

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ
ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ»



Καθηγητής: κος Καταγής Σπ.

Σπουδάστρια:
Καραμάνου Αικατερίνη

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	04
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	05
Κεφάλαιο 1^ο	
Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου	06
1.1. Η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου.	08
Κεφάλαιο 2^ο	
Καρκίνος Μαστού	10
2.1. Ανατομία Μαστού	10
2.2. Συμπτωματολογία και Κλινικά Στοιχεία	11
2.3. Διάγνωση του Καρκίνου	16
2.4. Σταδιοποίηση του Καρκίνου	21
2.5. Θεραπεία	24
2.6. Τοπική Υποτροπή	27
2.7. Πρόγνωση	27
2.8. Αιτιολογία – Παράγοντες Κινδύνου	29
2.8.1 <i>Ιογενείς παράγοντες</i>	30
2.8.2 <i>Γενετικοί παράγοντες</i>	31
2.8.3 <i>Χημικές ουσίες</i>	32
2.8.4 <i>Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες</i>	33
2.8.5 <i>Ορμονικοί παράγοντες</i>	34
2.8.6 <i>Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες</i>	34
2.8.7 <i>Μορφολογικοί παράγοντες</i>	35
2.8.8 <i>Περιβαλλοντικοί παράγοντες</i>	36
2.9. Επιδημιολογία – Συχνότητα	37

Κεφάλαιο 3^ο	
Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη	
στον Καρκίνο του Μαστού	40
3.1. Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού	40
3.2. Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού	43
3.3. Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο	48
Κεφάλαιο 4^ο	
Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Πρόληψη	51
4.1. Ειδικές Δραστηριότητες στη Πρωτογενή Πρόληψη	51
4.2. Ειδικές Δραστηριότητες στη Δευτερογενή Πρόληψη	52
4.3. Νοσηλευτικές συμβουλές για τη Διατροφή	55
4.4. Νοσηλευτικές Διεργασίες – Περιστατικά	56
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	63
SUMMARY	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια νόσος που θεραπεύεται σε σημαντικό βαθμό. Αρκεί να διαγνωστεί εγκαίρως. Ο Προσυμπτωματικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού μπορεί να μειώσει την πιθανότητα θανάτου από τη νόσο κατά 25%. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου 1.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού.

Το πρώτο από τα τέσσερα κεφάλαια της εργασίας ασχολείται με την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου και στη σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου. Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στον καρκίνο του μαστού, τους παράγοντες κινδύνου, την επιδημιολογία της νόσου, τα κλινικά στοιχεία, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση και φυσικά στα ανατομικά στοιχεία του μαστού.

Στη συνέχεια το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει τον προσυμπτωματικό έλεγχο της νόσου και συγκεκριμένα την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη. Τέλος δε θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τον σημαντικό ρόλο του νοσηλευτή και σ' αυτόν τον τομέα, αναφέροντας ειδικές παρεμβάσεις τόσο στη πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου *Κο Καταγή Σπύρο*, για την υπόδειξη του συγκεκριμένου θέματος και τη βοήθεια που μου προσέφερε, με τις γνώσεις και την σωστή καθοδήγηση του, καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου και τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε παγκόσμια κλίμακα. Ως πρωτογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη μέτρων που μειώνουν την έκθεση ή αναστέλλουν τις συνέπειες από την έκθεση του ατόμου σε παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας νόσου.

Στην περίπτωση του καρκίνου, οι παράγοντες αυτοί μπορεί είτε να δίνουν το έναυσμα για την έναρξη είτε να επάγουν στη συνέχεια τη διαδικασία της καρκινογένεσης. Ο συσχετισμός τους με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού βασίζεται σε επιδημιολογικές μελέτες, χωρίς να υπάρχει πάντοτε σαφώς αποδεδειγμένη σχέση αιτίου-αποτελέσματος¹.

Τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού θα πρέπει εκτός από τον παραπάνω πρωταρχικό τους στόχο να συμβάλλουν και στη βελτίωση της γενικότερης υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου².

Ως δευτερογενής πρόληψη ορίζεται η λήψη κατάλληλων μέτρων από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης, που θα επιτρέψουν είτε την πρόωμη διάγνωση προκαρκινικών καταστάσεων είτε τη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια. Η δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται επίσης και ως «προληπτικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «μαζικός ασυμπτωματικός πληθυσμιακός έλεγχος» ή «screening». Η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού εκτός από το ότι οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας, επιτρέπει σε μεγάλο βαθμό και την εφαρμογή λιγότερο επιθετικών μορφών θεραπείας με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση της νοσηρότητας και την καλύτερη ποιότητα ζωής².

Σημειώνεται, ότι ως τριτογενής πρόληψη αναφέρεται η πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση υποτροπών της νόσου, μετά από την αρχική διάγνωση και θεραπεία στο πλαίσιο της μετέπειτα παρακολούθησης (follow-up).

Κεφάλαιο 1^ο

Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι κατά το 2020 θα παρουσιάζονται κάθε χρόνο 20.000.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου. Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι στο εγγύς μέλλον η Γενετική και η Μοριακή Βιολογία με νέες τεχνικές και μεθόδους θα θεραπεύσουν ριζικά όλα τα Νοσήματα Φθοράς μεταξύ των οποίων είναι και ο καρκίνος. Έτσι προς το παρόν επιβάλλεται και είναι υποχρέωση κάθε πολίτη προς τον εαυτόν του, την οικογένεια και τους φίλους του, προς την κοινωνία στην οποία ζει, να υποβάλλεται στον οριζόμενο προσυμπτωματικό έλεγχο. Η αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων καρκίνων στις δυτικές κοινωνίες, σχετίζεται με τις αλλαγές που συντελούνται στον τρόπο ζωής των ανθρώπων τις τελευταίες δεκαετίες³.

Οι παράγοντες που συμμετέχουν στην εμφάνιση του καρκίνου είναι το κάπνισμα, η υποκινητικότητα, η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση θερμίδων και η λήψη υψηλών ποσοτήτων λιπαρών τροφών, καθώς και επεξεργασμένων σακχάρων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι η υποκινητικότητα και η παχυσαρκία ευθύνονται για 3-4 στους 10 καρκίνους του στήθους, του παχέος εντέρου, του ενδομητρίου, του οισοφάγου και του νεφρού. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία και επειδή πλέον οι άνθρωποι ζουν περισσότερα χρόνια από πριν, με καλύτερη ποιότητα ζωής, λόγω της προόδου του τεχνολογικού πολιτισμού και κυρίως της ιατρικής επιστήμης, ο καρκίνος θα αποτελέσει ένα σοβαρό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπισθεί για την ελάττωση της συχνότητάς του και συνεπώς και της θνησιμότητας.³

Οι μισοί από τους ανθρώπους που θα αναπτύξουν καρκίνο θα χάσουν την ζωή τους από τη νόσο αυτή γιατί η διάγνωση γίνεται σε

προχωρημένο στάδιο. Η πρόληψη του καρκίνου είναι δυνατή. Για το 50% περίπου των καρκίνων γνωρίζουμε τις αιτίες που τους προκαλούν, όπως συνήθειες και τρόπος ζωής-περιβαλλοντικοί παράγοντες- διατροφή-κοινωνικές και πολιτιστικές πρακτικές.

Η πρόωμη διάγνωση είναι εξαιρετικά σημαντική, για αυτό και η αποφυγή όλων των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου αποτελεί την πρωτογενή πρόληψη³.

Είναι σημαντικό επίσης το γεγονός ότι η σωστή αντιμετώπιση εγνωσμένων προ-καρκινικών καταστάσεων μπορεί επίσης να προλάβει τον καρκίνο. Ο φόβος και η άγνοια για τα σημεία και συμπτώματα του καρκίνου ή των προκαρκινικών καταστάσεων είναι παρ' όλα αυτά συχνόι ενώ και από τη φύση του ο καρκίνος μπορεί να είναι ύπουλος και να ανιχνεύεται δύσκολα χωρίς παρεμβάσεις πληθυσμιακού ελέγχου.

Στην Ελλάδα, ο καρκίνος αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά. Ένας στους τέσσερις Έλληνες θα πεθάνει από καρκίνο. Όμως ο καρκίνος μπορεί να νικηθεί. Οι περισσότεροι και πιο συχνόι καρκίνοι, όπως είναι ο καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, του προστάτη, του δέρματος κ.α. μπορούν να προληφθούν γιατί οφείλονται σε εξωγενείς κυρίως παράγοντες.³

Δυστυχώς όμως, οι Έλληνες είναι πρωταθλητές στο κάπνισμα, στην έλλειψη φυσικής άσκησης, στην παχυσαρκία, ενώ η διατροφή μας απέχει κατά 50% περίπου από τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής. Γι' αυτό άλλωστε οι θάνατοι από καρκίνο στην Ελλάδα την τελευταία 20ετία παραμένουν σταθεροί, παρά την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, ενώ στη Δ. Ευρώπη μειώνονται συνεχώς. Οι περισσότεροι Έλληνες δεν πραγματοποιούν τις απαραίτητες προληπτικές εξετάσεις για τη διάγνωση ορισμένων καρκίνων πριν την εκδήλωση συμπτωμάτων.

Η πρόληψη, η ενημέρωση, η έγκαιρη αναγνώριση & διάγνωση καθώς και τα οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, είναι τα μόνα όπλα της ανθρωπότητας έναντι του καρκίνου³

1.1. Η σημασία του προσυμπτωματικού ελέγχου (Check-up)

Με τον όρο «προσυμπτωματικός έλεγχος» (Check-Up) εννοούμε την αναζήτηση κάποιας διαταραχής της υγείας μας, μέσω των εργαστηριακών διαγνωστικών εξετάσεων, προτού αυτή ακόμα εκδηλωθεί ή όπως αλλιώς λέμε, προτού αυτή μας «δώσει συμπτώματα»⁴.



Μετά από μακροχρόνιες επιστημονικές έρευνες, η ιατρική σήμερα παραδέχεται ότι η σύγχρονη εξέλιξη στον τομέα των Εργαστηριακών Διαγνωστικών Εξετάσεων σε συνδυασμό με την εξέταση από τον Ειδικό Ιατρό προσφέρει ένα σίγουρο μέσο για τη σωστή και έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία πολλών ασθενειών. Κυρίως όμως συντείνει στην πρόληψη τους που είναι ο πιο σύγχρονος και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των κυριότερων ασθενειών της εποχής μας. Γι' αυτόν τον λόγο, οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να γίνονται μία φορά τον χρόνο (εκτός από ειδικές περιπτώσεις) ώστε οποιαδήποτε αλλαγή από χρόνο σε χρόνο να εντοπίζεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.⁴

Τα τελευταία στοιχεία ερευνών αποδεικνύουν ότι ο Ετήσιος Προσυμπτωματικός Έλεγχος από τον ειδικό ιατρό, μαζί με τις

απαιτούμενες Εργαστηριακές Διαγνωστικές Εξετάσεις, μειώνουν σε μεγάλο βαθμό τους διάφορους *προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου* που απειλούν την υγεία μας. Συνεπώς οι Εργαστηριακές Διαγνωστικές Εξετάσεις είναι ένα χρήσιμο και απαραίτητο εργαλείο στα χέρια του ιατρού, ο οποίος θα μπορέσει να εντοπίσει έγκαιρα αυτούς τους προδιαθεσικούς παράγοντες και θα του επιτρέψει να κάνει διάγνωση σε πρώιμο στάδιο και να προχωρήσει στη θεραπεία ή να συστήσει «προληπτικές στρατηγικές» για την υγεία μας⁴.

Ας έχουμε λοιπόν, πάντοτε υπ' όψιν μας ότι: *Η ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ.*

Κεφάλαιο 2^ο

Καρκίνος Μαστού

2.1. Ανατομία Μαστού



Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο. Ως μέσο πρόκλησης του άνδρα για σεξουαλική δραστηριότητα και κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία - αποστολή του, που είναι η γαλουχία^{5,6}

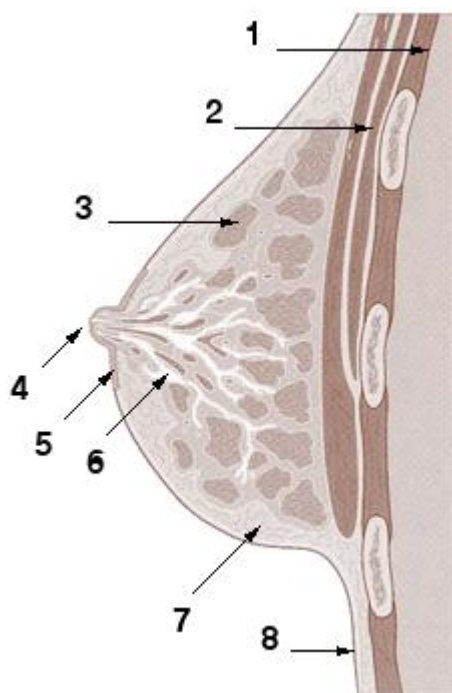
Η εξωτερική μορφολογία του μαστού περιλαμβάνει την θηλή, την θηλαία άλω και τα αλωαία οζίδια.

Η θηλή αποτελεί έπαρμα του δέρματος του μαστού που βρίσκεται λίγο πιο κάτω και έξω από το μέσο του μαστού. Στην κορυφή της υπάρχουν 15-20 στόμια όπου καταλήγουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Το ύψος της θηλής είναι περίπου 1-1,5 cm και αυξάνει κατά την γαλουχία (θηλασμός). Το καστανέρυθρο χρώμα της θηλής οφείλεται στην άφθονη παρουσία μελανίνης ουσίας.

Η θηλαία άλως αποτελεί υποστρογγυλή και ελαφρά επηρμένη περιοχή γύρω από την θηλή με διάμετρο 1,5-6 cm. Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν μικρά επάρματα, τα θηλαία οζίδια τα οποία έχουν ως υπόθεμα τους αλωαίους αδένες. Οι αλωαίοι αδένες είναι κυρίως οσμηγόνοι, αλλά και σμηγματογόνοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένες.

Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από τον μαστικό ή μαζικό αδένα και το περιμαστικό λίπος. Το περιμαστικό λίπος είναι συνέχεια του υποδόριου λίπους το οποίο όμως είναι αφθονότερο στην πρόσθια περιοχή του μαστού, ανάμεσα στο δέρμα και τον μαστικό αδένα.

Ο μαστικός αδένας σε γυναίκα μη κυοφορούσα βρίσκεται πίσω από την θηλαία άλω και μόλις που υπερβαίνει τα όριά της. Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς όπου παράγεται το γάλα και τους γαλακτοφόρους πόρους που μεταφέρουν το γάλα στους γαλακτοφόρους κόλπους. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι ανευρύσματα των πόρων τα οποία λειτουργούν ως αποθήκη του γάλακτος, το οποίο και απελευθερώνουν μετά από πίεση της θηλής από το βρέφος.^{5,6}



Εικόνα 1. Τομή μαστού:

1. Μεσοπλεύριοι μύες
2. Θωρακικοί μύες
3. Λοβοί του μαστικού αδένου
4. Θηλή
5. Θηλαία άλω
6. Γαλακτοφόροι κόλποι
7. Περιμαστικό λίπος

2.2. Συμπτωματολογία και Κλινικά Στοιχεία

Στα αρχικά στάδια εμφανίζεται σαν όζος μεμονωμένος, μικρών διαστάσεων, ψηλαφητός και μη επώδυνος, με σκληρή υφή. Δεν παρουσιάζεται κινητός και τα όρια του δεν είναι ευκρινή. Εάν

αναπτύσσεται στη θηλαία άλω τότε μπορεί να παρουσιάζεται σαν εκζεματοειδής βλάβη⁷⁻¹⁰.

Μόνο ο αυτοέλεγχος απ' την ίδια τη γυναίκα με ψηλάφηση των μαστών σε τακτά χρονικά διαστήματα είναι ικανός να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου σε αρχικό στάδιο. Σαφώς και η τακτική μαστογραφία (σε γυναίκες μετά τα 40 έτη προτείνεται ανά διετία) μπορεί να θέσει τη διάγνωση της κακοήθειας. Ο καρκίνος συνήθως έχει θέση εμφάνισης το άνω-έξω τεταρτημόριο του μαστού (45%) αφού εκεί είναι συγκεντρωμένος ο μεγαλύτερος όγκος του αδένα. Σε ποσοστό 25% εμφανίζεται στη θηλή και την περιοχή της άλω, ενώ στα άλλα τεταρτημόρια εμφανίζεται σε μικρότερα ποσοστά.

Σε προχωρημένη νόσο η κλινική εικόνα είναι πιο έντονη με αλλοίωση του προφίλ του μαστού, εισωλική της θηλής, δέρμα που μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού λόγω λεμφικού οιδήματος ,ακόμη και εξελκώσεις του καρκίνου με έντονη δυσοσμία και αποκρουστική εμφάνιση. σε πολλές περιπτώσεις ψηλαφώνται και διηθημένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Φυσικά να πούμε εδώ πως οι λεμφαδένες της μασχάλης που ψηλαφούνται δεν είναι πάντα μεταστατικοί. Μπορεί να είναι και αντιδραστικοί. Στοιχεία γενικευμένης νόσου είναι οι πνευμονικές, οστικές ,νευρικές και ηπατικές μεταστάσεις, η διόγκωση υπερκλειδίων λεμφαδένων, το οίδημα του άνω άκρου (σχ.1)⁷⁻¹⁰.

Τα συμπτώματα της ασθενούς με καρκίνο του μαστού διακρίνονται σε γενικά και σε ειδικά όπως φαίνεται παρακάτω :

Γενικά συμπτώματα:

- **Η αναιμία**, την προκαλεί η αιμορραγία από εξελκώσεις ή διάβρωση αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις, μεταστάσεις στα οστά με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της ερυθροποίησης ή την καταστολή του μυελού των οστών από τη χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία

- **Ο πόνος**, ο οποίος εμφανίζεται συνήθως πολύ αργά αν και η παρουσία του εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που προσβάλλει.
- **Ο πυρετός**, που τις περισσότερες φορές προέρχεται από μολύνσεις επιφανειακού όγκου ή άλλες φλεγμονές.
- **Η καχεξία**, που χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, μυϊκή αδυναμία, ανορεξία και οξέωση. Μερικά από τα πιθανά αίτια της καχεξίας είναι τοξικά προϊόντα που εκκρίνει ο καρκίνος⁷⁻¹⁰.

Ειδικά συμπτώματα:

- Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η **παρουσία μιας ανώδυνης διόγκωσης**
- **σκληρίας ή πάχυνσης** στο μαστό στο 80-90 % των περιπτώσεων
- **Μεταβολές από τη θηλή** υπό τη μορφή παθολογικού εκκρίματος,
- **εισολκής**, παρέκλισης ή **εκζέματος της θηλής** ή της άλω
- **Μεταβολές στο σχήμα του μαστού**, εντύπωμα ή ρυτίδωση του δέρματος, διευρυμένες φλέβες, μεταβολές της χροιάς του δέρματος παρουσία οζιδίων, εξελκώσεων και οιδήματος είναι συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου
- Σπανιότατα η **παρουσία μιας μάζας στη μασχαλιαία κοιλότητα** αποτελεί το πρώτο ενόχλημα που παρατηρεί η ασθενής.
- **Ασυμμετρία και ανύψωση** του προσβεβλημένου μαστού.
- Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις οι ασθενείς προσέρχονται στο νοσοκομείο για συμπτώματα και ευρήματα τα οποία οφείλονται στις μεταστάσεις, όπως αποφρακτικός ίκτερος, οστικές εκδηλώσεις ή εκδηλώσεις από πνευμονικές ή υπεζωκοτικές μεταστάσεις
- Ο **πόνος** συνήθως απουσιάζει, εκτός από προχωρημένα στάδια⁷⁻¹⁰.

Τα σημεία- συμπτώματα στο μαστό είναι:

- Όγκοι ή πάχυνση εντός του μαστού, στην μασχάλη ή κάτω από τον βραχίονα.
- Ευαισθησία, έκκριμα, αλλαγή στην εμφάνιση (χρώμα, σχήμα, μέγεθος) της θηλής.
- Ερεθισμός του δέρματος, ρίκνωση δέρματος προσφάτου εμφανίσεως ή εφελκίδες.
- Μαστός κόκκινος, οίδηματώδης, με αυξημένη τοπική θερμότητα και εξάνθημα, που ομοιάζει με την φλούδα του πορτοκαλιού.
- Ο πόνος του μαστού, παρ' όλον που συνήθως δεν αποτελεί σύμπτωμα καρκίνου, θα πρέπει να αναφέρεται στον ιατρό.
- Χωρίς ορατά ή εμφανή συμπτώματα (ασυμπτωματικός Καρκίνος του Μαστού).¹¹



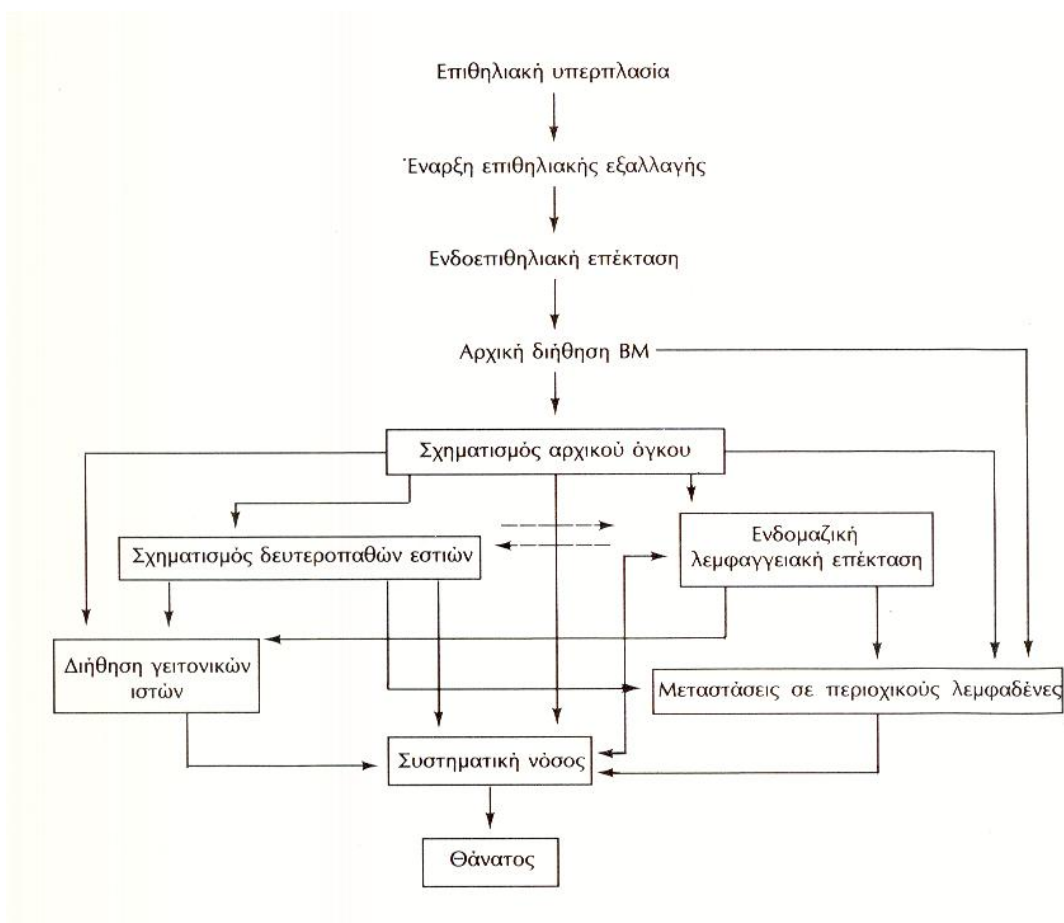
Εικόνα 2. Εισολκή θηλής



Εικόνα 3. Δερματικές βλάβες θηλής.



Εικόνα 4. Δέρμα δίκην φλούδας πορτοκαλιού.



Σχήμα 1. Η βιολογική πορεία του καρκίνου του μαστού

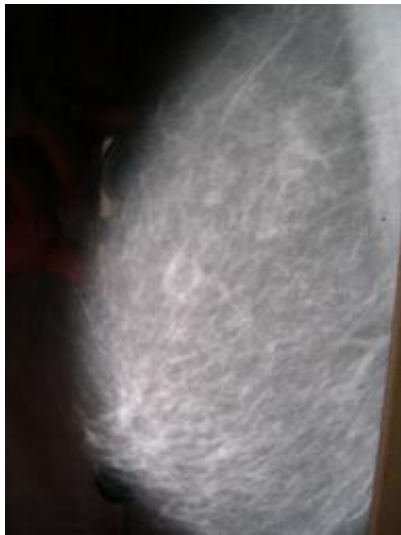
2.3. Διάγνωση του Καρκίνου

Η διάγνωση έγκαιρα είναι όπως και για όλους τους καρκίνους το πιο σημαντικό βήμα για τη θεραπεία και την ίαση του ασθενούς. Στις νέες γυναίκες και που η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί συχνό εύρημα, είναι απαραίτητο το υπερηχογράφημα σε όλες τις περιπτώσεις όπου παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων κάποιου ψηλαφητού μορφώματος. Εννοείται βέβαια πως γίνεται αυτοψηλάφηση του μαστού τακτικά (τουλάχιστον 2 φορές το χρόνο). Κανένας δεν μπορεί να γνωρίζει καλύτερα το μαστό όσο η ίδια η γυναίκα με τη σωστή αυτοψηλάφηση του στήθους της. Ο έλεγχος με αυτοψηλάφηση είναι ακόμη πιο απαραίτητος για τις γυναίκες μετά τα 40 , οι οποίες όμως πρέπει να ελέγχουν το στήθος τους και με μαστογραφία κάθε 2 χρόνια. Σε περίπτωση που απ' τη μαστογραφία υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας πάντα ακολουθεί η βιοψία απ' την περιοχή της ύποπτης βλάβης και η οποία επιβεβαιώνει ή όχι τη διάγνωση¹²⁻¹⁴.

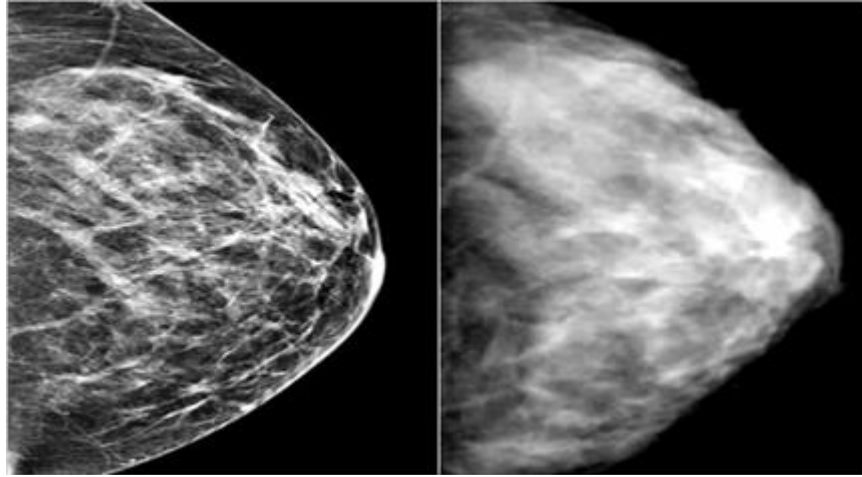
Γενικά η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι εύκολη. Παρόλα αυτά λόγω χαμηλής κουλτούρας και ...ντροπής !! πολλές γυναίκες παραμελούν τυχόν ευρήματα στο στήθος τους και φτάνουν στο γιατρό σε πολύ προχωρημένο στάδιο.

Μετά τη διάγνωση ακολουθούν εξετάσεις όπως αξονική θώρακος και αν χρειάζεται και κοιλίας καθώς και σπινθηρογράφημα οστών προκειμένου να γίνει η σταδιοποίηση του καρκίνου. Πιο σπάνια αξονική εγκεφάλου εάν υπάρχει υποψία για εκεί μετάσταση. Και ας μην ξεχνάμε τη σημασία του ιστολογικού τύπου του καρκίνου αλλά και την ύπαρξη ορμονοϋποδοχέων (για οιστρογόνα και προγεστερόλη) ή όχι στα καρκινικά κύτταρα. Σαφώς εάν ο καρκίνος εκφράζει ορμονοϋποδοχείς είναι ευαίσθητος και στα αντιοιστρογόνα και καλύτερης λοιπόν πρόγνωσης. Συνήθως οι ορμονοϋποδοχείς προσδιορίζονται μετά τη

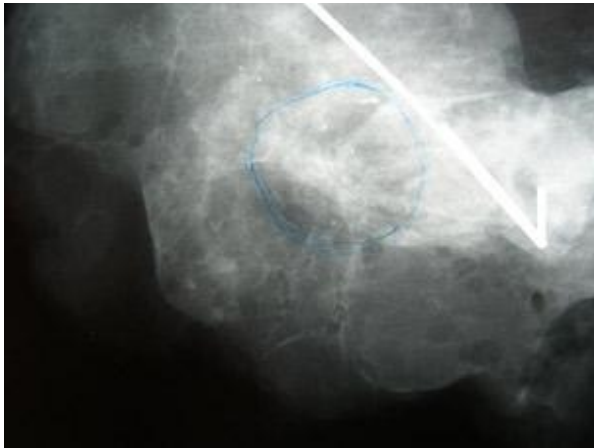
χειρουργική επέμβαση. Πολλοί ιστολογικοί τύποι ,όπως π.χ. το λοβιδιακό καρκίνωμα έχουν εμφάνιση συχνά και στους δύο μαστούς. Μερικές φορές λοιπόν είναι λοιπόν απαραίτητη η λεγόμενη βιοψία καθρέπτου σε περίπτωση εμφάνιση τέτοιου καρκινώματος. Βιοψία δηλ. στην αντίστοιχη θέση με εκείνη της εμφάνισης του όγκου στον άλλο μαστό. Σήμερα πάντως τα νέα δεδομένα τείνουν κατά της βιοψίας καθρέπτου. Και φυσικά ακόμη και σε περίπτωση ίασης μετά από έναν καρκίνο μαστού είναι ιδιαίτερα απαραίτητη η κλινική παρακολούθηση και του άλλου μαστού με μαστογραφίες σε τακτά χρονικά διαστήματα.¹²⁻¹⁴



Μαστογραφία: Πρόκειται για μια ακτινολογική εξέταση που η ευαισθησία της (δηλ. η ικανότητά της να διαγνώσκει τον καρκίνο εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες. Η διάμετρος του όγκου, η ηλικία της ασθενούς και άρα η πυκνότητα του μαζικού αδένου, η θέση του όγκου, η ταυτόχρονη ύπαρξη ινοκυστικής μαστοπάθειας αλλά και τα ακτινολογικά ευρήματα (π.χ. μικροασβεστώσεις) είναι όλα παράγοντες απ'τους οποίους εξαρτάται η σωστή διάγνωση μέσω αυτής της εξέτασης. Έτσι για παράδειγμα είναι πιο εύκολη η διάγνωση του καρκίνου με μαστογραφία σε ένα μαστό αδύνατο (και ακτινογραφικά αραιό) μιας ηλικιωμένης γυναίκας παρά σε έναν ογκώδη μαστό (και πυκνό) μιας νέας γυναίκας ειδικά αν αυτή πάσχει και από κάποιου βαθμού ινοκυστική μαστοπάθεια. Πάντως η διαγνωστική ικανότητά της είναι αρκετά μεγάλη σε βαθμό που μπορεί να διαγνώσει μία κακοήθεια (με βραδύ ρυθμό ανάπτυξης) έως και 2 χρόνια προτού αυτή να είναι ψηλαφητή.^{12,14}



*Εικόνα 5. Αριστερά Ψηφιακή Μαστογραφία,
Δεξιά Κλασική Μαστογραφία*



Βιοψία: Υπάρχουν 3 τύποι βιοψίας. Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη (FNA) στην οποία το υλικό είναι ελάχιστο και σ'αυτό πραγματοποιείται κυτταρολογικός έλεγχος. Η βιοψία με χονδρή βελόνη κατά την οποία αφαιρείται

ένας μικρός κύλινδρος ιστού. Και η ανοικτή χειρουργική βιοψία. Η παρακέντηση με λεπτή βελόνη δίνει εσφαλμένα θετικά αποτελέσματα (θετικά για καρκίνο ενώ δεν υπάρχει) σε ποσοστό 1-2%, ενώ εσφαλμένα αρνητικά (αρνητικά για καρκίνο ενώ υπάρχει) σε ποσοστό μέχρι και 10%. Αυτά τα ποσοστά είναι πολύ μικρότερα στη βιοψία με χονδρότερη βελόνη.¹²⁻¹⁴

Οι λήψεις των βιοψιών μπορούν να γίνουν ψηλαφώντας τον όγκο και μετά από μαστογραφία ή υπέρηχο ή ακόμα και με την καθοδήγηση του υπερήχου ή στερεοτακτικής μαστογραφίας. Η ανοικτή χειρουργική βιοψία προτιμάται εάν δεν είναι διαγνωστικές οι δια βελόνης βιοψίες και συνήθως σε καρκινώματα in situ. Μπορεί να γίνει χειρουργική

ταχυβιοψία στη χειρουργική αίθουσα και αν το αποτέλεσμα της είναι θετικό για κακοήθεια να ακολουθήσει άμεσα η χειρουργική επέμβαση. Αυτό προτιμάται από πολλούς χειρουργούς εφόσον η ασθενής μπαίνει σε ψυχολογικό στρες για μία φορά μόνο, ενώ και τα έξοδα είναι μειωμένα (ένα μόνο χειρουργείο, αντί δύο).

Καρκινικοί δείκτες: Πρόκειται για αντιγόνα που ανιχνεύονται στο αίμα και που αν ξεπερνούν τα φυσιολογικά όρια είναι ενδεικτικά για πιθανή (όχι σίγουρα όμως) κακοήθεια. Για το μαστό κυρίως το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και το CA15.3 είναι πιο ενδεικτικά¹²⁻¹⁴

Υπερηχογράφημα: Συνήθως μικρής διαγνωστικής αξίας για τις κακοήθειες αφού μας δίνει κυρίως στοιχεία για το εάν πρόκειται για κυστικό ή συμπαγές μόρφωμα. Βέβαια έχει τη σημασία του στην παρακολούθηση των διαστάσεων ύποπτων βλαβών καθώς και στην καθοδήγηση βιοψιών

Γαλακτοφορογραφία: Πρόκειται για ακτινολογική εξέταση με σκιαγραφικό μέσο το οποίο εγχύεται στους γαλακτοφόρους πόρους απ' τη θηλή. Διαγνωστικό και χρήσιμο στη θηλώματα των πόρων τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν εξαλλαγή και καρκινική διήθηση του στρώματος του αδένου¹²⁻¹⁴.

Αυτοψηλάφηση: Όλες οι γυναίκες μετά τα 20 τους χρόνια πρέπει να μάθουν να ψηλαφούν τους μαστούς τους. Αυτό πρέπει να γίνεται κάθε μήνα, και πάντα 7-8 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Αυτό γιατί σε αυτή την περίοδο οι ινοκυστικές αλλοιώσεις παρουσιάζουν (λόγω ορμονών) ύφεση. Αρχικά παρατηρείται στον καθρέπτη ο κάθε μαστός με τα χέρια στη μέση και έπειτα πίσω απ' το κεφάλι και με μικρή πίεση ώστε να

συσπώνται οι θωρακικοί μυς. Παρατηρούνται τυχόν αλλοιώσεις στο προφίλ των μαστών και την ομοιομορφία τους ή τυχόν όγκοι ή και εισωλκές του δέρματος ή της θηλής. Επίσης μπορεί να γίνει και κάμψη του κορμού μπροστά με τα χέρια πίσω απ' το κεφάλι και πάλι παρατήρηση του στήθους σε σκυφτή θέση. Έπειτα με τη γυναίκα ξαπλωμένη ανάσκελα αρχίζει η ψηλάφηση του κάθε μαστού ξεχωριστά και με το αντίθετο χέρι. Τα δάκτυλα ανοικτά όπως και η παλάμη και ακολουθείται ψηλάφηση σε όλο το μαστό πρώτα κυκλικά γύρω απ' τη θηλή και μετά κεντρικά στη θήλα αλω και τη θηλή την ίδια.¹⁵

Η έγκαιρη διάγνωση είναι σωτήρια και περιλαμβάνει:

1. Βλέπετε και ψηλαφίζετε
2. Προσέχετε κάθε είδους αλλαγή
3. Χωρίς καθυστέρηση αναφέρετε στο γιατρό σας κάθε είδους αλλαγή
4. Κάνετε αυτοεξέταση μια φορά τον μήνα

Μη ξεχνάτε ποτέ! Πρόκειται για το σώμα σας, την ίδια σας τη ζωή.

Έχετε υποχρέωση στον εαυτό σας να τον κρατήσετε υγιή.

Είστε το στήριγμα των παιδιών σας, η ψυχή της οικογένειάς σας!¹⁵



Εικόνα 6.

Αυτοψηλάφηση με 4 βήματα.

2.4. Σταδιοποίηση του Καρκίνου

Μεγάλη σημασία έχει η σταδιοποίηση. Ο καρκίνος μπορεί να έχει τοπική διήθηση μεγάλη (στον ίδιο το μαστό), περιοχική διήθηση (στους περιοχικούς λεμφαδένες συνήθως της μασχάλης) καθώς και απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Όσον αφορά την τοπική διήθηση έχει σημασία εάν αυτός διηθεί το δέρμα και ή το θωρακικό τοίχωμα και τις πλευρές ή το στήθος. Για τους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχει σημασία το επίπεδο μέχρι το οποίο υπάρχουν μεταστάσεις και πρέπει να γίνει λεμφαδενικός χειρουργικός καθαρισμός^{14,16}.

- ü Επίπεδο I: λεμφαδένες που βρίσκονται στον ίδιο το μασχαλιαίο βόθρο
- ü Επίπεδο II: λεμφαδένες που βρίσκονται ψηλά στο μασχαλιαίο βόθρο και κατά μήκος του ελάσσονος θωρακικού μυός.
- ü Επίπεδο III: οι λεμφαδένες που βρίσκονται στην περιοχή της κλείδας^{14,16}

Πίνακας 1. Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού κατά TNM

<u>Πρωτοπαθής εστία (T)</u>	
Tx	Ελλειψη στοιχείων ικανών για να προσδιοριστεί ο καρκίνος
Tis	Καρκίνος μη διηθητικός (καρκίνωμα in situ) ή καρκίνωμα εντός του πόρου μη διηθητικό ή νόσος Paget χωρίς εμφανή όγκο
T0	Χωρίς ένδειξη της καρκινικής εστίας
T1	Όγκος με μέγιστη διάμετρο ≤ 2 εκ.
T2	Όγκος με μέγιστη διάμετρο >2 εκ αλλά και ≤ 5 εκ.
T3	Όγκος με διάσταση > 5 εκ.
Όγκοι που προκαλούν εισωλική της θηλής και του δέρματος, δε διαφοροποιούν τη σταδιοποίηση του T. Αντιθέτως όγκοι που διηθούν τη φάσια του μείζονος θωρακικού μυός διαφοροποιούν τη σταδιοποίηση του T η οποία διαχωρίζεται στο αντίστοιχο στάδιο με α ή β εάν δε συμβαίνει ή συμβαίνει αντίστοιχα η διήθηση της φάσιας του μυός.(π.χ. T2β: στάδιο με όγκο διαμέτρου >2 εκ αλλά ≤5 εκ <u>και με διήθηση της φάσιας του μείζονος θωρακικού</u>	
T4	Όγκοι οποιασδήποτε διαμέτρου που διηθούν το δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλεύριους μυς μα δεν περιλαμβάνονται οι θωρακικοί μυς)
T4α	Διήθηση και ακινοτοποίηση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα
T4β	Οίδημα ή εξελκώσεις του δέρματος ή δορυφορικά υποδερματικά

	οζίδια στα όρια του μαστού
T4γ	Ταυτόχρονη εμφάνιση των χαρακτηριστικών T4α και T4β
Λεμφαδενικές μεταστάσεις (N0)	
Nχ	Ακαθόριστα στοιχεία για λεμφαδενικές μεταστάσεις
N0	Χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
N1α	Ψηλαφητοί Λεμφαδένες μασχαλιαίοι στην ομόπλευρη μασχάλη που δε θεωρούνται μεταστατικοί
N1β	Ψηλαφητοί Λεμφαδένες μασχαλιαίοι στην ομόπλευρη μασχάλη που θεωρούνται μεταστατικοί
N2	Λεμφαδένες μασχάλης ομόπλευροι και αμετακίνητοι λόγω διήθησης μεταξύ τους ή με άλλες δομές
N3	Ομόπλευροι λεμφαδένες υπερκλείδιοι ή στην περιοχή της κλείδας, ή αλλιώς οίδημα του άκρου ή μεταστατικοί λεμφαδένες στην περιοχή της ομόπλευρης έσω μαστικής αρτηρίας
Μεταστάσεις σε άλλα όργανα (M)	
M0	Χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις
M1	Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (σε άλλα όργανα)
Mχ	Ακαθόριστο αν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις

Πίνακας 2. Κλινική Σταδιοποίηση

ΣΤΑΔΙΟ	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0

IIIΑ	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIIΒ	T4	οποιοδήποτε N	M0
	οποιοδήποτε T	N3	M0
IV	οποιοδήποτε T	οποιοδήποτε N	M1

2.5. Θεραπεία

Η θεραπεία μπορεί να είναι θεραπευτική ή παρηγορητική. Θεραπευτική κυρίως για τα στάδια I και II ενώ για το στάδιο IV παρηγορητική. Στο στάδιο III μπορεί να είναι θεραπευτική εφόσον συνδυαστούν με επιτυχία διάφορες αντιμετώπισεις μαζί (π.χ. χειρουργική και ακτινοθεραπεία μαζί με χημειοθεραπεία)^{11,12}.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σήμερα η χειρουργική θεραπεία είναι η προτιμώμενη και σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία και τη χημειο- ή ορμονική θεραπεία επιφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Η επέμβαση που γίνεται είναι η τροποποιημένη μαστεκτομή κατά την οποία αφαιρείται ο μαστός εις βάθος αφαιρώντας και την απονεύρωση του μείζονος θωρακικού μύος με ταυτόχρονο λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης σε ένα block (κομμάτι). Διατηρούνται και οι δύο θωρακικοί μύες. Σήμερα και έπειτα από πολλές μελέτες κυρίως στην Αμερική αποδεικνύεται πως όταν ο καρκίνος είναι σε αρχικό στάδιο (I και II) τα αποτελέσματα μιας επέμβασης λιγότερο εκτεταμένης όπως ογκεκτομή επί υγιών ορίων ή

εκτομή ενός τεταρτημορίου του μαστού και οι οποίες συνοδεύονται με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης αλλά και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχουν τα ίδια αποτελέσματα στη θεραπευτική και βιωσιμότητα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Βέβαια υπάρχουν και κάποιες προϋποθέσεις για μια τέτοια επέμβαση.^{11,12}

Ο όγκος πρέπει να είναι μέχρι 4 εκατοστά για να υπάρχει ένα αποδεκτό αισθητικό αποτέλεσμα μετά την επέμβαση. Αν και αυτό είναι πάντα σε συνάρτηση με τον συνολικό όγκο του μαστού. Αν πάλι πρόκειται για πολυεστιακό καρκίνωμα και τότε μια τέτοια επέμβαση δεν είναι δικαιολογημένη. Όπως επίσης εάν ο καρκίνος διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα ή τη θηλή και τότε μια ογκεκτομή δεν έχει ένδειξη. Αντίθετα το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της ριζικής τροποποιημένης μαστεκτομής είναι πως συνήθως δε χρειάζεται να ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία. Απ' την άλλη όμως είναι τραυματική για την ψυχολογία της ασθενούς.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πιο συχνά ακολουθείται πρωτόκολλο ακτινοθεραπείας μετά την επέμβαση για την πρόληψη της τοπικής υποτροπής. Πρόκειται για συνεδρίες διάρκειας 5-6 εβδομάδων με 5 ημερήσιες στη βδομάδα ακτινοβολίες συνολικής δόσης 5000-6000 cGy. Σε προχωρημένα στάδια η ακτινοθεραπεία συνδυάζεται με τη χημειοθεραπεία ως παρηγορητική αντιμετώπιση της νόσου και προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής της αρρώστου. Όντως βελτιώνει σε αυτά τα στάδια και τις τοπικές διεργασίες (φλεγμονή, οίδημα, εξελκώσεις, πόνο) αλλά και τη συμπτωματολογία απομακρυσμένων μεταστάσεων (στα οστά και τα συμπαγή όργανα)^{11,12}.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Έχει κύρια ένδειξη μετά τη μαστεκτομή σε όγκους με διηθημένους λεμφαδένες (στάδιο II και III) αλλά που δεν παρουσιάζουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (M0). Μπορεί να έχει συνδυαστεί και μετεγχειρητική ακτινοβολία. Αφού σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών τη στιγμή της διάγνωσης και της σταδιοποίησης δεν ανευρίσκονται αλλά υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις (αφανείς μικροσκοπικές), σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η εξάλειψη αυτών. Το χημειοθεραπευτικό σχήμα που χρησιμοποιείται κυρίως είναι το CMF (ciclofosfamide ,methotrexate, fluorouracile). Απ' τις μελέτες πράγματι διαπιστώνεται αύξηση του χρονικού διαστήματος ζωής ελεύθερης νόσου αλλά και της βιωσιμότητας.

Σε προχωρημένα στάδια (IV) η χημειοθεραπεία προτιμάται ιδίως εάν ο όγκος δεν είναι ευαίσθητος στην αντιοιστρογονική θεραπεία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι το doxorubicin και ciclofosfamide^{11,12}.

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν ο όγκος εκφράζει στα κύτταρά του ορμονικούς υποδοχείς τότε σημαίνει πως είναι πιο διαφοροποιημένος αλλά και ευαίσθητος στις ορμονικές θεραπείες. Σε ποσοστό 60% "απαντούν" θετικά στην αντιοιστρογονική θεραπεία οι όγκοι με θετική την ανίχνευση ορμονοϋποδοχέων ενώ σε ποσοστό μικρότερο από 10% "απαντούν" θετικά εκείνοι με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς. Σε θεραπευτική αντιμετώπιση και μετά από την επέμβαση η ορμονοθεραπεία συνδυάζεται και με τη χημειοθεραπεία. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιείται συνήθως το tamoxifen.

Σε προχωρημένη νόσο η ορμονοθεραπεία είναι σημαντική κυρίως εφόσον απ' την ιστολογική προκύπτει πως ο όγκος φέρει ορμονικούς

υποδοχείς. Εδώ παλιότερα γινόταν χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών στις γυναίκες που δεν είχαν μπει σε εμμηνόπαυση. Σήμερα όμως λόγω της καλής ανταπόκρισης στο tamoxifen σπάνια διενεργούνται τέτοιες επεμβάσεις. Το Tamoxifen δίνεται σε δόση 10 mg δύο φορές ημερησίως. Προκαλεί ως παρενέργειες έμετο, ναυτία και δερματικές εκδηλώσεις. Αλλα αντιοιστρογονικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι το diethylstilbestrol, το magestrol acetate, το aminoglutethimide^{11,12}.

2.6. Τοπική Υποτροπή

Συνήθως όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι μεταστατικοί παρουσιάζεται τοπική υποτροπή στο θωρακικό τοίχωμα σε ποσοστό έως και 25% ενώ αν δεν είναι μεταστατικοί σε ποσοστό έως 5%.

Η τοπική υποτροπή παρουσιάζεται μέσα στα πρώτα 2 χρόνια μετά την επέμβαση αλλά έχει αναφερθεί έως και 15 χρόνια μετά τη μαστεκτομή. Προτείνεται χειρουργική αφαίρεσή της ή ακτινοβολήσή της εάν πρόκειται για μονήρη μάζα και εάν δεν έχουν ανευρεθεί μεταστατικοί λεμφαδένες κλινικά ή απ'την αξονική. Εάν αντιθέτως υπάρχουν και λεμφαδένες τότε προτείνεται η ακτινοβολία σε όλο το θωρακικό τοίχωμα. Φυσικά πρέπει να ακολουθήσει αξονική, σπινθηρογράφημα οστών, υπερηχογράφημα ήπατος και όλες οι άλλες απαραίτητες εξετάσεις προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχουν αλλού μεταστάσεις. Εάν ο έλεγχος αποδειχτεί αρνητικός τότε με τη χειρουργική ή την ακτινοθεραπεία αναμένεται πλήρης εκρίζωση του όγκου¹⁴.

2.7. Πρόγνωση

Τα κύρια στοιχεία για την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού είναι η σταδιοποίηση και τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του

καρκίνου. Όταν ο όγκος είναι περιορισμένος στο μαστό τα ποσοστά βιωσιμότητας στην 5ετία μετά την επέμβαση αγγίζουν το 75-90%. Εάν έχουν διηθηθεί και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες τα ποσοστά πέφτουν στο 40-60% στα 5 έτη αλλά μειώνονται περαιτέρω στο 25% στα 10 χρόνια απ'τη διάγνωση. Όσον αφορά τους ορμονοϋποδοχείς έχει φανεί πως σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, οι ασθενείς που έχουν ορμονοϋποδοχείς στον καρκίνο ακολουθούν μια ευνοϊκότερη πορεία με την ορμονοθεραπεία. Έτσι το 60% εκείνων που έχουν μεταστατική νόσο και θετικούς ορμονοϋποδοχείς θα "απαντήσουν" στην αντιοιστρογονική θεραπεία ενώ λιγότερο απ' το 10% εκείνων με αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς θα έχουν κάποια κλινική "απάντηση" βελτίωσης μετά απ' την αντιοιστρογονική θεραπεία.¹⁶

Πίνακας 3. Βιωσιμότητα και Καρκίνος Μαστού.

TNM ΣΤΑΔΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ5	ΠΟΣΟΣΤΑ % ΣΤΑ10
	ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗ
0	95	90
I	85	70
IIA	70	50
IIB	60	40
III A	55	30
III B	30	20
IV	5-15	2
ΟΛΑ	65	30

2.8. Αιτιολογία – Παράγοντες Κινδύνου

Από διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί προέκυψε ότι η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι αποτέλεσμα της συνέργειας ενός αριθμού παραγόντων. Οι παράγοντες που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες είναι οι ακόλουθοι.^{15,16}:

1. Ιογενείς παράγοντες
2. Γενετικοί παράγοντες
 - Οικογενειακό ιστορικό
 - Φύλο
 - Ηλικία
3. Χημικές ουσίες
4. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες
 - Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης
 - Τεχνητή εμμηνόπαυση
 - Γάμος και τεκνοποίηση
 - θηλασμός
5. Ορμονικοί παράγοντες
 - Οιστρογόνα
 - Προγεστερόνη
 - Προλακτίνη
 - Στεροειδή των επινεφριδίων
 - Εξωγενή οιστρογόνα
6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες
 - Ιοντίζουσα ακτινοβολία
 - Ψυχογενετικά άγχη
 - Ρεσερπίνη
7. Μορφολογικοί παράγοντες

- Προηγηθείσα βιοψία
- Γενικά νοσήματα
- Κακοήθεις νεοπλασίες
- Παθήσεις του μαστού

8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί
- Εκπαιδευτικοί
- Διαιτητικοί

2.8.1 Ιογενείς παράγοντες

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναϊού (Oncornavirus) σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού.^{15,16}

Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε ποσοστό 40% στον ορό των συγγενών τους, ενώ το ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με καρκίνο μαστού ήταν 15%. Τα ειδικά αυτά αντισώματα δίνουν θετικές δοκιμασίες ανοσοφθορισμού με κύτταρα από τον ίδιο όγκο, με ομόλογους όγκους και με κύτταρα από καρκίνο μαστού ποντικών.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.^{15,16}

2.8.2. Γενετικοί παράγοντες

Οικογενειακό ιστορικό. Γυναίκες οι οποίες έχουν στην οικογένειά τους περισσότερα από δύο άτομα που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού ή/και καρκίνο των ωοθηκών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να φέρουν τη μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA1 ή/και BRCA2 άρα και μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού λόγω κληρονομικότητας. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 5-10% του συνόλου του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες που φέρουν τη μετάλλαξη στα γονίδια BRCA1 ή BRCA2 έχουν πιθανότητα μέχρι 87% να αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό.

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες, των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτές. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές, αν ο καρκίνος μαστού εμφανίστηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος.

Φύλο. Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τον καρκίνο μαστού απ' ό,τι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα^{15,16}

Ηλικία. Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει καρκίνο μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια, μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν καρκίνο μαστού βρίσκονται σε αυτή την ομάδα ηλικίας. Σ' όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις, συνήθως ινοαδενώματα. σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών τότε, η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί.

Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προσέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 54 ετών.^{15,16}

Άλλοι παράγοντες. Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση καρκίνου μαστού με τη γενετικώς προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών χρωμοσωμάτων. Από διάφορες στατιστικές μελέτες, προκύπτει επίσης, ότι οι ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού.

Σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει το φύλο του εμβρύου της πρώτης εγκυμοσύνης στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού, δεν διαπιστώθηκε προστατευτική επίδραση του άρρενος ή του θήλεος εμβρύου.^{15,16}

2.8.3. Χημικές ουσίες

Από το 1939, έχει αποδειχθεί η σχέση των πολύ κλωνικών υδρογονανθράκων με την ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε πειραματόζωα. Η ουσία μεθυλχολανθρένη δημιούργησε καρκίνο μαστού σε θηλυκά ποντίκια, αμόλυντα από τον παράγοντα Bittner. Αρκούσε επάλειψη του δέρματος των πειραματόζωων με την ουσία αυτή για να αναπτυχθεί καρκίνος μαστού. Έχει βρεθεί ότι και αρωματικές αμίνες έχουν παρόμοια δράση^{17,18}.

2.8.4. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

Ηλικία Εμμηναρχής – Εμμηνόπαυσης. Η πρόωμη έναρξη της έμμηνης ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις, η χρονική περίοδος των μονοφασικών (ανωορρηκτικών) κύκλων είναι αυξημένη, πράγμα που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου μαστού¹⁸.

Τεχνητή εμμηνόπαυση. Η ωοθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι ενδεχομένου καρκίνου μαστού.¹⁸ Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή.¹⁸

Γάμος και τεκνοποίηση. Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του καρκίνου μαστού είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες- μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρόωμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας, κυρίως για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή¹⁸.

Θηλασμός. Η υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού βασίσθηκε στα ευρήματα των πρώτων κλινικοεπιδημιολογικών ερευνών και ενισχύθηκε από την αρνητική σχέση που παρατηρείται στις

διεθνείς στατιστικές μεταξύ συχνότητας και διάρκειας θηλασμού από τη μια πλευρά και επίπτωσης της νόσου από την άλλη¹⁸.

2.8.5. Ορμονικοί παράγοντες

Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα, ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή¹⁸.

2.8.6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

Ιοντίζουσα ακτινοβολία. Η χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας για ιατρικούς σκοπούς, καθώς και οι πληθυσμιακές ομάδες των πόλεων Ναγκασάκι και Χιροσίμα, έδωσαν το υλικό για πολλές εργασίες, οι οποίες απέδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ΚΜ σε γυναίκες που είχαν δεχθεί δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας μεγαλύτερες από ένα όριο¹⁹.

Ψυχολογικοί παράγοντες. Ψυχολογικοί παράγοντες -ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές- φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής .

Ρεσερπίνη. Πριν από μερικά χρόνια, διατυπώθηκε η άποψη ότι αντί υπερτασικά φάρμακα που περιέχουν ρεσερπίνη προκαλούν αύξηση της πιθανότητας προσβολής από ΚΜ, αλλά μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι δεν υπάρχει τέτοια σχέση ή, αν υπάρχει, είναι πολύ μικρή¹⁹.

2.8.7. Μορφολογικοί παράγοντες

Προηγηθείσα βιοψία. Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου, με εξαίρεση αυτήν που γίνεται για τα ινοαδενώματα.¹⁸

Γενικά νοσήματα. Οι θυρεοειδοπάθειες και η νόσος του gravis έχουν συσχετισθεί με καρκίνο του μαστού.

Κακοήθειες νεοπλασίες. Θετική σχέση παρατηρείται μεταξύ καρκίνου μαστού και άλλων κακοηθών νεοπλασιών. Γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου έχουν 1,2 -2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο μαστού, από ό,τι έχει ο γενικός γυναικείος πληθυσμός.

Ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, το σάρκωμα των μαλακών μορίων σχετίζονται επίσης θετικά με τον καρκίνο του μαστού.

Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο σε ένα μεγάλο σιελογόνο αδένου έχουν το 1/4 της πιθανότητας να εμφανίσουν καρκίνο μαστού από ό,τι ο γενικός πληθυσμός.¹⁸

Παθήσεις μαστού. Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον αντίθετο μαστό. Επομένως, γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο. Έχει υπολογισθεί ότι το ποσοστό του κινδύνου αυτού ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων."

Αλλά και καλοήθειες παθήσεις του μαστού σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου. Από τη γαλακτοφορίτιδα και τους διάφορους τραυματισμούς, δεν υπάρχει σχέση με αυξημένο κίνδυνο.

Γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ινοκυστική μαστοπάθεια. Ο κίνδυνος αυτός συνεχίζει να υπάρχει για 30 - 40 χρόνια μετά τη βιοψία."

Η κυστική νόσος, και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες με πολλαπλή θηλωμάτωση, αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές.¹⁸

2.8.8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Γεωγραφική κατανομή. Οι γυναίκες από χώρες με υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο όπως αυτές της Βορείου Ευρώπης και Αμερικής εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού (1: 8 γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους θα αναπτύξουν καρκίνο στο μαστό). Οι γυναίκες από μεσογειακές χώρες έχουν μικρότερη συχνότητα (1:11 έως 1:12 γυναίκες). Δεν έχει διαπιστωθεί αν αυτό οφείλεται σε περιβαλλοντικές συνθήκες ή σε φυλετικές ιδιαιτερότητες.¹⁹

Εκπαιδευτικοί παράγοντες. Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού σε σχέση με γυναίκες που η εκπαίδευσή τους δεν ξεπέρασε τα 12 χρόνια.

Διαιτητικοί παράγοντες. Πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού αυτό που δείχνουν είναι ότι υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου ιδιαίτερα στις μεταμηνοπαυσιακές γυναίκες και η άποψη ότι οι διαιτητικοί παράγοντες επιρρεάζουν τη στάθμη, τη σύνθεση και το μεταβολισμό των οιστρογόνων¹⁹.

2.9. Επιδημιολογία – Συχνότητα

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.000 γυναίκες αντίστοιχα.²⁰

Από τη γεωγραφική κατανομή, διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στη θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100.000 γυναίκες στη Βρετανία, τη Δανία, την Ολλανδία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά και από 3-8/100,000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα .

Στην πλειονότητα των χωρών, η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά, φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες.

Ορισμένοι αριθμοί δίνουν τη κοινωνική διάσταση του Καρκίνου του Μαστού. Στις ΗΠΑ το 2008 οι νέες περιπτώσεις Καρκίνου του Μαστού στις γυναίκες θα είναι 217.000 περίπου. Στη χώρα αυτή ζουν σήμερα λίγο περισσότερες από δύο εκατομμύρια γυναίκες με Καρκίνο του Μαστού. Στην Ελλάδα αναφέρονται 4.000 περίπου νέες περιπτώσεις το χρόνο.²⁰

Οι Ελληνίδες εξακολουθούν να θεωρούν ότι ο κίνδυνος αυτός δεν τις αφορά. Παρά το γεγονός ότι κάθε χρόνο περίπου 4.500 γυναίκες στη χώρα μας μαθαίνουν ότι πάσχουν από την ασθένεια, μόνο στο 5% των περιπτώσεων η διάγνωση της νόσου έγινε σε πρώιμα στάδια. Αντίθετα στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό της πρώιμης διάγνωσης φθάνει έως και το 60%.

Ο προληπτικός έλεγχος και η έγκαιρη διάγνωση καθιστούν τον καρκίνο του μαστού μια ιάσιμη νόσο, ενώ αν η ασθένεια εντοπισθεί σε

προχωρημένα στάδια τότε οι πιθανότητες πλήρους θεραπείας μειώνονται²⁰

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, 1 στις 11 Ευρωπαίες θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής της και πάνω από το 70% του συνόλου των γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Γεγονός που αναδεικνύει τη σπουδαιότητα του προληπτικού ελέγχου.

Το πενταετές σχετικό ποσοστό επιβίωσης για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού πρώιμου σταδίου είναι 95%. Ευτυχώς, οι τρέχουσες διαθέσιμες θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού επιτρέπουν στις περισσότερες γυναίκες να επιβιώσουν. Είναι ενδεικτικό ότι από το 1989, ο αριθμός των γυναικών με καρκίνο του μαστού που επιβίωσαν από τη νόσο αυξάνεται σταθερά. Μόνο στις ΗΠΑ, όπου ο προληπτικός ιατρικός έλεγχος είναι συνήθεια, ζουν σήμερα περίπου δύο εκατομμύρια γυναίκες που έχουν επιβιώσει από καρκίνο του μαστού.²⁰

Περίπου το 80% των διογκώσεων που ψηλαφεί η γυναίκα κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης, δεν είναι καρκινογόνες, αλλά κάθε διόγκωση ή εξόγκωμα θα πρέπει να εξετάζεται από γιατρό. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αναπτυχθεί σε όλες τις ηλικίες, ο κίνδυνος ωστόσο μεγαλώνει με την αύξηση της ηλικίας. Υπολογίζεται ότι μία γυναίκα στην ηλικία των 70 ετών έχει διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξει την ασθένεια απ' ότι στην ηλικία των 50 ετών.

Οι 11 παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, είναι οι εξής:

- Ηλικία. Η πλειονότητα των διαγνώσεων καρκίνου του μαστού αφορά γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών
- Οικογενειακό ιστορικό. Όταν μία ή περισσότερες από τις συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν αναπτύξει καρκίνο του μαστού

- Μη τεκνοποίηση ή πρώτη τεκνοποίηση μετά την ηλικία των 30 ετών
- Πρώιμη έναρξη εμμηνορρυσίας (πριν από την ηλικία των 12 ετών)
- Βραδεία έναρξη εμμηνόπαυσης (μετά την ηλικία των 55 ετών)
- Παχυσαρκία
- Προηγούμενο ιστορικό καρκίνου του μαστού
- Σημαντική έκθεση του στήθους σε ακτινοβολία
- Προηγούμενος καρκίνος της μήτρας ή των ωοθηκών
- Άτυπη υπερπλασία ή άλλη προ-κακοήθης κατάσταση
- Πολλαπλές βιοψίες του μαστού

Άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι η κατανάλωση αλκοόλ, η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων επί σειρά ετών και η λήψη μετά την εμμηνόπαυση οιστρογόνων. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν σαφείς αποδείξεις της σχέσης μεταξύ των παραγόντων αυτών και της ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, είναι αρκετοί αυτοί που πιστεύουν ότι υπάρχει κάποια αλληλεπίδραση.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποτελεί όχι μόνο τη σωτηρία, αλλά και μία εύκολη διαδικασία.²⁰

Κεφάλαιο 3^ο

Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη στον Καρκίνο του Μαστού

3.1. Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Οι παράγοντες που συσχετίζονται επιδημιολογικά με τον καρκίνο του μαστού, μπορούν να διακριθούν σε «εξωγενείς» και «ενδογενείς». Οι εξωγενείς προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον (Πίνακας 4), ενώ οι ενδογενείς από τον ίδιο τον οργανισμό της ασθενούς (Πίνακας 5).

Έτσι, οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού κινούνται γύρω από δύο κεντρικούς άξονες:

- a) την ελαχιστοποίηση της έκθεσης του ατόμου σε εξωγενείς παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης και
- b) την τροποποίηση διάφορων ενδογενών παραγόντων, κυρίως ορμονικών παραμέτρων και παραγόντων που σχετίζονται με την αναπαραγωγή.²

Για αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού, χωρίς ωστόσο να έχει περιγραφεί ξεκάθαρα κάποιος παθοφυσιολογικός μηχανισμός ή χωρίς να υπάρχει κάποια πολύ ισχυρή συσχέτιση σε όλες τις επιδημιολογικές μελέτες, έχουν ενοχοποιηθεί το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος. Αντίθετα, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι παρακάτω παράγοντες πιθανότατα μειώνουν τον κίνδυνο: η βιταμίνη Α και γενικά τα ρετινοειδή, η κατανάλωση ελαιόλαδου, καθώς και η κατανάλωση σόγιας στη Νοτιοανατολική Ασία.

Αντίθετα δεν έχει εδραιωθεί κάποια σχέση με το συνολικό περιεχόμενο της διαίτας σε λίπος ή σε φυτικές ίνες. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η διακοπή του καπνίσματος, η κατανάλωση οινοπνεύματος με μέτρο, η τακτική σωματική άσκηση, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας,

η διαίτα με μεγάλη περιεκτικότητα σε φρούτα και λαχανικά και η λήψη τροφών όπως το ελαιόλαδο και τα προϊόντα σόγιας είναι μέτρα που δρουν θετικά στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Επιπρόσθετα, τα μέτρα αυτά έχουν και θετική επίδραση στην πρόληψη νοσημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος και του καρκίνου σε άλλα όργανα.²¹⁻²³

<i>Πίνακας 4. Εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού</i>	
<i>Αύξηση του κινδύνου</i>	<i>Μείωση του κινδύνου</i>
<i><u>Εδραιωμένοι παράγοντες</u></i>	<i><u>Εδραιωμένοι παράγοντες</u></i>
Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία	Πρώιμη αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή
<i><u>Πιθανοί παράγοντες</u></i>	<i><u>Πιθανοί παράγοντες</u></i>
Κάπνισμα	Βιταμίνη Α και ρετινοειδή
Κατανάλωση οινοπνεύματος	Ελαιόλαδο
Αντισυλληπτικά δισκία για πολλά χρόνια από μικρή ηλικία	Σόγια
Ορμονική θεραπεία στην εμμηνόπαυση (κυρίως συνδυασμός οιστρογόνου και προγεσταγόνου)	Σωματική άσκηση

Η έκθεση σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και για αυτό το λόγο θα πρέπει να προλαμβάνεται. Άτομα που επιβίωσαν μετά από τη ρίψη των δύο ατομικών βομβών στην Ιαπωνία το 1945 και άτομα που εκτέθηκαν σε μεγάλες δόσεις θεραπευτικής ακτινοβολίας στο θώρακα για την αντιμετώπιση καλοήθων ή κακοήθων παθήσεων, όπως για παράδειγμα νόσο Hodgkin, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος, όταν η έκθεση συμβεί κατά

τις δύο πρώτες δεκαετίες της ζωής. Με βάση αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να αποφεύγονται οι άσκοπες και πολλαπλές ακτινολογικές εξετάσεις, ιδιαίτερα σε άτομα νεαρής ηλικίας. Υπογραμμίζεται πάντως το ότι η δόση της θεραπευτικής ακτινοβολίας είναι εκατοντάδες φορές μεγαλύτερη από ό,τι η δόση ακτινοβολίας της μαστογραφίας και το ότι η ακτινοθεραπεία μετά από τοπική εκτομή καρκίνου μαστού δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο δεύτερου καρκίνου του μαστού ή άλλων κακοήθων νεοπλασιών. Το εάν η έκθεση σε ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού δεν είναι σαφές, αφού οι λίγες σχετικές μελέτες έχουν καταλήξει σε αντικρουόμενα συμπεράσματα.²¹⁻²³

<i>Πίνακας 5. Ενδογενείς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού</i>	
<i>Αύξηση του κινδύνου</i>	<i>Μείωση του κινδύνου</i>
<u><i>Εδραιωμένοι παράγοντες</i></u>	<u><i>Εδραιωμένοι παράγοντες</i></u>
Μεγάλη ηλικία	Καθυστερημένη εμμηναρχή
Πρώιμη εμμηναρχή	Πρώιμη εμμηνόπαυση
Καθυστερημένη εμμηνόπαυση	Παχυσαρκία πριν την εμμηνόπαυση
Παχυσαρκία μετά την εμμηνόπαυση	
Οικογενειακό ιστορικό με εμφάνιση σε νεαρές ηλικίες, αμφοτερόπλευρη νόσο ή εμφάνιση σε πολλούς συγγενείς	<u><i>Πιθανοί παράγοντες</i></u>
Μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA 1 και 2	Εμμηνορρυσία σε μη τακτά χρονικά διαστήματα με μεγάλα μεσοδιαστήματα
Τυπική/άτυπη υπερπλασία, σκληρυντική αδένωση, Ca in situ	Μητρικός θηλασμός

Ως προς τις διάφορες ορμονικές παραμέτρους και τους παράγοντες που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, είναι προτιμότερη η τεκνοποίηση πριν από την ηλικία των 30 ετών από ό,τι η ατοκία ή η τεκνοποίηση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, θα πρέπει να ενθαρρύνεται και ο μητρικός θηλασμός. Ανάμεσα στη λήψη από του στόματος αντισυλληπτικών δισκίων και στον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να υπάρχει ισχυρός συσχετισμός².

Αντίθετα, σχετικά πρόσφατα στοιχεία μεγάλων μελετών για την ορμονική θεραπεία μετά την εμμηνόπαυση έδειξαν ότι ο συνδυασμός οιστρογόνου-προγεσταγόνου και σε μικρότερο βαθμό η μονοθεραπεία με οιστρογόνα αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Έτσι, με βάση τα σημερινά δεδομένα, η ορμονική θεραπεία στην εμμηνόπαυση θα πρέπει να εξατομικεύεται.

Σε ό,τι αφορά την χημειοπροφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού, μία σειρά από δραστικές ουσίες έχει δοκιμαστεί κλινικά για το σκοπό αυτό. Μόνο για την ταμοξιφαίνη και τη ραλοξιφαίνη υπάρχουν επαρκή στοιχεία από κλινικές μελέτες, που να επιτρέπουν τη χρήση τους για χημειοπροφύλαξη από καρκίνο του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς σε ομάδες ατόμων υψηλού κινδύνου.²⁴⁻²⁶

3.2. Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η βασική μέθοδος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό είναι η μαστογραφία. Η μαστογραφία είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που επιτρέπει αξιόπιστα την ανίχνευση παθολογικών μικροαποτιτανώσεων στο μαστό. Υπολογίζεται, ότι παθολογικές μικροαποτιτανώσεις παρατηρούνται περίπου στο 30-40% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων και σε ως και 90% των καρκινωμάτων *in situ* του μαστού. Γίνεται έτσι φανερό ότι η

μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Πράγματι, υπολογίζεται ότι με το συστηματικό προληπτικό έλεγχο με μαστογραφία, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μπορεί να μειωθεί ως και 30-50%. Αυτό οφείλεται και στο ότι, εκτός από την υπεροχή της στην ανίχνευση του καρκινώματος *in situ*, επιτρέπει και τη διάγνωση του διηθητικού καρκίνου του μαστού σε πρωιμότερα στάδια από ό,τι άλλες μέθοδοι.^{27,28}

Σε όλο το δυτικό κόσμο γίνεται γενικά αποδεκτό ότι η μαστογραφία ως μέθοδος δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να πραγματοποιείται σε όλες τις γυναίκες ηλικίας 50-70 ετών σε ετήσια βάση, ενώ για τις ηλικίες 40-50 δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το μεσοδιάστημα ανάμεσα σε δύο μαστογραφίες. Οι λόγοι για αυτό είναι κατά βάση πολιτικοοικονομικοί και όχι επιστημονικοί, δεδομένου ότι η προληπτική μαστογραφία σε ετήσια βάση σε γυναίκες 40-50 ετών αποδεδειγμένα μειώνει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού, ανεξάρτητα από το όποιο κόστος για το σύστημα υγείας. Έτσι, σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Εταιρείας κατά του Καρκίνου (American Cancer Society-ACS), του Αμερικανικού Κολλεγίου Ακτινολογίας (American College of Radiology-ACR) και του Αμερικανικού Εθνικού Ινστιτούτου κατά του Καρκίνου (National Cancer Institute-NCI), όλες οι γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών θα πρέπει να υποβάλλονται τακτικά σε προληπτική μαστογραφία σε μεσοδιαστήματα ενός έτους.^{27,28}

Η μαστογραφία ως διαγνωστική μέθοδος έχει ευαισθησία περίπου 90%. Έτσι, υπολογίζεται ότι με την πραγματοποίηση ετήσιας προληπτικής μαστογραφίας περίπου 20% των καρκινωμάτων θα ανακαλυφθεί στο μεσοδιάστημα, ενώ με μεσοδιαστήματα δύο ετών, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 35-40%. Η ευαισθησία της μαστογραφίας είναι υψηλότερη σε μαστούς πλούσιους σε λίπος, ενώ όσο αυξάνεται η

πυκνότητα του μαστού, όπως συμβαίνει σε νεαρές ηλικίες και σε γυναίκες με μαστοπάθεια τόσο μειώνεται η ευαισθησία της μεθόδου. Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού με μαστογραφία ξεκινά μετά την ηλικία των 40 ετών είναι η χαμηλή ευαισθησία της μεθόδου και ο πολύ χαμηλός επιπολασμός της νόσου στις νεότερες γυναίκες. Μαστογραφία θα πρέπει κατ' εξαίρεση να πραγματοποιείται σε μικρότερη ηλικία στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Όταν πρόκειται για τη λεγόμενη «μαστογραφία βάσης» ή «μαστογραφία αναφοράς», που πραγματοποιείται στο γενικό πληθυσμό στην ηλικία των 35 ετών, για να αποτελέσει το μέτρο ή τη βάση σύγκρισης για τις μεταγενέστερες μαστογραφίες.
2. Όταν υπάρχουν κλινικά ευρήματα, οπότε η μαστογραφία πραγματοποιείται σε γυναίκες κάτω των 40 ετών για διαγνωστικούς λόγους.
3. Όταν πρόκειται για γυναίκες με αποδεδειγμένο οικογενή καρκίνο μαστού / ωοθηκών, τότε ο ετήσιος προληπτικός μαστογραφικός έλεγχος θα πρέπει να ξεκινά σε νεότερη ηλικία.^{27,28}

Η μαστογραφία έχει υψηλή ειδικότητα (specificity) μόνο σε λίγες περιπτώσεις: στον αποκλεισμό κακοήθειας σε μαστούς πλούσιους σε λίπος και σε περιπτώσεις με τυπικούς χαρακτήρες καλοήθειας, όπως σε τυπικές κύστες με ομαλά όρια, λιπώματα, αποτιτανωμένα ινοαδενώματα ή τυπικούς καλοήθεις λεμφαδένες.

Αντίθετα, στις περισσότερες κλινικά ή μαστογραφικά εμφανείς αλλαγές η μαστογραφία είναι μη ειδική και επιτρέπει μόνο την πιθανολόγηση για τη φύση του ευρήματος. Υπολογίζεται ότι μόνο μία στις πέντε έως δέκα μη-ειδικές αλλοιώσεις στη μαστογραφία αντιστοιχεί σε καρκίνο και ότι η υπερηχογραφία και η διαδερμική βιοψία (ιστοληψία

με βελόνη 14 ή 11 G) βελτιώνουν σημαντικά την ειδικότητα, μειώνοντας το συνολικό αριθμό άσκοπων ανοιχτών βιοψιών.²⁹⁻³⁰

Τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί σημαντικά η τεχνολογία της ψηφιακής μαστογραφίας. Η ψηφιακή μαστογραφία έχει τα ακόλουθα πλεονεκτήματα:

- a) τη δυνατότητα ψηφιακής αρχειοθέτησης και μετάδοσης των εικόνων σε χαμηλό κόστος,
- b) την εκμηδένιση διαφόρων artifacts, όπως είναι η σκόνη στα κλασικά φιλμς μαστογραφίας,
- c) το γεγονός ότι ο χρόνος συμπίεσης του μαστού είναι βραχύτερος, κάτι που κάνει την εξέταση περισσότερο αποδεκτή από την εξεταζόμενη,
- d) τη δυνατότητα απεικόνισης σε μεγέθυνση, χωρίς την ανάγκη λήψης νέας εικόνας,
- e) τη μεγαλύτερη ευκρίνεια στην απεικόνιση του δέρματος, και σε μαστούς με προθέσεις σιλικόνης,
- f) την ανίχνευση βλαβών με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή (Computed Aided Detection – CAD) και
- g) την ψηφιακή επεξεργασία της εικόνας (τομοσύνθεση).²⁹

Με στόχο τη βελτίωση του τρόπου περιγραφής και αξιολόγησης των μαστογραφικών ευρημάτων, το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας καθόρισε τέσσερις κατηγορίες πυκνότητας των μαστών στη μαστογραφία (I έως IV, από τη λιγότερο έως την περισσότερο πυκνή μαστογραφία) και το σύστημα καταγραφής και αναφοράς των ευρημάτων BI-RADS® (Breast Imaging Reporting and Data System). Η ταξινόμηση κατά BIRADS® επεκτάθηκε αργότερα και για το χαρακτηρισμό των ευρημάτων της υπερηχογραφίας και της μαγνητικής τομογραφίας και υιοθετήθηκε και από ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης, η Ευρωπαϊκή

Εταιρεία Μαστολογίας (European Society of Mastology - EUSOMA) προτείνει ένα παρόμοιο σύστημα για τη μαστογραφία και την υπερηχογραφία.^{31,32}

Η υπερηχογραφία του μαστού έχει σήμερα οριστικά ξεφύγει από την εποχή που χρησίμευε μόνο για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ κύστεων και συμπαγών όγκων. Για γυναίκες έως 30 ετών η υπερηχογραφία είναι η διαγνωστική εξέταση πρώτης εκλογής^{48,49}. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της υπερηχογραφίας σε σύγκριση με τη μαστογραφία παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 4. Ιδανικά, η υπερηχογραφία θα πρέπει να συνδυάζεται με τη μαστογραφία στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού, αλλά αυτό δεν εφαρμόζεται στην πράξη στα περισσότερα προγράμματα screening για λόγους κόστους. Η υπερηχογραφία ως συμπληρωματική μέθοδος βελτιώνει σημαντικά την ευαισθησία και την ειδικότητα της μαστογραφίας. Το όφελος από τη χρήση και των δύο μεθόδων είναι αθροιστικό. Η υπερηχογραφία μόνη της υπολογίζεται ότι έχει ευαισθησία 57-90% και ειδικότητα 60-90%. Με την προσθήκη της υπερηχογραφίας στην αξιολόγηση της μαστογραφίας, η αθροιστική ειδικότητα από τις δύο μεθόδους μπορεί να φτάσει στο 92-95%. Ακόμη, σε ό,τι αφορά την ευαισθησία, με την υπερηχογραφία είναι δυνατό να ανευρεθούν όγκοι που δεν είναι ανιχνεύσιμοι με τη μαστογραφία, κυρίως σε πυκνούς μαστούς.^{31,32}

Είναι αυτονόητο ότι ο τακτικός έλεγχος για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει και την κλινική εξέταση από το γιατρό, η οποία αποτελείται από την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών με τη γυναίκα τόσο σε όρθια όσο και κατακεκλιμένη θέση, καθώς και την εξέταση της περιοχής της μασχάλης, και του υπερκλειδίου και υποκλειδίου βόθρου, αμφοτερόπλευρα. Η

σημασία της τακτικής αυτοεξετάσης των μαστών έχει μειωθεί σήμερα σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Η Αμερικανική Εταιρεία κατά του Καρκίνου (ACS) στις πρόσφατες οδηγίες της αναφέρει ότι τόσο η αυτοεξέταση (ανά τακτά ή όχι μεσοδιαστήματα) όσο και η μη αυτοεξέταση είναι το ίδιο αποδεκτές. Μεγαλύτερη σημασία έχει η γνώση από την ίδια τη γυναίκα του μαστού της (“breast awareness”), η αναγνώριση αλλαγών που πιθανόν να συμβούν κάποια στιγμή και η αναφορά τους στον ειδικό. Τακτικός αυτοέλεγχος των μαστών συνιστάται σήμερα μόνο σε γυναίκες με αποδεδειγμένα κληρονομούμενο οικογενή καρκίνο του μαστού.^{29,32}

3.3. Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο

Από την ανάλυση DNA μελών οικογενειών με οικογενή καρκίνο του μαστού εντοπίστηκαν αρχικά στο ανθρώπινο γονιδίωμα δύο γονίδια, που συνδέονται αιτιολογικά με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού και σε μικρότερο βαθμό με τον καρκίνο των ωοθηκών: τα γονίδια BRCA1 και BRCA2. Οι φορείς μεταλλάξεων των γονιδίων αυτών δεν εμφανίζουν απαραίτητως καρκίνο του μαστού, αλλά έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης, ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ 56% και 85%. Το BRCA1 σχετίζεται συχνότερα και με καρκίνο παχέος εντέρου και προστάτη, ενώ το BRCA2 και με καρκίνο του μαστού σε άρρενες συγγενείς της πάσχουσας και πιθανόν και με άλλες μορφές καρκίνου. Άλλα σπανιότερα οικογενή σύνδρομα, τα οποία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού είναι³³⁻³⁵:

- a) Το σύνδρομο Li-Fraumeni, που σχετίζεται με κληρονομούμενες μεταλλάξεις του ογκοκατασταλτικού γονιδίου p53 ή του γονιδίου hCHK2,

- b) η αταξία-τηλαγγειεκτασία που σχετίζεται με μεταλλάξεις του γονιδίου ATM,
- c) το σύνδρομο Cowden που σχετίζεται με μεταλλάξεις του γονιδίου PTEN,.
- d) το σύνδρομο Peutz-Jeghers που σχετίζεται με μεταλλάξεις του γονιδίου STK11 και
- e) το σύνδρομο Reifenstein, με φαινότυπο αμφίβολα γεννητικά όργανα, μεταλλάξεις του γονιδίου του υποδοχέα των ανδρογόνων και καρύοτυπο 46XY.

Πιο πρόσφατα επίσης, φάνηκε ότι υπάρχουν και άλλα «χαμηλής διεισδυτικότητας» γονίδια, που ευθύνονται για περιπτώσεις οικογενούς καρκίνου του μαστού.³³⁻³⁵

Προτού τεθεί η μοριακή διάγνωση ενός από τα παραπάνω σύνδρομα οικογενούς καρκίνου, θα πρέπει να προηγηθεί εκτενής συζήτηση με ομάδα ιατρών. Εάν τελικά γίνει μοριακή ανάλυση και τεθεί η διάγνωση οικογενούς καρκίνου του μαστού, τότε η φέρουσα την παθολογική μετάλλαξη θα κληθεί να αποφασίσει για την περαιτέρω παρακολούθηση ή αντιμετώπιση της κατάστασης, διαλέγοντας ανάμεσα σε μέτρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Τα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο περιλαμβάνουν τη χημειοπροφύλαξη και την προφυλακτική χειρουργική θεραπεία. Σε ό,τι αφορά τη χημειοπροφύλαξη, η μοναδική δυνατότητα που υπάρχει σήμερα είναι η χορήγηση ταμοξιφαίνης. Η ραλοξιφαίνη δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε άτομα με μεταλλάξεις των BRCA – 1 και -2, αν και έχει βρεθεί ότι στο γενικό πληθυσμό είναι αποτελεσματική για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Το κύριο πρόβλημα με τη χημειοπροφύλαξη είναι ότι η ταμοξιφαίνη δεν προφυλάσσει από τον καρκίνο των ωοθηκών. Από την άλλη μεριά, η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή μειώνει τον

κίνδυνο καρκίνου του μαστού κατά 90%. Η αμφοτερόπλευρη εξαρτηματοεκτομή μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου των ωθηκών κατά 90%, ενώ μειώνει και τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.³³⁻³⁵

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο πραγματοποιείται με στενή παρακολούθηση, η οποία περιλαμβάνει μηνιαία αυτοεξέταση μαστών και ετήσια μαστογραφία από μικρή ηλικία. Ο ετήσιος απεικονιστικός έλεγχος συμπληρώνεται από κλινική εξέταση, υπερηχογράφημα και μαγνητική τομογραφία. Μία συνήθης πρακτική είναι η μαγνητική τομογραφία να πραγματοποιείται σε ετήσια βάση, αλλά σε απόσταση έξι μηνών από τον έλεγχο με μαστογραφία/ υπερηχογράφημα, ώστε πρακτικά η γυναίκα να ελέγχεται με απεικονιστικές μεθόδους ανά εξάμηνο. Η στενή παρακολούθηση σε αυτές τις περιπτώσεις περιλαμβάνει επίσης και την ανά εξάμηνο γυναικολογική εξέταση, μαζί με υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων και Doppler και μέτρηση των επιπέδων του CA-125.

Οι παραπάνω προληπτικές εξετάσεις ξεκινούν τουλάχιστον πέντε χρόνια πριν από την νεαρότερη ηλικία εμφάνισης καρκίνου στην οικογένεια³³⁻³⁵.

Κεφάλαιο 4^ο

Ο Ρόλος του Νοσηλεύτη στην Πρόληψη

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : α) σε μέτρα πρωτογενούς πρόληψης, στην αποτροπή δηλαδή εμφάνισης της νόσου και β) σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η,Ο νοσηλεύτρια-της έχει άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελεί το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδασχής του πληθυσμού. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους , ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου.

4.1. Ειδικές Δραστηριότητες στη Πρωτογενή Πρόληψη

Η, Ο νοσηλεύτρια-της :

- Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού
- Κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας γιατί θεωρείται αιτιολογικός παράγοντας
- Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C
- Ενισχύει τη προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του
- Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες
- Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στον ιατρό

- Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων και ακόμη
- Στοχεύει με τη λήψη ενός καλού ιστορικού να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε καθυστέρηση της ανίχνευσης του καρκίνου, να ανιχνεύσει τα αίτια που δημιουργούν αυτούς τους παράγοντες και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση.

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

Û *Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.* Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν τη καθυστέρηση της επίσκεψης στον ιατρό.

Û *Έλλειψη μόρφωσης.* Πολλές ασθενείς με καρκίνο μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά ο όγκος του μαστού που δεν φαίνεται να αυξήθηκε είναι ακίνδυνος. Χαρακτηριστικά λένε : «ο όγκος δεν με ενόχλησε και έτσι και εγώ δεν τον ενόχλησα»

Û *Ψυχολογικοί παράγοντες.* Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι ο φόβος, η αποφυγή ψηλάφησης του μαστού, ο αρνητισμός, η κατάθλιψη.

4.2. Ειδικές Δραστηριότητες στη Δευτερογενή Πρόληψη

Η,Ο νοσηλεύτρια-της θα πρέπει:

- Να συμβάλλει στη καλή λήψη ιστορικού λαμβάνοντας πληροφορίες για:

- Û Την ηλικία
- Û Τη τεκνοποίηση
- Û Το οικογενειακό ιστορικό
- Û Τις προηγηθείσες παθήσεις του μαστού
- Û Την ηλικία πρώτου τοκετού
- Û Την ηλικία εμμηναρχής
- Û Τη χρήση ορμονών και αντισυλληπτικών
- Û Ειδικότερα η ασθενής ερωτάται αν είχε κάποιο σύμπτωμα και ποιο είναι αυτό, πότε εμφανίστηκε, πως ανακαλύφθηκε, πως εξελίχθηκε και πόσο καθυστέρησε να πάει στον ιατρό³⁶⁻³⁷

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατό νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασιστεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

- Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού για τη πρόωμη διάγνωση της νόσου άλλο τόσο σημαντική είναι μια καλή κλινική εξέταση όπου αποτελείται από την επισκόπηση και την ψηλάφηση. Πριν από τη κλινική εξέταση η,ο νοσηλεύτρια-της:³⁶⁻³⁷
 - Û Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας
 - Û Της συνιστά να πάει στην τουαλέτα για την κένωση της ουροδόχου κύστης ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση
 - Û Τη προστατεύει με παραβάν και έτσι ελαττώνει τη νευρικότητα της
 - Û Κλείνει το παράθυρο για να μην κρυώσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία
 - Û Εξασφαλίζει καλό φωτισμό

Û Τη πληροφορεί ότι ο ιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει και τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.

Κατά την επισκόπηση η ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση και ελέγχεται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέγκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή δέρματος ή των θηλών.

Κατά τη ψηλάφηση η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση και ελέγχεται η παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα (σκληρία), η ευαισθησία των θηλών, οι εκκρίσεις των θηλών και οι υπερκλείδιοι ή μασχαλιαίοι λεμφαδένες.³⁶⁻³⁷

- Ένας καλός τρόπος να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη καρκίνου σε πρώιμα στάδια είναι η αυτοεξέταση του μαστού. Όμως ορισμένες γυναίκες εγκαταλείπουν την αυτοεξέταση για τους εξής λόγους :

Û Έχουν φόβο και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου

Û Έλλειψη γνώσης για την αυτοεξέταση και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειας της

Û Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της αυτοεξέτασης

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση των γυναικών με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικο-ενημερωτικά μέσα. Επομένως ενημερώνει την ασθενή³⁶⁻³⁷:

Û Πως η αυτοεξέταση είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού

Û Είναι εύκολη στην εφαρμογή της

Û Δεν κοστίζει, χρειάζονται μόνο 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά

- Κάθε γυναίκα μπορεί και οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί
- Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της
- Ότι κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθει την αυτοεξέταση
- Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να την εφαρμόζουν πιο συχνά
- Ότι ο καλύτερος χρόνος για να γίνει είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της έμμηνο ρύσης, για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
- Ότι σε χρήση αντισυλληπτικών γίνεται τη πρώτη μέρα του νέου κύκλου της λήψης τους και
- Να υιοθετήσει μία μηνιαία εξέταση.³⁶⁻³⁷

4.3. Νοσηλευτικές συμβουλές για τη Διατροφή

Η,Ο νοσηλεύτρια-της ενημερώνει το γυναικείο πληθυσμό για τις διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει να ακολουθεί για μία καλύτερη ποιότητα ζωής και για την αποφυγή του καρκίνου³⁸:

- Η διατροφή θα πρέπει να περιλαμβάνει δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, φρέσκα φρούτα και λαχανικά
- Οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως ψάρια, πουλερικά, άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι
- Μη βάζετε μεγάλη ποσότητα λιπαρών όπως βούτυρα - λάδια
- Περιορίστε τη ποσότητα ζάχαρης όπως γλυκά, παγωτά, αναψυκτικά κ.α.
- Αποφεύγετε τροφές που περιέχονται σε κονσέρβες

- Αποφεύγετε τροφές ψημένες στα κάρβουνα όπως μπριζόλες
- Μη πίνετε οينوπνευματώδη
- Φροντίστε για τη καλή σας σωματική κατάσταση
- Να προσλαμβάνεται με τη διατροφή σας τόσες θερμίδες όσες συνήθως καταναλώνετε³⁸

4.4. Νοσηλευτικές Διεργασίες

1^ο Περιστατικό

Ατομικά στοιχεία ασθενή: *Επώνυμο:* Π.

Όνομα: Κ.

Ηλικία: 47 ετών (1963)

Ασφαλιστικός φορέας: Ι.Κ.Α.

Υπηκοότητα: Ελληνική

Επάγγελμα: Τραπεζικός υπάλληλος

Διεύθυνση: Άστρος Κυνουρίας

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη

Ημερομηνία εισόδου: 15/05/2010

Παρούσα κατάσταση: *Κύρια συμπτώματα:* πόνος ο οποίος αυξανόταν κατά τη κατάκλιση καθώς γύριζε στο δεξιό πλευρό

Πιθανή διάγνωση: υποψία όγκου στο δεξιό μαστό

Ζωτικά σημεία: θερμοκρασία 36,6 °C,

Αρτηριακή Πίεση 120/60 mm/Hg, Σφίξεις

72/min, Αναπνοές 18/min

Ύψος: 1,65cm

Βάρος: 60 kg

Κλινικές παρατηρήσεις: *Κινητικότητα:* εισήλθε στο νοσοκομείο

περιπατητική

Γενική κατάσταση: καλή

Διανοητική και ψυχική κατάσταση: αγχωμένη

Ομιλία: καλή, χρησιμοποιεί απλό λόγο

Ακοή: καλή

Αναπνευστικό: είναι σε φυσιολογικά επίπεδα

Εμετοί: ουδέν

Κενώσεις: φυσιολογικές

Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό: *Αλλεργίες:* δεν αναφέρονται

Άλλα νοσήματα: δεν αναφέρονται

Προηγούμενα χειρουργεία: καισαρική το 1983

Κληρονομικό ιστορικό: Δεν αναφέρεται ιστορικό καρκίνου μαστού

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: παυσίπονα για το πόνο (Deron)

Κοινωνικό ιστορικό: κατανάλωση λιπαρών τροφών, κατανάλωση οينوπνευματωδών ποτών καθόλου, κάπνισμα ένα πακέτο ημερησίως

Εξετάσεις: γίνεται γενική αίματος, ακτινογραφία θώρακος και μαστογραφία

Τελική διάγνωση: ογκίδιο δεξιού μαστού, ενημερώνεται πως θα χειρουργηθεί με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή στις 16/05/10. Μετεγχειρητικά παρουσίασε ναυτία και έμετο, πιθανή αιμορραγία και πόνο στο προσβεβλημένο χέρι.

Ημερομηνία εξόδου: 21/05/10

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα: πόνος	- να ανακουφιστεί η ασθενής από το πόνο εντός 2ωρών	- να ενθαρρυνθεί η ασθενής να περιγράψει και να εντοπίσει το πόνο να διερευνηθούν οι παράγοντες που εμφανίζουν και επιδεινώνουν το πόνο - να παρατηρηθεί η περιοχή που εμφανίζεται ο πόνος - να τοποθετηθεί η ασθενής σε άνετη θέση	- η ασθενής περιέγραψε πως ο πόνος είναι συνεχής και οξύς και επιδεινώνεται με τη στάση του σώματος προς τα δεξιά - η νοσηλεύτρια παρατήρησε τη περιοχή για ερυθρότητα και οίδημα η νοσηλεύτρια τοποθέτησε την ασθενή από την αντίθετη χειρουργηθείσα πλευρά τοποθέτησε μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της χειρουργηθείσας περιοχής και της συνέστησε να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις - η νοσηλεύτρια χορηγεί αναλγητικό μετά από ιατρική οδηγία και καταγράφει τα ζωτικά σημεία	- με τη τοποθέτηση της ασθενούς στη κατάλληλη θέση μειώθηκε ο πόνος λόγω της μειωμένης πίεσης στη χειρουργηθείσα περιοχή - με τη χορήγηση αναλγητικών ο πόνος υποχώρησε σε διάστημα 45 λεπτών - με τη λήψη ζωτικών σημείων έγινε αντιληπτό πως η ασθενής δεν παρουσίασε παρενέργειες από το φάρμακο διότι παρέμειναν στα φυσιολογικά τους επίπεδα
2 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα: πιθανή αιμορραγία από το τραύμα	- να προληφθεί η αιμορραγία	- να γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων - να γίνεται έλεγχος του επιδεσμικού υλικού - να παρακολουθείται η ποσότητα, το χρώμα του αίματος από τη παροχέτευση - να γίνει γενική αίματος	- λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία κάθε μισή ώρα - έχει σταλεί γενική αίματος	- τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά οπότε δεν έχει αιμορραγία - το επιδεσμικό υλικό είναι καθαρό - από τη γενική αίματος δεν υπάρχει ένδειξη αιμορραγίας
3 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα: πόνος στο δεξιό άκρο λόγω της ακινησίας	βελτίωση της κινητικότητας	- να κινητοποιηθεί το προσβεβλημένο χέρι	- γίνονται ασκήσεις στο δεξιό χέρι και ενημερώνεται φυσιοθεραπευτής	- με τη κινητοποίηση έχουμε θετικά αποτελέσματα διότι βελτιώνεται η απαγωγή του άκρου
4 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα: κίνδυνος φλεγμονής σύστοιχου άνω άκρου λόγω εξαίρεσης των λεμφαδένων	- να ενημερωθεί η ασθενής για το κίνδυνο της φλεγμονής - να ενημερωθεί για τα προληπτικά μέτρα	- ενημερώνει η νοσηλεύτρια την ασθενή να αποφεύγει στο χειρουργημένο χέρι τα κοινίματα τις αμυγές και τη	- η ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες της νοσηλεύτριας και κάνει μασάζ στη προσβεβλημένη πλευρά 3 με 4 μήνες	- με τη νοσηλευτική παρέμβαση και με τη κατανόηση και προθυμία της ασθενούς επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα

		<p>χρήση ισχυρών απορροπαντικών διότι αυξάνουν το κίνδυνο της λοίμωξης και επιδεινώνουν τη φλεγμονή</p> <ul style="list-style-type: none"> - να διατηρεί σχολαστικό πλύσιμο της περιοχής - να αποφεύγει τη χρησιμοποίηση σφικτών ενδυμάτων για τη διευκόλυνση της κυκλοφορίας 	<p>μετεγχειρητικά για τη μείωση της φλεγμονής</p>	
<p>5η Μ.Τ.Χ. ημέρα: συναισθηματική αντίδραση λόγω της αλλαγής του σωματικού ειδώλου</p>	<ul style="list-style-type: none"> - να ενημερωθεί η ασθενής για την αλλαγή και τα παρασκευάσματα αισθητικής που υπάρχουν καθώς και για την εναλλακτική της πλαστικής και των προθεμάτων που υπάρχουν - να ενημερωθεί η κοινωνική λειτουργός 	<ul style="list-style-type: none"> - να εκτιμηθούν τα συναισθήματα της - να μειωθεί η ανησυχία της 	<ul style="list-style-type: none"> - η νοσηλεύτρια έδωσε στην ασθενή το χρόνο να εκφράσει τις ανησυχίες της και τους προβληματισμούς της 	<ul style="list-style-type: none"> - η ασθενής αποδέχθηκε μέτρια την αλλαγή του σωματικού ειδώλου και αρχίζει η κινητοποίηση του άνω άκρου συνίσταται η κινητοποίηση του άνω άκρου (γυμναστική)

2ο Περιστατικό

Ατομικά στοιχεία ασθενή: Επώνυμο: Κ.

Όνομα: Μ.

Ηλικία: 52

Ασφαλιστικός φορέας: Ο.Γ.Α.

Υπηκοότητα: Ελληνική

Επάγγελμα: Αγρότισσα

Διεύθυνση: Μεγαλόπολη Αρκαδίας

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμη με δύο παιδιά, 1 άρρεν 30 ετών και 1 θήλυ 28 ετών.

Ημερομηνία εισόδου: 6/08/2010

Παρούσα κατάσταση: *Κύρια συμπτώματα:* παρατήρηση καφεοειδούς εκκρίματος από τη θηλή του αριστερού μαστού χωρίς πίεση
Πιθανή διάγνωση: υποψία κακοήθειας πόρων του μαστού
Ζωτικά σημεία: θερμοκρασία 36,7°C
Αρτηριακή Πίεση 130/60 mm/Hg, Σφίξεις 94/min, Αναπνοές 18
Ύψος: 1.70cm
Βάρος: 65 kg

Κλινικές παρατηρήσεις: *Κινητικότητα:* περιπατητική
Γενική κατάσταση: φυσιολογική
Διανοητική και ψυχική κατάσταση: αγχωμένη λόγω της αιματηρής έκκρισης, με καλό επίπεδο συνείδησης
Ομιλία: ικανοποιητική
Ακοή: φυσιολογική
Αναπνευστικό: είχε φυσιολογικές αναπνοές
Έμετοι: δεν αναφέρονται
Κενώσεις: φυσιολογικές
Ούρηση: φυσιολογική

Αναμνηστικό ιστορικό: *Αλλεργίες:* δεν αναφέρονται
Άλλα νοσήματα: Σακχαρώδης Διαβήτης
Προηγούμενα χειρουργεία: Σκολικοει- δεκτομή προ 15 ετών

Κληρονομικό ιστορικό: Η μητέρα της είχε καρκίνο μαστού στα 45 χρόνια της ζωής της

Πρόσφατη χρήση φαρμάκων: Οιστρογόνα λόγω πρώιμης εμμηνόπαυσης

Κοινωνικό ιστορικό: Κάνει τακτική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα

Τελική διάγνωση: Έγινε κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος και ήταν θετικό για σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα. Ενημερώνεται η ασθενής πως θα χειρουργηθεί στις 7/8/10 και η θεραπεία θα είναι τεταρτεκτομή (ογκεκτομή) και με χημειοθεραπεία - ακτινοθεραπεία

Ημερομηνία εξόδου: 11/08/2010

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα : Έμετοι	- να απαλλαγεί η ασθενής από τον έμετο εντός του 24ώρου - να προληφθούν οι επιπλοκές(διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών)	- να χορηγηθούν αντιεμετικά μετά από ιατρική οδηγία - να μετρηθούν τα προσλαμβανόμενα-αποβαλλόμενα υγρά να γίνει εργαστηριακός έλεγχος και να καταγραφούν οι τιμές και να ενημερωθεί ο ιατρός - να ελεγχθεί η ποιότητα και η ποσότητα των εμέτων και να τοποθετηθεί Levin αν κριθεί απαραίτητο	- ενυδατώνεται η ασθενής και χορηγούνται αντιεμετικά (primpelan) μετά από ιατρική οδηγία για την αντιμετώπιση των εμέτων περιποιείται η στοματική κοιλότητα - τοποθετείται σε πλάγια θέση για την αποφυγή εισρόφησης - χορηγήθηκε 1 lt D/W 5% εμπλουτισμένο με Na και K για την ισορροπία του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	- οι έμετοι σταμάτησαν μετά από 18 ώρες από τη χορήγηση primpelan του διότι δρα στο κέντρο του εμέτου διότι δόθηκε ημικαθιστή θέση στην ασθενή - δεν παρατηρήθηκε μεγάλη διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών
Άγχος	να στηριχθεί ψυχολογικά	- Ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματα της	- αντιμετωπίζοντας την η νοσηλεύτρια σαν μία βιοψυχωκοινωνική οντότητα μοναδική η ασθενής εκφράζει τις ανησυχίες τις και τους φόβους τις και αντιμετωπίζεται ανάλογα	κατανοεί την υπάρχουσα κατάσταση
Αύξηση του Σακχαρώδη Διαβήτη	ο έλεγχος του σακχάρου - να τεθεί το σάκχαρο σε φυσιολογικές τιμές	- να ελέγχεται το σάκχαρο της κάθε 4 ώρες και να γίνονται οι ανάλογες παρεμβάσεις	ελέγχεται το σάκχαρο και γίνεται υποδόρια ινσουλίνη ρυθμίζεται το διαιτολόγιο της σε ανάλογες διαίτα	το σάκχαρο της παραμένει υψηλό και συνίσταται η συνεχής παρακολούθηση

2 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα: Έκζεμα και πάχυνση του δέρματος λόγω ακτινοθεραπείας	- να υποχωρήσει το έκζεμα σε διάστημα 24 ωρών	- να τεθεί αλοιφή στο σημείο του δέρματος που φέρει το έκζεμα και τη πάχυνση	- η νοσηλεύτρια τοποθετεί την αλοιφή στη πάσχουσα περιοχή μετά από ιατρική οδηγία	- το έκζεμα και η πάχυνση δεν υποχώρησαν ικανοποιητικά μέσα στο προβλεπόμενο χρονικό διάστημα
3 ^η Μ.Τ.Χ ημέρα : αργή επούλωση του τραύματος λόγω του Σακχαρώδη Διαβήτη	- να ρυθμιστεί το σάκχαρο ώστε να επούλωθεί το τραύμα σε διάστημα 48 ωρών	- να χορηγηθεί ινσουλίνη μετά από ιατρική οδηγία και αντιβιοτικό	χορηγείται ινσουλίνη actrapid και αντιβιοτικό για την επούλωση του τραύματος	το τραύμα επουλώνεται μετά από 46 ώρες
4 ^η Μ.Τ.Χ. ημέρα: Συλλογή υγρού	- να αφαιρεθεί το υγρό	να γίνει παρακέντηση από τον ιατρό με βοήθεια της νοσηλεύτριας	- έγινε παρακέντηση του υγρού (ορρώδες)	- αφαιρέθηκε το υγρό και διαπιστώθηκε πως δεν είχε παθολογική αιτία διότι ήταν ορρώδες

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως θα πρέπει να προτιμάται η τεταρτεκτομή εάν διαγιγνώσκεται από τα πρώιμα στάδια ο όγκος, διότι είναι μικρότερος ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο , είναι λιγότερα τα αναλγητικά που χορηγούνται, η ψυχολογική κατάσταση είναι σαφώς καλύτερη εφόσον δεν αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός αλλά τμήμα του και το πιο σημαντικό δεν διαφέρουν σε τίποτα σε θέματα επιβίωσης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου και τη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες σε όλο τον κόσμο.

Για τις γυναίκες υψηλού κινδύνου, η χημειοπροφύλαξη με ταμοξιφαίνη ή ραλοξιφαίνη αποτελεί μέχρι σήμερα το μόνο μέτρο πρωτογενούς πρόληψης με βάση προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες. Σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο μαστού/ ωοθηκών η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή και εξαρτηματεκτομή μπορεί να συζητηθούν ως επιπρόσθετα μέτρα πρωτογενούς πρόληψης. Για τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού στο γενικό πληθυσμό, η μαστογραφία αποτελεί την πλέον εδραιωμένη και αναντικατάστατη μέθοδο.

Η πρώτη προληπτική μαστογραφία θα πρέπει να πραγματοποιείται στην ηλικία των 35 ετών («μαστογραφία βάσης») και οι επόμενες σε ετήσια βάση από την ηλικία των 40 ετών. Ο προληπτικός έλεγχος ιδανικά συμπληρώνεται από την υπερηχογραφία και την τακτική κλινική εξέταση του μαστού. Σε γυναίκες με οικογενή καρκίνο ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο παίζει η μαγνητική τομογραφία.

SUMMARY

Breast cancer is the most prevalent malignancy and the most common cause of cancer-related death in women world-wide.

Chemoprophylaxis of high-risk women with tamoxifen or raloxifene is currently the only measure of primary prevention available, based on data from prospective randomized trials. In women with familial breast/ovarian cancer, prophylactic bilateral mastectomy and salpingo-oophorectomy can be offered as primary preventive measures. Mammography is the most established and irreplaceable method for secondary prevention of breast cancer in the general population.

The first mammography for secondary prevention of breast cancer should be performed at age 35 (baseline mammography), while the next should be performed at yearly intervals, starting from age 40 onwards. Secondary prevention should be ideally complemented by breast ultrasound and clinical breast examination. In women with familial breast cancer, magnetic resonance imaging plays an important role.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics 2008. CA Cancer J Clin.
2. Ζαφράκας Μ, Μπόντης Ι. Καρκίνος του Μαστού: Παράγοντες Κινδύνου και Πρωτογενής Πρόληψη. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 2005
3. <http://www.bestrong.org.gr/el/learncancer/historyofcancer/>
4. <http://www.chem-lab.com.cy/el/themata-ygeias/shmasia-prosymptomatikou>
5. Platzer W., Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου – Μυοσκελετικό σύστημα, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2001
6. Τσακρακλίδης Β., Εμβρυολογία και ανατομία μαστού, Αθήνα, 1995
7. Δελίδης Γ., Η παθολογική ανατομική των κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού, Αθήνα, 1995
8. Δρακοπούλου Ε., Κυτταρολογία σε παθήσεις του μαστού, Αθήνα, 1995
9. Union International Contre le Cancer , Manual of Clinical Oncology, Berlin, 1999
10. Παπαχαράλαμπος Ν., Ιστολογική δομή των όγκων, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα, 1998
11. Αρμονης Βασίλειος, Παθολόγος-Ογκολόγος Καρκίνος Μαστού. Ογκολογική Κλινική Νοσοκομείου ΙΚΑ Αθηνών, 2010
12. Γκόγκας Ι., Μαρκόπουλος Χρ., Παπαχριστοδούλου Α., Σέχας Μ., Καρκίνος μαστού, Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα, 1999

13. Αποστολίκας Ν., Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα του μαστού, Ιατρική, 1995
14. Νομικός Ι., Η φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού, Ιατρική, 1995
15. Πάλλης Λ., Η αυτοεξέταση του μαστού, Αθήνα, 1994
16. Τσακρακλίδης Β., Βιολογική συμπεριφορά των όγκων, Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα, 1997
17. Σιωμαλά Β., Επιδημιολογία του καρκίνου, Ε΄ Πανελλήνιο συνέδριο νοσηλευτριών, Ιωάννινα, 1998
18. Χρυσόχοος Μ., Καρκίνος μαστού στην Ελλάδα, Αθήνα, 1999
19. Τριχόπουλος Δ., Επιδημιολογία και αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, Αθήνα, 1996
20. Παπαχαλαράμπους Α., Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού, Ιατρική 2000
21. Ζαφράκας Μ, Αγοραστός Θ, Μπόντης Ι. Ορόλος της διατροφής και της παχυσαρκίας στην προφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού και του γυναικείου γεννητικού συστήματος. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία 2008
22. Ferraroni M, Decarli A, Franceschi S, La Vecchia C. Alcohol consumption and risk of breast cancer: a multicentre Italian case-control study. Eur J Cancer 1998
23. Zhang S, Hunter DJ, Hankinson SE, Giovannucci EL, Rosner BA, Colditz GA, Speizer FE, Willett WC. A prospective study of folate intake and the risk of breast cancer. JAMA: Journal of the American Medical Association 1999
24. Κεραμόπουλος Α. Bye Bye "HRT". Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής 2006.(5:133-145)

25. Γουλής Δ, Ζαφράκας Μ, Παπαδήμας Ι, Μπόντης Ι. Θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης (ΘΟΥ) και καρκίνος του μαστού. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 2005
26. Μπόντης Ι., Αγοραστός Θ, Χημειοπροφύλαξη για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού: Σύγχρονη πρακτική και μελλοντικές προοπτικές. Υπό δημοσίευση στο περιοδικό Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία.
27. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. CA Cancer J Clin 2006.
28. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, Yaffe M, Baum JK, Acharyya S, Conant EF, Fajardo LL, Bassett L, D'Orsi C, Jong R, Rebner M; Digital Mammographic Imaging Screening Trial (DMIST) Investigators Group. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. N Engl J Med 2005
29. Τζεβελέκης Φ, Ασημακόπουλος Ε, Αργυρίου Θ, Αγοραστός Θ, Μπόντης Ι. Υπερηχογραφία στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου. Υπερηχογραφία 2008
30. Heywang-Köbrunner SH, Schreer I. Mammographie: Bedeutung, Treffsicherheit, Möglichkeiten und Grenzen. In: Bildgebende Mammadiagnostik Untersuchungs-technik, Befundmuster, Differenzialdiagnose und Interventionen. Thieme. Stuttgart, New York 2003
31. Madjar H, Ohlinger R, Mundinger A, Wtermann D, Frenz JP, Bader W, Schulz-Wendtland R, Degenhardt F. BI-RADS analoge DEGUM Kriterien von Ultraschallbefunden der Brust – Konsensus des Arbeitskreises Mammasonographie der DEGUM. Ultraschall in Med 2006.

32. Bevers TB. Breast self-examination. In: Advanced Therapy of Breast Disease. Second Edition. Singletary, Robb, Hortobagyi (eds). BC Decker Inc. Hamilton, London 2004
33. Gulati AP, Domchek SM. The clinical management of BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Curr Oncol Rep 2008
34. Eberl MM, Sunga AY, Farrell CD, Mahoney MC. Patients with a family history of cancer: identification and management. J Am Board Fam Pract 2005
35. Ζαφράκας Μ, Μοριακή Βιολογία και καρκίνος του μαστού, Βασική έρευνα στην κλινική πράξη.
36. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος 2^{ος} έκδοση Β, Εκδόσεις Βήτα Αθήνα, 2000
37. Κόνιαρη Ε. Καρκίνος του Μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1998.
38. Τριχοπούλου Α., Μπεσμπέας Σ. Διατροφή και Καρκίνος. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. «Ευρώπη κατά του Καρκίνου». 1997.