

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ"



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΜΠΡΑΙΛΑ ΗΛΙΑΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Σαλάτα - Οικονόμου Αποστολία Msc
Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΠΑΤΡΑ 2011

Αφιέρωση

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

Ευχαριστίες

Σε αυτή την προσπάθειά μου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου και όλους εκείνους που με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην τετραετή φοίτησή μου. Πολύτιμη στάθηκε η συμβολή της εισηγήτριάς μου κυρίας Σαλάτα Αποστολίας.

Ευχαριστίες όμως ανήκουν και στους καθηγητές του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας που κατά τη διάρκεια της φοιτήσεώς μου, μου δίδαξαν θεωρητικά και πρακτικά τις νοσηλευτικές γνώσεις και αύξησαν την κριτική μου σκέψη.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο γυναικείος μαστός. Για τους αρχαίους Ρωμαίους ήταν το συνώνυμο της θηλυκότητας και της μητρικής συμπεριφοράς. Ο γυναικείος μαστός βρισκόταν στο επίκεντρο της προσοχής, της καλαισθησίας και της μόδας. Για κανένα άλλο όργανο ούτε είχε ούτε έχει τόσο μεγάλη αισθητική σημασία μιας και η συναισθηματική σημασία του γυναικείου μαστού είναι εξίσου μεγάλη καθώς εκτείνεται από την κλασική αντίληψη του ταμπού μέχρι τη μοντέρνα φετιχιστική αντίληψη για το ανθρώπινο σώμα.(Σκορδά Ε. 1998)

Ο καρκίνος στις γυναίκες συνεχεται με τον κίνδυνο να χάσουν τη θηλυκότητά τους και την αυτοπεποίθησή τους. Καμία γυναίκα δεν υποκύπτει στην ασθένεια του καρκίνου του μαστού εάν παρακολουθεί, προσέχει και ελέγχει τον μαστό της.

Ο μαστός μετά την ωοθήκη αποτελεί το πλέον «θηλυκό» όργανο. Ο γενικός χειρουργός βλέπει το μαστό ως «νεοπλασία» καλοήγη ή κακοήγη. Ο παθολόγος ως «μαστίτιδα». Ο ενδοκρινολόγος ως «γαλακτόρροια». Ο πλαστικός χειρουργός ως μεταβολές που συμβαίνουν φυσιολογικά ή παθολογικά. Εκείνος, ο οποίος ασχολείται με όλες τις πτυχές του μαστού, είναι ο γυναικολόγος. Ο οποίος βρίσκεται κοντά στη γυναίκα και ο οποίος θα εξετάσει πρώτος το μαστό.(Τοκμακίδης Π. 2001,Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας- Θράκης επιμέλεια: Μήττα Π.)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	iv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	viii
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ	1
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	1
1.1.1. Θέση και έκταση	1
1.1.2. Μορφολογία	1
1.1.3. Μύες Μαστού.....	2
1.1.4. Υφή.....	2
1.1.5. Αγγείωση του μαστού	6
1.1.6. Νεύρωση του μαστού.....	10
1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	10
1.2.1. Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού	10
1.2.2. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	12
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	12
2.1. Ταξινόμηση νεοπλασμάτων του μαστού	12
2.2. Επιδημιολογία	16
2.2. Θνησιμότητα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	18
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	18
3.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	19
3.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	19
3.2.1. Οικογενειακό ιστορικό	19
3.2.2. Ηλικία.....	20
3.2.3. Σωματομετρικά χαρακτηριστικά	20
3.2.4. Άλλοι παράγοντες.....	20
3.3. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	20
3.3.1. Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης.....	20
3.3.2. Τεκνοποίηση.....	21
3.3.3. Διακοπή κύησης	21
3.3.4. Θηλασμός.....	21
3.4. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	21
3.4.1. Ο ρόλος των ορμονών	21
3.4.2. Προγεστερόνη	22
3.4.3. Προλακτίνη	22
3.4.4. Στεροειδή Επινεφριδίων	22
3.4.5. Εξωγενή Οιστρογόνα	22
3.5. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	22
3.5.1. Ιονίζουσα ακτινοβολία	22
3.5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες	23
3.6. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	23
3.6.1. Προηγηθείσα βιοψία.....	23

3.6.2. Κακοήθεις νεοπλασίες	23
3.7 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ	23
3.7.1. Εγκυμοσύνη μετά τον καρκίνο του μαστού	24
3.7.2. Ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας και ο καρκίνος του μαστού	24
3.7.3. Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	25
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	25
4.1. ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ	25
4.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	25
4.3. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	26
4.3.1 Μαστογραφία	26
4.3.2. Υπερηχογράφημα	29
4.3.3 Μαγνητική τομογραφία (MRI)	30
4.3.4. Παρακέντηση	30
4.3.5 Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου	30
4.3.6 Βιοψία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	32
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	32
5.1. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ	32
5.2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	32
5.3. ΝΕΟ ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ CA ΜΑΣΤΟΥ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	32
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
6.1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	35
6.2.1. Ριζική μαστεκτομή (κατά Rotter-Halsted)	36
6.2.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (κατά Patey)	37
6.2.3. Περιορισμένη ριζική μαστεκτομή	38
6.2.4. Αφαίρεση των λεμφαδένων	38
6.2.5. Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού	40
6.2.6. Μερική αφαίρεση του μαστικού αδένα	42
6.2.7. Υποδόριος μαστεκτομή	42
6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
6.3.1. Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού	45
6.3.2. Παρενέργειες και επιπλοκές ακτινοθεραπείας	45
6.4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
6.5. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	48
6.5.1 Ορμονική θεραπεία χειρουργικώς	49
6.5.2. Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικώς	49
6.6. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	50
6.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο	52
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	52
7.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ -ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ	52
7.1.1 Επιπλοκές του δέρματος	54
7.1.2 Ίνωση της κάψας	55
7.2 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	55

7.3. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	56
7.3.1. Στάση	56
7.3.2. Εύρος κίνησης.....	56
7.3.3. Μυϊκή ισχύς.....	57
7.3.4. Λεμφοίδημα	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	61
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	61
8.1. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ.....	61
8.1.1 Ψυχική κατάσταση και σωματική υγεία	61
8.1.2 Στρες – Άγχος – Πανικός.....	61
8.1.3 Θλίψη και Κατάθλιψη	62
8.1.4 Εικόνα του Σώματος	62
8.1.5 Σεξουαλικότητα και Καρκίνος	63
8.1.6 Φόβος μην επανέλθει	63
8.1.7 Ενοχές και Καρκίνος	64
8.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο	66
ΠΡΟΛΗΨΗ.....	66
9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ- ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ.....	66
9.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	68
9.2.1. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης.....	70
9.2.2. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων δευτερογενούς πρόληψης.....	71
9.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο.....	74
10.1 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ.....	74
10.2. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	75
10.3. ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	76
10.4. EUROPA DONNA HELLAS	77
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	86

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλές παθήσεις που θεωρούνται ανίατες μπορούν σήμερα να προληφθούν ή και να θεραπευθούν, εφ' όσον διαγνωσθούν έγκαιρα. Τόσο η πρόληψη όσο και η έγκαιρη διάγνωση, προϋποθέτουν ότι ο πολίτης είναι ευαισθητοποιημένος και κατάλληλα ενημερωμένος. Η γνώση της κατασκευής και του τρόπου που λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα, αλλά και η κατανόηση βασικών στοιχείων μιας πάθησης, μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αναγνωρισθούν έγκαιρα, τυχόν προειδοποιητικά συμπτώματα και σημεία, από τον ίδιο τον πάσχοντα και να τον οδηγήσουν στο γιατρό. Ο καρκίνος του μαστού σήμερα θεωρείται μια ασθένεια η οποία μπορεί να θεραπευτεί και η διάγνωση της δεν είναι συνώνυμο του θανάτου.

Οι δείκτες προσβολής από καρκίνο αυξάνουν και εγείρουν προβληματισμούς... Ο καρκίνος του μαστού, τείνει να αυξάνεται ραγδαία με ποσοστό 2% περίπου κάθε χρόνο και πλέον αποτελεί μάστιγα των τελευταίων χρόνων για την σύγχρονη γυναίκα. Η αντιμετώπιση αυτής της απειλής και η ψυχολογική υποστήριξη είναι σήμερα οι σημαντικότερες υπηρεσίες που μπορούμε να προσφέρουμε στη γυναίκα με τέτοιου είδους κακοηθών νεοπλασμάτων.

Εκατοντάδες ερευνητών σε ολόκληρο τον κόσμο μελετούν την αιτιολογία, τη φυσική ιστορία και την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, δημιουργώντας την ανάγκη συνεχούς ενημέρωσης του κλινικού ιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού που καλείται να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το πολυδιάστατο πρόβλημα της κλινικής νόσου και τη βουβή απειλή των παραγόντων κίνδυνου του καρκίνου του μαστού. Τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες επικεντρώνονται στο θέμα της πρόληψης, ώστε να επιτευχθεί η έγκαιρη ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου του μαστού μέσω της πρωτογενούς πρόληψης. Εκεί και καθ' όλη την πορεία της νόσου συναντάται ο ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

...Λένε ότι η γνώση είναι δύναμη και είναι αυτή που κάνει τη διαφορά...

Γι' αυτό λοιπόν **σκοπός** της εργασίας μου αρχικά είναι να γίνει μια σφαιρική προσέγγιση όσον αφορά την αιτιολογία, τη συμπτωματολογία, τη διάγνωση, τη πρόληψη αλλά και τη θεραπεία του «ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ». Θα παρατεθούν σημαντικές πτυχές του θέματος, γύρω από την πορεία και την φύση της νόσου, ενώ θα γίνει λεπτομερής νοσηλευτική ανάπτυξη των προβλημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει το νοσηλευτικό προσωπικό καθ' όλη την πορεία της νόσου.

Επιπλέον η παράθεση του θέματος καρκίνου μαστού **στοχεύει** στην ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, αποκτώντας την απαραίτητη γνώση για την καλύτερη κατανόηση της πρόληψης του καρκίνου μαστού και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή του, καθώς επίσης ευελπιστούμε οι γυναίκες να αναλάβουν ενεργό ρόλο ως προς την πρόληψη και τη διάγνωση και όχι να τρομοκρατούνται από τα φαινόμενα αυτά, θέλοντας έτσι να επιτύχουμε και τη μετέπειτα συμβολή τους στη θεραπεία της νόσου...

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

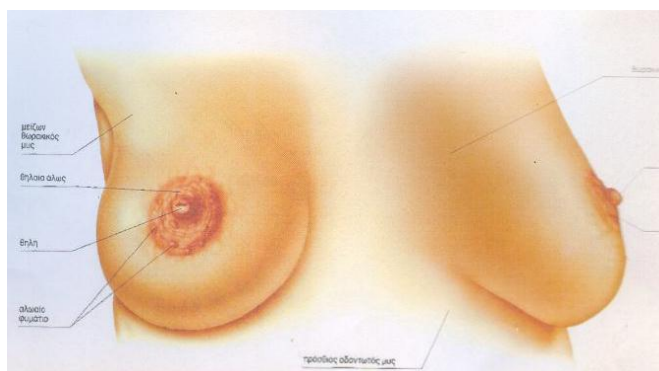
1.1.1. Θέση και έκταση

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

1.1.2. Μορφολογία

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

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



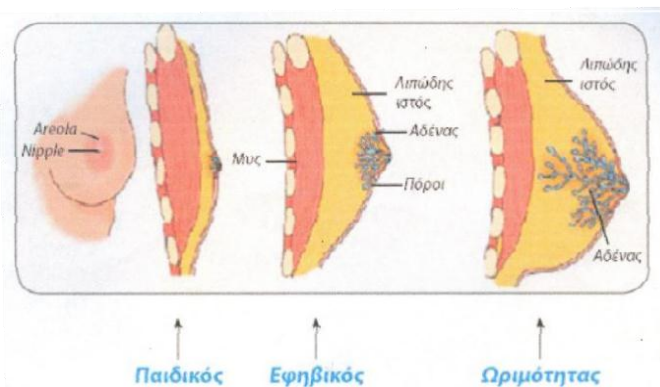
Εικόνα 2. Στήθος και μαστικοί αδένες (www.wikipedia.org)

Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας. Ενώ, δηλαδή, στην άνηβη είναι μικρό, όταν εμφανιστεί εμμηνορροσία, μεγαλώνει για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην

εμμηνοπαυσική ηλικία. Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε, και μάλιστα που θήλασε είναι μαλακή.

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

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στην σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφησή τους, για την ανακάλυψη όγκου σε αυτούς. (Παπανικολάου Ν., 1994)



Εικόνα 3. Ο γυναικείος μαστός σε διάφορες ηλικίες (www.wikipedia.org)

1.1.3. Μύες Μαστού

Οι μύες της περιοχής του μαστού είναι: α) Ο μείζων θωρακικός μυς: εκφύεται από τις έξω επιφάνειες της 3ης, 4ης και 5ης πλευράς και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της κορακοειδούς αποφύσεως της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μέσο θωρακικό νεύρο του βραχιόνιου πλέγματος (A8, Θ1), β) Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς: Συγκρατεί την ωμοπλάτη στο θωρακικό τοίχωμα. Εκφύεται από τα πλάγια των άνω 8 πλευρών και καταφύεται στο σπονδυλικό χείλος της πλευρικής

επιφάνειας της ωμοπλάτης. Νευρώνεται από το μακρύ θωρακικό νεύρο του Bell (A5, A6, A7 ρίζες του βραχιονίου πλέγματος), γ) Ο πλατύς ραχιαίος μυς: Είναι ο μεγαλύτερος μυς του ανθρωπίνου σώματος με έκφυση από τις ακανθώδεις αποφύσεις του θωρακικού σπονδύλου, των οσφυϊκών και ιερών σπονδύλων και κατάφυση στην αύλακα του βραχιόνιου οστού. Νευρώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο του αυχενικού πλέγματος (A6, A7, A8) (Κεραμόπουλος Α. 2009).

1.1.4. 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 ωθητικού κύκλου. Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την πρόσθια, την οπίσθια και την περιφέρειά του. (Κονιάρη Ε., 1991)

- **Πρόσθια επιφάνεια:**

Είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα που στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες. Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και η θηλαία άλως. (Παπανικολάου Ν., 2005)

- **Οπίσθια επιφάνεια:**

Η οποία λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγάλους όμως μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει στο κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5ης-6ης πλευράς. (Παπανικολάου Ν., 2005)

- **Η περιφέρεια:**

Είναι λεπτή, συνδέεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς και συνεχίζεται σε όλη την επιφάνεια του μαστού. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Κάθε μαστός αποτελείται από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και τον μαστικό αδένα.

I. Το δέρμα

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

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

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

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

Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και το στόμα των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύβριδο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

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

Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στη θηλή και στην άλω και λέγονται αλwaiοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί είναι περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8η εβδομάδα. Η θηλαία άλως επεκτείνεται περιφερειακά γι' αυτό και μεγαλώνει και τα φυμάτια του Montgomery υπερτρέφονται. Σε πλάγια επισκόπηση του μαστού, η άλως μοιάζει να προβάλλει σαν τζάμι ωρολογίου. (Παπανικολάου Ν., 2005)

II. Το περιμαστικό λίπος

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

Πρόσθια στιβάδα:

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

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

- **Οπίσθια στιβάδα:**

Είναι λεπτή, περίπου 1 εκατοστό, βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού. Η περιτονία αυτή συνδέεται με την απονεύρωση του μείζονα θωρακικού μυ, πάνω στον οποίο ο μαστός ολισθαίνει με τη βοήθεια της κυτταρολιπώδους οπίσθιας στιβάδας.

III. Ο μαστικός αδένας

Αυτός αποτελεί δισκοειδή αδένα, που στη γυναίκα που δεν έμεινε έγκυος βρίσκεται πίσω από τη θηλέα άλω και μόλις υπερβαίνει τα όριά της. Στη γυναίκα που γέννησε το μέγεθός του είναι αρκετά μεγαλύτερο και το σχήμα του ανώμαλο. Σε διατομή ο μαζικός αδένας είναι λευκωτός, υπόσκληρος και ελαστικός, σε αντίθεση με το περιμαστικό λίπος που είναι υποκίτρινο και μαλακό. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρεια. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

- **Η πρόσθια επιφάνεια:**

Είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, παρουσιάζει δε εντυπώματα που χωρίζονται με ακρολοφίες. Ανάμεσα στις ακρολοφίες και το χόριο του δέρματος επεκτείνονται ινώδεις δεσμίδες, οι κρεμαστήρες σύνδεσμοι του μαστού, που διαιρούν τον αδένα σε

15 έως 20 λοβούς. Τα παραπάνω εντυπώματα της πρόσθιας επιφάνειας γεμίζουν από περιμαστικό λίπος, εκτός από την περιοχή της θηλέας άλω και της θηλής, όπου ο αδένας συνδέεται απευθείας με το χόριο του δέρματος. (Χατζημπούγιας Ι., 2002)

- **Η οπίσθια επιφάνεια:**

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

- **Η περιφέρεια:**

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

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

- **Λοβοί**

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

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

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

Κάθε λοβός αποτελείται:

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με το δικό του τρήμα στη θηλή.
2. Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
3. Από αδενοκυψέλες. (Παπανικολάου Ν., 2005)

- **Εκφορητικοί πόροι:**

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

- **Γαλακτοφόροι κόλποι:**

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

Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους. (Παπανικολάου Ν., 1994)

- **Γαλακτοφόροι πόροι:**

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

Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή. Από την τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων διαπλάσσονται οι αδενοκυψέλες, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων. Η σε βάθος ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων εξαρτάται από την παρουσία του λιπώδη ιστού. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

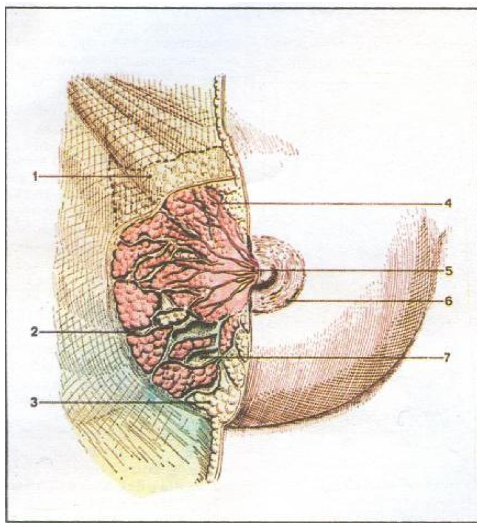
Έξω από το επιθήλιο υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, που στηρίζονται πάνω στη βασική μεμβράνη. Τα κύτταρα αυτά δεν αποτελούν συνεχόμενη στιβάδα.

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

Έξω από τον υποεπιθηλιακό ιστό υπάρχει ο ελαστικός χιτώνας, που διακόπτεται εκεί, που αρχίζουν οι αδενοκυψέλες αν και πιστεύεται πως ο χιτώνας αυτός περιβάλλει και τις αδενοκυψέλες. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και ο ελαστικός χιτώνας συμβάλλουν στην έκθλιψη του γάλακτος κατά το θηλασμό. (Παπανικολάου Ν., 2005)



Εικόνα 4. Μαστός χωρίς το δέρμα του

1. Πρόσθιο πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, 2. Κρεμαστήρας σύνδεσμος, 3. Λίπος, 4. Μαστικός αδένας, 5. Γαλακτοφόροι πόροι, 6. Θηλαία άλω, 7. Ινώδης θύλακας ενός λοβού

Αδενοκυψέλες:

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

Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβίο του αδένα. (Παπανικολάου Ν., 1994)

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

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

1.1.5. Αγγείωση του μαστού

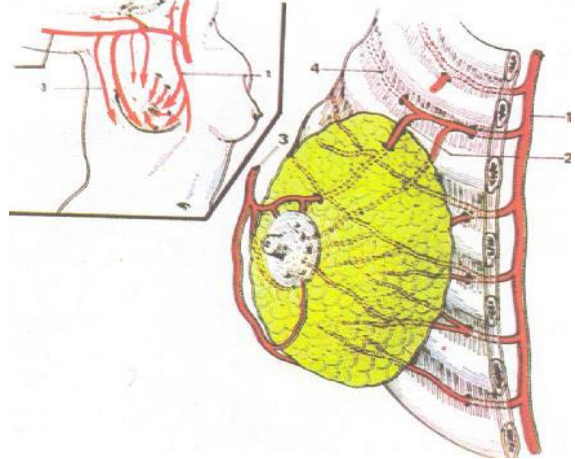
Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με ένα πολύπλοκο σύστημα αρτηριών, φλεβών και λεμφαγγείων.

A. Αρτηρίες

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

Εικόνα 5. Αρτηρίες του μαστού

1. Έσω μαστικοί, 2. Διαιπιτρένοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική, 4. Μεσοπλεύριες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υποκλείδια (Παπανικολάου Ν., 2005)



B. Φλέβες

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί, με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Οι φλέβες του μαστού που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής φλέβας, της μασχαλιαίας φλέβας και των μεσοπλεύριων φλεβών. (Παπανικολάου Ν., 2005)

• Έσω μαστικές φλέβες

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

• Μασχαλιαίες φλέβες

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

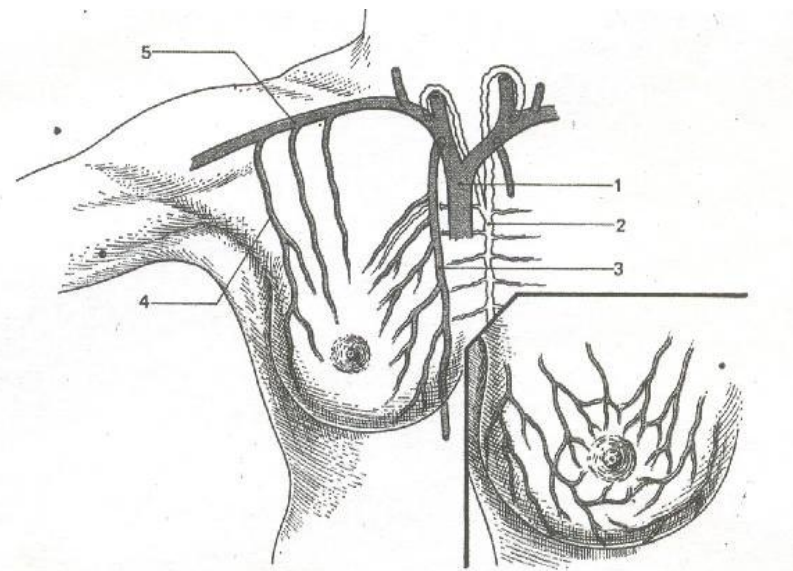
Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους, γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματισθεί η μασχαλιαία, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγύλου μυ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

Με τις μασχαλιαίες φλέβες το αίμα από το μαστό φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν την 2η οδό για μετάσταση του καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες. (Παπανικολάου Ν., 1994)

- **Μεσοπλεύριες φλέβες**

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

Οι μεσοπλεύριες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν την τρίτη οδό για μετάσταση σ' αυτούς. (Παπανικολάου Ν., 2005)



Εικόνα 6. Φλέβες μαστού

1. Άνω κοίλη, 2. Θωρακικός πόρος, 3. Έσω μαστική, 4. Πλάγια θωρακική, 5. Μασχαλία (Παπανικολάου Ν., 2005)

- **Σπονδυλικές φλέβες**

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

Αυτό συμβαίνει γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Γ. Λεμφαγγεία

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώρων 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. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

Θωρακική οδός. Αυτή αρχίζει από ομάδα λεμφαγγείων, που βρίσκεται κάτω από το μαστό και μέσα στο χαλαρό ιστό, που είναι ανάμεσα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένου και την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε το μείζονα θωρακικό μυ και φτάνουν στην υποκλειδία ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. Οι λεμφαδένες, που βρίσκονται ανάμεσα στο μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ, λέγονται λεμφαδένες του Rotter. (Παπανικολάου Ν., 2005)

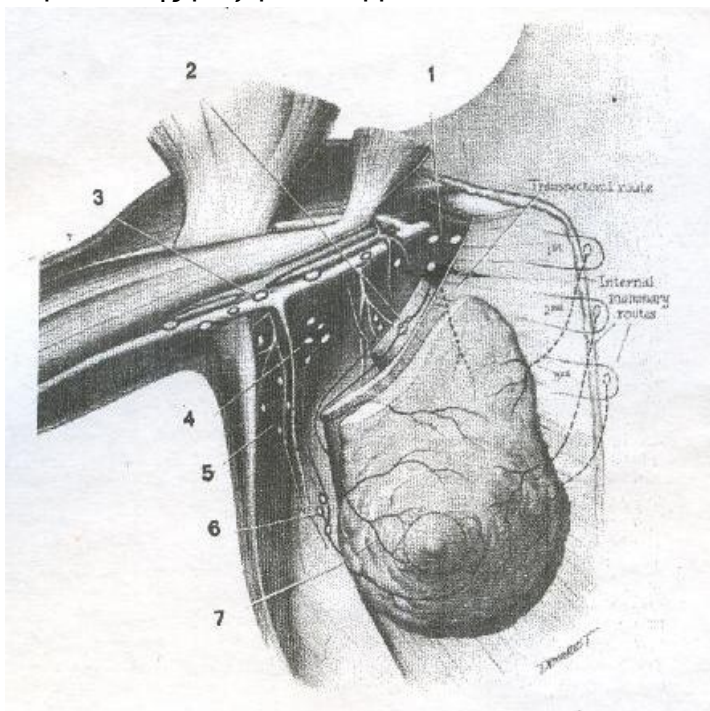
Οπισθοθωρακική οδός. Αυτή, που δεν υπάρχει πάντοτε, απάγει τη λέμφη από το ανώτερο και το εσωτερικό τμήμα του μαστού και με λεμφαγγεία, που περνάνε ανάμεσα στο μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ, τη φέρει στην υποκλείδα ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης. (Παπανικολάου Ν., 1994)

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

Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους, που είναι 4-5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχαλιαία φλέβα, κάτω από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

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



Εικόνα 7. Οι κύριες ομάδες των λεμφαδένων του μαστού

1. Υποκλείδιοι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένες του Rotter, 3. Λεμφαδένες κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένες, 5. Λεμφαδένες της ωμοπλάτης, 6. Έξω ομάδα μασχαλιαίων λεμφαδένων, 7. Κύριοι λεμφικοί πόροι (Παπανικολάου Ν., 2005)

Κεντρικούς, που είναι 3-4 και βρίσκονται μέσα στο λίπος της μασχάλης. Ένας ή δύο από αυτούς μπορεί να βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα

της μασχάλης και εύκολα να ψηλαφώνται. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις. (Παπανικολάου Ν., 2005)

Κορυφαίους ή υποκλείδιους, που είναι 6-12 και βρίσκονται, οι περισσότεροι, κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στο υποκλείδιο τρίγωνο, κάτω από την κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχαλιαίας φλέβας. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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

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

Η ομάδα των υπερκλείδιων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο, που έχει: προς τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα έξω τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλείδια φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς. (Παπανικολάου Ν., 2005)

1.1.6. Νεύρωση του μαστού

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

1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.2.1. Ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού

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

Οι ορμόνες αυτές είναι αρμόδιες για την ανάπτυξη, τη λειτουργία και τη διατήρηση των ιστών του μαστού. (www.mastology.gr)

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

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

1.2.2. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

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

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

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

Στη γέννηση ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται, ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμα την εμφάνισή τους. (Παπανικολάου Ν., 2005). 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 10ο-15ο 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. (Παπανικολάου Ν., 2005)

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 μέγιστο της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1. Ταξινόμηση νεοπλασμάτων του μαστού

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων του μαστού σύμφωνα με την παθολογοανατομική τους εμφάνιση, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, ώστε σε συνδυασμό με την κλινική σταδιοποίηση να μπορεί να καθορισθεί ακριβέστερα η θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και η πρόγνωση της παθήσεως.

Τα νεοπλάσματα του Μαστού διακρίνονται σε:

A. ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- α) Ιναδένωμα
- β) Ενδαυλικό θήλωμα
- γ) Λοβιδιακή υπερπλασία
- δ) Υποθηλαία θηλωμάτωση

B. ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- α) Καρκίνωμα γαλακτοφόρων πόρων ή ενδοσωληνοειδές καρκίνωμα 80%
- β) Καρκίνωμα των λοβών 5%
- γ) Μυελοειδές καρκίνωμα 6%
- δ) Βλεννώδες καρκίνωμα 2,5%
- ε) Σωληνώδες καρκίνωμα 80% με άλλους τύπους
- στ) Ενδοκυστικό θηλώδες καρκίνωμα 0,5%
- ζ) Νόσος του Paget 2%
- η) Φλεγμονώδες καρκίνωμα 1,5%
- θ) Λιποεκκριτικό καρκίνωμα 1%
- ι) Μεταπλαστικό καρκίνωμα 0,5%-2%
- κ) Θηλώδες καρκίνωμα
- λ) Καρκίνωμα από αποκρινείς αδένες
- μ) Καρκινοσάρκωμα
- ν) Καρκινοειδές
- ξ) Αδενοκυστικό καρκίνωμα

ο) Μεταστατικό καρκίνωμα

π) Αμφοτερόπλευρο πρωτοπαθές καρκίνωμα. (Παπανικολάου Ν., 2005).

Επίσης διακρίνουμε δυο τύπους επιθηλιακού καρκίνου:

A. Το μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

B. Το διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

A) Στον μη διηθητικό έχουμε τους παρακάτω τύπους:

Μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα

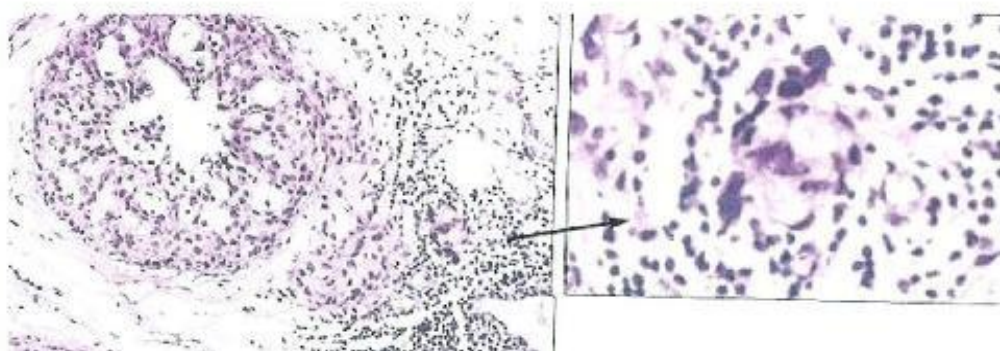
Είναι άτυπος πολλαπλασιασμός των κυττάρων του λοβιδίου του μαστού που δεν έχει διηθήσει τη βασική μεμβράνη. Το ΜΔΛΚ παρουσιάζει κάποιες ιδιαιτερότητες οι οποίες αποτελούν πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Για παράδειγμα δεν είναι ξεκάθαρο το αν πρόκειται για προ-καρκινική αλλοίωση ή παράγοντα κινδύνου για διηθητικό καρκίνο. Το δεύτερο είναι πιο πιθανό. Η διάγνωση είναι πολύ δύσκολη και πολλές φορές αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψίας μαστού. Τέλος υπάρχει διχογνωμία όσον αφορά την αντιμετώπισή του. Στο ΜΔΛΚ τα κύτταρα είναι μονόμορφα με αυξημένο πυρηνο-κυτταρικό δείκτη. Το μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα μαζί με την άτυπη λοβιακή υπερπλασία (ΑΛΥ) αποτελούν τη «λοβιακή νεοπλασία». Η ΑΛΥ μοιάζει με το ΜΔΛΚ αλλά οι αλλοιώσεις είναι λιγότερο έντονες. Χαρακτηριστικό του ΜΔΛΚ είναι η αυξημένη πολυεστιακότητα (70-80%) και η αμφοτερόπλευρη εμφάνιση (σε ποσοστό 20-70%). Το ΜΔΛΚ δεν παρουσιάζει ευρήματα ούτε στην κλινική εξέταση ούτε στη μαστογραφία. Αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψίας η οποία γίνεται για άλλο λόγο (π.χ. ινοαδένωμα). Συχνά αποτελεί εύρημα βιοψίας με χοντρή βελόνα (core biopsy).

Λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιακού καρκινώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα, τα οποία είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα. Μερικές φορές τα καρκινωματώδη κύτταρα προσλαμβάνουν χαρακτήρες σφραγιστήρος δακτυλίου. Το λοβιακό διηθητικό καρκίνωμα, σε συχνότητα μέχρι και 60%, είναι πολυεστιακό ή/και αμφοτερόπλευρο.

Μη διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

Είναι πορογενής καρκίνος των πόρων του μαστού, δεν διηθεί το υποκείμενο στρώμα, επεκτείνεται κατά μήκος των πόρων και ενίοτε μέχρι εντός των λοβίων, συχνά συνοδεύεται από νέκρωση και διακρίνεται σε υποομάδες θηλώδης, συμπαγής, φαλεσωρικός (canedoo) και ηθμοειδής. Σπανίως είναι πολυκεντρικός (30%) και ακόμη σπανιότερα (15%) πολυεστιακός. Όσον αφορά τη θεραπεία, η επιλογή της χειρουργικής θεραπείας καθορίζεται από την έκταση της πάθησης και την παρουσία βλάβης στα χείλη της εκτομής. Η απλή βιοψία δεν έχει θέση διότι ο κίνδυνος ανάπτυξης διηθητικού καρκίνου είναι υψηλός (60%). Η ολική μαστεκτομή επί μακράν θεωρείται θεραπεία εκλογής.



Εικόνα 1: Εξαλλαγή μη διηθητικού πορογενούς καρκίνου σε διηθητικό (βέλος) (www.breastofcanada.com) (www.omnimedicalsearch.com) (www.Breastcancer.org)

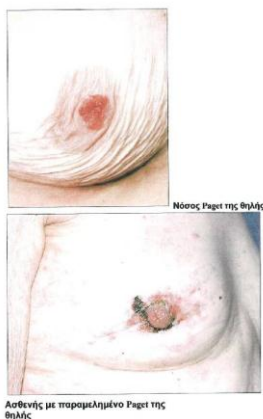
Β) Στον διηθητικό έχουμε:

Διηθητικό πορογενές καρκίνωμα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων, του μαστού προέρχεται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενοκυψέλων. Είναι δυνατό να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενοκυψέλων και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα διασπάζονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς ανάλογα με το βαθμό κακοήθειάς τους. Το υπόστρωμα συνήθως εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση και ποικίλου βαθμού λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις.

Νόσος του Paget

Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινωματώδη κύτταρα. Κλινικά εμφανίζεται σαν έκζεμα και δυνατόν να επικαλύπτεται η θηλή από εφελκίδα. Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο.



Εικόνα 2: (www.breastcancer.org)

Στη συνέχεια θα γίνει μια αναφορά στα κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα:

Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Το φλεγμονώδες καρκίνωμα δεν αποτελεί ιστολογικό τύπου καρκίνου, αλλά μια κλινική οντότητα ενός μεγάλου όγκου ο οποίος διηθεί το μαστό σχεδόν ολόκληρο και ο μαστός παρουσιάζει χαρακτηριστική εικόνα με διηθημένο το δέρμα. Ακριβώς επειδή συνυπάρχει διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος, στις περιπτώσεις αυτές δεν πρέπει να γίνεται εγχείρηση, αλλά μετά τη διάγνωση να ακολουθεί συστηματική θεραπεία που σκοπό έχει να μειώσει τον όγκο προκειμένου, αν είναι δυνατόν, να διενεργηθεί χειρουργική επέμβαση αργότερα. Η πρόγνωση είναι κακή και οι περισσότερες γυναίκες καταλήγουν μέσα στην πρώτη πενταετία.

Μυελοειδές καρκίνωμα

Είναι μακροκυστικός και μικροκυστικός, καλά περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια και διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αρθροίσεις. Παρατηρούνται επίσης περιοχές νέκρωσης του όγκου, ενώ σπάνια, στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος, υπάρχει in situ καρκίνωμα. Συνήθως είναι καλής πρόγνωσης.

Θηλώδες καρκίνωμα

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο των μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές, χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφανίζουν σχετική ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκινησίες. Κλινικά παρουσιάζεται έκκριση από την θηλή.



Εικόνα 3: (www.breastcancer.org)

Καρκινοσάρκωμα

Συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος, τα κύτταρα του οποίου είναι ατραποειδή. Πολλές φορές σε καρκίνωμα, τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή και η ύπαρξή τους δε σημαίνει ότι το νεόπλασμα είναι καρκινοσάρκωμα. (Κεραμόπουλος Α. 2009).

Βλεννώδες καρκίνωμα

Κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή μεγάλης ποσότητας βλέννης από τα καρκινωματώδη κύτταρα, τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς ή μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή.

Σωληνώδες καρκίνωμα

Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς. Το απομένον υπόστρωμα του όγκου εμφανίζει σκιρρώδη αντίδραση. Τα νεοπλασματικά κύτταρα συνήθως παρουσιάζουν μικρού βαθμού ατυπία και λίγες πυρηνοκινησίες. Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας του σωληνώδους καρκινώματος είναι 1 και το νεόπλασμα έχει καλή πρόγνωση. (Κεραμόπουλος Α., 2009)

2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Δεν υπάρχει Εθνικό Μητρώο καρκίνου του μαστού. Ωστόσο όσον αφορά σε κάποια στατιστικά στοιχεία προκύπτουν τα εξής:

Ο καρκίνος του μαστού είναι σήμερα η πρώτη σε συχνότητα εμφάνισης μορφή καρκίνου (27,4%) στις γυναίκες: Κάθε μια εργάσιμη ώρα, μια Ελληνίδα διαγιγνώσκεται με τη νόσο και κάθε έξι ώρες μια χάνει τη ζωή της εξαιτίας της.

Παρόλα αυτά και παρά την αύξηση εμφάνισης νέων κρουσμάτων της νόσου, οι ελπίδες για την αντιμετώπιση της ασθένειας αυξάνουν όλο και περισσότερο. (<http://www.mastologos.gr/articles/14-breast-cancer-frequency>), (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=7457)

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις Η.Π.Α. υπολογίζεται ότι τα τελευταία χρόνια, μια στις εννέα γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη από τις άλλες χώρες της Ευρώπης και της Β. Αμερικής, αλλά υψηλότερη από τη θνησιμότητα στις χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου από καρκίνο με περίπου 1.150 θανάτους ανά έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους του στομάχου (560 θάνατοι ανά έτος) και του πνεύμονα (550 θάνατοι ανά έτος). (http://www.gyn.gr/artman/publish/article_4.asp, 2008)

Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού ξεπερνά το 95%. Παρόλες όμως τις προόδους στη διάγνωση και τη θεραπεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κύρια αιτία θανάτων σχετιζόμενων με τον καρκίνο στις γυναίκες, και την υπ' αριθμόν τρία αιτία θανάτου συνολικά στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Μετά την αρχική θεραπεία, περίπου 50% των ασθενών αναπτύσσουν μεταστατικό (προχωρημένο) καρκίνο του μαστού (MBC). Μετά την αρχική διάγνωση μεταστατικού καρκίνου του μαστού, ο διάμεσος χρόνος επιβίωσης αυτών των ασθενών είναι 18 έως 30 μήνες. (<http://www.roche.gr/portal/eifp/greece/portal/roche.gr/breastcancer>, 2008)

Καρκίνος Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσωλήνων του μαζικού αδένου. Πρόκειται για έναν όγκο μικρού

μεγέθους στην αρχή, ανώμαλο με ασαφή όρια, σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού και πιθανόν να συνυπάρχει αιμορραγική ρήση ή και εισολκή θηλής, ενώ αργότερα παρουσιάζεται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και σκληρό πυθμένα.

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

2.3. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο προληπτικός έλεγχος του στήθους αποτελεί το αντίβαρο στην επιθετικότητα της νόσου. Η έγκαιρη ανίχνευση συνεπάγεται ίαση στο 80-90% των περιπτώσεων και θα μπορούσε να σώσει 25.000 ζωές κάθε χρόνο στην Ευρώπη. Επιπλέον στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητη η μαστεκτομή. Όμως στη χώρα μας το ποσοστό της ανακάλυψης καρκίνων του μαστού σε πρώιμο στάδιο είναι πολύ χαμηλότερο, σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης στις οποίες ανέρχεται στο 60%.

Επομένως, όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως οικογενειακού ιστορικού πρέπει να αυτοεξετάζονται και να ελέγχουν προληπτικά το στήθος τους σε οργανωμένες Μονάδες Μαστού και μάλιστα συστηματικά, με σκοπό την ανακάλυψη της νόσου σε πολύ αρχικό στάδιο. Η λειτουργία τέτοιων Μονάδων Μαστού συνοδεύθηκε από μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο κατά 25% την τελευταία δεκαετία.

Κάθε γυναίκα έχει δικαίωμα και υποχρέωση προς τον εαυτό της να είναι σωστά ενημερωμένη για τον υπ' αριθμό ένα καρκίνο του φύλου της. Ο καρκίνος του μαστού δεν πρέπει να φοβίζει, καθώς παρά την ανησυχητική αύξηση της συχνότητας της νόσου, η βελτίωση του διαγνωστικού τεχνολογικού εξοπλισμού και η ενίσχυση του θεραπευτικού οπλοστασίου συντελούν στη σταδιακή μείωση του αριθμού θανάτων από τη νόσο. Συγκεκριμένα, η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού μειώνεται με ρυθμό 2% ετησίως. Επιπλέον, η υγιεινή διατροφή, η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και φυσικών χυμών και η άσκηση περιορίζουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (www.healthin.gr, 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος.

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητόν, που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε (ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον καρκίνο μαστού.

Κάθε παράγων που σχετίζεται στατιστικώς μ' ένα νόσημα ονομάζεται «παράγον κινδύνου» για το νόσημα αυτό, είτε η συσχέτιση είναι αιτιολογική είτε δευτερογενής πλασματική. Κατά συνέπεια, ένας παράγων που σχετίζεται πλασματικά με αυτό χωρίς να έχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία (Παστουρματζή Β, 1996)

Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστασιακοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τον καρκίνο μαστού κανέναν, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι ικανός προρρητικός παράγων ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Έτσι, η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του καρκίνου μαστού διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και τη συσχέτιση των επιδημιολογικοί χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Ως τέτοιοι θεωρούνται:

1. Ιογενείς

Γενετικοί παράγοντες

Οικογενειακό ιστορικό

Φύλο

Ηλικία

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά

Άλλοι παράγοντες

Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης

Γάμος και τεκνοποίηση

Διακοπή κυήσεως

Θηλασμός

Λήψη ορμονών (αντισυλληπτικά)

Στειρότητα

Ορμονικοί παράγοντες

Οιστρογόνα

Προγεστερόνη

Προλακτίνη

Στεροειδή των επινεφριδίων

ε. Εξωγενή οιστρογόνα

Χημικές ουσίες

2. Εξωγενείς

Ιατρογενείς παράγοντες

Ιονίζουσα ακτινοβολία

Ψυχολογικοί παράγοντες

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί

Εκπαιδευτικοί

Διαιτητικοί

Ατομικές συνήθειες (Παστουρματζή Β. 1996)

3.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Μέχρι το 1945, είχε αποδειχθεί ότι ο παράγων Bittner έχει χαρακτηριστικά ιού. Σήμερα έχει βρεθεί ιός Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (mouse mammary tumour virus).

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναΐου σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο μαστού, Μορφολογικώς, υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ των ιών του γάλακτος των καρκινοπαθών γυναικών και του MMTV καθώς και μεταξύ του RNA από καρκινικό ιστό μαστού γυναικών του RNA του MMTV. (Παστουρματζή Β. 1996)

3.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.2.1. Οικογενειακό ιστορικό

Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή προσλήθηκαν από τη νόσο, έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τις γυναίκες χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η πιθανότητα μάλιστα είναι μεγαλύτερη αν έχουν προσβληθεί δύο συγγενείς πρώτου βαθμού. Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα όσο και μια αδελφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτανε το 50%. Επιπλέον φαίνεται ότι τα κρούσματα που συνδέονται με κληρονομικό ιστορικό εκδηλώνονται 15-20 χρόνια νωρίτερα.

Η ολική πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου μαστού, σχετιζόμενη με την πρόιμη εμμηναρχή ήταν υψηλότερη από τη σχετιζόμενη με την εμμηναρχή >13 ετών για όλες τις κατηγορίες ηλικιών. (Αγγελοπούλου Ε., 2000)

3.2.2. 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.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ των 25-30 ετών. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Κατά το Thomas μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μια συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η αύξηση έχει βραδύτερο ρυθμό. (Παναγιώτου Δ., 1993)

3.2.3. Σωματομετρικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, το βάρος σώματος και διάφοροι δείκτες που συνδέουν το βάρος με το ύψος, συσχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού, τουλάχιστον στις γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας. Αντίθετα, άλλες εργασίες διαπιστώνουν ότι κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο το βάρος του σώματος φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την εμφάνιση της νόσου. Ορισμένες εργασίες δείχνουν ακόμη αυξημένο κίνδυνο προσβολής στις υψηλότερες γυναίκες, αλλά δεν είναι σαφές αν το ύψος συνδέεται με τη νόσο κατά τρόπο ανεξάρτητο από το βάρος. (Παστουρματζή Β. 1996)

3.2.4. Άλλοι παράγοντες

Όπως είναι γνωστό, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ομάδων αίματος και διαφόρων κακοηθών νοσημάτων. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες ομάδος αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού. Έχει αποδεχτεί υπεροχή της ομάδας A κατά 7-8%.

Τέλος από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα (8-10 φορές) εμφάνισης δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου στο άλλο μαστό σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο μαστού στο παρελθόν. Κάθε χρόνο 1% των καρκινοπαθών του μαστού εμφανίζουν καρκίνο στον άλλο μαστό. Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνυπάρξεως καρκίνου μαστού με καρκίνους ωοθήκης, ενδομητρίου και παχέος εντέρου. (Παστουρματζή Β. 1996)

3.3. ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.3.1. Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης

Είναι γνωστό ότι η ηλικία εμμηναρχής τις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί από την ηλικία των 15-16 ετών στην ηλικία των 10-12 ετών. Το 1971, πρώτος ο Staszewski απέδειξε ότι η πρώιμη εμμηναρχή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό. (Παπανικολάου Ν., 1994)

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία (μεγαλύτερη τα 50 χρόνια), τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο μαστού αυξάνεται, σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία. Η τεχνητή εμμηνόπαυση, δηλαδή εμμηνόπαυση λόγω υστεκτομής ή ωοθηκεκτομής, σε ηλικία κάτω των 40 ετών, μειώνει αισθητά τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού. (Παπανικολάου Ν., 1994)

3.3.2. 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 χρονών έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρώιμη 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 ζωή. (Αγγελοπούλου Ε., 2000)

3.3.3. Διακοπή κύησης

Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο μαστού. Υπάρχουν όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Rick et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποιήσει. Επίσης, αργότερα, οι Χατζημιχαήλ και συ το 1981, με μια ανάλογη εργασία, απέδειξαν, ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος. (Αγγελοπούλου Ε., 2000)

3.3.4. Θηλασμός

Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί, αντίθετα με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου μαστού, ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της. (Παστουρματζή Β. 1996)

3.4. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.4.1. Ο ρόλος των ορμονών

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

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

3.4.2. Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο του μαστού είναι σαφής. Άλλες έρευνες τη δείχνουν σαν ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση, ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης («Δυο σαν κι εμάς» Medlife, 2000).

3.4.3. Προλακτίνη

Η λήψη ορμονικής αντισύλληψης δεν φαίνεται να συνδέεται με αύξηση του κινδύνου προσβολής. Μακροχρόνια λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και λήψη διαιθ-σπιλβεστρόλης κατά την εγκυμοσύνη πιθανότατα αυξάνουν το σχετικό κίνδυνο. Από τις ενδογενείς ορμόνες η οιστροαδιόλη και η βιολογικά ενεργός προλακτίνη φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο αιτιολογικό ρόλο. (www.iatrotekonline.gr, 2007)

3.4.4. Στεροειδή Επινεφριδίων

Από τις στεροειδής ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν εν μέρει σήμερα μεγαλύτερο ενδιαφέρον για καρκίνο του μαστού. Σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι πολύ χαμηλά επίπεδα. (www.iatrotekonline.gr, 2007)

3.4.5 Εξωγενή Οιστρογόνα

Σύμφωνα με τη θεωρία του Korenman (1980) η πρώτη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα συμπίπτει με την περίοδο της μεγαλύτερης ευαισθησίας του μαστού, σε πιθανές προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες («Δυο σαν κι εμάς» Medlife, 2000).

3.5. ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ Ή ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.5.1. Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η χρήση της ιονίζουσας ακτινοβολίας για ιατρικούς σκοπούς, καθώς κάποιες - 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 ιονίζουσας ακτινοβολίας μεγαλύτερες από ένα όριο.

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά την έκθεση, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10-19 ετών. Ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή, όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μιτωτική δραστηριότητα του μαστού και στις δυο περιπτώσεις είναι υψηλή.

Εξάλλου, οι πληθυσμιακές ομάδες στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι έδειξαν ότι γυναίκες που δέχτηκαν ακτινοβολία ίση ή μεγαλύτερη από 90 rad ανέπτυξαν ΚΜ σε συχνότητα τέσσερις φορές μεγαλύτερη από το αναμενόμενο.

Τελευταία, πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται σε διαγνωστικούς σκοπούς (μαστογραφία) μπορεί να είναι επικίνδυνες. Αυτό όμως δεν έχει τεκμηριωθεί. (Ανδρούδη Δ.- Καμαρινού Σ. 2001)

3.5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες - ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές - φαίνεται να συνδέονται με εμφάνιση ΚΜ. Η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής. (Ανδρούδη Δ.- Καμαρινού Σ. 2001)

3.6. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.6.1. Προηγηθείσα βιοψία

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς ανέφεραν 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη επιθηλιακή ατυπία, από προηγηθείσα βιοψία του μαστού. Επίσης το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα, σήμερα αποτελεί δείκτη μεγαλύτερου κινδύνου για ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου του μαστού στο μέλλον. (www.lydiamonzaka.gr, 2006).

3.6.2. Κακοήθεις νεοπλασίες

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

Ο καρκίνος των ωθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, το σάρκωμα των μαλακών μορίων σχετίζονται επίσης θετικά με τον ΚΜ. (Ανδρούδη Δ.- Καμαρινού Σ. 2001)

Γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο. Το ποσοστό κινδύνου ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων. Από το 1940 έχει μελετηθεί και αποδειχθεί ότι ο ΚΜ εντοπίζεται στην ίδια θέση με προηγούμενη μαστίτιδα στο 87% των περιπτώσεων.

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρουν 2-7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου μαστού σε γυναίκες με διαπιστωμένη κυστική νόσο. Η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες με πολλαπλή θηλωμάτωση αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές. Οι Warren et al (1973) υποστήριξαν ότι οι γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΚΜ σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ινοκυστική μαστοπάθεια. (Ανδρούδη Δ.- Καμαρινού Σ. 2001)

3.7 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

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

Οι μεταβολές του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης δύσκολα επιτρέπουν τη διάγνωση ενός απομονωμένου όγκου.

Το υψηλό επίπεδο ορμονών (οιστρογόνων) κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να ευνοεί την ανάπτυξη του όγκου. (Τοκμακίδης Π., 2001)

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

είναι αμφισβητούμενη, διότι κατά το πρώτο τρίμηνο της κυήσεως είναι υπαρκτός ένας αυξημένος κίνδυνος διαμαρτυριών του παιδιού. (Τοκμακίδης Π., 2001)

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

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

3.7.1. Εγκυμοσύνη μετά τον καρκίνο του μαστού

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

3.7.2. Ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας και ο καρκίνος του μαστού

Μια πιθανή συνάρτηση μεταξύ της λήψεως των ανασταλτικών ωοθυλακιορρηξίας (pill) και της δημιουργίας ενός καρκίνου του μαστού συζητείται ακόμα και σήμερα. Οι μέχρι σήμερα διενεργηθείσες εξετάσεις δεν απέδωσαν ανάλογα ευρήματα. Σύμφωνα με μελέτες της Αγγλίας δεν υπάρχει διαφορά στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού των γυναικών που λαμβάνουν ανασταλτικά ωοθυλακιορρηξίας σε σύγκριση των γυναικών που δεν λαμβάνουν. Αντιθέτως υπάρχουν παρατηρήσεις, σύμφωνα με τις οποίες μια κανονική λήψη αντισυλληπτικών δισκίων μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. (Τοκμακίδης Π., 2001)

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

3.7.3. Γυναίκες που έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

4.1. ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Η προσεκτική λήψη του κατάλληλου ιστορικού της ασθενούς συμβάλλει στη διαγνωστική διερεύνηση κάθε πάθησης του μαστού. Η ασθενής ερωτάται για κάθε στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με το πρόβλημα στο μαστό της και ιδιαίτερα αν παρουσιάζει οποιοδήποτε σύμπτωμα ή αν διαπίστωσε οποιαδήποτε μεταβολή στη συνήθη φυσιολογική κατάσταση του μαστού (εισολκή ή παραμόρφωση της θηλής, ψηλαφητό ογκίδιο). Αναζητούνται επίσης από το ιστορικό τυχόν τραύμα στο μαστό, αν έχει μαστογραφία στο παρελθόν και αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.

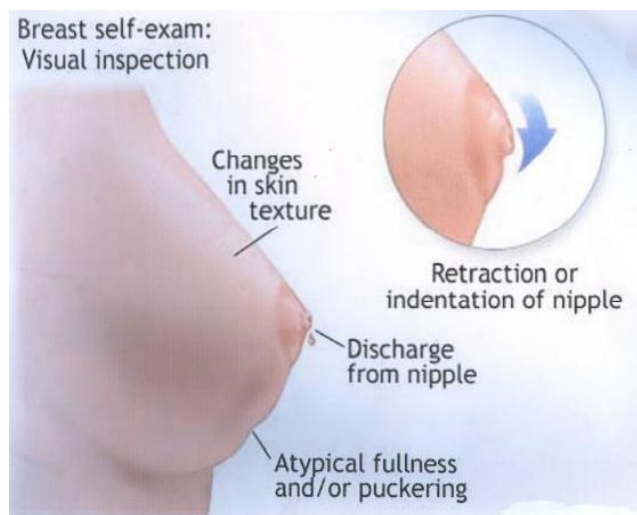
Τέλος, λαμβάνεται λεπτομερές γυναικολογικό ιστορικό σχετικά με την περίοδο ενώ σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ενδιαφέρει η ηλικία διακοπής της περιόδου. Επίσης λαμβάνονται πληροφορίες για τον αριθμό των τοκετών και την ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη καθώς και για το θηλασμό και τη χρήση αντισυλληπτικών .

4.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

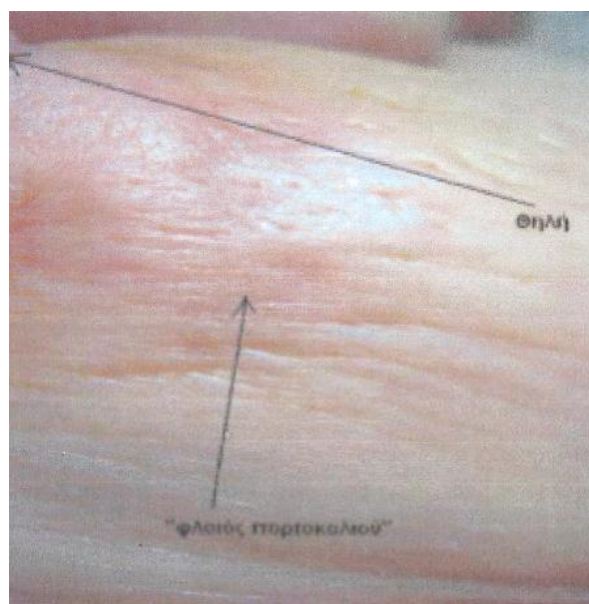
Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση του μαστού, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρή μάζα στο μαστό είτε μικρή είτε μεγάλη, κινητή ή ακίνητη. Τότε είναι η κατάλληλη στιγμή όπου επιβάλλεται να ζητηθεί ιατρική βοήθεια. Σε περίπτωση που το ογκίδιο παραμεληθεί και δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια, προοδευτικά μεγαλώνει,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

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

- Ογκίδιο, συνήθως ανώδυνο, σκληρό και ακίνητο
- Εισολκή του δέρματος πάνω από τη μάζα
- Εισολκή της θηλής όταν ο όγκος αναπτύσσεται στους γαλακτοφόρους πόρους του μαστού
- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής
- Εξέλκωση της θηλής
- Θερμότητα και ερυθρότητα λόγω της υπεραιμίας, καθώς και οίδημα στο σημείο εντοπισμού του ογκιδίου
- Ασυμμετρία, αύξηση βάρους ή και σχετική ανύψωση του μαστού που εμφανίζεται ο όγκος, σε σύγκριση με τον έτερο μαστό
- Διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, όταν ο καρκίνος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο
- Αίσθημα πόνου στο πάσχοντα μαστό σε πολύ προχωρημένο στάδιο. (Παπανικολάου Ν., 1994)



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



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

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

Φλεγμονή, οίδημα, βήχας, δύσπνοια από πνευμονική μετάσταση Πόνος στο θώρακα ή το στέρνο από διήθηση του υπεζωκότα Άποιο διαβήτη από μετάσταση στην υπόφυση

Κοιλιακοί πόνοι Ίκτερος Κεφαλαλγία Διπλωτία. (Παπανικολάου Ν., 1994)

4.3. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

4.3.1 Μαστογραφία

Η μαστογραφία δεν είναι εξεταστική μέθοδος που μπορεί να γίνεται κάθε μήνα, ώστε να ανακαλύψει κανείς έναν καρκίνο σε πρώιμο στάδιο. Οι ακτίνες Röntgen προκαλούν βλάβη και ευνοούν την ανάπτυξη κακοήθων όγκων. Η μαστογραφία

επομένως πρέπει να γίνεται μόνο με ένδειξη, όταν χρειάζεται να διασαφηνιστούν ευρήματα. (Lippert H. 1993).

Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος: Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας, χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες, είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν τη σκοπιμότητά του.

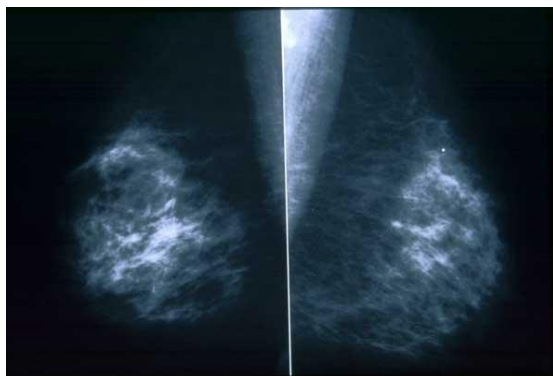
Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο, αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μία φορά μεταξύ 35 και 40 ετών.

Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40–49 ετών, συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε ένα ή δύο χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένα και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.

Το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένα έτος, μπορεί όμως ο ιατρός με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, όπως την ηλικία της να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό. (Κόνιαρη Ε. 1991).

Κίνδυνοι από τη μαστογραφία: η δόση της ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί σε 0,2–0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02–0,03 rad στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μία ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους ιατρούς. Σε γενικές γραμμές, όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο μαστού, παρ' όλα αυτά ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9 – 19 ετών, ενώ από τα 50, πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.

Η μαστογραφία χρησιμοποιείται ευρύτερα σήμερα στα διάφορα κέντρα μαστού. Το πλεονέκτημα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη, γιατί επιτρέπει α) τη χρησιμοποίησή της σε νέες κυρίως γυναίκες και β) επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού. (Κόνιαρη Ε. 1991).



Μαστογραφία

Ο ετήσιος μαστογραφικός έλεγχος έχει βρεθεί ότι μειώνει τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 24%. Αυτό είναι σημαντικό νούμερο, αν αναλογιστούμε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι για τις γυναίκες, ο πρώτος σε συχνότητα καρκίνος και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις Δυτικές κοινωνίες. (www.surgeon.gr).



Μαστογραφία καρκίνου. Παρατηρείται το ανώμαλο περίγραμμα που θυμίζει ακτινωτό άστρο.

4.3.2 Ψηφιακή μαστογραφία

Η ψηφιακή μαστογραφία είναι πολύ καλύτερη από την κλασσική μαστογραφία με χρήση φιλμ, στον εντοπισμό του καρκίνου του μαστού σε νεαρές γυναίκες ή σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς, σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο Radiology. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν παλαιότερα ευρήματα και ορίζουν καλύτερα ποιες γυναίκες θα ωφεληθούν περισσότερο από τις νέες, πιο ακριβές οικονομικά, ψηφιακές εξετάσεις. Τα προκαταρκτικά στοιχεία από την παρούσα έρευνα που έκαναν οι ερευνητές της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνα με επικεφαλής την Δρ Εττα Πισάνο και δημοσιεύθηκαν το 2005 έδειξαν ότι σε δείγμα 49.528 γυναικών, οι νεαρές και αυτές με πυκνούς μαστούς θα ωφεληθούν, αλλά η ψηφιακή μαστογραφία δεν είναι καλύτερη από την παραδοσιακή για τον συνολικό πληθυσμό των γυναικών. Οι γυναίκες λοιπόν που είναι κάτω των 50 ετών, σε προ ή περιεμμηνοπαυσιακό στάδιο και έχουν πυκνούς μαστούς θα πρέπει να υποβάλλονται σε ψηφιακή μαστογραφία παρά σε κλασσική μαστογραφία με φιλμ. Εν αντιθέσει με την αναλογική μαστογραφία, η ψηφιακή μπορεί να αποθηκευτεί σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και οι εικόνες μπορούν να εμπλουτιστούν και να σταλούν ηλεκτρονικά. Επίσης η ψηφιακή μαστογραφία χρησιμοποιεί λιγότερη ακτινοβολία από την αναλογική, αλλά το κόστος είναι περίπου έως και τετραπλάσιο. Οι ερευνητές του Πανεπιστημίου της Βόρειας Καρολίνα θέλησαν να καθορίσουν ποιες γυναίκες θα επωφελούνταν περισσότερο από την ψηφιακή μαστογραφία. Μελέτησαν λοιπόν τα αποτελέσματα της μελέτης DMIST (Digital Mammographic Imaging Screening Trial) που ξεκίνησε το 2001, και συνέκρινε τους δύο τύπους μαστογραφίας. Οι γυναίκες που πήραν μέρος είχαν χαρακτηριστεί περιεμμηνοπαυσιακές ή προεμμηνοπαυσιακές αν είχαν εμμηνορρυσία εντός 12 μηνών από τις μαστογραφίες τους. Οι γυναίκες τυπικά μπαίνουν στην εμμηνόπαυση από τα 45 μέχρι και τα 55 έτη ζωής, με μέσο όρο τα 51. Ο Δρ Πισάνο και οι συνεργάτες του μελέτησαν τα αποτελέσματα των διαφόρων υποομάδων, περιλαμβανομένων και αυτών των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων και αυτών με πυκνούς ή λιπώδεις μαστούς. Ο πυκνός μαστικός ιστός μπορεί να καταστήσει

δυσκολότερη την ανάγνωση της μαστογραφίας, συγκριτικά με τον λιπώδη μαστικό ιστό. Και άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με πυκνό μαστικό ιστό, που είναι συνήθως νεότερες ηλικιακά, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου. Η παρούσα ανάλυση πάντως επιβεβαιώνει ότι η ψηφιακή μαστογραφία ήταν καλύτερη για τις προ και περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κάτω των 50 ετών με πυκνούς μαστούς. Για τις γυναίκες πάνω από 65 ετών με λιπώδεις μαστούς, η αναλογική μαστογραφία ήταν καλύτερη. Για τις άλλες ομάδες, δεν καταγράφηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο τύπων. Η Δρ Σταματία Δεστούνη από τη Μαστολογική Κλινική Elizabeth Wende του Ρότσεστερ σχολιάζει ότι αν «πρόκειται για μια νεαρή κοπέλα που πληροί τα κριτήρια, τότε επιλέγουμε την ψηφιακή μαστογραφία. Για τις ηλικιωμένες ασθενείς με λιπώδεις μαστούς, η αναλογική είναι η καλύτερη επιλογή. Η μελέτη επιβεβαιώνει ότι τα προκαταρκτικά αποτελέσματα ήταν ακριβή». (www.heathin.gr)

4.3.2. Υπερηχογράφημα

Είναι μέθοδος μη αιματηρή, δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί τη μόνη απεικονιστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες. Στη διάγνωση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων όγκων βοηθούν τα εξής στοιχεία: τα όρια της μάζας και το σχήμα, η παρουσία ήχων στο εσωτερικό της μάζας και η σκιά πίσω από τον όγκο. Οι καλοήθεις μάζες έχουν στρογγυλό ή ωοειδές ομαλό περίγραμμα, δεν έχουν καθόλου ήχους στο εσωτερικό τους (κύστεις) ή αν έχουν είναι ομοιογενείς (ιναδενώματα). Αντίθετα στις κακοήθεις μάζες οι ήχοι είναι ανομοιογενείς και το οπίσθιο χείλος σκοτεινό με μία σκούρα, χωρίς ήχους σκιά να προβάλλει προς τα πίσω. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

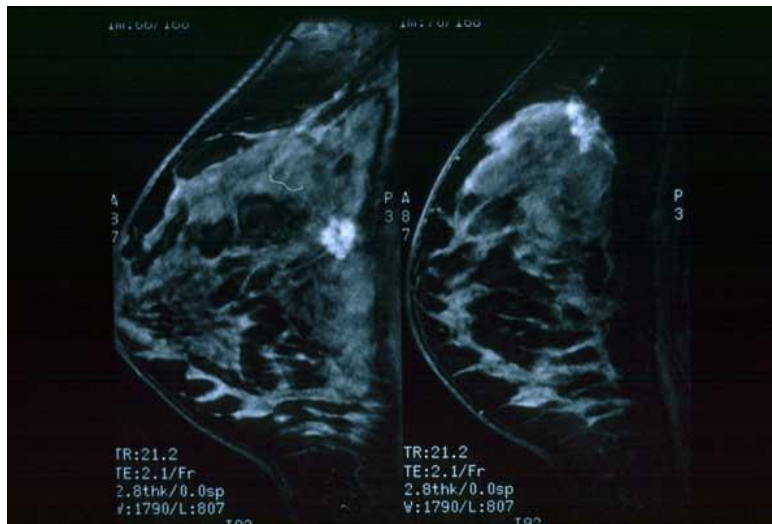
Το υπερηχογράφημα είναι λιγότερο ακριβές στην αποκάλυψη καρκίνου σε παχύσαρκους μεταεμμηνοπαυσιακούς μαστούς και μικρού μεγέθους καρκινώματα μπορούν να διαφύγουν από αυτή την εξέταση. Ενδείκνυται σε νεαρές γυναίκες σε έγκυες σε ψηλαφητή μάζα συμπληρωματικά σε μαστογραφία κυστικά σε γυναίκες που αρνούνται τη μαστογραφία σε πρόσφατο νεόπλασμα μαστού και βοηθητικά στην καθοδήγηση της παρακέντησης σε μη ψηλαφητά μορφώματα. (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).



(www.surgeon.gr) Υπερηχογράφημα μαστών

4.3.3 Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Χρησιμοποιείται λιγότερο, αλλά είναι απαραίτητη σε δύσκολες καταστάσεις, όταν η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα δεν είναι αρκετά για τη διάγνωση. Δίνει άριστα αποτελέσματα στην ανίχνευση υποτροπής σε ήδη χειρουργημένους μαστούς. (Leger L. 2003).



(www.surgeon.gr) Μαγνητική μαστών

4.3.4 Παρακέντηση

Η κυτταρολογική εξέταση υλικού που έχει ληφθεί αποτελεί γενικά αποδεκτή προεγχειρητική μέθοδος, για τη διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού.

4.3.5 Κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου

Γίνεται από την έκκριση του μαζικού αδένα. Κάτω από το μικροσκόπιο τα κύτταρα μπορεί να έχουν φυσιολογική ή αναπλαστική εικόνα. Η όψη των κυττάρων ταξινομείται σε πέντε κλίμακες:

- Class I - φυσιολογικά
- Class II – μάλλον φυσιολογικά
- Class III – αμφίβολα (πιθανόν να είναι κακοήθη) ➤ Class IV – μάλλον κακοήθη
- Class V – κακοήθη

Η εξέταση επαναλαμβάνεται αν τα κύτταρα βρέθηκαν να ανήκουν στην Class III. Αν βρεθεί ότι τα κύτταρα ανήκουν στην Class IV ο εξεταζόμενος πρέπει να κάνει βιοψία για καλύτερη αξιολόγηση της ασθενούς. (Μαλγαρινού Μ.–Κωνσταντινίδου Σ. 2003).

4.3.6 Βιοψία

Είναι απαραίτητη για να καθορισθεί η φύση μιας βλάβης στο μαστό καθώς επίσης και η εκλογή της κατάλληλης θεραπείας. (Σέχας Μ. 1995). Ενδείκνυται σε:

Εμμένουσα μάζα ή οζίδιο στο μαστό
Εμμένουσα έκκριση από γαλακτοφόρο πόρο
Απόστημα στο μαστό ή ανεξήγητα σημεία φλεγμονής
Αλλοιώσεις της θηλής και

Ύποπτα μαστογραφικά σημεία (Μπούτης Α. – Πινακίδης Μ. 1993).

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι βιοψίας:

➔ Βιοψίαμετομή όπου λαμβάνεται τεμάχιο από τον όγκο προς εξέταση με ειδικές βελόνες

➔ Βιοψία εκτομής όπου αφαιρείται όλος ο όγκος και εξετάζεται

➔ Βιοψία αναρρόφησης όπου από τους κυστικούς όγκους, με βελόνα λαμβάνεται το υγρό περιεχόμενο και στέλνεται για κυτταρολογική εξέταση

➔ Ταχεία βιοψία οι κανονικές επεξεργασίες ενός ιστολογικού παρασκευάσματος προς μικροσκοπική εξέταση (χρώση) διαρκούν 24 ώρες. Με τη μέθοδο της ταχείας βιοψίας, ο ιστός που θα εξετασθεί ψύχεται με CO₂ και το παρασκεύασμα είναι έτοιμο προς εξέταση εντός των 10 λεπτών. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για τη ριζική επέμβαση και ενώ η ασθενής βρίσκεται υπό νάρκωση. (Αποστολίδης Ν. 1987).

Κατά τη περίοδο αυτή της χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένειά της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της εξέτασης γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχει προεγχειρητική και μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα. (Κόνιαρη Ε. 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

5.1. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ

α. Τοπική έκταση του όγκου

β. Καθήλωση του όγκου

γ. Οίδημα

δ. Φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος

ε. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού στ. Προσβολή της θηλής. (Μαρκόπουλος, 2007), (www.chios-medical.gr)

Πενταετής επιβίωση κατά τις στατιστικές του Haagensen εμφανίζεται σε ποσοστό μόλις 39,1% σε παρουσία ενός από τα παρακάτω βαριά προγνωστικά σημεία:

α. Οίδημα του δέρματος

β. Εξέλκωση του δέρματος

γ. Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μεγέθους από 2,5 cm και άνω

δ. Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης.

Περιπτώσεις ΚΜ με περιορισμένη τοπικά νόσο έχουν καλύτερη επιβίωση από τις περιπτώσεις όπου ο καρκίνος έχει επεκταθεί και έξω από τα όρια του μαστού. Βαρύτερη είναι η πρόγνωση όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δυο μαστούς.

5.2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΩΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

α. Το μέγεθος του όγκου

β. Λεμφαδενικές μεταστάσεις

γ. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου

δ. Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων.

Όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ένας όγκος, τόσο υψηλότερο ιστολογικό βαθμό κακοήθειας και τόσο δυσμενέστερη πρόγνωση έχει.

Ο βαθμός κακοήθειας ιστολογικός καθορίζεται σε χαμηλού I, μέτριου II, υψηλού III και υψηλότατου IV βαθμού κακοήθειας. Έτσι, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας I και κλινικό στάδιο I ήταν 86%, ενώ σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας III και κλινικό στάδιο IV ήταν μόλις 3%. (www.chios-medical.gr)

5.3. ΝΕΟ ΤΕΣΤ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ CA ΜΑΣΤΟΥ

Μια νέα εξέταση που μπορεί να γίνει πάνω σε καρκίνους του μαστού, θα μπορεί να δίνει με πολύ μεγάλη ακρίβεια, πληροφορίες για την πρόγνωση της ασθενούς.

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

Σήμερα δυστυχώς δεν υπάρχουν τρόποι καλύτερου προσδιορισμού της φυσικής εξέλιξης και πρόγνωσης ορισμένων καρκίνων του μαστού και ιδιαίτερα αυτών που εκδηλώνονται σε χαμηλά στάδια.

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

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

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό, ευθύς εξ' αρχής με την διάγνωση του καρκίνου, να υπάρχουν τρόποι που θα προσδιορίζουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια, ποιες ασθενείς θα επωφεληθούν από μια χημειοθεραπεία και ποιες όχι.

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

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

Τα ευρήματα τους έχουν μεγάλη σημασία και είναι τα ακόλουθα:

- Τα επίπεδα της κυκλίνης E μέσα στους όγκους, συσχετίζονται πολύ στενά με την επιβίωση των ασθενών
- Σε 114 γυναίκες με καρκίνο μαστού στο στάδιο 1, δηλαδή χωρίς εντοπισμό στους λεμφαδένες της μασχάλης, υπήρχαν 102 γυναίκες που είχαν χαμηλά επίπεδα της κυκλίνης E. Από τις γυναίκες με στάδιο 1 καρκίνου του μαστού και με χαμηλή κυκλίνη E, δεν πέθανε καμία στα 5 χρόνια από τη διάγνωση
- Από τις 114 γυναίκες με καρκίνο μαστού στο στάδιο 1, οι 12 ασθενείς είχαν ψηλά επίπεδα κυκλίνης E. Από αυτές καμία δεν επιβίωσε κατά την ίδια χρονική περίοδο
- Στις γυναίκες με καρκίνο μαστού στο στάδιο 1, υπήρχε 100% επαλήθευση ότι αυτές που παρουσίαζαν στον όγκο τους ψηλά επίπεδα κυκλίνης E, είχαν και κακή πρόγνωση
- Στις γυναίκες με καρκίνο σε πιο προχωρημένο στάδιο, δηλαδή ο καρκίνος είχε φθάσει στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, η ακρίβεια της προγνωστικής συσχέτισης ανερχόταν στο 90%

Η προγνωστική αξία του νέου αυτού τεστ είναι 8 φορές μεγαλύτερη για τις ασθενείς με στάδιο 1 καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με τα τεστ που υπάρχουν τώρα και τα οποία βασίζονται στο μέγεθος του όγκου και στο πόσο μακριά έχουν εξαπλωθεί τα καρκινικά κύτταρα

Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι, τα επίπεδα της κυκλίνης E, θα μπορούσαν να καθορίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τις γυναίκες με καρκίνο μαστού, οι οποίες πράγματι χρειάζονται χημειοθεραπεία και ποιες όχι.

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

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

Συμπερασματικά εμείς θα τονίσουμε το γεγονός ότι τα επίπεδα της κυκλίνης E έχουν σημαντικά μεγαλύτερη προγνωστική αξία σε σύγκριση με τους άλλους δείκτες που υπάρχουν σήμερα.

Εάν και άλλες έρευνες επιβεβαιώσουν τα πρώτα αυτά συμπεράσματα, αυτό σημαίνει ότι θα καθορίζονται με καλύτερο τρόπο, οι θεραπείες που απαιτούνται για τα διάφορα στάδια του καρκίνου του μαστού.

Θα είναι δυνατόν να διαχωρίζονται οι γυναίκες εκείνες οι οποίες έχουν πιο άσχημη πρόγνωση και θα υποβάλλονται σε πολύ πιο εντατική θεραπεία. Οι άλλες με καλύτερη πρόγνωση, θα χρειάζονται λιγότερες θεραπείες, με λιγότερους κινδύνους και βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

6.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται. (Σπηλιώτης Ι. 1999)

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

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

Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται:

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

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

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

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

6.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

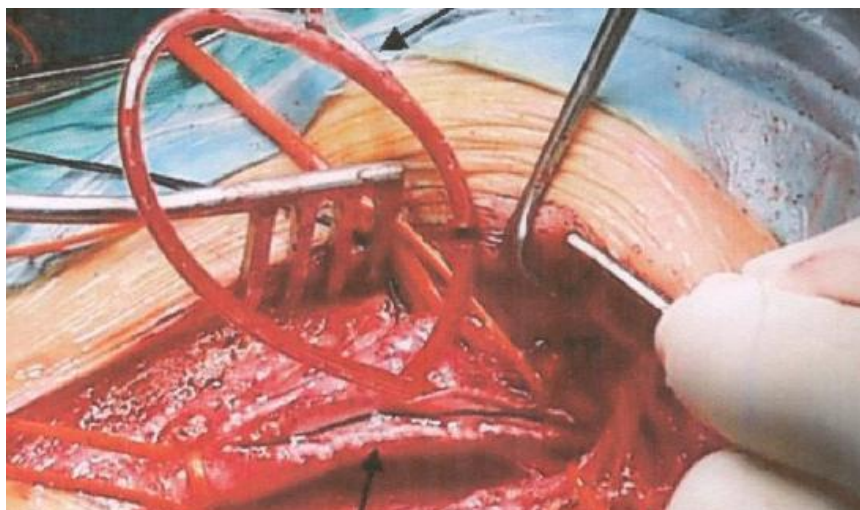
Τα σημερινά δεδομένα των εγχειρήσεων μαστεκτομής επεκτείνονται σε τρεις βασικές επεμβάσεις. Σε όλες τις επεμβάσεις διενεργείται η αφαίρεση του μαστικού

αδένα με τον περίξ αυτού λιπώδη και συνδετικό ιστό. Επιπλέον, αφαιρούνται η θηλή του μαστού και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Η αναγκαιότητα για την αφαίρεση της θηλής του μαστού προκύπτει από την ανατομική της σχέση:

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



Εικόνα 1. Μαστεκτομή(Γλέντης, 2007)



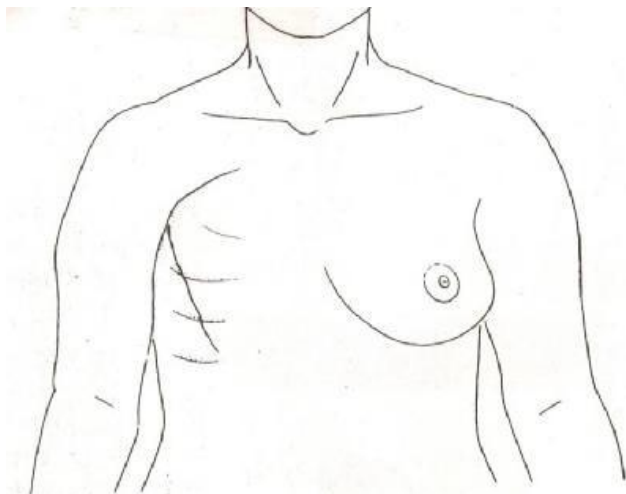
Εικόνα 2. Ακρωτηριασμός μαστού(www.cancer.gr)

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

Αυτή η ριζική μορφή όλων των μαστεκτομών έχει προταθεί από τον Halsted το 1896 και συνεχίζεται να εκτελείται ακόμη και σήμερα από τους περισσότερους χειρουργούς, αλλά σε μικρότερη έκταση. Παράλληλα, προς τον μαστικό αδένα αφαιρούνται ο μείζων και ελάσσων θωρακικός μυς καθώς επίσης και οι λεμφαδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας. Από τον μείζονα θωρακικό μυ παραμένει μόνο η κλειδική μοίρα αυτού. Φροντίζουμε να αποφύγουμε τραυματισμό του θωρακοραχιαίου νεύρου και επίσης του μακρού θωρακικού νεύρου του Bell. Η τομή

έχει μια λοξή πορεία από άνω και έξω προς τα κάτω και έσω. Η τεχνική της προϋποθέτει τομή του υποδορίου ιστού, της εκφύσεως του μείζονος θωρακικού μυός (εκτός από την κλειδική του μοίρα) και τομή της καταφύσεως του στο βραχιόνιο οστόν. Κατόπιν παρασκευάζεται η κατάφυση του ελάσσοнос θωρακικού μυός στην κορακοειδή απόφυση, όπου τέμνεται, αφού προηγουμένως διανοιχθεί το πέταλο της κλειδοκορακομασχαλιαίας θήκης.

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



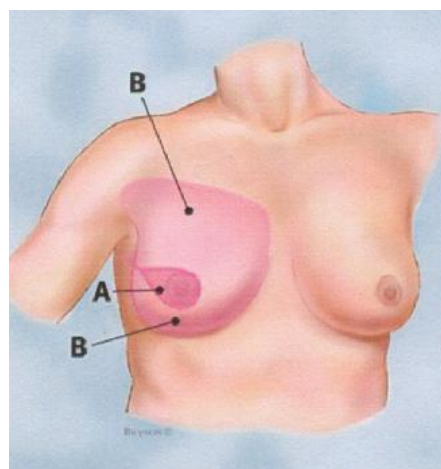
Εικόνα 4. Αφαιρείται όλος ο μαστός, γίνεται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός και αφαιρούνται και οι μύες του θώρακα κάτω από τον μαστό. Έχει καταργηθεί καθώς έχει τα ίδια αποτελέσματα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Χρησιμοποιείται μόνο όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει τους μύες του πρόσθιου θωρακικού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

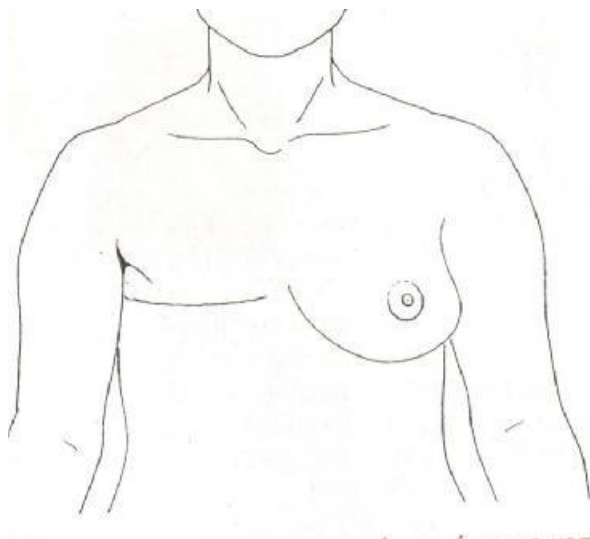
6.2.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (κατά Patey)

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

Με τη διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός γίνεται το είδος αυτό της εγχείρησης ολιγότερο επιβαρυντικό για την ασθενή και ο θώρακας διατηρεί μια καλύτερη περίμετρο. Η αφαίρεση του ελάσσοнос θωρακικού μυός δεν έχει δυσμενείς επιπτώσεις για την κινητικότητα του σύστοιχου βραχίονα (Τοκμακίδης, 2001).

Εικόνα 3. Το πρόσθιο τοίχωμα μετά από ριζική μαστεκτομή κατά Rotter- Halsted. Επειδή έχουν αφαιρεθεί ο μείζων και ελάσσοнос θωρακικός μυς, διαγράφονται κάτω από το δέρμα οι πλευρές. Η λοξή διαδρομή της ουλής τονίζει τον ακρωτηριάζοντα χαρακτήρα αυτής της μεθόδου (Τοκμακίδης, 2001).

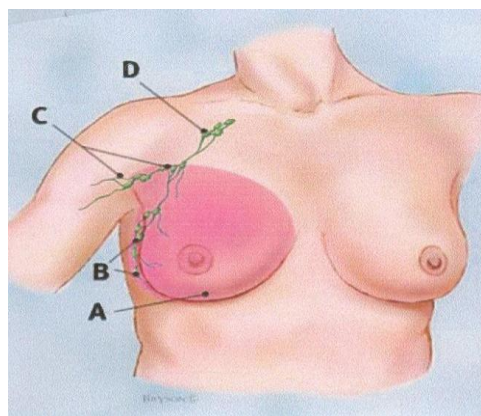




Λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης επιπέδων I και II (Γλέντης, 2011).

6.2.3. Περιορισμένη ριζική μαστεκτομή

Αυτή η μέθοδος παριστάνει την πλέον ελαφρά μορφή της μαστεκτομής. Αντιστοιχεί στην από τον Patey υποδειχθείσα μέθοδο, διαφέρει όμως από αυτήν, διότι διατηρείται ο ελάσσων θωρακικός μυς. Η περιορισμένη ριζική μαστεκτομή είναι σήμερα η πλέον εφαρμοσμένη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού. Οι δυνατότητες για μία μελλοντική χειρουργική αποκατάσταση του μαστού είναι υπαρκτή και ευνοϊκή (Τοκμακίδης, 2001).



6.2.4. Αφαίρεση των λεμφαδένων

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

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

Με τον τρόπο αυτό τα λεμφογάγγλια κρατούν τα καρκινικά κύτταρα μακριά από τον υπόλοιπο οργανισμό και παρεμποδίζουν μια αχαλιναγώγητη διασπορά των καρκινικών κυττάρων. Αυτή η προστατευτική λειτουργία επιτυγχάνεται από την δυνατότητα κατακράτησης των λεμφογαγγλίων όσον αφορά τα καρκινικά κύτταρα. Επιπλέον το μεταστατικό καρκίνωμα μπορεί να αναπτυχθεί περαιτέρω και μετά τα λεμφογάγγλια. Όταν τα καρκινικά κύτταρα διαβρώνουν τα τοιχώματα ενός

λεμφαγγείου, παρεμβάλλεται το επόμενο λεμφογάγγλιο ως νέο εμπόδιο. Με την δίοδο των κυττάρων από τον πρώτο φραγμό των λεμφογαγγλίων αυξάνει ο κίνδυνος μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων αιματοδώς (Τοκμακίδης, 2001).

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

- Τα λεμφογάγγλια μπορούν να είναι προσβεβλημένα από καρκινικά κύτταρα. Με την αφαίρεση αυτών παρεμποδίζεται ο κίνδυνος μιας περαιτέρω ανάπτυξης ενός των λεμφαδένων και μειώνεται η δυνατότητα μιας γενικής διασποράς των καρκινικών κυττάρων.

- Η γνώση μιας ενδεχόμενης καρκινικής προσβολής των λεμφογαγγλίων παριστάνει ένα σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση της παθήσεως και για την απόφαση σχετικά με μία περαιτέρω θεραπεία.

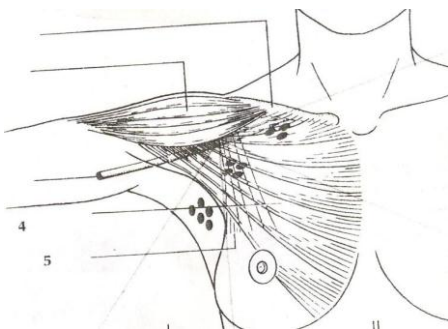
Τα αφαιρούμενα κατά τις διάφορους μεθόδους εγχειρήσεις λεμφογάγγλια ταξινομεί ο χειρουργός σε τρία επίπεδα:

Επίπεδο I: Λεμφαδένες στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας. Επίπεδο II: Λεμφαδένες στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάχισονα θωρακικό μυ.

Επίπεδο III: Λεμφαδένες στην υποκλείδια χώρα (Τοκμακίδης, 2001).

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

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



Εικόνα 7. Σχηματική παράσταση των τριών επιπέδων των λεμφογαγγλίων.

1. Κλειδα, 2. Δελτοειδής μυς, 3. Μασχαλιαία αγγεία, 4. Μείζων θωρακικός μυς, 5. Ελάχιστον θωρακικός μυς.

α) Επίπεδο I: Λεμφογάγγλια στο έξω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας
β) Επίπεδο II: Λεμφογάγγλια στο έσω τμήμα της μασχαλιαίας κοιλότητας κάτω από τον ελάχισονα θωρακικό μυ.

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

6.2.5. Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού

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

Η τύχη της ασθενούς με έναν καρκίνο του μαστού εξαρτάται από τον όγκο στον μαστό. Αποφασιστικό είναι κυρίως, εάν ο όγκος κατά το χρονικό σημείο της εγχείρησης έχει διασκορπίσει ή όχι κύτταρα.

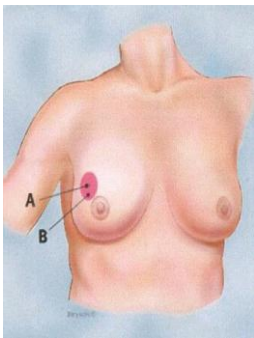
Ο ακρωτηριασμός με μια μαστεκτομή μπορεί να παριστάνει μια ακραία σωματική και ψυχική καταπόνηση στην πάσχουσα γυναίκα. Η διατήρηση του μαστού μπορεί να μεταβάλλει την κατάσταση αυτή και να βοηθήσει την ασθενή να φέρει σε πέρας την ασθένεια (Τοκμακίδης, 2001).

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

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

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

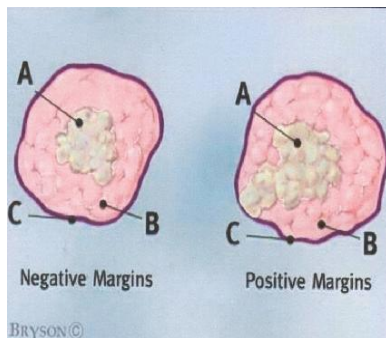
Εκτομή του όγκου



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

Εκτομή του τεταρτημορίου

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

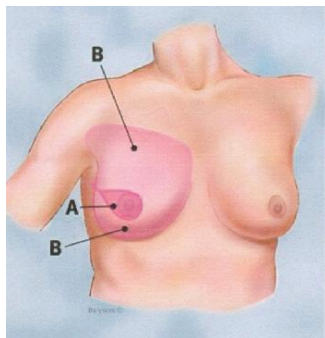


Η ογκεκτομή αποτελεί αποδεκτή μέθοδο αντιμετώπισης για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνων του μαστού, συνήθως όμως πρέπει να συμπληρώνεται με ακτινοθεραπεία στον υπόλοιπο μαστό, με σκοπό να καταστραφούν κάποια καρκινικά κύτταρα που πιθανόν υπάρχουν εκεί. Η τεταρτεκτομή είναι μια άλλη μορφή επέμβασης με διατήρηση του μαστού και σημαίνει ότι θα αφαιρεθεί το ¼ του μαστού που περιέχει τον όγκο.

Όποια μορφή περιορισμένης εκτομής κι αν επιλεγεί, πρέπει να εξασφαλίζεται ότι ο όγκος θα αφαιρεθεί σε υγιή όρια (Τοκμακίδης, 2001).

β. Εγχειρήσεις με πλήρη εκτομή του μαστικού αδένα (υποδόρια μαστεκτομή)

Μία εγχείριση με διατήρηση του μαστού, κατά την οποία αφαιρείται ο μαστικός αδένας, ονομάζεται στην ιατρική γλώσσα και υποδόριος μαστεκτομή. Η έννοια αναφέρεται στην ενέργεια αυτής της τεχνικής. Το δέρμα και η θηλή διατηρούνται, ενώ οι κάτωθεν αυτού ιστοί αφαιρούνται πλήρως. Σχετικά με την αφαίρεση των ιστών αυτή η μορφή της μαστεκτομής είναι εξίσου ριζική όπως και στη μαστεκτομή με ακρωτηριασμό (Τοκμακίδης, 2001).



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

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

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

Η υποδόριος μαστεκτομή κατέστη δυνατή για πρώτη φορά κατά την δεκαετία του 1960, όταν αναπτύχθηκαν τα εμφυτεύματα της σιλικόνης. Με τον πρώτο ενθουσιασμό σχετικά με το νέο υλικό ως «υποκατάστατο του μαστού» πιστέψαμε τότε, ότι μπορούμε να αντικαταστήσουμε μαστικό αδένα, ο οποίος κινδυνεύει. Η αισιοδοξία όμως αποχωρούσε σταθερά. Αναρίθμητες επιπλοκές μετά από υποδόρια μαστεκτομή έχουν απογοητεύσει τους ιατρούς και έγινε σαφές, ότι αυτή η χειρουργική θεραπεία είναι μια δαπανηρή επέμβαση, της οποίας πιθανοί κίνδυνοι απαιτούν ένα λεπτομερή προγραμματισμό και μία διεξαγωγή με μεγάλη φροντίδα.

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

Απαραίτητη προϋπόθεση πρέπει να είναι η εξασφάλιση της συναιδέσεως της ασθενούς όταν χειρουργούμε καρκίνο μαστού και διατηρούμε το μαστό.

Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού θα πρέπει να διενεργηθούν, όταν υπάρχει μια συνεργασία μεταξύ του χειρουργού ιατρού, του παθολογοανατόμου και του ακτινοθεραπευτού ιατρού και εξασφαλίζεται μια πλήρης ανταλλαγή πληροφοριών. Η διεξαγωγή μιας ενδεδειγμένης ακτινοθεραπείας και μια μετεγχειρητική φροντίδα χωρίς κενά πρέπει να εξασφαλιστεί.

Κάθε εγχείριση καρκίνου του μαστού πρέπει να συνοδεύεται και με αφαίρεση των λεμφαδένων από την μασχαλιαία κοιλότητα.

Εγχειρήσεις με διατήρηση του μαστού θα πρέπει να περιορίζονται σε όγκους, των οποίων η διάμετρος δεν υπερβαίνει τα 2 cm (Τοκμακίδης, 2001).

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

Στη μαστογραφία παρουσιάζονται διάσπαρτες μικροασβεστώσεις. Οι μικροασβεστώσεις ευρίσκονται συχνά εκτός από τον πραγματικό όγκο. Αυτό δυσχεραίνει τη διάγνωση και αφαίρεση του όγκου. Αυτό ισχύει ιδιαίτερος τότε, όταν μικροασβεστώσεις υφίστανται σε περισσότερα σημεία του μαστού. Για το λόγο αυτό, δεν συνιστώνται να παρακεντώνται μικροασβεστώσεις. Η ύπαρξη αυτών υποχρεώνει μια ευρείας εκτάσεως εκτομή της πάσχουσας περιοχής. Μια περιορισμένη εκτομή του μαστικού αδένα δεν συμβιβάζεται όταν υφίστανται διάσπαρτες μικροασβεστώσεις. Υπάρχουν περισσότεροι του ενός όγκοι

- Οι μαστοί είναι μεγάλοι και χαλαρωμένοι
- Υφίσταται μια εγκυμοσύνη.

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

6.2.6. Μερική αφαίρεση του μαστικού αδένα

Πλεονεκτήματα:

Δεν συμπληρώνεται με εμφύτευμα ξένου υλικού (πρόσθεση). Για το λόγο αυτό δεν υφίστανται από της πλευράς αυτής δυνατότητας επιπλοκών.

Η εγχείρηση δεν είναι ριζική. Για το λόγο αυτό είναι η εγχείρηση με μικρότερη επιβάρυνση.

Μειονεκτήματα:

Το μεγάλο τμήμα του μαστικού αδένα, στον οποίον ένας νέος όγκος μπορεί να αναπτυχθεί, διατηρείται.

Η δόση της ακτινοθεραπείας, της απαραίτητης αυτής μετεγχειρητικής θεραπείας, είναι τόσο υψηλή, ώστε επιτρέπεται να εφαρμοσθεί υπό την μορφή αυτή μόνο μία φορά. Στην περίπτωση που αναπτύσσεται στους υπόλοιπους ιστούς ένας νέος όγκος, δεν υπάρχει πλέον η δυνατότητα της θεραπείας με ακτινοθεραπεία (www.medlook.gr)

6.2.7. Υποδόριος μαστεκτομή

Πλεονεκτήματα:

Η υποδέρια μαστεκτομή μπορεί να μετριάσει λόγω της ριζικής αυτής μορφής τις επιφυλάξεις ασφαλείας σε σύγκριση της μερικής μαστεκτομής. Δεν προκαλεί αισθητική ατέλεια.

Το εμφύτευμα ενεργεί ως φράγμα μεταξύ της «επικίνδυνης ζώνης» και του δέρματος.

Σε ευνοϊκά ευρήματα μπορούμε να παραιτηθούμε από μια ακτινοθεραπεία.

Μειονεκτήματα:

Ο κίνδυνος μιας ίνωσης (σκλήρυνση των ιστών γύρω από το εμφύτευμα) είναι σχετικά υψηλός, όταν δε διεξαχθεί η εγχείρηση ακόμη και σύμφωνα με την τελευταία τεχνολογία δεν είναι δυνατόν να αποκλειστεί το ενδεχόμενο μιας ίνωσης.

Στο 1/3 των περιπτώσεων απαιτούν μια νέα εγχείρηση οι επιπλοκές από την εφαρμογή των εμφυτευμάτων.

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

6.3. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

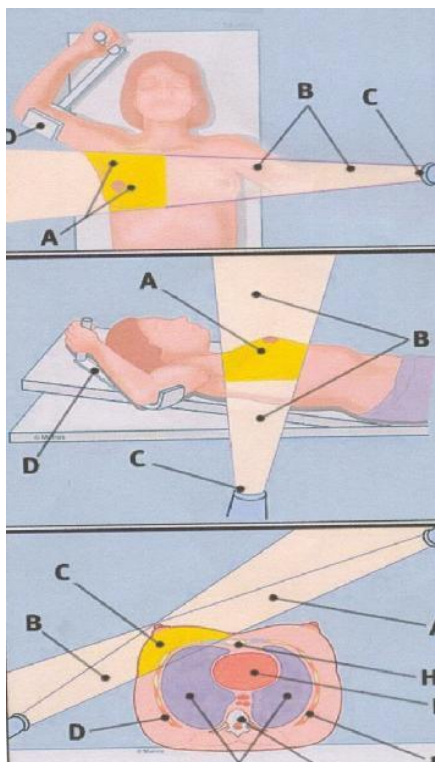
Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί την ιοντίζουσα ακτινοβολία, υψηλές ενέργειες ακτίνων Χ ή άλλα σωματίδια για να καταστρέψει τα κύτταρα, τα οποία διαθέτουν μεγάλη ικανότητα διαίρεσης, όπως τα καρκινικά κύτταρα. Όσο μεγαλύτερη είναι η δόση, τόσο πιο ισχυρή είναι η δράση της. Το ηλιακό έγκαυμα με την επώδυνη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

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

- Ακτινοβοληθείσα περιοχή του σώματος
- Μέγεθος της ακτινοβοληθείσας επιφάνειας

Ποσότητα ακτινοβολίας στην αντίστοιχη περιοχή του σώματος Δόση και αριθμός των μεμονωμένων ποσοτήτων ακτινοθεραπείας Είδος και τεχνική της ακτινοβολίας.

Η αρχική χρησιμοποίηση της θεραπείας αυτής αφορούσε τις υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα μετά από μαστεκτομή καθώς και την προχωρημένη ανεγχείρητη νόσο. Με την πάροδο των ετών, η ακτινοθεραπεία εξελίχθηκε σε σημαντικό παράγοντα της αρχικής θεραπείας στις ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού, μετά από ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή για την εξάλειψη των καρκινικών κυττάρων, τα οποία πιθανόν να έχουν παραμείνει κοντά στην περιοχή του όγκου ή σε άλλες θέσεις εντός του μαστού (Αντωνιάδου, 2008).



Εικόνα 11. Ακτινοθεραπεία (Γλέντης, 2007).

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

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

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



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

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

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

1. Μαστός
2. Μασχαλιαία κοιλότητα
3. Υποκλείδια περιοχή
4. Περιοχή των οπισθοστερνικών γαγγλίων (www.breastcancer.org).

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

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

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

6.3.1. Νεότερες τεχνικές στην ακτινοθεραπεία του μαστού

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

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

6.3.2. Παρενέργειες και επιπλοκές ακτινοθεραπείας

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

- α) Γενικές παρενέργειες:
 - Κόλπωση
 - Δερματολογική αντίδραση (τοπική)

- Ανορεξία
- Μυελοκαταστολή

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

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

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

6.4. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ή ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

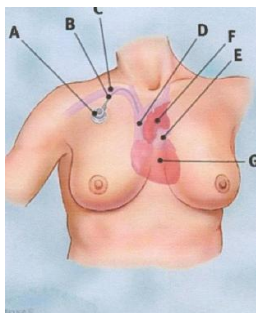
Μια κυτταροστατική θεραπεία αναχαιτίζει τη διαίρεση των κυττάρων και αναστέλλει την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου. Στην καλύτερη περίπτωση νεκρώνονται τα καρκινικά κύτταρα με τη θεραπεία αυτή.

Η εφαρμογή των φαρμάκων για κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί:

- Γενικά: Το φάρμακο χορηγείται ενδοφλεβίως ή υπό μορφή δισκίων. Με την ομοιόμορφη κατανομή μπορεί το φάρμακο να ενεργεί σε όλο το σώμα.
- Τοπικά: Το φάρμακο διοχετεύεται τοπικά μέσω της αντιστοίχου αρτηρίας στο πάσχον όργανο. Αυτή η μέθοδος δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην περίπτωση του μαστού. Εφαρμόζεται κυρίως στους όγκους του ήπατος, των οργάνων ελάσσονος πυέλου καθώς επίσης και στα άνω και κάτω άκρα (Τοκμακίδης, 2001).

Η κυτταροστατική θεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι πάντοτε μια γενική θεραπεία και όχι τοπική. Το ανάλογο φάρμακο χορηγούνται ενδοφλεβίως, ή υπό μορφή δισκίων από το στόμα. Αυτή η θεραπεία είναι σημαντική, διότι με τον τρόπο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία σε κάθε μέρος του σώματος. Καρκινικά κύτταρα, τα οποία μέσω της λεμφικής οδού και των αιμοφόρων αγγείων καταλήγουν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, μπορούν να θεραπευτούν από τα φάρμακα αυτά, τα οποία χορηγήθηκαν κατά τον τρόπο αυτό. Η έντονη δράση των κυτταροστατικών συνεπάγεται επίσης και έντονες παρενέργειες. Στην περίπτωση

μιας γενικής θεραπείας οι παρενέργειες είναι περισσότερο έντονες από ότι σε τοπική θεραπεία ενός συγκεκριμένου οργάνου και οφείλονται στο γεγονός, ότι τα κυτταροστατικά φάρμακα αναστέλλουν όχι μόνο τη διαίρεση των καρκινικών κυττάρων αλλά και την διαίρεση των φυσιολογικών κυττάρων. (Τοκμακίδης, 2001).



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

α. Πτώση των τριχών (τριχόπτωση)

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

β. Πτώση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (λευκοπενία)

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

Ο έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα των λευκών αιμοσφαιρίων ανήκει συνεπώς στον έλεγχο ρουτίνας σε μια κυτταροστατική θεραπεία. Ένας υγιής ενήλικας έχει λευκά αιμοσφαίρια 4.000 -9.000 ανά mm³. Σε μια κυτταροστατική θεραπεία μπορεί να κατέλθει ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων κάτω του 1.000 (www.cancer.gr).

γ. Τάση για έμετο

Επειδή τα κυτταροστατικά φάρμακα ενεργούν στα κύτταρα του γαστρεντερικού συστήματος η ανορεξία και η τάση προς έμετο, διάρροιες, ανήκουν στις συχνότερες παρενέργειες της κυτταροστατικής θεραπείας. Ανάλογα με το είδος του κυτταροστατικού φαρμάκου τα ενοχλήματα αυτά μπορεί να διαρκέσουν μέχρι τρεις ημέρες μετά το πέρας της θεραπείας (Γλέντης, 2007).

δ. Δερματικές εκδηλώσεις

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

ε. Φάρμακα για κυτταροθεραπεία

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

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

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

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

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

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

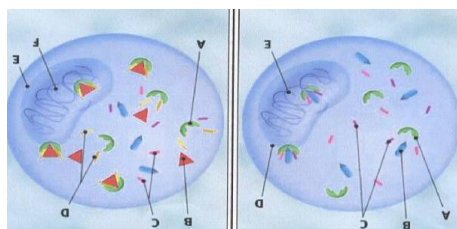
δ) Αλκαλοειδή. Τα αλκαλοειδή ενεργούν με την αναστολή της κυτταρικής διαίρεσης. Ουσίες της ομάδας αυτής είναι η θειϊκή βινκριστίνη και η θειϊκή βινπλαστίνη.

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

6.5. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Κύριος στόχος της ορμονικής θεραπείας είναι η απομόνωση της ορμονικής ενέργειας στον καρκίνο του μαστού. Όπως έχει ήδη εξηγηθεί η ορμόνη των ωοθηκών «οιστρογόνα» σε συνεργασία με άλλους παράγοντες μπορεί να διεγείρει την ανάπτυξη του όγκου. Επίσης τα επινεφρίδια και η υπόφυση μπορούν να ενεργούν στην κατεύθυνση αυτή. Μια ορμονική θεραπεία μπορεί να διεξαχθεί τόσο φαρμακευτικά όσο και χειρουργικά (Τοκμακίδης, 2001).



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

6.5.1 Ορμονική θεραπεία χειρουργικώς

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

6.5.2. Ορμονική θεραπεία φαρμακευτικώς

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

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

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

Στην περίπτωση της θεραπείας με αντιοιστρογόνα είναι σημαντική ουσία η κιτρική ταμοξιφείνη, η οποία κυκλοφορεί στο εμπόριο με διάφορα ονόματα. Η ταμοξιφείνη καταλαμβάνει τους υποδοχείς των οιστρογόνων και ενεργεί ως αντιοιστρογόνο. Είναι το φάρμακο εκλογής στον καρκίνο του μαστού και στις μεταστάσεις αυτού στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, ιδιαίτερα αν οι όγκοι είναι θετικοί στους οιστρογονικούς υποδοχείς. Επίσης χορηγείται πριν από την εμμηνόπαυση με δράση όμοια με την ωοθηκεκτομή καθώς επίσης και σε γυναίκες, που έχουν υποστεί μαστεκτομή και έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής. Όταν διαπιστώνονται υποδοχείς οιστρογόνων, ο δείκτης αντιδράσεως κυμαίνεται στο 50%. Όταν δεν υπάρχουν υποδοχείς ο δείκτης της επιτυχίας ανέρχεται στο 20% (Τοκμακίδης, 2001).

Το πλεονέκτημα της ταμοξιφένης σε σύγκριση έναντι άλλων ορμονικών θεραπειών έγκειται στην ευνοϊκή μορφή εφαρμογής υπό μορφήν δισκίων και στις περιορισμένες παρενέργειες (www.markkoroulos.gr)

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

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

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

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

6.6. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

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

Στις μέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο που χρησιμοποιείται, είναι το BCG (από τα αρχικά *Bacillus Calmette Guerm*) πρόκειται για το εμβόλιο της φυματίωσης. Με τη βοήθεια του BCG θα πρέπει να διεγείρεται το ανοσολογικό σύστημα και με τον τρόπο αυτό θα πρέπει να επηρεάζεται ευνοϊκά ένας όγκος. Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριαμυκίνη (*Adriblastin*), φθοριουρακίλη (*Fluaro-uracil*) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα (Τοκμακίδης, 2001)

6.7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

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

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

α) Τμηματεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία.

β) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.

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

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

Τα νεοπλάσματα σταδίου III συνήθως αντιμετωπίζονται χειρουργικά αλλά σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Συνήθως πριν την εγχείρηση γίνονται 2 ή 3 κύκλοι χημειοθεραπείας, με στόχο να επιτευχθεί σμίκρυνση του όγκου. Κατόπιν εκτελείται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και συμπληρώνεται με χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

7.1. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΗΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ -ΕΝΔΥΜΑΣΙΑ

α) Προσωρινή προσθήκη

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

Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι. (Φιλιπποπούλου Ν., 2006)

Στο νοσοκομείο

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

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

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

Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μικρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τα τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη. (Φιλιπποπούλου Ν., 2006)

Στο σπίτι

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

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

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

β) Μόνιμη προσθήκη

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη. Πρέπει να

λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα:

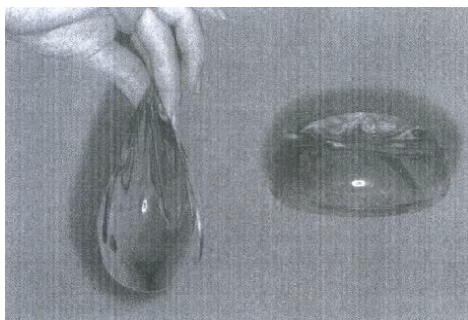
Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.

Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά την μαστεκτομή, συνήθως μετά από 6-12 μήνες.

Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη ουλή. Συνιστάται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και γι' αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισής του. (Τοκμακίδης Π., 2001)

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

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



Εικόνα 1. Εμφυτευόμενες προθέσεις.

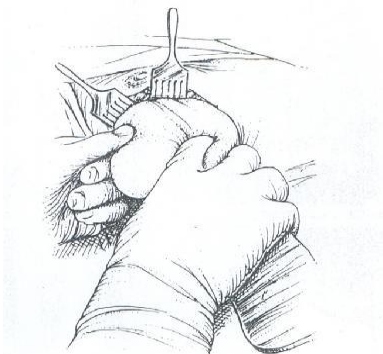
Οι μαλακές προθέσεις εκ σιλικόνης προσαρμόζονται εύκολα και, όπως ο φυσικός μαστός, αλλάζουν εύκολα μορφή, ανάλογα με την στάση της γυναίκας. Στην περίπτωση κατά την οποία η γυναίκα είναι ξαπλωμένη υπτίως, η πρόθεση λαμβάνει σχεδόν επίπεδη μορφή, αντιθέτως σε όρθια στάση της γυναίκας η πρόθεση λαμβάνει μορφή σταγόνας (Τοκμακίδης Π., 2001)



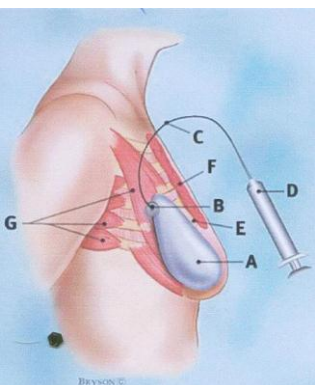
Εικόνα 2. Υπομαστικός χώρος (Southwick) (Τοκμακίδης Π., 2001)



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



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



Εικόνα 5. Τοποθέτηση μοσχεύματος σιλικόνης ([www.http://surgeon.gr](http://surgeon.gr), 2007)

Το σώμα της ασθενούς δημιουργεί γύρω από την πρόσθεση ένα περίβλημα, με το οποίο αυτό το «ξένο σώμα» απομονώνεται από τον υπόλοιπο οργανισμό. Αυτό το γεγονός είναι μια φυσική αντίδραση και λαμβάνει χώρα πάντοτε. Το περίβλημα αυτό, το οποίο δημιουργείται γύρω από την πρόθεση, ονομάζεται κάψα. Δυσχέρειες με εμφυτευθείσες προσθέσεις σιλικόνης εξωτερικεύονται κυρίως με την εμφάνιση της γνωστής ίνωσης της κάψας καθώς επίσης και επιπλοκές του δέρματος. (Τοκμακίδης Π., 2001)

7.1.1 Επιπλοκές του δέρματος

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

συνυπάρχουν αμφότερες οι αιτίες. Σχεδόν πάντοτε προηγείται του συμβάντος μία ίνωση της κάψας. (Τοκμακίδης Π., 2001)

7.1.2 Ίνωση της κάψας

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

Η ίνωση αρχίζει λίγες εβδομάδες μετά την εγχείρηση και διαπιστώνεται μία περαιτέρω αύξηση αυτής τέσσερις μέχρι οκτώ εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Ενοχλήματα δεν υφίστανται ακόμη, η πρόσθεση είναι στην σωστή θέση και η μορφή του μαστού δεν είναι αλλοιωμένη. Ενοχλήματα εμφανίζονται σε προχωρημένο στάδιο ίνωσης υπό μορφήν αισθήματος τάσεως, η πρόσθεση προωθείται προς άνω και έξω και λαμβάνει μία σφαιρική μορφή. Η ίνωση της κάψας επιτυγχάνει την τελική μορφή της περίπου ένα εξάμηνο μετά την εγχείρηση. Η βαριά μορφή της είναι το γνωστό ως «φαινόμενο της μπάλας του Tennis» κατά το οποίο η μέγιστη ίνωση της κάψας οδηγεί σε μία μορφή σχεδόν σφαιρική. (Τοκμακίδης Π., 2001)

7.2 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

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

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

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

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

Άλλωστε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρώιμη μετεγχειρητική κινητοποίηση του άκρου, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρώιμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι άρρωστες που χειρουργούνται για καρκίνο του μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή η άμεση μετεγχειρητική

έναρξη φυσιοθεραπείας με την παράλληλη εξοικείωση του θεράποντα ιατρού στο θέμα, ο οποίος πρέπει να έχει άμεσο ενδιαφέρον σε αυτό. (Κονιάρη Ε., 1991)

7.3. ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

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

7.3.1. Στάση

Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορούν να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμα να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρησή τους. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιοδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ακινητοποίηση προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού. (Φιλιπποπούλου Ν., 2006)

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

Εκτός διαφορετικής συμβουλής του χειρουργού, δεν θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2,5 kg με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και κάτω άκρα συσχετίζονται στενά, ένα οσφυϊκό μαξιλάρι μπορεί να βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθημερινή θέση συνδυασμού όμως με ρύθμιση του ύψους της καρέκλας και του τραπέζιου ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο. Οι ασθενείς πρέπει να διδάσκονται από τον φυσιοθεραπευτή τους πως θα αποκτήσουν καλές συνήθειες στάσης του σώματος. (Φιλιπποπούλου Ν., 2006)

7.3.2. Εύρος κίνησης

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

Παραδείγματα διδασκόμενων ασκήσεων περιλαμβάνουν:

Κάμψη και απαγωγή του ώμου (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα). Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους

αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνει στον τοίχο το σημείο όπου έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

Σφίξιμο μπάλας. Είναι μια απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς. Πέταγμα μπάλας. Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα, που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

Γύρισμα σχοινοῦ. Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρθρωση στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά στην άκρη του σχοινοῦ με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο. (Σαχίνη-Καρδάση Α., 2006)

Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρθρωση σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρθρωση ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία. Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινοῦ δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρθρωση τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρθρωση, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.

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

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

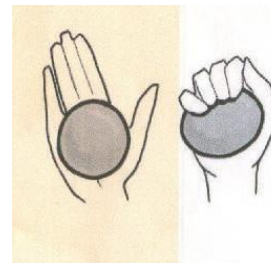
7.3.3. Μυϊκή ισχύς

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

άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δεν χρειάζονται εξοπλισμό και γυμνάζουν τρεις περιοχές-κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση. (Φιλιπποπούλου Ν., 2006)

Ασκήσεις αποκατάστασης στο σπίτι

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



1. Σφίγγοντας και ανοίγοντας την παλάμη

Κράτησε στην παλάμη σου ένα πλαστικό μπαλάκι

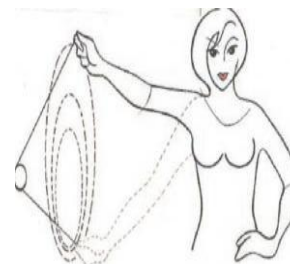
Σφίγγε και άνοιγε την παλάμη σου

(μπορεί να γίνει και αμέσως μετά την επέμβαση).



2. «Σκαρφαλώνοντας» με το χέρι στον τοίχο Στάσου κοντά σε έναν τοίχο, κοιτώντας τον. Ακούμπησε στον τοίχο το χέρι σου που θέλεις να βοηθήσεις και άρχισε να το ανεβάζεις

«περπατώντας» τα δάχτυλά σου σιγά-σιγά πάνω στον τοίχο, ως εκεί που μπορείς. Φέρε το χέρι σου πάλι στο σημείο που ξεκίνησες. Επανάλαβε την άσκηση. Σημείωνε το σημείο που φτάνεις και προσπάθησε να πηγαίνεις ψηλότερα κάθε φορά.



3. Κυκλικές κινήσεις με σκοινάκι

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



4. Κυκλικές κινήσεις των ώμων

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



5. Βοηθητικό σήκωμα χεριού

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

6. Σήκωμα χεριών στο κεφάλι

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



7. Σκούπισμα πλάτης

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

7.3.4. Λεμφοίδημα

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

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δηγμάτα εντόμων, εγκαύματα, και η χρήση ισχυρών απορροπτικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος. Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.

Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.

Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.

Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

Να ακολουθούνται οι συμβουλές που αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα:

«ΜΗ»	ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥ
<p>Μην κρατάτε τσιγάρα με αυτό το χέρι</p> <p>Μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες σ' αυτό το χέρι</p> <p>Μην σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά</p> <p>Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι</p> <p>Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σ' αυτό το χέρι</p> <p>Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα σ' αυτό το χέρι</p> <p>Μην επιτρέπετε να παίρνετε πίεση από αυτό το χέρι</p>	<p>Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο των πιάτων</p> <p>Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε</p> <p>Να βάζετε κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα</p> <p>Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα στο χέρι με την εγχάραξη: «ΠΡΟΣΟΧΗ – ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΧΕΡΙ – ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ»</p> <p>Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες</p> <p>Να επιστρέψετε για επανεξέταση</p>

Αντιμετώπιση λεμφοιδήματος

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

8.1. ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

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

8.1.1 Ψυχική κατάσταση και σωματική υγεία

Η ψυχική κατάσταση από αρχαιοτάτων χρόνων είναι γνωστό ότι επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την σωματική υγεία. Στην ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αποδίδονται συνήθως σοβαρές και καταληκτικές ασθένειες.

«Έβγαλα καρκίνο από την στενοχώρια», είναι η γνωστή λαϊκή ρήση που σίγουρα έχετε ακούσει. Η κατάθλιψη σχετίζεται με την αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης στον οργανισμό, που έχει σαν φυσικό επακόλουθο την εξασθένηση της ανοσολογικής αντίδρασης σε εξωγενή και ενδογενή ερεθίσματα. Η ύπαρξη της κατάθλιψης επιδρά στον ρυθμό της καρκινογένεσης (Παναγιωτοπούλου Α, 2007).

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

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

8.1.2 Στρες – Άγχος – Πανικός

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

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

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ :

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

- Να μην διστάσουν να συμβουλευτούν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας
- Να συζητούν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους με τον θεράποντα ιατρό τους
- Να το συζητήσουν με πρόσωπα σημαντικά γι' αυτούς και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους
- Να προσπαθήσουν να παραμείνουν ήρεμοι σε περίπτωση πανικού
- Να αναζητήσουν δικούς τους τρόπους με σκοπό να ηρεμούν, όπως ασκήσεις χαλάρωσης, ευχάριστες δραστηριότητες. (Παναγιωτοπούλου Α, 2007).

8.1.3 Θλίψη και Κατάθλιψη

Η ανακοίνωση ότι κάποιος πάσχει από καρκίνο, η διαδικασία των θεραπειών, οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, ο αντίκτυπος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή είναι μερικοί από τους λόγους που ένα άτομο μπορεί να νιώσει θλίψη και άσχημη διάθεση. Το άτομο χάνει τη διάθεση του και τον ενδιαφέρον για πράγματα και δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν. Όταν το άτομο βιώνει τέτοια συναισθήματα τότε το πιο πιθανό είναι να υποφέρει από κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σταδιακά ή να έχει απότομο έναρξη. Η αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, καθώς και η σωστή ενημέρωση των ασθενών για την νόσο τους, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πιο εύκολη από μέρους τους λήψη αποφάσεων, υιοθέτησης ριζικών και ευνοϊκών αλλαγών στον τρόπο ζωής τους μετά την διάγνωση του καρκίνου. (Παναγιωτοπούλου Α, 2007).

8.1.4 Εικόνα του Σώματος

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

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

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ :

- Να συζητούν με ανθρώπους που έχουν παρόμοιες εμπειρίες
- Να συζητούν με τον θεράποντα ιατρό τους τις ανησυχίες και τους φόβους τους
- Να προσπαθούν να εμπλακούν σε κοινωνικές δραστηριότητες
- Να φροντίσουν τον εαυτό τους
- Να αναζητήσουν νέα ενδιαφέροντα. (Παναγιωτοπούλου Α, 2007).

8.1.5 Σεξουαλικότητα και Καρκίνος

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

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

Στη φυσική ικανότητα να δώσουν και να εισπράξουν ευχαρίστηση Στις σκέψεις και τα συναισθήματα για την εικόνα τους σώματός τους Στα συναισθήματα όπως τον φόβο, τον θυμό

Στους ρόλους μέσα στις σχέσεις τους

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

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

8.1.6 Φόβος μην επανέλθει

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

Η Αμερικανική Καρκινική Κοινότητα υπολογίζει ότι τουλάχιστον το 70% των νικητών νιώθουν την ανησυχία της επανεμφάνισης. Οι νικητές του καρκίνου πιθανότατα ζουν με μεγαλύτερη ανασφάλεια για την επανεμφάνισή του από ότι άλλοι άνθρωποι που έχουν βιώσει άλλες ασθένειες. (Παναγιωτοπούλου Α, 2007).

Τι μπορούν να κάνουν :

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

8.1.7 Ενοχές και Καρκίνος

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

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

8.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

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

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

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



Εικόνα 7. Η ψυχολογική υποστήριξη από την νοσηλεύτρια (www.nurshing.gr)

ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ:

Ενημερώνει την ασθενή για τη νόσο , τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες ώστε να τη βοηθήσει να προσαρμοστεί στη θεραπεία, να βελτιώσει τη συναισθηματική της κατάσταση, να την επαναφέρει στην καθημερινότητά της και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής της.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

ΠΡΟΛΗΨΗ

9.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ- ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

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

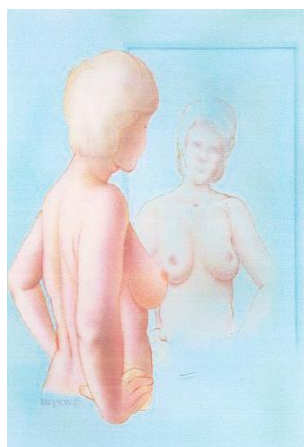
Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Για αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωιμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία και εύκολη είναι και ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Πόσο συχνά εφαρμόζεται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

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

Οδηγίες για τη σωστή αυτοεξέταση των μαστών

Βήμα 10

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



Εικόνα

1.

Βήμα

10

(www.breastcancer.org, Γλέντης, 2007)

Σημεία που χρήζουν διερεύνησης:

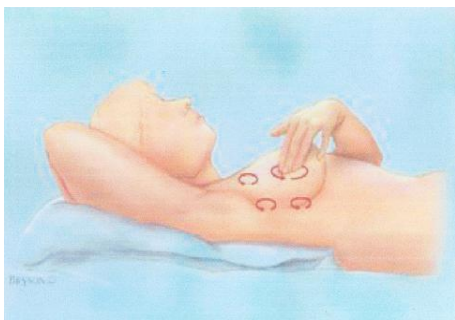
- Εισολκή δέρματος ή θηλής δέρμα «φλοιού πορτοκαλιού»
- Ερυθρότητα
- Διόγκωση
- Αποβολή υγρού ή αίματος από την θηλή
- Διαγραφή των φλεβών κάτω από το δέρμα (Μουζάκα, Μανδρέκας,

Μπαρμπούνης, 2007, Γλέντης, 2007, Lippert H., 1993).

Βήμα 20

Σηκώνουμε τα χέρια και ελέγχουμε τα ίδια σημεία.

Ακολουθώς πιέζουμε και τις δύο θηλές και ελέγχουμε αν υπάρχει εκροή υγρού από αυτές. Το υγρό αυτό, μπορεί να είναι γαλακτώδες, κίτρινο ή αιματηρό.



Εικόνα 2. Βήμα 20 (www.breastcancer.org, Γλέντης, 2007)

Βήμα 30

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



Εικόνα 3. Βήμα 30 (www.breastcancer.org, Γλέντης, 2007)

Βήμα 40

Ακολουθούμε την ίδια διαδικασία με τα ίδια βήματα σε όρθια θέση. Πολλές γυναίκες αισθάνονται καλύτερα τον μαστό τους όταν το δέρμα είναι υγρό και

γλιστερό, έτσι προτιμούν να κάνουν αυτό το στάδιο της αυτοεξέτασης όταν κάνουν μπάνιο (Γλέντης, 2007)

9.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Η πρόληψη καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε:

1. Πρωτογενής πρόληψη δηλαδή, την αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και την ανάπτυξη προληπτικών μέτρων.

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

Δηλαδή:

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- Ενέργειες για παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου
- Τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (τεκνοποίηση, σωστή διατροφή, άσκηση, αποφυγή εξωγενών παραγόντων)
- Φαρμακευτική προφύλαξη (π.χ. Tamoxifen)
- Χειρουργική προφύλαξη (μαστεκτομή αμφοτερόπλευρη).

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ Έγκαιρη διάγνωση σε «πρώιμο» στάδιο

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

Πιο αναλυτικά:

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

Στην πρωτογενή πρόληψη ο ευκολότερος τρόπος είναι η προσπάθεια τροποποίησης επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου και η ελάττωση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού που έχει η συγκεκριμένη γυναίκα, π.χ. ασκούμενη, διατηρώντας χαμηλό σωματικό βάρος - αποφυγή παχυσαρκίας,

τεκνοποιώντας σε μικρή ηλικία και αποφεύγοντας εξωγενείς, επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η ακτινοβολία, η υπερβολικά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων κ.λπ. (Μόσχου – Κάκου, 1999, Μαρκόπουλος, 2007, Τριχοπούλου, Τριχόπουλος, 1986, Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2006)

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

Με τον όρο χειρουργική προφύλαξη αναφέρεται στην αμφοτερόπλευρη ολική μαστεκτομή με ή χωρίς πλαστική αποκατάσταση των μαστών. Είναι αρκετά επιθετική επιλογή με αρκετές ψυχολογικές επιπτώσεις για τη γυναίκα και για αυτό θα πρέπει να αποτελεί απόφαση της ίδιας, μετά από αρκετή προετοιμασία που περιλαμβάνει συστηματική ενημέρωση, ειδική ψυχολογική προετοιμασία κ.λπ. Επιλέγεται συνήθως σε ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου όπως, π.χ., γυναίκες με ανίχνευση γονιδιακής μετάλλαξης BRCA1, πολύ ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ή λοβιακό μη διηθητικό καρκίνο. (Μόσχου – Κάκου, 1999, Μαρκόπουλος, 2007, Τριχοπούλου, Τριχόπουλος, 1986, Ιωαννίδου-Μουζάκα, 2006)

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

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

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

Πλεονεκτήματα πρώιμης διάγνωσης καρκίνου του μαστού

Τοπική αφαίρεση του όγκου:

1. Αποφυγή μαστεκτομής
2. Άριστο αισθητικό αποτέλεσμα

Ευκολότερη αντιμετώπιση:

- Επικουρική θεραπεία με λιγότερες παρενέργειες

Η πλειοψηφία των περιπτώσεων επιδέχεται πλήρη ίαση:

1. Μη διηθητικοί όγκοι

2. Αψηλάφητοι, μικροί όγκοι

Μεγάλη επιβίωση:

- Άριστη μελλοντική πρόγνωση (Μαρκόπουλος, 2007).

9.2.1. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων πρωτογενούς πρόληψης

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

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται και από εξωγενείς παράγοντες εκτός από κληρονομικούς και γονιδιακούς, άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι:

Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο μαστού βοηθάει στην πρόληψη του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο μαστού.

Η προσπάθεια ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

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

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

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

του κοινού (Κονιάρη, 1991, www.wikipedia.org, Μόσχου– Κάκου, 1999, Κυριακίδου, 2005).

9.2.2. Εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων δευτερογενούς πρόληψης

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.ά. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για πρόληψη (Κονιάρη, 1991, Μόσχου–Κάκου, 1999, Κυριακίδου, 2005, www.cancer.gr).

Τρόποι προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) είναι οι εξής:

1) Μηνιαία αυτοεξέταση:

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

2) Φυσική εξέταση:

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

3) Μαστογραφία:

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

ότι:

- Επιδημιολογικά στοιχεία του NCI (National Cancer Institute) δείχνουν
- Ετήσιες μαστογραφίες έχει αποδειχτεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα του καρκίνου μαστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών.
- Η μέθοδος ACS προτείνει να γίνεται μια μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 35-39 χρόνων και μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια σε ειδικές κατηγορίες γυναικών ηλικίας 40-49 ετών (με προδιάθεση, οικογενειακό ιστορικό, προηγούμενη προσβολή του έτερου μαστού κτλ) και μια ετησίως σε ασυμπτωματικές γυναίκες 50 ετών και άνω.

- Το NCI δεν κάνει καμία πρόταση για μαστογραφία πριν τα 50 χρόνια αλλά προτείνει ετήσια μαστογραφία μετά τα 50.

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

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει:

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

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

Οι νοσηλεύτριες/τριες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους προοπτική τους καθιστά ικανούς να επέμβουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας υγείας. Είναι ικανοί/ές να εκτιμήσουν όχι μόνο την υγεία των γυναικών αλλά, χρησιμοποιώντας την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους, μπορούν να ενημερώσουν τις γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση (Κονιάρη, 1991).

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

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

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

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

- Η αναγνώριση του ρόλου του νοσηλευτή/τριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτών/τριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
- Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.
- Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου (Κονιάρη, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

10.1 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

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

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



Εικόνα 2. Ροζ κορδέλα
(www.bestrong.gr, 2007)



Εικόνα 3. Μαστογραφία
(www.bestrong.gr, 2007)

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

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

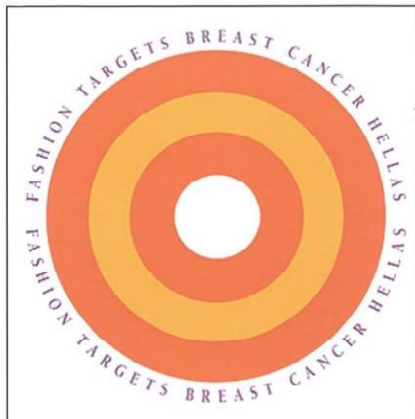
Δύσκολη ώρα δεν είσαι μόνος;

Και μην ξεχνάτε : Η υγεία είναι πάνω από όλα και χωρίς αυτή τίποτα, μα τίποτα, δεν μπορούμε να χαρούμε. (www.bestrong.gr, 2007)

ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ «ΗΜΟΔΑ ΠΟΛΕΜΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ» (F.T.B.C)

Η εκστρατεία «Η μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους» (F.T.B.C.) ξεκίνησε στην Αμερική το 1994, όταν ο βασικός εμπνευστής Ralph Lauren δημιούργησε το «στόχο» επηρεασμένος από τον θάνατο της στενής του φίλης και αρχισυντάκτριας μόδας της

«Washington Post», Nina Hyde, με πίστη ότι η μόδα μπορεί να σώσει ζωές. Αντικειμενικός σκοπός του F.T.B.C., είναι η ενημέρωση και η συγκέντρωση χρημάτων για περαιτέρω έρευνα, επιμόρφωση, πρόληψη. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα έσοδα της εκστρατείας από πωλήσεις ρούχων και αξεσουάρ, ξεπερνούν τα 40 εκατομμύρια δολάρια. (www.ftbc.gr)



Εικόνα 4. F.T.B.C. (www.ftbc.gr)

Υπολογίζεται ότι μέχρι τώρα έχουν πωληθεί περισσότερα από 7 εκατομμύρια T-shirts. Στην Ελλάδα η δράση του F.T.B.C ξεκινά το 2001 και μέχρι στιγμής έχει συγκεντρώσει περισσότερα από € 780.000. Τα έσοδα χρηματοδοτούν εξ' ολοκλήρου το «Σπίτι του στόχου», ένα Κέντρο Πρόληψης που βρίσκεται στα Άνω Πατήσια και λειτουργεί καθημερινά παρέχοντας ΔΩΡΕΑΝ προληπτικές εξετάσεις. Το Κέντρο λειτουργεί καθημερινά με την επιστημονική ευθύνη του Γεν. Ογκολογικού Νοσοκομείου « Οι Αγ. Ανάργυροι». Συγκεκριμένα το 2007, έγιναν 2.986 μαστογραφίες, 207 υπέρηχοι και 131 εντοπιστικές λήψεις. (www.ftbc.gr)

10.2. ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχει επίσης και μια αξιόλογη προσπάθεια από τον Σύλλογο γυναικών που έζησαν την εμπειρία του καρκίνου του μαστού και ξεπέρασαν με επιτυχία τις δυσκολίες που προέκυψαν από την ασθένεια.

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

Σκοπός του είναι η οργανωμένη αλληλοβοήθεια, η ψυχοκοινωνική στήριξη και αποκατάσταση των γυναικών που πάσχουν όπως επίσης και των μελών των οικογενειών τους, η συμβολή του στην απομυθοποίηση του καρκίνου και η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού πανελλαδικά για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.

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



Εικόνα 5. F.T.B.C Η Μόδα Πολεμά τον Καρκίνο του Στήθους (www.breastcancerhellas.gr)

10.3. ΑΓΚΑΛΙΑΖΩ – ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

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

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

Οι στόχοι του Ομίλου Εθελοντών κατά του Καρκίνου – Αγκαλιάζω αγκαλιάζουν τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις, με πρώτη την ενημέρωση για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Για το σκοπό αυτό έχει δημιουργήσει τηλεοπτικά σποτ και διακινεί έντυπο ενημερωτικό υλικό για διάφορες μορφές καρκίνου.

Τους, εκδίδει περιοδικό ειδικού ενδιαφέροντος σε διμηνιαία βάση, το οποίο διανέμεται δωρεάν σε 5.000 αποδέκτες, έχει δημιουργήσει ιστοσελίδα στο διαδίκτυο με ενημερωτικό και πληροφοριακό υλικό και από το 2007 λειτουργεί ομάδα διεκδίκησης δικαιωμάτων καρκινοπαθών με σύνθημα «τίποτα για εμάς χωρίς εμάς».

Δεύτερο στόχο έχει θέσει την ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους. Πρόγραμμα που υλοποιείται από την κοινωνική και ψυχολογική υπηρεσία για τους ασθενείς από την ώρα τους διάγνωσης μέχρι την αποθεραπεία ή το θάνατο, παρέχοντας στήριξη σε κοινωνικό, οικονομικό και ψυχολογικό επίπεδο με στόχο τη βελτίωση τους ποιότητας ζωής και αποκατάστασης. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν και εθελόντριες του Ομίλου που βοηθούν σε πρακτικά θέματα (συντροφιά σε μοναχικούς ασθενείς, φροντίδα, λογαριασμοί κ.ά).

Τρίτο στόχο του Ομίλου αποτελεί η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Ο Ο.Ε.Κ.Κ. έχει συμβάλει στην ίδρυση δύο Πανελληνίων Συλλόγων στηρίζοντάς τους ηθικά και οικονομικά. Τον Πανελλήνιο Σύλλογο Λαρεγγεκτομηθέντων που στηρίζει μέχρι σήμερα, και τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού – Άλμα Ζωής, που αυτονομήθηκε το 2005.

Απώτερος στόχος του Ομίλου είναι να γίνει μια μεγάλη αγκαλιά υποστήριξης για τους καρκινοπαθείς αλλά και ενημέρωσης για τον υπόλοιπο πληθυσμό. (www.ftbc.gr)

10.4. EUROPA DONNA HELLAS

Η EUROPA DONNA HELLAS, νόμιμα συνεστημένη και ειδικά πιστοποιημένη στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μ.Κ.Ο., αποτελεί το ελληνικό FORUM της EUROPA DONNA [THE EUROPEAN BREAST CANCER COALITION], της ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η Ε.Δ. ιδρύθηκε στο Μιλάνο το 1993, όπου και τα κεντρικά γραφεία, αριθμεί σήμερα 40 χώρες κράτη – μέλη [όλες οι χώρες της Ε.Ε. είναι μέλη της] και αποτελεί ΟΡΓΑΝΟ ΣΥΝΗΓΟΡΙΑΣ & ΔΙΕΚΔΙΚΗΣΗΣ [ADVOCACY AND LOBBYING GROUP].

Η EUROPA DONNA εργάζεται για να ευαισθητοποιήσει και να αφυπνίσει τη κοινή γνώμη σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, να κινητοποιήσει και υποστηρίξει τις Ευρωπαϊκές γυναίκες ώστε να ασκήσουν πολιτική πίεση για την άριστη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, τον κατάλληλο πληθυσμιακό έλεγχο, τον ποιοτικό και τακτικό έλεγχο του ιατρικού εξοπλισμού, την βέλτιστη θεραπεία και περίθαλψη καθώς επίσης και για αυξανόμενους πόρους για την έρευνα καρκίνου του μαστού.

Συνεργάζεται αφενός με τον Ευρωκοινοβούλιο – δια της Ευρωπαϊκής Κοινοβουλευτικής Ομάδας για τον Καρκίνο του Μαστού (EPGBC) – σε θέματα πολιτικής υγείας για τον καρκίνο του μαστού και αφετέρου με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή από την οποία επιχορηγούνται οι δράσεις της. (www.E.D.gr, 2009)

Ο καρκίνος έγινε φίλος μου

Ήταν ανυποψίαστη, όπως οι περισσότερες. Ακόμη κι όταν είδε μπροστά στον καθρέφτη τα δυο μικρά εξογκώματα στο δεξί της στήθος, λειτούργησε ο μηχανισμός της άμυνας και ο νους της δεν πήγε στο χειρότερο. Πήγε κανονικά στη δουλειά της και κοιμήθηκε ήσυχη εκείνο το βράδυ.

Ανήσυχη ξύπνησε το επόμενο πρωί. Και το πρώτο πράγμα που ζήτησε από τον γνωστό της χειρουργό που επισκέφθηκε ήταν η αλήθεια: «Ό, τι κι αν είναι κι ό, τι κι αν δείξουν οι εξετάσεις, θέλω να μάθω την αλήθεια. Δικό μου είναι το σώμα, δική μου η ζωή και μόνο εγώ μπορώ να αποφασίσω», του είπε αποφασιστικά. «Σύμφωνοι, Κατερίνα», απάντησε εκείνος.

Παραδόξως, οι εξετάσεις δεν έδειξαν τίποτα. Οι αιματολογικές ήταν άριστες, οι καρκινικοί δείκτες πολύ χαμηλοί. Μονάχα η μαστογραφία είχε μια μικρή ασάφεια αλλά δεν αξιολογήθηκε σωστά. Ο γιατρός καθησύχασε την Κατερίνα Πλαστουργού κι εκείνη συνέχισε να είναι ανυποψίαστη.

Το σοκ. Ήταν άνοιξη του '95. Το χειρουργείο για την αφαίρεση των δύο όγκων που είχαν μέγεθος αμυγδάλου γίνεται στα τέλη Μαρτίου. Η ταχεία βιοψία δείχνει αυτό που δεν μπορούσε να φαντασθεί η ναρκωμένη Κατερίνα, αλλά μαθαίνουν όλοι όσοι βρίσκονται στην αίθουσα αναμονής. Και όλοι μαζί... συνωμοτούν: «Ο άνδρας μου και η κουινιάδα μου τρελαίνονται από την είδηση, αλλά συμφωνούν με τον γιατρό να μην προχωρήσει σε ολική μαστεκτομή, αφού δεν είχα προετοιμασθεί κατάλληλα για κάτι τέτοιο. Έτσι ο γιατρός καθαρίζει πολύ καλά την περιοχή δίχως να αφαιρέσει τον μαστό και εγώ ξυπνώ ανύποπτη και τρισευτυχισμένη που όλα είχαν πάει καλά...».

Το μεγάλο χειρουργείο. Της έκρυσαν την αλήθεια για σαράντα ημέρες. Της έκρυσαν και την κανονική βιοψία και μόνο όταν εκείνη επέμενε να πάει πια στο ΙΚΑ

και να την πάρει μόνη της, της έφεραν μια πλαστογραφημένη... φωτοτυπία και πάλι την καθησύχασαν. Μέχρι που πέρασαν και οι γιορτές του Πάσχα και έπρεπε να κανονισθεί το μεγάλο χειρουργείο: «Τότε άρχισαν να μου σκάνε το παραμύθι. Και τότε έγινα έξαλλη. Ήταν τόση η οργή και τόσος ο θυμός μου για την εξαπάτηση και την απόκρυψη της αλήθειας, που εκείνη τη στιγμή το γεγονός του καρκίνου πέρασε σε δεύτερη μοίρα. Τα έβαλα με όλους, τους είπα ότι κανείς δεν είχε δικαίωμα να παίξει με τη ζωή μου και τηλεφώνησα στον χειρουργό για να του πω ότι ακόμη κι αν τον εμπιστευόμουν ως γιατρό δεν τον εμπιστευόμουν πια ως άνθρωπο...».

Φοβήθηκε. «Δεν είχα περιθώρια ούτε να κλάψω ούτε να μιζεριάσω. Ήθελα να ξεκαθαρίσω. Το μόνο που με ενδιέφερε ήταν να φύγει το άρρωστο κομμάτι από το σώμα μου και να ζήσω. Μπροστά στο να ζήσεις δεν σκέφτεσαι τίποτα άλλο. Εκείνη τη στιγμή αν μου έλεγαν ότι προληπτικά έπρεπε να αφαιρεθεί και ο άλλος μαστός, ειλικρινά δεν θα έφερνα αντίρρηση...».

Η πρώτη στιγμή που φοβήθηκε ήταν όταν μισοξύπνησε προς το τέλος του χειρουργείου: «Δεν πονούσα, αλλά άκουγα τους γιατρούς να μιλάνε και ένιωθα να με σφίγγουν από όλες τις μεριές την ώρα που με έραβαν. Προσπαθούσα να φωνάξω, να τους πω ότι αντιλαμβάνομαι, μα η φωνή δεν έβγαινε. Ήταν από τις χειρότερες στιγμές της ζωής μου. Ένιωσα μεγάλο φόβο και πανικό μήπως πονέσω - φοβάμαι τον πόνο, δεν τον αντέχω, με λυγίζει...».

Η χειρότερη φράση. Δεν θέλει να θυμάται τις ώρες που ακολούθησαν: «Το χέρι μου ήταν σφιχτά δεμένο πάνω στο σώμα κι όταν η νάρκωση πέρασε χρειάστηκε βαριά ναρκωτικά για τους πόνους. Δεν άντεχα τον κόσμο, νευρίαζα που όλοι προσπαθούσαν να με κανακέψουν και εκείνες τις στιγμές κατάλαβα την τραγική ειρωνεία τού να χτυπάς κάποιον που πονά στην πλάτη και να του λες 'κάνε κουράγιο, δεν είναι τίποτα, θα περάσει'. Πιστέψτε με, δεν υπάρχει χειρότερη φράση απ' αυτή!»!

«Ένθεμα». Είχε πάρει τη ζωή στα χέρια της. Η δεύτερη βιοψία, που ήταν καθαρή, παραδόθηκε στην ίδια από την παθολογοανατόμο του νοσοκομείου. Το ευτύχημα ήταν ότι ο καρκίνος ήταν μεν διηθητικός αλλά σε πρώιμο στάδιο. Η ανάρρωση ήταν αργή και δύσκολη, η προσαρμογή στα νέα δεδομένα ακόμα δυσκολότερη: «Χρειάζεσαι χρόνο για να αποδεχθείς το σώμα σου όπως διαμορφώθηκε και αναγκαστικά περνάς σε άγνωστες διαδικασίες. Στην αρχή δεν άντεχα να βλέπω ούτε την πληγή μου, χρησιμοποιούσα τον άνδρα μου σαν νοσοκόμο να κάνει τις αλλαγές, εγώ ούτε που κοιτούσα, λες και δεν ήταν δικό μου το σώμα... Ύστερα πρέπει να βρεις το κατάλληλο για την περίπτωση σου 'ένθεμα' που να προσαρμόζεται και να γεμίζει το κενό στον στήθος. Το πιο οδυνηρό για μένα ήταν ότι έπρεπε να φορώ πια στήθοδεσμο, κάτι που δεν είχα κάνει παρά ελάχιστες φορές στη ζωή μου γιατί είχα μικρά στήθη και λανθασμένα μάλιστα πίστευα ότι οι γυναίκες με μικρά στήθη δεν παθαίνουν καρκίνο του μαστού»!

Μέσα από αυτή τη διαδικασία συνειδητοποίησε και την έλλειψη του μαστού που «φέρνει τη μειονεξία στην επιφάνεια. Αναγκαστικά το περνάς και αυτό το στάδιο. Είναι τόσο φυσιολογικό, τόσο ανθρώπινο, όταν ο κίνδυνος ζωής μικραίνει...».

«Κολαστήριο». Η δεύτερη φορά που φοβήθηκε ήταν όταν κατέβαινε στο τρίτο υπόγειο του νοσοκομείου και έκανε τις ακτινοβολίες, που «για μένα ήταν σαν κολαστήριο». Είκοσι οκτώ συνολικά, μέσα σε ενάμιση μήνα «καυτού» καλοκαιριού: «Σηκωνόμουν άγρια χαράματα και στις 6 το πρωί ήμουν στο νοσοκομείο. Η νοσοκόμα με έβαζε στη θέση μου και ο γιατρός σημάδευε πού θα εστιάσει το

μηχάνημα. Ύστερα τσακίζονταν και οι δυο να βγουν έξω, κλειδώνοντας μάλιστα και την πόρτα. Μετά άναβε απ' έξω το κόκκινο φως που ειδοποιούσε τους άλλους για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας. Τότε μια φράση ερχόταν στο στόμα μου. 'Είσαι μια καρκινοπαθής γυναίκα! Κι ήταν σαν να έλεγα 'είσαι λεπρή και όλοι σε αποφεύγουν'. Η διαδικασία ήταν απαραίτητη, μα όταν είσαι στη θέση του ασθενή δεν το βλέπεις έτσι...».

Στη σκιά. Φορούσε όλο το καλοκαίρι μια καπελαδούρα να της κρατά σκιά στο στήθος και άσπρα ρούχα για να αντανakλάται ο ήλιος. Δεν έκανε καθόλου θαλασσινά μπάνια και αυτό της στοίχισε: «Καθόμουν πάντα στη σκιά και έβλεπα τους άλλους. Το χειρότερο συναίσθημα το βίωσα όταν πήγα στην παραλία με μια φίλη που της χρωστώ πολλά κι εκείνη υπερτόνισε την 'υπεροχή' της απέναντί μου φορώντας ένα προκλητικό ντεκολτέ που αποκάλυπτε το πλούσιο στήθος της! Με πλήγωσε, αλλά δεν την κρίνω. Ήταν ανθρώπινο από την πλευρά της. Θα ένιωσε μάλλον όπως όταν πηγαίνουμε σε μια κηδεία, κλαίμε και θρηνούμε για την απώλεια, αλλά κατά βάθος χαιρόμαστε που εμείς είμαστε οι ζωντανοί και έχουμε το προνόμιο να κλαίμε...».

Μην ξεχνάτε, ψηλάφηση του μαστού κάθε μήνα, τεστ Παπ και μαστογραφία κάθε χρόνο, μετά τα σαράντα ...

Πέρασε ένα ένα όλα τα στάδια. Ξεπέρασε το αίσθημα της μειονεξίας σε τέτοιο βαθμό που ξεκίνησε δυο φορές να πάει να κάνει επανορθωτική επέμβαση στήθους, «αλλά το ανέβαλα και τις δύο γιατί ανακάλυψα ότι δεν μου ήταν απαραίτητο».

Εξοικειώθηκε και προσαρμόστηκε στα νέα δεδομένα της ζωής της. Που δεν ήταν πια η ίδια. Ούτε εκείνη ήταν η παλιά Κατερίνα: «Η ζωή μου έγινε ξαφνικά τόσο πλούσια, γιατί εγώ ανακάλυψα την τεράστια αξία της. Γύρισα το βλέμμα μου πίσω και είδα όλα μου τα λάθη. Είδα μια Κατερίνα που έβλεπε μόνο τη μία πλευρά των πραγμάτων και πίστευε ότι πάντα είχε δίκιο. Μια μαχητική Κατερίνα που ήθελε πάντα να επιβάλλει το δικό της δίκιο - στον άνδρα και τον γιο της. Ξαφνικά άρχισα να βλέπω και μέσα από το οπτικό πρίσμα των άλλων. Να 'ακούω' βαθύτερα και ουσιαστικά. Και να ανακαλύπτω πράγματα που δεν πίστευα ότι υπήρχαν...». Κάπως έτσι ξεπήδησε και η ανάγκη της να μοιρασθεί το βίωμά της και με άλλες γυναίκες που αντιμετώπισαν το ίδιο πρόβλημα. Άκουσε για τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Μαστεκτομή και ήρθε σε επαφή με τους ανθρώπους του: «Εκεί έφτασα στο σημείο να πω 'σ' ευχαριστώ, καρκίνε, που ήρθες στη ζωή μου». Τελικά ο καρκίνος άλλαξε ριζικά τη ζωή μου και με δίδαξε όσα δεν είχα διδαχθεί σε όλη την ανθρώπινη πορεία μου.

Ήταν από τις λίγες γυναίκες που άντεξαν τέσσερα χρόνια στην Ομάδα Ψυχολογικής Στήριξης του συλλόγου: «Είχαμε υπογράψει ένα νοερό συμβόλαιο ότι όσες τελικά αντέξουμε έως το τέλος να γυρίσουμε το 'μέσα έξω' θα παραμέναμε και θα συναντιόμασταν κάθε Πέμπτη για να συνεχίσουμε τη δουλειά με τον εαυτό μας. Έτσι και έγινε. Δουλεύοντας για τον εαυτό σου σιγά σιγά έρχεται το θαύμα και για τους γύρω, όλοι επωφελούνται από αυτό και είσαι σε θέση να βοηθήσεις και τις άλλες γυναίκες που μπαίνουν στο πρόβλημα...».

Αυτό ακριβώς κάνει τα τελευταία χρόνια. Βρίσκεται συχνά, ως εθελόντρια, κοντά σε χειρουργημένες γυναίκες που είναι σαν να ξυπνούν από έναν εφιάλητη στονθάλαμο κάποιου νοσοκομείου. Ξέρει πως θα «αγγίξει», ξέρει τι θα πει, το έχει βιώσει και έχει κάνει την αναδρομή πολλές φορές. Το πιο σημαντικό: Μια γυναίκα που υποβάλλεται σε μαστεκτομή και βλέπει μπροστά της υγιή κάποια που πέρασε από το

ίδιο κρεβάτι, ακόμη κι αν δεν της πει τη μαγική λέξη 'σε καταλαβαίνω, ξέρω, το έχω περάσει', έχει ολοζώντανη την ελπίδα μπροστά της...

Σε όλες εμάς που είμαστε ανυποψίαστες όπως πριν από οκτώ χρόνια εκείνη, ένα είναι το μήνυμα που θέλει να περάσει η Κατερίνα Πλαστουργού: «Πρόληψη στον καρκίνο του μαστού δεν υπάρχει! Μονάχα έγκαιρη διάγνωση. Μην ξεχνάτε, ψηλάφηση του μαστού κάθε μήνα, τεστ Παπ και μαστογραφία κάθε χρόνο, μετά τα σαράντα. Όσο νωρίτερα τόσο καλύτερα. Αγάπη κυρίως και φροντίδα για τον εαυτό σας...». (www.tanea.gr , 2011)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Γυναίκα 57 ετών, στις 25-8-2005, πραγματοποίησε μαστογραφία χαμηλής δόσης, στην οποία προβάλλεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού πρόσθετη σκίαση διαμέτρου περί τα 2cm με ακανόνιστα όρια και συνυπάρχει ευμεγέθης μασχαλιαίος λεμφαδένας. Επίσης, στο άνω και έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού προβάλλονται δύο στρόγγυλες σκιάσεις με σαφή εν πολλοίς όρια, η μεγαλύτερη των οποίων έχει μέγιστη διάμετρο περί του 1,5cm.

Το συμπέρασμα αυτής της εξέτασης είναι η πρόσθετη σκίαση στο δεξιό μαστό, το οποίο συνοδεύεται από μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια και επίσης, δύο πρόσθετες σκιάσεις στον αριστερό μαστό με σαφή όρια (πιθανές κύστες).

Δεύτερη μαστογραφία, μετά το πρώτο αποτέλεσμα, πραγματοποιήθηκε στις 13-12-2008 και τα ευρήματα της ήταν μεγάλη μιτωτική εξεργασία περί τα 6cm, η οποία εντοπίστηκε στον αριστερό μαστό. Αυτή η βλάβη, έχει ανώμαλη παρυφή και φέρει αποπιτανώσεις. Επίσης, συνυπάρχουν σκιερά μορφώματα στο άνω και έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού, το πρώτο με σαφή παρυφή και το δεύτερο (περί τα 1,5 cm) με λοβωτή και ελαφρώς ανώμαλη παρυφή.

Επίσης, με την επισκόπηση βρέθηκε παχυσμένο δέρμα στο δεξιό μαστό και εισολκή δεξιάς θηλής. Στις 3-3-2009 ξεκίνησε ο προγραμματισμός πορείας νόσου της γυναίκας. Στις 10-3-2009 έγιναν Ca δείκτες, στις 11-3 CT κοιλίας, στις 12-3 scan οστών και FNA μαστού. Με βάση το σωματικό βάρος της κυρίας, (108kg) και το ύψος της (1,50m) στις 15-3 ξεκίνησε ο 1^{ος} κύκλος χημειοθεραπείας. Στις 4-4 πραγματοποιήθηκε κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων από FNA όγκου δεξιού μαστού. Παρατηρήθηκαν εντός αιμορραγικού υποστρώματος μεμονωμένα κύτταρα και αρκετές ομάδες νεοπλασματικών κυττάρων με ανισοπυρήνωση, υπερχρωσία πυρήνων, ανώμαλη κατανομή της χρωματίνης, διαταραχή πυρηνοκυτταροπλασματικής αναλογίας και αρκετά βασεοφιλοκυτταροπλάσματα. Με αυτή την εξέταση παρατηρήθηκε εικόνα συμβατή με αδενοκαρκίνωμα μαστού. Στις 8-4 έγινε 2^{ος} κύκλος της θεραπείας. Στις 26-4 παρατηρήθηκε μείωση των διαστάσεων της μάζας μαστού, δόθηκε αντιβίωση και εστάλησαν Ca δείκτες. Στις 19-5 πραγματοποιήθηκε CT πνευμονικών αγγείων, στην οποία παρατηρήθηκε διογκωμένος λεμφαδένας 1cm αριστερά παραορτικά. Επίσης, και στη δεξιά μασχαλιαία χώρα τουλάχιστον 2cm με μέγεθος 2cm. Επίσης, παρατηρήθηκε ύπαρξη συμπαγούς ιστού με ακτινοειδές προεκβολές εντός του πειραματικού λίπους του δεξιού μαστού ως επί κακοήθους εξεργασίας. Στις 6-6 έγινε χειρουργείο αφαίρεσης δεξιού μαστού. Η παθολογοανατομική διάγνωση έδειξε διηθητικό πορογενές καρκίνωμα του μαστού, ιστολογικού βαθμού κακοήθειας (grade) III. Το νεόπλασμα επεκτείνεται στο χόριο του δέρματος με παρουσία νεοπλασματικών εμβολών εντός λεμφαγγείων. Η μικρότερη απόσταση του νεοπλάσματος από το εν τω βάθει χειρουργικό όριο είναι 0,2 cm. Στο υπόλοιπο παρέγχυμα αναγνωρίζονται αλλοιώσεις απλής ινώδους κυστικής νόσου. Οι δύο από τους τρεις λεμφαδένες εμφανίζουν νεοπλασματική διήθηση, με διάσπαση της κάψας τους και παρουσία νεοπλασματικών εμβολών εντός λεμφαγγείων του περιβάλλοντος του λιπώδους ιστού. Η γυναίκα θα συνεχίσει με τον 4^ο κύκλο χημειοθεραπείας. Στις 12-7 έγινε έναρξη χημειοθεραπείας με Herceptin και λεγιναν εξετάσεις Ca δείκτες, CT κοιλίας και Ro θώρακος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 1

1. Νοσηλευτική Διάγνωση
<u>Κοινωνική απομόνωση λόγω μειωμένης προσαρμοστικής ικανότητας στην νέα κατάσταση</u>
2. Αντικειμενικός Σκοπός
Να προσαρμοστεί η ασθενής στο νέο περιβάλλον όσο το δυνατόν καλύτερα, σε διάστημα 6 μηνών.
3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας
Καθημερινή ενθάρρυνση της ασθενούς να συνεχίσει τις καθημερινές της δραστηριότητες στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, ώστε να μην απομονωθεί από τον κοινωνικό περίγυρο. Προτροπή της συμμετοχής της σε συλλόγους γυναικών με καρκίνο μαστού για ανταλλαγή απόψεων και έκφραση των ανησυχιών της. Η παρακολούθηση θα γίνεται μετά από συνάντηση του κοινοτικού νοσηλευτή της ασθενούς, κάθε 15 ημέρες.
4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας
<ul style="list-style-type: none"> ο Έγινε συζήτηση με την ασθενή όπου διαπιστώσαμε ότι υπάρχουν ενδιαφέροντα που μπορεί να διατηρήσει. ο Επίσης, έδειξε ενδιαφέρον να επισκεφτεί συλλόγους γυναικών με καρκίνο μαστού. ο Οι συναντήσεις με τον κοινοτικό νοσηλευτή, έγιναν όπως είχαν προγραμματιστεί στο χώρο τον οποίο η ίδια επιθυμούσε.
5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας
Τα αποτελέσματα του προγραμματισμού, ήταν αρκετά ικανοποιητικά. Η ασθενής ήδη από της αρχή του προγράμματος προσαρμόστηκε στα νέα προγράμματα και δήλωσε πως θα συνεχίσει να επισκέπτεται τους συλλόγους, διότι εκεί της προσφέρουν υποστήριξη και την ευκαιρία της ελεύθερης έκφρασης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 1**1. Νοσηλευτική Διάγνωση**

Αδυναμία λόγω συνεχιζόμενης ανορεξίας και απώλειας βάρους

2. Αντικειμενικός Σκοπός

Αύξηση σωματικού βάρους με την πρόσληψη τροφής σε 10 ημέρες.

Επίσης, πρέπει να κατανοήσει το πρόβλημα της ώστε να το αντιμετωπίσει με την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού.

3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας Ενημέρωση της ασθενούς για την σημασία της λήψης τροφής. Σχεδιασμός δίαιτας πλούσιας σε θερμίδες σε συνεργασία με διαιτολόγο.

Επίσης, σε συνεργασία με το γιατρό να γίνει χορήγηση ορεξιογόνων φαρμάκων εφόσον θα κριθεί απαραίτητο.

4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

ο Έγινε η ενημέρωση της ασθενούς η οποία κατάλαβε το πρόβλημα της και δήλωσε πρόθυμη να συνεργαστεί.

ο Η ασθενής παρακολουθείται κατά τη διάρκεια του γεύματος και ενθαρρύνεται.

ο Τα ορεξιογόνα φάρμακα χορηγήθηκαν κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

ο Επίσης, κατά τη διάρκεια του φαγητού επιτράπηκε στα συγγενικά πρόσωπα της ασθενούς να παρευρίσκονται δίπλα της

5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Μετά από 10 ημέρες βελτιώθηκε η όρεξη της ασθενούς και τα αποτελέσματα της δίαιτας ήταν ενθαρρυντικά, καθώς το βάρος της ασθενούς αυξήθηκε κατά 2 kg. Έγινε πρόταση να συνεχιστεί και η ίδια δίαιτα και μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 3

1. Νοσηλευτική Διάγνωση

Διαταραχή ύπνου της ασθενούς λόγω πόνου

2. Αντικειμενικός Σκοπός

Βελτίωση του ύπνου της ασθενούς, σε διάστημα 2 ημερών.

3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Να χορηγηθούν παυσίπονα κατόπιν ιατρικής οδηγίας

Επίσης, να ληφθούν μέτρα που προάγουν τον ύπνο

4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

ο Σύμφωνα με εντολή γιατρού χορηγήθηκαν παυσίπονα 1 ώρα πριν την βραδινή κατάκλιση της ασθενούς.

ο Επίσης, δόθηκε ένα ζεστό ρόφημα και την προτρέψαμε να ακούσει απαλή μουσική ή να κάνει ένα ζεστό μπάνιο για να ηρεμήσει πριν κοιμηθεί.

5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η ασθενής κοιμήθηκε περισσότερες ώρες αυτές τις 2 νύχτες.

Θα συνεχιστεί η χορήγηση των παυσίπων για όσο διαρκεί ο πόνος της ασθενούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ 4

1. Νοσηλευτική Διάγνωση

Μειωμένη σωματικήκινητικότητα λόγω μαστεκτομής

2. Αντικειμενικός Σκοπός

Να αυξηθεί η κινητικότητα του προσβεβλημένου άκρου, σε διάστημα 5 ημερών.

3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η ασθενής διδάσκεται ασκήσεις που θα την βοηθήσουν να αυξήσει την κινητικότητα του χεριού, της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευρά και να διατηρήσει τον μυϊκό τόνο.

Επίσης, η ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται σε κάθε άσκηση.

4. Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

ο Η ασθενής διδάχθηκε ασκήσεις που βοηθούν στην έκταση του προσβεβλημένου άκρου και στην ευλυγισία του ώμου, όπως το πέταγμα της μπάλας και το γύρισμα του σχοινού.

ο Της ζητήθηκε να τις επαναλάβει μόνη της, για να βεβαιωθούμε πως τις εμπέδωσε σωστά, ενώ παράλληλα είχε την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού.

5. Αξιολόγηση Αποτελέσματος Νοσηλευτικής Φροντίδας

Μετά από 5 ημέρες η κινητικότητα του χεριού της σύστοιχης πλευράς με την μαστεκτομή, βελτιώθηκε ελαφρώς.

Η ασθενής δείχνει να έχει περισσότερη άνεση στις κινήσεις της και συνεχίζει να συνεργάζεται με περισσότερη θέληση και κουράγιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα που προσβάλλει τις γυναίκες σε όλο τον κόσμο και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η πρόληψη ή η έγκαιρη διάγνωση.

Η αιτία παρουσίας του καρκίνου του μαστού στον ανθρώπινο οργανισμό δεν έχει βρεθεί. Υπάρχουν όμως κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, όπως η κληρονομικότητα, το φύλλο, η ηλικία, η ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, ο θηλασμός, η διατροφή διάφοροι ορμονικοί παράγοντες και άλλοι.

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού έχει μεγάλη αξία. Διακρίνεται σε δυο κατηγορίες την πρωτογενή πρόληψη και δευτερογενή πρόληψη. Στόχος της πρόληψης είναι η σωστή ενημέρωση, η πραγματοποίηση αυτοεξέτασης των μαστών καθώς και η εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου του πληθυσμού.

Η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι όπου περιλαμβάνει την κλινική εξέταση, διάφορες εργαστηριακές-αιματολογικές- κυτταρολογικές εξετάσεις, τη μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, τη μαγνητική, την αξονική τομογραφία, τη θερμογραφία καθώς και άλλες μεθόδους διάγνωσης του καρκίνου του μαστού.

Η θεραπεία περιλαμβάνει 4 βασικές μεθόδους τη Χειρουργική, τη Χημειοθεραπεία, την Ακτινοθεραπεία και την Ορμονοθεραπεία οι οποίες χρησιμοποιούνται ανάλογα με την περίπτωση, τις ενδείξεις και τον γιατρό. Τέλος, ο νοσηλευτής καλείται και σε αυτό το ρόλο του να ενημερώνεται συχνά για τις εξελίξεις και τις καινοτομίες στην επιστήμη, να παρέχει ενημέρωση στους ασθενείς του, να βοηθάει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης της νόσου, να παρέχει ψυχοσωματική υποστήριξη και να είναι σε θέση να εκτιμά, να αξιολογεί και να εφαρμόζει νοσηλευτική φροντίδα.

1. Κάθε γυναίκα ηλικίας 35-50 ακόμα και αν δεν έχει σημάδια για καρκίνο μαστού πρέπει να κάνει μαστογραφία κάθε 2 χρόνια.

2. Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας σε ότι αφορά τις εκδηλώσεις της νόσου και τις μεθόδους πρόληψης.

3. Δημιουργία κέντρων ενημέρωσης από ειδικευμένους νοσηλευτές για τον καρκίνο του μαστού και δυνατότητα πραγματοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων ακόμα και σε απομακρυσμένες πόλεις και χωριά.

4. Να γίνεται συνεχής ενημέρωση στους επαγγελματίες υγείας για τις νέες εξελίξεις και καινοτομίες στην νοσηλευτική επιστήμη και ογκολογία.

5. Κάθε γυναίκα που εμφανίζει συμπτώματα θα πρέπει να απευθύνεται στον γιατρό της.

6. Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και ανοιχτή συζήτηση με άτομα που έχουν περάσει το στάδιο της διάγνωσης και της αντιμετώπισης της νόσου.

7. Να διδαχτούν όλες οι γυναίκες να αγαπούν και να προσέχουν το σώμα τους και να υπογραμμιστεί η έννοια της πρότασης : « Δεν θέλω να κοιμάμαι ήσυχη, θέλω να ζήσω ήσυχη ».

Έρευνα: Αύξηση των θανάτων από καρκίνο του μαστού και τραχήλου της μήτρας

Ο αριθμός των κρουσμάτων και των θανάτων από καρκίνο του μαστού και καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αυξάνεται στις περισσότερες χώρες του κόσμου και ειδικά

στις φτωχότερες, όπου περισσότερες γυναίκες πεθαίνουν σε μικρότερες ηλικίες, σύμφωνα με παγκόσμια έρευνα για τις ασθένειες.

Οι ερευνητές του Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) στο πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον διαπίστωσαν ότι τα κρούσματα καρκίνου του μαστού υπερδιπλασιάστηκαν σε όλο τον κόσμο μέσα σε τρεις δεκαετίες -από 641.000 κρούσματα το 1980 έφθασαν τα 1,6 εκατομμύρια το 2010- ρυθμός που ξεπερνά κατά πολύ την παγκόσμια αύξηση του πληθυσμού.

Κατά την ίδια χρονική περίοδο, οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού αυξήθηκαν από 250.000 ετησίως σε 425.000 ετησίως-- αύξηση με βραδύτερους ρυθμούς, γεγονός που αποδεικνύει ότι ο προληπτικός έλεγχος και τα θεραπευτικά προγράμματα, κοινά στις πλουσιότερες χώρες σήμερα, έχουν θετικό αντίκτυπο.

Ο αριθμός των κρουσμάτων του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αυξήθηκε από 378.000 κρούσματα το 1980 σε 454.000 το 2010 και οι θάνατοι από την ίδια μορφή καρκίνου αυξήθηκαν σχεδόν με τον ίδιο ρυθμό, σύμφωνα με την έρευνα που δημοσιεύτηκε χθες Πέμπτη στην ιατρική επιθεώρηση Lancet.

«Οι γυναίκες σε χώρες με υψηλό εισόδημα όπως οι ΗΠΑ και η Βρετανία επωφελούνται από τις έγκαιρες διαγνωστικές εξετάσεις, τις φαρμακευτικές αγωγές και τα εμβόλια,» δήλωσε ο Ραφαέλ Λοτζάνο, καθηγητής Παγκόσμιας Υγείας στο IHME, ο οποίος συμμετείχε στην έρευνα.

«Παρατηρούμε ότι το βάρος (των κρουσμάτων) καρκίνου του μαστού και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μετατοπίζεται στις χαμηλού εισοδήματος χώρες στην Αφρική και την Ασία».

Όπως είπε, αυτή είναι μία από τις πρώτες ενδείξεις της αυξανόμενης απειλής των αποκαλούμενων μη μεταδιδόμενων ή χρόνιων παθήσεων στις αναπτυσσόμενες χώρες.

«Όλοι μιλούσαν για αυτή την απειλή. Τώρα η τάση διαφαίνεται ξεκάθαρα,» σχολίασε.

Η έρευνα διαπίστωσε ότι από το 1980 τα νέα κρούσματα και οι θάνατοι από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας αυξήθηκαν κυρίως στη νότια και ανατολική Ασία, τη Λατινική Αμερική και την Αφρική, αλλά μειώθηκαν σημαντικά στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ειδικά σε εκείνες όπου ο διαγνωστικός έλεγχος είναι ευρέως διαδεδομένος.

Ωστόσο, η ασθένεια υπήρξε η αιτία θανάτου 200.000 γυναικών παγκοσμίως μέσα στο 2010, εκ των οποίων οι 46.000 ζούσαν στις αναπτυσσόμενες χώρες και βρίσκονταν σε αναπαραγωγική ηλικία.

Οι ερευνητές δήλωσαν ότι τα ευρήματά τους καθιστούν ακόμη πιο επιτακτική την ανάγκη για έκκληση από τους ειδικούς της δημόσιας υγείας προς τους παγκόσμιους ηγέτες να θέσουν ως πρώτη προτεραιότητα στις φτωχότερες χώρες τον διαγνωστικό έλεγχο, την θεραπεία και την εκπαίδευση.

Τα Ηνωμένα Έθνη πραγματοποιούν σε ανώτατο επίπεδο διάσκεψη για τις χρόνιες παθήσεις, όπως ο καρκίνος, τα καρδιακά νοσήματα, οι παθήσεις του πνεύμονα και ο διαβήτης, στις 19 και 20 Σεπτεμβρίου στη Νέα Υόρκη.

«Αν περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας κατά τα αναπαραγωγικά τους χρόνια, αυτό ασκεί μεγαλύτερη πίεση στις οικογένειες και στις κοινωνίες που ήδη πλήττονται από τα υψηλά ποσοστά μολυσματικών ασθενειών και παιδικής θνησιμότητας,» δήλωσε ο επικεφαλής της έρευνας Μοχάμεντ Φορουζανφάρ του IHME.

Τα διαγνωστικά προγράμματα για το καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας -σχεδιασμένα για να εντοπίζουν τον καρκίνο έγκαιρα και να μεγιστοποιούν έτσι την πιθανότητα αποτελεσματικής θεραπείας- εφαρμόζονται εδώ και πολλές δεκαετίες σε πολλές πλούσιες χώρες.

Πολλές αποτελεσματικές θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού είναι επίσης διαθέσιμες στις γυναίκες στις ανεπτυγμένες χώρες.

Πιο πρόσφατα, εγκαινιάστηκαν τα εθνικά προγράμματα ανοσοποίησης με τη χρήση νέων εμβολίων των φαρμακοβιομηχανιών Merck και GlaxoSmithKline για την προστασία των κοριτσιών από τον ιό των κονδυλωμάτων (HPV) που ευθύνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Εν μέρει ως αποτέλεσμα των προνομίων αυτών στις πλούσιες χώρες, η έρευνα διαπίστωσε ότι ενώ το 1980 το 65% όλων των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού καταγράφονταν στις ανεπτυγμένες χώρες μέχρι το 2010 το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε λιγότερο από το ήμισυ.

Σε κάποιες φτωχότερες χώρες σημειώθηκε αύξηση στα κρούσματα καρκίνου του μαστού μεγαλύτερη του 7,5% τον χρόνο στη διάρκεια των 30 χρόνων που εξέτασε η έρευνα-υπερδιπλάσια του παγκόσμιου ρυθμού.

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι πολύ υψηλότερος στις αναπτυσσόμενες χώρες σε σχέση με τις ανεπτυγμένες. Συνολικά, το 76% των νέων κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καταγράφονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στην υποσαχάρια Αφρική συναντάται το 22% των παγκοσμίων κρουσμάτων αυτής της μορφής καρκίνου. (www.kathimerini.com.cy , 2011)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται μια νόσος επικίνδυνη ακόμα και στις μέρες μας όπου η επιστήμη έχει κάνει προόδους για την εξάλειψή της. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου στις γυναίκες. **Σκοπός** της εργασίας αυτής είναι η προσωπική μου επιστημονική ενημέρωση, καθώς και η ενημέρωση του κοινού και ειδικότερα των γυναικών για τη μεγάλη έκταση που έχει στις μέρες μας ο καρκίνος του μαστού και το πώς εμείς οι νοσηλεύτες μπορούμε να συμβάλουμε στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου. Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου στον γυναικείο πληθυσμό. Εμφανίζεται σπάνια σε γυναίκες κάτω των 30 ετών, αλλά η συχνότητά του αυξάνεται με την ηλικία. Στη χώρα μας η συχνότητα του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της αλλαγής του τρόπου ζωής όπως η εγκυμοσύνη σε μεγαλύτερες ηλικίες, η χρήση ορμονών, οι εκτρώσεις, η καθιστική ζωή, η διατροφή, κ.ά.. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και η νοσηλευτική φροντίδα ξεκινάει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής έρθει σε επαφή με τον ασθενή και τελειώνει με την ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενούς πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο μαστός για τη γυναίκα συμβολίζει 2 σημαντικές πτυχές, τη μητρότητα και την ερωτική υπόσταση. Η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού μπορεί να φέρει κάποια παραμόρφωση του μαστού ή και αφαίρεσή του, καταστάσεις που δημιουργούν άγχος, φόβο, θλίψη, απελπισία ακόμα και κατάθλιψη στην γυναίκα. Ο νοσηλευτής οφείλει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής, να ακούει και να δίνει απαντήσεις στις απορίες της, να την ενημερώνει για την ασθένεια, να την προετοιμάζει για προσαρμογή στις νέες συνθήκες ζωής της και να φροντίζει την ψυχοσωματική υγεία της ασθενούς.. **Συμπερασματικά**, η νόσος του καρκίνου του μαστού παραμένει ένα από τα βασικά προβλήματα υγείας, καθώς εμφανίζει αυξανόμενα ποσοστά επίπτωσης της νόσου. Επομένως, ο προληπτικός έλεγχος του πληθυσμού με μαστογραφία και αυτοεξέταση του μαστού μπορεί να μειώσουν τη θνησιμότητα. Άλλωστε να μην ξεχνάμε ότι : « η καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου είναι η πρόληψή της ».

SUMMARY

Nowadays breast cancer is considered a dangerous disease even though science has progressed significantly in order to eradicate it. It is estimated that in Greece breast cancer rates are the first among the causes of female mortality rates. **The purpose of this project** is to familiarize myself as well as the public and especially women about the magnitude of breast cancer rates and how we, as nurses, can contribute to its prevention and treatment. Breast cancer is the most common type of cancer in the female population. It rarely appears in women under the age of thirty, but its frequency increases with age. In our country the frequency of breast cancer has increased over the last years because of changes in life style such as pregnancy in older age, the use of hormones, higher rates of abortions, sedentary lifestyles, unhealthy nutrition and the like. The role of a nurse is multidimensional and nursing care starts when the nurse comes into contact with the patient. It finishes when the patient is fully aware of their condition and it is ready for discharge from hospital. Breasts symbolize two important notions: motherhood and erotic substance. Its treatment can disfigure the breasts or even result in the abstraction of a breast, situations which cause stress, fear, hopelessness or even depression. The nurse must create an atmosphere of trust and feelings of acceptance, listen and give answers concerning queries, inform the patient, prepare for the new adaptations in the new way of life and take care of the patient psychosomatic health. **In conclusion**, breast cancer remains one of the main health problems since increased percentage appear. Thus, regular mammography check-ups and self-examination can reduce the mortality rate. Besides let's not forget that « the best treatment of breast cancer is its prevention».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμίδου Θ. , Κατσοπούλου Β. , Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή, ο ρόλος των νοσηλευτών, www.iatronet.org, 2003.
- Αθανασίου Α., www.tanea.gr , 18/8/11
- Αντωνιάδου Θ. , Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, Τεύχος 10⁰, Εκδότης Σκούρτα Ι., Αθήνα 2008, σ.14-15.
- Αποστολίδης Ν., «Συνοπτική Γενική Χειρουργική», Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1987, σ. 79-109
- Αραβαντίνος Δ., «Παθολογία της γυναίκας», Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1985, σ. 368, 372-374, 392, 704, 707
- Βασιλειάδης Γ., www.iatrotek.online.gr, 2007, 3/5/11
- Βαρσάμη Γ., Καρκίνος του Μαστού και αποκατάσταση στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας, πτυχιακή εργασία, εισηγητής Δετοράκης Ι., Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2003, σ. 73-74.
- Breast cancer Treatment., www.omnimedicalsearch.com, 15/6/11
- British Psychological Society., www.medlook.gr,
- Γλέντης Κ.Π., ειδικός χειρουργός, www.surgeon.gr, 24/5/11
- Healthy living, www.E.D.gr, 2009, 5/8/11
- Ιατρική Εταιρεία Χίου, www.chios-medical.gr, 17/6/11
- Icus., www.nursing.gr, 6/7/11
- Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., www.lydia.mouzaka.gr, 7/5/11
- Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., www.mastologos.gr/articles/14-breast-cancer-freqency, 2009, 12/7/11
- Κέντρο πρόληψης, www.ftbc.gr, 16/7/11
- Κεραμόπουλος Α., Νεοπλασίες, Τόμος 2^{0ς}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ. 404-405.
- Κοκκώλης Κ., www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art-id=7457, 25/7/11
- Κονιάρη Ε., Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σ. 172-173, 190-193.
- Κυριακίδου Θ.Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική, Έκδοση 6^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Ταβιθα, Αθήνα 2005, σ. 45-48.
- Λαβδανίτη Μ., «Καρκίνος μαστού», Νοσηλευτική, σ. 182-184
- Λεονταρίτου Α., www.bestrong.gr., 2007., 16/5/11
- Leger L., Μετάφραση Κινόγλου Γ., Επιμέλεια Ανδρουλάκης Γ., «Χειρουργική Σημειολογία», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2003, σ. 369, 372-374
- Lippert H., Ανατομική, κείμενο και Άτλας, Έκδοση 5^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1993 σ.82-89.
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική Χειρουργική-Παθολογική, Τόμος 2^{0ς}, Μέρος 2⁰, Έκδοση 20^η, Επιστημονικές Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2003, σ. 79-109.
- Μαρκόπουλος Χ., www.markopoulos.gr, 2007, 23/4/11
- Medlife, “Δύο σαν κι εμάς”, Τεύχος 7⁰, Εκδόσεις Επιφάνεια Α.Ε., Αθήνα 2000, σ. 11.
- Μόσχου-Κάκου Α., Ογκολογική Νοσηλευτική, Πάτρα 1999, σ. 3-9.

- Μουζάκα Λ., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β., Σύγχρονη Μαστολογία, Τόμος 1^{ος}, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2007, σ. 16-39.
- Μπούτης Λ.- Πινακίδης Μ., «καρκίνος μαστού», Εκδόσεις University Press, Θεσσαλονίκη 1993
- National Research Center for Women and Families., www.wikipedia.org, 12/5/11
- Παναγιωτοπούλου Α., www.bestrong.gr, 30/4/11
- Παπανικολάου Ν., Μαστολογία, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ. 438-445.
- Σαχίνη-Καρδάση Α., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts, Αθήνα 2006, σ. 481-489.
- Σολομών Ε., www.oekk.gr, 3/7/11
- Σπηλιώτης Ι., Καρκίνος «Από την άγνοια... στον φόβο», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σ. 20-22.
- Τζωρακολευτεράκης Ε., «Χειρουργικές Παθήσεις του μαστού», Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ. 8, 13-14, 32-39, 62-63
- Τοίκος Ν., Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη Σ., Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II, Έκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, σ. 22-31.
- Τοκμακίδης Π., Ο Γυναικείος Μαστός, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2001, σ. 183-190, 200-201, 211-212, 230-236.
- Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1986, σ. 49-56.
- Treatment & Side Effects, www.breastcancer.org, 14/7/11
- Φιλιππούλου Ν., Καρκίνος Μαστού, πτυχιακή εργασία, εισηγητής Ζήσης Θ., Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2006, σ. 77-78, 83-84.
- Φύσσας Γ.Π., www.mastology.gr, 2008, 5/8/11
- Χατζημπούγιας Ι., Στοιχεία ανατομικής των ανθρώπων, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις GN Desing, Αθήνα 2002, σ. 158-160.
- Womanonly., www.loipon.gr, 16/5/11
- Women's Health Information, www.breastofcanada.com, 14/7/11
- www.breastcancer.gr, 19/6/11
- www.breastcancer.hellas.gr, 15/5/11
- www.cancer.gr, 19/6/11
- www.gym.gr/artman/publish/article-4asp, 2008, 25/5/11
- www.healthin.gr, 2008, 7/4/11
- www.kathimerini.com.cy, 19/9/11
- www.roche.gr/portal/eipt/Greece/portal/roche.gr/breastcancer, 2008, 30/6/11