

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

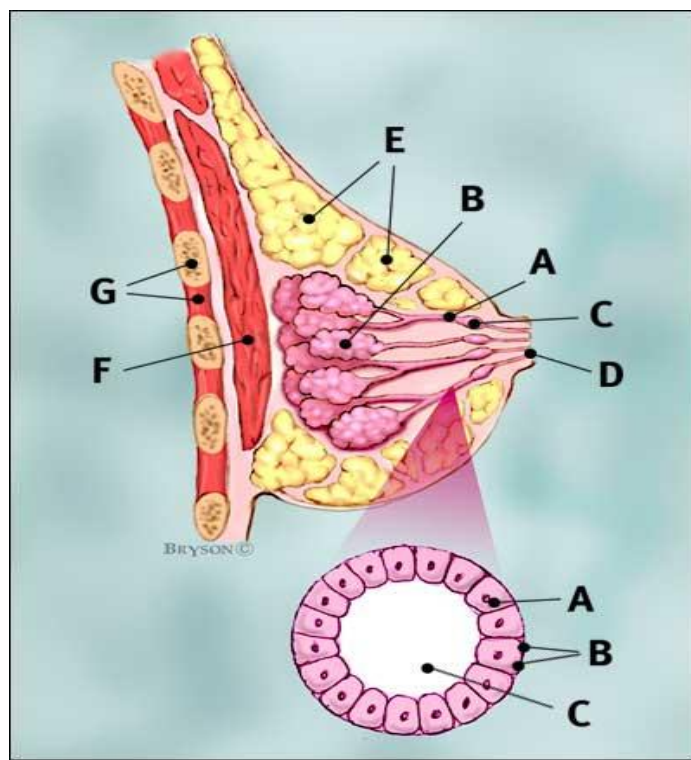
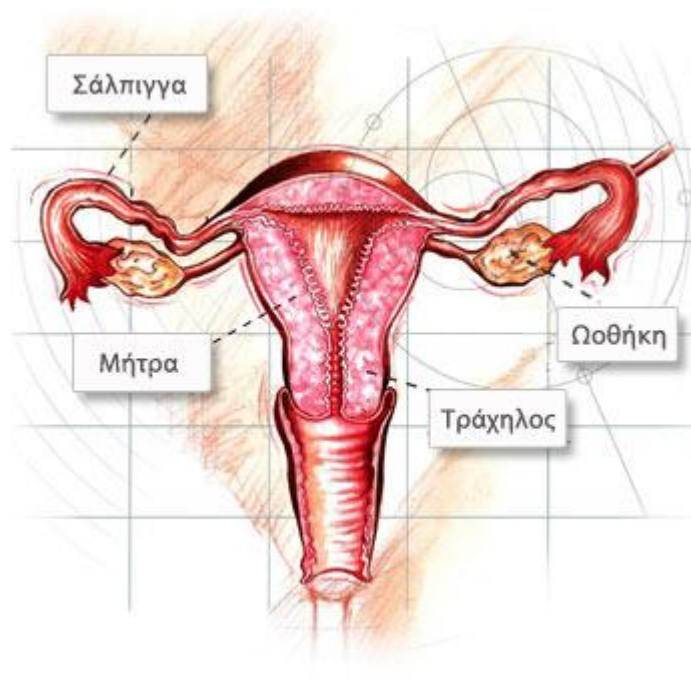
**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΙΤΛΟΣ:**

***« ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ »***

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
*ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ***

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:
*ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΡΟΥΓΚΑΛΑ ΒΕΝΕΤΙΑ
ΧΡΙΣΤΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ***

ΠΑΤΡΑ - 2010



Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την καθηγήτριά μας κ. Κατερίνα Φιδάνη για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε και την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας καθώς και τις σημαντικές κατευθυντήριες οδηγίες και συμβουλές της.

Επίσης θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας σε όλες τις γυναίκες που με ευχαρίστηση μας δεχτήκαν και μας βοήθησαν στην εκπόνηση της μελέτης μας.

Ακόμα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Ιατρική βιβλιοθήκη Αθηνών καθώς επίσης και την βιβλιοθήκη των Α.Τ.Ε.Ι Πατρών για τα πολύτιμα βιβλία και σημειώσεις που μας έδωσαν.

Τέλος εκφράζουμε ακόμα τις ευχαριστίες μας σε όλους τους καθηγητές μας και τους συμφοιτητές μας στο πρόγραμμα και την στήριξη που μας πρόσφεραν κατά την διάρκεια των σπουδών μας.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΜΕΡΟΣ 1^ο : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	8
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	9
ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	13
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	14
Καρκίνος μαστού.....	14
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	19
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	20
ΤΡΟΠΟΙ ΕΛΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	32
ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	32
Πληθυσμιακός Προσυμπτωματικός Έλεγχος:.....	34
Οι γυναίκες μειώνουν τον κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού:.....	34
Προληπτική διάγνωση.....	35
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ.....	35
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	38
ΜΕΡΟΣ 2^ο :ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	
ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ.....	44
Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	45
Ο ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	46
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	47
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	52
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ.....	53
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ	55
ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ.....	55
ΘΗΛΩΜΑΤΑ.....	56
ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ.....	56
ΚΥΣΤΕΣ.....	57
ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ	57
ΚΑΚΟΗΘΗ	58
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	59
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	60
ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ	61
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	61
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	63
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	64
ΕΜΒΟΛΙΟ.....	66
ΜΕΡΟΣ 3^ο : (ΕΙΔΙΚΟ) ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	71
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ... ..	91
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	93
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	964
Βιβλιογραφία.....	96

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον ανθρώπινο πληθυσμό εδώ και αρκετά χρόνια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα. Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν τη ζωή τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι οι πιο συχνοί και πιο θανατηφόροι καρκίνοι της γυναίκας. Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας στο θέμα αυτό είναι ένας από τους σοβαρότερους παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίζει την προσπάθειά της για πρόωμη διάγνωση και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι η ανίχνευση των αντιλήψεων των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, γιατί όπως είναι γνωστό «η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη». Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι σημαντικός διότι χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και την πρακτική τους ειδικότητα μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη καρκίνος ακόμη και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει να προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνία στον άνθρωπο και γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αίτιες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Τα όργανα και οι ιστοί του σώματος αποτελούνται από μικροσκοπικά οικοδομικά σωματίδια, τα κύτταρα. Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που προσβάλλει τα κύτταρα. Παρόλο ότι τα κύτταρα σε κάθε μέρος του σώματος εμφανίζονται και λειτουργούν κατά διαφορετικό τρόπο, εντούτοις τα περισσότερα επιδιορθώνονται και αναπαράγονται κατά τον ίδιο τρόπο. Συνήθως αυτή η διαίρεση των κυττάρων γίνεται κατά τακτικό και ελεγχόμενο τρόπο, αλλά αν για κάποιο λόγο η διαδικασία αυτή παρεκτραπεί, τα κύτταρα θα συνεχίσουν να διαιρούνται δημιουργώντας έτσι ένα εξόγκωμα που ονομάζεται όγκος. Οι όγκοι μπορούν να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Τα κύτταρα ενός καλοήθους όγκου δεν εξαπλώνονται σε άλλα μέρη του σώματος και έτσι δεν είναι καρκινογόνοι. Όμως αν συνεχίσουν να πολλαπλασιάζονται στην αρχική τους θέση, ίσως μπορούν να προκαλέσουν κάποιο πρόβλημα, πιέζοντας τα γειτονικά όργανα.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανίχνευση των αντιλήψεων των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου της μήτρας.

Η ερευνά έγινε με ευκαιριακό δείγμα και αφορούσε 150 γυναίκες ηλικίας 18-45 ετών, στις ευρύτερες περιοχές Αθηνά και Πάτρα.

Τα στοιχεία συνελέγηκαν με προσωπική συνέντευξη με ορισμένο ερωτηματολόγιο με ποιοτικές ερωτήσεις.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά

- Στην ανατομία και την φυσιολογία του μαστού και του τραχήλου της μήτρας
- Στα συμπτώματα και την διάγνωση
- Στους αιτιολογικούς παράγοντες

- Στην πρόληψη

Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζονται:

- Η μεθοδολογία της έρευνας
- Τα αποτελέσματα επεξεργασίας δεδομένων της έρευνας

Στο τρίτο μέρος παρουσιάζονται στατιστικές συσχετίσεις και διμεταβλητή ανάλυση.

Στο τέταρτο μέρος γίνεται σχολιασμός των αποτελεσμάτων και εκθέτονται τα πορίσματα, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

Σε παράρτημα επισυνάπτουμε το ερωτηματολόγιο βάσει του οποίου έγινε η έρευνα.

ΜΕΡΟΣ 1^ο: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστικός αδένας (μαστός) ανήκει στους αδένες του δέρματος, όπως οι σμηγματογόνοι και οι ιδρωτοποιοί αδένες. Ο αδενικός ιστός βρίσκεται μέσα στον υποδόριο ιστό. Το έκκριμα αποβάλλεται στο δέρμα. Στην παιδική ηλικία ο αδένας μεγαλώνει με πολύ αργό ρυθμό, με την έναρξη της εφηβείας ο ρυθμός αυτός επιτυγχάνεται πάρα πολύ και με την εναπόθεση λίπους παίρνει το τυπικό του σχήμα.

Στη διάρκεια της κύησης ο μαστός μεγαλώνει σημαντικά και περί το τέλος της αρχίζει να εκκρίνει γάλα. Μετά την περίοδο του θηλασμού ο αδένας μικραίνει πάλι. Κάθε μαστός αποτελείται από το μαστικό αδένα, το υποδόριο λίπος και το αντίστοιχο δέρμα.

Παρουσιάζεται σαν ημισφαιρική προβολή του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Εκτείνεται μεταξύ του στέρνου και μασχάλης, από την 3^η μέχρι την 7^η πλευρά. Η θηλή του μαστού είναι κυλινδρική ή κωνική, ύψους 10-12 mm και αντιστοιχεί περίπου κάτω από το κέντρο του μαστού. Στην κορυφή της παρουσιάζει 15-20 τρήματα με τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι του αδένα. Όταν η θηλή είναι επίπεδη ή εμφανίζει εισολκή τότε το νεογνό αδυνατεί να θηλάσει.

Η θηλή περιβάλλεται από την *θηλαία άλω* και μαζί έχουν ιδιαίτερη χροιά που διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα κυρίως μετά τον τοκετό. Η θηλαία άλως εμφανίζει 10-15 μικρά επάρματα (αδένες Montgomery). Είναι σμηγματογόνοι και οσμηγόνοι.²

Η πραγματική όμως έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με την μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο

στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Κάποτε, ο μαστός εμφανίζει προσεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή που πορεύεται προς τη μασχάλη και για αυτό λέγεται και *μασχαλιαία ουρά ή ουρά του Spence*.¹



www.mastologos.gr (14-12-09)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ανάπτυξη και η λειτουργία του μαστού ξεκινά από ποικίλα ορμονικών ερεθισμάτων, των οιστρογόνων, της προγεστερόνης, της προλακτίνης, της ωκυτοκίνης, της θυροξίνης, της κορτιζόλης, και της αυξητικής ορμόνης. Τα οιστρογόνα, η προγεστερόνη, και η προλακτίνη είναι ουσιαστικά για τη φυσιολογική ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην ανάπτυξη των

πόρων, ενώ η προγεστερόνη είναι υπεύθυνη για τη διαφοροποίηση του επιθηλίου και για την ανάπτυξη των λοβίων.

Η προλακτίνη είναι το αρχικό ορμονικό ερέθισμα για τη λακτογένεση στην εγκυμοσύνη και τη μετά τον τοκετό περίοδο. Ρυθμίζει τους ορμονικούς υποδοχείς και προάγει την επιθηλιακή ανάπτυξη. Η έκκριση των νευροτροφικών ορμονών από τον υποθάλαμο ρυθμίζει την έκκριση των ορμονών που επηρεάζουν τους ιστούς του μαστού. Η ωχρινοποιητική ορμόνη (LH) και η θυλακιοτρόπος (FSH) ρυθμίζουν την απελευθέρωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες. Στη συνέχεια, η απελευθέρωση της LH και FSH από τα βασεόφιλα κύτταρα που βρίσκονται στη πρόσθια υπόφυση ρυθμίζεται από την έκκριση της εκλυτικής ορμόνης της γοναδοτροπίνης (gonadotropin - releasing hormone) (GnRH) από τον υποθάλαμο.

Θετική και αρνητική ανάδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ρυθμίζει την έκκριση των LH, FSH και GnRH. Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού. Στο θηλυκό νεογνό, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας λόγω του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης που δρα σαν αρνητικό feedback.

Με την αρχή της εφηβείας, υπάρχει μείωση στην ευαισθησία του άξονα υποθαλάμου- υπόφυσης στο αρνητικό feedback και αύξηση στην ευαισθησία στο θετικό feedback από τα οιστρογόνα. Η αύξηση που προκαλείται στην έκκριση GnRH, FSH και LH, οδηγεί στην αύξηση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες, και στην έναρξη της έμμηνης ρύσης.

Στην αρχή της έμμηνης ρύσης, υπάρχει αύξηση στο μέγεθος και την πυκνότητα των μαστών, η οποία ακολουθείται από την αύξηση των ιστών του μαστού και τον πολλαπλασιασμό του επιθηλίου. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, η αύξηση των μαστών υποχωρεί και ο πολλαπλασιασμός του επιθηλίου μειώνεται.¹

Νεύρωση:

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.¹

Υφή:

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

Η πρόσθια επιφάνεια είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλω, που και οι δυο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινες και αμαυρότερες σε όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης.

Από την άλλη μεριά η οπίσθια επιφάνεια, λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους, όμως, μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5^{ης}-6^{ης} πλευράς.

Τέλος υπάρχει η περιφέρεια που είναι λεπτή και συνέχεια με ινολιπόδη ιστό με τους γύρω ιστούς. Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα.¹

Αγγείωση:

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα. Υπάρχουν οι αρτηρίες που προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλεύριων φλεβών.

Τέλος είναι τα λεμφαγγεία. Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.²

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

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

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

Κατά την διάρκεια της εμβρυικής ζωής ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος. Στη γέννηση ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή.

Παρατηρούνται, ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους. Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, στη βρεφική ηλικία, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος.

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

Στην αναπαραγωγική ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομήτριου. Στην εγκυμοσύνη με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της

πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό.

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

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή.¹

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμη με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. Άλλες έννοιες που σημαίνουν καρκίνος είναι: όγκος, καρκίνωμα, νεοπλασματική επεξεργασία, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων. Η συντομογραφία 'Ca' προέρχεται από την αγγλική λέξη cancer=καρκίνος.³

Καρκίνος μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Αν και δεν θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο.

Είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένα.

Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή, με ασαφή όρια (ανώμαλο) σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα.⁴

Ο καρκίνος του μαστού οφείλεται σε μεταλλάξεις του DNA κάποιου ή κάποιων από τα κύτταρα του μαστού, τα οποία στη συνέχεια αρχίζουν να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα και να δημιουργούν όγκο.

Δυστυχώς δεν έχουν ακόμα αποσαφηνισθεί οι παράγοντες που προκαλούν μεταλλάξεις και καρκίνο στο μαστό. Ωστόσο, φαίνεται ότι τα οιστρογόνα όταν αυξάνονται πολύ και παραμένουν αυξημένα για μεγάλα χρονικά διαστήματα, σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁶

Ταξινόμηση:

Νεοπλάσματα του μαστού.

Τα νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη.

1. καλοήθη νεοπλάσματα του μαστού:

- ενδαυλικό θήλωμα
- ιναδένωμα
- νεανική θηλωμάτωση
- λοβώδης υπερπλασία

2. κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού:

- καρκίνος
- πορογενές ενδοεπιθηλιακό
- λοβιακό ενδοεπιθηλιακό
- σάρκωμα
- νόσος του Paget⁵

Συχνότητα:

Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένου και η συνηθισμένη εντόπισή του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Ως κακοήθης όγκος μεθίσταται σε διάφορα όργανα, όπως στον άλλο μαστό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις γίνονται κυρίως με τη λεμφική και την αιματική οδό.⁴

Συμπτώματα:

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και η ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφησή του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα: όγκος, πόνος, έκκριση από θηλή, εισολκή δέρματος και θηλής.

Ο καρκίνος του μαστού σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνισή του με μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια την γυναίκα, λίγο πιο συχνότερα στον αριστερό μαστό.

Εμφάνιση όγκου στην πέμπτη δεκαετία της ζωής της γυναίκας, και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, πρέπει να θεωρηθεί καρκίνος.

Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες. Πόνοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα οστά.

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

Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής αποτελούν παθολογικά σημάδια καρκίνου του μαστού.

Σπανιότερα, ο καρκίνος του μαστού κάνει την εμφάνισή του με εξέλκωση στη θηλή, φλεγμονή, οίδημα, βήχα και δύσπνοια από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικούς πόνους, από διήθηση του υπεζωκότα, κοιλιακούς πόνους, ίκτερο, κεφαλαλγία, διπλωπία, άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση κλπ.¹

Ιστολογικοί τύποι:

Δύο είναι οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που προεξέχουν και αποτελούν το 90% των κακοηθών όγκων. Είναι το πορογενές και το λοβιακό καρκίνωμα του μαστού.

A) Το πορογενές καρκίνωμα προέρχεται από τα κύτταρα των τελικών πόρων του μαζικού αδένου και μπορεί να είναι διηθητικό ή μη διηθητικό. Πρέπει να σημειωθεί ότι το πορογενές είναι διηθητικό καρκίνωμα και ανάλογα με το βαθμό διήθησης διακρίνεται σε grade I, II, και III. Το μη διηθητικό δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη οπότε αν αφαιρεθεί σωστά θεωρείται τελείως ίασιμο. Μεγάλο ποσοστό καρκίνου ξεκινά ως μη διηθητικό και με την πάροδο του χρόνου εξαλλάσσεται σε διηθητικό. Υπάρχουν σπάνιες περιπτώσεις που το μη διηθητικό καρκίνωμα, για άγνωστους λόγους, παραμένει στην μορφή που είναι για πολλά χρόνια χωρίς να εξελιχθεί σε πορογενές διηθητικό.

B) Λοβιακό καρκίνωμα το οποίο επίσης μπορεί να είναι διηθητικό ή μη διηθητικό. Να σημειωθεί ότι το λοβιακό in situ (LCIS) είναι από μόνο του προκαρκινωματώδης κατάσταση αλλά από μόνο του δεν είναι αληθινός καρκίνος. Ο συνδυασμός του LCIS με το διηθητικό καρκίνο, που ανευρίσκεται σε ποσοστό 20-25%, δημιουργεί ένα πρωτοπαθή όγκο του μαστού. Στο λοβιακό καρκίνωμα κατά την λήψη της βιοψίας πρέπει να διενεργείται βιοψία καθρέπτου στον άλλο μαστό.¹⁰

Σταδιοποίηση:

Ο μασχαλιαίος λεμφαδενικός καθαρισμός εκτιμάται ως στάδιο της εγχείρησης που συμβάλλει στη σταδιοποίηση της νόσου και στη συνέχεια στην επιλογή των ασθενών για συμπληρωματική χημειοθεραπεία. 5-10% από το σύνολο των ασθενών με καρκίνο του μαστού έχει νόσο που κληρονομείται κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα.¹⁰

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

ΣΤΑΔΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ
ΣΤΑΔΙΟ I: Όγκος <2cm διάμετρος χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	55-70%
ΣΤΑΔΙΟ II: Όγκος <5cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	20-25%
ΣΤΑΔΙΟ III: Όγκος >5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί αδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	10%
ΣΤΑΔΙΟ IV: Απομακρυσμένες μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά, έτερος μαστός	10%

www.mastologos.gr (14-12-09)

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει το γυναικείο *φύλο* σε σχέση 100:1 με το ανδρικό φύλο. Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδερφή τους εμφάνισαν καρκίνο μαστού, έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Έτσι ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος για αμφοτερόπλευρη εντόπιση και εννεαπλάσιος αν η νόσος εμφανίσθηκε αμφοτερόπλευρη σε συγγενή πριν από την εμμηνόπαυση.

Το *ιστορικό νόσου του μαστού* αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα. Ο κίνδυνος εκδήλωσης δευτεροπαθούς καρκίνου (καρκίνος στον άλλο μαστό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα) είναι πέντε φορές μεγαλύτερος από τον γενικό πληθυσμό.

Παράγοντες κινδύνου θεωρούνται: η πρώτη τελειόμηνη κύηση μετά από 30 χρόνια, η πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσης πριν από την ηλικία των 11 ετών και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά τα 55 χρόνια. Αντίθετα, πρώτη κύηση μεταξύ 18 και 20 ετών και η τεχνητή πρόωμη εμμηνόπαυση, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες.

Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι *διαιτητικοί* παράγοντες. Δίαιτα πλούσια σε λίπος και ζωικές πρωτεΐνες, η παχυσαρκία και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών, αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα, τροφή πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και σε φυτικές ίνες, αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

Η έκθεση επίσης σε ιονίζουσα *ακτινοβολία* αυξάνει τον κίνδυνο.

Από την άλλη μεριά, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ισχυρή συσχέτιση *αντισυλληπτικών δισκίων* και καρκίνο μαστού. Ο κίνδυνος ποικίλλει με τα χρόνια λήψης και ειδικότερα με το χρόνο τελευταίας λήψης. Ο κίνδυνος για αυτές που λαμβάνουν δισκία είναι 1,24, για αυτές που τα σταμάτησαν από 1 ως 4 χρόνια είναι 1,16, και για αυτές που τα σταμάτησαν από 5 έως 9 χρόνια ο κίνδυνος μειώνεται σε 1,07. Εν τούτοις η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται.

Τέλος, ο ρόλος της **χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας** ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού αποτελεί θέμα μακροχρόνιων ερευνών.

Σήμερα γίνεται δεκτό ότι η ‘επιθελίωση’ (δηλαδή η ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς υπερπλασία, αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία επασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθελίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.¹⁰

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η σχέση της **κληρονομικότητας** με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδερφή.

Σε ότι αφορά το **φύλο** στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά στον άντρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter.

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο από ότι στην Ασία, στην Αμερική και στη μέση Ανατολή.

Έτσι η **γεωγραφική κατανομή** αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν από την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθεί μετά από αυτή.

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την **ηλικία** των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα που δεν φτάνει το 1%. Αντίθετα αγγίζει το 85% σε περιπτώσεις που η μέση ηλικία είναι 40 ετών.

Σημαντικό ρόλο παίζει η **ηλικία του πρώτου τοκετού**. Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί, και στον καρκίνο του μαστού.

Αντίθετα οι γυναίκες που δεν γέννησαν (*ατεκνία*), εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού.

Μέχρι πρότινος επικρατούσε η άποψη πως ο *θηλασμός* προστατεύει την γυναίκα από τον καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως, έχει γίνει δεκτό πως όσο περισσότερο καιρό διαρκέσει ο θηλασμός τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία.

Τέλος οι *αμβλώσεις* αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα. Οι διακοπές της εγκυμοσύνης, στο πρώτο τρίμηνό της, διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.¹

Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο μαστού:

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συνήθως σε γυναίκες μεγαλύτερες των 50 ετών. Ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες στις οποίες η περίοδος ξεκίνησε πολύ νωρίς στη ζωή τους, ή στις οποίες η περίοδος άργησε να σταματήσει. Αυτό ονομάζεται πρόωμη εμμηνарχή ή πρόωμη εμμηνόπαυση.

Επιπλέον, εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες που δεν απέκτησαν παιδιά ή απέκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών. Επίσης, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες που έχουν κάποιον πολύ κοντινό συγγενή με καρκίνο μαστού (μητέρα-αδελφή).¹⁰

Εγκυμοσύνη και καρκίνος μαστού:

Από τις κακοήθειες του μαστού το 2-5% παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η ανίχνευση ογκιδίων, μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη, εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σε αυτή την περίοδο. Αν διαπιστωθεί κάποιο ογκίδιο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με

αναρρόφηση ή χειρουργικά. Η θεραπεία βασικά είναι ίδια, αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη. Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μια άλλη επιλογή.

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την άρρωστη να περιμένει δύο χρόνια μετά τη θεραπεία για καρκίνο, πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος. Στην περίπτωση σταδίου II (μάζα εντοπισμένη στο μαστό, μασχαλιαίοι αδένες θετικοί) ή σταδίου III (μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη, μασχαλιαίοι, υπερκλειδίοι και έσω μαζικοί αδένες θετικοί) της νόσου, οι άρρωστες συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια. Εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία για καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου.⁴

Ο καρκίνος του μαστού κατά την διάρκεια της γαλουχίας δεν είναι τόσο πολύπλοκος, αφού η γυναίκα μπορεί οποτεδήποτε να διακόψει τον θηλασμό και να αρχίσει το παιδί να λαμβάνει τεχνητή διατροφή. Η ακτινοβολία θα καταστήσει πιθανώς αδύνατο το θηλασμό. Επίσης, η ασθενής δεν θα πρέπει να θηλάζει να υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, αφού έτσι το βρέφος θα λάμβανε με το γάλα χημικές ουσίες.

Δεν είναι βέβαιο αν η γαλουχία επηρεάζει τον ίδιο τον καρκίνο. Η Love (1990) παρακολούθησε δύο ασθενείς των οποίων ο καρκίνος του μαστού εμφανίστηκε κατά την περίοδο του θηλασμού. Αμφότερες υποβλήθηκαν σε θεραπεία, διέκοψαν το θηλασμό και η κατάστασή τους εξελίχθηκε ικανοποιητικά, χωρίς υποτροπή, επί αρκετά χρόνια. Μετά από πολλή συζήτηση και οι δύο γυναίκες αποφάσισαν να αποκτήσουν πάλι παιδί. Η πρώτη εμφάνισε υποτροπή κατά την διάρκεια της δεύτερης κύησης. Η άλλη ανέπτυξε δεύτερο πρωτογενή καρκίνο κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Το γεγονός αυτό οδηγεί την Love στο ερώτημα μήπως, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος υποτροπής σε μεταγενέστερη κύηση. Προφανώς δεν μπορούμε να διεξάγουμε τυχαιοποιημένη μελέτη και είναι πάρα πολύ ασυνήθιστη η υποτροπή για να εξάγουμε κάποιο συμπέρασμα. Οι ενδείξεις παραμένουν 'ανέκδοτες'. Πάραυτα, η Love προτείνει σε κάποια γυναίκα, η οποία ανέπτυξε καρκίνο του μαστού κατά την

διάρκεια της κύησης ή της γαλουχίας, να λάβει σοβαρά υπόψη της να μην έχει άλλη κύηση, στην περίπτωση που επηρεάζει την πιθανότητα υποτροπής.¹¹

Διορθωτικές επεμβάσεις:

Οι διορθωτικές επεμβάσεις στο στήθος βοηθούν στη μείωση του καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες με μικρότερο μαστό αναπτύσσουν καρκίνο κατά 2% λιγότερο σε σχέση με αυτές που έχουν μεγάλο μαστό, κάτι που ισχύει ακόμη και αν έχουν πρόσθεμα σιλικόνης. Από την άλλη, μπορεί να προληφθεί καρκίνος που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, αφού τα κομμάτια που αφαιρούνται υποβάλλονται σε βιοψία.¹²

Κάπνισμα: Πώς και πόσο επηρεάζει την εκδήλωση καρκίνου του μαστού;

Μέχρι τώρα γνωρίζαμε ότι το κάπνισμα αποτελεί τον κυριότερο επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα. Σύμφωνα όμως με ερευνητικά δεδομένα που πρόσφατα είδαν το φως της δημοσιότητας, το κάπνισμα αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για τον καρκίνο του στήθους. Συγκεκριμένα, ορισμένες ουσίες που περιέχονται στον καπνό, όπως οι υδρογονάνθρακες, οι αρωματικές αμίνες και οι νιτροζαμίνες, μεταβολίζονται στα κύτταρα του στήθους και ευθύνονται για τη δημιουργία μεταλλάξεων στο DNA.

Είναι όμως αξιοσημείωτο ότι το κάπνισμα παρουσιάζει και αντιοιστρογονική δράση, επειδή περιορίζει το σχηματισμό οιστρογόνων στο λιπώδη ιστό.

Ο συνδυασμός, λοιπόν, των αντικρουόμενων συνεπειών του καπνίσματος, δηλαδή της καρκινογενετικής και της αντιοιστρογονικής δράσης, επηρεάζει διαφορετικά τις νεότερες γυναίκες από εκείνες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση.¹³

Κλιμακτήριος και καρκίνος του μαστού:

Μετά την είσοδο στην κλιμακτήριο, ειδικά στις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει, ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού εξαρτάται περισσότερο από το ποσό των οιστρογόνων στον οργανισμό.¹³

Αντισυλληπτικά και καρκίνος μαστού:

Καλοήθεις όγκους στο στήθος: ένα από τα πιο εμφανή οφέλη είναι η μειωμένη πιθανότητα καλοηθών όγκων στο στήθος συμπεριλαμβανομένων των ινοκυστικών μαστών και των ινοαδενωμάτων.

Ωστόσο, δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το αντισυλληπτικό χάπι προκαλεί καρκίνο του μαστού. Τα οιστρογόνα όμως μπορούν να αυξήσουν την ανάπτυξη του καρκίνου που προϋπάρχει.¹³

Ένοχα τα αποσμητικά και το ξύρισμα της μασχάλης:

Ένοχα τα αποσμητικά και τα αντιδρωτικά προϊόντα όπως και το ξύρισμα της μασχάλης για την εμφάνιση λεμφαδενωμάτων. Ο Διευθυντής του Ογκολογικού Τμήματος του « ΑΓ. Ανδρέα», Παναγιώτης Γκινόπουλος συνιστά στο γυναικείο πληθυσμό, μέχρι να αποσαφηνιστεί η επίδραση των παραπάνω στον οργανισμό να αποφεύγουν τη χρήση αποσμητικών αλλά και το ξύρισμα.

Ο Γκινόπουλος ανέφερε ότι τα δύο τελευταία χρόνια έχουν γίνει μελέτες που έδειξαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των γυναικών που χρησιμοποιούσαν αντιδρωτικά ή αποσμητικά και γυναικών που δεν χρησιμοποιούσαν προϊόντα της κατηγορίας αυτής και δεν ξύριζαν τις μασχάλες τους.

Οι μεν πρώτες είχαν βεβαρημένο ιστορικό για εμφάνιση λεμφαδενωμάτων, ακόμα και καρκινικούς όγκους. Τα αποσμητικά και τα προϊόντα κατά του ιδρώτα εμποδίζουν τον οργανισμό να ιδρώνει. Όπως όλοι γνωρίζουμε, με τον ιδρώτα, τα ούρα και τα κόπρανα αποβάλλονται οι τοξικές ουσίες που παράγει ο ίδιος ο οργανισμός μας. Αυτοί είναι οι βασικοί 'δρόμοι' μέσω των οποίων ο οργανισμός απαλλάσσεται από τις ουσίες αυτές. Όταν λοιπόν χρησιμοποιούμε αντιδρωτικά είναι σαν να μπλοκάρουμε έναν από τους δρόμους απαλλαγής του οργανισμού από τις ουσίες αυτές και παράλληλα τον φορτώνουμε με 'χημικά'.

Ο ίδιος είπε ότι την περίοδο αυτή βρίσκεται σε εξέλιξη μια σειρά από μεγάλες επιστημονικές έρευνες με την συμμετοχή χιλιάδων γυναικών, τα αποτελέσματα των οποίων θα αποσαφηνίσουν ποια είναι η πραγματική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των αντιδρωτικών προϊόντων. Αυτά είναι που θα μας δείξουν εάν πράγματι υπάρχει πρόβλημα και πώς θα πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Ωστόσο ο Γκινόπουλος συνιστά σε όλες τις γυναίκες να είναι συγκρατημένες στην χρήση αποσμητικών και ξυραφιού στην περιοχή της μασχάλης. *« στέκομαι ιδιαίτερα στο ζύρισμα γιατί οι μικρές αμυχές που προκαλούνται επιτρέπουν την είσοδο μικροβίων στον οργανισμό και δημιουργούνται λεμφαδενίτιδες»*. Οι τελευταίες μπορεί δύσκολα να διαφοροδιαγνωστούν από τον γιατρό εάν πρόκειται για απλή λοίμωξη ή μεταστατικό καρκίνωμα. Αυτό σημαίνει ότι το ζύρισμα στην μασχάλη είναι καλό να αποφεύγεται και να μην χρησιμοποιούνται αντιδρωτικά.¹⁵

Η χρήση αποσμητικών στη μασχάλη σε συνδυασμό με το συχνό ζύρισμα της περιοχής, αυξάνουν τις πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού, σύμφωνα με αμερικανική έρευνα (2004), που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *European Journal of Cancer Prevention*.

Η εν λόγω μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου Νορθγουέστερν υποστηρίζει ότι όσο πιο συχνός είναι ο συνδυασμός ζυρίσματος και τοποθέτησης αποσμητικών στη μασχάλη, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Η σύνδεση της συγκεκριμένης μορφής καρκίνου με τη χρήση αποσμητικών είχε αποτελέσει και κατά το παρελθόν αντικείμενο μελετών, δίχως όμως να αποδειχθεί πως όντως ισχύει κάτι τέτοιο.

Η νέα αμερικανική μελέτη βασίστηκε σε δείγμα 437 γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, οι οποίες ταξινομήθηκαν σε τέσσερις ομάδες αναλόγως με το πόσο συχνά ξύριζαν τις μασχάλες τους και έβαζαν αποσμητικά. Όπως διαπιστώθηκε, όσο πιο συχνός ήταν ο συνδυασμός, τόσο πιο μεγάλες ήταν οι πιθανότητες προσβολής από καρκίνο του μαστού. Μάλιστα, οι γυναίκες που ξύριζαν την περιοχή τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα και έβαζαν αποσμητικό τουλάχιστον δύο, ήταν τουλάχιστον 15 χρόνια νεότερες σε ηλικία όταν προσβλήθηκαν από καρκίνο σε σχέση με όσες απέφευγαν αυτή την τακτική.

Από την έρευνα αυτή οι ερευνητές συμπέραναν πως από μόνες τους οι παραπάνω καλλωπιστικές ενέργειες δεν είχαν την ίδια αρνητική επίδραση στον οργανισμό των γυναικών και πως τα συστατικά αλουμινίου που υπάρχουν σε πολλά προϊόντα ομορφιάς πιθανότατα αποτελούν την αιτία του φαινομένου.¹⁵

Επασβεστώσεις στο μαστό: είναι καρκίνος;

Οι επασβεστώσεις είναι μικρές εναποθέσεις ασβεστίου στους ιστούς των μαστών που φαίνονται σαν λευκά στίγματα στη μαστογραφία. Οι επασβεστώσεις στο μαστό είναι συχνό εύρημα. Πολλές γυναίκες έχουν τουλάχιστο μία επασβεστώση η οποία είναι ορατή στη μαστογραφία. Οι περισσότερες επασβεστώσεις στο μαστό δε συνδέονται με καρκίνο. Συγκεκριμένες όμως μορφές επασβεστώσης, όπως πχ μικροεπασβεστώσεις με ανώμαλο περίγραμμα, μπορεί να σχετίζονται με καρκίνο.

Υπάρχουν δύο τύποι επασβεστώσης. Μεγάλες εναποθέσεις ασβεστίου (μακροεπασβεστώσεις) εμφανίζονται σαν μεγάλες λευκές κουκίδες στη μαστογραφία. Μικρότερες εναποθέσεις ασβεστίου (μικροεπασβεστώσεις) εμφανίζονται σαν πολύ μικρά λευκά στίγματα. Από τους δύο αυτούς τύπους, οι μικροεπασβεστώσεις είναι πιο ανησυχητικές.

Μη καρκινωματώδεις (καλοήθεις) αιτίες επασβεστώσεων στο μαστό είναι:

- Ø Ασβέστιο στο υγρό μη καρκινικών κύστεων
- Ø Επασβεστώσεις σχετιζόμενες με διατεταμένους γαλακτικούς πόρους
- Ø Παλαιά τραύματα στο μαστό (επασβέσωση σε έδαφος ματατραυματικής λιπώδους νέκρωσης)
- Ø Φλεγμονές οφειλόμενες σε λοίμωξη (μαστίτιδα)
- Ø Δερματικές επασβεστώσεις
- Ø Προηγούμενη ακτινοθεραπεία στο θώρακα
- Ø Επασβέσωση αρτηριών
- Ø Επασβεστώσεις ινοαδενώματος (μη καρκινική πάθηση)

Οι μικροεπασβεστώσεις στη μαστογραφία μπορεί να εμφανίζονται είτε μεμονωμένες είτε ως συσσωματώματα και η ανεύρεσή τους δεν συνδέεται κατά ανάγκη με παρουσία καρκίνου. Το σχήμα και η διασπορά τους βοηθούν τον ακτινολόγο να προσδιορίσει την πιθανότητα να είναι καρκινικής προέλευσης. Σε μερικές περιπτώσεις, οι μικροεπασβεστώσεις δεν χρειάζεται να συνοδεύονται από διενέργεια βιοψίας. Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός μπορεί να προτείνει την επανάληψη της μαστογραφίας σε 3 έως 6 μήνες. Αλλά αν οι μικροεπασβεστώσεις είναι ύποπτες, ο γιατρός θα προτείνει την άμεση διενέργεια βιοψίας.

Μια μαστογραφία – η οποία μπορεί να συνδυάζεται με υπερηχογράφημα των μαστών- δεν μπορεί να αποδείξει ότι μια ανώμαλη περιοχή αντιπροσωπεύει καρκίνο. Μπορεί όμως να απεικονίσει ότι μια ανώμαλη περιοχή στο μαστό είναι με μεγάλη πιθανότητα καλοήθης, να περιορίσει στο ελάχιστο δηλαδή την πιθανότητα ο μη φυσιολογικός ιστός να είναι καρκινικός. Σε αυτή την περίπτωση ο γιατρός μπορεί να προτείνει η γυναίκα να επανέλθει για μαστογραφία σε συντομότερο χρονικό διάστημα από ότι συνήθως. Ο μόνος τρόπος για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση καρκίνου είναι η βιοψία.¹⁷

Διαιτητικοί παράγοντες:

Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού.

Οι διαιτητικοί παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλαδή το λίπος, και μάλιστα το ζωικό, οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων, που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι, ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες.

Σε διαιτητικούς παράγοντες αποδόθηκε και η εμφάνιση καρκίνου στο παχύ έντερο, που σχετίστηκε θετικά, έστω και σε μικρό βαθμό, με τον καρκίνο του μαστού.

Η κατάχρηση οινοπνεύματος φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορά συχνότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό σε γυναίκες που πίνουν, παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά.

Ανεξάρτητα από τους παράγοντες που αναφέρθηκαν, την μεγαλύτερη σημασία έχουν ουσίες του περιβάλλοντος αφού τα 80% όλων των θανάτων από καρκίνο εκτιμάται ότι προκαλούνται από αυτές. Ως ουσίες του περιβάλλοντος θεωρούνται οι περιεχόμενες σε αλκοολούχα ή μη ποτά, τον αέρα και το ύδωρ, πρόσθετα τροφίμων, φάρμακα, το κάπνισμα του τσιγάρου, βιομηχανικά προϊόντα, αλλά και καρκινογόνες ουσίες, φυσικά συστατικά τροφίμων κλπ.

Η διαπίστωση αυτή απαιτεί την ανάγκη για εντονότερη έρευνα επάνω στην αποσαφήνιση της σύστασης των διάφορων ουσιών και των πηγών προέλευσής τους που ενοχοποιούνται σαν καρκινογόνα και παραλλήλως τη μη χρησιμοποίηση ή την απομάκρυνσή τους από το περιβάλλον, προκειμένου να ελαττωθεί σημαντικά η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυτής.

Η λήψη μέτρων για την απομάκρυνση ή τη μη λήψη καρκινογόνων ουσιών του περιβάλλοντος προσκρούει στη μη εφαρμογή τους σε ατομικό επίπεδο. Π.χ. όλος ο κόσμος γνωρίζει ότι το 30% των θανάτων από καρκίνο οφείλεται στο κάπνισμα, όμως κάθε καπνιστής ευελπιστεί ότι δεν θα συμπεριληφθεί σε αυτό το 30% και συνεχίζει να καπνίζει. Άλλες σημαντικές πηγές καρκινογόνων δεν είναι πρακτικώς αδύνατο να απομακρυνθούν από το περιβάλλον.

Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελούν τα τρόφιμα που περιέχουν καρκινογόνες ουσίες οι οποίες δεν είναι διαιτητικά πρόσθετα, αλλά φυσικά συστατικά τους. Η πηγή

αυτή καρκινογόνων θα συνεχίσει να αποτελεί και στο μέλλον κίνδυνο για τον άνθρωπο. Ακόμη, πολλές καρκινογόνες ουσίες είναι προϊόντα της βιομηχανοποιημένης κοινωνίας ή αντανακλούν τον τρόπο ζωής και για το λόγο αυτό είναι πολύ δύσκολο να αποκλεισθούν από τη ζωή του ανθρώπου.¹⁸

Πολλές από τις ουσίες του περιβάλλοντος είναι άμεσα καρκινογόνα ενώ άλλες προκαρκινογόνα γίνονται μετά τη βιομετατροπή τους στον οργανισμό. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί σε όλα τα μέρη του κόσμου παρατηρείται έντονη στροφή στη χρήση φυσικών ουσιών για την κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου.

Διατροφή και καρκίνος του μαστού:

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης ποικίλων μορφών όγκων ιδιαίτερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Η υπερκατανάλωση λιπών πιθανότατα τροποποιεί το ορμονικό ισοζύγιο, προκαλεί ανωμαλίες στις κυτταρικές μεμβράνες, επηρεάζει το μεταβολισμό των καρκινογόνων ουσιών και την διαδικασία αποκατάστασης βλαβών στο DNA. Πιστεύεται ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στις παχύσαρκες γυναίκες παρατηρείται αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων.¹⁹

Μερικές συμβουλές για την πρόληψη του καρκίνου είναι:

Η διατροφή να περιλαμβάνει δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρέσκα φρούτα και λαχανικά, οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως: άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι, περιορισμός στη ζάχαρη και στα αλμυρά, αποφυγή τροφών που περιέχονται σε κονσέρβες. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται τροφών ψημένες στα κάρβουνα, όχι οινοπνευματώδη ποτά και καλή σωματική κατάσταση.¹⁹

Η διατροφή χρειάζεται να είναι πλήρης σε ίνες που καθαρίζουν το σώμα και βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία που θεωρείται πως προστατεύουν από τη νόσο, ιδίως βιταμίνες A, C, D, και E, ασβέστιο, σελήνιο και ιώδιο. Κάποιοι ιατροί συνιστούν λήψη αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων.

Ορισμένες φυτικές τροφές περιέχουν φυτοοιστρογόνα, μικρής ισχύος οιστρογόνα που ίσως είναι πολύ χρήσιμα κατά των ορμονοευαίσθητων όγκων. Τα φυτοοιστρογόνα εμποδίζουν την πρόσληψη κανονικών οιστρογόνων από τον μαστό. Έτσι μειώνεται πιθανώς ο κίνδυνος, ενώ αν υπάρχει ήδη κακοήθεια ίσως μειωθεί ο αριθμός πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων. Μερικές τροφές που περιέχουν φυτοοιστρογόνα είναι το σιτάρι, τα φασόλια σόγιας, οι ελιές, τα δαμάσκηνα, τα καρότα, τα μήλα, η γλυκοπατάτα και η καρύδα.

Η βιταμίνη D κατά την διάρκεια της εφηβείας μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού:

Στοιχεία πληθυσμιακής μελέτης που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο της Αμερικανικής Εταιρίας για την Έρευνα του καρκίνου, δείχνουν ότι η βιταμίνη D μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, και μάλιστα η έκθεση σε σχετικά μικρή ηλικία μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο.

Ερευνητική ομάδα «Όρος Σινά» του Τορόντο (2005) με επικεφαλής την Δρ Τζούλια Νάιτ, διαπίστωσε ότι παράγοντες που σχετίζονται με την έκθεση στη βιταμίνη D, περιλαμβανομένης της έκθεσης στον ήλιο και τις διατροφικές πηγές (μουρουνέλαιο, εμπλουτισμένο γάλα και συγκεκριμένα είδη ψαριών), σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού. Ειδικότερα, αυτό ισχύει για την έκθεση κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν στη σύγκριση 576 γυναικών, 20-29 ετών, που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και 1.135 υγιών γυναικών ίδιας ηλικίας.

Προέκυψαν σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία μειωμένου κινδύνου καρκίνου του μαστού με παράγοντες ηλικιακής έκθεσης, όπως επαγγελματική απασχόληση σε εξωτερικό χώρο και ο αριθμός των εξωτερικών δραστηριοτήτων στις ηλικίες 10 με 19 ετών και 20 με 29 ετών.

Η κατανάλωση μουρουνέλαιου για δέκα χρόνια ή περισσότερο συσχετίστηκε επίσης με χαμηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου, όπως και η κατανάλωση

περισσότερων από δέκα ποτηριών εβδομαδιαίως γάλακτος συγκριτικά με λιγότερα από πέντε σε ηλικία 20 με 29 ετών.

«Όλο και περισσότερα συγκριτικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι η βιταμίνη D συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου εκδήλωσης καρκίνου του μαστού και από όσο μπορούμε να καταλάβουμε η τάση αυτή είναι σύμφωνη με την άποψη ότι οι διαδικασίες που συντελούνται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία μπορεί να επηρεάσουν τον μελλοντικό κίνδυνο καρκίνου του μαστού», σημειώνουν οι ερευνητές.¹⁶

Κατανάλωση οινοπνεύματος:

Σχετικό με το πρόβλημα της διατροφής είναι το θέμα της κατανάλωσης οινοπνεύματος. Ένας αριθμός πρόσφατων ερευνών υποδεικνύει ότι η πόση οινοπνευματωδών ποτών, ακόμα και σε μέτριες ποσότητες, είναι δυνατό να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών είχε μικρή επίδραση στις γυναίκες που ευρίσκοντο ήδη σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν κανένα παράγοντα κινδύνου.¹¹

Ιονίζουσα ακτινοβολία:

Ένας από τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, όπως και για ποικίλους άλλους καρκίνους, είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία.

Γυναίκες που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία στο θύμο αδένα στη βρεφική ηλικία όσο και έφηβες που υποβλήθηκαν σε πολλές διαγνωστικές ακτινογραφίες λόγω σκολίωσης, βρέθηκε ότι έχουν ως επακόλουθο αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού όταν φτάσουν στην ηλικία των 30 και 40 χρόνων. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει ότι η ακτινοβολία αποτελεί μέρος μόνο του αρχικού προβλήματος και ότι υπάρχουν άλλες τροποποιητικές επιδράσεις που ακολουθούν αργότερα και επηρεάζουν την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Γενικότερα ο κίνδυνος προέρχεται από τη συνολική αθροιστική δόση ακτινοβολίας.¹¹

ΤΡΟΠΟΙ ΕΛΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σύμφωνα με τον Miller οι κύριοι τρόποι ελάττωσης του κινδύνου είναι η διατροφή, η μείωση της παχυσαρκίας, η μείωση της χρήσης οιστρογόνων κατά την εμμηνόπαυση και η μείωση της ηλικίας απόκτησης του πρώτου παιδιού.

Στον πίνακα καταγράφονται οι αποδοτέοι κίνδυνοι για ορισμένους από τους παράγοντες κινδύνου, περιβαλλοντικούς και τρόπου ζωής. Ο αποδοτέος κίνδυνος είναι ο αριθμός των καρκίνων του μαστού που μπορούν να αποδοθούν σε κάποιο συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου.²⁰

Αποδοτέοι κίνδυνοι ανάπτυξης καρκίνου του μαστού

	Οφειλόμενος κίνδυνος
Απόκτηση πρώτου παιδιού σε ηλικία 25 ετών ή μεγαλύτερη	17%
Θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων	8%
Δίαιτα υψηλής περιεκτικότητας λίπους	26%
Παχυσαρκία	12%

www.mastologos.gr (14-12-09)

ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Η πρόληψη είναι η αυριανή ελπίδα κατά του καρκίνου. Συνεπάγεται όμως και αλλαγή τρόπου ζωής. Τροποποιήσεις των συνηθειών της ζωής θα αρκούσαν στο να οδηγήσουν σε σημαντική μείωση τη συχνότητα εμφάνισης των καρκίνων. Οι προσπάθειες από τις ομάδες υγείας να περάσουν τα μηνύματα της πρόληψης είναι πολύ δύσκολες και τα αποτελέσματά τους είναι συχνά αμφίβολα.

Οι προκαταλήψεις, οι φόβοι, οι συνήθειες, η στάση απέναντι στην αρρώστια που λέγεται καρκίνος πολλές φορές γίνονται αιτία να φθάσει ο καρκίνος στα τελικά στάδια και η θεραπεία του να γίνεται δυσκολότερη.³

Πρόληψη του καρκίνου του μαστού:

Ο αποδοτέος κίνδυνος είναι ο αριθμός των καρκίνων του μαστού που μπορούν να αποδοθούν σε κάποιον συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου (ή να εξαλειφθούν εάν μεταβληθεί αυτός ο παράγοντας). Ο βαθμός της βεβαιότητας είναι διαφορετικός για κάθε παράγοντα κινδύνου.

Στα παρακάτω σημεία συνοψίζονται οι θεωρητικές προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληρεί μια μέθοδος ελέγχου του πληθυσμού (screening) για πρόωμη ανίχνευση του καρκίνου:

- Ø Η μέθοδος πρέπει να μπορεί να ανακαλύψει ένα καρκίνο σε τόσο πρόωμο στάδιο, ώστε η θεραπεία να επηρεάσει την εξέλιξη της νόσου.
- Ø Πρέπει να έχει μικρό αριθμό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (περιπτώσεις δηλαδή που υπάρχει νόσος αλλά η μέθοδος δεν μπορεί να τις ανακαλύψει) ώστε μόνο πολύ μικρό ποσοστό ατόμων με πρόβλημα να διαφύγει τον κίνδυνο.
- Ø Επίσης χαμηλό πρέπει να είναι το ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (όταν δεν υπάρχει πρόβλημα αλλά η μέθοδος μας δίνει ένδειξη νόσου) ώστε να αποφεύγεται άσκοπη ταλαιπωρία του ασθενούς.
- Ø Η μέθοδος δεν θα πρέπει να έχει παρενέργειες.
- Ø Η μέθοδος θα πρέπει να μπορεί να επαναληφθεί και να δώσει ίδια αποτελέσματα ακόμα και αν τα εκτιμήσει άλλος γιατρός.
- Ø Η μέθοδος θα πρέπει να είναι φθηνή.
- Ø Θα πρέπει να είναι δυνατός ο έλεγχος μεγάλων ομάδων του πληθυσμού.²¹

Πληθυσμιακός Προσυμπτωματικός Έλεγχος:

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι η διαδικασία κατά την οποία εξετάζονται υγιείς άνθρωποι, χωρίς συμπτώματα, ώστε να συλλέγουν πληροφορίες για τα πρώιμα σημεία της νόσου. Για παράδειγμα το επίχρισμα Παπανικολάου αποτελεί σήμερα την επιτυχέστερη τεχνική προσυμπτωματικού ελέγχου.

Εκείνο που χρειάζεται είναι κάποια εξέταση εύκολη στη διενέργειά της, ευρέως αποδεκτή από τις ασθενείς (πχ φθηνή και ανώδυνη), επαρκώς ευαίσθητη ώστε να ανιχνεύει τη νόσο και επαρκώς ειδική ώστε να μη καταλήγει σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα. Σήμερα υπάρχουν τρεις αξιόλογες μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου. Είναι η αυτοεξέταση των μαστών, η εξέταση των μαστών από τον ιατρό και η μαστογραφία.

Υπάρχουν τρία συνήθη συστηματικά σφάλματα τα οποία περιπλέκουν το πρόβλημα της πρώιμης ανίχνευσης του καρκίνου.

Το πρώτο είναι το σφάλμα πρόσθετου χρόνου. Δηλαδή η παραδοχή ότι η διάγνωση ενός νοσήματος στα αρχικά στάδια της ύπαρξής του θα επηρεάσει ουσιαστικά το ρυθμό εξέλιξής του. Το δεύτερο συστηματικό σφάλμα ονομάζεται παρατεινόμενης διάρκειας. Τρίτο σφάλμα είναι το σφάλμα διαλογής και τέλος, υπάρχει το σφάλμα υπερδιάγνωσης. Στο σφάλμα υπερδιάγνωσης ανακαλύπτονται ύποπτες περιοχές σε μια μαστογραφία που μπορεί και να μην αποτελούν ένδειξη καρκίνου.¹¹

Οι γυναίκες μειώνουν τον κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού:

Έπειτα από έρευνα που παρουσιάστηκε στο συνέδριο με θέμα «Καρκίνος – Σύγχρονες εξελίξεις και μελλοντικές προοπτικές» που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα στο νοσοκομείο «Υγεία» σε συνεργασία με την Ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Χάρβαρντ τον Σεπτέμβριο του 2003, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Οι γυναίκες μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο να πάθουν καρκίνου του μαστού κατά 19% με την διατήρηση του ιδανικού βάρους τους, κατά 50% με την κατανάλωση

φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως, κατά 23-30% με συχνές μαστογραφίες και ψηλάφηση στήθους κάθε μήνα.²²

Προληπτική διάγνωση

Όλες οι γυναίκες σε ηλικία μεγαλύτερη των 20 ετών πρέπει να ελέγχουν το στήθος τους. Οι σωστότερες μέθοδοι εξέτασης εξαρτώνται από την ηλικία της γυναίκας.

Ηλικία ανάμεσα 20-39	Αυτοεξέταση κάθε μήνα και φυσική εξέταση από τον γιατρό κάθε 1-3 χρόνια.
Ηλικία ανάμεσα 40-49	Κάθε χρόνο φυσική εξέταση από γιατρό. Γυναίκες με υψηλό κίνδυνο και μαστογραφία.
Ηλικία 50 και άνω	Μαστογραφία κάθε χρόνο.

www.mastologos.gr (14-12-09)

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (πχ περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιονίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (πχ διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγενεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (πχ εμβολισμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο (πχ με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς

πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων. Αντίθετα, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.²³

Πρωτογενής πρόληψη\ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων:

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές, μολονότι είναι αναγκαστικά μη πειραματικές (επιδημιολογικές). Οι έρευνες σε πειραματόζωα, συγκρινόμενες με τις επιδημιολογικές, έχουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα: είναι πειραματικές. Το μειονέκτημά τους είναι ότι ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις.

Αναζητώντας τους κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σε συγκεκριμένες γυναίκες, είναι δυνατό να διαχωριστούν μία ή περισσότερες ομάδες γυναικών με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.²³

Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης:

Τέτοια προγράμματα είναι:

1. η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Πχ οι διατροφικές συνήθειες.
2. η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινικό παράγοντα.
3. η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

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

- Ø η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες
- Ø της κοινωνίας.
- Ø η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40^ο έτος.
- Ø η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Ø η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Ø η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Ø η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλεύτη\τριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτών/τριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- Ø η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.
- Ø η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Ø Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.²⁴

Δευτερογενής πρόληψη:

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

Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωσθεί η ύπαρξη της νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.²⁴

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι νοσηλεύτριες/τριες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους προοπτική τους καθιστά ικανούς να επέμβουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Είναι ικανοί/ές να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών αλλά, χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους, μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση.

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

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

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

Ενώ διενεργούν φυσική και κλινική εκτίμηση, οι νοσηλεύτριες/τριες πρέπει να ακούν προσεκτικά τη γυναίκα που αναφέρει προβλήματα υγείας και συμπτώματα. Ηλικία, αναπαραγωγικό ιστορικό και προϋπάρχον ιστορικό προβλημάτων υγείας θα πρέπει να εκτιμώνται και να αναλύονται προσεκτικά.²⁷

Ψηλάφηση και παρατήρηση μαστών:

Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται με τις ράγες των τριών μέσων δακτύλων. Αυτές πρέπει να εφάπτονται συνεχώς στο δέρμα κατά την διάρκεια της εξέτασης. Σε κάθε σημείο που εξετάζει η γυναίκα θα πρέπει να διαγράφει με τις άκρες των δακτύλων της τρεις μικρούς κύκλους. Κάθε κύκλος θα αντιπροσωπεύει διαφορετικό επίπεδο πίεσης, ξεκινώντας από το απλό άγγιγμα και καταλήγοντας στην βαθιά ψηλάφηση.

Στον πρώτο κύκλο, η γυναίκα αγγίζει το δέρμα της χωρίς όμως να πιέζει τους ιστούς που βρίσκονται κάτω από αυτό. Έτσι θα μπορέσει να αντιληφθεί οζίδια που βρίσκονται στα επιφανειακά στρώματα του μαστού. Στον δεύτερο κύκλο ασκεί περισσότερο πίεση στο σημείο που ψηλαφά.

Θα πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά όλος ο μαστός, από την κλείδα μέχρι την τελευταία πλευρά και από την μασχαλιαία περιοχή μέχρι την στερνική περιοχή. Υπάρχουν τρία στάδια ψηλάφησης των μαστών. Πάντα ο κάθε μαστός εξετάζεται από το αντίθετο χέρι.

Στο **1^ο στάδιο** η ψηλάφηση ξεκινά από την μασχαλιαία περιοχή με κατεύθυνση προς τα κάτω ακολουθώντας μια νοητή ευθεία γραμμή. Όταν η γυναίκα φτάσει στο κατώτερο όριο ακολουθεί την αντίστροφη πορεία μέχρι την κλείδα. Συνεχίζει με τον ίδιο τρόπο έως ότου ψηλαφήσει ολόκληρο τον μαστό.

Στο **2^ο στάδιο** η ψηλάφηση ξεκινά από το περιφερικότερο τμήμα του μαστού και συνεχίζει διαγράφοντας έναν πλήρη κύκλο, μέχρι να φτάσει στο σημείο στο οποίο ξεκίνησε. Επαναλαμβάνει το ίδιο και στον άλλο μαστό.

Στο **3^ο στάδιο** η γυναίκα ξεκινά την ψηλάφηση από την θηλή του μαστού και συνεχίζει προς το περιφερικότερο τμήμα του μαστού.

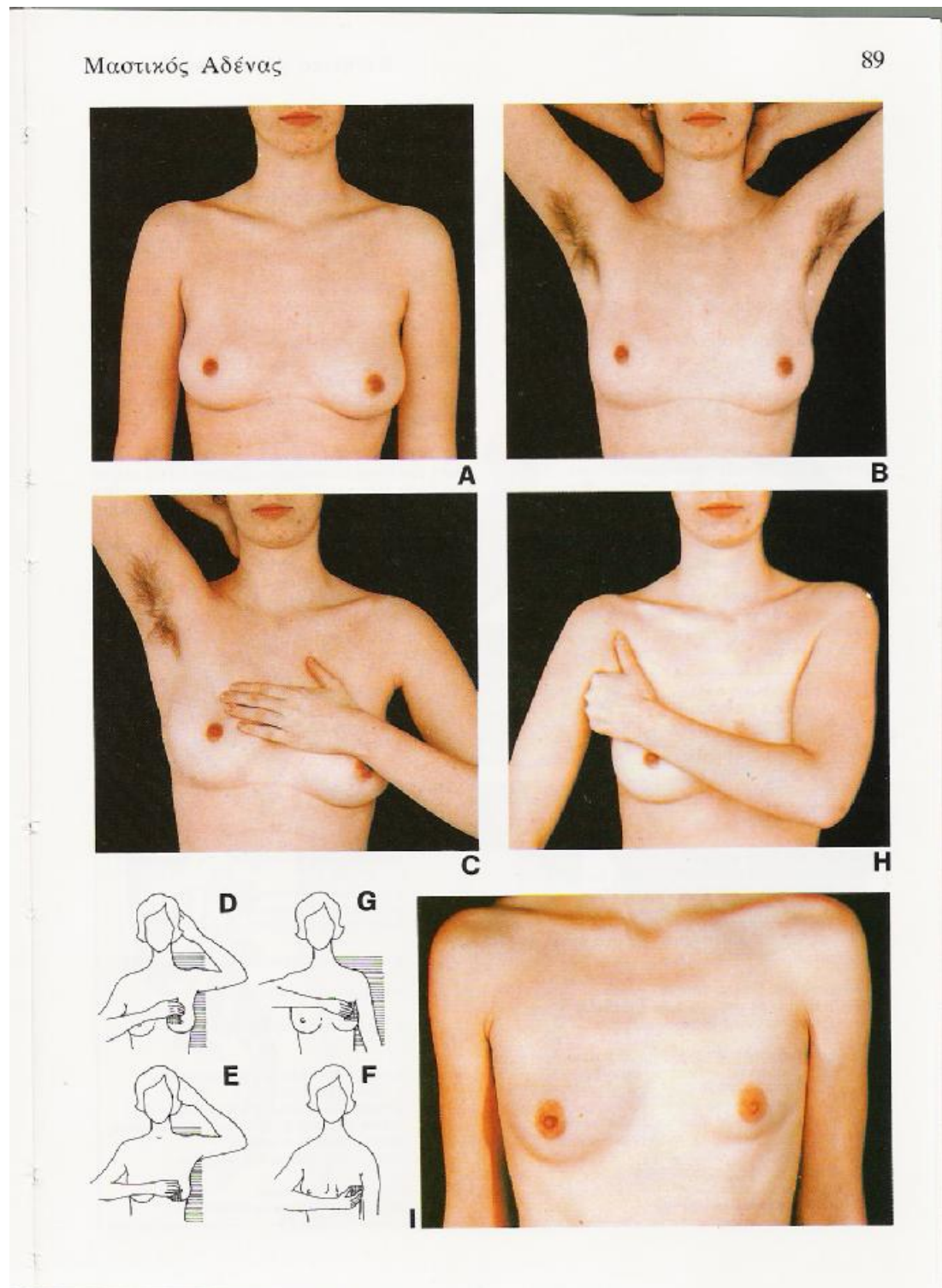
Όταν ολοκληρωθεί η ψηλάφηση των μαστών, είναι απαραίτητο να πιάσει ελαφρά με τον δείκτη και τον αντίχειρα την κάθε θηλή ξεχωριστά, προκειμένου να διαπιστωθεί αν εξέρχεται έκκριμα. Σε πολλές γυναίκες ο ερεθισμός των θηλών είναι δυνατό να προκαλέσει την έκκριση υγρού, χωρίς αυτό να υποδηλώνει κακοήθεια.

Για να παρατηρήσει μια γυναίκα τους μαστούς της θα πρέπει να σταθεί απέναντι από έναν καθρέπτη, γυμνή από την μέση και πάνω. Θα πρέπει να παρατηρήσει και τους δύο μαστούς μέσα από τον καθρέπτη. Ο ένας μαστός ενδεχομένως να είναι μεγαλύτερος από τον άλλο. Αυτό είναι φυσιολογικό και δεν θα πρέπει να ανησυχεί την γυναίκα. Θα πρέπει να παρατηρεί επίσης για αλλαγή μεγέθους ή στο σχήμα των θηλών, ροή υγρού ή αίματος από τις θηλές ή αλλαγή στη μορφή του δέρματος των μαστών.²⁸

Αυτοεξέταση μαστών:

Την αυτοεξέταση πρέπει να τη διδαχθεί η γυναίκα είτε από τον γυναικολόγο της, είτε από τον νοσηλεύτη/τρια και αν την εφαρμόσει σώζει τη ζωή της. Η αυτοεξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από τη γυναίκα μια φορά το μήνα και να αρχίζει από τα 25 χρόνια της. Οι μεν προεμμηνοπαυσιακές πρέπει να εξετάζονται την 15^η ημέρα του κύκλου, οι δε μετεμμηνοπαυσιακές συγκεκριμένη ημέρα του μήνα (πχ κάθε 1^η του μήνα). Σκοπός της αυτοεξέτασης είναι η εξοικείωση της γυναίκας με την μορφή και την σύσταση των αστών της. Αυτή η συνήθεια κάνει ευκολότερη την ανίχνευση κάθε διαφοροποίησης το ταχύτερο δυνατό. Οι γυναίκες που κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα μπορούν να ανακαλύπτουν όγκους της τάξεως των 1,2cm, ενώ αυτές που δεν κάνουν ποτέ, ανακαλύπτουν τον όγκο στα 3,8cm. Η αυτοεξέταση όταν γίνεται κάθε μήνα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της επιβίωσης²⁸

Τεχνική αυτοεξέτασης:



(Lippert H., Ανατομική κείμενο και άτλαντας. 5^η έκδοση. Αθήνα: Γρηγόριος Παρισιάνος, 1993.)

A-H Η αυτοεξέταση του μαστού είναι από τα σημαντικότερα μέτρα πρόωξης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Πρέπει να γίνεται συστηματικά σε δύο στάδια:

επισκόπηση (A-B) και ψηλάφηση (C-H). Αν γίνει αντιληπτό κάτι το ύποπτο πρέπει οπωσδήποτε να γίνει επίσκεψη σε γιατρό έμπειρο στην ψηλάφηση. Τα περισσότερα 'ευρήματα' είναι ακίνδυνα, όμως μπορούν να εκτιμηθούν μόνο μετά από προσεκτική εξέταση.

A Για την επισκόπηση η γυναίκα στέκεται εμπρός στον καθρέπτη, στον οποίο πρέπει να φαίνεται όλος ο κορμός ή τουλάχιστον ο θώρακας χωρίς παραμορφώσεις. Όταν τα άνω άκρα κρέμονται χαλαρά προς τα κάτω οι θηλές των μαστών βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στην ίδια απόσταση από την μέση γραμμή. Σε όγκους η θηλή μετακινείται μερικές φορές προς την πλευρά του όγκου. Οι φυσιολογικοί μαστοί είναι σχεδόν ίσου μεγέθους. Σε πολλές όμως υγιείς γυναίκες ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος. Ύποπτη είναι η διαφορά μεγέθους που παρουσιάζεται σταδιακά, όταν πριν οι μαστοί ήταν ίσοι. Το δέρμα του φυσιολογικού μαστού δεν παρουσιάζει πουθενά εισολκή ή αλλοίωση. Σε καρκίνους που αναπτύσσονται προς το δέρμα έχει την εμφάνιση φλούδας πορτοκαλιού.

B Η συμμετρία των μαστών δεν πρέπει να αλλάζει όταν τα χέρια σηκωθούν ομοιόμορφα. Ο μείζων θωρακικός μυς καταφύεται στο βραχίονα και κατά την ανύψωση του βραχίονα τεντώνεται. Το δέρμα του θώρακα έλκεται προς τα πάνω μαζί με τον ανυψωμένο ώμο. Ο μαστός ως δερματικό όργανο, πρέπει να ακολουθεί την κίνηση αυτή: αν στη μία πλευρά ο μαστός υπολείπεται αυτό προκαλείται από συμφύσεις του συνδετικού ιστού που μπορεί να οφείλονται μεταξύ άλλων σε καρκίνο.

C-G Επόμενο στάδιο είναι η ψηλάφηση των μαστών. Το χέρι που εξετάζει τοποθετείται με την παλάμη επάνω στο μαστό. Οι ράγες των δακτύλων πιέζουν με αρκετή δύναμη. Ο φυσιολογικός μαστός έχει ομοιόμορφη μαλακή σύσταση και καλή κινητικότητα. Αντιθέτως ο καρκινωματώδης ιστός είναι σκληρός και σε προχωρημένα στάδια δεν μετακινείται εύκολα, επειδή διηθεί τον περίγυρο. Δεν είναι όμως καρκίνος κάθε σκληρός ιστός στο μαστό. Πολλές γυναίκες έχουν περιγεγραμμένες ομάδες αδένων στο μαστό (μαστοπάθεια), οι οποίες είναι κάπως σκληρότερες από τον υπόλοιπο ιστό. Πάντα όμως είναι καλά κινητές. Ύποπτοι είναι όζοι που πρωτοπαρουσιάζονται ή που μεγαλώνουν.

Για την ευκολότερη περιγραφή των ευρημάτων, πρέπει να χωρίσει κανείς νοητά τον μαστό, με δύο διασταυρωνόμενες, στη θηλή, γραμμές σε τέσσερα τεταρτημόρια: άνω έσω (D), κάτω έσω(E), κάτω έξω (F) και άνω έξω (G) τεταρτημόριο. Πρέπει να ψηλαφώνται προσεκτικά όλα τα τεταρτημόρια. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο άνω έξω τεταρτημόριο, επειδή εκεί παρουσιάζεται συχνότερα ο καρκίνος.

H Τελειώνοντας την εξέταση πρέπει να ψηλαφηθεί η μασχालαία κοιλότητα για σκληρά λεμφογάγγλια. Το άνω άκρο πρέπει να κρέμεται χαλαρά δίπλα στον κορμό. Με το βραχίονα σε έκταση δεν μπορεί κανείς να ψηλαφήσει καλά βαθιά στη μασχालαία κοιλότητα.

I Διαφορά του μεγέθους των μαστών σε νεαρή γυναίκα, χωρίς παθολογική σημασία. Πολλές όμως γυναίκες έχουν αυτό το αισθητικό πρόβλημα. Στις περιπτώσεις αυτές, μια σοβαρή συζήτηση για το τι είναι σημαντικό και τι ασήμαντο στη ζωή (κυρίως στη σχέση με το αντίθετο φύλο) αποδίδει συχνά περισσότερα από ότι μια αισθητική εγχείρηση (πχ τοποθέτηση πλαστικού υποθέματος κάτω από το μικρότερο μαστό).⁴

ΜΕΡΟΣ 2ο: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες παγκοσμίως και ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις αναπτυσσόμενες χώρες. Από το 1945 μετά τη δημοσίευση των εργασιών του Γ. Ν. Παπανικολάου για την διαγνωστική αξία του κολπικού επιχρίσματος στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και μετά την απόφαση της American Cancer Society (ACS) για την εφαρμογή της μεθόδου ως προληπτική εξέταση, με σκοπό την ανίχνευση των καρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας, η εξέταση κατά Παπανικολάου (PAP test) μέθοδο για την έγκαιρη διάγνωση του τραχήλου της μήτρας παγκοσμίως.

Μέσα από τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου (carnival mass screening) παρατηρήθηκε μια εντυπωσιακή ελάττωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από τον συγκεκριμένο καρκίνο στις αναπτυγμένες χώρες, όμως ωστόσο παραμένει ο πιο συχνός τύπος καρκίνου στις αναπτυσσόμενες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι πάνω από το 92% αυτών που πεθαίνουν από καρκίνο τραχήλου της μήτρας δεν έχει κάνει ποτέ την εξέταση.

ΟΙ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ο δεύτερος συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Περίπου 500,000 νέες περιπτώσεις διαγνώσκονται ετησίως και

υπολογίζεται ότι 230,000 θάνατοι κάθε χρόνο οφείλονται στον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Το 80% των περιπτώσεων αυτών συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στις περισσότερες χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Δυτικής Ευρώπης, η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου έχει μειωθεί σημαντικά παρόλο που τα τελευταία χρόνια μειώνεται με μικρότερο ποσοστό. Ωστόσο, στις αναπτυσσόμενες χώρες η επίπτωση του δεν έχει αλλάξει σημαντικά.

Η σημαντική μείωση που παρουσιάστηκε τα τελευταία 50 χρόνια στις αναπτυγμένες χώρες οφείλεται στα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου και στην πρόοδο της θεραπείας σε πρόωρο στάδιο της νόσου. Παγκοσμίως το 80% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας συμβαίνουν σε περιοχές όπου δεν υπάρχουν προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου. Σε μερικές περιοχές είναι ο πιο συχνός γυναικείος τύπος καρκίνου μετά τον καρκίνο του μαστού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορές ανάμεσα στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες είναι αρκετά μεγάλες. (www.famme.gr)

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εκτιμάται ότι η επίπτωση καθώς και η θνησιμότητα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην χώρα μας είναι ανάμεσα στις χαμηλότερες στη Ευρώπη (OECD), 2003. Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ανερχόταν το 1991 σε 9,55/100.000 κατοίκους και η θνησιμότητα ήταν 2,48/100.000 .

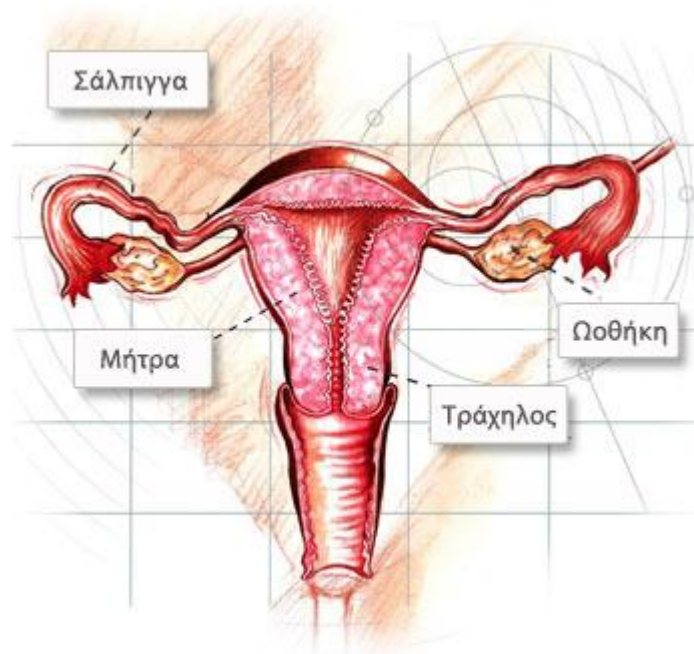
Το 1998 εκτιμήθηκε ότι η επίπτωση του καρκίνου ήταν 6,24/100.000 και η θνησιμότητα 2,27/100.000 σύμφωνα με το Eucan (ferlay et all, 1998), ενώ σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Globocan 2002 η επίπτωση στην χώρα μας ανέρχεται σε 7,7/100.000 και η θνησιμότητα σε 2,5/100.000, αν και η χώρα μας είναι από τις πρώτες χώρες που εφαρμόστηκε η εξέταση Παπανικολάου (1995) δεν υπάρχει δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα πρόληψης.

Συνέπεια αυτόν είναι να μην υπάρχει οργανωμένη πρόληψη για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και τα στοιχεία που υπάρχουν γι αυτό το θέμα να είναι ελλιπής. (www.famme.gr)

Ο ΤΡΑΧΗΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα είναι ένα όργανο σε σχήμα και σε μέγεθος αχλαδιού. Το φαρδύ της μέρος λέγεται σώμα και εκεί αναπτύσσεται το έμβρυο. Το μέρος αυτό βρίσκεται μέσα στην μικρή λεκάνη της γυναίκας. Το λεπτότερο τμήμα λέγεται τράχηλος και βρίσκεται στο βάθος του κόλπου από όπου είναι και ορατό.

Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας ,έχει σχήμα κυλίνδρου μήκους περίπου 4cm έχει ένα άνοιγμα του οποίου επικοινωνεί η μήτρα με τον κόλπο. Μέσω του τραχηλικού ανοίγματος περνά το αίμα της περιόδου και διοχετεύεται μέσα και τελικά έξω από το σώμα. Με τον ίδιο τρόπο μέσω του τραχηλικού ανοίγματος σπερματοζώαρια από τον κόλπο, και μετακινούνται στην κοιλότητα της μήτρας και από εκεί στις σάλπιγγες για γονιμοποίηση.³⁵



www.apn.gr (14-12-09)

ANATOMIA ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η μήτρα ή υστέρα είναι ένα κοίλον μυώδες όργανο το οποίο ευρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο, μεταξύ ουροδόχου κύστεως και απευθυσμένου, και έχει προς τα κάτω τον κολεό, και προς τα άνω εντερικές έλικες. Το σχήμα της μήτρας είναι αποπειδές. Είναι αποπεπλατυσμένη εκ των εμπρός προς τα ο πίσω, και η βάση της στρέφεται προς τα άνω. Παρουσιάζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, και δύο πλάγια χείλη εις τα όποια προσφύονται οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας.

Το μήκος της μήτρας είναι 7,5 εκ, διακρίνονται τρία μέρη τα οποία είναι εκ των άνω προς τα κάτω, ο πυθμένας, το σώμα και ο τράχηλος της μήτρας. Μεταξύ τραχήλου και σώματος παρατηρείται μια στενή ζώνη η οποία λέγεται ισθμός, και η οποία αποτελεί το όριο μεταξύ του τραχήλου και του σώματος της μήτρας .

Ο πυθμένας της μήτρας, το ανώτερο δηλαδή μέρος αυτής φέρεται προς τα εμπρός και άνω και δεν υπερβαίνει το άνω χείλος της ηβικής συμφύσεως. Το σώμα της μήτρας εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια ή κυστική, η οποία έρχεται σε σχέση με την ουροδόχο κύστη και την οπίσθια ή εντερική η οποία έρχεται σε σχέση με εντερικές έλικες. Στα πλάγια χείλη του σώματος της μήτρας προσφύονται οι πλατύς σύνδεσμοι.³⁰

Επίσης κατά το μήκος των πλαγίων χειλέων ανέρχεται η μητριαία αρτηρία. Ο ισθμός της μήτρας αποτελεί στενή μοίρα του σώματος της μήτρας η οποία αντιστοιχεί εσωτερικώς εις τω έσω στόμιο της μήτρας. Εξωτερικώς αντιστοιχεί εις την ανάκαμψη του περιτοναίου από την ουροδόχο κύστη εις την μήτρα.

Ο τράχηλος της μήτρας έχει μήκος περίπου 2,5 εκ. και υποδιαιρείται δια του άνω άκρου του κολεού, ο οποίος προσφύεται κυκλικά εις τον τράχηλο σε δύο μέρη, στο υπερκολεϊκό και στο ενδοκολεϊκό μέρος. Το υπερκολεϊκό μέρος του τραχήλου, εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, και δύο πλάγια χείλη. Η οπίσθια επιφάνεια είναι βραχύτερη από την πρόσθια διότι ο κολεός προσφύεται επι του τραχήλου υψηλότερα προς τα πίσω, και επικαλύπτεται από το περιτόναιο του ευθυμητρικού κοιλώματος. Η πρόσθια επιφάνεια του τραχήλου είναι περισσότερο

επιμήκης, και συνάπτεται με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης με χαλαρό συνδετικό ιστό.

Τα πλάγια χείλη του υπερκοιλιακού μέρους έρχονται σε σχέση με τη βάση του πλατέος συνδέσμου, με το παραμήτριο, και με το χιασμό της μητριάας αρτηρίας μετά του ουρητήρα, ο οποίος στο σημείο εκείνο απέχει 2 εκ. από την μήτρα. Το ενδοκοιλιακό μέρος του τραχήλου, είναι ψηλαφητό και ορατό με το μητροσκόπιο. Στο άκρο του παρατηρείται το έξω στόμιο της μήτρας. Το στόμιο αυτού αποφράσσεται από βλέννη, και παρουσιάζει, ιδίως στην τεκούσα γυναίκα δύο χείλη, το πρόσθιο και το οπίσθιο.

Το πρόσθιο χείλος είναι παχύτερο από το οπίσθιο και ευρίσκεται χαμηλότερα από το οπίσθιο. Τα χείλη του έξω στομίου, στην άτοκο είναι λεία, ομαλά και ροδόχροα, ενώ στην πολύτοκο είναι ρωγμώδη και σκοτεινότερου χρώματος. Η κοιλότητα του σώματος είναι σχισμοειδής διότι το πρόσθιο και το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας σχεδόν εφάπτονται. Στην κατά μέτωπο τομή παρουσιάζει σχήμα τριγώνου, του οποίου η κορυφή αντιστοιχεί στο έξω στόμιο της μήτρας και η βάση προς τον πυθμένα. Η κοιλότητα του σώματος στις άνω γωνίες του τριγώνου σχηματίζει δύο παρεκβολές, τα κέρατα της μητριάας κοιλότητας, τα οποία μεταπίπτουν στους ωαγωγούς. Η κοιλότητα του αυχένος ή του αυχενικού σωλήνα, εμφανίζεται στο πρόσθιο και στο οπίσθιο τοίχωμα αυτής τις φοινικοειδής πτυχές. Αυτές είναι πτυχώσεις του βλεννογόνου οι οποίες συγκλίνουν στη μέση γραμμή και σχηματίζουν την πρόσθια και την οπίσθια στελεχειαία φοινικοειδή πτυχή. Οι πτυχές των δύο τοιχωμάτων, παρεμβαίνουν και έτσι γίνεται καλύτερη σύγκληση του αυχενικού σωλήνα.³¹

Θέση και στήριξη της μήτρας

Η τυπική θέση της μήτρας, είναι εκείνη στην οποία ο επιμήκης άξων του τραχήλου συμπίπτει με τον άξονα της πυέλου, ενώ το σώμα της μήτρας ευρίσκεται σε πρόσθια κάμψη και σχηματίζει με τον τράχηλο γωνία. Στην θέση αυτή ευρίσκεται η μήτρα όταν η ουροδόχο κύστη και το απευθυσμένο είναι κενό. Η θέση αυτή επηρεάζεται από το βαθμό πληρότητας των οργάνων αυτών, και από την ενδοκοιλιακή πίεση.

Εκτός από την περιγραφείσα τυπική θέση της μήτρας, είναι δυνατόν, το σώμα να παρουσιάσει ισχυρά κάμψη προς τα εμπρός, οπότε ευρίσκεται στην παθολογική πρόσθια κάμψη, είτε να κάμπτεται προς τα οπίσω οπότε ευρίσκεται σε οπίσθια κάμψη. Επίσης η μήτρα είναι δυνατόν να παρουσιάσει και άλλες θέσεις, προς τα εμπρός, οπίσω προς τα πλάγια ή και σε συστροφή.

Η στήριξη της μήτρας, επιτυγχάνεται προς τα κάτω από τον κολεό και το περίνεο. Αλλά συμβάλουν στη στήριξη και τα εξής, το περιτόναιο, οι πλατύς σύνδεσμοι και οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας.

Το περιτόναιο καλύπτει τον πυθμένα, το σώμα και τη οπίσθια επιφάνεια του υπερκοιλικού μέρους του τραχήλου. Προς τα εμπρός ανακάμπτει επί της ουροδόχου κύστεως, και προς τα οπίσω ανακάμπτει προς το απευθυσμένο. Με την διάταξη αυτή του περιτοναίου σχηματίζονται δύο κολπώματα, εμπρός το κυστεομητρικόν, και πίσω το ευθυμητρικόν κόλπωμα, το οποίο οπίσθιο καλείται και δουγλάσειος χώρος.

Οι πλατείς σύνδεσμοι της μήτρας, είναι δύο πτυχές του περιτοναίου, και εκτείνονται από τα πλάγια χείλη της μήτρας εκατέρωθεν προς τα πλάγια τοιχώματα της ελάσσονος πυέλου. Αποτελούν συνεπώς μαζί με τη μήτρα στο κέντρο, ένα συνεχές διάφραγμα. Ο κάθε ένας από τους πλατείς συνδέσμους αποτελείται από δύο πέταλα του περιτοναίου, τα οποία προς τα άνω περιλαμβάνουν τους ωαγωγούς και τους συνδέσμους της ωοθήκης. Προς τα κάτω τα δύο πέταλα αυτά προσφύονται στο έδαφος της πυέλου και απομακρύνονται λίγο μεταξύ τους.

Περιλαμβάνεται δε προς τα κάτω μεταξύ των δύο πετάλων του περιτοναίου χαλαρός συνδετικός ιστός ο οποίος ονομάζεται παραμήτριον. Μέσα στο παραμήτριον ευρίσκεται ο ουρητήρας και η μητριάια αρτηρία, η οποία ανακάμπτει προς τα άνω και πορεύεται κατά μήκος των πλάγιων χειλέων της μήτρας.

Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι της μήτρας, ο δεξιός και ο αριστερός αποτελούν δύο ινώδεις ταινίες, οι οποίες εκφύονται από τη πλάγια γωνία του πυθμένος της μήτρας εκατέρωθεν. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι, αφού διέλθουν κατ' αρχάς κάτω από το πρόσθιο πέταλο των πλατεών συνδέσμων, κατευθύνονται προς το πλάγιο τοίχωμα της

ελάσσοнос πυέλου, στην συνέχεια διελαύνουν τον βουβωνικό σωλήνα και καταλήγουν εκατέρωθεν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου όπου και καταφύονται. Οι στρογγυλοί σύνδεσμοι μόνο στην τελευταία μοίρα τους είναι στρογγυλοί, και χρησιμεύουν για να συγκρατούν τη μήτρα προς τα εμπρός.³¹

Υφή της μήτρας

Το τοίχωμα της μήτρας έχει αρκετό πάχος και αποτελείται εκ των έξω προς τα έσω από τρεις χιτώνες, τον ορογόνο, τον μυϊκό, και τον βλεννογόνο.

Ο ορογόνος χιτών είναι το περιτόναιο το οποίο καλύπτει τη μήτρα και συνάπτεται στερεά προς τον μυϊκό χιτώνα. Ο μυϊκός χιτών ή μυομήτριο αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες. Οι μυϊκές ίνες παρουσιάζουν επιμήκη, κυκλωτερή ή λοξή φορά, συμπλέκονται μεταξύ τους και αποτελούν τρεις στιβάδες.

Ο βλεννογόνος της μήτρας, και του σώματος και του τραχήλου, αποτελείται, από κροσσωτό επιθήλιο. Ο βλεννογόνος του σώματος παρουσιάζει αδένες σωληνοειδής, οι οποίοι εισέχουν στο μυϊκό χιτώνα. Από το πυθμένα των αδένων αυτών γίνεται η ανάπλαση του βλεννογόνου, όταν αποπίπτει κατά την έμμηνο ρύση ή τον τοκετό.³⁰

Παθολογική ανατομία

Δεν υπάρχουν παθολογικές αλλαγές που βοηθούν στην αναγνώριση του ενδοεπιθηλιακού καρκίνου του τραχήλου στην εξέταση με το γυμνό μάτι. Πράγματι παραδείγματα χρόνιας τραχηλίτιδας παρουσιάζουν πιο έντονη εικόνα στον τράχηλο από ένα ενδοεπιθηλιακό καρκίνο του τραχήλου. Στο πρώιμο κλινικό στάδιο ο καρκίνος παρουσιάζεται πολύ συχνά σαν μια μικρή βλάβη κοντά στο έξω στόμιο του τραχήλου στη ζώνη της μετάπτωσης του πλακώδους με το κυλινδρικό επιθήλιο. Φαίνεται σαν μια μικρή κοκκιώδης περιοχή που με την ψηλάφηση στο δάκτυλο δίνει την εντύπωση ότι ελαφρά είναι πιο ψηλά από τη γύρο περιοχή σαν να προβάλλει.

Στην εξέταση με το κολποσκόπιο η επιφάνεια είναι κοκκιώδης ή ελαφρά προβάλλει και αιμορραγεί στην ελαφρά επαφή με το δάκτυλο. Μερικές φορές ακόμη και σ' αυτό το στάδιο μπορεί να καλύπτεται από μια θηλωματώδη προς τα έξω αύξηση. Ο υπόλοιπος τράχηλος μπορεί να είναι φυσιολογικός, αλλά πολύ συχνά παρουσιάζει χρόνια φλεγμονώδη αρρώστια. Πράγματι όπως και με το ενδοεπιθηλιακό καρκίνο που συχνά είναι αδύνατο να κάνει κανείς μια διάκριση με το μάτι του αρχόμενου διηθητικού καρκίνου και καλοηθών βλαβών που είναι οι διαβρώσεις και οι εκστροφές του τραχήλου.

Στο προχωρημένο στάδιο από την αρχική του θέση ο καρκίνος επεκτείνεται μέχρι να καταλάβει το μεγαλύτερο μέρος σε ένα από τα χείλη του τραχήλου ή τμήματα από τα δύο χείλη του τραχήλου. Καθώς αυτός μεγαλώνει παρουσιάζει ένα από τα δύο κύρια χαρακτηριστικά του. Η θηλωματώδης τάση που μπορεί να υπερισχύει, αφορά την αύξηση κυρίως πάνω από την επιφάνεια έτσι που η βλάβη παίρνει τη μορφή της ανθοκραμβοειδούς ανάπτυξης. Αυτό παριστά την εξωφυτική μορφολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Μπορεί επίσης να υπάρχει λίγη ή καθόλου αύξηση της επιφάνειας με τη βλάβη να επεκτείνεται βαθιά στους τραχηλικούς ιστούς κάνοντας μια πολύ σκληρή καμία φορά σαν πέτρα διήθηση αν και πρακτικά υπάρχει πάντα μια έλκωση. Είναι η ενδοφυτική μορφή του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η διήθηση εδώ μπορεί να αφορά και τους κοντά κολπικούς θόλους όπως επίσης και οι πλατείς σύνδεσμοι μπορεί να δείξουν διήθηση.

Στην πιο προχωρημένη μορφή, η πρόοδος της βλάβης κάνει μεγάλη καταστροφή του τραχήλου που μπορεί να αντικατασταθεί με μια κοιλότητα ελκώμενη με ρακώδη όρια, εύθρυπτους ιστούς και τοιχώματα που το αίμα μπορεί να βγαίνει και στην πιο ευγενική εξέταση. Τα τοιχώματα του κόλπου και του τραχήλου είναι σκληρά και διηθημένα από την καρκινωματώδη διήθηση και οι πλατείς σύνδεσμοι παρουσιάζουν εκτεταμένη διήθηση όχι μόνο σαν αποτέλεσμα της επέκτασης του καρκίνου, αλλά και σαν αποτέλεσμα της φλεγμονώδους διήθησης που είναι δευτεροπαθείς από τη σηπτική ελκωτική βλάβη του τραχήλου. Αν η βλάβη είναι κυρίως εξωφυτική μια μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα σχηματίζεται που μπορεί να γεμίσει τον κόλπο.

Πολλές φορές στις βλάβες αυτές υπάρχει πολύ λίγη φλεγμονώδη διήθηση παρά τη μεγάλη μάζα του τραχήλου. Η πιο προχωρημένη μορφή της νόσου είναι αυτή που

περιλαμβάνει και καταστρέφει περισσότερα όργανα, διηθεί τους πλατείς συνδέσμους περισσότερο και μπλοκάρει τον ένα ή τους δύο ουρητήρες και όχι σπάνια τη κύστη και το έντερο με τη δημιουργία συριγγίων μεταξύ των οργάνων αυτών και του κόλπου.³⁰

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Το γενετικό σύστημα της γυναίκας, αντιθέτως προς του άνδρα, εμφανίζει περιοδικές μεταβολές, οι οποίες από τελεολογικής άποψης είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως περιοδικές προετοιμασίες για την γονιμοποίηση και την κύηση. Παρατηρούμε λοιπόν, τέτοιες κυκλικές μεταβολές στις ωοθήκες, στον κόλπο και στη μήτρα.

Στη διάρκεια λοιπόν του γεννητικού αυτού κύκλου της γυναίκας παρατηρείται βαθμιαία διάνοιξη του έσω τραχηλικού στομίου, που σκοπό έχει όπως είναι ευνόητο, τη διευκόλυνση της γονιμοποίησης την ημέρα της ωοθυλακιορρηξία. Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ο μυϊκός τόνος του έσω τραχηλικού στομίου μειώνεται σταδιακά. Έτσι ενώ στην αρχή της παραγωγικής φάσης του κύκλου είναι τελείως κλειστό, κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας φτάνει στο διπλάσιο της αρχικής διαμέτρου του.

Κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων, παρουσιάζονται επίσης κανονικές μεταβολές και στη τραχηλική βλέννα. Οι μεταβολές αυτές είναι τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές. Παρατηρούμε λοιπόν πως όσο απομακρυνόμαστε από την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας τόσο η βλέννα μειώνεται σε όγκο και αυξάνεται σε ιξώδες. Ενώ όσο πλησιάζουμε προς προς την στιγμή της ωοθυλακιορρηξία γίνεται διαυγέστερη και αποκτά τελικά την χαρακτηριστική σαν φύλλα φτέρης κρυστάλλωση τη στιγμή της ρήξης του ωοθυλακίου. Αντίστοιχα επηρεάζεται και η ελαστικότητα της τραχηλικής βλέννης, καθώς και η εκτασιμότητά της. Κατά την εποχή της ωοθυλακιορρηξίας εκτιμάται η εκτασιμότητα αυτή σαν ένας από τους παράγοντες που ευνοούν τη γονιμότητα. Όπως φαίνεται λοιπόν οι μεταβολές που συμβαίνουν, συντελούν ώστε την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας να εξασφαλιστούν οι ιδανικότερες

προϋποθέσεις για τη διείσδυση των σπερματοζωαρίων μέσα από την τραχηλική βλέννη στη μητρική κοιλότητα.³¹

Μετά την 14^η μέρα του κύκλου η βλέννη παθαίνει και πάλι ορισμένες μεταβολές, που αποδίδονται στην προγεστερονική δράση και χαρακτηρίζονται κυρίως από καταστροφή της κρυσταλώσεως, ελάττωση της εκτασιμότητας και διήθηση από πολυμορφοπήρυνα, σε συνδυασμό με σημαντική ελάττωση της ποσότητάς της, ώστε τις παραμονές της εμμηνορυσίας να μην υπάρχει στο τραχηλικό στόμιο παρά ελάχιστη ποσότητα.

Η χημική σύσταση της βλέννης παρουσιάζει μεταβολές στη διάρκεια του κύκλου. Βασικά η τραχηλική βλέννη αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες, ανόργανα συστατικά και ένζυμα. Η περιεκτικότητα σε νερό βρίσκεται στη μεγαλύτερη αναλογία της κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας, ενώ είναι ελαττωμένη στην αρχή και στο τέλος του κύκλου. Έτσι ενώ κατά την αρχή της οιστρογονικής φάσεως η αναλογία σε νερό βρίσκεται κοντά στο 85%, αυτή ανέρχεται στο 90-92% κατά την ημέρα της ωοθυλακιορρηξίας για να ελαττωθεί και πάλι στη δεύτερη φάση του κύκλου οπότε και πλησιάζει κατά 80%. Αντίστοιχες μεταβολές παρουσιάζουν και οι διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες της τραχηλικής βλέννας.

Επειδή είναι γνωστό ότι η έκκριση της τραχηλικής βλέννης εξαρτάται από την ισορροπία οιστρογόνων- προγεστερόνης, είναι φανερό ότι όταν υπάρχουν ενδοκρινικά προβλήματα (ανωορρηξία κ.λ.π.), ελλείπει η μεγάλη εκτασιμότητα αφενός και αφετέρου η ποσότητα της τραχηλικής βλέννης είναι μικρή.

Όλες αυτές οι μεταβολές της τραχηλικής βλέννης είναι τόσο χαρακτηριστικές, ώστε χρησιμοποιούνται σαν δείκτες ωοθυλακιορρηξίας.³¹

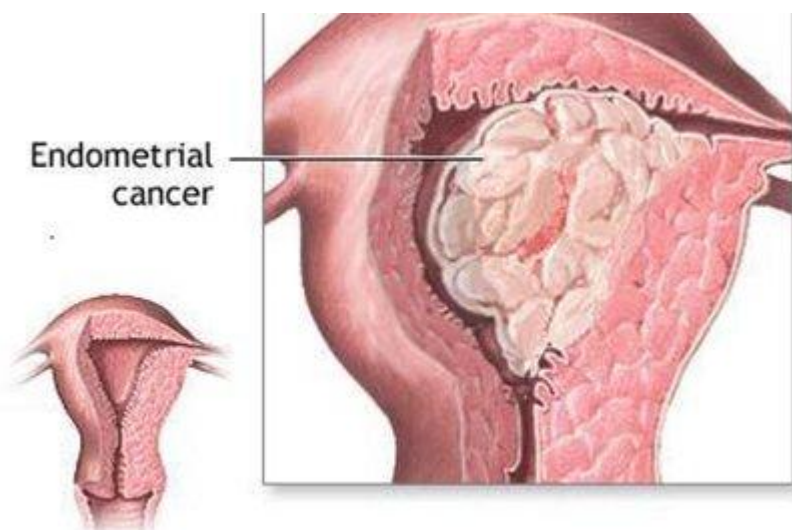
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Η αιμορραγία από τον κόλπο αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Συχνότερα πρόκειται για αιμορραγία

μετά από συνουσία, αλλά μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως ακανόνιστη ή μετεμηνοπαυσιακή αιμορραγία.

Οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο παρουσιάζουν ενδεχομένως δύσσομες εκκρίσεις από τον κόλπο, απώλεια βάρους ή αποφρακτική ουροπάθεια. Στη φυσική εξέταση, οι υπερκλείδιοι και βουβωνικοί λεμφαδένες πρέπει να ψηλαφόνται για τον αποκλεισμό μεταστατικής νόσου. κατά την αντικειμενική εξέταση της πυέλου εισάγεται ένα μητροσκόπιο μέσα στον κόλπο και επιθεωρείται ο τράχηλος για ανεύρεση ύποπτων εστιών. Ο κόλπος ελέγχεται για πιθανή εξάπλωση της νόσου. Στην περίπτωση διηθητικής νόσου, ο τράχηλος είναι συνήθως ακίνητος και διογκωμένος και τα γνωρίσματα του αυτά πρέπει να αξιολογηθούν με την δακτυλική εξέταση.

Η εξέταση από τον ορθό είναι καθοριστικής σημασίας επειδή βοηθά στην εκτίμηση της σύστασης και του μεγέθους του τραχήλου, ειδικά σε ασθενείς με ενδοτραχηλικά καρκινώματα. Αυτός είναι ο μοναδικός τρόπος για τον προσδιορισμό του μεγέθους του τραχήλου εάν οι θόλοι του έχουν εξαλειφτεί λόγω των μεταβολών που επιφέρει η εμμηνόπαυση ή λόγω της εξάπλωσης της νόσου. Η επέκταση της νόσου στα παραμήτρια προσδιορίζεται καλύτερα με την ανεύρεση οζώδους σύστασης πέρα από τον τράχηλο κατά την εξέταση από τον ορθό. Σε περίπτωση εμφανούς νεοπλασματος, η τραχηλική βιοψία σε εξωνοσοκομειακή βάση συνήθως είναι αρκετή για την επιβίωση της διάγνωσης.



www.fame.gr (14-12-09)

Η κολποσκόπηση μπορεί να βοηθήσει στην καθοδήγηση του και στην εξέταση προς την πιο διηθητική εστία για τη λήψη της βιοψίας. Εάν η διάγνωση δεν είναι δυνατό

να επιβεβαιωθεί με την παραπάνω βιοψία , μπορεί να χρειαστεί διαγνωστική κωνοειδής εκτομή.³⁶

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

ΚΑΛΟΗΘΗ:

ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Οι πολύποδες του τραχήλου της μήτρας είναι μισχωτά συνήθως μορφώματα, που προέρχονται από υπερτροφία και υπερπλασία του ενδοτραχηλικού ή του ενδομητριακού βλεννογόνου. Αποτελούνται από αγγειοβριθές συνδετικό υπόστρωμα και επενδύονται από κυλινδρικό ή πλακώδες επιθήλιο . Παρουσιάζονται συχνότερα σε πολύτοκες ηλικίας άνω των 20 ετών. Είναι σπάνιοι πριν από την εμμηναρχή αλλά μετά την εμμηνόπαυση μπορεί να παρουσιάσουν συχνότερα. Πολύ συχνά είναι συμπτωματικοί και δυνατόν να γίνουν αντιληπτοί μόνο μετά από μια εξέταση ρουτίνας. Είναι συνήθως καλοήθεις όγκοι, αλλά πρέπει πάντοτε να εξαιρούνται και να εξετάζονται ιστολογικά.

Οι πολύποδες του τραχήλου είναι συνήθως κοκκινωποί σφαιρικοί η ωοειδείς όγκοι και το μέγεθος του ποικίλλει, φτάνει σε διάμετρο 2-3 εκατοστών ή και περισσότερο. Μητρορραγίες η αιμορραγίες μετά την συνουσία είναι τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα. Μερικές φορές υπάρχει μηνορραγία ή και λευκορροία. Σπανιότερα οι πολύποδες του τραχήλου είναι πιθανό να προκαλούν στειρώση.

Η διάγνωση γίνεται με τη συστηματική επισκόπηση του τραχήλου, που πρέπει απαραίτητα να γίνεται σε κάθε γυναικολογική εξέταση. Μερικές φορές οι ενδοτραχηλικοί πολύποδες, όταν δεν προβάλλουν από το έξω τραχηλικό στόμιο, γίνεται αντιληπτοί με υστεροσαλπιγγογραφία ή με την βοήθεια ειδικής τραχηλικής βάλβας. Στην κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου βρίσκονται στοιχεία

φλεγμονής και συχνά αρκετά ανώμαλα κύτταρα κλάσεως 1-3 κατά Παπανικολάου. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει από το αδenoκαρκίνωμα του ενδομητρίου, τα κονδυλώματα, τα μικρά υποβλεννογόνια ινομύματα και τα πολυποειδή καρκινώματα του τράχηλο. Μόνο με την ιστολογική εξέταση μπορεί να γίνει η διαφορική διάγνωση χωρίς αμφισβήτηση. Οι πολύποδες του τραχήλου πρέπει χωρίς καθυστέρηση και να αποστέλλονται για ιστολογική εξέταση.

Επειδή πολλοί από αυτούς έχουν μίσχο, επιβάλλεται μαζί με την εξέταση τους να γίνεται διαστολή του τραχήλου και απόξεση του ενδομήτριου, ώστε να γίνει ολική εξαίρεση της νεοπλασίας αυτής από την βάση της. Με τον αυτό γίνεται επίσης εξαίρεση και άλλων μικρότερων πολύποδων, που ακόμη δεν είχαν γίνει αντιληπτοί στον εξωτράχηλο.

ΘΗΛΩΜΑΤΑ

Τα θηλώματα του τραχήλου είναι καλοήγη νεοπλάσματα που ανευρίσκονται καμία φορά στον έξω τραχηλικό στόμιο και αποτελούνται από συνδετικό ιστό στο κέντρο τους, που περιβάλλεται από πλακώδες επιθήλιο. Ανακαλύπτονται επίσης τυχαία στην διάρκεια μιας γυναικολογικής εξετάσεως ρουτίνας γιατί συχνά είναι ασυμπτωματικά αφού το μέγεθος τους σπάνια ξεπερνά τη διάμετρο του 1 εκατοστού.

Μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση με τον εξωφυτικό καρκίνο του τραχήλου ή με κονδυλώματα. Παρά το ότι είναι καλοήγη σε μια αναλογία 95%, είναι δυνατόν σπανιότατα να παρουσιάσουν δυσπλαστική εικόνα που φθάνει και σε καρκινωματούδη βλάβη.

Η θεραπεία τους είναι χειρουργική εξαίρεση που οπωσδήποτε πρέπει να ακολουθηθεί από ιστολογική εξέταση.³⁶

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Πρόκειται για υγρόμορφη εξεργασία που όμως δεν αποτελεί αληθινό νεόπλασμα. Η ενδομητρίωση του τραχήλου είναι αρκετά σπάνια και παρουσιάζεται κυρίως σε γυναίκες που έχουν στο παρελθόν υποστεί κάποια επέμβαση στον τράχηλο, όπως βιοψία ή πλαστική. Η πιο συνηθισμένη εικόνα είναι μια κόκκινη υπέργεση της

επιφάνειας του τραχηλικού στομίου ,που γίνεται ακόμη πιο έντονη και μεγάλη τις μέρες πριν από την έμμηνο ρύση.

Η μορφή της ενδομητρίωσης και το γεγονός ότι εμφανίζεται μετά από επεμβάσεις στον τράχηλο συνηγορούν υπέρ μια εμφυτεύσεως ενδομητριακού ιστού. Αυτό βεβαία δεν είναι απόλυτο, διότι η πάθηση μπορεί να εμφανιστεί και σε τραχήλους τελείως άθικτους. Επίσης σε έγκυες γυναίκες, όχι σπάνια, ανακαλύπτει κάνεις φθαρτοειδή αντίδραση τραχηλικών κυττάρων , γεγονός που υποδηλώνει την παρουσία κυττάρων στο στρώμα του τραχήλου, που συμπεριφέρονται όπως τα ενδομητριακά κύτταρα στις επιδράσεις των οιστρογόνων και της προγεστερόνης.

Με την τραχηλική ενδομητρίωση συνυπάρχει αρκετά συχνά στείρωση, πιθανότατα λόγω της καταστροφής των ενδοτραχηλικων αδένων και της ελαττώσεως της τραχηλικής βλέννας. Η θεραπεία ακολουθεί την ιστολογική διάγνωση και γίνεται με χειρουργική εξαίρεση ή καυτηρίαση.

ΚΥΣΤΕΣ

Στον τράχηλο παρατηρούνται συχνά διάφοροι καλοήθεις σχηματισμοί που προέρχονται πιο συχνά από απόφραξη των τραχηλικών αδένων ή είναι μικροσκοπικά μεσонеφρικά υπολείμματα από τους πόρους Wolf. Αυτές οι μικρές κύστες μερικές φορές διογκώνονται μετά από κάποια τοπική φλεγμονή. Είναι τελείως καλοήθεις και δεν χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση εκτός αν φλεγμαίνουν.

ΛΕΙΟΜΥΩΜΑΤΑ

Επειδή το μυϊκό υπόστρωμα στον τράχηλο είναι αραιό, τα πρωτοπαθή λειομύωματα του τραχήλου είναι σχετικά σπάνια. Η συχνότητα τους σε σχέση με εκείνη του σώματος της μήτρας είναι 1:12. Μικροσκοπικά και μακροσκοπικά είναι ίδια με εκείνα του σώματος, αλλά προκαλούν συμπτώματα μόνο όταν γίνουν πολύ μεγάλα.

Τα κυριότερα από τα συμπτώματα οφείλονται σε πίεση παρακείμενων οργάνων, όπως η κύστη, το έντερο και οι μαλακοί ιστοί του παραμήτριου. Επίσης μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη της τραχηλικής κοιλότητας και αιματομήτρα.

Επίσης παρουσιάζεται δυσπαρευνία εάν ο όγκος καταλαμβάνει μεγάλο μέρος της κοιλιακής κοιλότητας. Εάν συνυπάρχουν με εγκυμοσύνη, μπορεί να προκαλέσουν

προβλήματα δυστοκίας. Διαγνωστικά προβλήματα συνήθως δεν υπάρχουν, γιατί οι όγκοι αυτοί εύκολα ανακαλύπτονται από την επισκόπηση του τραχηλικού στομίου.

Η θεραπεία στις περιπτώσεις αυτές είναι χειρουργική είτε κολπικά είτε κοιλιακά, και ανάλογα με τον αριθμό, το μέγεθος και την συνύπαρξη και άλλων λειομυωμάτων του σώματος της μήτρας.³⁶

ΚΑΚΟΗΘΗ

ΔΥΣΠΛΑΣΙΑ – ΕΝΔΟΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Με τον όρο δυσπλασία προσδιορίζονται οι μεταβολές εκείνες των ώριμων κυττάρων που αφορούν το σχήμα, το μέγεθος, τη σχέση του πρωτοπλάσματος με τον πυρήνα καθώς και τη διάταξη τους στο χώρο. Ειδικότερα, στον τράχηλο ο όρος χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει περιοχές, όπου το φυσιολογικό καλυπτικό ή αδενικό επιθήλιο έχουν αντικατασταθεί από κύτταρα που εμφανίζουν τις παραπάνω διαταραχές.

Η δυσπλασία διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια και βαριά, ανάλογα με τον αριθμό των δισπλαστικών κυττάρων και τις στιβάδες που καταλαμβάνουν στο επιθήλιο. Έτσι, στη βαριά δυσπλασία σχεδόν όλο το πάχος του επιθήλιου έχει αντικατασταθεί από δυσπλαστικά κύτταρα και μόνο μια λεπτή επιφανειακή στιβάδα αποτελείται από κύτταρα που διατηρούν την ικανότητα τους να ωριμάζουν σε πλακώδη.

Ακραία έκφραση της δυσπλασίας και πολύ κοντά μορφολογικά και βιολογικά, προς την βαριά της μορφή είναι το ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα. Σ αυτό το επιθηλιακά έχει αντικατασταθεί σ όλο το πάχος του κύτταρα άτυπα με πυρηνοκινήσεις, που φθάνουν μέχρι την επιφανειακή στιβάδα και έχουν χάσει τους φυσιολογικούς τους προσανατολισμό. Τα καρκινωμάτωδη πλέον αυτά κύτταρα δεν διασπών τη βασική μεμβράνη. Οι δυο δηλαδή αυτές οντότητες της δυσπλασίας αφενός και του ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος αφετέρου πιστεύεται ότι αποτελούν στάδια μιας και

μόνης εξελικτικής διεργασίας, γι αυτό έχει υιοθετηθεί και για τις δυο ο όρος τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία.

Αυτή η αντίληψη της συνεχούς εξελικτικής διεργασίας στηρίζεται στο γεγονός , ότι οι μεταβολές στον πυρήνα των κυττάρων παρατηρούνται τόσο στην ελαφρά , όσο και στην βαρύτερη μορφή ενδοεπιθηλιακής νεοπλασίας. Αυτό καταδείχτηκε πειστικότερα με κυτταρογενετικές μελέτες, με μικροφασματοσκοπική μελέτη του DNA και με πολλές κλινικές έρευνες.

Η συχνότητα εμφάνισης του ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος στο γενικό γυναικείο πληθυσμό ποικίλλει. Δυνατόν να παρατηρηθεί σε κορίτσια από 15 ετών και πάνω , με μεγαλύτερη όμως επίπτωση στις ηλικίες 25-35 ετών. Εάν η βαριά δυσπλασία παραμένει χωρίς θεραπεία , εξελίσσεται σε ενδοεπιθηλιακό καρκίνο και αυτός σε διηθητικό καρκίνο σε ένα σημαντικό ποσοστό.³⁷

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Συνήθως δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα ή σημεία και η διάγνωση βασίζεται σε κυτταρολογικά ευρήματα μετά από κάποια εξέταση ρουτίνας κατά Παπανικολάου. Αφού η δυσπλασία αποτελεί μι αμεταβατική φάση παθογένεια του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας , η πρόωρη ανακάλυψη της είναι πολύ σημαντική.

Όλες οι γυναίκες μετά την εμφάνιση της ηβη πρέπει, για το λόγο αυτό , να κάνουν μια γυναικολογική και μια κυτταρολογική εξέταση τουλάχιστον μια φορά το χρόνο. Όταν

κυτταρολογική εξέταση δείξει μέτρια η βαριά δυσπλασία , πρέπει να επακολουθήσει βιοψία για ιστολογική διάγνωση και καθορισμό της εκτάσεως της βλάβης.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία και η επιδημιολογία του καρκίνου του τράχηλου έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα, ίσως περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο είδος καρκίνου. Η μεγάλη όμως χρονική διάρκεια αναπτύξεως της νόσου και η πολυπλοκότητα της σχέσεως του τραχηλικού επιθήλιου με παράγοντες του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, δημιουργούν δυσκολίες στην αναγνώριση ειδικών καρκινογόνων παραγόντων.

Η ανάπτυξη της νόσου σχετίζεται άμεσα με την σεξουαλική ζωή της γυναίκας. Είναι συχνότερη στις γυναίκες, που αρχίζουν τις σεξουαλικές επαφές σε μικρή ηλικία, έχουν πολλούς ερωτικούς συντρόφους και αναφέρουν αφροδισία νοσήματα. Παρουσιάζεται επίσης συχνότερα στις γυναίκες των χαμηλών κοινωνικών και οικονομικών τάξεων. Αντίθετα στις παρθένες και ιδιαίτερα στις καλογριές. Ο καρκίνος του τράχηλου είναι λιγότερος σε γυναίκες όπου οι σύζυγοι έχουν υποβληθεί σε περιτομή

Η καλύτερη υγιεινή των ανδρών και η απουσία σμήγματος, το οποίο έχει ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας, θεωρηθήκαν ως υπεύθυνοι της μικρότερης συχνότητας της νόσου. Έχει αναφερθεί επίσης, όποιοι τραυματισμοί του τράχηλου κατά την διάρκεια τοκετών που γίνονται σε νεαρές ηλικίες, σχετίζονται αιτιολογικά με την νόσο.

Έχει υποστηριχτεί επίσης ότι το σπέρμα περιέχει παράγοντες που προκαλούν κακοήγη εξαλλαγή στο επιθήλιο του τράχηλου, αλλά απόδειξη για την υπόθεση αυτή δεν έχει δοθεί. Η συσχέτιση της σεξουαλικής δραστηριότητας με τον καρκίνο του τράχηλου, οδήγησε στην σκέψη της ιογενούς αιτιολογία της νόσου .

Ο Ίος του έρπητα τύπου 2 ο οποίος προσβάλλει τα γεννητικά όργανα και μεταδίδεται με την παράγοντας. Το αντισυλληπτικό χάπι σχετίζεται με την αύξηση των δυσπλασιών του τράχηλου, οι κυτταρικές όμως αλλοιώσεις που παρατηρούνται, έχουν περισσότερο τύπο μεταπλάσεις παρά της δυσπλασίας.

Οι γυναίκες αντίθετα που χρησιμοποιούν για αντισύλληψη το κολπικό διάφραγμα, παρουσιάζουν ελαττωμένο ποσοστό ενδοεπιθηλιακού καρκίνου. Η μονή πιθανή εξήγηση για την παράξενη αυτή διαπίστωση, αποδίδεται στην παρεμπόδιση της άμεσης επαφής του πέους και του σπέρματος με τον τράχηλο της μήτρας.³⁶

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ

Αρχικά ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας εμφανίζει μια βραδεία εξέλιξη. Πολλές φορές, εμφανίζεται σαν μια βαρεία δυσπλασία που βαθμιαία με την πάροδο του χρόνου καταλήγει σε ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα. Τουλάχιστον το 90% των περιπτώσεων επιδερμοειδών καρκινωμάτων του τράχηλου αρχίζει από το σημείο μεταπτώσεως του κυλινδρικού επιθήλιου του επιτραχηλίου στο πλακώδες επιθήλιο του εξωτραχηλικού στομίου.

Σε πολλές περιπτώσεις η προδιηθητική του μορφή παραμένει στάσιμη για 7-10 χρονιά. Στο διάστημα αυτό όμως μπορεί να επεκταθεί κατά επιφάνεια σε μεγαλύτερη περιοχή, τόσο προς το πλακώδες όσο και προς το κυλινδρικό επιθήλιο. Τελικά διασπάζεται το φραγμό της βασικής μεμβράνης και προχωρεί σε βάθος μέσα στο υποκείμενο χόριο. Όταν η διήθηση δεν ξεπερνά τα 2 χιλ. κάτω από την βασική μεμβράνη, θεωρείται τοπική νόσος υπό την προϋπόθεση, ότι δεν υπάρχουν ενδείξεις διηθήσεως αγγείων.³⁵

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας δεν είναι χαρακτηριστική. Στα πρώτα στάδια συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα. Συνήθως εκδηλώνεται με κολπική αιμορραγία, υπερέκκριση, ή και πόνο, συμπτώματα από τα οποία δεν είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο χρόνος εγκαταστάσεως της νόσου ή ο ρυθμός με τον οποίο εξελίσσεται.

Συνήθως, η αιμορροεί και υπερέκκριση χαρακτηρίζουν τα προτιμότερα στάδια της νόσου, ενώ ο πόνος συνοδεύει τον καρκίνο, ο οποίος έχει προσβάλει τους ιστούς περά από τον τράχηλο. Η αιμορροεί είναι το συνηθέστερο κλινικό σύμπτωμα και εμφανίζεται μεταξύ των εμμήνων ρήσεων οι οποίες δεν αλλάζουν χαρακτήρα. Συχνά εμφανίζεται μέτωπο συνουσία, σταματά απότομα και εμφανίζεται ξανά μετά από αρκετές ημέρες. Η κολπική υπερέκκριση, στα αρχικά στάδια είναι ελαφρού βαθμού και το έκκριμα δυνατόν να είναι λεπτόρρευστο, χωρίς ιδιαίτερα δυσάρεστη οσμή.

Το χρώμα μπορεί να είναι κιτρινωπό ή καφέ, ανάλογα με την πρόσμιξη η όχι αίματος σπάνιες περιπτώσεις η υπερέκκριση προηγείται της αιμορροίας, ενώ συνήθως συνυπάρχει με αυτή στα 2/3 των περιπτώσεων. Όταν ο όγκος είναι μεγάλος, ή έχει υποστεί νεκρώσει, ή κολπική έκκριση είναι δύσοσμη λόγω δράσεως των μικρόβιων. Στην προχωρημένη νόσο, η κολπική υπερέκκριση είναι σταθερή, εντονότερη και δύσοσμη.

Η συχνότητα, με την οποία εμφανίζεται η αιμορροεί και η ποσότητα του αίματος αυξάνονται και, σπάνια, είναι δυνατό να εκδηλωθεί πραγματική αιμορραγία, η οποία μπορεί να προκαλέσει το θάνατο. Η επέκταση της νόσου στα παραμήτρια, μπορεί να προκαλέσει απόφραξη των ουρητήρων και πόνο στη περιοχή των νεφρών. Το άλγος χαρακτηρίζει την προχωρημένη νόσο. Η ασθενής παρουσιάζει ωχρότητα, αδυναμία, αναιμία, απώλεια βάρους, οίδημα των Κάτων ακρών ή και αιματουρία.

Ο θάνατος προκαλείται συχνότερα από ουραιμία ή σπανιότερα από λοίμωξη, αιμορραγία ή γενικευμένη καρκινωματούδη καχεξία. Χαρακτηριστικό εύρημα στις ασθενείς, που πεθαίνουν από του τράχηλου είναι η διαπίστωση, ότι η νόσος παραμένει στην πύελος ποσοστό 50-60%, γεγονός που σπάνια παρατηρείται σε αλλά ειδή καρκίνου.³⁵

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Όταν υπάρχει αμφιβολία σχετικά με το στάδιο στο οποίο πρέπει να καταταχτεί ένας καρκίνος, είναι υποχρεωτική η επιλογή του πρωιμότερου σταδίου. Αφού καθοριστεί το κλινικό στάδιο και ξεκινήσει η θεραπεία, το στάδιο δεν πρέπει να αλλάξει λόγω της διαπίστωσης μεταγενέστερων ευρημάτων, είτε από περαιτέρω κλινική σταδιοποίηση ή τη χειρουργική σταδιοποίηση.

Η υπερεκτίμηση του σταδίου των ασθενών κατά την διάρκεια της θεραπείας θα έχει σαν επακόλουθο μια λανθασμένη βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στα χαμηλά στάδια της νόσου

Η κατανομή των ασθενών σύμφωνα με το κλινικό στάδιο έχει ως ακολούθως: 38% στάδιο 1, 32% σταδιο 2, 26% σταδιο 3 και 4% σταδιο 4

ΣΤΑΔΙΟ 1: *τραχηλική ενδοθηλιακή νεοπλασία*

Στο στάδιο αυτό υπάρχει δυσπλασία του επιθήλιου και ο καρκίνος προχωρεί πέρα από την βασική μεμβράνη του επιφανειακού επιθήλιου. Το υπόστρωμα είναι υγιές

ΣΤΑΔΙΟ 2: *αρχόμενος καρκίνος του τράχηλου*

Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθήλιου, βρίσκεται όμως ακόμα εντοπισμένος μονάχα στον τράχηλο η δε μήτρα παρουσιάζει απολυτή κινητικότητα.

ΣΤΑΔΙΟ 3: ο καρκίνος έχει επεκταθεί στα πυελικά τοιχώματα. Στην εξέταση από ορθό δεν υπάρχει ελεύθερο διάστημα από καρκίνο μεταξύ του όγκου και του πυελικού τοιχώματος. Ο όγκος καταλαμβάνει και το κατώτερο τριτημόριο του κόλπου.

ΣΤΑΔΙΟ 4: ο καρκίνος έχει επεκταθεί πέρα από πύελο ή έχει κλινικά καταβάλει το βλεννογόνο της κύστης ή του ορθού. Ένα φυσαλιδώδες οίδημα μόνο δεν επιτρέπει μια περίπτωση να συμπεριλήφθη στο στάδιο 4. Η μήτρα είναι ακίνητη.

Η εκτεταμένη κλινική σταδιοποίηση

Η λεμφαγγειογραφία, η υπολογιστική τομογραφία, η υπερηχογραφία και η μαγνητική τομογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί από διάφορους ερευνητές σε μια προσπάθεια βελτίωσης κλινικής σταδιοποίησης. Επειδή οι δοκιμασίες αυτές δεν είναι διαθέσιμες σε όλον τον κόσμο και επειδή η ερμηνεία των αποτελεσμάτων ποικίλει, τα ευρήματα των εξετάσεων αυτών δεν χρησιμοποιούνται για τον στο σχεδιασμό της θεραπείας.

Χειρουργική σταδιοποίηση

Η ακρίβεια της κλινικής σταδιοποίησης είναι κατά κάποιο τρόπο περιορισμένη, ενώ η χειρουργική αξιολόγηση, η οποία είναι πρακτική ή εφικτή σε πολλές ασθενείς, είναι πιο ακριβείς.³⁶

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η εξέταση Παπανικολάου

Στον Γιώργο Παπανικολάου οφείλεται η ανακάλυψη της εξέτασης κατά Παπανικολάου, μιας ιατρικής εξέτασης που έχει σώσει πολλές γυναίκες παγκοσμίως από την μαστίγα του καρκίνου. Η εξέταση κατά Παπανικολάου είναι μια εξέταση ρουτίνας για όλες τις σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, καθώς ανιχνεύει κολπικές μολύνσεις, ορισμένα αφροδίσια νοσήματα και κυρίως τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.³²

Πως γίνεται το test Παπ;

Ο/Η γιατρός θα λάβει κύτταρα από την επιφάνεια του τραχήλου και από το τμήμα εκείνο το οποίο συνδέει τον τράχηλο με το σώμα της μήτρας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιείται μια μικρή <<σπάτουλα>> και ένα μαλακό <<βουρτσάκι>>. Αυτό το κολπικό επίχρισμα θα διατηρηθεί σε ένα πλακάκι προκειμένου να εξεταστεί στην συνέχεια από κυτταρολογία.

Η διαδικασία αποσκοπεί στον εντοπισμό τυχόν μεταβολών στα κύτταρα οι οποίες δεν οφείλονται σε ορμονικές αλλαγές ή στη ηλικία, αλλά σε πιθανά παθολογικά αίτια.

Η κυτταρολογική διάγνωση είναι το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση και τη θεραπεία του προβλήματος.

Η εξέταση αποσκοπεί στην ανίχνευση κακοηθειών ή προκαρκινικών αλλαγών στον τράχηλο της μήτρας. Το θετικό αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα που χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο, ώστε να γίνει τελική διάγνωση. Το test Παπ δεν είναι διαγνωστικό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να αποκλείσει το ενδεχόμενο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Η χρησιμότητα της εξέτασης έγκειται στη διάγνωση προκαρκινικών αλλοιώσεων και επομένως, στην πρόληψη της ασθένειας.³⁸

Το TEST PAP μπορεί να διαγνώσει όλους τους καρκίνους των γεννητικών οργάνων;

Κάθε χρόνο μαζί με το test Παπανικολάου πρέπει η γυναίκα να εξετάζεται και από τον γυναικολόγο. Με την γυναικολογική εξέταση είναι δυνατόν να διαγνωστεί και άλλοι αρχόμενοι καρκίνοι των γεννητικών οργάνων όπως του αιδοίου και των ωοθηκών πριν να προλάβουν να δώσουν συμπτώματα. Επίσης με την γυναικολογική εξέταση διαπιστώνονται και πολλές καλοήθεις παθήσεις των γεννητικών οργάνων όπως κολπίτιδες, ινομυώματα και κύστες ωοθηκών.³³

Ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί 100%;

Ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας μπορεί να προληφθεί 100% χάρη στα test Παπ και HPV-DNA καθώς και με το εμβόλιο κατά των ιών των ανθρωπίνων θηλωμάτων. Ο Ίος HPV, που σε ποσοστό 99,7% ευθύνεται γι' αυτόν τον καρκίνο, μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, ενώ η χρήση προφυλακτικού προσφέρει πλήρη κάλυψη διότι η λοίμωξη μεταδίδεται και με απλή δερματική επαφή. Περίπου το 80% των σεξουαλικών ενεργών γυναικών και τι 50% των ανδρών υπολογίζεται πως θα προσβληθούν κάποια στιγμή της ζωής τους από κάποιο τύπο ίου HPV. Στις περισσότερες περιπτώσεις η λοίμωξη υποχωρεί μόνη της, ενώ σε ποσοστό 10% παραμένει και σταδιακά μετά από πολλά χρόνια μπορεί να εξελιχθεί σε καρκίνο.

Αν οι γυναίκα κάνει τακτικά test Παπ οι αλλοιώσεις που προκαλεί ο Ίος θα αναγνωριστούν έγκαιρα και θα μπορεί να θεραπευτούν με μια μικρή επέμβαση. Επειδή η αξιοπιστία του test φθίνει το 60-70% αυτό θα πρέπει να επαναλαμβάνεται τακτικά ώστε κι αν την μια φορά δεν έχουν εντοπιστεί αλλοιώσεις θα εντοπιστούν την επομένη φορά.

Ο Ίος έκτος από τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας ευθύνεται για τους καρκίνους του αιδοίου, του κόλπου, του πέους και του πρωκτού.

Ο καρκίνος του τράχηλου της μήτρας είναι ένας ιδιαίτερος καρκίνος πρώτον γιατί ξέρουμε τα αίτια του, δεύτερον γιατί άφορα νέες γυναίκες με ότι αυτό σημαίνει για την γονιμότητα τους, τρίτον είναι ο μοναδικός καρκίνος που το εμβόλιο του προφυλάσσει και τέταρτον είναι από τους λίγους που μπορούν να προληφθούν με το test Παπ καθώς και με τον εμβολιασμό.³³

ΕΜΒΟΛΙΟ

Η πρόληψη αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση της ιατρικής επιστήμης. Οι στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας στηρίζεται σε αυτό

που καλούμε δευτερογενής πρόληψη, δηλαδή την αναγνώριση προκαρκινικών αλλοιώσεων αλλά πλέον και στην πρωτογενή πρόληψη μέσω εμβολιασμού.

Η ανάπτυξη εμβολίων εναντίον των κυριότερων ογκογόνων HPV ιών, όπως είναι οι ιοί HPV 16 και 18 αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα για τη δημόσια υγεία. Σήμερα έχουμε στην διάθεση μας δυο νέα εμβόλια που παρέχουν προστασία έναντι των πιο σημαντικών ογκογόνων τύπων 16 και 18 του ίου HPV που ευθύνονται για το 71,5% καρκίνων του τράχηλου της μήτρας στην Ευρώπη και την βόρεια Αμερική .

Τα εμβόλια αυτά είναι ασφαλή και πολύ ανεκτά και έχουν πιστοποιηθεί από τον EMEA στην Ευρώπη. Στην Ελλάδα ανακοινώθηκε τον Οκτώβριο του 2007 η ένταξη των δυο εμβολίων HPV έναντι του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας στο εθνικό πρόγραμμα. Εμβολιασμός για κορίτσια ηλικίας 12-15 ετών και συστήνεται ο εμβολιασμός των κοριτσιών και νεαρών γυναικών από 15 έως 26 ετών . Αναμένεται η επίσημη ένταξη τους και η απόφαση για την αποζημίωση του από τα ταμεία.

Τέλος η παρασκευή προληπτικών εμβολίων δια του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας θα πρέπει να θεωρηθεί σαν μια μεγάλη κατάκτηση της ιατρικής και μια μεγάλη πρόσφορα στο κοινωνικό σύνολο .

Ο εμβολιασμός έναντι στους τύπους 16 και 18 του ίου HPV σε συνδυασμό με τον προληπτικό έλεγχο του τράχηλου ανά τριετία, θα μπορούσε και να εξαφανίσει δραματικά την συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τράχηλου της μήτρας.³⁴



www.famme.gr (14-12-09)

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ;

Ένα εμβόλιο διατίθεται τώρα στην Αυστραλία το οποίο προστατεύει από τους δυο τύπους του ίου HPV οι οποίοι σχετίζονται κατά γενικό κανόνα με τον καρκίνο του τράχηλου της μήτρας. Αυτοί ονομάζονται ιοί HPV τύποι 16 και 18. Το εμβόλιο γίνεται σαν μια σειρά τριών ενέσεων σε μια περίοδο έξι μηνών.³⁴

ΠΟΙΟΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ;

Το εμβόλιο έχει εγκριθεί για χρήση σε κορίτσια ηλικίας εννέα με εικοσιένα και σε αγόρια ηλικίας εννέα με εικοσιπέντε. Υπήρξαν πολλές κλινικές μελέτες που επέδειξαν ότι το εμβόλιο είναι αποτελεσματικό στα κορίτσια . Οι κλινικές μελέτες στα αγόρια συνεχίζονται. Το εμβόλιο λειτούργει κατά τον καλύτερο τρόπο αν δοθεί στα κορίτσια πριν εκτεθούν στον ίοHPV. Αυτό σημαίνει πριν τη αχού της σεξουαλικής δράσης. Συστήνεται ότι τα κορίτσια πρέπει να εμβολιάζονται στις ηλικίες περίπου 9-12.

Οι γυναίκες που είχαν σεξουαλική επαφή μπορεί να ωφεληθούν από το εμβόλιο, αλλά το όφελος μπορεί να μειωθεί επειδή είναι πολύ πιθανόν να έχουν ήδη εκτεθεί σε έναν ή περισσότερους τύπους του ιού HPV που προστατεύονται από το εμβόλιο. Αυτό δεν σημαίνει ότι τα νέα κορίτσια που έχουν εμβολιάσει δεν πρέπει να κάνουν test Παπ όταν μεγαλώσουν, γιατί το εμβόλιο δεν προστατεύει από όλα τα είδη του ιού HPV που προκαλούν καρκίνο. Είναι αποτελεσματικό για δύο συγκεκριμένα είδη του ιού HPV προκαλούν μέχρι και το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας. Επομένως το test Παπ είναι ακόμη σημαντικό.

ΜΕΡΟΣ 3ο (ΕΙΔΙΚΟ)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ:

Η έρευνά μας αποσκοπεί στην ανίχνευση των αντιλήψεων των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου της μήτρας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:

Γίνεται περιγραφική έρευνα (στο πλαίσιο της ποσοτικής) αλλά θα ακολουθήσει και συσχέτιση των βασικότερων μεταβλητών με διμεταβλητή προσέγγιση. Χρησιμοποιείται ερωτηματολόγιο με προεπιλεγμένες ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στην καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων αλλά και των υπολοίπων στοιχείων χρησιμοποιούνται κυρίως διχοτομικές ερωτήσεις, ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και αριθμητικής κλίμακας. Η επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 12.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό $p < 0,05$ για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων.

ΔΕΙΓΜΑ:

Το συνολικό δείγμα μας αποτέλεσαν $n=150$ νοσηλευτές. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας.

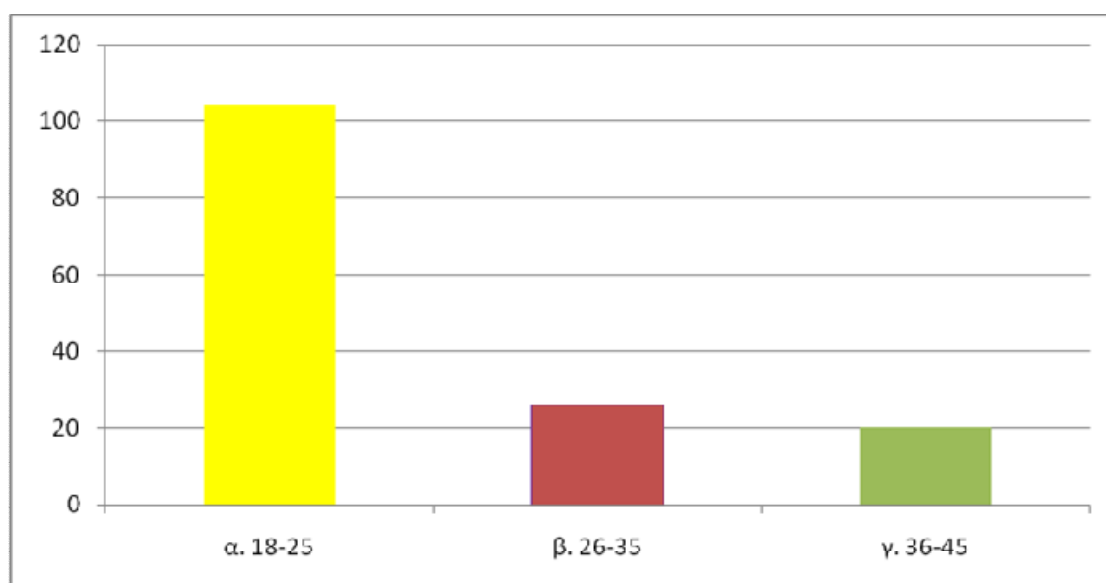
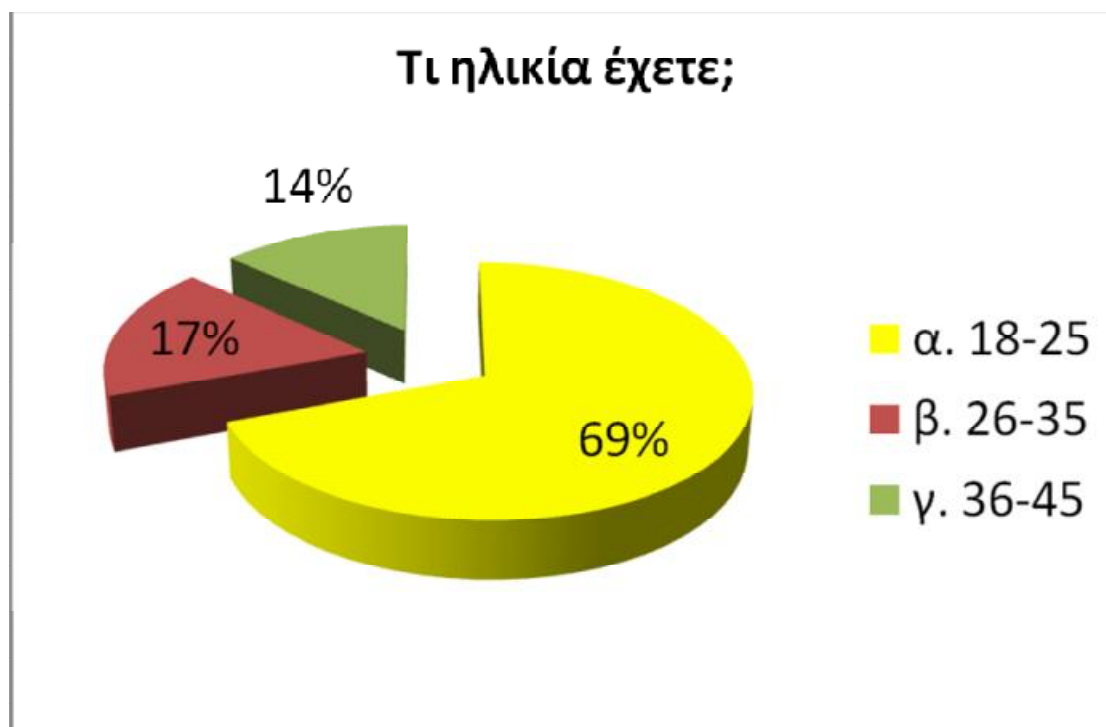
ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ:

Η συλλογή στοιχείων έγινε στην Αθήνα και στην Πάτρα από 15-11-2009 μέχρι 15-12-2009. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία μας και δόθηκαν διευκρινιστικές ερωτήσεις όπου χρειάστηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

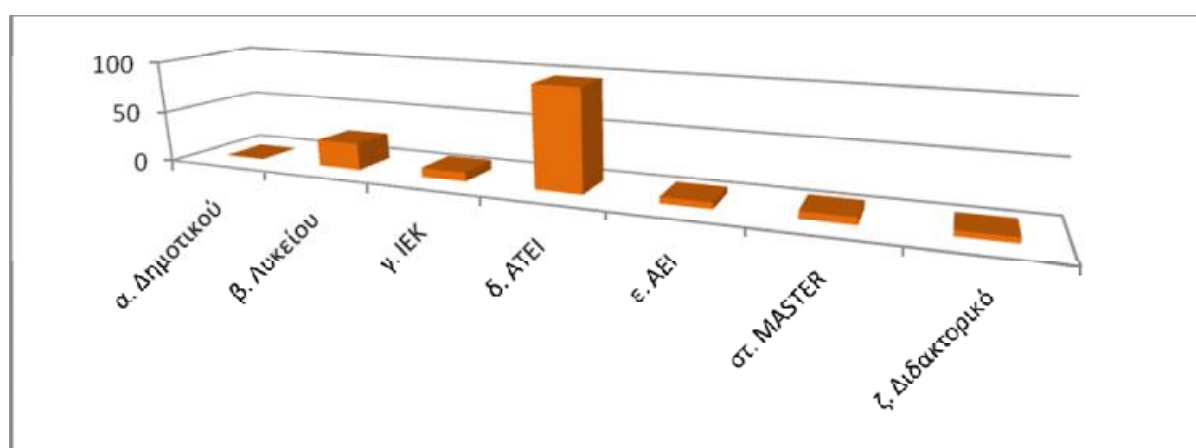
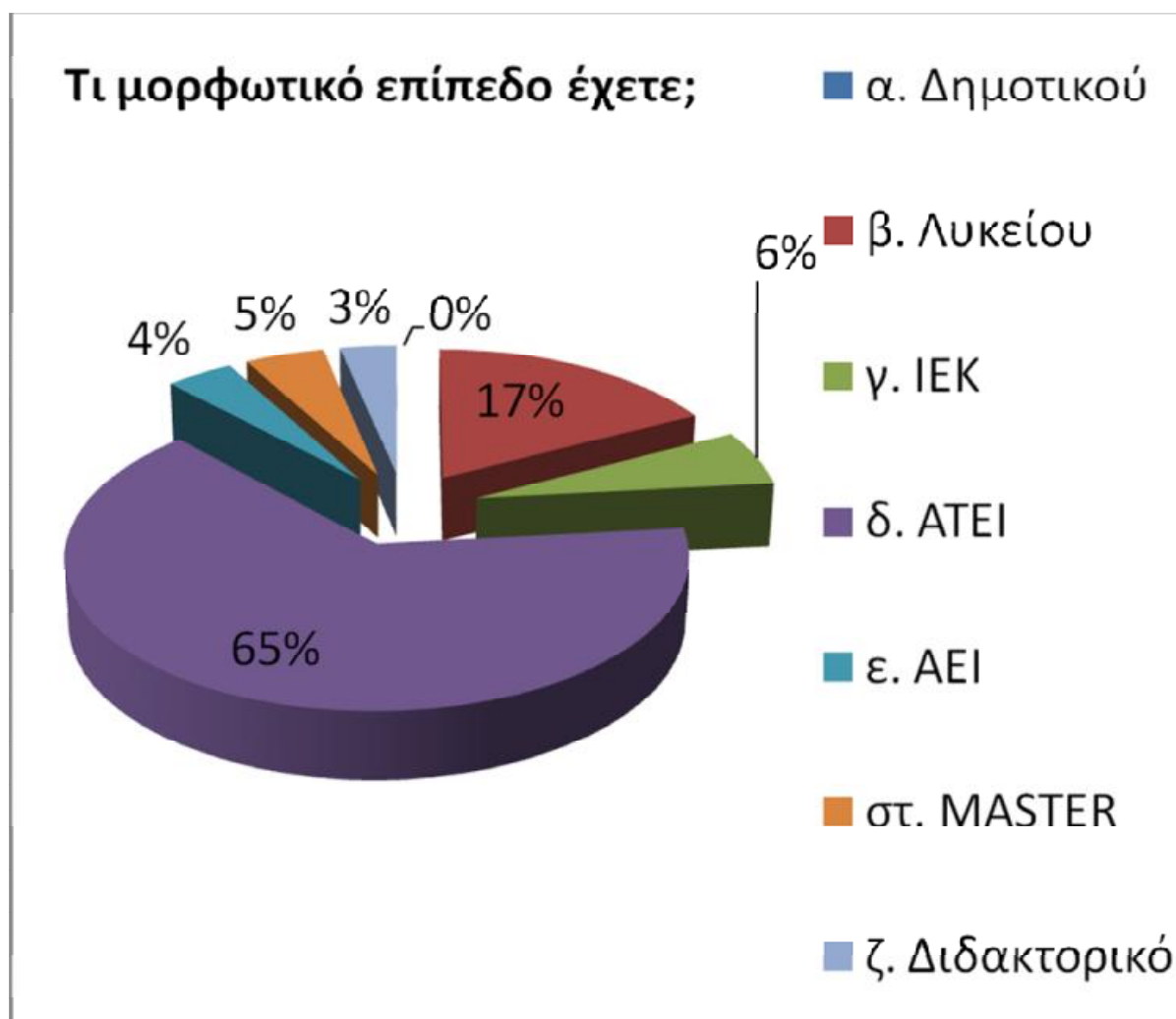
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ. 1



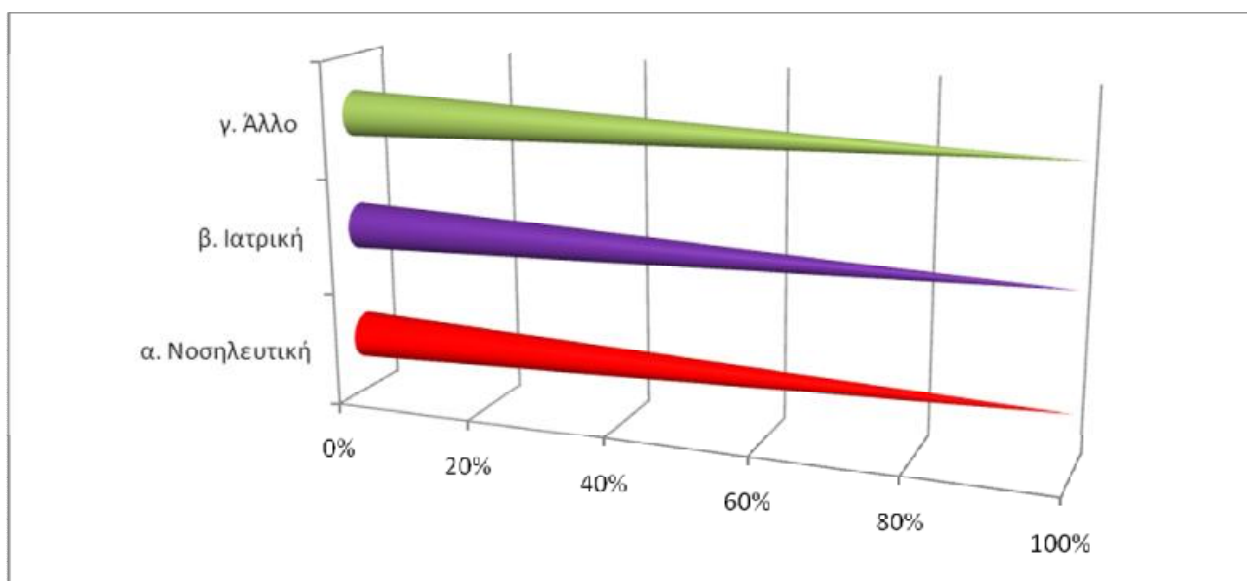
Οι περισσότερες γυναίκες που ερωτήθηκαν είναι 18-25 ετών ποσοστό 69%, ακολουθούν οι γυναίκες που έχουν ηλικία 26-35 σε ποσοστό 17% και 35-45 με 14%.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 2



Οι περισσότερες γυναίκες είναι απόφοιτες ΑΤΕΙ σε ποσοστό 65%, ακολουθούν οι απόφοιτες λυκείου με ποσοστό 17% και το υπόλοιπο ποσοστό κατανέμεται μεταξύ των υπολοίπων βαθμίδων, ενώ καμία γυναίκα δεν είναι μόνο απόφοιτη δημοτικού.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 3



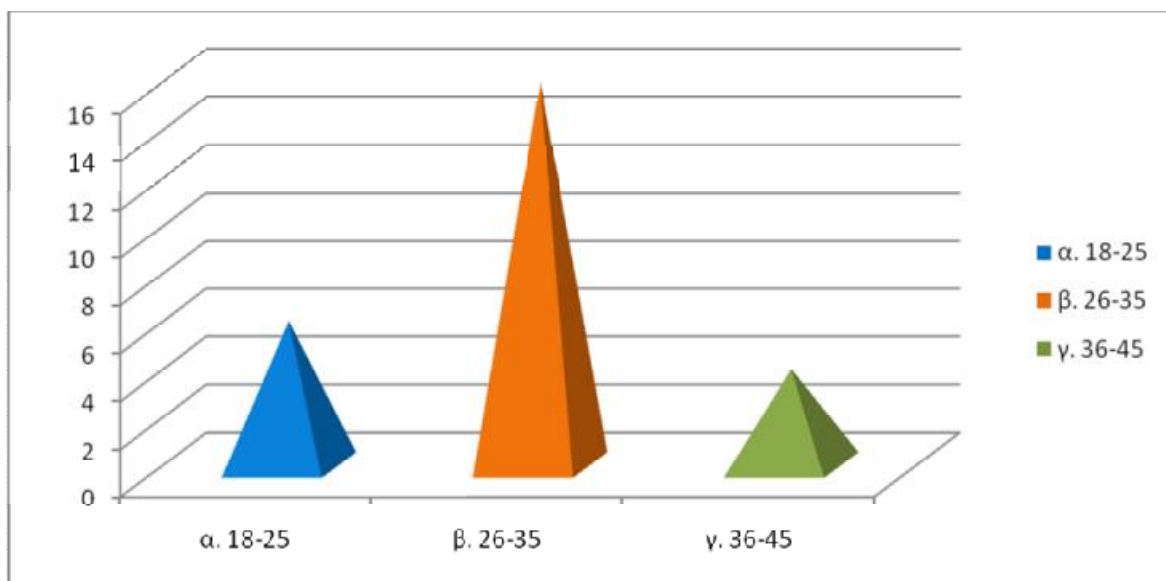
Οι σπουδές των περισσότερων γυναικών σχετίζονται με την Νοσηλευτική σε ποσοστό 70%. Ένα μικρό ποσοστό 3% σχετίζεται με την Ιατρική και το 27% με άλλα επαγγέλματα.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 4



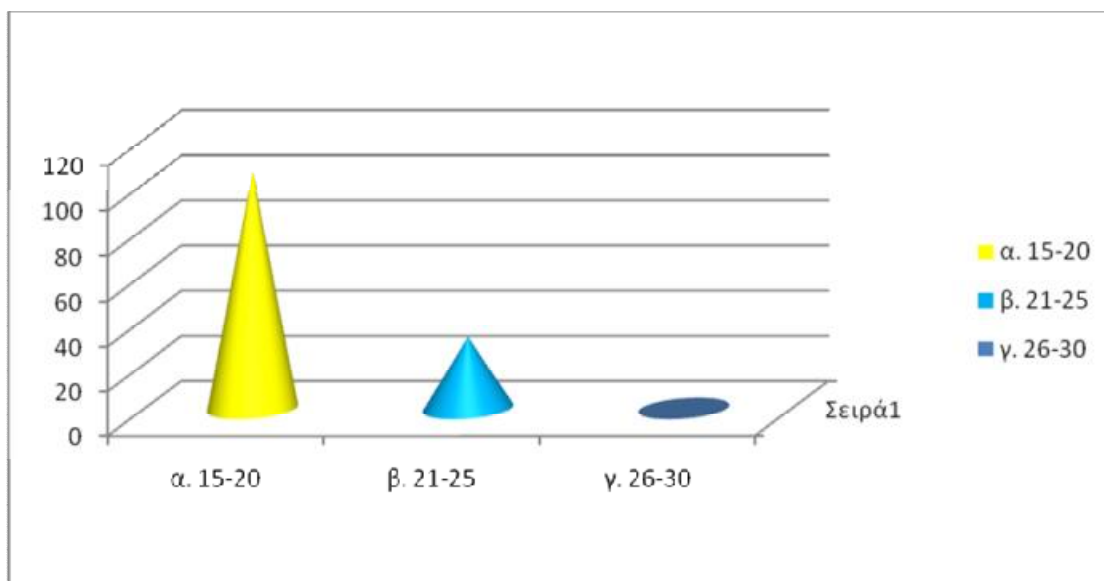
Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών είναι άγαμες σε ποσοστό 97% και μόλις το 3% έγγαμες.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 5



Το πρώτο παιδί των έγγαμων γυναικών γεννήθηκε στην ηλικία των 25-35 ετών στις περισσότερες γυναίκες ποσοστό 62%, στην ηλικία 18-25 το 23% και 35-45 το 15%.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 6



Η σεξουαλική δραστηριότητα των περισσότερων γυναικών άρχισε στην ηλικία των 15-20 ετών (ποσοστό 77%) και των υπολοίπων σε ηλικία 20-25 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 7



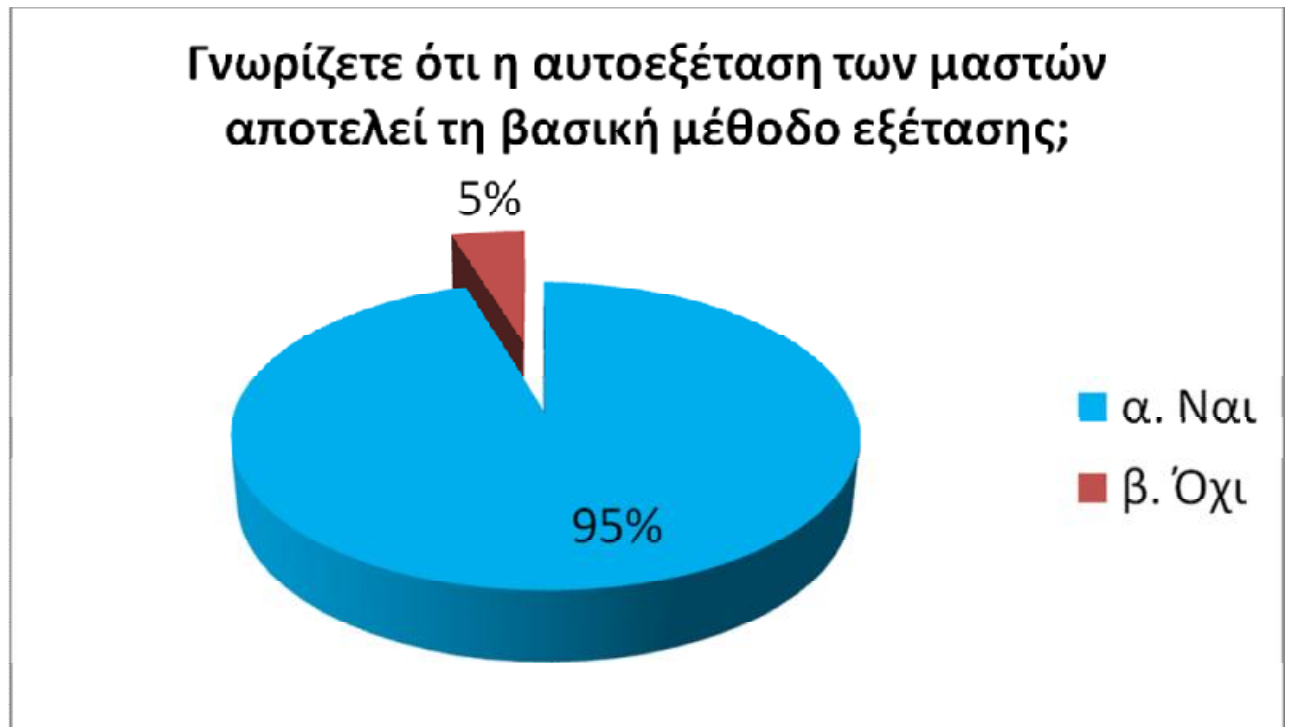
Οι περισσότερες γυναίκες δηλώνουν ότι έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ποσοστό 71% και το 29% καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 8



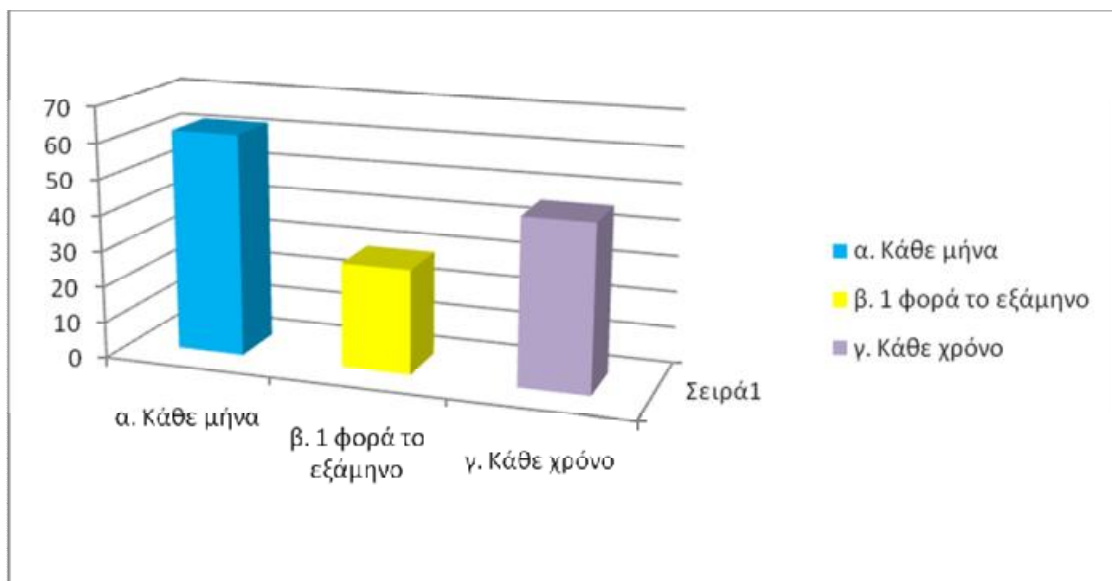
Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν πιο επικίνδυνο καρκίνο τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας 70% έναντι του καρκίνου μαστού σε ποσοστό 30%.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 9



Σχεδόν όλες οι γυναίκες θεωρούν την αυτοεξέταση μαστού σαν βασική μέθοδο εξέτασης (ποσοστό 95%).

ΓΡΑΦΗΜΑ. 10



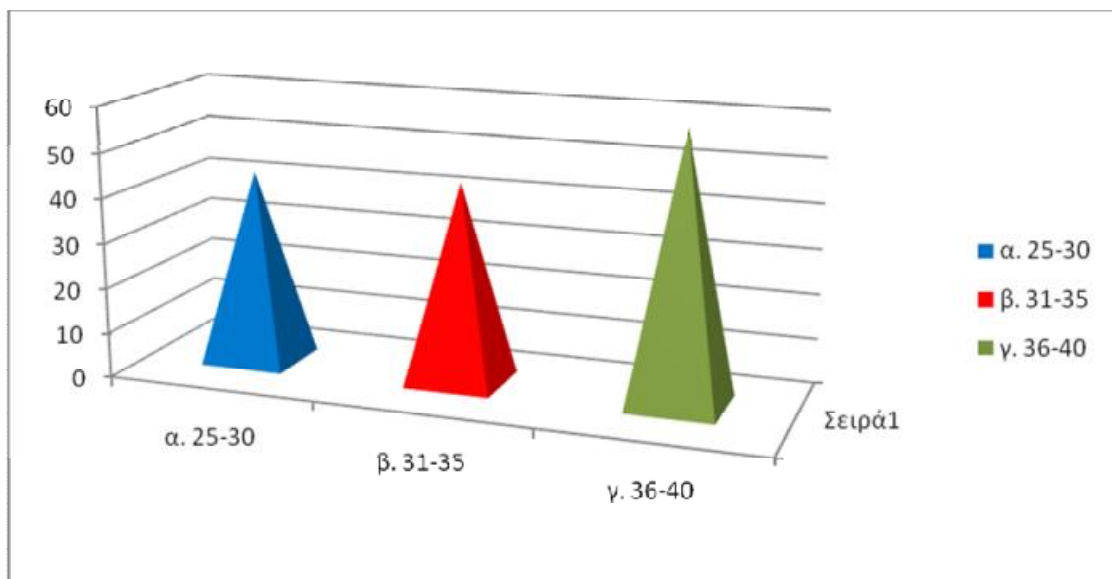
Σχεδόν οι μισές γυναίκες 45% δηλώνουν ότι κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα, το 34% κάθε χρόνο και το 21% μία φορά το εξάμηνο.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 11



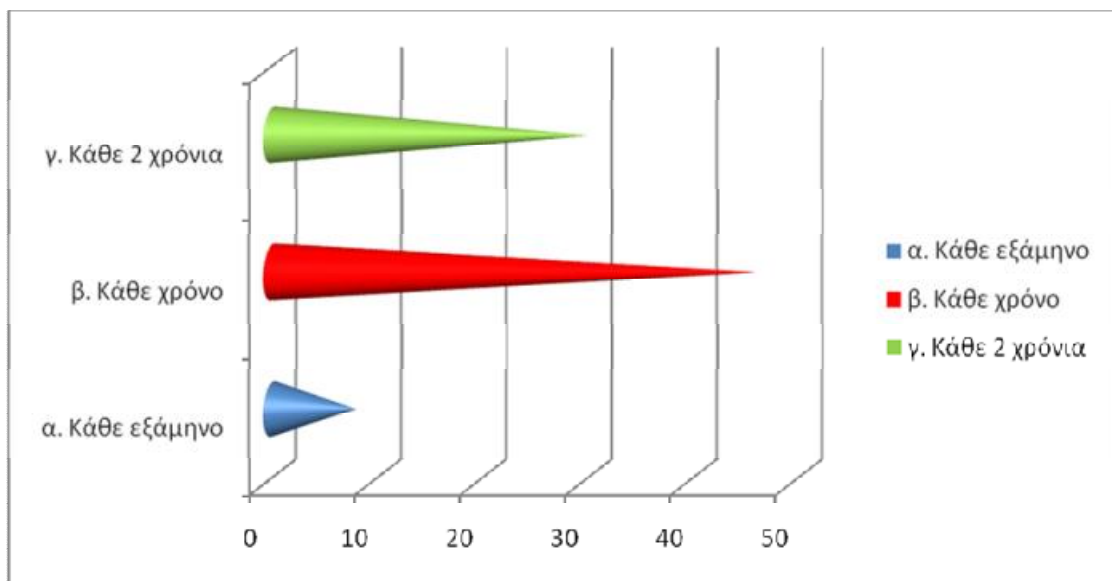
Το 52% των γυναικών γνωρίζει ότι η αυτοεξέταση γίνεται μεταξύ 9^{ης} και 10^{ης} ημέρας από την έναρξη της εμμήνου ρύσης και το 48% μεταξύ 10^{ης} και 14^{ης} ημέρας.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 12



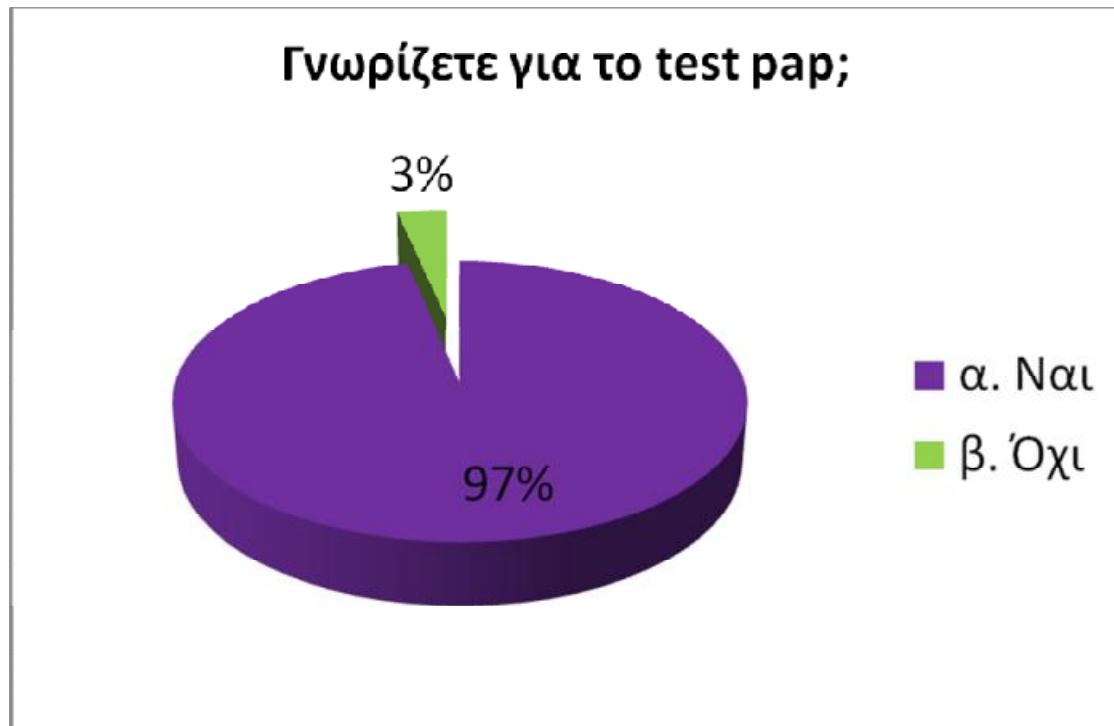
Το 40% των γυναικών πιστεύει ότι η πρώτη μαστογραφία πρέπει να γίνεται σε ηλικία από 35-40 ετών. Οι υπόλοιπες γυναίκες ισομοιράζονται σε αυτές που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται σε ηλικίες 25-30 ετών και 30 – 35 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 13



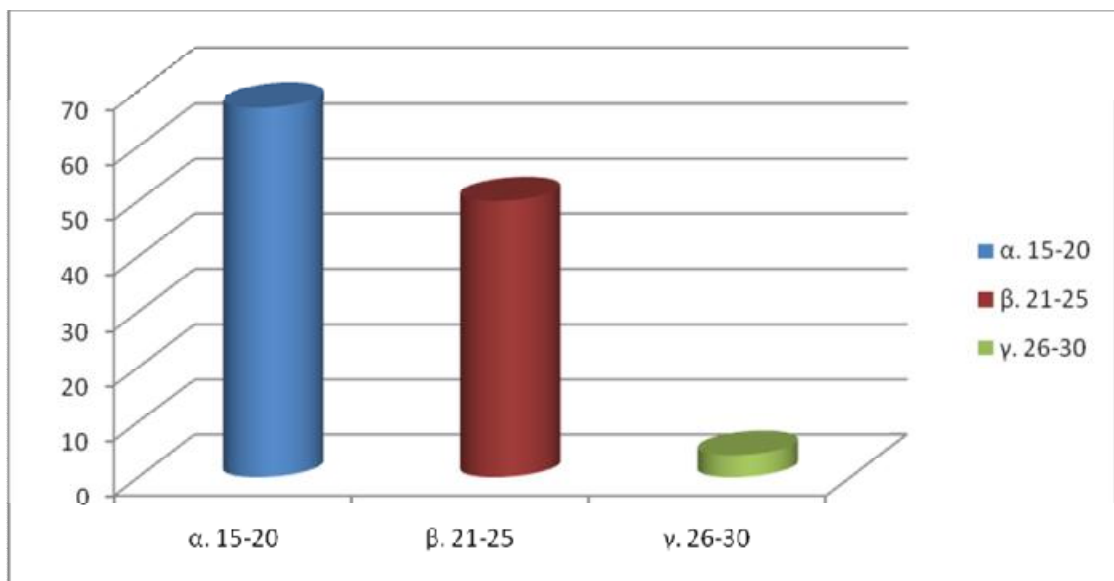
Το 55% των γυναικών δηλώνει ότι κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο, το 36% κάθε δύο χρόνια και το 9% κάθε εξάμηνο.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 14



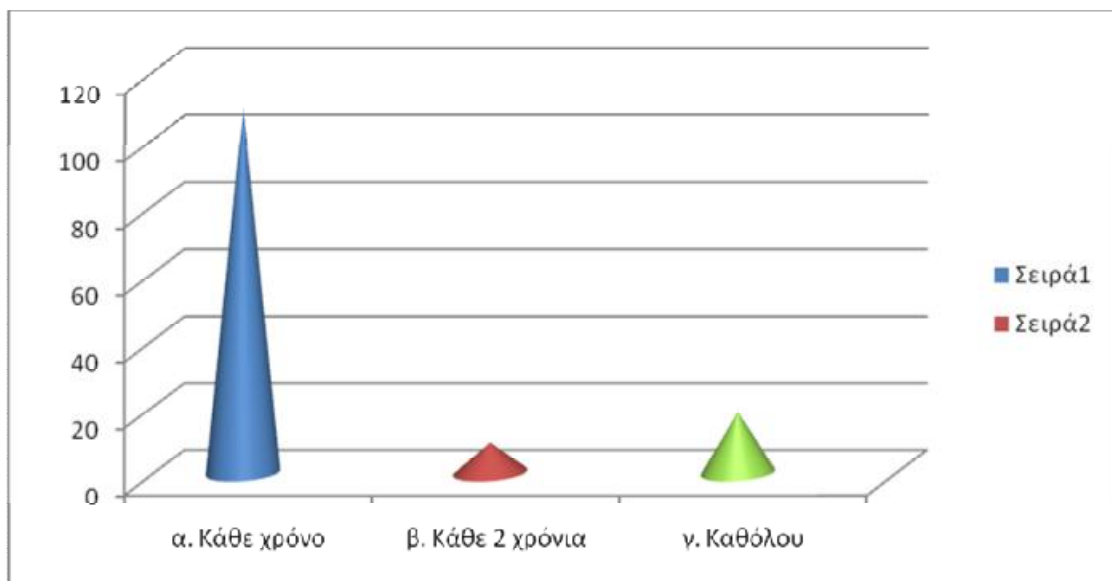
Σχεδόν όλες οι γυναίκες δηλώνουν ότι γνωρίζουν τι είναι το test pap (ποσοστό 97%).

ΓΡΑΦΗΜΑ. 15



Οι περισσότερες γυναίκες δηλώνουν ότι έκαναν το πρώτο test rap σε ηλικία 15-20 ετών (ποσοστό 56%). Το 41% σε ηλικία 20-25 ετών και το 3% σε ηλικία 25-30.

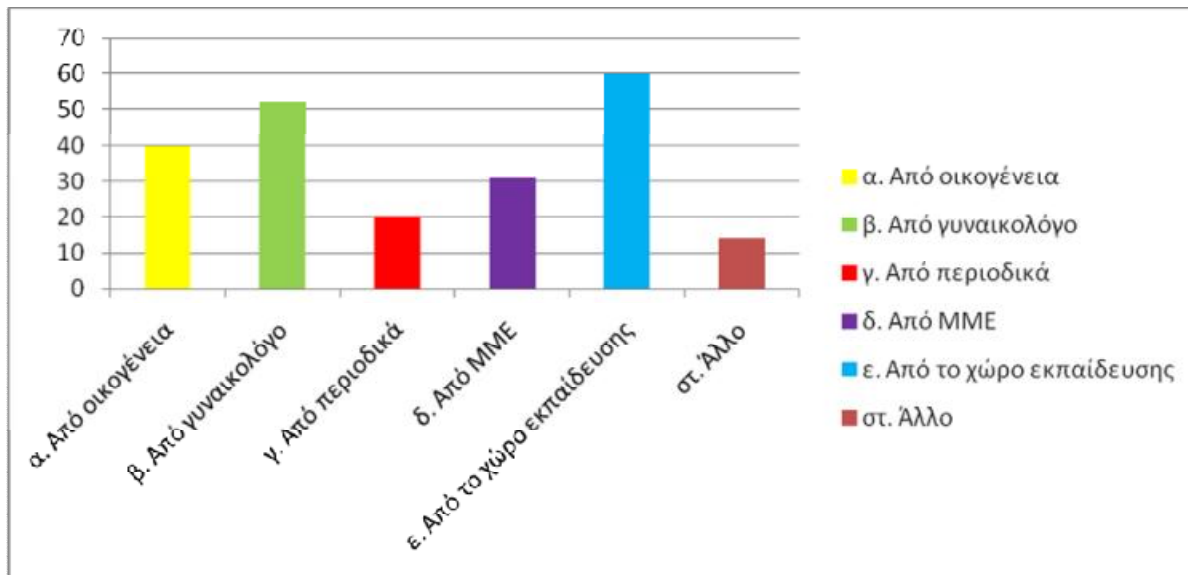
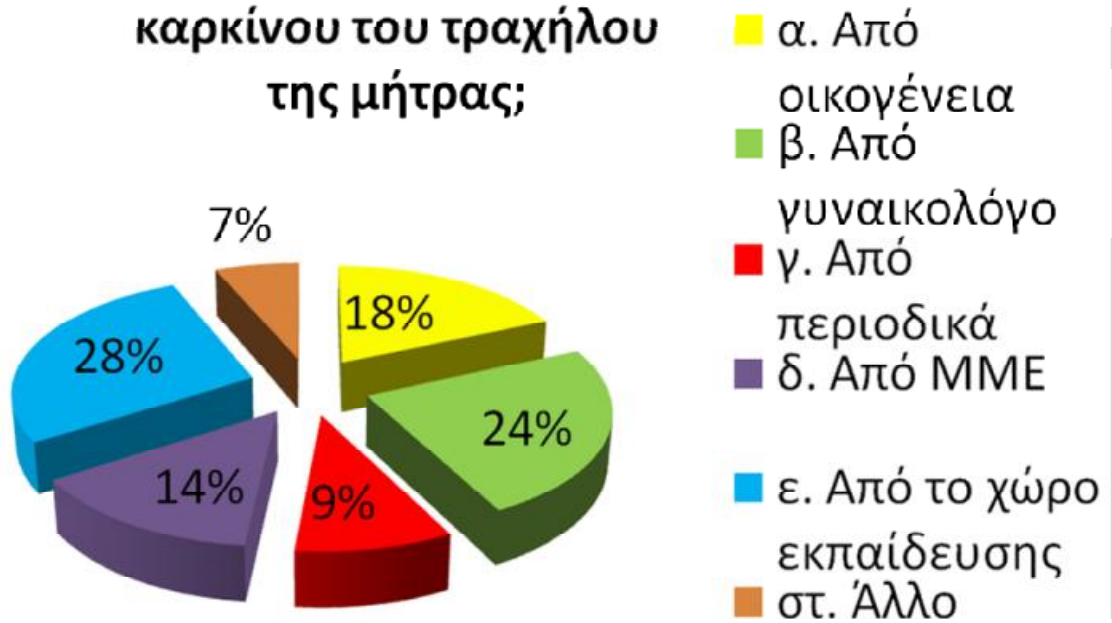
ΓΡΑΦΗΜΑ. 16



Το 80% των γυναικών δηλώνουν ότι κάνουν κάθε χρόνο test pap, το 7% κάθε δύο χρόνια και το υπόλοιπο 13% ότι δεν κάνει καθόλου.

ΓΡΑΦΗΜΑ. 17

Ποιος σας ενημέρωσε για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;



Σχετικά με την ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας το 28% των γυναικών αναφέρουν ότι

ενημερώθηκαν από το χώρο της εκπαίδευσης, το 24% από γυναικολόγο και ακολουθούν μικρότερα ποσοστά ενημέρωσης από την οικογένεια, ΜΜΕ κ.λ.π.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ – ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Συνήθως στα δεδομένα που έχουμε από μία έρευνα, υπάρχουν περισσότερες από μία ποιοτικές μεταβλητές. Στην περίπτωση αυτή, μας ενδιαφέρει να παρουσιάσουμε συνοπτικά σε πίνακα την κοινή κατανομή δύο τέτοιων μεταβλητών, και στη συνέχεια, να ελέγξουμε αν υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ τους.

Στην παρακάτω ανάλυση τα αποτελέσματα της έρευνας και των ερωτήσεων που παρουσιάζουν στατιστικό ενδιαφέρον σχολιάζονται σε σχέση με την ανεξάρτητη μεταβλητή του επιπέδου σπουδών που σχετίζεται με την Νοσηλευτική, Ιατρική ή άλλη επιστήμη, προκειμένου να δούμε αν υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις και γνώσεις των γυναικών που σχετίζονται με την υγεία (νοσηλευτές, γιατρούς) σε σχέση με γυναίκες άλλων επαγγελμάτων. Ο κάθε πίνακας που παραθέτουμε περιλαμβάνει τις χαρακτηριστικές παραμέτρους χ^2 (chi square), βαθμούς ελευθερίας (Df) και **επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας**. Μία διαφορά θεωρείται στατιστικώς σημαντική, αν και μόνο αν οδηγούμαστε σε μια πιθανότητα (probability) $p < 0.05$.

Ερώτηση 10: **Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστών?**

	Κάθε μήνα	Μια φορά το εξάμηνο	Κάθε χρόνο	Δεν απαντώ	Σύνολο
Νοσηλεύτης	40	21	32	12	105
Ιατρός	2	1	1	0	4
Άλλο	20	7	13	1	41
Σύνολο	62	29	46	13	150
X²	4.25	Βαθμοί Ελευθερίας	6		p =0.643

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Άρα, η απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν εξαρτάται από τις σπουδές τους σε Νοσηλευτική, Ιατρική ή άλλο επάγγελμα.

Ερώτηση 11: Γνωρίζετε ότι η αυτοεξέταση γίνεται μεταξύ:

	9 ^{ης} και 10 ^{ης} ημέρας	10 ^{ης} και 14 ^{ης} ημέρας	Δεν απαντώ	Σύνολο	
Νοσηλευτής	39	44	22	105	
Ιατρός	1	3	0	4	
Άλλο	25	12	4	41	
Σύνολο	65	59	26	150	
X²	9.55	Βαθμοί Ελευθερίας	4		p =0.049

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού **p < 0.05** .

Άρα, η απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση εξαρτάται από τις σπουδές τους σε Νοσηλευτική, Ιατρική ή άλλο επάγγελμα και διαφοροποιείται σε όσες γυναίκες σπούδασαν επαγγέλματα υγείας σε σχέση με άλλες που οι σπουδές τους ανήκουν σε άλλα επαγγέλματα.

Ερώτηση 16: Πόσο συχνά κάνετε test pap?

	Κάθε χρόνο	Κάθε δύο χρόνια	Καθόλου	Δεν απαντώ	Σύνολο	
Νοσηλεύτης	70	5	16	14	105	
Ιατρός	4	0	0	0	4	
Άλλο	35	4	2	0	41	
Σύνολο	109	9	18	14	150	
X²	12.4	Βαθμοί Ελευθερίας	6			p =0.053

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Άρα, η απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν εξαρτάται από τις σπουδές τους σε Νοσηλευτική, Ιατρική ή άλλο επάγγελμα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ

Για την καλύτερη διαχείριση των δεδομένων της έρευνας προς σχολιασμό και διεξαγωγή συμπερασμάτων, ταξινομούμε αυτά σε τρεις άξονες.

Άξονας 1^{ος}: Δημογραφικά δεδομένα – Προφίλ της ομάδας

Το δείγμα μας αποτελείται από γυναίκες 18-45 ετών.

Οι περισσότερες εξ αυτών είναι 18-25 ετών ποσοστό 69%, ακολουθούν οι γυναίκες που έχουν ηλικία 25-35 σε ποσοστό 17% και 35-45 με 14%.

Οι περισσότερες γυναίκες είναι απόφοιτες ΑΤΕΙ σε ποσοστό 65%, ακολουθούν οι απόφοιτες λυκείου με ποσοστό 17% και το υπόλοιπο ποσοστό κατανέμεται μεταξύ των υπολοίπων βαθμίδων, ενώ καμία γυναίκα δεν είναι μόνο απόφοιτη δημοτικού.

Αξίζει να τονιστεί ότι οι σπουδές των περισσότερων γυναικών σχετίζονται με την Νοσηλευτική σε ποσοστό 70%. Ένα μικρό ποσοστό 3% σχετίζεται με την Ιατρική και το 27% με άλλα επαγγέλματα. Επομένως θα λέγαμε ότι πάνω από τις δύο στις τρεις γυναίκες του δείγματός μας είναι άτομα που ανήκουν στο Νοσηλευτικό χώρο ή στο χώρο της υγείας γενικότερα.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών είναι επίσης άγαμες σε ποσοστό 97%, ενώ το πρώτο παιδί των έγγαμων γυναικών γεννήθηκε στην ηλικία των 25-35 ετών στις περισσότερες γυναίκες (ποσοστό 62%).

Η σεξουαλική δραστηριότητα των περισσότερων γυναικών άρχισε στην ηλικία των 15-20 ετών (ποσοστό 77%) και των υπολοίπων σε ηλικία 20-25 ετών.

Άξονας 2^{ος}: Γνώσεις – αντιλήψεις σχετικά με τον καρκίνο του μαστού

Οι περισσότερες γυναίκες δηλώνουν ότι έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού ποσοστό 71%

Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν πιο επικίνδυνο καρκίνο τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας 70% έναντι του καρκίνου μαστού σε ποσοστό 30%.

Σχεδόν όλες οι γυναίκες θεωρούν την αυτοεξέταση μαστού σαν βασική μέθοδο εξέτασης (ποσοστό 95%).

Σχεδόν οι μισές γυναίκες 45% δηλώνουν ότι κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα, το 34% κάθε χρόνο και το 21% μία φορά το εξάμηνο.

Το 52% των γυναικών γνωρίζει ότι η αυτοεξέταση γίνεται μεταξύ 9^{ης} και 10^{ης} ημέρας από την έναρξη της εμμηνου ρύσης και το 48% μεταξύ 10^{ης} και 14^{ης} ημέρας.

Το 40% των γυναικών πιστεύει ότι η πρώτη μαστογραφία πρέπει να γίνεται σε ηλικία από 35-40 ετών. Οι υπόλοιπες γυναίκες ισομοιράζονται σε αυτές που πιστεύουν ότι πρέπει να γίνεται σε ηλικίες 25-30 ετών και 30 – 35 ετών.

Το 55% των γυναικών δηλώνει ότι κάνουν μαστογραφία κάθε χρόνο, το 36% κάθε δύο χρόνια και το 9% κάθε εξάμηνο.

Επίσης από τη διμεταβλητή ανάλυση προκύπτει ότι, σχετικά με την συχνότητα ελέγχου αυτοεξέτασης μαστού, δεν διαφοροποιούνται οι γνώσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών και γιατρών σε σχέση με τις άλλες γυναίκες που σπούδασαν άλλα επαγγέλματα.

Σχετικά με την ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας το 28% των γυναικών αναφέρουν ότι ενημερώθηκαν από το χώρο της εκπαίδευσης, το 24% από γυναικολόγο και ακολουθούν μικρότερα ποσοστά ενημέρωσης από την οικογένεια, ΜΜΕ κ.λ.π.

Άξονας 3^{ος}: Γνώσεις – αντιλήψεις σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Το 29% των γυναικών δηλώνουν ότι έχουν οικογενειακό ιστορικό καρκίνου τραχήλου της μήτρας.

Σχεδόν όλες οι γυναίκες δηλώνουν ότι γνωρίζουν τι είναι το test pap (ποσοστό 97%).

Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι οι περισσότερες γυναίκες δηλώνουν ότι έκαναν το πρώτο test pap σε ηλικία 15-20 ετών (ποσοστό 56%). Το 41% σε ηλικία 20-25 ετών και το 3% σε ηλικία 25-30.

Επίσης σχετικά με την περιοδικότητα ελέγχου του test το 80% των γυναικών δηλώνουν ότι κάνουν κάθε χρόνο test pap, το 7% κάθε δύο χρόνια και το υπόλοιπο 13% ότι δεν κάνει καθόλου. Αξίζει να σημειωθεί ότι εδώ παρατηρούμε μια αντίφαση σε σχέση με την προηγούμενη απάντηση, που ενώ όλες δηλώνουν ότι έχουν κάνει σε κάποια ηλικία test pap, στη συνέχεια κάποιες δηλώνουν ότι δεν κάνουν καθόλου. Πιθανά κάποια από τις δύο ερωτήσεις δεν έγινε απόλυτα αντιληπτή από όλες τις γυναίκες.

Επίσης από τη διμεταβλητή ανάλυση και εδώ προκύπτει ότι, σχετικά με την συχνότητα ελέγχου test pap, δεν διαφοροποιούνται οι γνώσεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών και γιατρών σε σχέση με τις άλλες γυναίκες που σπούδασαν άλλα επαγγέλματα.

Σχετικά επίσης με την ενημέρωση για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας το 28% των γυναικών αναφέρουν

ότι ενημερώθηκαν από το χώρο της εκπαίδευσης, το 24% από γυναικολόγο και ακολουθούν μικρότερα ποσοστά ενημέρωσης από την οικογένεια, ΜΜΕ κ.λ.π.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι αντιλήψεις και γνώσεις των γυναικών για το θέμα μας είναι σε γενικές γραμμές αρκετά ικανοποιητικές . Επισημαίνουμε όμως ότι αναδεικνύεται αναγκαιότητα για περισσότερη ευαισθητοποίηση των γυναικών σε μηνιαία αυτοεξέταση μαστού μιας και λιγότερες από τις μισές κάνουν αυτοεξέταση κάθε μήνα. Επίσης πρέπει να επισημανθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών είναι γυναίκες που σχετίζονται με το Νοσηλευτικό χώρο επομένως το δείγμα μας δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικό για τον γενικότερο γυναικείο πληθυσμό . Θα ήταν σκόπιμο να ακολουθήσουν και άλλες έρευνες με πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα όλων των επαγγελμάτων και μορφωτικών επιπέδων.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. **Τι ηλικία έχετε;**

α. 18-25 β. 26-35 γ. 36-45

2. **Τι μορφωτικό επίπεδο έχετε;**

α. Δημοτικού β. Λυκείου γ. ΙΕΚ δ. ΑΤΕΙ
ε. ΑΕΙ στ. MASTER ζ. Διδακτορικό

3. **Το επίπεδο σπουδών σας έχει σχέση με την**

α. Νοσηλευτική β. Ιατρική γ. Άλλο

4. **Οικογενειακή κατάσταση**

α. Άγαμη β. Έγγαμη

5. **Αν είστε έγγαμη σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο παιδί;**

α. 18-25 β. 26-35 γ. 36-45

6. **Σε ποια ηλικία άρχισε η σεξουαλική σας δραστηριότητα;**

α. 15- 20 β. 21-25 γ. 26-30

7. **Έχετε οικογενειακό ιστορικό;**

α. Καρκίνου του μαστού
β. Καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

8. **Γνωρίζεται ποιος είναι ο πιο επικίνδυνος καρκίνος για τις γυναίκες;**

α. Καρκίνος του μαστού
β. Καρκίνος του τραχήλου

9. **Γνωρίζεται ότι η αυτοεξέταση των μαστών αποτελεί τη βασική μέθοδο εξέτασης;**

α. Ναι β. Όχι

10. **Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση των μαστών;**

α. Κάθε μήνα β. 1 φορά το εξάμηνο γ. Κάθε χρόνο

11. **Γνωρίζεται ότι η αυτοεξέταση γίνεται μεταξύ**

α. 9^{ης} και 10^{ης} ημέρας
β. 10^{ης} και 14^{ης} ημέρας

12. **Γνωρίζεται σε ποια ηλικία πρέπει να γίνεται η πρώτη μαστογραφία;**

α. 25-30 β. 31- 35 γ. 36-40

13. **Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία;**

α. Κάθε εξάμηνο β. Κάθε χρόνο γ. Κάθε δύο χρόνια

14. **Γνωρίζεται για το test pap;**

α. Ναι β. Όχι

15. Σε ποια ηλικία κάνατε το πρώτο test pap;

α. 15-20 β. 21-25 γ. 26-30

16. Πόσο συχνά κάνετε test pap;

α. Κάθε χρόνο

β. Κάθε 2 χρόνια

γ. Καθόλου

17. Ποιος σας ενημέρωσε για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας;

α. Από οικογένεια

β. Από γυναικολόγο

γ. Από περιοδικά

δ. Από ΜΜΕ

ε. Από το χώρο εκπαίδευσης

στ. Άλλο

Βιβλιογραφία

1. **Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., Γυναικολογία.** 3^η έκδοση. Αθήνα: Γρηγόριος Παρισσιανός, 1994.
2. **Leshan I.** *Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου.* 4^η έκδοση. Αθήνα: Θυμάρι, 1999.
3. *Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας.* Περίοδος Νοεμβρίου 1999 – Φεβρουαρίου 2000.2001. Αθήνα : ελληνική αντικαρκινική εταιρεία.
4. **Lippert H.,** *Ανατομική κείμενο και άτλαντας.* 5^η έκδοση. Αθήνα: Γρηγόριος Παρισσιανός, 1993.
5. **Τσίκος Ν., Καραγεωργοπούλου – Γραβανή Σ.** *Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής II.* 2^η έκδοση. Αθήνα: Έλλην, 1999.
6. **Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ.** *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες (2^{ος} τόμος).* Β' έκδοση. Αθήνα: Βήτα, 2004.
7. **Πετρίδης Α.,** *Εγχειρίδιο χειρουργικής.* 4^η έκδοση. Αθήνα: Έλλην, 2002.
8. **Διβόλη Α.,** *Καρκίνος μαστού.* [http: www.activewoman.gr](http://www.activewoman.gr), με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 17/10/2009.
9. **Γκινόπουλος Π.,** 18/2/2004. Άρθρο από εφημερίδα «Πελοπόννησος».
10. *Βιολογία της νόσου και σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού.* www.Chios.Medical.gr/breast cancer. με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 12/12/2009.
11. **Thompson and Thompson.** *Ιατρική γενετική.* Κρήτη: πανεπιστημιακές εκδόσεις, 2001.
12. **Pearlman, G.D.O., and Carlson, HE.** *Gynecomastia: an Update.* *Endocrinologist.* 16(2):109-115, March/April 2006.
13. **Wertkin, MG.** *FACS Diagnosis and Management of Male Breast Cancer in the Community Hospital Setting.* *Breast Journal.* 12(2): 188-189, March/April 2006.
14. **Corner, J. and Bailey, C.** *Νοσηλευτική ογκολογία. Το πλαίσιο φροντίδας.* (Πατηράκη- Κουρμπάνη). Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης, 2006.
15. **Love S.M.** *Το βιβλίο του μαστού.* Αθήνα: Λύχνος, 1994.
16. *Διορθωτικές επεμβάσεις* www.cancer.org, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 12/11/2009.
17. **Stricker CT.** *Endocrine effects of breast cancer treatment.* *Seminars in Oncology Nursing* 23(1):55-70, 2007 Feb.
18. **Drucker –Zertche M. and Robles-Vidal C. A.** *7 years experience with immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy for cancer.* *European journal of Surgical Oncology.* 33(20):140-6, 2007 Mar.
19. **Δετοράκης.** *Οικογενειακός Προγραμματισμός αντισύλληψη/σεξουαλική διαφώτιση.* Αθήνα: Πατάκη, 1997.
20. **Γκινόπουλος Π.,** 15/10/2004. Άρθρο από εφημερίδα <<Πελοπόννησος>>

21. Η βιταμίνη D κατά την διάρκεια της εφηβείας μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.<http://health.in.gr/news>. Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 14/11/2006.
22. **Sinnatambooy R. and Britton PD.** *Breast screening in the UK- -a national quality assured programme* . Breast Care.2007 .Feb;1(1):22-5.
23. **Πλέσσας Σ.Τ.** *Διαιτητική του ανθρώπου*. 3^η έκδοση. Αθήνα ΦΑΡΜΑΚΩΝ – ΤΥΠΟΣ.1998.
24. **Τριχοπούλου Α., Μπεσμπες Π.,** *Διατροφή και καρκίνος*, Αθήνα: Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία.1991.
25. **Victor H. and Barrett S.** *Modern Nutrition in Health and Disease* (8th Ed Shils M.E, Olson J.A, and Shike M) Philadelphia:Time life Books.1994.
26. **Κουτσοπούλου Θ.,** *Πρόληψη του καρκίνου του μαστού*. WWW.gyn.gr, Με τελευταία ημερομηνία ανανέωσης 24/1/2010..
27. **Γεωργιαννός Σ. Ν.,** 16/7/2007.
28. **Τριχοπούλου Α. και Τριχόπουλος Δ.** *Προληπτική Ιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου.1996.
29. **Κονιάρη Ε.** *Καρκίνος Μαστού/Νοσηλευτική Παρέμβαση* Αθήνα: ΒΗΤΑ.1991
30. **Τσιρακόγλου Δημήτριος.,** <<Ανατομία του Ανθρώπου και Σχηματογραφικός Ανατομικός Άτλαντας>>, Ιατρικές Εκδόσεις : Άλεξ. Δ. Σιώκη, Θεσσαλονίκη 1976, Σελ. 88-95.
31. Πτυχιακή Εργασία με θέμα: <<Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς με Καρκίνο τραχήλου Μήτρας >>, σπουδάστριας Λωρίδα Παναγιώτα, Υπεύθυνος Καθηγητής :Αντωνόπουλος Κων/νος,Πατρας 1994.
32. www.famme.gr (14-12-09)
33. www.apn.gr (14-12-09)
34. www.mastologos.gr (14-12-09)
35. **Παπαλουκάς Α.,** *Εγχειρίδιο γυναικολογίας και μαιευτικής*, τόμος Β,
36. **NOVAK'S,** *Γυναικολογία* ιατρικές εκδόσεις 12εκδοση , Π.Χ. Πασχαλιδης
37. **Αραβαντινού., Δ.Ι.,** *Επιστημονικές εκδόσεις*, Γρ Παρισιάνου, 1985
38. **Αγοραστός και Μπόντης,** 2003