

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΘΕΜΑ :
“ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ”**

**“PREVENTION OF BREAST CANCER
AND NURSING INTERVENTION”**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ : Κ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΞΕΝΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ – ΜΑΡΙΑ



**ΠΑΤΡΑ
2010**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	11
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	14
1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	14
1.2 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	15
1.2.1 ΑΡΤΗΡΙΕΣ.....	15
1.2.2 ΦΛΕΒΕΣ	15
1.3 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ – ΛΕΜΦΙΚΕΣ ΟΔΟΙ.....	16
1.3.1 ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΙΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ.....	23
3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	25
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	25
3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	27
3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ.....	28
3.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	29
3.5.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2005-2007 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	29

3.5.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ.....	31
3.5.3 ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ : ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΓΙΑ ΤΟ 1997-2002 ΚΑΙ ΤΟΥ 2006.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ Κ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
4.1 ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	35
4.1.1 ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	36
ΗΛΙΚΙΑ.....	36
ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ.....	37
ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΑ ΑΡΧΗ.....	38
ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	38
ΙΣΟΤΙΜΙΑ.....	39
ΘΗΛΑΣΜΟΣ.....	39
ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ.....	39
4.1.2 ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ Κ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	40
ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ ΧΑΠΙΑ.....	40
ΟΡΜΟΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΗΡΤ.....	41
ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	42
4.1.3. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ Κ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	42
4.1.4. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	43
4.1.5 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	44
4.1.6. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	45
4.1.7. ΥΨΟΣ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	47
4.1.8. ΙΟΝΙΖΟΥΣΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ Κ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	47
4.1.9. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Κ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	49

4.1.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΠΟΥ ΠΑΙΖΕΙ Η ΦΥΛΗ Κ Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	49
4.1.11 ΠΟΛΛΕΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙΣ.....	50
4.1.12 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ Κ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	51
4.1.13 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΕΝΑ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	52
4.2 ΧΗΜΙΚΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	53
I. ΣΤΟ ΚΑΠΝΟ.....	53
II. ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	54
III. ΣΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ.....	54
4.3 ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	56
4.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	58
4.5 ΦΥΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	58
4.6 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	60
4.7 ΓΝΩΣΤΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΓΟΝΙΔΙΩΝ.....	61
4.8 ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΕΝΟΧΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ Κ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΕΣ.....	63
4.9 ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	63
4.10 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ - ΓΙΑΤΙ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ.....	64
4.10.1 ΠΟΤΕ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ.....	64
4.10.2 ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΕ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ.....	64
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ.....	64
ΨΗΛΑΦΗΣΗ.....	65
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ - ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
4.11 ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	67
4.12 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	68
I. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	70
II. ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ.....	75
III. ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
IV. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ.....	76
V. ΠΝΕΥΜΟΚΥΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	76

VI.	ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ.....	76
VII.	ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	77
VIII.	ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΜΕ ΛΕΠΤΗ ΒΕΛΟΝΑ.....	77
IX.	ΒΙΟΨΙΑ ΔΙΑ ΒΕΛΟΝΑΣ.....	77
X.	ΑΝΟΙΚΤΗ ΒΙΟΨΙΑ.....	77
	4.13 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

5.1	ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑΤΑ.....	80
5.2	ΘΗΛΩΜΑ ΚΑΙ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	81
5.3	ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΤΡΑ

6.1	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	84
6.2	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ.....	85
6.3	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ.....	86
6.4	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΣΤΑΔΙΑ Ι ΚΑΙ ΙΙ

7.1	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	88
7.1.1	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	89
7.1.2	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	89
7.1.3	ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	90
7.2	ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ	90
7.3.	ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΚΡΙΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑΔΙΟ ΙV.....	91
	I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	91
	II. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	91
	III. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	92
	IV. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	92

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο ΓΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

8.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	94
8.1.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	94
Α) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.....	94
Β) ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ.....	96
8.2 ΠΡΟ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	97
8.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	97
8.3.1 ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.....	97
8.3.2 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ.....	98
Α) ΠΟΝΟΣ Κ ΔΥΣΦΟΡΙΑ.....	98
Β) ΔΙΨΑ.....	98
Γ) ΕΜΕΤΟΣ.....	98
8.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ – ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ.....	99
8.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΕΝΙΚΩΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ.....	101
8.6 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	101
8.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	103
8.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	104
8.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	108
8.10 ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	109
8.10.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ).....	109
8.10.2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ.....	110
8.10.3. ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ HER2.....	110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

9.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ.....	111
9.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	112
9.2.1. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩ.....	112

9.2.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ.....	113
9.2.3 ΧΡΟΝΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ(TIMING).....	115
9.3. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	117
9.4 Η ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	126
9.4.1 Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ.....	126
9.4.2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΘΕΜΑΤΑ.....	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	128
---	-----

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	129
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	131
2 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	133
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2 ^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	134
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	136
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	138

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στις μέρες μας ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα νόσημα με μεγάλη συχνότητα ένα κυρίως στις γυναίκες . Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει τα αίτια - παράγοντες της εμφάνισης της ασθένειας καθώς και τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας αυτής.

Υπάρχουν κάποιες κατηγορίες παραγόντων που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Συγκεκριμένα : φυσικοί, χημικοί, φαρμακευτικοί και κληρονομικότητα. Η πρόληψη βέβαια προλαμβάνει τη σοβαρότητα της ασθένειας και σε σημαντικό βαθμό την θνησιμότητα της. Επίσης στην εργασία αυτή αναφέρουμε της νοσηλευτικές παρεμβάσεις κ νοσηλευτικές φροντίδες στον καρκίνο του μαστού.

Μέσα από τη δημιουργία της εργασίας μου κατάλαβα ότι ο άνθρωπος πρέπει να έχει ως κύρια αρχή της ζωής του την πρόληψη της ασθένειας και όχι τη θεραπεία αυτής πόσο μάλλον όταν πρόκειται για ένα νόσημα σαν το καρκίνο. Για το λόγο αυτό πρέπει να μην παραμελούμε την υγεία μας , να προσέχουμε τη διατροφή μας, να αποφεύγουμε τις καταχρήσεις , όπως κάπνισμα , και αλκοόλ , να ασκούμε και να μην αμελούμαι τις ετήσιες προληπτικές εξετάσεις , γιατί η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Τα κύτταρα είναι η βάση του σώματος - όλα τα όργανα και οι ιστοί είναι φτιαγμένοι από διαφορετικούς τύπους κυττάρων. Το σώμα διατηρεί την υγεία του με την ανάπτυξη και την ανανέωση των κυττάρων και σχεδόν όλα τα κύτταρα πρέπει να αντικαθίστανται σε κανονικά διαστήματα. Τα φυσιολογικά, υγιή κύτταρα αναπτύσσονται, διαιρούνται και πεθαίνουν κάτω από τον έλεγχο των γονιδίων. Αν υπάρξει κάποια αλλαγή (μεταλλαγή) σε κάποιο από τα γονίδια που ελέγχουν την ανάπτυξη, το υγιές κύτταρο αρρωσταίνει και γίνεται νεόπλασμα. Αυτές οι αλλαγές κάνουν το κύτταρο να φαίνεται μη-φυσιολογικό όταν το βλέπει κάποιος στο μικροσκόπιο. Καθώς αλλάζουν σχήματα, τα κύτταρα συμπεριφέρονται διαφορετικά. Αναπτύσσονται ανεξέλεγκτα και διαιρούνται για να σχηματίσουν όλο και περισσότερα καρκινικά κύτταρα. Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι αναπτύσσονται αργά, δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και δεν απειλούν την ζωή. Οι κακοήθεις όγκοι είναι επιβλαβείς. Αναπτύσσονται πιο γρήγορα και τα κύτταρα μπορεί να εξαπλωθούν σε άλλα μέρη του σώματος, όπου σχηματίζουν δευτερεύοντες όγκους (γνωστοί επίσης σαν μεταστατικοί όγκοι).¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον πλανήτη. Η συχνότητά του στην Ευρώπη παρουσιάζει σταθερή αύξηση και είναι σήμερα ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών. Ενώ όμως στη δυτική Ευρώπη, την τελευταία δεκαετία, μειώνεται ο αριθμός των γυναικών που χάνουν κάθε χρόνο τη ζωή τους από καρκίνο του μαστού, στη χώρα μας συνεχίζει σταθερά να αυξάνεται. Αυτό οφείλεται στο ότι το 60% των Ευρωπαίων γυναικών υποβάλλονται σε τακτική προληπτική κλινική εξέταση μαστών και μαστογραφία, ενώ στη χώρα μας μόνο το 5%. Έτσι οι Ευρωπαίες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γιατρευτούν τελείως από τον καρκίνο, λόγω της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης θεραπείας. Στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού σημαδεύει περίπου 4500 γυναίκες το χρόνο. Το 95% από αυτές πήγε στο γιατρό αφού «έπιασε κάτι στο στήθος» και τότε πολλές φορές μπορεί να είναι αργά. Κι έτσι μόνο το 5% των Ελληνίδων ανακαλύπτουν έγκαιρα έναν όγκο σε προληπτική κλινική εξέταση μαστού ή σε προληπτική μαστογραφία. Η Ιατρική μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γιατρεύοντας κάποιες μορφές καρκίνου, όχι όμως και τον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν αυτή τη στιγμή τρόποι να περιορισθεί η μαστίγια, όχι όμως και να λυθεί ριζικά το πρόβλημα, αφού την αιτία του την αγνοούμε. Αν εξαιρέσουμε τις εξαρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνου, για τις οποίες ούτως ή άλλως δεν μπορεί η Ιατρική να προσφέρει και πολλά.

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΓΕΝΙΚΑ

Παρόλο που οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποίησαν πρώτοι τον όρο καρκίνος για τη συγκεκριμένη νόσο, φαίνεται ο καρκίνος να εντοπίζεται σε ακόμη παλαιότερες περιόδους. Έχουν βρεθεί στοιχεία για ένα τύπο καρκίνου των οστών, το οστεοσάρκωμα, σε οστά κεφαλής και αυχένα σε μούμιες στην Αρχαία Αίγυπτο. Έχει ακόμη βρεθεί και περιγραφή της συγκεκριμένης νόσου σε πάπυρο ο οποίος υπολογίζεται να γράφτηκε το 1600 π.Χ. Στον πάπυρο αναφέρονται 8 περιπτώσεις όγκων ή ελκών στο στήθος οι οποίοι αντιμετωπίζονταν με καυτηριασμό, το λεγόμενο «τρυπάνι της φωτιάς». Στον πάπυρο αναφέρονταν ότι η νόσος δεν είχε θεραπεία. Για τους αρχαίους Αιγυπτίους ο καρκίνος ήταν η τιμωρία από τους Θεούς για ασεβείς και αμαρτωλές πράξεις. Τα κείμενα του Ιπποκράτη όμως είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή).

Σε φυσιολογικές συνθήκες οι χυμοί αυτοί βρίσκονται σε ισορροπία, όταν όμως συσσωρεύεται υπερβολική ποσότητα μαύρης χολής σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργείται ο καρκίνος. Αυτή η θεωρία υποστηρίχθηκε για πολλούς αιώνες μέχρι περίπου του 1300 μ.Χ. Η θεωρία των χυμών έφτασε στη Ρωμαϊκή εποχή, όπου την υιοθέτησε και τη διέδωσε ο διάσημος γιατρός Γαληνός. Η μακρόχρονη διατήρηση της οφείλεται στην αυστηρή απαγόρευση μελέτης του ανθρώπινου σώματος, που είχε επιβληθεί το συγκεκριμένο διάστημα για θρησκευτικούς λόγους. Για όλα αυτά τα χρόνια και για πολλά αργότερα η νόσος θεωρούνταν ανίατη ασθένεια ακόμη και αν υποβάλλονταν ο ασθενής σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, αφαίρεσης του όγκου.

Κατά τον 15ο αιώνα, άρχισαν να χρησιμοποιούνται πιο επιστημονικές μέθοδοι στη μελέτη των ασθενειών. Το 1628 άρχισε να χρησιμοποιείται η μέθοδος της αυτοψίας όπου αποκάλυψε πολλά στοιχεία για το ανθρώπινο σώμα και την κυκλοφορία του αίματος μέσα από την καρδιά και τα υπόλοιπα όργανα. Το 1761 ο Morgagni χρησιμοποίησε πρώτος τη νεκροψία για να συνδέσει παθολογικά ευρήματα με την αρρώστια που έπασχε ο ασθενής. Αυτή η μέθοδος έθεσε τα θεμέλια για την επιστημονική μελέτη του καρκίνου και την ανάπτυξη της επιστήμης της ογκολογίας. Την ίδια περίπου περίοδο ο σκοτσέζος John Hunter (1728-1793) πρότεινε ότι κάποιοι τύποι καρκίνου μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά, αυτοί που δεν έχουν «εισβάλει»

σε κάποιο ιστό. Αλλά μόνο έναν αιώνα αργότερα αναπτύχθηκε η μέθοδος της αναισθησίας που επέτρεπε την ανάπτυξη των μεθόδων χειρουργικής επέμβασης. Εκείνη την περίοδο επικρατούσε η θεωρία λέμφου (υγρό που κυκλοφορεί στο σώμα μέσω του λεμφικού συστήματος) για την αιτιολογία του καρκίνου, η οποία υποστήριζε ότι η δημιουργία του καρκίνου είναι αποτέλεσμα της αλλαγής της πυκνότητας και σύστασης της λέμφου.

Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως από φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλα' αυτά υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα.

Διάφορες θεωρίες αναπτύχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης κατά την διάρκεια των αιώνων. Μια θεωρία τον 17ο με 18ο αιώνα, πίστευε το ότι ο καρκίνος είναι μεταδοτική νόσος. Νόσος η οποία προκαλείται από παράσιτα στο σώμα, όπως κάποιο σκουλήκι που είναι υπεύθυνο για τον καρκίνο του στομάχου. Γεγονός που οδήγησε στην απομάκρυνση του πρώτου αντικαρκινικού νοσοκομείου από το κέντρο του Παρισιού το 1779, ώστε να μην μολυνθεί ο υγιής πληθυσμός.

Από τα τέλη του 19ου έως τις αρχές του 20ου αιώνα, πίστευαν στην θεωρία, ότι ο καρκίνος προκαλείται από κάποιο τραύμα. Πολλοί επιστήμονες πίστευαν ότι ο καρκίνος προκαλείται από την επιδείνωση κάποιου τραύματος. Εγκαταλείφθηκε σύντομα αυτή η θεωρία, μετά από αποτυχημένες προσπάθειες πρόκλησης καρκίνου σε πειραματόζωα με τραυματισμό.

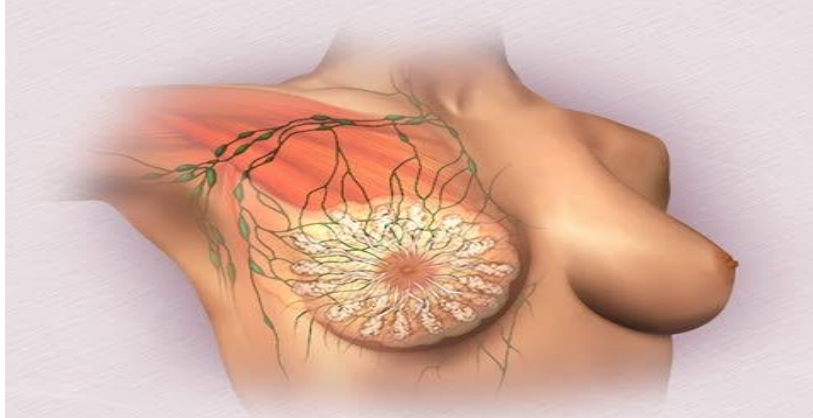
Το 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ο ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1954. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών.

Πιο πρόσφατα, η κλωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νοου. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτια της.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.



Ο μαστός είναι αναρτημένος στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτεινόμενος από τη 2^η μέχρι την 6^η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Εντούτοις, ο μαστικός αδενικός ιστός μπορεί να έχει ευρύτερη κατανομή με αποτέλεσμα, σαν χειρουργικά ανατομικά όρια (επί μαστεκτομής), να θεωρούνται η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Θηλή και θηλαία άλω στο έξω πλάγιο της μέσης μαζικής γραμμής και στο ύψος του τετάρτου μεσοπλεύριου διαστήματος εδράζεται η θηλή, περιβαλλόμενη από μια κυκλοτερή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή, τη θηλαία άλω. Το δέρμα της θηλής στερείται λίπους, τριχών και σμηγματογόνων αδένων, οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της άλω (αδένες Montgomery). Η θηλή και ο χώρος κάτω από την άλω συνίστανται από πολλές λείες μυϊκές ίνες που διανέμονται συγκεντρικά και ακτινωτά, καταφύονται δε στη βάση του δέρματος της θηλής. Λειτουργία τους είναι η ανόρθωση με απτικά ερεθίσματα της θηλής ώστε να κενώνονται ευκολότερα οι εκφορητικοί πόροι. Ο βαθύτερος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται αφενός μεν στο μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής, αφετέρου δε στην ανάπτυξη δερματικών θηλών δια μέσου των οποίων το αίμα έρχεται κοντά στην επιφάνεια.

Μαστικός αδένας

Το λειτουργικό τμήμα του μαστού είναι ένας τροποποιημένος επιθηλιακός αδένας που περικλείεται από την επιπολής λιπώδη και την εν τω βάθει μεμβρανώδη, στιβάδες της επιπολής θωρακικής περιτονίας. Ο αδένας είναι σφαιροειδής, εκτός από ένα τμήμα του, στο άνω έξω τεταρτημόριο, όπου μια προσεκβολή του αδένου, η

καλούμενη ουρά του Spence διατρυπά τη μασχαλιαία περιτονία (τρήμα του Langer) και εκτείνεται προς τη μασχάλη, καταλήγοντας στο πρόσθιο οδοντωτό μυ. Ο συνδετικός ιστός του μαστικού αδένου που διαχωρίζει τα αδενικά λόβια μεταξύ τους συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδεις ταινίες που εκτείνονται προς την υποδόρια περιτονία και το δέρμα (πρόσθιοι σύνδεσμοι του Cooper). Παρόμοιες ταινίες εκκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένου διασχίζουν τον οπισθομαζικό χώρο και ενώνονται με τη θωρακική περιτονία (κρεμαστήρες σύνδεσμοι του Cooper).³

1.2 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.2.1 ΑΡΤΗΡΙΕΣ

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

1. Τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 1ο- 4ο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρυπούν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου.
2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη πηγή αίματος του μαστού.
3. Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδου της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένου. Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν – σε πολύ μικρότερο ποσοστό – το μαστό είναι η ανωτάτη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλευρίων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλατίου αρτηρίας .

1.2.2 ΦΛΕΒΕΣ.

Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιπολής υποδορίων φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητα τους εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένου ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης είναι η δια των προσθίων διατιτρώντων μεσοπλευρίων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μια άλλη είναι η με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς τη μασχαλιαία φλέβα. Η τρίτη οδός είναι η δια

των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμη και στο ιερό οστούν.

1.3 ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ – ΛΕΜΦΙΚΕΣ ΟΔΟΙ.

Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δυο κυρίως κατευθύνσεις: τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, η δε εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δύο αυτών κυρίων οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις, καθώς και με τις υπόλοιπες, μικρότερης σημασίας λεμφικές οδούς (π.χ. η οδός προς τα διαθωρακικά γάγγλια του Rotter).

1.3.1 ΛΕΜΦΟΓΑΓΓΛΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

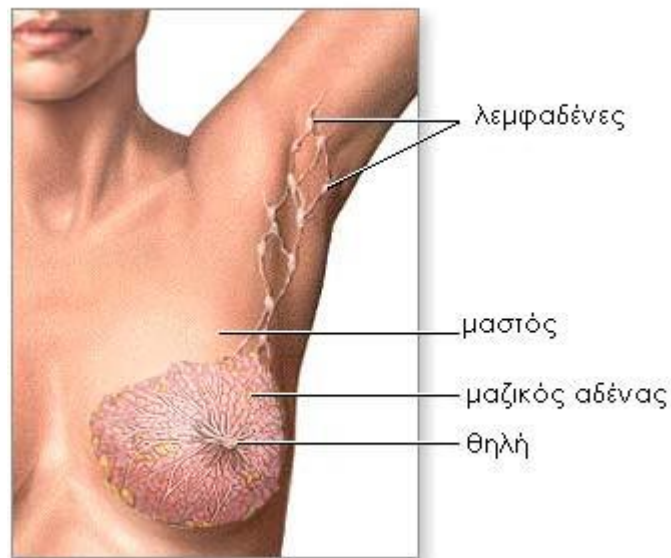
1. Έξω μαστικά (έσω ομάδα ή θωρακικά) κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
2. Ωμοπλατιαία (οπίσθια ή υποπλάτια) κατά την πορεία της υποπλατίου φλέβας, πολύ κοντά στο θωρακορραχιαίο νεύρο.
3. Κεντρικά, είναι μια μεγάλη ομάδα που κείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης.
4. Διαθωρακικά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

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

γ. Γάγγλια της έσω μαστικής. Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλεύριων διαστημάτων. Προς αυτά απάγεται η λέμφος της οπίσθιας και έσω επιφάνειας του μαστού, καθώς επίσης και λέμφος από το ήπαρ, το διάφραγμα και την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, πρώτα σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και, κύρια, σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία, αποστολή του, που είναι η γαλουχία. Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων για τους οποίους αποτελεί ένα από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων, στο αδενικό επιθήλιο και στο διαμέσο και λιπώδη ιστό. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Και επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης προλακτίνης από την αδενουπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες. Από όλες τις ορμόνες με

μαστροτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κυρίως σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη. Μάλιστα τα οιστρογόνα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη. Η δράση της ορμόνης ασκείται μέσω υποδοχέων στη μεμβράνη των εκκριτικών κυττάρων του επιθηλίου, των κυστιδίων και γαλακτοφόρων πόρων, και με την συνδιασμένη δράση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλεί την παραγωγή γάλακτος, ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, της καζεΐνης και της α-λακταλβουμίνης. Η προλακτίνη μετά τη σύνδεση με τους υποδοχείς της μεταφέρεται με άγνωστο μηχανισμό διαμέσου των επιθηλιακών κυττάρων στους πόρους, ώστε να βρίσκεται σε πολύ μεγάλες συγκεντρώσεις στο γάλα ή στο υγρό των πόρων και έτσι να περιλαμβάνεται στους προδιαθεσικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση κυρίως της προλακτίνης και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων. Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνέργεια των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες κυρίως για την συνεργική τους δράση με την προλακτίνη. Ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυρεοειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυρεοειδικές ορμόνες θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθολογία προβλημάτων του αδένα, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη. Η βιολογική δράση των ορμονών στον μαστό μεταβάλλεται με πολυάριθμους παράγοντες όπως η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, η σχετική προς άλλες ορμόνες αυξομείωση της συγκεντρώσεως μαστοτρόπων ορμονών καθώς και η ποικίλουσα δεκτικότητα του αδένα, όπως καθορίζεται από τις μεταβολές στη διαθεσιμότητα των υποδοχέων του στις διάφορες ορμόνες. Σε μικρό διάστημα από την γέννηση, όταν η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης είναι η ελάχιστη, ο μαστός αποτελείται από

μικρούς γαλακτοφόρους πόρους, χωρίς κυστίδια, ινώδη και λιπώδη ιστό. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη του αδενικού ιστού (θηλαρχή) όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού.

Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της εκκρίσεως των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με την βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων, από το θυλάκιο που ωριμάζει και της προγεστερόνης, από το ωχρό σωματίο, ο μαστός υφίσταται αλλαγές και την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και ψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και προεμμηνορρυσιακή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωοθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγεί στον χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι της καταλήσεως στη γεροντική μορφή του μαστού. Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας δραστηριότητας του αδένου συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή. Πράγματι, κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται βαθμιαία και λειτουργεί ένας νεοπαγής ενδοκρινής αδένου, ο πλακούντας, που κατακλύζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες από προϋπάρχουσες της κύησης ορμόνες (οιστρογόνα, προγεστερόνη), ή από νεοεμφανιζόμενες (πλακουντιακό γαλακτογόνο), που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Σα συνέπεια αυτών των επιδράσεων ο αδένου αναπτύσσεται στο μέγιστο δυνατό μορφολογικό και λειτουργικό βαθμό. Παράλληλα, με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και την παρουσία του πλακουντιακού γαλακτογόνου ο μαστός προετοιμάζεται κατά την κύηση λειτουργικά για την παραγωγή γάλακτος. Η προλακτίνη, ειδικότερα έχει την ευθύνη για την έναρξη αλλά και διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσιακής αυτής ορμόνης με την επίδραση του

πλακουντιακού οιστρογόνου, αυξάνει από το δεύτερο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωση της να φθάνει από το μέσο της κύησης στο εικοσαπλάσιο περίπου εκείνης των μη εγκύων γυναικών. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο αρχίζει η έκκριση γάλακτος από τον κατάλληλα προετοιμασμένο αδένα δεν είναι ακριβώς γνωστός. Φαίνεται όμως ότι σχετίζεται με την αιφνίδια διακοπή της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, στο αδενικό επιθήλιο του μαστού αφού με την απομάκρυνση του πλακούντα σταματά η παραγωγή και μεταφορά τους στη μητρική κυκλοφορία. Ακολουθεί περιορισμός της έκκρισης προλακτίνης, που μόνο κατά το θηλασμό παρουσιάζει εκκριτικά κύματα. Το παραγόμενο γάλα μεταφέρεται στους γαλακτοφόρους πόρους με την επίδραση της οξυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή παράγεται στον υποθάλαμο και παραμένει αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υποφύσεως. Από εκεί απελευθερώνεται στην κυκλοφορία με αντανακλαστικό μηχανισμό, που ξεκινά από τον ερεθισμό της θηλής κατά τον θηλασμό. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν μερικώς τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους και έτσι προωθεί το γάλα στους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους κόλπους. Αν δεν απομακρυνθεί το γάλα από το χώρο παραγωγής, τότε διακόπτεται η έκκριση του παρά την συνέχιση των ορμονικών επιδράσεων στον αδένα. Όπως έγινε φανερό, η μορφολογική και λειτουργική κατάσταση του μαστού ρυθμίζεται καθοριστικά από την ισορροπία των πολλαπλών ορμονικών επιδράσεων που δέχεται ο αδένας. Έτσι κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένα. Οι μεταβολές αυτές συνήθως αποτελούν συνοδό εκδήλωση της ενδοκρινικής διαταραχής, ενίοτε όμως μπορεί να αποτελούν την κύρια ή τη μόνη ένδειξη της διαταραχής και συνήθως έχουν τον χαρακτήρα άκαιρης για την αναπαραγωγική κατάσταση της ασθενούς εξέλιξη. Χαρακτηριστικές μεταβολές είναι εκείνες της πρώιμης θηλαρχής, του ανδρογεννητικού συνδρόμου, της κυστικής μαστοπάθειας ή της γαλακτόρροιας (έκκριση γάλακτος σε μη έγκυο ή θηλάζουσα γυναίκα). Στην πρώτη περίπτωση, η πρώιμη παραγωγή ορμονών του φύλου οδηγεί σε ανάπτυξη του αδένα σε ηλικία που αυτή δεν αναμένεται.

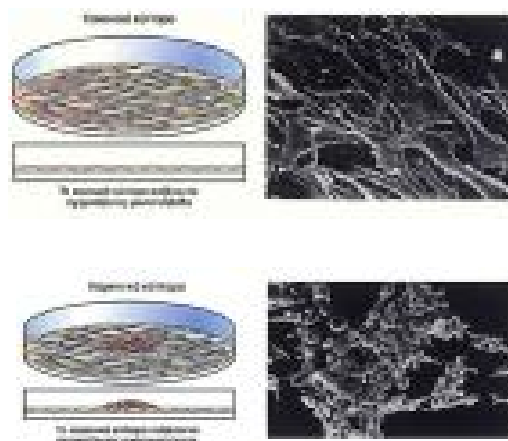
Στη δεύτερη κατάσταση, η ανάπτυξη του αδένα συχνά περιορίζεται από την παρουσία μεγάλης συγκέντρωσης ανδρογόνων, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει χαμηλή οιστρογονική δραστηριότητα. Στην τρίτη περίπτωση, μια χρόνια διαταραχή της ισορροπίας στην οιστρογόνων προς προγεστερόνης οδηγεί στην εκδήλωση κυστικής

μαστοπάθειας. Τέλος, στην τελευταία κατάσταση, παρατεταμένη αύξηση της έκκρισης προλακτίνης είναι δυνατό να συνδέεται με άκαιρη παραγωγή γάλακτος.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ:



Προέλευση της λέξης Καρκίνος, αποδίδεται στον Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη, που έμεινε στην ιστορία ως «πατέρας της ιατρικής». Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους «καρκίνος» και «καρκίνωμα» για να περιγράψει διάφορους όγκους που εμφάνιζαν εσωτερικά ή εξωτερικά έλκη και διογκώσεις. Στην Ελληνική γλώσσα οι λέξεις αυτές αναφέρονται στα καβούρια, τα οποία θυμίζουν τον καρκίνο, αφού οι ακτινωτές μεταστάσεις των καρκινικών κυττάρων, φέρνουν αμυδρά στο μυαλό τη μορφή που έχουν τα πόδια και οι δαγκάνες του καβουριού. Ο καρκίνος (όγκος) είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων με αποτέλεσμα τη δημιουργία όγκων σε διάφορα σημεία του σώματος. Η ανώμαλη αυτή λειτουργία δεν πρέπει να συγχέεται με δυο φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού:

1. Την αναγέννηση των ιστών που συμβαίνει όταν αφαιρείτε ιστός και ο οργανισμός ξανά φτιάχνει τον ίδιο ιστό (π.χ στην καταστροφή των ηπατικών κυττάρων (αφαίρεση ήπατος) το ήπαρ αναγεννάτε σε 6 μήνες όπως ήταν αρχικά.
2. Την υπερπλασία που συμβαίνει σε ανάγκη του οργανισμού να αναπτύσσει φυσιολογικούς ιστούς (π.χ υπερπλασία του ενός νεφρού όταν υπάρχει έλλειψη του άλλου).

Με τον όρο «καρκίνος» περιγράφεται μία ομάδα νοσημάτων, που η αιτία τους βρίσκεται σε κυτταρικό επίπεδο. Ο όρος αναφέρεται στην υπερβολική, χωρίς προγραμματισμό, ανάπτυξη κυττάρων του οργανισμού, που ήταν φυσιολογικά, μέχρι τη στιγμή της έναρξης της διαδικασίας καρκινογένεσης. Οργανικά, ο καρκίνος είναι μία ασθένεια των κυττάρων. Συνεπώς, η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει μία μικρή αναφορά σχετικά με το τι συμβαίνει όταν φυσιολογικά κύτταρα μετατρέπονται σε καρκινικά.

Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από κύτταρα. Φυσιολογικά, τα κύτταρα αναπτύσσονται και διαιρούνται, ώστε να προκύψουν θυγατρικά κύτταρα και να διατηρηθεί η υγεία του οργανισμού.

Μερικές φορές, η διαδικασία αυτή εκτρέπεται από το φυσιολογικό, οπότε προκύπτουν νέα κύτταρα (χωρίς να τα χρειάζεται ο οργανισμός) και - παράλληλα - δεν πεθαίνουν τα παλιά κύτταρα. Τα πλεονάζοντα κύτταρα σχηματίζουν μάζες, που καλούνται όγκοι. Σε μερικές περιπτώσεις αυτά τα παθολογικά κύτταρα κάνουν μετάσταση, δηλαδή εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας δευτερεύοντες όγκους (μεταστατικούς όγκους) παρόμοιους με αυτούς του αρχικού καρκίνου. Ο καρκίνος συνήθως δεν επηρεάζει μόνο ένα όργανο του σώματος και δεν έχει μία μορφή. Μπορεί να περιλαμβάνει οποιοδήποτε ιστό του σώματος και να έχει τελείως διαφορετική μορφή σε κάθε σημείο του σώματος. Υπάρχουν πάνω από 200 διαφορετικά είδη καρκίνου και δεν αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο. Κάθε ένα είδος έχει τον δικό του τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης. Οι περισσότερες μορφές καρκίνου είναι στην ουσία όγκοι εκτός από ορισμένους τύπους καρκίνου όπως η λευχαιμία, των οποίων τα κύτταρα κυκλοφορούν μέσα στο αίμα και στα όργανα και τελικά αναπτύσσονται σε συγκεκριμένους ιστούς.

Οι όγκοι μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Δεν είναι όμως όλοι οι όγκοι επικίνδυνοι. Οι καλοήθεις όγκοι δεν ονομάζονται καρκινικοί, δεν κάνουν μετάσταση και δεν είναι επικίνδυνοι για τη ζωή του ατόμου. Οι περισσότεροι καρκίνοι παίρνουν το όνομά τους από τον τύπο του κυττάρου ή του οργάνου από το οποίο αρχίζουν. Αν κάνουν μετάσταση ο νέος όγκος φέρει το ίδιο όνομα με τον αρχικό. Ορισμένοι όγκοι παίρνουν το όνομά τους από τον επιστήμονα που τους ανακάλυψε (π.χ. Hodgkin, Brenner). Άλλοι ιατρικοί όροι που χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν την ύπαρξη καρκινικής νόσου είναι οι όροι κακοήθης όγκος, καρκίνωμα και νεόπλασμα. Εάν δεν

θεραπευθούν, οι καρκίνοι μπορούν τελικά να προκαλέσουν το θάνατο. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευθούν. Πολλοί θεραπεύονται, ειδικά εάν η θεραπεία αρχίσει νωρίς!

3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ :



«εικόνα καρκινικού κυττάρου»

<<Ένας καρκινώδης ή καρκινικός (κακοήθης) όγκος είναι μια συλλογή πολλών ανώμαλων κυττάρων , τα περισσότερα από τα οποία διαιρούνται και κατά συνέπεια, πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα. Οι κακοήθεις όγκοι διεισδύουν σε γειτονικούς ιστούς διανοίγοντας βιαία δρόμο ανάμεσα από τα φυσιολογικά κύτταρα και μπορούν να διασπαρθούν σε απομακρυσμένα καρκινογόνα κύτταρα είναι εξαιρετικά ακανόνιστου σχήματος και μεγέθους και, συχνά , εμφανίζουν ελάχιστη ομοιότητα με τα κύτταρα από τα οποία προήλθαν αρχικά. Αυτή η χαρακτηριστική ακανόνιστη εμφάνιση των καρκινογόνων κυττάρων χρησιμεύει συχνά για την διάγνωση του καρκίνου>> κατά συνέπεια καρκίνος μαστού είναι η άναρχη υπερπλασία των κυττάρων του μαστού.¹⁰

3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), η θνησιμότητα από καρκίνο παραμένει γενικά χαμηλότερη απ' ότι στις ανεπτυγμένες χώρες της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης, του Καναδά και της Ν. Ζηλανδίας. Μεταξύ 27 χωρών η Ελλάδα κατατάσσεται το 2004 στην 19η θέση ως προς τη θνησιμότητα στους άνδρες με προτυποποιημένο για την ηλικία δείκτη θνησιμότητας ίσο με 209/100.000 πληθυσμό. Τέλος βρισκόμαστε στην 23η θέση ως προς τη θνησιμότητα στις γυναίκες με 108/100.000 πληθυσμό (Health at a Glance 2007: OECD indicators). Η ευνοϊκή θέση της χώρας μας είναι σε κάποιο βαθμό πραγματική και σε κάποιο βαθμό πλασματική.

Οι διαγνωστικές ελλείψεις και τα σφάλματα ταξινόμησης καθώς και οι δυσκολίες στη διαπίστωση και στην πιστοποίηση της αιτίας του θανάτου, οδηγούν κατά κανόνα σε υποεκτίμηση της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της διαχρονικής εξέλιξης της νόσου είναι η καταγραφή των περιπτώσεων καρκίνου μέσα από τα αρχεία νεοπλασιών σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Δυστυχώς, όμως στη χώρα μας δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για την επίπτωση του καρκίνου και ως εκ τούτου η επιδημιολογική παρακολούθηση γίνεται έμμεσα μέσω των στοιχείων θνησιμότητας.

Μια από τις πηγές πληροφόρησης για την κατάσταση στην Ελλάδα λοιπόν είναι τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Βλέποντας λοιπόν κάποιος τα σχετικά στοιχεία ανακαλύπτει αυτό που ισχύει στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ότι ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η αυξητική τάση στους θανάτους από καρκίνο τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες την 20ετία από το 1986 έως και το 2006 είναι φαινόμενο το οποίο είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό εάν λάβουμε υπόψη μας ότι οι δείκτες θνησιμότητα από καρκίνο ακολουθούν πτωτικές τάσεις στις περισσότερες οικονομικά αναπτυγμένες χώρες από τα μέσα του 1980.²

Η προτυπωμένη θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν, το 2004, σε 161,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 182,43 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνεται η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ό τι στον ελληνικό χώρο, όπου η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία 20 χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (161,14 το 1985 και 161,9 ανά 100.000, το 2004).

Μελετώντας τα στοιχεία κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται μείωση της θνησιμότητας στις ηλικίες ως 75 ετών και μια αξιοσημείωτη αύξηση από τα 75 έτη και μετά. Οι άνδρες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, εμφανίζουν πολύ υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, οι άνδρες έχουν δείκτη θνησιμότητας 218,84 ανά 100.000 και οι γυναίκες 114,7, διαφορά συγκρίσιμη με αυτή που παρατηρείται συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αξίζει να τονιστεί ότι στην ηλικιακή ομάδα 30-44 ετών, η θνησιμότητα των γυναικών είναι υψηλότερη απ' ό τι των ανδρών, εξαιτίας της αυξημένης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού.

Μελέτη της κατά ηλικία θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα, δείχνει ότι στις ηλικίες από 0-29 ετών, κυριότερη αιτία θανάτου είναι τα νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Από την ηλικία των 30 ετών και μετά, κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν οι νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος. Μεταξύ 30 και 59 ετών, σημαντική είναι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ενώ από τα 75 έτη και μετά, σε σημαντικές αιτίες θνησιμότητας εξελίσσονται τα νεοπλάσματα του παχέως εντέρου και του προστάτη, για τον ανδρικό πληθυσμό.

Στους άνδρες, η πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των κακοηθών νεοπλασμάτων, είναι τα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και των πνευμόνων, με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη, που είναι ο καρκίνος του προστάτη. Η Ελλάδα απέτυχε να μειώσει ουσιαστικά την επίπτωση των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος στους άνδρες, καθώς τα τελευταία 15 χρόνια, η ελάττωση της θνησιμότητας από νεοπλάσματα του αναπνευστικού ήταν μόλις 3,2%. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, η αντίστοιχη μείωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 15,7%. Στον ελληνικό ανδρικό πληθυσμό, η θνησιμότητα παρουσίασε μικρή αύξηση 1,1% την περίοδο 1990-1996 και πτώση 2,4% την περίοδο 1996 - 2004.

Στις γυναίκες, τα κακοήγη νεοπλάσματα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλάσματα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέως εντέρου και του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Στα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, η θνησιμότητα στο γυναικείο φύλο είναι μικρότερη απ' ό,τι στο ανδρικό.

Κατά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα στις γυναίκες από αυτά, όχι μόνο δεν μειώθηκε, αλλά αυξήθηκε κατά 10,7%. Συγκρινόμενη, ωστόσο, με την αύξηση κατά 27,9% που σημειώθηκε στην Ε.Ε., η αύξηση χαρακτηρίζεται ως σχετικά περιορισμένη, αν και είναι ανησυχητικό το ότι αποτελεί σταθερό φαινόμενο από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά. Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75 ετών (από 87,47 το 1990 σε 120,38 το 1996 και σε 179,87 το 2004), η οποία και αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες.

Με εξαίρεση τα κακοήγη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλότερη θνησιμότητα από την Ευρωπαϊκή Ένωση στις επιμέρους κατηγορίες κακοηθών νεοπλασιών. Εντούτοις, η πορεία της θνησιμότητας από κακοήγη νεοπλάσματα στην Ελλάδα δεν ακολουθεί την πτωτική πορεία που εδραιώνεται στην Ευρώπη, για τις περισσότερες από τις κατηγορίες κακοηθειών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη, όπου μόνο η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου δεν παρουσιάζει αύξηση. Η μεγάλη θνησιμότητα της ομάδας αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού.

Μόνο την πενταετία 2000-2005 πέθαναν στην Ελλάδα από καρκίνο 148.712 άνθρωποι!

Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου στους άντρες με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες εντοπίσεις.

Ακολουθούν ο καρκίνος του προστάτη και του παχέως εντέρου, οι οποίοι παρουσιάζουν σταθερά αυξητικές τάσεις σε όλο το διάστημα των 25 ετών.

Στις γυναίκες η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος του μαστού ο οποίος παρουσιάζει αυξητική τάση το 2003 μετά από μια μικρή μείωση που σημείωσε από το 1996 και μετά.

Ακολουθούν ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέως εντέρου με σταθερά αυξητικές τάσεις.

Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει πτωτική τάση ακολουθώντας τις τάσεις που παρατηρούνται στην Ευρώπη αντίθετα με τα νεοπλάσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Στα παιδιά ο καρκίνος είναι σχετικά σπάνιος (εκτιμάται ότι προσβάλλει 1 στα 600 παιδιά) και τα πιο συχνά νεοπλάσματα είναι του εγκεφάλου, Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και οι λευχαιμίες.

Η θνησιμότητα από καρκίνο διαφοροποιείται ανά περιοχή στην Ελλάδα. Για τα πιο συχνά νεοπλάσματα παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα στο Βορρά σε σχέση με το Νότο, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται με αρκετές μελέτες.^{2,11}

3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Στην Ευρώπη, εκτιμάται ότι γύρω στα 3,2 εκατ. νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν το 2006, δηλαδή 300.000 περισσότερες από τις αντίστοιχες εκτιμήσεις του 2004, εκ των οποίων το 53% είναι άνδρες και 47% γυναίκες (Ferlay et al, 2007).

Ο καρκίνος του μαστού με 429.900 περιπτώσεις (13.5%).

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου με 412.900 περιπτώσεις (12.9%).

Ο καρκίνος του πνεύμονα με 386.300 περιπτώσεις (12.1%).

Από στοιχεία της ίδιας μελέτης φαίνεται ότι ο αριθμός των θανάτων έφτασε τα 1,7 εκατ. (56% άνδρες και 44% γυναίκες) το 2006. Ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο με 334.800 θανάτους, κατέχοντας το 1/5 των συνολικών θανάτων, ενώ υπολογίζεται ότι αριθμός των νέων περιπτώσεων θα διπλασιαστεί, ιδιαίτερα στην Νότια και Ανατολική Ευρώπη μέχρι το 2020, κυρίως εξαιτίας της χρήσης του καπνού.

Ο καρκίνος του πνεύμονα με 334.800 θανάτους.

Ο καρκίνος του παχέως εντέρου με 207.400 θανάτους.

Ο καρκίνος του μαστού με 131.900 θανάτους.

Ο καρκίνος του στομάχου με 118.200 θανάτους.

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%. 2

3.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ

Για το 2007 σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου στην ετήσια έκθεση που παρουσίασε, ανακοίνωσε ότι κάθε μέρα πέθαιναν από καρκίνο σε όλο τον κόσμο 20.000 άνθρωποι δηλ. 7,6 εκατομμύρια περίπου θάνατοι. Επίσης, κατά το ίδιο έτος, τουλάχιστον 12,3 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου έχουν διαγνωστεί. Η πλειονότητα των νέων κρουσμάτων 6,7 εκατ. και 4,7 εκατ. των θανάτων έχουν σημειωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ 5,4 εκατ. κρούσματα και 2,9 εκατ. θάνατοι έχουν σημειωθεί στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 εκατομμύρια το 2020 και οι νέες περιπτώσεις της νόσου να αυξηθούν στα 16 εκατομμύρια!

Το 15% όλων των καρκίνων συνδέονται με τη μόλυνση σύμφωνα με την έκθεση Global Cancer Facts & Figures για το 2007. Η έκθεση αποκαλύπτει επίσης, ότι στις ανεπτυγμένες χώρες οι τρεις πιο κοινοί τύποι καρκίνου στους άντρες είναι του προστάτη, των πνευμόνων και του παχέως εντέρου, ενώ στις γυναίκες του μαστού, του παχέως εντέρου και του πνεύμονα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες όμως, οι πιο κοινές μορφές καρκίνου είναι των πνευμόνων, του στομάχου, του ήπατος για τους άνδρες και του μαστού, του τράχηλου της μήτρας, του στόμαχου για τις γυναίκες.

Η έκθεση περιέχει επίσης ένα τμήμα αφιερωμένο στα προϊόντα καπνού, η οποία εκτιμάται ότι προκάλεσε το θάνατο πέντε εκατομμυρίων ατόμων το 2000. Σχεδόν το 1/3 από αυτούς πέθαναν από καρκίνο και περίπου 100 εκατομμύρια ανθρώπους στη διάρκεια του 20ου αιώνα ως σύνολο. Προβλέψεις δείχνουν ότι περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι θα πεθάνουν ως αποτέλεσμα της χρήσης του καπνού και του 21ου αιώνα.

Ο καρκίνος είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου παγκοσμίως και το 70% αυτών συμβαίνουν στις χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο καρκίνος ευθύνεται για το 13% των θανάτων στο σύνολο των 58 εκατομμυρίων το 2005. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Οι πιο γνωστές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι:
Ο καρκίνος του πνεύμονα με 1,3 εκατ. θανάτους το χρόνο.
Ο καρκίνος του στομάχου με σχεδόν 1 εκατ. θανάτους το χρόνο.
Ο καρκίνος του ήπατος με 662.000 θανάτους το χρόνο.
Ο καρκίνος του παχέως εντέρου με 665.000 θανάτους το χρόνο.
Ο καρκίνος του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο.

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%.²

3.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι περίπου 100 φορές συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλει περισσότερο γυναίκες ανώτερων οικονομικών τάξεων. Το 2000, εμφανίστηκαν περίπου 1.500.000 νεοδιαγνωσθείσες περιπτώσεις παγκοσμίως. Γενικά, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το ένα πέμπτο των περιπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες.⁵⁻⁷ Το σχήμα της καμπύλης της κατά ηλικία επίπτωσης είναι γενικά παρόμοιο μεταξύ των χωρών, αλλά με μεγάλες διαφοροποιήσεις ως προς το επίπεδο επίπτωσης (εικ.1). Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την ηλικία (σπάνια εμφανίζεται σε γυναίκες ηλικίας <40 ετών), αλλά ο ρυθμός αύξησης μειώνεται μετά από την εμμηνόπαυση, γεγονός που ενισχύει το ρόλο των αναπαραγωγικών ορμονών στην αιτιολογία της νόσου.⁵⁻⁸ Η νόσος είναι πολύ συχνότερη στο δυτικό κόσμο σε σχέση με την Κίνα ή την Ιαπωνία (εικ. 2).⁸ Έρευνες μεταναστών, στις οποίες οι μεταβολές στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού εκτιμώνται σε γυναίκες που μετακινήθηκαν από χώρες χαμηλού σε χώρες υψηλού κινδύνου, καταδεικνύουν ότι η επίπτωση εξομοιώνεται με την αντίστοιχη της χώρας υποδοχής, συνήθως δύο γενιές αργότερα.^{9,10} Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι διεθνείς διαφοροποιήσεις στους δείκτες του καρκίνου του μαστού οφείλονται, σε μεγάλο μέρος, σε διαφοροποιήσεις του μακρο- και μικροπεριβάλλοντος και όχι σε γενετικούς παράγοντες.¹²

3.5.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ(2005-2007) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο καρκίνος του μαστού, είναι μια ασθένεια που αφορά το 10% των Ελληνίδων, ενώ κάθε χρόνο εμφανίζονται στη χώρα μας περίπου 3.500 – 4.000 νέα κρούσματα. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται συνήθως σαν μια ανώδυνη σκληρία που δεν

υπήρχε στο παρελθόν και η οποία μεγαλώνει σε μέγεθος, δεν υπάρχει στο αντίστοιχο σημείο του άλλου μαστού και δεν υποχωρεί μετά τη περίοδο (σε γυναίκες πριν από την εμμηνόπαυση). Άλλες φορές, το πρώτο σημάδι ενός καρκίνου μπορεί να είναι κάποιο ‘βαθούλωμα’ ή μια ρυτίδωση στο δέρμα του μαστού ή ακόμη μία αλλαγή στο μέγεθος, το περίγραμμα ή το σχήμα του. Σε όγκους που αναπτύσσονται κοντά ή πίσω από τη θηλή, το πρώτο σημάδι μπορεί να είναι ένα τράβηγμα της θηλής προς τα μέσα – εισολκή της θηλής – ή σπανιότερα ένα αιματηρό έκκριμα από τη θηλή. Αλλά και η ίδια η θηλή του μαστού, όταν σπάνια παρουσιάζει ένα εξάνθημα ή εξέλκωση που επιμένει για αρκετό καιρό και δεν υποχωρεί με κάποια αντιαλλεργική αλοιφή, μπορεί να είναι ένα σημάδι καρκίνου.²

Γνωρίζουμε ότι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορούν να διαμορφώσουν τη πιθανότητα κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου στο μαστό. Βασικός παράγοντας είναι η ηλικία: όσο μεγαλώνει μία γυναίκα, τόσο μεγαλώνει και η πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Ισχυρός επίσης παράγοντας είναι το λεγόμενο ‘θετικό οικογενειακό ιστορικό’, να έχει δηλαδή η γυναίκα μία συγγενή α’ βαθμού (μητέρα ή κόρη) που έχει ήδη αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως (σε ηλικία κάτω των 10 ετών) και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 55 ετών, η πρώτη κύηση μετά τα 35 ή η ατεκνία. Τα τελευταία επίσης χρόνια, αλλαγές στις διατροφικές και κοινωνικές μας συνήθειες, όπως είναι η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, η πλούσια σε λίπος διατροφή και η παχυσαρκία, ή η κατάχρηση οινοπνεύματος αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου.

Επιπλέον, ένα πολύ μικρό ποσοστό γυναικών εμπίπτει στη κατηγορία του κληρονομικού καρκίνου του μαστού. Τα τελευταία χρόνια έχουν εντοπισθεί δύο συγκεκριμένα γονίδια, τα BRCA1 και BRCA2, τα οποία ευθύνονται για τη κληρονομική μεταβίβαση του καρκίνου του μαστού. Όταν ανιχνευθεί μία βλάβη (μετάλλαξη) στα συγκεκριμένα γονίδια, τότε η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ή των ωθηκών είναι περίπου 80% στη πρώτη περίπτωση και 60% για καρκίνο του μαστού στη δεύτερη. Ο κληρονομικός καρκίνος χαρακτηρίζεται από εμφάνιση σε νεαρή ηλικία, αρκετές φορές και στους δύο μαστούς και τον υποπτευόμαστε όταν υπάρχουν περισσότερα από δύο άτομα με καρκίνο του μαστού ή των ωθηκών στην ίδια οικογένεια.¹²

3.5.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟ ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 2007 υπήρχαν 12.082 θάνατοι από καρκίνο του μαστού? 11.990 (99%) από αυτά αφορούσαν τις γυναίκες και 92 (1%) ήταν άνδρες 1-3. Ο καρκίνος του μαστού στο 16% των θανάτων γυναικών από καρκίνο στο Ηνωμένο Βασίλειο και ήταν η πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μέχρι το 1998? Έκτοτε υπήρξαν περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο του πνεύμονα.

Ο αριθμός των θανάτων από καρκίνο του μαστού και τα ποσοστά θνησιμότητας για τις χώρες που απαρτίζουν το Ηνωμένο Βασίλειο παρουσιάζονται στον

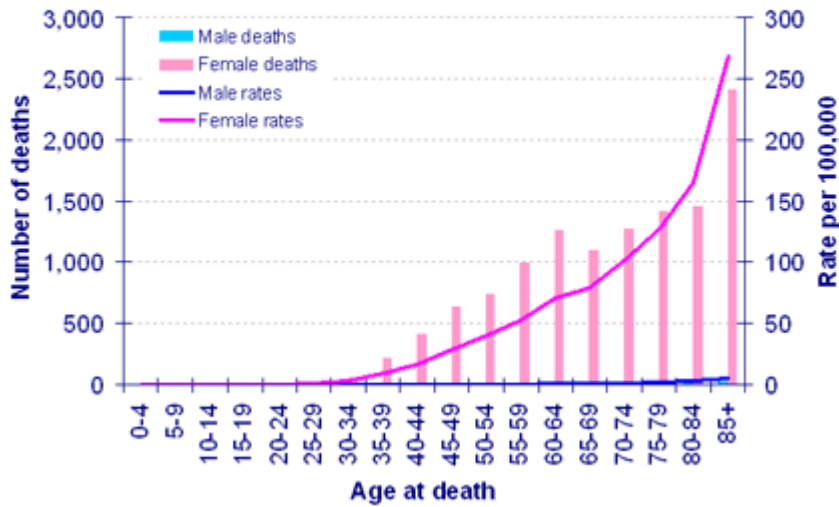
πίνακα 2.1 1-3.¹³

	England	Wales	Scotland	N.Ireland	UK
Deaths					
Males	76	10	5	1	92
Females	9,986	637	1,062	305	11,990
Persons	10,062	647	1,067	306	12,082
Crude rate per 100,000 population					
Males	0.3	0.7	0.2	0.1	0.3
Females	38.4	41.7	39.9	34.0	38.6
Persons	19.7	21.7	20.7	17.4	19.8
Age-standardised rate (European) per 100,000 population					
Males	0.2	0.5	0.2	0.1	0.2
CI95%	0.2 0.3	0.2 0.8	0.0 0.3	-0.1 0.3	0.2 0.3
Females	26.7	26.7	27.1	26.3	26.7
CI95%	26.2 27.2	24.6 28.7	25.5 28.8	23.3 29.2	26.2 27.2
Persons	14.5	14.7	15.1	14.5	14.6
CI95%	14.2 14.8	13.6 15.8	14.2 16.0	12.9 16.2	14.3 14.8

Μαστού στατιστικά στοιχεία θνησιμότητας από καρκίνο σε ηλικία

Ο αριθμός των θανάτων και την ηλικία ειδικά ποσοστά θνησιμότητας για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού που φαίνεται στο σχήμα 2.1.¹³

Figure 2.1: Number of deaths and age-specific mortality rates, breast cancer, by sex, UK, 2007

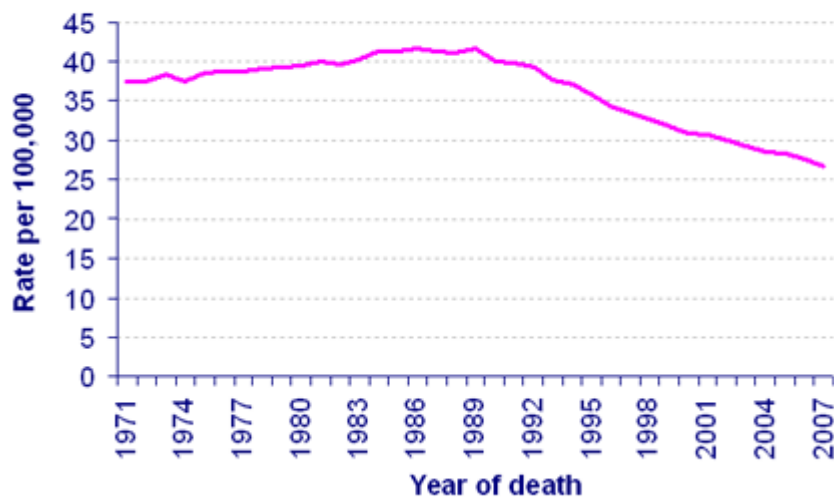


Σε νεαρότερες γυναίκες ηλικίας 35-54 ετών, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο κοινή αιτία όλων των θανάτων από καρκίνο.

Τάσεις στη θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού

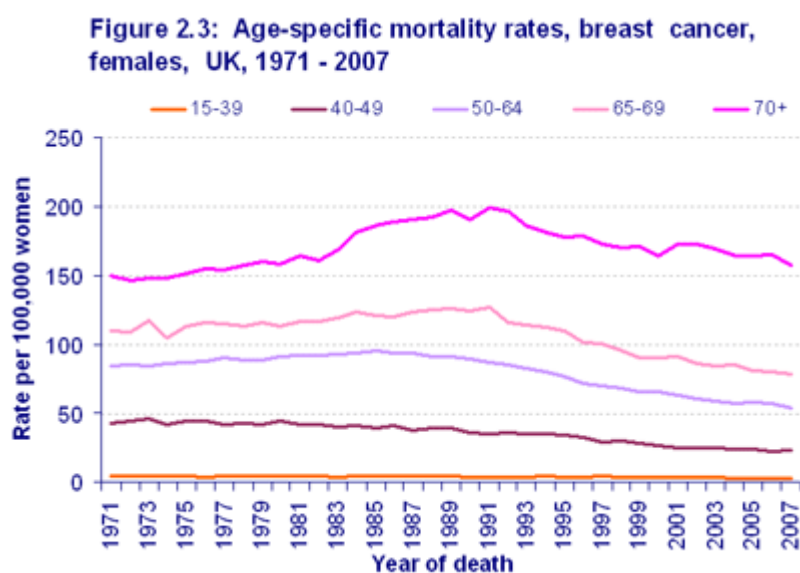
Ποσοστά θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού στη Βρετανία έχουν μειωθεί δραματικά από το 1989, όταν 15.625 γυναίκες πέθαναν από τη νόσο σε σύγκριση με 11.990 το 2007. Κατά την ίδια περίοδο, η ηλικία του καρκίνου του μαστού-τυποποιημένα ποσοστά θανάτων έχουν μειωθεί κατά 36% 42 με 27 ανά 100.000 γυναίκες, Σχήμα 2.2 4. ¹³

Figure 2.2: Age-standardised (European) mortality rates, breast cancer, females, UK, 1971-2007



Η ηλικία-τυποποιημένα ποσοστό θνησιμότητας των γυναικών με καρκίνο του μαστού σε όλες τις χώρες που απαρτίζουν το Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκαν μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και στη συνέχεια μειώθηκε ραγδαία. Θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού έχει μειωθεί σε όλες τις ηλικιακές ομάδες από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 (Διάγραμμα 2.3) 1-4.

Μεταξύ του 1989 και του 2007 ο καρκίνος του μαστού ποσοστό θνησιμότητας μειώθηκε κατά 41% σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών? Κατά 41% σε γυναίκες ηλικίας 50-64? Κατά 38% σε γυναίκες ηλικίας 65-69? Κατά 35% σε γυναίκες ηλικίας 15-39 ? και κατά 20% σε γυναίκες άνω των 70. ¹³



Η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού είναι πιθανό να έχει πολλές διαφορετικές αιτίες συμπεριλαμβανομένης της διαλογής, αυξανόμενη εξειδίκευση της περίθαλψης και την ευρεία υιοθέτηση της ταμοξιφαίνης θεραπεία από το 1992. ¹³

3.5.3 ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΓΙΑ 1997-2007 ΚΑΙ ΤΟΥ 2006

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 1997-2007

Άμεσα ηλικία τυποποιημένη τιμή (Ευρωπαϊκό) ανά 100.000 πληθυσμού											
ΕΤΟΣ	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
συχνότητα	114,1	114,5	119,9	116,8	117,2	117,1	122,7	122,8	127,7	121,6	
θνησιμότητα	33,6	32,7	31,8	31,0	30,8	30,1	29,4	28,4	28,3	27,7	26,7

14

Breast Cancer Worldwide		
Breast (All ages)	Incidence	Deaths
China	18.7	5.5
Zimbabwe	19	14.1
India	19.1	10.4
Japan	32.7	8.3
Brazil	46	14.1
Singapore	48.7	15.8
Italy	74.4	18.9
Switzerland	81.7	19.8
Australia	83.2	18.4
Canada	84.3	21.1
Netherlands	86.7	27.5
UK	87.2	24.3
Sweden	87.8	17.3
Denmark	88.7	27.8
France	91.9	21.5
United States	101.1	19

14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1 ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕΙ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες και παράγοντες του τρόπου ζωής μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές των φυσιολογικών γονιδίων και μετατροπή τους σε γονίδια που επιτρέπουν την ανάπτυξη του καρκίνου. Πολλές γονιδιακές διαταραχές, που οδηγούν στην εμφάνιση καρκίνου, είναι αποτέλεσμα του καπνίσματος, του λανθασμένου διαιτολογίου, της έκθεσης στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλίου ή της έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες στους χώρους εργασίας και στο περιβάλλον. Ορισμένες γονιδιακές διαταραχές έχουν κληρονομηθεί από τους γονείς. Ωστόσο, η παρουσία μίας κληρονομικής γονιδιακής διαταραχής δεν σημαίνει πάντα την εμφάνιση καρκίνου, αν και συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Η έρευνα συνεχίζεται σχετικά με τους παράγοντες, που αυξάνουν ή μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου. Επίσης, ορισμένες ιογενείς λοιμώξεις (ιός ανθρωπίνων θηλωμάτων - HPV, ιός ηπατίτιδας Β - HBV, ιός ηπατίτιδας C - HCV, ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας - HIV, κ.α.) αυξάνουν τον κίνδυνο μερικών μορφών της νόσου. Η επιστήμη, όμως, έχει καταλήξει σήμερα σε μια σειρά από παράγοντες που, όπως αποδείχθηκε, έχουν την δυνατότητα να προκαλέσουν την έναρξη της διαδικασίας καρκινογένεσης στον άνθρωπο. Αυτοί είναι οι ατομικοί και οι εξωτερικοί παράγοντες. Ατομικοί παράγοντες, είναι οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, η κακή διατροφή κ.α. Εξωτερικοί παράγοντες είναι αυτοί που δεν εξαρτώνται από τη θέληση και τις συνήθειες του ατόμου. Όπως για παράδειγμα οι γενετική προδιάθεση ή κληρονομικότητα, η ηλικία, οι χημικές ουσίες, η υπεριώδης ακτινοβολία, η ιονίζουσα ακτινοβολία ή ακτίνες χ, η περιβαλλοντική ρύπανση, το βεβαρημένο εργασιακό περιβάλλον κ.α. ^{2,11,15}

Συμπερασματικά και γενικά, ο κίνδυνος να αναπτύξει κάποιος άνθρωπος καρκίνο, ορίζεται από την απάντηση στις ερωτήσεις:

- Ποιός είναι; = γενετική σύνθεση, στοιχεία κληρονομικότητας.
- Που ζει; = περιβαλλοντικοί παράγοντες, καρκινογόνες ουσίες.
- Πως ζει; =προσωπικός τρόπος ζωής, καθημερινές συνήθειες

Ο καρκίνος είναι κυρίως αποτέλεσμα της έκθεσης του ατόμου σε καρκινογόνους παράγοντες. Οι συχνότεροι παράγοντες κινδύνου παγκοσμίως με βάση τα πιο πρόσφατα δεδομένα, είναι η χρήση καπνού που είναι υπεύθυνη συνολικά για το 20% των θανάτων από καρκίνο, ενώ για τις χώρες με υψηλό εισόδημα το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 30%. Στη συνέχεια ακολουθούν η κατανάλωση αλκοόλ και η υποκατανάλωση φρούτων και λαχανικών με περίπου 5% επί του συνόλου των θανάτων από καρκίνο.

Ο καρκίνος είναι δυνατό να προσβάλλει κάθε άνθρωπο, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα ή την ηλικία του. Σήμερα, εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν με τη νόσο ή έχουν θεραπευτεί οριστικά από αυτήν. Όσο νωρίτερα ανιχνεύεται ο καρκίνος και ξεκινάει η θεραπεία του, τόσο περισσότερες πιθανότητες υπάρχουν για την επιτυχή αντιμετώπιση του. Εν κατακλείδι, ο καρκίνος δεν είναι μεταδοτικό νόσημα, δηλ. δεν μεταδίδεται από ένα άτομο που πάσχει σε ένα υγιές άτομο. Επίσης, η νόσος δεν προκαλείται από τον οποιοδήποτε τραυματισμό.^{11,15}

4.1.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ - ΓΕΝΙΚΑ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Από διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν προκύψει ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σχετίζεται με την ύπαρξη μερικών παραγόντων όπως αυτοί που αναφέρονται παρακάτω, από τους οποίους πρέπει να συμπράξουν κάποιοι για την εμφάνιση του καρκίνου.¹¹

Η ηλικία και ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού

Ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του μαστού (μετά το φύλο) έχει ηλικία: τα μεγάλα της γυναίκας, του υψηλότερου κινδύνου της. Κίνδυνος από την ηλικία παρουσιάζεται στον πίνακα 4.1¹⁵

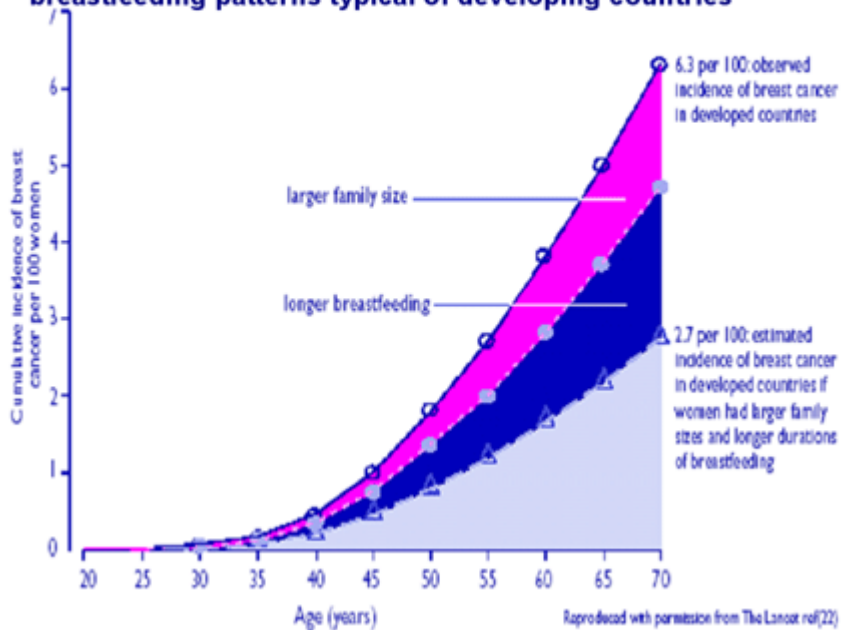
Table 4.1: Risk of developing breast cancer by age, females, England, 1996

Risk up to age 25	1 in 15,000
Risk up to age 30	1 in 1,900
Risk up to age 40	1 in 200
Risk up to age 50	1 in 50
Risk up to age 60	1 in 23
Risk up to age 70	1 in 15
Risk up to age 80	1 in 11
Risk up to age 85	1 in 10
Lifetime risk (all ages)	1 in 9

I. Αναπαραγωγική ιστορία και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Οι γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με τις γυναίκες από τις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Μεγάλο μέρος της η διαφορά αυτή μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες έχουν λιγότερα παιδιά και η περιορισμένη διάρκεια του θηλασμού. Εκτιμάται ότι η συνολική εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στις ανεπτυγμένες χώρες θα πρέπει να μειωθεί κατά περισσότερα από τα μισά, 6,3 με 2,7 ανά 100, εάν ο μέσος αριθμός των γεννήσεων (6,5 αντί του 2,5 γεννήσεις) και η διάρκεια ζωής του θηλασμού (θηλάζουν κάθε παιδί , κατά μέσο όρο, για 24 μήνες αντί για μέση διάρκεια ζωής των 8,7 μηνών) κυριαρχούν στις αναπτυσσόμενες χώρες τη δεκαετία του 1990 ήταν να εμφανιστούν. (Σχήμα 4.1).¹⁵

Figure 4.1: Estimated cumulative incidence of breast cancer in developed countries if women had family sizes and breastfeeding patterns typical of developing countries



II. Ηλικία κατά εμμηναρχή

Νεαρή ηλικία σε εμμηναρχή έχει συσχετιστεί με συνέπεια με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του 16-17 χρόνια στα μέσα του 19ου αιώνα με 12-13 σήμερα. . Σχετικός κίνδυνος για καρκίνο του μαστού πριν από την εμμηνόπαυση μειώνεται κατά περίπου 7% για κάθε έτος που εμμηναρχή καθυστερήσει μετά την ηλικία των 12 ετών, και κατά 3% για τον καρκίνο του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές . Χώρες χαμηλού κινδύνου, όπως η Κίνα έχουν ένα μεταγενέστερο μέση ηλικία κατά την εμμηναρχή (16-17 ετών). Και η διατροφή στις αρχές της ζωής επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ηλικία των εμμηναρχή.^{11,15}

III. Ηλικία κατά την πρώτη γέννηση

Οι νεότεροι είναι η γυναίκα όταν ξεκινάει αναπαραγωγική ηλικία, το χαμηλότερο κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται κατά 3% για κάθε έτος καθυστέρησης 3. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει πρώτο μωρό της στην ηλικία των 28 θα έχει ένα 3% χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού από μια γυναίκα η οποία είχε την πρώτη μωρό της σε 29, όλοι οι άλλοι παράγοντες είναι ίσοι.¹⁵

IV. Ισοτιμία

Η επίδραση της ισοτιμίας για τη μείωση του κινδύνου του καρκίνου του μαστού έχει από καιρό αναγνωριστεί. Τον 18ο αιώνα Bernado Ramazzini (1633-1714) ανέφεραν το υψηλό ποσοστό του καρκίνου του μαστού σε σύγκριση ανάμεσα σε μοναχές και σε παντρεμένες γυναίκες και σκέφτηκαν ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με την έλλειψη των παιδιών. Σε μία μετά-ανάλυση (nulliparity) συσχετίστηκε με αύξηση κατά 30% του κινδύνου σε σχέση με άτεκνες γυναίκες 6. Ο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των κήσεων με πλήρη θητεία, τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία κατά του καρκίνου του μαστού. Υπάρχει μείωση του κινδύνου του 7% για κάθε γέννηση μετά την πρώτη γέννηση. ¹⁵

V. Θηλασμός

Οι γυναίκες που θηλάζουν μειώνουν τον κίνδυνο σε σύγκριση με γυναίκες που δεν θηλάζουν 2. Η πλέον μια γυναίκα θηλάζει, τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία: κίνδυνος μειώνεται κατά 4,3% για κάθε έτος μια γυναίκα θηλάζει 2.

Πολλά έχουν γραφτεί γύρω από αυτό το θέμα και δε συμφωνούν όλοι στην ίδια άποψη. Οι περισσότερες στατιστικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι ο θηλασμός για πάνω από τέσσερις μήνες μειώνει λίγο την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, μερικοί υποστηρίζουν ότι δεν έχει καμία επίδραση και κανείς ποτέ δεν υποστήριξε ότι βλάπτει. Συνεπώς, είναι κάτι που ανεπιφύλακτα πρέπει να συνιστούμε στις μητέρες, δεδομένου ότι με βεβαιότητα κάνει καλό στα μωρά τους. Είναι κρίμα που στην Ελλάδα μόνο μία στις τρεις γυναίκες θηλάζει το μωρό της, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, παρ' ότι οι δεσμοί της οικογένειας δεν είναι τόσο στενοί, το ποσοστό θηλασμού φθάνει και το 60%! Η αιτία δεν είναι ότι οι Ελληνίδες μητέρες αγαπούν και φροντίζουν τα παιδιά τους λιγότερο από τις Ευρωπαίες. Είναι ότι σήμερα οι περισσότερες νέες μητέρες πρέπει να εργάζονται και, ιδιαίτερα στο σκληρό ιδιωτικό τομέα, παίρνουν λιγότερη άδεια λοχείας απ' όση δικαιούνται, γιατί φοβούνται μην απολυθούν. ¹⁵

VI. Ηλικία κατά την εμμηνόπαυση

Καθυστερημένη εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού 2. Για κάθε εμμηνόπαυση χρόνια έχει καθυστερήσει, είναι περίπου το 3% αύξηση του κινδύνου

καρκίνου του μαστού . Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Αυτό ισχύει τόσο για τα φυσικά εμμηνόπαυση ή εμμηνόπαυση προκαλείται μέσω της χειρουργικής επέμβασης 8.¹⁵

4.1.2 ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

I. αντισυλληπτικά χάπια

Η χρήση των αντισυλληπτικών (αντισυλληπτικά χάπια) αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού στην τρέχουσα και πρόσφατη χρήστες, αλλά δεν υπάρχει σημαντική επιπλέον κίνδυνος δέκα ή περισσότερα χρόνια μετά τη διακοπή χρήσης (Πίνακας 4.2 9).

Table 4.2: Oral contraception and the relative risk of breast cancer

Oral contraceptive use	Relative risk (confidence interval)
Never users	1.0
Current users	1.24 (1.15-1.33)
1-4 years after stopping	1.16 (1.08-1.23)
5-9 years after stopping	1.07 (1.02-1.13)
10+ years after stopping	1.01 (0.96-1.05)

Οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται σε μια συνεργατική ανάλυση 54 μελετών σε 25 χώρες, με στοιχεία σχετικά με άνω των 50.000 γυναικών με καρκίνο του μαστού. Διάγνωση καρκίνου σε γυναίκες που έχουν χρησιμοποιήσει το οργανωμένο έγκλημα τείνουν να είναι λιγότερο προηγμένη κλινικά από αυτές που ποτέ δεν ανιχνεύεται σε χρήστες. οι χρήστες είναι γενικά νεότερες γυναίκες του μαστού τον κίνδυνο καρκίνου των οποίων είναι συγκριτικά χαμηλή, ώστε το μικρό πρόσθετο κίνδυνο για τους σημερινούς χρήστες θα έχει ως αποτέλεσμα ένα σχετικά μικρό αριθμό των πρόσθετων περιπτώσεων.

Η διατύπωση της αντισυλληπτικά χάπια έχει αλλάξει σημαντικά από τότε που έγινε ευρέως διαδεδομένη χρήση στη δεκαετία του 1960 αλλά και τρέχοντα στοιχεία δείχνουν ότι αυτό δεν επηρεάζει τον κίνδυνο 9. Ο κίνδυνος του από του στόματος χρήση αντισυλληπτικών στις γυναίκες είναι παρόμοια, ανεξάρτητα από το

οικογενειακό ιστορικό της γυναίκας, της καταγωγής της , έτη εκπαίδευσης, ηλικία κατά την εμμηναρχή, ύψος, βάρος, κατάσταση εμμηνόπαυση και η κατανάλωση αλκοόλ.^{2,9}

II. Ορμονική θεραπεία αντικατάστασης (HRT)

HRT χρήση αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και μειώνει την ευαισθησία της μαστογραφίας. Η αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού για τους σημερινούς χρήστες του HRT είναι 66%. Το αποτέλεσμα είναι πολύ μεγαλύτερο για τα οιστρογόνα προγεσταγόνων συνδυασμούς ό,τι για τα οιστρογόνα μόνο HRT. Κίνδυνος αυξάνεται με την διάρκεια της χρήσης: ο κίνδυνος για τους σημερινούς χρήστες του oestrogenprogestagen συνδυασμών για 10 ή περισσότερα έτη ήταν 2,31 (CI 2,08-2,56) σε σύγκριση με 1,74 (CI 1,60-1,89) για 1-4 χρόνια χρήσης. Μείωση του κινδύνου με την παύση της χρήσης? Παρελθόν οι χρήστες έχουν παρόμοιο κίνδυνο να μην τους χρήστες .

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τη χρήση της HRT ήμισυ μεταξύ 2000-01 και 2006, και εκτιμάται ότι υπάρχουν 1.400 λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ηλικίας 50-59, το 2005 από ό,τι θα υπήρχε αν δεν υπάρχουν τέτοια πτώση της χρήσης είχε συμβεί . 45 .

HRT χρησιμοποιείται από πάνω από 20 εκατομμύρια γυναίκες στις δυτικές χώρες, για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και αποτελεί σημαντική πηγή των εξωγενών οιστρογόνων και σε ορισμένες περιπτώσεις έκθεσης προγεσταγόνων. Μια πρόσφατη ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επιπλέον εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, εγκεφαλικού επεισοδίου και πνευμονική εμβολή σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που χρησιμοποιούν HRT για 5 χρόνια ήταν μεγαλύτερη από τη μείωση στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέως εντέρου και κάταγμα ισχίου . HRT δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αλλά οι κίνδυνοι και τα οφέλη για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης θα πρέπει να αξιολογούνται σε ατομική βάση.¹⁵

III. Ενδογενείς Ορμόνες και ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Έχουν υψηλότερα επίπεδα των ενδογενών ορμονών καιρό υπέθεσε να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μια συγκεντρωτική ανάλυση των εννέα μελέτες προοπτικών κλάσης βρέθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με τα υψηλότερα επίπεδα των ορμονών του φύλου. Ο κίνδυνος ήταν περίπου διπλάσιο για τις γυναίκες των οποίων τα επίπεδα της οιστραδιόλης ήταν στην κορυφή πεμπτημόριο σε σύγκριση με τις γυναίκες των οποίων τα επίπεδα της οιστραδιόλης ήταν στο κάτω πεμπτημόριο. Αποδεικτικά στοιχεία για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι ασαφή.¹⁵

4.1.3 ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπέρβαρου και της παχυσαρκίας, όπως μετράται με υψηλό δείκτη μάζας σώματος (BMI), αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση και είναι ένα από τα λίγα τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για καρκίνο του μαστού 16. ΔΜΣ υπολογίζεται διαιρώντας το βάρος σε κιλά με ύψος σε μέτρα². Ο ΔΜΣ κάτω των 20 έχει ταξινομηθεί ως λιπόβαρη, 26-30, όπως το υπερβολικό βάρος, και πάνω από 30 ως παχύσαρκο. Εκτιμήσεις για το ποσοστό των καρκίνων του μαστού που προκαλείται από το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία στην περιοχή του Ηνωμένου Βασιλείου από το 7% των μετεμμηνοπαυσιακών περιπτώσεων καρκίνου του μαστού σε 8% του συνόλου των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. 17, 46. Σε μία συγκεντρωτική ανάλυση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξήθηκε κατά περίπου 30% σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ΔΜΣ> 28kg/m² σε σύγκριση με ΔΜΣ κάτω από 21kg/m² 16. Πρόσφατα, το Ηνωμένο Βασίλειο εκατομμύρια γυναίκες μελέτη ανέφερε μια παρόμοια αύξηση του κινδύνου του 29% για τις γυναίκες με ΔΜΣ 30 ή υψηλότερο σε σύγκριση με ΔΜΣ 22,5-24,9. 46

Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η επίδραση του ΔΜΣ για τον καρκίνο του μαστού μετά την εμμηνόπαυση περιορίζεται σε γυναίκες που δεν χρησιμοποιούν HRT 47. Σε μια προοπτική μελέτη θνησιμότητας τον κίνδυνο θανάτου από καρκίνο

του μαστού αυξάνεται με την αύξηση του ΔΜΣ επίτευξη δύο φορές αυξημένο κίνδυνο θανάτου για το υψηλότερο ($> = 40\text{kg/m}^2$) σε σύγκριση με χαμηλότερη κατηγορία ΔΜΣ ($<24.9\text{kg/m}^2$) 18.

Μετά την εμμηνόπαυση, όταν οι ωοθήκες σταματούν να παράγουν οιστρογόνα, λιπώδης ιστός είναι η κύρια πηγή των ενδογενών οιστρογόνων μέχρι παχύσαρκες και υπέρβαρες γυναίκες εκτίθενται σε υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων. Η παχυσαρκία συνδέεται επίσης με τα χαμηλότερα επίπεδα του φύλου hormonebinding σφαιρίνη (SHBG), που αυξάνει την ποσότητα του βιοδιαθέσιμη οιστραδιόλης 19. Σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες, αλλά ορισμένοι δεν όλες τις μελέτες έχουν παρατηρήσει ότι ένα υψηλότερο ΔΜΣ σχετίζεται με ελαφρώς χαμηλότερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού - ίσως λόγω του ότι οδηγεί σε μείωση της έκθεσης σε ενδογενή οιστρογόνα μέσω της αύξησης ωορρηξία κύκλους.

Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και καρκίνων του ενδομητρίου, εντέρου, στομάχου και οισοφάγου. Οι βασικές αιτίες της παχυσαρκίας είναι κοινωνικές, προερχόμενες από περιβάλλοντα που προωθούν την καθιστική ζωή και την υπερκατανάλωση τροφών που περιέχουν υψηλές θερμίδες. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η παχυσαρκία ευθύνεται για το 40% των περιπτώσεων του καρκίνου της μήτρας. Επιπλέον, σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης ευθύνεται για 159.000 θανάτους από καρκίνο του παχέως εντέρου κάθε χρόνο και για 88.000 θανάτους από καρκίνο του μαστού. ^{2, 15}

4.1.4 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

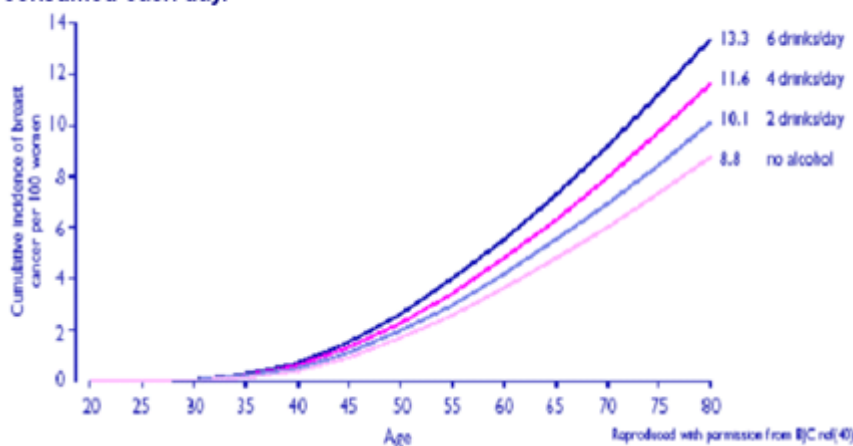
Μια πρόσφατη έκθεση από το Διεθνές Κέντρο Έρευνας για τον Καρκίνο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα έχει ένα προληπτικό αποτέλεσμα για τον καρκίνο του μαστού 20. Αυτό μπορεί να επιδράσει έμμεσα με την άσκηση μείωση ΔΜΣ, είτε σε άμεση επίδραση στις ορμονικές και τα επίπεδα παράγοντα ανάπτυξης. Το μέγεθος αυτής της επίδρασης ποικίλλει μεταξύ των μελετών? Ένα τυπικό αποτέλεσμα είναι ένα 30-40% μείωση του κινδύνου του καρκίνου του μαστού με λίγες ώρες την εβδομάδα της έντονης δραστηριότητας .

Η έλλειψη σωματικής άσκησης και η παχυσαρκία αποτελούν παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Η αύξηση της μάζας του σώματος σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης ευθύνονται για το 19% των θανάτων από καρκίνο του μαστού και για το 26% των θανάτων από καρκίνο του εντέρου. Στην Ευρώπη, περίπου ο μισός πληθυσμός ενηλίκων θεωρείται υπέρβαρος, ενώ στα αστικά κέντρα ανάλογος είναι ο αριθμός των ατόμων που δεν αθλούνται. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η φυσική άσκηση και η ισορροπημένη διατροφή είναι προστατευτικοί παράγοντες στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του εντέρου και του καρκίνου του μαστού. Το περιττό σωματικό βάρος και η έλλειψη άσκησης ευθύνονται για το 1/5 με 1/3 περίπου των καρκίνων του μαστού, του εντέρου, του ενδομητρίου, του στομάχου και του οισοφάγου.¹⁵

4.1.5 ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΜΦΑΝΙΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πρόσληψης αλκοόλ και καρκίνου του μαστού έχει βρεθεί, με αύξηση του κινδύνου του 7% για κάθε επιπλέον 10 γραμμάρια αλκοόλ που καταναλώνεται σε καθημερινή βάση (Σχήμα 4.2 [21](#)).

Figure 4.2: Estimated cumulative incidence of breast cancer per 100 women in developed countries, according to the number of alcoholic drinks consumed each day.



Περίπου 4% των καρκίνων του μαστού σε γυναίκες στις αναπτυγμένες χώρες μπορούν να αποδοθούν σε αλκοόλ. Παρά το γεγονός ότι το αλκοόλ και το κάπνισμα είναι στενά συνδεδεμένα κοινωνικές συνήθειες, δεν υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ καπνού και καρκίνου του μαστού.

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση πολλών τύπων καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του μαστού, του ήπατος, του οισοφάγου, του φάρυγγα, της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα και του εντέρου. Ο συνδυασμός καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ πολλαπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (συνεργική δράση). Ενώ για τους περισσότερους τύπους καρκίνου ο κίνδυνος εμφάνισης αυξάνεται με την αύξηση της ποσότητας που καταναλώνει κάποιος, στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού έχει παρατηρηθεί ότι ακόμα και ένα ποτήρι αλκοόλ την ημέρα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατά 10%. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις χώρες, μεταξύ των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, με μεσαία κατανάλωση οινοπνεύματος, ωστόσο παρουσιάζει αύξηση της τάξεως του 8% μεταξύ του 1970 και 2003. Αξίζει να σημειωθεί ότι χώρες όπως η Γαλλία και η Ιταλία έχουν σημειώσει αξιόλογη μείωση της τάξεως του 35% και 50% αντίστοιχα για το ίδιο διάστημα..

Τα τελευταία χρόνια, κάποιες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες που για χρόνια καταναλώνουν πάνω από σαράντα γραμμάρια οινοπνεύματος τη μέρα έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο μαστό. Αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι το οινόπνευμα, όπως και τα οιστρογόνα, αποσυντίθεται στο ήπαρ. Το οινόπνευμα προκαλεί βλάβη στα ηπατικά κύτταρα και αυτά δυσκολεύονται να αποσυνθέσουν και να αποβάλουν τα οιστρογόνα. Έτσι, οι γυναίκες αυτές έχουν αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα. Πριν όμως απαγορεύσουμε τελείως το ποτό, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας το καλό που μπορεί να κάνει λίγο ποτό σε κάποιες γυναίκες από ψυχολογική άποψη, καθώς επίσης και τη γνώση μας πως ένα δύο ποτήρια κόκκινου κρασιού κάνουν καλό στην καρδιά. Μια λογική συμβουλή θα ήταν να συστήνουμε στις γυναίκες που έχουν και άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες να φυλάξουν τη διασκέδαση της οινοποσίας μόνο για ειδικές περιπτώσεις και να αποφεύγουν την κατάχρηση του αλκοόλ.¹⁶

4.1.6 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μια διαίτα πλούσια σε λίπος έχει συσχετισθεί θετικά με τον καρκίνο του μαστού σε διεθνείς μελέτες συσχετισμού , μελέτες σε ζώα και μελέτες ελέγχου περίπτωση .

Ωστόσο, συγκεντρωτικές αναλύσεις της κοορτής παρατηρείται συνήθως δεν σημαντική σχέση μεταξύ πρόσληψης λίπους και κινδύνου καρκίνου του μαστού, ενώ μια μετά-ανάλυση βρέθηκε μια μέτρια θετική σχέση τόσο με συνολικό και κορεσμένο λίπος πρόσληψη 27. Μια πρόσφατη μελέτη προγνώσεων δείχνει τις διαφορές αυτές μπορεί να οφείλεται στις δυσκολίες στην ακριβή καταγραφή της πρόσληψης λίπους 28. Σε αυτή τη μελέτη η χρήση ενός λεπτομερούς 7 - ημερών ημερολόγιο τροφίμων αποκάλυψε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ κορεσμένου λίπους που βρέθηκαν (κυρίως στην υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά του γάλακτος, το βούτυρο, το κρέας, τα κέικ και μπισκότα) και τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, οι οποίες χρησιμοποιούνται συχνότερα στο ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων.

Συνολικά, τα στοιχεία δείχνουν πρόσληψη λίπους, και ιδίως τα ζωικά λίπη, μπορεί να προκαλέσει μικρή αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού, αλλά ίσως δεν παίζει τόσο μεγάλο ρόλο, όπως κάποτε πίστευαν. ¹⁵

I. ανθυγιεινή διατροφή

Οι ενδείξεις για τη σχέση της διατροφής και της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου δεν είναι τόσο ισχυρές, όσο οι ενδείξεις για τη σχέση μεταξύ καρκίνου και καπνίσματος ή αλκοόλ ή έκθεσης σε χημικές ουσίες. Παρόλα αυτά, θεωρείται ότι οι διατροφικές συνήθειες μπορεί να σχετίζονται με το 30% των καρκίνων στις αναπτυγμένες χώρες και πιθανώς με το 20% των καρκίνων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για το λόγο αυτό, σοβαρή σημασία θα πρέπει να δοθεί στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών με στόχο την πρόληψη της νόσου.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η υπερβολική κατανάλωση κόκκινου κρέατος και τροφής πλούσιας σε λίπος συνδέεται με τον καρκίνο του μαστού και του παχέως εντέρου. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ λίπους και πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου. Αντιθέτως, η υγιεινή διατροφή, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά φαίνεται πως έχει προστατευτική δράση. Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της βάσης δεδομένων του Π.Ο.Υ. παρουσιάζει το δεύτερο -μετά την Ισπανία- ποσοστό αύξησης (16,9%) στη μέση ημερήσια κατανάλωση θερμίδων ανά άτομο για το διάστημα 1970 και 2003, ενώ έχει την 3η υψηλότερη κατανάλωση

θερμίδων ανά άτομο (3.666 kcal) μετά την Πορτογαλία (3.746 kcal) και την Ιταλία (3.675 kcal).^{2, 15}

4.1.7 ΎΨΟΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι ψηλότερες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού 29. Συγκεντρωτική ανάλυση εκτιμάται ότι ο σχετικός κίνδυνος για τις γυναίκες 1,75 μέτρα ή ψηλότερα σε σύγκριση με τις γυναίκες μικρότερη από 1,6 m ήταν 1,22 για όλες τις γυναίκες και 1,28 για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες 16. Υπήρξε μια κατά προσέγγιση αύξηση του σχετικού κινδύνου του 7% για κάθε επιπλέον 5 εκατοστών για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και 2% για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Ο υποκείμενος μηχανισμός για τη σχέση μεταξύ ύψους και του κινδύνου καρκίνου του μαστού είναι ασαφής, και είναι πιθανό ότι το ύψος μπορεί να είναι ένας δείκτης για τα άλλα ανοίγματα που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού 30.¹⁵

4.1.8 ΙΟΝΙΖΟΥΣΕΣ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ιονίζουσα ακτινοβολία είναι μια καθιερωμένη παράγοντας κινδύνου για καρκίνο του μαστού και η υπερβολική έκθεση στην ακτινοβολία πρέπει να αποφεύγεται. Η επίδραση της ακτινοβολίας στο στήθος συνδέεται έντονα με την ηλικία κατά την έκθεση, δηλαδή η νεότερη γυναίκα εκτίθεται τόσο μεγαλύτερος είναι ο επιπλέον κίνδυνος.

Μια πρόσφατη μελέτη εκτιμάται ότι η έκθεση σε διαγνωστικές x-rays μπορεί να είναι υπεύθυνος για 29 περιπτώσεις ανά έτος των γυναικών με καρκίνο του μαστού πριν από την ηλικία των 75 στη Βρετανία, ένας κίνδυνος του αναλογεί 0,1% 31 Συνολικά 0,6% του σωρευτικού κίνδυνο καρκίνου σε ηλικία 75 θα είναι ακτινοβολία που προκαλούνται στο Ηνωμένο Βασίλειο, περίπου 700 περιπτώσεις καρκίνου κάθε χρόνο. Αυτό ήταν χαμηλές σε σύγκριση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες που μελετήθηκαν.

Μια άλλη ομάδα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο είναι οι γυναίκες που έλαβαν για τη νόσο του Hodgkin με μανδύα ακτινοβολία, όπου υπάρχει μια κατά προσέγγιση διπλασιασμός της διάρκειας ζωής risk.⁵¹ Γυναίκες αντιμετωπίζονται με αυτόν τον τρόπο πριν από την ηλικία των 35 είναι να υπενθυμίσουμε σε εθνικό επίπεδο και να προσφέρει ειδική επιτήρηση ²². Οι μαστογραφίες και οι ακτινογραφίες μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο

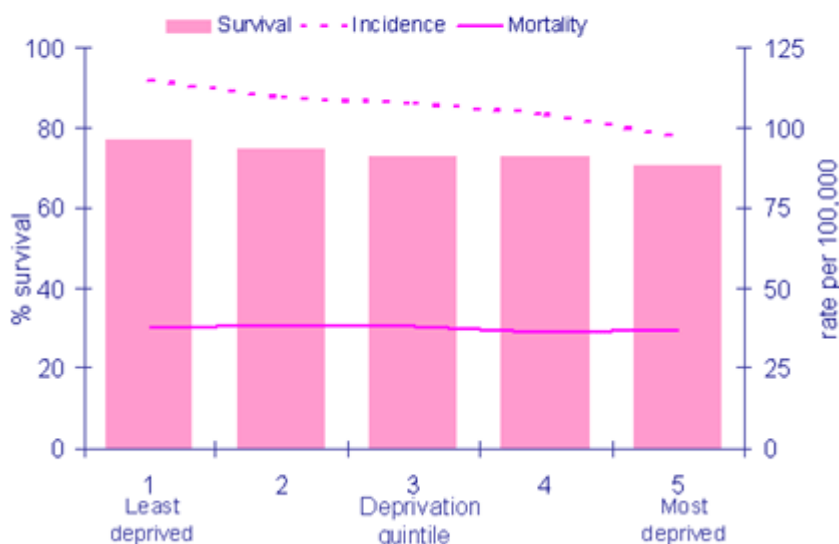
Όλες οι ακτινογραφίες εκπέμπουν ακτίνες X, που είναι μια αόρατη ιονίζουσα ακτινοβολία, επικίνδυνη σε μεγάλες δόσεις για τα κύτταρα. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως όλες οι ιονίζουσες ακτινοβολίες αυξάνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που την εποχή της φυματίωσης έκαναν συνέχεια ακτινογραφίες θώρακος είχαν πιο πολλούς καρκίνους του μαστού. Οι Γιαπωνέζες που δεν εξαυλώθηκαν από τις ατομικές βόμβες στη Χιροσίμα και στο Ναγκαασάκι ανέπτυξαν μεταξύ πολλών άλλων μορφών καρκίνου και καρκίνο του μαστού με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τις συνομήλικές τους από άλλες περιοχές της Ιαπωνίας, όπου ο καρκίνος του μαστού δεν είναι πολύ συχνός. Και μάλιστα τόσο περισσότερο όσο πιο κοντά βρίσκονταν προς το επίκεντρο της έκρηξης. Ο κάθε άνθρωπος έχει ένα ανώτατο όριο ακτινοβολίας που μπορεί να δεχθεί με ασφάλεια. Για να πάθει καρκίνο, πρέπει να ξεπεραστεί σημαντικά αυτό το όριο, το οποίο όμως δεν είναι το ίδιο σε όλους και κανένας δεν μπορεί να ξέρει το δικό του. Τα κύτταρά μας επίσης έχουν κάποιου είδους μνήμη και αθροίζουν όλες τις ακτινοβολίες που έχουν δεχθεί στη διάρκεια της ζωής τους. Οι μοντέρνες μαστογραφίες έχουν τόσο μικρή δόση ακτινοβολίας, που δεν προκαλούν καρκίνο ακόμα και αν μια γυναίκα κάνει μια μαστογραφία το χρόνο για τριάντα χρόνια. Τέσσερις μαστογραφίες δίνουν τόσο λίγη ακτινοβολία όσο μια απλή ακτινογραφία θώρακος, προστίθεται όμως και αυτή στη συνολική δόση που έχει δεχθεί μια γυναίκα. Συνεπώς, ενώ το κέρδος από μια μαστογραφία είναι τεράστιο, γιατί η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί ακόμα και μια ζωή να γλιτώσει, η δόση ακτινοβολίας που δίνει είναι μικρή, αν και όχι εντελώς αμελητέα. Όλες οι εξετάσεις που ακτινοβολούν τον άνθρωπο με ακτίνες X (αξονικές τομογραφίες, ακτινογραφίες, πυελογραφίες, αγγειογραφίες, στεφανιογραφίες κ.λπ.) πρέπει να χρησιμοποιούνται όταν πραγματικά χρειάζονται, να συστήνονται πάντα με περίσκεψη από τους γιατρούς και να μην γίνεται κατάχρησή τους, ιδιαίτερα σε νέα άτομα. ¹⁵

4.1.9 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους λίγους καρκίνους να έχει μεγαλύτερη επίπτωση στις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις (Σχήμα 4.3 32). Η ηλικία τυποποιημένο ποσοστό επίπτωσης είναι 115,1 ανά 100.000 γυναίκες στις υποβαθμισμένες πεμπτημόριο τουλάχιστον σε σύγκριση με 97,3 στις πιο υποβαθμισμένες πεμπτημόριο. Αυτό είναι πιθανώς μια αντανάκλαση άλλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων της αναπαραγωγικής ιστορία και διατροφή σε πρώιμο στάδιο.

2

Figure 4.3: Incidence, mortality and cause-specific survival at 5 years by deprivation quintile, Scotland, female breast cancer patients diagnosed 1991-95



4.1.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΠΟΥ ΠΑΙΖΕΙ Η ΦΥΛΗ Κ Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΠΡΟΕΡΧΕΤΑΙ ΜΙΑ ΓΥΝΑΙΚΑ

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

Υπάρχουν περιοχές της γης όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός (ΗΠΑ, Δ. Ευρώπη) και περιοχές που είναι πιο σπάνιος. Στις ΗΠΑ οι γυναίκες έχουν τριπλάσιο αριθμό καρκίνων του μαστού από τις Γιαπωνέζες. (Εξαιρούνται οι περιοχές της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι, που εμφάνισαν καρκίνο από τη ραδιενέργεια.) Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν πιο πολλά επιβαρυντικά γονίδια στην Αμερική ή

πιο πολλά «προφυλακτικά» γονίδια στην Ιαπωνία, και αφού οι άνθρωποι παντρεύονται μεταξύ τους αυτά τα γονίδια ανακυκλώνονται στις ίδιες γεωγραφικές περιοχές. Όμως αυτό δεν εξηγεί γιατί οι Γιαπωνέζες όταν μεταναστεύουν στην Αμερική, χωρίς να έχουν ζευγαρώσει με Αμερικανούς, αλλά πάλι με Ιάπωνες, παρουσιάζουν τέτοια αύξηση στους καρκίνους του μαστού, που στην επόμενη γενιά φθάνει στα αμερικανικά νούμερα. Μοναδική εξήγηση είναι ότι, φθάνοντας οι Γιαπωνέζες στην Αμερική, αποκτούν αμερικάνικες διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωής, πράγμα που σημαίνει ότι ο κίνδυνος βρίσκεται και σε κάποιους εξωτερικούς παράγοντες και όχι μόνο στα γονιδιά τους. Στην Ελλάδα παρατηρείται μεγάλη αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού τα μεταπολεμικά χρόνια, που φθάνει το διπλασιασμό ανά εικοσαετία. Τα γονιδιά μας δεν άλλαξαν, ο τρόπος ζωής μας όμως.²

4.1.11 ΟΙ ΠΟΛΛΕΣ ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΕΩΝ

Ισχύει κι εδώ ότι και πριν. Υπάρχει ελάχιστα αυξημένος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου στο μαστό, ανάλογος με τη διάρκεια και τον αριθμό των προσπαθειών που γίνονται για σύλληψη. Σήμερα όμως, αφενός οι δόσεις των ορμονών που χρησιμοποιούνται είναι ελάχιστες σε σχέση με παλαιότερα και αφετέρου οι νεότερες τεχνικές επιτυγχάνουν τη σύλληψη πιο γρήγορα και πιο εύκολα. Θεωρείται λοιπόν ασφαλές και αξίζει τον κόπο να γίνονται εξωσωματικές γονιμοποιήσεις, αρκεί να γίνονται με τις σωστές ενδείξεις και να μη διαρκούν δέκα χρόνια.

7. Καρκίνος του μαστού σε σχέση με τον καρκίνο της μήτρας κ ο κίνδυνος αμφοτεροπλευρης εμφανισης καρκινου του μαστου.

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

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

Μαστογραφικού πυκνότητα σχετίζεται με τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. (Πυκνότητα σχετίζεται με τα σχετικά ποσά του λίπους, του συνδετικού ιστού και των επιθηλιακών ιστών στο στήθος. Στήθος με το μεγαλύτερο ποσοστό του λιπώδους ιστού είναι λιγότερο πυκνός. Καρκίνου είναι λιγότερο εύκολα ανιχνεύεται στα στήθη

πυκνότερο.) Οι γυναίκες με τα στήθη πυκνότερα έχουν 2-6 φορές τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού συγκριτικά με γυναίκες με λιγότερο πυκνή στήθος 33. Εκτιμάται ότι το 20-30% της διακύμανσης στην πυκνότητα του μαστού εξηγείται από την εμμηνόπαυση καθεστώς, το βάρος και την ισοτιμία 34 και υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι το πιο σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της πυκνότητας του μαστού είναι κληρονομική 34, 35.

Βρίσκοντας το γονίδιο ή γονίδια υπεύθυνα για την πυκνότητα του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε μια καλύτερη κατανόηση της ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού 36, 37. ¹⁵

4.1.12 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Καλοήθειες παθήσεις του μαστού 34 είναι ένας γενικός όρος που περιγράφει όλα τα μη κακοήθειες συνθήκες του μαστού. Ως εκ τούτου, περιλαμβάνει τις ασθένειες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού και άλλοι που δεν έχουν αυξηθεί κίνδυνο.

Η συνηθέστερη εφάπαξ του μαστού στις νεαρές γυναίκες είναι ιναδενώματος η οποία δεν συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

Οι γυναίκες στη δεκαετία του '30 και '40 μπορεί να αναπτύξουν κύστεις και εκείνων που υφίστανται πολλαπλές κύστεις είναι σε ελαφρώς αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.

Οι γυναίκες που είχαν βιοψίες που έδειξαν εξελικτική για καρκίνο του μαστού ατυπία έχουν 2-φορές μεγαλύτερο κίνδυνο, ενώ οι γυναίκες με άτυπη υπερπλασία έχουν 2-5 φορές αυξημένο κίνδυνο 37-39.

Η παρουσία lobular καρκίνωμα in situ αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, είτε ότι DCIS μπορεί να εξελιχθούν σε διηθητικό καρκίνο του στις πληγείσες μαστού. ^{16, 17}

4.1.13 ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΕΝΑ Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αν μια γυναίκα είχε καρκίνο του μαστού, ο κίνδυνος της ανάπτυξης ενός δεύτερου πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού είναι 2-6 φορές τον κίνδυνο παρατηρήθηκε στο γενικό πληθυσμό της ανάπτυξης μιας πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού 40.

Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού

Μια γυναίκα με ένα επηρεάζεται πρώτου βαθμού συγγενή (μητέρα ή αδελφή) έχει διπλασιαστεί σχεδόν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού από μια γυναίκα που δεν οικογενειακό ιστορικό της νόσου? Επηρεάζονται όταν δύο (ή περισσότερες) συγγενείς, αυξάνει τον κίνδυνο της περαιτέρω 41,42.

Ωστόσο, πάνω από το 85% των γυναικών που έχουν στενή σχέση με τον καρκίνο του μαστού δεν θα αναπτύξει την ασθένεια, και πάνω από το 85% των γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της είναι 42. Στις ανεπτυγμένες χώρες, εκτιμάται ότι κληρονομικούς παράγοντες συνεισφέρουν περίπου το ένα τέταρτο των δια-ατομικές διαφορές στην ευαισθησία του καρκίνου του μαστού, ενώ οι περιβαλλοντικές και παράγοντες του τρόπου ζωής συμβάλει τα υπόλοιπα τρία τέταρτα 1.

Ένα μικρό ποσοστό των γυναικών έχουν ιδιαίτερα ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και είναι σε πολύ υψηλό κίνδυνο. Μεταλλάξεις στα γονίδια ευαισθησία του καρκίνου του μαστού BRCA1 και BRCA2 αντιπροσωπεύουν την πλειοψηφία των οικογενειών με τέσσερα ή περισσότερα μέλη που επηρεάζονται και 2-5% όλων των καρκίνων του μαστού 43. Οι γυναίκες που μεταφέρουν μια τέτοια μετάλλαξη έχουν 50-80% πιθανότητες να εμφανίσει τη νόσο.

Γενετικός έλεγχος για ελαττωματικά γονίδια BRCA είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα του ΕΣΥ για τις γυναίκες με ένα πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό. Η αυξημένη ευαισθησία για τον καρκίνο του μαστού είναι επίσης ένα χαρακτηριστικό πολλών σπάνιων, οικογενή σύνδρομα του καρκίνου (Πίνακας 4.4). ^{18,19}

Table 4.4: Rare familial cancer syndromes associated with breast cancer

Gene	Cancer syndrome	Associated tumours
BRCA1	Breast/ovarian predisposition	Breast, ovarian, bowel, prostate
BRCA2	Breast/ovarian predisposition	Breast (including male), ovarian, prostate, pancreatic
TP53	Li Fraumeni syndrome	Childhood sarcoma, brain, leukaemia, adrenocortical carcinoma, early-onset breast
PTEN	Cowden's syndrome	Breast, gastrointestinal, thyroid (benign and malignant)
STK11/LKB1	Peutz-Jeghers syndrome	Breast, gastrointestinal, pancreatic, ovarian
ATM	Ataxia telangiectasia	Non-Hodgkin lymphoma, ovarian, breast (in heterozygote carriers)

Δεδομένου ότι ο καρκίνος του μαστού επηρεάζει μία στις εννέα γυναίκες θα υπάρχουν πολλές γυναίκες που έχουν μια μητέρα ή αδερφή με την ασθένεια. Αλλά μόνο αν υπάρχουν πολλά μέλη της οικογένειας με πρώιμο καρκίνο του μαστού εκδήλωση υπάρχει πιθανότητα μιας σημαντικής κληρονομική προδιάθεση στην ασθένεια 4.4.¹⁹

4.2 ΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

I. Καπνός

Από το 1845 (πριν 150 περίπου χρόνια) ο Sir Spott παρατήρησε ότι οι καπνοκαθαριστές του Λονδίνου προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του όσχεου. Έκτοτε χιλιάδες χημικές ενώσεις έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του καρκίνου στον άνθρωπο... χρήση του καπνού

Το κάπνισμα αποτελεί το σημαντικότερο γνωστό παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο. Η εξάρτηση από τον καπνό κατατάσσεται από τον Π.Ο.Υ. στην κατηγορία «ICD-10», σαν μια χρόνια κατάσταση στον τομέα των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με πρόσφατες εκτιμήσεις, υπολογίζεται ότι το 25% όλων των περιπτώσεων καρκίνου στην Ε.Ε. μπορεί να αποδοθεί στο κάπνισμα καθώς και το 80 με 90% των θανάτων από καρκίνο των πνευμόνων. Έχει υπολογιστεί ότι ο συνολικός αριθμός των θανάτων από τη χρήση καπνού το 2005, ανήλθε σε 5,4 εκατομμύρια ανθρώπους. Αν ο αριθμός αυτός συνεχίσει να αυξάνεται με τον ίδιο ρυθμό, θα οδηγηθούμε σε 6,4 και 8,3 εκατομμύρια θανάτους το

II. Στο νερό

Το πόσιμο νερό μπορεί να περιέχει καρκινογόνες ουσίες όπως:

- Βαρέα μέταλλα (μόλυβδος, κάδμιο). Προέρχονται από βενζίνες, χρώματα, πλαστικά μπαταρίες κ.λ.π.
- Νιτρικά που προέρχονται από τα λιπάσματα και τα πετρώματα).
- Πλαστικοποιητές (πολυχλωριούχα διφαινύλια PCBs). Προέρχονται από το ξέπλυμα των πλαστικών σακουλών, από την τριβή των τροχών των αυτοκινήτων, πλαστικά παιχνίδια κ.λ.π.
- Φυτοφάρμακα. Προέρχονται από καλλιέργειες κοντά σε ταμιευτήρες ύδατος.
- Χλωροφαινόλες. Προέρχονται από τα υπολείμματα των ξύλων, φύλλων, ούρων, κοπράνων. Οι φαινόλες που κατάληγαν στους ταμιευτήρες είναι ακίνδυνες με την χλωρίωση όμως σχηματίζουν σταθερές ενώσεις τις χλωροφαινόλες που είναι τοξικές και καρκινογόνες.
- Παράγωγα χλωρίωσης (χλωροφόρμιο, τετραχλωράνθρακες, κ.α.). Με την χλωρίωση ιδιαίτερα το καλοκαίρι δημιουργούνται διάφορες καρκινογόνες ενώσεις και αυτό οφείλεται στον τρόπο χλωρίωσης του νερού.
- Εμφιαλωμένα νερά το πλαστικό που παρασκευάζονται τα μπουκάλια είναι μια φτηνή καρκινογόνα ουσία.

III. Στα τρόφιμα

Διάφορα συστατικά και συντηρητικά τροφίμων καθώς και το νερό όπως προαναφέραμε ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου στους άνδρες. Έτσι οι αφλατοξίνες που βρίσκονται στους μύκητες, στο βαμβάκι, στην μούγλα, ενοχοποιούνται ενοχοποιούνται για την δημιουργία καρκίνου του ήπατος. Οι νιτροζαμίνες για τον καρκίνο του οισοφάγου και του ήπατος. Οι εστέρες της σορβόλης για τον καρκίνο του οισοφάγου. Το αλκοόλ για το καρκίνο του ήπατος, οισοφάγου, παγκρέατος.

Ο Ιπποκράτης έλεγε «η τροφή σου να είναι το γιατρικό σου και το γιατρικό σου η τροφή σου» δίνοντας έτσι την σημασία της σωστής διατροφής. Σήμερα πιστεύετε ότι το 1/3 των καρκίνων του πεπτικού οφείλεται στην διατροφή. Τα καρκινογόνα η μεταλαξιογόνα εντοπίζονται περισσότερο στα συντηρητικά και στις χρωστικές ουσίες παρά στα καθ' αυτού τρόφιμα

Τα νιτρώδη και νιτρικά άλατα που προστίθονται στα διάφορα ψάρια, κρέατα, αλλαντικά μπορεί να αντιδράσουν με αζωτούχες ενώσεις των τροφών και να σχηματίσουν νιτροζαμίνες που είναι καρκινογόνες. Τα κηπευτικά προϊόντα μπορεί να έχουν μεγάλες ποσότητες νιτρικών όταν καλλιεργούνται σε θερμοκήπια και λιπαίνονται με νιτρικά λιπάσματα.

Οι χρωστικές ουσίες είναι συνθετικά χρώματα. Τα αζωχρώματα μπορεί να δημιουργήσουν τοξικές αρωματικές αμίνες που είναι καρκινογόνες. Σήμερα χρησιμοποιούνται φυτικά χρώματα ως επί το πλείστον.

Φυτικές ύλες όπως το πιπέρι ή το σέλινο σε μεγάλες δόσεις είναι καρκινογόνες. Αρωματικές ύλες όπως η σαφρατίνη έχουν ενοχοποιηθεί για καρκίνους σε ποντίκια. Γλυκαντικές ύλες όπως η σακχαρίνη, οι κυκλαμικές ενώσεις έχουν μεταλαξιογόνο δράση. Αντιοξειδωτικά που προστίθενται στα τρόφιμα για τη παρεμπόδιση αντιοξειδωτικών δράσεων ενοχοποιούνται για καρκινογένεση. Έχουν εντοπιστεί καρκινογόνα σε ξεροψημένα τρόφιμα, καπνιστά όπως το βενζοπυρένιο και άλλοι κυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες. Αναφέρεται ότι ο σίελος εξουδετερώνει την καρκινογόνο δράση του βενζοπυρενίου.

Στις τροφές υπάρχουν καρκινογόνα και αντικαρκινογόνα που δρουν προοδευτικά. Αυτά είναι η γλουταθειόνη που βρίσκεται στο ήπαρ, στην μαγιά της μύρας, στη βιταμίνη C που βρίσκονται στα εσπεριδοειδή, στη βιταμίνη A που βρίσκεται στο γάλα, τα αυγά, τα καρότα, το βούτυρο, τα λαχανά βιταμίνη E που βρίσκεται στο λαδί, στο σιτάρι, στο αραβόσιτο και το σελήνιο που βρίσκεται στις ρίζες του σέλινου. Οι ουσίες έχουν αντιοξειδωτικές και αντιμεταλλαξιογόνες ιδιότητες και εμποδίζουν την καρκινογέννηση από αφλατοξίνες και βενζοπυρένια. Τροφές που περιέχουν ίνες, γόμες, λιγνίτες αυξάνουν τον όγκο του περιεχομένου των εντέρων με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο περισταλισμός αυτού και συνέπεια αυτού η ταχεία διάδοση των καρκινογόνων τροφών από το έντερο.

Γι' αυτό η διατροφή με τροφές πλούσιες σε ίνες όπως όσπρια, λαχανικά, φρούτα κ.λ.π. προστατεύει τα παιδιά από την ανάπτυξη μελλοντικά καρκίνου του πεπτικού σωλήνα .^{2, 15, 19, 21, 22}

4.3 ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Βιομηχανικά προϊόντα όπως ο αμίαντος το αρσενικό το νικέλιο οι ενώσεις χρωμίου, σιδήρου και αλλά μπορούν να προκαλέσουν του υπεζωκότα (μεσοθηλίωμα) καρκίνο του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστεως και άλλους. Ο αμίαντος βρίσκεται σε διάφορες οικιακές συσκευές σαν μονωτικό (καλοριφέρ, προβολής) σε σωλήνες υδρεύσεως σωλήνες αποχετεύσεως, σκέπες σπιτιών, σχολείων (αμιαντοτσιμέντο), σωλήνες τζακιών, επενδύσεις τζακιών, ζαρντινιέρες κήπου, δοχεία ή ντουλάπια βεράντας κλπ. αμίαντος επίσης βρίσκεται στους δρόμους και τις παιδικές χαρές από την μόλυνση του περιβάλλοντος λόγω τριβής των φρένων (τακάκια) των αυτοκινήτων που έχουν Αμίαντο.

Χιλιάδες ίνες αμιάντου αιωρούνται στους αυτοκινητόδρομους της πόλης λόγω των συχνών φρεναρισμάτων των αυτοκινήτων 1000kg αμιαντόσκονη απελευθερώνεται στην ατμόσφαιρα της Αθήνας το χρόνο. Επίσης πλάκες αμιάντου βρίσκονται ακόμα και σε φούρνους με συνέπεια την ρύπανση του ψωμιού που τρώμε. Τον τελευταίο καιρό γίνονται μεγάλες προσπάθειες από το κράτος να αφαιρεθούν αυτές οι πλάκες και να αντικατασταθούν από αλλά μονωτικά υλικά (πυρίμαχα τούβλα) 20% των Αμερικανών με καρκίνο του πνεύμονα οφείλεται στον Αμίαντο.

Από τα αλλά Βιομηχανικά προϊόντα που έχουν ενοχοποιηθεί ως καρκινογόνα αναφέρονται οι ενώσεις μολύβδου, ψευδαργύρου, χαλκού, αρσενικού, υδραργύρου, οι κυκλικοί υδρογονάνθρακες , η βενζίνη, τα χρώματα ανιλίνης, η αιθάλη, η πίσσα, οι διοξίνες, το λιδάνιο, τα πλαστικά (πολυχλωριούχα διφαινύλια) και άλλες πολλές ουσίες που μολύνουν τον αέρα και στην συνέχεια με τις βροχές μολύνουν τις θάλασσες ,τα ποτάμια, τα υπόγεια ύδατα ,τις καλλιέργειες κ.λ.π. Ένα ποσοστό 20% του μολύβδου στα οστά που συσσωρεύει ο άνθρωπος στον οργανισμό του προέρχεται από τις πατάτες, όταν ο οργανισμός έχει έλλειψη ασβεστίου και βιταμίνης D τότε η αφομοίωση είναι μεγαλύτερη.

Η περίοδος ζωής του μολύβδου στα οστά είναι δέκα χρόνια. Με την αύξηση της ηλικίας όλο και περισσότερες ποσότητες μολύβδου συσσωρεύονται στα οστά. Πηγές μολύβδου είναι κυρίως η βενζίνη ,μπαταρίες, χρώματα κλπ Το χλωριούχο βινύλιο τα πολυχλωριούχα διφαινύλια που χρησιμοποιούνται στις βιομηχανίες πλαστικών σχετίζονται με την εμφάνιση ενδοθηλιοσαρκόματος στο ήπαρ. Η βενζιδίνη ,το λιδάνιο, η πενταχλωροφαινόλη, το χλωροφαινοξικό οξύ και άλλες τοξικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στην βιομηχανία για την Παρασκευή χρωμάτων, βερνικιών, εντομοκτόνων, spray, παρασκευή χαρτιού, εκτυπωτικές ουσίες κλπ προκαλούν λευχαιμίες καρκινώματα ήπατος τερατογενέσεις.

Οι διοξίνες εισέρχονται δια της αναπνοής, τροφής, και του δέρματος .Η τοξικότητα τους είναι 100.000 φορές μεγαλύτερη του υδροκυανίου. Σε επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα στο μητρικό γάλα βρέθηκαν 0,2 nanogram ανά κιλό λίπους διοξινών. Αναφέρεται στην βιβλιογραφία ότι εάν δούμε σε ένα κουνέλι βάρους 10 τόνων ποσότητα διοξίνης όση η μύτη μιας βελόνας αυτή είναι η θανατηφόρα δόση.

Τα νιτρώδη που χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία για συντήρηση κρεάτων και ψαριών καθώς και των αλλαντικών ξηρών καρπών κλπ είναι επικίνδυνα και καρκινογόνα γιατί με την δράση των βακτηριδίων στον οργανισμό μετατρέπονται σε νιτροζαμίνες που είναι εξαιρετικά καρκινογόνες και ενοχοποιούνται για την δημιουργία καρκίνου του ήπατος.

Διάφορες κόλλες που χρησιμοποιούν τα παιδιά για την συγκόλληση χαρτικών, πλαστικών έχουν διάφορες καρκινογόνες ουσίες όπως η φορμαλδεΐδη, πολυουρεθάνη, πολυεστέρες, εποξεικές, κυανοακρυλικά (που χρησιμοποιούνται και στην Ιατρική για την συγκόλληση οργάνων) διαλυτικά, ακετόνη, τετραχλωροάνθρακες, πολυχλωροπρένιο κλπ.

Από επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε εργαζόμενους σε βιομηχανίες Παρασκευής κολλών διαπιστώθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη συχνότητα λευχαιμίας από άλλους εργαζόμενους σε άλλες βιομηχανίες. Εργάτες που επιστρώνουν κόλλες για μοκέτες πλακάκια κλπ έχει διαπιστωθεί ότι υποφέρουν από πονοκέφαλους, υπνηλίες, παραισθήσεις, κύμα, ευφορίας.

Η ρύπανση της ατμόσφαιρας με καρκινογόνες ουσίες από τις βιομηχανίες από τα αυτοκίνητα και τα αεροπλάνα αποτελεί ίσως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της

υψηλίου σήμερα δεδομένου ότι οι ενήλικες «μολύνονται» με τον αέρα που αναπνέουν αλλά και με το νερό που πίνουν.^{11, 15, 18, 19,21, 22}

4.4 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Διάφορα φάρμακα όπως τα αντικαρκινικά ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη λευχαιμίας. Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα ενοχοποιούνται για την δημιουργία λεμφωμάτων. Η χρήση της υδαντοΐνης δυνατό να προκαλέσει το σύνδρομο ψευδολεμφώματος και μη –hondgin λεμφωμάτων. Τα ανδρογόνα στεροειδή ενοχοποιούνται για τα ηπατώματα. Η φαινυλατντοΐνη για το νευροβλάστωμα. Η κυκλοφωσφαμίδη για τον καρκίνο του ουροποιητικού συστήματος. Διάφορα σπερματοκτόνα και αντισυλληπτικοί αφοοί ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη εμβρυϊκών καρκινωμάτων στα παιδιά.^{11,15}

4.5 ΦΥΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι φυσικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνων είναι υπεριώδης ακτινοβολία και η ιονίζουσα ακτινοβολία. Ο ήλιος είναι πηγή ζωής. Έχει μικροβιοκτόνε ιδιότητες μετατρέπει την προβιταμίνη D σε βιταμίνη D, δυναμώνει την όραση, προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία στα παιδιά αλλά και στους ενήλικες. Η αλόγιστη χρήση και έκθεση στα "χάδια" του ήλιου μπορεί να επιφέρει βλάβες στο ανθρώπινο δέρμα. Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες ορατές και υπεριώδεις ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματος οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε A και B (UVB,UVA). Η ακτινοβολία UVA ευθύνεται για τον καρκίνο. Έτσι η αλόγιστη έκθεση στην υπεριώδη (UVA) ακτινοβολία μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη διαφόρων τύπων καρκίνου του δέρματος όπως το μελάνωμα και το καρκίνωμα. Ο κίνδυνος αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος σε άνδρες που πάσχουν από μελαγχρωματική ξηροδερμία και μελαγχρωματικούς σπίλους. Τα τελευταία χρόνια η επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας είναι πολύ μεγαλύτερη λόγω της ελλείψεως στην ατμόσφαιρα του όζοντος. Η ιονίζουσα ακτινοβολία, έχει πλέον τεκμηριωθεί ως αιτία της λευχαιμίας από μελέτες που έχουν γίνει σε επιζήσαντες του Ατομικού βομβαρδισμού της Χιροσίμα και το Ναγκασάκι από εργαζόμενους σε πυρηνικά εργοστάσια που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (ατυχήματα). Οι καρκίνοι που αναπτύσσονται είναι οι λευχαιμίες, τα λεμφώματα, ο καρκίνος του τυροειδούς, ο καρκίνος του δέρματος, σαρκώματα μαλακών μορίων και οστών, ο

όγκος εγκέφαλου, καρκίνος του πνεύμονα. Ο λανθάνων χρόνος που απαιτείται για την εκδήλωση της νεοπλασίας είναι διαφορετικός για κάθε είδος καρκίνου. Έτσι λευχαιμία μπορεί να εμφανισθεί μετά από 8 χρόνια ακτινοβολίας, καρκίνος τυροειδούς μετά από 20 χρόνια. Από μελέτες σε παιδιά που επέζησαν του Ατομικού βομβαρδισμού στην Ιαπωνία, η αιχμή της λευχαιμίας εμφανίσθηκε 5 χρόνια μετά την έκθεση στην ακτινοβολία. μετά 15-20 χρόνια από την έκρηξη παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση του καρκίνου του τυροειδούς. Η ακτινοβολία δεν βλάπτει μόνο τα σωματικά κύτταρα αλλά και τα αρχέγονα γεννητικά με αποτέλεσμα οι βλάβες στα χρωματοσώματα να εκδηλωθούν και στις επόμενες γενιές. Στις ακτινοδιαγνωστικές μεθόδους που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία δεν έχει βρεθεί η ελάχιστη ιδανική δόση. Σε μελέτη που έγινε για να ελεγχθεί η σχέση δόσης ακτινών X και εμφάνισης καρκίνου, βρέθηκε ότι η σχέση αυτή είναι γραμμική. Έτσι ο διπλασιασμός της δόσης διπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου ενώ αντίθετα η ελάττωση της δόσης μειώνει τον κίνδυνο καρκινογένεσης.

Το ραδόνιο εκπέμπει σωμάτια και βρίσκονται στο έδαφος, σε ορυχεία και σε σπίτια κατασκευασμένα από πέτρες. Επιδημιολογικές έρευνες σε εργαζόμενους που κατοικούσαν κοντά σε περιοχές που υπήρχαν κοιτάσματα ουρανίου, έδειξαν υψηλές συχνότητες καρκίνου του πνεύμονα.

Στην Ελλάδα περιοχές που εκπέμπουν ραδιενέργεια από το έδαφος είναι η Καβάλα, η Θάσος, η Λέσβος. Η μέση τιμή της ραδιενεργού δόσης που προέρχεται απ' όλες τις φυσικές πηγές είναι 2.500 msv. Το 10% προέρχεται από κοσμική ακτινοβολία και το υπόλοιπο 90% από επίγειες πηγές (ραδόνιο, ακτίνες X, νερό, τροφή, χώμα, βράχια). Ένα ποσοστό 13% των γήινων πηγών ακτινοβολίας οφείλεται σε ανθρώπινες δραστηριότητες όπως πυρηνικά ατυχήματα (Τσερνομπίλ), ακτινοδιαγνωστικές μέθοδοι, τηλεόραση, αεροπορικά ταξίδια.

Η τηλεόραση εκτός από την ιονίζουσα ακτινοβολία (σωμάτια) εκπέμπει και ηλεκτρομαγνητικά κύματα που δρουν αθροιστικά όπως οι άλλες ηλεκτρικές συσκευές (κομπιούτερ, φούρνοι μαγνητικών κυμάτων) και ηλεκτροφόρα καλώδια υψηλής τάσεως. Αμερικανοί ερευνητές απέδειξαν ότι σε παιδιά με λευχαιμία, το μεγαλύτερο ποσοστό κατοικούσαν κοντά σε μετασχηματιστές και καλώδια υψηλής τάσης. Έχει μετρηθεί η ραδιενέργεια σε ύψος 40.000 ποδιά και Έχει βρεθεί 100 φορές μεγαλύτερη απ' ότι στο έδαφος. Τα αεροπλάνα που πετάνε σε μεγάλο ύψος επομένως δέχονται πολύ μεγαλύτερη ακτινοβολία απ' ότι τα αεροπλάνα που πετάνε

σε χαμηλό ύψος. Τα μέλη των αεροπορικών πληρωμάτων δέχονται 900 milirem ακτινοβολίας τον χρόνο^{2, 15,21}

4.6 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι λοιμώξεις από ιούς προδιαθέτουν την καρκινογένεση. Οι ιοί εισερχόμενοι στο γενετικό υλικό του κυττάρου προκαλούν μέσω του αυξητικού παράγοντα διαφοροποίηση, μετάλλαξη, ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό και ανάπτυξη καρκίνου. Οι μηχανισμοί ογκογένεσης διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους.

- Άμεσος μηχανισμός γίνεται όταν τα κύτταρα μολύνονται από τον ιό.
- Έμμεσος μηχανισμός όταν ο ιός προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος με συνέπεια την διαιώνιση των κυττάρων και την ανάπτυξη της νεοπλασίας.

Στους ανωτέρω μηχανισμούς συμμετέχουν και άλλοι παράγοντες που δρουν υποβοηθητικά όπως το είδος του ιού η ποσότητα, η αντοχή στον ιό, η διατροφή, το κάπνισμα και η ανεπάρκεια της ενεργητικής και παθητικής ανοσίας.

Οι ογκογόνοι ιοί διακρίνονται στους DNA και στους RNA ιούς. Από τους DNA ιούς, ο ιός του παπιλώματος προκαλεί καρκίνο του γεννητικού συστήματος, ο ιός της ηπατίτιδας Β προκαλεί ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα, ο αδenoϊκός προκαλεί καρκίνο αμυγδαλής, ο ιός E.B προκαλεί ρινοφαρυγγικό καρκίνο. Ο ιός αυτός πολλαπλασιάζεται στα B-λευμφοκύτταρα και στα επιθηλιακά κύτταρα του φαρυγγικού βλεννογόνου.

Από τους RNA ιούς ογκογένεση προκαλεί ομάδα ρετροϊών ο HTLV III ευθύνεται για το σάρκωμα Carosi και την ανάπτυξη του. Μεταξύ άλλων βιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με τον καρκίνο είναι η λοίμωξη από το schistosoma haematobium που προκαλεί καρκίνο της ουροδόχου κύστης, στην δεύτερη δεκαετία της ζωής.

Λεμφώματα (μη Hodgkin) παρατηρήθηκαν σε αυξημένη συχνότητα σε παιδιά με επίκτητες ή συγγενείς ανοσοβιολογικές διαταραχές. Διάφοροι άλλοι παράγοντες επίσης ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκινωμάτων όπως το stress η παχυσαρκία οι διάφοροι δυσπλαστικοί ιστοί και η κληρονομικότητα.^{2,19,22}

4.7 ΓΝΩΣΤΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΓΟΝΙΔΙΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

I. Έχουν βρεθεί μεταλλάξεις σε δυο τέτοια γονίδια και μπορούν να εξετασθούν σε ειδικά εργαστήρια Μοριακής Βιολογίας: το BRCA-1 και το BRCA-2. Όπως είπαμε πιο πριν, αυτά δεν ευθύνονται για όλες τις μορφές του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού, αλλά μόνο για το ένα τρίτο από αυτές και για λιγότερο από το ένα δέκατο του συνόλου των καρκίνων του μαστού. Παρά τις καθημερινές θριαμβολογίες στις τηλεοράσεις και στον Τύπο, η έρευνα βρίσκεται ακόμα στην αρχή του δρόμου.

Τα παραπάνω γονίδια στο γυναικείο πληθυσμό είναι σπάνια και μετάλλαξή τους βρίσκεται μόνο σε μία στις χίλιες γυναίκες περίπου. Άρα είναι ακόμα πολύ μικρή η χρησιμότητα των γονιδίων αυτών στην καθημερινή ιατρική πράξη, γι' αυτό και η εξέταση δεν έχει νόημα σαν εξέταση screening , χώρια που το κόστος της αγγίζει αυτή τη στιγμή τα 1800 ευρώ. Οι υγιείς που φέρουν τη μετάλλαξη χωρίς να έχουν καρκίνο λέγονται φορείς και δεν είναι υποχρεωτικά γυναίκες. Φορείς μπορεί να είναι και οι άνδρες.

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

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

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

Η πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού μια υγιής γυναίκα που βρέθηκε θετική στη μετάλλαξη αυτών των γονιδίων είναι μεγάλη και κυμαίνεται μεταξύ 50 και 80%. Έχει λοιπόν αυτή η γυναίκα πολλές πιθανότητες να πάθει καρκίνο του μαστού, χωρίς κι αυτό να είναι απόλυτα σίγουρο. Αν όμως αυτό συμβεί, τότε η πρόγνωση δεν είναι καλή, διότι πρόκειται για εξαρχής πολύ επιθετική μορφή καρκίνου. Το τι θα συστήσουμε λοιπόν στη θετική γυναίκα είναι μια από τις πιο δύσκολες ιατρικές αποφάσεις και ευτυχώς που πρόκειται για πολύ σπάνιες περιπτώσεις. Ας μη ξεχνάμε ότι απευθυνόμαστε συνήθως σε νέες κοπέλες που έχουν τουλάχιστον δύο στενές συγγενείς με καρκίνο του μαστού και είναι θετικές στη μετάλλαξη χωρίς οι ίδιες να έχουν τίποτα στο μαστό τους. Βέβαια έχουν συνήθως ζήσει από κοντά την ταλαιπωρία, ίσως ακόμα και το θάνατο προσφιλών τους προσώπων από τον καρκίνο του μαστού, και είναι ιδιαίτερα ανήσυχες. Έχουν να διαλέξουν ανάμεσα σε τρεις εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις:

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

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

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

φορέα όλα τα δεδομένα και τις ακριβείς πιθανότητες και να πάρουν όλοι μαζί την τελική απόφαση, ανάλογα με τις δικές της επιθυμίες.^{18, 19}

4.8 ΤΡΟΦΕΣ, ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝΤΑΙ ΕΝΟΧΟΠΟΙΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΕΣ

Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνων γενικά μειώνεται κατά 30% σε ανθρώπους που για χρόνια συνηθίζουν να τρώνε τροφές πλούσιες σε φρέσκιες φυτικές ίνες, δηλαδή φρούτα, χόρτα, σαλατικά, γιατί περιέχουν ουσίες που ασκούν επισκευαστική δράση στο DNA των κυττάρων, προστατεύοντας έτσι από τον καρκίνο όχι μόνο του μαστού αλλά και άλλων οργάνων. Το ίδιο και η αποφυγή της καθημερινής κρεατοφαγίας με τα πολλά κορεσμένα λιπαρά. Μήπως αυτές είναι οι συνήθειες που άλλαξαν οι Γιαπωνέζες πηγαίνοντας στην Αμερική; Ας αποφεύγουμε λοιπόν κι εμείς τις πολλές τυποποιημένες, κατεψυγμένες και "fast" τροφές και ας επιστρέψουμε στις κλασικές μας ελληνικές διατροφικές συνήθειες, με τα λαδερά και όχι λιπαρά φαγητά. Εξάλλου η υγιεινή διατροφή μας προφυλάσσει και από πολλές άλλες μορφές καρκίνου αλλά και από καρδιόπαθειες. Ας αλλάξουμε λοιπόν γρήγορα διατροφικές συνήθειες, γιατί ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται πολύ και στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, αφού κι εδώ κοντεύουμε να γίνουμε Αμερική.¹⁵

4.9 ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΥΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές ερευνητικές εργασίες θεωρούν προστατευτικές ουσίες τις βιταμίνες D, C και E, με την έννοια όμως ότι μειώνουν κάπως την πιθανότητα προσβολής από τη νόσο, χωρίς να εξασφαλίζουν την ανοσία. Δεν υπάρχει φάρμακο που να το παίρνουν υγιείς γυναίκες και να μην παθαίνουν ποτέ καρκίνο του μαστού. Αυτό θα ήταν το όνειρο όλων. Υπάρχει όμως η ταμοξιφαίνη. Αυτό το φάρμακο χρησιμοποιείται κυρίως ως επικουρική θεραπεία για καρκίνο του μαστού μετά τη χειρουργική εκτομή και έχει βρεθεί ότι ελαττώνει τις μεταστάσεις και αυξάνει την επιβίωση σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά 30%. Έχει χρησιμοποιηθεί προληπτικά σε υγιείς γυναίκες υψηλού κινδύνου με κληρονομικό καρκίνο, έχοντας μειώσει την εμφάνιση καρκίνου του μαστού κατά 50%. Δε χορηγείται προληπτικά στον πληθυσμό, γιατί προκαλεί εμμηνόπαυση, μπορεί να έχει παρενέργειες και τελικά να κάνει κακό αντί για καλό.^{4, 21, 22}

4.10 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

Επειδή με την αυτοεξέταση αρχίζουμε να μαθαίνουμε την φυσιολογική σύσταση του μαστού και μπορούμε έτσι να ανακαλύψουμε κάθε ανωμαλία που θα παρουσιαστεί. Το 95% των περιπτώσεων καρκίνων του μαστού μπορεί να ιαθεί αν διαγνωσθεί εγκαίρως. Διεθνείς Ιατρικοί σύλλογοι συνιστούν η εξέταση των μαστών να αρχίζει στην ηλικία των 20 ετών. Είναι διαπιστωμένο ότι μία στις 10 γυναίκες μπορεί να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού σε κάποια στιγμή της ζωής της, ιδιαίτερα μεταξύ 40 και 65 ετών.

4.10.1 ΠΟΤΕ ΝΑ ΕΞΕΤΑΖΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΑΣΤΟΥΣ

Πρέπει να ψηλαφούμε τους μαστούς μια φορά τον μήνα, με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνει αυτοματισμός. Κατά προτίμηση μια εβδομάδα προ της περιόδου διότι η φυσιολογική διόγκωση των μαστών την οποία υφίστανται οι μαστοί λόγω ορμονών υποχωρεί τότε. (Εκείνη την περίοδο οι μαστοί είναι διογκωμένοι και πονούν). Εάν για διαφόρους λόγους δεν υπάρχει περίοδος π.χ. λόγω κύησης, η άλλης αιτίας, θα πρέπει να διαλέξουμε μια ευκόλως ενθυμούμενη ημερομηνία.

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

4.10.2 ΠΩΣ ΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ

Επισκόπηση

Σταθείτε γυμνή από τη μέση και πάνω μπροστά στον καθρέπτη σας με τα χέρια προς τα κάτω, παράλληλα στο σώμα σας. Παρατηρήστε προσεχτικά τους μαστούς σας (σχήμα, μέγεθος, συμμετρία) το δέρμα και τις θηλές. Πάντα μπροστά στον καθρέπτη, σηκώστε ψηλά τα χέρια σας και παρατηρείστε πάλι τα ίδια πράγματα



Πιέστε τη θηλή ανάμεσα στο δείκτη και τον αντίχειρα και προσέξτε αν θα βγάλει κάποιο υγρό.

Ψηλάφηση – Αυτοεξέταση μαστού

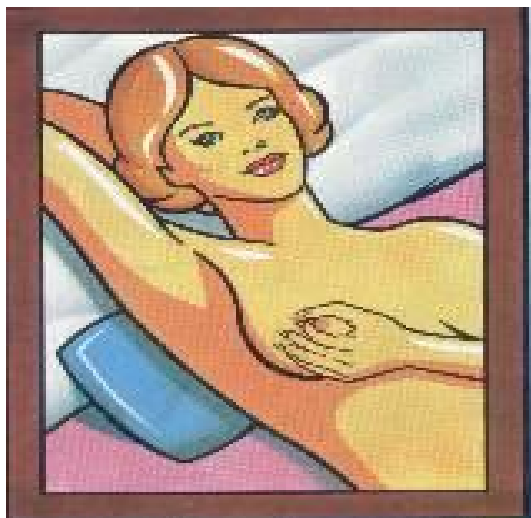
Θα πρέπει να γίνεται ξαπλωμένη, διότι σ' αυτή τη στάση οι μύες είναι χαλαροί και έτσι διευκολύνεται η ψηλάφηση.

Εάν εξετάσουμε πρώτα τον δεξί μαστό θα πρέπει να βάλουμε ένα μικρό μαξιλαράκι κάτω από τον δεξί ώμο, και να βάλουμε τον βραχίονα μας κάτω από το κεφάλι μας στο ύψος του αυχένα...Εν συνεχεία, με τα τρία μεσαία δάχτυλα ενωμένα και την παλάμη του αριστερού χεριού, κάντε κινήσεις κυκλικές γύρω από τον μαστό σπειροειδείς προς το κέντρο πιέζοντας απαλά αλλά σταθερά με τα άκρα των δαχτύλων και 'σε φορά της κινήσεως των δεικτών του ωρολογίου.



Στη συνέχεια ασκήστε μεγαλύτερη πίεση και επαναλάβετε τις ίδιες κινήσεις. Μην ξεχάσετε την περιοχή της θηλής και την περιοχή κάτω από το μαστό. Επαναλάβετε το ίδιο και από τη δεξιά πλευρά.

Τοποθετείστε στη συνέχεια τα χέρια σας στη μασχάλη και ψηλαφίστε και την περιοχή αυτή.



Ελέγξτε τη θηλή αν βγάζει κάποιο έκκριμα.

Κάντε εν συνεχεία κάθετες κινήσεις, γι' αυτό σύρατε το χέρι σας προς τα πάνω και προς τα κάτω καλύπτοντας όλο τον μαστό. Συνεχίστε να κάνετε κεντρομόλες και φυγόκεντρες κινήσεις έως ότου καλύψετε όλο τον μαστό.

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



Το κόστος της προληπτικής ιατρικής είναι το 1/10 από τα έξοδα που δαπανώνται για μακροχρόνιες θεραπείας με ακριβά φάρμακα. Η πρόληψη θα πρέπει να εφαρμοστεί όχι μόνο για τον καρκίνο του μαστού, αλλά και για τον γυναικολογικό καρκίνο, τον καρκίνο του προστάτη και τον καρκίνο του πνεύμονα.^{4,23,24,25}

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.11 ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εξέταση του μαστού σαν μέρος της γενικής εξέτασης της ασθενούς παραλείπεται κατά κανόνα από τους περισσότερους γιατρούς. Χάνεται έτσι η ευκαιρία της έγκαιρης διάγνωσης κάποιας πάθησης του μαστού και κυρίως του καρκίνου. Το μμεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών καταφεύγει στο γιατρό μετά από τυχαία συνήθως ανεύρεση ενός όγκου στο μαστό τους. Υπολογίζεται ότι το 90% περίπου των κλινικών καρκίνων ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η δεύτερη εβδομάδα της περιόδου (9η – 11η ημέρα). Κατά τη χρονική αυτή περίοδο λόγω της ελάχιστης μορφολογικής επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός, με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων.

. Ιστορικό

Με το ιστορικό παίρνονται πληροφορίες για την ηλικία της ασθενούς, την έναρξη και την παύση της εμμήνου ρύσεως καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμος ή όχι, τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών και αποβολών. Την ηλικία που είχε την πρώτη τελειόμηνο κύηση, αν είχε κάνει προκλιμακτηριακά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή εάν τώρα κάνει χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου. Λαμβάνονται πληροφορίες για προηγηθείσες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, για το χρόνο εμφάνισης της πάθησης, τους χαρακτήρες της, τη σχέση με το κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης του στη μητέρα, αδερφές και προγόνους της ασθενούς, η ύπαρξη κυστικής μαστοπάθειας, καρκίνου στον άλλο μαστό, ή σε άλλο σημείο του σώματος (μήτρα, σιαλογόνοι αδένες, παχύ έντερο κ.α.).

. Κλινική εικόνα

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

συνηθέστατα κατά τη διάρκεια του μπάνιου της. Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού. Η έκκριση της θηλής του μαστού (10%) είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού.

Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος,

ιδιαίτερα στις μετά κλιμακτηριακές γυναίκες. Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο. Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που

παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού. οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (Peau d' orange), λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.^{26,27}

4.12 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

I. Μαστογραφία

Είναι είδος ακτινογραφίας του μαστού, με την οποία επιδιώκουμε όχι την ανάδειξη ή επιβεβαίωση όγκων του μαστού, οι οποίοι κατά την κλινική εξέταση έχουν γίνει αντιληπτοί, αλλά την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης και κατ' εξοχήν την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού.

Τα καρκινώματα αυτά είναι δυνατόν να απεικονισθούν στη μαστογραφία:

1. ως μικροαποτιτανώσεις, πολλαπλές λεπτοκοκκώδεις συρρέουσες, στρογγυλές ή επιμήκεις κατά την φορά των πόρων,
2. σαν μια μικρή μάζα μέσα στο μαστό,

3. σαν αλλοίωση της αρχιτεκτονικής και της αγγείωσης του μαστικού αδένου, συγκριτικά με τον άλλο μαστό.

Η χρησιμοποίηση σήμερα της μαστογραφίας χαμηλής δόσεως (low dose mammography), έκανε το είδος της ακτινογραφίας αυτής να κερδίσει έδαφος και να χρησιμοποιείται ευρύτατα. Το δέρμα του μαστού με τη μέθοδο αυτή δέχεται μειωμένη ακτινοβολία (0,1 rad/film) συγκριτικά με τη συνήθη μαστογραφία. Η ποσότητα αυτή δεν θεωρείται σημαντική για να προκαλέσει βλαπτικές επιδράσεις, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε μεγάλες γυναίκες. Η μείωση της ακτινοβολίας δεν αλλοιώνει τη διαγνωστική αξία της τεχνικής αυτής.

Ευρήματα μαστογραφίας.

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

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

Εφαρμογές μαστογραφίας.

Η μαστογραφία βρίσκει εφαρμογή:

1. Στην επιβεβαίωση μιας καλοήθους μάζας ή ενός καρκίνου.
2. Στην αποκάλυψη ενός μη υποπευόμενου πολυεστιακού ή αμφοτερόπλευρου καρκίνου.
3. Στην ανίχνευση όζων διαμέτρου κάτω του 1 εκατ. που δεν είναι κλινικά αντιληπτοί (λανθάνοντες καρκίνοι).

4. Σε όζους που είναι σχετικά μικροί στο μέγεθος, συγκριτικά με το μέγεθος του μαστού, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μεγάλο και πυκνό στη σύσταση μαστό.
5. Όταν δεν υπάρχει κλινικά διαφορά στη σύσταση μεταξύ όζου και γειτονικού αδενικού ιστού.
6. Σε τοπικό αναίτιο <<νυγμώδες>> άλγος. Κυρίως σε μεγάλες γυναίκες (υποψία καρκίνου).
7. Επί υπάρξεως υπόπτων κλινικά λεμφαδένων της μασχάλης χωρίς κανένα ψηλαφητό εύρημα από το μαστό (εφόσον δεν υπάρχει άλλη πάθηση που να θεωρείται υπεύθυνη για τους διογκωμένους λεμφαδένες).
8. Στο περιοδικό προληπτικό έλεγχο (Screening) προσυμπτωματικών γυναικών κυρίως υψηλού κινδύνου (High risk).

Ενδείξεις μαστογραφίας

1. Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.
2. Σε γυναίκες πάνω από 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. ινώδη κυστική μαστοπάθεια), κάθε χρόνος έλεγχος, εφόσον το κρίνει σκόπιμο ο εξεταστής.
3. Επανελημμένος προληπτικός περιοδικός έλεγχος (Screening). α) Σε γυναίκες κάτω των 40 ετών, όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού (μαστεκτομή). β) Σε γυναίκες 40-49 ετών.
 - I. Όταν έχουν ατομικό ιστορικό καρκίνου.
 - II. Όταν έχουν αδερφές ή μητέρες με καρκίνο (οικογενειακό ιστορικό) και μάλιστα, όταν είναι αμφοτερόπλευρος και προ της εμμηνόπαυσης. Οι γυναίκες της ομάδας αυτής ανήκουν στην κατηγορία του υψηλού κινδύνου γυναικών (High risk). Με τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο σε φαινομενικά υγιείς γυναίκες, πάνω από 6% περιπτώσεων καρκίνων ανιχνεύονται, εκ των οποίων μάλιστα το 80% έχει διηθημένους λεμφαδένες.^{26,27}

Μαγνητική Μαστογραφία

Η κλασική μαστογραφία είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για την ανίχνευση και τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ενώ αποτελεί και τη μοναδική απεικονιστική μέθοδο που οδηγεί σε μείωση της θνητότητας από το συγκεκριμένο καρκίνο όταν χρησιμοποιείται ως τεχνική screening.

Ωστόσο, υπάρχουν γνωστοί περιορισμοί ως προς την εφαρμογή της ενώ συνοδεύεται από ένα ποσοστό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων που κυμαίνεται από 4-34%. Η μαγνητική μαστογραφία, από την άλλη, με χορήγηση σκιαγραφικού, έχει υψηλή ευαισθησία ως προς την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, κάτι που έχει προκαλέσει τα τελευταία χρόνια ένα αυξημένο ενδιαφέρον ως προς τη χρήση της.

Δυστυχώς όμως, η υψηλή της ευαισθησία, η οποία κυμαίνεται από 90-100%, συνοδεύεται από χαμηλή ειδικότητα (50-70% με βάση τις περισσότερες μελέτες), κάτι το οποίο έχει ως αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων. Το γεγονός αυτό δεν επιτρέπει, προς το παρόν, τη χρήση της ως εξέταση ρουτίνας για το μαστό. Το παρόν άρθρο αναφέρεται σε ορισμένες από τις ενδείξεις, όπως έχουν καθορισθεί με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, στις οποίες μπορεί να εφαρμοσθεί η μαγνητική μαστογραφία, παίζοντας μάλιστα και καθοριστικό και επικουρικό ρόλο στην τελική διάγνωση.^{2,15,23,24,26}

Τεχνική της εξέτασης και απεικονιστική ερμηνεία

Η ασθενής τοποθετείται σε πρινή θέση μέσα στο μαγνήτη ενώ εφαρμόζεται ένα ειδικό επιφανειακό πηνίο μαστού. Ορισμένα από αυτά τα πηνία εφαρμόζουν συγχρόνως πίεση στο μαστό κατά τη διάρκεια της εξέτασης οδηγώντας έτσι αφ ενός με σε μείωση της κίνησης και αφ έτερου σε μείωση του πάχους του μαστού με συνεπακόλουθη μείωση της διάρκειας της εξέτασης. Καλό είναι να τοποθετείται εκ των πρότερων μία ενδοφλέβια γραμμή στην ασθενή για τη μετέπειτα χορήγηση του σκιαγραφικού ούτως ώστε να αποφευχθεί στη συνέχεια η κίνηση κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Όσον αφορά στη τεχνική της εξέτασης, δεν υπάρχουν αυστηρά καθορισμένα πρωτόκολλα για τη μαγνητική μαστογραφία και έτσι αυτά μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τον εκάστοτε εξεταστή (απεικόνιση του ενός ή και των δύο μαστών ταυτόχρονα, 2D ή 3D πρόσκτηση δεδομένων κλπ). Οι συγγραφείς του άρθρου εφαρμόζουν T1 3D gradient ακολουθίες υψηλής ευκρίνειας, με καταστολή του λίπους, πριν και μετά τη χορήγηση γαδολινίου (οι οποίες λαμβάνονται σε χρόνο μικρότερο από 2 λεπτά) καθώς και T2 ακολουθίες οι οποίες βοηθούν στην ανίχνευση

των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού και ορισμένων ινοαδενωμάτων.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων στηρίζεται στα μορφολογικά χαρακτηριστικά της ύποπτης βλάβης και στην κινητική της σκιαγραφικής ενίσχυσης αυτής. Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά εξετάζουν τη θέση, το σχήμα, το μέγεθος και τα όρια μιας αλλοίωσης και είναι παρόμοια με αυτά που ισχύουν και στην κλασική μαστογραφία ενώ τα κριτήρια σκιαγράφησης στηρίζονται στην κινητική του τρόπου σκιαγραφική ενίσχυσης μίας αλλοίωσης μέσα στα δύο πρώτα λεπτά από τη χορήγηση της παραμαγνητικής ουσίας (καμπύλες σκιαγραφικής ενίσχυσης).

Μία αλλοίωση με ύποπτα μορφολογικά χαρακτηριστικά, ανεξάρτητα από τον τρόπο που προσλαμβάνει το σκιαγραφικό, χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, πιθανόν και με βιοψία, ενώ το ίδιο ισχύει και για μία αλλοίωση με καλοήγη ή ενδιάμεση μορφολογικά χαρακτηριστικά αλλά παθολογική καμπύλη σκιαγράφησης. Ο συνδυασμός των δύο αυτών κριτηρίων για την απεικονιστική ερμηνεία οδηγεί σε αύξηση τόσο της ειδικότητας όσο και της ευαισθησίας της μαγνητικής μαστογραφίας.

Ενδείξεις της Μαγνητικής Μαστογραφίας

Σήμερα ένας αριθμός ενδείξεων έχει καθορισθεί με βάση τη βιβλιογραφία στις οποίες η μαγνητική μαστογραφία αποτελεί σημαντική επικουρική διαγνωστική τεχνική. Ορισμένες από αυτές είναι οι ακόλουθες: ²⁸

1. Καθορισμός της τοπικής έκτασης της κακοήθους βλάβης

Συγκεκριμένα, είναι γνωστό ότι σε νεοδιαγνωσθέν καρκίνο του μαστού, η ακριβής επέκταση της βλάβης παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Η μαγνητική μαστογραφία, σε τέτοιες περιπτώσεις, έχει αποδειχθεί πιο αξιόπιστη από την κλασική μαστογραφία και τον υπέρηχο καθώς και από την κλινική εξέταση τόσο στον ακριβή καθορισμό του μεγέθους της πρωτοπαθούς εστίας όσο και στην ανίχνευση τυχόν υποκλινικής πολυεστιακής ή πολυκεντρικής νόσου. Στην τελευταία βέβαια περίπτωση, και για την αποφυγή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων, συνιστάται βιοψία των επιπλέον ύποπτων βλαβών που αναδεικνύονται.

Εξάλλου, μετά από χειρουργική βιοψία, η μαγνητική μαστογραφία έχει αποδειχθεί

ιδιαίτερα χρήσιμη στην ανίχνευση υπολειπόμενου όγκου. Η απουσία τοπικής νόσου υποδηλώνεται με την παρουσία μετεγχειρητικής κοιλότητας με ομαλά όρια και πάχος τοιχώματος < 5 χιλ. ενώ η ανάδειξη ανώμαλων ορίων, με οζώδεις προσεκβολές, πάχος > 5 χιλ. και ανώμαλη πρόσληψη της παραμαγνητικής ουσίας παριστούν υπολειπόμενη νόσο.

Με βάση μία μελέτη των Frei et al, η ευαισθησία της μαγνητικής μαστογραφίας για την εντόπιση υπολειπόμενης νόσου κυμαίνεται από 89 έως 94%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ευαισθησία, η ειδικότητα, η θετική και αρνητική προγνωστική αξία της μεθόδου ποικίλουν ανάλογα με το χρονικά διάστημα που μεσολαβεί από τη βιοψία μέχρι την εξέταση, με τα καλύτερα αποτελέσματα να παρατηρούνται όταν η διενέργεια της μαγνητικής μαστογραφίας γίνεται μετά της 28η μέρα από τη χειρουργείο.²⁸

2. Διηθητικός λοβιακός καρκίνος του μαστού

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος συνιστά το 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Η μορφή αυτής καρκίνου, αφ ενός μεν εμφανίζει την τάση να αναπτύσσεται διηθητικά, και μάλιστα χωρίς συνοδό δεσμοπλαστική αντίδραση και αφ έτερου αποτελεί και την ιστολογική μορφή με το μεγαλύτερο ποσοστό πολυεστιακής ή αμφοτερόπλευρης εντόπισης.

Τα χαρακτηριστικά αυτά του συγκεκριμένου τύπου καρκίνου καθιστούν δυσχερή την ακριβή τοπική σταδιοποίησή του με βάση μόνο τη μαστογραφία, την κλινική εξέταση και τον υπέρηχο. Από την άλλη, η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να αναδείξει με μεγάλη αξιοπιστία την ακριβή έκταση του νεοπλάσματος και συνιστάται για το λόγο αυτό η διενέργεια της σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθέν διηθητικό λοβιακό καρκίνο του μαστού.²⁸

3. Καθορισμός της χειρουργικής θεραπείας που θα εφαρμοστεί

Χάρη στην ιδιότητα της μαγνητικής μαστογραφίας να ανιχνεύει τον πρωτοπαθή όγκο σε μεγαλύτερη έκταση, να ανευρίσκει τυχόν υποκλινική πολυεστιακή νόσο, καθώς και να εντοπίζει την ύπαρξη ή μη υπολειπόμενου όγκου μετά από βιοψία, έχει αποδειχθεί ότι η διενέργεια της οδηγεί σε τροποποίηση της αρχικά

προγραμματισμένης χειρουργικής θεραπείας στο 7-51% των περιπτώσεων.

Διάφορες μελέτες υποδεικνύουν ότι η προεγχειρητική διενέργεια της μαγνητικής μαστογραφίας είναι πιο χρήσιμη όταν πρόκειται για πυκνούς μαστούς, όταν πρόκειται για όγκους προχωρημένου σταδίου (T2 και T3) καθώς και όταν πρόκειται για διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα. Η τροποποίηση της θεραπείας από συντηρητική σε ριζική παρατηρήθηκε στο 19% των περιπτώσεων μετά τη διενέργεια της μαγνητικής μαστογραφίας ενώ τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα οδήγησαν σε άχρηστα χειρουργεία στο 6 & των περιπτώσεων, σύμφωνα με μία σειρά μελετών.²⁸

4. Εκτίμηση της μη διαγνωστικής κλασσικής μαστογραφίας

Παρ' όλο που ο συνδυασμός κλασσικής μαστογραφίας και υπερήχου μπορεί να δώσει απάντηση στα περισσότερα ερωτήματα που αφορούν στο μαστό, εν τούτοις ορισμένες περιπτώσεις δεν καταλήγουν σαφώς σε κάποιο συμπέρασμα. Σε τέτοιες περιπτώσεις βοηθά η διενέργεια μαγνητικής μαστογραφίας. Η παραπάνω μπορεί να βοηθήσει στον ακριβή καθορισμό της θέσεως μίας βλάβης, στη διάκριση ενός ψευδός - όγκου από μία πραγματική αλλοίωση (το θετικό αποτέλεσμα χρήζει ιστολογικής επιβεβαίωσης) καθώς και στη διάκριση του ουλώδους (μετεγχειρητικού ή μετακτινικού) ιστού από νεοπλασία. Στην τελευταία περίπτωση και για την αποφυγή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων καλό είναι η μαγνητική μαστογραφία να εκτελείται τουλάχιστον έξι μήνες μετά το χειρουργείο, όταν πρόκειται για μετεγχειρητικό ουλώδη ιστό και 18-24 μήνες μετά το τέλος της ακτινοβολίας, όταν πρόκειται για μετακτινικές αλλοιώσεις.²⁸

5. Η μαγνητική μαστογραφία ως μέθοδος Screening

Διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει ότι η χρήση της μαγνητικής μαστογραφίας ως μεθόδου screening σε γυναίκες υψηλού κινδύνου (π.χ. με αποδεδειγμένη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA 1 και 2, με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή με λοβιακό καρκίνωμα *in situ*) έχει οδηγήσει σε αυξημένη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε σχέση με την κλινική εξέταση και την κλασσική μαστογραφία της τάξεως του 1-4%. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις μέχρι σήμερα που να δικαιολογούν τη χρήση της μαγνητικής μαστογραφίας ως screening μεθόδου στο γενικότερο πληθυσμό.²⁸

6. Άλλες ενδείξεις

Πέρα από τα παραπάνω, η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να βοηθήσει στην ανάδειξη τυχόν ρήξεως προθεμάτων σιλικόνης, στον καθορισμό της διήθησης ή μη του μείζονος θωρακικού από γνωστό καρκίνο του μαστού, στην ανάδειξη του υποκλινικού πρωτοπαθούς όγκου σε γυναίκες με μεταστατική μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και αρνητική μαστογραφία καθώς και στον έλεγχο της ανταπόκρισης του νεοπλάσματος στη χημειοθεραπεία. Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η μαγνητική μαστογραφία μπορεί να δώσει λύσεις σε πολλά κλινικά προβλήματα. Λόγω όμως της χαμηλής της ειδικότητας, του υψηλού ποσοστού ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων και του υψηλού της κόστους, η χρήση της δε θα πρέπει να γίνεται ρουτίνα αλλά να ακολουθεί ορισμένες βασικές ενδείξεις, μερικές εκ των οποίων προαναφέρθηκαν. Τέλος, θα πρέπει να τονισθεί ότι η σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει η μαγνητική μαστογραφία να αντικαθιστά την κλασική μαστογραφία και το υπερηχογράφημα και ότι η ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνεται με συνδυασμό και των τριών παραπάνω μεθόδων.²⁸

III. Ξηρογραφία

Πρόκειται για μια άλλη αξιόλογη ακτινολογική εξέταση του μαστού. Είναι μέθοδος <<ξηρά>> και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας. Αντί για μαστογραφικό film χρησιμοποιούνται ειδικές πλάκες αλουμινίου-σεληνίου. Από εκεί η εικόνα αποτυπώνεται σε κοινές φωτογραφικές πλάκες.

Χρησιμοποιείται, όπως και η μαστογραφία, ιδιαίτερα σε μεγάλες γυναίκες (πάνω από 50 χρονών) γιατί παρέχει μεγαλύτερη ακτινοβολία από τη χαμηλής δόσης μαστογραφία. Με την ξηρογραφία φαίνονται ευκρινέστερα:

1. οι λεπτοκοκκιδείς μικροαποτιτανώσεις (ασβεστώσεις),
2. τα όρια του καρκίνου και
3. οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

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

IV. Θερμογραφία

Πρόκειται για μια τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη μέθοδος, που μπορεί να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειασθεί. Χρησιμοποιείται τόσο μετά την κλινική εξέταση για συγκεκριμένο διαγνωστικό πρόβλημα όσο και για την προσυμπτωματική παρακολούθηση του πληθυσμού. Γυναίκες με ανώμαλο θερμογράφημα υποβάλλονται στη συνέχεια σε μαστογραφία. Με το να γίνεται πρώτα η θερμογραφία περιορίζονται οι μαστογραφίες σε ένα ποσοστό 13-36%. Το πρόβλημα της θερμογραφίας είναι ότι καταγράφει κάθε αύξηση της θερμοκρασίας ανεξάρτητα από την αιτία της που μπορεί να είναι και μια απλή φλεγμονή. Ο καρκίνος αποτελεί εστία μεγαλύτερης θερμογένεσης συγκριτικά με τους γειτονικούς ιστούς, δημιουργώντας έτσι προβλήματα διαγνωστικά. Εμφανίζει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων (15-59%) γεγονός που την κάνει να θεωρείται σήμερα περιορισμένης διαγνωστικής αξίας.

V. Υπερηχοτομογραφία

Περιορίζεται κυρίως για το διαχωρισμό, λόγω διαφορετικής απορρόφησης των υπερήχων, των συμπαγών από τους κυστικούς όγκους. Ο διαχωρισμός όμως των συμπαγών όγκων σε καλοήθεις και κακοήθεις, παρά την αποκτηθείσα εμπειρία και τη βελτίωση της μεθόδου, είναι ακόμα πολύ δύσκολος. Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δεν χρησιμοποιείται για μαζικό έλεγχο (Screening) ασυμπτωματικών γυναικών αλλά περισσότερο σήμερα ως συμπληρωματική της μαστογραφίας εξέταση.

VI. Πνευμοκυστογραφία

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

VII. Γαλακτογραφία

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

VIII. Κυταρρολογική εξέταση

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

IX. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα (Fine needle aspiration)

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

X. Βιοψία δια βελόνης (Trucut biopsy)

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

XI. Ανοικτή βιοψία

Με τοπική ή συνηθέστερα γενική αναισθησία αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος ή η ύποπτη εστία και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μια τοπικής αλλοίωσης του μαστού. Άλλες εξετάσεις που γίνονται για τη διαπίστωση του προχωρημένου κυρίως καρκίνου του μαστού και ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων είναι οι ακόλουθες:

1. Λεμφαγγειο-λεμφαδενογραφία των επιχωρίων λεμφαδένων. Βοηθά στην ανίχνευση των διηθημένων λεμφαδένων που δεν είναι βασικά προσιτοί στην ψηλάφηση.
2. Λεμφοσπινθηρογράφημα των έσω μαστικών λεμφαδένων. Με την βοήθεια ένεσης ραδιενεργού ουσίας (κολλοειδούς χρυσού κ.ά.), μπορούμε να ανιχνεύσουμε σε ποσοστό πάνω από 80% των περιπτώσεων διήθηση των έσω μαστικών λεμφαδένων.

3. Γενική αίματος, Τ.Κ.Ε., ασβέστιο αίματος, χοληστερίνη, αλκαλική φωσφατάση κ.ά.
4. Υδροξυπρολίνη των ούρων. Προέρχεται από τη διάσπαση, λόγω μεταστάσεων, του νεοσυντεθέντος κολλαγόνου. Η αύξηση της τιμής της υδροξυπρολίνης προηγείται ενίοτε κατά πολλούς μήνες της ακτινολογικής διάγνωσης των οστικών μεταστάσεων.
5. Καλσιτονίνη πλάσματος. Καλσιτονίνη μπορεί να παραχθεί στον καρκίνο του μαστού. Ο προσδιορισμός της στο πλάσμα του αίματος βοηθά στην ταξινόμηση του καρκίνου.
6. Ακτινογραφία θώρακος και οστών. Για να φανεί μια οστική μετάσταση σε μια συνηθισμένη ακτινογραφία, θα πρέπει να έχει διηθηθεί το οστόν σε ποσοστό 50-70% της μάζας του. Οι οστικές μεταστάσεις διακρίνονται βασικά σε δύο τύπους: α) τις οστεολυτικές που καταστρέφουν την οστεΐνη ουσία και μπορεί να προκαλέσουν αυτόματα κατάγματα, και β) τις οστεοπλαστικές που συνδέονται από αντιδραστική υπερπλασία του οστού. Ο τελευταίος τύπος απαντά στο 5-10% των καρκίνων.
7. Σπινθηρογράφημα οστών, ήπατος, εγκεφάλου. Με το σπινθηρογράφημα των οστών διαγιγνώσκονται οστικές μεταστάσεις σε ποσοστό 25% των γυναικών εκείνων που θα εθεωρούντο αλλιώς ότι πάσχουν από καρκίνο του μαστού σε αρχικό στάδιο. Χαρακτηριστικό εύρημα του σπινθηρογραφήματος των οστών είναι η αυξημένη πρόσληψη του ραδιοφαρμάκου κατά τόπους και μάλιστα όταν η εστία αυτή της αυξημένης πρόσληψης συμπίπτει με την εστία του πόνου και τα ακτινογραφικά ευρήματα. Κατάγματα, εκφυλιστικές νόσοι, κυφοσκολίωση και φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του σκελετού προκαλούν κάποια αυξημένη πρόσληψη του φαρμάκου, πράγμα που μπορεί να δώσει ψευδώς θετικές για μεταστάσεις ερμηνείες. Το ψευδώς αρνητικό αποτέλεσμα του ήπατος δια του σπινθηρογραφήματος είναι συχνό και ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 30%, ενώ το ψευδώς θετικό είναι σπάνιο. Κατά συνέπεια ένα θετικό σπινθηρογράφημα έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία από ένα αρνητικό.^{4,23,24,25,29,30}

4.13 ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Ο κλινικό εργαστηριακός έλεγχος του καρκίνου του μαστού, των τοπικών υποτροπών και των μεταστάσεων του, ολοκληρώνεται με την ανίχνευση των καρκινικών δεικτών (Tumor Markers). Πρόκειται για ουσίες, στην πλειονότητα τους αντιγόνα, που βρίσκονται κυρίως στην κυτταρική μεμβράνη των καρκινικών κυττάρων.

Ανιχνεύονται με ανοσοβιολογικές μεθόδους στον ορό των ασθενών. Δεν είναι όμως ειδικοί για τον καρκίνο γιατί απαντούν και σε καλοήθεις παθήσεις. Οι μέχρι τώρα πιο συχνά καρκινικοί δείκτες, που ανιχνεύονται στον καρκίνο του μαστού, είναι οι εξής: α) T.P.A.(Tissue Peptid Antigen), β) C.E.A. (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο. Φ.Τ. μέχρι 5ng/ml). Σε μικρότερη αναλογία απαντούν οι: 1. CA-125, 2. CA19-9, 3. B2 μικρολευκωματίνη, 4. β.h.G.C. (β-χοριακή γοναδοτροπίνη), 5. neopterin, 6. A.F.P. (α-εμβρυϊκή σφαιρίνη) κ.ά Η ανεύρεση πιο πρόσφατα του αντιγόνου CA 15-3, ειδικού του καρκίνου του μαστού (σε μικρή αναλογία απαντά σε καλοήθεις παθήσεις), βοήθησε πολύ στην πρόωμη διάγνωση του καρκίνου και παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου προ και μετά θεραπεία. Η δυνατότητα ανίχνευσής, με ανοσοσπινθηρογραφικό έλεγχο, του συμπλέγματος μονοκλωνικού αντισώματος – αντιγόνου CA 15-3, βοηθά στην εντόπιση της μεταστατικής εστίας της νόσου στο 75-90% των περιπτώσεων. Τούτο βρίσκει πρακτική εφαρμογή στον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας, αλλά και στη παρακολούθηση του αποτελέσματος.^{4,23,24,25,29,30}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΜΑΣΤΟΥ

5.1. ΙΝΟΑΔΕΝΩΜΑΤΑ

Εμφανίζονται συχνότερα σε νεαρές γυναίκες και μάλιστα μεταξύ 20-30 ετών. Στο μεγαλύτερο ποσοστό τους εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Συνήθως είναι μονήρη, χωρίς να αποκλείονται και τα πολλαπλά. Είναι περιγραφτικοί όγκοι, με κάψα, υπόσκληρης συστάσεως και σχήματος συνήθως υποστρόγγυλου ή λοβωτού, σε σπάνιες περιπτώσεις. Στην διατομή έχουν λευκόφαιη χροιά με ροδοκίτρινες περιοχές. Οι τελευταίες αντιστοιχούν στα αδένια. Όπως συνάγεται και από τον ορισμό τους τα ινοαδενώματα έχουν διπλό το νεοπλασματικό τους στοιχείο. Δηλαδή αποτελούν νεοπλασία του συνδετικού τους υποστρώματος και των αδενικών στοιχείων. Άλλοτε η συμμετοχή του συνδετικού ιστού είναι μικρή οπότε έχουμε τα περισωληνώδη ινοαδενώματα. Αυτά ιστολογικά αποτελούνται από υποστρόγγυλα σωληνώδη αδενικά στοιχεία που περιβάλλονται από μέτρια πυκνό ινώδη συνδετικό ιστό. Άλλοτε η συμμετοχή του συνδετικού ιστού είναι έντονη. Μικροσκοπικά παρατηρείται άφθονος και ποικίλης κυτταροβρίθειας συνδετικός ιστός, ο οποίος πιέζει και παραμορφώνει έντονα ή και σχισμοειδώς τα αδενικά στοιχεία. Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για τα ενδοσωληνώδη ινοαδενώματα. Συνήθως τα ινοαδενώματα έχουν διάμετρο 2-3εκ. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις και κυρίως τα ενδοσωληνώδη ινοαδενώματα παίρνουν μεγάλες διαστάσεις οπότε ονομάζονται γιγάντια ινοαδενώματα. Μια ιδιαίτερη κατηγορία των τελευταίων είναι το φυλλοειδές κυστοςάρκωμα. Η ονομασία του οφείλεται στην φυλλοειδή διαμόρφωση της επιφάνειας διατομής. Δεν είναι όμως πάντοτε κακοήθης, όπως θα μπορούσε να υποτεθεί από την ονομασία του. Κατά κανόνα εξαλλάσσονται τα ενδοσωληνώδη και όχι τα περισωληνώδη ινοαδενώματα. Η κακοήθης εξαλλαγή συνήθως αφορά στο συνδετικό υπόστρωμα και σπανιότερα στα αδενικά στοιχεία. Δηλαδή, πρόκειται για σάρκωμα και όχι αδenoκαρκινώματα. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να πρόκειται για αμιγές σωληνώδες αδένωμα, χωρίς δηλαδή νεοπλασματική συμμετοχή του υποστρώματος. Μια ιδιαίτερη υποκατηγορία του τελευταίου είναι το εκκριτικό αδένωμα (lactating adenoma). Επίσης μια σπάνια μορφή αποτελεί το κυσταδένωμα του μαστού. Ορισμένοι συγγραφείς αμφισβητούν την πραγματική νεοπλασματική φύση των ινοαδενωμάτων. Τα θεωρούν σαν εστιακές υπερπλασίες του μαστικού

αδένα λόγω τοπικής υπερευαισθησίας στα οιστρογόνα. Στην περίπτωση αυτή γίνεται συσχέτιση με την ινοκυστική νόσο. ⁴

5.2. ΘΗΛΩΜΑ ΚΑΙ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΑΣΤΟΥ

Τα θηλώματα του μαστού αντιστοιχούν σε θηλώδεις σχηματισμούς εντός των εκφορητικών πόρων ή μέσα σε κύστες. Μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά. Η θηλωμάτωση των πόρων αποτελεί ένα στοιχείο της ινοκυστικής μαστοπάθειας. Τα καλοήγη μονήρη θηλώματα αναπτύσσονται μέσα σε εκφορητικό πόρο, συνήθως κυστικά διευρυμένο και μάλιστα κοντά στη θηλή του μαστού. Η διάμετρος τους δεν ξεπερνά το 1εκ. Μικροσκοπικά οι θηλές αποτελούνται από λεπτούς αγγειοσυνδετικούς άξονες που καλύπτονται από ένα ή δύο στοίχους κυβοκυλινδρικών επιθηλιακών κυττάρων. Συνήθως δεν υπάρχει κυτταρική ατυπία και πρόκειται για καλοήθεις επεξεργασίες. Μερικές περιπτώσεις όμως χαρακτηρίζονται από προϊούσα κυτταρική ατυπία, αναπλασία και διήθηση του συνδετικού υποστρώματος, του μίσχου και πλέον. Στις οριακές περιπτώσεις υπάρχει δυσκολία ιστολογικής διαφορικής διαγνώσεως μεταξύ καλοήθειας και κακοηθείας δηλαδή μεταξύ θηλώματός και θηλώδους καρκινώματος. ⁴

5.3. ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ (ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ) ΜΑΣΤΟΥ

Η αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του μαστού δεν είναι εξακριβωμένη. Φαίνεται ότι κάποιος παράγοντας του περιβάλλοντος το πιθανότερο ιός, παίζει τον ρόλο του αρχικού καρκινογόνου. Το τελευταίο υποβοηθείται από ευοδωτικούς παράγοντες, που φαίνεται να είναι ορμονικοί. Η ιογενής αιτιολογία ξεκίνησε από το γεγονός ότι τα ποντίκια ενός ορισμένου στελέχους παρουσιάζουν, όπως και οι μητέρες τους, καρκίνο του μαστού όταν θηλάσουν. Από το γάλα των ποντικιών αυτών απομονώθηκε ένας ιός RNA . Όσον αφορά στις γυναίκες βρέθηκαν στο γάλα και τον μαστικό ιστό με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σωματίδια ταυτόσημα με RNA ιοσωμάτια. Επίσης βρέθηκε και ανάστροφη τρανσκριπτάση που χαρακτηρίζει τους RNA καρκινογόνους ιούς. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να τονιστεί ότι ο αρχικός ενθουσιασμός για την ιογενή πρόκληση του ανθρώπινου καρκίνου μαστού έχει υποχωρήσει σημαντικά. Όσον αναφορά στην καρκινογόνο σημασία των ορμονών θα πρέπει να τονιστεί ότι οι μαρτυρίες στη πλειονότητα είναι επιδημιολογικές και στατιστικές. Έχει παρατηρηθεί ότι ο καρκίνος αναπτύσσεται συχνότερα σε μαστούς

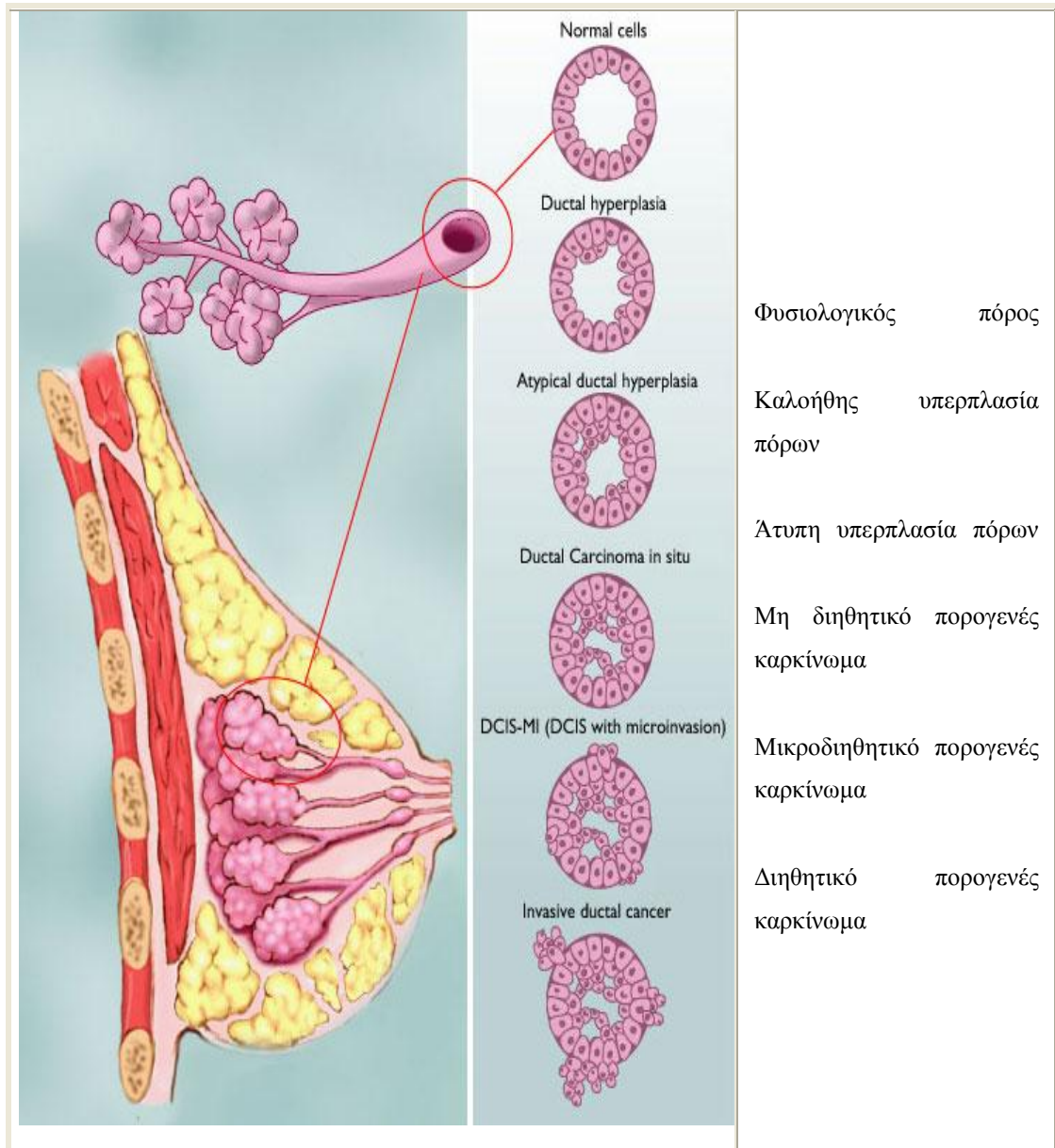
που δεν έχουν λάβει την πλήρη ανατομική και λειτουργική τους ανάπτυξη νωρίς κατά την ενηλικίωση ή σε μαστούς που είχαν προηγουμένως καλοήγη ινοκυστική νόσο. Μεγάλη σημασία έχουν τα σχετικά επίπεδα των οιστρογόνων στο αίμα, όπως της οιστρόνης, της οιστραδιόλης και της οιστριόλης κατά την πρώτη δεκαετία μετά την εφηβεία. Η οιστρόνη είναι η πιο καρκινογόνος, ενώ η οιστριόλη πιθανώς ασκεί προστατευτική δράση, όπως επίσης και η προγεστερόνη. Οι δυο αυτές ορμόνες είναι αυξημένες στην κύηση. Η κύηση σε νεαρή ηλικία, οι πολλαπλές κυήσεις και η πρόωμη εμμηνόπαυση ελαττώνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Προφανώς οι καταστάσεις αυτές συνοδεύονται από διακοπή ή ελάττωση της δράσεως της οιστρόνης. Οι γαλακτοπαραγωγικές αγγελάδες ποτέ δεν παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού. Η μακροχρόνια χορήγηση οιστρογόνων σε ασθενείς με καρκίνο προστάτη συνδέεται με ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Πάντως υπάρχουν και ορισμένα αρνητικά ευρήματα όπως:

α) η μη αύξηση (όχι ακόμα ?) της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά.

β) η μη αύξηση της συχνότητας σε γυναίκες που παίρνουν οιστρογόνα, σαν αγωγή υποκαταστάσεως μετά την εμμηνόπαυση.

Τα οιστρογόνα προκαλούν υπερπλασία των εκφορητικών πόρων στον φυσιολογικό μαστό. Δεσμεύονται από υποδοχείς που υπάρχουν κυρίως στο κυτταρόπλασμα των επιθηλιακών κυττάρων. Ανάλογοι υποδοχείς οιστρογόνων βρίσκονται στα καρκινωμάτωδη κύτταρα σε 70% περίπου των καρκινωμάτων του μαστού. Φαίνεται μάλιστα ότι υπάρχει καλή συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας των υποδοχέων αυτών και της αποτελεσματικότητας της ορμονοθεραπείας. Οι υποδοχείς αυτοί ανιχνεύονται κυρίως με βιοχημική μέθοδος. Όμως τελευταία η ανίχνευση τους γίνεται και σε ιστολογικές τομές με την μέθοδο της ανοσοϋπεροξειδάσης. Όσον αφορά στον καθορισμό και την αξιολόγηση των γενετικών και προδιαθεσικών παραγόντων στην πρόκληση του καρκίνου του μαστού υπάρχει μεγάλη δυσκολία. Φαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις μεγαλύτερη σημασία έχει η επίδραση ιών ή ορμονών και γενικά παραγόντων του περιβάλλοντος παρά προδιαθεσικοί ή κληρονομικοί παράγοντες. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος ανάμεσα στον γυναικείο πληθυσμό, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε Παγκόσμια κλίμακα. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι 100 φορές μικρότερη απ' ότι στις γυναίκες.⁴

Στάδια εξέλιξης προς διηθητικό καρκίνωμα



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

6.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα είναι εξαιρετικά σπάνιος.

Παρατηρείται 1 καρκίνος μαστού σε άνδρα για κάθε 100 περιπτώσεις

καρκίνου μαστού σε γυναίκες. Αφορά συνήθως άνδρες ηλικίας πάνω των 50 χρόνων.

Κλινική εικόνα. Χαρακτηρίζεται από μια ανώδυνη μάζα κάτω από την άλω, που μπορεί να συνοδεύεται με έκκριση από τη θηλή, οροαιματηρή ή σπανιότερα ορώδη.

Η έκκριση ενδέχεται να είναι και το πρώτο σύμπτωμα της νόσου. Η εμφάνιση της συνοδεύεται συνήθως από καρκίνο στο 75% των περιπτώσεων. Εισολκή της θηλής, διάβρωση ή εξέλκωση του δέρματος, ιδιαίτερα σε προχωρημένους καρκίνους, αποτελεί όχι σπάνιο γεγονός κατά την προσέλευση του ασθενή. Οι μισοί τουλάχιστον ασθενείς απ' αυτούς που προσέρχονται για εξέταση έχουν ήδη διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά το χρόνο αυτό. Η καθήλωση του όγκου στη θωρακική περιτονία, λόγω του μικρού μεγέθους του μαστού και της αργοπορημένης προσέλευσης είναι συνηθισμένη. (Το 25-30% των ασθενών έχουν προχωρημένη

τοπικά νόσο κατά το χρόνο εξέτασης). Διάγνωση – Θεραπεία. Η διάγνωση, η σταδιοποίηση και η θεραπεία του ανδρικού καρκίνου, είναι ίδια προς εκείνη του γυναικείου καρκίνου. Το ποσοστό ανίχνευσης των ορμονικών υποδοχέων είναι συχνότερο στον ανδρικό καρκίνο από το γυναικείο. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία ή ριζική μαστεκτομή αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στο χειρουργήσιμο ανδρικό καρκίνο. Επικουρική χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται όπως και στο γυναικείο καρκίνο, χωρίς να υπάρχει ανάλογη εμπειρία επί του παρόντος, λόγω του περιορισμένου συγκριτικά αριθμού περιπτώσεων. Στο προχωρημένο (μεταστατικό) ανδρικό καρκίνο, η ορχεκτομή αποτελεί θεραπεία εκλογής.

Ασκεί αντικειμενική υποχώρηση της νόσου στο 60-70% των ασθενών με μέση διάρκεια ύφεσης 30 μήνες (ποσοστό ανταπόκρισης και διάρκεια ύφεσης διπλάσιο από εκείνο των γυναικών που απαντούν στην ωθηκεκτομή).

Τα αντιοιστρογόνα (Tamoxifen) συναγωνίζονται θεραπευτικά την ορχεκτομή, την οποία δύναται να αντικαταστήσουν επιτυχώς. Ευεργετικά επιδρά και η Aminoglutethimide, ενώ τα οιστρογόνα έχουν μικρότερη επίδραση. Από αυτά η Diethylstilbestrol, όταν χρησιμοποιείται σε δόση 5mg, τρεις φορές την ημέρα από του

στόματος φαίνεται ότι έχει το καλύτερο αποτέλεσμα. Διαφορική διάγνωση. Θα γίνει από 1. γυναιομαστία και 2. από μεταστατικό καρκίνο του μαστού (δευτεροπαθής) που οφείλεται σε καρκίνο κάποιου άλλου οργάνου, συνήθως προστάτη. Η πρόγνωση είναι χειρότερη από το γυναικείο καρκίνο. Τούτο οφείλεται στους γειτονικούς λεμφαδένες και ύπαρξη μεταστάσεων σε μακρινά όργανα, κατ' εξοχήν στα οστά, κατά τη στιγμή της διάγνωσης (οι μεταστάσεις μπορεί να είναι λανθάνουσες και να μην γίνουν φανερές για μεγάλο χρονικό διάστημα).

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

1. Η γυναιομαστία (αμφισβητείται).
2. Η μεγάλη οικογενής εντόπιση. Γυναίκες με καρκίνο του μαστού ενοχοποιούνται για αυξημένη επίπτωση του καρκίνου σε άνδρες του συγγενικού τους περιβάλλοντος.
3. Προηγούμενη έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία.
4. Η διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων.
5. Το σύνδρομο Klinefelter.
6. Ατροφία όρχεως – ορχίτις.
7. Θεραπευτική λήψη οιστρογόνων (σε καρκίνο προστάτη).^{4, 15,26, 33}

6.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ

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

Η ηλικία πιο συχνός στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών. Η εθνικότητα μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζουν οι άνδρες της μαύρης φυλής και ακόμα μεγαλύτερη οι άνδρες της Εβραϊκής φυλής. Το οικογενειακό ιστορικό και ιδιαίτερα η ύπαρξη του γονιδίου BRCA 1 & 2, δωδεκαπλασιάζει τη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού στον άνδρα. Τα γονίδια αυτά κληρονομούνται στους απογόνους και από το αρσενικό μέλος της οικογένειας. Έτσι η ανάπτυξή του είναι συχνότερη σε άνδρες που έχουν:

- 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 χρόνων.
- αρκετά μέλη της οικογένειας με καρκίνο ωοθηκών ή παχέως εντέρου.

Η υψηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση, αν και δεν έχει διευκρινιστεί ο ρόλος της, όμως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος σε αποφοίτους Πανεπιστημιακών Σχολών. Άνδρες με αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων στο αίμα τους που προκαλούν γυναικομαστία, είτε από κάποια συνοδό πάθηση ή από εξωγενή φαρμακευτική δράση. Άνδρες που εμφανίζουν το σπάνιο σύνδρομο Klinefelter, βουβονοκήλη, κρυσορχία ή έχουν μειωμένη στάθμη τεστοστερόνης, η οποία επιτρέπει την αύξηση του μαζικού αδένου, εμφανίζουν 20 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Άνδρες που εκτέθηκαν επανειλημμένα σε ακτινοβολία κατά τη νεαρή τους ηλικία.^{15,26,33}

6.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά με την κλινική εξέταση όπου γίνεται λεπτομερής καταγραφή του ατομικού και κληρονομικού ιστορικού και των συμπτωμάτων, που αναφέρει ο ασθενής ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση των μαστών και τα ευρήματα καταγράφονται στο ιστορικό του ασθενούς.

Η κλινική εξέταση θα πρέπει να συμπληρωθεί με άλλες εξετάσεις όπως μαστογραφία, υπέρηχοι, παρακέντηση με λεπτή βελόνα και κυτταρολογική εξέταση.

Εφόσον διαπιστωθεί καρκίνος του μαστού, τότε ο προεγχειρητικός

έλεγχος συμπληρώνεται με αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας, αξονική τομογραφία θώρακος και μεσοπνευμονίου και σπινθηρογράφημα οστών.^{15,26, 33}

6.4 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΑΝΤΡΕΣ

Η εκλογή της θεραπευτικής αγωγής βασίζεται στην σταδιοποίηση της νόσου με τον ίδιο τρόπο που γίνεται και στη γυναίκα. Η πιο συχνή θεραπευτική αντιμετώπιση στον άνδρα είναι η μαστεκτομή, που συνοδεύεται από λεμφαδενικό καθαρισμό της σύστοιχης μασχάλης (τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή) αφού ο μαζικός αδένας στον άνδρα είναι λίγος και δεν επιτρέπει την ασφαλή εξαίρεση μόνου του όγκου. Ανάλογα με το στάδιο και την ηλικία ακολουθεί χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία.^{15,26, 33}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από το στάδιο στ οποίο ευρίσκεται ο καρκίνος του μαστού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σταδίου I και II (**χειρουργήσιμος καρκίνος**), είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του σταδίου III και IV (**μη χειρουργήσιμος καρκίνος**). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνίσταται στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχωρίων διηθημένων λεμφαδένων αφενός, αφετέρου δε στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων. Μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται προς το σκοπό αυτό είναι τα ακόλουθα:

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

7.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟ I ΚΑΙ II

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Από την εποχή που ο Halsted (1891) περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχείρηση αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού. Εν συνεχεία όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση. Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μια τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις, με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

1. Ριζική μαστεκτομή (Halsted). Περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) καθώς και καθαρισμό της μασχάλης, εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%). Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις, είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί το μείζονα θωρακικό μυ.

2. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σ' αυτές τις περιπτώσεις.

3. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης ή αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυός (Patey-Handley) για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης.

4. Απλή μαστεκτομή. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.

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

7.1.1. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

7.1.2 ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενική είναι η διαπίστωση κατά την τελευταία δεκαετία, ότι μεγάλος αριθμός ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο μαστού εμφανίζει μη κλινικά φανερές μεταστάσεις (μικρομεταστάσεις), κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου. Σημαντική βελτίωση εξάλλου από πλευράς χρόνου υποτροπής και πενταετούς επιβίωσης επιτυγχάνεται όταν η χειρουργική θεραπεία ακολουθείται από επικουρική χημειοθεραπεία (adjuvant

chemotherapy). Η επικουρική χημειοθεραπεία συνιστάται σε ασθενείς που έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και υποκλινικών μεταστάσεων. Παλαιά θεωρείτο ότι μόνη η παρουσία μασχαλιαίων λεμφαδένων ήταν απόλυτο κριτήριο για την εφαρμογή της. Έχει διαπιστωθεί ότι όσο περισσότεροι είναι οι διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος των υποκλινικών μεταστάσεων (π.χ. 1-3 διηθημένοι αδένες, πιθανότητα μεταστάσεων 45%, 13 και άνω 87%).

7.1.3. ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε ασθενείς με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, χορηγούνται αντιοιστρογόνα ως επικουρική ορμονοθεραπεία. Η ορμονοθεραπεία αυτή στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, συνδυάζεται με χημειοθεραπεία. Ο συνδυασμός αυτός αυξάνει το ευεργετικό αποτέλεσμα των φαρμάκων.^{4,15,26,32}

7.2 ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ

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

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

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

I. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

II. Ακτινοθεραπεία

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

III. Χημειοθεραπεία

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

Διάφορα θεραπευτικά σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων έχουν επινοηθεί με ποικίλους τρόπους χορήγησης. Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία., Ανοσοθεραπεία και ορμονοθεραπεία εφαρμόζονται επίσης στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού.^{4,15,26,32}

7.3. ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΚΡΙΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΑΔΙΟ IV

Εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις, η θεραπευτική μας ενέργεια στο στάδιο αυτό δεν μπορεί να έχει πάρα μόνο χαρακτήρα παρηγορητικό. Η επιβίωση στο στάδιο αυτό είναι περιορισμένη η δε πρόγνωση εξαρτάται από την έκταση και τη βαρύτητα των μεταστάσεων. Εντόπιση της νόσου στα μαλακά μόρια θεωρείται καλύτερης πρόγνωσης από τα οστά και τα σπλάχνα. Συνδυασμός διαφόρων εντοπίσεων δεν είναι ασυνήθης.

I. Χειρουργική θεραπεία

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

II. Χημειοθεραπεία

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

Ενδείξεις χημειοθεραπείας:

- α. Επί ύπαρξης σπλαχνικών μεταστάσεων.
- β. Σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς.
- γ. Σε ασθενείς με ταχύτητα εξελισσόμενη νόσο.
- δ. Σε ασθενείς που απέτυχε η ορμονοθεραπεία, είτε η νόσος εξελίσσεται μετά από προσωρινή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία.^{4,15,26,32}

III. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στην αντιμετώπιση: α) δερματικών καρκινικών βλαβών, β) οστικών εντοπίσεων της νόσου, ιδιαίτερα μεμονωμένων (προκαλεί βελτίωση ή υποχώρηση του πόνου στο 90% των περιπτώσεων), γ) ενδεχομένως σε λεμφαδενικές διηθήσεις της υπερκλείδιας τραχηλικής χώρας ως και του μεσοθωρακίου, για την άρση πιεστικών φαινομένων από τις αδενικές μάζες και δ) είτε για τον έλεγχο του πόνου είτε για την αποφυγή αυτόματου κατάγματος σε οστικές βλάβες.^{32,33}

IV. Ορμονοθεραπεία

Ενώ περιορισμένες βλάβες της νόσου μπορεί να ελεγχθούν με τοπική θεραπεία όπως αναφέραμε, αντίθετα οι εκτεταμένες βλάβες απαιτούν συστηματική θεραπεία, ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία ή συνδυασμό αμφοτέρων. Η ορμονοθεραπεία είναι μια μορφή αντινεοπλασματικής θεραπείας που χορηγείται με επιτυχία στα ορμονοευαίσθητα κακοήγη νεοπλάσματα, όπως καρκίνος του προστάτη, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του ενδομητρίου.²⁶

Τα οιστρογόνα και τα προγεστερινοειδή και οι αντίστοιχοι υποδοχείς τους (οιστρογονικοί-προγεστερονικοί) αποτελούν καθοριστικούς ρυθμιστικούς παράγοντες του πολλαπλασιασμού, της διαφοροποίησης και της απόπτωσης των φυσιολογικών κυττάρων του μαστού. Αντίστοιχα, δρουν και στα καρκινικά κύτταρα του μαστού επάγοντας τον πολλαπλασιασμό και την αύξηση. Τα οιστρογόνα (E) συνδέονται με τους πυρηνικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (estrogen receptors - ER) και το δημιουργούμενο σύμπλεγμα E-ER τροποποιεί τη μεταγραφή γονιδίων-στόχων.

Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από την παρουσία πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας (heat shock proteins) και συγκατασταλτικών (co repressors) και συνεργητικών (co activators) πρωτεϊνών (όπως π.χ. η GMP/P300, T1 F2, N-CoR, SMRT, NSD1 κ.λπ.) που τροποποιούν την ακετυλίωση των υποδοχέων και των ιστονών. Έτσι, αφενός η N-CoR ογκοκατασταλτική πρωτεΐνη καθιστά το σύμπλεγμα ταμοξιφένης - ER

αγωνιστικό (δράση οιστρογόνου) και δημιουργεί συνθήκες αντίστασης στην ταμοξιφένη. Αφετέρου η ακετυλίωση των ERα από τη GMP/P300 συνεπάγεται καταστολή της δραστηριότητας των ER μέσω μη ενεργοποίησης της MAPK.^{33,34,35}

Οι ενδοκρινικοί χειρισμοί στη θεραπεία του ορμονοευαίσθητου καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι αφαιρετικοί (ωοθηκεκτομή, υποφουσεκτομή, επινεφριδεκτομή), προσθετικοί (οιστρογόνα, προγεσταγόνα, ανδρογόνα), ανταγωνιστικοί (εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων, όπως ταμοξιφένη και ραλοξιφένη και αμιγή αντιοιστρογόνα, όπως η φουλφεστράνδη), και τέλος ανασταλτικοί (αγωνιστές LH-RH και αναστολείς αρωματάσης, όπως η αναστραζόλη, η λετροζόλη και η εξαμεστάνη). Η τελευταία κατηγορία των αναστολέων της αρωματάσης αναστέλλει την παραγωγή των οιστρογόνων στους περιφερικούς ιστούς σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μέσω της παρεμπόδισης της μετατροπής των ανδρογόνων των επινεφριδίων σε οιστρογόνα. Η ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μεταστατική νόσο, ως εισαγωγική (induction) και προεγχειρητική (neo-adjuvant) θεραπεία, ως συμπληρωματική (adjuvant) αγωγή και τέλος ως προφύλαξη (prevention) από ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο. Στη μεταστατική ορμονοευαίσθητη νόσο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι οι αναστολείς των αρωματασών υπερτερούν της ταμοξιφένης και αποτελούν σήμερα τη θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής. Ως συμπληρωματική θεραπεία οι αντιαρωματάσες φαίνεται επίσης να αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού.^{33,34,35}

Σήμερα, υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που πείθουν ότι μετά από 5 χρόνια χορήγησης ταμοξιφένης η χορήγηση λετροζόλης παρατείνει το χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου. Αντίστοιχα, καλά αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν όταν η ταμοξιφένη μετά πάροδο 2-3 ετών αντικατασταθεί από την εξαμεστάνη για 2-3 χρόνια. Τέλος, η χορήγηση αντιαρωματασών, όταν γίνεται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού ελαττώνει την επίπτωση εμφάνισης διηθητικού και μη διηθητικού καρκίνου μαστού σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι η ταμοξιφένη.^{33,34,35}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

8.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στον ενήλικα ασθενή που προγραμματίζεται για χειρουργική επέμβαση. Οι στόχοι της προεγχειρητικής φροντίδας είναι να προετοιμαστεί το άτομο σωματικά και ψυχολογικά για την επέμβαση και τη μετεγχειρητική περίοδο. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος του ασθενούς και τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών. Μέρος της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου προσφέρει η νοσηλευτική ομάδα στις υπερεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περιθάλψεως αλλά και στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας όταν το σύστημα υγείας της χώρας προσφέρει τη δυνατότητα.³⁶

8.1.1 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εάν κάθε ασθενείς , που εισέρχεται στο νοσοκομείο , κατέχεται από αίσθημα φόβου και ανησυχίας , αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα συναισθήματα, και τη νευροψυχική κατάσταση του άρρωστου. Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη ,παρανόηση , επηρεασμό , το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξελίξεως της καταστάσεως του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα . οι νοσηλευτές με τη λεπτότητα την ευγένεια , την κατανόηση και την ευσυνειδησία , κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, καλούνται να βοηθήσουν τον ασθενεί να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.³⁶

Προετοιμασία – ενημερώσει για το είδος της χειρουργικής παρέμβασης σε καρκίνο μαστού:

- α) Απλή μαστεκτομή , αφαίρεση του μαστού χωρίς εκτομή των συστοίχων λεμφαδένων
- β) Κλασική ριζική μαστεκτομή : αφαίρεση του μαστού , των υποκείμενων θωρακικών μυών και των μασχαλαίων λεμφογαλίων και λεμφαδένων. Η μέθοδος αυτή αντικαταστήθηκε από την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, κατά την οποία

αφαιρείται μόνο ένα μέρος των υποκείμενων θωρακικών μυών και οι μασχαλιαίοι αδένες.

A. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο ασθενής που θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση βιώνει έντονο στρες. Αυτό γενικότερα σχετίζεται με:

- Το μη οικείο περιβάλλον και τον χωρισμό από οικεία πρόσωπα.
- Την προβλεπόμενη απώλεια ελέγχου, τα αποτελέσματα από τη νάρκωση και τα διεγχειρητικά ευρήματα.
- Τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων και της ίδιας της επέμβασης.
- Την πιθανή αμηχανία ή την απώλεια της αξιοπρέπειας από την επίδειξη του σώματος.
- Την προβλεπόμενη στενοχώρια, δυσφορία, τους περιορισμούς και τις αλλαγές στο συνηθισμένο τρόπο ζωής.
- Την πιθανότητα του θανάτου.^{39,41,42}

Προεγχειρητική παρέμβαση σε ασθενή με καρκίνο μαστού :

A) αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο:

- .εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με
 - ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της .
 - εμφάνιση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
 - Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή.
 - Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο
- Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού, κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοήθα να εκφράσει τα συναισθήματα της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση , γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της σαν μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της

άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένεια της , επόμενος θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

- Ενημέρωση της άρρωστης για της πρόσφατες έρευνες και της νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.
- Μειώσει χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.
- Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους
- Εξασφάλιση αίματος , αν σχεδιάζεται ριζική μαστεκτομή.
- Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.
- Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια διαδικασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού , για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.

β) Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων , την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού , τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτικοί πλαστική μαστού.

γ) Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και της ανησυχίες της.

Τα παραπάνω συναισθήματα εκφράζονται με διάφορους τρόπους, με ανησυχία, με σιωπή και εσωτερίκευση ή και με ατελείωτες ερωτήσεις και απορίες. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενθαρρύνουν την έκφραση του φόβου και της ανησυχίας, να τονίσουν τις εξηγήσεις των γιατρών και να διευκρινίσουν τυχόν λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με την επέμβαση. Πρέπει να εξηγήσουν όλες τις προεγχειρητικές εξετάσεις και να καθοδηγήσουν τον άρρωστο σχετικά με την προεγχειρητική ρουτίνα και τη μετεγχειρητική φροντίδα.⁴²

B. ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Η συναίνεση του αρρώστου προστατεύει τη συνταγματική αρχή , της προστασίας της αξίας και αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Η άρνηση του αρρώστου να υποστεί μία εγχείρηση πρέπει να γίνεται αποδεκτή εκτός αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος ζωής, αδυναμία λήψης σωστής απόφασης από τον άρρωστο και στις περιπτώσεις αυτοχειρών. Να επισημανθεί ότι η ιατρική συνδρομή παρά τη βούληση του αρρώστου είναι απλό Αστικό αδίκημα, ενώ η ΜΗ συνδρομή είναι βαρύτατο Ποινικό αδίκημα.⁴³

8.2 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Τις μέρες πριν την επέμβαση γίνονται εξετάσεις αίματος (γενική, αιμοσφαιρίνη, ΤΚΕ, σάκχαρο, ουρία, VDRL [έλεγχος για αφροδίσια], προθρομβίνη, ομάδα και Rhesus, αυστραλιανό αντιγόνο, ELISA – RIBA), γενική εξέταση ούρων, ακτινογραφία και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Γίνεται έλεγχος της φαρμακευτικής αγωγής που έπαιρνε ο άρρωστος, έλεγχος για την ύπαρξη τυχόν αλλεργιών και πιθανόν μαστογραφία^{37,39,40}

Την προηγούμενη της επέμβασης δίνεται πολύ ελαφρά δίαιτα (σούπα, υγρά). Το απόγευμα γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός. Ο άρρωστος πλένεται, λούζεται και κοιμάται νωρίς (χορηγείται ηρεμιστικό αν κριθεί αναγκαίο).³⁹

Την ημέρα της επέμβασης ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα (6 – 8 ώρες πριν το χειρουργείο). Όταν υπάρχει ανάγκη ξυρίσματος της περιοχής, αυτό γίνεται αμέσως πριν την έναρξη της εγχείρησης καθώς έχει αποδειχτεί ότι αυξάνεται πάρα πολύ η πιθανότητα επιμόλυνσης του τραύματος. Παίρνονται τα ζωτικά σημεία (αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, σφίξεις). Αφαιρούνται οι τεχνητές οδοντοστοιχίες (αν υπάρχουν) για τον κίνδυνο πνιγμού κατά τη νάρκωση λόγω της μυϊκής χαλάρωσης, τα τιμαλφή (δακτυλίδια κ.ά.) και τα γυαλιά (ή οι φακοί επαφής). Αν κρίνεται αναγκαίο τοποθετείται καθετήρας ουροδόχου κύστεως. Ο ασθενής ουρεί (όταν δεν υπάρχει καθετήρας), φοράει την ενδυμασία του χειρουργείου και την ταυτότητα και συμπληρώνεται το χειρουργικό δελτίο.^{38,39,43,}

8.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αυτό το σχέδιο φροντίδας εστιάζεται στον ενήλικα ασθενή που υπεβλήθη σε κάποιο είδος εγχείρησης για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι στόχοι της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η μείωση της δυσφορίας, η υποβοήθηση του ασθενούς να διατηρήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο θρέψης και κινήσεως, η πρόληψη των επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τη μετεγχειρητική παρακολούθηση.³⁷

8.3.1 . ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΑΠΟ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Ο ασθενής επιστρέφει από το χειρουργείο με ουροκαθετήρα. Ο ασθενής παίρνει ορό και ηλεκτρολύτες για ενυδάτωση και πιθανόν να γίνεται μετάγγιση αίματος.

Γίνεται παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, αξιολόγησή τους και καταγραφή στο διάγραμμα.³⁹

8.3.2 . ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Α) ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΔΥΣΦΟΡΙΑ

Οφείλονται στο τραύμα και στον αντανακλαστικό μυϊκό σπασμό από την επέμβαση, στον ερεθισμό από τους σωλήνες παροχέτευσης και στην τάση στην περιοχή της επέμβασης από την κίνηση, το βήχα κ.λπ.

Αντιμετωπίζονται με κατάλληλη και αναπαυτική θέση, συνήθως ημικαθιστή και διδασκαλία του ασθενούς να αναπνέει βαθιά και να βήχει (συγκρατώντας το τραύμα ή αγκαλιάζοντας ένα μαξιλάρι για μείωση της τάσης και του πόνου). Ακόμα χορηγούνται αναλγητικά με ιατρική οδηγία.^{36,39}

Β) ΔΙΨΑ

φροντίδα της στοματικής κοιλότητας είναι απαραίτητη σε αυτό το στάδιο που μετά από γενική αναισθησία παρατηρείτε ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με την συχνή ύγρανση των χειλών κ της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό. Η χορήγηση ή όχι υγρών , καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από την γενική κατάσταση του ασθενους.³⁶

Γ) ΕΜΕΤΟΣ

Ο εμετός και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από τη απονάρκωση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής έχει εμετούς , η αδελφή τοποθετεί τα κεφάλι προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές , το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον εμετό, διότι η παραμονή του κοντά στον ασθενή του προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και εμετό, κάθε φορά μετά από εμετό πρέπει ο ασθενής να πλένει το στόμα του με λίγο νερό για να νιώθει καθαρός.³⁶

8.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ – ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

α) εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτοί είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.

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

γ) χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.

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

ε) έλεγχος της επίδεσης του τραύματος αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση , για να μην εμποδίζεται η εκπτώξει των πνευμόνων.

στ) παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος . συνήθως , ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή , γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζετε προτού γεμίσει τελείως . ελέγχετε συχνά η λειτουργία της συσκευής κ καταγράφουμε το χρώμα κ την ποσότητα τον παροχετευομενων υγρών.

ζ) πρόληψη λοίμωξης .

σε μια ριζική μαστεκτομή , η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαιρέσεις των λεμφαδένων. Το προσβεβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ένεσης ούτε φλεβοκέντησεις σ' αυτό , για την αποφυγή εισοδου μικροβίων.

η) τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι- Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι' η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοοιδήματος.

θ) έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστοι από το κρεβάτι , ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

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

ια) σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο – διδασκαλεία

- ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
- ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του.

- βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων.

- φροντίδα τραύματος :επεξηγήσει για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας., σημειώσει ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένοι αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων, ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα , αναγνωρίσει σημείων φλεγμονής : πόνος , ευαισθησία, ερυθρότητα , οίδημα(ενημέρωση γιατρού αν παρουσιαστούν), ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για την διέγερση της κυκλοφορίας, κ την αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.

- πρόληψη και /ή αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία , το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σε αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης. Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει η άρρωστη να αποφεύγει στο χέρι αυτό τα κοψίματα , της αμυγές , τα τσιμπήματα , να γινετε μασάζ 3-4 μήνες μετεγχειρητικά για την βελτίωση της κυκλοφορίας και την μείωση του οιδήματος, να ανυψώνετε συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς για την πρόληψη του οιδήματος, το χέρι κ η εγχειρητικοί περιοχή να παραμένουν σχολαστικά καθαρά για την πρόληψη λοίμωξης.

- βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησης της , η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού .

- χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους) η άρρωστη αρχικά φοράει στηθόδεσμο που τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό όπως μαλλί, το οποίο δεν κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος , η άρρωστη μπορεί να ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν , όμως αυτό γίνεται μόνο όταν το επιτρέπει ο γιατρός.

ιβ) τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου check –up, για τους εξής λόγους: αξιολόγηση του τραύματος, εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση έλεγχος ασκήσεων, εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της

πρόσθεσης, αξιολόγηση της ψύχωκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης, διαπίστωση πιθανής υπότροπης.^{36,37,39}

8.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΕΝΙΚΩΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

α) Shock: γίνεται ακριβής μέτρηση και καταγραφή των αποβαλλόμενων υγρών του αρρώστου (τραύματος, παροχέτευσεις κ.λπ.). Μετρώνται τα ζωτικά σημεία σε τακτά χρονικά διαστήματα. Γίνεται αναπλήρωση των απωλειών του αρρώστου σε υγρά με ενδοφλέβιες χορηγήσεις υγρών και αν χρειάζεται αίματος ή παραγώγων του.³³

β) Αιμορραγία: ελέγχεται το υγρό της παροχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος. Μετρώνται συχνά τα ζωτικά σημεία του αρρώστου και παρακολουθείται η γενική κατάστασή του (χρώμα προσώπου, εφιδρώσεις, γενική ανησυχία κ.λπ.).

γ) Αναπνευστική ανεπάρκεια: ενισχύεται ο άρρωστος να παίρνει βαθιές αναπνοές. Βοηθείται να βήχει και να αποβάλλει της βρογχικές εκκρίσεις και διδάσκεται να εφαρμόζει αναπνευστικές ασκήσεις. Παίρνονται μέτρα για την πρόληψη των αναπνευστικών μολύνσεων.

Δ) Θρόμβωση – Εμβολή: ενθαρρύνεται ο άρρωστος να αυτοεξυπηρετείται και να κάνει ασκήσεις για τα άνω και κάτω άκρα. Όταν αρχίσει να σηκώνεται ο άρρωστος χρησιμοποιούνται ειδικές κάλτσες ή ελαστικοί επίδεσμοι στα κάτω άκρα. Τέλος, ελέγχεται εργαστηριακά η πηκτικότητα του αίματος.^{36,37}

8.6 ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Αυτές είναι το λεμφοίδημα, η μετεγχειρητική δυσκινησία του άκρου, οι λοιμώξεις, , η πιο σημαντική από όλες είναι το 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 την αντιμετώπιση του πρέπει :

- η άρρωστη να φοράει ελαστικό γάντι όταν ασχολείται με τη μαγειρική , την καθαριότητα ή το πλύσιμο πιάτων.

- Να φοράει δακτυλήθρα όταν ράβει η κεντάει.
- να βάζει κρεμά λανονίνης στο χέρι πολλές φορές την ημέρα
- να φοράει την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: << ΠΡΟΣΟΧΗ – ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ – ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ>>
- να αναφέρετε στο γιατρό της αν τραυματίσει το χέρι της , αν είναι ερυθρό , Θέρμο ή ασυνήθιστα σκληρό ή οίδηματώδες.
- να επιστρέψει για επανεξέταση σε διάστημα δυο μηνών.³⁷

ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΟΙΧΟΥ ΑΚΡΟΥ

Μια από της ειδικές επιπλοκές της μαστεκτομής είναι κ η δυσκινησία του σύστοιχου άκρου για το λόγο αυτό από το πρώτο 24 όρο αρχίζουν ασκήσεις χέρι της προσβεβλημένης πλευράς. Οι ακηδής αυτές περιλαμβάνουν, κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δάκτυλων, και γίνονται για πρόληψη μήκων συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά μπορεί η άρρωστη λόγω πόνου να απορρίπτει της παθητικές άσκησης , αλλά ο νοσηλευτής πρέπει να τονίσει την σπουδαιότητα αυτόν τον ασκήσεων.³⁷

- οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις.

-αν έχει γίνει πλαστική αποκατάσταση ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση , η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.

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

- ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή είναι:

-σφίξιμο μπάλας είναι μια απλή κίνηση που βοηθάει στην ισχυροποίηση των μυών.

-πέταγμα μπάλας βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου.

-αναρρίχηση στον τοίχο προάγει την έκταση του προσβεβλημένου άκρου.

-γύρισμα σχοινοῦ είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου.

-αιώρηση χεριών χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.³⁷

-τροχαλία ενθαρρύνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.

-κούμπωμα πίσω κουμπιών απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες.

-άγγιγμα μετώπου δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου.³⁷

8.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΕ ΣΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοηθών νεοπλασμάτων , όπως είδαμε, προκαλούν ναυτία , εμετούς , ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα , από την στοματική κοιλότητα ως το ορθό. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες , αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και τον νυχιών. Τέλος , αλλά δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα .

- Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας:

1. γίνετε ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλετε προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια του σαν μια ενιαία οντότητα, κοινωνικά και πνευματικά.
2. βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημείο θεραπευτικά φάρμακα παραλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κύτταρων καταστρέφουν κ υγιή.
3. εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του άρρωστου ώστε να αποδεχτεί να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει της ανεπιθύμητες ενέργειες.
4. προσφέρετε στην άρρωστη έντυπη πληροφόρηση
5. γίνετε γενική αξιολόγηση της άρρωστης για την θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος της, της στοματικής της κοιλότητας, τη συναισθηματική κατάσταση , αν είναι ευαίσθητη σε διάφορα φάρμακα, και λαμβάνεται επίσης πλήρη ιατρικό ιστορικό.

Σκοποί της φροντίδας:

1. η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
2. η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος

3. η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους .
νοσηλευτική παρέμβαση :
1. προετοιμασία άρρωστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης.
2. χορήγηση αντιεμετικών πριν την έναρξη της θεραπείας.
3. επαρκής υδατώδη, μέτρηση προσλαμβανομένων – αποβαλλόμενων υγρών.
4. χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
5. γεύματα μικρά και συχνά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών και ελαφρά.
6. προσεκτική φροντίδα στόματος.
7. προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων , αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις)
8. προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φάρμακου στο ΚΝΣ, τους νεφρούς το ήπαρ.
9. παρακολούθηση ουρών και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
10. βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ιδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.
11. λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
12. λήψη μέτρων για την αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.^{38,41}

8.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προβλήματα άρρωστου

1. κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, εμετοί , ανορεξία , εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στην στοματική κοιλότητα)
3. δυνητικό ανισοζύγιο υγρών , ηλεκτρολυτών , οξεοβασικής ισορροπίας.
4. δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου
5. κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)

6. κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον
8. ψυχικά προβλήματα (απομόνωση , μικρός χρόνος φροντίδας , αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου)

Σκοποί της φροντίδας:

4. η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας
5. η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος
6. η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπιση τους .

νοσηλευτική παρέμβαση :

1. ενημέρωση , μέσα σε λογικά πλαίσια , του αρρώστου για τη φύση , το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχτεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης
2. επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για την απελευθέρωση της ακτινοβολίας , μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται , της διάρκειας, της διαδικασίας , της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση κατά την διάρκεια της διαδικασίας.
3. εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για την προστασία του περιβάλλοντος
4. λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπιση τους όταν εκδηλωθούν .

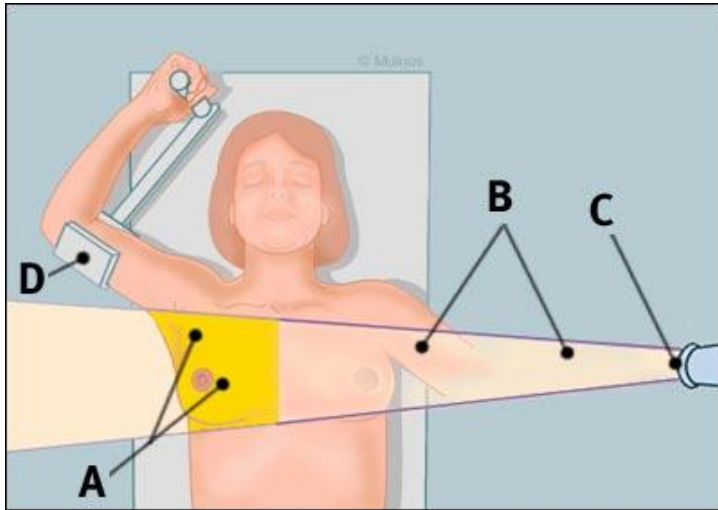
οι παρενέργειες αυτές είναι ναυτία, και εμετοί, αντιδράσεις από το δέρμα, διάρροια, αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας, καταστολή λειτουργίας μυελού των οστών, αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, υποστήριξη του άρρωστου να δεχθεί όσο πιο ανώδυνα γίνεται την αλλαγή στο σωματικό του είδωλο(αλωπεκία)

- Νοσηλευτικές ευθύνες σε ασθενή που υποβάλλετε σε ακτινοθεραπεία

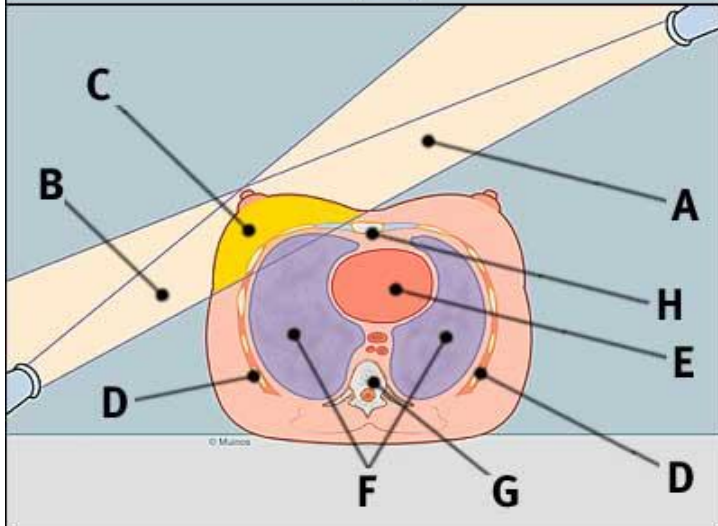
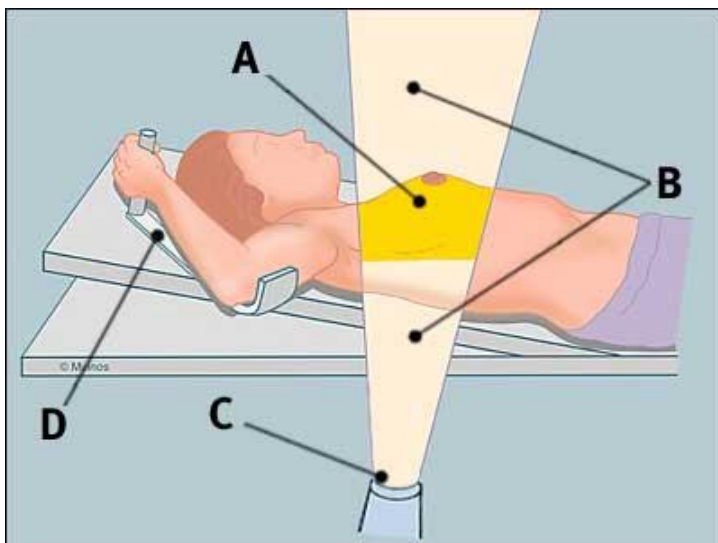
Η ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης . η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιλέγει όταν ο θεραπευτικός σκοπός είναι η ίαση. Η ακτινοθεραπεία επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για έλεγχο κακοήθους νόσου , όταν υπάρχει τοπική διήθηση γαγγλίων , ή προφυλακτικά για να εμποδίσει λευχαιμική διήθηση στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Παρηγορητική ακτινοβολήσει χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να μειώσει συμπτώματα μεταστατικής νόσου, ειδικά σε εγκέφαλο , οστά και μαλακούς μυς.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της ακτινοθεραπείας:

1. ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης για το είδος της ακτινοθεραπείας , τη θέση του όγκου, το σκοπό της θεραπείας και τον αριθμό των συνεδρίων που προγραμματίζεται να κάνει.
2. αξιολογείτε το πώς αντιλαμβάνεται η άρρωστη το είδος της θεραπείας αυτής κ ανάλογα την ενημερώνει μαζί με το γιατρό.
3. βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μην βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο.
4. προσπαθούμε να προλάβουμε την εκδήλωση ανεπιθύμητων ανεργιών στην ασθενή όπως ναυτία εμετός ή άλλη αντίδραση.
5. χορηγούμε στην άρρωστη αναλγητικά ^{37,38,41}



6.



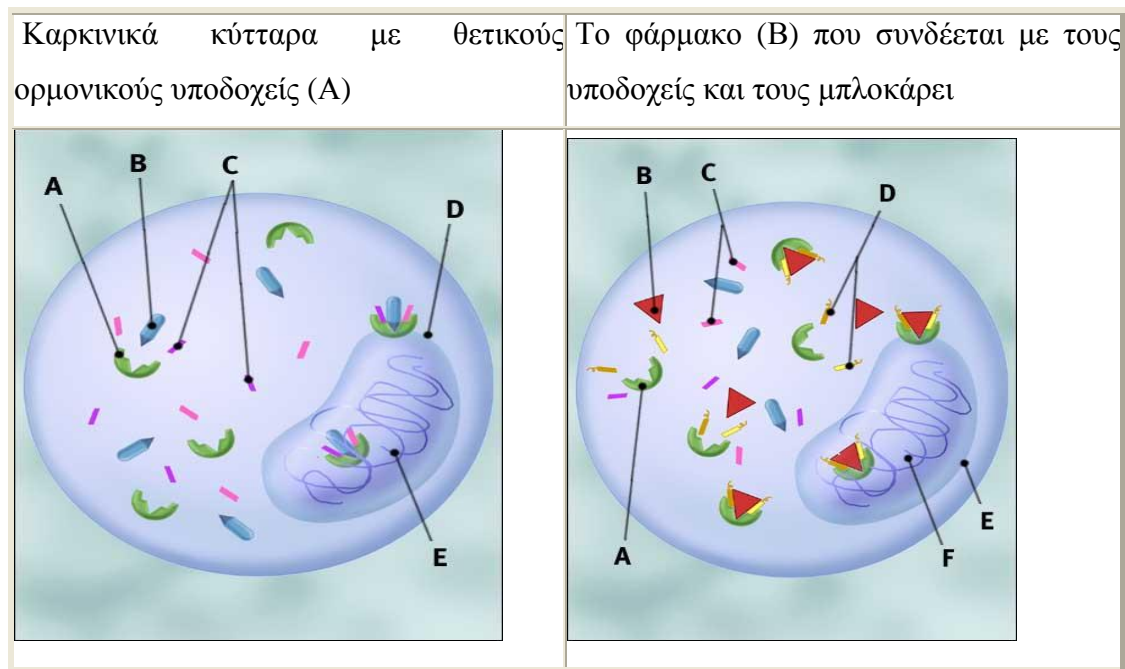
8.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονοθεραπεία αποτελεί μια άλλη μορφή θεραπείας που εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τις άλλες μεθόδους. Μετά την εκτομή του ο όγκος ελέγχεται στο εργαστήριο για την παρουσία επάνω στα καρκινικά κύτταρα ορμονικών υποδοχέων. Εάν υπάρχουν τέτοιοι υποδοχείς τότε χρησιμοποιούμε συγκεκριμένα φάρμακα που τους μπλοκάρουν και σταματούν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων.

Η ορμονοθεραπεία είναι μια μορφή αντινεοπλασματικής θεραπείας που χορηγείται με επιτυχία στα ορμονοευαίσθητα κακοήγη νεοπλάσματα, όπως καρκίνος του προστάτη, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του ενδομητρίου. Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από την παρουσία πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας (heat shock proteins) και συγκατασταλικών (co repressors) και συνεργητικών (co activators) πρωτεϊνών (όπως π.χ. η GMP/P300, T1 F2, N-CoR, SMRT, NSD1 κ.λπ.) που τροποποιούν την ακετυλίωση των υποδοχέων και των ιστονών. Έτσι, αφενός η N-CoR ογκοκατασταλτική πρωτεΐνη καθιστά το σύμπλεγμα ταμοξιφένης - ER αγωνιστικό (δράση οιστρογόνου) και δημιουργεί συνθήκες αντίστασης στην ταμοξιφένη. Αφετέρου η ακετυλίωση των ERα από τη GMP/P300 συνεπάγεται καταστολή της δραστηριότητας των ER μέσω μη ενεργοποίησης της MAPK.

Η ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μεταστατική νόσο, ως εισαγωγική (induction) και προεγχειρητική (neo-adjuvant) θεραπεία, ως συμπληρωματική (adjuvant) αγωγή και τέλος ως προφύλαξη (prevention) από ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο.

Στη μεταστατική ορμονοευαίσθητη νόσο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι οι αναστολείς των αρωματασών υπερτερούν της ταμοξιφένης και αποτελούν σήμερα τη θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής.⁴⁴



8.10 ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Προσπαθώντας να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή έκβαση με το μικρότερο σωματικό και ψυχικό κόστος για την ασθενή, οι επιστήμονες διερευνούν νέες μεθόδους αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.⁴⁴

8.10.1. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΜΟΝΟΚΛΩΝΙΚΑ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ)

Ειδικά αντισώματα προσδένονται στα καρκινικά κύτταρα σε ειδικές θέσεις, μέσω των οποίων τα καρκινικά κύτταρα υποδέχονται μόρια-μηνύματα που τα «ειδοποιούν» να ενεργοποιηθούν και να πολλαπλασιαστούν. Τα μονοκλωνικά αντισώματα εμποδίζουν την άφιξη αυτών των μηνυμάτων και έτσι αναστέλλουν την περαιτέρω ανάπτυξη του όγκου.⁴⁴

8.10.2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΤΥΡΟΣΙΝΙΚΗΣ ΚΙΝΑΣΗΣ

Πρόκειται για στοχευμένη θεραπεία που εμποδίζει την κυτταρική επικοινωνία και αύξηση των καρκινικών κυττάρων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με άλλα αντικαρκινικά φάρμακα.⁴⁴

8.10.3. ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ HER2

Το HER2 είναι ένα γονίδιο, το οποίο παίζει ρόλο στη ρύθμιση της αύξησης των κυττάρων. Για λόγους που δεν είναι κατανοητοί, πολλές φορές υφίσταται ενίσχυση και οδηγεί σε ταχεία κυτταρική διαίρεση και σε ανάπτυξη όγκου. Περίπου 25% των καρκίνων του μαστού είναι HER2-θετικοί, δηλαδή εμφανίζουν ενίσχυση του γονιδίου αυτού. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όταν χορηγηθούν φάρμακα που στοχεύουν ειδικά το HER2, αυξάνεται η επιβίωση τόσο στον πρώιμο όσο και στον μεταστατικό καρκίνο του μαστού.⁴⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

& ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

9.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Η ασθενής μετά την μαστεκτομή έχει να αντιμετωπίσει όχι μόνο τον φόβο από τις απώτερες συνέπειες της νόσου αλλά και την απώλεια του μαστού που ακρωτηριάζει το πρωταρχικό σύμβολο της θηλυκότητας της. Το ψυχολογικό τραύμα που συνοδεύει την μαστεκτομή είναι τόσο σημαντικό που αναστατώνει όλες σχεδόν τις πτυχές της προσωπικής και οικογενειακής ζωής της ασθενούς. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις της ασθενούς μετά από την απώλεια του μαστού παρομοιάζονται με αυτές που αισθάνεται κάποιος όταν χάσει αγαπημένο του πρόσωπο. Έτσι, η ασθενής πρέπει να περάσει από τα ίδια στάδια κατάθλιψης, θυμού, άρνησης και απόγνωσης μέχρις ότου προσαρμοσθεί ψυχολογικά και αποδεχθεί την καινούργια της κατάσταση. Αν και υπάρχει σχεδόν πάντοτε ο φόβος της υποτροπής και της συστηματικής διασποράς της νόσου, φαίνεται ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε αρκετές περιπτώσεις στην απώλεια του μαστού παρά στην αγωνία για τις σοβαρές απώτερες συνέπειες του καρκίνου. Αναμφίβολα, η αποκατάσταση του μαστού βοηθά την ασθενή να ξεπεράσει τα πολλαπλά ψυχολογικά προβλήματα που αναφύονται λόγω της μαστεκτομής. Σε μια συγκριτική μελέτη 83 ασθενών που υπέστησαν μαστεκτομή και αποκατάσταση του μαστού έναντι 50 ασθενών που έγινε μόνο μαστεκτομή χωρίς αποκατάσταση, βρέθηκε ότι το 83% των ασθενών της πρώτης ομάδας θεωρούσαν ότι η ανακατασκευή του μαστού βοήθησε σημαντικά στην ψυχολογική και κοινωνική τους προσαρμογή²⁶

Παρ' όλα αυτά, οι Γενικοί Χειρουργοί παρουσιάζονται επιφυλακτικοί να αποδεχθούν την ωφελιμότητα των επεμβάσεων αποκατάστασης του μαστού. Αυτό οφείλεται στην δυσχέρεια μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών τους, στην υψηλή νοσηρότητα της επέμβασης, ενώ τα αισθητικά αποτελέσματα συχνά κρίνονται σαν απογοητευτικά. Σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι η επανόρθωση του μαστού δεν συγκαλύπτει την τοπική υποτροπή. Επίσης, οι πρόοδοι που έχουν επιτελεσθεί στις επεμβάσεις αποκατάστασης καθιστούν δυνατή την λήψη αποτελεσμάτων που

ελάχιστα μόνον απέχουν στην εμφάνιση από ένα ανατομικά φυσιολογικό μαστό. Οι άμορφες μάζες ιστού που παρίσταναν κάποιο είδος ανακατασκευασθέντος μαστού ανήκουν πλέον στο παρελθόν.^{26,44}

9.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή περιλαμβάνει το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων που έχουν ως σκοπό τη δημιουργία καινούργιου μαστού σε γυναίκες που έχουν υποστεί μαστεκτομή για καρκίνωμα. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης στοχεύουν στην ανακατασκευή του όγκου και του σχήματος του μαστού και του συμπλέγματος της θηλαίας άλω. Σε αυτές τις επεμβάσεις συμπεριλαμβάνονται και αυτές που γίνονται στον ετερόπλευρο υγίη μαστό για την επίτευξη συμμετρίας ή για λόγους πρόληψης του καρκίνου.

Τα τελευταία 25 χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των γυναικών που υποβάλλονται σε εγχείρηση ανακατασκευής του μαστού. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης του μαστού τείνουν να γίνουν αναπόσπαστον μέρος του θεραπευτικού πρωτοκόλλου αντιμετώπισης των ασθενών με καρκίνο μαστού. Στην διάδοση αυτών των επεμβάσεων συνέβαλαν τα ακόλουθα: α. η στροφή που έγινε προς συντηρητικότερες επεμβάσεις μαστεκτομής με αποτέλεσμα την διατήρηση ιστών που μπορεί στην συνέχεια να χρησιμοποιηθούν στην ανακατασκευή του μαστού όπως είναι μαστεκτομή με διατήρηση δέρματος (skin sparing mastectomy)¹ β. οι πρόοδοι της βιοτεχνολογίας στα υλικά που χρησιμοποιούνται για επανόρθωση όπως είναι τα ενθέματα σιλικόνης και διατατήρες ιστών τραχείας επιφανείας και ανατομικού σχήματος που τοποθετούνται κάτωθεν των μυών και γ. η αύξηση της αξιοπιστίας των χειρουργικών τεχνικών αποκατάστασης όπως είναι ο εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μύος (TRAM flap) καθώς και η εισαγωγή καινούργιων μεθόδων αποκατάστασης που χρησιμοποιούν τεχνικές μικροχειρουργικής^{26,44}.

9.2.1. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού χρήζουν εξατομικευμένης προσέγγισης από την ομάδα μαστού στην οποία συμμετέχει και ο Πλαστικός

Χειρουργός. Οι ασθενείς που έχουν υποστεί ή πρόκειται να υποστούν μαστεκτομή είναι δυνατό να ενημερωθούν για τις δυνατότητες αποκατάστασης του μαστού, χωρίς βέβαια να συνεπάγεται ότι όλες θα επιλέξουν τελικά την εγχείρηση. Ο Πλαστικός Χειρουργός είναι αυτός που θα δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες στην ενδιαφερόμενη γυναίκα σχετικά με τις υπάρχουσες τεχνικές, τον κατάλληλο χρόνο για επέμβαση, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε τεχνικής, τις ενδεχόμενες επιπλοκές και τα αποτελέσματα της κάθε μιας από τις μεθόδους ανακατασκευής του μαστού⁹. Η ενημέρωση της ασθενούς γίνεται πριν ή μετά την εγχείρηση της μαστεκτομής. Η άσκηση οποιασδήποτε μορφής ψυχολογικής πίεσης από τρίτους για να ενδώσει η ασθενής στην ιδέα της επέμβασης είναι κατακριτέα και αντιδεοντολογική.

Όλες οι ασθενείς που έχουν υποστεί ή πρόκειται να υποστούν μαστεκτομή μπορούν να υποβληθούν σε εγχείρηση αποκατάστασης του μαστού εφόσον βέβαια το επιθυμούν. Εξαίρεση αποτελούν οι ασθενείς που η πρόγνωση της νόσου τους είναι τόσο δυσώιωνη, που θα καθιστούσε κάθε προσπάθεια ανακατασκευής του μαστού μάταιη και άσκοπη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτό που προέχει είναι η εκρίζωση της νόσου, χωρίς βέβαια να παραγνωρίζεται η μεγάλη σημασία του μαστού στην σεξουαλική ζωή και την εν γένει ψυχική υγεία της γυναίκας. Με κανένα τρόπο δεν θα πρέπει να θυσιάζεται η ριζικότητα της χειρουργικής επέμβασης, να παραλείπεται ή να καθυστερεί η έναρξη της συμπληρωματικής θεραπευτικής αγωγής με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία χάριν της επίτευξης ενός ελκυστικότερου αισθητικού αποτελέσματος.^{26,44}

9.2.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΕΧΝΙΚΗΣ

Ιδανική τεχνική που να είναι εφαρμόσιμη σε όλες τις περιπτώσεις ανακατασκευής του μαστού δεν υπάρχει. Η επιλογή της τεχνικής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη πριν την τελική απόφαση⁴⁵

Ο τύπος της μαστεκτομής, τροποποιημένη ή ριζική μαστεκτομή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιλογή της τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί. Η ποιότητα και ποσότητα του μείζονος θωρακικού μυός και του δέρματος καθώς και η ποιότητα και η κατεύθυνση της μετεγχειρητικής ουλής της μαστεκτομής θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες στην επιλογή της μεθόδου αποκατάστασης και θα

καθορίσουν κατά πόσον η ανακατασκευή του μαστού ενδείκνυται να γίνει με ενθέματα ή με κρημνούς. Ασθενείς που είχαν προηγουμένως ακτινοβοληθεί δεν αποτελούν κατάλληλες υποψήφιες για ανακατασκευή με διατατήρες ιστών ή ενθέματα, λόγω της μεγάλης πιθανότητας να αναπτυχθεί ρικνωτική κάψα πέριξ του ενθέματος και της υψηλής συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών. Άλλοι παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή της τεχνικής είναι η ηλικία, η γενική κατάσταση της υγείας και η κατάσταση του ετερόπλευρου μαστού. Η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση αποκατάστασης, αν και αναμφίβολα ο αριθμός των ασθενών ηλικίας άνω των 60 ετών που επιζητούν ανακατασκευή είναι σαφώς μικρότερος των ασθενών μικρότερης ηλικίας. Σε ασθενείς με προβλήματα υγείας ή σε άτομα σχετικά μεγάλης ηλικίας επιλέγεται η μέθοδος που θα επιβαρύνει λιγότερο την γενική κατάσταση της υγείας τους. Έτσι, σε αυτές τις περιπτώσεις η αποκατάσταση με κάποιο ένθεμα ή με διατατήρα ιστών αποτελεί την πρώτη επιλογή του Χειρουργού από ότι οι πολύωρες εγχειρήσεις με μυοδερματικούς κρημνούς ή ελεύθερους αγγειακούς κρημνούς.^{26,44}

Η κατάσταση του ετερόπλευρου μαστού καθορίζει επίσης τον τύπο της επανόρθωσης του μαστού. Λόγω του ότι η επίτευξη συμμετρίας αποτελεί ένα από τους κύριους σκοπούς της επέμβασης αποκατάστασης, εκτιμάται το μέγεθος και το σχήμα του ετερόπλευρου μαστού για να αποφασισθεί τελικά η μέθοδος ανακατασκευής που θα επιτύχει την καλύτερη συμμετρία. Έτσι, σε μικρού ή μετρίου μεγέθους μαστούς με μικρή μόνον πτώση, το ένθεμα προσφέρει ικανοποιητική λύση, ενώ σε μεγάλους μαστούς οι μυοδερματικοί κρημνοί εξασφαλίζουν καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα, διότι επιτρέπουν μεγαλύτερη ευχέρεια χειρισμών και καλύτερη διαμόρφωση του καινούργιου μαστού. Επίσης, εκτιμάται κατά πόσον θα απαιτηθεί σμίκρυνση, μεγέθυνση ή ανόρθωση του ετερόπλευρου υγιούς μαστού για να ταιριάζει αυτός καλύτερα προς τον υπό ανακατασκευή μαστό. Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκινώματος στον ετερόπλευρο μαστό όπως συμβαίνει σε πολυεστιακό λοβιακό καρκίνωμα μαστού, ενδέχεται να απαιτηθεί απλή ή υποδόρια μαστεκτομή και αμφοτερόπλευρη ανακατασκευή των μαστών.⁴⁴

9.2.3 ΧΡΟΝΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ (TIMING)

Η ανακατασκευή του μαστού γίνεται είτε ταυτόχρονα με την επέμβαση της μαστεκτομής(άμεση αποκατάσταση) είτε σε δεύτερο χρόνο, μετά από παρέλευση μερικών μηνών(αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο ή όψιμη αποκατάσταση).

Άμεση αποκατάσταση:

Η άμεση αποκατάσταση του μαστού έχει το σημαντικό όφελος ότι η ασθενής δεν βλέπει καθόλου την εικόνα του σωματικού ειδώλου της με αποτέλεσμα να αποφεύγεται το έντονο ψυχολογικό τραύμα από την ακρωτηριαστική επέμβαση της μαστεκτομής. Αυτό, αποτελεί στοιχείο που επιδρά θετικά στον ψυχισμό της ασθενούς και συμβάλλει σε μια περισσότερο αισιόδοξη αντιμετώπιση της νόσου και κατ' επέκταση στην ταχύτερη ανάρρωση.

Οι αντιρρήσεις που προβάλλονται στην άμεση αποκατάσταση αφορούν τα ακόλουθα:

1. Συγκάλυψη και καθυστέρηση της έγκαιρης διάγνωσης της τοπικής υποτροπής
2. Η άμεση αποκατάσταση κρίνεται άσκοπη και βλαβερή σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνωμα
3. Αδυναμία σωστής εκτίμησης από μέρος της ασθενούς των αποτελεσμάτων της εγχείρησης αποκατάστασης, καθώς δεν έχει την εμπειρία της ζωής χωρίς μαστό
4. Καθυστέρηση στην έναρξη συμπληρωματικής χημειοθεραπείας λόγω διαταραχής των μηχανισμών της επούλωσης και μείωσης του αριθμού των λευκοκυττάρων που αυξάνει την κίνδυνο επιμόλυνσης του ενθέματος
5. Αυξημένη συχνότητα επιπλοκών και νοσηρότητα
6. Μη ικανοποιητικό αισθητικό αποτέλεσμα.

Απόψεις ότι η άμεση επανόρθωση του μαστού καθυστερεί την έγκαιρη διάγνωση και την έναρξη θεραπείας της τοπικής ή της περιοχικής υποτροπής δεν φαίνεται να ευσταθούν. Μελέτες έδειξαν ότι η άμεση αποκατάσταση του μαστού δεν προκαλεί αξιοσημείωτη καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση της υποτροπής και δεν επιβαρύνει την πρόγνωση των ασθενών^{8,15,16}. Εξ'άλλου η τοπική υποτροπή εντοπίζεται στο δέρμα ή το υποδόριο λίπος με αποτέλεσμα να γίνεται εύκολα αντιληπτή, ιδίως στις περιπτώσεις που η ανακατασκευή του μαστού γίνεται με την τοποθέτηση του ενθέματος του μαστού κάτωθεν των μυών. Αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι ότι η συχνότητα εμφάνισης τοπικής υποτροπής μετά μαστεκτομή

και άμεση αποκατάσταση του μαστού δεν βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την μαστεκτομή χωρίς ανακατασκευή του μαστού. Επίσης, η άποψη ότι η άμεση αποκατάσταση είναι δυνατόν να καθυστερήσει την έναρξη χημειοθεραπείας και ότι η χημειοθεραπεία αυξάνει την συχνότητα των επιπλοκών της επέμβασης αποκατάστασης δεν αποδείχθηκε από κλινικές μελέτες.^{26,44}

Η άμεση ανακατασκευή αντενδείκνυται σε ασθενείς με μεγάλους όγκους και με ύποπτους μασχαλιαίους λεμφαδένες στις οποίες θα απαιτηθεί ακτινοθεραπεία μετεγχειρητικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι προτιμότερο να καθυστερεί η αποκατάσταση ιδίως με ενθέματα σιλικόνης, διότι υπάρχει κίνδυνος νέκρωσης του δέρματος και αποκάλυψης του ενθέματος.

Αποκατάσταση σε 2^ο χρόνο: Ο όρος όψιμη αποκατάσταση ή αποκατάσταση του μαστού σε 2ο χρόνο, αναφέρεται στην ανακατασκευή του μαστού που γίνεται μετά από μερικές ημέρες μέχρι και χρόνια συνήθως όμως μετά από 6-12 μήνες μετά την μαστεκτομή. Παλαιότερα, απαιτείτο αναμονή για δύο τουλάχιστον χρόνια μετά την μαστεκτομή προτού γίνει η ανακατασκευή του μαστού, με το σκεπτικό ότι οι περισσότερες υποτροπές παρατηρούνται μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα. Από ογκολογικής πλευράς δεν υπάρχει λόγος να τίθενται χρονικά όρια ασφαλείας μεταξύ μαστεκτομής και επανόρθωσης του μαστού²². Κανένα χρονικό διάστημα αναμονής, δεν μπορεί να θεωρηθεί χρονικό διάστημα ασφαλείας, αφού τίποτε δεν αποκλείει την εμφάνιση υποτροπής σε ένα απώτερο χρόνο. Η εμφάνιση ή όχι υποτροπής εξαρτάται από την βιολογική συμπεριφορά του όγκου και το στάδιο της νόσου και δεν φαίνεται να σχετίζεται με τον χρόνο που θα αποφασισθεί να γίνει η αποκατάσταση του μαστού.^{26,44}

Υπέρ της όψιμης αποκατάστασης συνηγορούν τα ακόλουθα:

α. Πιστεύεται, ότι με την αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο υπάρχει αρκετός χρόνος για την πλήρη επούλωση του χειρουργικού τραύματος, για την απορρόφηση αιματώματος ή συλλογών ορώδους υγρού και για την ωρίμανση της ουλής της μαστεκτομής. Έτσι, το δέρμα στο πρόσθιο ημιθώρακιο γίνεται μαλακό και ευκίνητο γεγονός που διευκολύνει τους χειρουργικούς χειρισμούς της ανακατασκευής.

β. Η ασθενής βλέποντας και ζώντας με τη δυσμορφία της μαστεκτομής για μερικούς μήνες, μπορεί να εκτιμήσει και να δεχθεί θετικότερα το αποτέλεσμα της αποκατάστασης.

γ. Δίνεται η δυνατότητα πλήρους ανάρρωσης από μια μείζονα χειρουργική επέμβαση, ώστε να κρίνει η ασθενής ήρεμα και ανεμπόδιστα και όχι κάτω από συνθήκες συναισθηματικής φόρτισης, την αναγκαιότητα ή όχι ανακατασκευής του μαστού της. Επίσης, υπάρχει χρόνος για την πλήρη ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τις δυνατότητες ανακατασκευής που προσφέρονται και την επιλογή του χειρουργού της.

δ. Δίνεται ο χρόνος στον Χειρουργό και την ασθενή να αναπτύξουν αρμονική σχέση εμπιστοσύνης που δεν είναι εφικτή όταν η αποκατάσταση γίνεται ταυτόχρονα με την μαστεκτομή.

ε. Μερικοί Χειρουργοί θεωρούν ότι η αποκατάσταση σε δεύτερο χρόνο επιτρέπει ευκολότερα την επίτευξη συμμετρίας μεταξύ των δύο μαστών από ότι η άμεση αποκατάσταση.

στ. Τέλος, υπάρχει αρκετός χρόνος να γίνει ακριβής παθολογοανατομική εξέταση του όγκου και σταδιοποίηση της νόσου, να συμπληρωθεί η αγωγή με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία που κρίνεται απαραίτητη, προτού επιχειρηθεί η αποκατάσταση του μαστού.^{26,44}

Οι σύγχρονες τάσεις υποστηρίζουν την άμεση αποκατάσταση τουλάχιστον για καρκινώματα μαστού στα αρχικά στάδια, διότι θεωρείται ογκολογικά ασφαλής για την ασθενή και εξασφαλίζει ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα. Η τελική απόφαση για τον χρονικό προγραμματισμό της επέμβασης θα πρέπει να λαμβάνεται από κοινού από τον Χειρουργό, τον Ογκολόγο και τον Πλαστικό Χειρουργό, αφού προηγηθεί λεπτομερής ενημέρωση της ασθενούς για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε τύπου αποκατάστασης.⁴⁴

9.3. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΑΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αποκατάσταση του μαστού γίνεται με ένα από τους ακόλουθους τρόπους:

Α. ενθέματα μαστού που περιέχουν υγρή σιλικόνη ή φυσιολογικό ορό

Β. διατατήρες ιστών, που στην συνέχεια αντικαθίστανται από ενθέματα μαστού

Γ. κρημνοί, όπως είναι ο εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός (TRAM flap), ο μυοδερματικός κρημνός του πλατέας ραχιαίου μυός καθώς και οι ελεύθερα αγγειούμενοι μυοδερματικοί κρημνοί (free vascularized flaps) που απαιτούν μικροχειρουργική τεχνική και δεν αποτελούν επεμβάσεις ρουτίνας^{27,28}.

Ενθέματα μαστού:

Τα ενθέματα μαστού είναι ασκοί (μπαλόνια) των οποίων το εξωτερικό περίβλημα τους αποτελείται από σιλικόνη και που πληρούνται είτε από υγρή σιλικόνη είτε από φυσιολογικό ορό. Η αποκατάσταση του μαστού με ενθέματα γίνεται με ένα από τους ακόλουθους τρόπους:

- μόνιμο ένθεμα που περιέχει σιλικόνη ή φυσιολογικό ορό
- διατατήρας ιστών που στην συνέχεια αντικαθίσταται από μόνιμο ένθεμα
- μόνιμο διατατό ένθεμα τύπου Baker που αποτελεί συνδυασμό διατατήρα ιστών και μόνιμου ενθέματος. Το μόνιμο διατατό ένθεμα αποτελείται από ένα εξωτερικό χώρο που προοδευτικά πληρούται από φυσιολογικό ορό (διατατήρας ιστών) και ένα εσωτερικό χώρο που περιέχει σιλικόνη (μόνιμο ένθεμα). Αυτού του είδους ενθεμάτων έχουν το σημαντικό πλεονέκτημα ότι δεν απαιτείται δεύτερη χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση και αντικατάστασή τους με μόνιμο ένθεμα σιλικόνης ή φυσιολογικού ορού.

Η αποκατάσταση με ενθέματα έχει ένδειξη σε περιπτώσεις απλής ή τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής που διατηρείται ακέραιος ο μείζων θωρακικός μυς και στις περιπτώσεις που υπάρχει σχετική επάρκεια δέρματος. Μειονέκτημά τους θεωρείται η αδυναμία εξασφάλισης ικανοποιητικού αποτελέσματος σε μεγάλους μαστούς καθώς και της φυσιολογικής πτώσης του μαστού. Το μεγαλύτερο πρόβλημα των ενθεμάτων μαστού παραμένει η ανάπτυξη αντιδραστικού ινώδους συνδετικού ιστού (κάψας) γύρω από το ένθεμα που δεν θεωρείται επιπλοκή καθώς αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού για να απομονώσει το ξένο σώμα δηλαδή το ένθεμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η κάψα δεν προκαλεί σοβαρά προβλήματα ή ιδιαίτερα έντονα συμπτώματα. Τα ενθέματα μαστού προσφέρουν εύκολη και συχνά ικανοποιητική λύση ανακατασκευής του μαστού σε ασθενείς με ολιγότερες

απαιτήσεις, ιδιαίτερα αν λάβει κάποιος υπόψη ότι τυχόν ατέλειες και ασυμμετρίες εύκολα μπορεί να καλυφθούν από τον στηθόδεσμο.^{25,26,44}

Τα ενθέματα σιλικόνης που χρησιμοποιούνται από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι έχουν κάποια σχέση με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ή καρκίνου σε κάποιο άλλο σημείο του σώματος. Το 1992 ο Αμερικάνικος Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων(FDA) απαγόρευσε την εφαρμογή ενθεμάτων μαστού που περιέχουν υγρή σιλικόνη, με το αιτιολογικό ότι δεν είχαν προηγηθεί όλες οι απαραίτητες κλινικές εργασίες από τις κατασκευάστριες εταιρείες που να απέκλειαν την πιθανότητα καρκινογένεσης στις ασθενείς στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν αυτά τα ενθέματα. Στα μέσα του 1994 αναιρέθηκε από το FDA η απόφαση του 1992 με αποτέλεσμα να επιτραπεί η εκ νέου χρησιμοποίησή τους σε επεμβάσεις αποκατάστασης του μαστού καθώς και σε περιπτώσεις αύξησης του φυσιολογικού όγκου των μαστών, δηλαδή για αισθητικούς λόγους μόνον σε ερευνητική βάση και βάσει πρωτοκόλλου. Στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο κόσμο τα ενθέματα μαστού που περιέχουν σιλικόνη ουδέποτε έπαυσαν να χρησιμοποιούνται, καθώς ο περιορισμός αφορούσε μόνον τις ΗΠΑ.^{25,26,44}

Η ρήξη του ενθέματος είναι σπάνια. Μετά από αρκετά χρόνια συνήθως περισσότερα από 10-15 χρόνια, έχει παρατηρηθεί σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών διαφυγή σιλικόνης χωρίς να υπάρχει ρήξη του περιβλήματος του ενθέματος, η οποία όμως δεν προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα υγείας. Η διαφυγή σιλικόνης περιορίζεται μέσα στο συνδετικό ιστό της κάψας που περιβάλλει το ένθεμα, χωρίς όμως να αποκλείεται η μετανάστευση της ακόμη και σε μακρινά σημεία του σώματος, με αποτέλεσμα την εκδήλωση αντίδρασης προς ξένο σώμα και την πρόκληση φλεγμονώδους αντίδρασης και ανάπτυξης ινώδους ιστού. Η κυκλοφορία σιλικόνης στον ανθρώπινο οργανισμό δεν είναι επιβλαβής αν αναλογισθεί κανείς ότι τα ποσά σιλικόνης που εισέρχονται στον οργανισμό μας με τις τροφές, τα καλλυντικά και τα φάρμακα μπορεί να υπερβαίνουν αυτά που προέρχονται από πιθανή διαφυγή σιλικόνης από το ένθεμα. Η μαστογραφία αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για την έγκαιρη διάγνωση της διαφυγής ή ρήξης του ενθέματος και για την διαφορική διάγνωση από τυχόν υποτροπή της νόσου²⁹. Επίσης, ο έλεγχος της ακεραιότητας του ενθέματος μπορεί να γίνει με μαγνητική τομογραφία και με υπερηχογράφημα.^{26,44}

Μερικές γυναίκες παραπονούνται μετά την τοποθέτηση των ενθεμάτων σιλικόνης για αρθραλγίες, μυαλγίες, μυϊκή αδυναμία³². Πριν μερικά χρόνια είχε διατυπωθεί η άποψη ότι τα ενθέματα σιλικόνης ενδεχόμενα να ευθύνονται για την εμφάνιση αυτοάνοσων νοσημάτων του συνδετικού ιστού όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο ερυθρελάτης, ο λύκος, το σκληρόδερμα. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί οποιαδήποτε συσχέτιση των ενθεμάτων σιλικόνης και παθήσεων του συνδετικού ιστού³³. Παρ' όλα αυτά σε ασθενείς με διαγνωσμένη νόσο του συνδετικού ιστού είναι προτιμότερο να αποφεύγονται ενθέματα σιλικόνης και άντ' αυτών να χρησιμοποιούνται ενθέματα μαστού που περιέχουν φυσιολογικό ορό.^{26,44}

Διατατήρες ιστών(tissue expanders):

Ο διατατήρας ιστών είναι είδος ασκού από περίβλημα σιλικόνης που προοδευτικά πληρούται με φυσιολογικό ορό διαμέσου μιας βαλβίδας (port). Η βαλβίδα είτε είναι ενσωματωμένη στην πρόσθια επιφάνεια του διατατήρα είτε τοποθετείται υποδόρια και συνδέεται με τον διατατήρα με ένα πλαστικό σωλήνα.

Οι διατατήρες ιστών χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει επάρκεια δέρματος στο θωρακικό τοίχωμα με αποτέλεσμα να κρίνεται απαραίτητη η διάταση των μαλακών μορίων του πρόσθιου ημιθωρακίου με σκοπό τη δημιουργία του κατάλληλου ανατομικού χώρου μέσα στον οποίο θα τοποθετηθεί ευκολότερα το μόνιμο ένθεμα μαστού. Ο διατατήρας ιστών τοποθετείται σε θήκη που δημιουργείται κάτωθεν του μείζονος θωρακικού μυός και του πρόσθιου οδοντωτού μυός.^{26,44}

Η πλήρωση του διατατήρα με φυσιολογικό ορό αρχίζει 2-3 εβδομάδες μετά την τοποθέτησή του στην θήκη στο πρόσθιο ημιθωράκιο, όταν ήδη θα έχει επουλωθεί πλήρως το χειρουργικό τραύμα. Η διαδικασία της πλήρωσης του διατατήρα ιστών με φυσιολογικό ορό συμπληρώνεται μέσα σε χρονικό διάστημα 4-6 εβδομάδων, ανάλογα με το βαθμό της επιθυμητής διάτασης. Η αφαίρεση και αντικατάσταση του διατατήρα ιστών από το μόνιμο ένθεμα μαστού, γίνεται 2-3 μήνες μετά την συμπλήρωση της διάτασης του διατατήρα ιστών. Με αυτήν την τεχνική απαιτούνται συχνές, ανά εβδομάδα, επισκέψεις στο ιατρείο μέχρις ότου επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, γεγονός που μπορεί να διαταράξει την φυσιολογική ζωή της ασθενούς. Επίσης, είναι δυνατόν κατά την διάρκεια της πλήρωσης με φυσιολογικό ορό, η ασθενής να αισθάνεται πόνο, που αντιμετωπίζεται εύκολα με αναλγητικά. Θα πρέπει

η ασθενής να ενημερώνεται ότι για κάποιο χρονικό διάστημα θα πρέπει να περιορίσει μερικές από τις αθλητικές δραστηριότητες της και ότι δεν θα μπορεί να φορά ορισμένα ρούχα. Επίσης, λόγω της υπερδιάτασης του διατατήρα, είναι δυνατόν η ασθενής να παρουσιάζει κάποιου βαθμού σωματική ασυμμετρία μέχρι την τελική αποκατάσταση.^{26,44}

Η αποκατάσταση του μαστού με διατατήρες ιστών έχει τα ακόλουθα σημαντικά πλεονεκτήματα:

α. η ανακατασκευή γίνεται με δέρμα που έχει ίδιο πάχος, υφή και χροιά προς τον ετερόπλευρο υγίη μαστό.

β. δίνει καλύτερα αισθητικά αποτελέσματα από ότι τα συνήθη ενθέματα μαστού, ακόμη και σε ασθενείς με σχετικά μεγάλους μαστούς,

γ. αποφεύγονται οι πρόσθετες μετεγχειρητικές ουλές που παρατηρούνται στην αποκατάσταση με μυοδερματικούς κρημνούς,

δ. η ανακατασκευή με διατατήρες ιστών είναι περισσότερο εύκολη και απλή στην εκτέλεση, χωρίς να απαιτείται υψηλή εξειδίκευση όπως στις αποκαταστάσεις με μυοδερματικούς κρημνούς,

ε. οι επιπλοκές που ενδεχόμενα να εμφανισθούν αντιμετωπίζονται σχετικά εύκολα, χωρίς να θέτουν άμεσα σε κίνδυνο τη ζωή της ασθενούς ή να έχουν άλλες σοβαρές συνέπειες στη γενικότερη υγεία της.

Η τεχνική αποκατάστασης του μαστού με την βοήθεια διατατήρα ιστών που τοποθετείται κάτωθεν των μυών και που στην συνέχεια αντικαθίσταται με 2^η χειρουργική επέμβαση από κάποιο μόνιμο ένθεμα μαστού, αποτελεί σήμερα την πλέον δημοφιλή και ευρέως διαδεδομένη μέθοδο ανακατασκευής του μαστού.^{26,44}

Αποκατάσταση με μυοδερματικούς κρημνούς:

Ο μυοδερματικός κρημνός του πλατέος ραχιαίου μυός(Bostwick 1977)³⁴ ήταν ο συχνότερα χρησιμοποιούμενος κρημνός για την ανακατασκευή του μαστού μέχρι την έλευση του μυοδερματικού κρημνού του ορθού κοιλιακού μυός(Hartrampf 1982)³⁵.

Ο πλατύς ραχιαίος μυοδερματικός κρημνός χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που υπάρχει σημαντικό έλλειμμα ιστών στο θωρακικό τοίχωμα, όπως συμβαίνει μετά από ριζική μαστεκτομή που σήμερα όμως σπάνια εφαρμόζεται, όταν το δέρμα του θώρακα έχει ακτινοβοληθεί καθώς και σε κάθε περίπτωση που έχει αποτύχει ο εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός (TRAM flap), υπάρχουν ουλές στην κοιλιά ή η κακή κατάσταση της υγείας της ασθενούς δεν επιτρέπει την εφαρμογή κρημνού από την κοιλιά (TRAM flap). Ο κρημνός του πλατέος ραχιαίου μυός έχει μικρό μόνο όγκο και για αυτό απαιτείται η τοποθέτηση κάτω από τον μυ ενθέματος σιλικόνης για να εξασφαλισθεί η ικανοποιητική προβολή του ανακατασκευασθέντα μαστού. Σήμερα αυτός ο κρημνός αν και εξακολουθεί να θεωρείται ένας πολύ αξιόπιστος τρόπος ανακατασκευής του μαστού, έχει παύσει να χρησιμοποιείται τόσο ευρέως όσο παλαιότερα, και κυρίως στις ΗΠΑ, διότι θεωρείται ότι συγκεντρώνει τα μειονεκτήματα τόσο των ενθεμάτων σιλικόνης όσο και της αποκατάστασης με αυτόλογους ιστούς (μυοδερματικούς κρημνούς).^{26,44}

Πλεονεκτήματα του κρημνού είναι: 1. Λίγες μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως νέκρωση της κορυφής του κρημνού, συλλογή ορώδους υγρού στην δότρια περιοχή 2. Μικρή απώλεια αίματος 3. Ταχεία ανάρρωση

Μειονεκτήματα του κρημνού είναι: 1. Ουλή στην ράχη 2. Μεγάλη επέμβαση που διαρκεί σχεδόν όσον και ο μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός 3. Ανάγκη αλλαγή της θέσης της ασθενούς κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Το σημαντικό πλεονέκτημα του εγκάρσιου μυοδερματικού κρημνού του ορθού κοιλιακού μυός (TRAM flap) είναι ότι επιτυγχάνεται η ανακατασκευή του μαστού εξ ολοκλήρου με αυτόλογο ιστό χωρίς την ανάγκη χρησιμοποίησης ενθέματος. Το αισθητικό αποτέλεσμα του καινούργιου μαστού είναι εξαιρετικό και επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή συμμετρία με τον ετερόπλευρο μαστό. Επίσης, ταυτόχρονα με την ανακατασκευή του μαστού απαλλάσσεται η ασθενής από την περίσσεια δέρματος-λίπους που υπάρχει κάτωθεν του ομφαλού, αφού αυτός είναι ο ιστός που αγγειοδύμενος από τα άνω επιγάστρια αγγεία θα μεταφερθεί προς τα πάνω για τη δημιουργία του καινούργιου μαστού.

Μειονεκτήματα του μυοδερματικού κρημνού του ορθού κοιλιακού μυός είναι:

α. η σχετική δυσκολία της χειρουργικής επέμβασης και η παράταση του χειρουργικού χρόνου.

β. ενδεχομένως να απαιτηθεί μετάγγιση αίματος,

γ. αυξάνεται ο χρόνος νοσηλείας και ανάρρωσης της ασθενούς,

δ. υπάρχει πάντοτε η πιθανότητα νέκρωσης μέρους του κρημνού και

ε. μπορεί μετά την εγχείρηση να εμφανισθεί κήλη λόγω της εξασθένησης των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο εγκάρσιος μυοδερματικός κρημνός του ορθού κοιλιακού μυός δεν μπορεί να εφαρμοσθεί όταν υπάρχουν ουλές από παλαιότερες εγχειρήσεις στην κοιλιά και κυρίως γύρω από τον ομφαλό. Επίσης, είναι επικίνδυνο να εφαρμοσθεί σε περιπτώσεις που η ασθενής είναι βαριά καπνίστρια, πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη ή είναι παχύσαρκη, διότι σε αυτές τις περιπτώσεις αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών και κυρίως νέκρωσης του κρημνού. Το ίδιο ισχύει και για τις ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά συστηματικά νοσήματα όπως καρδιοπάθεια,

χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αρτηριακή υπέρταση.^{26,44}

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΘΗΛΗΣ

Η αποκατάσταση της θηλής και της άλω γίνεται 3-4 μήνες μετά το πέρας των επεμβάσεων ανακατασκευής του μαστού. Το χρονικό αυτό διάστημα θεωρείται απαραίτητο για να σταθεροποιηθεί ο καινούργιος μαστός στην θέση του και να επιτευχθεί η συμμετρία μεταξύ των δύο μαστών.

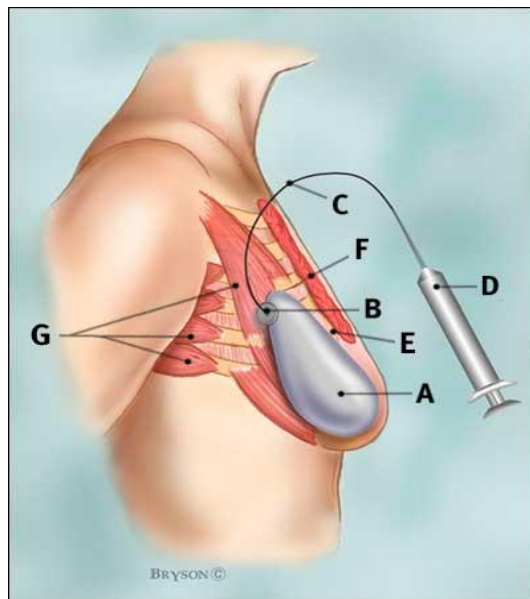
Η εγχείρηση γίνεται με Τοπική ή Γενική Αναισθησία. Για τη δημιουργία καινούργιας θηλής υπάρχουν οι ακόλουθοι τρόποι:

- Λήψη τμήματος της θηλής από τον ετερόπλευρο υγιή μαστό εφόσον αυτή είναι υπερτροφική και η τοποθέτηση του με την μορφή μοσχεύματος στον ανακατασκευασθέντα μαστό (sharing technique)
- Δημιουργία θηλής με τοπικό/τοπικούς κρημνούς

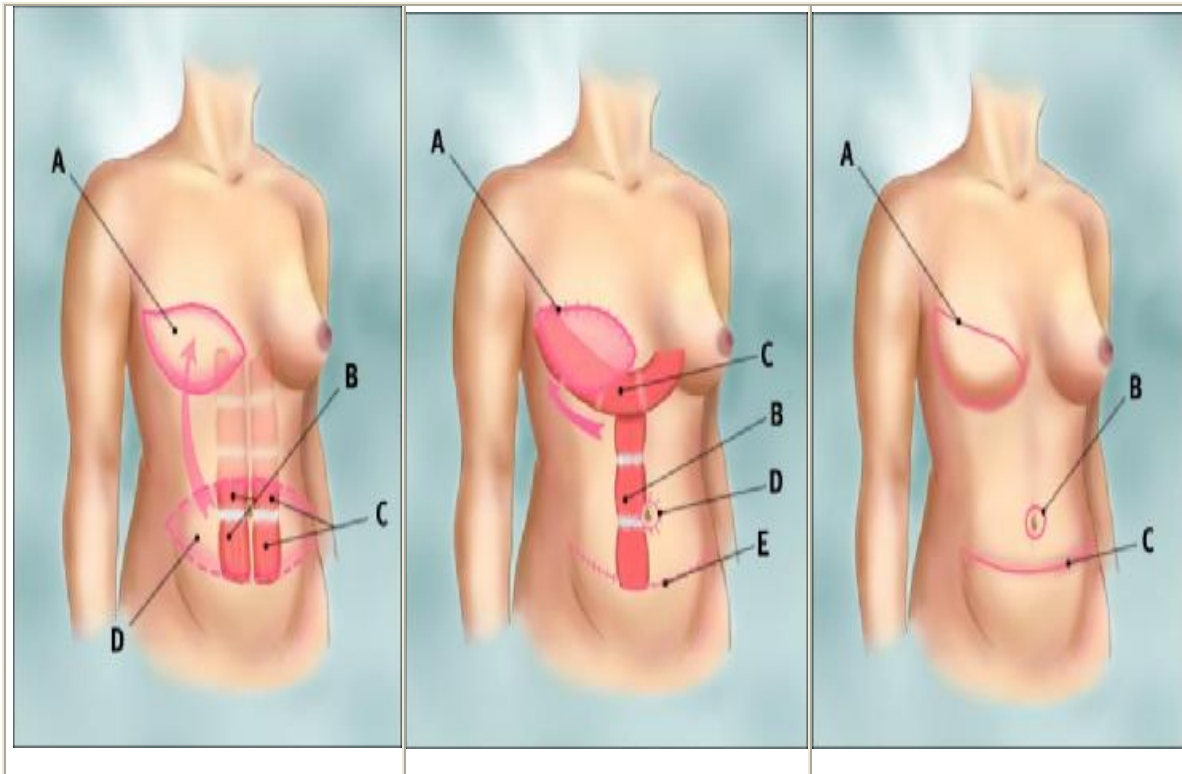
- Λήψη τμήματος του λοβίου του αυτιού και η τοποθέτηση του με την μορφή “σύνθετου μοσχεύματος” στον ανακατασκευασθέντα μαστό

Η αποκατάσταση της άλω γίνεται με δερματικό αυτομόσχευμα ολικού πάχους που λαμβάνεται από τη βουβωνική περιοχή, τη γλουτιαία αύλακα, τα μεγάλα χείλη του αιδοίου σε πολύ μελαχρινά άτομα ή ακόμη από την ετερόπλευρη άλω εφόσον αυτή έχει μεγάλη διάμετρο. Αντί της μεταμόσχευσης δέρματος, το σκούρο χρώμα της άλω μπορεί να επιτευχθεί και με δερματοστιξία (tattoo). Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης για τη δημιουργία καινούργιας θηλαίας άλω είναι δυνατό να γίνουν ταυτόχρονα και διάφορες άλλες διορθωτικές επεμβάσεις για την βελτίωση της συμμετρίας των μαστών ή για την αντιμετώπιση των δύσμορφων ουλών.^{25,44}

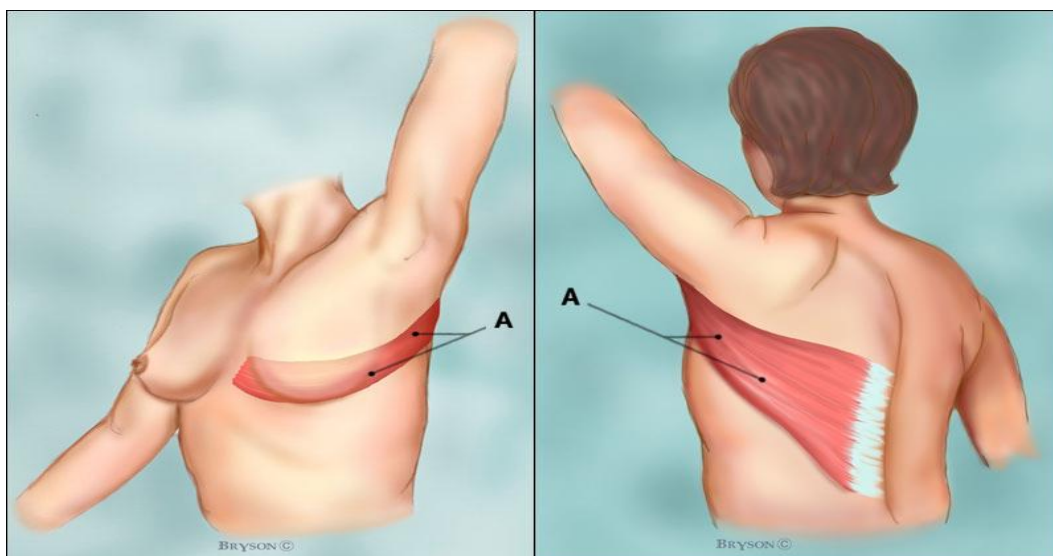
ΕΜΦΥΤΕΥΜΑ ΣΙΛΙΚΟΝΗΣ:



Αποκατάσταση TRAM



Αποκατάσταση με κινητοποίηση κρημνού πλατέος ραχιαίου



9.4. Η ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η εμπειρία του καρκίνου του μαστού πολλές φορές δίνει το έναυσμα στις γυναίκες να αναθεωρήσουν τις προτεραιότητές τους και να δουν τη ζωή από άλλη οπτική γωνία. Είναι πολύ πιθανό να αναλογισθείτε γιατί σας συνέβη αυτό, τι θα γίνει στο μέλλον, ποιος είναι ο σκοπός της ζωής σας. Μπορεί ακόμα να παρατηρήσετε αλλαγές στον τρόπο που σκέφτεστε και αντιλαμβάνεστε τα πράγματα, τί θεωρείτε ουσιαστικό και τί όχι. Μην σας φοβίζουν οι αλλαγές αυτές. Σκεφτείτε θετικά και αξιοποιήστε ουσιαστικά την κάθε μέρα. Κάντε σχέδια για το μέλλον, ονειρευτείτε τι άλλο θέλετε να πετύχετε στη ζωή σας και πραγματοποιήστε το.^{26,45}

9.4.1 Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Οι περισσότερες γυναίκες που αντιμετώπισαν τον καρκίνο του μαστού, βιώνουν μια διαρκή αγωνία και ανασφάλεια για πιθανή μελλοντική υποτροπή. Φοβούνται ότι τότε, τα πράγματα θα είναι πιο δύσκολα, σκέφτονται ότι θα πρέπει να ξαναπεράσουν από τις ίδιες θεραπείες και ότι τα περιθώρια στενεύουν. Ο φόβος αυτός έχει λογική βάση, καθώς όντως η υποτροπή είναι ένα από τα πιθανά σενάρια, όπως όμως πιθανό σενάριο είναι να μην ξαναεμφανιστεί η νόσος πότε. Για να αισθανθείτε καλύτερα, κάντε ό,τι περνάει από το χέρι σας ώστε να μειώσετε τις πιθανότητες εμφάνισης της. Να είστε τυπική στις καθιερωμένες εξετάσεις σας και να ακολουθείτε τις οδηγίες που σας έχουν δώσει οι ιατροί σας. Ελέγξτε το σώμα σας τακτικά, ακολουθήστε μια υγιεινή διατροφή και ασκηθείτε. Προσέξτε την υγεία σας, σωματική και ψυχική, προφυλάξτε τον εαυτό σας και κάνετε πράγματα που σας ευχαριστούν. Σκεφτείτε αισιόδοξα και θετικά. Αν νιώθετε την ανάγκη, συζητήστε τις σκέψεις σας με τον/την ιατρό σας, ένα ψυχολόγο υγείας, έναν σύμβουλο, ή τα αγαπημένα σας πρόσωπα.²⁶

9.4.2. ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Πολλές γυναίκες επιλέγουν να συνεχίσουν να εργάζονται παράλληλα με τη θεραπεία τους, καθώς θεωρούν ότι με το να διατηρούν τις καθημερινές δραστηριότητες τις βοηθά να εξισορροπήσουν τις αλλαγές που προέκυψαν από τη διάγνωση. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να λάβετε υπόψη ότι πρέπει να είστε συνεπείς στις απαιτήσεις της θεραπείας, γεγονός που επιβαρύνει το καθημερινό σας πρόγραμμα. Παράλληλα, ενδέχεται, τις πρώτες τουλάχιστον ημέρες, κάποιες παρενέργειες της θεραπείας να δυσκολεύουν την ικανότητα συγκέντρωσης και κατά συνέπεια την αποδοτικότητα.

Για να διευκολυνθείτε λοιπόν στην προσπάθεια σας αυτή:

Ρωτήστε τον ιατρό σας κατά πόσο η θεραπεία με τις παρενέργειες της θα σας επιτρέψουν να εργαστείτε.

Ενημερώστε τον εργοδότη σας για τα καινούρια δεδομένα της ζωής σας και τις ανάγκες σας, με σκοπό να καταλήξετε σε κάποιες ενδιάμεσες λύσεις, όπως πιο ευέλικτο ωράριο και μειωμένο φόρτο εργασίας. Εξηγήστε του ότι, παρά τις καινούριες συνθήκες στη ζωή σας, εσείς θέλετε, στον βαθμό που μπορείτε, να συνεχίσετε να προσφέρετε από τη θέση που κατέχετε ως εργαζόμενη και γι' αυτό και του ζητάτε και τη συνδρομή του σε αυτό. Κάποιες διευκολύνσεις, τις οποίες θα μπορούσατε να συζητήσετε με τον εργοδότη σας είναι:

Μειωμένο ή ευέλικτο ωράριο εργασίας

Προσωρινή μείωση ή αλλαγή του εργασιακού σας φόρτου

Δυνατότητα εργασίας από το σπίτι, όταν δεν αισθάνεστε ότι μπορείτε να πάτε στη δουλειά σας

Βοήθεια για ό,τι προκύπτει κατά τη διάρκεια της απουσίας σας

Δυνατότητα μεγαλύτερων διαλειμμάτων από το σύνηθες

Ένα γραφείο κοντά στο παράθυρο, ώστε να έχετε καθαρό αέρα, και μακριά από το κυλικείο ή τις τουαλέτες, ώστε να αποφεύγετε έντονες μυρωδιές.

Πέραν της ενημέρωσης του εργοδότη σας, τίθεται και το ζήτημα του αν θα μιλήσετε και στους συναδέλφους σας. Αυτή η επιλογή είναι αυστηρά προσωπική και επηρεάζεται από την φύση της εργασίας ή την προηγούμενη σχέση σας μαζί τους. Οι πιθανές αντιδράσεις τους μπορεί να ποικίλουν από την παροχή υποστήριξης σε εσάς έως την πλήρη αδιαφορία. Όπως και με τους οικείους σας κι εδώ θα πρέπει να ξεκαθαρίσετε το αν και το πώς πιθανά να χρειαστεί να αλλάξουν παροδικά κάποια πράγματα, ποιες είναι οι καινούριες σας ανάγκες, καθώς και το πώς μπορεί να συμβάλλει ο καθένας στην προσπάθειά σας αυτή. Στα άτομα δε που δεν είναι διατεθειμένα να σας βοηθήσουν, ζητήστε τους την κατανόηση και την υπομονή τους τουλάχιστον για το διάστημα αυτό. Σε κάθε περίπτωση πάντως, να θυμάστε ότι ο εργοδότης σας δε μπορεί να σας απολύσει, να σας αλλάξει θέση ή αρμοδιότητες, με το αιτιολογικό ότι πάσχετε από καρκίνο. Η εργατική νομοθεσία του ελληνικού κράτους σας διασφαλίζει από τέτοιες αυθαιρεσίες.^{26,45}

Σήμερα, οι περισσότερες γυναίκες που αρρωσταίνουν κάποια στιγμή από καρκίνο του μαστού, καταφέρνουν και ξεπερνούν το πρόβλημα υγείας τους και συνεχίζουν κανονικά την ζωή. Μια τέτοια εμπειρία δεν ξεχνιέται ποτέ και την κουβαλούν σε όλη τους την ζωή. Έχουν μάθει όμως από αυτή ότι τη ζωή αξίζει να την ζεις μέρα με τη μέρα και ότι η ευτυχία βρίσκεται στις μικρές καθημερινές χαρές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

10.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τα γενικότερα συμπεράσματα που βγαίνουν αν κοιτάξεις την εργασία αυτή είναι :
Γεννήστε νωρίς, αν γίνεται, θηλάστε τα μωρά σας πάνω από τέσσερις μήνες και τρώτε κάθε μέρα αρκετά φρέσκα φρούτα και σαλατικά.

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

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

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

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

Μάθετε αν ανήκετε στις ομάδες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού.

Μην επαναπαύεστε αν δεν ανήκετε και μην αγχώνεστε υπερβολικά αν ανήκετε, εκτός κι αν έχετε τη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA-1 και / ή BRCA-2, οπότε απαιτείται άμεση κινητοποίηση.

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

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

Και δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Α.Β

ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 51

Ο ασθενής είναι θήλυ, ετών 51. πάσχει από αδενοκαρκίνωμα μαστού χειρουργηθέν, με υπολειπόμενη νόσο στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και υπέρ κλειδιούς.

Προ δεκαετίας 1999 εμφάνισε σκλήρυνση κατά πλάκας. Η ασθενής περιγράφει με προθυμία και ακρίβεια όλα τα σημαντικά γι' αυτήν γεγονότα που αφορούν την κατάσταση της υγείας της από την ημέρα της διάγνωσης της ΣΚΠ μέχρι και σήμερα. Αξίζει να αναφέρουμε την οικογενειακή της κατάσταση. Είναι παντρεμένη με ένα γιο 23 ετών. Πριν την διάγνωση της ΣΚΠ, ήταν άτομο με έντονη κοινωνική ζωή που ταξίδευε, ζωγράφιζε και γυμναζόταν. Επίσης θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι συνείσφερε οικονομικά στην οικογένεια της αφού εργαζόταν σαν εφοριακός. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι μη καπνίστρια, αλλά πολλές φορές να αντεπεξέλθει σε προβλήματα και δυσκολίες κατέφευγε στο ποτό.

Μετά τη διάγνωση της ΣΚΠ η ζωή της άλλαξε ριζικά. Αναγκάστηκε να διακόψει ορισμένες από τις συνήθειές της εξαιτίας των προβλημάτων που εμφάνισε η υγεία της: ημιπάρεση δεξιού κάτω άκρου, τρόμος χεριών, διαταραχές στην αισθητικότητα και στην όραση της όπως διπλωπία και σκότωμα, ακράτεια ούρων και δυσκοιλιότητα. Για την ΣΚΠ λαμβάνει συμπτωματική αγωγή και κατά τις κρίσεις λαμβάνει κορτιζόνη. Η παρούσα νόσος τη βρίσκει σε μια ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση εξαιτίας της νόσου που την ταλανίζει μια δεκαετία τώρα. Μέσα σε μια δεκαετία κτυπήθηκε από δυο ανιάτες ασθένειες. Η ίδια όπως μας τόνισε θέλει να γνωρίζει τα πάντα για την νόσο, τη θεραπεία που ακολουθεί και για να βοηθήσει την οικογένεια της, όσο μπορεί σε περίπτωση που δεν υπάρχουν θετικές εξελίξεις στην πορεία της ασθένειάς της. Χαρακτηριστικά ανέφερε πως στήριξε τον σύζυγο της τώρα που νοσούσε γιατί ο ίδιος έχει πιο αδύναμο χαρακτήρα σε σχέση με εκείνη. Για την παρούσα νόσο αδενοκαρκίνωμα μαστού υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση ριζικής αφαιρέσεις μαστού και μασχαλιαίων λεμφαδένων τον Απρίλιο του 2009 και για την υπολειπόμενη νόσο λαμβάνει ΧΜΘ από τον Ιούνιο του 2009. το ΧΜΘκό σχήμα που λαμβάνει ονομάζεται κυκλοφωσφαμίδη (endoxan) 1000mg και είναι

- 1) Dexaton 8mg σε 100 cm³ 0.9 NaCl σε 30' iv bolus

- 2) Emend 125 1-3^η μέρα peros.
- 3) Kytril 3mg να το πάρει iv bolus σε 30' πριν την ΧΜΘ
- 4) Uromitexan 400mg iv bolus
- 5) Κυκλοφωσφαμίδη Edoxan το ανασυσταθέν endoxan το χορηγούμε σε 500 cc 0.9 NaCl να το πάρει η ασθενής iv bolus σε 2 ώρες
- 6) Doxorubicin 100mg σε 250cc 0.9 NaCl να το πάρει η ασθενής iv bolus σε 30'
- 7) Uromitexan 400mg iv bolus
- 8) Neulasta 1 amp I.C. 24- 48 ώρες μετά το τέλος της ΧΜΘ.

και γίνεται σε 6 κύκλους ανά 28 μέρες ο καθένας. Όταν είναι να λάβει το ΧΜΘκό σχήμα της χορηγούνται και τα εξής φάρμακα: ρανιτιδίνη υδροχλωρική (zantac), σιταλοπράμη (serogram- αντικαταθλιπτικό), διμενυδρινάτη (vertico – vomex – αντιεμετικό), συμπληρώματα βιταμινών (enviol - neurobion).

Εντοπίζοντας τα μέρη του σώματος στα οποία εμφανίζεται η νόσος μπορούμε να εντοπίσουμε το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται η ασθενής. Λόγω του ότι έχει εμφανίσει απομακρυσμένες μεταστάσεις στο ήπαρ, συγκεκριμένα στην κάψα του ήπατος , σύμφωνα με την σταδιοποίηση της νόσου ανήκει στο τελευταίο IV στάδιο. Μελετώντας την ολική 5ετή επιβίωση σύμφωνα με μελέτες μέχρι το 2003, η ασθενής έχει 5% πιθανότητα επιβίωσης. Ουσιαστικά με την πρόγνωση της εξέλιξης της νόσου καθορίζουμε και το λόγο που γίνεται η θεραπεία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η θεραπεία γίνεται με στόχο την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

Αναφερόμενη στην ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς πριν από το ΧΜΘκό σχήμα η ασθενής μας είπε ότι προσμένει με αγωνία το κάθε σχήμα παρόλο που ισχυρίζεται ότι είναι απλώς θεατής και προετοιμάζεται ψυχολογικά κόβοντας τα μαλλιά της.

Μετά το ΧΜΘκό σχήμα και κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο και με την επιστροφή της στο σπίτι εμφανίζει τις εξής παρενέργειες : αλωπεκία, ανορεξία, ναυτία, αδυναμία – κόπωση, ξηροστομία, εμέτους. Ο πόνος που είναι συχνό πρόβλημα ευτυχώς όπως αναφέρει δεν τον αισθάνεται, ούτε κατά την διάρκεια της χορήγησης του φαρμάκου αλλά ούτε και με την επιστροφή της στο σπίτι. Για να αντιμετωπίσει τους έντονους εμέτους λαμβάνει αντιεμετικά φάρμακα (primperan).

ΟΒΛΗΜΑ ΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Σ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
αταραχή θρέψης ο σχετίζεται με ωμένη πρόσληψη ό το στόμα λόγω ορεξίας , κ θήμα αδυναμίας	Η αποκατάσταση της πρόσληψης τροφής από το στόμα	Κάλυψη των αναγκών της ασθενούς με ενδοφλέβια χορήγηση, προγραμματίζουμε συχνή λήψη τροφής λίγο κ κάθε λίγο	Χορηγούμε 1 amp mag2 και 1 tab neurobion με ιατρική οδηγία, Φροντίζουμε να παίρνει όσο είναι στο νοσοκομείο τροφές που της αρέσουν	Η ασθενής νιώ λιγότερη αδυναμ κ λίγο καλύτερα σχέση με το αίσθη ανορεξίας
αταραχή εννογόνου ήματος που επίζονται με οστομία	Η αποκατάσταση του βλεννογόνου του στόματος	Λέμε στην ασθενή να αποφεύγει τα όξινα διαλύματα και τα στοματικά διαλύματα με αλκοόλ	Ενθαρρύνουμε την ασθενή να πίνει νερό αν αυτό επιτρέπεται λόγω της καταστάσεις της, να λιπαίνει τα χείλι της με βαζελίνη, κ να αναπνέει από την μύτη.	Η ασθενής δηλώ ότι το αίσθημα ξηροστομίας έ μειωθεί.
ασθενείς απονιέται για σκωλιότητα	Η μειώσει του αισθήματος πληρότητας της δυσκοιλιότητας	Προγραμματίζουμε χορήγηση υπακτικού φαρμάκου για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας .	Χορήγηση υπακτικού φαρμάκου dufalac με ιατρική οδηγία	η ασθενής ενεργήθη την επόμενη μέ ικανοποιητικά
ασθενής απονιέται για	Η εξάλειψη του πόνου στο	χορήγηση φάρμακου για την καταπολέμηση του πόνου	Χορήγηση tab. Zantac και χορήγηση I.V	Μετά από 2 ώ νιώθει σχεδόν καλά

λο στο στομάχι, τάση προς εμετό	στομάχι , κ της τάσης προς εμετό	στο στομάχι κ της τάσης προς εμετό	amp. Primperan με ιατρική οδηγία	
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Όνομα ασθενούς: Π.Ν

Ηλικία ασθενούς: 68 ετών.

Η ασθενής μας στην παρούσα κατάσταση είναι σε μια ιδιαίτερη ψυχολογική κατάσταση, η νόσος αυτή την ταλανίζει μια δεκαετία τώρα. Μέσα σε μια δεκαετία κτυπήθηκε δυο φορές από την ανίατη ασθένεια του καρκίνου του μαστού το Αύγουστο του 2000 έκανε μερική μαστεκτομή σε Ca μαστού χωρίς αφαίρεση των σύστοιχων λεμφαδένων. Όμως η ασθενής μας μαζί με το ca μαστού κάνει και πλευριτική συλλογή δεξιά έκανε ΧΜΘκό σχήμα με επιρουμπικίνη FEC100mg για 6 κύκλους κάθε 20 μέρες. Το Μάρτιο του 2007 έκανε πλευριτική συλλογή κ ξανά βιοψία μαστού και ως το τέλος του 2007 υποβλήθηκε σε θεραπεία με Taxofere και Femara 1x1. από τον Φεβρουάριο του 2008 της χορηγείται το ΧΜΘκό σχήμα Herceptin 6mg /kg/21 days. Η ίδια όπως πρέπει να επισημάνουμε δεν γνωρίζει για την νόσο που έχει απλά πιστεύει πως είχε καλοήγη καρκίνο μαστού κ το έχει ξεπεράσει, τη θεραπεία που ακολουθεί την γνωρίζουν τα παιδιά της, όσο περνάει ο καιρός όλο και πιο συχνά έρχεται για θεραπεία της δύσπνοιας που έχει λόγω της πλευριτικής συλλογής.

Κατά τη λήψη του ιστορικού ανέφερε ότι τον τελευταίο καιρό αισθάνεται πόνο στην δεξιά πλευρά και παρουσιάζει ανορεξία, κόπωση, , δύσπνοια και απώλεια βάρους. Και ο γιατρός της συνέστησε εξαρχής Ct πνευμόνων γιατί φοβάται τυχών μετάσταση. Τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας και ξεκίνησε η χορήγηση του σχήματος.

ΟΒΛΗΜΑ ΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
αταραχή θρέψης – ορεξία, κ αίσθημα πείνας.	Η αποκατάσταση της πρόσληψης τροφής και η ανάκτηση δυνάμεων.	Κάλυψη των αναγκών της ασθενούς με χορήγηση βιταμινών , παροτρύνουμε συχνή λήψη τροφής λίγο κ κάθε λίγο	Χορηγούμε 1 amp mag2 και 1 tab neurobion με ιατρική οδηγία, Φροντίζουμε να παίρνει όσο είναι στο νοσοκομείο τροφές που της αρέσουν, κ της λέμε να συνεχίσει κ στο σπίτι	Η ασθενής νιώ λιγότερη αδυναμ κ λίγο καλύτερα σχέση με το αίσθη ανορεξίας
ασθενείς απονιέται για σκωληχίωση	Η μειώσει του αισθήματος πληρότητας της δυσκοιλιότητας	Προγραμματίζουμε χορήγηση υπακτικού φαρμάκου για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας ,	Χορήγηση υπακτικού φαρμάκου με ιατρική οδηγία	η ασθενής ενεργήθη την επόμενη μέ ικανοποιητικά
ασθενής απονιέται για πυρεξία στο στομάχι, κ τάση προς εμετό	Η εξάλειψη του πόνου στο στομάχι , κ της τάσης προς εμετό	χορήγηση φάρμακου για την καταπολέμηση του πόνου στο στομάχι κ της τάσης προς εμετό	Χορήγηση tab. Zantac και χορήγηση I.V amp. Primperan με ιατρική οδηγία	Μετά από 2 ώ νιώθει σχεδόν καλά
ασθενής απονιέται για πυρεξία της πνευμονίας κ πνευμονία	Η αποκατάσταση της αναπνοής κ	Προγραμματίζουμε τοποθέτηση μάσκα αερολύματος για τοποθέτηση φαρμάκου berovent και atrovent 3 φορές την μέρα με ιατρική οδηγία Και η χορήγηση οξυγόνου	Τοποθέτηση μάσκα αερολύματος για τοποθέτηση φαρμάκου berovent και atrovent x3 με ιατρική οδηγία Και χορήγηση οξυγόνου με ρινική	Το αίσθη δύσπνοιας έ περάσει κ η αναπν είναι πιο εύκολη με την θεραπεία με μάσκες..

		με ρινική κάνουλα (γυαλάκια) στα 2lt.	κάνουλα - γυαλάκια στα 2let	
ασθενής απονιέται για λο στην δεξιά υρά	Η μειώσει ή και η εξαλείψει του πόνου	Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Χορήγηση αναλγητικού με ιατρική οδηγία	Τοποθέτηση της ασθενούς σε θέση πλάγια προς τα αριστερά για αρκετή ώρα . Χορήγηση iv pethidine amp 0.05mg	Η ασθενής δηλώ ότι ο πόνος μειώθη και ότι αισθάνε ανακουφισμένη.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σε αυτή την πτυχιακή εργασία παρουσιάστηκε όσο το δυνατόν καλύτερα η αρκετά συχνή νόσος “καρκίνος μαστού”.

Φάνηκε πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού και κυρίως σε ψυχολογικό επίπεδο, καθώς αυτός ανακουφίζει τον ασθενή από τα συμπτώματα και τα προβλήματα της νόσου. Τον διδάσκει πώς να φροντίζει τον εαυτό του και πώς να μάθει να ζει με την νόσο.

Γι’ αυτό το λόγο ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ενημερωμένος για ότι αφορά την πάθηση και τη θεραπεία της έτσι ώστε να μπορεί να άπαντα σε κάθε απορία που μπορεί να έχει η ασθενής. Πρέπει να στηρίζει τον ασθενή τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά αφού η εξέλιξη της νόσου σχετίζεται εκτός από τον τρόπο αντιμετώπισης κ το στάδιο το οποίο έγινε αντιληπτή η κακοήθεια και με την ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς για την έκβαση της κατάστασης της. (άγχος – στεναχώρια - μελαγχολία).



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΤΟΥΣ ΤΟΝΕΙΣ ΜΟΥ ΓΙΑ ΟΤΙ ΕΧΟΥΝ ΚΑΝΕΙ ΓΙΑ
ΜΕΝΑ ΩΣ ΤΩΡΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΚΑΘΗΤΗΤΕΣ ΜΟΥ ΣΤΑ ΤΕΙ.

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ - Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΩΖΕΙ ΖΩΕΣ

ΤΗΝ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΟΥ ΤΗΝ ΑΦΙΕΡΩΝΩ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σχετικά βιβλία , κ άρθρα από το διαδίκτυο κατά σειρά εμφανίσεις στην εργασία.

1. Dr. Robert Bukkman, Dr.Tereza Whittbucker : Καρκίνος του μαστού κ όσα πρέπει να γνωρίζεται. Εκδόσεις Χρυσή Πέννα 2000.
2. [http:// Bestrong org.gr](http://Bestrong.org.gr) (κοινωνική μη κερδοσκοπική οργάνωση φίλων καρκίνου).
3. Lippert H.: «Ανατομική: κείμενο και άτλαντας» - Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1993
4. Dr . Γιάννης Π. Φύσσας – Γενικός χειρουργός και μαστολόγος, (2006) Ο μαστός και οι παθήσεις του. Αθήνα , εκδοτικός οίκος Α.Α. Λιβάνη.
- 5.Αδαμοπουλος Δ.Α.(1980) Ο μαστός σαν όργανο.
6. Adamopoulos d.a., kapolla n. (1984) prolactin, concentration in milk and plasma of puerperal woman and patients with galactorhea J. Endocrinol. Invest. , 7, 273
7. Archer D. F. , (1977) Current concepts of prolactin physiology in normal and abnormal conditions. Fert. Ster., 28, 125
8. Adamopoulos D. A. , Vassilaros S. , Kapolla N. , Papadiamantis J., Georgiacodis F. and Michalakis A. , (1985) Thyroid disease in patients with benign and malignant mastopathy. Cancer, accepted for publication.
9. Frantz A.G. , (1981) The breasts. In : Textbook of Endocrinology (ed. Williams R.H.). Saunders, Philadelphia, p. 400-411
10. Ιατρική στον 21ο American college & physicians αιώνα έκδοσης δομική 1999 .
11. [http:// www.breastcancerhellas.gr](http://www.breastcancerhellas.gr) (Αλμα Ζωής)
12. Λάγιου 2000 744 A – archives of Hellenic medicine 2008, 25(6) : 742-748
13. <http://www.cancerresearch.uk> deaths and mortality of breast cancer uk 2007
14. <http://www.breast cancer .org> breast cancer statistics.
15. [http:// www.medlook.com](http://www.medlook.com)
16. Alcohol, tobacco and breast cancer should alcohol be condemned and tobacco acquitted. 2002 British journal of cancer 11. 1195-1196
17. Tamimi RM. Byrne c baer hj Rosner b , schittis j. Connolly jl. Coldits GA bening breast disease, recent alcohol consumption and risk of brey cancer anegted caso – control study breast canser res 7, 555-62
18. Ford D Easton DF. Pet of estinnates of the gene frequency of brca1 an its contribution to breast and orarin cancer incidence Am , Hum Genet 1995.57:1457-1462
- 19.Trichopoulos D.lagiou P. Adam H.O. Towards an integrated model for breast cancer etiology : the crucial role of the numder of mammary tissue – specific stem cells Breast Cancer.
20. Coniemtrations of Darabens in woman breast tumours , journal of applied toxicology 2004 : 24 (1) 1-13
21. Moskowitz M. , (1984) Mammography to screen anymptomatic woman of breast cancer. Am J., Roentgenol 143: 457
22. Miller, A.B., (1983) The national breast screening study. Proceedings of a symposium held in Toronto, Canada.
23. MRI Evaluation of the Contralateral Breast in Women with Recently Diagnosed Breast Cancer, (2008) The New England Journal of Medicine. 356(13), 1295-1303
24. Rim A, Chellman-Jeffers M.,(2008) Trends in breast cancer screening and diagnosis. Cleve Clin J Med.

25. Γυναικολογία Παπανικολάου 3η Έκδοση , Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε 2005
26. <http://www.mastologos.gr>
27. American cancer society guidelines for the detection of cancer.
28. Lee Ch : problem MR imaging of the breast radiol. Clin north Am 2004sep.42 (5) :919-34 VII
29. Clements A, Henderson BJ, Tyndel S, Evans G, Brain K, Austoker J, Watson E; PIMMS Study Management Group., (2008) Diagnosed with breast cancer while on a family history screening programme: an exploratory qualitative study. Eur J Cancer Care (Engl). 17(3), 245-52
30. Yip CH, Mohd Taib NA, Lau PC., (2008) Does a positive family history influence the presentation of breast cancer? Asian Pac J Cancer Prev. 9(1), 63-
31. Unon de Lara C, Goudy G, Macgrogan G, Durand M, Dilhuydy JM, Avril A, Stoeckle E, Bussi eres JE, Debled M, de Mascarel I, Mauriac L.,(2008) Male breast cancer: A review of 52 cases collected at the Institute Bergoni e (Bordeaux, France) from 1980 to 2004. Gynecol Obstet Fertil. 36(4), 386-394
32. <http://www.cancer.gov>
33. <http://www.mastologia.gr>
34. The ATAC Trialist Group - Anastrozol alone or in combination with Tamoxifen versus Tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomized trial - Lancet 2002 359: 2131.
35. Goss PA, Ingle IN, Martino S et al. A randomized trial of Letrozol in postmenopausal women after five years of Tamoxifen therapy for early-stage breast cancer. N Engl J Med 2003; 349: 1973.
36. Μαλγαρινού Μ. Α. – Κωνσταντινίδου Σ. Φ.: «Νοσηλευτική: Γενική, παθολογική, χειρουργική», Τόμος Α – Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2002
37. Σαχίνη Καρδάση Α. – Πάνου Μ.: «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 2ος – Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 2004
- 38 Σαχίνη Καρδάση Α. – Πάνου Μ.: «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος 1ος – Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 2004
39. Αθανάτου Ε. Κ.: «Κλινική νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλείες», Αθήνα 2003
40. Αθανάτου Ε. Κ.: «Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική», Αθήνα 2000
41. Μαλγαρινού Μ. Α. – Κωνσταντινίδου Σ. Φ.: «Νοσηλευτική: παθολογική, χειρουργική», Τόμος Β – Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2000
42. Puderbaugh Ulrich S. – Weyland Canale S. – Wendell S. A.: «Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική: Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας» - Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα 1997
43. Πετρίδης Α. Π.: «Εγχειρίδιο Χειρουργικής» - Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1995
- 44 <http://www.surgeon.gr> Ογκολογική & Χειρουργική Μαστού
- 45.<http://www.anticancer.gov.gr>