

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ
ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



Εποπτεύον

Δρ. Νίκος Στεφανόπουλος

Επίκουρος Καθηγητής

Επιμέλεια:

Ελευθερίου Λουκία

Ιωάννου Δήμητρα

φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ 2011

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους στις γυναίκες. Η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπισή του είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τις ασθενείς.¹

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η αδιάκοπη συγκέντρωση στοιχείων που θα βοηθήσουν στην πληρέστερη και λεπτομερέστερη κατανόηση της ασθένειας, καθώς επίσης και η διαφώτιση του κοινωνικού συνόλου για τους τρόπους πρόληψης, μέσο της ερευνητικής διεργασίας που έχει πραγματοποιηθεί.

Η έρευνα αυτή αποτελείται από δυο μέρη. Το γενικό μέρος και το ειδικό μέρος.

Στο γενικό μέρος: αναφέρονται γενικά στοιχεία για το καρκίνο του μαστού, όπως ανατομία, φυσιολογία, επιδημιολογία, είδη όγκων, μεταστάσεις και άλλα. Επίσης αναφαίρετε η πρόληψη, η πρόγνωση και η θεραπεία.

Στο ειδικό μέρος: αναφέρονται τα αποτελέσματα τις έρευνας για την πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού, καθώς επίσης και προτεινόμενα μέτρα για την πρόληψη έναντι του καρκίνου του μαστού. Καθώς όλοι γνωρίζουμε ότι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι ο καλύτερος σύμμαχος για τη ζωή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει και σήμερα για τις γυναίκες η κύρια αιτία θανάτου τους από κακοήθεια. Οι αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού είναι το φύλο, η ηλικία, το επιβαρημένο κληρονομικό ή ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού, ηλικία εμμηναρχής, εμμηνόπαυσης και πρώτου τοκετού, θηλασμός, λήψη ορμονών και διαιτητικοί παράγοντες.

Σκοπός της εργασίας μας είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή φροντίδας κατά την διάρκεια αλλά και μετά την θεραπεία. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που οφείλει να ενημερώσει την ασθενή καθώς και την οικογένειά της δίνοντας συμβουλές σχετικά με την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Η πιθανότητα καρκίνου του μαστού είναι πολύ χαμηλή σε γυναίκες κάτω των 20 ετών και βαθμιαία αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να πραγματοποιείται μικρό χρονικό διάστημα πριν την μαστογραφία. Από την ηλικία των 20 ετών συστήνεται στις γυναίκες η προαιρετική μηνιαία αυτοεξέταση του μαστού. Οι μελέτες για τη χρησιμότητα της αυτοεξέτασης στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού παραμένουν αντικρουόμενες. Ωστόσο, στις γυναίκες που επιλέγουν να αυτοεξετάζονται είναι απαραίτητη η εκμάθηση της σωστής τεχνικής. Θεωρείται εξίσου σπουδαία η ενημέρωση της γυναίκας σχετικά με το πόσο σημαντικό είναι να αναφέρει αμέσως στο ιατρό οποιοδήποτε σύμπτωμα παρατηρήσει από το μαστό της.

Η μαστογραφία παραμένει η πιο αποτελεσματική και πολύτιμη μέθοδος για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού . Επειδή παρά τα όσα έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η ασθένεια αυτή εξακολουθεί να απειλή το γυναικείο φύλο σε ολόκληρο τον πλανήτη. Η αντιμετώπιση της νόσου πρέπει να στραφεί στο στόχο της ανίχνευσης και της έγκαιρης διάγνωσης.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	
1.1 Οι κυριότερες αιτίες θανάτου παγκοσμίως.....	9
1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία παγκοσμίως.....	11
1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία καρκίνου του μαστού.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	
2.1 Γενικά.....	17
2.2 Ανατομία.....	18
2.3 Φυσιολογία.....	21
2.4 Παθολογική Ανατομική.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΛΗΨΗ	
4.1 Γενικά.....	34
4.2 Πρωτοβάθμια Πρόληψη.....	35
4.3 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ Πρόληψη.....	38
4.4 Τριτοβάθμια Πρόληψη.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ	
5.1 Κλινική Συμπτωματολογία.....	43
5.2 Διάγνωση.....	44
5.2.1 Φυσική εξέταση.....	45
5.2.2 Ιστορικό.....	49
5.2.3 Εργαστηριακός έλεγχος.....	51
5.2.4 Απεικονιστικές εξετάσεις.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	
6.1 Σταδιοποίηση καρκίνου.....	66
6.1.1 Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου.....	67
6.1.2 Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες.....	68
6.1.3 Μεταστάσεις.....	69
6.2 Βαθμοποίηση.....	71
6.3 Πρόγνωση.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:ΘΕΡΑΠΕΙΑ

7.1 Γενικά.....	75
7.2 Συντηρητική Θεραπεία.....	76
7.3 Χειρουργική Θεραπεία.....	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

8.1Γενικά.....	85
8.2 Ο ρόλος του Νοσηλευτή την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων....	87
8.3 Νοσηλευτική φροντίδα στη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου..	89
8.4 Νοσηλευτική φροντίδα στην χημειοθεραπεία.....	91
8.5 Νοσηλευτική φροντίδα στην ακτινοθεραπεία.....	92

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ

Ερευνητικό Πλάνο.....	95
Πίνακες και Γραφήματα.....	98

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	111
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	116

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μολονότι ο καρκίνος θεωρείται ως μια ασθένεια, στην πραγματικότητα περιλαμβάνει τουλάχιστον διακόσια διαφορετικά νοσήματα. Για τους περισσότερους καρκίνους δεν υπάρχει σαφώς καθορισμένη αιτία. Είναι αλήθεια ότι ο καρκίνος παραμένει κάτι το μυστηριώδες. Νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες, όμως έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας. Ο καρκίνος μπορεί να θεραπευτεί. Για να θεραπευτεί όμως με κάποιο ποσοστό επιτυχίας πρέπει να διαγνωστεί σε πρώιμα στάδια και η διάγνωση να γίνει γρήγορα. Αυτό δεν είναι πάντοτε εύκολο επειδή η αθόρυβη ή η ασυμπτωματική περίοδος ανάπτυξης του όγκου μπορεί να διαρκέσει μήνες ή ακόμα και χρόνια με αποτέλεσμα τα καρκινικά κύτταρα να έχουν διπλασιαστεί αθόρυβα.¹

Ο διεθνής ιατρικός όρος για το καρκίνο του μαστού είναι Mamma Carcinom. Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών στην Βόρεια Αμερική, την λατινική Αμερική, την Αυστραλία και σε όλη σχεδόν την Ευρώπη. Η συχνότερη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού αυξάνεται σε όλους σχεδόν τους πληθυσμούς τόσο στις βιομηχανοποιημένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες κατά μέσο όρο 1% ετήσιος περίπου. Αρκετοί παράγοντες έχουν προταθεί ως πιθανές εξηγήσεις αυτής της απόκλισης όπως η πρωιμότερη ανίχνευση, τα βήματα προόδου που έχουν σημειωθεί στην θεραπεία και οι αυξήσεις των καλοηθών όγκων του μαστού. Ενώ όπως συμβαίνει σε όλους τους καρκίνους η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται όταν γίνεται η διάγνωση του, είναι γνωστό ότι περίπου 5% των γυναικών ζουν ακόμα 5 χρόνια αφότου διαγνώστηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος του μαστού. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα κατά το οποίο η ασθενής είναι ελεύθερη από τη νόσο τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Η αιτιολογία των περισσότερων καρκίνων του μαστού παραμένει ανεξήγητη και είναι πιθανό να μην έχουν αναγνωρισθεί πολύ από τους υπευθύνους παράγοντες.

Έχει παρατηρηθεί ότι μεγάλες αυξήσεις στα ποσοστά του καρκίνου του μαστού παρατηρούνται σε πληθυσμούς που μεταναστεύουν από την Ιαπωνία στις ΗΠΑ γεγονός που δείχνει ότι η δημιουργία του καρκίνου του μαστού μπορεί επίσης να καθορίζεται και από άλλους παράγοντες πέρα από τους γενικούς και ότι υπάρχει η δυνατότητα πρόληψης. Την ύπαρξη μη γενετικών παραγόντων καθορισμού του καρκίνου του μαστού δείχνουν επίσης και οι μεγάλες διαφορές του καρκίνου του μαστού μεταξύ των διαφόρων χωρών και με την πάροδο του χρόνου μέσα στις ίδιες τις χώρες. Υπάρχει σημαντικός αριθμός στοιχείων που δείχνουν ότι οι ορμόνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού. Οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου καρκίνου του μαστού μπορούν να ερμηνευθούν ως

σχετιζόμενοι με την χρόνια έκθεση του μαστού στα οιστρογόνα και πιθανώς στην προγεστερόνη.²

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ



1.1 ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως το 2004 ήταν τα καρδιαγγειακά νοσήματα (16,9 εκατ. θάνατοι), ενώ ακολουθούσαν τα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (9,8 εκατ. θάνατοι). Τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου ήταν τα κακοήθη νεοπλάσματα (7,9 εκατ. θάνατοι), και τέταρτη οι λοιμώξεις του αναπνευστικού (4,4 εκατ. θάνατοι), κυρίως από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Κατά το χρονικό διάστημα 1997-2004 οι θάνατοι από καρδιαγγειακά νοσήματα στις αναπτυσσόμενες χώρες μειώθηκαν από 46 % σε 32,9% του συνόλου των θανάτων, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες αυξήθηκαν από 24% σε 26,2% . Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολογίζει ότι κάθε χρόνο πεθαίνουν σ' όλο τον κόσμο 7,2 εκατ. άνθρωποι από καρδιακή προσβολή και 5,71 εκατ. από εγκεφαλικά επεισόδια. Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (1997-2004), οι θάνατοι από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα αναλογούν σε ποσοστό κάτω του 1% του συνόλου των θανάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό από 43% μειώθηκε στο 22,8% (μόνο από διαρροϊκό σύνδρομο πεθαίνουν κάθε χρόνο 1,81 εκατ. άνθρωποι σ' όλο τον κόσμο).³

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν συνήθη αιτία θανάτου νεαρών αρρένων στις αναπτυσσόμενες χώρες, και ακόμα πιο συχνά αιτία νοσηρότητας και αναπηρίας τόσο στις φτωχές όσο και στις πλούσιες χώρες, τα πάσης φύσεως ατυχήματα προκαλούν το 1/15 των θανάτων (περίπου 1,2 εκατ.) και το 1/3 των εισαγωγών σε νοσοκομεία. Οι χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα έχουν μεγαλύτερο δείκτη ατυχημάτων (21,5/100.000 κατοίκους και 19.5/100.000 κατοίκους αντίστοιχα) σε σχέση με χώρες υψηλού εισοδήματος (10,3/100.000 κατοίκους).^{4,5}

Το AIDS αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου των αναπαραγωγικών ηλικιών, αλλά και των παιδιών λόγω της κάθετης μετάδοσής τους από τη μητέρα. Το 2009 ο συνολικός αριθμός των ασθενών παγκοσμίως υπολογιζόταν σε 33,3 εκατ. άτομα, ενώ 2,6 εκατ. ήταν ο αριθμός των ατόμων που μολύνθηκαν από τον ιό του AIDS το 2009. Από τα άτομα αυτά 370.000 ήταν ηλικίας μικρότερης των 15 ετών.⁵

Σήμερα πλέον, την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως αποτελεί ο καρκίνος του πνεύμονα, από τον οποίο εκτιμάται ότι χάθηκαν διεθνώς 1,5 εκατ. άνθρωποι το 2010. Παρά την πρόοδο της επιστήμης, η συγκεκριμένη μορφή καρκίνου εξακολουθεί να καταγράφει χαμηλό δείκτη επιβίωσης, καθώς λιγότερο από 15 % των ασθενών ζουν πέραν της πενταετίας. Όπως αναφέρουν οι επιστήμονες η αιτία για αυτό είναι ότι το 74-85% των ασθενών διαγιγνώσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Οι ερευνητές ανέφεραν πως ο καρκίνος του πνεύμονα εμφανίζεται συχνότερα στις πλουσιότερες χώρες. Όμως, οι εύποροι ασθενείς πεθαίνουν λιγότερο κατά 7 με 8% σε σχέση με τους φτωχούς καθώς δεν έχουν ισότιμη πρόσβαση στη θεραπεία. Η χώρα μας είναι υποεξοπλισμένη και υπάρχει ανισομερής γεωγραφική κατανομή των ασθενών, καθώς το 45% απ' αυτούς αντιμετωπίζονται στην Αθήνα.

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

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

Οι πιο γνωστές αιτίες θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως είναι:

- Ο καρκίνος του πνεύμονα με 1,3 εκατ. θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του στομάχου με σχεδόν 1 εκατ. θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του ήπατος με 662.000 θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 665.000 θανάτους το χρόνο.
- Ο καρκίνος του μαστού με 502.000 θανάτους το χρόνο.

Όσον αφορά στους άνδρες οι πιο συχνές αιτίες θανάτου, με βάση τον αριθμό των θανάτων παγκοσμίως είναι:

- ο καρκίνος του πνεύμονα,
- του στομάχου,
- του ήπατος,
- του παχέος εντέρου,
- του οισοφάγου,
- του προστάτη.

Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου στις γυναίκες είναι:

- ο καρκίνος του μαστού,
- του πνεύμονα,
- του στομάχου,
- του παχέος εντέρου,
- της μήτρας.

Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό επιβίωσης έχει αυξηθεί σημαντικά για όλα τα είδη καρκίνου εκτός από τους καρκίνους του πνεύμονα, του παγκρέατος και του ήπατος. Παρ' όλα αυτά το ποσοστό επιβίωσης διαφέρει σημαντικά όχι μόνο από χώρα σε χώρα και από πόλη σε πόλη, αλλά και από νοσοκομείο σε νοσοκομείο μέσα στην ίδια πόλη. Συνολικά η 5ετής επιβίωση υπολογίζεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 30 και 60%.⁶

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

Παγκοσμίως, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο κοινή μορφή διηθητικού καρκίνου σε γυναίκες. Το 2008, ο καρκίνος του μαστού προκάλεσε 458.503 θανάτους παγκοσμίως (13,7% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες και το 6,0% όλων των θανάτων από καρκίνο για άντρες και γυναίκες μαζί).⁷

Με 570.000 νέες περιπτώσεις στον κόσμο κάθε χρόνο. Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη στις γυναίκες κακοήθεια και η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μετά το καρκίνο του πνεύμονος. Μολονότι οι θάνατοι από το καρδιαγγειακά νοσήματα είναι τουλάχιστο διπλάσιοι κάθε χρόνο, ο καρκίνος του μαστού φοβίζει περισσότερο.⁸

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού διαφέρει σημαντικά σε όλο τον κόσμο: είναι χαμηλότερος στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες και μεγαλύτερη στις πιο αναπτυγμένες χώρες. Στις δώδεκα περιοχές του κόσμου, η ετήσια ηλικία σε τυποποιημένα ποσοστά επίπτωσης ανά 100.000 γυναίκες έχουν ως εξής: στην Ανατολική Ασία 18%, Νότια Κεντρική Ασία 22%, Υποσαχάρια Αφρική 22%, Νότιο-Ανατολική Ασία 26%, Βόρεια Αφρική και τη Δυτική Ασία 28%, Νότια και Κεντρική Αμερική το 42%, Ανατολική Ευρώπη 49%, Νότια Ευρώπη το 56%, Βόρεια Ευρώπη 73%, Ωκεανία 74%, Δυτική Ευρώπη 78% και στη Βόρεια Αμερική 90%.

Στις Η.Π.Α. κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 100.000 περίπου νέες περιπτώσεις, ενώ 30.000 περίπου ασθενείς πεθαίνουν από την συγκεκριμένη νόσο. Επίσης αποτελεί πραγματική μάστιγα και για τις προηγμένες χώρες της Δύσης. Κάθε χρόνο 500.000 Ευρωπαϊκές γυναίκες προσβάλλονται από τον καρκίνο του μαστού. Δηλαδή 1 στις 11 Ευρωπαϊκές θα αναπτύξουν καρκίνο μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Από τις αρχές του 1990 μέχρι και σήμερα υπάρχει μια σταθερή μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο μαστού, ευνοώντας δυσανάλογα τις λευκές γυναίκες με το να υπάρχει 30% μεγαλύτερη η θνησιμότητα στις Αφρο-Αμερικανές γυναίκες σε σχέση με τις λευκές. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι υπάρχει πρόωμη ανίχνευση μέσω της μαστογραφίας ή μέσω συμπληρωματικής θεραπείας σε αρχικό στάδιο του καρκίνου του μαστού. Στην Ελλάδα έχουμε την χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού μέσα στην Ευρώπη των 27.

Το ποσοστό συχνότητας εμφάνισης της νόσου το έτος 2008 στην Ελλάδα ήταν 61,9 νέα περιστατικά και 22,3 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους σε αντίθεση με το Βέλγιο όπου το ποσοστό ήταν 145,8 και 30,7 θάνατοι. Ενώ βλέπουμε ότι έχουμε περίπου κοντά στις μισές περιπτώσεις εμφάνισης της νόσου στην Ευρώπη αλλά προκαλεί εντύπωση ότι έχουμε όμοια ποσοστά θανάτου. Μια ερμηνεία που μπορεί να δοθεί είναι ότι είμαστε σημαντικά πίσω στην πρόληψη, κάτι που πρέπει απαραίτητα να λάβουμε υπόψη.⁸

Παρά την τωρινή τάση μείωσης της θνησιμότητας καρκίνου μαστού αυτή αυξήθηκε την τελευταία 20ετία κατά 40% στις βιομηχανικές χώρες. Αξιοσημείωτοι εξαίρεση αποτελεί η Ιαπωνία όπου η θνησιμότητα παραμένει σταθερή σε χαμηλά επίπεδα, παρόλο που είναι μια κατεξοχήν βιομηχανική χώρα. Δεν συμβαίνει όμως ίδιο με τις Γιαπωνέζες. Που ζουν στις ΗΠΑ ή στη Χαβάη, οι οποίες έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα απ' ότι οι Γιαπωνέζες που ζουν στην Ιαπωνία. Εδώ φαίνεται η επίδραση περιβαλλοντικών συνθηκών στον καρκίνο του μαστού.

Δυστυχώς η συχνότητα της νόσου αυξάνει παγκοσμίως και κατά ένα μέρος αυτή η αύξηση μπορεί να αποδοθεί στην αύξηση των γνωστών παραγόντων κινδύνου και κατά ένα άλλο μέρος στην αύξηση του μέσου όρου ζωής και στην ευρεία χρήση τη μαστογραφία που έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη και πρώιμη διάγνωση. Η πρωιμότερη διάγνωση με τη σειρά της οδηγεί στη μείωση της θνησιμότητας των τελευταίων ετών από καρκίνο του μαστού. Υπάρχει μια σταθερή αύξηση επίπτωση της νόσου όσο αυξάνει η ηλικία φθάνοντας τα μεγαλύτερα ποσοστά σε μεγάλες ηλικίες, ενώ σπάνια συναντάμε καρκίνο του μαστού σε ηλικία κάτω των 25 χρόνων. Μια γυναίκα 45 χρόνων έχει 3,91% πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο μαστού μέχρι την ηλικία των 60 ετών, ενώ έχει 7,13% πιθανότητα μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Σε ένα νεογέννητο ο κίνδυνος αυτός είναι 12,57% για όλη τη διάρκεια της ζωής του.^{3,7}

Παρότι συχνά σκεφτόμαστε τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού καθόλη τη διάρκεια ζωής της γυναίκας, ο κίνδυνος κατά ηλικία είναι αυτός που καθορίζει τα προγράμματα μαστογραφικού ελέγχου. Για παράδειγμα ετήσια μαστογραφία στην ηλικία ομάδα γυναικείου πληθυσμού 45-49 ετών αναμένεται να αποφέρει διάγνωση σε 2 νέες περιπτώσεις καρκίνου να 1.000 γυναίκες το χρόνο.

Ο καρκίνος του μαστού προσβάλει και τους άντρες αλλά το ποσοστό είναι το 1% της συχνότητας των γυναικών. Πολλές επιδημιολογικές έρευνες έγιναν για την επίπτωση του καρκίνου του μαστού στην κύηση όπου είναι κατά προσέγγιση 1.3000 κύησης. Εκτιμάται ότι το 0,2-3,8% των όγκων του μαστού συμπίπτουν με κύηση και σαν τέτοιο ορίζετε εκείνο το καρκίνωμα μαστού το οποίο διαγιγνώσκεται στη διάρκεια της κύησης ή εντός ενός έτους μετά το τοκετό. Η διάμεσος ηλικία των πασχουσών γυναικών είναι 33 έτη με εύρος από 23 έως 47 έτη. Υπολογίζεται ότι για ένα μαιευτήρα που κάνει περίπου 250 τοκετούς ετήσιος, θα χρειαστεί τουλάχιστον 40 χρόνια πρακτικής για να διαγνώσει 2-3 συνυπάρχουσες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που να επιπλέκει την κύηση. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα συνεχώς διογκωμένο πρόβλημα και οι έρευνες στον τομέα αυτό είναι ιλιγγιώδεις.⁹

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου και στην Ελλάδα.

Στη χώρα μας περισσότερες από 1.500 γυναίκες προσβάλλονται κάθε χρόνο από καρκίνο του μαστού. Το ενδιαφέρον είναι ότι στην Ελλάδα η συχνότητα της νόσου αυξάνει με ανησυχητική ταχύτητα. Υπολογίζεται ότι τα τελευταία 20 χρόνια η νόσος σχεδόν διπλασιάστηκε, ενώ η τρέχουσα ετήσια αύξηση της συχνότητάς της ανέρχεται σε 20% περίπου.

Η επίπτωση της νόσου ποικίλλει κατά πολύ ανά τον κόσμο με μεγαλύτερη συχνότητα στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Στη Βόρεια Αμερική και στην Δυτική Ευρώπη η συχνότητα της νόσου είναι 6-7 φορές μεγαλύτερη απ' ότι στις περισσότερες χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Στις ΗΠΑ 1 στις 14 γυναίκες θα εμφανίσουν καρκίνο του μαστού ενώ στην Αγγλία 1 στις 17.

Στις πιο πολλές χώρες του κόσμου παρατηρείτε κατά τις τελευταίες δεκαετίες μια αύξηση τόσο της συχνότητας της νόσου όσο και του αριθμού θανάτων από αυτή.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-54 χρονών ενώ είναι δεύτερη κατά σειρά συχνότητας μετά τις καρδιοπάθειες, για γυναίκες μεγαλύτερες των 55 χρονών.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνει με την ηλικία έτσι ώστε μια γυναίκα 70 χρόνων να έχει περίπου 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου απ' ότι είχε όταν ήταν 40 χρόνων.⁹

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστη. Παρά τις τεράστιες έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, έχουν προσδιορισθεί μόνο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες που ασκούν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν πιθανή σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και του μεταβολισμού ή της παραγωγής οιστρογόνων. Μέχρι σήμερα όμως δεν έχει βρεθεί κανένας αξιόπιστος συγκεκριμένος μηχανισμός που να ερμηνεύει αυτή τη σχέση. Οι πιο γνωστοί παράγοντες είναι οι εξής :

1. Δημογραφικοί

α . Το φύλο. Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος στους άνδρες. Παρατηρείται 1 καρκίνος μαστού στους σε άνδρες για κάθε 100 περιπτώσεις καρκίνου μαστού σε γυναίκες.

β . Ηλικία. Ο κρόκινος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από τα είκοσι χρόνια. Από την ηλικία των 20 χρόνων όμως παρατηρείται μια βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρόνων

γ . Φυλετική. Στις ΗΠΑ παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου σε γυναίκες μαύρου χρώματος από ότι στις λεύκες. Η διαφορά αυτή πιστεύεται ότι έχει περισσότερη σχέση με το διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παρά με κάποια φυλετική ιδιοσυγκρασία.

2. Γενετικοί

Γυναίκες των οποίων οι μητέρες ή αδελφές είχαν καρκίνο του μαστού έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνει όταν ο καρκίνος έχει εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση ή έχει παρουσιασθεί σε δύο ή περισσότερους συγγενείς πρώτου βαθμού.

Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό που εμφανίζουν καρκίνο του μαστού είναι συνήθως νεώτερης ηλικίας και έχουν μεγαλύτερη συχνότητα ανάπτυξη και στον άλλο μαστό.

3. Ορμονικοί

οι παράγοντες αυτοί φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού, χωρίς να είναι ακόμα γνωστό ποιες διαταραχές του μεταβολισμού των ορμονών είναι υπεύθυνες. Ενδιαφέροντα επιδημιολογικά ευρήματα είναι τα εξής:

α . Η μακριά αναπαραγωγική ηλικία μιας γυναίκας (πρώιμη εμμηναρχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση), σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο.

β . Η αμφοτερόπλευρη ωοθηκεκτομή σε γυναίκες κάτω των 45 χρόνων έχει προστατευτική δράση.

γ . Η γυναίκες που γέννησαν το πρώτο τους παιδί πριν τα 20 τους χρόνια έχουν κατά 1/3 μειωμένο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού από τις γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 χρόνων, ενώ οι γυναίκες

που γέννησαν για πρώτη φορά μετά την ηλικία των 30 χρόνων έχουν τον ίδιο κίνδυνο με τις γυναίκες που δεν τεκνοποιούν.

δ. Οι γυναίκες με τρία ή περισσότερα παιδιά έχουν μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου από ότι οι γυναίκες με λιγότερα παιδιά.

ε. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η παρατεταμένη χορήγηση οιστρογόνων στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχει αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μετά 10-12 χρόνια.

στ. Ο θηλασμός δεν φαίνεται να ασκεί κάποια προστατευτική δράση .

ζ. Τέλος, η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων δεν έχει δειχθεί μέχρι σήμερα ότι σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο του μαστού.

4. Προηγούμενο ιστορικό

α. Η προϋπαρξη κυστικής μαστοπάθειας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πάντως οι διάφορες μορφές της κυστικής μαστοπάθειας ενοχοποιούνται σε διάφορο βαθμό. Η κυστική μαστοπάθεια που συνοδεύεται από υπερπλασία των πόρων και θηλωμάτωση εμφανίζεται 4-7 φορές αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.

β. Μια γυναίκα με καρκίνο στον ένα μαστό έχει αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσει και στον άλλο μαστό.

γ. Γυναίκες με καρκίνο της μήτρας έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα απ' ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός , να εμφανίσουν καρκίνο μαστού.

5. Περιβάλλον

α. Διατροφή. Οι διαφορετικές συνήθειες διατροφής πιθανολογείται ότι ευθύνονται για τις παρατηρούμενες διαφορές στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού στις διάφορες χώρες. Η αυξημένη κατανάλωση λίπους και ιδιαίτερα κεκορεσμένων λιπαρών οξέων φαίνεται ότι σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού.

β. Ιονίζουσα ακτινοβολία. Θεωρείται σίγουρα ότι η τοπική έκθεση σε μεγάλες δόσεις ιονίζουσας ακτινοβολίας σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου, ο κίνδυνος αυξάνει όταν η γυναίκα εκτεθεί σε νεαρή ηλικία.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα συνεχώς διογκωμένο πρόβλημα και οι έρευνες στον τομέα αυτό είναι ιλιγγιώδεις.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2
ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ



2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή και από την 2^η μέχρι την 7^η πλευρά. Το κεφαλουραίο μήκος του είναι κατά μέσο όρο 10-12 εκ. ,ενώ το πάχος του αδένα φθάνει τα 3-5 εκ. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150-200 γραμμάρια ενώ στην γαλουχία μπορεί να φθάσει τα 400-500 γραμμάρια.

Κάθε μαστός αποτελείται από 15-20 λοβούς. Κάθε λοβός με ένα γαλακτοφόρο πόρο εκβάλλει στην κορυφή της θηλής. Η θηλή του μαστού φέρει 15-20 τρήματα και περιβάλλεται από τη θηλαία άλω, η οποία εμφανίζει υποστρόγγυλα επάρματα, τα αλwaiά οζίδια που έχουν σαν υπόθεμα οσμηγόνους αδένες.

Η ανατομία του γυναικείου στήθους αποτελείται από ένα πολύπλοκο σύστημα που περιλαμβάνει πολλά στρώματα λιπώδη ιστού στην πλειοψηφία του, αλλά επίσης περιλαμβάνει ινώδεις και αδενώδεις ιστούς. Ο μαστός είναι ένας εκκριτικός αδένας. Η εσωτερική του δομή μπορεί να μετατραπεί από διάφορους παράγοντες όπως ο έμμηνος κύκλος, η εγκυμοσύνη ή η ηλικία, διαφέροντας σε κάθε περίπτωση. Οι μαστοί παρουσιάζονται ως ένα ζευγάρι αδενικών οργάνων που βρίσκονται στο μέσο του θώρακα.

Η θηλή (προεξέχει λίγο πολύ) και η σκούρα περιοχή που βρίσκεται γύρω από τη θηλή βρίσκονται φυσιολογικά στο κέντρο του μαστού. Η θηλή σηκώνεται στο κέντρο της σκούρας αυτής περιοχής. Συνήθως έχει μορφή κυλινδρική ή κωνική, αλλά μερικές φορές εμφανίζει μια εσοχή προς τα μέσα (συμπιεσμένη θηλή). Οι διαστάσεις τους διαφέρουν, αν και σχετίζονται απευθείας με το μέγεθος του μαστού. Εξωτερικά η θηλή είναι ακανόνιστη και τραχιά, γεγονός που οφείλεται στο μεγάλο αριθμό αυλακιών που υπάρχουν στην επιφάνειά της. Στο εξωτερικό της παρατηρούμε 10 ή 12 στόμια στα οποία περιέχονται οι γαλακτοφόροι αδένες.

Όσο για την περιοχή γύρω από τη θηλή, θηλαία άλως, είναι μια κυκλική περιοχή γύρω στα 15 με 25mm διαμέτρου και βρίσκεται στο προεξέχον τμήμα του μαστού, με χρώμα πιο σκούρο από το κανονικό δέρμα. Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν μικρά επάρματα, τα θηλαία οζίδια τα οποία έχουν ως υπόθεμα τους αλwaiούς αδένες. Οι αλwaiοί αδένες είναι κυρίως οσμηγόνοι, αλλά και σμηγματογόνοι και υποτυπώδεις γαλακτικοί αδένες. Η μορφή και το μέγεθος της θηλαίας άλω μεταβάλλονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι γαλακτοφόροι αδένες μεγάλου μεγέθους, που βρίσκονται στην περιοχή της θηλής, διακλαδώνονται στο εσωτερικό του μαστού καταλήγοντας στους μαστικούς αδένες.

Καθένας από αυτούς τους αδένες είναι ένα σύστημα που οδηγεί στην έξοδο από τη θηλή. Βρίσκονται ενωμένοι με το δέρμα μέσω μιας κολλώδους

μάζας που κάποιοι ειδικοί ονομάζουν συνδέσμους του Cooper. Σε όλο το μήκος τους, οι γαλακτοφόροι πόροι περικλείονται από δύο κυτταρικές στοιβάδες: μια εσωτερική που συνεχίζει στα επιθηλιακά κύτταρα και μια εξωτερική.

Τόσο η δομή όσο και η λειτουργία του μαστικού αδένου ποικίλει σύμφωνα με την ανάπτυξη στην οποία βρίσκεται, εξαρτώμενη από τις διαδικασίες διαφοροποίησης και απόπτωσης των κυττάρων.¹¹

2.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Νεύρωση του μαστού

Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2^{ου}-6^{ου} μεσοπλευρίου νεύρου καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2^{ου}-4^{ου} μεσοπλευρίου νεύρου. Συμπαθητικά νεύρα που φέρονται κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής και των μεσοπλευρίων αρτηριών διανέμονται στο δέρμα, στις λείες μυϊκές ίνες της θηλής, της άλως, στα αγγεία και στο παρέγχυμα του μαστού. Αισθητικές ίνες του πόνου πορεύονται με το 2^ο-6^ο μεσοπλευρίο νεύρο, υπάρχουν όμως αναστομώσεις με τη 2^η-3^η αυχενική ρίζα και το βραχιόνιο πλέγμα. Έτσι ο πόνος από τις παθήσεις του μαστού μπορεί να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, τη μασχάλη, τον ώμο, την έσω επιφάνεια του άνω άκρου ή και σε ολόκληρο το τοίχωμα του ημιθωράκιου. Όγκοι που εντοπίζονται μόνο στο παρέγχυμα το οποίο στερείται αισθητικές ίνες του πόνου είναι ανώδυνοι.

Θηλή και θηλαία άλως

Στο έξω πλάγιο της μέσης μαζικής γραμμής και στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος εδράζεται η θηλή, περιβαλλόμενη από μια κυκλωτερή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή, τη θηλαία άλω. Το δέρμα της θηλής στερείται λίπος, τριχών και σμηγματογόνων αδένων, οι τελευταίοι υπάρχουν στην περιφέρεια της άλω. Η θηλή και ο χώρος κάτω από την άλω συνίστανται από πολλές λείες μυϊκές ίνες που διανέμονται συγκεντρικά και ακτινωτά καταφύονται δε στη βάση του δέρματος της θηλής. Λειτουργία τους είναι η ανόρθωση της θηλής ώστε να κενώνονται ευκολότερα οι εκφορητικοί πόροι. Ο βαθύτερος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται αφενός στο μεγάλο ποσοστό χρωστικής, αφετέρου στην ανάπτυξη δερματικών θηλών διαμέσου των οποίων αίμα έρχεται κοντά στην επιφάνεια.

Μαστικός αδένας

Το λειτουργικό τμήμα του μαστού είναι ένας τροποποιημένος επιθηλιακός αδένας που περικλείεται από επιπόλης λιπώδης και εν τω βάθει μεμβρανώδη στιβάδες της επιπόλης θωρακικής περινοίας. Ο συνδετικός ιστός του μαστικού αδένου που διαχωρίζει τα αδενικά λόβια μεταξύ τους συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδεις ταινίες που εκτίνονται προς την υποδόρια περιτονία και το δέρμα. Παρόμοιες ταινίες εκκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένου διασχίζουν τον οπισθομαζικό χώρο και ενώνονται με τη θωρακική περιτονία.

Αγγείωση του μαστού

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

1. Τους κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 1^ο-4^ο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρύπουν την καταφύση του μείζονα θωρακικού μυός κ εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας τα 50% του οργάνου.

2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσων θωρακικού μυός, οι έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη πηγή αίματος του μαστού.

3. Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας , επίσης κλάδο της μασχάλης. Πορεύεται μεταξύ των δυο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένα

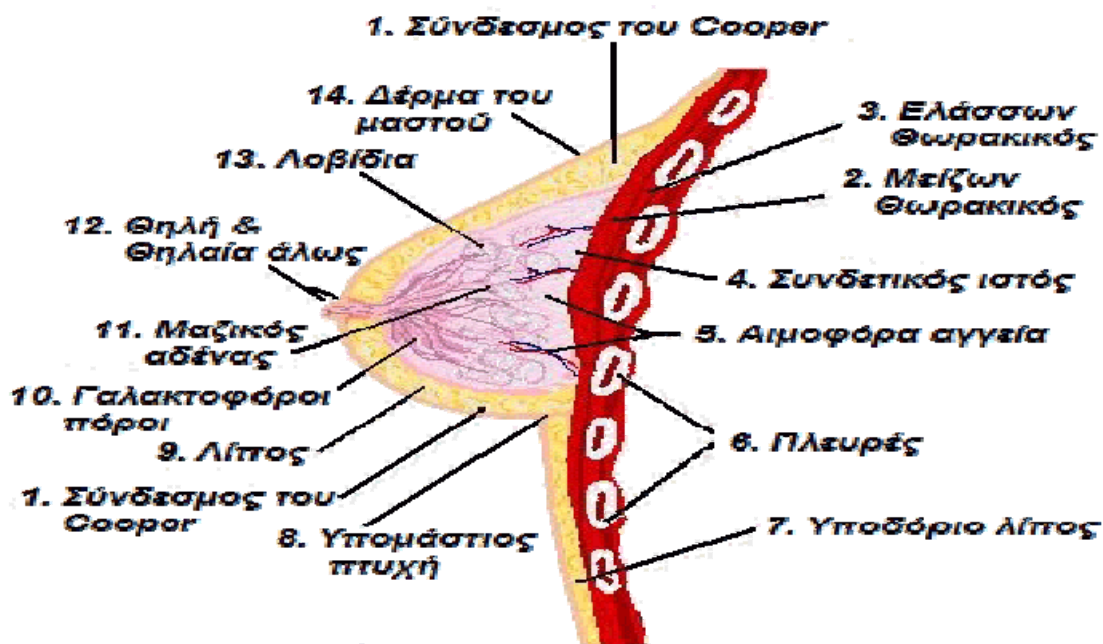
β. Φλέβες. Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιπόλης υποδόριων φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητα τους εκβάλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι βαθιές φλέβες του μαστικού αδένα ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης η δια των πρόσθιων διατηρώντων μεσοπλεύριων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μια είναι με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς τη μασχαλιαία φλέβα. Η Τρίτη οδός είναι η δια τον οπίσθιων αναστωμοτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες , οι ποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων τοθ καρκίνου του μαστού στην σπονδυλική στήλη ή ακόμα στο ιερό οστό.

γ. Λεμφαγγεία-λεμφικές οδοί. Ένα πολύ πλούσιο λεμφικό πλέγμα αποχετεύει το δέρμα και τον αδενικό ιστό του μαστού προς δύο κυρίως κατευθύνσεις τα μασχαλιαία και τα έσω μαστικά λεμφογαγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω τα μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο απ όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς την μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από την θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, η δε εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθη και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δύο αυτών κύριων οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις, καθώς και με τις υπόλοιπες , μικρότερης σημασίας λεμφικές οδούς.

Λεμφογάγγλια του μαστού

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

1. Έξω μαστικά κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής αρτηρίας.
2. Ωμοπλαταιία κατά πορεία της υποπλαταιίου φλέβας, πολύ κοντά στο θώρακοραχιαίο νεύρο.
3. Κεντρικά. Είναι μια μεγάλη ομάδα που κείται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης
4. Γάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας
- 5 .α. Υποκλείδια. Κάτω από τον τένοντα του υποκλείδιου μύος
 - β. Υπερκλείδια. Διηθούνται όταν πλέον έχουν προσβληθεί τα υποκλείδια γάγγλια .
 - γ. Γάγγλια της έσω μαστικής. Συνήθως εντοπίζονται στο ύψος των τριών πρώτων μεσοπλεύριων διαστημάτων.¹²



ΕΙΚ1

2.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Φυσιολογικά τα κύτταρα ενός οργανισμού αναπτύσσονται με έναν συγκεκριμένο ρυθμό έτσι ώστε να αντικαθιστούν αυτά που πεθαίνουν. Σε αρκετές όμως περιπτώσεις ο οργανισμός μπορεί να παράγει περισσότερα κύτταρα από εκείνα που πραγματικά χρειάζεται. Η συγκέντρωση αυτών των παραπάνω κυττάρων έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία όγκων. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι συνήθως αβλαβείς. Για να γίνει ένας όγκος επικίνδυνος πρέπει τα κύτταρα που τον αποτελούν να εισβάλουν σε ιστούς και να μεταφερθούν σε άλλα μέρη του σώματος.

Κάθε κατηγορία κυττάρων αναπτύσσεται, ζει και διαιρείται βάση ενός συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος. Η διαίρεση παρεκκλίνει από τον κανόνα όταν ο αμυντικός μηχανισμός του κυττάρου αισθάνεται ότι κινδυνεύει η ύπαρξή του. Η εντολή για τη διαίρεση δίνεται από τους αυξητικούς παράγοντες οι οποίοι βρίσκονται στη κυτταρική μεμβράνη. Αυτά δεν ήταν γνωστά όταν ξεκίνησε πριν 50 περίπου χρόνια η ισχυρά τοξική θεραπεία με ραδιενεργά ισότοπα και αργότερα με θεραπευτικά μέσα.

Οι μαστοί ή γαλακτοφόροι αδένες είναι αδενικά όργανα, ικανά να παράγουν γάλα για την θρέψη του βρέφους. Εφόσον ο μαστικός ιστός είναι πολύ ευαίσθητος στις θηλυκές ορμόνες, υφίστανται συνεχής κυκλικές μεταβολές με εκείνες που συμβαίνουν συγχρόνως στο ενδομήτριο. Αλλά μόνο η κύηση και ο θηλασμός του βρέφους επιτρέπουν στο μαστό να ολοκληρώσει τη αποστολή του που το ανέθεσε η φύση και μόνο από αυτές τις συνθήκες κατορθώνεται η πλήρης ανάπτυξή του.

Το δέρμα που καλύπτει το μαστό μετατρέπεται στην επιφάνεια αυτού σε μια σκουρόχρωμη κυκλική περιοχή τη θηλαία άλω. Η άλω περιλαμβάνει την κεντρικός κείμενη θηλή, στην επιφάνεια των γαλακτοφόρων πόρων. Κάθε πόρος εκτείνεται μέσα στη μαστική ουσία κατά τέτοιο τρόπο δένδροειδής με διακλαδώσεις. Οι διακλαδώσεις γίνονται προοδευτικά μικρότερες και τελειώνουν τελικά σε μια άρθρωση κυττάρων, το γαλακτικό αδέν. Αυτά τα αδενικά κύτταρα είναι ενεργά στην παραγωγή του γάλακτος, που αποχετευτικά κατευθύνει στους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

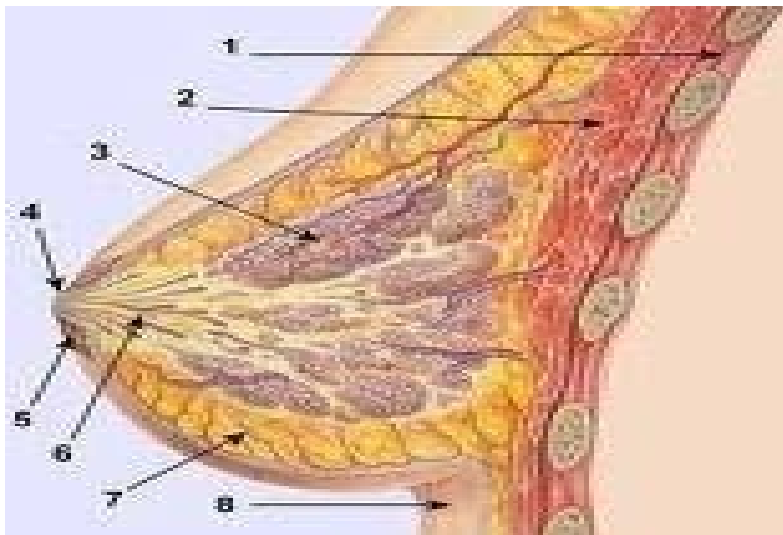
Οι σύνδεσμοι του Cooper είναι ισχυρές δέσμες ινώδους ιστού συνδυασμένες με το δέρμα, ακριβώς κάτω από την επιφάνεια του μαστού και στο άλλα με το θωρακικό τοίχωμα, λειτουργούν κρατώντας το μαστών από το θώρακα και παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος του οργάνου. Εφόσον ο μαστός μεγαλώνει πολύ κατά την κύηση, το βάρος που πρέπει οι σύνδεσμοι να αιωρούν αυξάνεται σημαντικά, επομένως εάν δεν διατηρηθεί καλή υποστήριξη με κατάλληλο στηθόδεσμο οι σύνδεσμοι διατείνονται ανεπίστρεπτη καταλήγοντας σε ένα πεσμένο μαστό.

Το 90% των ιστών στο μαστό είναι ινολιπώδους τύπου και μόνο λίγη ανάπτυξη των αδενικών ιστών φαίνεται.

Η ιατρική επιστήμη θεώρησε αρχικά ότι το πρόβλημα του καρκίνου βρίσκεται στον πυρήνα του κυττάρου, αλλά αυτό δεν ήταν ορθό. Το πρόβλημα του καρκίνου εντοπίζεται στις κυτταρικές μεμβράνες όπου βρίσκονται οι αυξητικοί παράγοντες, και έξω από αυτές. Το στρες, η κακή αιμάτωση, και οι τοξίνες, αναγκάζουν τα κύτταρα να διαιρεθούν νωρίτερα και έτσι δημιουργούνται οι όγκοι. Συνεπώς μια θεραπεία για να αντιμετωπίσει σωστά το πρόβλημα του καρκίνου θα πρέπει να προασπίζει τις μεμβράνες των κυττάρων και την γενική άμυνα όλου του οργανισμού.

Ο καρκίνος δεν είναι ένα τοπικό πρόβλημα αλλά μια γενικευμένη κατάσταση, τόσο σωματική όσο και ψυχική. Πρέπει να γίνει σαφές ότι ο καρκίνος οφείλεται στην κακή αιμάτωση των κυττάρων και έχει σχέση με ψυχολογικούς παράγοντες, την διατροφή και τον αρνητικό τρόπο ζωής. Μια θεραπεία λοιπόν, για να είναι αποτελεσματική πρέπει να λαμβάνει υπόψη της όλους τους παραπάνω παράγοντες.

Η σημερινή αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ατελής. Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ολιστική, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να είναι σφαιρική, πολύπλευρη και σύνθετη.¹³



ΕΙΚ 2

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

2.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Στους ζωντανούς οργανισμούς συμβαίνουν συχνά καθημερινά βιολογικά φαινόμενα, τα οποία έχουν συμβάλλει και συνεχίζουν να συμβάλλουν στην εξέλιξη αυτών. Ανάμεσα σε αυτά τα φαινόμενα εντάσσεται και ο καρκίνος. Είναι αποδεκτό πως η ζωή δεν είναι στατικό φαινόμενο, αλλά εξελίσσεται διαρκώς, και σε αυτήν την εξέλιξη μετέχουν όλοι οι οργανισμοί, από τους απλούστερους μονοκύτταρους μέχρι τον άνθρωπο. Άλλωστε, η εξέλιξη είναι μια διαδικασία που έχει επιτρέψει στους οργανισμούς να φθάσουν σε τέτοιο σημείο ισορροπίας με το περιβάλλον τους, και συνεπώς, να μπορούν να επιβιώνουν μέσα σε αυτό. Η πρώτη ύλη της εξέλιξης είναι οι μεταλλάξεις, οι οποίες άλλοτε είναι ωφέλιμες και άλλοτε βλαβερές για τους φορείς τους, επειδή συμπεριφέρονται ουδέτερα συμβαίνουν απλά και τυχαία και δημιουργούν προϋποθέσεις για επιβίωση ή εξαφάνιση, καθώς δεν έχουν

συγκεκριμένους στόχους. Μέσα στα πλαίσια της εξέλιξης, τα περισσότερα κύτταρα των ζωντανών οργανισμών διαφοροποιούνται και αναπροσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες. Αυτό σημαίνει ότι έχουν μία συγκεκριμένη μορφολογία και λειτουργία, και έτσι εντάσσονται στο σύνολο του

οργανισμού. Μία από τις χαρακτηριστικές ιδιότητες των διαφοροποιημένων κυττάρων είναι ότι έχουν χάσει την ικανότητα πολλαπλασιασμού, έτσι ώστε η αντικατάσταση των γερασμένων κυττάρων να γίνεται με πολλαπλασιασμό των μη διαφοροποιημένων προγονικών τους κυττάρων, των αρχέγονων. Αυτά τα αρχέγονα κύτταρα, δεν είναι τυχαίο, πως αποτελούν την αφετηρία για τους περισσότερους καρκίνους. Σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι ο κάθε καρκίνος εξελίσσεται και αναπτύσσεται από ένα και μοναδικό κύτταρο. Πρόκειται για την επονομαζόμενη «μονοκλωνική» θεωρία του καρκίνου. Σύμφωνα με αυτή ο καρκίνος ξεκινά από την κακοήθη εξαλλαγή ενός κυττάρου, που πολλαπλασιαζόμενο δίνει έναν κακοήθη κυτταρικό κλώνο. Τα κύτταρα του κλώνου μπορεί να εμφανίζουν τις ίδιες βιολογικές ιδιότητες με το μητρικό τους, αλλά μπορεί και να αποκτούν νέες ιδιότητες, δηλαδή να

παρουσιάζουν «ετερογένεια». Η ετερογένεια είναι υπεύθυνη για τη γενετικά αστάθεια του καρκινικού κυττάρου, με αποτέλεσμα αυτό να γίνεται πολύ συχνά στόχος νέων μεταλλάξεων και διαφοροποιήσεων, οστόσο, διατηρεί αρκετά από τα αρχικά χαρακτηριστικά του, ώστε να είναι δυνατή η αναγνώριση της ιστοικής του προέλευσης. Μία άλλη, και ίσως η πιο σημαντική ιδιότητα του μεταλλαγμένου κυττάρου, είναι η ικανότητά του να κάνει μεταστάσεις, κάτι που δε συμβαίνει με το φυσιολογικό. Η ικανότητα του αυτή οφείλεται σε ατυπίες των δομικών μορίων του κυτταροσκελετού, καθώς επίσης και των ειδικών πρωτεϊνών της κυτταρικής επιφάνειας, όπως οι φιμπρονεκτίνες, μέσω των οποίων τα κύτταρα συνδέονται στερεά με τα γειτονικά τους και με το υπόστρωμα. Σε αυτές ακριβώς τις ατυπίες οφείλεται ένα ακόμη

χαρακτηριστικό γνώρισμα των καρκινικών κυττάρων, η απουσία της ιδιότητας της αναστολής εξ επαφής, που ευνοεί τη μετανάστευση αυτών. Η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ του φαινότυπου και του γονότυπου, που προκαλεί τη μετάλλαξη του φυσιολογικού κυττάρου σε καρκινικό, προσδίδει σε αυτό αρκετά διαφορετική βιοχημική προσωπικότητα. Αυτή εκδηλώνεται με τη βιοσύνθεση δομικών (κυτταροσκελετός) και λειτουργικών (ένζυμα) πρωτεϊνών, διαφορετικών στην πρωτοπαγή τους δομή από τις αντίστοιχες του φυσιολογικού κυττάρου .

Επίσης, η κλινική εμπειρία από τον αγώνα εναντίον του καρκίνου αλλά και πειραματικά δεδομένα από καλλιέργειες σειρών καρκινικών κυττάρων, δείχνουν ότι το καρκινικό κύτταρο λόγω της γενετικής του αστάθειας αποκτά όλο και αυξανόμενη ανθεκτικότητα απέναντι στα αντικαρκινικά φάρμακα. Παρόμοια συμπεριφορά, άλλωστε, αναπτύσσουν τα μικρόβια στα αντιβιοτικά φάρμακα, αυξάνοντας την ανθεκτικότητά τους. Παρόλο που τα δύο αυτά φαινόμενα δεν είναι όμοια, εντούτοις καταλήγουν στο ίδιο αποτέλεσμα δυσχεραίνοντας την αντιμετώπιση της νόσου με φαρμακευτικά μέσα.¹⁴

Παθολογοανατομική Ταξινόμηση

Η ιστολογική ταξινόμηση των νεοπλασμάτων έχει την έννοια της προσπάθειας αναγνώρισης διαφόρων ιστολογικών τύπων , που ενδεχόμενα συνοδεύονται από διαφορετική βιολογική συμπεριφορά . Για τα νεοπλάσματα του μαστού από παλιά έχει τονισθεί η προγνωστική σημασία των μορφολογικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών τους , τα οποία διαρκώς συμπληρώνονται με νέα στοιχεία που προκύπτουν από κλινικοπαθολογικές και αναδρομικές μελέτες . Μία κλασική κατάταξη των Stewart και Foote , η οποία είναι απλή, ακριβής και γενικά αποδεκτή , διακρίνει τα κακοήθη νεοπλάσματα σε :

1. Καρκινώματα από τη θηλή στα οποία ανήκει η νόσος του Paget .

Η νόσος του Paget έχει σχετικά σπάνια εντόπιση (1 -3 % των καρκινωμάτων του μαστού) και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων της θηλής με τη μορφή διαβρώσεως ή εξελκώσεως, που δίνει την εντύπωση δερματίτιδας. Πρόκειται για καρκίνωμα των εκφορητικών πόρων της θηλής που επεκτείνεται προς το δέρμα, αλλά και τους υποκείμενους ιστούς. Η εξέλιξη αυτής της νόσου είναι βραδεία, και επειδή εκδηλώνει πρώιμα σημεία, η πρόγνωση της είναι ευνοϊκότερη από τις άλλες μορφές καρκίνου του μαστού.

2 . Καρκινώματα από τους εκφορητικούς πόρους

Διακρίνονται σε μη διηθητικά και διηθητικά καρκινώματα .

Μη διηθητικά καρκινώματα είναι το θηλώδες και το φαγεσωρικό. Πρόκειται για καρκινώματα *in situ* , τα οποία αποτελούν μόνο το 1% του συνόλου. Ο θηλώδης τύπος χαρακτηρίζεται από κύτταρα μέσου μεγέθους, στρόγγυλα ή ωοειδή με σχετικά άφθονο, εωσινόφιλο πρωτόπλασμα, που σχηματίζουν θηλώδεις προσεκβολές μέσα στους αυλούς των πόρων . Η πρόγνωσή του είναι πολύ καλή, καθώς εξασφαλίζεται περίπου 100% πενταετής επιβίωση του ασθενή. Ο φαγεσωρικός τύπος χαρακτηρίζεται από εντονότερη κυτταρική 21 υπερπλασία , ώστε ολόκληροι πόροι είναι πλήρεις από μάζες κυττάρων, με τη διαφορά ότι στο κέντρο του πόρου υπάρχει νέκρωση των νεοπλασματικών κυττάρων . Χαρακτηριστικό γνώρισμα αυτού του τύπου αποτελεί η έξοδος μάζας νεκρωμένου ιστού κατά τη διατομή του νεοπλασματικού ιστού .

Στα διηθητικά καρκινώματα κατατάσσονται το θηλώδες, το φαγεσωρικό, το αδενοκαρκίνωμα με ίνωση, το μυελοειδές με λεμφοκυτταρική διήθηση και το κολλοειδές . Το διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα αποτελεί εξέλιξη μη διηθητικού καρκινώματος και χαρακτηρίζεται από τη βραδεία ανάπτυξη ογκώδους μάζας, η οποία παρά το μέγεθος της αργεί να εμφανίσει μεταστάσεις. Κατά την ψηλάφηση εμφανίζεται μαλθακή περιγεγραμμένη μάζα, η οποία άσχετα από το μέγεθός της δεν διηθεί το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς. Η πρόγνωση της αμιγούς μορφής του καρκινώματος αυτού είναι καλή .

Το διηθητικό φαγεσωρικό καρκίνωμα είναι πιο συχνό από το μη διηθητικό και η διάκρισή του από το απλό αδενοκαρκίνωμα γίνεται με τη διαπίστωση ενδοαυλικής αναπτύξεως.

Το αδενοκαρκίνωμα με ίνωση αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινώματος του μαστού με ποσοστό 75-78 % . Πρόκειται για έντονα διηθητικό νεόπλασμα , που επεκτείνεται στο δέρμα και του υποκείμενους ιστούς και συνοδεύεται από ταχεία εμφάνιση μεταστάσεων στους λεμφαδένες . Ψηλαφητικά εμφανίζεται ως σκληρή μάζα με ασαφή όρια, ενώ κατά τη διατομή παρουσιάζει αντίσταση και χαρακτηριστικό ήχο λόγω της σκληρίας. Η σταδιοποίησή του εξαρτάται από τη διαφοροποίηση των κυττάρων και τη διήθηση ή μη των αγγείων .

Το μυελοειδές καρκίνωμα εκδηλώνει ευμεγέθεις όγκους με μαλθακή σχετικά σύσταση, οι οποίοι παρουσιάζουν βραδύτερα μεταστάσεις και έχουν καλύτερη πρόγνωση με ποσοστό πενταετής επιβίωσης 85 – 90 % . Παρά το μέγεθός τους, οι όγκοι διηθούν το δέρμα και τους μυς , ενώ συχνά παρουσιάζουν αιμορραγίες και νεκρώσεις στο κέντρο , με ταυτόχρονο σχηματισμό κύστεων .

Ιστολογικά , το μυελοειδές καρκίνωμα χαρακτηρίζεται από κύτταρα που αναστομώνονται μεταξύ τους με μεγάλους πυρήνες και έντονη λεμφοκυτταρική διήθηση του υποστρώματος .

Τέλος, το κολλοειδές ή βλεννώδες καρκίνωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη παραγωγή βλέννης . Κλινικά εμφανίζεται ως ογκώδης , μαλθακή και με σαφή όρια μάζα , ενώ η παραγωγή βλέννης από τα κύτταρα είναι τόσο έντονη, ώστε το νεόπλασμα ν' αποτελείται από μικρές ομάδες κυττάρων μέσα σε άφθονη βλέννη . Η πρόγνωση αυτού του τύπου καρκινώματος είναι ευνοϊκή , ιδιαίτερα στις αμιγείς μορφές με άφθονη βλέννη. Μάλιστα ,έχει αποδειχθεί ότι όσο περισσότερη βλέννη περιέχει ένα βλεννώδες καρκίνωμα του μαστού τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση του .

3. Καρκινώματα από τα αδενικά λοβία

Αποτελείται από τα διηθητικά και μη διηθητικά καρκινώματα .

Το διηθητικό καρκίνωμα των αδενικών λοβίων δε διαφέρει κλινικά από το αδενοκαρκίνωμα με ίνωση . Ιστολογικά δε μπορεί να εντοπισθεί , παρά μόνο αν βρεθούν εστίες μη διηθητικού νεοπλασματος .

Το μη διηθητικό καρκίνωμα αποτελεί μία κλινική οντότητα που αναγνωρίστηκε και μελετήθηκε τα τελευταία πενήντα χρόνια . Η ακριβής συχνότητα του δε μπορεί να καθορισθεί, επειδή δε δίνει κλινικά ευρήματα και η ανεύρεση του είναι τυχαία . Παρουσιάζεται σε μικρότερη ηλικία από το καρκίνωμα και, κατά κανόνα, σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Οπωσδήποτε όμως, αποτελεί μία προκαρκινωματώδη κατάσταση , γιατί μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό αδενοκαρκίνωμα . Αυτού του είδους το καρκίνωμα είναι κατά 90 % πολύ εστιακό και κατά 25 – 69 % αμφοτερόπλευρο, ενώ η ανάπτυξη του θεωρείται ορμονοεξαρτώμενη. Η εξέλιξη αυτού του καρκινώματος χρήζει στενής κλινικής και μαστογραφικής παρακολούθησης της ασθενούς, καθώς η θεραπεία λόγω των πολλαπλών εστιών δεν είναι ικανοποιητική και επιτυχής .

4. Σπάνια καρκινώματα , όπως των ιδρωτοποιών αδένων και επιδερμοειδή .

Τα καρκινώματα που προέρχονται από ιδρωτοποιούς αδένες βρίσκονται στο φυσιολογικό μαστό και αναστομώνονται με μικρούς 23 εκφορητικούς πόρους, καθώς και τα επιδερμοειδή καρκινώματα που προέρχονται από μεταπλασία του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων σε πλακώδες επιθήλιο .

5. Καρκινোসάρκωμα του μαστού .

Αποτελεί πολύ σπάνιο τύπο νεοπλασματος και εμφανίζεται συνήθως με τη μορφή του φυλλοειδούς κυστεωσαρκώματος . Μικροσκοπικά , η σύνθεση του χαρακτηρίζεται από τη συνδυασμένη παρουσία επιθηλιακών και μεσεγχυματικών νεοπλασματικών στοιχείων. Τα καρκινώματα αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν κακοήγη εξαλλαγή σε ποσοστό 10 % και συνήθως μεθίστανται στους πνεύμονες , τα οστά και τους υποδόριους ιστούς.

Κλινική εικόνα

.Κατά την ψηλάφηση ανευρίσκεται ογκίδιο κινητό, ελαστικής σύστασης, με σαφή όρια, χωρίς συμφύσεις με το υπερκείμενο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα. Πόνος ή έκκριση από τη θηλή δεν υπάρχουν σε καμία περίπτωση. Τα ογκίδια μπορεί είναι μόνηρη ή πολλαπλά και να εντοπίζονται στον ένα ή και στους δύο μαστούς. Σπάνια ξεπερνούν σε διάμετρο τα 3-4 εκατοστά, αναφέροντας όμως και περιπτώσεις με διάμετρο 19-20εκ κυρίως σε ασθενείς πολύ νεαρής ηλικίας.

Η διαφοροδιάγνωση από κύστη είναι δύσκολη και θα γίνει με παρακέντηση με βελόνα.

Θεραπεία.

Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία του ινοαδενώματος είναι η τοπική εκτομή του όγκου σε ευρεία βάση και επί υγιούς ιστού, γιατί παρά το σαφή διαχωρισμό του από τον υπόλοιπο μαστικό αδένωμα δεν περιβάλλεται από κάψα.

Συχνή είναι η υποτροπή και επανεμφάνιση ινοαδενώματος στον ίδιο μαστό μετά από προηγούμενη εκτομή του. εδώ απαιτείται άμεση εκτέλεση εκτομής και ταχείας βιοψίας, ιδίως σε γυναίκες άνω των 25 χρόνων όπου απαντά συχνότερα ο καρκίνος του μαστού.

Αν ο όγκος έχει διάμετρο μεγαλύτερη των 5εκ. ή υπάρχει ιστορικό πολύ γρήγορης ανάπτυξης , είναι φρόνιμο να σταλεί τεμάχιο για ταχεία βιοψία και να διαπιστωθεί αν πρόκειται για ινοαδένωμα ή κυστεοσάρκωμα , αφού στο δεύτερο απαιτείται διαφοροποίηση της τεχνικής της εκτομής.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ



Αιτιολογία

Μολονότι λίγα είναι γνωστά με ακρίβεια κάποιοι γενετικοί , ορμονικοί, ανοσολογικοί παράγοντες, διάφοροι ιοί καθώς και διάφοροι άλλοι παράγοντες φαίνεται ότι βοηθούν ο ένας τον άλλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Συμβαίνει όταν κάποια κύτταρα του μαστού χάνουν τον έλεγχο του πολλαπλασιασμού και διαιρούνται ανεξέλεγκτα. Τα κύτταρα αυτά έχουν την δυνατότητα να διασπασούν - διηθήσουν κάποιους φυσιολογικούς ανατομικούς φραγμούς του μαστού και να διασπαρούν στο υπόλοιπο σώμα. Κάθε καρκίνος έτσι και αυτός του μαστού συμβαίνει λόγω κάποιας γενετικής ανωμαλίας σε κάποιο κύτταρο.¹⁶

Παρότι η αιτία βρίσκεται σε επίπεδο γονιδίων, μόνο το 5-10% των καρκίνων του μαστού κληρονομούνται από τους γονείς περισσότεροι καρκίνοι στον μαστό οφείλονται σε κάποια γονιδιακή βλάβη που συμβαίνει κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου.

Τα αίτια και οι παράγοντες κινδύνου είναι:

Ηλικία

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται μετά από την ηλικία των 50 ετών και άνω είναι σπάνιος σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 35 ετών (5% των περιπτώσεων), με εξαίρεση τις γυναίκες που έχουν κληρονομική προδιάθεση.

Φύλο

Καρκίνος του μαστού μπορεί να εμφανιστεί και στους άνδρες, όμως είναι συχνότερος στις γυναίκες (100 γυναίκες: 1 άνδρας).

Θετικό Οικογενειακό Ιστορικό Καρκίνου του Μαστού

Όταν μια γυναίκα έχει μια συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή ή κόρη) με καρκίνο του μαστού, σχεδόν διπλασιάζεται ο σχετικός κίνδυνος να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και η ίδια. Ο κίνδυνος σχεδόν πενταπλασιάζεται όταν υπάρχουν δυο συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού στο ιστορικό τους

Έμμηνος Ρύση

Οτιδήποτε επηρεάζει μακροχρόνια έκθεση του μαστού στα οιστρογόνα επηρεάζει και τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Για το λόγο αυτό, εάν η περίοδος αρχίσει πολύ νωρίς, κάτω των 10 ετών, και η εμμηνόπαυση έρθει καθυστερημένα ενώ των 55 ετών, εάν μια γυναίκα δεν έχει παιδιά ή γέννησε το πρώτο της παιδί σε ηλικία άνω των 35 ετών, η γυναίκα αυτή εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την παρατεταμένη χρήση ορμονικής υποκατάστασης μετά την εμμηνόπαυση.

Ιστορικό Καρκίνου

Οι γυναίκες που έχουν ήδη εμφανίσει καρκίνο στον ένα μαστό τους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν έναν νέο, δεύτερο καρκίνο στον άλλο μαστό (1 στις 100 γυναίκες ανά έτος).

Προηγούμενη Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία στο θώρακα πριν από την ηλικία των 30 ετών (συνήθως για νόσο του Hodgkin) αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στη μετέπειτα ζωή (συνήθως 10-15 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της ακτινοθεραπείας).

Αλκοόλ

Τα οινοπνευματώδη ποτά αυξάνουν τη συγκέντρωση των οιστρογόνων στο αίμα (μέτρια συσχέτιση με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού).

Βάρος

Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση, αυξάνοντας τα επίπεδα των οιστρογόνων. Αυτό συμβαίνει διότι η παραγωγή των οιστρογόνων στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση γίνεται κυρίως μέσα σε λιπώδη ιστό (μετατροπή των επινεφριδικών ανδρογόνων σε οιστρογόνα από την αρωμάτιση, ένα ένζυμο που βρίσκεται κυρίως στο λίπος).

Καθιστική Ζωή

Η τακτική, έντονη άσκηση κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μιας γυναίκας, κυρίως διότι μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη της έμμηνου ρύσεως, να επιμηκύνει τον χρόνο μεταξύ των περιόδων ή να ελαττώσει τον αριθμό των εμμηνορυσιακών κύκλων, μειώνοντας έτσι την έκθεση της γυναίκας στα οιστρογόνα. Επιπλέον όφελος είναι ο έλεγχος της αύξησης του βάρους.

Διατροφή και Καρκίνος του Μαστού: Δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα και οδηγίες.

Διατροφικό Λίπος: Η πλούσια σε λίπος διατροφή έχει μικρή ή και μηδενική επίδραση. Η αύξηση των ποσοστών καρκίνου του μαστού σε δυτικές χώρες δεν οφείλεται στο αυξημένο λίπος στη διατροφή, αλλά σε άλλες παραμέτρους του τρόπου ζωής των γυναικών, όπως η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή.

Βιταμίνη Α:

Ασκή μέτρια προστατευτική δράση στον καρκίνο μαστού, κυρίως στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Σόγια: Τα ισοφλαβινοειδή είναι ειδικοί τύποι οιστρογόνων που ανευρίσκονται σε αφθονία στα προϊόντα σόγιας. Σε εργαστηριακές μελέτες, τα ισοφλαβινοειδή εμφανίζονται να προστατεύουν τα κύτταρα του μαστού από την καρκινική μετάλλαξη, ενώ μελέτες σε γυναίκες στις οποίες χορηγήθηκαν συμπληρώματα σόγιας έδειξαν αυξημένη υπερπλασία των κυττάρων του μαζικού αδένου. Η σχέση ισοφλαβινοειδών σόγιας και καρκίνου του μαστού σε ανθρώπους δεν έχει ακόμη διευκρινισθεί.

Ορμονικά Σκευάσματα

Αντισυλληπτικά: η από του στόματος χρήση τους φαίνεται να αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες κατά τον χρόνο της χρήσης τους ή λίγο μετά.

Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης: προσφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, προστασία έναντι της LDL (θετική επίδραση στο τοίχωμα των αρτηριών). Ωστόσο, η μακροχρόνια χρήση της μετά την εμμηνόπαυση (κυρίως για περισσότερο από 5 χρόνια) αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ο αυξημένος αυτός κίνδυνος φαίνεται να εξαλείφεται δύο χρόνια μετά τη διακοπή της.¹⁷

Όλοι αυτοί οι παράγοντες πρέπει να περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο του ιστορικού του μαστού και δεν πρέπει ποτέ να παραλείπονται. Πρέπει να τονισθεί ότι επιβαρυντικοί παράγοντες δεν σημαίνουν ότι υποχρεωτικά μια γυναίκα θα πάθει κάποτε καρκίνο του μαστού αλλά και αντίστροφα δεν σημαίνει πως όποια γυναίκα δεν τους έχει, δεν πρόκειται ποτέ να πάθει καρκίνο.

Τέλος είναι λανθασμένη η κοινή αντίληψη πως μόνο αν είχε καρκίνο του μαστού η μητέρα ή η γιαγιά μπορεί να πάθουν και τα παιδιά. Μόνο στο 30% των καρκίνων του μαστού υπάρχει κάποιας μορφής κληρονομική επιβάρυνση με βάση το οικογενειακό ιστορικό. Άρα το 70% είναι τυχαίοι και εμφανίζονται σε γυναίκες.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Πρόληψη



4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Κάθε 68 δευτερόλεπτα πεθαίνει κάπου στον κόσμο μια γυναίκα με καρκίνο μαστού. Η εν λόγω ασθένεια παρά τη συχνότητά της εάν διαγνωστεί έγκαιρα, μπορεί να θεραπευτεί. Για αυτό και η ενημέρωση είναι αναγκαία. Συγκεκριμένα αν ο καρκίνος διαγνωσθεί πριν επεκταθεί σε άλλα όργανα, το 5ετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών που έχουν νοσήσει ξεπερνά το 95 %.

Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία, η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επηρεαστεί. Ο βασικός λόγος αυτής της “ αποτυχίας” θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί αν δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή.

Για να λυθεί αυτό το πρόβλημα έχουμε κάποια προληπτικά μέτρα. Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : σε μέτρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Στη πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στη νόσο και στο θάνατο.

Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (πχ περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιονίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (πχ διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχοιροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (πχ εμβολιασμός κατά τον ιό της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσιμπτοματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατό πρωιμότερο στάδιο(πχ μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.¹⁹

4.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωτοβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού

Η πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί στην αποφυγή έναρξης των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσο και στο θάνατο.

Οι παράγοντες που συσχετίζονται επιδημιολογικά με τον καρκίνο του μαστού, μπορούν να διακριθούν σε «εξωγενείς» και «ενδογενείς». Οι εξωγενείς προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον(Πίνακας 1) ενώ οι ενδογενείς από τον ίδιο τον οργανισμό της ασθενούς(Πίνακας 2). Έτσι, οι στόχοι της πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού κινούνται γύρω από δύο κεντρικούς άξονες:

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

Βέβαια, παρά τις επίπονες και συνεχής μελέτες, δεν έγινε ακόμα εφικτή η ακριβής προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Παρόλο ότι γενετικοί, ιδιοσυστατικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας από αυτούς μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει τον μηχανισμό γένεσης της νόσου.

Η εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού προϋποθέτει την γνώση των αιτιολογικών παραγόντων. Τα μέτρα συνίστανται κυρίως στην πλήρη ή περιορισμένη αποφυγή έκθεσης στους παράγοντες αυτούς ή ακόμη σε μείωση της ευαισθησίας σε αυτούς.

Με το πέρασμα του χρόνου, άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι:

- Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού βοηθάει στην πρόληψη του, π.χ. οι διατροφικές συνήθειες και οι σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού.
- Η προστασία 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 των καρκινογόνων παράγοντα.
- Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μετρά σε εθνικούς και διεθνής κυνισμού.²⁰

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Αύξηση του κινδύνου

Εδραιωμένοι παράγοντες

Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία

Πιθανοί παράγοντες

Κάπνισμα

Κατανάλωση οινοπνεύματος

Αντισυλληπτικά δισκία για πολλά

χρόνια από μικρή ηλικία

Ορμονική θεραπεία στην εμμηνόπαυση

Μείωση του κινδύνου

Εδραιωμένοι παράγοντες

Πρώιμη αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομή

Πιθανοί παράγοντες

Βιταμίνη Α και ρετινοειδή

Σόγια

Σωματική άσκηση

Ελαιόλαδο

Πίνακας 2. Ενδογενείς παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Αύξηση του κινδύνου

Εδραιωμένοι παράγοντες

Μεγάλη ηλικία

Πρώιμη εμμηναρχή

Καθυστερημένη εμμηνόπαυση

Παχυσαρκία μετά την εμμηνόπαυση

Οικογενειακό ιστορικό με εμφάνιση

σε νεαρές ηλικίες, αμφοτερόπλευρη νόσο

ή εμφάνιση σε πολλούς συγγενείς

Μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και 2

Τυπική/άτυπη υπερπλασία,

σκληρυντική αδένωση,

Ca in situ

Μείωση του κινδύνου

Εδραιωμένοι παράγοντες

Καθυστερημένη εμμηναρχή

Πρώιμη εμμηνόπαυση

Παχυσαρκία πριν την εμμηνόπαυση

Πιθανοί παράγοντες

Εμμηνορρυσία σε μη τακτά χρονικά

διαστήματα με μεγάλα μεσοδιαστήματα

Μητρικός θηλασμός

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

- Η ιδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας
- Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ό 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 προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν 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 του 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 της νοσηλεύτριας στο τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.²¹

4.3 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εμφανιστεί 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 υποκείμενα συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατί γίνεται κατά κανόνα όταν εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν αναστρέψιμες, στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη της νόσου έγκαιρα.

Επομένως η δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού είναι η διάγνωση του σε προσυμπτωματικό στάδιο και προϋποθέτει την ύπαρξη αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων. Οι μέθοδοι αυτές πρέπει να είναι φθηνές, εύχρηστες και ανώδυνες, έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν μαζικά, χωρίς ιδιαίτερους και περίπλοκους τρόπους προσέγγισης του πληθυσμού

Είναι γνωστό ότι όσο μικρότερος είναι όγκος τη στιγμή της διάγνωσης, τόσο μεγαλύτερη και η επιβίωση. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου κάτω του 1 εκ. χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις έχουν πιθανότητα επιβίωσης στη δεκαετία 90%, ενώ αντίθετα με όγκους μεγαλύτερους και λεμφαδενικές μεταστάσεις η επιβίωση πέφτει κάτω του 50%.

Σήμερα υπάρχουν τρεις κλασικές μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης των όγκων του μαστού:

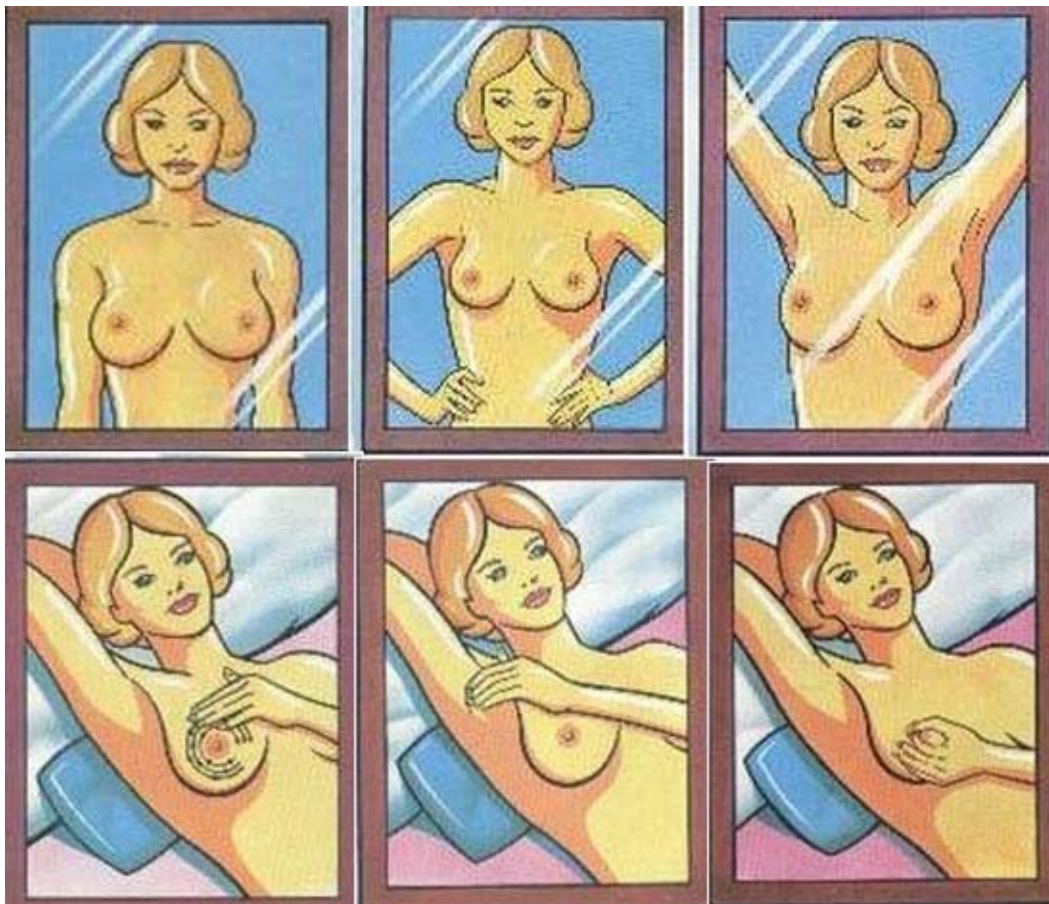
Αυτοεξέταση Παρατηρήστε το σώμα σας και γνωρίστε το στήθος σας! Κάθε γυναίκα, από 20 ετών και πάνω, μπορεί και πρέπει να εντάξει την αυτοεξέταση στήθους στο μηνιαίο πρόγραμμά της- ιδανικά την όγδοη ημέρα του κύκλου της ή σε κάποια τακτή ημερομηνία. Οποιαδήποτε μεταβολή παρατηρήσετε στο σχήμα, το μέγεθος ή το δέρμα του στήθους, πρέπει να επικοινωνήσετε άμεσα με το γυναικολόγο σας.

Κλινική εξέταση Συμπεριλάβετε την κλινική εξέταση του μαστού στις τακτικές γυναικολογικές σας επισκέψεις. Αν είστε μεταξύ 20 και 40 ετών, μια φορά κάθε 2-3 χρόνια είναι αρκετή, ενώ μετά τα 40 πρέπει να επαναλαμβάνετε την εξέταση σε ετήσια βάση.

Μαστογραφία-πληθυσμιακός έλεγχος (screening) Ο έλεγχος με μαστογραφία πρέπει να μπαίνει στο ετήσιο πρόγραμμα κάθε γυναίκας πάνω από 45 ετών. Αυτό άλλωστε συμβαίνει και με εκατομμύρια γυναίκες στον κόσμο, που προλαμβάνουν έγκαιρα την όποια πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του στήθους. Γίνετε κι εσείς μία από αυτές! Η μαστογραφία μπορεί να μειώσει τη θνησιμότητα μέχρι και 30%.²²

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής:

- Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά.
- Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις, για την εντόπιση του καρκίνου σε όλες τις φάσεις της εξέλιξης του.
- Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει σε όλα τα προγράμματα, καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου.
- Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους απαντάται η επίδραση παραγόντων κινδύνου.²³



ΕΙΚ3

4.4 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι πρόοδοι στην ιατρική περίθαλψη έρθει τόσο μέσω βελτιώσεων στην ιατρική διάγνωση και θεραπεία και οι προσπάθειες για την πρόληψη της ασθένειας. Παρά το γεγονός ότι δίνεται συνήθως διατίθενται στην διάγνωση και τη θεραπεία, τη σημασία της πρόληψης δεν πρέπει να λησμονηθούν. Υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης: πρωτογενή, δευτερογενή, και τριτογενή. Πρωτογενής πρόληψη αποσκοπεί να εμποδίσουν την ανάπτυξη της ασθένειας ή τραυματισμού πριν συμβεί? Δευτερογενή πρόληψη προσπαθεί να σταματήσει ή να αντιστραφεί ένα πρόβλημα προτού να γίνει συμπτωματική μέσω της έγκαιρης ανίχνευσης? Και τριτογενούς πρόληψης επικεντρώνεται στη μείωση αναπηρία και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας στους ανθρώπους που έχουν ήδη προσβληθεί από ασθένεια ή τραυματισμό .

Οι Τριτοβάθμιες προσπάθειες πρόληψης που εφαρμόζονται, ώστε να περιέχουν ή να επιβραδυνθεί η βλάβη που έχει προκύψει από μια σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό, για την πρόληψη της αναπηρίας ή της επανάληψης μιας κατάστασης, ή και για την αποκατάσταση του ασθενούς (επαναφορά της λειτουργικότητας και της αυτάρκειας). Συχνά, ο στόχος τις τριτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της ποιότητας ενός ατόμου πάσχουν από τη ζωή. Τριτοβάθμια πρόληψη μπορεί να εφαρμοστεί σε μια ποικιλία από πολύπλοκη, μακροχρόνια προβλήματα υγείας όπως ο διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και χρόνια μυοσκελετικό πόνο.²⁴

Τα περισσότερα σημερινά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με βάση τις δοκιμές, τη διάγνωση, την ανακούφιση των συμπτωμάτων και αναμένει μια θεραπεία. Σύμφωνα με το ενημερωτικό δελτίο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο «Ενσωμάτωση της πρόληψης στην Υγεία», "Αν και αυτές οι λειτουργίες είναι κατάλληλο για οξείες και επεισοδιακή προβλήματα υγείας, μια αξιοσημείωτη διαφορά εμφανίζεται όταν εφαρμοστεί αυτό το μοντέλο της φροντίδας για την πρόληψη και τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων." Για χρόνιες παθήσεις, τριτογενή πρόληψη μπορεί να είναι πολύ πιο χρήσιμο από ό, τι δοκιμές, διάγνωση ή αναζητούν μια θεραπεία.

Τριτοβάθμια πρόληψη διεξάγεται κατά κύριο λόγο από τους ιδιώτες και τους επαγγελματίες της υγείας. (γιατροί, νοσοκόμες και συναφών επαγγελματιών υγείας). Κατά τη διεξαγωγή τριτοβάθμιας πρόληψης, επαγγελματίες υγείας μπορούν να κάνουν χρήση των προγραμμάτων αποκατάστασης, χρόνια τα προγράμματα διαχείρισης του πόνου και των ομάδων υποστήριξης ασθενών. Για τα άτομα με σοβαρή αρθρίτιδα, τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει συχνά κάνουν ασκήσεις, φυσικοθεραπεία και η λήψη φαρμάκων για τον έλεγχο της φλεγμονής και του πόνου. Για τα άτομα με καρκίνο, τριτοβάθμια πρόληψη συχνά περιλαμβάνει μέτρα για να κρατήσει τον ασθενή σε άνεση και την ασθένεια σε ύφεση για όσο το δυνατόν περισσότερο. Για τα άτομα με αναπηρία τραυματισμούς, τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει εντατική, μακροχρόνια φυσική θεραπεία για να επανακτήσει τη χρήση των άκρων ή να αναπτύξει εναλλακτικά μέσα για την ανεξάρτητη λειτουργία.

Τριτοβάθμια πρόληψη μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στη μείωση της σοβαρότητας και της εξέλιξης των ασθενειών και τραυματισμών, περιορίζοντας ειδικές ανάγκες και τη βελτίωση της εις βάρος της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Σύμφωνα με την "Πρόληψη των Ασθενειών - τριτογενή πρόληψη», «Τριτογενής προσπάθειες πρόληψης έχουν αποδείξει ότι είναι δυνατό για να επιβραδύνουν τη φυσική πορεία της κάποιες προοδευτικές ασθένειες και την πρόληψη ή την καθυστέρηση πολλών από τις επιπλοκές που σχετίζονται με χρόνιες παθήσεις».

Μια σειρά από παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των προσπαθειών τριτογενή πρόληψη. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι μπορούν να βρουν υγιεινά συμπεριφορές λιγότερο ελκυστική ή βολικό από ανθυγιεινά εναλλακτικές λύσεις, ενώ άλλοι μπορεί να θεωρούν ότι είναι δύσκολο να αλλάξει τη συνήθη ή εθιστικές συμπεριφορές. Οι άνθρωποι, επίσης, πρέπει να έχουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να γνωρίζουν και να κατανοούν τι συμπεριφορές υγείας να υιοθετήσουν, κάνουν σχέδια για αλλαγή των υφιστάμενων συμπεριφορά, και να ξεπεράσουν τα εμπόδια στην αλλαγή. Επίσης, πρέπει να έχει επαρκή αυτο-αποτελεσματικότητα και την εμπιστοσύνη για την ικανότητά του να προβεί σε αλλαγή του τρόπου ζωής. Διαθέσεις των ανθρώπων και τα επίπεδα ενέργειας, επίσης, μπορεί να επηρεάσει γνωστικών πόρων και τα κίνητρα ενός ατόμου. Οικογένεια και οι φίλοι ενός ατόμου μπορεί να μοντέλο επιθυμητές συμπεριφορές, και να παρέχει κοινωνική υποστήριξη και ενθάρρυνση για την προσπάθεια ενός ανθρώπου να αλλάξει τον τρόπο ζωής του? Μπορούν επίσης να εμποδίσει την τριτοβάθμια προσπάθειες πρόληψης ενός ατόμου, αρνούμενη να αλλάξει τις δικές τους συνήθειες, ώστε να βοηθήσει το άλλο πρόσωπο. Οι άνθρωποι έχουν επίσης περισσότερες πιθανότητες να ακολουθήσουν μέσα από τις προσωπικές αλλαγές του τρόπου ζωής, εφόσον έχουν εγκριθεί σε μεγάλο βαθμό από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:
ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ



5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι η ψηλαφητή μάζα. Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από ίδια την άρρωστη, συνηθέστατα κατά την διάρκεια του μπάνιου της.

Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη, σκληρή ,στέρεα που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Η έκκριση της θηλής του μαστού είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικά σημείο του καρκίνου του μαστού.

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

Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

Εισολκή της θηλής (όταν εμφανίζεται ο όγκος κάτω από την θηλή) αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξεία πάθηση του μαστού.

Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού, λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός(από μετάσταση) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.²⁶

5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τις περισσότερες φορές η γυναίκα μόνη της ανακαλύπτει τον όγκο σαν μια μάζα στο μαστό που είναι συνήθως σκληρή, ακίνητη και ανώδυνη χωρίς να αποκλείεται να μην υπάρχουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Η αυτοεξέταση του μαστού με ψηλάφηση από την ίδια τη γυναίκα μετά την ηλικία των 20 μια φορά το μήνα είναι πολύ μεγάλης σημασίας γιατί όσο νωρίτερα ανακαλυφθεί ο όγκος τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. Επίσης είναι απαραίτητη η τακτική εξέταση των μαστών από έναν κλινικό γιατρό, μια με δύο φορές το χρόνο. Μετά την ηλικία των 40 ετών, η μαστογραφία που είναι μια ειδική ακτινογραφία των μαστών και μπορεί να δείξει όγκους πολύ μικρού μεγέθους, πρέπει να γίνεται μια φορά κάθε χρόνο για τις γυναίκες που δεν ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Πιο σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί έκκριμα από τη θηλή του μαστού ή αλλοιώσεις στο δέρμα του μαστού.

Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ανήκουν οι παρακάτω διαγνωστικές εξετάσεις: μαστογραφία, κυτταρολογικός έλεγχος, αιματολογικές, βιοχημικές, ιστολογικές εξετάσεις, υπερηχογραφική εξέταση, αξονική ηλεκτρονική τομογραφία, θερμογραφία, ξηρογραφία, διαφανοσκόπηση, βιοψία και άλλες.

Αν ανακαλυφθεί ένας όγκος στο μαστό μιας γυναίκας, πρέπει οπωσδήποτε να διευκρινιστεί αν πρόκειται για κακοήθεια ή όχι. Ο πιο συνηθισμένος και έγκυρος τρόπος είναι να εξεταστεί στο μικροσκόπιο ένα πολύ μικρό δείγμα από τον όγκο και να προσδιοριστεί από τον ειδικό ο τύπος των κυττάρων. Αν πρόκειται για καρκίνο θα πρέπει να γίνουν συμπληρωματικές εξετάσεις για να προσδιοριστεί η έκταση της νόσου και ο τύπος της. Ο καρκίνος μαστού δεν είναι ο ίδιος κάθε φορά αλλά περιλαμβάνει ένα πλήθος υποτύπων που πρέπει να τους γνωρίζει ο ειδικός γιατί αλλάζουν οι θεραπευτικές προοπτικές και αποφάσεις.

Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί αρκετά γρήγορα, πριν επεκταθεί πέραν του μαστού σε άλλα σημεία του σώματος, το πενταετές ποσοστό επιβίωσης των γυναικών που πάσχουν από τη νόσο ξεπερνά το 95%.

Η εξέταση των μαστών και η διάγνωση των παθήσεών του πρέπει να αποτελούν μέρος του προληπτικού ελέγχου, που κάνει η κάθε γυναίκα στον γυναικολόγο της. Είναι λοιπόν φυσικό, ωφέλιμο, αλλά και απαραίτητο για τις γυναίκες, ο γυναικολόγος, που αποτελεί τον «ιατρό της γυναίκας», να έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

5.2.1 ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η νεαρή γυναίκα πρέπει από μικρή ηλικία να συνειδητοποιεί την αξία της αυτοεξέτασης. Πρέπει να μάθει να ψηλαφεί το μαστό της και να εξοικειώνεται με τη φυσιολογική του υφή. Έστω κι εάν δεν έχει πρόβλημα, πρέπει να συνηθίζει τη φυσιολογική υφή του μαστού της, ανάλογα με τις φάσεις του κύκλου της, πριν και μετά την περίοδο της και να τον μαθαίνει με λεπτομέρεια. Η εξοικείωση με το μαστό της, θα κάνει πιο εύκολα αντιληπτή οποιαδήποτε διαφορά προκύψει στο μέλλον.

Το σημαντικότερο ρόλο στην τελική μορφή, που θα έχει το στήθος κάθε γυναίκας, έχουν οι γενετικές προδιαγραφές της, δηλαδή τα γονίδια που κληρονομεί από τους γονείς της. Η ανάπτυξη και η διαμόρφωση του μαστού εξαρτάται από την επίδραση πολλών ορμονών, όπως των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, αλλά και της προλακτίνης, των ανδρογόνων και άλλων αυξητικών παραγόντων.

Η φυσική εξέταση πρέπει να γίνεται σε χώρο όπου η γυναίκα θα αισθάνεται άνετα, χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων, εκτός από μιας αδελφής-βοηθού αν το επιθυμεί. Η εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών, η οποία θα τηρείται πάντα με αυστηρότητα και είναι η ίδια ανεξαιρέτως από το αιτιολογία το οποίο προσέρχεται προς εξέταση.

Ασφαλώς, η αυτοεξέταση από μόνη της δεν μπορεί να διαγνώσει τον καρκίνο και γι' αυτό δεν εφαρμόζεται ως αντικατάσταση, αλλά συμπληρωματικά στην κλινική εξέταση από τον ειδικό γιατρό και τη μαστογραφία.²⁷

Η αυτοεξέταση μαστού βήμα προς βήμα



ΕΙΚ4

βήμα 1: Σηθείτε μπροστά από ένα καθρέπτη με τα χέρια στη μέση αλλά χαλαρά - χωρίς να τα σφίγγετε στο κορμό σας. Κοιτάξτε και ελέγξτε κάθε μαστό χωριστά για κάτι ασυνήθιστο, όπως κάποιο μικρό ή μεγάλο βαθούλωμα, μια πληγή στο δέρμα του μαστού, κάποια ερυθρότητα (κοκκινίλα), αλλά και αυτό το μέγεθος κάθε μαστού. Είναι απόλυτα φυσιολογικό ο ένας μαστός να διαφέρει σε μέγεθος από τον άλλο, όμως, αν αυτή τη διαφορά δεν την έχετε προσέξει σε προηγούμενες εξετάσεις –αυτοεξετάσεις, πείτε το στο γιατρό σας. Τέλος, προσέξτε τη θέση της θηλής: εάν δείτε ότι αυτή έχει αλλάξει, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



ΕΙΚ5

βήμα 2: Σηκώστε τα χέρια, βάλτε τα πίσω από το κεφάλι και πιέστε προς τα πίσω. Οι μυς του θώρακα σφίγγουν. Κοιτάξτε το σχήμα και το περίγραμμα των μαστών και εξετάστε και τους δύο μαστούς όπως και στην εικόνα. Ελέγξτε οποιαδήποτε αλλαγή στο μέγεθος και στο σχήμα των μαστών, ή εάν υπάρχει κάποια διόγκωση ή βαθούλωμα, ή ερυθρότητα (κοκκινίλα), ή οποιαδήποτε αλλαγή χρώματος στο δέρμα, ή ακόμα κάποια πληγή ή εκδορά. Εάν διαπιστώσετε κάτι από τα παραπάνω, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



ΕΙΚ6

βήμα 3: Χρησιμοποιώντας τα άκρα των δακτύλων, ψηλαφίστε τους μαστούς σας από μέσα προς τα έξω, με κυκλικές κινήσεις και σε περιοχές που να καλύπτει η μια την άλλη. Εάν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τις άκρες των δακτύλων σας, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



εικ7

βήμα 4: Με το δεξί σας χέρι χρησιμοποιώντας τα άκρα των δακτύλων) ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε το δεξιό μαστό. Ψηλαφίστε ανά μικρές περιοχές όσο ένα νόμισμα. Εάν εντοπίσετε κάτι σκληρό κάτω από τις άκρες των δακτύλων σας, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αφού βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



εικ8

βήμα 5: Χρησιμοποιώντας δύο δάκτυλα, τον δείκτη και τον μέσο, επαναλάβετε ότι και στην εικόνα 4 για κάθε μαστό. Εάν εντοπίσετε κάτι σκληρό ανάμεσα στα δύο δάκτυλα, ψηλαφίστε ξανά την περιοχή και αν βεβαιωθείτε ότι πράγματι κάτι υπάρχει εκεί, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



εικ9

βήμα 6: Τοποθετείστε το δείκτη του χεριού σας στη θηλή και πιέστε βαθιά γύρω γύρω τη θηλή, και μετά πιέζοντας ελαφρά τραβήξτε τη θηλαία άνω προς τα πάνω. Αν αισθανθείτε κάτι σκληρό κάτω από τη θηλή, ή κάτι που κρατάει τη θηλή και δεν την αφήνει ελεύθερα να κινηθεί προς τα πάνω, ή αν αισθανθείτε ασυνήθιστο πόνο, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



εικ10

βήμα 7: Πιάστε και πιέστε προσεκτικά απαλά αλλά σταθερά κάθε θηλή. Χρησιμοποιήστε τον αντίχειρα και τον δείκτη. Εάν αισθανθείτε πόνο, έστω και μέτριο αλλά ασυνήθιστο, ή εάν παρατηρήσετε να τρέχει υγρό από τη θηλαία άλω, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.



εικ11

βήμα 8: Ξαπλώστε ανάσκελα σε ένα ίσιο κρεβάτι. Βάλτε ένα μικρό μαξιλάρι πίσω από τη πλάτη και ψηλά μέχρι τους ώμους. Βάλτε το αριστερό σας χέρι πίσω από το κεφάλι και με το δεξί σας χέρι ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό σας. Κάντε το ίδιο αντίστροφα, βάλτε το δεξί σας χέρι πίσω από το κεφάλι και με το αριστερό σας χέρι ψηλαφίστε τον δεξιό μαστό σας. Χρησιμοποιήστε και πάλι τα άκρα των δακτύλων σας όπως και στις εικόνες 3 και 4. Εάν αισθανθείτε κάπου πόνο, ή κάτι σκληρό, ή κάτι που “κολλάει” πάνω στο θώρακά σας, να το αναφέρετε αμέσως στο γιατρό σας.²⁸

5.2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όπως κάθε πάθηση, έτσι και στις παθήσεις του μαστού είναι απαραίτητη η συγκέντρωση ορισμένων πληροφοριών για την ασθενή, πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση.

Με το ιστορικό περούμε πληροφορίες για την πάθηση, που αναφέρει η άρρωστη. Ο αριθμός των πληροφοριών αυτών και η αξιότητα τους εξαρτώνται πάρα πολύ από το νοσηλευτή και τον τρόπο λήψης του ιστορικού.

Η πρώτη επαφή με το περιβάλλον του ιατρού και το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό είναι σημαντική για την άρρωστη. Γι' αυτό και οι ερωτήσεις του νοσηλευτή πρέπει να γίνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε η άρρωστη να αισθάνεται άνεση και αισιοδοξία για την αντιμετώπιση της πάθησης της.

Μετά το ερωτηματολόγιο, που έχει σχέση με την ηλικία της, το περιβάλλον της, την επαγγελματική της δραστηριότητα και το κοινωνικό της κύκλο, την οικογενειακή της κατάσταση και το κληρονομικό της, τις παθήσεις που παρουσίασε στο παρελθόν, τις διαταραχές του ωθητικού της κύκλου, την λήψη ορμονικών σκευασμάτων, τις τυχόν μαστικές συμφορήσεις που έχουν σχέση με την εμμηνορρυσία, τις προηγηθείσες εγκυμοσύνες, την ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, τις γαλουχίες και τις νευρικές, πεπτικές ή ενδοκρινολογικές διαταραχές, πρέπει να αναζητήσουμε μαστοπάθειες που τυχόν πέρασε στο παρελθόν, όπως μαστίτιδες, τραυματισμούς στο μαστό και άλλα.

Ακόμη θα πληροφορηθούμε, για πιθανές εγχειρήσεις, που προηγήθηκαν και έχουν σχέση με το μαστό(ωθηκεκτομή, υστερεκτομή για καρκίνο του ενδομήτριου, εξαίρεση του καρκίνου του κόλπου για καρκίνο και του εντέρου.)

Ύστερα, θα αναζητήσουμε την αιτία που ανάγκασε την άρρωστη να επισκεφθεί το γιατρό.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι άρρωστες προσέρχονται στο γιατρό, γιατί ανακάλυψαν τυχαία κάποιο όγκο στο μαστό. Σπάνια, θα ανακαλύψουν την πάθηση τους ύστερα από παρατήρηση μεταβολής μεγέθους στο σχήμα ή στη σύσταση του μαστού. άλλες φορές αιτία της επίσκεψης τους είναι η έκκριση από τη θηλή και άλλες φορές ο πόνος.

Πόνος και ευαισθησία στους μαστούς είναι σύμπτωμα που οφείλεται τις περισσότερες φορές , δε φυσιολογικές διαταραχές του μαστού και όχι σε νεοπλασματικές επεξεργασίες του. Τα υποκειμενικά αυτά συμπτώματα δεν είναι δυνατόν να τα εκτιμήσουν εύκολα και με ακρίβεια, γιατί μερικές από τις γυναίκες, που φοβούνται τον καρκίνο μεγαλοποιούν κάποια μικρή

φυσιολογική ενόχληση από το μαστό τους σε τέτοιο σημείο, ώστε να επισκέπτονται πολλές φορές το γιατρό για την ίδια αιτία.

Άλλες φορές ο πόνος είναι δυνατόν να προέρχεται από επανειλημμένες ψηλαφίσεις της άρρωστης, γιατί έπεσε στην αντίληψη της η παρουσία κάποιου όγκου.

Όσο ποιο λεπτομερές είναι οι πληροφορίες που παίρνονται στη λήψη του ιστορικού, τόσο ευχερέστερα γίνεται η διάγνωση και ο τρόπος ελέγχου του μαστού που θα ακολουθήσει από το γιατρό.

Πληροφορίες που συλλέγονται επιτόλεια ή μπροστά σε άλλους νοσηλευτές ή γιατρούς ή στα εξωτερικά ιατρεία μπροστά σε άλλες άρρωστες δεν έχουν σημαντική αξία, κάτω από τις συνθήκες αυτές, η νέα γυναίκα είναι δυνατόν να αποκρύψει έκκριση από τη θηλή, επειδή φοβάται την ύπαρξη ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης ή όγκου και η ώριμη να μην ομολογήσει ανωμαλία, που συνδέει αυτή με σεξουαλική σχέση.

Άλλες φορές, η άρρωστη δεν θα ομολογήσει πως το κληρονομικό της επιβαρύνεται με καρκίνο μαστού, και άλλες δεν θα αναφέρει η κατάσταση της χρονολογείται από καιρό γιατί φοβόταν χειρουργικό έλεγχο του μαστού της.

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει και φανταστικές ακόμα απαντήσεις γιατί έχει αποδειχτεί πως ο μαστός πολύ συχνά, συνδέεται με την ψυχική κατάσταση της γυναίκας και με τη συζυγική, οικογενειακή και επαγγελματική της ζωή.

Απ' ότι αναφέρθηκε, μπορεί κανείς να αντιλήφθη πόσο λεπτή μπορεί να είναι η στάση του νοσηλευτή απέναντι στη άρρωστη. η λήψη ιστορικού της μπορεί να γίνει όταν είναι μόνη με τον νοσηλευτή γιατί, τότε η άρρωστη αισθάνεται άνεση και εμπιστοσύνη.

Η λήψη του ιστορικού αποτελεί μακρά και πολλές φορές δυσχερή εξέταση, που απαιτεί πείρα εκ μέρους του νοσηλευτή.²⁹

5.2.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Στον εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ανήκουν οι παρακάτω διαγνωστικές εξετάσεις:

➤ Μαστογραφία

Η μαστογραφία κατέχει ξεχωριστή θέση στη διαγνωστική των μαστοπαθειών, γιατί μ' αυτή πετυχαίνουμε του προληπτικού έλεγχου ασυμπτωματικής πάθησης του μαστού.

Η ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ή ιστολογικού έλεγχου. Γιατί η αιμορραγία, που προκαλείται από την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού, δυσκολεύει την ανάγνωση του μαστογραφήματος.

Ο συνδυασμός της μαστογραφίας με άλλες διαγνωστικές μεθόδους, βοηθά στην ακριβέστερη διάγνωση των παθήσεων του μαστού.

Προϋπόθεση της πετυχημένης διάγνωσης με μαστογραφία είναι η άριστη ποιοτικά εικόνα και η μελέτη της από έμπειρο ακτινοδιαγνώστη γιατί η ανάγνωση της, ίσως είναι η δυσκολότερη ανάμεσα σ' όλες τις άλλες ακτινολογικές εικόνες. Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας ανεβάζει το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας στο 90-97%.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μαστογραφίας είναι το ότι έχει την ικανότητα να σκιαγραφεί μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1μμ, που συνοδεύονται πολύ συχνά με κακοήθεις επεξεργασίες του μαστού. Σπάνια, οι μικροεπασβεστώσεις εμφανίζονται σε καλοήθεις επεξεργασίες.

Τεχνική. Η λήψη των μαστογραφημάτων γίνεται καλύτερα με τη βοήθεια ειδικών επιμηκυμένων πιεστικών κώνων που το άνοιγμά τους έχει σχήμα νεφρού, για να προσαρμόζονται καλύτερα στην κυρτότητα του θωρακικού τοιχώματος. Η λήψη γίνεται από το πάνω μέρος του μαστού, δηλαδή κεφαλουραίκα, και από τα πλάγια.

Απαραίτητη είναι η ακτινογράφιση και των δύο μαστών για τη σύγκριση των ευρημάτων. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για τη λήψη μαστογραφήματος σε γυναίκες, που βρίσκονται στην αναπαραγωγική τους ηλικία, είναι μετά την εμμηνορρυσία και πριν τη 12^η ημέρα του κύκλου, τότε που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί. Ο κίνδυνος από την εκτέλεση μαστογραφίας μπορεί θεωρηθεί θεωρητικός.

Ενδείξεις. Συχνότερες ενδείξεις εκτέλεσης μαστογραφίας είναι οι παρακάτω:

- 1) Στον προληπτικό έλεγχο. Είναι φυσικό ότι μερικές αλλοιώσεις του μαστού , δεν είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές στην κλινική εξέταση, έτσι η προληπτική μαστογραφία, αποκτάει ξεχωριστή θέση στην πρόληψη του καρκίνου, γιατί ελαττώνει τη θνησιμότητα της γυναίκας από αυτό, όπως απέδειξαν στατιστικές των τελευταίων ετών.

Κάθε γυναίκα πρέπει να κάνει προληπτική μαστογραφία στην ηλικία 35-40 ετών. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η μαστογραφία μπορεί να επανεκτελείται σε 2-3 εξάμηνα μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Μετά από αυτή την ηλικία πρέπει να επανεκτελείται κάθε χρόνο.

Αν η πρώτη μαστογραφία αποδείξει φυσιολογικούς τους μαστούς, τότε για τον θεωρητικό κίνδυνο στην έκθεση των ακτινών, μπορεί οι επόμενες είναι μαστογραφίες μιας μόνο προβολής.

- 2) Σε υγιείς γυναίκες που έχουν οικογενειακό ιστορικό βεβαρημένο με καρκίνο και πάσχουν από καρκινοφοβία.
- 3) Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης, που δυνατό να συνυπάρχει μετά από έμφαση αέρα.
- 4) Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά αν παραδεχθούμε πως αυτή αποτελεί έδαφος πάνω στο οποίο ευκολότερα να αναπτυχτεί καρκίνος. μια τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο.
- 5) Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο που εμφανίζουν τοπικά, όπως έκκριση από τη θηλή, ευρήματα από το μαστό.
- 6) Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφηση τους.
- 7) Σε γυναίκες, που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία λόγω καρκίνου του μαστού, για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
- 8) Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
- 9) Σε ύπαρξη πολλών όγκων μέσα στο μαστό, για να διαλέξουμε αυτόν, που θα προτιμήσουμε για ιστολογικό έλεγχο.
- 10) Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
- 11) Σε περιπτώσεις κλινικής διάγνωσης κακοήθους επεξεργασίας για ακτινολογική επιβεβαίωση.
- 12) Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου μαστού.
- 13) Στην αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας, όταν υπάρχουν μεταστάσεις

Αντενδείξεις. Η μαστογραφία δεν μπορεί να εκτελείται:

- 1) Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών γιατί οι μαστοί σε αυτή την ηλικία είναι ακτινευαίσθητοι.
- 2) Σε εγκύους, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας και γιατί λόγω της υπερτροφίας των μαστών τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Εκτίμηση ευρημάτων.

Η εκτίμηση των ευρημάτων της μαστογραφίας δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί εξαρτάται από την ποιότητα του μαστογραφήματος, την πείρα του ακτινοδιδγνώστη και τη σύσταση των μαστών.

Η διάγνωση γίνεται ευκολότερα στους λιπώδεις μαστούς και δυσκολότερα στους μικρούς δυσπλαστικούς μαστούς, που μπορεί να καλυφθούν μικρές επασβεστώσεις και να διαφύγουν άλλοι ώσεις που βρίσκονται πίσω από τη θηλή γιατί σ' αυτό το μέρος οι γαλακτοφόροι πόροι συγκλίνουν και δίνουν ψεύτικες εικόνες.

Η εκτίμηση των ευρημάτων της μαστογραφίας , θα γίνει όπως παρακάτω:

Καλοήθεις παθήσεις.

Τις περισσότερες οι καλοήθεις νεοπλασίες εμφανίζονται στη μαστογραφία με τη μορφή μάζας που έχει ομαλά όριο και σχήμα στρογγυλό ή σχήμα αυγού ή λοβωτό.

Κακοήθεις παθήσεις.

Τα μαστογραφικά ευρήματα στις κακοήθεις παθήσεις του μαστού είναι ανομοιόμορφη πυκνότητα, ανώμαλα όρια, επασβεστώσεις, μεταβολές δέρματος θηλής και θηλαίας άλως .

Όταν το δέρμα φαίνεται στη μαστογραφία παχύ, αυτό σημαίνει, πως υπάρχει αποκλεισμένη λεμφική παροχέτευση. Κλινικά το δέρμα του μαστού τότε παίρνει την όψη "φλοιού πορτοκαλιού". Η θηλή και η θηλαία άλως παχαίνουν, δεν εμφανίζει εισόληκη.²⁷

➤ Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και ν' αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δυο διαφορετικούς ιστούς.

Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχει αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνος στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη.

Ενδείξεις. Θα συστήσουμε την υπερηχογραφία των μαστών

- 1) Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1εκ, γιατί αν είναι μικρότερη, δύσκολα φαίνεται, όπως δεν φαίνονται και οι μικροεπασβεστώσεις.
- 2) Στη διαφορετική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη επεξεργασία του μαστού.
- 3) Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς.
- 4) Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού δεν μπορούμε να στηριχθούμε στο υπερηχογράφημα μόνο, γιατί σε ψηλαφητούς όγκους, μπορεί το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση να φτάνει στο 90% αλλά στη μαστογραφία φτάνει το 98%.
- 5) Στη διάγνωση των καλοήθων ψηλαφητών όγκων το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση φτάνει στο 80% ενώ στη μαστογραφία στο 90%.
- 6) Στον προληπτικό έλεγχο του μαστού η υπερηχογράφηση δεν έχει ένδειξη γιατί, όπως προαναφέραμε δεν πιάνει τους αψηλάφητους όγκους, ούτε τις μικροεπασβεστώσεις.
- 7) Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει, τη μαστογραφία που δύσκολα απεικονίζονται σ' αυτή.
- 8) Στην επιτυχία παρακέντησης όγκου του μαστού για ν' αποδειχθεί αν είναι κυστικός ή συμπαγής, έτσι αποφεύγεται η ιστοληψία.
- 9) Στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγή ιστού μέσα στη κύστη που μπορεί να είναι κακοήθης. Στην περίπτωση αυτή, η παραμονή ψηλαφητής διόγκωσης θα μπορούσε ν' αποδοθεί στην ατελή αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης.
- 10) Στην επιτυχία εισαγωγής βελόνας στο κέντρο αποστήματος του μαστού.
- 11) Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου σε περίπτωση που το δέρμα έχει παχυνθεί.

➤ **Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία**

Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου.

Ενδείξεις. Οι συχνότερες από αυτές είναι:

- 1) Στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.
- 2) Στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3mm, σε πυκνωτικούς μαστούς που η μαστογραφία να αποδείξει την ύπαρξη της, η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm.
- 3) Στη ακριβή διάγνωση ιποκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.
- 4) Στη προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί γιατί απαιτεί υψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέτασης και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού.
- 5) Στη διάγνωση καλοήθους όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία.

➤ **Θερμογραφία**

Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με τη βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στη υπέρυθη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας, η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3° c.

Το ψηλό λαθεμένο αρνητικό ή θετικό ποσοστό διάγνωσης στον έλεγχο του καρκίνου του μαστού, αποτελεί μεγάλο μειονέκτημα της θερμογραφίας γι' αυτό δεν προτιμάται ως μονή διαγνωστική μέθοδος, αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστογραφία.

Η θερμογραφία θα μπορούσε να αποτελεί ιδανική μέθοδο προληπτικού ελέγχου του μαστού, γιατί είναι απλή και αβλαβής. Δεν καθιερώθηκε, όμως γιατί δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 2εκ

Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους, που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Σε όγκους, που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό οι λαθεμένες της εικόνας είναι πολλές.

Η θερμογραφία, σε συνδυασμό με τη μαστογραφία, μπορεί να εφαρμοστεί προληπτικά σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό.

➤ Διαφανοσκόπηση

Η διαφανοσκόπηση είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία, με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό, μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού.

Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη, όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία. Ίσως αργότερα να βελτιωθεί με τη χρησιμοποίηση ακτινών laser και να καθιερωθεί ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού.

Στη διαφανοσκόπηση οι κύστες του μαστού ενισχύουν τη φωτεινότητα, λόγω του περιεχομένου τους, και δημιουργούν φωτεινή περιοχή με ομαλά όρια της. Ο καρκίνος αντίθετα είναι αδιαφανής και δημιουργεί σκιερότητα.

➤ Γαλακτοφορία

Γαλακτοφορία είναι η μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους του, για έλεγχο του εύρους, της διαβατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από όγκο, για την ευκολότερη χειρουργική του εξαίρεση.

Για να εντοπισθεί καλύτερα η περιοχή που πάσχει, μπορούμε να προσθέσουμε μέσα στη σκιαγραφική ουσία χρωστική, όπως bleu de methylene. Έτσι ο χειρουργός βγάζει τον πόρο, που πάσχει, αποφεύγοντας την εξαίρεση φυσιολογικού μαστικού ιστού.

Η δυσχέρεια καθετηριασμού του πόρου, που πρέπει να ελεγχθεί, δεν επιτρέπει τη συχνή εκτέλεση της γαλακτοφορογραφία. Ύστερα, οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις, που δείχνονται στο διευρυμένο γαλακτοφόρο πόρο δεν είναι εύκολο να ερμηνευτεί με ακρίβεια και από έμπειρο εξεταστή.

Με τη γαλακτοφορία μπορούμε εύκολα να διαγνώσουμε διευρυσμένους ή εμφραγμένους γαλακτοφόρους πόρους από ανάπτυξη νεοπλασίας μέσα σ' αυτούς.

Η γαλακτοφορία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού, που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διάγνωση.

Ορισμένοι, εκφράζουν το δισταγμό τους στην εκτέλεση της από φόβο πρόκλησης ρήξης του γαλακτοφόρου πόρου, ύστερα από εφαρμογή μεγάλης πίεσης της σκιαγραφικής ουσίας κατά την έγχυση της και από φόβο προώθησης καρκινικών κυττάρων στο αίμα και στα λεμφαγγεία, όταν πρόκειται για καρκίνο, και εφαρμόσουμε μεγαλύτερη πίεση στην έγχυση της σκιαγραφικής ουσίας.

➤ Πνευμοκυστεογραφία

Πνευμοκυστεογραφία είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητα της.

➤ Κυτταρολογικός έλεγχος

Κριτήρια κυτταρικής κακοήθειας.

Αυτά βασίζονται στις μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου, δηλαδή την αύξηση του μεγέθους, της υπερχρωμίας και της ανώμαλης κατανομής της χρωματίνης σε σωρούς, ιδιαίτερα στην περιφέρεια.

Επίσης, το ακανόνιστο σχήμα των κυττάρων, οι αθροίσεις τους και η απώλεια της ατομικότητάς τους, είναι πρόσθετα κριτήρια κακοήθειας. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι πιο έκδηλες σε προχωρημένες καταστάσεις.

Μειονεκτήματα των επιχρισμάτων του μαστού είναι πως δυνατό να δώσουν ψεύτικα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα, που να οδηγήσουν το χειρουργό σε διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα.

➤ Βιολογικοί δείκτες

Όπως σε κάθε εντόπιση καρκίνου η ανίχνευση του σε πρώιμο στάδιο και η έγκαιρη αντιμετώπιση του, αποτελεί στις ημέρες μας την πρώτη μας φροντίδα, έτσι και για το καρκίνο του μαστού η έγκαιρη ανακάλυψη του θα μας εξασφαλίσει ικανοποιητική επιβίωση της αρρώστιας.

Δυστυχώς, όμως ούτε η κλινική εξέταση, ούτε όλες τις φορές η μαστογραφία, ούτε άλλη διαγνωστική μέθοδος, μπορούν ν' ανακαλύψουν καρκινική μάζα πριν φτάσει τη διάμετρο του 1εκ. Τότε, που η πάθηση είναι συστηματική.

Έτσι για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού ιδανική διαγνωστική μέθοδος θα ήταν εκείνη που θα μπορούσε ν' ανιχνεύσει τον καρκίνο πριν πάρει τις διαστάσεις του 1εκ.

Από χρόνια παρατηρήθηκε, πως ορό του αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση.

Τα βιολογικά αυτά μόρια τα ονομάσαμε βιολογική δείκτες.

Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν: το καρκινοεμβρυακό αντιγόνο (CEA) και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP) που ονομάζονται και ογκοαναπτυξιακοί δείκτες. Αυτά δεν έχουν μόνο μεγάλη διαγνωστική αξία αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας.

Δυστυχώς όμως όπως συμβαίνει και με άλλους δείκτες, και αυτοί οι δείκτες εμφανίζονται και εκεί που δεν υπάρχει καρκίνος.

Από τους δύο, αυτός που συχνά χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι τα καρκινικά αντιγόνα(CEA). Οι φυσιολογικές τους τιμές είναι 2mg/ml. Πάνω από 5mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου τα μαστού.

Οι τιμές από τον προσδιορισμό τον CEA μας βοηθάνε και στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή υψηλές τιμές του σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση και χαμηλές τιμές του υψηλή διαφοροποίηση.³⁰

5.2.4 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η μαστογραφία ακόμα κ σήμερα αποτελεί την βασική απεικονιστική εξέταση που συμπληρώνει την κλινική εξέταση του μαστού. Τα τελευταία χρόνια όμως με την εξέλιξη της τεχνολογίας έχουν προστεθεί και νέες απεικονιστικές εξετάσεις όπως:

- Οι υπέρηχοι τριών διαστάσεων 3D
- Η μαγνητική μαστογραφία
- Η ψηφιακή μαστογραφία

Όλες οι προηγούμενες εξετάσεις δεν αντικαθιστούν τη απλή μαστογραφία άλλα την συμπληρώνουν. Ο γιατρός ελέγχει το μαστό, μελετά την μαστογραφία, την συγκρίνει με τις προηγούμενες όταν υπάρχουν, συνεκτιμά το ιστορικό της γυναίκας και όταν είναι απαραίτητο στοχευόμενα πλέον ζητά την εξέταση που θα βοηθήσει.³¹

➤ Μαγνητική Μαστογραφία

Η Μαγνητική Μαστογραφία άρχισε να εφαρμόζεται στα μέσα της δεκαετίας του '80 και προοδευτικά αποδείχθηκε μία χρήσιμη απεικονιστική μέθοδος στην διαγνωστική προσέγγιση των παθήσεων του μαστού και ιδιαίτερα του καρκίνου.

Η Μαγνητική Μαστογραφία πλέον θεωρείται από όλους τους ιατρούς που εμπλέκονται στην διάγνωση και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού (όπως μαστολόγους, χειρουργούς μαστού, ογκολόγους, ακτινοθεραπευτές) ως μία χρήσιμη αλλά και κρίσιμη εξέταση σε αυτή την ομάδα ασθενών.

Μαγνητική Μαστογραφία: αξιοπιστία στον εντοπισμό όγκου 90%

Το μεγάλο πλεονέκτημά της είναι η μη χρήση ιοντίζουσας ακτινοβολίας άρα η αποφυγή οποιασδήποτε βλαπτικής επίδρασης από την εφαρμογή της. Η Μαγνητική Μαστογραφία έχει επίσης εξαιρετικά υψηλή ευαισθησία στην ανάδειξη καρκίνου, δηλαδή αν υπάρχει καρκίνος η πιθανότητα να τον αναδείξει ξεπερνά το 90%.

Τα μειονεκτήματα της μαγνητικής μαστογραφίας

Όπως όμως κάθε απεικονιστική εξέταση έχει και μειονεκτήματα. Έχει αποδειχθεί πως διαθέτει χαμηλή ειδικότητα, δηλαδή ότι δείχνει ως ύποπτο εύρημα δεν είναι πάντοτε καρκίνος. Για αυτό τον λόγο δεν πρέπει να αξιολογείται η Μαγνητική Μαστογραφία ως μόνη εξέταση για τους μαστούς αλλά να συμπληρώνει (στις περισσότερες περιπτώσεις) τον απεικονιστικό έλεγχο με μαστογραφία και υπερήχους και φυσικά την κλινική εξέταση.

Πότε πρέπει να γίνεται η Μαγνητική Μαστογραφία

Η Μαγνητική Μαστογραφία πρέπει να γίνεται μεταξύ 5^{ης} και 12^{ης} ημέρας του κύκλου σε γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση προκειμένου να αποφευχθούν διαγνωστικά σφάλματα που οφείλονται στην επίδραση των ορμονών του κύκλου στους μαστούς. Οι γυναίκες πρέπει να γνωρίζουν πως για τη Μαγνητική Μαστογραφία (που διαρκεί 20-30 λεπτά) θα βρίσκονται σε πρηνή θέση.

Οι ενδείξεις για τη Μαγνητική μαστογραφία

Το 2008 η Ευρωπαϊκή Εταιρία Απεικόνισης Μαστού (EUSOBI) δημοσίευσε τις αποδεδειγμένα χρήσιμες ενδείξεις για την πραγματοποίηση της Μαγνητικής Μαστογραφίας. Οι ενδείξεις αυτές είναι:

1. Διευκρίνιση αμφίβολων ευρημάτων μαστογραφίας και υπερήχων,
2. Έλεγχος «υγιούς» μαστού σε γυναίκες που διαγιγνώσκεται καρκίνος στον άλλο μαστό (απαραίτητη η Μαγνητική Μαστογραφία πριν από επέμβαση για καρκίνο προκειμένου να αποκλεισθεί νόσος και στον άλλο μαστό),
3. Έλεγχος για πιθανό καρκίνο σε γυναίκες που έχουν μεταστάσεις σε οποιοδήποτε όργανο χωρίς να έχει βρεθεί ο καρκίνος αυτός,
4. Εκτίμηση της ανταπόκρισης σε εφαρμοσθείσα χημειοθεραπεία,
5. Έλεγχος χειρουργημένου μαστού (για διάκριση μεταξύ μετεγχειρητικής ουλής και υποτροπής),
6. Προληπτικός έλεγχος σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού,
7. Έλεγχος ακεραιότητας ενθεμάτων σιλικόνης τα οποία έχουν τοποθετηθεί είτε μετά από μαστεκτομή είτε σε υγιείς μαστούς για αισθητικούς λόγους

Τα αποτελέσματα της Μαγνητικής Μαστογραφίας δεν επηρεάζονται από την πυκνότητα του στήθους

Πρέπει να υπογραμμίσουμε ότι σε γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού (ιστορικό καρκίνου μαστού σε συγγενείς α' βαθμού, προηγούμενη ακτινοθεραπεία μεσοθωρακίου λόγω λεμφώματος), ο προληπτικός έλεγχος οφείλει να ξεκινά από νεαρή ηλικία.

Στις ηλικίες αυτές η μαστογραφία είναι καλό να αποφεύγεται λόγω της ακτινοβολίας ενώ και οι μαστοί των νεαρών γυναικών είναι εξαιρετικά πυκνοί και η διάγνωση με μαστογραφία και υπερήχους είναι δυσχερής.

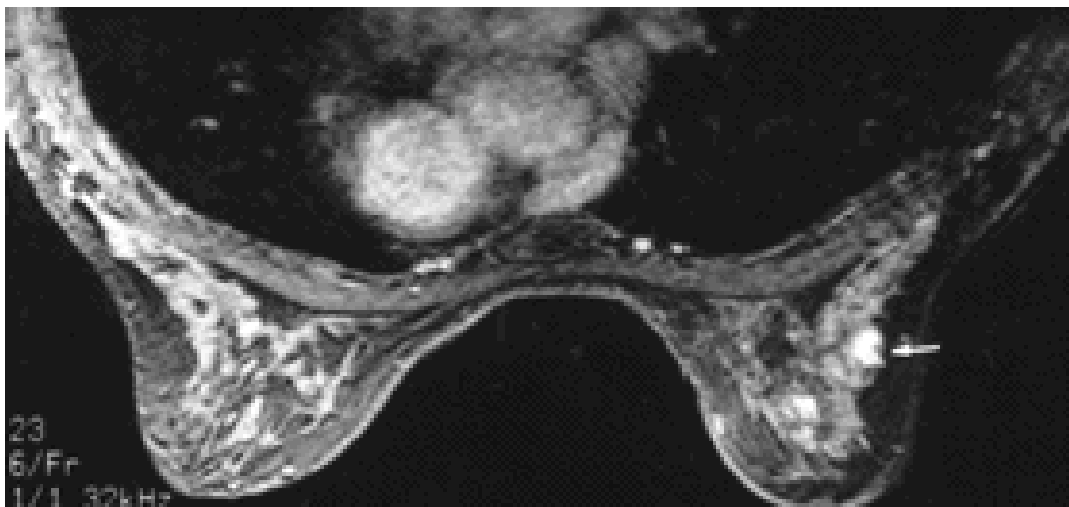
Σε αντίθεση, η Μαγνητική Μαστογραφία δεν έχει κανένα βλαπτικό αποτέλεσμα και δεν επηρεάζεται από την πυκνότητα και την σύσταση των μαστών.

Η Μαγνητική Μαστογραφία δεν αντικαθιστά την ψηφιακή μαστογραφία

Η Μαγνητική Μαστογραφία δεν αντικαθιστά την ψηφιακή μαστογραφία στον μαζικό προληπτικό έλεγχο για καρκίνο του μαστού ούτε αποτελεί την πρώτη εξέταση που θα γίνει όταν ο ειδικός γιατρός υποψιαστεί από το ιστορικό και την κλινική εξέταση πως υπάρχει κάτι παθολογικό στον μαστό.

Όταν όμως η Μαγνητική Μαστογραφία γίνεται με βάση τις ενδείξεις που προαναφέρθηκαν, μέσα στο κατάλληλο διάστημα (με βάση τον κύκλο της εξεταζόμενης) και με τον σωστό τρόπο μπορεί να προσφέρει πολλά στην διάγνωση του καρκίνου και γενικότερα στην απεικόνιση των παθολογικών καταστάσεων του μαστού.³²

Μαγνητική Τομογραφία (MRI) Μαστού



ΕΙΚ12

➤ Υπέρηχοι τριών διαστάσεων 3D

Οι υπέρηχοι τριών διαστάσεων 3D, παρέχουν στερεοσκοπική εικόνα των μορφωμάτων του μαστού και παράλληλα δίνουν την δυνατότητα μελέτης της αγγείωσης των αλλοιώσεων.

Ο ρόλος της υπερηχογραφίας είναι σημαντικός σε αυτές τις περιπτώσεις, καθώς η μέθοδος δεν εμποδίζεται από την πυκνότητα των μαστών, αλλά και στον έλεγχο γυναικών ηλικίας κάτω των 35 ετών, εγκύων, θηλαζουσών, στην καθοδήγηση επεμβατικών πράξεων σε πραγματικό χρόνο. Η υπερηχογραφία αποτελεί πανίσχυρο εργαλείο στα χέρια του έμπειρου διαγνώστη, ως συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας, αλλά και υπό προϋποθέσεις ως εργαλείο προληπτικού ελέγχου.

Η ποικιλομορφία του υπάρχοντος εξοπλισμού αλλά και η ανομοιογένεια στην ικανότητα των χρηστών αποτελεί το επικίνδυνο σημείο στην εφαρμογή των υπερήχων στην διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η μέθοδος έχει εξαιρετικά αποτελέσματα σε έμπειρα χέρια και με υψηλής διακριτικής ικανότητας εξοπλισμό.

Το υπερηχογράφημα μαστού είναι μια απλή, ανώδυνη διαγνωστική μέθοδος, χωρίς ακτινοβολία, που δεν απαιτεί προετοιμασία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί εύκολα σαν μέθοδος πρώτης επιλογής όταν η αυτοψηλάφηση δεν είναι ασφαλής, κυρίως λόγω του μεγέθους των μαστών ή συνυπάρχουσας ινοκυστικής μαστοπάθειας. Η εξέταση συμπληρώνεται πάντοτε με τον έλεγχο των μασχαλιαίων κοιλοτήτων για διογκωμένους λεμφαδένες.

Εκτός από τους συνήθεις προληπτικούς ελέγχους, ο υπέρηχος χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση ψηλαφητικών ευρημάτων καθώς και για τη σήμανση ογκιδίων πριν την χειρουργική τους αφαίρεση. Επίσης το υπερηχογράφημα είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στη διερεύνηση μικροαποτιτανώσεων που μπορεί να αποκαλυφθούν από τη μαστογραφία.

Τα πλεονεκτήματα του υπερηχογραφήματος του μαστού είναι:

- Γρήγορο
- οικονομικά αποδοτικό,
- Φιλικό προς τον ασθενή και
- Καταγράφει με ανάλυση χιλιοστού ογκίδια μικρότερα του ενός εκατοστού.³³

➤ Ψηφιακή μαστογραφία

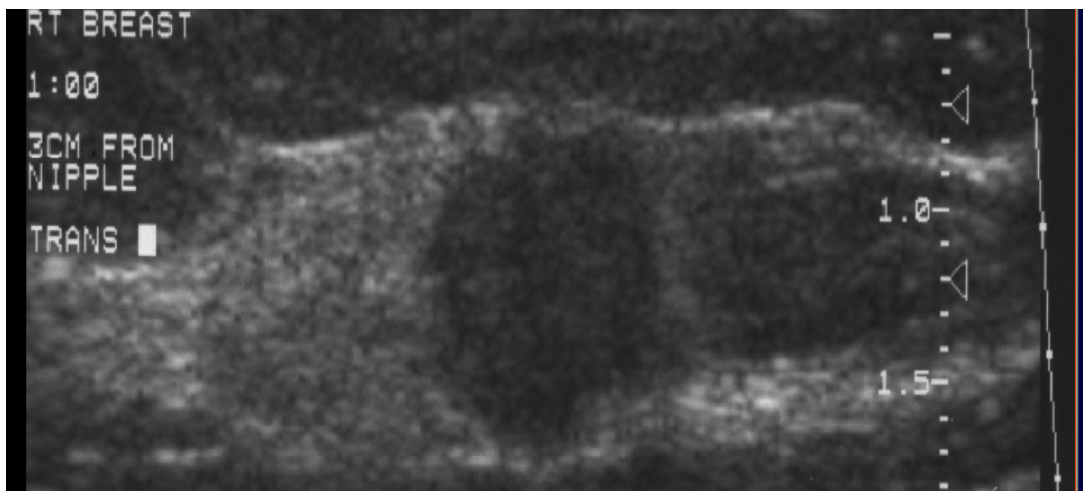
Για πολλά χρόνια, η μόνη επιλογή ήταν μαστογραφίες που καταγράφουν τις εικόνες του στήθους σε ταινία. Τώρα, η ψηφιακή μαστογραφία είναι διαθέσιμες. Ψηφιακή αποθήκευση μαστογραφίες και να αναλύουν τις πληροφορίες με τη χρήση υπολογιστή.

Η ψηφιακή μαστογραφία είναι κάτι σαν ψηφιακή φωτογραφική μηχανή σας, η διαφορά μεταξύ του παλαιού κινηματογράφου των φωτογραφικών μηχανών και μια ψηφιακή φωτογραφική μηχανή. Έτσι, η διαφορά είναι ότι μπορούμε να δούμε την εικόνα αμέσως αντί να χρειάζεται ένα κομμάτι της ταινίας που έχουμε για να τρέξει μέσω ενός επεξεργαστή για να δούμε και σαν ψηφιακή φωτογραφική μηχανή σας, μπορούμε να εξετάσουμε την ψηφιακή εικόνα σε μια οθόνη και να αλλάξετε τον τρόπο με φως ή σκούρο είναι, όπου ως μια ταινία που δεν μπορεί να αλλάξει πραγματικά ότι, έχετε αυτό που έχετε. Έτσι ώστε είναι οι βασικές διαφορές. Ψηφιακή μαστογραφία τείνουν να είναι υψηλότερα σε αντίθεση.

Τα πλεονεκτήματα της ψηφιακής μαστογραφίας

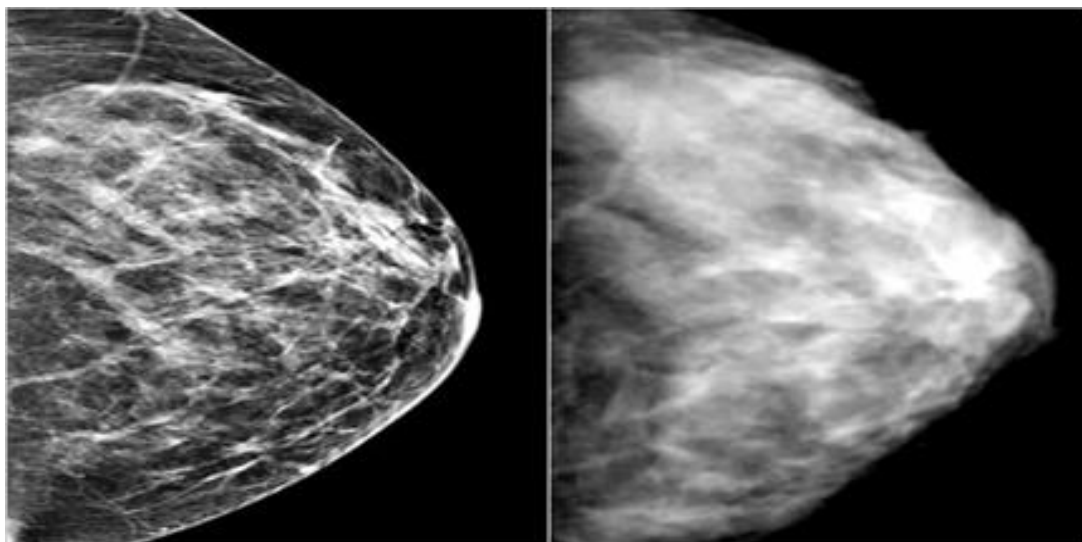
- Ψηφιακή μαστογραφία έχει αποδειχθεί ότι είναι πιο ευαίσθητη από τις συμβατικές μαστογραφία για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς, μια ομάδα σε υψηλότερο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι είναι πιο ευαίσθητη στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες κάτω των 50 ετών.
- Χειραγώγηση εικόνας είναι ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα της ψηφιακής τεχνολογίας από την πλευρά του ακτινολόγος του άποψη. Αυτός ή αυτή μπορεί να ρυθμίσετε τη φωτεινότητα, να αλλάξετε την αντίθεση, και μεγέθυνση για κοντινές λήψεις των συγκεκριμένων περιοχών ενδιαφέροντος. Επειδή ψηφιακές εικόνες μαστογραφίας είναι ηλεκτρονικά, μπορούν να μεταδίδονται γρήγορα σε όλο το δίκτυο μας σε ένα πιο ορθολογικό. Μπορούν επίσης να αποθηκευτούν εύκολα και να αντιγραφεί χωρίς καμία απώλεια πληροφοριών.
- Από την πλευρά του ασθενούς, δεν χρειάζεται να περιμένετε για την ταινία για την ανάπτυξη μπορεί να σημαίνει λιγότερο χρόνο που δαπανάται στη σουίτα απεικόνιση του μαστού. Ένα άλλο πλεονέκτημα της ψηφιακής τεχνολογίας είναι ότι μειώνει σημαντικά την ανάγκη για πρόσθετες εικόνες λόγω της υπερβολικής έκθεσης ή υπό-έκθεση, η οποία εξοικονομεί χρόνο και ενδεχομένως μειώνει την έκθεση σε ακτινοβολία.³⁴

Υπερηχογράφημα Μαστού



ΕΙΚ13

Ψηφιακή Μαστογραφία



ΕΙΚ14

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ**



6.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Το στάδιο της νόσου έχει άμεση σχέση με την πρόγνωση και καθορίζει το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν πολλά είδη θεραπείας. Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM, ο καρκίνος του μαστού σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M). Κλινικά υπάρχουν τέσσερα στάδια:

Στάδιο 0 είναι ο καρκίνος *in situ* που εντοπίζεται στο σημείο της προέλευσης τους και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γύρω ιστούς ή να διασπείρεται.

Στάδιο I περιγράφει την εισβολή καρκίνου του μαστού στην οποία:

- Ο όγκος μέτρα μέχρι και 2 cm και
- δεν εμπλέκονται λεμφαδένες

Στάδιο II διαιρείται σε υποκατηγορίες γνωστές ως **IIA** και **IIB**.

Στάδιο IIA περιγράφει την εισβολή καρκίνου του μαστού κατά την οποία:

- όγκοι μπορούν να βρεθούν στο στήθος, αλλά τα καρκινικά κύτταρα βρίσκονται στους λεμφαδένες κάτω από τη μασχάλη
- ο όγκος μέτρα 2 cm ή μικρότερος και έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες ή
- ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2 cm αλλά όχι μεγαλύτερο από 5 cm και δεν έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες

Στάδιο IIB περιγράφει την εισβολή καρκίνου του μαστού κατά την οποία:

- ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 2 cm αλλά όχι μεγαλύτερο από 5 cm και έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες
- ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 cm, αλλά δεν έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες

Στάδιο IV περιγράφει την εισβολή καρκίνου του μαστού που έχει εξαπλωθεί πέρα από το στήθος και τους λεμφαδένες σε άλλα όργανα του σώματος, όπως οι πνεύμονες, μακρινό λεμφαδένες, το δέρμα, τα οστά, το ήπαρ ή ο εγκέφαλος³⁵

6.1.1 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Ο πρωτοπαθής όγκος (T) ανάλογα με το μέγεθος χαρακτηρίζεται ως:

T0: Με ψηλαφητό μόρφωμα

T1: Μέγεθος έως 2,0εκ

T2: Μέγεθος 2,0εκ έως 5,0εκ

T3: Μέγεθος από 5,0εκ και πάνω

T4: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

T1, T2, T3, T4: Οι αριθμοί αυτοί βασίζονται στο μέγεθος του όγκου και το βαθμό στον οποίο έχει εξελιχθεί σε γειτονικούς ιστούς του μαστού. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός T, τόσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος ή τόσο περισσότερο μπορεί να έχει αυξηθεί μέσα στο μαστικό ιστό.

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού και 5ετής επιβίωση

<u>ΣΤΑΔΙΑ</u>	<u>5ετής ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>
<u>Στάδιο I:</u> Όγκος < 2cm διάμετρος χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχालιαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	85%
<u>Στάδιο II:</u> Όγκος < 5cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	66%
<u>Στάδιο III:</u> Όγκος > 5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	41%
<u>Στάδιο IV:</u> Απομακρυσμένες μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά έτερος μαστός	10%

6.1.2 ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ

Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) χαρακτηρίζεται ως:

N0: Όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις

N1: Όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε κινητούς λεμφαδένες

N2: Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε block λεμφαδένων

N3: Όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής.

Υπάρχει και ιστοπαθολογική κατάταξη pN σύμφωνα με το βαθμό των διηθημένων λεμφαδένων. Η ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων M χαρακτηρίζεται ως:

M0: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις

M1: Υπάρχουν μεταστάσεις απομακρυσμένες.³⁶

Ιστολογική Σταδιοποίηση όσον αφορά λεμφαδένες:

<u>Στάδια</u>	<u>5ετής επιβίωση</u>	<u>10ετής επιβίωση</u>
Αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

6.1.3 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Περιστασιακά ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μεταστατική νόσο, δηλαδή ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί πέραν του αρχικού όγκου. Μεταστατικός καρκίνος του μαστού θα προκαλέσει συμπτώματα που εξαρτώνται από τη περιοχή και το μέγεθος της μετάστασης. Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις στα οστά, στο συκώτι, στους πνεύμονες, στις ωοθήκες. Στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στη καρδιά με μικρότερη συχνότητα. Λεμφική μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο. Πόνος στις αρθρώσεις μπορεί μερικές φορές να είναι εκδηλώσεις του μεταστατικού καρκίνου του μαστού καθώς μπορεί να εμφανίσει ίκτερο ή νευρολογικά συμπτώματα. Η ανάπτυξη των απομακρυσμένων μεταστάσεων είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο του μαστού. Για την πρόβλεψη και την πρόληψη της εξάπλωσης του όγκου πολλές απόπειρες έγιναν για εντοπισμό μικρού αριθμού των καρκινικών κυττάρων που έχουν ρίξει από τις πρωτογενείς βλάβες και έχουν μετακινηθεί σε λεμφαδένες, αίματος, μυελό των οστών.

Ο καρκίνος του μαστού καταλαμβάνει καταρχήν τους λεμφαδένες της μασχάλης του υποκλείδιου και του μεσοθωράκιου. Μερικές φορές η διάγνωση του καρκίνου του μαστού γίνεται μετά από την εμφάνιση των μεταστάσεων. Μετά την διήθηση των λεμφαδένων συχνά παρατηρούνται μεταστάσεις στα οστά (70%). Οι μεταστάσεις κυρίως εμφανίζονται στους σπονδύλους της οσφυϊκής μοίρας, τα οστά της πυέλου και το άνω τμήμα του μηρού.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από τα υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης από ανοσολογικούς και ορμονικούς παράγοντες, από τον τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστού, όπως και η πυκνότητα των ιστών του, η αιμάτωση του, το λεμφικό δίκτυό του. Όσο αυξάνεται η επέκταση και μεγαλώνει ο όγκος τόσο η πιθανότητα εξωμαστικής επέκτασης και απομακρυσμένων μεταστάσεων αυξάνεται προοδευτικά και τόσο η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της πάθησης λιγοστεύει, γιατί πρόλαβαν οι λεμφαδένες μεταστάσεις.

Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, όταν αυτοί διηθούν και ψηλαφηθούν τότε πρέπει να αναμένουμε, τουλάχιστο στις περισσότερες περιπτώσεις, διηθημένους και τους λεμφαδένες, των έσω μαστικών αγγείων. Επίσης γίνεται σε ποσοστό 65% στο συκώτι, στα μαλακά μόρια σε συχνότητα 50% και στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%. Οι μεταστάσεις σε μεγάλης ηλικίας γυναίκες εκδηλώνονται βαθμιαία αλλά σταθερά κάθε χρόνο, φονεύοντας ακόμα και μετά από 20 ή 30 χρόνια μετά από την αρχική θεραπεία.

Ελπίδες στις γυναίκες που έχουν νοσήσει από καρκίνο του μαστού πως δεν θα υποστούν μεταστάσεις της νόσου σε κάποιο όργανο τους δίνει νέα επιστημονική διαγνωστική μέθοδο.

Η μέθοδος αυτή έχει τη δυνατότητα να εντοπίζει έγκαιρα στο αίμα καρκινικά κύτταρα πριν αυτά κάνουν νέα μετάσταση. Όμως οι μισές περίπου από τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού υποτροπιάζουν. Η υποτροπή οφείλεται σε μικρομεταστάσεις οι οποίες, προκαλούνται από κυκλοφορούντα καρκινικά κύτταρα στο αίμα και δεν είναι ορατές με απεικονιστικές μεθόδους. Εμφανίζονται κυρίως σε όγκους >1cm και διηθημένους μασχαλαίους λεμφαδένες.

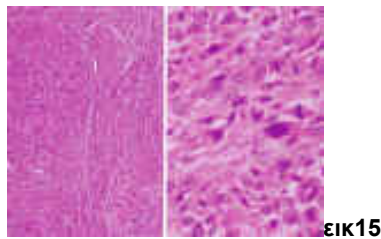
Ακόμη, ομάδα ερευνητών από το Αντικαρκινικό Κέντρο memorial sloan Kettering της νέας Υόρκης εντόπισε αρκετά φυσικά ανθρώπινα microRNA που εμποδίζουν τον καρκίνο του μαστού να δώσει μεταστάσεις στο πνεύμονα και τα οστά, τα 2 βασικά σημεία μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό Nature.³⁷

Συχνότητα μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού σε διάφορα όργανα	
Λεμφαδένες	74%
Πνεύμονες	64%
Οστά	63%
Ήπαρ	60%
Επινεφρίδια	40%
Υπεζωκότας	37%
Δέρμα	24%
Θυρεοειδής	24%
Σπλήνα	18%
Έντερα	18%
Εγκέφαλος	16%
Ωοθήκες	15%
Μήτρα	15%
Νεφρά	15%
Περικάρδιο	15%
Καρδιά	11%
Διάφραγμα	11%
Περιτόνια	11%

6.2 ΒΑΘΜΟΠΟΙΗΣΗ

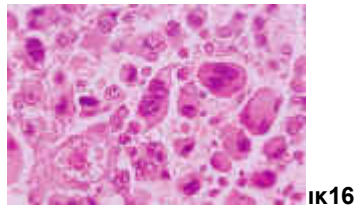
Συνήθως τα καρκινώματα διακρίνονται σε τρεις βαθμούς κακοηθείας 1, 2 και 3. Όταν λέμε βαθμός κακοηθείας 1 τα κυτταρολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου πλησιάζουν πολύ αυτά του φυσιολογικού οργάνου από το οποίο προέρχεται, όταν λέμε 2 αρχίζουν να αποκλίνουν και όταν λέμε 3 αυτά δεν θυμίζουν καθόλου τα φυσιολογικά κύτταρα. Για να γίνει αυτή η αξιολόγηση εκτιμούνται κάποια κυτταρολογικά χαρακτηριστικά:

- βαθμός διαφοροποίησης , κατά πόσο μοιάζουν τα καρκινικά κύτταρα με τα φυσιολογικά από τα οποία προέρχονται.



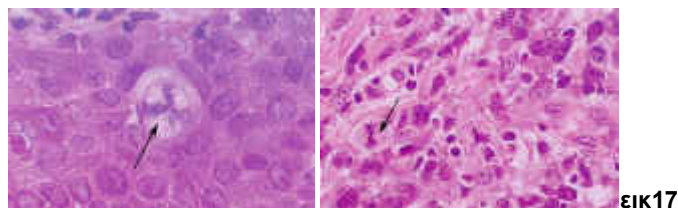
ΕΙΚ15

- πολυμορφία, εάν υπάρχει μικρή ή μεγάλη ποικιλία στο σχήμα και το μέγεθος των καρκινικών κυττάρων. Μεγάλη πολυμορφία παρατηρείται στους πολύ επιθετικούς καρκίνους.



ΙΚ16

- μιτωτικός δείκτης, κατά πόσο γρήγορα πολλαπλασιάζονται τα καρκινικά κύτταρα. Ο δείκτης αυτός είναι πολύ μεγάλος στους επιθετικούς καρκίνους.



ΕΙΚ17

6.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ίσως ο πλέον αξιόπιστος δείκτης πρόγνωσης στο καρκίνο του μαστού είναι το μέγεθος του όγκου. Όσο μεγαλύτερο το μέγεθος του όγκου, τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες ύπαρξης μεταστάσεων στη μασχάλη και αποτυχίας της θεραπείας. Ενώ σε όγκους μικρότερους από 1cm η 5ετής επιβίωση ξεπερνά το 90% σε όγκους με διάμετρο 2-2,5cm η 5ετή επιβίωση περιορίζεται σε 65%. Φαίνεται λιπών ξανά η μεγάλη σημασία της πρώιμης διάγνωσης. Όμως το μέγεθος του όγκου δεν παίζει το μοναδικό ρόλο στην επιβίωση της ασθενούς. Πολλοί άλλοι παράγοντες λαμβάνονται υπόψη, και η ύπαρξη και η απουσία τους μπορούν να επηρεάσουν την πρόγνωση.²⁵ Τέτοιοι παράγοντες είναι:

1) Τοπικοί παράγοντες

- Τοπικοί έκταση του όγκου.
- Καθήλωση του όγκου.
- Οίδημα.
- Φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος.
- Παρουσία δορυφόρων οζιδίων.
- Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού.
- Γεωγραφική θέση του όγκου.
- Προσβολή της θηλής.³⁸

Βαριά προγνωστικά σημεία

- Οίδημα του δέρματος.
- Εξέλκωση του δέρματος.
- Καθήλωση του όγκου
- Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων μεγέθους από 2,5cm κ άνω.
- Και καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκειμένους ιστούς της μασχάλης.

2)Γενικοί παράγοντες

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
- Ρυθμός αύξησης του όγκου.
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή.
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογική δείκτες.
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς.

Στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν και παράγοντες των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Ηλικία της γυναίκας: εμφάνιση του καρκίνου του μαστού σε ηλικία των 30 ετών έχει πολύ κακή πρόγνωση.
- Προφυλακτική στείρωση.
- Κύηση: η ανάπτυξη του καρκίνου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχιά και η πρόγνωση κακή^{.38}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΘΕΡΑΠΕΙΑ



7.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η απόφαση για την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Θα πρέπει να γίνει σωστή και χωρίς βιασύνη επιλογή της θεραπείας που θα ξεκινήσει ο ασθενής αφού συγκεντρωθούν όλες οι παράμετροι που χρειάζονται.

Νοσηλεύτης που δαπανά περισσότερο χρόνο από όλους τους επαγγελματίες υγείας ως μέλος της ογκολογικής ομάδας κοντά στην ασθενή, καλείται να συμβάλει στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας, να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει την ασθενή και την οικογένεια της και να την υποστηρίξει ψυχολογικά.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε: συντηρητική και σε χειρουργική. Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική, οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στ μαστό, καθώς και η ορμονοθεραπεία η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητική παρέμβασης.

Η επιλογή της θεραπείας εξαρτάται από:

- Το μέγεθος του όγκου
- Τον ιστολογικό τύπο
- Το στάδιο της νόσου
- Την μικροσκοπική εμφάνιση
- Τον αριθμό των μασχαλιαίων λεμφαδένων εμφανίζουν νόσο
- Την ηλικία της γυναίκας

Επίσης μια σειρά εξετάσεων που έχουν σκοπό την απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα συμπληρωματικούς χειρισμούς όπως:

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

7.2 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Την συντηρητική θεραπεία αποτελούν:

- Ακτινοθεραπεία
- Η χημειοθεραπεία
- Και η ορμονοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιεί ραδιενεργές ακτίνες υψηλής ενέργειας, δέσμες ηλεκτρονίων ή ραδιενεργά ισότοπα για να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα χωρίς να υπερβαίνει τις δόσεις ασφαλείας για τους γύρο φυσιολογικούς ιστούς. Η ακτινοβολία ολοκληρώνει το σκοπό της καταστρέφοντας τα καρκινικά κύτταρα με τη μέθοδο που ονομάζεται ιονισμός. Μερικά κύτταρα καταστρέφονται αμέσως μετά την ακτινοβολία λόγω της απευθείας δράσης. Τα περισσότερα καταστρέφονται επειδή η ακτινοβολία καταστρέφει τα χρωματοσώματα και το DNA σε τέτοιο βαθμό που αδυνατούν πια να διαιρεθούν. Το μυστικό της επιτυχούς θεραπείας είναι να χορηγηθεί επαρκής δόση ακτινοβολίας κατευθείαν στον όγκο με τον δραστικότερο τρόπο. Οι τεχνικές ποικίλουν. Η συνηθέστερη είναι η εξωτερική ακτινοβολία κατά την οποία μια δέσμη ακτίνων κατευθύνεται από το μηχάνημα στον όγκο. Κατά την εσωτερική ή συστηματική ακτινοθεραπεία απελευθερώνεται ακτινοβολία από μια ραδιενεργό πηγή η οποία χορηγείται ενδοφλέβια ή με ένεση (λόγου χάρη, χορηγείται ενδοφλέβια ραδιενεργό ιώδιο ή ενίεται ραδιενεργός χρυσός στην κοιλιακή κοιλότητα). Κατά την ενδοκοιλοτική ακτινοθεραπεία τοποθετείται στο όργανο μια συσκευή που περιέχει ραδιενεργούς κόκκους. Κατά την διάμεση ακτινοθεραπεία οι ραδιενεργές πηγές τοποθετούνται απευθείας μέσα στον όγκο. Οι μέθοδοι αυτές χρησιμοποιούνται συνήθως σε συνδυασμό με την εξωτερική ακτινοβολία.³⁹

Χημειοθεραπεία

Χρησιμοποιείται σήμερα ως επικουρική θεραπεία για τις ασθενείς με ιάσιμο καρκίνο του μαστού και θετικούς λεμφαδένες της μασχάλης γιατί υφίσταται μεγάλη πιθανότητα ότι οι ασθενείς αυτές εμφανίζουν αφανείς μεταστάσεις.

Η χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, σαν συμπληρωματική θεραπεία της χειρουργικής, είναι σημαντική γιατί βοηθά στην πρόληψη των υποτροπών της νόσου.

Ο αντικειμενικός σκοπός της χημειοθεραπείας συνιστάται στη εξουδετέρωση των αφανών μεταστάσεων που ευθύνονται για τις υποτροπές. Ο συνδυασμός της χημειοθεραπείας CMF (μεθοτρεξάτη, κυκλοφωσφαμίδη και φλουροουρακίλη) έχει μελετηθεί σε μεγάλη έκταση και αποτελεί πιθανός τον συνδυασμό που χρησιμοποιείται συχνότερα. Η χημειοθεραπεία αυτή συνιστάται για τις προεμμυνοπαυσιακές γυναίκες του σταδίου II (θετικοί λεμφαδένες). Η αγωγή αυτή πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε έξι μήνες σε ασθενείς με μασχαλιαίες μεταστάσεις. Μελέτες παρακολούθησης μετά από οκτώ έτη δείχνουν ότι η προεμμυνοπαυσιακές γυναίκες ωφελούνται σαφώς

από τη λήψη υποβοηθητικής χημειοθεραπείας, ενώ οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πιθανόν όχι.

Σημαντικά ερωτήματα στα οποία δεν έχει ακόμα δοθεί απάντηση είναι ο χρόνος και η διάρκεια της χημειοθεραπείας και η αξία της επικουρικής θεραπείας για τις ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες.

Η χημειοθεραπεία διακρίνεται σε 2 βασικές κατηγορίες:

1. Προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό καταστροφή των μη ορατών μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση της τελικής επιβίωσης κατά αύξηση του ποσοστού ίασης.

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στους περισσότερους ασθενής μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των υπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος.

Ορισμένες ασθενής που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις κατά το χρόνο της επέμβασης αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μικρομεταστάσεις, μπορούν να απαλλαγούν από την νόσο.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία. Συνδυασμός χημειοθεραπείας με ακτινοθεραπεία έχει σαν αποτέλεσμα αύξηση της πενταετούς επιβίωσης.

2. Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού

Ως γενικευμένο καρκίνο μαστού εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ορμονοθεραπεία

Η ορμονική θεραπεία είναι μια από τις σημαντικότερες λεπτομέρειες της ιατρικής για τον καρκίνο. Περιλαμβάνει την χειραγώγηση του ενδοκρινικού συστήματος μέσω εξωγενούς χορήγησης ειδικών ορμονών, ιδιαίτερα στεροειδή ορμόνες ή φάρμακα που αναστέλλουν την παραγωγή ή την δραστηριότητα αυτών των ορμονών (ανταγωνιστές). Επειδή οι στεροειδή ορμόνες αποτελούν ισχυρούς οδηγούς της γονιδιακής έκφρασης σε ορισμένα καρκινικά κύτταρα,

αλλάζουν τα επίπεδα ή την δραστηριότητα ορισμένων ορμονών και μπορεί να προκαλέσει ορισμένες μορφές καρκίνου να παύσουν την καλλιέργεια και να επέλθει καρκινικός θάνατος.

Η ορμονική θεραπεία χρησιμοποιείται για διάφορες μορφές καρκίνου που προέρχονται από ορμονικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένου και του μαστού, του προστάτη, του ενδομητρίου και του φλοιού των επινεφριδίων. Ίσως το πιο γνωστό παράδειγμα της ορμονικής θεραπείας στην ογκολογία είναι η χρήση της επιλεκτικής ταμοξιφαίνης ,διαμορφωτή οιστρογόνων-απόκρισης για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, αν και για άλλη κατηγορία των ορμονικών παραγόντων, οι αναστολείς αρωματάσης, έχουν τώρα διευρυνόμενο ρόλο στην εν λόγω νόσο.

Παρενέργειες Θεραπευτικών Μεθόδων

Η προοπτική της χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας προκαλεί συχνά πανικό, γεγονός που δεν εκπλήσσει αν ληφθεί υπόψη ότι οι παρενέργειες έχουν περιγραφεί από τα μέσα ενημέρωσης με τα πιο μελανά χρώματα. Αλλά και η ανεύθυνη συζήτηση των προβλημάτων που αφορούν τις παρενέργειες δεν βοηθά κανένα. Όλοι ισχυρίζονται ότι κάποιος γνωστός τους έχει ταλαιπωρηθεί. Συνήθως όμως οι παρενέργειες δεν είναι ούτε τόσο οδυνηρές ούτε τόσο τραγικές όσο παριστάνονται από φίλους ή από την τηλεόραση.

Χημειοθεραπεία: Πολλοί ανέχονται την χημειοθεραπεία και παρουσιάζουν λίγες αρνητικές αντιδράσεις. Η ασθενής που επισκέπτεται το γραφείο του ιατρού παίρνει μια δόση φαρμάκων για το καρκίνο του μαστού, επιστρέφει στο σπίτι ή στην εργασία της και συμπεριφέρεται φυσιολογικά.

Στην χημειοθεραπεία του καρκίνου χρησιμοποιούνται τουλάχιστον πενήντα φάρμακα. Μερικά προκαλούν ελάχιστες παρενέργειες και είναι ανεκτά. Άλλα προκαλούν μεγαλύτερα προβλήματα που πρέπει να καταπολεμηθούν με τα ανάλογα φάρμακα. Είναι ενδιαφέρον ότι μερικά από τα δραστικότερα αντικαρκινικά φάρμακα προκαλούν και τις μεγαλύτερες παρενέργειες. Η ασθενής δεν πρέπει να πανικοβάλλεται γιατί ο φόβος για την θεραπεία και τις παρενέργειες της αποτελεί μεγάλο πρόβλημα αφού προκαλεί άγχος και επιδεινώνει τις αντιδράσεις. Είναι σαφές ότι η ψυχραιμότερη αντιμετώπιση της χημειοθεραπείας αποφέρει λιγότερες άσχημες εμπειρίες. Ωστόσο υπάρχουν δύο βασικά είδη παρενεργειών της χημειοθεραπείας : Οι άμεσες και χρόνιες.

Οι άμεσες παρενέργειες είναι κυρίως η ναυτία και οι εμετοί που εμφανίζονται αμέσως μετά την θεραπεία αλλά συνήθως υποχωρούν σύντομα.

Επίσης η χορήγηση της χημειοθεραπείας μπορεί να παρουσιάσει κόπωση ή κακουχία.

Στις χρόνιες παρενέργειες, για το λόγο ότι τα ταχέως αναπτυσσόμενα κύτταρα επηρεάζονται περισσότερο είναι πιθανόν να παρατηρηθεί τριχόπτωση το μέγεθος της οποίας κυμαίνεται από την αραίωση έως τη φαλάκρα. Η απώλεια μπορεί να είναι σταδιακή ή απότομη. Πολλές φορές μπορεί να χαθούν οι τρίχες από όλο το σώμα, της κεφαλής, των φρυδιών, των κνημών, της μασχάλης και του εφηβαίου. Η απώλεια εξαρτάται από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου. Επίσης παρατηρείται ερεθισμός του στόματος ο οποίος αποτελεί συνηθισμένη επιπλοκή η οποία όμως διαρκεί λίγες μέρες. Η επιλογή μαλακών και ελαφριών τροφών, η χρήση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και το τακτικό πλύσιμο του στόματος με μη ερεθιστικά αντισηπτικά βοηθούν σημαντικά. Πολλές φορές παρουσιάζεται ναυτία και διάρροια ή μείωση των κυττάρων του αίματος η οποία μπορεί να έχει ποικίλες συνέπειες ανάλογα με το ποια κύτταρα μειώθηκαν.

- Μικρός αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων ίσως επιφέρει κόπωση ή αδυναμία.
- Μικρός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων προδιαθέτει στις λοιμώξεις, γι' αυτό δεν πρέπει ο πάσχων να έρχεται σε επαφή με άτομα που έχουν γρίπη ή κρουσολόγημα.
- Μειωμένος αριθμός αιμοπεταλίων μπορεί εύκολα να δημιουργήσει μώλωπες και αιμορραγίες. Σε περίπτωση που τα αιμοπετάλια είναι πάρα πολύ χαμηλά η ασθενής θα χρειαστεί μετάγγιση αίματος. Επομένως πρέπει να αποφευχθούν τα κοψίματα, τα εγκαύματα, οι μικροτραυματισμοί καθώς και η ασπιρίνη και το αλκοόλ.

Ακτινοθεραπεία: Οι συνηθισμένες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας χωρίζονται σε γενικές (συστηματικές) και εντοπισμένες. Το μέγεθος των παρενεργειών και ο βαθμός της σοβαρότητας τους εξαρτώνται από την περιοχή, το μέγεθος της ακτινοβολίας, το ρυθμό της ημερήσιας δόσης και τη συνολικά χορηγούμενη δόση. Οι παρενέργειες αυτές δεν εμφανίζονται σε όλους όσους υφίστανται ακτινοθεραπεία. Πολλοί νιώθουν ελάχιστες ή και καμία ενώ σε άλλους μπορεί να είναι πολύ δυσάρεστες.

Στις συστηματικές παρενέργειες ένα από τα συνηθέστερα συμπτώματα που εκδηλώνονται ως παρενέργειες είναι η κόπωση και η κακοδιαθεσία που εμφανίζονται σε όσους λαμβάνουν ακτινοβολία σε μεγάλες επιφάνειες, όπως είναι ολόκληρη η κοιλιακή επιφάνεια ή όταν ακτινοβολούνται όλοι οι λεμφαδένες. Πολλοί συνδυάζουν τη ναυτία και τον έμετο με τη θεραπεία με ακτίνες Χ. Και τα δύο συμπτώματα όμως είναι ασυνήθιστα στους ακτινοθεραπευόμενους. Η εμφάνισή τους εξαρτάται από την περιοχή που δέχεται την ακτινοβολία. Η ναυτία και οι έμετοι εμφανίζονται σε ασθενείς

δέχονται ακτινοβολία της άνω κοιλίας, είναι όμως σπάνια σε όσους δέχονται ακτινοβολία στην κεφαλή, τον αυχένα, το στήθος ή τη λεκάνη.

Οι εντοπισμένες παρενέργειες μπορεί να εμφανιστούν στο δέρμα ως ερυθρότητα που ονομάζεται ερύθημα. Μοιάζει με το ηλιακό έγκαυμα και διέρχεται από τα ίδια στάδια(ερυθρότητα, προοδευτικός αποχρωματισμός και ξεφλούδισμα). Όταν η νόσος θεραπευτεί η αντίδραση αυτή θα εξαφανιστεί σε μικρό χρονικό διάστημα. Αν η δοσολογία είναι υψηλή είναι δυνατό να εμφανιστούν απώτερες δερματικές αντιδράσεις όπως αυξημένη εναπόθεση μελανίνης, η οποία είναι εμφανέστερη σε άτομα με σκούρα επιδερμίδα. Επίσης παρενέργειες μπορεί να εμφανιστούν και στο θώρακα. Πολλοί ασθενείς που ακτινοβολούνται στο θώρακα δεν παρουσιάζουν κανένα τοπικό σύμπτωμα. Όμως ο οισοφάγος που μεταφέρει την τροφή από το στόμα στο στομάχι διέρχεται μέσω του θώρακα και προκαλούνται αντιδράσεις του βλεννογόνου παρόμοιες με αυτές που περιγράψαμε για το στόμα στην χημειοθεραπεία.

Ορμονοθεραπεία: Η ορμονοθεραπεία έχει γενικά λιγότερες παρενέργειες. Μπορεί όμως, ανάλογα με το φάρμακο και την ηλικία της γυναίκας, να προκαλέσει αξιόλογα ενοχλήματα όπως συμπτώματα εμμηνόπαυσης, διαταραχές της περιόδου, εξάψεις, ξηρότητα του κόλπου, ελαττωμένη σεξουαλική επιθυμία, ανικανότητα, ελάττωση μυϊκής μάζας, κλπ. Τα αντιοιστρογόνα που συχνά χορηγούνται μετά από μια επέμβαση, μπορεί να παρουσιάσουν μετά από μακροχρόνια χρήση αξιόλογες παρενέργειες από τα μάτια και από το ενδομήτριο, και για το λόγο αυτό απαιτείται συστηματική ιατρική παρακολούθηση. Σχεδόν όλες οι παρενέργειες αυτές, σήμερα μπορούν να αποφευχθούν ή να αντιμετωπιστούν με επιτυχία.³⁹

7.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

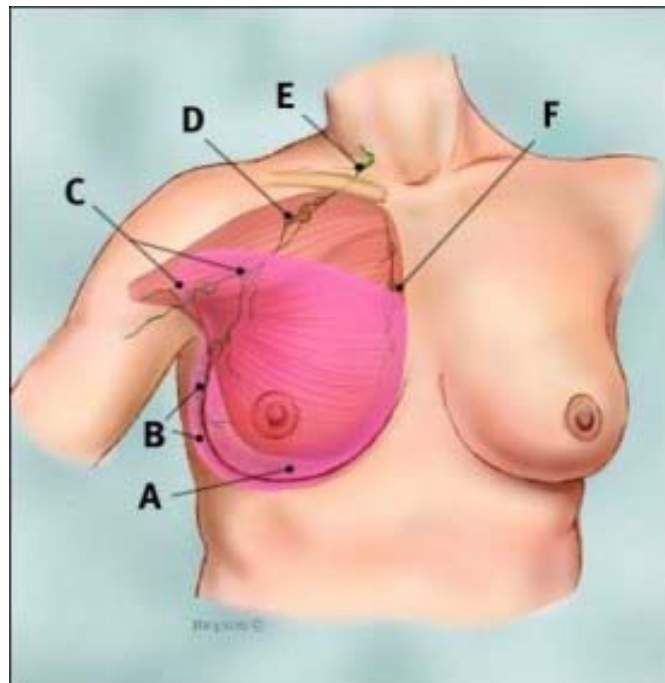
Είναι η κύρια θεραπευτική αγωγή, επιτυγχάνεται 5ετής επιβίωση σε ποσοστό πάνω από:

- 90% εφόσον η επέμβαση έγινε στο 1^ο στάδιο
- 50% εφόσον η επέμβαση έγινε στο 2^ο στάδιο
- 15% εφόσον η επέμβαση έγινε στο 3^ο στάδιο

Εφαρμόζονται οι εξής χειρουργικές επεμβάσεις:

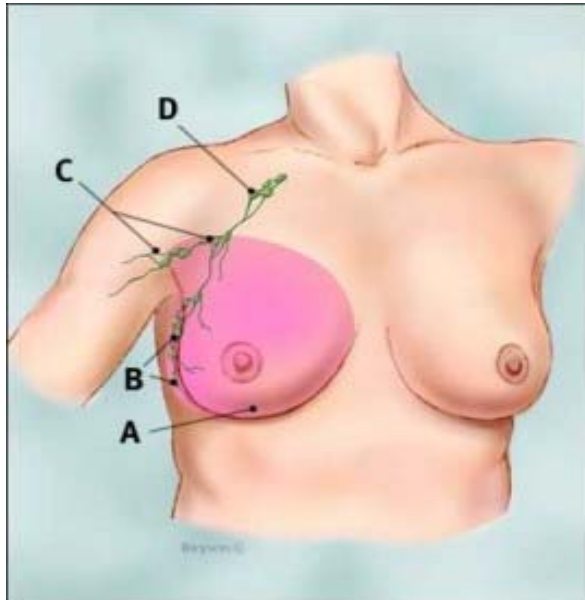
➤ Ριζική μαστεκτομή

Αφαιρείται όλος ο μαστός γίνεται πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός και αφαιρούνται και οι μύες του θώρακα κάτω από τον μαστό. Έχει καταργηθεί αυτή η μέθοδος καθώς έχει τα ίδια αποτελέσματα με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, χρησιμοποιείται μόνο όταν ο καρκίνος έχει διήθηση στους μύες του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος.



ΕΙΚ18

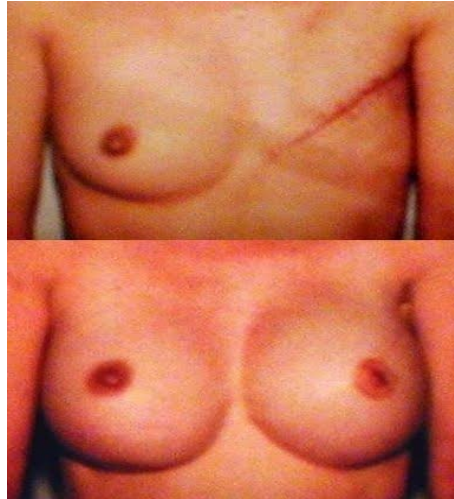
- **Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή**
Είναι η συχνότερη εφαρμοσμένη μέθοδος μαστεκτομής. Γίνεται αφαίρεση όλου του μαστού και λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης. Σε αυτή τη μέθοδο τη λιγότερο ριζική μαστεκτομή δεν αφαιρείται ο μείζον θωρακικός μυς και επιλέγεται μια οριζόντια τομή.



- **Ολική ή απλή μαστεκτομή:**
Περιλαμβάνει σχεδόν όλο τον μαζικό ιστό και περιλαμβάνει την θηλή και το ανάλογο τμήμα δέρματος.
Μαστεκτομή είναι η επέμβαση που γίνεται για αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού με σκοπό την ίαση. Μπορεί να είναι μερική, όταν αφαιρείται μέρος του μαστού, ή ολική όταν αφαιρείται όλος ο μαστός.



- **Υποδόρια μαστεκτομή:**
Περιλαμβάνει το περισσότερο μαζικό ιστό χωρίς το υπερκείμενο δέρμα ή θηλή και συχνά χωρίς τη μασχαλιαία ουρά.
Εφαρμόζεται όταν υπάρχει προοπτική για αποκατάσταση του μαστού με κάποια μέθοδο επανορθωτικής πλαστικής χειρουργικής.



IK21

- **Ογκεκτομή:**
Αφαιρείται ο όγκος με τμήμα του μαζικού αδένου που περιλαμβάνει τον όγκο.
- **Υπεριζική μαστεκτομή:**
Σπανίως τη βλέπουμε σήμερα. Περιέχει όλα εκείνα της ριζικής μαστεκτομής και επιπλέον αφαίρεσης τμήματος του θωρακικού τοιχώματος, συνήθως του στερνικού άκρου, από την 2^η, 3^η, 4^η και 5^η πλευρά του παρακείμενου τμήματος του στέρνου και από τον υπεζωκότα συνδετικό ιστό που περιέχει τα έσω μαστικά αγγεία και λεμφαδένες και ένα τμήμα του υπεζωκότος μπορεί να αφαιρεθεί.⁴⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



8.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο νοσηλευτής, στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας, θα πρέπει να διαπιστώσει εάν η ασθενής βιώνει ψυχολογικά προβλήματα και να τη βοηθήσει με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τα πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα που βιώνουν οι ασθενείς είναι το άγχος και η κατάθλιψη, καθώς και η ψυχολογική δυσφορία εξαιτίας των αλλαγών στην εικόνα του σώματός τους και στη σεξουαλικότητά τους.

Το άγχος και η κατάθλιψη έχουν σχέση με την εμφάνιση της νόσου, τη θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της. Η ενημέρωση όσον αφορά στους παραπάνω παράγοντες μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στη θεραπεία, να βελτιώσει τη συναισθηματική της κατάσταση, να την επαναφέρει στην καθημερινότητα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής της.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, η απώλεια του στήθους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα στη γυναίκα, με αποτέλεσμα τη μείωση της αυτοεκτίμησής της, τη μεταβολή της εικόνας του σώματός της και τελικά την απόκτηση μιας αρνητικής εικόνας για τον εαυτό της. Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από τη χειρουργική επέμβαση, αλλά και από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, όπως είναι οι δερματικές αντιδράσεις λόγω της ακτινοθεραπείας.

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι ένα από τα συχνά προβλήματα που βιώνει η γυναίκα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Προδιαθεσιακοί παράγοντες, όπως προ-υπάρχοντα προβλήματα και αλλαγές που συμβαίνουν εξαιτίας της εμμηνόπαυσης, συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Η ακριβής αιτιολογία της δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένη. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, όπως η πρόωγη εμμηνόπαυση με τα συνοδά προβλήματά της (π.χ. εξάψεις), η ξηρότητα του κόλπου και η επακόλουθη δυσπαρέυνεια, θεωρούνται αιτιολογικοί παράγοντες. Η ορμονική θεραπεία επιδεινώνει τα παραπάνω προβλήματα, ενώ οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της ασθενούς εξαιτίας της ακτινοθεραπείας και η επακόλουθη διαταραχή στην εικόνα του σώματός της συμβάλλουν στη σεξουαλική δυσλειτουργία³⁹

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα εξής:

- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, ώστε να ευνοείται ο διάλογος
- Να ενημερώσει την ασθενή για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι πιθανό να της δημιουργήσει η νόσος, βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει τα συναισθήματά της και να αποκαλύψει τις ανησυχίες της
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί τις εμπειρίες της με άλλες ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιήσει ένα ερωτηματολόγιο από ανοικτές ερωτήσεις, με σκοπό τη λήψη πληροφοριών από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση
- Να την ενημερώσει σχετικά με τη σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και των σωματικών και ψυχολογικών ανεπιθύμητων ενεργειών της
- Να τη βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της, η οποία είναι αποτέλεσμα συνδυασμού των θεραπειών της
- Να υποστηρίξει ψυχολογικά και να ενημερώσει το σύζυγο σχετικά με τις αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχολογία της γυναίκας
- Να ενημερώσει την ασθενή και το σύζυγό της για την επίδραση της θεραπείας στη σεξουαλική λειτουργία, καθώς και για τους άλλους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αυτής της δυσλειτουργίας
- Να ενημερώσει το σύζυγο για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και να τον ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί
- Να δημιουργήσει κατάλληλο κλίμα, ώστε να ενθαρρύνει την ασθενή να μιλήσει για τη σεξουαλική της ζωή
- Να ενθαρρύνει τους συζύγους να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.⁴⁰

8.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Όπως είναι γνωστό, η πρόληψη του καρκίνου του μαστού σήμερα επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες αυτές είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό πολύ σημαντικός. Το νοσηλευτικό προσωπικό ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, μπορεί να προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου μαστού, καθώς και στη καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιώντας τακτικές και τρόπους ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, μπορεί να προάγει την υγεία του ατόμου. Οι νοσηλευτές οφείλουν να προσεγγίζουν ένα ευρύ σύνολο του γυναικείου πληθυσμού με την πληροφορία του σπουδαιότερου ρόλου των γυναικών στην πρόωμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού. Το μήνυμα αυτό δεν είναι δυνατό να διαδοθεί τόσο καλά στο σχολείο, επειδή η γυναίκες είναι μικρές και αδιάφορες ίσως για την νόσο. Επίσης τα γυναικεία περιοδικά και τα αλλά μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν μπορούν να παρουσιάσουν με αποτελεσματικό και μεθοδικό τρόπο το θέμα επειδή θα πρέπει να αφιερώσουν πολύ χρόνο λόγω της ιδιαιτερότητας του. Προς το παρόν λοιπόν, καλύτερη ελπίδα αποτελεί η ορθή πληροφόρηση και ειδική εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο μπορεί στη συνέχεια να διδάξει άμεσα, να παροτρύνει και να ενθαρρύνει τις γυναίκες ασθενείς και υγιείς, στις μεθόδους πρόωμης διάγνωσης.

Οι επαγγελματίες υγεία που ασχολούνται με την πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού πρέπει να έχουν ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες. Η νοσηλευτική ασχολείται μ' αυτό το επίπεδο και ο νοσηλευτής που ασχολείται με αυτό είναι ένας επιστήμονας με εκπαίδευση και αυξημένες κλινικές και θεωρητικές γνώσεις που βασίζονται στην έρευνα.

Οι ειδικές ικανότητες που απαιτούνται είναι η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η τροποποίηση της συμπεριφοράς και η υποστήριξη της λήψης απόφασης.

➤ Επικοινωνία : με αυτή την ικανότητα, ο νοσηλευτής βοηθά τις γυναίκες να καταλάβουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διευκρινίσουν την αντίληψη των γυναικών για αυτό τον κίνδυνο και να τους παρέχουν προφορικές και γραπτές επεξηγήσεις. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να εκπαιδεύσουν τις γυναίκες για τις διαθέσιμες γενικές δοκιμασίες.

➤ Τροποποίηση συμπεριφοράς : οι νοσηλευτές μπορούν να βυθίσουν τις γυναίκες στο να αναγνωρίσουν τις προσωπικές τους ανάγκες για δράση και να τις υποστηρίξουν στο να αποκτήσουν υγιεινό τρόπο ζωής. Εκεί που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία είναι στο να τους καταστήσουν την προσοχή στο να εκτελούν αυτοεξέταση του μαστού κάθε μήνα, όπως και τις άλλες διαγνωστικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού που τους έχει προτείνει ο γιατρός τους, ώστε να γίνει άμεσα

αναγνώριση του καρκίνου και να αντιμετωπιστεί αυτός έγκαιρα. Χρησιμοποιώντας της αρχές της θεωρίας της αλλαγής της συμπεριφοράς, οι νοσηλεύτριες μπορούν να παρέχουν καθοδήγηση στην εκτίμηση πολλών παραγόντων που επηρεάζουν υγιεινή πρακτική, παρέχοντας την κατάλληλη συμβουλευτική και εκτιμώντας τα αποτελέσματα⁴¹

➤ Υποστήριξη της λήψης απόφασης : οι νοσηλεύτριες μπορούν να προτείνουν νέες επιλογές, όπως είναι η χημειοπροφύλαξη, που είναι διαθέσιμες για τις γυναίκες που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού και να καταστήσουν ικανές τις γυναίκες να λάβουν αποφάσεις που να έχουν συνέπεια με τις προσωπικές τους αξίες. Οι αποφάσεις σχετικά με την χημειοπροφύλαξη, τη γενική συμβουλευτική και την προφυλακτική μαστεκτομή είναι κάποια από τα θέματα στα οποία ο νοσηλεύτρις μπορεί να βοηθήσει παρέχοντας τις κατάλληλες πληροφορίες σχετικά με την αξία του καθενός και να καταστήσει ικανές τις ενδιαφερόμενες γυναίκες στη λήψη της σωστής απόφασης.

➤ Εκπαίδευση : οι νοσηλεύτριες πρέπει να γνωστοποιούν τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Για παράδειγμα μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας αφού γνωρίζουμε ότι η διατροφή αποτελεί την βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείτε πιθανός αιτιολογικός παράγοντας. Οι νοσηλεύτριες πρέπει να μεταφέρουν το μήνυμα ότι οι γυναίκες προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις ενώ παράλληλα να προσπαθούν να τις απαλλάξουν από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου. Πρέπει να διαφωτίσουν το κοινό πως καρκίνος του μαστού δεν οδηγεί στο θάνατο αν διαγνωστεί αμέσως και αν θεραπευτεί έγκαιρα.

Η συμβολή του νοσηλεύτρις στη δευτεροβάθμια πρόληψη είναι μεγάλη ιδίως στη : 1)λήψη ενός καλού ιστορικού, 2)στην πραγματοποίηση ή στην βοήθεια πραγματοποίησης της κλινικής εξέτασης και 3) στην διδασκαλία της αυτοεξέτασης του μαστού.

1) Νοσηλευτικό ιστορικό. Πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατό νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ευχάριστη και άνετη κατά την διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασιστεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

2) Πραγματοποίηση ή βοήθεια πραγματοποίησης της κλινικής εξέτασης. Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντικό για την πρώιμη διάγνωση της νόσου είναι και μία καλή κλινική εξέταση. Βασικές πράξεις που πρέπει να κάνει ο νοσηλεύτρις είναι :

➤ Εξήγηση στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και να της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.

➤ Συνιστά να πάει στη τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης ώστε να διευκολύνει την εξέταση.

- Την προστατεύεις με παραβάν και φροντίζει με αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση, την καλύπτει όμως σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από ότι χρειάζεται.
- Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυώνει η ασθενής και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία.
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό.
- Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει την κατάλληλη θέση για το είδος της κλινικής εξέτασης.

3) Αυτοεξέταση των μαστών. – Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εξηγήσει τους λόγους που καθιστούν την αυτοεξέταση του μαστού απαραίτητη. Οι πιο βασικοί είναι ότι το ετήσιο χρονικό διάστημα της προληπτικής εξέτασης από τον ιατρό είναι μεγάλο για το μαστό ο οποίος κινδυνεύει από καρκίνο, καθώς επίσης η γυναίκα λαμβάνει μια εικόνα για το μαστό της δύναται να διαπιστώσει έγκαιρα ενδεχόμενες μεταβολές.

8.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Η θέση του νοσηλευτή, όσον αφορά τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας σε περίπτωση γυναίκας που νοσηλεύεται για επέμβαση μερικής ή ολικής μαστεκτομής, είναι καθοριστική. Οι στόχοι της προεγχειρητικής αγωγής είναι η μείωση του φόβου και του άγχους της ασθενούς και η ψυχοσωματική της προετοιμασία για την μετεγχειρητική περίοδο. Η προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία ελαττώνει πολύ τον προεγχειρητικό φόβο και το άγχος της ασθενούς και τον κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Προεγχειρητική παρέμβαση

1. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της ασθενούς για χειρουργείο. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης να απαλλαγεί από τα αισθήματα του φόβου με:
 - Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της
 - Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
 - Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο
 - Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού.

Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματα της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη από τον άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα.

2. Μείωση του χρόνου αναμονής πριν την εγχείρηση
 - Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους.

- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται ριζική μαστεκτομή
- Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της ασθενούς.

3. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.
4. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες.

Μετεγχειρητικά οι στόχοι της αγωγής είναι η ελάττωση της δυσφορίας, η πρόληψη επιπλοκών, η υποβοήθηση της ασθενούς στην πρόγνωση, στις μεταβολές του σώματος και η εκπαίδευση της σχετικά με την εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

Το πρόγραμμα αυτό νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με το πρόγραμμα φροντίδας για πλαστική του μαστού εφόσον κάτι τέτοιο είναι αναγκαίο.

Μετεγχειρητική παρέμβαση

1. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
2. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
3. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από το πόνο.
4. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
5. Έλεγχος επίδεσης του τραύματος αποφεύγετε η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
6. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος.
7. Πρόληψη της λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Δεν θα πρέπει να γίνονται ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις.
8. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-fowler.
9. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Όταν σηκώνεται για πρώτη φορά από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής την συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
10. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μέρες ίσως η άρρωστη να χρειάζεται βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν θα μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι.⁴¹

8.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία βασίζεται σε φάρμακα τα οποία έχουν την ικανότητα να σκοτώνουν κύτταρα του καρκίνου, να τα παρεμποδίζουν από το να εξαπλωθούν και να κάνουν μεταστάσεις. Είναι γεγονός ότι η χημειοθεραπεία συνοδεύεται από πολλές παρενέργειες, οι οποίες με τους κατάλληλους χειρισμούς από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να αντιμετωπισθούν ικανοποιητικά.

Οι παρενέργειες αυτές είναι:

1. Ναυτία και εμετοί από την επίδραση των κυτταροστατικών φαρμάκων.
2. Ανορεξία, απώλεια βάρους από την επίδραση διαφόρων παραγόντων όπως ναυτία, εμετοί, πόνος, απώλεια γεύσης.
3. Διάρροια-δυσκοιλιότητα από την τοξική επίδραση της χημειοθεραπείας.
4. Ξηρότητα στόματος, στοματίτιδα.
5. Τριχόπτωση από την τοξική επίδραση των φαρμάκων στους θύλακες των τριχών.
6. Υπέρχωση και αλλεργικές εκδηλώσεις δέρματος και φωτοφοβία από την τοξική επίδραση των φαρμάκων στο δέρμα και τα μάτια.
7. Λευκοπενία, θρομβοπενία από την τοξική επίδραση των χημειοθεραπευτικών στο μυελό των οστών.

Οι νοσηλευτική φροντίδα:

1. Ενημέρωση της ασθενούς ότι τα φάρμακα προκαλούν τα πιο πάνω προβλήματα.
2. Αξιολόγηση, προγραμματισμός και αντιμετώπιση των παραγόντων που συμβάλουν στη δημιουργία των προβλημάτων.
3. Ψυχολογική προετοιμασία της άρρωστης για την αντιμετώπιση της απώλειας των μαλλιών.
4. Ψυχολογική υποστήριξη.
5. Προφύλαξη από αναπνευστικές λοιμώξεις και έγκαιρη διάγνωση τους.
6. Πρόληψη τραυματισμών και μολύνσεων.
7. Αποφυγή καθετηριασμού και παροχής ενδοφλέβιας έγχυσης για το φόβο λοίμωξης.
8. Συχνός έλεγχος ζωτικών σημείων.
9. Παρακολούθηση για τυχόν αιμορραγία.
10. Χορήγηση αντιεμετικών και παυσίπονων προληπτικά, κατά και μετά τη θεραπεία σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
11. Καλή διαίτολογία και λήψη υγρών.
12. Μέτρηση προσβαλλόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
13. Ενημέρωση άρρωστης για τυχόν αλλαγές στα ούρα από την χορήγηση των φαρμάκων.
14. Ενθάρρυνση της ασθενούς να παίρνει όλο το φαγητό της χωρίς βία.
15. Καθημερινός έλεγχος σωματικού βάρους.
16. Διατήρηση καθαρού και ήρεμου περιβάλλοντος.
17. Φροντίδα στόματος και υγιεινής.
18. Αυξημένη κίνηση όσο είναι δυνατόν για την κινητοποίηση του εντέρου.
19. Αποφυγή στην έκθεση στον ήλιο και μαύρα γυαλιά για τη φωτοφοβία.
20. Χρήση ουδέτερου σαπουνιού και κρέμα για την ξηρότητα.⁴²

8.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι ένα από τα βασικά όπλα που διαθέτουμε κατά του καρκίνου. Βασίζεται στη χορήγηση ψηλών δόσεων ενέργειας σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος με στόχο την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων. Η ακτινοθεραπεία είναι σε θέση να μειώνει το μέγεθος των κακοηθών όγκων και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να τους εξουδετερώνει πλήρως. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση από τους πόνους που προκαλούν οι μεταστάσεις του καρκίνου. Ωστόσο δεν λείπουν και οι παρενέργειες που πρέπει να αντιμετωπισθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι παρενέργειες αυτές είναι:

1. Ακτινοδερματίτιδα από την τοπική επίδραση ακτινοβολίας η οποία μπορεί να είναι διαφορετικών βαθμών. Ερεθυματώδης μετά από 1-3 βδομάδες από την έναρξη της θεραπείας και υποχωρεί, φυσαλιδώδης μετά από 1-2 βδομάδες με επώδυνο, ερυθρότητα δέρματος και οίδημα, που μπορεί να αποκατασταθεί και εσχαροποιητική, σχεδόν αμέσως μετά τη έκθεση της άρρωστης στην ακτινοβολία με επώδυνο, ερυθρότητα, οίδημα σχηματισμό φυσαλίδων που σπάζουν και δημιουργούν εξέλκωση.
2. Πιθανός ραδιενεργή μόλυνση του περιβάλλοντος από την άρρωστη, η οποία μετά την εφαρμογή της ραδιενέργειας είναι πηγή εκπέμπουσας ακτινοβολίας.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Συχνός έλεγχος της περιοχής που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή απολέπιση.
2. Εφαρμογή κρέμας με ιατρική οδηγία.
3. Φροντίδα δέρματος με χλιαρό νερό και ήπιους χειρισμούς, ελαφρό σκούπισμα.
4. Σύσταση στην άρρωστη να αποφεύγει έκθεση στον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, το πολύ ψύχος, τραυματισμούς, στενά ενδύματα, αποσμητικά, καλλυντικά, φάρμακα και ξύρισμα της περιοχής, διότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν τη τοπική βλάβη και προδιαθέτουν για μολύνσεις.
5. Διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και βιταμίνες.
6. Συχνός αιματολογικός έλεγχος.
7. Προσοχή να μην αφαιρεθεί το ειδικό σημάδι από το σημείο ακτινοβολίας που καθορίζει την περιοχή.
8. Καλή προετοιμασία της ασθενούς για καλύτερη αποδοχή της θεραπείας και της συνεργασίας .
9. Απομόνωση ειδικά θωρακισμένο και εξοπλισμένο θάλαμο ή μοναχικό δωμάτιο.

10. Ενημέρωση των συγγενών για το σκοπό της απομόνωσης και τον τρόπο επικοινωνίας με την άρρωστη.
11. Τοποθέτηση στην πόρτα του θαλάμου το σύμβολο της ακτινοβολίας.
12. Τήρηση των αρχών της ακτινοπροστασίας κατά την νοσηλία χωρίς να εγκαταλείπεται η άρρωστη.
13. Εφαρμογή των ειδικών οδηγιών για το χειρισμό των μολυσμένων απεκκρίσεων.
14. Χρήση γαντιών, μπλούζας όταν ενδείκνυται.
15. Οι νοσηλευτές κατά την νοσηλεία να φέρουν δοσίμετρο για τη μέτρηση της ακτινοβολίας που παίρνουν. ^{1,42}

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ

ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Αναφέρεται στην υγεία και ταυτόχρονα έχει και εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

ΘΕΜΑ:

Συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτριών, ιατρών για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έρευνα αυτή έγινε με σκοπό να καταγράψει τις απόψεις των νοσηλευτριών και ιατρών, σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού διαφόρων ηλικιών από 20-60 ετών, οι οποίες δεν έχουν παρουσιάσει στη μέχρι τώρα πορεία της ζωής του κάποια κακοήγη πάθηση του μαστού.

Η έρευνα διάρκεσε ένα μήνα και δείχνει την τάση που επικρατεί σε Πάτρα και Κύπρο σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αρχικά παρουσιάζονται ερωτήσεις που αφορά την πρωτογενή πρόληψη και αποτελείται από τους παράγοντες κινδύνου και στη συνέχεια ερωτήσεις που αφορά την δευτερογενή πρόληψη (αυτοεξέταση, κλινική εξέταση, μαστογραφία).

Τα αποτελέσματα της έρευνας, αναφέρονται πιο αναλυτικά με γραφήματα παρακάτω. Συνοπτικά διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες αυτές παρουσιάζουν μικρά ποσοστά επικινδυνότητας, στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό με βάση αυτά που αναφέρονται στην πρωτογενή πρόληψη. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των νοσηλευτριών, ιατρών σε Πάτρα και Κύπρο για την δευτερογενή πρόληψη καθώς και η ενημέρωση που δέχονται είναι επαρκείς. Και παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των γυναικών κάνουν αναγκαίους ελέγχους για την υγεία τους και δεν αμελούν προς αυτήν.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

- Να καταγράψουμε ιδέες και απόψεις σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες διαφόρων ηλικιών.
- Να διαπιστώσουμε τις γνώσεις των νοσηλευτριών, ιατρών για την δευτερογενή πρόληψη.

- Να παρέχει πληροφορίες που αφορούν τον βαθμό κινδύνου που έχουν οι γυναίκες στο να τους παρουσιαστεί κάποια κακοήθεια στο μαστό.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Το περιγραφικό σχέδιο έρευνας προλέγει τις ιδέες, απόψεις και γνώσεις που έχουν οι νοσηλεύτριες, ιατροί σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού εφόσον υπάρχει επαρκής ενημέρωση.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Συγκεκριμένα έγινε χρήση ερωτηματολογίου για τους εξής λόγους:

- Είναι λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για την διαχείριση τους.
- Παρέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας, που μπορεί να είναι καθοριστική στη λήψη πληροφοριών για κοινωνικά μη αποδεκτές συμπεριφορές.
- Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή μάλλον παρά στις ιδέες τις ερωτήσεις, αφού δεν είναι παρόν ο ερευνητής κατά την απάντησή τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ: αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποσοτικοποίηση των απαντήσεων, χωρίς ταυτόχρονα να χαθεί πληροφορία από τις απαντήσεις και τις τάσεις των ερωτηθέντων. « Οι ερωτήσεις έγιναν κυρίως κλειστού τύπου διότι οι έρευνες ποσοτικού χαρακτήρα, στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά σε κλειστές ερωτήσεις, καθώς οι εκ των προτέρων κωδικοποιημένες απαντήσεις διευκολύνουν την ποσοτικοποίηση των στοιχείων».

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ- ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ

Οποιαδήποτε διαδικασία συγκέντρωσης και αν επιλεγεί, πρέπει να υπολογιστεί σε τι βαθμό είναι πιθανόν να είναι αξιόπιστη και έγκυρη. Έτσι αξιοπιστία είναι « ο βαθμός στον οποίο ένα τεστ ή μια διαδικασία παράγει ίδια αποτελέσματα κάτω από σταθερές συνθήκες σε όλες τις περιπτώσεις». Γενικώς ένα εργαλείο μέτρησης είναι αξιόπιστο, εφόσον τα αποτελέσματα είναι σταθερά σε επαναληπτικούς ελέγχους.

« Η εγκυρότητα είναι ο έλεγχος του κατά πόσο, ένα θέμα μετρά ή περιγράφει αυτό που υποτίθεται ότι πρέπει να μετρά ή να περιγράφει».

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της παρούσας έρευνας εξασφαλίσθηκε με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια:

- Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό νοσηλευτριών και ιατρών.
- Τα στοιχεία δεν αλλοιώθηκαν αφού το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συλλέχθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή επί τόπου.
- Η συλλογή των δεδομένων έγιναν κυρίως με ερωτήσεις κλειστού τύπου και η ανάλυσή τους ποσοτική.

ΔΕΙΓΜΑ-ΤΡΟΠΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Πληθυσμός: νοσηλεύτριες και ιατροί Πάτρα, Κύπρος

Δείγμα: το δείγμα της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε αφορούσε 100 γυναίκες, ενώ η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν τυχαία, γιατί μόνο έτσι μπορεί να διατηρηθεί η αντιπροσωπευτικότητα του συνόλου των νοσηλευτριών, ιατρών, αλλά και να τηρηθούν οι κανόνες και οι περιορισμοί της στατιστικής αξιοπιστίας.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα Microsoft Office Excel 2007.

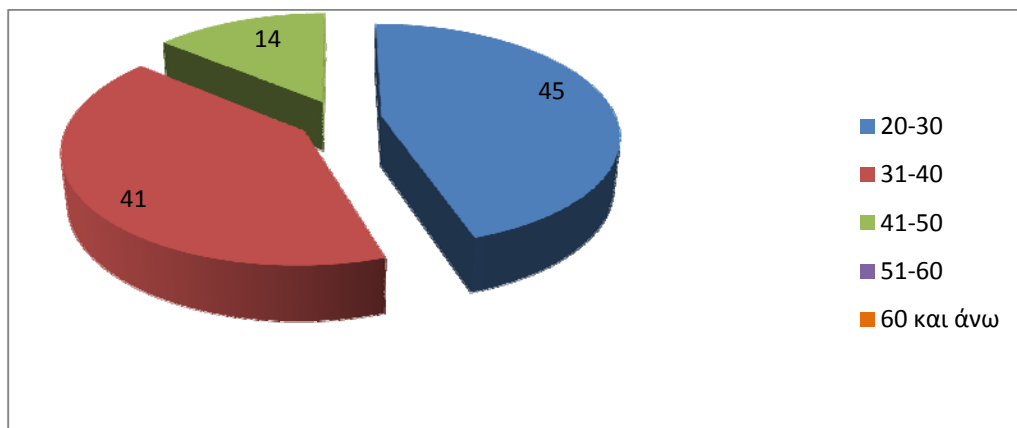
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Τα ευρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οργανισμούς φροντίδας υγείας.

ΕΡΕΥΝΑ

Διάγραμμα 1°

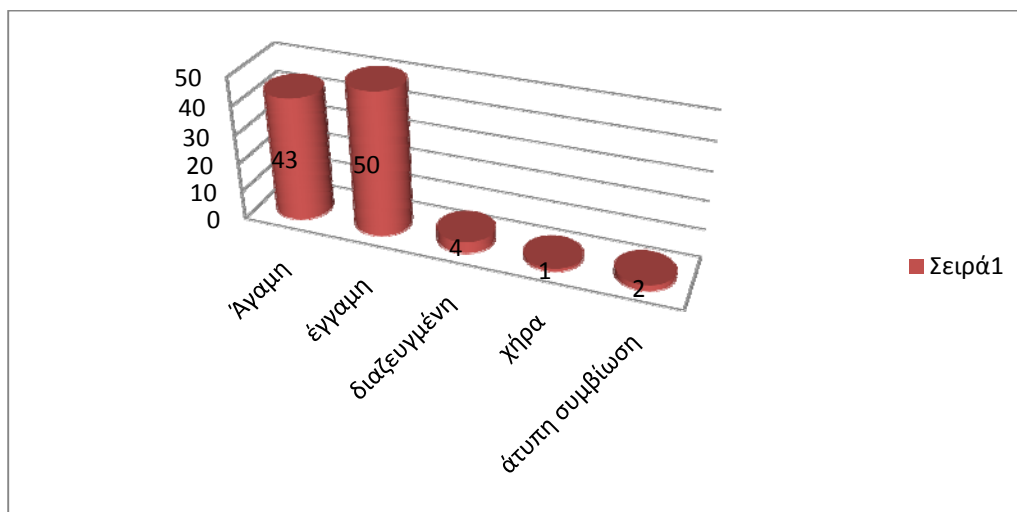
Ηλικίες



Οι 45 γυναίκες από της 100 είναι ηλικίας από 20-30, οι 41 γυναίκες από 31-40 και οι 14 από 41-50.

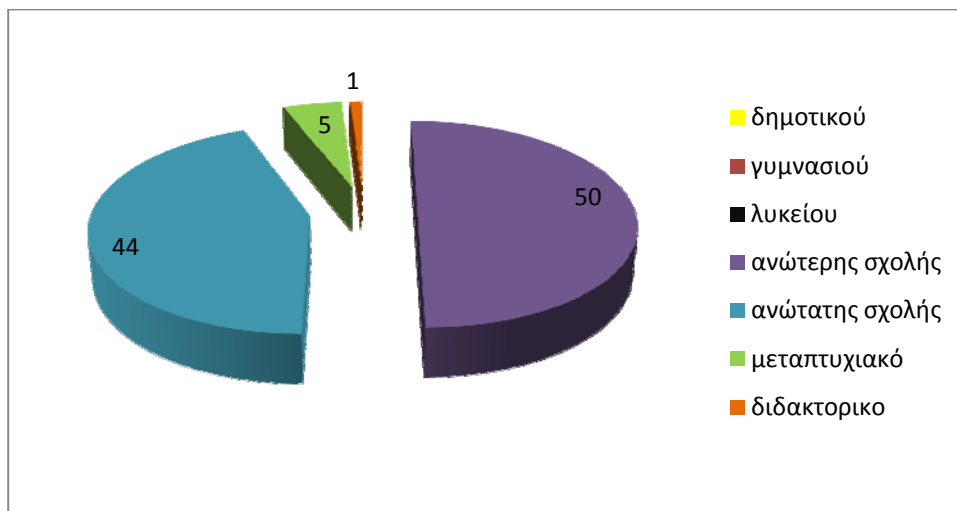
Διάγραμμα 2°

Οικογενειακή κατάσταση



Διάγραμμα 3°

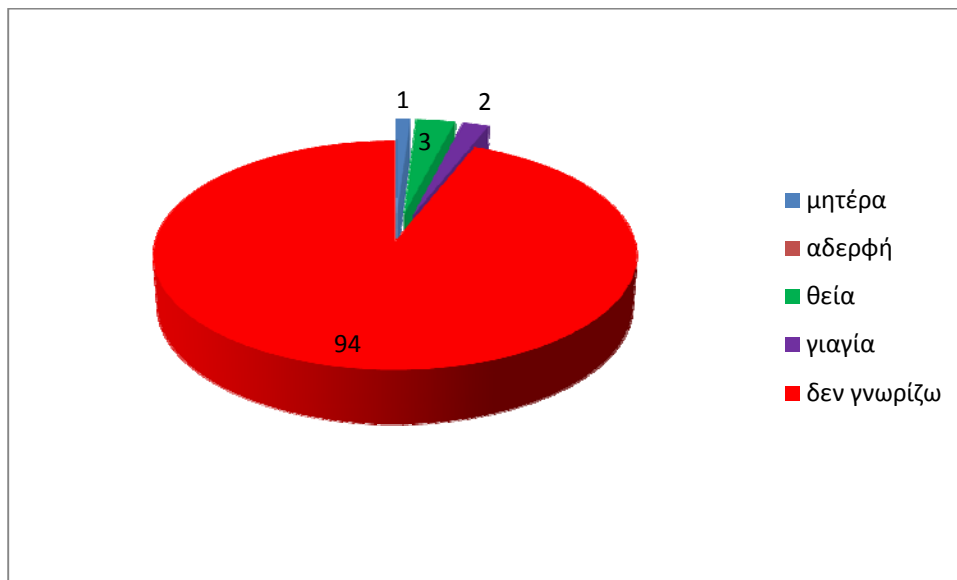
Μορφωτικό επίπεδο



Στο διάγραμμα αυτό διακρίνουμε ότι το μορφωτικό επίπεδο το γυναικών είναι οι 44 από τις 100 ανώτατης σχολής, οι 50 ανώτερης σχολής 5 μεταπτυχιακό και 1 διδακτορικό .

Διάγραμμα 4°

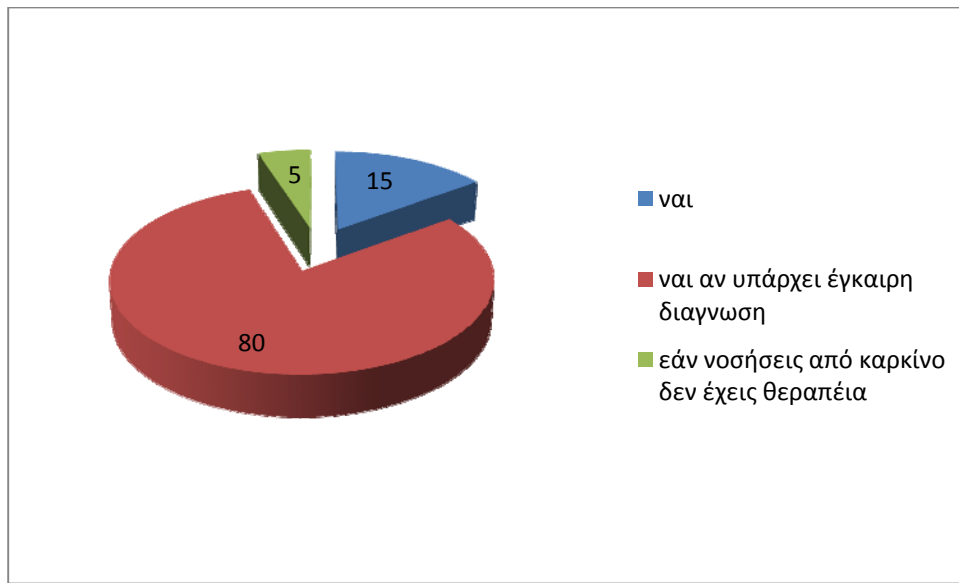
Έπασχε κάποιος συγγενής σας από καρκίνο?



Στο διάγραμμα αυτό παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτριών και ιατρών που ρωτήθηκαν δεν γνωρίζουν για κάποιο συγγενικό τους περιστατικό, ενώ έχουμε 3 περιστατικά η θεία. 1 η μητέρα, 2 η γιαγιά.

Διάγραμμα 5°

Θεωρείτε ότι ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται?



Οι 80 νοσηλεύτριες και ιατρούς από τις 100 που ρωτήθηκαν πιστεύουν ότι αν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση υπάρχει θεραπεία, οι 15 ότι ναι υπάρχει θεραπεία και οι 5 εάν νοσήσεις απ καρκίνο του μαστού δεν υπάρχει θεραπεία.

Διάγραμμα 6°

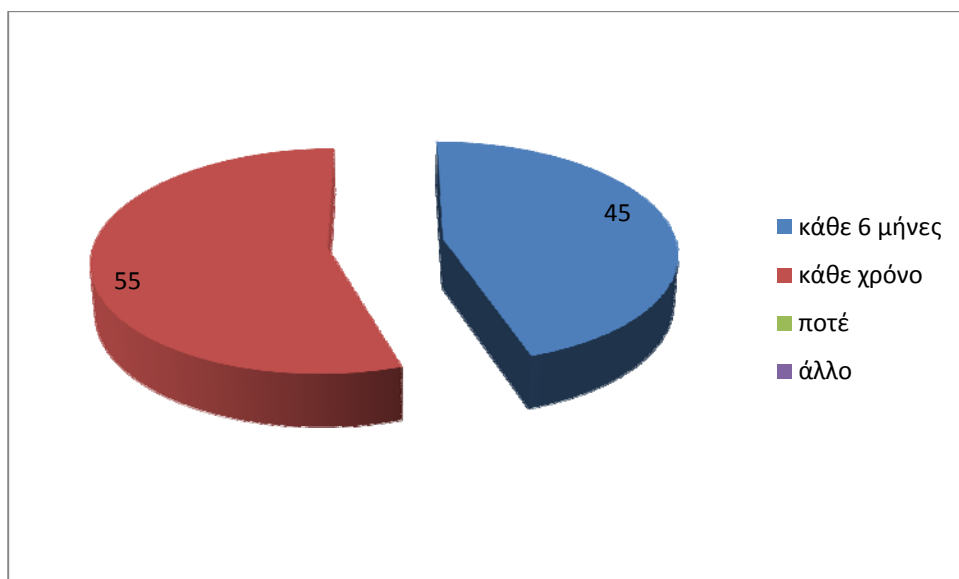
Πηγές ενημέρωσης



Στο διάγραμμα αυτό βλέπουμε ότι οι 60 στις 100 γυναίκες νοσηλεύτριες και ιατρούς που ερωτήθηκαν ενημερώνονται από μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι 40 από επαγγελματίες υγείας

Διάγραμμα 7°

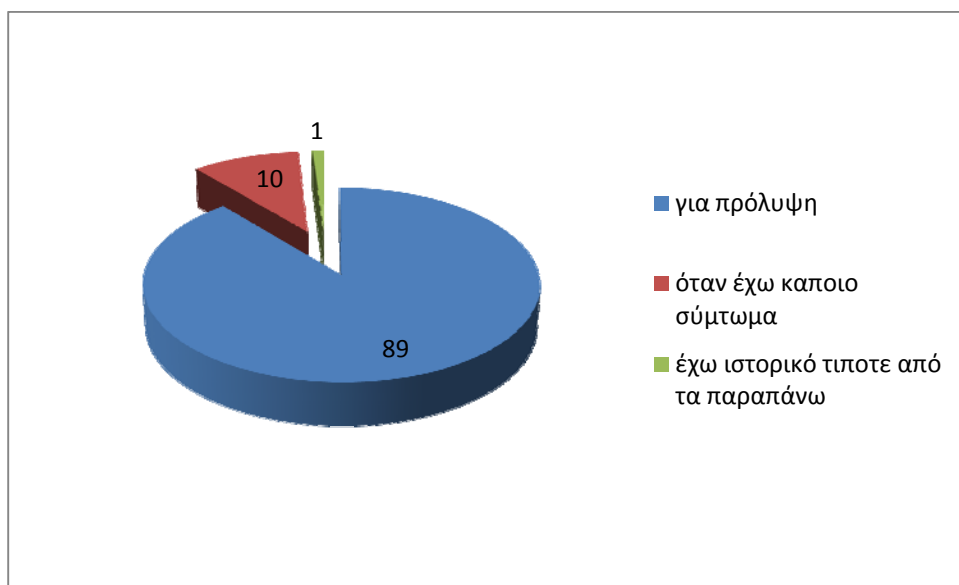
Πόσο συχνά επισκέπτεστε το γυναικολόγο σας?



Το 55% κάθε χρόνο και τι 45 κάθε 6 μήνες.

Διάγραμμα 8°

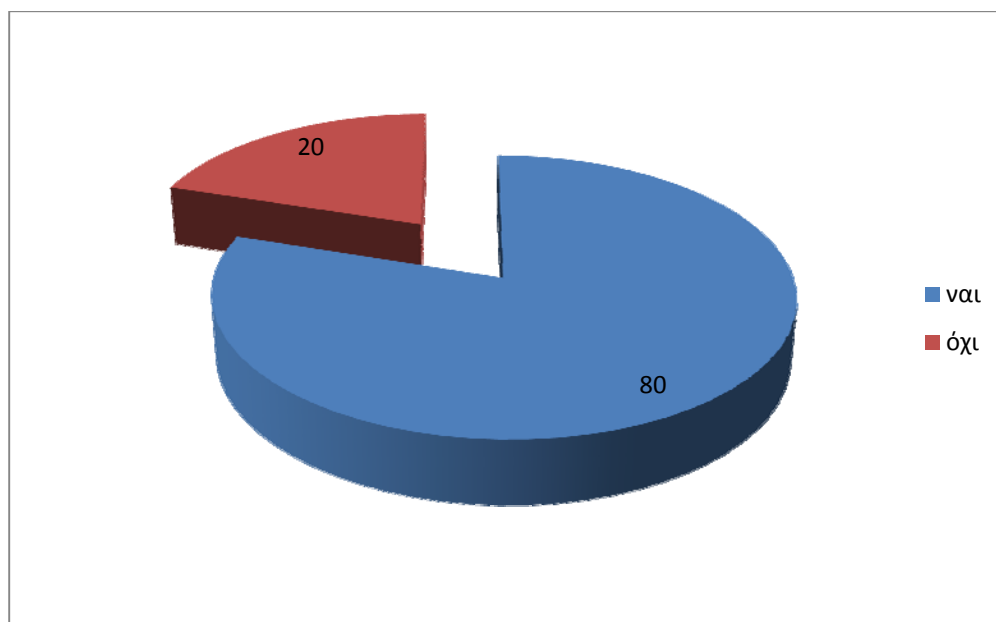
Ο λόγος επίσκεψης στο γυναικολόγο



Το 89% των γυναικών επισκέπτονται τον γυναικολόγο για πρόληψη, το 10% όταν έχουν κάποιο σύμπτωμα και το 1% έχω ιστορικό.

Διάγραμμα 9^ο

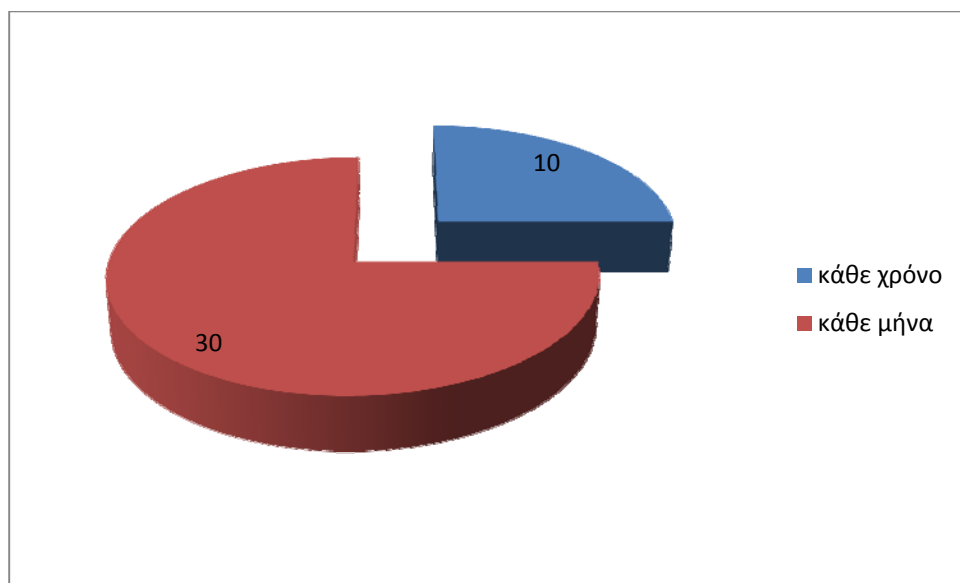
Πραγματοποιείται αυτοεξέταση μαστού?



Το 80% των νοσηλευτριών και ιατρών ναι πραγματοποιούν αυτοεξέταση μαστού και το 20% όχι.

Διάγραμμα 10^ο

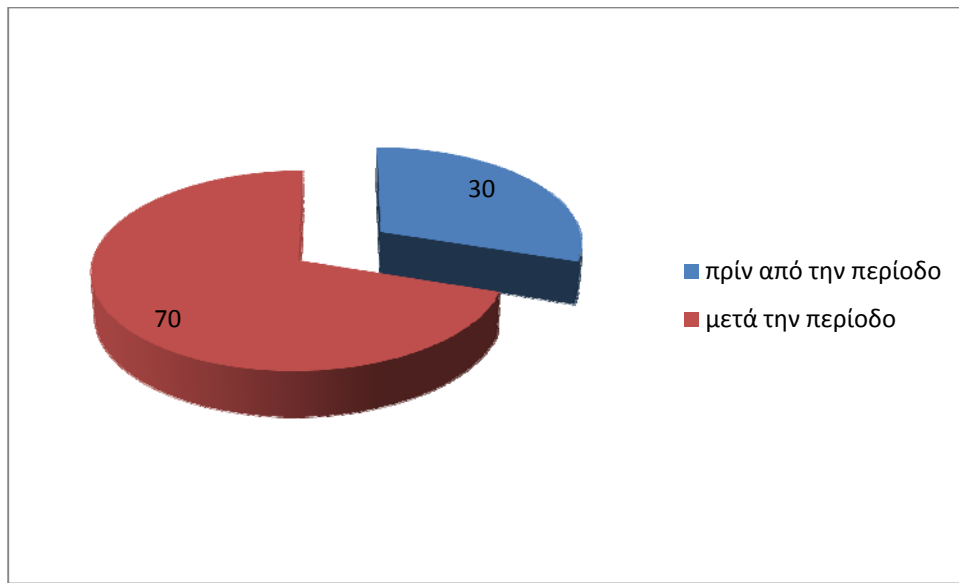
Αν πραγματοποιείται αυτοεξέταση κάθε πόσο?



Το 30% κάθε μήνα και το 10% κάθε χρόνο

Διάγραμμα 11°

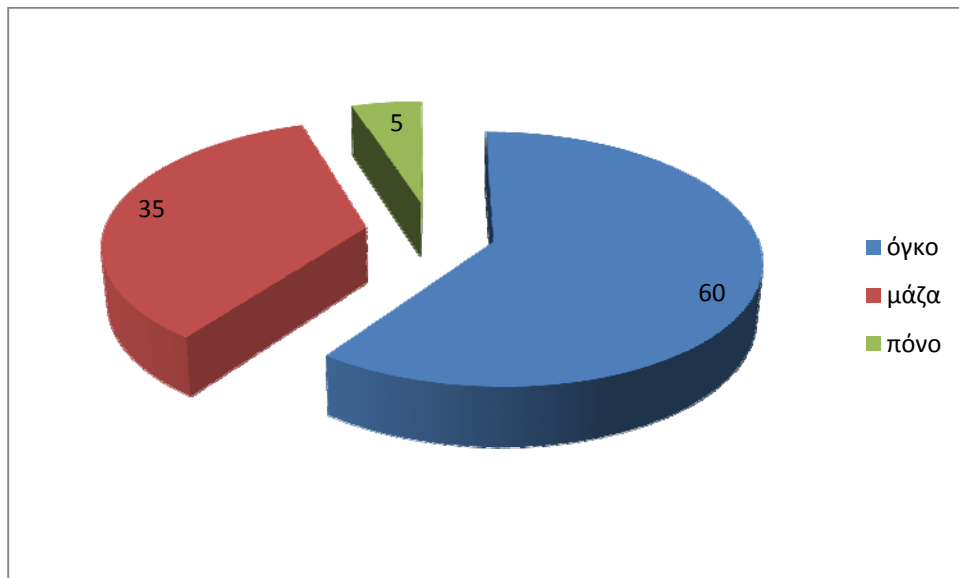
Αν ναι, σε ποία χρονική στιγμή?



Το 70% των νοσηλευτριών, ιατρών που ερωτήθηκαν πραγματοποιούν αυτοεξέταση μαστού μετά την περίοδο και το 30% πριν από την περίοδο.

Διάγραμμα 12°

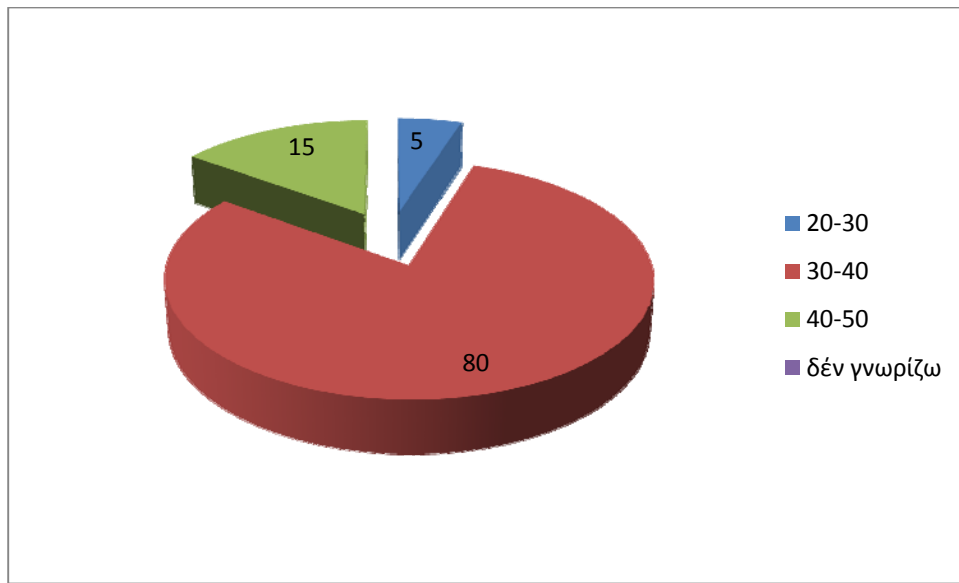
Ποιο εύρημα θεωρείται ανησυχητικό



Το 60% θεωρούν ανησυχητικό κάποιο όγκο στο μαστό, το 35% κάποια μάζα και το 5% τον πόνο.

Διάγραμμα 13°

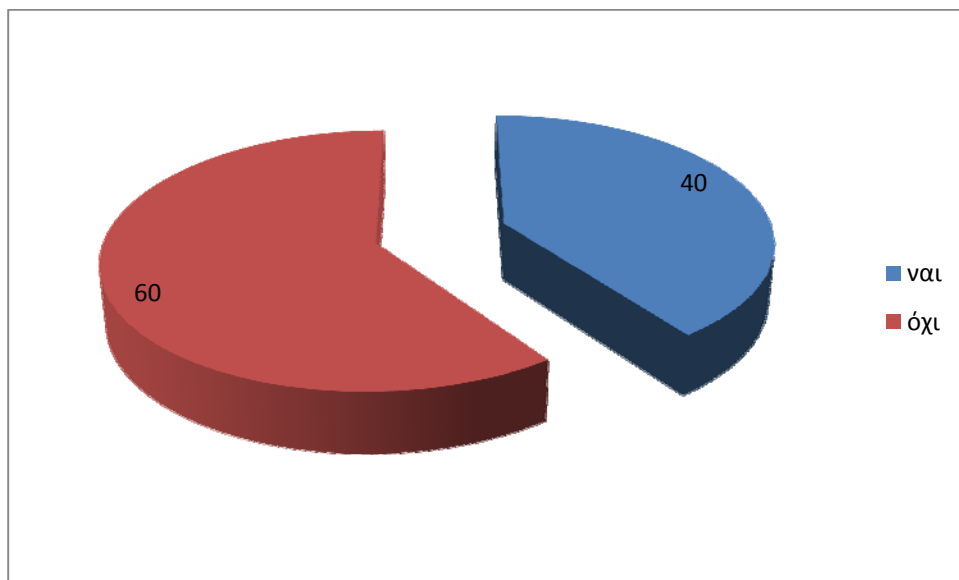
Ηλικία που πιστεύεται ότι πρέπει να γίνεται μαστογραφία



Το 80% πιστεύουν στην ηλικία των 30-40 ετών, το 15% στην ηλικία των 40-50 ετών και το 5% στην ηλικία των 20-30 ετών.

Διάγραμμα 14°

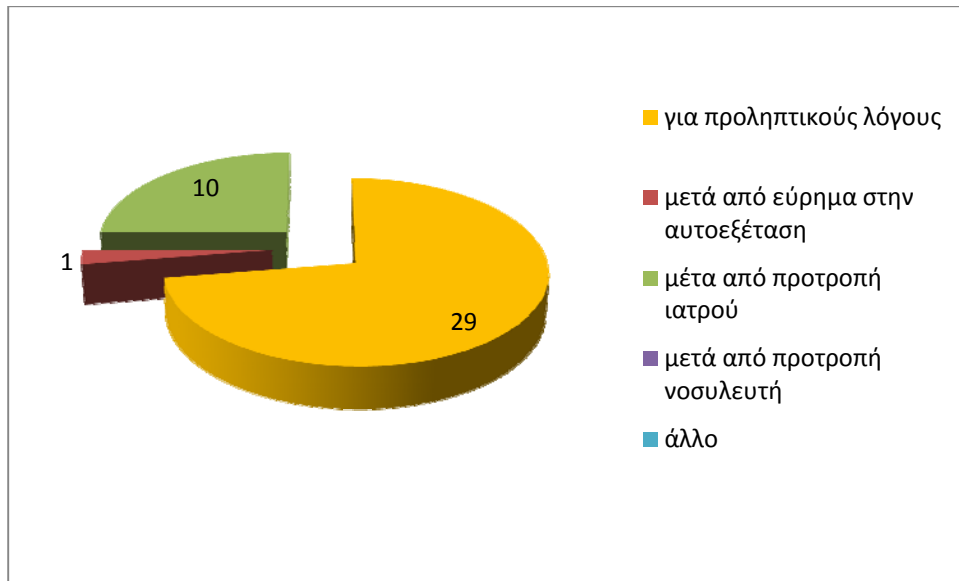
Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία?



Το 60% δεν έχουν πραγματοποιήσει μαστογραφία και το 40% ναι.

Διάγραμμα 15°

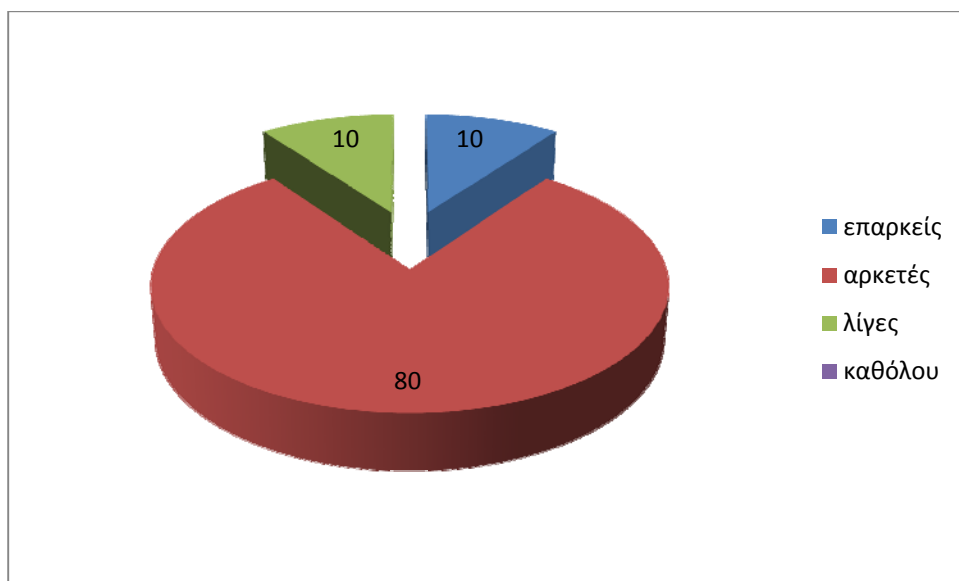
Αν ναι, για ποίο λόγο?



Το 29% των νοσηλευτριών και ιατρών πραγματοποιούν μαστογραφία για προληπτικούς λόγους το 10% μετά από προτροπή γιατρού και το 1% μετά από κάποιο εύρημα που βρήκαν.

Διάγραμμα 16°

Οι γνώσεις σας για την δευτερογενή πρόληψη

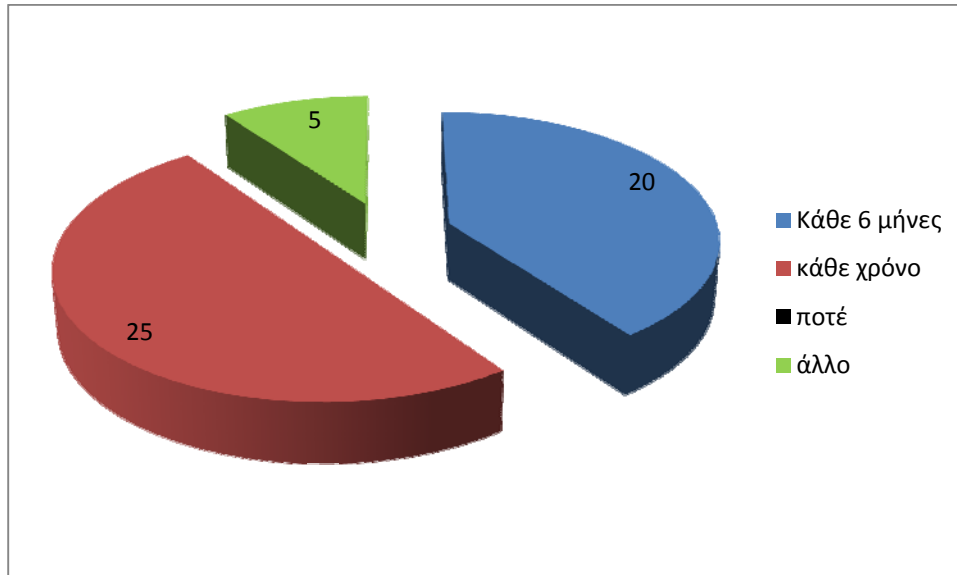


Το 80% των νοσηλευτριών και ιατρών που ρωτήθηκαν όπως βλέπουμε και στο διάγραμμα έχουν αρκετές γνώσης για την δευτερογενή πρόληψη, το 10% λίγες και το 10%επαρκής.

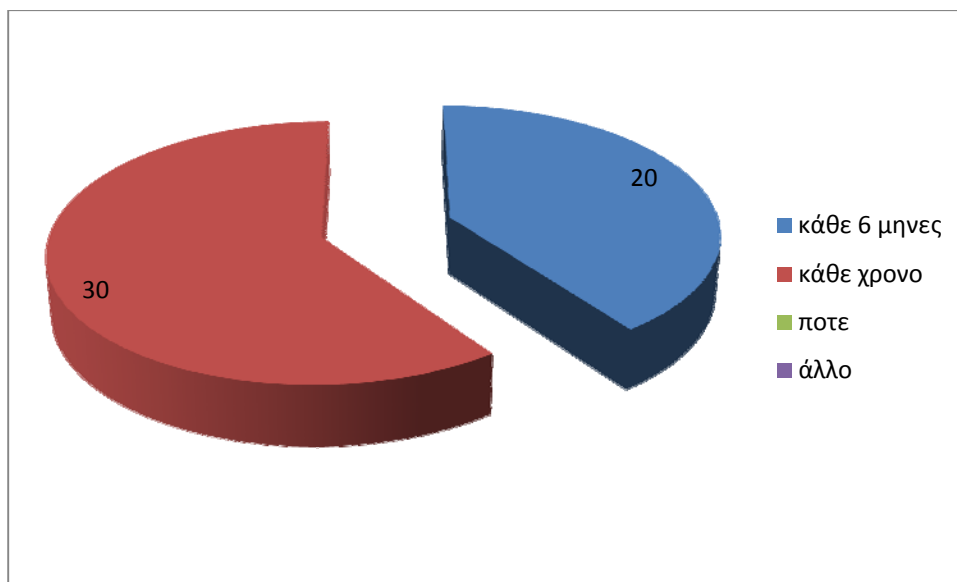
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΥΠΡΟΥ-ΠΑΤΡΑΣ

Πόσο συχνά επισκέπτεστε το γυναικολόγο σας

Κύπρος



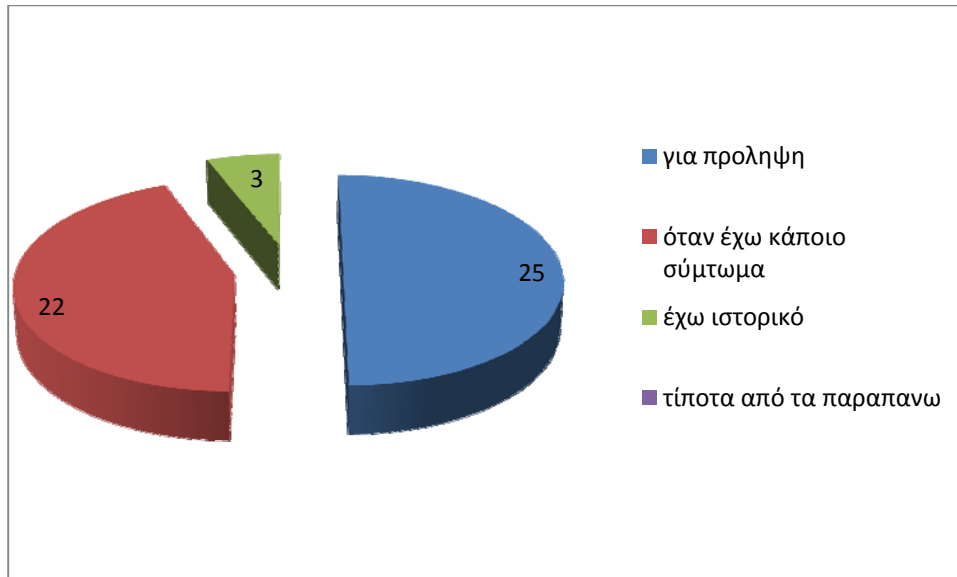
Πάτρα



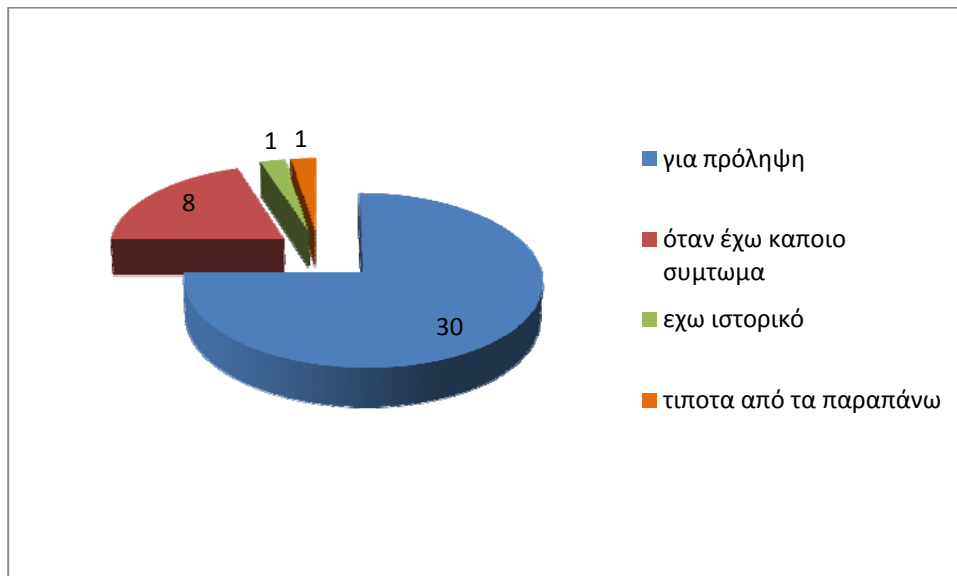
Όπως βλέπουμε και στα διαγράμματα οι διαφορές μεταξύ των νοσηλευτριών και ιατρών Κύπρου-Πάτρας είναι ότι στη Κύπρο οι 25 οι γυναίκες επισκέπτονται το γυναικολόγο τους κάθε χρόνο, οι 20 κάθε 6 μήνες και οι 5 άλλο ενώ στη Πάτρα οι 30 κάθε χρόνο και οι 20 κάθε 6 μήνες.

Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο επισκέπτεστε το γυναικολόγο σας

Κύπρος



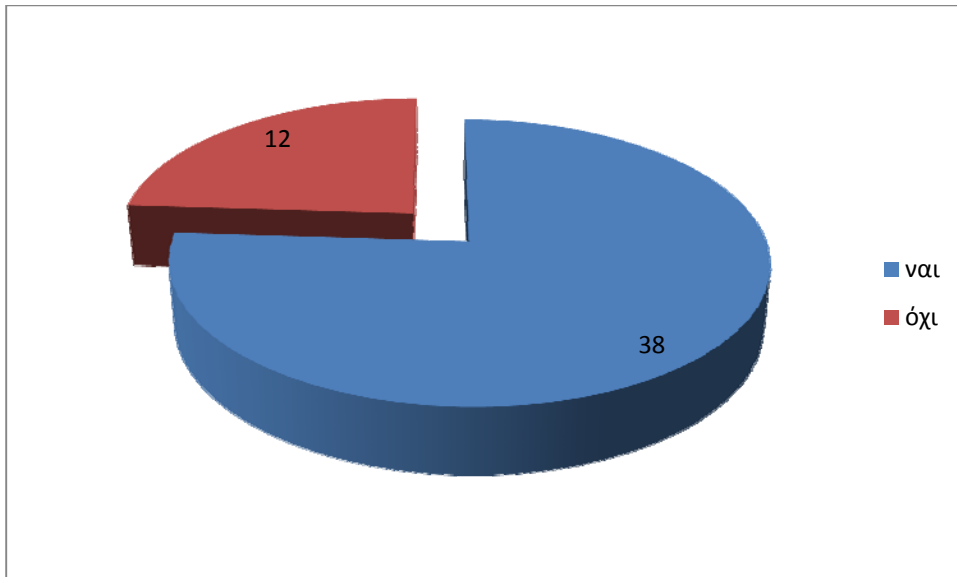
Πάτρα



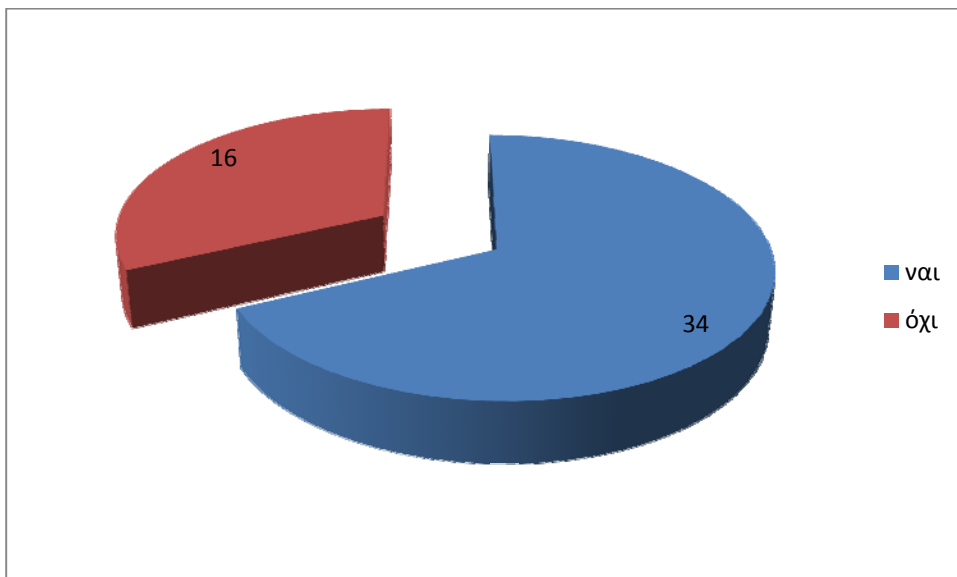
Οι νοσηλεύτριες και ιατροί της Κύπρου όπως διακρίνουμε και στα διαγράμματα ο λόγος για τον οποίο επισκέπτονται το γυναικολόγο τους είναι οι 25 για πρόληψη, οι 22 όταν έχουν κάποιο σύμπτωμα και οι 3 έχουν ιστορικό. Ενώ στη Πάτρα οι 30 για πρόληψη οι 8 όταν έχουν κάποιο σύμπτωμα και οι υπόλοιπες έχουν κάποιο ιστορικό ή τίποτα από τα παραπάνω.

Πραγματοποιείται αυτοεξέταση μαστού

Κύπρος



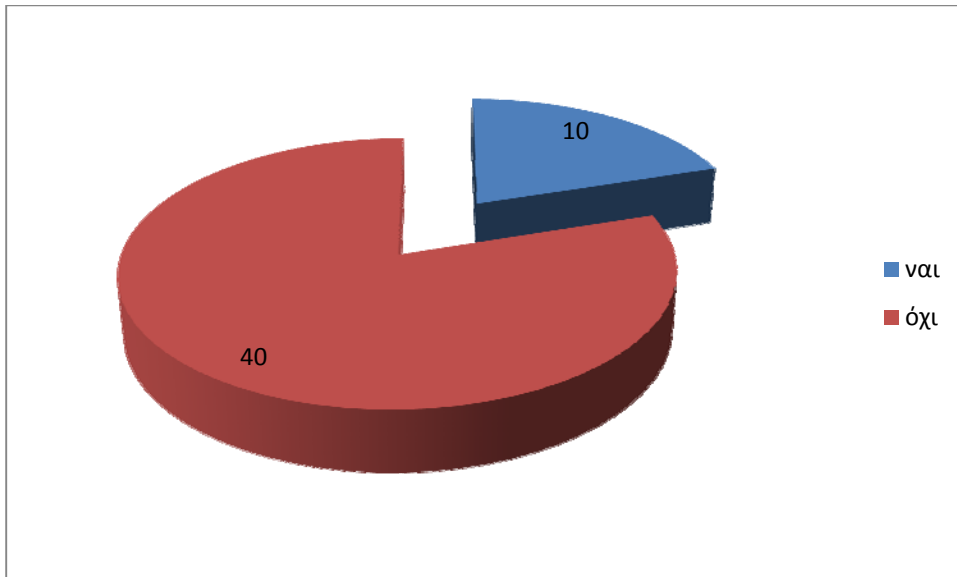
Πάτρα



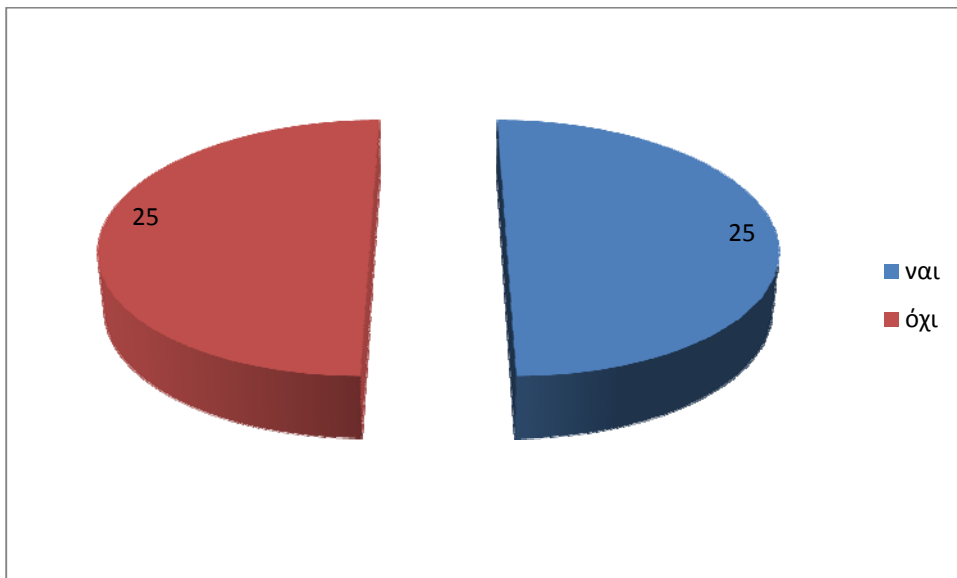
Όπως βλέπουμε και στα διαγράμματα οι νοσηλεύτριες και ιατροί σε Κύπρο και πάτρα οι περισσότερες από αυτές πραγματοποιούν αυτοεξέταση μαστού με ελάχιστη διαφορά.

Έχετε κάνει μαστογραφία

Κύπρος



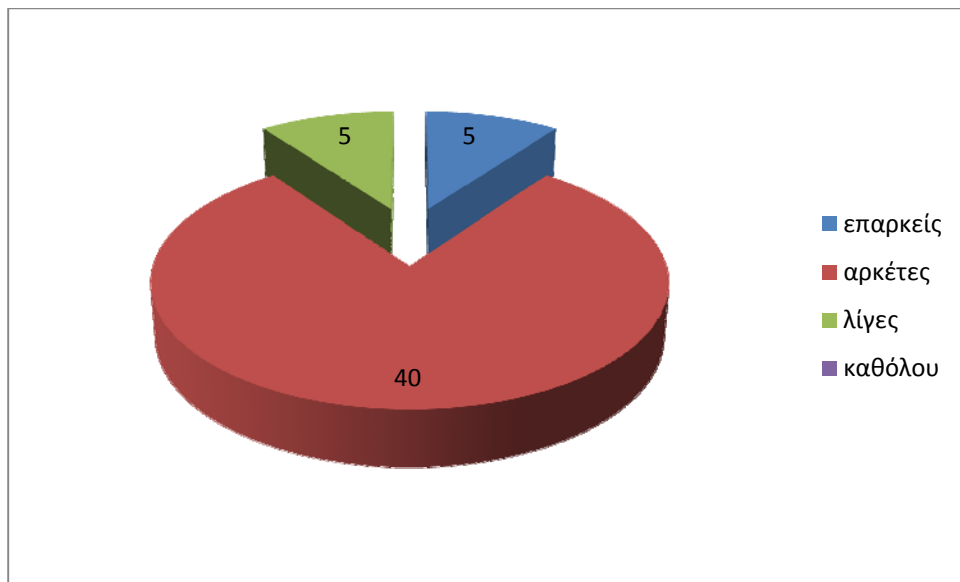
Πάτρα



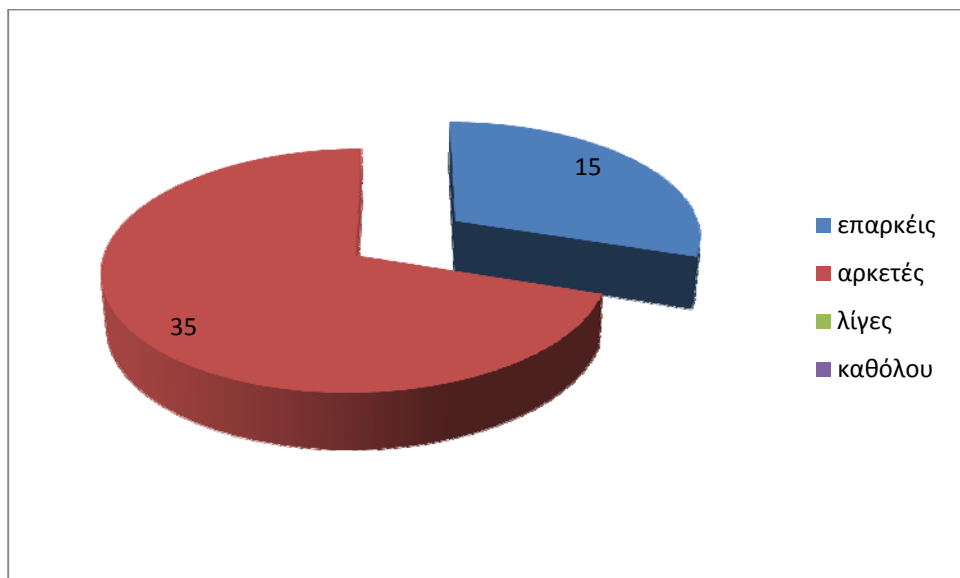
Στα διαγράμματα αυτά διακρίνουμε μια αρκετά μεγάλη διαφορά μεταξύ των νοσηλευτριών και ιατρών σε Κύπρο και Πάτρας. Βλέπουμε ότι οι περισσότερες στην Κύπρο δεν έχουν κάνει μαστογραφία ενώ στην Πάτρα 25 έχουν κάνει και 25 όχι.

Γνώσεις σας για την δευτερογενή πρόληψη

Κύπρος



Πάτρα



Όπως διακρίνουμε στα δύο αυτά διαγράμματα σε Κύπρο και Πάτρα έχουν επαρκείς έως αρκετές γνώσεις για την δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του

μαστού και ένα μικρό ποσοστό στη Κύπρο έχει μόνο λίγες γνώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες και αποτελεί το κύριο αίτιο θανάτων οφειλόμενων σε καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό παγκοσμίως και το δεύτερο κύριο αίτιο θανάτων στις γυναίκες στην Ευρώπη.

Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι μία στις έντεκα γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της, ενώ τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι 1,2 εκατομμύρια γυναίκες διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από τη νόσο. Περίπου 5-10% από το σύνολο των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού είναι κληρονομούμενοι, αν και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και κινδύνου ανάπτυξης της νόσου. Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού πιθανολογείται πάντως ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, παρά το γεγονός ότι σχεδόν 9 στις 10 γυναίκες που εμφανίζουν την ασθένεια δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό.

Η μέση ηλικία διάγνωσης είναι τα 64 έτη, ενώ το 78% των περιστατικών της ασθένειας εκδηλώνεται σε γυναίκες άνω των 50 ετών και μόλις το 6% σε γυναίκες κάτω των 40 ετών.

Μετά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού, αφού σχεδόν όλες οι ηλικίες των ερωτηθέντων είναι κάτω των 60 ετών. Παράλληλα όλες έχουν ψηλό βιοτικό επίπεδο και είναι πλήρως ενημερωμένες για το καρκίνο του μαστού. Παρόλα αυτά σε μερικές περιπτώσεις αναφέρθηκε ιστορικό καρκίνου του μαστού σε πρόσωπα οικογενειακού περιβάλλοντος, ωστόσο οι ίδιες δεν έχουν κάποιο σύμπτωμα μέχρι στιγμής.

Συνοψίζοντας όλες οι γυναίκες που εργάζονται στο χώρο της υγείας ενημερώνονται αρκετά για τον καρκίνο του μαστού εφόσον είναι ένα θέμα που απασχολεί όλες τις γυναίκες και τις φοβίζει. Διαπιστώνουμε με βάση του ερωτηματολογίου που δόθηκε σε αυτές ότι όλες έχουν αρκετές έως επαρκείς γνώσεις για το καρκίνο του μαστού και για την πρόληψη του. Είναι ένα θέμα που πρέπει να ενημερώνονται και να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους όλο και περισσότερο.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 50 γυναίκες στη Κύπρο και 50 στη Πάτρα. Οι απαντήσεις που δόθηκαν σε Πάτρα και Κύπρο δεν υπήρχαν ουσιαστικά πολλές διαφορές που να μπορούμε να συγκρίνουμε.

Εν κατακλείδι βάση του ερωτηματολογίου οι γυναίκες κάτω των 40 ετών αυτοεξετάζονται συχνά, ενώ οι γυναίκες άνω των 40 ετών πραγματοποιούν μαστογραφία 1 φορά τον χρόνο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Εάν ήδη είστε καπνιστής φροντίστε να ελαττώσετε ή να σταματήσετε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται.
- Αποφύγετε να καταναλώνετε μεγάλες ποσότητες ζωικού λίπους και φροντίστε να αυξήσετε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων.
- Μετριάστε την κατανάλωση οινοπνευματώδη ποτών.
- Αποφύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε την σωματική δραστηριότητα.
- Αποφύγετε την μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών.
- Εάν αποκτήσατε παιδί φροντίστε να το θηλάσετε γιατί έτσι μειώνετε ο κίνδυνος για να εμφανίσετε καρκίνο του μαστού.
- Μόλις παρατηρήσετε πόνο, οίδημα στην θηλή, σκληρή μάζα στο μαστό επισκεφθείτε αμέσως το ιατρό σας.
- Αν αντιμετωπίζετε προβλήματα όπως επίμονος βήχας, επίμονη βραχνάδα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου επισκεφθείτε το ιατρό σας.
- Ενημερωθείτε για την αυτοεξέταση και φροντίστε να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας.
- Αποφύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Μαθάς Χ., Ο Καρκίνος, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα 1992, σ. 20-24, 35-40, 58, 79-97, 306, 319, 741.**
2. **Παναγιώτης Κ. Τοκμακίδης, Γυναικείος Μαστός, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001, σ. 125-126.**
3. **Σπηλιώτης Ιωάννης, «Καρκίνος από την Άγνοια... στο φόβο», Επίτομος, Α' Έκδοση, Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σ.64-79**
4. **Παπαβασιλείου-Κουβάρης, Γεννατάς Κ., Βώρος Δ., «Ογκολογία», Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1991, σ.47-51**
5. **Παναγιώτα, Κουλαμπά Γ., Επιδημιολογία Παραγόντων Κινδύνου στην Ελλάδα, Αθήνα 2005**
6. **Μόσχου- Κάκκου Αθήνα, «Ογκολογική Νοσηλευτική», Εκδόσεις Τ.Ε.Ι Πάτρας, Πάτρα 1999, σ.79-81**
7. **Λώκης Δημήτριος, Γυναικολογία και Μαιευτική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Τόμος 1^{ος}, Αθήνα 1998, σ.78-85**
8. **Δρ Θεόδωρος. Ξεν Βασιλειάδης., Μαιευτήρας-Χειρουργός, 5 Ιουνίου 2011, www.doctorvasiliadis.gr**
9. **Καρβέλας Φ., «Παράγοντες Κινδύνου στον Καρκίνο του Μαστού», Ιατρική 1990, Αθήνα 1990, σ. 25-28**
10. **Κεραμόπουλος Α., Δημητράκης, Καρκίνος Μαστού και Μοριακή Βιολογία, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2000. σ. 226-230.**
11. **Πανουσόπουλος Δ., Αποστολίδης Ν., Ο Καρκίνος του Μαστού Σύγχρονες Απόψεις, Εκδόσεις Επτάλοφος, Αθήνα 1998, σ. 335-343**
12. **Πώλη Ε., Γυναικολογία και Μαιευτική, Τόμος Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2004, σ. 168-176.**
13. **Θεωδόρου Μ., Η Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού στην Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας, Διπλωματική, Εποπτεύων Τούντας Ι., Επίτομος, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 2006, σ. 16-20.**

14. Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και ογκολογίας, Τόμος Α, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 2000.
15. Σακοράφα Χ., Ο Καρκίνος του Μαστού, Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Δημήτριος, Αθήνα 2000,σ. 12-19.
16. Παναγιώτης Κ. Γλέντης. Ειδικός χειρουργός. www.surgeon.gr
17. Καθηγητής κ. Χρήστος Μαρκόπουλος, "Παράγοντες Κινδύνου για Ανάπτυξη Καρκίνου του Μαστού", Πάνω απ' όλα Γυναίκα, Οδηγός για τον Καρκίνο του Μαστού, Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού «Άλμα Ζωής», Εκδόσεις Διόπτρα. Αθήνα 2008.
18. Παναγιώτης Κ. Γλέντης. Ειδικός χειρουργός. www.surgeon.gr
19. <http://www.bestrong.gr>. 23/11/2010
20. Ντολατζάς Θ. Σύγχρονη προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις ΛΙΓΚΑΣ. Αθήνα 2006
21. Γιάννης Δ. Παπαδημητρίου, Γιώργος Α. Ανδρουλάκης. Αρχές Γενικής Χειρουργικής. Τόμος Α΄. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1989
22. Μπεσμπέας Σ., Η Συμβολή της Νοσηλεύτριας/τή στην Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Αθήνα 1991.σ.95
23. Καλογιάννη Κ.Α.,Αγωγή Υγείας και Πρόληψη Κακοηθών Νοσημάτων, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα 1999.σ.54-56
24. Κωνσταντινίδης Θ., Τζαγαράκη Ε., Νοσηλευτική Αντιμετώπιση της Γυναίκας με Καρκίνο του Μαστού στη Φάση της Θεραπείας, Τόμος 40, Τεύχος 3, Ιούλιος- Σεπτέμβριος 2001, σ.65-88
25. Παπανικολάου Α.Ν. Γυναικολογική Μαστολογία΄. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1995. σ 95-97
26. Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., Μαστολογία Γυναικολογία, Επίτομος, Εκδόσεις Παρισιάνος, Έκδοση 3^η , Αθήνα 1994, σ. 426,433.

27. Κρεατσά Γ., Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 1998, σ. 413-419
28. Χατζηγεωργίου Ν.Κ., Μαιευτήρας Χειρουργός Γυναικολόγος, Καρκίνος του Μαστού, Αθήνα 2002, www.gyn.gr,
29. Τομακίδης Π. Γυναικείος μαστός. Εκδόσεις <<ΕΛΛΗΝ>>. Περιστέρι 2001. σ.7,160,201-202.
- 31.Δρ. ΣΑΡΗ ΤΖΟΓΛΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ. Γενικός χειρουργός ενδοσκόπος. www.saritzoglou.com
- 32.Καρκίνος του μαστού. ΒΑΣΙΛΗΣ. Ν. ΑΡΜΟΝΗΣ. Παθολόγος-Ογκολόγος. www.ika.gr
33. www.Wikipedia.org
34. Ιωαννίδου Μουζάκα Λυδία, Επίκουρος Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, www.mastologos.gr, 22/10/2010.
- 35.Φύσσας Γιάννης Π. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Εκδόσεις ΛΙΒΑΝΗ. Μέρος δεύτερο. Αθήνα 2006.
- 36.Ιατρική εταιρία ΧΙΟΥ. καρκίνος του μαστού πρόληψη και αντιμετώπιση. Ρουμελιώτης Γ. Αθανάσιος.
37. Καλογιάννη Κ.Α., Αγωγή Υγείας και Πρόληψη Κακοηθών Νοσημάτων, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Αθήνα 1999, σ. 54-56.
- 38.Κόνιαρη Ε., Καρκίνος του Μαστού- Νοσηλευτική Παρέμβαση, Έκδοση 1^η , Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 66-68,70,71.
39. Μπαλλάς Π., Χειρουργική, Τόμος Α΄, Έκδοση 5^η , Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987,σ. 85-87.
- 40.Κοσμίδης Π. Α., Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία, Τόμος Εις, Έκδοση 3^η ,Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984,σ. 77-82.
41. Χορτή Φ., Καρκίνος Μαστού, Πτυχιακή, Εποπτεύων Μπατσολάκη Επίτομος, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1991, σ. 23-29.
42. Μάρκος Π., Λάζαρος Μ., Καρκίνος Μαστού, Επίτομος, Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993,σ. 132,133.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οδηγίες. Είμαστε φοιτήτριες της νοσηλευτικής και οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να διερευνήσουμε το θέμα της πρόληψης του καρκίνου του μαστού για την πτυχιακή μας . Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι για την απάντησή σας παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει στην περίπτωση σας. Σας ενημερώνουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Σας ευχαριστούμε!!!!

1) Ηλικία σας είναι:

20-30 ετών 31-40 ετών 41-50 ετών 51-60 ετών 60 και άνω

2) Η οικογενειακή σας κατάσταση είναι:

Άγαμη Έγγαμη Διαζευγμένη Χήρα Άτυπη συμβίωση

3) Το μορφωτικό σας επίπεδο είναι:

Δημοτικού

Γυμνασίου

Λυκείου

Ανώτερης Σχολής

Ανώτατης Σχολής (Α.Τ.Ε.Ι – Πανεπιστήμιο)

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

4) Έπασχε κάποιος συγγενείς σας από καρκίνο μαστού?

Μητέρα Αδελφή Θεία Γιαγιά Δεν γνωρίζω

5) Θεωρείτε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι θεραπεύσιμος

Ναι

Ναι, εάν υπάρξει έγκαιρη διάγνωση

Εάν νοσήσεις από καρκίνο δεν υπάρχει θεραπεία

6) Από ποιες πηγές ενημερώνεστε?

Επαγγελματίες Υγείας

Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Φίλους

Κοινότητα

Άλλους

7) Πόσο συχνά επισκέπτεστε το γυναικόλογο σας?

Κάθε έξι μήνες

Κάθε χρόνο

Ποτέ

Άλλο-----

8) Ποιος είναι ο λόγος για τον οποίο επισκέπτεστε τον γυναικόλογο σας?

Για πρόληψη

Όταν έχω κάποιο σύμπτωμα

Έχω ιστορικό

Τίποτα από τα παραπάνω

9) Πραγματοποιείτε αυτοεξέταση μαστού:

Ναι Όχι

10) Αν ναι κάθε πότε?

11) Αν ναι, σε ποια χρονική στιγμή

Πριν από την περίοδο

Μετά από την περίοδο

12) Ποιο εύρημα θεωρείτε ανησυχητικό κατά την αυτοεξέταση του μαστού :

13) Σε ποια ηλικία πιστεύετε ότι πρέπει να κάνει μια γυναίκα μαστογραφία?

20-30 ετών

30-40 ετών

40-50 ετών

Δεν γνωρίζω

14) Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία

Ναι Όχι

15) Αν ναι για ποίον λόγο?

- Για προληπτικούς λόγους
- Μετά από εύρημα στην αυτοψηλάφηση
- Μετά από προτροπή ιατρού
- Μετά από προτροπή νοσηλεύτη
- Άλλο

16) Αν ναι πόσες φορές

17) Θεωρείτε ότι οι γνώσεις σας για την δευτερογενή πρόληψη είναι:

- Επαρκείς
- Αρκετές
- Λίγες
- Καθόλου