προστάτη και του παγκρέατος, στο γονίδιο p53 με καρκίνο του μαστού, λευχαιμία και καρκίνο του εγκεφάλου ενώ στο γονίδιο STK11 με καρκίνο του μαστού και αμαρτώματα στο λεπτό έντερο. Η πολυπλοκότητα του φάσματος των καρκίνων που πιθανόν να υπάρχουν σε ένα αναλυτικό ιστορικό μιας οικογένειας, αναδεικνύει την αναγκαιότητα της επεξεργασίας αυτής της πληροφορίας μόνο από ειδικούς γενετιστές του καρκίνου. Η διαχείριση, στη συνέχεια, αυτής της πληροφορίας θα γίνει από τους χειρουργούς ή τους ογκολόγους σε συνεργασία με τους γενετιστές αλλά βεβαίως και την ασθενή (Δρακούλης, Γιαννουκάκος, 2008).

### ***Εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε νεαρή ηλικία και κληρονομικότητα***

Σήμερα γνωρίζουμε ότι στις Ελληνίδες ασθενείς αλλά και διεθνώς, τουλάχιστον το 10% των καρκίνων του μαστού σε ηλικία κάτω των 45 χρόνων οφείλεται σε κληρονομούμενες μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA1 και BRCA2 ακόμα και εάν δεν υπάρχει κανένα οικογενειακό ιστορικό. Εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι καρκίνοι αυτοί (ιδιαίτερο όσοι σχετίζονται με το γονίδιο BRCA1) είναι συνήθως αρνητικοί τόσο για τους υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης όσο και για το HER2, άρα δεν υπάρχει ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, γίνεται επιτακτική η ανάγκη να γνωρίζουμε όσο γίνεται νωρίτερα εάν μία γυναίκα φέρει μία μετάλλαξη έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες επεμβάσεις σε πολύ αρχικά στάδια.



### *Διαχείριση πληροφοριών από γενετικές αναλύσεις*

Συνηθίζεται να λέγεται κυρίως από τους ιατρούς, χειρουργούς ή ογκολόγους: «μα τι θα πω σε μια νέα κοπέλα 27 χρονών, να κάνει μαστεκτομή ενώ είναι υγιής;» Η άποψη αυτή είναι λάθος γιατί δεν έχει προταθεί από κανένα διεθνή επιστημονικό οργανισμό. Αυτό που προτείνεται σήμερα για τις γυναίκες φορείς μεταλλάξεων, κυρίως στα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία και έχουν μελετηθεί πολύ περισσότερο λόγω της μεγαλύτερης συχνότητός τους στον γενικό πληθυσμό, είναι:

- Συχνή ιατρική παρακολούθηση (μαστού, ωοθηκών) μετά την ηλικία των 25-30 χρόνων με τις ενδεδειγμένες πρακτικές (μαστογραφία, μαγνητική, υπέρηχοι, κ.λπ.)
- Τεκνοποιία σε όσο το δυνατόν νεαρή ηλικία (κάτω των 35 χρόνων)
- Προφυλακτική ωοθηκεκτομή γύρω στην ηλικία των 40 χρόνων (η ωοθηκεκτομή μειώνει κατά 50% τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού).

Βέβαια, κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και οι προτάσεις αυτές δεν αντιπροσωπεύουν παρά τις γενικές διεθνείς οδηγίες. Πολύ συχνά οι επιλογές αυτές σχετίζονται άμεσα με το οικογενειακό ιστορικό. Για παράδειγμα, εάν μία υγιής γυναίκα έχει χάσει τη μητέρα της και την αδελφή της από καρκίνο του μαστού, πολύ ευκολότερα θα κάνει μαστεκτομή ή ωοθηκεκτομή (αφού τεκνοποιήσει και μετά την ηλικία των 40 χρόνων) σε σχέση με μία γυναίκα η οποία δεν έχει κανένα οικογενειακό ιστορικό ενώ και οι δύο μπορεί να φέρουν την ίδια μετάλλαξη άρα να διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

Επίσης θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι σε μία οικογένεια, μέλη της οποίας έχουν κληρονομήσει μια μετάλλαξη που προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού, δεν σημαίνει ότι όλοι οι απόγονοι θα φέρουν αυτή την προδιάθεση. Στατιστικά,

μόνο οι μισοί θα έχουν κληρονομήσει τη μετάλλαξη ενώ οι άλλοι μισοί δεν θα τη φέρουν, άρα δεν θα διατρέχουν κανέναν αυξημένο κίνδυνο για το συγκεκριμένο νόσημα.

Τέλος, θα είναι καλό να γνωρίζουμε ότι ο ρόλος της γενετικής του καρκίνου σήμερα είναι η μείωση των θανάτων από καρκίνο διαμέσου της έγκαιρης διάγνωσης αλλά και η καλύτερη διαχείριση του προβλήματος τόσο όσον αφορά στην ίδια την ασθενή όσο και σε ολόκληρη την οικογένεια. Με άλλα λόγια δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε το αποτέλεσμα μιας γενετικής ανάλυσης σαν το «τέλος του κόσμου» αλλά σαν κάτι που θα μας βοηθήσει να δούμε το μέλλον, με μεγαλύτερη αισιοδοξία(Δρακούλης, Γιαννουκάκος, 2008).

### **3.3. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

#### **Ø Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης**

Είναι γνωστό ότι η πρόιμη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό.

Το 1971, από έρευνες που έγιναν, αποδείχτηκε ότι η πρόιμη εμμηναρχή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο του μαστού αυξάνεται σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία(Τοκμακίδης, 2001).

## Ø Τεκνοποίηση

Οι γυναίκες που άργησαν να κάνουν το πρώτο τους παιδί, μετά την ηλικία των 30 ετών, παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο μαστού σε σύγκριση με τις γυναίκες εκείνες που τεκνοποίησαν σε πιο μικρή ηλικία. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν από την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται(Τοκμακίδης, 2001).

## Ø Διακοπή κύησης

Η διακοπή κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν, όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. ΟΙ Rick et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποιήσει. Επίσης, αργότερα ο Χατζημιχαήλ το 1981 με μια ανάλογη εργασία, απέδειξε, ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

## Ø Θηλασμός

Οι γυναίκες που θηλάζουν τα παιδιά τους διατρέχουν λιγότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο θηλάζουν τόσο περισσότερο προστατεύονται από τον καρκίνο του μαστού. Η προστασία που δίνει ο μητρικός θηλασμός εναντίον του καρκίνου αυτού προστίθεται στο θετικό αποτέλεσμα που προσφέρει το γεγονός ότι μια γυναίκα κάνει παιδιά([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 2006).

Όταν μια γυναίκα κάνει παιδιά οι πιθανότητες της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού είναι λιγότερες από τις γυναίκες που δεν κάνουν παιδιά.

Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε παιδί που κάνει μια γυναίκα, ο κίνδυνος της να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μειώνεται κατά 7%.

Στις αναπτυγμένες χώρες, οι γυναίκες εκτός από το γεγονός ότι κάνουν λιγότερα παιδιά, επιπρόσθετα η συνολική διάρκεια θηλασμού που προσφέρουν στα παιδιά τους είναι μειωμένη. Σε αντίθεση με τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, όπου οι γυναίκες κάνουν περισσότερα παιδιά και τα θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Θα τονίσουμε λοιπόν ότι ο θηλασμός έχει ευεργετικές επιδράσεις όχι μόνο για την μητέρα αλλά και για το παιδί. Είναι σημαντικό οι γονείς και ιδιαίτερα οι μητέρες να συνειδητοποιήσουν ότι τα βιομηχανικά τεχνητά γάλατα είναι μόνο ένα υποκατάστατο της διατροφής που μπορεί να προσφέρει ο μητρικός θηλασμός. Σε καμία περίπτωση λοιπόν δεν μπορεί το τεχνητό γάλα να αντικαταστήσει την αξία και τα θρεπτικά συστατικά που προσφέρει το μητρικό γάλα([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 2006).



*Εικόνα 2. Θηλασμός και καρκίνος μαστού([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 2006).*

### 3.4. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η δίαιτα θεωρείται μερικώς υπεύθυνη για το 30-40% όλων των καρκίνων, χωρίς να αποτελεί, όμως, από μόνη της την «αιτία» ή τη «θεραπεία» του καρκίνου. Αν και χρειάζεται περαιτέρω έρευνα πάνω στη σχέση της δίαιτας και του καρκίνου του μαστού, τα μέχρι τώρα ευρήματα δείχνουν ότι η συστηματική φυσική δραστηριότητα, η σωστή διατροφή και η διατήρηση ενός υγιούς σωματικού βάρους βοηθούν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή επανεμφάνισής του.

Τα μέχρι τώρα δεδομένα για τη σχέση της διατροφής με τον καρκίνο του μαστού είναι τα ακόλουθα:

- **Καρκίνος του μαστού και παχυσαρκία**

Από μελέτες προκύπτει ότι οι υπέρβαρες γυναίκες (και ιδιαίτερα αυτές που το επιπρόσθετο βάρος το απέκτησαν κατά την ενήλικη ζωή και όχι στην παιδική ηλικία) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, μετά την εμμηνόπαυση, σε σύγκριση με αυτές που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Η παχυσαρκία αυξάνει και τα ποσοστά μεταστατικών καρκίνων που είναι και πιο δύσκολα αντιμετωπίσιμοι.

Ο λιπώδης ιστός παράγει μια μικρή ποσότητα οιστρογόνων που σχετίζονται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Επομένως, όσο μεγαλύτερο το ποσοστό λιπώδους ιστού στο σώμα, μετά την εμμηνόπαυση, τόσο πιο αυξημένα τα επίπεδα οιστρογόνων και τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ανάπτυξης του νοσήματος(Παπαδοπούλου, 2007).

- **Καρκίνος του μαστού και δίαιτα υψηλή σε λιπαρά**

Οι μελέτες δεν είναι ξεκάθαρες όσον αφορά το διαιτητικό λίπος ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Πολλές από αυτές εντόπισαν ότι το νόσημα είναι λιγότερο κοινό σε χώρες όπου η δίαιτα που

ακολουθείται είναι χαμηλή στη συνολική πρόσληψη λιπών, χαμηλή σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, καθώς και σε κορεσμένο λίπος.

Από την άλλη μεριά, έρευνες σε γυναίκες στις Η.Π.Α. δεν βρήκαν συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τη διαιτητική πρόσληψη λίπους. Αυτή η σύγκριση των συμπερασμάτων μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι πέρα από το λίπος της δίαιτας, μεταξύ των χωρών, υπάρχουν και άλλες διαφορές (στο επίπεδο δραστηριότητας, τη πρόσληψη άλλων θρεπτικών συστατικών και τους γενετικούς παράγοντες) που μπορεί να επηρεάζουν τα τελικά ποσοστά εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Σίγουρα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για να καταλήξουμε σε σαφή αποτελέσματα. Πάντως, αν αναλογιστούμε ότι το λίπος αυξάνει περισσότερο από οτιδήποτε άλλο τη συνολική πρόσληψη θερμίδων και τη σχέση του με την ανάπτυξη άλλων μορφών καρκίνου είναι επιτακτικό να υπάρξει περιορισμός του.

- **Καρκίνος του μαστού και αλκοόλ**

Η κατανάλωση αλκοόλ ξεκάθαρα σχετίζεται με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος μεγαλώνει ανάλογα με την προσλαμβανόμενη ποσότητα.

Γυναίκες που πίνουν 2-5 ποτά την ημέρα διατρέχουν 1½ φορά παραπάνω κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με αυτές που δεν πίνουν αλκοολούχα ποτά(Παπαδοπούλου, 2007).

- **Καρκίνος του μαστού και κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και συμπληρωμάτων**

Δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις για συγκεκριμένα τρόφιμα ή συμπληρώματα των οποίων η συστηματική κατανάλωση να οδηγεί σε μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή του ποσοστού επανεμφάνισής του.

Η έρευνα έχει δείξει ότι όταν τα θρεπτικά συστατικά που χρειαζόμαστε τα προσλαμβάνουμε από μια ποικιλία τροφίμων με μέτρο στην ποσότητα, τότε παρέχουμε το καλύτερο δυνατό στο σώμα μας. Η πρόσληψη συμπληρωμάτων θα πρέπει να γίνεται ελεγχόμενα, εφόσον υπάρχει ανάγκη, μετά από συμβουλή διαιτολόγου.

- **Καρκίνος του μαστού και φυσική δραστηριότητα**

Η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού άμεσα, επηρεάζοντας τα επίπεδα των ορμονών και έμμεσα, συμβάλλοντας στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Συστήνεται η μέτρια φυσική δραστηριότητα (π.χ. έντονο περπάτημα, ποδηλασία, κηπουρική) για 45-60 λεπτά, τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα, για να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα πρέπει να τηρούνται τα ακόλουθα για την πρόληψη της εμφάνισης καρκίνου του μαστού:

- Δίαιτα πλούσια σε τρόφιμα φυτικής προέλευσης.
- Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (τουλάχιστον 5 μερίδες καθημερινά) και γενικότερα τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες (δημητριακών ολικής αλέσεως και οσπρίων), οι οποίες βοηθούν στην αποβολή των τοξικών ουσιών από το σώμα και τη μείωση των επιπέδων ορμονών που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.
- Δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, με έμφαση στην κατανάλωση ω-3 λιπαρών οξέων (που βρίσκονται στα ψάρια, το λιναρόσπορο και τα καρύδια), τη χρήση ελαιολάδου στις σαλάτες και τις μαγειρικές παρασκευές και τη μείωση της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος και των προϊόντων του (π.χ. αλλαντικών).
- Μέτρο στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (μέχρι 1 μερίδα αλκοόλ την ημέρα, που ισοδυναμεί με 50mL ποτών όπως το ούισκι, η βότκα, το τζιν ή 120mL κρασιού ή 330mL μπίρας).

- Û Περιορισμός της κατανάλωσης επεξεργασμένων δημητριακών, αλεύρων και σακχάρων.
- Û Επαρκής πρόσληψη νερού.
- Û Διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά όρια, με Δείκτη Μάζας Σώματος από 18, 5 έως 25.
- Û Συστηματική φυσική δραστηριότητα (Παπαδοπούλου, 2007).

- **Καρκίνος του μαστού και καφές**

Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. Σε μια έρευνα μάλιστα επισημάνθηκε ότι γυναίκες που έπιναν πολύ καφέ όταν εμφάνιζαν καρκίνο μαστού, ο καρκίνος τους ανήκε στο μεγαλύτερο ποσοστό, στους ιστολογικά καλά διαφοροποιημένους τύπους. Σε μια άλλη έρευνα που διερευνήθηκε η κατανάλωση ξανθινών (τσάι, καφές, κακάο, coca-cola) και η σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού, το μόνο που αποδείχθηκε τελικά, ήταν ότι υπήρχαν μαστωδυνίες που περνούσαν με την διακοπή της λήψης των ξανθινούχων ποτών

- **Τα οιοπνευματώδη**

Έχουν γίνει αρκετές έρευνες για να βρεθεί η σχέση κατανάλωσης οιοπνευματώδων και ανάπτυξης καρκίνου μαστού. Ελάχιστες μόνο από αυτές δεν βρήκαν να υπάρχει σχέση. Στις περισσότερες από αυτές αποδείχτηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο. Σε μια μάλιστα από αυτές τις έρευνες, μελετήθηκαν 90.000 Αμερικανές νοσοκόμες. Βρέθηκε ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού ήταν 30% μεγαλύτερος για τις αδερφές που έπιναν 5-15 γρ. αλκοόλ την ημέρα και έφθανε το 60% στις αδερφές που έπιναν περισσότερο.



Οι μηχανισμοί που το οινόπνευμα αυξάνει τον κίνδυνο σε μια γυναίκα να εμφανίσει καρκίνο μαστού δεν έχουν ακόμη διευκρινιστεί(Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

- **Κάπνισμα**







Το κάπνισμα αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη. Έτσι έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχτεί καμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού(Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

- **Διατροφή και πρόληψη**

Η διατροφή παίζει εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην πρόληψη πολλών χρόνιων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων πολλών τύπων καρκίνου, όπως ο καρκίνος του μαστού. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ψαριών, καθώς επίσης και η πρόσληψη μονοακόρεστων (ελαιόλαδο) και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, βιταμίνης D, ασβεστίου και φυτοοιστρογόνων, συσχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Επιπρόσθετα, η αυξημένη κατανάλωση κρέατος, πουλερικών και η πρόσληψη κορεσμένου (ζωικού) λίπους έχουν πιθανή αιτιολογική σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι παθήσεις που οφείλονται σε μη υγιεινή διατροφή, όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία και τα μεταβολικό σύνδρομο, συσχετίζονται ισχυρά με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Ένα διαδεδομένο διατροφικό πρότυπο που φαίνεται πως συμβάλλει στην πρόληψη του καρκίνου είναι η παραδοσιακή διατροφή της Ελλάδας (η κρητική διατροφή πριν από τη δεκαετία του '60), η οποία έχει αποτελέσει τη βάση της ελληνικής

εκδοχής της «Μεσογειακής διατροφής». Η ανάλυση των τροφίμων που περιλαμβάνει η παραδοσιακή κρητική διατροφή ανέδειξε την παρουσία διάφορων προστατευτικών ουσιών, όπως είναι το σελήνιο, η γλουταθειόνη, η ισορροπημένη αναλογία των ω-6/ω-3 απαραίτητων λιπαρών οξέων, η υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες, διάφορα αντιοξειδωτικά (εδικά η ρεσβερατρόλη που υπάρχει στο κρασί και οι πολυφαινόλες στο ελαιόλαδο) και οι βιταμίνες E και C. Οι περισσότερες από τις παραπάνω ουσίες έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού. Σε γενικές γραμμές, τα βασικά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής διατροφής είναι η περιορισμένη κατανάλωση ζωικών προϊόντων (ιδιαίτερα κρέατος) και η αυξημένη κατανάλωση ψαριών, η αυξημένη κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών, δημητριακών ολικής άλεσης, ξηρών καρπών και σπόρων, η καθημερινή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, η μέτρια κατανάλωση κρασιού και η χρήση του ελαιόλαδου ως κύριας πηγής λίπους. Η μεσογειακή διατροφή αποτελεί μια παράδοση αιώνων, ένα γευστικότατο τρόπο διατροφής, ο οποίος μαζί με την άσκηση συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας σε άριστη κατάσταση. Προσφέρει ενέργεια, ζωντάνια και ευεξία και έχει αποδειχθεί ως η καλύτερη πρόληψη για όλες τις ασθένειες (Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

### **3.4.1 Πρακτικές συμβουλές – πρόληψη με χρώματα**

-  Κόκκινο (λυκοπένιο)
-  Ντομάτα, καρπούζι
-  Πράσινο (γλυκοσιλάτες, ισοθειοκυανάτες)
-  Λάχανο, μπρόκολο, κουνουπίδι, λαχανάκια Βρυξελλών
-  Πράσινο/κίτρινο (λουτεΐνη)  
Σπανάκι, πράσινες πιπεριές, πράσινα φασολάκια
-  Πορτοκαλί (καροτενοειδή) Καρότο, βερίκοκο




- ✚ Πορτοκαλί/κίτρινο  
(βιταμίνη C, λιμονοειδή, φλοβονοειδή)  
Πορτοκάλια, μανταρίνια, ροδάκινα, ανανάς
- ✚ Κόκκινο/μοβ (ανθοκυανίνες, ελαγγικό οξύ, φλοβονοειδή).  
Σταφύλια, κεράσια, κόκκινο κρασί, φράουλες, βατόμουρα
- ✚ Άσπρο/πράσινο (σουλφυδοενώσεις)
- ✚ Σκόρδο, κρεμμύδι, πράσο(Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

### 3.4.2. Διατροφική υποστήριξη

Η διατροφή, εκτός από τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει στην πρόληψη της νόσου, σχετίζεται και με τη θεραπευτική υποστήριξη των ασθενών μετά τη διάγνωση. Έχειδειχτεί ότι διάφοροι θρεπτικοί παράγοντες τροποποιούν την πρόοδο και την πρόγνωση της νόσου. Σε πρώτο στάδιο, η αντιμετώπιση των διατροφικών προβλημάτων που προκύπτουν από την αντικαρκινική θεραπεία είναι πολύ σημαντική. Οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά αυξάνονται κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο, π.χ. μετά από μαστεκτομή, και η αύξηση της διατροφικής πρόσληψης με σκοπό τη θρεπτική υποστήριξη είναι αναγκαία. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (ακτινοβολίες, χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία) προκαλούν παρενέργειες, όπως ναυτία, εμέτους, αλλοίωση της γεύσης και της όρεξης, δυσκοιλιότητα, διάρροια, αποστροφή για φαγητό, ερεθισμό και φλεγμονή του στόματος, του οισοφάγου ή του στομάχου, κ.λπ. Η εξατομικευμένη διατροφική υποστήριξη για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών είναι απαραίτητη προκειμένου να υποστηριχθεί θρεπτικά η ασθενής. Σε δεύτερο στάδιο ο έλεγχος του σωματικού βάρους κατέχει σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Έρευνες υποδεικνύουν ότι η αύξηση του σωματικού βάρους και ιδιαίτερα η εναπόθεση ενδοκοιλιακού λίπους, είναι κοινή παρατήρηση κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά από τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό έως και 100% των γυναικών. Εκτός από τη δυσμενή επίδραση στην αντίληψη της εικόνας σώματος και την ποιότητα ζωής, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η αύξηση του σωματικού βάρους μετά τη διάγνωση μπορεί να αυξήσει το ποσοστό εμφάνισης υποτροπής και να μειώσει τη μακροχρόνια επιβίωση. Επιπλέον, η αύξηση του ενδοκοιλιακού λίπους έχει σχετιστεί με υψηλότερο επίπεδο μη συνδεδεμένων ορμονών του φύλου, καθώς επίσης και με υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης, τα οποία μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στην επιβίωση. Η Αμερικανική Ένωση Κατά του Καρκίνου συνιστά σε ασθενείς με καρκίνο μαστού τη διατήρηση φυσιολογικού βάρους και εφαρμογή των διαιτητικών κατευθυντηρίων οδηγιών που ισχύουν για την πρόληψη του καρκίνου. Είναι εμφανές, λοιπόν, ότι υπάρχει ανάγκη για εφαρμογή συγκεκριμένων εξατομικευμένων διατροφικών προγραμμάτων στην αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, προσαρμοσμένων στις ελληνικές διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής (Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

### **3.4.2.1. Πρακτικές συμβουλές για ένα υγιεινό ημερήσιο διαιτολόγιο**

-  Η διατροφή πρέπει να αποτελείται καθημερινά από τρία κύρια γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό) και από 2-3 ενδιάμεσα σνακ (δεκατιανό, απογευματινό και προαιρετικά προ του ύπνου).
-  Δεν μένουμε νηστικοί πάνω από 3-4 ώρες.
-  Κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, η διατροφή μας πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις ομάδες τροφών (γαλακτοκομικά προϊόντα, κρέας, ψάρι, όσπρια,

δημητριακά, λαχανικά, φρούτα, «καλό» λιπαρό όπως ελαιόλαδο, ξηρούς καρπούς, και σπόρους).

- ✚ Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι πρέπει να τρώμε τουλάχιστον 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών καθημερινά για να λάβουμε τις απαραίτητες βιταμίνες ώστε να ενισχύσουμε το ανοσοποιητικό σύστημα.

### *Συμβουλές σε περίπτωση που θέλουμε να χάσουμε βάρος*

- Επιλέγουμε γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα άπαχα ή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά.
- Προσέχουμε πόσο τρώμε, δηλαδή προσέχουμε τις μερίδες! Να θυμάστε πάντοτε να τρώτε αργά για να καταλαβαίνετε πότε επέρχεται ο κορεσμός. Ο εγκέφαλος θέλει 20 λεπτά από την ώρα που αρχίζουμε το γεύμα μας για να δώσει το σήμα ότι «χόρτασε». Αν δεν καταλάβουμε αυτό το σήμα και φάμε περισσότερο, τότε η περίσσεια αυτή θα μετατραπεί από τον οργανισμό σε λίπος.
- Διαλέγουμε θρεπτικά τρόφιμα. Τα τυποποιημένα προϊόντα (π.χ., γαριδάκια, κρουασάν, τσουρέκια, λευκό ψωμί), τα γλυκά, τα αναψυκτικά και πρόχειρα γεύματα (π.χ., φαγητό από φαστ φουντ) είναι πλούσια σε ζάχαρη, λιπαρά και «κενές, άχρηστες» θερμίδες, με αποτέλεσμα να αυξάνουν το λίπος στον οργανισμό μας και να κάνουν κακό στην υγεία μας. Γι' αυτό καλό είναι να τα αποφεύγουμε.
- Για σνακ επιλέγουμε μόνο φρούτα (φρέσκα, αποξηραμένα), χυμούς, φρέσκους ανάλατους ξηρούς καρπούς, άπαχα ή χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά γαλακτοκομικά (π.χ. γιαούρτι με λίγο μέλι)

(Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992).

## **3.5. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### **3.5.1. Τι ρόλο παίζουν οι ορμόνες;**

Οι γυναικείες ορμόνες και ειδικότερα τα οιστρογόνα, γνωρίζουμε ότι ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη του καρκίνου. Άλλωστε, αρκετοί από τους παράγοντες κινδύνου που αναφέραμε δρουν μέσω των οιστρογόνων. Η πρόωμη έναρξη και η καθυστερημένη λήξη των χρόνων της εμμήνου ρύσεως, πρακτικά σημαίνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα επίδρασης των οιστρογόνων στον μαστικό αδένα. Το ίδιο συμβαίνει και με την παχυσαρκία, διότι ειδικά μετά την εμμηνόπαυση, η παραγωγή των οιστρογόνων εξαρτάται από ένα ένζυμο που βρίσκεται κυρίως μέσα στο λίπος.

Όσον αφορά τα εξωγενή οιστρογόνα που μπορεί να πάρει μια γυναίκα, και αναφερόμαστε κυρίως στις θεραπείες ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση, η χρήση τους για μερικά (συνήθως έως πέντε) χρόνια είναι σχετικά ακίνδυνη εφ' όσον τηρούνται βασικοί κανόνες παρακολούθησης του μαστού και ο κίνδυνος κάθε γυναίκας αξιολογείται σε σχέση με το όφελος από την χρήση τους, που είναι κυρίως η πρόληψη ή η θεραπεία της οστεοπόρωσης και η προστασία του καρδιο-αγγειακού συστήματος της γυναίκας. Θα αναφερθούμε όμως και στην σημασία άλλων ορμονών(Μαρκόπουλος, 2008).

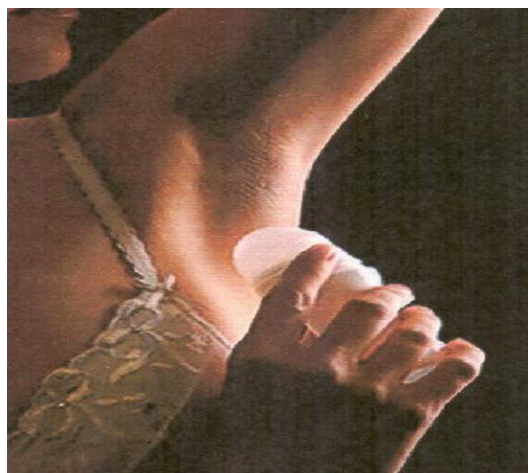
### **3.5.2. Λήψη ορμονών**

Η λήψη συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών, ακόμα και για μεγάλο χρονικό διάστημα, από γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει μεταξύ 25 και 39 χρονών δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αντίθετα, φαίνεται να ενοχοποιείται η συνδυασμένη λήψη αντισυλληπτικών χαπιών, όταν λαμβάνονται από γυναίκες που δεν έχουν

αποκτήσει παιδί. Όσον αφορά την παρατεταμένη χορήγηση ορμονών υποκατάστασης σε γυναίκες πριν και μετά την εμμηνόπαυση, φαίνεται ότι μια τέτοια χρήση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ο κίνδυνος αυτός φτάνει να αυξάνει σε γυναίκες με προηγούμενη μαστοπάθεια(Μαρκόπουλος , 2008).

### **3.6. ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**

Τα εντομοκτόνα, τα ζιζανιοκτόνα είναι δηλητηριώδεις ουσίες που όχι μόνο μπορούν να μειώσουν την ανθρώπινη γονιμότητα αλλά και να προκαλέσουν καρκίνο μαστού. Οι γυναίκες θα πρέπει να αποφεύγουν την επαφή με μπογιές, βερνίκια, σπρέι καθώς και άλλες παρόμοιες δηλητηριώδεις ουσίες. Είναι γεγονός πως οι περισσότερες γυναίκες χρησιμοποιούν αποσμητικά, τα οποία περιέχουν σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες του Πανεπιστημίου Keele, χημικές ουσίες, υπεύθυνες για τον καρκίνο του μαστού. Το καλύτερο θα ήταν να μην χρησιμοποιούν καθόλου αποσμητικά αλλά να κάνουν όσο πιο συχνά γίνεται μπάνιο, διαφορετικά να αλλάζουν συνέχεια μάρκες ώστε ο οργανισμός να μην παίρνει συνέχεια τον ίδιο συνδυασμό χημικών ουσιών ([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 2006).



*Εικόνα 3. Αποσμητικά και καρκίνος μαστού([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), 2006).*

## **3.7. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### **3.7.1. Ψυχολογικοί παράγοντες**

Ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής([www.oekk.gr](http://www.oekk.gr)).

### **3.7.2. Ακτινοβολία**

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Η μεγαλύτερη ευαισθησία εμφανίζεται στην ηλικία 10-19 ετών. Η ακτινοβολία από την μαστογραφία δεν ενέχει κανένα κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσεως που παίρνει η γυναίκα([www.oekk.gr](http://www.oekk.gr)).

## **3.8. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### **3.8.1. Εκπαιδευτικοί παράγοντες**

Διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια(Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).



### **3.8.2. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες**

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις στις διάφορες χώρες του κόσμου. Είναι συχνότερες στον Δυτικό κόσμο από ότι στην Αμερική, στην Ασία και στην Μέση Ανατολή. Στην Βόρειο Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίστηκε πέντε φορές συχνότερα από ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Ολλανδία εμφανίζεται συχνότερα από όλα τα άλλα κράτη.

Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ότι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μεταναστεύουν στην Αμερική και στους απογόνους, η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά (Παπανικολάου Α, Παπανικολάου Ν, 2005).

### **3.9. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου με εξαίρεση αυτή που γίνεται για τα ινοαδενώματα.

Επίσης η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης 2, 5 φορές. Ο ακριβής μηχανισμός της συσχέτισης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εν τούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν: α) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόιμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής και ότι β) καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Γυναίκες με καρκίνο στον έναν μαστό έχουν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Τον κίνδυνο, τέλος, αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και τους σιελογόνους αδένες (Γκέλμπεση, Νταλαφούρα, 1993).

### 3.10. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Σε περίπου 1-3% των καρκίνων του μαστού γίνεται η διάγνωση κατά την διάρκεια της κύησης ή της περιόδου του θηλασμού. Κάτω από τέτοιες προϋποθέσεις υφίσταται η πάθηση κάτω από ιδιαίτερους κανόνες:

- Οι μεταβολές του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης δύσκολα επιτρέπουν τη διάγνωση ενός απομονωμένου όγκου.
- Το υψηλό επίπεδο ορμονών (οιστρογόνων) κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να ευνοεί την ανάπτυξη του όγκου.

Για τους λόγους αυτούς τίθεται η διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της κύησης ή του θηλασμού πολύ αργά. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι η ίδια όπως και στη μη έγκυο γυναίκα. Λόγω του αυξημένου κινδύνου της νόσου θα πρέπει να εφαρμοσθεί η θεραπεία χωρίς καμία χρονοτριβή. Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού με εγχείριση ή ακτινοθεραπεία είναι δυνατή ακόμη και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια κυτταροστατική θεραπεία, αντιθέτως, είναι αμφισβητούμενη, διότι κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης είναι υπαρκτός ένας αυξημένος κίνδυνος διαμαρτυριών του παιδιού.

Στο ερώτημα εάν θα πρέπει να διενεργηθεί μια διακοπή κύησης σε καρκίνο του μαστού, υπάρχουν διχασμένες γνώμες μεταξύ των ερευνητών. Μια βελτίωση της πορείας της νόσου δεν φαίνεται να λαμβάνει χώρα με τη διακοπή της κύησης.

Υποστηρικτές της διακοπής όμως σταθμίζουν, ότι η μελλοντική φροντίδα του νεογέννητου πιθανόν να μην μπορεί να συμβιβαστεί με την κρίσιμη κατάσταση της υγείας της μητέρας(Τοκμακίδης, 2001).

### **3.10.1. Εγκυμοσύνη μετά τον καρκίνο του μαστού**

Περίπου 7% των γυναικών, οι οποίες έχουν θεραπευτεί από καρκίνο του μαστού, έχουν στο ενεργητικό τους μία ή περισσότερες εγκυμοσύνες σε μεταγενέστερο χρονικό σημείο. Η αρχική νόσος φαίνεται να μην επηρεάζεται αρνητικά με την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν πληροφορίες, σύμφωνα με τις οποίες θεραπευθείσες από καρκίνο του μαστού γυναίκες μετά από μια εγκυμοσύνη παρουσίασαν μια βελτίωση στην γενική τους κατάσταση σε σύγκριση προς ασθενείς χωρίς επακολουθήσασα κύηση. Οι υποδείξεις, επί πόσο χρόνο μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού θα πρέπει η γυναίκα να αποφύγει μια εγκυμοσύνη, είναι διαφορετικές. Αυτές κυμαίνονται από την πλήρη παραίτηση μέχρι την συμβουλή αναμονής ενός χρονικού διαστήματος πέντε ετών. Σκόπιμο είναι να υποδειχθεί μία αναμονή δύο έως τριών ετών, διότι στο χρονικό αυτό διάστημα εμφανίζεται η πλειονότητα των επιπλοκών(Τοκμακίδης, 2001).

### **3.10.2. Ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας και ο καρκίνος του μαστού**

Μια πιθανή συνάρτηση μεταξύ της λήψεως των ανασταλτικών ωοθυλακιορρηξίας (pill) και της δημιουργίας ενός καρκίνου του μαστού συζητείται ακόμα και σήμερα. Οι μέχρι σήμερα διενεργηθείσες εξετάσεις δεν απέδωσαν ανάλογα ευρήματα. Σύμφωνα με μελέτες της Αγγλίας δεν υπάρχει διαφορά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού των γυναικών που λαμβάνουν ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας σε σύγκριση των γυναικών που δεν λαμβάνουν. Αντιθέτως υπάρχουν παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες μια κανονική λήψη αντισυλληπτικών δισκίων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού.

Μετά από μια θεραπεία καρκίνου του μαστού θα πρέπει να παραιτηθεί η γυναίκα από μια προστασία μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης με ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας, τα οποία περιέχουν οιστρογόνα, όσο και για τα αντισυλληπτικά εκείνα, τα οποία περιέχουν μόνο προγεστερόνη, διότι αυτά τα τελευταία οδηγούν σε μία αύξηση της παραγωγής οιστρογόνων από τον ίδιο τον οργανισμό(Τοκμακίδης, 2001).

### **3.11. ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΕΣ ΝΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ανύπαντρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες με λιγότερα από 3 παιδιά, όσες απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 34 χρόνια τους, εκείνες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο μαστού, όσες είχαν ιστορικό καλοήθους παθήσεως μαστού, επίσης εκείνες που είχαν καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια και, τέλος, εκείνες που η περίοδος τους εμφανίστηκε πριν από την ηλικία των 12 χρόνων ή σταμάτησε μετά τα 55(Σαχίνη-Καρδάση, 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### **4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, περιλαμβάνει διάφορες διαγνωστικές μεθόδους, προκειμένου να οδηγήσει τον θεράποντα γιατρό σε συμπεράσματα, που έχουν να κάνουν με την καλοήθεια ή την κακοήθεια της νόσου, την επιλογή θεραπείας, την αρμόζουσα φαρμακευτική αγωγή και μια πρώτη προσέγγιση για την πρόγνωση της νόσου.

Για να καταστεί βεβαία, η ύπαρξη ή όχι κακοήθειας και ο βαθμός εξάπλωσης καρκινικών κυττάρων (διήθηση ή μετάσταση), η ασθενής πρέπει να ακολουθήσει μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει με διάφορες μεθόδους οι οποίες διαχωρίζονται σε:

- Ø Κλινικές μεθόδους
- Ø Εργαστηριακές μεθόδους
- Ø Απεικονιστικές μεθόδους
- Ø Εγχειρητικές μεθόδους([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Dollinger M., Rosenbaum E. , Cable G., 1992, [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr))

### **4.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

Η κλινική εξέταση που γίνεται από έναν έμπειρο ειδικό γιατρό, συνήθως μαστολόγο, μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη στη διάγνωση, καθώς με αυτό τον τρόπο μπορούν να διαγνωστούν σχεδόν το 70% των καρκίνων του μαστού.

Στην κλινική εξέταση του μαστού η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις και στάσεις του σώματος και καταγράφεται προσεκτικά κάθε ύποπτη μάζα, ογκίδιο ή παθολογικό εύρημα, καθώς και εμφανή σημεία ή συμπτώματα

ύπαρξης κακοήθειας (φλεγμονή, οίδημα, ορρώδης ή αιματηρή έκκριση, εξέλκωση, ανύψωση του πάσχοντος μαστού, κ.τ.λ.).

Η κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει βεβαίως και έλεγχο άλλων σημείων του σώματος, όπως η πύελος και αξιολόγηση σημείων καρκίνου σε περιοχές όπως το δέρμα, οι λεμφαδένες και το ήπαρ(Γλέντης, 2007).

Σε αυτή τη μέθοδο εξέτασης, ο εξεταστής πρέπει να λάβει υπόψιν ορισμένα στοιχεία, που θα τον βοηθήσουν στην έκβαση της διάγνωσης, όπως: Η ηλικία της άρρωστης, η ύπαρξη ή όχι εμμηνορυσίας, ο χρόνος εμφάνισης του όγκου και η εντόπισή του. Επιπροσθέτως, έχει ιδιαίτερη διαγνωστική αξία αλλά απαιτεί μεγάλη προσοχή η διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή η εκτροπή της, η ύπαρξη ή όχι οιδήματος, κάθε είδους έκκριση από τη θηλή, αιματηρή ή υδαρή, η οποία επιβάλλεται να ελέγχεται κυτταρολογικά και η ψηλάφηση της μασχάλης και των υπερκλείδιων λεμφαδένων(Παπανικολάου, 1994, Dollinger M. , Rosenbaum E., Cable G., 1992, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr))

Τέλος, μεγάλη σημασία έχει και ψηλάφηση του μαστού από κάποιο έμπειρο ειδικό μαστολόγο, ο οποίος θα μπορούσε να διαπιστώσει:

- i.** Την ακριβή έκταση του αδένου και διερευνώντας με λεπτομερή ψηλάφηση να ανακαλύψει την ύπαρξη τυχόν ογκιδίου.
- ii.** Το μέγεθος του όγκου που εξαρτάται από την ηλικία του και την εξελικτικότητά του στον οργανισμό της πάσχουσας.
- iii.** Τη σύσταση του όγκου (μαλακή, ξηλώδης, κυστική, σκληρή κ.ά.).
- iv.** Το βαθμό κινητικότητας του όγκου (οι κακοήθεις όγκοι είναι συνήθως ακίνητοι, καθηλωμένοι λόγω της διηθητικής τους τάσης).
- v.** Τον ακριβή καθορισμό της θέσης του όγκου στο μαστό (55% στο άνω και έξω τεταρτημόριο, 10% στο κάτω και έξω, 15% στο άνω και έσω, 5% στο κάτω και έσω, 15% στο κέντρο της θηλής)(Παπανικολάου, 1994,

[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr)).

### 4.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Στις εργαστηριακές εξετάσεις, περιλαμβάνονται εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές και όπου υπάρχει η δυνατότητα, ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου-CEA και του 15-3.

- i) **Αιματολογικές:** Μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών, ύπαρξη αναιμίας ή όχι, μέτρηση τιμών ασβεστίου, φωσφόρου, αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, LDH, SGOT και αναλόγως την περίπτωση και την κρίση του θεράποντος γιατρού ενδέχεται να συστηθούν και άλλες αιματολογικές εξετάσεις.
- ii) **Κυτταρολογικές εξετάσεις:** Περιλαμβάνουν τον εργαστηριακό έλεγχο των επιχρισμάτων έκκρισης της θηλής, μα δεν αποτελούν πάντοτε αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση.
- iii) **Έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA):** Ο κλινικά εύκολος έλεγχος του CEA, όπου παρατηρείται αύξησή του στον ορό του αίματος πάνω από 5mg/ml, αποτελεί έναν αξιόπιστο παράγοντα στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, στη σταδιοποίησή του, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπών ή μεταστάσεων. Έτσι, στο πρώτο στάδιο του καρκίνου του μαστού, το CEA είναι αυξημένο σε συχνότητα 14, 8%, στο δεύτερο στάδιο σε συχνότητα 23, 7%, στο τρίτο στάδιο σε 40, 5% και στο τέταρτο στάδιο σε 73, 1%. Σήμερα δεν θεωρείται τόσο αξιόπιστος δείκτης και χρησιμοποιείται περισσότερο, η μέτρηση του αντιγόνου([www.hygeia .gr](http://www.hygeia.gr))

#### 4.4. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Στις απεικονιστικές εξετάσεις περιλαμβάνονται η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η θερμογραφία και το σπινθηρογράφημα οστών.

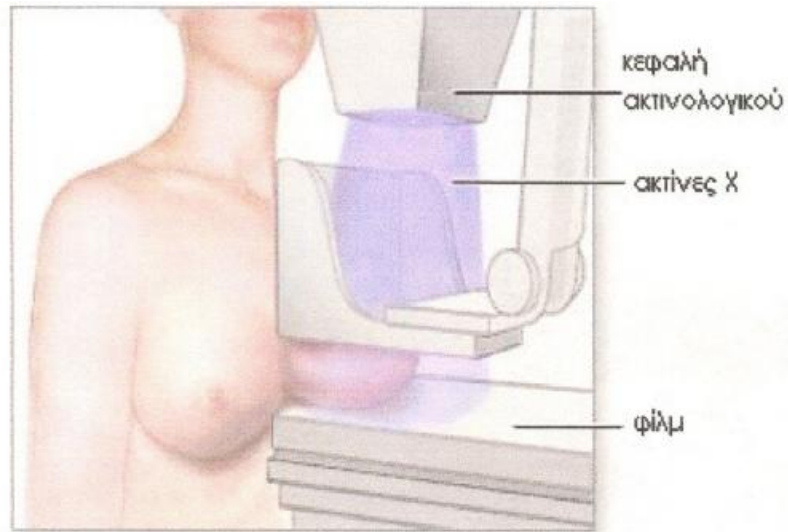
##### i. Μαστογραφία

Με την μαστογραφία μπορούν να εντοπιστούν όγκοι που δεν γίνονται αντιληπτοί με την ψηλάφηση και αυτό είναι και το μεγαλύτερο προσόν της μαστογραφίας: ο έγκαιρος εντοπισμός όγκων. Συνίσταται σε γυναίκες άνω των 50 ετών και σε γυναίκες άνω των 40 ετών με οικογενειακό ιστορικό ή έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες. Η μαστογραφία είναι ανώδυνη και γίνεται με έκλυση πολύ χαμηλής δόσης ακτινοβολίας (ακτίνες X). Ο όγκος εμφανίζεται με ανομοιόμορφη πυκνότητα της σκιάς του, ανώμαλα όρια και πολλαπλές επασβεστώσεις( [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr) , [www.greece.gr](http://www.greece.gr), [www.surgical oncology.org](http://www.surgical oncology.org)).



**Εικόνα 1.** Ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής εξετάζεται στον μαστογράφο([www.cancer.gr](http://www.cancer.gr))





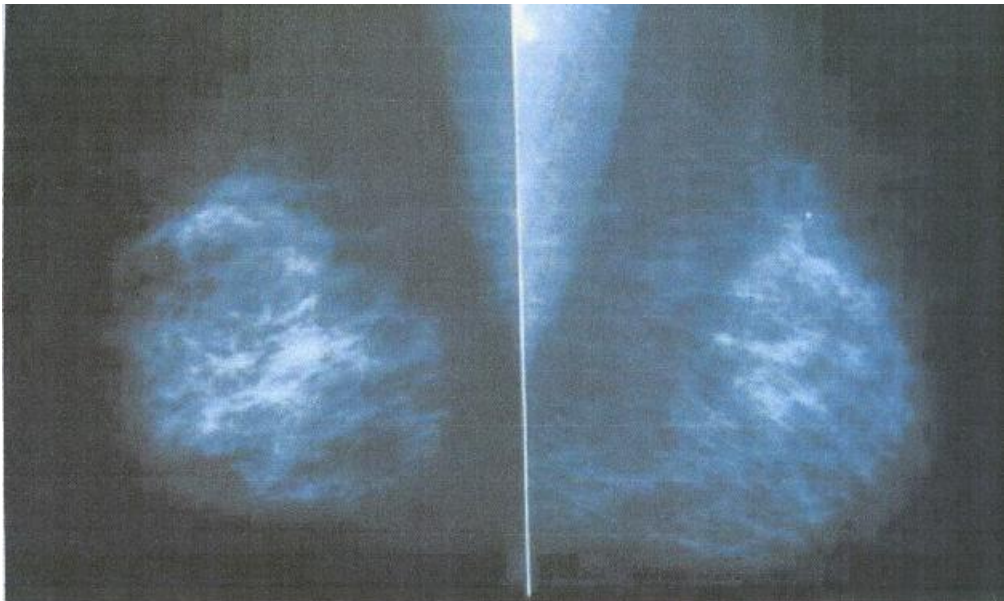
**Εικόνα 2.** Κάθε μαστός συμπιέζεται κάθετα και οριζόντια και λαμβάνονται οι ανάλογες λήψεις([www.breastcancer.gr](http://www.breastcancer.gr))



**Εικόνα 3.** Μαστογραφία καρκίνου. Παρατηρείστε το ανώμαλο περίγραμμα που θυμίζει ακτινωτό άστρο([www.breastcancer.gr](http://www.breastcancer.gr))

Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος, έχει βρεθεί ότι μειώνει την θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 24%.

Αυτό είναι σημαντικότατο νούμερο, αν αναλογιστούμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι για τις γυναίκες, ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές κοινωνίες(Παπανικολάου, 1994, Γλέντης, 2007, [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr), [www.greece.gr](http://www.greece.gr), [www.surgicaloncology.org](http://www.surgicaloncology.org)).



**Εικόνα 4.** Απεικόνιση μαστογραφίας(Γλέντης, 2007).

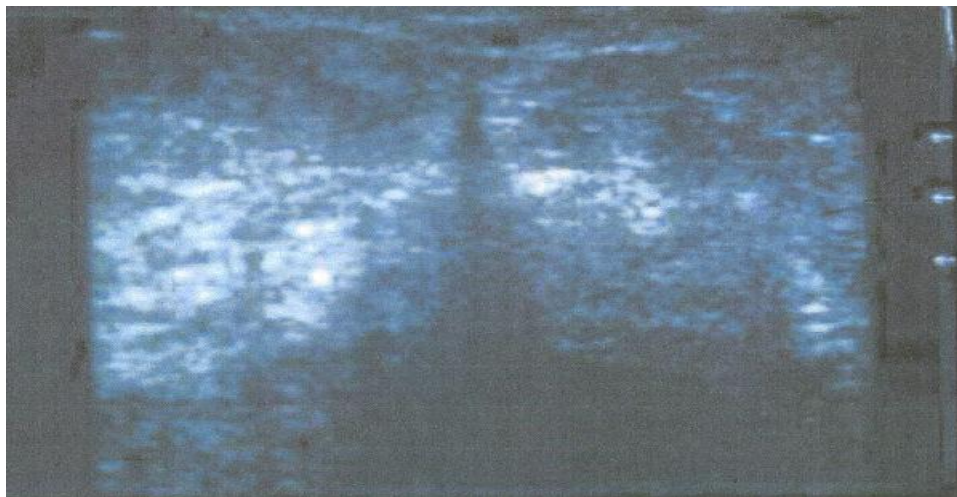
## **ii. Υπερηχογράφημα (U/S) μαστού**

Το υπερηχογράφημα (U/S-ultrasound ή sonography) είναι μια απλή εξέταση, η οποία χρησιμοποιεί ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας για να σχηματίσει μια εικόνα του μαστού. Τα ηχητικά αυτά κύματα, μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται όταν βρουν εμπόδιο. Είναι μία απλή μέθοδος, αρκετά γρήγορη και εντελώς ανώδυνη.



**Εικόνα 5.**Υπερηχογράφημα μαστών.

Συνίσταται περισσότερο σε νεαρότερες ηλικίες (20-30 ετών), όπου δεν επιτρέπεται η μαστογραφία. Αποτελεί επίσης, συμπληρωματική μέθοδο διάγνωσης, συνδυασμένη είτε με μαστογραφία, είτε με κάποια άλλη διαγνωστική μέθοδο.



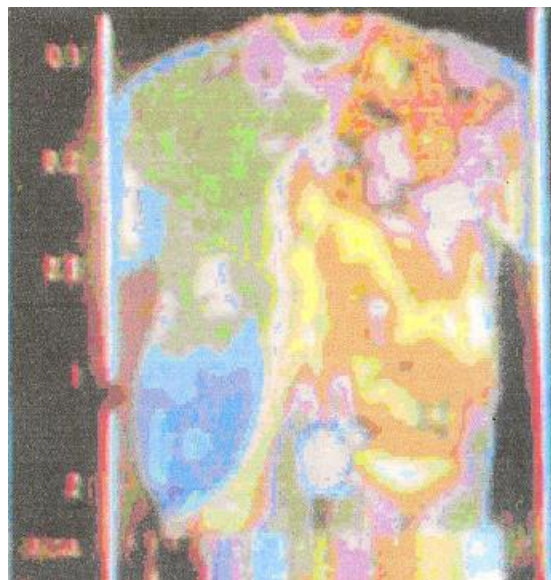
**Εικόνα 6.** Απεικόνιση υπερηχογραφήματος (U/S) μαστού  
(Γλέντης , 2007).

Το υπερηχογράφημα, είναι αρκετά ευαίσθητο και με ποσοστό ακρίβειας 95%, μπορεί να ξεχωρίσει για παράδειγμα, τη διαφορά ανάμεσα σε έναν

συμπαγή όγκο και μια κύστη, καθώς και να προσδιορίσει την καλοήθη ή την κακοήθη φύση μιας συμπαγούς μάζας. Συνίσταται σε γυναίκες ηλικίας 20-30 ετών και μόνο σε ψηλαφητούς όγκους ή ως συμπληρωματική μέθοδο διάγνωσης της μαστογραφίας.

### **iii. Θερμογραφία**

Η θερμογραφία είναι επίσης μια απλή εξέταση, ανώδυνη και ακίνδυνη, συγκριτικά με άλλες μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Διάφορες παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες, είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμοκρασία του πάσχοντος σημείου, διότι ο καρκίνος αποτελεί θερμογενετική εστία και συνήθως εμφανίζει αυξημένη εκπομπή υπέρυθρης ακτινοβολίας. Το φλεβικό αίμα που απάγεται από τον καρκίνο έχει μεγαλύτερη θερμοκρασία από το αρτηριακό και έτσι, η θερμογραφία μπορεί να εντοπίσει τυχόν κακοήθεια. Η θερμογραφία, εκτελείται με τη χρήση υπέρυθρης φωτογραφικής συσκευής, η οποία έχει τη δυνατότητα να καταγράψει αυτές τις διαφορές θερμοκρασίας και να εμφανίσει σημεία ανώμαλης αιμάτωσης, υποδεικνύοντας την κατάσταση των επιπολής και εν τω βάθει φλεβών.



**Εικόνα 7.** Απεικόνιση παθολογικής θερμογραφίας (Γλέντης, 2007).



Η θερμογραφία, δεν αποτελεί κύρια μέθοδο διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Χρησιμοποιείται κυρίως, ως συμπληρωματική μέθοδος διάγνωσης, διότι δίνει μεγάλο ποσοστό ψευδών θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων. Μπορεί να συσταθεί σε ασθενείς με συμπτώματα καρκίνου του μαστού, αλλά χωρίς σαφή σημεία ή σε ασθενείς που βρίσκονται σε κλινικό στάδιο (Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.gr](http://www.wikipedia.gr), Παπαδοπούλου, 2007, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr)).

#### **iv. Ξηρογραφία**

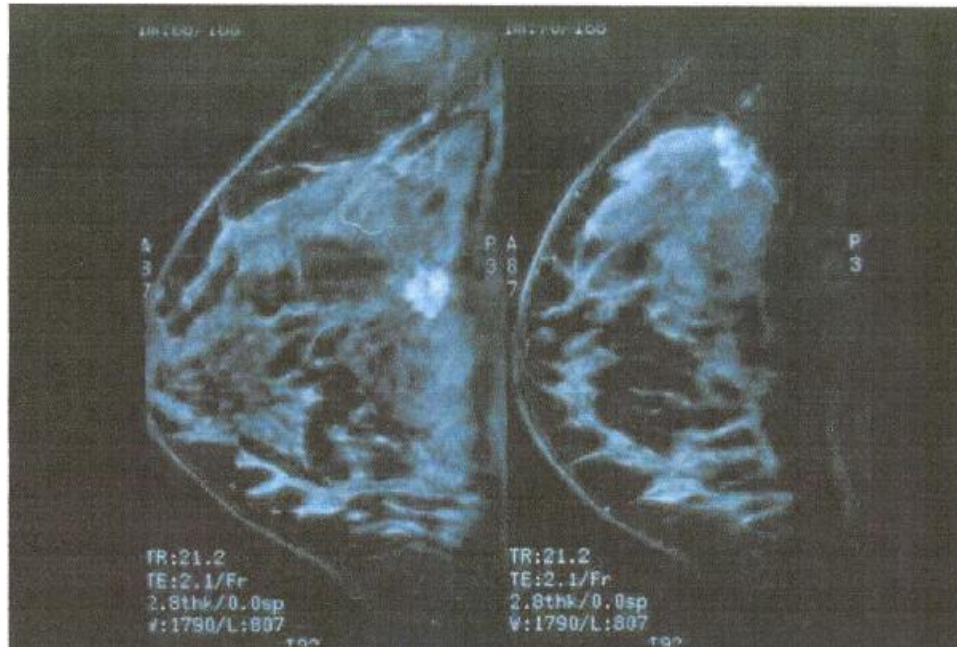
Η ξηρογραφία είναι ουσιαστικά, η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο. Η ξηρογραφία, δεν θεωρείται αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης από μόνη της, διότι η ξηρογραφική εικόνα περιλαμβάνει μόνο ορισμένες οπτικές πυκνότητες και η ποιότητα της εικόνας εξαρτάται από την ποιότητα της πλάκας σεληνίου. Είναι όμως ιδιαίτερα χρήσιμη, στην ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, καθώς παρουσιάζει την αντίθεση μεταξύ του όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν, στην απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλαβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων (Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), [www.breastcancer.gr](http://www.breastcancer.gr))

#### **v. Αξονική και μαγνητική τομογραφία**

Μεγάλη διαγνωστική αξία έχει η αξονική τομογραφία, σε περίπτωση υποψίας μεταστάσεων. Τότε, συνίσταται συνήθως αξονική κοιλίας για έλεγχο ήπατος, ιδίως εάν είναι αυξημένη η αλκαλική φωσφατάση του ορού, έλεγχο εγκεφάλου, κ.ά (Παπανικολάου, 1994, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), [www.surgicaloncology.org](http://www.surgicaloncology.org))

Η μαγνητική τομογραφία (MRI-Magnetic Resonance Imaging), είναι επίσης μια απεικονιστική μέθοδος διάγνωσης που εκτελείται με τη χρήση ενός μαγνήτη που είναι συνδεδεμένος με έναν υπολογιστή. Ο ηλεκτρονικός

υπολογιστής δημιουργεί εκατοντάδες λεπτομερείς εικόνες του μαστού, από τη μια άκρη έως την άλλη (side-to-side), από την κορυφή έως τον πυθμένα του μαστού (top-to-bottom) και από το εμπρός μέρος του έως το πίσω (front-to-back).



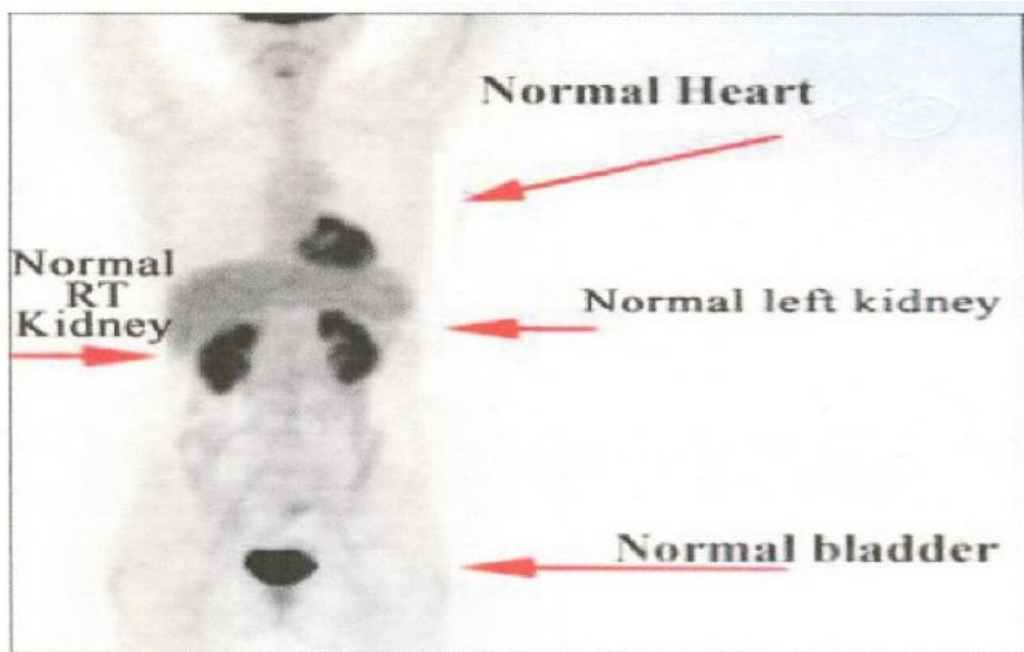
**Εικόνα 8.** Απεικόνιση μαγνητικής τομογραφίας (MRI). Πιο καθαρά στην αριστερή, αλλά και στη δεξιά εικόνα, διακρίνεται ο όγκος(Γλέντης , 2007).

Η μαγνητική τομογραφία, όπως και η αξονική χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική μέθοδος διάγνωσης, είναι αρκετά αξιόπιστη, διότι αναδεικνύει αρκετά μεγάλους όγκους (3-5 εκατοστών), αλλά όμως όχι μικρότερους (κάτω των 3 εκατοστών). Επομένως, δεν ενδείκνυται, σε μη ψηλαφητούς όγκους ή σε ασθενείς σε προκαρκινική φάση([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) , [www.nci.com](http://www.nci.com), 2006, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr), [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr)).

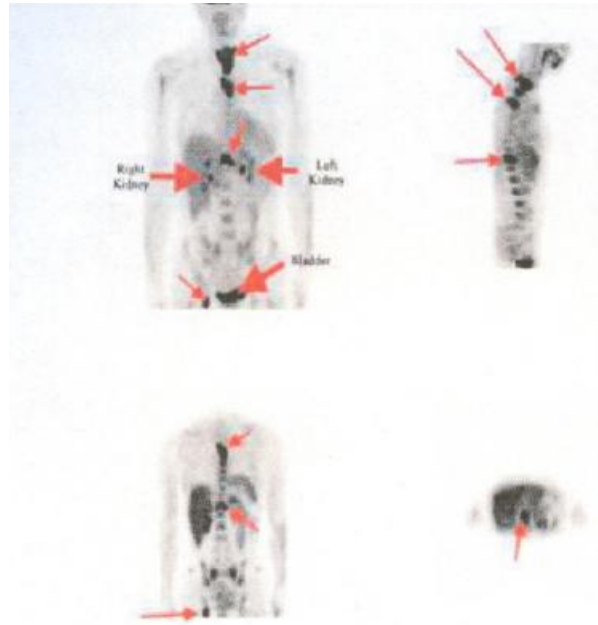
#### **vi. Ποζιτρονική τομογραφία (PET Scan)**

Ο τομογράφος ποζιτρονικής εκπομπής (PET Scan-Positron Emission Tomography Scan), είναι ένας αναλυτής συνδεδεμένος με ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος καταγράφει εικόνες των χημικών αλλαγών, που

λαμβάνουν χώρα στους ιστούς. Αρχικά, χορηγείται στον ασθενή ένα ενέσιμο διάλυμα που περιέχει ένα συνδυασμό σακχάρου και μίας ελάχιστης ποσότητας ραδιοενεργού ουσίας. Το ραδιοενεργό σάκχαρο που δημιουργείται, έχει την ιδιότητα να εντοπίζει τον όγκο, εξαιτίας της τάσης των καρκινικών κυττάρων στον πάσχοντα ιστό, να απορροφούν το σάκχαρο γρηγορότερα σε σχέση με άλλους ιστούς του σώματος. Μετά από 45 λεπτά από τη χορήγηση του διαλύματος, ο ασθενής, παίρνει θέση στον ποζιτρονικό τομογράφο, ο οποίος χρησιμοποιείται ουσιαστικά για την ανίχνευση της ακτινοβολίας. Εάν υπάρχει όγκος, το ραδιοενεργό σάκχαρο συσσωρεύεται εκεί. Ο ποζιτρονικός τομογράφος μεταφέρει τα δεδομένα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος μεταφράζει τις πληροφορίες που δέχεται σε εικόνες και ένας ειδικός ραδιολόγος-ακτινολόγος τις ερμηνεύει([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).



**Εικόνα 9.** Φυσιολογική ποζιτρονική τομογραφία. Παρουσιάζονται φυσιολογικά, η καρδιά, οι νεφροί και η ουροδόχος κύστη([www.Breastcancer.org](http://www.Breastcancer.org), [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr))



**Εικόνα 10.** Ποζιτρονική τομογραφία σε ασθενή με καρκίνο μαστού όπου έχει κάνει μετάσταση στα οστά. Τα λεπτά τόξα δείχνουν, τις κακοήθεις μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη και τα οστά της λεκάνης, ενώ τα πιο παχιά τόξα, παρουσιάζουν φυσιολογικά τους νεφρούς και την ουροδόχο κύστη ([www.Breast cancer.org](http://www.Breast cancer.org), [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr))

Η ποζιτρονική τομογραφία, είναι σημαντική για τη διάγνωση μιας μάζας στο μαστό και τον σαφή καθορισμό της ως καρκινικής ή μη. Παρόλα αυτά, θεωρείται πιο ακριβής και χρησιμοποιείται περισσότερο για τον εντοπισμό μεγαλύτερων και πιο επιθετικών όγκων, παρά για όγκους ίσους ή μικρότερους των 8mm ή λιγότερο επιθετικούς. Το πλεονέκτημα όμως, της ποζιτρονικής τομογραφίας είναι ότι μπορεί να ανιχνεύσει τον καρκίνο, όταν άλλες απεικονιστικές μέθοδοι δεν μπορούν και ότι, φαίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη στην εκτίμηση και σταδιοποίηση καρκίνου που έχει ανακάμψει και έχει επιστρέψει, συχνά δριμύτερος ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), [www.Breast cancer.org](http://www.Breast cancer.org), [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr), [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr), [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)).



## **vi. Σπινθηρογράφημα**

Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη μέθοδος διάγνωσης, ιδιαίτερα όταν συνδυαστεί και με άλλες διαγνωστικές μεθόδους, όπως τη μαστογραφία. Το σπινθηρογράφημα, συνίσταται απαραίτητα σε περιπτώσεις σημείων ή συμπτωμάτων μετάστασης στο ήπαρ ή τα οστά, κυρίως όταν βρεθεί αυξημένη, α) η υδροξυπρολίνη στα ούρα, που δίνει υποψίες μετάστασης στα οστά και β) η αλκαλική φωσφατάση στο αίμα, που δίνει υποψίες μετάστασης στα οστά και το συκώτι.

Το σπινθηρογράφημα, έχει το πλεονέκτημα να αποκαλύπτει τις οστικές αλλοιώσεις αρκετό καιρό πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων. Χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις κακοηθών όγκων του μαστού, αλλά και σε όλες τις περιπτώσεις κακοηθών νεοπλασιών γενικότερα (Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991, [www.nci.com](http://www.nci.com), 2006, [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr), [www.greece.flash.gr](http://www.greece.flash.gr)).

## **4.5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ**

Στις μεθόδους εγχειρητικής εξέτασης περιλαμβάνονται τρεις τύποι βιοψίας: i) η παρακέντηση με λεπτή βελόνη, ii) η βιοψία με χονδρή βελόνη, iii) η ανοιχτή χειρουργική βιοψία και iv) η στερεοστατική βιοψία ([www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr)).

### **i. Παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA)**

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη είναι μια διαδικασία κατά την οποία, διαμέσου μιας πολύ λεπτής βελόνας (17-18G), που είναι εφαρμοσμένη σε σύριγγα (20-50cc), γίνεται αναρρόφηση κυττάρων από το ογκίδιο στον προσβεβλημένο μαστό και πραγματοποιείται κυτταρολογικός έλεγχος. Εάν μετά από την αναρρόφηση, η κύστη ή ογκίδιο που υπήρχε πριν, εξαφανιστεί και δεν

ξανασηματιστεί, δεν χρειάζεται άλλος έλεγχος ή θεραπεία. Εάν όμως, μετά την αφαίρεση του υγρού παραμείνει κάποια μάζα, πρέπει να ληφθεί με βιοψία τεμάχιο ιστού για μικροσκοπική εξέταση. Το ίδιο συνίσταται και σε περιπτώσεις, όπου βρεθούν ανώμαλα κύτταρα στο αναρροφηθέν υγρό, όπου κατά την αναρρόφηση ληφθεί αιματηρό υγρό, όταν δεν γίνεται αναρρόφηση καθόλου (στερεή μάζα) ή εάν η μάζα επανεμφανιστεί εντός 2-3 εβδομάδων (Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 2003., [www.greece.flash.gr](http://www.greece.flash.gr), [www.surgicaloncology.org](http://www.surgicaloncology.org)).

Κάποιες φορές, όταν η μάζα που ψηλαφάται ή που φαίνεται σε κάποια απεικονιστική μέθοδο διάγνωσης είναι πολύ μικρή, η εξέταση αυτή (FNA) γίνεται σε ακτινολογικό τμήμα, διότι κρίνεται απαραίτητη η βοήθεια κάποιας ακτινογραφίας ή υπερηχογραφήματος, για την καθοδήγηση του γιατρού στο ακριβές σημείο όπου βρίσκεται το ογκίδιο και την κατάλληλη επιλογή μεγέθους και τύπου βελόνης που θα χρησιμοποιηθεί.

Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA), συνδυάζεται πάντα με κάποια άλλη διαγνωστική μέθοδο, διότι μπορεί να δώσει ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα σε ποσοστό έως και 10%, ενώ ψευδώς θετικά σε ποσοστό 1-2%. Αυτά τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα στη βιοψία με χονδρότερη βελόνη.

Μειονεκτήματα της τεχνικής αυτής, είναι αφ' ενός, ότι ο ιστός που λαμβάνεται δεν είναι ο αντιπροσωπευτικός της όλης εξεργασίας και δεν αποκλείεται καρκινωματώδη να εναποτεθούν, κατά το πέρασμα της βελόνης από τους ιστούς, σε όργανα ή κοιλότητες (Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 2003).

## **ii. Βιοψία με χονδρή βελόνη**

Αυτή η τεχνική βιοψίας απαιτεί μεγαλύτερη βελόνη από την προηγούμενη τεχνική (PNA) και γίνεται κάτω από τοπική αναισθησία. Διαμέσου μιας βελόνης (25-35G), προσαρμοσμένη σε μια σύριγγα (συνήθως

50cc), λαμβάνεται δείγμα ιστού από την ύποπτη για κακοήθεια μάζα και αποστέλλεται στο ιστοπαθολογικό εργαστήριο. Είναι σχετικά απλή και ακίνδυνη, μπορεί να λάβει χώρα στο εξεταστήριο ή σε ένα ιατρείο και όπως προαναφέρθηκε, έχει χαμηλότερα ποσοστά ψευδώς θετικών ή ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), [www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr))

### **iii. Ανοιχτή χειρουργική βιοψία**

Σε ορισμένες περιπτώσεις συνίσταται η ανοιχτή χειρουργική βιοψία, δηλαδή η αφαίρεση ολόκληρης της ύποπτης μάζας ή τμήματός της. Η μέθοδος αυτή, προτιμάται εάν δεν είναι διαγνωστικές οι δια βελόνης βιοψίες και συνήθως σε καρκινώματα in situ. Εκτελείται σε χειρουργική αίθουσα και μπορεί να γίνει χειρουργική ταχυβιοψία επί τόπου.

Αν το αποτέλεσμα είναι αρνητικό για κακοήθεια, ακολουθεί αποστολή του δείγματος στο ιστοπαθολογικό εργαστήριο για περαιτέρω διερεύνηση, περισσότερες λεπτομέρειες και παθολογοανατομικές πληροφορίες. Αν το αποτέλεσμά της είναι θετικό για κακοήθεια, τότε ακολουθεί άμεσα χειρουργική επέμβαση, ριζικής ή μερικής μαστεκτομής ανάλογα την κάθε περίπτωση. Αυτό προτιμάται από πολλούς χειρουργούς, διότι η ασθενής μπαίνει σε ψυχολογικό στρες για μια φορά μόνο, ταλαιπωρείται λιγότερο εφόσον υφίσταται ένα χειρουργείο και όχι δύο και ο οικονομικός προϋπολογισμός της είναι σαφώς μικρότερος (έξοδα ενός μόνο χειρουργείου, λιγότερα έξοδα νοσηλείας από τις αναλογικά λιγότερες μέρες παραμονής στο νοσοκομείο, έξοδα φαρμακευτικής αγωγής, έξοδα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, κ.ά. ([www.Breastcancer.org](http://www.Breastcancer.org), [www.surgicaloncology.org](http://www.surgicaloncology.org), [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 2007)).

#### **iv. Στερεοστατική βιοψία**

Η στερεοστατική βιοψία, είναι μια τεχνική βιοψίας η οποία εκτελείται δια λεπτής βελόνης (17-18G) και με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή λαμβάνονται ακτινολογικές εικόνες.

Η μέθοδος αυτή εξασφαλίζει την τοποθέτηση της βελόνης της βιοψίας στην ακριβή θέση της βλάβης, ώστε να καταστεί δυνατή η λήψη δείγματος ιστού από μικρότερης έκτασης βλάβες ή εντοπισμένες αποτιτανώσεις ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G., 1992, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr))

#### **4.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις είναι πολύ σημαντικός και έχει μεγάλη σημασία, όχι μόνο για τη διάγνωση και πορεία της θεραπείας, αλλά και για την ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς στην αντιμετώπιση της ασθένειάς της.

Η γυναίκα που έρχεται να εξεταστεί υποψιαζόμενη ότι πάσχει από καρκίνο μαστού, χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί αρχίζοντας από τις εξετάσεις διάγνωσης και χρόνο για να γνωρίσει τα μέσα θεραπείας και τις επιπλοκές που τυχόν θα παρουσιαστούν.

Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα δώσει απαντήσεις, θα εξηγήσει, θα συμβουλευσει, θα υποστηρίζει και θα ανακουφίσει την ασθενή.

Με τον δικό της προσωπικό τρόπο θα εξηγήσει στη γυναίκα απλά και κατανοητά τη σημασία του ιστορικού, της επισκόπησης και της ψηλάφησης για τη διάγνωση της ασθένειας. Ακόμη την πληροφορεί για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν, το σκοπό και τον τρόπο που πρέπει να γίνουν. Μπορεί να

απαιτηθούν ειδικότερες εξετάσεις, όπως: ακτινολογικές, σπινθηρογράφημα, θερμογραφία, μαστογραφία κ.λπ.

Μέσα στα καθήκοντα της είναι να συνεργαστεί με το γιατρό για τη σωστή διεξαγωγή και λήψη των εξετάσεων, συμβάλλοντας και η ίδια με τις παρατηρήσεις της στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Πρωταρχικό όμως καθήκον και χρέος της νοσηλεύτριας είναι η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Καθώς επίσης το ειλικρινές ενδιαφέρον της, ο σεβασμός της προσωπικότητας της ασθενούς, την αγάπη και τη συνεχή της παρουσία κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με το διάλογο και την υποστήριξη συμβάλλει στην ανακούφιση και στην καθυσύχαση της ασθενούς.

Δίνοντας τις πληροφορίες για το σκοπό και την εκτέλεση των εξετάσεών της, βοηθάει στην καλύτερη διεξαγωγή τους και στην κατανόησή τους.

Με τον τρόπο αυτό η ασθενής συνεργάζεται καλύτερα και απαιτείται λιγότερος χρόνος.

Γιατί αισθάνεται γύρω της ανθρώπους που ενδιαφέρονται πραγματικά για την ανακούφιση της, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας της ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), )

## **4.7. ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

### **4.7.1. Τοπική διήθηση**

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ό, τι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Για το λόγο αυτόν, ο χειρουργός πρέπει να βγάζει αρκετό υγιή ιστό μαζί με τον όγκο. Η διήθηση είναι ευκολότερη σε χαλαρούς ιστούς, οι οποίοι διηθούνται εύκολα από τα νεοπλασματικά κύτταρα, γιατί τα τελευταία έχουν ελαττωμένη

συγκολλητικότητα, κάνουν αμοιβαδοειδείς κινήσεις και εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα και άλλες λυτικές ουσίες(Κονιάρη , 1991)

#### **4.7.2.Λεμφική διασπορά**

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με τη λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών αθροίσεων κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τύπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται πρώτα στους επιχώριους λεμφαδένες και κατόπιν στους λοιπούς.

Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, περίπου 60 -70% εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης. Σε αρκετό αριθμό περιπτώσεων, παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλειδίων, των υποκλειδίων και των έσω μαστικών λεμφαδένων. Εφόσον η καρκινωματώδης διήθηση διαπεράσει τον ηθμό, τον οποίο συνιστούν οι λεμφαδένες της μασχάλης και άλλων περιοχών, παρατηρείται εγκατάσταση μεταστάσεων στον υπεζωκότα, το περιτόναιο, τους βουβωνικούς και -στα προχωρημένα στάδια- σε όλους τους λεμφαδένες του σώματος.

Η λεμφική διασπορά του καρκίνου μετατρέπεται σε αιματογενή, όταν τα καρκινικά κύτταρα μέσω του θωρακικού πόρου μπουν στη φλεβική κυκλοφορία.

#### **4.7.3.Αιματογενής διασπορά**

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει

πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Για την ανάπτυξη μεταστάσεων, απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και η ανάπτυξή τους στη νέα θέση. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στην κυκλοφορία του αίματος, διηθώντας μικρές φλέβες ή, έμμεσα, με τη λεμφική κυκλοφορία.

Δια της αιματικής οδού, τα καρκινώματα του μαστού εγκαθίστανται κυρίως στους πνεύμονες, το ήπαρ, τα οστά της σπονδυλικής στήλης και της λεκάνης, τον εγκέφαλο, τα επινεφρίδια και άλλα όργανα. Για την ερμηνεία της διασποράς των μεταστάσεων στα οστά χωρίς πνευμονικές μεταστάσεις, υποστηρίχθηκε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπείρονται δια του παρασπονδυλικού φλεβικού δικτύου, το οποίο έχει απευθείας σύνδεση με το μαστό δια των μεσοπλεύριων αγγείων. Οι οστικές μεταστάσεις έχουν στις περισσότερες περιπτώσεις οστεολυτικό χαρακτήρα(Κονιάρη, 1991).

#### **4.8. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε, τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική του μοίρα. Αλλά, και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριό του, είναι δυνατό να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά.

Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο μικρότερη από 1 εκ., τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Αν είναι μέχρι 5 εκ., τότε με συχνότητα 20% οι

έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αν μεγαλύτερη από 5 εκ. τότε είναι διηθημένοι σε συχνότητα 38%.

Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη, όταν διηθηθούν οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες των μασχαλιαίων, τότε που ο καρκίνος εντάσσεται στο IV στάδιο και είναι ανεγχείρητος.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλάσματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επί ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου, όπως είναι η πυκνότητά του, η αιμάτωση του και το λεμφικό του δίκτυο κ.λπ. (Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., 2005)

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις:

- § Στα οστά (συχνότερα της πυέλου και στο μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%
- § Στο συκώτι σε συχνότητα 65%
- § Στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%
- § Στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%.

Επίσης, σε μικρότερη συχνότητα, εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στην καρδιά.

Αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού (2%), τις περισσότερες φορές, φαίνεται πως αποτελεί λεμφική μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο. Αυτό αποδεικνύεται από την ομοιότητα του ιστολογικού τύπου του καρκίνου. Αν, όμως, οι δύο τύποι διαφέρουν, τότε μπορούμε να παραδεχθούμε τη συμπτωματική τους συνύπαρξη.

Οι μεταστάσεις δυνατό να είναι και τοπικές, δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού, που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητική ή συντηρητική. Τέτοιες μεταστάσεις είναι μασχαλιαίες, παραστερνικές και στο



θωρακικό τοίχωμα και απαντώνται σε συχνότητα 7-30%( Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

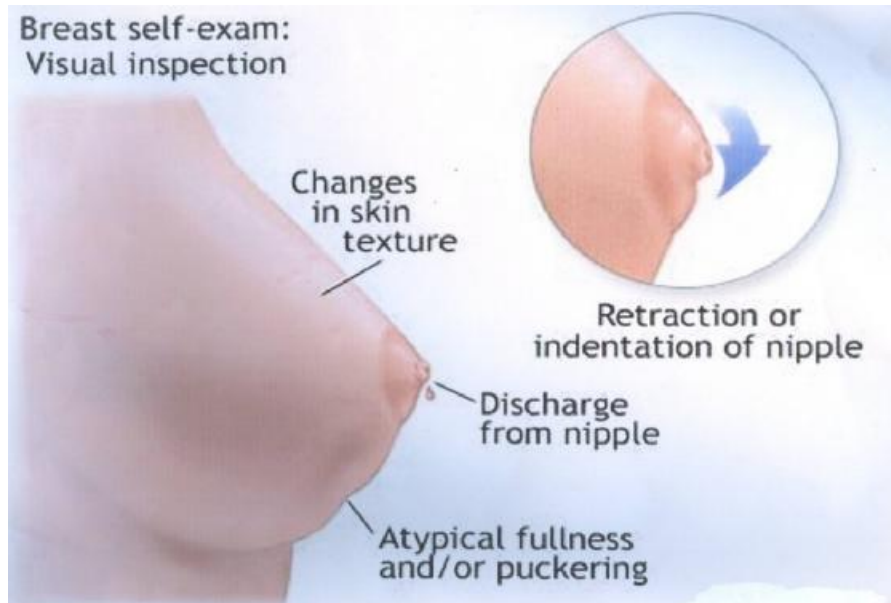
### 5.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση του μαστού, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρή μάζα στο μαστό είτε μικρή είτε μεγάλη, κινητή ή ακίνητη. Τότε είναι η κατάλληλη στιγμή όπου επιβάλλεται να ζητηθεί ιατρική βοήθεια. Σε περίπτωση που το ογκίδιο παραμεληθεί και δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια, προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους γύρω ιστούς και λεμφαδένες, γίνεται ακίνητο και ανώμαλο, κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο(Κονιάρη, 1991).

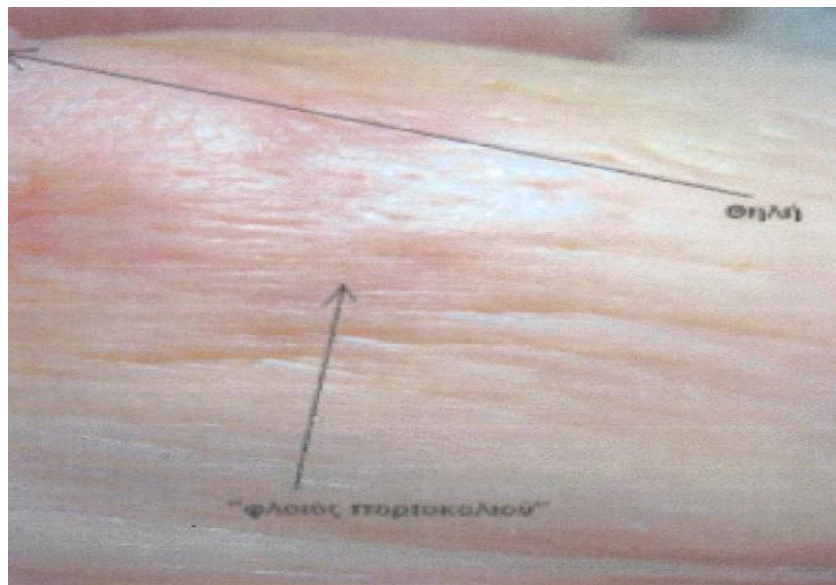
Ο καρκίνος του μαστού, εμφανίζεται πιο συχνά στον αριστερό μαστό και το άνω και έξω τεταρτημόριο, συνήθως συνοδεύεται από τα παρακάτω συμπτώματα:

- Ογκίδιο, συνήθως ανώδυνο, σκληρό και ακίνητο
- Εισολκή του δέρματος πάνω από τη μάζα
- Εισολκή της θηλής όταν ο όγκος αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού
- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής
- Εξέλκωση της θηλής
- Θερμότητα και ερυθρότητα λόγω της υπεραιμίας, καθώς και οίδημα στο σημείο εντοπισμού του ογκιδίου
- Ασυμμετρία, αύξηση βάρους ή και σχετική ανύψωση του μαστού που εμφανίζεται ο όγκος, σε σύγκριση με τον έτερο μαστό
- Διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο

- Αίσθημα πόνου στο πάσχοντα μαστό σε πολύ προχωρημένο στάδιο(Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991).



*Εικόνα 1. Εισολκή και ορώδη έκκριση της θηλής(www.breastcancer.org)*



*Εικόνα 2. Δέρμα με χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού. Χαρακτηριστική εισολκή της θηλής(www.breastcancer.org)*

Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα που συνήθως σχετίζονται με τα προχωρημένα στάδια της νόσου και περισσότερο με τα ζωτικά όργανα που παρουσιάζονται οι μεταστάσεις όπως:

- Φλεγμονή, οίδημα, βήχας, δύσπνοια από πνευμονική μετάσταση
- Πόνος στο θώρακα ή το στήθος από διήθηση του υπεζωκότα
- Άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση
- Κοιλιακοί πόνοι
- Ίκτερος
- Κεφαλαλγία
- Διπλωπία(Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991).

## 5.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού δεν αποβλέπει τόσο στον καθορισμό του εγχειρήσιμου από τον ανεγχείρητο καρκίνο, όσο στην εκτίμηση της πρόγνωσης, που εξαρτάται από τις μεταστάσεις του.

**Σύστημα Columbia**(Κονιάρη, 1991).

- Ø **Στάδιο I:** καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού, έχει διάμετρο μικρότερη των 2 cm, χωρίς μεταστατικές διηθήσεις και απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Ø **Στάδιο II:** Ο καρκίνος επεκτάθηκε έως την επιφάνεια του μαστού. Διάμετρος όγκου μικρότερη των 5 cm, λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί και ευκίνητοι, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- Ø **Στάδιο III:** Διάμετρος όγκου μεγαλύτερη των 5 cm, με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα,

πιθανές μεταστάσεις ή διηθήσεις στους επιχώριους λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες διαστάσεις.

- Ø **Στάδιο IV:** Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις μέσω του αίματος ή της λέμφου, σε απομακρυσμένα όργανα, ιστούς ή ακόμα και στα οστά ή στον έτερο μαστό (Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) , [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr) ).

### **Σύστημα TNM**

Για τον ευρύτερο και πιο συγκεκριμένο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της, η UICC (Union Internationale Contre Cancer) και η AJC (American Joint Commmity), εισήγαγαν ένα σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού, που χρησιμοποιείται πλέον παγκοσμίως, το λεγόμενο TNM.

Η σταδιοποίηση αυτή χρησιμοποιείται για τους στερεούς όγκους. Τα γράμματα TNM αντιπροσωπεύουν αντίστοιχα τον όγκο (T-tumor), τους αδένες (N-Nodes) και τις μεταστάσεις (M-Metastasis). Κάθε ένα από αυτά τα κριτήρια είναι χωριστά απαριθμημένο και ζευγαρωμένο με έναν αριθμό του σταδίου TNM. Για π.χ. , ένας καρκίνος του μαστού που χαρακτηρίζεται ως «T1N2M0» θα ήταν ένας καρκίνος με έναν όγκο T1, εμπλοκή βαθμού N2 του λεμφαδένα, και καμία μετάσταση (Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)).

<b><u>Όγκος</u></b>	
T0	Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου
T1, T2, T3	Προοδευτική αύξηση στο μέγεθος του όγκου
<b><u>Αδένες</u></b>	Οι περιφερικοί λεμφαδένες δεν φαίνονται παθολογικά
N0	Προοδευτική επέκταση των περιφερικών παθολογικών λεμφαδένων
N1, N2, N3	
<b><u>Μετάσταση</u></b>	
M0	Δεν υπάρχει ένδειξη μετάστασης των καρκινικών κυττάρων
M1, M2, M3	Προοδευτική αύξηση της μετάστασης των καρκινικών κυττάρων σε απομακρυσμένα όργανα, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι λεμφαδένες που βρίσκονται σε απόσταση από την πρωτοπαθή εντόπιση του κακοήθους νεοπλασματος.

*Πίνακας 1. Περιληπτική απεικόνιση του συστήματος TNM (Μαλγαρινού , Κωνσταντινίδου, 2003)*

Ο βαθμός κακοήθειας (Grades) του καρκίνου προσδιορίζεται ανάλογα με την εμφάνιση των κακοήθων κυττάρων, δηλαδή του μεγέθους τους, του μεγέθους του πυρήνα τους, τον αριθμό μιτώσεων και το βαθμό πρόσληψης χρωστικής. Έτσι προκύπτουν οι παρακάτω βαθμοί και η συχνότητά τους στον καρκίνο του μαστού:

§ G1, με συχνότητα 3%

§ G2, με συχνότητα 27%

§ G3, με συχνότητα 70% (Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν., 2005).

### 5.3. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση.

Γενικά στην πρόγνωση είναι δυνατόν να βοηθήσουν:

- Ø Η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού
- Ø Ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
- Ø Οι αγγειακές διηθήσεις
- Ø Το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου
- Ø Το μέγεθός του και το φλεγμονώδες αυτού
- Ø Ο ιστολογικός του τύπος
- Ø Η διαφοροποίησή του
- Ø Η σταδιοποίηση του όγκου και η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων.

(Παπανικολάου, 1994, [www.nci.com](http://www.nci.com), 2006, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr), Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007, Μαρκόπουλος, 2007).

Όσον αφορά τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι υψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40% ενώ όταν είναι χαμηλή φτάνει το 20%.

Όσον αφορά τη σταδιοποίηση, όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό, τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90%. Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60%, αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα δέκα χρόνια από τη διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς, έχει φανεί πως σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο του μαστού, ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι, το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς, θα «απαντήσουν» στην αντιοιστρογονική θεραπεία, ενώ λιγότερο από το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς, θα έχουν κάποια κλινική «απάντηση»

βελτίωσης μετά από την αντιοιστρογονική θεραπεία(Κονιάρη, 1991, Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007, Γλέντης, 2007, [www.chios-medical.gr](http://www.chios-medical.gr)).

<b>ΣΤΑΔΙΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ 5ΕΤΟΥΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ</b>
<i>ΣΤΑΔΙΟ I</i>	85%
<i>ΣΤΑΔΙΟ II</i>	66%
<i>ΣΤΑΔΙΟ III</i>	41%
<i>ΣΤΑΔΙΟ IV</i>	10%

*Πίνακας 2. Ποσοστά 5ετούς επιβίωσης ανά στάδιο της νόσου([www.chios-medical.gr](http://www.chios-medical.gr)).*

<b>ΣΤΑΔΙΑ</b>	<b>5ετής επιβίωση</b>	<b>10ετής επιβίωση</b>
αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

*Πίνακας 3. Ποσοστά 5ετούς και 10ετούς επιβίωσης σε σχέση με τα στάδια της νόσου και την εμπλοκή των λεμφαδένων στην κακοήθεια ([www.chios-medical.gr](http://www.chios-medical.gr)).*



Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, δεν είναι ο ίδιος ο καρκίνος, αλλά μια σειρά άλλων αιτίων, που κατά σειρά συχνότητας είναι οι εξής:

- Ø Πνευμονική ανεπάρκεια (26%)
- Ø Λοίμωξη (24%)
- Ø Καρδιακή ανεπάρκεια (15%)
- Ø Άλλες επιπλοκές (20%) ([www.cancer.gr](http://www.cancer.gr), Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου , 2003)

**Γενικοί παράγοντες** που δυνητικά η ύπαρξή τους μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση είναι οι εξής:

- § Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- § Ρυθμός αύξησης του όγκου
- § Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- § Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες (CEA με φυσιολογική τιμή <5 mg/ml, CA 125 με φυσιολογική τιμή <35U/ml, CA 15, 3 με φυσιολογική τιμή <30U/ml, αλκαλική φωσφατάση, ορμονικοί υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης)
- § Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς
- § Εμφάνιση καρκίνου μαστού σε ηλικία 30 ετών έχει βαρύτερη πρόγνωση
- § Η προφυλακτική στείρωση σε ασυμπτωματικές γυναίκες ανήκει στους αμφιλεγόμενους παράγοντες
- § Ανάπτυξη καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας(Κονιάρη, 1991, Thompson M.W., McInnes R.R., Willard H.F., 1992)

**Τοπικοί παράγοντες** που δυνητικά η ύπαρξή τους μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση είναι οι εξής:

- § Τοπική έκταση του όγκου
- § Μετακίνηση ή καθήλωση του όγκου
- § Παρουσία οιδήματος
- § Φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος
- § Παρουσία περιμετρικών οζιδίων
- § Ιστική θέση του όγκου
- § Προσβολή της θηλής
- § Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ του καρκινώματος και του φυσιολογικού μαστού(Κονιάρη, 1991, Thompson M.W., McInnes R.R., Willard H.F., 1992 , Μαρκόπουλος, 2007, [www.chios-medical.gr](http://www.chios-medical.gr))

**Παθολογοανατομικοί παράγοντες** που δυνητικά η ύπαρξή τους μπορεί να επηρεάσει την πρόγνωση, είναι οι εξής:

- § Το μέγεθος του όγκου
- § Λεμφαδενικές μεταστάσεις
- § Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- § Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων, όταν αυτοί είναι προσβεβλημένοι.
- § Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση των μυών, νεύρων και αγγείων.
- § Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση(Κονιάρη, 1991, [www.chios-medical.gr](http://www.chios-medical.gr))

#### 5.4. ΝΕΟ ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μια νέα εξέταση που μπορεί να γίνει πάνω σε καρκίνους του μαστού, θα έχει τη δυνατότητα να δώσει με πολύ μεγάλη ακρίβεια, πληροφορίες για την πρόγνωση της ασθενούς. Η εξέταση αυτή είναι τα επίπεδα της κυκλίνης E (Cyclin E protein), σε όγκους (με τη μέθοδο western blot).

Οι πληροφορίες αυτές θα επιτρέπουν στους γιατρούς να καθορίζουν με πιο ορθό τρόπο τις γυναίκες εκείνες, οι οποίες πράγματι χρειάζεται να υποβληθούν σε δύσκολες και δυσάρεστες θεραπείες, όπως π.χ. χημειοθεραπεία.

Σήμερα, δυστυχώς, δεν υπάρχουν τρόποι καλύτερου προσδιορισμού της φυσικής εξέλιξης και πρόγνωσης ορισμένων καρκίνων του μαστού και ιδιαίτερα αυτών που εκδηλώνονται σε χαμηλά επίπεδα (Ιωσιφίδης, 2008).

Το αποτέλεσμα είναι ότι πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία ενώ είναι πολύ πιθανόν ότι η θεραπεία αυτή, δεν τις βοηθά και τους προκαλεί βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, ανεπιθύμητες παρενέργειες.

Η χημειοθεραπεία έχει τις δυνατότητες να καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα. Παράλληλα, όμως, προκαλεί σοβαρές παρενέργειες και μπορεί να έχει μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, από την αρχή της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, να υπάρχουν τρόποι που θα προσδιορίζουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια, ποιες ασθενείς θα επωφεληθούν από μια χημειοθεραπεία και ποιες όχι.

Γιατροί από το αντικαρκινικό κέντρο του πανεπιστημίου του Τέξας, εξέτασαν τα επίπεδα κυκλίνης E (Cyclin E protein) σε όγκους πάνω από 395 γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού.

Μετά από τις μετρήσεις των επιπέδων κυκλίνης με τη μέθοδο Western blot, εξέτασαν τη σχέση των επιπέδων αυτών με το στάδιο του καρκίνου, την πρόγνωση και την επιβίωση των ασθενών.

Τα ευρήματά τους έχουν μεγάλη σημασία και είναι τα ακόλουθα:

- § Τα επίπεδα της κυκλίνης E μέσα στους όγκους, συσχετίζονται πολύ στενά με την επιβίωση των ασθενών.
- § Σε 114 γυναίκες με καρκίνο του μαστού στο στάδιο I, δηλαδή χωρίς εντοπισμό στους λεμφαδένες της μασχάλης, υπήρχαν 102 γυναίκες που είχαν χαμηλά επίπεδα της κυκλίνης E. Από τις γυναίκες με στάδιο I καρκίνο του μαστού και με χαμηλή κυκλίνη, δεν πέθανε καμία στα 5 χρόνια από τη διάγνωση.
- § Από τις 114 γυναίκες με καρκίνο μαστού στο στάδιο I, οι 12 ασθενείς είχαν υψηλά επίπεδα κυκλίνης E. Από αυτές καμία δεν επιβίωσε κατά την ίδια περίοδο.
- § Στις γυναίκες με καρκίνο μαστού στο στάδιο I, υπήρχε 100% επαλήθευση ότι αυτές που παρουσίαζαν στον όγκο τους υψηλά επίπεδα κυκλίνης E, είχαν και κακή πρόγνωση.
- § Στις γυναίκες με καρκίνο σε πιο προχωρημένο στάδιο, δηλαδή ο καρκίνος είχε φθάσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, η ακρίβεια της προγνωστικής συσχέτισης ανερχόταν στο 90% (Ιωσιφίδης, 2008).
- § Η προγνωστική αξία του νέου αυτού τεστ είναι 8 φορές μεγαλύτερη για τις ασθενείς με στάδιο I καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τα τεστ που υπάρχουν τώρα, τα οποία βασίζονται στο μέγεθος του όγκου και στο πόσο μακριά έχουν εξαπλωθεί τα καρκινικά κύτταρα.

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι, τα επίπεδα κυκλίνης E, θα μπορούσαν να καθορίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού.

Η πρωτεΐνη κυκλίνης E, ρυθμίζει το κύκλο πολλαπλασιασμού των κυττάρων και επηρεάζει τη φυσική εξέλιξη των κυττάρων του καρκίνου του μαστού.

Η κυκλίνη E υπάρχει επίσης και σε άλλους καρκίνους όπως σε αυτούς των πνευμόνων και των ωοθηκών. Διεξάγονται στο ίδιο νοσοκομείο έρευνες που έχουν στόχο να βρουν κατά πόσο η κυκλίνη έχει την ίδια προγνωστική αξία και στους καρκίνους αυτούς.

Συμπερασματικά, τα επίπεδα της κυκλίνης E έχουν σημαντικά μεγαλύτερη προγνωστική αξία σε σύγκριση με τους άλλους δείκτες που υπάρχουν σήμερα. Εάν και άλλες έρευνες επιβεβαιώσουν τα πρώτα αυτά συμπεράσματα, αυτό σημαίνει ότι θα καθορίζονται με καλύτερο τρόπο, οι θεραπείες που απαιτούνται για τα διάφορα στάδια του καρκίνου του μαστού. Έτσι, γυναίκες με άσχημη πρόγνωση, θα χρειάζονται λιγότερες θεραπείες με λιγότερους κινδύνους και βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Ιωσιφίδης, 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### **6.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξετασθεί σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σήμερα, μια σειρά προβληματισμοί που είχαν να κάνουν με την ταχεία αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού κατέληξαν στο εξής συμπέρασμα:

*«Να το πιάσεις σωστά είναι περισσότερο σημαντικό από το να το ξεφορτωθείς γρήγορα».*

Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται:

- § Μέγεθος όγκου
- § Ιστολογικό τύπο
- § Στάδιο της νόσου
- § Μικροσκοπική εμφάνιση
- § Αριθμό μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο.
- § Ηλικία της γυναίκας

Επίσης μια σειρά εξετάσεων που έχουν σαν σκοπό την απάντηση σε μερικά ερωτηματικά για συμπληρωματικούς χειρισμούς.

- § Μέτρηση πρωτεϊνικών υποδοχέων
- § Ανάλυση DNA όγκου
- § Ανάλυση κυτταρικού κύκλου
- § Μέτρηση αυξητικού παράγοντα
- § Ανοσοϊστοχημική μελέτη

Τελικά μετά από όλη αυτή την ανάλυση μιας σειράς παραγόντων, ο ιατρός καλείται να εφαρμόσει μια θεραπευτική προσέγγιση που αντιστοιχεί στην ασθενή του. Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία, η κυτταροστατική θεραπεία, η χημειοθεραπεία, η ανοσοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία(Σπηλιώτης, 1999)

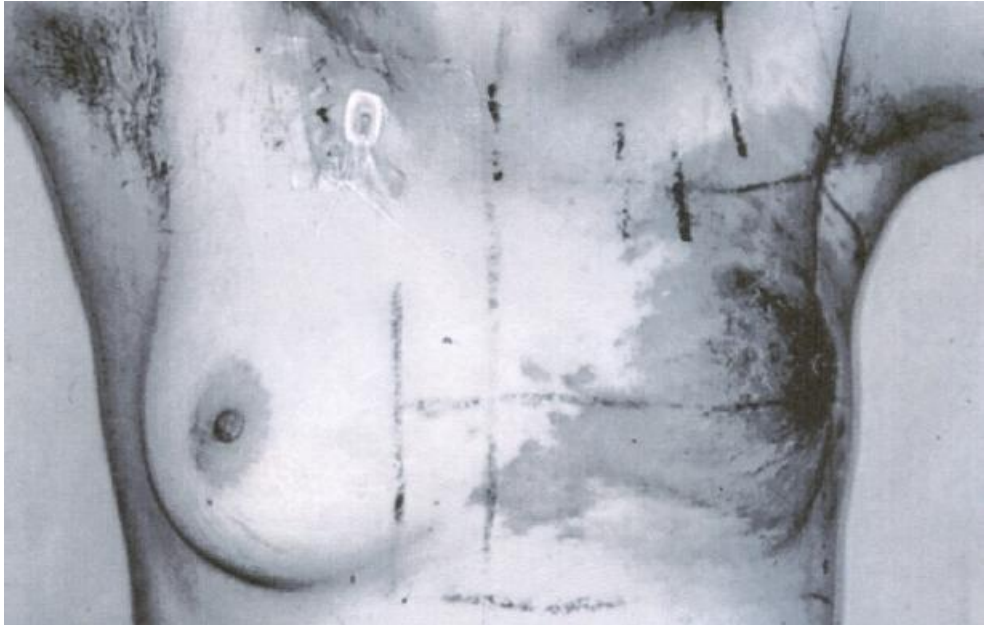
## **6.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ένας καρκίνος του μαστού μπορεί να προέρχεται μόνο από τον μαστικό αδένα.

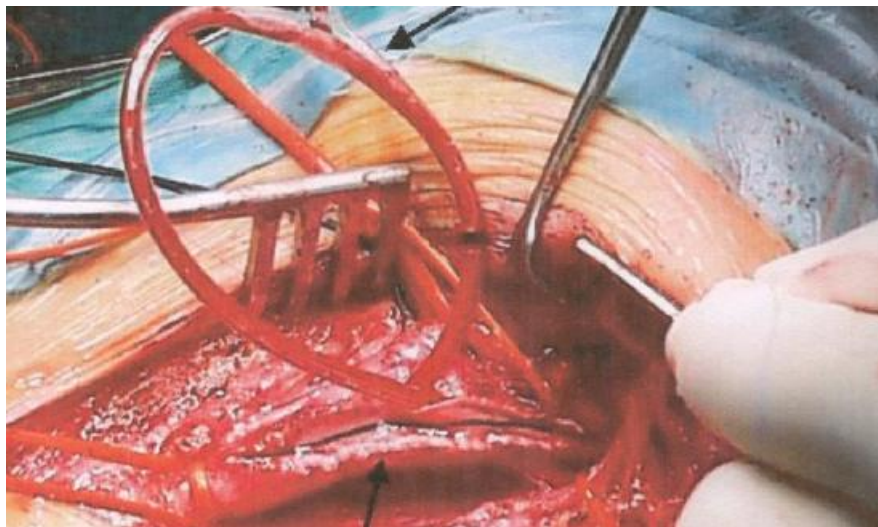
Για το λόγο αυτό είναι η αφαίρεση του μαστικού αδένα ο αποκλειστικός σκοπός μας σε κάθε εγχείρηση καρκίνου του μαστού. Ο επιστημονικός όρος επί του προκειμένου είναι η λέξη «μαστεκτομή» (από τα ελληνικά) ή «Ablatio mammae» (από τα λατινικά).

Τα σημερινά δεδομένα των εγχειρήσεων μαστεκτομής επεκτείνονται σε τρεις βασικές επεμβάσεις. Σε όλες τις επεμβάσεις διενεργείται η αφαίρεση του μαστικού αδένα με τον περίξ αυτού λιπώδη και συνδετικό ιστό. Επιπλέον, αφαιρούνται η θηλή του μαστού και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Η αναγκαιότητα για την αφαίρεση της θηλής του μαστού προκύπτει από την ανατομική της σχέση:

Στην θηλή του μαστού εκβάλλουν όλοι οι γαλακτοφόροι πόροι. Κάθε τμήμα ιστών, το οποίο μέσα στον μαστικό αδένα είναι ελεύθερο, καταλήγει αναντίρρητα στην θηλή του μαστού. Επειδή ο καρκίνος δημιουργείται στον μαστικό αδένα, μπορούν να καταλήγουν καρκινικά κύτταρα, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων, απ' ευθείας στη θηλή του μαστού. Για τον λόγο αυτό αποτελεί η θηλή του μαστού σε καρκίνο του μαστού το τμήμα με το μεγαλύτερο κίνδυνο(Τοκμακίδης, 2001, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr), Γλέντης, 2007)



*Εικόνα 1. Μαστεκτομή(Γλέντης, 2007)*



*Εικόνα 2. Ακρωτηριασμός μαστού([www.cancer.gr](http://www.cancer.gr))*

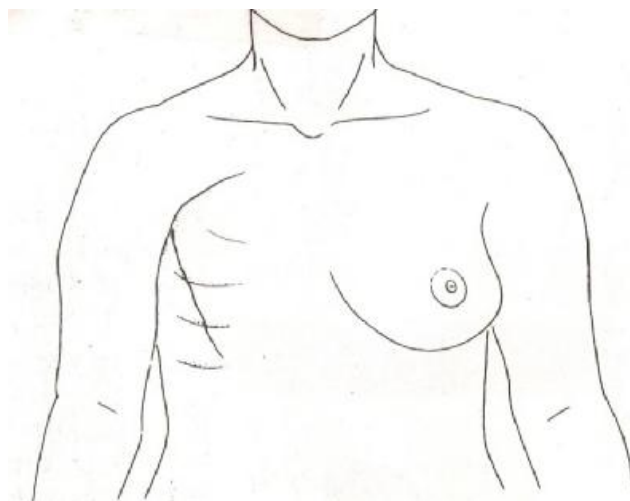
### **6.2.1. Ριζική μαστεκτομή (κατά Rotter-Halsted)**

Αυτή η ριζική μορφή όλων των μαστεκτομών έχει προταθεί από τον Halsted το 1896 και συνεχίζεται να εκτελείται ακόμη και σήμερα από τους περισσότερους χειρουργούς, αλλά σε μικρότερη έκταση. Παράλληλα, προς τον μαστικό αδένα αφαιρούνται ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς καθώς επίσης



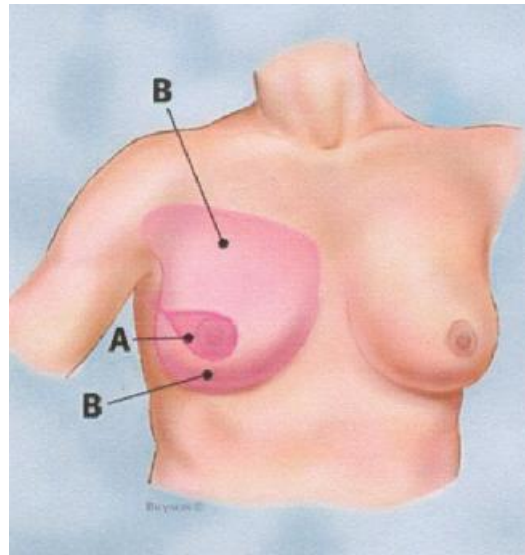
και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Από τον μείζονα θωρακικό μυ παραμένει μόνο η κλειδική μοίρα αυτού. Φροντίζουμε να αποφύγουμε τραυματισμό του θωρακοραχιαίου νεύρου και επίσης του μακρού θωρακικού νεύρου του Bell. Η τομή έχει μια λοξή πορεία από άνω και έξω προς τα κάτω και έσω. Η τεχνική της προϋποθέτει τομή του υποδορίου ιστού, της εκφύσεως του μείζονος θωρακικού μυός (εκτός από την κλειδική του μοίρα) και τομή της καταφύσεως του στο βραχιόνιο οστόν. Κατόπιν παρασκευάζεται η κατάφυση του ελάσσονος θωρακικού μυός στην κορακοειδή απόφυση, όπου τέμνεται, αφού προηγουμένως διανοιχθεί το πέταλο της κλειδοκορακομασχαλιαίας θήκης.

Στη συνέχεια, αφού κοπεί το οπίσθιο πέταλο της θήκης, λαμβάνει χώρα η απολίνωση όλων των αγγείων που οδηγούν στους θωρακικούς μυς και στον μαστικό αδένα. Τέλος, μετά την εξαίρεση του κυτταρολιπώδους ιστού της μασχαλιαίας κοιλότητας και του επιμελημένου καθαρισμού αυτής, αποκαλύπτονται ο πρόσθιος άνω οδοντωτός μυς, ο υποπλάτιος μυς και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Η εγχείρηση αυτή θα πρέπει να επιλέγεται τότε μόνο, όταν ο μυς εμφανίζει μεταστάσεις. Η τομή δεν μπορεί να θεωρηθεί με τα σημερινά δεδομένα ως επίκαιρη(Τοκμακίδης, 2001).



*Εικόνα 3. Το πρόσθιο τοίχωμα μετά από ριζική μαστεκτομή κατά Rotter-Halsted. Επειδή έχουν αφαιρεθεί ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς,*

διαγράφονται κάτω από το δέρμα οι πλευρές. Η λοξή διαδρομή της ουλής τονίζει τον ακρωτηριάζοντα χαρακτήρα αυτής της μεθόδου(Τοκμακίδης, 2001).



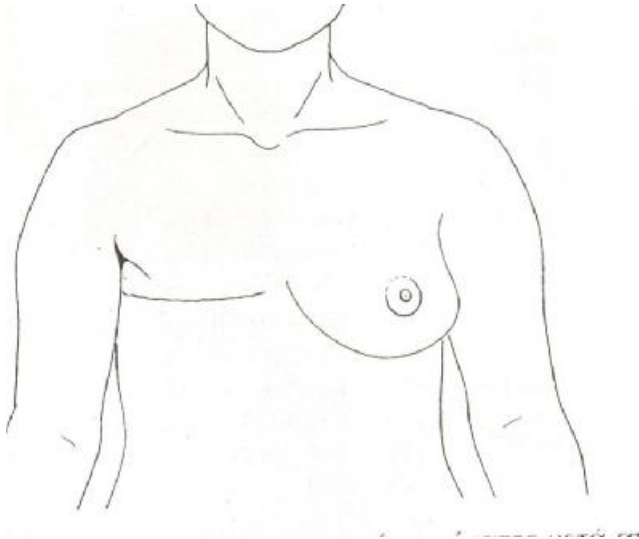
**Εικόνα 4.** Αφαιρείται όλος ο μαστός, γίνεται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός και αφαιρούνται και οι μύες του θώρακα κάτω από τον μαστό. Έχει καταργηθεί καθώς έχει τα ίδια αποτελέσματα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Χρησιμοποιείται μόνο όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει τους μύες του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος(Τοκμακίδης, 2001).

### **6.2.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (κατά Patey)**

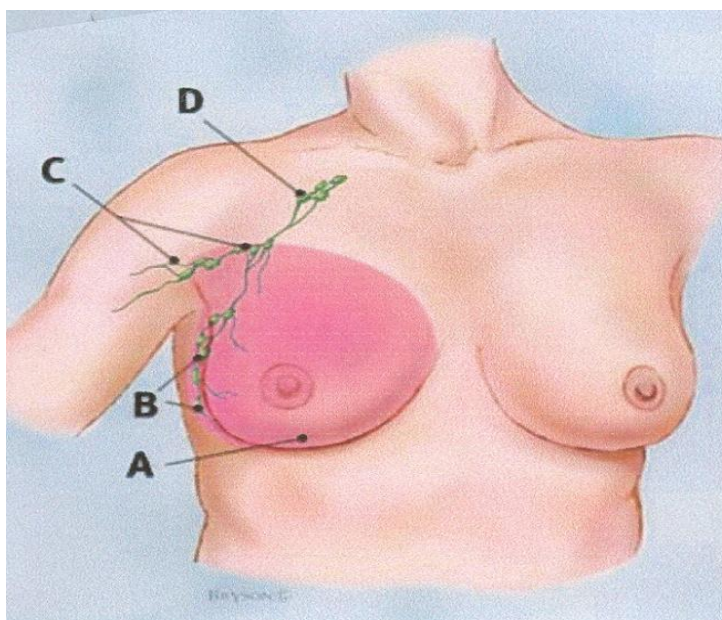
Σε αυτήν την ολιγότερο ριζική μαστεκτομή δεν αφαιρείται ο μείζων θωρακικός μυς και επιλέγεται μία οριζόντια τομή. Η αφαίρεση του μαστικού αδένου, του ελάσσονος θωρακικού μύος και ο πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός I, II και III επιπέδου της μασχαλιαίας κοιλότητας διενεργείται όπως και κατά την ριζική μαστεκτομή.

Με τη διατήρηση του μείζονος θωρακικού μύος γίνεται το είδος αυτό της εγχειρήσεως ολιγότερο επιβαρυντικό για την ασθενή και ο θώρακας διατηρεί μια καλύτερη περίμετρο. Η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μύος δεν έχει

δυσμενείς επιπτώσεις για την κινητικότητα του σύστοιχου βραχίονα(Τοκμακίδης, 2001).



*Εικόνα 5. Σχηματική εικόνα πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή κατά Patey. Κατά τη μέθοδο αυτή διατηρείται ο μείζων θωρακικός μυς. Παρά την επίπεδη επιφάνεια του θώρακα διατηρεί ο θώρακας την περιμέτρό του και η οριζόντια ουλή υποπίπτει στην αντίληψη ολιγότερο από ότι η λοξή(Τοκμακίδης, 2001).*



*Εικόνα 6. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Είναι η συχνότερα εφαρμοζόμενη μέθοδος μαστεκτομής. Γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης επιπέδων I και II(Γλέντης, 2007).*

### **6.2.3. Περιορισμένη ριζική μαστεκτομή**

Αυτή η μέθοδος παριστάνει την πλέον ελαφρά μορφή της μαστεκτομής. Αντιστοιχεί στην από τον Patey υποδειχθείσα μέθοδο, 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 μία μελλοντική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι υπαρκτή και ευνοϊκή(Τοκμακίδης, 2001).

### **6.2.4. Αφαίρεση των λεμφαδένων**

Η πραγματική απειλή σε έναν καρκίνο προέρχεται από τον κίνδυνο των μεταστάσεων. Με τον όρο αυτό αντιλαμβάνεται κανείς την εγκατάσταση καρκινικών κυττάρων σε άλλη θέση του σώματος μέσω της λεμφικής οδού ή των αιμοφόρων αγγείων. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνει με την ανάπτυξη του όγκου σε μέγεθος, διότι το αναπτυσσόμενο καρκίνωμα μπορεί να διηθήσει τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία.

Με τη διάβρωση τα καρκινικά κύτταρα μπορούν να εισχωρήσουν στα αγγεία και να προκαλέσουν μεταστάσεις. Τα καρκινώματα εμφανίζουν μεταστάσεις πρωτογενώς με τη λεμφική οδό, δηλαδή τα καρκινώματα διαβρώνουν αρχικά τα λεμφαγγεία. Μέσω των λεμφαγγείων φθάνουν τα καρκινικά κύτταρα στα λεμφογάγγλια, όπου τα κύτταρα κατακρατούνται, δηλαδή στο σημείο αυτό τα λεμφαγγεία «φιλτράρονται» από τα καρκινικά κύτταρα.

Με τον τρόπο αυτό τα λεμφογάγγλια κρατούν τα καρκινικά κύτταρα μακριά από τον υπόλοιπο οργανισμό και παρεμποδίζουν μια αχαλιναγώγητη διασπορά των καρκινικών κυττάρων. Αυτή η προστατευτική λειτουργία επιτυγχάνεται από την δυνατότητα κατακράτησης των λεμφογαγγλίων όσον αφορά τα καρκινικά κύτταρα. Επιπλέον το μεταστατικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί περαιτέρω και μετά τα λεμφογάγγλια. Όταν τα καρκινικά κύτταρα διαβρώνουν τα τοιχώματα ενός λεμφαγγείου, παρεμβάλλεται το επόμενο λεμφογάγγλιο ως νέο εμπόδιο. Με την δίοδο των κυττάρων από τον πρώτο φραγμό των λεμφογαγγλίων αυξάνει ο κίνδυνος μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων αλματωδώς(Τοκμακίδης, 2001).

Το μεγαλύτερο μέρος των λεμφαγγείων του μαστού καταλήγει στα λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας κοιλότητας. Για δύο λόγους αποτελεί η αφαίρεση αυτών των λεμφογαγγλίων το σημαντικό στοιχείο κάθε εγχείρησης του μαστού:

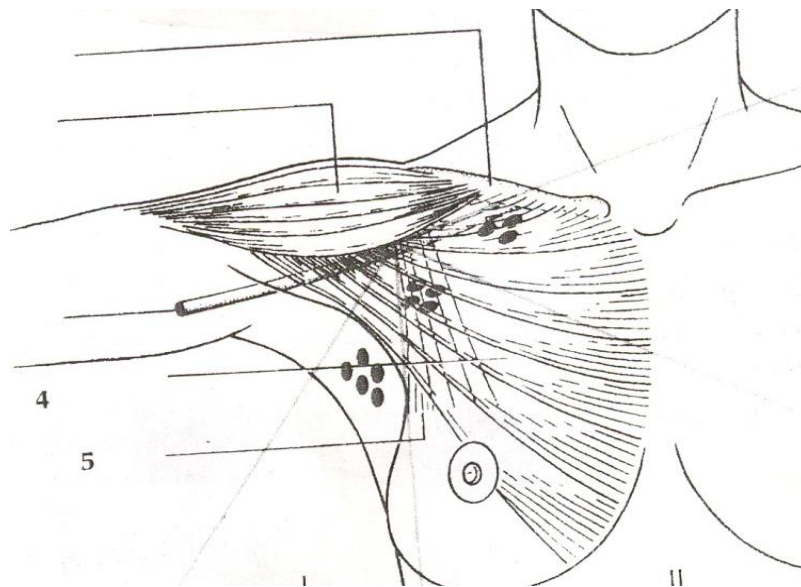
- § Τα λεμφογάγγλια μπορούν να είναι προσβεβλημένα από καρκινικά κύτταρα. Με την αφαίρεση αυτών παρεμποδίζεται ο κίνδυνος μιας περαιτέρω ανάπτυξης ενός των λεμφαδένων και μειώνεται η δυνατότητα μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων.
- § Η γνώση μιας ενδεχόμενης καρκινικής προσβολής των λεμφογαγγλίων παριστάνει ένα σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της παθήσεως και για την απόφαση σχετικά με μία περαιτέρω θεραπεία.

Τα αφαιρούμενα κατά τις διάφορους μεθόδους εγχειρήσεις λεμφογάγγλια ταξινομεί ο χειρουργός σε τρία επίπεδα:

- Ø **Επίπεδο I:** Λεμφαδένες στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας.
- Ø **Επίπεδο II:** Λεμφαδένες στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.
- Ø **Επίπεδο III:** Λεμφαδένες στην υποκλείδια χώρα(Τοκμακίδης, 2001).

Η χειρουργική αγωγή όσον αφορά αυτές τις τρεις ομάδες των λεμφαδένων δεν είναι ενιαία. Η πλειονότητα των ειδικών θεωρεί την αφαίρεση των λεμφογαγγλίων των επιπέδων I και II ως ικανοποιητική. Συνεπώς αφαιρούνται κατά κανόνα οι λεμφαδένες του επιπέδου I, συχνά του επιπέδου II και σπανίως του επιπέδου III.

Οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας φλέβας πρέπει να προσεχθούν και να μην αφαιρεθούν, διότι σε αυτούς εκβάλλουν τα λεμφαγγεία του βραχίονα. Εάν τραυματισθούν τα λεμφαγγεία αυτά, δημιουργείται ένα οίδημα του άνω άκρου, δηλαδή κατακράτηση και αύξηση των υγρών στους ιστούς, το οποίο ονομάζεται λεμφοίδημα(Τοκμακίδης, 2001).



**Εικόνα 7.** Σχηματική παράσταση των τριών επιπέδων των λεμφογαγγλίων.

1. Κλείδα, 2. Δελτοειδής μυς, 3. Μασχαλιαία αγγεία, 4. Μείζων θωρακικός μυς, 5. Ελάσσων θωρακικός μυς.

α) **Επίπεδο I:** Λεμφογάγγλια στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας

β) **Επίπεδο II:** Λεμφογάγγλια στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας  
κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

γ) **Επίπεδο III:** Λεμφογάγγλια στο υποκλείδιο χώρο(Τοκμακίδης, 2001).

### 6.2.5. Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού

Οι υποστηρικτές της διατήρησης του μαστού χειρουργοί μπορούν να αναφέρουν δύο σημαντικά επιχειρήματα:

- Ø Η τύχη της ασθενούς με έναν καρκίνο του μαστού εξαρτάται από τον όγκο στον μαστό. Αποφασιστικό είναι κυρίως, εάν ο όγκος κατά το χρονικό σημείο της εγχείρησης έχει διασκορπίσει ή όχι κύτταρα.
- Ø Ο ακρωτηριασμός με μια μαστεκτομή μπορεί να παριστάνει μια ακραία σωματική και ψυχική καταπόνηση στην πάσχουσα γυναίκα. Η διατήρηση του μαστού μπορεί να μεταβάλλει την κατάσταση αυτή και να βοηθήσει την ασθενή να φέρει σε πέρας την ασθένεια(Τοκμακίδης, 2001).

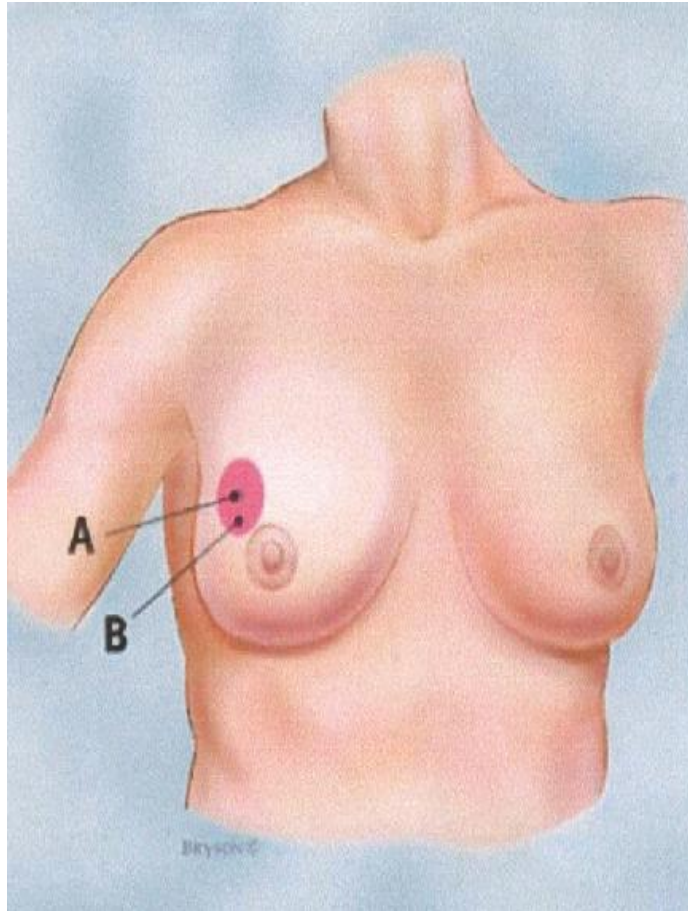
Η τάση για διεξαγωγή εγχειρήσεων καρκίνου του μαστού με διατήρηση αυτού αυξάνει συνεχώς τα τελευταία χρόνια. Όπως στην ριζική μαστεκτομή έτσι και στην προκειμένη περίπτωση δεν υπάρχει ενιαίο σχέδιο για την τεχνική της εγχείρησης για τη διατήρηση του μαστού. Οι διαφορετικές θέσεις αφορούν τόσο τις χειρουργικές μεθόδους, όσο και το ερώτημα, μέχρι σε ποιο μέγεθος του όγκου επιτρέπεται η διατήρηση του μαστού(Τοκμακίδης, 2001).

Αμφότεροι οι σκοποί, δηλαδή να αφαιρέσουμε τον όγκο και να διατηρήσουμε το μαστό, επιτρέπεται να είναι μεταξύ τους συνυφασμένοι, εάν η ασφάλεια για την τύχη της ασθενούς είναι εξασφαλισμένη. Κάτω από αυτές τις συνθήκες υπάρχουν για την αφαίρεση του όγκου με ταυτόχρονη διατήρηση του μαστού δύο χειρουργικές δυνατότητες:



α. Εγχείρηση με μερική αφαίρεση του μαστικού αδένα, δηλ. ευρεία τμηματεκτομή (μερική μαστεκτομή) και λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης (ογκεκτομή)

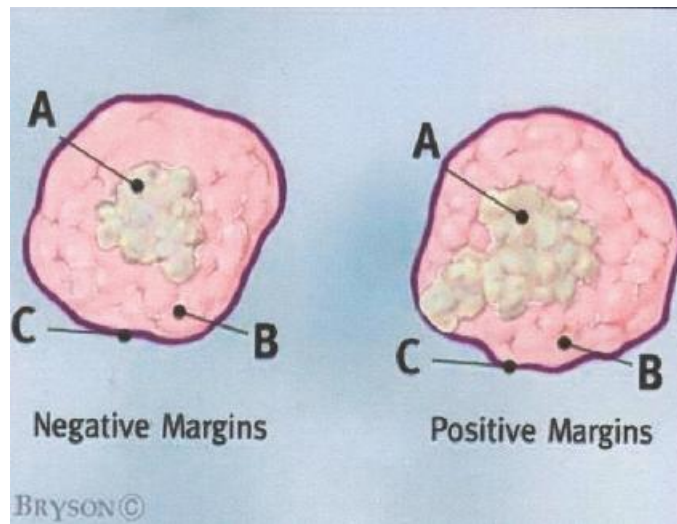
Ø Εκτομή του όγκου



*Εικόνα 8. Ογκεκτομή. Αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν υπάρχουν εκεί([www.Breast cancer.org](http://www.Breastcancer.org)).*



## Ø Εκτομή του τεταρτημορίου



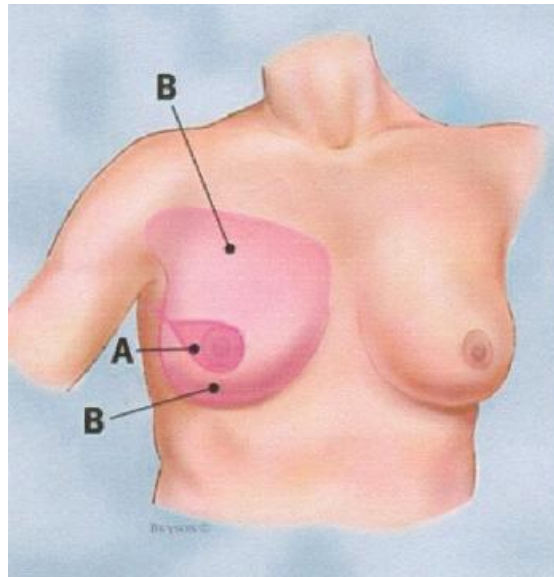
*Εικόνα 9. Η τεταρτεκτομή είναι μια άλλη μορφή επέμβασης με διατήρηση του μαστού και σημαίνει ότι θα αφαιρεθεί το ¼ του μαστού που περιέχει τον όγκο. Όποια μορφή περιορισμένης εκτομής και αν επιλεγεί, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο όγκος θα αφαιρεθεί σε υγιή όρια (αριστερή εικόνα)( Γλέντης, 2007).*

Η **ογκεκτομή** αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν υπάρχουν εκεί. Η τεταρτεκτομή είναι μια άλλη μορφή επέμβασης με διατήρηση του μαστού και σημαίνει ότι θα αφαιρεθεί το ¼ του μαστού που περιέχει τον όγκο. Όποια μορφή περιορισμένης εκτομής κι αν επιλεγεί, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο όγκος θα αφαιρεθεί σε υγιή όρια(Τοκμακίδης, 2001).

### **β. Εγχειρήσεις με πλήρη εκτομή του μαστικού αδένου (υποδόρια μαστεκτομή)**

Μία εγχείριση με διατήρηση του μαστού, κατά την οποία αφαιρείται 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 στη μαστεκτομή με ακρωτηριασμό(Τοκμακίδης, 2001).



***Εικόνα 10.** Υποδόριος μαστεκτομή. Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μέθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής. Προϋπόθεση να αφαιρείται πάντα η θηλή του μαστού και να μην διηθείται το δέρμα από τον καρκίνο:*

- α.** Το τμήμα δέρματος που αφαιρείται μαζί με την θηλή,*
- β.** Η έκταση του αδένα που αφαιρείται( Γλέντης, 2007).*

Η τομή στο δέρμα διενεργείται συνήθως στο έξω ήμισυ της κάτω πτυχής του μαστού. Η τομή στο σημείο αυτό εξασφαλίζει στον χειρουργό μια ικανοποιητική οπτική δυνατότητα και η μετεγχειρητική ουλή δεν είναι ορατή.

Η υποδόριος μαστεκτομή κατέστη δυνατή για πρώτη φορά κατά την δεκαετία του 1960, όταν αναπτύχθηκαν τα εμφυτεύματα της σιλικόνης. Με τον πρώτο ενθουσιασμό σχετικά με το νέο υλικό ως «υποκατάστατο του μαστού» πιστέψαμε τότε, ότι μπορούμε να αντικαταστήσουμε μαστικό αδένα, ο οποίος κινδυνεύει. Η αισιοδοξία όμως αποχωρούσε σταθερά. Αναρίθμητες επιπλοκές

μετά από υποδόρια μαστεκτομή έχουν απογοητεύσει τους ιατρούς και έγινε σαφές, ότι αυτή η χειρουργική θεραπεία είναι μια δαπανηρή επέμβαση, της οποίας πιθανοί κίνδυνοι απαιτούν ένα λεπτομερή προγραμματισμό και μία διεξαγωγή με μεγάλη φροντίδα.

Το πλαίσιο των προϋποθέσεων για τις εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού ευρίσκεται πάντοτε στο επίκεντρο των συζητήσεων στα ιατρικά συνέδρια. Παρά τις διαφορετικές απόψεις υφίσταται σχετικά με ορισμένες προϋποθέσεις μια κοινή γραμμή:

- Ø Απαραίτητη προϋπόθεση πρέπει να είναι η εξασφάλιση της συναινέσεως της ασθενούς όταν χειρουργούμε καρκίνο μαστού και διατηρούμε το μαστό.
- Ø Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού θα πρέπει να διενεργηθούν, όταν υπάρχει μια συνεργασία μεταξύ του χειρουργού ιατρού, του παθολογοανατόμου και του ακτινοθεραπευτού ιατρού και εξασφαλίζεται μια πλήρης ανταλλαγή πληροφοριών. Η διεξαγωγή μιας ενδεδειγμένης ακτινοθεραπείας και μια μετεγχειρητική φροντίδα χωρίς κενά πρέπει να εξασφαλιστεί.
- Ø Κάθε εγχείρηση καρκίνου του μαστού πρέπει να συνοδεύεται και με αφαίρεση των λεμφαδένων από την μασχαλιαία κοιλότητα.
- Ø Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού θα πρέπει να περιορίζονται σε όγκους, των οποίων η διάμετρος δεν υπερβαίνει τα 2 cm (Τοκμακίδης, 2001).

Συνιστάται να αποφεύγεται μια περιορισμένη αφαίρεση του μαστικού αδένα, όταν υπάρχουν τα κατώτερα ευρήματα:

- Ø Στη μαστογραφία παρουσιάζονται διάσπαρτες μικροασβεστώσεις. ΟΙ μικροασβεστώσεις ευρίσκονται συχνά εκτός από τον πραγματικό όγκο.

Αυτό δυσχεραίνει τη διάγνωση και αφαίρεση του όγκου. Αυτό ισχύει ιδιαίτερος τότε, όταν μικροασβεστώσεις υφίστανται σε περισσότερα σημεία του μαστού. Για το λόγο αυτό, δεν συνιστώνται να παρακεντώνται μικροασβεστώσεις. Η ύπαρξη αυτών υποχρεώνει μια ευρείας εκτάσεως εκτομή της πάσχουσας περιοχής. Μια περιορισμένη εκτομή του μαστικού αδένου δεν συμβιβάζεται όταν υφίστανται διάσπαρτες μικροασβεστώσεις.

- Ø Υπάρχουν περισσότεροι του ενός όγκοι
- Ø Οι μαστοί είναι μεγάλοι και χαλαρωμένοι
- Ø Υφίσταται μια εγκυμοσύνη.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί ο καρκίνος του μαστού να ωθηθεί σε μια έντονη ανάπτυξη κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, που ευρίσκονται σε αυξημένο επίπεδο. Οι προκαλούμενες από την εγκυμοσύνη μεταβολές στο μαστό δυσχεραίνουν την αξιολόγηση του ευρήματος. Για το λόγο αυτό συνιστάται μια μερική αφαίρεση του μαστικού αδένου σε έναν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης(Τοκμακίδης, 2001).

#### **6.2.6. Μερική αφαίρεση του μαστικού αδένου**

##### **Πλεονεκτήματα:**

- Ø Δεν συμπληρώνεται με εμφύτευμα ξένου υλικού (πρόσθεση). Για το λόγο αυτό δεν υφίστανται από της πλευράς αυτής δυνατότητας επιπλοκών.
- Ø Η εγχείρηση δεν είναι ριζική. Για το λόγο αυτό είναι η εγχείρηση με μικρότερη επιβάρυνση.

### **Μειονεκτήματα:**

- Ø Το μεγάλο τμήμα του μαστικού αδένου, στον οποίο ένας νέος όγκος μπορεί να αναπτυχθεί, διατηρείται.
- Ø Η δόση της ακτινοθεραπείας, της απαραίτητης αυτής μετεγχειρητικής θεραπείας, είναι τόσο υψηλή, ώστε επιτρέπεται να εφαρμοσθεί υπό την μορφή αυτή μόνο μία φορά. Στην περίπτωση που αναπτύσσεται στους υπόλοιπους ιστούς ένας νέος όγκος, δεν υπάρχει πλέον η δυνατότητα της θεραπείας με ακτινοθεραπεία([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr))

### **6.2.7. Υποδόριος μαστεκτομή**

#### **Πλεονεκτήματα:**

- Ø Η υποδόρια μαστεκτομή μπορεί να μετριάσει λόγω της ριζικής αυτής μορφής τις επιφυλάξεις ασφαλείας σε σύγκριση της μερικής μαστεκτομής.
- Ø Δεν προκαλεί αισθητική ατέλεια.
- Ø Το εμφύτευμα ενεργεί ως φράγμα μεταξύ της «επικίνδυνης ζώνης» και του δέρματος.
- Ø Σε ευνοϊκά ευρήματα μπορούμε να παραιτηθούμε από μια ακτινοθεραπεία.

#### **Μειονεκτήματα:**

- Ø Ο κίνδυνος μιας ίνωσης (σκλήρυνση των ιστών γύρω από το εμφύτευμα) είναι σχετικά υψηλός, όταν δε διεξαχθεί η εγχείρηση ακόμη και σύμφωνα με την τελευταία τεχνολογία δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί το ενδεχόμενο μιας ίνωσης.
- Ø Στο 1/3 των περιπτώσεων απαιτούν μια νέα εγχείρηση οι επιπλοκές από την εφαρμογή των εμφυτευμάτων.

- Ø Πολλές ασθενείς παραπονούνται για ένα «αίσθημα ξένου σώματος», το οποίο οφείλεται στο εμφύτευμα και επιπλέον παραπονούνται για απώλεια αισθητικότητας στην περιοχή της θηλής του μαστού([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)).

### **6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπεία του καρκίνου ανάγεται στο 1895 με την ανακάλυψη των ακτίνων X. Εφαρμόστηκε αρχικά στον μαστό με πολύ καλά αποτελέσματα, δηλαδή σμίκρυνση του όγκου και σε μερικές φορές πλήρη εξαφάνιση.

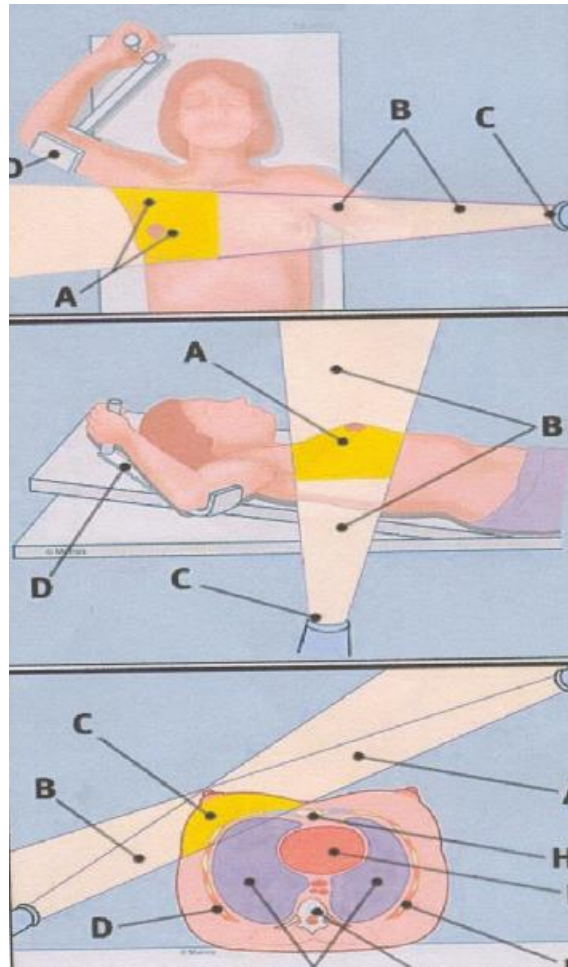
Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί την ιοντίζουσα ακτινοβολία, υψηλές ενέργειες ακτίνων X ή άλλα σωματίδια για να καταστρέψει τα κύτταρα, τα οποία διαθέτουν μεγάλη ικανότητα διαίρεσης, όπως τα καρκινικά κύτταρα. Όσο μεγαλύτερη είναι η δόση, τόσο πιο ισχυρή είναι η δράση της. Το ηλιακό έγκαυμα με την επώδυνη ερυθρότητα του δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια «υπερδοσολογία» της ηλιακής ακτινοβολίας στο δέρμα(Αντωνιάδου, 2008).

Η θεραπεία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού για σχεδόν 100 χρόνια και θεωρείται σημαντικός παράγων στην αντιμετώπιση της νόσου. Η ανοχή μιας ακτινοθεραπείας εξαρτάται από διαφορετικούς παράγοντες:

- Ø Ακτινοβοληθείσα περιοχή του σώματος
- Ø Μέγεθος της ακτινοβοληθείσας επιφάνειας
- Ø Ποσότητα ακτινοβολίας στην αντίστοιχη περιοχή του σώματος
- Ø Δόση και αριθμός των μεμονωμένων ποσοτήτων ακτινοθεραπείας
- Ø Είδος και τεχνική της ακτινοβολίας

Η αρχική χρησιμοποίηση της θεραπείας αυτής αφορούσε τις υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα μετά από μαστεκτομή καθώς και την προχωρημένη

ανεγγείρητη νόσο. Με την πάροδο των ετών, η ακτινοθεραπεία εξελίχθηκε σε σημαντικό παράγοντα της αρχικής θεραπείας στις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού, μετά από ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή για την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων, τα οποία πιθανόν να έχουν παραμείνει κοντά στην περιοχή του όγκου ή σε άλλες θέσεις εντός του μαστού(Αντωνιάδου, 2008).



**Εικόνα 11.** Ακτινοθεραπεία( Γλέντης, 2007).

Κάθε περιοχή του σώματος αντιδρά διαφορετικά στην ακτινοθεραπεία. Όταν ακτινοβοληθούν μόνο μύες και συνδετικός ιστός, εμφανίζονται σπανίως αντιδράσεις μη ανοχής. Σε ακτινοθεραπεία των κοιλιακών οργάνων προκαλείται συχνά τάση προς έμετο, και διάρροια. Ακτινοθεραπείες στην περιοχή του μαστού γίνονται ως επί το πλείστον καλώς ανεκτές. Ο ερεθισμός του δέρματος δεν προξενεί προβλήματα με την ανάλογη περιποίηση.

Μια προσωρινή ερυθρότητα ή καστανή απόχρωση υποχωρεί χωρίς πρόσθετα μέτρα. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις, εβδομάδες μέχρι έτος μετά το πέρας της ακτινοθεραπείας, μπορεί να συμβεί εμφάνιση μιας ίνωσης από την ακτινοθεραπεία(Τοκμακίδης, 2001).

Με τον όρο «ίνωση από την ακτινοθεραπεία» αντιλαμβάνεται κανείς μια ανώδυνη σκλήρυνση και πάχυνση υποδορίου ιστού. Οι «σκληρές» ακτίνες με βόμβα κοβαλτίου ή από επιταχυντή ηλεκτρονίων (Betatron) γίνονται καλύτερα ανεκτές από ότι οι «μαλακές» ακτίνες Rontoen. Κατά το σχεδιασμό μιας ακτινοθεραπείας πρέπει να βρεθεί ένα είδος ακτινοθεραπείας μεταξύ της επιθυμητής καταστροφής των καρκινικών κυττάρων και την δυνατότητα να αποκατασταθεί η βλάβη των υγιών ιστών. Σήμερα μπορούμε να διεξαγάγουμε σχεδόν όλα τα είδη ακτινοθεραπειών χωρίς να προκληθεί βλάβη. Όσο μεγαλύτερη είναι η ακτινοβολούμενη περιοχή, τόσο περισσότερα υγιή κύτταρα ακτινοβολούνται και συνεπώς είναι περισσότερο έντονες οι παρενέργειες.

Μία ακτινοθεραπεία γίνεται καλύτερα ανεκτή, εάν αυτή κατανεμηθεί κατά το δυνατόν σε πολλές συνεδρίες. Στην ακτινοθεραπεία του μαστού ακτινοβολούμε σε τέσσερις περιοχές:

1. στο μαστό
2. στα λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας κοιλότητας
3. στα λεμφογάγγλια υποκλειδίως
4. στα λεμφογάγγλια κάτωθεν του στέρνου(Τοκμακίδης, 2001).





*Εικόνα 12. Σχηματική παράσταση των τεσσάρων περιοχών για ακτινοθεραπεία του μαστού:*

- 1. Μαστός*
- 2. Μασχαλιαία κοιλότητα*
- 3. Υποκλείδια περιοχή*
- 4. Περιοχή των οπισθοστερικών γαγγλίων([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org)).*

Γενικά, η συνολική δόση των ακτίνων, η οποία είναι απαραίτητη για την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, κατανέμεται σε 20-30 συνεδρίες. Όταν εβδομαδιαίως λαμβάνουν χώρα 4-5 συνεδρίες, η ακτινοθεραπεία διαρκεί περίπου 5-6 εβδομάδες.

Κάθε μεμονωμένη ακτινοθεραπεία διαρκεί κάθε φορά μόνο λίγα λεπτά της ώρας και είναι τελείως ανώδυνη. Ως μέγιστη δόση για την ακτινοθεραπεία του μαστού ισχύει η δόση των 80 Gy. Το είδος της ακτινοθεραπείας, ο αριθμός των συνεδριών, η συνολική δόση και ενδεχομένως διαλείμματα της ακτινοθεραπείας, καθορίζονται από τον θεράποντα ιατρό.

Η ακτινοθεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική σε μεταστάσεις των οστών. Με τη θεραπεία αυτή σχεδόν πάντοτε υποχωρούν τα ενοχλήματα και μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος ενός αυτόματου κατάγματος(Τοκμακίδης, 2001).

### **6.3.1. Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού**

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει προσπάθεια περαιτέρω τροποποίησης των τεχνικών της ακτινοθεραπείας για τη διευκόλυνση της ασθενούς. Μείωση της διάρκειας της θεραπείας από 5 έως 6 εβδομάδες σε 3 έως 4 εβδομάδες. Χορηγείται μεγαλύτερη ημερήσια δόση ακτινοβολίας σε όλο τον μαστό έτσι ώστε να μειωθεί η διάρκεια της θεραπείας. Κλινικές μελέτες από τον Καναδά και τη Μεγάλη Βρετανία έδειξαν ότι αυτά τα σχήματα της ακτινοθεραπείας είναι καλώς ανεκτά με καλό αισθητικό αποτέλεσμα. Θα θέλαμε να διατηρήσουμε την επιφύλαξη διότι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, ειδικότερα στον μαστό, γίνεται μετά από παρέλευση ετών και γι' αυτό πιστεύουμε ότι είναι καλύτερα η τροποποίηση αυτή να γίνεται στο πλαίσιο κλινικών μελετών με μακρόχρονη παρακολούθηση.

Η μερική ακτινοβόληση του μαστού είναι μια άλλη μέθοδος. Η ακτινοθεραπεία χορηγείται μόνο στην περιοχή όπου ευρίσκεται ο όγκος και όχι σε όλο τον μαστό. Η επιλογή των ασθενών για αυτό το είδος της θεραπείας είναι αυστηρή και μόνο περιορισμένος αριθμός ασθενών με ιδιαίτερα καλώς προγνωστικούς παράγοντες ή μεγάλης ηλικίας μπορεί να υποβληθεί σε αυτή τη μορφή θεραπείας. Η θεραπεία αυτή μπορεί να γίνει είτε με εξωτερική ακτινοθεραπεία ή με εμφύτευση ραδιενεργών πηγών στην περιοχή (Αντωνιάδου, 2008).

### 6.3.2. Παρενέργειες και επιπλοκές ακτινοθεραπείας

Οι πιθανές επιπλοκές είναι συνήθως μικρής έκτασης και εμφανίζονται μετά τη δεύτερη ή τρίτη εβδομάδα της θεραπείας. Οι παρενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται:

#### α) Γενικές παρενέργειες:

- § Κόλπωση
- § Δερματολογική αντίδραση (τοπική)
- § Ανορεξία
- § Μυελοκαταστολή

#### β) Πρώιμες ή άμεσες παρενέργειες παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την ακτινοθεραπεία και είναι:

- § Ανορεξία
- § Καταβολή δυνάμεων
- § Ναυτία και έμετος
- § Διάρροιες
- § Μυελοτοξικότητα
- § Ξηροστομία
- § Απώλεια γεύσης
- § Οξεία περικαρδίτιδα
- § Οισοφαγίτις

Οι όψιμες ή χρόνιες παρενέργειες θεωρούνται κλινικά σοβαρές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Οι επιπλοκές εμφανίζονται μετά από μία λανθάνουσα περίοδο που κυμαίνεται από 6 μήνες έως 4 χρόνια (Αντωνιάδου, 2008).

#### **6.4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

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

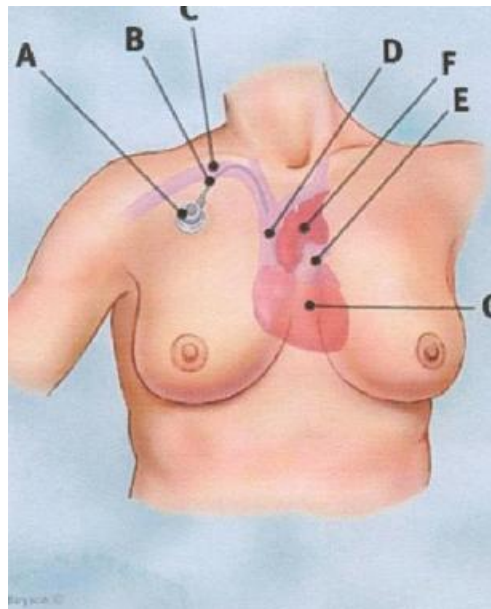
Μια κυτταροστατική θεραπεία αναχαιτίζει τη διαίρεση των κυττάρων και αναστέλλει την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου. Στην καλύτερη περίπτωση νεκρώνονται τα καρκινικά κύτταρα με τη θεραπεία αυτή.

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 τοπικά μέσω της αντιστοίχου αρτηρίας στο πάσχον όργανο. Αυτή η μέθοδος δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση του μαστού. Εφαρμόζεται κυρίως στους όγκους του ήπατος, των οργάνων ελάσσονος πύελου καθώς επίσης και στα άνω και κάτω άκρα(Τοκμακίδης, 2001).

Η κυτταροστατική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι πάντοτε μια γενική θεραπεία και όχι τοπική. Το ανάλογο φάρμακο χορηγούνται ενδοφλεβίως, ή υπό μορφή δισκίων από το στόμα. Αυτή η θεραπεία είναι

σημαντική, διότι με τον τρόπο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί 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 θεραπευτούν από τα φάρμακα αυτά, τα οποία χορηγήθηκαν κατά τον τρόπο αυτό. Η έντονη δράση των κυτταροστατικών συνεπάγεται επίσης και έντονες 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.(Τοκμακίδης, 2001).



***Εικόνα 13.** Η χημειοθεραπεία γίνεται συνηθέστερα από ένα υποδόριο καθετήρα (port-cath) που τοποθετείται κάτω από το δέρμα του θώρακα και δεν είναι εμφανής. Ο καθετήρας αυτός διοχετεύει τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε μια μεγάλη φλέβα του σώματος, την υποκλείδιο φλέβα(Γλέντης, 2007).*

### **α. Πτώση των τριχών (τριχόπτωση)**

Αυτή η παρενέργεια δεν υφίσταται σε όλα τα κυτταροστατικά. Αφορά κατ' εξοχήν φάρμακα, τα οποία χορηγούνται παρεντερικώς και στα οποία η παρενέργεια αυτή είναι συχνότερη απ' ό,τι στα χορηγούμενα από το στόμα φάρμακα. Η τριχόπτωση είναι σχεδόν πάντοτε εφήμερη. Μετά το πέρας της θεραπείας αναπτύσσονται οι τρίχες εκ νέου. Όταν εφαρμόζουμε παγοκύστη στην κεφαλή περιορίζουμε την τριχόπτωση([www.cancer.gr](http://www.cancer.gr)).

### **β. Πτώση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία)**

Ο μυελός των οστών είναι αρμόδιος για την παραγωγή των αιμοσφαιρίων, δηλαδή είναι ο αιμοποιητικός ιστός. Κατά τη διάρκεια της κυτταροστατικής θεραπείας αναστέλλεται η λειτουργία του μυελού των οστών. Μετά το πέρας της θεραπείας επανέρχεται ο μυελός των οστών στην αρχική του κατάσταση. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια των οποίων η αποστολή είναι η μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς, έχουν ένα μακρό χρόνο ζωής (περίπου 120 ημέρες). Για το λόγο αυτό δεν μπορούν να επηρεαστούν τα ερυθρά αιμοσφαίρια από την προσωρινή βλάβη του μυελού των οστών. Αντιθέτως, τα λευκά αιμοσφαίρια έχουν διάρκεια ζωής ολίγων ημερών. Για το λόγο αυτό έχουμε πτώση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία).

Ο έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα των λευκών αιμοσφαιρίων ανήκει συνεπώς στον έλεγχο ρουτίνας σε μια κυτταροστατική θεραπεία. Ένας υγιής ενήλικας έχει λευκά αιμοσφαίρια 4.000 -9.000 ανά  $\text{mm}^3$ . Σε μια κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να κατέλθει ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων κάτω του 1.000([www.cancer.gr](http://www.cancer.gr)).

### **γ. Τάση για έμετο**

Επειδή τα κυτταροστατικά φάρμακα ενεργούν στα κύτταρα του γαστρεντερικού συστήματος η ανορεξία και η τάση προς έμετο, διάρροιες, ανήκουν στις συχνότερες παρενέργειες της κυτταροστατικής θεραπείας.

Ανάλογα με το είδος του κυτταροστατικού φαρμάκου τα ενοχλήματα αυτά μπορεί να διαρκέσουν μέχρι τρεις ημέρες μετά το πέρας της θεραπείας(Γλέντης, 2007).

#### **δ. Δερματικές εκδηλώσεις**

Η εξαγγείωση μερικών κυτταροστατικών μπορεί να προκαλέσει έντονη ιστική αντίδραση, μέχρι και νέκρωση, που θα χρειαστεί χειρουργική αντιμετώπιση. Άλλες δερματικές εκδηλώσεις είναι η υπέρχρωση, η υπερκεράτωση, η φλεβίτιδα, το αλλεργικό εξάνθημα και αλλοιώσεις στα νύχια([www.cancer.gr](http://www.cancer.gr)).

#### **ε. Φάρμακα για κυτταροθεραπεία**

Φάρμακα κυτταροστατικά ευρίσκονται συνεχώς σε μία εξέλιξη. Κάθε χρόνο εμπλουτίζεται η ιατρική φαρέτρα, τα οποία έχουν μια καλύτερη δράση στον όγκο και υπόσχονται στην ασθενή μικρότερο αριθμό παρενεργειών.

Μια χημειοθεραπεία διεξάγεται σήμερα σαν μία συνδυασμένη θεραπεία, κατά την οποία χορηγούνται ταυτόχρονα πολλά φάρμακα. Με τον συνδυασμό επιτυγχάνουμε μια μεγαλύτερη δραστηριότητα στον όγκο, και ηπιότερες παρενέργειες στην ασθενή(Σπηλιώτης, 1999).

Το φάρμακο της χημειοθεραπείας του καρκίνου του μαστού ταξινομούνται σε τέσσερις ομάδες ουσιών:

**α) αντιβιοτικά:** Ενεργούν κατά κύριο λόγο εναντίον μικροοργανισμών, οι οποίοι αποτελούν τα αίτια λοιμώξεων. Μερικές εξελιγμένες μορφές αυτών μπορούν να αναχαιτίσουν την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Μια από τις σημαντικότερες ουσίες της ομάδας αυτής είναι η υδροχλωρική δοξορουβικίνη (adiblastino).

**β) Αλκυλιούντες παράγοντες.** Προέρχονται από τα δηλητήρια του χημικού πολέμου (υπερίτης), ο οποίος χρησιμοποιήθηκε στον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο. Οι παράγοντες αυτοί είναι βλαπτικά για το ριβονουκλειϊκό οξύ (το οξύ αυτό είναι ένα σημαντικό για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων) και αναστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου. Η κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan), η μελφαλόνη (Alkeron) και χλωρομπουκίλη (Leukeran) ανήκουν στην ομάδα των αλκυλιούντων παραγόντων.

**γ) Αντιμεταβολίτες.** Πρόκειται για ουσίες, οι οποίες αναστέλλουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων, δεδομένου ότι δεσμεύουν την ανταλλαγή της ύλης αυτών. Στην ομάδα αυτή η μεθοτρεγάτη και η φθοριο-ουρακίλη.

**δ) Αλκαλοειδή.** Τα αλκαλοειδή ενεργούν με την αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης. Ουσίες της ομάδας αυτής είναι η θειϊκή βινκριστίνη και η θειϊκή βινπλαστίνη.

Μετά από συνδυασμό μεταξύ 2 έως 5 φαρμάκων των ομάδων αυτών ανέρχεται η πιθανή δραστηριότητα της θεραπείας στο 80% (Σπηλιώτης, 1999).

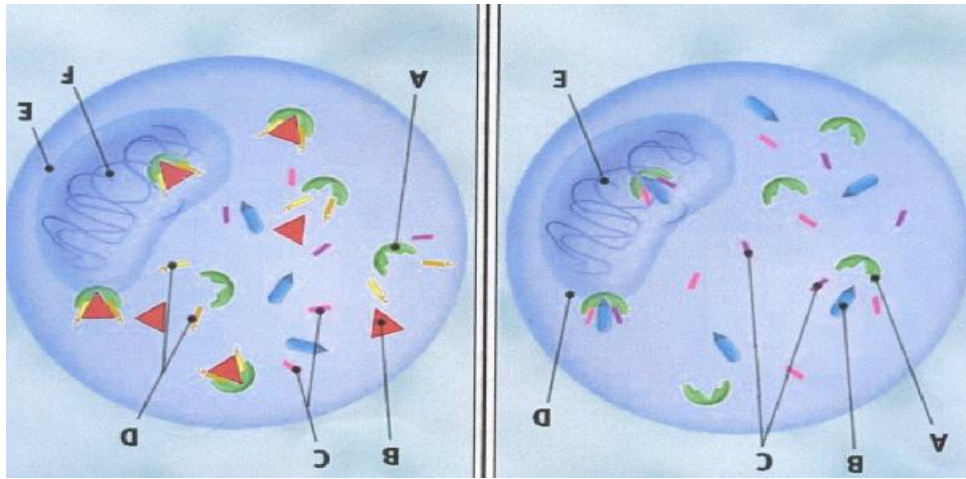
## **6.5. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η ορμονική θεραπεία είναι η αρχαιότερη μετεγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού και χαρακτηρίζεται από ελάχιστες παρενέργειες. Ο μηχανισμός δράσης της ορμονικής θεραπείας στηρίζεται στην περίπλοκη δράση μεταξύ των καρκινικών ιστών αφ' ενός καθώς επίσης και στις ορμόνες των ωοθηκών, των επινεφριδίων και υποφύσεως αφ' ετέρου.

Κύριος στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι η απομόνωση της ορμονικής ενέργειας στον καρκίνο του μαστού. Όπως έχει ήδη εξηγηθεί η ορμόνη των ωοθηκών «οιστρογόνα» σε συνεργασία με άλλους παράγοντες μπορεί να διεγείρει την ανάπτυξη του όγκου. Επίσης τα επινεφρίδια και η υπόφυση μπορούν να ενεργούν στην κατεύθυνση αυτή. Μια ορμονική θεραπεία



μπορεί να διεξαχθεί τόσο φαρμακευτικά όσο και χειρουργικά (Τοκμακίδης, 2001).



**Εικόνα 14.** Καρκινικά κύτταρα με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς(A). Το φάρμακο(B) που συνδέεται με τους υποδοχείς και τους μπλοκάρει(Γλέντης, 2007).

### 6.5.1 Ορμονική θεραπεία χειρουργικώς

Η αφαίρεση των ωοθηκών το 1896 άνοιξε τον δρόμο της ορμονικής θεραπείας. Με την στέρηση της ωοθηκικής ορμόνης «οιστρογόνα» μπόρεσε να επιτευχθεί μία βελτίωση στο ήμισυ των περιπτώσεων. Αργότερα προσετέθησαν και άλλες χειρουργικές δυνατότητες όπως η αφαίρεση των επινεφριδίων και της υποφύσεως, βάσει της οποίας αφαιρέθηκε η επίδραση των ορμονών αυτών στον όγκο. Η χειρουργική μορφή της ορμονικής θεραπείας έχει προεκτομισθεί σημαντικά σε σχέση με την φαρμακευτική αγωγή(Τοκμακίδης, 2001).

### 6.5.2. Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικώς

Μία ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού φαρμακευτικώς μετά την κλιμακτήριο είναι περισσότερο επιτυχής, διότι η παραγωγή των ορμονών από μέρους του οργανισμού έχει περατωθεί και η ορμονική θεραπεία χωρίς αλληλεξάρτηση των ορμονών της ωοθήκης μπορεί να δράσει στα καρκινικά κύτταρα.

Κατά την ορμονική θεραπεία σημαντική θέση κατέχει η προγεστερόνη όσον αφορά την ορμονική θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η ουσία οξεική μεδροξυπρογεστερόνη είναι μια ημισυνθετική προγεστερόνη και της οποίας η δραστηριότητα αυξάνει με αυξανόμενη δράση. Όπως σε κάθε μορφή ορμονοθεραπείας, εξαρτάται επίσης η δραστηριότητα της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης από τους ορμονικούς υποδοχείς. Όταν υπάρχουν θετικοί οιστρογονικοί και προγεστερονικοί υποδοχείς, δρα η ουσία αυτή στο 75% των περιπτώσεων. Θα πρέπει να είναι στο 40% των περιπτώσεων δραστική, όταν μία χημειοθεραπεία ή μία άλλη μορφή της ορμονοθεραπείας δεν μπορούσε να επιτύχει κάποια βελτίωση.

Μια συχνή παρενέργεια της οξεικής μεδροξυπρογεστερόνης είναι η αύξηση του σωματικού βάρους.

Στην περίπτωση της θεραπείας με αντιοιστρογόνα είναι σημαντική ουσία η κιτρική ταμοξιφείνη, η οποία κυκλοφορεί στο εμπόριο με διάφορα ονόματα. Η ταμοξιφείνη καταλαμβάνει τους υποδοχείς των οιστρογόνων και ενεργεί ως αντιοιστρογόνο. Είναι το φάρμακο εκλογής στον καρκίνο του μαστού και στις μεταστάσεις αυτού στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα αν οι όγκοι είναι θετικοί στους οιστρογονικούς υποδοχείς. Επίσης χορηγείται πριν από την εμμηνόπαυση με δράση όμοια με την ωοθηκεκτομή καθώς επίσης και σε γυναίκες, που έχουν υποστεί μαστεκτομή και έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Όταν διαπιστώνονται υποδοχείς οιστρογόνων, ο δείκτης αντιδράσεως

κυμαίνεται στο 50%. Όταν δεν υπάρχουν υποδοχείς ο δείκτης της επιτυχίας ανέρχεται στο 20%(Τοκμακίδης, 2001).

Το πλεονέκτημα της ταμοξιφένης σε σύγκριση έναντι άλλων ορμονικών θεραπειών έγκειται στην ευνοϊκή μορφή εφαρμογής υπό μορφήν δισκίων και στις περιορισμένες παρενέργειες([www.markopoulos.gr](http://www.markopoulos.gr))

Η αμινογλουτεθιμίδη ανήκει επίσης στην ομάδα των αντιοιστρογόνων. Κατά τον αποκλεισμό της παραγωγής οιστρογόνων πρόκειται για μια πολύπλοκη και πλήρως ερευνηθείσα διεργασία ανταλλαγής της ύλης. Η αμινογλουτεθιμίδη συνίσταται σε ασθενείς, θετικές στους υποδοχείς, και μετά την κλιμακτήριο, όταν μια προηγηθείσα θεραπεία με ταμοξιφένη δεν απέδωσε τα αναμενόμενα.

Η οξεική βουσερελίδη έχει συζητηθεί ως ενδεχόμενη θεραπεία διαφόρων μορφών καρκίνου. Η ουσία αυτή οδηγεί με κεντρική δράση στον εγκέφαλο σε αναστολή των σεξουαλικών ορμονών. Στην περίπτωση του καρκίνου του προστάτη η θεραπεία με βουσερελίδη είχε καλά αποτελέσματα. Εάν η ουσία αυτή θα έχει ανάλογα αποτελέσματα και στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, θα το δείξουν οι κλινικές μελέτες(Τοκμακίδης, 2001).

Η αποτελεσματικότητα μιας ορμονικής θεραπείας αξιολογείται το συντομότερο μετά από 6 εβδομάδες, μια αξιόπιστη εκτίμηση απαιτεί μια τρίμηνη θεραπεία. Η ορμονική αγωγή είναι μια μακροχρόνια θεραπεία. Θα πρέπει να διεξάγεται επί τόσον χρόνο, όσο υφίσταται η ανασταλτική δράση της στον όγκο. Για το λόγο αυτό μπορεί μια επιτυχής θεραπεία να διαρκεί επί έτη.

Η ορμονική θεραπεία με το αντιοιστρογόνο γίνεται παραδεκτή ως η πλέον καλύτερη μετεγχειρητική θεραπεία σε περίπτωση γυναικών με θετικούς υποδοχείς και συγκεκριμένα μετά την εμμηνόπαυση, όταν οι λεμφαδένες είναι προσβεβλημένοι από καρκινικά κύτταρα(Τοκμακίδης, 2001).

## 6.6. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανοσοθεραπεία έχει σαν σκοπό την ενίσχυση της αμυντικής ικανότητας. Ο οργανισμός διαθέτει διάφορους μηχανισμούς αμύνης, τους οποίους χαρακτηρίζουμε συνολικά ως ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό το σύστημα έχει την ικανότητα να προστατεύει τον οργανισμό από ξένες ουσίες, δηλαδή να τον καθιστά άνοσο.

Στο μηχανισμό αυτό αμύνης δεν διαχωρίζεται το ανοσοποιητικό σύστημα μεταξύ νοσημάτων μικροβιακής αιτιολογίας και καρκινικών κυττάρων. Ένα πλήρες ανοσολογικό σύστημα μπορεί να εξουδετερώνει καρκινικά κύτταρα και με τον τρόπο αυτό να αντιμετωπίζει ένα πιθανό κακοήγη όγκο στην αρχή του. Πρέπει κανείς να υπολογίζει, ότι αυτό είναι μια συχνά εμφανιζόμενη διεργασία, η οποία προστατεύει υγιείς ανθρώπους από την έναρξη καρκίνου. Το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου αποτελείται από διαφορετικές υποδομές:

- § Θύμος (πρόκειται για αδένια πίσω από το στήθος, ο οποίος αυξάνεται μέχρι την εφηβεία και μετά υποστρέφεται)
- § Συγκεκριμένες ομάδες κυττάρων στο έντερο (σκωληκοειδής απόφυση)
- § Συγκεκριμένες ομάδες κυττάρων στο λαιμό (αμυγδαλές)
- § Λεμφαδένες
- § Σπλήνας
- § Λευκά αιμοσφαίρια (πολυμορφοπύρηνα, λεμφοκύτταρα)
- § Αντισώματα(Τοκμακίδης, 2001).

Κάθε μία από αυτές τις δομές συνεισφέρει με τον τρόπο της στην άμυνα έναντι ουσιών ξένων προς τον οργανισμό. Η ανοσοθεραπεία, έχει σκοπό να ενισχύσει τον οργανισμό στον αγώνα του εναντίον του όγκου.

Στις μέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο που χρησιμοποιείται, είναι το BCG (από τα

αρχικά Bacillus Calmette Guerm) πρόκειται για το εμβόλιο της φυματίωσης. Με τη βοήθεια του **BCG** θα πρέπει να διεγείρεται το ανοσολογικό σύστημα και με τον τρόπο αυτό θα πρέπει να επηρεάζεται ευνοϊκά ένας όγκος. Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη (Adriblastin), φθοριουρακίλη (Fluaro-uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα(Τοκμακίδης, 2001)

## 6.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

Η θεραπεία για πολύ πρώιμα στάδια, δηλαδή για μη ψηλαφητές διαγνώσεις είναι χειρουργική αφαίρεση μετά από ακτινολογικό εντοπισμό της βλάβης. Εάν πρόκειται για **in-situ παρογενές νεόπλασμα** τότε η τεταρτεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αποτελεί μέθοδο παραδεκτή από την πλειονότητα των χειρουργών(Σπηλιώτης, 1999).

Εάν πρόκειται για in-situ λοβιακό νεόπλασμα είναι αρκετή η ογκεκτομή της βλάβης χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό και η περιοδική παρακολούθηση της ασθενούς. Στο νεόπλασμα **σταδίου I**, δηλαδή για μέγεθος όγκου <2cm η χειρουργική επιλογή είναι:

- α) Τμηματεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.
- β) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.

Και οι δύο τρόποι έχουν τα ίδια ποσοστά επιβίωσης, φαίνεται όμως να εμφανίζει μικρότερα ποσοστά τοπικής υποτροπής η δεύτερη μέθοδος.

Σε ασθενείς με νεόπλασμα **σταδίου II**, δηλαδή με όγκο από 2-5 cm, η χειρουργική θεραπεία επιλογής είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Τα νεοπλάσματα **σταδίου III** συνήθως αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλά σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Συνήθως πριν την εγχείρηση γίνονται 2 ή 3 κύκλοι χημειοθεραπείας, με στόχο να επιτευχθεί

σμίκρυνση του όγκου. Κατόπιν εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και συμπληρώνεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

Στο **στάδιο IV** όπου πλέον υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις και χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης (5ετής=10%) δεν έχει καμία θέση η χειρουργική θεραπεία(Σπηλιώτης, 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### **7.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ**

#### **α) Προσωρινή προσθήκη**

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολα θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για την γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκταθείσα ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στην μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.

Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι:

#### **Ø Στο νοσοκομείο**

Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφάλειας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.

Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού –και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμό της– η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν.

Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.

Η τιράντα του στήθόδδεσμου πρέπει επίσης να μικρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στήθόδδεσμο δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τα τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.

### **Ø Στο σπίτι**

Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθειά της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητά της. Η ασθενής ενημερώνεται να μην φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένο στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό.

Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση(Φιλιπποπούλου, 2006).

### **β) Μόνιμη προσθήκη**

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα:

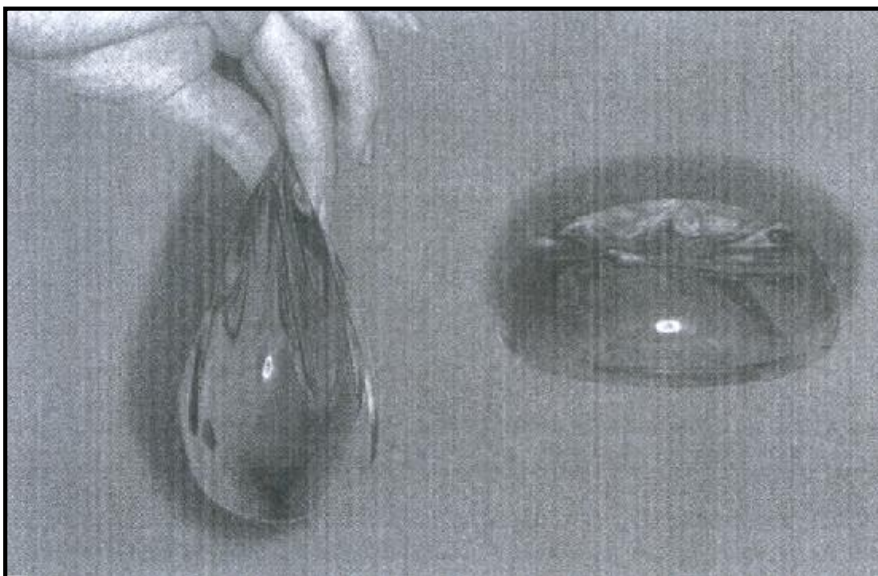
- Ø Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.
- Ø Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά την μαστεκτομή, συνήθως μετά από 6-12 μήνες.
- Ø Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη ουλή.



Ø Συνίσταται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και γι' αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισής του(Τοκμακίδης, 2001).

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

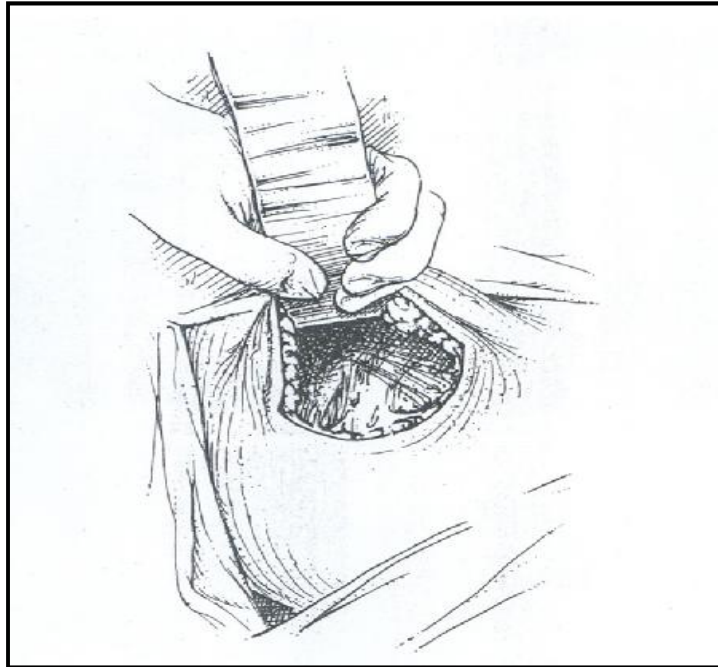
1. **Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης** μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό. Χρησιμοποιούνται σάκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη) που μπορεί να γεμίζονται ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με την ίδια ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran ή ακόμα και φυσιολογικό ορό. Η χρησιμοποίηση σάκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης. Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό(Τοκμακίδης, 2001).



*Εικόνα 1. Εμφυτευόμενες προθέσεις.*

*Οι μαλακές προθέσεις εκ σιλικόνης προσαρμόζονται εύκολα και, όπως ο φυσικός μαστός, αλλάζουν εύκολα μορφή, ανάλογα με την στάση της γυναίκας.*

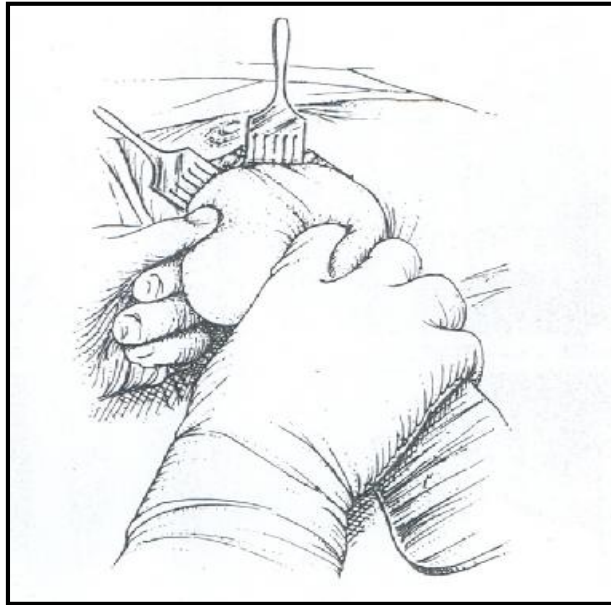
Στην περίπτωση κατά την οποία η γυναίκα είναι ξαπλωμένη υπτίως, η πρόθεση λαμβάνει σχεδόν επίπεδη μορφή, αντιθέτως σε όρθια στάση της γυναίκας η πρόθεση λαμβάνει μορφή σταγόνας(Τοκμακίδης, 2001).



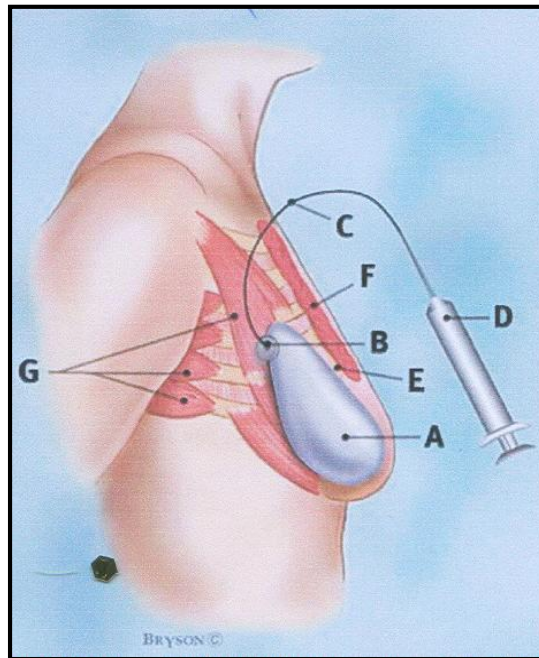
**Εικόνα 2.** Υπομαστικός χώρος (Southwick) (Τοκμακίδης, 2001).



**Εικόνα 3.** Είσοδος στον υπομαστικό χώρο (Southwick) (Τοκμακίδης, 2001).



**Εικόνα 4.** Εισαγωγή της προθέσεως (Southwick) (Τοκμακίδης, 2001).



**Εικόνα 5.** Τοποθέτηση μοσχεύματος σιλικόνης(Γλέντης., 2007)

Το σώμα της ασθενούς δημιουργεί γύρω από την πρόθεση ένα περίβλημα, με το οποίο αυτό το «ξένο σώμα» απομονώνεται από τον υπόλοιπο οργανισμό. Αυτό το γεγονός είναι μια φυσική αντίδραση και λαμβάνει χώρα πάντοτε. Το περίβλημα αυτό, το οποίο δημιουργείται γύρω από την πρόθεση, ονομάζεται κάψα. Δυσχέρειες με εμφυτευθείσες προσθέσεις σιλικόνης εξωτερικεύονται κυρίως με την εμφάνιση της γνωστής ίνωσης της κάψας καθώς επίσης και επιπλοκές του δέρματος.

### **7.1.2. Επιπλοκές του δέρματος**

Επιπλοκές από πλευράς του δέρματος αφορούν φλεγμονώδεις αντιδράσεις (πόνος, ερυθρότητα, οίδημα, πυρετός) μέχρι τη γνωστή αυτόματη διάτρηση. Κάτω από αυτά εννοούμε την εμφάνιση βλάβης του δέρματος, με την οποία η πρόσθεση γίνεται ορατή και σε εξεσημασμένη βλάβη μπορεί να προεξέχει η πρόσθεση. Μία τέτοια αυτόματη διάτρηση μπορεί να εμφανισθεί σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα (εβδομάδες μέχρι μήνες) μετά την εγχείρηση και εξαρτάται από μία ανεπαρκή κάλυψη ή από μία φλεγμονή της θήκης της πρόσθεσης. Συχνά συνυπάρχουν αμφότερες οι αιτίες. Σχεδόν πάντοτε προηγείται του συμβάντος μία ίνωση της κάψας) (Τοκμακίδης, 2001).

### **7.1.3. Ίνωση της κάψας**

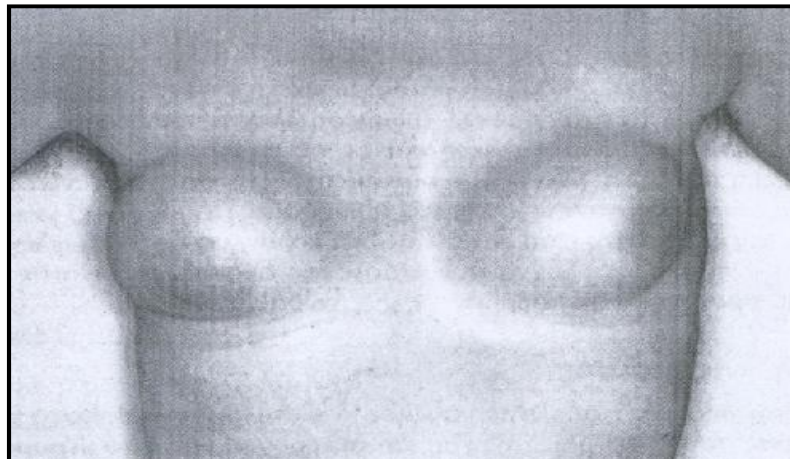
Μία ίνωση είναι μία παθολογική αύξηση του ινώδους ιστού. Κατά την ίνωση της κάψας συμβαίνει μία πάχυνση και σκλήρυνση της από μέρους του οργανισμού γύρω από την πρόθεση δημιουργηθείσης κάψας, διότι το σώμα στην προσπάθειά του να περιχαρακώσει και να απομονώσει την πρόσθεση από τον υπόλοιπο οργανισμό υπερβαίνει τα όρια. Έτσι δημιουργείται από την αρχική μαλακή κάψα ένα σκληρό περίβλημα, το οποίο μπορεί να γίνει τόσο σκληρό, όπως το περίβλημα του καρυδιού. Όσο πιο δυνατά αναπτύσσεται η ίνωση της κάψας, τόσο περισσότερο βλάπτεται η μορφή του μαστού και η ευεξία της ασθενούς. Με την αύξηση της ίνωσης γίνεται η κάψα σκληρότερη, στερεότερη και περισσότερο στρογγυλή. Μία ελαφρού βαθμού ίνωση είναι αναπόφευκτη όταν τοποθετείται αρχικά η πρόσθεση.

Η ίνωση αρχίζει λίγες εβδομάδες μετά την εγχείρηση και διαπιστώνεται μία περαιτέρω αύξηση αυτής τέσσερις μέχρι οκτώ εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Ενοχλήματα δεν υφίστανται ακόμη, η πρόσθεση είναι στην σωστή

θέση και η μορφή του μαστού δεν είναι αλλοιωμένη. Ενοχλήματα εμφανίζονται σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης υπό μορφήν αισθήματος τάσεως, η πρόσθεση προωθείται προς άνω και έξω και λαμβάνει μία σφαιρική μορφή. Η ίνωση της κάψας επιτυγχάνει την τελική μορφή της περίπου ένα εξάμηνο μετά την εγχείρηση. Η βαριά μορφή της είναι το γνωστό ως «φαινόμενο της μπάλας του Tennis» κατά το οποίο η μέγιστη ίνωση της κάψας οδηγεί σε μία μορφή σχεδόν σφαιρική) (Τοκμακίδης, 2001).

#### 7.1.4. Αιτίες

Λόγω της συχνής εμφανίσεως της ίνωσης της κάψας διενεργούνται εντατικές έρευνες σχετικά με τις πιθανές αιτίες. Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα των ερευνών συνηγορούν για ένα μηχανισμό δημιουργίας οφειλόμενο σε πολλούς παράγοντες.



*Εικόνα 6. Βαριά μορφή ίνωσης της κάψας μετά από υποδόρια μαστεκτομή. Διαπιστώνεται το "φαινόμενο της μπάλας του Tennis". Η έντονη ίνωση της κάψας ωθεί την πρόθεση προς τα άνω και δίνει την σφαιρική μορφή. (Από την Κλινική της Πλαστικής Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Διευθυντής ο αναπληρωτής καθηγητής Σωκράτης Ιορδανίδης) ) (Τοκμακίδης, 2001).*

Κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να προκαλέσει ήδη μία ίνωση, η άθροιση των οποίων επιτείνει την ίνωση:

**Gel-Bleeding:** Πρόκειται για τον αγγλικό χαρακτηρισμό για την έξοδο μικρών μορίων σιλικόνης στους ιστούς, οι οποίοι περιβάλλουν την πρόσθεση - εμφύτευμα. Εκεί τα μόρια αυτά της σιλικόνης προκαλούν μία αντίδραση, όμοια με φλεγμονή, η οποία ευνοεί την ίνωση.

Κάθε εγχείρηση οδηγεί υποχρεωτικά σε τραυματισμούς των ιστών, οι οποίοι τελικά επουλώνονται ως ουλές. Αυτό ισχύει όχι μόνο για το δέρμα, αλλά και για τους ιστούς, που βρίσκονται κάτωθεν του δέρματος. Επειδή η δημιουργία ουλών εξελίσσεται άμεσα με την ανάπτυξη του συνδετικού ιστού, προκαλεί κάθε πρόσθετος τραυματισμός των ιστών μία ίνωση. Πρέπει να σημειωθεί, ότι μπορεί μία προσεκτικά διενεργούμενη εγχείρηση να αποσοβήσει μία έντονη ίνωση. των ερευνών συνηγορούν για ένα μηχανισμό δημιουργίας οφειλόμενο σε πολλούς παράγοντες.

**Λεπτή επικάλυψη της προθέσεως:** Όπως έχει προαναφερθεί, μία πρόσθεση χρειάζεται για μία καλή ανοχή μία ικανοποιητική παχειά επικάλυψη ιστών προς τα έξω. Όσο περισσότεροι ιστοί παρεμβάλλονται μεταξύ του δέρματος και της προθέσεως, τόσο καλύτερα γίνεται ανεκτή η πρόθεση. Όταν η επικάλυψη της προθέσεως είναι λεπτή, τότε ασκεί η πρόθεση στους πέριξ ιστούς μία σχετικά έντονη πίεση. Επί του προκειμένου αντιδρά ο συνδετικός ιστός με έντονη ανάπτυξη. Επειδή οι καταπονημένοι λεπτοί ιστοί δεν μπορούν να παροχετεύσουν στο βάθος την πίεση, συμβαίνει μία έντονη ίνωση.

**Στενό λίκνο της προθέσεως:** Η θήκη των ιστών για την υποδοχή της προσθέσεως χαρακτηρίζεται ως λίκνο (κλίνη) της προθέσεως. Και εδώ παίζει σημαντικό ρόλο η πίεση. Σε μία ευρεία βάση της προθέσεως μπορεί η πίεση να κατανεμηθεί καλώς και είναι μικρή. Ένα στενό λίκνο συμπιέζει την πρόσθεση, η αντίστασή της είναι εντονότερη και ευνοείται η ίνωση) (Τοκμακίδης, 2001).

## Ø Δυνατότητες Θεραπείας

Εάν μία ίνωση της κάψας προκαλεί ενοχλήματα, ή η μορφή του μαστού μεταβάλλεται έντονα, μπορεί κανείς με δύο τρόπους να την διορθώσει.

*Δια χειρός ρήξη της κάψας:* Ο ιατρός συλλαμβάνει το μαστό με τα δύο χέρια του και "σπάζει" το σκληρό περίβλημα όπως ο φλοιός του καρυδιού με την πίεση από έξω. Μία γενική νάρκωση είναι τότε απαραίτητη, όταν η ίδια η ασθενής το ζητήσει. Η ευαισθησία του πόνου στην περιοχή του μαστού έγκειται κυρίως στα νεύρα του δέρματος, έτσι ώστε η δια χειρός ρήξη της κάψας χωρίς αναλγησία είναι δυνατόν να διενεργηθεί ακόμη και στο ιατρείο. Επίσης υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες ασθενείς με τυχαία εξωτερική δράση (π.χ. πτώση επάνω στον μαστό) έχουν υποστεί ακουσίως μία ρήξη της κάψας. Κατ' αυτήν "σκάζει" η κάψα, η "στενότητα" από την ίνωση έχει αρθεί. Η πρόσθεση δεν βλάπτεται από τέτοιους αμβλείς τραυματισμούς.

*Χειρουργική ρήξη της κάψας:* Ένα μέρος της παλαιάς χειρουργική ουλής ανοίγεται υπό γενική νάρκωση και αφαιρείται η πρόσθεση. Μετά το άνοιγμα της κάψας με το νυστέρι ή με ένα ηλεκτρικό μαχαίρι διευρύνεται η κάψα της προθέσεως. Τελικά επανατοποθετείται η κάψα όταν δεν υφίστανται οξέα φαινόμενα, θα πρέπει να αναμένει κανείς με τη ρήξη της κάψας 6-12 μήνες μετά την τοποθέτηση της προθέσεως. Αυτή η προθεσμία είναι συνεπώς σημαντική, διότι μετά το χρονικό διάστημα δεν αναμένεται περαιτέρω αύξηση της ίνωσης. Η τάση αναπτύξεως της κάψας έχει ήδη περατωθεί και μία διόρθωση έχει καλύτερες προοπτικές για ένα συνεχές αποτέλεσμα. Δεδομένου ότι η "παλαιά" κάψα δεν παράγει πλέον ινώδη συνδετικό ιστό, μπορεί να αναπτυχθεί μία νέα ίνωση μόνο από την μικρή τραυματική περιοχή, η οποία δημιουργήθηκε κατά τη χειρουργική διόρθωση. Μία ρήξη της κάψας ναι μεν μπορεί να μην παρεμποδίζει μία νέα ίνωση, αλλά δεν είναι πλέον σε τέτοια έκταση όπως κατά την πρώτη φορά.



**Προληπτικά μέτρα έναντι της δημιουργίας μιας ίνωσης της κάψας,** δυστυχώς δεν υπάρχουν. Η σύσταση με κανονικές μαλάξεις να κρατηθεί ευρύ το λίκνον της προσθέσεως, είναι αμφισβητούμενη, διότι ο μηχανικός ερεθισμός μπορεί να παρέχει βοήθεια στην ίνωση.

Όταν είναι τοποθετημένη σωστά η πρόσθεση μπορεί ο πάσχων μαστός ήδη μερικές εβδομάδες μετά την επέμβαση να περιποιηθεί και να ενταχθεί στο φυσιολογικό πρόγραμμα περιποιήσεως. Αυτό ισχύει για σαπούνη και άλλα μέσα περιποιήσεως καθώς επίσης και για ηλιόλουτρο και Sport. Αμβλείς μηχανικές ενέργειες δεν βλάπτουν την πρόσθεση, φυσικά δεν υπάρχει κάποια αιτία, να παραιτηθεί η γυναίκα από τις ζώνες ασφαλείας στο αυτοκίνητο. Σύγχρονα εμφυτεύματα σιλικόνης μπορούν να γίνονται ανεκτά χωρίς προβλήματα μεταβολής της ατμοσφαιρικής πίεσης και της θερμοκρασίας. Ταξίδια με αεριοθούμενα αεροπλάνα ή χρήση σάουνας συνεπώς δεν αντεδεικνύονται (Τοκμακίδης, 2001).

## **2. Αποκατάσταση με κρημνούς**

Η μεταφορά δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα όπως, ουλές, ατροφικό δέρμα, αλλοιώσεις δέρματος κ.λπ.

Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

- 1.** Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS)
- 2.** Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ (TRAM)
- 3.** Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός  
δερματικός κρημνός

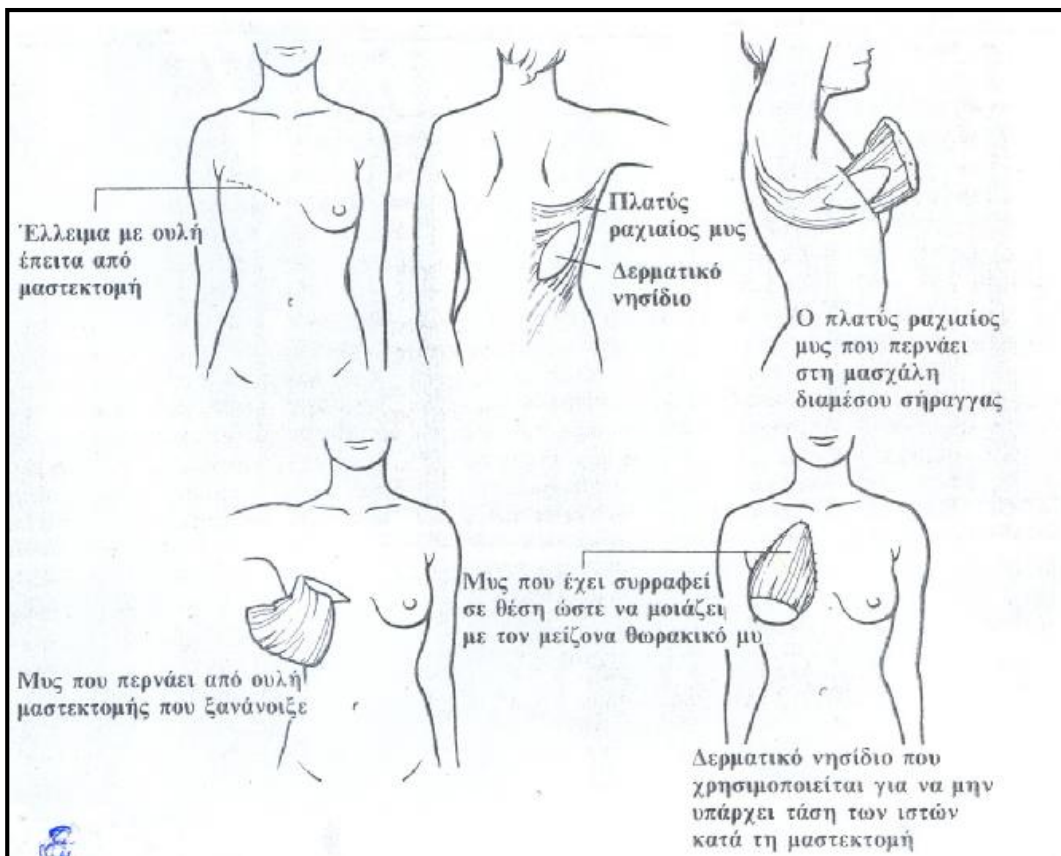
### **α. Πλεονεκτήματα**

- Ø Προσδίδει αισθήματα πληρότητας
- Ø Δημιουργεί πιο φυσική την πτυχή του μαστού\

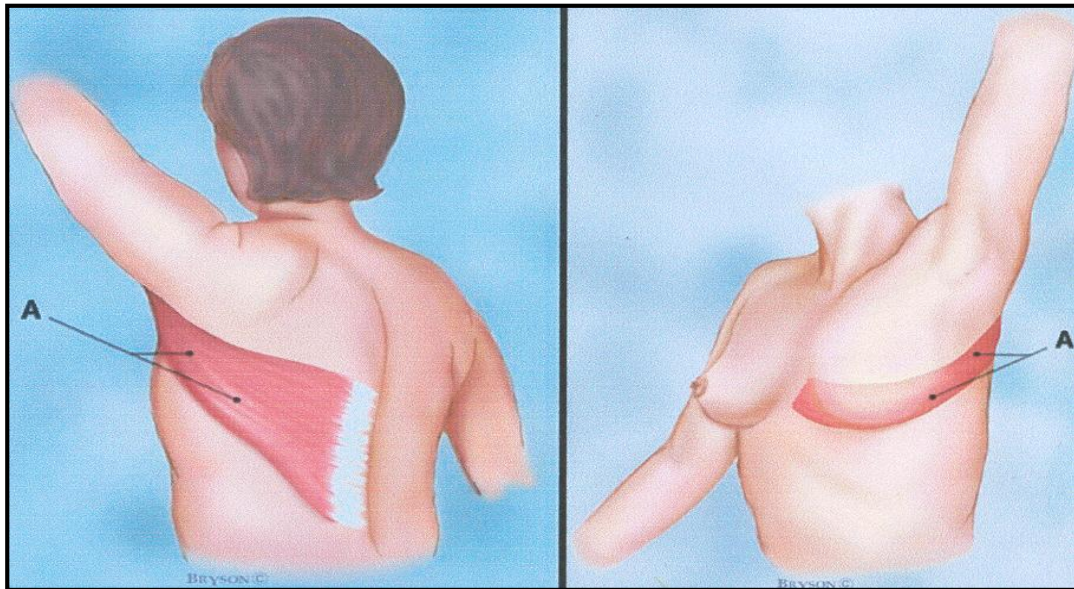


## β. Μειονεκτήματα

- ∅ Το δέρμα της πλάτης μπορεί να έχει διαφορετική απόχρωση ή υφή
- ∅ Προκαλείται συμπληρωματική ουλή στο θώρακα και ορατή ουλή στην πλάτη
- ∅ Η μεταφορά των μυών της πλάτης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μπορεί να επηρεάσει την μυϊκή ισχύ για ορισμένες αθλητικές δραστηριότητες (Τοκμακίδης, 2001).



*Εικόνα 7. Ανακατασκευή μαστού με την τεχνική LATs με χρησιμοποίηση δερματικού κρημού από μυ της πλάτης) (Τοκμακίδης, 2001).*



*Εικόνα 8. Αποκατάσταση με κινητοποίηση κρημονού πλατέος ραχιαίου (Γλέντης, 2007).*

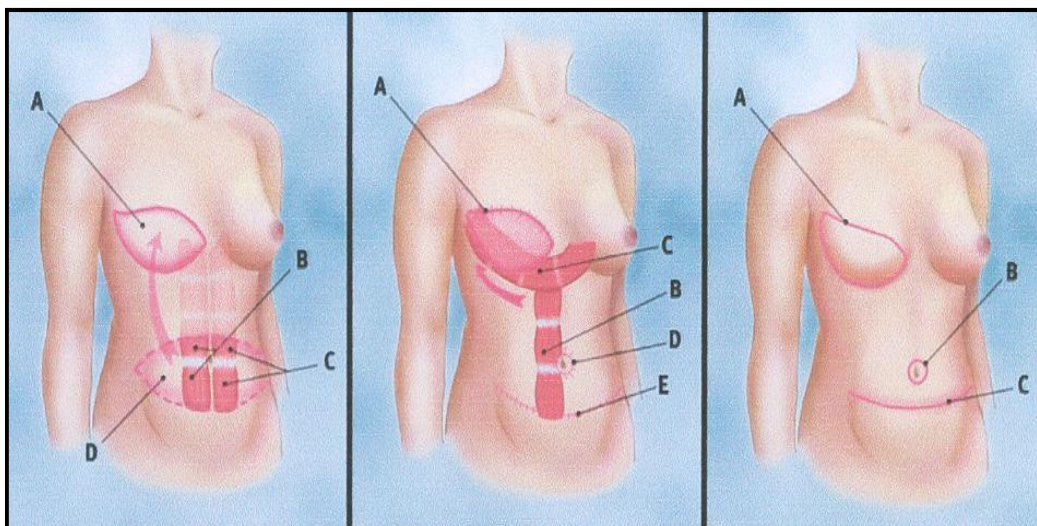
<b>β. Πλεονεκτήματα</b>	<b>Μειονεκτήματα</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>∅ Τα αισθητικά αποτελέσματα γενικά είναι ικανοποιητικά. Το δέρμα που μεταφέρεται από την κοιλιά στο θωρακικό τοίχωμα συνήθως είναι παρόμοιο στο χρώμα και τη σύσταση.</li> <li>∅ Δεν χρειάζεται πρόσθεση σιλικόνης</li> <li>∅ Συνήθως μετά την μεταφορά του δέρματος και του λίπους από την κοιλιά δημιουργείται κάποια «κοιλιακή πτύχωση»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∅ Πιθανή μυϊκή αδυναμία των κοιλιακών τοιχωμάτων ή δημιουργία κήλης στο κοιλιακό τοίχωμα.</li> <li>∅ Επιπρόσθετες ουλές στην περιοχή του άνω μαστού και του κατώτερου τμήματος της κοιλιάς.</li> <li>∅ Η επέμβαση είναι μεγάλη και χρονοβόρα.</li> </ul>

### 3. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών

Δίνεται η δυνατότητα διάτμησης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί, και υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

- Ø Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότυπου που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κ.λπ.).
- Ø Δεν δημιουργείται δευτερογενές έλλειμμα σε άλλες περιοχές.
- Ø Δεν δημιουργούνται άλλες ουλές.
- Ø Δεν δημιουργούνται λειτουργικά ελλείμματα από τη χρήση μυών σε μυοδερματικούς ή μυϊκούς κρημνούς.
- Ø Υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής του μεγέθους και του σχήματος με την κατάλληλη επιλογή και του βαθμού διάτασης.
- Ø Μικρή επιβάρυνση του ασθενούς διότι:
  - ο Οι επεμβάσεις είναι βραχύχρονες.
  - ο Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη.
  - ο Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές(Τοκμακίδης, 2001).



*Εικόνα 9. Αποκατάσταση TRAM(Γλέντης, 2007).*

## 7.2. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η θεραπεία του καρκίνου έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι, ανάλογα με την έκταση της νόσου τα αποτελέσματα από περιορισμένη εκτομή και ακτινοθεραπεία πλησιάζουν αυτό της ριζικής μαστεκτομής.

Η καλύτερη θεραπεία για καρκίνο μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την ποιότητα ζωής(Κονιάρη, 1991).

Όταν συγκρίνεται η έκβαση της αποκατάστασης λειτουργικότητας μετά από διαφορετικές εγχειρήσεις για καρκίνο μαστού προκύπτει ότι η ριζική μαστεκτομή οδηγεί σε σοβαρές αλλαγές στάσης, συχνή ελάττωση του εύρους της κίνησης και της ισχύος στον ώμο και συχνά χρόνιο λεμφοίδημα. Με την χρήση περισσότερων συντηρητικών επεμβάσεων, η παραμόρφωση που οφείλεται στην απώλεια του θωρακικού μυός και της χειρουργικής ουλής μειώνεται.

Μερικά πράγματα εντούτοις δεν έχουν αλλάξει. Το 1976 ο Rollard ανέφερε ότι η έγκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας σε όλες τις μορφές της θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού είναι ο σημαντικός παράγοντας στην επίτευξη καλύτερης κινητικότητας του ώμου(Κονιάρη, 1991).

Άλλωστε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρόωμη μετεγχειρητική κινητοποίηση του άκρου, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρόωμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι άρρωστες που χειρουργούνται για καρκίνο του μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή η άμεση μετεγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας με την παράλληλη εξοικείωση του θεράποντα ιατρού στο θέμα, ο οποίος πρέπει να έχει άμεσο ενδιαφέρον σε αυτό(Κονιάρη, 1991).

### **7.3. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Υπάρχουν τέσσερα βασικά σημεία για τα οποία έχει αναγνωριστεί ότι η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία για τα άτομα, που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού: **στάση, εύρος της κίνησης, ισχύς και λεμφοίδημα.**

#### **7.3.1. Στάση**

Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορούν να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμα να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρησή τους. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιοδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ακινητοποίηση προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού.

Ακόμη και με τις παροχετεύσεις τοποθετημένες στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι η ασθενής πρέπει να είναι ενήμερη της κακής στάσης και πρέπει να οδηγηθεί στη διόρθωσή της. Οι διδασκόμενες ασκήσεις περιλαμβάνουν την πωγωνιαία κάμψη με ραχιαία έκταση, ανάσπαση και έστω έλξης της ωμοπλάτης. Όταν γίνεται μεταφορά αντικειμένων, ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται και τα δύο χέρια(Φιλιππούλου, 2006).

Εκτός διαφορετικής συμβουλής του χειρουργού, δεν θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2, 5 kg με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και κάτω άκρα συσχετίζονται στενά, ένα οσφυϊκό μαξιλάρι μπορεί να βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθημερινή θέση συνδυασμού όμως με ρύθμιση του ύψους της καρέκλας και

του τραπεζιού ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο. Οι ασθενείς πρέπει να διδάσκονται από τον φυσιοθεραπευτή τους πως θα αποκτήσουν καλές συνήθειες στάσης του σώματος(Φιλιπποπούλου, 2006).

### **7.3.2. Εύρος κίνησης**

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς που υφίστανται μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχουν επιτύχει καλύτερο εύρος κίνησης από τους ασθενείς που δεν έκαναν θεραπεία. Αναφέρεται ότι στους 3 μήνες που ακολουθούν την εγχείρηση, οι ασθενείς που είχαν άμεση φυσιοθεραπεία μετά την εγχείρηση, εξασφάλισαν ένα πλεονέκτημα παραπάνω από αυτούς που δεν είχαν υποστεί. Όταν οι φυσιοθεραπευτές αρχίζουν το μετεγχειρητικό πρόγραμμα εξάσκησης πρέπει να δίνονται συχνές οδηγίες στους ασθενείς εφόσον παροχετεύεται ακόμη το τραύμα. Μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης, πλήρης κίνηση του ώμου πρέπει να είναι εφικτή μέσα σε 2 έως 4 εβδομάδες από τη μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι αυτή η χρονική περίοδος επιτρέπει την πλήρη κινητοποίηση και εμποδίζει την πρόκληση επιπλοκής από το τραύμα, που οφείλεται μερικές φορές στην πολύ επιθετική άσκηση (Φιλιπποπούλου, 2006).

#### **Παραδείγματα διδασκόμενων ασκήσεων περιλαμβάνουν:**

- α** **Κάμψη και απαγωγή του ώμου** (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα). Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνει



στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό(Σαχίνη-Καρδάση, 2006).

- ❑ **Σφίξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
  
- ❑ **Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.
  
- ❑ **Γύρισμα σχοινιού.** Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά στην άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. ΟΙ κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.
  
- ❑ **Αιώρηση χεριών.** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.
  
- ❑ **Τροχαλία.** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το

σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα(Σαχίνη-Καρδάση, 2006).

**Q Κούμπωμα πίσω κουμπιών.** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

**Q Άγγιγμα μετώπου.** Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες( Σαχίνη-Καρδάση, 2006).

### 7.3.3. Μυϊκή ισχύς

Όταν οι φυσιοθεραπευτές δουλεύουν με ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να αποβλέπουν σε ειδική μυϊκή ενίσχυση καθώς και σε βελτίωση της γενικής κατάστασης. Επιπροσθέτως στην άμεση μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα ασκήσεων για όλη την μετεγχειρητική περίοδο ακόμη και κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας. Τονίζεται, λοιπόν, η σημασία της συνέχισης του προγράμματος άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δεν χρειάζονται εξοπλισμό και



γυμνάζουν τρεις περιοχές–κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση(Φιλιπποπούλου, 2006).

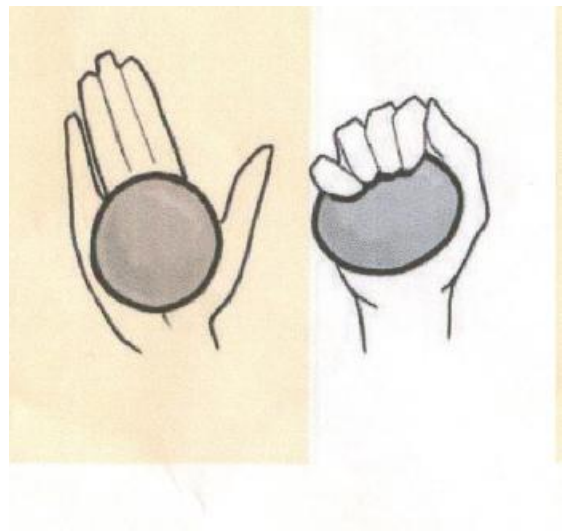
### **Ασκήσεις αποκατάστασης στο σπίτι**

*Για να ξεκινήσουν οι ασθενείς τις ασκήσεις που ακολουθούν, πρέπει πρώτα να συνεννοηθούν με τον γιατρό τους για το πότε είναι η κατάλληλη στιγμή και για το πόση ώρα θα πραγματοποιηθεί η κάθε άσκηση.*

#### **1. Σφίγγοντας και ανοίγοντας την παλάμη**

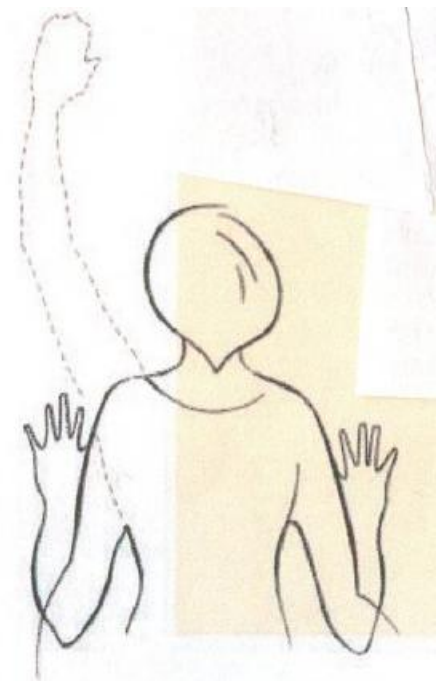
Κράτησε στην παλάμη σου ένα πλαστικό μπαλάκι.

Σφίγγε και άνοιγε την παλάμη σου (μπορεί να γίνει και αμέσως μετά την επέμβαση).



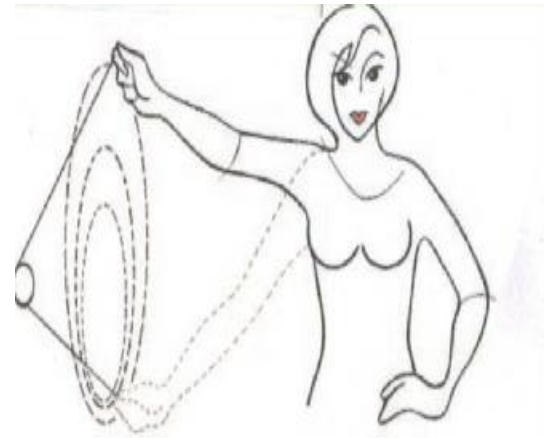
#### **2. «Σκαρφαλώνοντας» με το χέρι στον τοίχο**

Στάσου κοντά σε έναν τοίχο, κοιτώντας τον. Ακούμπησε στον τοίχο το χέρι σου που θέλεις να βοηθήσεις και άρχισε να το ανεβάζεις «περπατώντας» τα δάχτυλά σου σιγά-σιγά πάνω στον τοίχο, ως εκεί που μπορείς. Φέρε το χέρι σου πάλι στο σημείο που ξεκίνησες. Επανάλαβε την άσκηση. Σημείωνε το σημείο που φτάνεις και προσπάθησε να πηγαίνεις ψηλότερα κάθε φορά.



### 3. Κυκλικές κινήσεις με σκοινάκι

Δέσε ένα σχοινάκι στο πόμολο της πόρτας. Με τεντωμένο το χέρι κράτα το σχοινί και κάνε μικρούς κύκλους, κουνώντας ολόκληρο το μπράτσο από τον ώμο. Κάντο πέντε φορές από τη μια κατεύθυνση και πέντε από την άλλη. Μεγάλωσε σταδιακά τους κύκλους και επανάλαβε το περισσότερες φορές.



### 4. Κυκλικές κινήσεις των ώμων

Κάθισε και ακούμπησε τα χέρια σου χαλαρά στα γόνατά σου. Μάζεψε τους ώμους σου προς τα αυτιά σου και κάνε κυκλικές κινήσεις πάνω και πίσω. Επανάλαβε άλλες τόσες φορές, κάνοντας κινήσεις πάνω και μπρος.



### 5. Βοηθητικό σήκωμα χεριού

Σταύρωσε τα χέρια. Στήριξε το χέρι που χρειάζεται βοήθεια με το άλλο σου χέρι, κάτω από τον αγκώνα. Με τους δύο αγκώνες λυγισμένους, σήκωσε τα χέρια σου στο ύψος των ώμων, ακόμη και ψηλότερα, αν μπορείς. Χαμήλωσέ τα αργά.



## 6. Σήκωμα χεριών στο κεφάλι

Ξάπλωσε, τοποθετώντας μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σου. Ένωσε τα χέρια σου και, με τεντωμένους τους αγκώνες, σήκωσε τα χέρια σου επάνω, μέχρι το κεφάλι σου. Χαμήλωσε τα χέρια σου αργά. Καθώς είσαι ξαπλωμένη πάρε τρεις – τέσσερις βαθιές αναπνοές και συγκεντρώσου στο να χαλαρώσεις τους ώμους σου.



## 7. Σκούπισμα πλάτης

Κράτησε μια πετσέτα διαγώνια πίσω από την πλάτη σου. Κάνε απαλές κινήσεις σκούπισματος πλάτης. Επανάλαβε την άσκηση, έχοντας το άλλο σου χέρι ψηλότερα.



### 7.3.4. Λεμφοίδημα

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

### **Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:**

- α** Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα, και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
  
- α** Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
  
- α** Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- α** Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
  
- α** Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
  
- α** Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
  
- α** Να ακολουθούνται οι συμβουλές που αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

«ΜΗ»	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥ «ΝΑ»
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην κρατάτε τσιγάρα με αυτό το χέρι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο των πιάτων</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανουχίδες σ' αυτό το χέρι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να βάζετε κρέμα λαanolίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα στο χέρι με την εγχάραξη: <i>«ΠΡΟΣΟΧΗ –ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ – ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ»</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σ' αυτό το χέρι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ή οίδηματώδες</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα σ' αυτό το χέρι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μηνών</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μην επιτρέπετε να παίρνετε πίεση από αυτό το χέρι</li> </ul>	

### Αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού) (Σαχίνη-Καρδάση, 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

### **8.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ**



*Εικόνα 1. Καρκίνος μαστού στον άνδρα*

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί στους άνδρες, είναι όμως κάτι σπάνιο. Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες έχει συχνότητα 1%, από όλες τις περιπτώσεις. Σύμφωνα με μελέτες 300 άνδρες περίπου προσβάλλονται κάθε χρόνο από τον καρκίνο του μαστού έναντι 46.000 γυναικών στην Αγγλία. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως σε άνδρες ηλικίας 60-70 ετών([www.canser.canada](http://www.canser.canada), [www.canser.help.org.uk](http://www.canser.help.org.uk)).

Παρόλο που οι άνδρες δεν έχουν αναπτυγμένους τους μαστούς τους όπως οι γυναίκες, δεν παύουν όμως να έχουν κάποια μικρή ποσότητα μαζικού αδένα κάτω από την θηλή και τη θηλαία άλω που είναι ακριβώς η ίδια στον ενήλικο άνδρα, με τον μαζικό αδένα της νέας γυναίκας πριν από την εφηβεία. Στη συνέχεια, ο μαζικός αδένας στη έφηβη αρχίζει να διογκώνεται

ανταποκρινόμενος στη διέγερση των ωοθηκικών ορμονών, που αρχίζουν να εκκρίνονται την περίοδο αυτή και έτσι ο μαζικός αδένας αναπτύσσεται περισσότερο από τον ανδρικό μαστό. Από την άλλη οι ανδρικές ορμόνες που παράγονται στην εφηβεία στους άνδρες από τους όρχεις αναχαιτίζουν την περαιτέρω αύξηση του ανδρικού μαζικού αδένου([www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr)).

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες έχει σαφώς βαρύτερη πρόγνωση απ' ότι στις γυναίκες για τους εξής απλούστατους λόγους:

- § Ο άνδρας δεν επισκέπτεται τον ιατρό αμέσως μόλις διαπιστώσει κάποια ανωμαλία ή ψηλαφητή μάζα στον μαστό του.
- § Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, δυστυχώς αργεί να διαγνωστεί γιατί ασθενείς και ιατροί δεν τον υποψιάζονται εύκολα.
- § Επειδή η διάγνωση γίνεται καθυστερημένα και λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού, έχουμε πιο συχνή διήθηση του δέρματος ή του μυός που βρίσκεται πίσω από τον μαστό (μείζων θωρακικός) με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση των μεταστάσεων ([www.breasthealth.com](http://www.breasthealth.com)).

## **8.2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ**

### **Ø Διηθητικό παρογενές καρκίνωμα**

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί μέσω κυττάρων και έχει διηθήσει τους γαλακτοφόρους πόρους. Έχει συχνότητα εμφάνισης 80% στους άνδρες.

### **Ø Παρογενές καρκίνωμα in Situ**

Καρκίνωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα των λοβίων. Όταν ο καρκίνος δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη των κυττάρων των αδένων, λέγεται παρογενές καρκίνωμα in situ και είναι καρκίνος σε πρόιμη μορφή.



### Ø Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού

Τύπος καρκίνου μαστού κατά τον οποίο παρατηρείται πόνος, ερυθρότητα, ξηρότητα, οίδημα.

### Ø Νόσος του Paget

Είναι καρκίνος των πόρων της θηλής. Ένας όγκος που αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους πόρους κάτω από τη θηλή και την θηλαία άλω, προοδευτικά προχωρά προς την επιφάνεια της θηλής([www.breasthealth.com](http://www.breasthealth.com)).



*Εικόνα 2. Καρκίνος μαστού στον άνδρα([www.breasthealth.com](http://www.breasthealth.com)).*



*Εικόνα 3. Καρκίνος μαστού στον άνδρα ([www.breasthealth.com](http://www.breasthealth.com)).*



### 8.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αν και η αιτιολογία της εμφάνισης καρκίνου του μαστού στον άνδρα δεν έχει ακόμη πλήρως κατανοηθεί, υπάρχουν όμως άνδρες που έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό. Ως παράγοντες επικινδυνότητας αναφέρονται:

- Ø **Η ηλικία.** Η μέση ηλικία ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι τα 65 χρόνια, δηλαδή αναπτύσσεται μεταξύ 50 και 70 ετών. Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνδρα πριν από τα 35 χρόνια είναι πολύ σπανία.
- Ø **Η εθνικότητα.** Όπως και στον καρκίνο του μαστού στη γυναίκα και εδώ μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άνδρες της Μαύρης φυλής και ακόμη μεγαλύτερη οι άνδρες της Εβραϊκής φυλής. Σε μερικά μέρη της Αφρικής ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι συχνότερος.
- Ø **Το οικογενειακό ιστορικό.** Το οικογενειακό ιστορικό και ιδιαίτερα η ύπαρξη του γονιδίου BRCA2, δωδεκαπλασιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού στον άνδρα. Από το 1994/95 ανακαλύφθηκαν δύο γονίδια το BRVA1 και BRCA2, τα οποία ευθύνονται για τον οικογενή καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Τα γονίδια αυτά κληρονομούνται με τον αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα και έχουν υψηλή διεισδυτικότητα. Αυτό σημαίνει ότι σε μια οικογένεια που έχει το γονίδιο, 50% των απογόνων έχουν την πιθανότητα να κληρονομήσουν το γονίδιο αυτό είτε από τη μητέρα είτε από τον πατέρα. Έτσι, η ανάπτυξη του είναι συχνότερη σε άνδρες που έχουν:
  - ο Αρκετά άτομα του στενού συγγενικού περιβάλλοντος (άνδρες ή γυναίκες) με καρκίνο του μαστού –στενή συγγενή με αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού –συγγενή με ανάπτυξη

καρκίνου του μαστού σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών – αρκετά μέλη της οικογένειας με καρκίνο ωοθηκών ή παχέος εντέρου.

- *Υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, αν και δεν έχει διευκρινιστεί ο ρόλος της, έχει όμως παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε αποφοίτους Πανεπιστημιακών Σχολών.*
- *Αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους που προκαλούν γυναικομαστία είτε από κάποια συνοδό πάθηση είτε από εξωγενή φαρμακευτική δράση.*
- Το σπάνιο *σύνδρομο Kainefelter*, είναι ένας γενετικός όρος όπου ο άνδρας γεννιέται με ένα πρόσθετο θηλυκό χρωμόσωμα. Έτσι είναι XXY αντί XY. Άνδρες με σύνδρομο Kainefelter, είναι 20 φορές πιθανότερο να παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού.
- Εκτεθεί επανειλημμένα σε *ακτινοβολία* κατά την νεαρή τους ηλικία([www.mastologia.gr](http://www.mastologia.gr))

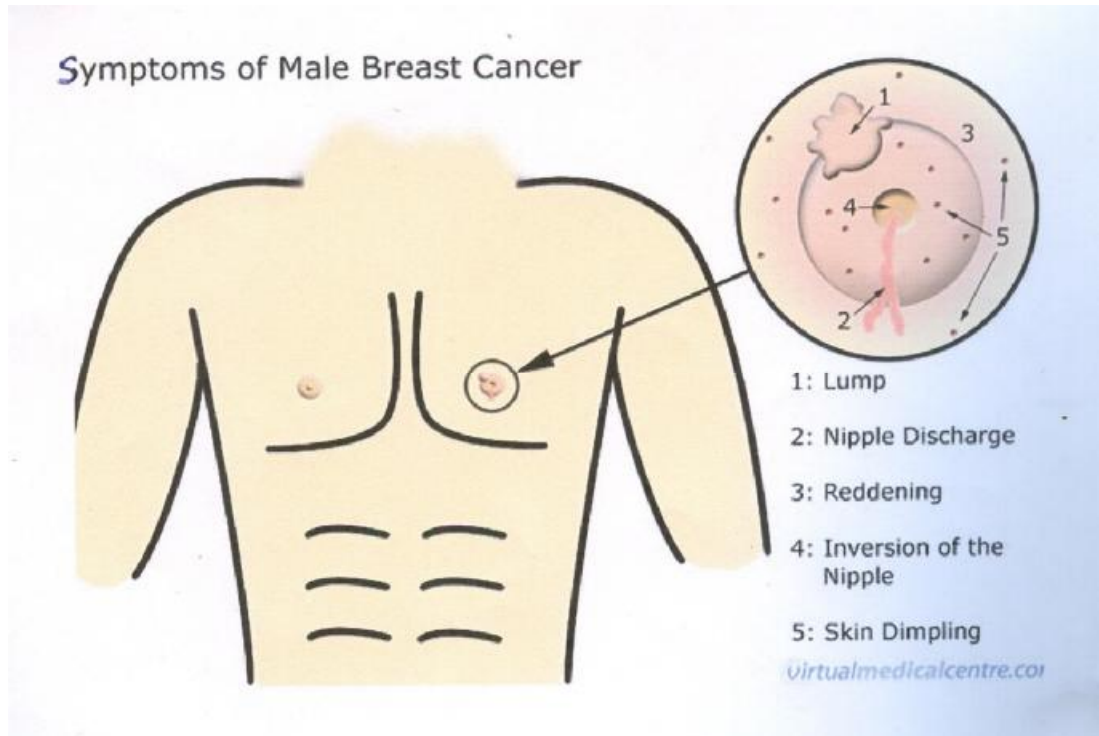
#### 8.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Το πιο συνηθισμένο **σύμπτωμα** του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι ένα ανώδυνο κομμάτι στο στήθος κοντά στη θηλή. Άλλα πιθανά συμπτώματα είναι:

- Ø Μια απαλλαγή από τη θηλή
- Ø Μια αλλαγή στη μορφή ή την εμφάνιση της θηλής
- Ø Μια αλλαγή στη μορφή ή την εμφάνιση του στήθους όπως η διόγκωση ή η πτύχωση
- Ø Πόνος
- Ø Πρησμένοι λεμφαδένες κάτω από το βραχίονα.

Οι εξετάσεις που γίνονται για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι ίδιες με αυτές που γίνονται στη γυναίκα.

Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται οι εξής διαγνωστικές μέθοδοι:



*Εικόνα 4. Συμπτώματα καρκίνου μαστού([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com)).*

### Ø Μέτρηση της πρωτεΐνης HER2

Η πρωτεΐνη HER2 είναι ένας παράγοντας αύξησης που στέλνει νευρικά σήματα στον καρκινικό ιστό και προκαλεί την μεγέθυνση του όγκου. Η ύπαρξη ή μη, της HER2 πρωτεΐνης εξακριβώνεται με απλές αιματολογικές εξετάσεις και η μέτρησή της μας βοηθάει στην επιλογή θεραπευτικής αγωγής.

### Ø Βιοψία

- i) Βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNA)
- ii) Βιοψία δια χονδρής βελόνης

- iii) Χειρουργική αφαίρεση μεγάλου μέρους ή κατά προτίμηση ολόκληρου του ύποπτου ογκιδίου για ιστολογική εξέταση ([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com) , [www.bestriung.org](http://www.bestriung.org))

### Ø Ορμονικές και ιστολογικές εξετάσεις

Στην συγκεκριμένη περίπτωση, όταν λέμε ορμονικές εξετάσεις, αναφερόμαστε στην μέτρηση του όγκου και του αριθμού των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων κυττάρου. Εάν η ιστολογική εξέταση αποκαλύψει την ύπαρξη κακοήθους όγκου, ιστός από τον όγκο ελέγχεται στο εργαστήριο με ειδικά αντιδραστήρια, έτσι ώστε να μας υποδείξει τα οιστρογόνα ή αντίθετα την προγεστερόνη ως παράγων επηρεασμού της αυξητικής ανάπτυξης του όγκου.

Τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης θα μας δείξουν, εάν και κατά πόσο η ορμονοθεραπεία, θα είναι αποτελεσματική στην καταστολή και σμίκρυνση του καρκινικού όγκου. ([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com) , [www.bestriung.org](http://www.bestriung.org))

## 8.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

### 8.5.1.Θεραπεία

Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που αναπτύσσουν οι άνδρες είναι παρόμοιοι με αυτούς των γυναικών. Κατά γενικό κανόνα συστήνονται οι ίδιες θεραπείες όπως και στις γυναίκες (μαστογραφίες, χειρουργική επέμβαση, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία, βιολογική θεραπεία). Σε περίπτωση μεταστάσεων, συστήνονται κατά κάποιον λόγο οι ορμονοθεραπείες. Η χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουν ευαισθησία οι ορμόνες.

### 8.5.2. Πρόγνωση

Στους άνδρες, ο καρκίνος του μαστού αν και σπανιότερος έχει βαρύτερη πρόγνωση απ' τι στις γυναίκες, διότι αφ' ενός λόγω της έλλειψης λίπους στον ανδρικό μαστό, ο καρκίνος διηθεί γρήγορα στο δέρμα και στο θωρακικό τοίχωμα και αφ' ετέρου, έχουν σχεδόν πάντα προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες, λόγω της καθυστέρησής τους να προσέλθουν στο νοσοκομείο ή σε έναν γιατρό, καθώς αποκλείουν συνήθως την πιθανότητα να πάσχουν από καρκίνο του μαστού. Επειδή η συχνότητα εμφάνισης του είναι πολύ περιορισμένη, δεν έχουν γίνει επαρκείς έρευνες και μελέτες όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα και τη διάγνωση, έτσι ώστε να οδηγούμαστε σε βέβαια και σταθερά συμπεράσματα για την πρόγνωση. Μόνο οι στατιστικές, οι επιδημιολογικές μελέτες και οι διάφορες συγκρίσεις αποτελεσμάτων, αποτελούν ένα μικρό φάρο πρόγνωσης.

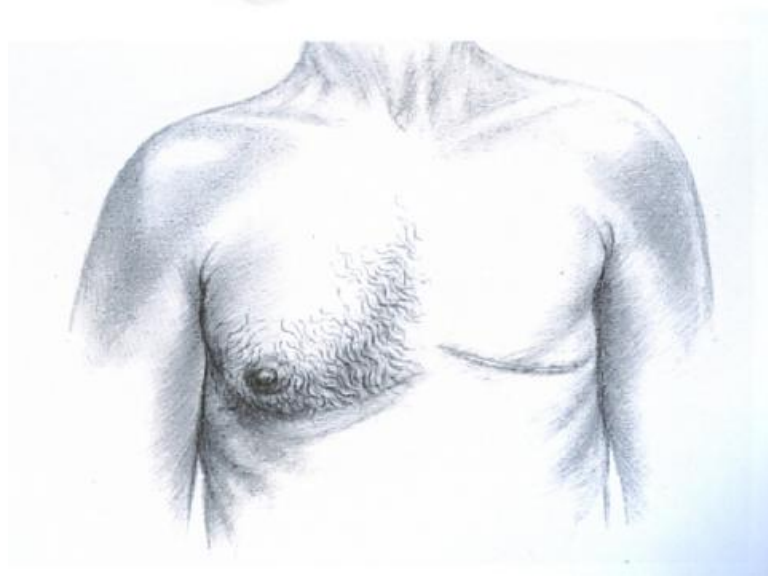
Η **πρόγνωση**, καθώς και οι θεραπευτικές επιλογές, εξαρτώνται από τους εξής παράγοντες:

- Ø Το στάδιο της νόσου
- Ø Τον τύπο του καρκίνου του μαστού
- Ø Τους οιστρογονικούς ή προγεστερονικούς υποδοχείς των κακοηθών κυττάρων στον καρκινικό ιστό
- Ø Την ύπαρξη μετάστασης του καρκίνου στον έτερο μαστό ή σε άλλα όργανα και ιστούς
- Ø Την ηλικία του ασθενή και την γενικότερη κατάσταση της υγείας του([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com) , [www.bestriung.org](http://www.bestriung.org))

## 8.6. ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού προκαλούν αλλαγές στη ζωή του άνδρα και μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αισθάνεται για τα πράγματα. Αυτές οι αλλαγές και τα αποτελέσματά τους δεν είναι ίδιες για όλους τους άνδρες.

Δεν είναι πάντα εύκολο, αλλά κατά την διάρκεια του χρόνου, οι περισσότεροι άνδρες προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκαλούνται από την εμπειρία τους με τον καρκίνο του μαστού. Οι περισσότεροι άνδρες πιστεύουν ότι είναι έτοιμοι για να επιστρέψουν στην κανονική τους ζωή και στο να κάνουν πράγματα που είναι σημαντικά γι' αυτούς.



*Εικόνα 5. Μαστεκτομή στον άνδρα ([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com)).*

Χρήσιμο θα ήταν λοιπόν να μιλήσουν σε έναν ειδικό όπως ψυχολόγο, ψυχίατρο ή σε άτομα που είχαν καρκίνο μαστού και είχαν υποστεί τη μαστεκτομή.

Μερικές από τις **ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις** που παρουσιάζει ο άνδρας μετά τον καρκίνο του μαστού ή μετά από μαστεκτομή είναι η ανησυχία, ο φόβος, η κατάθλιψη, η απώλεια λίμπιντο/σεξουαλικού ενδιαφέροντος, ο

αντίκτυπος στην οικογένεια και τους φίλους αλλά και στην εργασία([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com) , [www.bestriung.org](http://www.bestriung.org))

## **ΑΝΗΣΥΧΙΑ**

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος του μαστού είτε σε άνδρα, είτε σε γυναίκα, να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει αλλά και για το ό, τι πρόκειται να του συμβεί, όπως τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Άλλα συμπτώματα της ανησυχίας είναι:

- Ø Οι ανησυχητικές και οι αρνητικές σκέψεις που παρεμποδίζουν την καθημερινή ζωή ή τις διαπροσωπικές σχέσεις.
- Ø Η δυσκολία στο να αναλάβει αποφάσεις
- Ø Η δυσκολία στον ύπνο
- Ø Ότι το άτομο γίνεται ιδιαίτερα οξύθυμο και ανήσυχο, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται στον ύπνο.

## **ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο του μαστού η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που ένα άτομο μπορεί να πάθει κατάθλιψη. Με αποτέλεσμα το άτομο να χάνει την διάθεσή του για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, δεν παίρνει ικανοποίηση από δραστηριότητες που παλαιότερα τον ευχαριστούσαν, νιώθει οξύθυμος και ευερέθιστος. Ταυτόχρονα μπορεί το άτομο να παρουσιάζει διαταραχή στον ύπνο και απώλεια όρεξης. Αντιμετωπίζει δυσκολίες στην συγκέντρωση και βιώνει αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, ματαιότητας και ευαλότητας([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com) , [www.bestriung.org](http://www.bestriung.org))

## **ΑΠΩΛΕΙΑ ΛΙΜΠΗΝΤΟ/ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

Ο καρκίνος του μαστού και η θεραπεία του μπορούν να επηρεάσουν την σεξουαλικότητα με τέσσερις τρόπους:

- Ø Στην φυσική ικανότητα να δώσει και να εισπράξει ευχαρίστηση
- Ø Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα του σώματός του
- Ø Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό
- Ø Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις του.

## **ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ**

Η οικογένεια είναι η σημαντικότερη πηγή υποστήριξης του ανθρώπου. Το πρώτο και σημαντικότερο σύστημα που εντάσσεται κάθε άνθρωπος από την πρώτη στιγμή της ζωής του είναι η οικογένεια. Κάθε αλλαγή, γεγονός, κατάσταση όπως μία νόσος επηρεάζει όλα τα μέλη σε διαφορετικό βαθμό, με διαφορετικό τρόπο και επιπτώσεις. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητη η παρουσία της ομάδας ανακουφιστικής και παρηγορητικής αγωγής. Ρόλος τους είναι να υποστηρίζουν το οικογενειακό περιβάλλον αφού και αυτοί «νοσούν» μαζί με τον ασθενή που φροντίζουν. Η θετική και ανοιχτή επικοινωνία με την οικογένεια αλλά και τους φίλους διασφαλίζει τις καλύτερες προϋποθέσεις για να υπάρχει υποστήριξη και αμοιβαία κατανόηση ([www.medicalcentre.com](http://www.medicalcentre.com) , [www.bestriung.org](http://www.bestriung.org))



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

### **9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ- ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ**

Η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί την πρώτη και βασική μέθοδο προληπτικής εξέτασης των μαστών και μπορεί να γίνει πολύ απλά στο σπίτι από την ίδια την γυναίκα. Όλες οι γυναίκες από την ηλικία των 20 ετών πρέπει να μάθουν να κάνουν σωστά αυτοεξέταση στους μαστούς τους. Αφιερώνοντας ελάχιστα λεπτά της ώρας μια φορά το μήνα μπορούν να σώσουν τη ζωή τους. Η αυτοεξέταση είναι πρόληψη και η πρόληψη είναι δώρο ζωής.

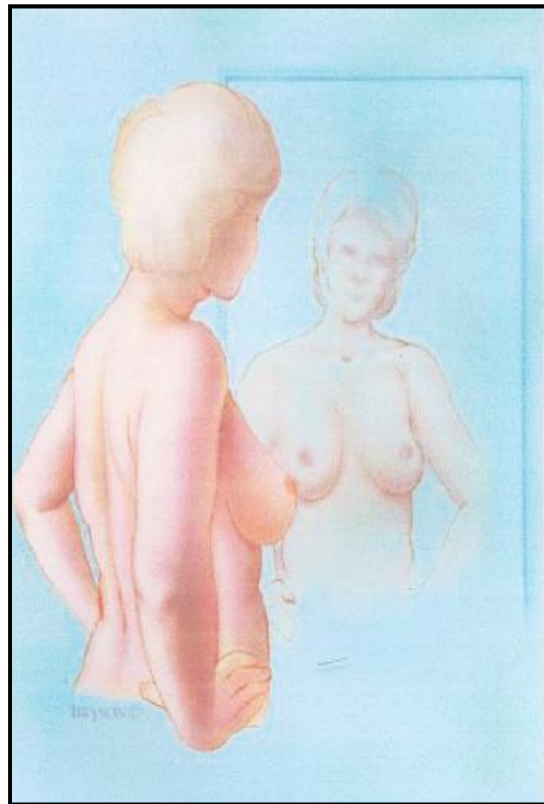
Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Για αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε προωμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Πόσο συχνά εφαρμόζεται η αυτοεξέταση από τις γυναίκες. Έχει αποδειχθεί ότι, και σε χώρες ακόμη που υπάρχει καλή ενημέρωση, το ποσοστό δεν ξεπερνά το 25%.

Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την αυτοεξέταση του μαστού, είναι ο φόβος και άγχος για την πιθανή ανεύρεση όγκου. Η έλλειψη γνώσης και εμπιστοσύνης για την αυτοεξέταση μαστού σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της. Η άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας αυτοεξέτασης του μαστού, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της γυναίκας, καθώς και η σεμνοτυφία ή/και η ενόχληση που μπορεί να νιώθουν (Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007, Μαρκόπουλος, 2007, Δασκαλάκης, 2007, Κυριακίδου, 2005).

## Οδηγίες για τη σωστή αυτοεξέταση των μαστών

### **Βήμα 1<sup>ο</sup>**

Ξεκινώντας στεκόμαστε μπροστά σε έναν καθρέφτη, χωρίς κάποια ενδυμασία στο πάνω μέρος του σώματος και κοιτάζουμε διερευνητικά τους μαστούς μας. Αυτό που πρέπει να ελέγξουμε είναι το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα και των μαστών και των θηλών. Οι δύο μαστοί πρέπει να είναι συμμετρικοί και ομοιόμορφοι.



*Εικόνα 1. Βήμα 1<sup>ο</sup>*([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org), Γλέντης, 2007)

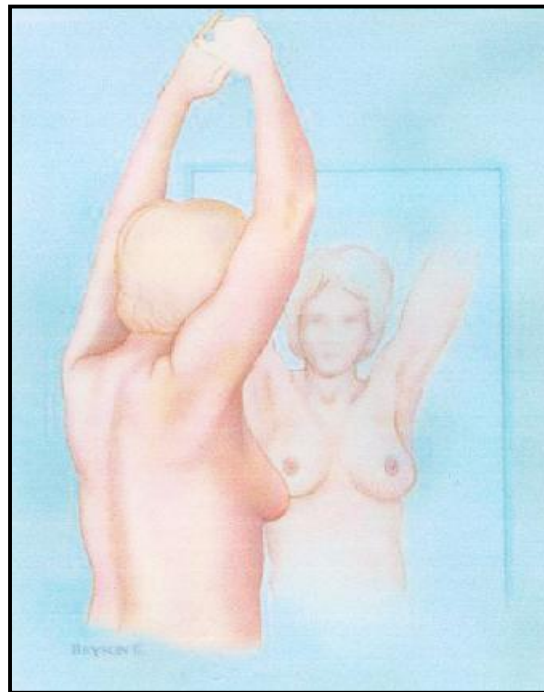
#### **Σημεία που χρήζουν διερεύνησης:**

- Ø Εισολκή δέρματος ή θηλής δέρμα «φλοιού πορτοκαλιού»
- Ø Ερυθρότητα
- Ø Διόγκωση
- Ø Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή

- Ø Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα(Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007, Γλέντης, 2007, Lippert H., 1993).

### **Βήμα 2<sup>ο</sup>**

Σηκώνουμε τα χέρια και ελέγχουμε τα ίδια σημεία. Ακολουθώντας πιέζουμε και τις δύο θηλές και ελέγχουμε αν υπάρχει εκροή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό, μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αιματηρό.



*Εικόνα 2. Βήμα 2<sup>ο</sup>([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org), Γλέντης, 2007)*

### **Βήμα 3<sup>ο</sup>**

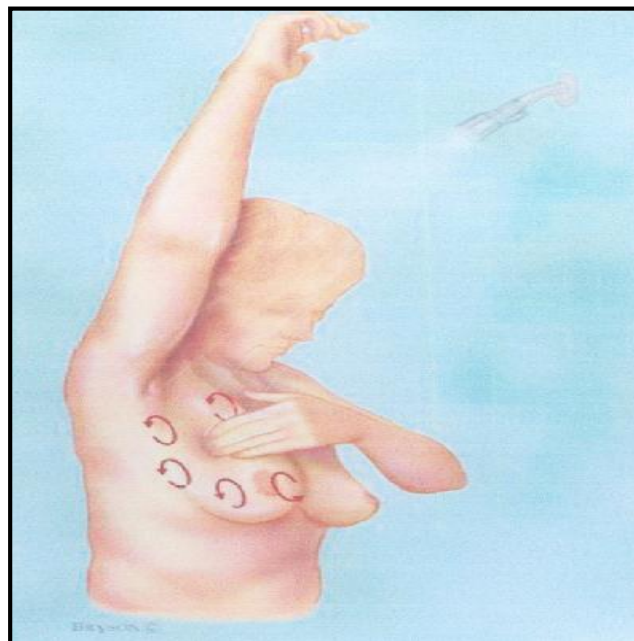
Ξαπλώνουμε και εξετάζουμε τους μαστούς κάνοντας μικρές κυκλικές κινήσεις με τις άκρες των δακτύλων μας, μέχρι να καλύψουμε όλη την έκταση του κάθε μαστού. Ακολουθούμε πορεία από πάνω προς τα κάτω και από έξω προς τα μέσα. Το δεξί χέρι εξετάζει τον αριστερό μαστό και το αντίθετο. Προσπαθούμε να αισθανθούμε οποιαδήποτε μάζα στο εσωτερικό του μαστού. Δεν παραλείπουμε ποτέ να εξετάζουμε όσο μεγαλύτερη επιφάνεια από την περιοχή της μασχάλης γίνεται, καθώς και την περιοχή ανάμεσα στους μαστούς έως τις κλείδες και μικρό μέρος κάτω ή επί του θυρεοειδή αδένου(Γλέντης, 2007)



*Εικόνα 3. Βήμα 3<sup>ο</sup>*([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org), Γλέντης, 2007)

#### **Βήμα 4<sup>ο</sup>**

Ακολουθούμε 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 (Γλέντης, 2007)



*Εικόνα 4. Βήμα 4<sup>ο</sup>*([www.breastcancer.org](http://www.breastcancer.org), Γλέντης, 2007)

## 9.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου. Συνεπάγεται όμως και αλλαγή τρόπου ζωής. Τροποποιήσεις των συνηθειών της ζωής θα αρκούσαν στο να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση τη συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων. Οι προσπάθειες από τις ομάδες υγείας να περάσουν τα μηνύματα της πρόληψης είναι πολύ δύσκολες και τα αποτελέσματά τους είναι συχνά αμφίβολα. Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση απέναντι στην ασθένεια που λέγεται καρκίνος πολλές φορές, γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στα τελικά στάδια και η θεραπεία του να γίνεται δυσκολότερη (Τοίκος, Καραγεωργοπούλου –Γραβάνη, 1999)

Η πρόληψη καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε:

1. **Πρωτογενής πρόληψη** δηλαδή, την αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και την ανάπτυξη προληπτικών μέτρων.
2. **Δευτερογενής πρόληψη** δηλαδή, την έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο όταν η νόσος είναι ακόμη τοπική και υπάρχουν δυνατότητες με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε να έχουμε ίαση (Μόσχου–Κάκου , 1999, Μαλγαρινού, Κωνσταντινίδου, 2003, Τριχοπούλου, Τριχόπουλος , 1986).

Δηλαδή:

### **ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ**

#### **Ενέργειες για παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου**

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

## ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

### Έγκαιρη διάγνωση σε «πρώιμο» στάδιο

- Ø Αυτοεξέταση
- Ø Κλινική εξέταση
- Ø Μαστογραφία - Υπερηχογράφημα
- Ø Μαγνητική μαστογραφία
- Ø Παρακέντηση - Κυτταρολογική εξέταση
- Ø Βιοψία με κόπτουσα βελόνα - Ιστολογική εξέταση.
- Ø Ανοικτή χειρουργική βιοψία(Μόσχου–Κάκου, 1999, Τριχοπούλου, Τριχόπουλος, 1986)

#### *Πιο αναλυτικά:*

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

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

Η **φαρμακευτική προφύλαξη** αποτελεί προσέγγιση που έχει σκοπό την μείωση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού με τη χορήγηση φυτικών ή συνθετικών στοιχείων που προλαμβάνουν, αναστρέφουν ή καταστέλλουν την καρκινογένεση σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν.

Με τον όρο **χειρουργική προφύλαξη** αναφέρεται στην αμφοτερόπλευρη ολική μαστεκτομή με ή χωρίς πλαστική αποκατάσταση των μαστών. Είναι αρκετά επιθετική επιλογή με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα και για αυτό θα πρέπει να αποτελεί απόφαση της ίδιας, μετά από αρκετή προετοιμασία που περιλαμβάνει συστηματική ενημέρωση, ειδική ψυχολογική προετοιμασία κ.λπ. Επιλέγεται συνήθως σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου όπως, π.χ., γυναίκες με ανίχνευση γονιδιακής μετάλλαξης BRCA1, πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή λοβιακό μη διηθητικό καρκίνο:

Στην **δευτερογενή πρόληψη**, ο κύριος σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση, δηλαδή η ανίχνευση ενός καρκίνου, είτε σε μη διηθητική μορφή (in situ), είτε σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδανικά μικρότερο των 5 χιλιοστών, που αποτελούν την έννοια του «πρώιμου» καρκίνου. Στην πρώτη περίπτωση μπορεί να επιτύχουμε πλήρη ίαση, ενώ στη δεύτερη, η πορεία της ασθενούς είναι άριστη και οι θεραπευτικοί χειρισμοί, εύκολοι, με τις λιγότερες επιπτώσεις.

Η **έγκαιρη διάγνωση** όμως, εκτός των ανωτέρω, περιλαμβάνει και τους αψηλάφητους όγκους που αποτελούν ευρήματα σε μαστογραφίες ελέγχου (screening) και έχουν καλή πρόγνωση, τη διάγνωση ενός καρκίνου στο μαστό χρησιμοποιώντας ανάλογα με την ηλικία, όλες τις δυνατές διαγνωστικές μεθόδους, τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα ή τον ιατρό ή τη νοσηλεύτρια, και το συστηματικό έλεγχο με μαστογραφία και κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό και τέλος, την ανοικτή βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση μίας αλλοίωσης (Μόσχου – Κάκου, 1999, Μαρκόπουλος, 2007, Τριχοπούλου, Τριχόπουλος, 1986, Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2006)

Τα **πλεονεκτήματα της πρώιμης διάγνωσης** καρκίνου του μαστού, είναι μεταξύ άλλων, η αποφυγή της μαστεκτομής, η ευκολότερη αντιμετώπιση του καρκίνου, η κατά μεγάλο ποσοστό, πλήρης ίαση και τέλος, η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης της ασθενούς.

## **Πλεονεκτήματα πρώιμης διάγνωσης καρκίνου του μαστού**

Ø *Τοπική αφαίρεση του όγκου:*

1. Αποφυγή μαστεκτομής
2. Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα

Ø *Ευκολότερη αντιμετώπιση:*

- Επικουρική θεραπεία με λιγότερες παρενέργειες

Ø *Η πλειοψηφία των περιπτώσεων επιδέχεται πλήρη ίαση:*

1. Μη διηθητικοί όγκοι
2. Αψηλάφητοι, μικροί όγκοι

Ø *Μεγάλη επιβίωση:*

- Άριστη μελλοντική πρόγνωση (Μαρκόπουλος, 2007).

### **9.2.1. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης**

Στην Ελλάδα, γνωρίζουμε σήμερα την αιτία του 1/3 των περιπτώσεων καρκίνου. Ο κυριότερος γνωστός αιτιολογικός παράγοντας είναι το κάπνισμα, ενώ ακολουθούν με σημαντική διαφορά ο ιός της ηπατίτιδας Β, τα πυκνά οινοπνευματώδη ποτά, ορισμένοι βιομηχανικοί παράγοντες, διάφορες παράμετροι διατροφής, οι ιονίζουσες ακτινοβολίες, ιατρογενείς παράγοντες και υπερϊώδης ακτινοβολία (Παπανικολάου, 1994, Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org))

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται και από εξωγενείς παράγοντες εκτός από κληρονομικούς



και γονιδιακούς, άρχισαν να εφαρμόζονται *προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης* τα οποία είναι:

- Ø Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο μαστού βοηθάει στην πρόληψη του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο μαστού.
- Ø Η προσπάθεια ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς(Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Μόσχου–Κάκου, 1999, Κυριακίδου, 2005).

Για την *εφαρμογή* των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού, όπως τα ακόλουθα:

- Û Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- Û Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40<sup>ο</sup> έτος.
- Û Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Û Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Û Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

- Û Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Û Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού.
- Û Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωση των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.
- Û Η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή στον τομέα της διαφώτισης και απασχόλησης νοσηλευτών, καθώς και στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού (Κονιάρη, 1991, [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org), Μόσχου–Κάκου, 1999, Κυριακίδου, 2005).

### **9.2.2. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων δευτερογενούς πρόληψης**

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί 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 υποκειμενικά 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 διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.ά. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που

υπάρχουν στη διάθεση του για πρόληψη(Κονιάρη, 1991, Μόσχου–Κάκου, 1999, Κυριακίδου, 2005, [www.cancer.gr](http://www.cancer.gr)).

**Τρόποι προσυμπτωματικού ελέγχου (screening)** είναι οι εξής:

**1) Μηνιαία αυτοεξέταση:**

Για όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτή την εξέταση 5 μέρες μετά το τέλος της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση την ίδια ημέρα κάθε μήνα.

**2) Φυσική εξέταση:**

Θα πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό κάθε 3 χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών.

**3) Μαστογραφία:**

Οι μέθοδοι της σημερινής μαστογραφίας χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό με φιλμ και οθόνη και αποκαλύπτει το μαστό σε 0, 02 CGy σε δύο όψεις. Συνίσταται σε γυναίκες από 35-39 ετών η βασική μαστογραφία, ενώ από 40 ετών και μετά, συνίσταται σε όλες τις γυναίκες ανά 1-2 χρόνια. Αν εκτεθεί κανείς σε ακτινοβολία 1 CGy τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσει καρκίνο μαστού σε συχνότητα έξι άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμού (Κονιάρη, 1991, Μόσχου–Κάκου, 1999, Μουζάκα, Μανδρέκας, Μπαρμπούνης, 2007, Μαρκόπουλος, 2007, Τοίκος, Καραγεωργοπούλου –Γραβάνη , 1999).

**Επιδημιολογικά στοιχεία του NCI (National Cancer Institute)** δείχνουν ότι:

**Ü** Ετήσιες μαστογραφίες έχει αποδειχτεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα του καρκίνου μαστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών.

- ü Η μέθοδος ACS προτείνει να γίνεται μια μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 35-39 χρόνων και μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια σε ειδικές κατηγορίες γυναικών ηλικίας 40-49 ετών (με προδιάθεση, οικογενειακό ιστορικό, προηγούμενη προσβολή του έτερου μαστού κτλ) και μια ετησίως σε ασυμπτωματικές γυναίκες 50 ετών και άνω.
- ü Το NCI δεν κάνει καμία πρόταση για μαστογραφία πριν τα 50 χρόνια αλλά προτείνει ετήσια μαστογραφία μετά τα 50.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του μαστού, περιλαμβάνει διάφορες εξετάσεις -για την ανίχνευση διαφόρων ανωμαλιών του μαστού, και όχι μόνο για τη διάγνωση κακοηθών νεοπλασιών, όπως ο καρκίνος μαστού.

#### **Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:**

- 1) Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- 2) Αυτοεξέταση μαστού ανά μήνα
- 3) Γενική Φυσική εξέταση
- 4) Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)
- 5) Αιματολογικές εξετάσεις
- 6) Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)
- 7) Βασική μαστογραφία (35-39 ετών)
- 8) Μαστογραφία ανά 1-2 έτη σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών ή ανά έτος σε γυναίκες 50 ετών και άνω(Κονιάρη, 1991, Μόσχου–Κάκου, 1999).

### **9.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Οι νοσηλεύτριες/τριες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους

προοπτική τους καθιστά ικανούς να επέμβουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Είναι ικανοί/ές να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών αλλά, χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους, μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση(Κονιάρη, 1991).

Η πρόγνωση για ανάρρωση σχετίζεται απευθείας με το στάδιο της ασθένειας τη στιγμή της διάγνωσης, για αυτό το λόγο κάθε έγκαιρη διάγνωση μέσω μαστογραφιών και κλινικής εξέτασης είναι σημαντική.

Η πρόληψη συμβάλλει σημαντικά στην υψηλή ποιοτική ζωή των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Πρόγνωση για ανάρρωση σχετίζεται απευθείας με το στάδιο της ασθένειας τη στιγμή διάγνωσης.

Είναι σημαντικό ότι στις γυναίκες οι οποίες βρίσκονται στον υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο μαστού πρέπει να δοθούν πληροφορίες που χρειάζονται για να αποφασίσουν για την υγεία τους.

- § Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- § Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40<sup>ο</sup> έτος.
- § Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- § Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- § Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- § Η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλεύτη/τριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτών/τριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

- § Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.
- § Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- § Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου(Κονιάρη, 1991).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup>

### **10.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΑ**

#### **Μηχανισμοί προσαρμογής και αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού**

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα δυνητικά θανατηφόρο νόσημα προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα κίνδυνο για την ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούργια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Εκτεταμένες έρευνες πάνω στους τρόπους αντιμετώπισης των σοβαρών νοσημάτων έχουν δείξει ότι οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή είναι οι ακόλουθοι :

**α) Άρνηση (Denial).** Το άτομο που νοσεί αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού π.χ., αρνείται κατηγορηματικά την διάγνωση, ενώ δικαιολογεί την χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως : «δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς». Οι γυναίκες αυτές δεν μιλούν ποτέ μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα τη συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

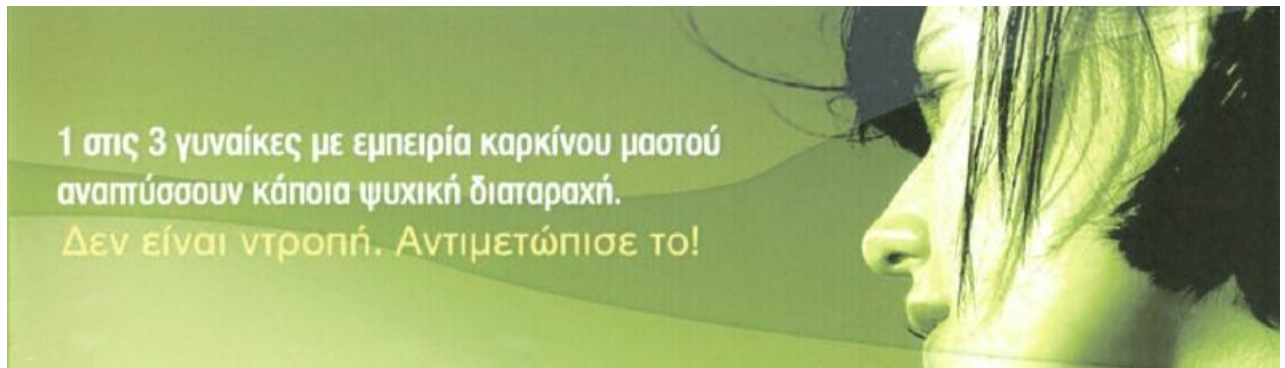
**β) Μαχητικότητα (Fighting Spirit).** Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. Συνήθως ρωτούν τον γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το «ανακάλυψαν γρήγορα».

**γ) Στωική αποδοχή (Stoic Acceptance).** Οι ασθενείς αυτές δέχονται την διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν εκτός αν προκύψουν καινούργια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

**δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/depressed Acceptance).** Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στην διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή/και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. Πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

**ε) Απελπισία/Αβοηθητότητα (Hopeless/Helpless).** Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από την διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς άρρωστες είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σα να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη (Φιλιππούλου, 2006)





*Εικόνα 1.* Άλμα ζωής([www.breastcancer.hellas.gr](http://www.breastcancer.hellas.gr))

Τονίζεται ότι πίσω από όλα αυτά τα στάδια και τους μηχανισμούς κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή **δεν σβήνει, η ΕΛΠΙΔΑ!** Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά, είναι απλώς ένας εφιάλτης κι όχι αλήθεια, ότι ένα φάρμακο υπόσχεται πολλά(Βαρσάμη, 2003).

## **10.2. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ**

Η αφαίρεση του μαστού είναι μία από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες **ο αναπόφευκτος ακρωτηριασμός προκαλεί έντονο ψυχικό κλονισμό στην γυναίκα.** Η σκέψη και μόνο στην απώλεια του μαστού δημιουργεί στην γυναίκα ψυχικό τραύμα και αυτό γιατί από την νεανική τους ηλικία η ζωή τους ήταν συνηφασμένη με την ύπαρξη αυτού του οργάνου. Οι επιπτώσεις της μαστεκτομής στη ζωή της γυναίκας είναι τόσο έντονες, ώστε απαιτούνται αποθέματα ψυχικής δύναμης για να υπερνικηθούν οι δυσκολίες (προσωπικές ή οικογενειακές)( Βαρσάμη, 2003).

### 10.2.1 Ψυχική κατάσταση και σωματική υγεία

Η ψυχική κατάσταση από αρχαιοτάτων χρόνων είναι γνωστό ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σωματική υγεία. Στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αποδίδονται συνήθως σοβαρές και καταληκτικές ασθένειες. «Εβγαλα καρκίνο από την στενοχώρια», είναι η γνωστή λαϊκή ρήση που σίγουρα έχετε ακούσει. Η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στον οργανισμό, που έχει σαν φυσικό επακόλουθο την εξασθένηση της ανοσολογικής αντίδρασης σε εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα. Η ύπαρξη της κατάθλιψης επιδρά στον ρυθμό της καρκινογένεσης (Παναγιωτοπούλου, 2007).

Επομένως βγαίνει το συμπέρασμα, ότι πρέπει να μειώνεται το άγχος σε κάθε ασθενή με χρόνια και βαριά νόσο. Ο κλινικός γιατρός που παρακολουθεί τον / την ασθενή, οφείλει να διαγνώσει την ύπαρξη αυτών των ψυχικών νόσων, του άγχους και της κατάθλιψης, παρόλο που πολλές φορές αυτό δεν είναι εύκολο. Μερικά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η εύκολη κόπωση, ταχυκαρδία, αϋπνία, ανησυχία, ανορεξία, μείωση της διάθεσης, άγχος και ενοχλήματα από το γαστρεντερικό, ουροποιητικό και αναπνευστικό σύστημα.

Μία ψυχοθεραπευτική υποστηρικτική στάση του γιατρού και του περιβάλλοντος, συγγενικού ή νοσηλευτικού, σε πολλές περιπτώσεις αρκεί. Σε άλλες όμως απαιτείται φαρμακευτική ενίσχυση ή και αντικαταθλιπτικά φάρμακα(Παναγιωτοπούλου, 2007).

### 10.2.2 Στρες – Άγχος – Πανικός

Είναι πολύ φυσικό όταν εντοπίζεται καρκίνος σε κάποιον να ανησυχεί για αυτό που του συμβαίνει ή πρόκειται να του συμβεί, τον πόνο, την τελική έκβαση, τον θάνατο, τους αγαπημένους του ανθρώπους. Το **στρες** λοιπόν,

αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού απέναντι σε έναν «κίνδυνο». Το άτομο που έχει άγχος μπορεί να παραπονείται για δυσκολία στη συγκέντρωση, αίσθημα κόπωσης, δυσκολία στον ύπνο, ξηροστομία, αίσθημα ζαλάδας, μουδιάσματα, σύσπαση μυών, αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή, τινάγματα. Ο **πανικός** έρχεται απροειδοποίητα και διαρκεί λίγα λεπτά. Σε αυτά τα λεπτά το άτομο έχει έντονα σωματικά συμπτώματα (Παναγιωτοπούλου, 2007).

### **ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ :**

Το στρες, το άγχος και ο πανικός αποτελούν εμπόδια τόσο στις θεραπείες, όσο και στην έκβαση τους αλλά κυριότερα στην ψυχική υγεία. Σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχουν πολλοί τρόποι αντιμετώπισης, όπως :

- Να μην διστάσουν να συμβουλευτούν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας
- Να συζητούν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους με τον θεράποντα ιατρό τους
- Να το συζητήσουν με πρόσωπα σημαντικά γι' αυτούς και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους
- Να προσπαθήσουν να παραμείνουν ήρεμοι σε περίπτωση πανικού
- Να αναζητήσουν δικούς τους τρόπους με σκοπό να ηρεμούν, όπως : ασκήσεις χαλάρωσης, ευχάριστες δραστηριότητες.

### **10.2.3 Θλίψη και Κατάθλιψη**

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που ένα άτομο μπορεί να νιώσει θλίψη και άσχημη διάθεση. Το άτομο χάνει τη διάθεση του και τον

ενδιαφέρον για πράγματα και δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν. Όταν το άτομο βιώνει τέτοια συναισθήματα τότε το πιο πιθανό είναι να υποφέρει από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή να έχει απότομο έναρξη. Η αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, καθώς και η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την νόσο τους, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πιο εύκολη από μέρους τους λήψη αποφάσεων, υιοθέτησης ριζικών και ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής τους μετά την διάγνωση του καρκίνου.

#### **10.2.4 Εικόνα του Σώματος**

Η εικόνα του σώματος είναι η εσωτερική αναπαράσταση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση. Ο καρκίνος του μαστού αλλά και κάθε καρκίνος προκαλεί σημαντικές αλλαγές στον οργανισμό όπως η αλλαγή των ορμονών, η απώλεια μαλλιών, η αφαίρεση μελών του σώματος, χειρουργικά σημάδια, η αλλαγή του σωματικού βάρους, σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ορισμένες αλλαγές είναι μόνιμες και άλλες προσωρινές.

Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να νιώθουν ντροπή για το σώμα τους, θυμό για αυτό που τους συνέβη, να αποφεύγουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές συναναστροφές. Άλλοι άνθρωποι ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο τις αλλαγές στο σώμα τους και διαμορφώνουν μια θετική εσωτερική εικόνα για τον εαυτό τους εκτιμώντας την ανθεκτικότητα του οργανισμού τους, επαναξιολογούν το ρόλο της υγιεινής διατροφής και καλής φυσικής κατάστασης(Παναγιωτοπούλου, 2007).

#### **ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ :**

- Να συζητούν με ανθρώπους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες
- Να συζητούν με τον θεράποντα ιατρό τους τις ανησυχίες και τους φόβους τους

- Να προσπαθούν να εμπλακούν σε κοινωνικές δραστηριότητες
- Να φροντίζουν τον εαυτό τους
- Να αναζητήσουν νέα ενδιαφέροντα.

### 10.2.5 Σεξουαλικότητα και Καρκίνος

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να έχουν αρνητικά συμπτώματα στην σεξουαλικότητα και στις διαπροσωπικές σχέσεις. ο καρκίνος του μαστού όμως και η θεραπεία του δεν σημαίνουν το τέλος της σεξουαλικής τους ζωής. Με υποστήριξη και επικοινωνία, θα μπορέσουν να επανακτήσουν σιγά – σιγά την ερωτική τους ζωή.

Ο καρκίνος και η θεραπεία του μπορεί να επηρεάσουν την σεξουαλικότητα με τέσσερις τρόπους :

- √ Στη φυσική ικανότητα να δώσουν και να εισπράξουν ευχαρίστηση
- √ Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα τους σώματός τους
- √ Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό
- √ Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις τους

Τα συναισθήματα μπορεί να έχουν μπορεί να έχουν μεγάλη επιρροή στην σεξουαλικότητά τους και στην σεξουαλική συμπεριφορά τους. Η σεξουαλική αυτοεκτίμηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την καλή ψυχική υγεία.

Εάν θέλουν να μοιραστούν τα συναισθήματά τους θα πρέπει να επιλέξουν σε ποιον, πιθανότατα σε έναν πολύ κοντινό φίλο/φίλη ή σε ένα οικογενειακό τους μέλος που θα τους ακούσει και δεν θα τους κατακρίνει. Μπορεί όμως να νιώθουν πως είναι καλύτερο να μιλήσουν απευθείας γι' αυτό το θέμα με τον σύντροφό τους. Να μοιραστούν το θυμό τους, τους προβληματισμούς τους, τα συναισθήματά τους γενικότερα. Πολλά ζευγάρια «εκμεταλλεύονται» αυτές τις στιγμές για να έρθουν πιο κοντά στον σύντροφό τους και να είναι πιο ειλικρινείς απέναντί του/της(Παναγιωτοπούλου, 2007).

### 10.2.6 Φόβος μην επανέλθει

Η επανεμφάνιση του καρκίνου είναι όταν προσβάλλονται από τον καρκίνο ξανά, εφόσον έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους και εφόσον δεν υπήρχε πλέον καρκίνος στο σώμα τους. Η επανεμφάνιση μπορεί να συμβεί στο ίδιο μέρος από όπου ξεκίνησε ή μπορεί να συμβεί σε άλλο μέρος του σώματος. Η ανησυχία για την επανεμφάνιση του καρκίνου είναι μία φυσιολογική σκέψη για όσους έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία τους.

Η Αμερικανική Καρκινική Κοινότητα υπολογίζει ότι τουλάχιστον το 70% των νικητών νιώθουν την ανησυχία της επανεμφάνισης. Οι νικητές του καρκίνου πιθανότατα ζουν με μεγαλύτερη ανασφάλεια για την επανεμφάνισή του από ότι άλλοι άνθρωποι που έχουν βιώσει άλλες ασθένειες.

#### **Τι μπορούν να κάνουν :**

- Να μιλήσουν με ένα ειδικό από την ιατρική ομάδα που τους επιβλέπει
- Να κάνουν μια λίστα από πιθανά συμπτώματα που έχουν βιώσει
- Να μιλήσουν στους φίλους και στην οικογένειά τους γιατί μπορεί και εκείνοι να έχουν τους ίδιους φόβους με αυτούς
- Να καταλάβουν πως τα αγαπημένα τους πρόσωπα μπορούν να τους βοηθήσουν φτάνει να τους αφήσουν
- Να βρουν μια ομάδα υποστήριξης ώστε να έρθουν σε επαφή με άλλους νικητές και να μάθουν νέους τρόπους για να χειριστούν αποτελεσματικά τον φόβο της επανεμφάνισης
- Να ασχοληθούν με άλλες δραστηριότητες(Παναγιωτοπούλου, 2007).

### **10.2.7 Ενοχές και Καρκίνος**

Οι ενοχές είναι ένα από τα περίεργα αισθήματα που εμφανίζονται σε διάφορα πρόσωπα που εμπλέκονται, με οποιαδήποτε ιδιότητα, με το νόσημα καρκίνος. Πρόκειται για αίσθημα που βιώνεται από όλους, αν και από καθέναν για διαφορετικούς λόγους. Με τη λέξη **ενοχή** θέλουμε να δηλώσουμε το δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει όποιος έχει συνείδηση ότι έχει διαπράξει κάτι κακό. Όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού η καθυστέρηση και η αλλαγή, πολύ συχνά των θεραπευτικών δυνατοτήτων και προοπτικών δημιουργούν πλέγμα ενοχών, στο οποίο μπορεί να συμβάλουν και άλλοι παράγοντες. Επειδή δε οι μαστοί είναι όργανα που σχετίζονται και με την ερωτική ζωή, οι ενοχές μπορεί να ανάγουν το νόσημα σε αποτέλεσμα «θεϊκής τιμωρίας». Το ίδιο μπορεί να σχετίζονται με την παροχή θηλασμού στα βρέφη τους ή πολύ συχνότερα με την λήψη ορμονών σε κάποια φάση της ζωής τους.

Ένας άλλος παράγοντας που αποτελεί την αιτία ενοχών είναι η αίσθηση της ταλαιπωρίας των συγγενών εξαιτίας της. Τέλος, μια άλλη αιτία που δημιουργεί ενοχές είναι και η κληρονομική μετάδοση αν και οι περιπτώσεις για μετάδοση καρκίνου του μαστού από την μητέρα στην κόρη είναι ελάχιστες, η μητέρα φοβάται και αισθάνεται ενοχή για την πιθανή εμφάνιση καρκίνου του μαστού στην κόρη της ή σε μεταγενέστερες γενεές (Λεονταρίτου, 2007).

### **10.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ**

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια η οποία προκαλεί υψηλά επίπεδα άγχους στην ίδια την γυναίκα αλλά και την οικογένειά της.

Η καρκινοπαθής αισθάνεται έντονα ότι είναι αβοήθητη. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, καθοριστική είναι η προσφορά του νοσηλευτή.

Η νοσηλευτική παρέμβαση αναλαμβάνει τον σημαντικό ρόλο της έγκαιρης αναγνώρισης των αναγκών της γυναίκας, όπως είναι οι ψυχολογικές, οι συζυγικές – σεξουαλικές, η αλλαγή στην εικόνα του σώματος / αυτοεικόνα, η κοινωνική προσαρμογή, η πληροφόρηση και ο φόβος της υποτροπής που ακολουθούν τη θεραπεία του. Ο νοσηλευτής/τρια έχει σαν στόχο να προάγει την αίσθηση ελέγχου της γυναίκας, προσφέρει υποστήριξη σε αυτή και την οικογένειά της, βοηθά στη λήψη αποφάσεων, στον σχεδιασμό και στη λύση των προβλημάτων, με αποτέλεσμα να ενισχύει την προσαρμογή της ασθενούς στη νέα κατάσταση και την προαγωγή της ανάρρωσης και της αποκατάστασης (Αδαμίδου, Κατσοπούλου, 2003).



*Εικόνα 7.* Η ψυχολογική υποστήριξη από την νοσηλεύτρια([www.nurshing.gr](http://www.nurshing.gr))



## **ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ:**

- Q** Ενημερώνει την ασθενή για τη νόσο , τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες ώστε να τη βοηθήσει να προσαρμοστεί στη θεραπεία, να βελτιώσει τη συναισθηματική της κατάσταση, να την επαναφέρει στην καθημερινότητά της και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής της.
- Q** Εξασφαλίζει θετικό κλίμα με σκοπό να ευνοηθεί ο διάλογος.
- Q** Την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά της και να αποκαλύψει τις ανησυχίες της.
- Q** Ενθαρρύνει την ασθενή να μοιραστεί τις εμπειρίες της με άλλες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία.
- Q** Ο διάλογος γίνεται με ανοιχτές ερωτήσεις που έχει σκοπό τη λήψη πληροφοριών από την ασθενή σχετικά με τη ψυχολογική της κατάσταση.
- Q** Την ενημερώνει σχετικά με τη σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και των σωματικών και ψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Q** Την βοηθάει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της , η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των θεραπειών της.
- Q** Την υποστηρίζει ψυχολογικά και ενημερώνει τον σύζυγο σχετικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν στη ψυχολογία της γυναίκας.
- Q** Ενημερώνει την ασθενή και τον σύζυγό της για την επίδραση της θεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία.
- Q** Ενημερώνει τον σύζυγο για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και τον ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Q** Δημιουργεί κατάλληλο κλίμα, ώστε να ενθαρρύνει την ασθενή να μιλήσει για την σεξουαλική της ζωή και
- Q** Ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε(Λαβδανίτη, 2007)

### 10.3. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ-ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Όταν εξέλθει η ασθενής από το νοσοκομείο ο νοσηλευτής επισκέφεται την ασθενή στο σπίτι. Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει τα παρακάτω:

- ⇒ Το χώρο που ζει η ασθενής, να δώσει οδηγίες πως θα γίνει λειτουργικός για αυτήν, σύμφωνα με τις ανάγκες της.
- ⇒ Το οικογενειακό περιβάλλον, θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πως θα την αντιμετωπίσουν, σύμφωνα με τη ψυχική της διαθεσή, την ηλικία της και τις ανησυχίες της.
- ⇒ Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, σε περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία κ.α. και να φροντίσει για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών.
- ⇒ Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν την ασθενή(αλλαγές, ενέσεις).
- ⇒ Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες και τις παραξενιές της ασθενούς και να προσπαθεί να της μεταδώσει αισιοδοξία και τη πεποίθηση πως τα πράγματα που την ανησυχούν έχουν λύση.
- ⇒ Παρακολουθεί την ασθενή παίρνοντας εργαστηριακές εξετάσεις και
- ⇒ αξιολογεί τι μπορεί να χρειαστεί(Μεσμπέας, 1991).

## 10.4. ΔΙΑΦΗΜΙΣΤΙΚΕΣ ΚΑΜΠΑΝΙΕΣ

### Οκτώβριος με ροζ κορδέλα

Ο πρώτος, ουσιαστικά, μήνας του φθινοπώρου και της νέας σεζόν, ο Οκτώβριος, έχει θεσπιστεί διεθνώς ως ο μήνας ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού και της ροζ κορδελίτσας, που έχει καθιερωθεί ως σήμα αυτής της σημαντικής εκστρατείας.



*Εικόνα 2.* Ροζ κορδέλα([www.Breastcancer.org](http://www.Breastcancer.org))

Είναι πλέον γεγονός ότι το 98% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού θεραπεύεται, αν γίνει έγκαιρα η διάγνωσή του. Και είναι κρίμα να χάνονται ανθρώπινες ζωές από άγνοια ή αμέλεια([www.loipon.gr](http://www.loipon.gr)).

Αναρωτηθείτε λοιπόν : Ποια ήταν η τελευταία φορά που πήγατε στον γυναικολόγο σας για ψηλάφηση μαστού; Ποια ήταν η τελευταία φορά που κάνατε μαστογραφία; Επίσης αναρωτηθείτε : Έχετε συμβάλλει κι εσείς στην ενίσχυση των οργανώσεων που πολεμούν τον καρκίνο του μαστού;

Αν το θέμα έως τώρα δεν σας έχει απασχολήσει, μην χάνετε άλλο χρόνο.



*Εικόνα 3.Μαστογραφία([www.Breast cancer.org](http://www.Breast cancer.org))*

Κάντε το απαραίτητο τσεκάπ και φροντίστε από εδώ και εμπρός να το κάνετε τακτικά γιατί δυστυχώς ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου των γυναικών.

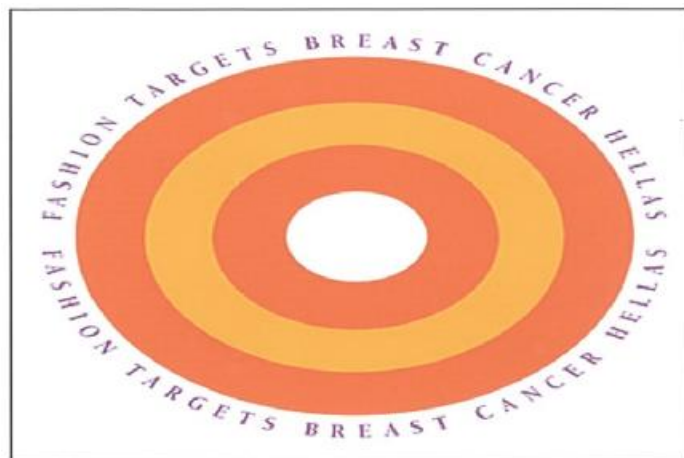
Νιώθεις ωραία όταν βοηθάς; Οι οργανώσεις κατά του καρκίνου του μαστού συγκεντρώνουν χρήματα για την δημιουργία κέντρων όπου οι γυναίκες μπορούν να απευθύνονται για τακτικά τσεκάπ και θεραπεία. Ιδιαίτερα εκείνες που δεν διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους.

Νιώθεις ωραία όταν ξέρεις πως στη δύσκολη ώρα δεν είσαι μόνος;

Και μην ξεχνάτε : Η υγεία είναι πάνω από όλα και χωρίς αυτή τίποτα, μα τίποτα, δεν μπορούμε να χαρούμε([www.loipon.gr](http://www.loipon.gr)).

## 10.5. ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ «Η ΜΟΔΑ ΠΟΛΕΜΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ» (F.T.B.C)

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



*Εικόνα 4.* F.T.B.C. ([www.ftbc.gr](http://www.ftbc.gr)).

Υπολογίζεται ότι μέχρι τώρα έχουν πωληθεί περισσότερα από 7 εκατομμύρια T-shirts. Στην Ελλάδα η δράση του F.T.B.C ξεκινά το 2001 και μέχρι στιγμής έχει συγκεντρώσει περισσότερα από € 780.000. Τα έσοδα χρηματοδοτούν εξ' ολοκλήρου το «Σπίτι του στόχου», ένα **Κέντρο Πρόληψης** που βρίσκεται στα Άνω Πατήσια και λειτουργεί καθημερινά παρέχοντας ΔΩΡΕΑΝ προληπτικές εξετάσεις. Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά με την επιστημονική ευθύνη του Γεν. Ογκολογικού Νοσοκομείου « Οι Αγ.

Ανάργυροι». Συγκεκριμένα το 2007, έγιναν 2.986 μαστογραφίες, 207 υπέρηχοι και 131 εντοπιστικές λήψεις([www.ftbc.gr](http://www.ftbc.gr)).

## **10.6 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Υπάρχει επίσης και μια αξιόλογη προσπάθεια από τον Σύλλογο γυναικών που έζησαν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ξεπέρασαν με επιτυχία τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ασθένεια([www.breastcancer.hellas.gr](http://www.breastcancer.hellas.gr)).

Ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής» είναι σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, το οποίο στηρίζεται οικονομικά, στις συνδρομές των μελών του και σε δωρεές.

Σκοπός του είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών που πάσχουν όπως επίσης και των μελών των οικογενειών τους, η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου και η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας([www.breastcancer.hellas.gr](http://www.breastcancer.hellas.gr))

Τέλος, διαθέτει επιστημονικούς συνεργάτες, ψυχολόγο, κοινωνική λειτουργό και 150 εκπαιδευμένες εθελόντριες έτοιμες να συνδράμουν σε κάθε περίπτωση με όλη τους την καρδιά. Και διάφορα είδη που θα χρειαστούν οι γυναίκες μετά την επέμβαση στο μαστό τους, καθώς και βοήθεια στον τρόπο χρήσης τους π.χ. ειδικά σουτιέν, μαγιό, τεχνητούς μαστούς, περούκες κλπ.



*Εικόνα 5. F.T.B.C Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους([www.ftbc.gr](http://www.ftbc.gr))*

### **10.7, ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ**

Το 1976 ομάδα ευαισθητοποιημένων γυναικών ίδρυσε τον Όμιλο Εθελοντών Κατά του Καρκίνου – Αγκαλιάζω με σκοπό την ηθική και οικονομική στήριξη απόρων ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο «Μεταξά». Έκτοτε, στα 32 χρόνια που μεσολάβησαν, εξελίχθηκε σε οργανωμένο εθελοντικό φορέα με 1.500 μέλη και 180 εκπαιδευμένους εθελοντές και με δύο παραρτήματα, ένα στην Πάτρα και ένα στο Ηράκλειο Κρήτης([www.oekk.gr](http://www.oekk.gr)).

Ψυχή και πυρήνας του Ομίλου είναι οι εθελοντές του, που εκπαιδεύονται και εποπτεύονται από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους. «Εθελοντής σημαίνει ανιδιοτελής προσφορά, ανθρώπινο πλησίασμα, αληθινό ενδιαφέρον και μοίρασμα, άγγιγμα, σιωπή, αφού και μόνο να μπορείς να ακούς είναι πράξη αγάπης».

Οι στόχοι του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου – Αγκαλιάζω αγκαλιάζουν τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις, με πρώτη την ενημέρωση για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό έχει

δημιουργήσει τηλεοπτικά σποτ και διακινεί έντυπο ενημερωτικό υλικό για διάφορες μορφές καρκίνου.

Επίσης, εκδίδει περιοδικό ειδικού ενδιαφέροντος σε διμηνιαία βάση, το οποίο διανέμεται δωρεάν σε 5.000 αποδέκτες, έχει δημιουργήσει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο με ενημερωτικό και πληροφοριακό υλικό και από το 2007 λειτουργεί ομάδα διεκδίκησης δικαιωμάτων καρκινοπαθών με σύνθημα «τίποτα για εμάς χωρίς εμάς».

Δεύτερο στόχο έχει θέσει την ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Πρόγραμμα που υλοποιείται από την κοινωνική και ψυχολογική υπηρεσία για τους ασθενείς από την ώρα της διάγνωσης μέχρι την αποθεραπεία ή το θάνατο, παρέχοντας στήριξη σε κοινωνικό, οικονομικό και ψυχολογικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και αποκατάστασης. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν και εθελόντριες του Ομίλου που βοηθούν σε πρακτικά θέματα (συντροφιά σε μοναχικούς ασθενείς, φροντίδα, λογαριασμοί κ.ά).

Τρίτο στόχο του Ομίλου αποτελεί η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ο Ο.Ε.Κ.Κ. έχει συμβάλει στην ίδρυση δύο Πανελλήνιων Συλλόγων στηρίζοντάς τους ηθικά και οικονομικά. Τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρεγγεκτομηθέντων που στηρίζει μέχρι σήμερα, και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού – Άλμα Ζωής, που αυτονομήθηκε το 2005.

Απώτερος στόχος του Ομίλου είναι να γίνει μια μεγάλη αγκαλιά υποστήριξης για τους καρκινοπαθείς αλλά και ενημέρωσης για τον υπόλοιπο πληθυσμό.([www.oekk.gr](http://www.oekk.gr)).

## **10.8. EUROPA DONNA HELLAS**

Η EUROPA DONNA HELLAS, νόμιμα συνεστημένη και ειδικά πιστοποιημένη στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μ.Κ.Ο.,



αποτελεί το ελληνικό FORUM της EUROPA DONNA [THE EUROPEAN BREAST CANCER COALITION], της ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η E.D. ιδρύθηκε στο Μιλάνο το 1993, όπου και τα κεντρικά γραφεία, αριθμεί σήμερα 40 χώρες κράτη – μέλη [όλες οι χώρες της Ε.Ε. είναι μέλη της] και αποτελεί ΟΡΓΑΝΟ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ & ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗΣ [ADVOCACY AND LOBBYING GROUP].

Η EUROPA DONNA εργάζεται για να ευαισθητοποιήσει και να αφυπνίσει τη κοινή γνώμη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, να κινητοποιήσει και υποστηρίξει τις Ευρωπαϊκές γυναίκες ώστε να ασκήσουν πολιτική πίεση για την άριστη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τον κατάλληλο πληθυσμιακό έλεγχο, τον ποιοτικό και τακτικό έλεγχο του ιατρικού εξοπλισμού, την βέλτιστη θεραπεία και περίθαλψη καθώς επίσης και για αυξανόμενους πόρους για την έρευνα καρκίνου του μαστού.

Συνεργάζεται αφενός με τον Ευρωκοινοβούλιο – δια της Ευρωπαϊκής Κοινοβουλευτικής Ομάδας για τον Καρκίνο του Μαστού (EPGBC) – σε θέματα πολιτικής υγείας για τον καρκίνο του μαστού και αφετέρου με την Ευρωπαϊκής Επιτροπή από την οποία επιχορηγούνται οι δράσεις της.([www.E.D.gr](http://www.E.D.gr), 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11<sup>ο</sup>

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Όνομα ασθενούς: Α.Κ.

Ηλικία ασθενούς: 45

Διάγνωση εισόδου: Καρκίνος αριστερού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής: 18/07/09

Η ασθενής εισήλθε στη β' χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Η ίδια η ασθενής ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν από ένα χρόνο ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό διαστάσεων 1x1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί ανώδυνοι κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής είναι παντρεμένη και έχει τρία παιδιά. Έναρξη έμμηνου ρήσεως 13 ετών. Στο οικογενειακό της ιστορικό δεν αναφέρει περιστατικό καρκίνου μαστού.

Στην κλινική έγιναν λήψη ζωτικών σημείων και αιματολογικός έλεγχος. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 19/07/09. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή και πήρε εξιτήριο στις 30/07/09. Δόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση σε 10 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

SUP Γλυκερίνης 1x1(προεγχειρητικά)

FL Fraxiparine 1x1 (επί 4 ημέρες μετεγχειρητικά)

AMP pethidine (Ε.Π.)

D/W 5% 1000cc (την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)

L/R 1000cc (την 1<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα)

Δίαιτα ελεύθερη

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ(PATIENT'S CARE PLAN)**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Άγχος, φόβος, Κατάθλιψη (προεγχειρητικά) Λόγω της επέμβασεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Μείωση του άγχους και της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων.</li> <li>Ø Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς.</li> <li>Ø Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ηθική και ψυχολογική στήριξη</li> <li>Ø Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου.</li> <li>Ø Γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής και τους χώρους της.</li> <li>Ø Δημιουργία Αισθήματος Ασφάλειας από τους νοσηλευτές.</li> <li>Ø Χορήγηση μυοχαλαρωτικού,μ ε ιατρική εντολή,προς αποφυγή άγχους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ενισχύθηκε Ψυχολογικά η Ασθενής και τονώθηκε το ηθικό της.</li> <li>Ø Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους Χώρους του χειρουργείου και της κλινικής.</li> <li>Ø Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση.</li> <li>Ø Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικό tavor+b 2,5mg1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή,λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης μυοχαλαρωτικού φαρμάκου.</li> </ul> <p align="right">187</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Πόνος (μετεγχειρητικά)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης.</li> <li>Ø Σταθεροποίηση Των ζωτικών Σημείων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Χορήγηση αναλγητικών , με ιατρική εντολή και τρίωρη λήψη ζωτικών σημείων.</li> <li>Ø Εξασφάλιση σωστής θέσης στο κρεβάτι.</li> <li>Ø Έλεγχος της παροχέτευσης Red-o-pack και του υλικού της παροχέτευσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Χορηγήθηκε Nubain amp 3mg σε 150 cc D/W 5% 1/2x2 για την μείωση του πόνου.</li> <li>Ø Έγινε λήψη ζωτικών ανά τρίωρο.</li> <li>Ø Δόθηκε σωστή θέση στο κρεβάτι .</li> <li>Ø Ελέγχθηκε η παροχέτευση για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Με τη χορήγηση ½ Nubain μειώθηκε Ο πόνος σε μισή ώρα και η ασθενής ένοιωσε ανακούφιση. Τα ζωτικά της σημεία βρίσκονταν συνεχώς στα φυσιολογικά όρια.Συνεχώς παρακολουθούνταν η παροχέτευση και δεν υπήρξε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <i>Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Αναπνευστική δυσχέρεια(βήχας, δυσφορία)λόγω ανεπαρκούς αερισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Επαρκής αερισμός της ασθενούς .</li> <li>Ø Πρόληψη ατελεκτασίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά.</li> <li>Ø Έλεγχος των ζωτικών της σημείων κυρίως της αναπνοής ως προς το είδος καθώς και της θερμοκρασίας.</li> <li>Ø Συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Έγινε διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας.</li> <li>Ø Εξασφαλίστηκε επαρκής αερισμός ,έγινε λήψη Ζ.Σ. με ιδιαίτερη προσοχή στις αναπνοές.</li> <li>Ø Με τη συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι,αποφεύχθηκε η συμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος από τις εκκρίσεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Με τη διδασκαλία η ασθενής κατάφερε να βήχει και να επιτευχθεί σωστός αερισμός. Η ασθενής συνεργάστηκε αμοιβαία στις αναπνοές και στις ασκήσεις με το βήχα με αποτέλεσμα τα Ζ.Σ. της να παραμένουν στα φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες-προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Λεμφοίδημα αριστερού άνω άκρου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Πρόληψη λεμφοιδήματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Τοποθέτηση στο κάτω μέρος του κρεβατιού ειδικής ενημερωτικής πινακίδας.</li> <li>Ø Ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς.</li> <li>Ø Ανάρτηση του άνω άκρου.</li> <li>Ø Έναρξη ασκήσεων με φυσιοθεραπευτή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Τοποθετήθηκε η ενημερωτική πινακίδα.</li> <li>Ø Έγινε ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς σχετικά με το σύμπτωμα που προέκυψε.</li> <li>Ø Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι.</li> <li>Ø Έγιναν ασκήσεις όπως έκταση κάμψη των δακτύλων, υπτιασμός-πρηνισμός του πήχους.</li> <li>Ø Επίσης κατόπιν συμφωνίας του ιατρού έγινε απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα.</li> <li>Ø Έγινε επίσκεψη από φυσιοθεραπευτή και έναρξη ασκήσεων.</li> <li>Ø Αποφεύχθηκε η λήψη αρτηριακής πίεσεως και αίματος από το χέρι αυτής της πλευράς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Με τις ειδικές ασκήσεις που έγιναν στην ασθενή από το φυσιοθεραπευτή η ασθενής ένοιωσε καλύτερα εφόσον επιτεύχθηκε καλύτερη κινητοποίηση του προσβεβλημένου χεριού. Επίσης, επιτεύχθηκε και ο βασικός στόχος αφού υπήρξε σταδιακή υποχώριση του λεμφοιδήματος.</li> </ul>

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Αλλαγή σωματικού ειδώλου(απώλεια Ενός μαστού).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Να αποδεχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στο λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ενημέρωση των συγγενών για αποδοχή της ασθενούς.</li> <li>Ø Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς.</li> <li>Ø Επίσκεψη σε άλλη ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.</li> <li>Ø Τοποθέτηση περούκας αν χρειάζεται.</li> <li>Ø Ενημέρωση για τη χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή καθώς και για την ενδυμασία της.</li> <li>Ø Βοήθεια αποδοχής της από το κοινωνικό περίγυρο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Ενημερώθηκαν οι συγγενείς σχετικά με τη μεταβολή της σωματικής εικόνας.</li> <li>Ø Ενισχύθηκε ψυχολογικά και έγινε τόνωση του ηθικού της.</li> <li>Ø Επισκέφθηκε μετά το χειρουργείο άλλη ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.</li> <li>Ø Τοποθετήθηκε περούκα για μικρό χρονικό διάστημα.</li> <li>Ø Ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο χρήσης προσθηκών μετά από μαστεκτομή.</li> <li>Ø Έγινε προσπάθεια να ενταχθεί στο κοινωνικό της περιβάλλον.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Η ασθενής έδειξε να αποδέχθηκε το χειρουργικό αποτέλεσμα. Ακολούθησε όλες τις οδηγίες που της δόθηκαν.</li> <li>Ø Έδειξε μεγάλη κατανόηση και υπομονή.</li> <li>Ø Η τοποθέτηση προσωρινής προσθήκης ενίσχυσε την αυτοπεποίθησή της .</li> </ul> <p align="right">191</p>



## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν σήμερα οι γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες. Είναι η συχνότερη αιτία θανάτου για γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών και η πρώτη αιτία σε γυναίκες με κακοήθεις νεοπλασίες.

Οι γυναίκες θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν τη σοβαρότητα της νόσου και να επισκέπτονται σε τακτά χρονικά διαστήματα τον γιατρό τους για τις απαραίτητες εξετάσεις. Πρέπει όλες οι γυναίκες να αφυπνιστούν προτού εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου. Άλλωστε όσο νωρίτερα γίνει η πρόβλεψη τόσο πιο αποτελεσματική και καλύτερη θα είναι η πρόγνωση της νόσου.

Όλοι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο, ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας πρέπει να δραστηριοποιηθούν ενάντια στο καρκίνο του μαστού λαμβάνοντας μέρος στις παγκόσμιες εκστρατείες ώστε κάποια στιγμή στο μέλλον να βρεθεί θεραπεία αποτελεσματική για το καρκίνο του μαστού.

**Σκοπός** της εργασίας μου είναι η ανασκόπηση του όλου θέματος σχετικά με τις υπάρχουσες απόψεις που αφορούν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με καρκίνο του μαστού. .

**Συμπερασματικά**, πρέπει να καταλάβουμε πως η υγεία δεν είναι κάτι τόσο απλό, όπως μπορεί να νομίζουμε, η αξία της είναι μεγάλη, θα πρέπει να την διεκδικήσουμε...

*Είναι κάτι το οποίο δεν δωρίζεται  
αλλά κερδίζεται.....*

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες, άρα έχει μεγάλη σημασία η έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη.
- Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι 1 στις 8 γυναίκες. Άρα πρέπει να υπάρχει καλύτερος προληπτικός έλεγχος, ώστε η διάγνωση να γίνεται στα πρώτα στάδια.
- Κατά την διάρκεια των τελευταίων χρόνων η επιστήμη έχει επιτελέσει πολύ μεγάλη πρόοδο στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού.
- Η αντιμετώπιση της νόσου γίνεται με την χειρουργική, την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία, και την ορμονοθεραπεία.
- Οι παγκόσμιες καμπάνιες, ο Πανελλήνιος Σύλλογος Καρκίνου του Μαστού αλλά και η συνεχής ενημέρωση των γυναικών έχει φέρει σημαντικά αποτελέσματα στην πρόληψη.
- Όλο και περισσότερες γυναίκες ευαισθητοποιούνται και η αυτοεξέταση των μαστών τους έχει γίνει μία από τις συνήθειές τους.
- Η ψυχολογική και η συναισθηματική υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προσωπικών προβλημάτων στις μαστεκτοθείσες γυναίκες. Γι' αυτό θα ήταν καλό οι ασθενείς να συμμετέχουν σε συμβουλευτικές συνεδρίες.

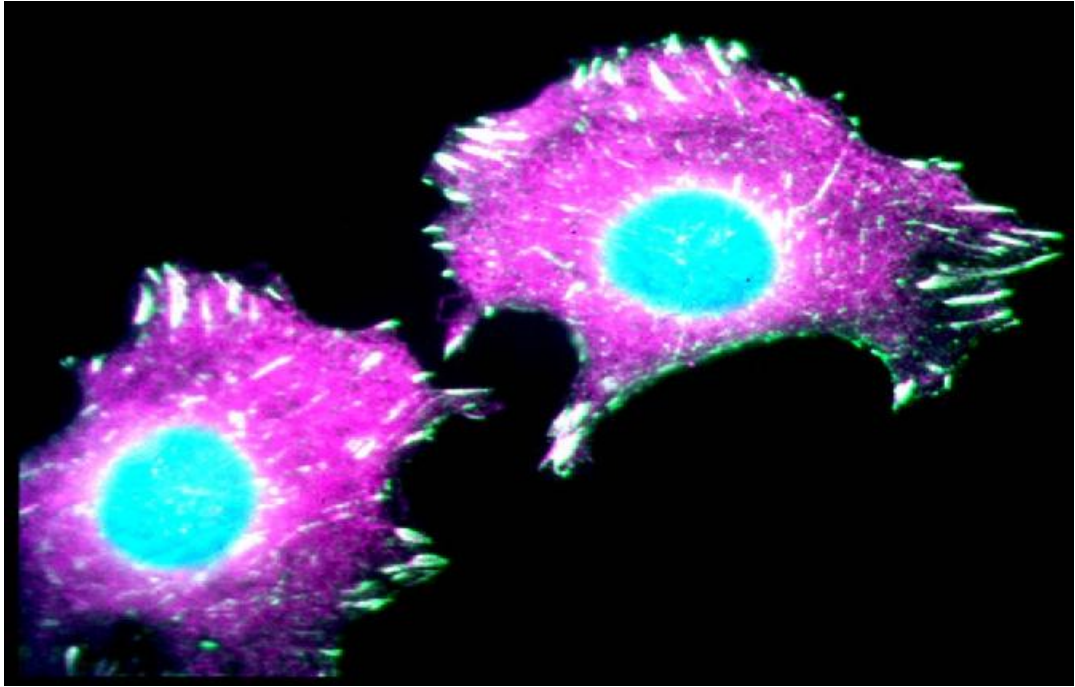
- Η συνεχής εκπαίδευση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού για τις συνεχείς εξελίξεις έχει βοηθήσει σημαντικά τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

## **ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

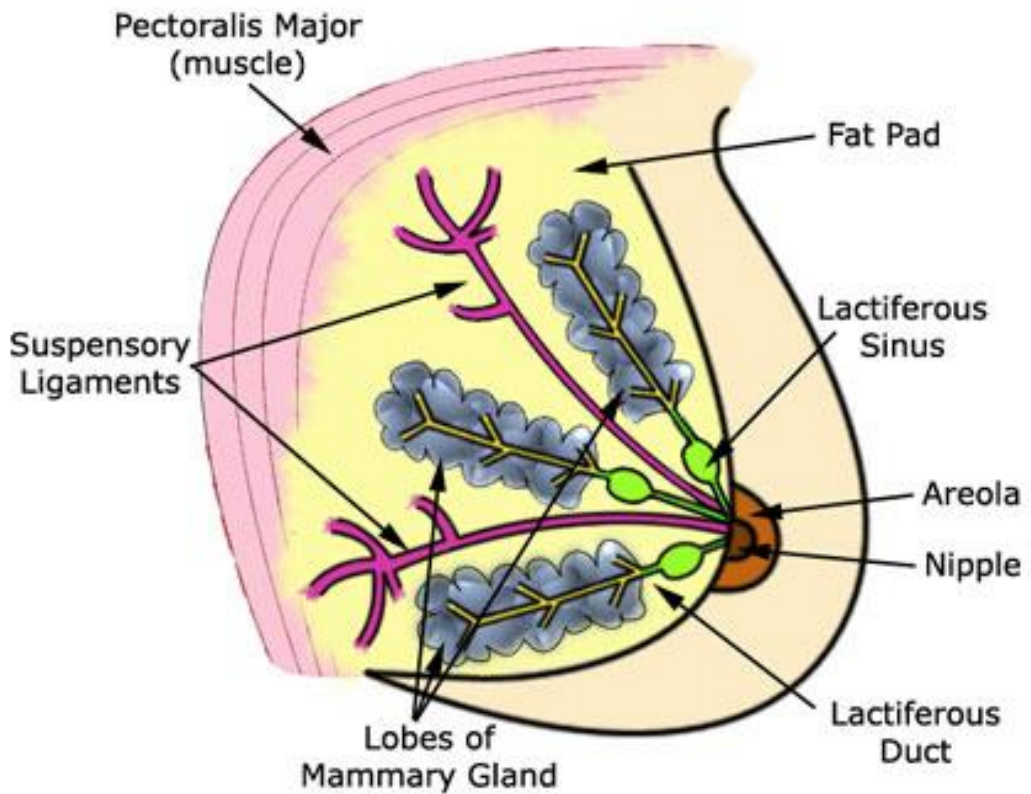
- 1.** Τα άτομα της ομάδας υγείας πρέπει να βλέπουν την ασθενή σαν δικό τους άνθρωπο και όχι σαν ένα απλό νούμερο κρεβατιού.
- 2.** Να ιδρυθούν περισσότερα αντικαρκινικά διαγνωστικά κέντρα μαστού ώστε να γίνεται εξέταση ενός μεγαλύτερου αριθμού γυναικών.
- 3.** Να δημιουργηθούν και στην Ελλάδα όπως έχουν δημιουργηθεί σε μεγάλα νοσοκομεία ευρωπαϊκών χωρών, ειδικές μονάδες μαστού όπου μια ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων θα παρακολουθεί, θα καθοδηγεί και θα συμπαρίσταται στις ασθενείς, αλλά και στις γυναίκες υψηλού κινδύνου.
- 4.** Οι μονάδες μαστού θα πρέπει να στελεχώνονται από εξειδικευμένο για τον μαστό χειρουργό-ογκολόγο, πλαστικό χειρουργό, παθολόγο ογκολόγο, κλινικό γενετιστή, μοριακό βιολόγο, παθολογοανατόμο, ψυχολόγο και ακτινολόγο, συμβάλλοντας όλοι μαζί στην μείωση της θνησιμότητας μιας νόσου που μπορεί να «προτιμά» τις γυναίκες αλλά στην ουσία να «χτυπάει» ολόκληρη την οικογένεια.
- 5.** Σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 χρονών συνίσταται η αυτοεξέταση του μαστού 1 φορά των μήνα.
- 6.** Κάθε γυναίκα άνω των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλεται σε μία μαστογραφία 1 φορά το χρόνο σε συνεργασία με τον γυναικολόγο της.

7. Να υπάρχει συνεχής ενημέρωση των γυναικών από διάφορους οργανισμούς όπως (εταιρείες καλλυντικών) διοργανώνοντας συχνά ημερίδες με θέμα τον καρκίνο του μαστού και μοιράζοντας έντυπο υλικό.
8. Εκπαίδευση των νοσηλευτών σχετικά με τον καρκίνο του μαστού.
9. Στήριξη νοσηλευτών /τριών στις ασθενείς, εκπαίδευση για το πώς πρέπει να συνεχίσουν την ζωή τους, τι να αποφεύγουν, ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

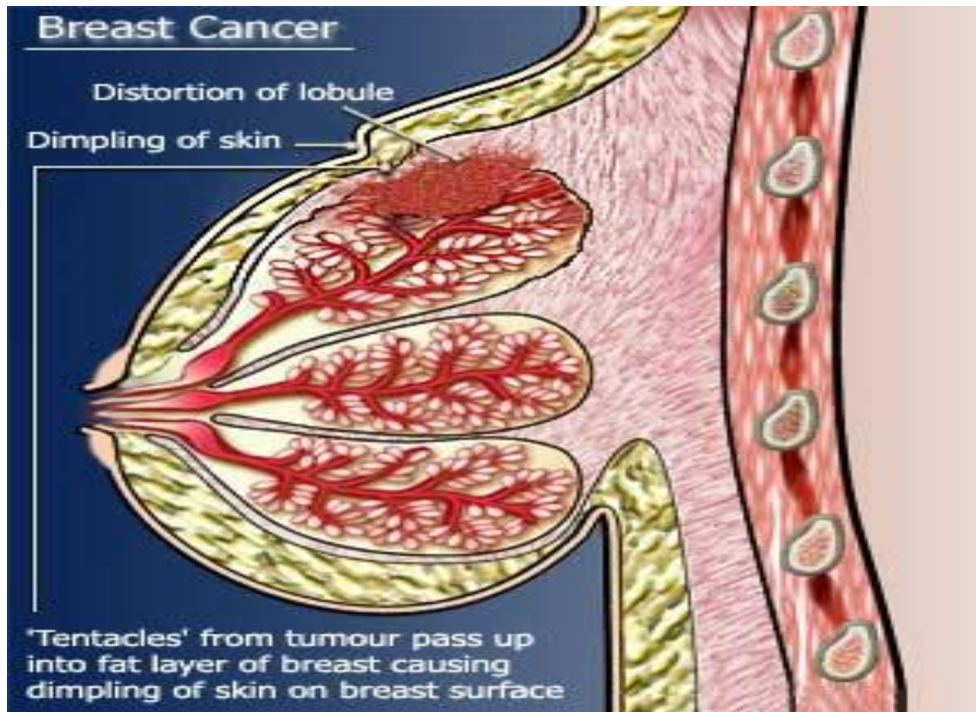


Εικόνα 1:καρκινικά κύτταρα μαστού



Εικόνα 2:τύποι καρκίνου μαστού





**Εικόνα 3:**καρκίνος μαστού



**Εικόνα4:**γυναίκα μετά από μαστεκτομή



## ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



**Εικόνα 5**



**Εικόνα 6**



**Εικόνα7:**Γυναίκα μετά από μαστεκτομή



**Εικόνα 8:**Φλεγμονώδης καρκίνος μαστού  
**ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΩΝ ΜΑΣΤΟΥ**

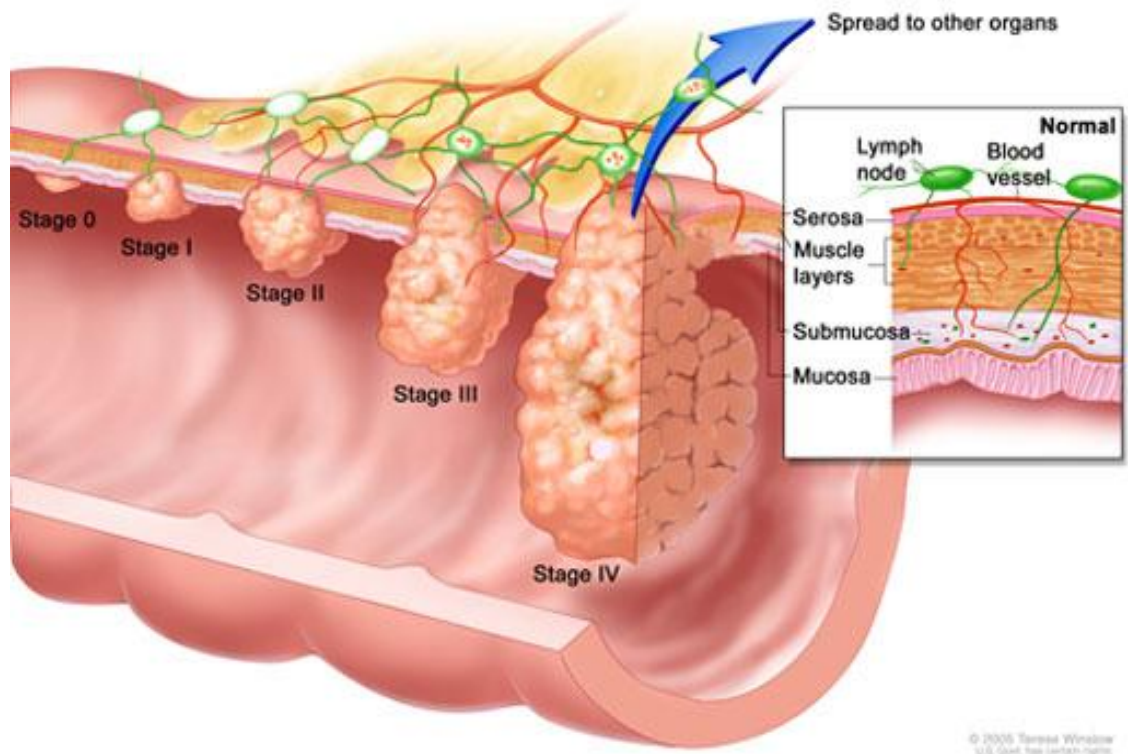


**Εικόνα 9**



**Εικόνα 10**

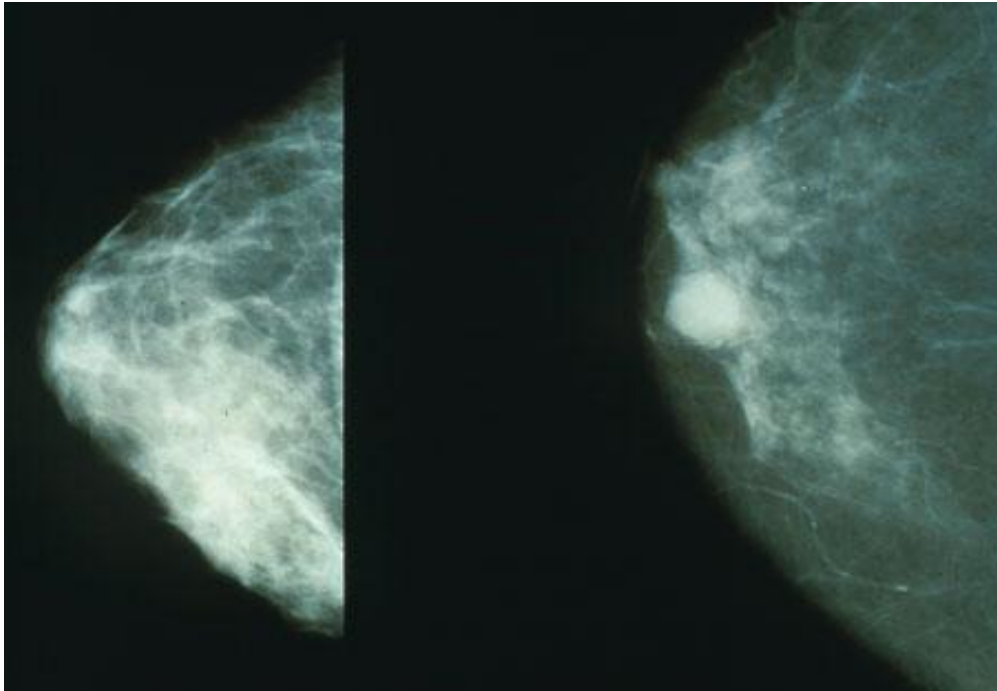




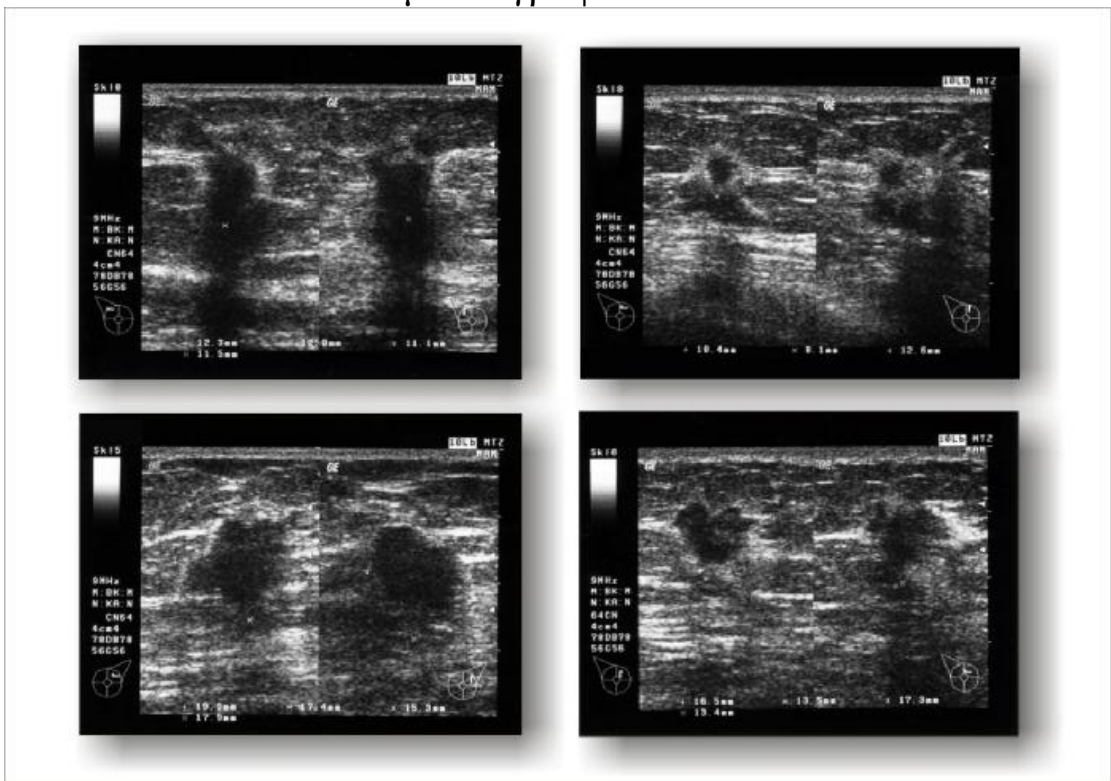
**Εικόνα 11:**Στάδια του καρκίνου του μαστού



**Εικόνα 12:**BREAST CANCER TUMOR



Εικόνα 13:Εικόνα από μαστογραφία



Εικόνα 14:υπερυχογράφημα καρκίνου του μαστού

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Ø **Αντωνιάδου Θ.**(2008).*Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού* , τεύχος 10<sup>ο</sup>, Αθήνα: Σκούρτα I, σ. 14-15.
- Ø **Βαρσάμη Γ.**(2003).*Καρκίνος τους μαστού και αποκατάσταση στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας*,πτυχιακή εργασία, Εισηγητής Δετοράκης I, Πάτρα: ΤΕΙ Πάτρας, σ. 73-74.
- Ø **Γκέλμπεση Α., Νταλαφούρα Ε.**(1993).*Καρκίνος Μαστού: πρόληψη – διαφώτιση* ,πτυχιακή εργασία, εισηγήτρια Παπαδημητρίου Μ., Πάτρα: ΤΕΙ Πάτρας, σ. 15.
- Ø **Γκινόπουλος Π.**(18/2/2004). *Καρκίνος του μαστού .Πελοπόννησος.*  
Πάτρα
- Ø **Dollinger M., Rosenbaum E., Cable G.**(1992),*Ο Καρκίνος, Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση*, Αθήνα: Κάτοπτρο, μετάφραση Χ. Μαθάς.
- Ø **Δρακούλης, Γιαννουκάκος**(2008), *Κληρονομικότητα και καρκίνος μαστού, Αγκαλιάζω*, Αθήνα: I. Σκούρτα, σ. 16-17.
- Ø **Ιωαννίδου–Μουζάκα Α.**(2006),«Καρκίνος του Μαστού, Μαθαίνουμε περισσότερα για να φοβόμαστε λιγότερο!», *Μετρό*, σ. 20-21.

- Ø **Κονιάρη Ε.**(1991),*Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική παρέμβαση*, Αθήνα : ΒΗΤΑ.
- Ø **Κυριακίδου Θ.Ε.**(2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, 6<sup>η</sup> έκδοση ,Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ.
- Ø **Λαβδανίτη Μ.**(2005),*Μετεκπαιδευτικά μαθήματα νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας* ,Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.σ.187-189.
- Ø **Lippert Η.**(1993),*Ανατομική, κείμενο και Άτλας*, 5<sup>η</sup> έκδοση ,Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ,σ. 82-89.
- Ø **Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ.**(2003), *Νοσηλευτική Χειρουργική – Παθολογική*, τόμος Β΄, μέρος 2<sup>ο</sup> , έκδοση 20<sup>η</sup>,Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ, σ. 79-109.
- Ø **Μαρκόπουλος Χρ.**(2007), *Εγχειρίδιο «Καλοήθειες και Κακοήθειες παθήσεις του μαστού*, Αθήνα: Πασχαλίδης,σ. 16-39.
- Ø **Μεσμπέας Σ.**(1991),*Η συμβολή της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου*, Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στο καρκινοπαθή, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία ,σ.53,95-100.
- Ø **Μόσχου–Κάκου Α.**(1999), *Ογκολογική Νοσηλευτική*, Πάτρα, σ. 3-9.
- Ø **Μουζάκα Λ., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β.**(2007),*Σύγχρονη Μαστολογία*, 1<sup>ος</sup> τόμος, Αθήνα: Πασχαλίδης, σ. 37-95.

- Ø Παπαδοπούλου Ε.(2007), *Διατροφή και καρκίνος του μαστού*, 5<sup>ο</sup> τεύχος ,Αθήνα : Λέλα Καλογιάννη, σ. 4-5, 16, 17.
- Ø Παπανικολάου Α., Παπανικολάου Ν.(2005), *Γυναικολογία* ,3<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα : Παρισιάνου, σ. 438-502.
- Ø Παπανικολάου Ν.(1994), *Μαστολογία*, 3<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα: Παρισιάνου, σ. 438-445.
- Ø Πετρίδης Α.(2002), *Εγχειρίδιο χειρουργικής*, 4<sup>η</sup> έκδοση ,Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.
- Ø Σαχίνη Α – Καρδάση(2006), *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες*, 2<sup>ος</sup> τόμος, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα :BHTA Medical Arts,σ. 481-489.
- Ø Σουφλέρη Ι.(2005),Καρκίνος μαστού, *Το Βήμα*, 14568,Αθήνα.
- Ø Σπηλιώτης Ι.(1999), Χειρουργός Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, *Καρκίνος «Από την άγνοια... στον φόβο»*, Πάτρα: Αχαϊκές εκδόσεις.
- Ø Thompson M.W., McInnes R.R., Willard H.F.(1992), *Ιατρική γενετική*, 5<sup>η</sup> έκδοση, Κρήτη:Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης
- Ø Τοίκος Ν., Καραγεωργοπούλου –Γραβάνη Σ.(1999),*Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής II*, έκδοση 2<sup>η</sup>, Αθήνα:ΕΛΛΗΝ,σ. 22-31.



- Ø Τοκμακίδης Π.(2001), *Ο Γυναικείος μαστός*, Αθήνα : Ελλην, σ. 183-190, 200, 201, 211-212, 230-236.
  
- Ø Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ.(1986), *Προληπτική Ιατρική*, Αθήνα: Παρισιάνου, σ. 49-56.
  
- Ø Φιλιπποπούλου Ν.(2006), *Καρκίνος Μαστού*, πτυχιακή εργασία, εισηγητής Ζήσης Θεόδωρος, Πάτρα: ΤΕΙ Πάτρας, σ. 77-78, 83-84.
  
- Ø Φύσσας Γ.(2006), *Ο Μαστός και οι παθήσεις του, ένας οδηγός για κάθε γυναίκα*, Αθήνα : Λιβάνη.
  
- Ø Χατζημπούγιας Ι.(2002), *Στοιχεία ανατομικής των ανθρώπου*, 2<sup>η</sup> έκδοση, Αθήνα:GN Desing.

## ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

- Ø [http://www. bestriung.org.gr](http://www.bestriung.org.gr),23/4/2008
  
- Ø Λεονταρίτου Α.,[http://www. bestrong.gr](http://www.bestrong.gr),3/5,2008
  
- Ø , Παναγιωτοπούλου Αγγελική [http://www. bestrong.gr](http://www.bestrong.gr), 25/6/09
  
- Ø <http://www.Breast cancer.org> 4/6/09
  
- Ø <http://www.Breast cancer.hellas.gr> 23/4/09
  
- Ø <http://www.breast health.com>21/5/09
  
- Ø <http://www.cancer.gr>21/5/09
  
- Ø <http://www.cancer.help.org.uk>.ημερ.τελ.αναν.28/9/07

- Ø <http://www.cancer.canada>, ημερ. τελ. αναν. 3/11/08
- Ø <http://www.chios-medical.gr> , 3/4/09
- Ø <http://www.E.D.gr>, 4/4/2009
- Ø <http://www.ftbc.gr>, 4/4/09
- Ø <http://www.greece.gr>, 27/7/09
- Ø <http://www.greece.flash.gr> 16/6/09
- Ø <http://www.hygeia.gr> 15/6/09
- Ø Αδαμίδου Θ., Κατσοπούλου Β., Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή, ο ρόλος των νοσηλευτών, 2003, <http://www.iatronet.gr>
- Ø Τσόπολος Α., Καρκίνος Μαστού , <http://www.iator.mht>, , 10/11/08
- Ø <http://www.loipon.gr>, 11/5/09
- Ø <http://www.mastologia.gr> , ημε. τελ. αναν. 25/10/08
- Ø <http://www.mastology.gr>, 9/8/09
- Ø <http://www.markopoulos.gr>, πρόεδρος Ελλ. Αντικαρκινικής εταιρίας, 2007
- Ø <http://www.medicalcentre.com> , 10/9/09
- Ø <http://www.medlook.gr>, 2006

- Ø <http://www.nci.com>, National Institutes of Health, Breast cancer, sept. 2006
- Ø <http://www.nurshing.gr>, 15/7/09
- Ø <http://www.oekk.gr> , 12/07/09
- Ø Δασκαλάκης Γ., Επανόρθωση στήθους μετά από μαστεκτομή, <http://www.plastic-Surgery.gr>, τελ. ημερ. αναν. 2/7/07
- Ø Γλέντης Κ.Π., <http://www.surgeon.gr>, 24/5/09
- Ø <http://www.surgical oncology.org>, 27/6/09
- Ø <http://www.wikipedia.org> , 27/6/09
- Ø Ν. Ιωσιφίδης, [http:// www.womans health.gr](http://www.womans health.gr) , 25/5/09