



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΡΥΔΙΚΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	
	ΣΕΛ
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Ιστορική αναδρομή	5
Επιδημιολογία	12
Α' ΜΕΡΟΣ (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)	
1. ANATOMIA ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	
1.1. Ανατομία	14
1.1.1. Αγγείωση του μαστού	15
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	17
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	21
3.1. Αίτια	23
3.2. Κλινική εικόνα	24
3.3. Διάγνωση	26
3.4. Διαφορική διάγνωση	27
3.5. Σταδιοποίηση	30
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	33
5. ΠΡΟΛΗΨΗ	36
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
6.1. Συντηρητική θεραπεία	43
6.2. Χειρουργική θεραπεία	45
Β' ΜΕΡΟΣ	
1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	48
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	49
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	51
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	53
Γ' ΜΕΡΟΣ	
ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)	58
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη νόσο των γυναικών παγκοσμίως. Είναι ένα εξόγκωμα, ένας όγκος δηλαδή, που αποτελείται από μία ομάδα αναπτυσσόμενων καρκινικών κυττάρων στην περιοχή του μαστού. Ο όγκος αυτός μπορεί να είναι καλοήθης ή κακοήθης. Η πρόγνωσή του εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο εντοπίζεται η νόσος, το μέγεθος του όγκου και το αν συμμετέχουν οι λεμφαδένες. Η πρόληψή του μπορεί να γίνει με αλλαγή του τρόπου ζωής (αποφυγή καπνίσματος, παχυσαρκίας, αλκοόλ, προτίμηση διατροφής πλούσια σε λαχανικά και φρούτα και άσκηση) και με την έγκαιρη ανίχνευσή του η οποία μπορεί να γίνει με τον προσυμπτωματικό έλεγχο. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέσο για την έγκαιρη ανίχνευση τόσο σε ασυμπτωματικούς όσο και σε συμπτωματικούς πληθυσμούς είναι η μαστογραφία. Συνιστάται, επίσης η ψηλάφηση και επισκόπηση των μαστών από τον θεράποντα ιατρό και η αυτοεξέταση των μαστών από τις ίδιες τις γυναίκες. Σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία γενετικής προδιάθεσης μπορεί να γίνει και γενετικός έλεγχος για τον εντοπισμό των γονιδίων που είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο του μαστού κληρονομικής μορφής. Το πρώτο βήμα για τη θεραπεία του συνήθως είναι η εγχείρηση. Το είδος της ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος και τον εντοπισμό του όγκου, το στάδιο ανίχνευσης της νόσου και τη συμμετοχή των λεμφαδένων. Αργότερα ίσως χρειαστεί οι ασθενείς να υποβληθούν σε Ακτινοθεραπεία, Χημειοθεραπεία, ή και Ορμονοθεραπεία. Η εργασία αυτή λοιπόν, με βάση την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζει τι είναι ο καρκίνος του μαστού, ποια τα χαρακτηριστικά του, τη θεραπεία του, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τέλος πρόσφατα άρθρα σχετικά με τη νόσο.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος μαστού (breast cancer), μαστεκτομή (mastectomy), λεμφαδένες (lymph nodes), καρκίνος μαστού και ψυχολογία (breast cancer and psychology), νοσηλευτικές παρεμβάσεις (nursing interventions), εικόνα του εαυτού (self image).

ABSTRACT

Breast cancer is still the most serious disease of women worldwide. It is a boss, a tumor that is, consisting of a set of growing cancer cells in the breast region. This tumor can be benign or malignant. The prognosis depends on the stage at which the disease is identified, the size of the tumor and whether the lymph nodes involved. The prevention can be done by changing lifestyles (avoid smoking, obesity, alcohol, and prefer diet rich in vegetables and fruits, exercise) and the early detection, which can be done by screening. The most commonly used tool for the early detection both in asymptomatic and symptomatic populations is the mammogram. It is also recommended the review and palpation of the breasts by a physician and self-examination of breasts from the women themselves. In cases where a genetic predisposition is suspected can be done genetic test to identify genes that are known to cause hereditary breast cancers. The first step in the treatment is usually surgery. The type varies depending on the size and localization of the tumor, the disease stage and the involvement of lymph nodes. Later it may be necessary for the patients to undergo radiotherapy, chemotherapy, or hormone therapy. This work, therefore, based on the Greek and international literature shows what is breast cancer, which are its features, treat, nursing interventions and finally recent articles about the disease.

Key words: breast cancer, mastectomy, lymph nodes, breast cancer and psychology, nursing interventions, self image

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ιστορική αναδρομή

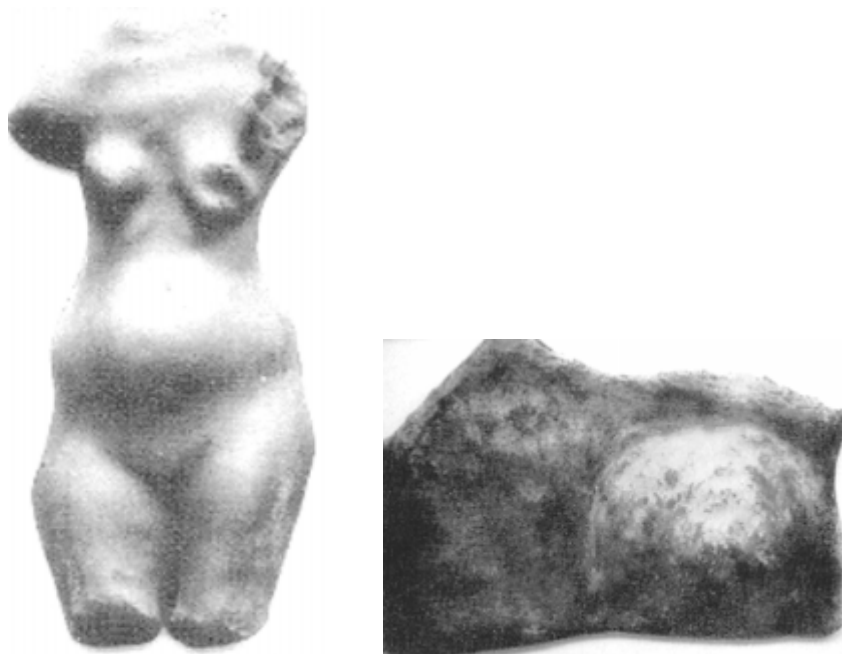
Η λέξη «μαστός» προέρχεται κατά πάσα πιθανότητα από την λέξη «μαζός» η οποία χρησιμοποιούνταν από τους Έλληνες προκειμένου να δηλώσουν ότι είχε ομοιότητα με τη μάζα, τη ζύμη. Η ίδια λέξη γίνεται «μαστός» στη Δωρική διάλεκτο και «μαστός» στην Αττική. Αναφέρεται μάλιστα (στο λεξικό Liddell-Scott) ότι η λέξη «μαζός» έχει χρησιμοποιηθεί από αρκετούς αρχαίους Έλληνες συγγραφείς και ποιητές, όπως ο Όμηρος, ο Ηρόδοτος, ο Αισχύλος και ο Ευριπίδης (Παπαγιαννόπουλος 1992: Μάλλιου και συν., 2006).

Ο καρκίνος του μαστού έχει ήδη περιγραφεί από την αρχαιότητα. Σε Αιγυπτιακούς παπύρους που χρονολογούνται το 1600 π.Χ. καταγράφονται όγκοι στο μαστό γυναικών αλλά και κακοήθης όγκος σε μαστό άνδρα. Ο Ηρόδοτος αναφέρει ότι η μητέρα του Πέρση βασιλιά Δαρείου, Άτοσσα, έπασχε από καρκίνο του μαστού τον οποίο μάλιστα θεράπευσε ο Διοσκουρίδης, Έλληνας γιατρός (Μαρκέτος, 1993: Karpozilos & Pavlidis, 2004: Μάλλιου και συν., 2006).

Η πρώτη χρήση των όρων «καρκίνος» και «καρκίνωμα» σε γραπτό κείμενο έγινε από τον Ιπποκράτη, τον πατέρα της Ιατρικής. Ο Ιπποκράτης θεωρούσε ότι μόνο ο ελκωτικός καρκίνος του μαστού μπορούσε να θεραπευτεί με εγχείρηση και ότι από τη στιγμή που ο καρκίνος είχε εξαπλωθεί η επέμβαση μπορεί να προξενούσε μεγαλύτερη βλάβη παρά ωφέλεια. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι προφανώς στην εποχή του διενεργούνταν εγχειρήσεις σε καρκίνο του μαστού. Πρότεινε ακόμη ότι ο καρκίνος του μαστού, μεταξύ άλλων νεοπλασμάτων, ήταν μία «συστηματική νόσος» που οφειλόταν στην περίσσεια μέλαινας χολής. Τις απόψεις του τις συσχετιζόταν και ο Γαληνός (Αποστολίδης 1997: Μάλλιου και συν., 2006: Sakorafas & Safioleas, 2009: American Cancer Society, 2014a).

Σε διάφορα Ασκληπιεία πάντως έχουν βρεθεί αναθήματα με απεικόνιση μαστών, υποδηλώνοντας ότι οι παθήσεις των μαστών αποτελούσαν συνηθισμένες νόσους για τις οποίες αιτούνταν η βοήθεια των Θεών. Κάποια από αυτά τα αναθήματα απεικονίζουν όγκους στο μαστό ενώ υπάρχει τουλάχιστον ένα στο οποίο

απεικονίζεται εξελκωμένος όγκος στο μαστό και ένα του 3^{ου} π.Χ. αιώνα που απεικονίζει μαστεκτομή (εικόνες 1 και 2) (Μάλλιου και συν., 2006).



Εικόνες 1 και 2: Ελληνιστικό αγαλματίδιο από τη Σμύρνη που απεικονίζει γυναίκα με εξελκωμένο όγκο μαστού (αριστερά) και ανάθημα του 3^{ου} αι. π.Χ., που απεικονίζει μαστεκτομή: ο δεξιός μαστός λείπει και στη θέση του φαίνεται να έχει μείνει ένα μεγάλο έλκος (δεξιά) (Μάλλιου και συν. 2006)

Τον 1^ο αιώνα μ.Χ. γίνεται η πρώτη καταγραφή κλινικής περιγραφής του καρκίνου από τον Κέλσο, ο οποίος αναφέρει επιπλέον τη διόγκωση των λεμφαδένων της μασχάλης στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού και συνιστά χειρουργική αφαίρεση μόνο για όγκους που καταλαμβάνουν λιγότερο από το μισό του μαστού. Αυτή η καταγραφή του Κέλσου θεωρείται ότι είναι η πρώτη σταδιοποίηση. Στα τέλη του 2^{ου} αιώνα μ.Χ. περιγράφηκε για πρώτη φορά εγχείρηση αφαίρεσης όγκου μαστού από τον Λεωνίδα, που εργαζόταν στη μεγάλη σχολή της Αλεξάνδρειας και εφάρμοζε την εγχείρηση ανάλογα με το κλινικό στάδιο του όγκου ενώ χρησιμοποιούσε και τον καυτηριασμό ως μέθοδο θεραπείας (Μάλλιου και συν., 2006).

Ο Σωρρανός ο Εφέσιος κατά το 2^ο αιώνα μ.Χ. διαφοροποίησε τον σκίρρο από τον καρκίνο και πρότεινε να μη γίνεται χειρουργική επέμβαση στον προσβεβλημένο μαστό αν ο όγκος έχει προσβάλλει και το θωρακικό τοίχωμα. Με τη σειρά του ο

Γαληνός περιγράφει μαστεκτομή και όλη τη διαδικασία της εγχείρησης για τον καρκίνο του μαστού συνιστώντας συντηρητική θεραπεία για τα πρώιμα στάδια και χειρουργική όταν ο όγκος έχει μεγαλώσει (Μάλλιου και συν., 2006).

Το Μεσαίωνα κυριαρχεί η θρησκοληψία και ο φανατισμός που οδηγούν τις επιστήμες σε στασιμότητα. Ελάχιστα είναι τα ονόματα που αναφέρονται την εποχή αυτή και όλοι έχουν τις βάσεις τους στους μεγάλους Έλληνες ιατρούς της αρχαιότητας. Από τη βυζαντινή περίοδο αναφέρεται ο Αέτιος ο Αμιδηνός που τον 6^ο αιώνα στηριζόμενος σε αυτά που έγραψαν ο Αρχιγένης, ο Λεωνίδης και ο Γαληνός, επιχειρεί μία πλήρη περιγραφή της μαστεκτομής και ο Παύλος ο Αιγινήτης, ο οποίος τον επόμενο αιώνα, συνιστά μαστεκτομή κάνοντας αναφορά στον Αρχιγένη και το Λεωνίδα (Μάλλιου και συν., 2006).

Από τον τελευταίο γίνεται η πρώτη αναφορά εγχείρησης καρκίνου του μαστού χωρίς αφαίρεση του μαστού. Γίνεται μόνο μία μικρή τομή που την ακολουθεί καυτηριασμός του όγκου (Μάλλιου και συν., 2006).

Από τη Δύση αναφέρονται τον 13^ο αιώνα οι B. De Longoburdo (χειρουργούσε όπως ο Γαληνός), G. De Salicetto (μιμείται το Γαληνό και συστήνει εγχείρηση μόνο όταν μπορεί να αφαιρεθεί όλος ο όγκος μαζί με τις ρίζες του), T. Borgognoni (κι αυτός μιμητής του Γαληνού που προσέθεσε επιπλέον ότι οι ασθενείς που δεν έχουν θεραπευτεί πεθαίνουν), και οι H. De Monpelie και Lafranc (προσπάθησαν να συνδυάσουν τη θεραπεία με τον καυτηριασμό). Οι Άραβες τον 8^ο έως και τον 11^ο αιώνα εμπνέονται επίσης από τους αρχαίους Έλληνες ή τους βυζαντινούς και συνιστούν είτε συντηρητική θεραπεία είτε εγχείρηση ανάλογα με το ποιος ήταν η έμπνευσή τους. τα ονόματα που αναφέρονται είναι αυτά των Abulcasis, Αβικέννα και Rhazes (Μάλλιου και συν., 2006).

Στις αρχές της Αναγέννησης ο Versalius συμβουλεύει ευρεία εκτομή των όγκων του μαστού και χρήση απολινώσεων για το σταμάτημα της αιμορραγίας αντί για τη θερμοπηξία. Ο A. Pare συστήνει αφαίρεση των επιφανειακών όγκων και περιγράφει τη διήθηση του δέρματος και των επιχώριων λεμφαδένων σε προχωρημένες περιπτώσεις αλλά δεν δεχόταν τη φρίκη του ακρωτηριασμού γι' αυτό και προσπάθησε να θεραπεύσει τον καρκίνο με την εφαρμογή πλακών μολύβδου. Ο

μαθητής του, B. Cabrol αντίθετα τάσσεται υπέρ της μαστεκτομής αλλά και της αφαίρεσης του μείζονα θωρακικού μυ (Μάλλιου και συν., 2006).

Ο M. Servetus τονίζει ότι θα πρέπει να εκτέμνονται και οι λεμφαδένες και όχι μόνο ο υποκείμενος μυς ενώ ο W.F. von Hilden επινόησε ένα εργαλείο που τον βοηθούσε να συνθλίψει τη βάση του μαστού τον οποίο απέκοβε με μια προσαρμοσμένη λαβίδα και αφαιρούσε τους μασχαλιαίους λεμφαδένες από το πλάγιο χείλος της τομής ή από μία ξεχωριστή τομή που έκανε στη μασχάλη (Μάλλιου και συν., 2006).

Τον επόμενο αιώνα (17^{ος} αιώνας) αναφέρονται μεταξύ άλλων η μεγάλη πλάνη του N. Tulp που υποστήριξε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μεταδοτική νόσος (μία άποψη που γνώρισε ευρεία αποδοχή) στηριζόμενος μόνο σε μία περίπτωση, αυτή μιας Ολλανδής κυρίας και της υπηρέτριάς της που είχαν εμφανίσει και οι δύο καρκίνου του μαστού. Ο J. Scultetus που έδωσε τις πρώτες ακριβείς απεικονίσεις μαστεκτομής (εικόνα 3), ο F. Sylvius που έδωσε σημασία στα λεμφικά αγγεία και περιέγραψε μεταστάσεις πίσω από το στήρνο και ο G.C.G. van der Mullen που ανέφερε μεταστάσεις στα τραύμα του μαστού μετά τη μαστεκτομή (Μάλλιου και συν., 2006).



Εικόνα 3: Μαστεκτομή του 16^{ου} και 17^{ου} αιώνα. Χρησιμοποιείται μαχαίρι και κατόπιν γίνεται καυτηριασμός (Μάλλιου και συν., 2006)

Σημαντική κρίνεται και η εφεύρεση του μικροσκοπίου τον ίδιο αιώνα από τον A van Leeuwenhoek που θα αποτελέσει σημαντικό εργαλείο σταδιοποίηση έστω και μετά από 200 περίπου χρόνια. Κατά τον επόμενο αιώνα κρίνεται σκόπιμο να μνημονευτεί ο J-L Petit, ο οποίος συνιστούσε να αφαιρούνται ο μαστός, ο υποκείμενος θωρακικός μυς και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες από τους οποίους ξεκινούσε και την εγχείρηση. Η εγχείρηση που συνιστούσε μπορεί να θεωρηθεί ως ριζική μαστεκτομή και η μόνη διαφορά της με τη σημερινή είναι η έκταση του δέρματος που εκτεμονόταν η οποία ήταν περιορισμένη εκτός κι αν ήταν πραγματικό διηθημένο το δέρμα (Μάλλιου και συν., 2006).

Μία παθολογοανατομική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού έγινε από τον G-B. Morgagni ενώ ο H.F. Le Dran θεωρούσε ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μία τοπική νόσος όταν βρίσκεται σε αρχικά στάδια αλλά όταν επεκτείνεται στο λεμφικό σύστημα έχει πολύ χειρότερη πρόγνωση. Το πρώτο ογκολογικό νοσοκομείο ιδρύεται από τον J. Godinot το 1740 στο Reims ενώ οι χειρουργοί διαχωρίζονται από τους κουρείς στην Αγγλία το 1745 (Μάλλιου και συν., 2006).

Η συντηρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού που υιοθετήθηκε από πολλούς χειρουργούς το τέλος του 18^{ου} αιώνα οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στην επιρροή που άσκησε ο Monro, που την απέρριπτε. Τέλος, σημαντική εξέλιξη τον 18^ο αιώνα κρίνεται και η περιγραφή του κλινικού σημείου «φλούδας πορτοκαλιού» από τον A. Boyer και η ίδρυση της Society for Investigation of the Nature and Cure of Cancer το 1795 στο Λονδίνο (Μάλλιου και συν., 2006).

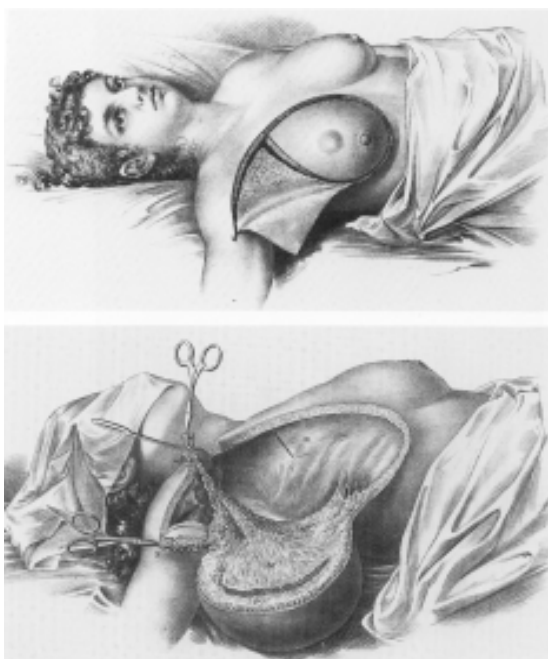
Το 19^ο αιώνα συντελέστηκαν σημαντικές πρόοδοι στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Από αυτές αναφέρονται ενδεικτικά αυτές που κρίνονται σημαντικότερες. Στις αρχές του αιώνα αποδεικνύεται ότι ο καρκίνος δεν είναι μεταδοτική νόσος από τον G. Dupuytren, ενώ το 1838 περιγράφονται οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου από τον J. Muller και το 1843 τα κύτταρα του καρκίνου από τον A. Von Hannover. Η πρώτη περιγραφή en block αφαίρεσης του μαστού με τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια γίνεται από τον J. Pancoast (Μάλλιου και συν., 2006).

Η εισαγωγή της αναισθησίας το 1846 και η ανάπτυξη της αντισηψίας το 1868 εισάγουν τη χειρουργική σε μία νέα εποχή ενώ στα μέσα του αιώνα ο A.A.L.M. Velpeau διακρίνει με βάση τα εξωτερικά χαρακτηριστικά τρεις βασικές ομάδες

καρκίνου του μαστού και εναντιώνεται στη θεραπεία με πίεση που είχε προταθεί 40 χρόνια πριν. Τον ίδιο αιώνα έγινε ένα από τα σημαντικότερα βήματα στη χειρουργική του καρκίνου του μαστού καθώς ο C.H. Moore διατύπωσε δύο σημαντικές αρχές της: ότι κατά τη διάρκεια της επέμβασης δεν θα πρέπει να διατέμνεται και να αποκαλύπτεται ο όγκος και ότι οι υποτροπές προέρχονται από διασπορά του αρχικού όγκου και όχι από ανεξάρτητη οργανική αρχή (Μάλλιου και συν., 2006).

Τα κύρια συμπεράσματα στα οποία κατέληξε ήταν τα εξής: στον καρκίνο του μαστού πρέπει να γίνεται προσεκτική εκρίζωση όλου του αδένα, ενδέχεται να είναι ατελής η αφαίρεση του μαστού στο στερνικό χείλος και με την κύρια μάζα της νόσου θα πρέπει να αφαιρούνται και οι επισφαλείς γειτονικοί ιστοί (ειδικά το δέρμα) ως ενιαίο παρασκεύασμα (Μάλλιου και συν., 2006).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα ο Halsted εισήγαγε τη ριζική μαστεκτομή, η οποία εκτελούνταν για περισσότερο από 100 χρόνια, καθιερωνόμενη ως η πρωταρχική μέθοδο θεραπείας όλων των χειρουργήσιμων καρκίνων του μαστού. Αυτή περιελάμβανε ευρεία εκτομή του δέρματος με τον όγκο και επικάλυψη με μοσχεύματα του ελλείμματος, σύστοιχο μασχαλιαίο καθαρισμό και αφαίρεση en block όλων των ιστών με ευρεία τομή προς όλες τις περιοχές αύξησης του όγκου (εικόνα 4) (Μάλλιου και συν., 2006: Young, 2013).



Εικόνα 4: Ριζική μαστεκτομή κατά Halsted (Μάλλιου και συν., 2006)

Η ανακάλυψη των ακτίνων X και η παρηγορητική ακτινοβολία σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έγινε το 1895 από τον W.C. Rontgen και το 1896 από τον H. Goht αντίστοιχα. Δυο χρόνια μετά την ανακάλυψή τους οι ακτίνες X χρησιμοποιούνται για θεραπευτικούς σκοπούς σε μία ασθενή με καρκίνο του μαστού από τον E. Groubbs. Είχε προηγηθεί από το ζεύγος Κιουρί το 1890 η ανακάλυψη του ραδίου, που θα χρησιμοποιηθεί ακολούθως στη θεραπευτική του καρκίνου. Στην Ελλάδα λαμβάνεται μια σαφής εικόνα για όσα ισχύουν σχετικά με τις παθήσεις του μαστού και των νεοπλασμάτων του όταν το 1899 εκδίδεται από τον E. Καλλιοντζή η «Εγχειρητική» (Μάλλιου και συν., 2006).

Οι εξελίξεις τον 20 αιώνα ήταν σημαντικές και καταγιστικές. Σταχυολογούμε τις πλέον σημαντικές. Το 1903 η ακτινοβολία καθιερώνεται ως μέθοδος ρουτίνας, το 1901 αναφέρεται ύφεση προχωρημένης νόσου μετά από αφαίρεση των ωοθηκών, ενώ δυο χρόνια μετά εικάζεται, από τον C. Steinthal, ότι τα αποτελέσματα της μαστεκτομής εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου. Ο ίδιος πρότεινε κλινική σταδιοποίηση της νόσου σε τρία στάδια προκειμένου να κατατάξει τις ασθενείς σε εγχειρήσιμες ή όχι και να κάνει πρόγνωση για την έκβαση της νόσου (Μάλλιου και συν., 2006).

Ήδη μέχρι το 1931 είχε χρησιμοποιηθεί η ακτινοβολία είτε ως αντικατάσταση της εγχείρησης είτε ως προεγχειρητική θεραπεία για τη μείωση της διασποράς αλλά ο G.E.Pfahler τη χρησιμοποιεί μετεγχειρητικά ως μέθοδο ρουτίνας πετυχαίνοντας να βελτιώσει την 5ετή επιβίωση στο δεύτερο στάδιο. Ο F. Baclesse πάλι αποδεικνύει ότι η ογκεκτομή με συμπληρωματική ακτινοβολία στα στάδια I και II έχει τα ίδια αποτελέσματα με την συνηθισμένη χειρουργική εξαίρεση ενώ ο R. McWhirter αποδεικνύει ότι η απλή μαστεκτομή ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία έχει μεγαλύτερη επιβίωση απ' ό,τι η ριζική μαστεκτομή με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία (Μάλλιου και συν., 2006).

Το 1945 ανακοινώνεται ότι τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα μπορούν να συμβάλλουν στη θεραπεία και η χρήση τους διατηρήθηκε για τουλάχιστον 20 χρόνια. Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή εισήχθηκε το 1948 από τον D. Patey, ενώ η υπερριζική μαστεκτομή το 1951 από τον J Urban. Το 1952 αφαιρούνται από τον C. Huggins και τα επινεφρίδια μαζί με τις ωοθήκες και αργότερα αφαιρείται και η υπόφυση διαρρινικά. Η ανάπτυξη νέων ορμονικών παραγόντων και κυτταροτοξικών

αντικαρκινικών φαρμάκων τα τελευταία χρόνια οδήγησε αυτές τις επεμβάσεις σε αχρηστία (Μάλλιου και συν., 2006).

Το 1960 ανακοινώνονται καλά αποτελέσματα από ακτινοθεραπεία σε εγχειρήσιμο όγκο του μαστού από τον J.M. Spitalier, ενώ το 1969 ανακοινώνονται από τους U. Veronesi και τους συνεργάτες του υψηλότερα ποσοστά δεκαετούς επιβίωσης όταν εφαρμοζόταν τμηματεκτομή, ακτινοβολία και χημειοθεραπεία σε όγκους μικρότερους από 3cm σε σύγκριση με τη ριζική μαστεκτομή κατά Halsted. Από το 1990 επισημοποιούνται πλέον στις ΗΠΑ οι συντηρητικές χειρουργικές επιλογές. Η κύρια μέθοδος θεραπείας για τις γυναίκες σε στάδιο I και II θεωρείται η χειρουργική θεραπεία με διατήρηση του μαστού καθώς προσφέρει παρόμοια με την ολικής μαστεκτομής επιβίωση ενώ διατηρεί το μαστό (Μάλλιου και συν., 2006).

Η διχογνωμία που υφίσταται ακόμη αφορά το λεμφαδενικό καθαρισμό τη μασχάλης και το αν συνιστά θεραπευτικό χειρισμό ή εργαλείο σταδιοποίησης. Τέλος, το 1993 τονίζεται από τους Herman et al ότι η ακτινοθεραπεία δεν είναι απαραίτητη μετά από μαστεκτομή σε όλες τις ασθενείς που έχουν πρώιμο καρκίνο του μαστού. Με τον τρόπο αυτό γεννήθηκε η συντηρητική θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού. Οι προτεραιότητές της είναι η συγκέντρωση του μεγίστου των πληροφοριών, ο τοπικός έλεγχος της νόσου, ο μικρότερος δυνατός ακρωτηριασμός και η επίτευξη αποτελεσμάτων που θα είναι αποδεκτά από αισθητική και λειτουργική άποψη (Μάλλιου και συν., 2006).

Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη πιο κοινή μορφή καρκίνου στον κόσμο και, με μεγάλη διαφορά, η συχνότερη μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών με κατ' εκτίμηση 1.670.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου το 2012 (25% όλων των καρκίνων). Είναι η πιο κοινή μορφή καρκίνου στις γυναίκες τόσο στις περισσότερες όσο και στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές με ελαφρώς περισσότερες περιπτώσεις στις λιγότερο ανεπτυγμένες (883.000 περιπτώσεις) από ό, τι στις πιο ανεπτυγμένες (794.000) περιοχές. Τα ποσοστά επίπτωσης ποικίλουν σχεδόν τέσσερις φορές σε όλες τις περιοχές του κόσμου, με ποσοστά που κυμαίνονται από 27 ανά 100.000 στη Μέση Αφρική και την Ανατολική Ασία έως 92 στη Βόρεια Αμερική (International Agency for Research in Cancer – IARC, 2016).

Ο καρκίνος του μαστού κατατάσσεται ως η πέμπτη αιτία θανάτου από καρκίνο συνολικά (522.000 θάνατοι) και ενώ είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες στις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες (324.000 θάνατοι, 14,3% του συνόλου), είναι πλέον η δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στις πιο ανεπτυγμένες περιφέρειες (198.000 θάνατοι, 15,4%) μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Το εύρος των ποσοστών θνησιμότητας μεταξύ των περιφερειών του κόσμου είναι μικρότερο από εκείνο της επίπτωσης λόγω της ευνοϊκότερης επιβίωσης από καρκίνου του μαστού στις (υψηλής συχνότητας) ανεπτυγμένες περιφέρειες, με ποσοστά που κυμαίνονται από 6 ανά 100.000 στην Ανατολική Ασία έως 20 ανά 100.000 στη Δυτική Αφρική (International Agency for Research in Cancer – IARC, 2016).

Το 2012 διαγνώστηκαν 1.7 εκατομμύρια γυναίκες με καρκίνο μαστού και υπήρχαν και άλλα 6.3 εκατομμύρια ζωντανές που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο μαστού τα προηγούμενα πέντε χρόνια. Υπολογίζεται ότι μετά το 2008 η επίπτωση του καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί περισσότερο από 20% ενώ η θνησιμότητα έχει αυξηθεί κατά 14%. Ο καρκίνος του μαστού είναι επίσης ο καρκίνος που διαγιγνώσκεται συχνότερα στις γυναίκες σε 140 από 180 χώρες παγκοσμίως (IARC, 2013: World Health Organization – WHO, 2016)

Η επίπτωση έχει αυξηθεί στις περισσότερες περιοχές του κόσμου αλλά υπάρχουν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των πλούσιων και των φτωχών χωρών. Τα ποσοστά επίπτωσης παραμένουν υψηλά στις περισσότερο ανεπτυγμένες περιοχές αλλά η θνησιμότητα είναι σχετικά πολύ υψηλότερη στις λιγότερο ανεπτυγμένες λόγω έλλειψης έγκαιρης ανίχνευσης και πρόσβασης σε υπηρεσίες θεραπείας. Για παράδειγμα στη Δυτική Ευρώπη, η ετήσια επίπτωση είναι περισσότερες από 90 περιπτώσεις ανά 100.000, ενώ στην Ανατολική Αφρική είναι 30/1000.000. Αντιθέτως τα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα στις δύο αυτές περιοχές είναι σχεδόν όμοια και ανέρχονται σε 15/100.000, κάτι που υποδηλώνει ξεκάθαρα μία όχι έγκαιρη διάγνωση και πολύ περισσότερο φτωχή επιβίωση στην Ανατολική Αφρική (IARC, 2013: WHO, 2016)

Α΄ ΜΕΡΟΣ (ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)

1. ANATOMIA TOY ΜΑΣΤΟΥ

1.1. Ανατομία

Οι μαστοί είναι ένα ζεύγος μαζικών αδένων που βρίσκεται μεταξύ της δεύτερης και της έκτης πλευράς. Περίπου τα 2/3 του μαστού καλύπτουν τον μείζονα θωρακικό μυ, μεταξύ του στέρνου και της μέσης μασχαλιαίας γραμμής, με επέκταση στη μασχάλη, η οποία αναφέρεται και ως ουρά του Spence. Το κατώτερο 1/3 του μαστού καλύπτει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ. Οι μαστοί συνδέονται με τους μυς με ένα είδος συνδετικού ιστού που ονομάζεται περιτονία. Οι μαστοί υγιών ενηλίκων γυναικών είναι περίπου ισομεγέθεις και έχουν το ίδιο σχήμα, αλλά συχνά δεν είναι απόλυτα συμμετρικοί. Το μέγεθος και το σχήμα ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας, την κληρονομικότητα και την διατροφή της. Ωστόσο, το περίγραμμα θα πρέπει να είναι λείο, χωρίς συρρικνώσεις, εισολκές ή μάζες (Lowdermilk et al., 2013).

Τα οιστρογόνα ενεργοποιούν την αύξηση των μαστών προκαλώντας συγκέντρωση λιπώδους ιστού στους μαστούς, την ανάπτυξη του στηρικτικού ιστού (αύξηση του μεγέθους του και της ελαστικότητάς του), καθώς και την ανάπτυξη εκτεταμένου συστήματος πόρων. Παράλληλα, τα οιστρογόνα αυξάνουν την αγγείωση του μαζικού ιστού. Η αύξηση της έκκρισης της προγεστερόνης κατά την εφηβεία προκαλεί ωρίμανση του ιστού του μαζικού αδένου, ειδικά στα λοβίδια και στα λόβια (Lowdermilk et al., 2013).

Κατά την εφηβεία, η κατανομή του λίπους και η ανάπτυξη του ινώδους ιστού συμβάλλουν στην αύξηση του μεγέθους του αδένου. Κάθε μαζικός αδένος αποτελείται από 15 έως 20 λοβούς, οι οποίοι διαιρούνται σε λόβια. Τα λόβια σχηματίζονται από πολλά λοβίδια. Το λοβίδιο είναι ένα σακοειδές τελικό τμήμα του συμπαγούς αδένου, το οποίο παροχετεύει διαμέσου ενός στενού αυλού ή ενός πόρου. Είναι επενδυμένα με επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν το πύαρ και το γάλα (Lowdermilk et al., 2013).

Ακριβώς κάτω από το επιθήλιο βρίσκεται το μυοεπιθήλιο (ή μυς), το οποίο συστέλλεται για να αποβάλει το γάλα από τα λοβίδια. Οι πόροι από τη συνάθροιση

των λοβιδίων που σχηματίζουν τα λοβία συγχωνεύονται και σχηματίζουν μεγαλύτερους πόρους στους οποίους παροχετεύουν οι λοβοί. Οι μεγαλύτεροι πόροι καταλήγουν στη θηλή του μαστού (mammary papilla), η οποία περιβάλλεται από τη θηλαία άλω. Η ανατομία των πόρων είναι παρόμοια για κάθε μαστό αλλά διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα (Lowdermilk et al., 2013).

Προστατευτικός λιπώδης ιστός περιβάλλει τις αδενικές δομές και τους πόρους. Οι σύνδεσμοι του Cooper, ή ινώδεις κρεμαστήρες σύνδεσμοι, διαχωρίζουν και υποστηρίζουν τις αδενικές δομές και τους πόρους. Οι σύνδεσμοι του Cooper παρέχουν υποστήριξη στους μαζικούς αδένες ενώ παράλληλα επιτρέπουν την κινητικότητά τους στο θωρακικό τοίχωμα. Η στρογγυλή θηλή συνήθως ελαφρώς ανυψωμένη πάνω στο μαστό. Σε κάθε μαστό η θηλή προβάλλει ελαφρώς προς τα επάνω και πλάγια. Περιλαμβάνει 4 έως 20 στόμια γαλακτοφόρων πόρων. Η θηλή περιβάλλεται από ινομυώδη ιστό και καλύπτεται από δέρμα με πτυχώσεις (τη θηλαία άλω) (Lowdermilk et al., 2013).

Εκτός από την κύηση και την περίοδο του θηλασμού, συνήθως δεν υφίσταται έκκριμα από τη θηλή. Η θηλή και η περιβάλλουσα θηλαία άλως είναι συνήθως περισσότερο σκουρόχρωμες συγκριτικά με το δέρμα του μαστού. Η τραχεία εμφάνιση της άλου οφείλεται στην παρουσία σμηγματογόνων αδένων που ονομάζονται φυμάτια του Montgomery που βρίσκονται ακριβώς κάτω από το δέρμα. Οι αδένες αυτοί εκκρίνουν μία λιπαρή ουσία, η οποία θεωρείται ότι λιπαίνει τη θηλή (Lowdermilk et al., 2013).

1.1.1. Αγγείωση του μαστού

Αρτηρίες: Η πλούσια αιμάτωση του μαστού προέρχεται από 3 κυρίως αρτηριακούς κλάδους: Αρχικά, από τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 1^ο – 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρυπούν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη 2^η σημαντικότερη πηγή αίματος του μαστού. Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδου της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και

αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένα. Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν “σε πολύ μικρότερο ποσοστό” το μαστό είναι η ανωτάτη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλατίου (Φύσσας, 2006).

Φλέβες: Ο μαστός έχει ένα πλούσιο δίκτυο επιπολής υποδορίων φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητά τους εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένα ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μία οδός αποχέτευσης είναι η δια των προσθίων διατιτρώντων μεσοπλευρίων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μία άλλη είναι η με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς τη μασχαλιαία φλέβα. Η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλεύριες φλέβες, οι οποίες αναστομώνονται με τις σπονδυλικές φλέβες και καταλήγουν στην άζυγο φλέβα. Πράγμα που δικαιολογεί την εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού στη σπονδυλική στήλη ή ακόμα και στο ιερό οστόν (Φύσσας, 2006).

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 λεμφογάγγλια. Η μελέτη των λεμφικών οδών κατέληξε σήμερα στην αποδοχή του γεγονότος ότι τα έσω μαστικά και τα μασχαλιαία γάγγλια δέχονται λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Η εξωτερική οδός προς τη μασχάλη απάγει το 75% της λέμφου από τη θηλή και το έξω τμήμα του μαστού, η δε εσωτερική οδός προς τα έσω μαστικά γάγγλια αποχετεύει κυρίως τη λέμφο από το εν τω βάθει και έσω τμήμα του μαστού. Μεταξύ των δύο αυτών κυρίων οδών υπάρχουν πολλές αναστομώσεις, καθώς και με τις υπόλοιπες, μικρότερης σημασίας λεμφικές οδούς (π.χ. η οδός προς τα διαθωρακικά γάγγλια του Rotter) (Φύσσας, 2006).

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν σημαντικό τμήμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: η υπόφυση, ο υποθάλαμος, ο θυρεοειδής αδένας, οι ωοθήκες, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνεται ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους (McGeown, 2008).

Υπόφυση

Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη (McGeown, 2008).

Υποθάλαμος

Ο υποθάλαμος είναι γνωστό πως έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF (PROLACTININHIBITINGFACTOR). Δύο άλλες ορμόνες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (McGeown, 2008).

Ωοθήκες

Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη (McGeown, 2008).

Προλακτίνη

Η προλακτίνη, παίζει ουσιαστικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των

αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος (McGeown, 2008).

Ωκυτοκίνη

Η ωκυτοκίνη παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνη είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος (McGeown, 2008).

Προγεστερόνη

Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες δόσεις προκαλεί έκκριση που μοιάζει με πύαρ (McGeown, 2008).

Οιστρογονικές ορμόνες

Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς που κάνουν τη γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με την έκκριση της προλακτίνης (McGeown, 2008).

Θυρεοειδής αδένας

Στον θυρεοειδή αδένά παράγεται η θυροξίνη. Αυτή μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης (McGeown, 2008).

Επινεφρίδια

Όπως ο θυρεοειδής αδένας έτσι και αυτά, έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες (McGeown, 2008).

Πλακούντας

Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελεστεί ωοθηκεκτομή μετά τον 3^ο ή 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστωθεί πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος (McGeown, 2008).

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντια γαλακτογόνος ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα (McGeown, 2008).

Νευρικό σύστημα

Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Επίσης, μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή και μόνιμα (McGeown, 2008).

Κύηση, γαλακτοφορία, εμμηνόπαυση

Μεγάλη αύξηση στην κυκλοφορία των οιστρογόνων που εκκρίνονται από τις ωοθήκες, τον πλακούντα και των προγεστίνων συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στη μορφή και το υπόστρωμα του μαστού. Ο μαστός αυξάνεται καθώς πολλαπλασιάζονται οι πόροι και τα λοβία, το δέρμα της θηλαίας άλω σκουραίνει και οι επικουρικοί αδένες της (αδένες του Montgomery) αναπτύσσονται (Guyton, 2004).

Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, τα λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο και το πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων. Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, αυτό επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης (Guyton, 2004).

Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά ανακλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της θηλαίας άλου. Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά και οσφρητικά ερεθίσματα και συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους. Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης μειώνεται. Το εναπομείναν γάλα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου (Guyton, 2004).

Κατά την εμμηνόπαυση, υπάρχει μία μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς (Guyton, 2004).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι καρκινώματα, μια μορφή καρκίνου που ξεκινά στα κύτταρα (επιθηλιακά κύτταρα) που καλύπτουν εσωτερικά τα όργανα και τους ιστούς, όπως το στήθος. Στην πραγματικότητα, οι καρκίνοι του μαστού είναι συχνά ένας τύπος καρκινώματος που ονομάζεται αδenoκαρκίνωμα, το οποίο είναι το καρκίνωμα που ξεκινάει από αδενικό ιστό. Άλλοι τύποι καρκίνων μπορούν να εμφανιστούν στο στήθος, επίσης, όπως σαρκώματα, τα οποία αρχίζουν στα κύτταρα του μυ, του λίπος, ή του συνδετικού ιστού (American Cancer Society, 2014b).

Σε μερικές περιπτώσεις, ένας μεμονωμένος όγκος του μαστού μπορεί να είναι ένας συνδυασμός διαφορετικών τύπων ή να είναι ένα μείγμα διηθητικού και *in situ* καρκίνου. Σε ορισμένες σπάνιες μορφές καρκίνου του μαστού, τα καρκινικά κύτταρα δεν μπορούν να σχηματίσουν έναν όγκο καθόλου. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί επίσης να ταξινομηθεί με βάση τις πρωτεΐνες επί ή εντός των καρκινικών κυττάρων, σε ομάδες όπως θετικοί στους ορμονικούς υποδοχείς ή τριπλά αρνητικοί (American Cancer Society, 2014b).

Υπάρχουν πολλοί ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού αλλά εδώ αναφέρονται μόνο μερικά παραδείγματα. Το καρκίνωμα πόρου *in situ* (DCIS, επίσης γνωστό ως ενδοπορικό καρκίνωμα) θεωρείται μη διηθητικός ή προ-διηθητικός καρκίνος του μαστού. Το DCIS σημαίνει ότι τα κύτταρα που καλύπτουν τους πόρους έχουν αλλάξει και μοιάζουν με τα καρκινικά κύτταρα. Η διαφορά μεταξύ DCIS και διηθητικού καρκίνου είναι ότι τα κύτταρα δεν έχουν εξαπλωθεί (διηθήσει) μέσω των τοιχωμάτων των πόρων στον περιβάλλοντα ιστό του μαστού. Επειδή δεν έχει διηθήσει, το DCIS δεν μπορεί να εξαπλωθεί (μεταστάσεις) έξω από το μαστό. Το DCIS θεωρείται προ-καρκίνος, διότι ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να μετατραπούν σε διηθητικό καρκίνο (American Cancer Society, 2014b).

Ο πιο κοινός τύπος καρκίνου του μαστού, είναι το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (IDC) που ξεκινάει σε ένα πόρο γάλακτος του μαστού, ξεπερνά τα τοιχώματα και μεγαλώνει στο λιπώδη ιστό του μαστού. Σε αυτό το σημείο, μπορεί να είναι σε θέση να εξαπλωθεί (να κάνει μετάσταση) σε άλλα μέρη του σώματος μέσω του λεμφικού συστήματος και του αίματος. Περίπου 8 στους 10 διηθητικούς

καρκίνους του μαστού είναι διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (American Cancer Society, 2014b).

Άλλος συχνός τύπος είναι το διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα (ILC) που ξεκινά στους αδένες που παράγουν γάλα (λόβια). Όπως το IDC, μπορεί να εξαπλωθεί (μετάσταση) σε άλλα μέρη του σώματος. Περίπου 1 στους 10 διηθητικούς καρκίνους του μαστού είναι ILC. Το διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα μπορεί να είναι πιο δύσκολο να ανιχνευθεί με τη μαστογραφία απ' ό,τι το διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (American Cancer Society, 2014b).

Στους πιο σπάνιους τύπους καρκίνου του μαστού ανήκουν:

- Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού: περιλαμβάνει το 1% - 3% περίπου όλων των καρκίνων του μαστού. Συνήθως δεν υπάρχει μία ενιαία μάζα ή όγκος αλλά το δέρμα του μαστού είναι κόκκινο και ζεστό, ενώ μπορεί να έχει εμφάνιση φλοιού πορτοκαλιού. Στα πρώιμα στάδιά του μπορεί να μπερδευτεί με τη μαστίτιδα. Επειδή δεν υπάρχει πραγματικός όγκος μπορεί να μη φανεί στη μαστογραφία. Αυτό το είδος καρκίνου του μαστού τείνει να έχει μεγαλύτερες πιθανότητες εξάπλωσης και χειρότερη πρόγνωση από το τυπικό διηθητικό καρκίνωμα των πόρων ή το λοβιώδες διηθητικό καρκίνωμα.
- Η νόσος του Paget της θηλής του μαστού: αυτό το είδος του καρκίνου του μαστού ξεκινά στους πόρους του μαστού και εξαπλώνεται στο δέρμα της θηλής και στη συνέχεια στην άλω, το σκοτεινό κύκλο γύρω από τη θηλή. Είναι σπάνιο, αντιπροσωπεύοντας μόνο το 1% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω εμφανίζεται συχνά με κρούστα, φολιδωτό και κόκκινο, με περιοχές αιμορραγίας ή διαρροής υγρού. Η γυναίκα μπορεί να παρατηρήσετε κάψιμο ή φαγούρα.
- Φυλλώδης όγκος: αυτός ο πολύ σπάνιος όγκος μαστού αναπτύσσεται στο στρώμα (συνδετικός ιστός) του μαστού, σε αντίθεση με τα καρκινώματα, τα οποία αναπτύσσονται στους πόρους ή τα λοβία. Άλλα ονόματα για αυτούς τους όγκους είναι «φυλλοειδής όγκος και «φυλλοειδές

κυτοσάρκωμα». Οι όγκοι αυτοί είναι συνήθως καλοήθεις, αλλά σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να είναι κακοήθης.

- **Αγγειοσάρκωμα:** αυτή η μορφή καρκίνου ξεκινά στα κύτταρα που καλύπτουν τα αιμοφόρα ή λεμφικών αγγεία. Σπάνια παρατηρείται στους μαστούς. Όταν το κάνει, συνήθως αναπτύσσεται ως επιπλοκή σε προηγούμενες θεραπείες ακτινοβολίας. Πρόκειται για μια εξαιρετικά σπάνια επιπλοκή της ακτινοθεραπείας του μαστού που μπορεί να αναπτυχτεί περίπου 5-10 χρόνια μετά την ακτινοβολία. Αγγειοσάρκωμα μπορεί επίσης να εμφανιστεί στα χέρια των γυναικών που αναπτύσσουν λεμφοοίδημα, ως αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης στους λεμφαδένες ή της ακτινοθεραπείας για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Αυτοί οι καρκίνοι έχουν την τάση να αναπτύσσονται και να εξαπλώνονται γρήγορα.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα σημεία αιματογενώς ή λεμφογενώς. Οι πιο συχνές θέσεις μεταστάσεων είναι τα οστά, ο εγκέφαλος, οι πνεύμονες, τα ήπαρ, το δέρμα και οι λεμφαδένες. Η σταδιοποίηση γίνεται με ένα σύστημα κατάταξης του καρκίνου ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, τη διήθηση των λεμφαδένων και την ύπαρξη ή όχι απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις θεραπευτικές επιλογές και χρησιμοποιείται ως βάση για την πρόγνωση (American Cancer Society, 2014b).

3.1. Αίτια

Παρόλο που η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, έχει αποδειχθεί ότι μία σειρά από παράγοντες ενδογενείς ή εξωγενείς συνδέονται με αυτήν. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

A) Ηλικία: Παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων με την πάροδο της ηλικίας. Περισσότερο από το 85% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται σε γυναίκες άνω των 45 ετών.

B) Γενετικοί παράγοντες: Γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με καρκίνο μαστού (πχ. αδερφές, μητέρες, θυγατέρες) παρουσιάζουν τριπλάσιο κίνδυνο

ανάπτυξης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Εφόσον η νόσος εκδηλώθηκε σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης σε συγγενικά πρόσωπα είναι μεγαλύτερος. Δύο ογκοκατασταλτικά γονίδια (BRCA1 και BRCA2) έχουν συνδεθεί με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Μεταλλάξεις στα γονίδια αυτά οδηγούν στην ανάπτυξη του όγκου. Ο κίνδυνος αυξάνει, εάν η συγγενής είχε καρκίνο του μαστού και στους δύο μαστούς ή διαγνώστηκε πριν από την ηλικία των 40 ετών.

Γ) Η διάρκεια της εμμηνορρυσιακής ζωής: πρόκειται για σημαντική παράμετρο για την εκδήλωση του συγκεκριμένου είδους καρκίνου. Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες με πρόωμη εμμηναρχή, όψιμη εμμηνόπαυση, σε άτεκνες και σε γυναίκες με πρώτη εγκυμοσύνη μετά τα 30 έτη ή σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου των ωοθηκών. Γυναίκες χωρίς λειτουργικές ωοθήκες που δεν έλαβαν υποκατάστατα με οιστρογόνα, δεν αναπτύσσουν ποτέ καρκίνο του μαστού.

Δ) Μαστεκτομή: Γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και στον άλλο μαστό.

Ε) Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία: Ιδιαίτερα στη δεύτερη δεκαετία της ζωής έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μετά τα 20 περίπου έτη.

ΣΤ) Διατροφή: Στην υψηλή περιεκτικότητα λίπους στις τροφές αλλά και στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αποδίδεται το υψηλό ποσοστό καρκίνου στις γυναίκες των δυτικών κοινωνιών και των εύπορων τάξεων, κυρίως μετά την εμμηνόπαυση (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

3.2. Κλινική εικόνα

Μη ψηλαφητή μαστογραφική αλλοίωση: Απαιτεί βιοψία κατόπιν εντοπισμού με βελόνα (FNA) ή στερεοτακτική βιοψία για τη διάγνωση.

Ψηλαφητός όγκος: Συνήθως ανώδυνος, σκληρός, ανώμαλος, σχετικά ακίνητος, που μπορεί να είναι πολυεστιακός ή αμφοτερόπλευρος.

Αλλοιώσεις του δέρματος: Εισολκή του δέρματος ή της θηλής, ερύθημα, θερμότης, οίδημα (δέρμα “δίκην φλοιού πορτοκαλιού” - διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος), εξέλκωση, έκζεμα/διάβρωση της θηλής (νόσος του Paget).

Έκκριμα από τη θηλή: Αιματηρό έκκριμα συνήθως οφείλεται σε θήλωμα των γαλακτοφόρων πόρων, πρέπει όμως να αποκλεισθεί η ύπαρξη διηθητικού θηλώδους καρκινώματος.

Μεταστατική επέκταση: Συνήθης σε όργανα όπως: πνεύμονες, οστά, εγκέφαλος, ήπαρ και λεμφαδένες (Μπονάτσος και συν, 2011).

Η νόσος εμφανίζεται σε ποσοστό άνω του 80% με την εντόπιση σκληρού ανώδυνου όζου ή μάζας στο μαστό, η οποία αποκαλύπτεται κατά τη φυσική εξέταση από το γιατρό ή κατά την αυτοεξέταση από την ίδια την ασθενή. Το ογκίδιο είναι μονήρες, ετερόπλευρο, συμπαγές, στερεό, ανώμαλο και ακίνητο. Στο 50% των περιπτώσεων η μάζα εντοπίζεται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Από τη θηλή του πάσχοντος μαστού εμφανίζεται αιματηρό έκκριμα στο 30-40% των περιπτώσεων. Όταν ο όγκος εισβάλλει στα λεμφικά αγγεία, παρεμποδίζεται η ροή της λέμφου, προκαλώντας οίδημα και εμφάνιση του δέρματος σαν «φλοιό πορτοκαλιού». Από τη λέμφο καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και διευκολύνονται οι απομεμακρυσμένες μεταστάσεις (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού σε ασυμπτωματικές ασθενείς ανακαλύπτονται με τη μαστογραφία. Εκτός των περιπτώσεων προληπτικού ελέγχου, μαστογραφία εκτελείται σε κάθε περίπτωση ψηλαφητής μάζας του μαστού. Πάντως, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες (κατά την αυτοεξέταση του μαστού ή στο μπάνιο) ή από τους συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής δραστηριότητας (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

Ο καρκίνος του μαστού ανήκει στα βραδέως αναπτυσσόμενα κακοήγη νεοπλασμάτα. Η εξέλιξη της νόσου έχει μεγάλη πολυμορφία. Μεταστάσεις μπορεί να εκδηλωθούν και 10 χρόνια μετά την αφαίρεση του όγκου. Τα καρκινικά κύτταρα ακολουθούν τη λεμφική και την αιματηρή οδό μέχρι την εστία της μετάστασης. Πρώτος στόχος είναι οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων έχει σημασία για την πρόγνωση τη νόσου. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση (Χαράτση-Γιωτάκη, 2010).

3.3. Διάγνωση

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού ξεκινά με την ανίχνευση, είτε ασυμπτωματικών βλαβών μέσω γενικού ελέγχου, είτε συμπτωματικών βλαβών που αποκαλύπτει η ίδια η γυναίκα. Κάθε ψηλαφητή βλάβη χρειάζεται εκτίμηση. Για την διάγνωση γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις: γενική αίματος και εκτίμηση των ηπατικών ενζύμων καθώς και των ενζύμων που υποδηλώνουν αυξημένη οστεοκλαστική δραστηριότητα μόλις τεθεί η διάγνωση. Η κλινική εξέταση του μαστού, αποτελείται από την επισκόπηση και τη ψηλάφηση των μαστών από έναν έμπειρο ιατρό. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει επισκόπηση, ψηλάφηση και έλεγχο για έκκριμα των θηλών. Επιπλέον, η διάγνωση γίνεται με τις επόμενες απεικονιστικές μεθόδους (Lemone & Burke, 2006).

Μαστογραφία

Η μαστογραφία αποτελεί σήμερα παρά τις αδυναμίες της, την καλύτερη απεικονιστική μέθοδο με αποτέλεσμα να αποκαλύπτονται όγκοι πολύ πριν τη δυνατότητα ψηλάφησής τους. Οι ενδείξεις της μαστογραφίας είναι ο γενικός έλεγχος (screening), το μεταστατικό αδеноκαρκίνωμα χωρίς γνωστή πρωτοπαθή εστία και η αλλοίωση της θηλής χωρίς ψηλαφητή μάζα. Επίσης ο ειδικός γιατρός μπορεί να ζητήσει μαστογραφικό έλεγχο και εκτός των προαναφερομένων ενδείξεων και ορίων εάν επιβάλλεται για διαγνωστικούς λόγους. Τα μαστογραφικά ευρήματα μπορεί να έχουν ως εξής: ανώμαλα όρια με αστεροειδή ή επιμήκη διαμόρφωση, ανωμαλία της αρχιτεκτονικής του μαστού, ασύμμετρα εντοπιζόμενη ίνωση, παρουσία μικροαποτιτανώσεων, αυξημένη αγγείωση ή ακόμη και μεταβολή των υποθηλαίων πόρων (Μπονάτσος και συν, 2011).

Υπερηχοτομογράφημα

Είναι χρήσιμο για τη διαφορική διάγνωση κυστικών από συμπαγείς μάζες και αποκαλύπτει αλλοιώσεις μεγαλύτερες των 0,5 εκ (Μπονάτσος και συν, 2011).

Υπάρχουν κάποιες ακόμα απεικονιστικές μέθοδοι, οι οποίες είναι οι εξής: Μαγνητική μαστογραφία (MRI), ραδιοϊσοτοπική μαστογραφία (scintimammography) και αξονική τομογραφία (Μπονάτσος και συν, 2011). Η μαγνητική τομογραφία χρειάζεται ειδικά σε νέες γυναίκες με πυκνό μαστικό ιστό, σε γυναίκες με

μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA και σε γυναίκες με εμφυτεύματα σιλικόνης (Βούλγαρης και συν., 2013).

Συνιστάται ακόμη όταν ανιχνεύονται καρκινικά κύτταρα σε έναν ύποπτο μασχαλιαίο λεμφαδένα αλλά δεν εμφανίζεται όγκος στη μαστογραφία ή όταν υπάρχει υποψία πολλών όγκων. Θα πρέπει επίσης να πραγματοποιηθεί επιπρόσθετη διερεύνηση με ακτινογραφία θώρακος, υπερηχοτομογράφημα κοιλία και σπινθηρογράφημα οστών για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο διασποράς της νόσου, δηλαδή της μετάστασης (Βούλγαρης και συν., 2013).

Η επιβεβαίωση της διάγνωσης μπορεί να γίνει με τις εξής μεθόδους (Μπονάτσος και συν, 2011):

- Αναρρόφηση με βελόνα: σε κυστικές αλλοιώσεις αναρρόφηση του περιεχομένου και αποστολή του για κυτταρολογική εξέταση.
- Κυτταρολογική εξέταση με παρακέντηση δια βελόνης (FNA): με την χρήση λεπτής βελόνας (No 20-22) συνδεδεμένης με σύριγγα 10 cc λαμβάνονται πολλά δείγματα.
- Βιοψία με εκτομή του όγκου: προσφέρει οριστική διάγνωση. Υπερηχοτομογραφικά κατευθυνόμενη FNA ή λήψη μεγαλύτερου τμήματος (core needle biopsy) και η στερεοτακτική βιοψία με βελόνα (χρειάζεται ειδικό computer και συσκευή ακτίνων X για να κατευθύνουν βελόνα 14 ή 11 gauge σε μαστογραφικά εμφανή αλλοίωση.
- Τοποθέτηση μέσα ή πολύ κοντά σε μη ψηλαφητές αλλοιώσεις του μαστού συρμάτινου οδηγού (hook-wire localization) με τη βοήθεια μαστογραφίας ή υπερηχοτομογραφικού ελέγχου, με σκοπό την ακριβή χειρουργική αφαίρεση

3.4. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη διαφοροποίηση από μία σειρά άλλων νόσων που εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα.

Ινοκυστική μαστοπάθεια

Με τον όρο αυτόν περιλαμβάνονται μεγάλο φάσμα κλινικών και ιστολογικών αλλοιώσεων, όπως ινώδη στοιχεία, κυστικά στοιχεία και επιθηλιακή υπερπλασία. Η πλέον όμως σύγχρονη θέση για την ινοκυστική μαστοπάθεια είναι αυτή που τη θεωρεί σαν τη φυσιολογική έκφραση στο μαστό της ορμονικής κατάστασης της γυναίκας και όχι σε νόσο με την κλασική της θεώρηση (Μπονάτσος και συν, 2011).

Αποκλείεται το ενδεχόμενο ύπαρξης καρκινώματος με εφαρμογή παρακέντησης με βελόνα ή αφαίρεση της μάζας που επιμένει για μακρό διάστημα. Συνιστάται συχνός κλινικός έλεγχος, αυτοεξέταση των μαστών και σε γυναίκες άνω των 40 ετών οπωσδήποτε έλεγχος ετησίως. Συνιστάται επίσης η αποφυγή του καπνίσματος και των ποτών που περιέχουν ξανθίνες (καφές, τσάι, σοκολάτα, ποτών τύπου κόλας). Παράλληλα χορηγείται φαρμακευτική θεραπεία σε επίμονες συμπτωματικές ασθενείς με τη χορήγηση ασθενών ανδρογόνων (Danazol 50-200 mg po* για μήνες) και χορήγηση Ταμοξιφένης (20 mg po*) για ασθενείς με σοβαρή συμπτωματολογία (Μπονάτσος και συν, 2011).

Ινοαδένωμα

Το ινοαδένωμα είναι ένα καλά αφοριζόμενο, ελαστικό, κινητό και ανώδυνο ογκίδιο διαμέτρου 1-5cm προερχόμενο από το επιθήλιο των πόρων. Είναι ορμονικά εξαρτώμενο και μπορεί να αυξηθεί σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της γαλουχίας ή με τη λήψη αντισυλληπτικών. Περίπου το 1/3 αυτών θα εξαφανισθούν σε διάστημα 2 χρόνων. Η πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου του μαστού είναι μόνο 2-3 σε κάθε 1000 ινοαδενώματα. Σε γυναίκες άνω των 40 ετών η πιθανότητα αυτή αυξάνεται. Ως θεραπεία, απαιτείται συχνή παρακολούθηση του μεγέθους ή χειρουργική εξαίρεση και βιοψία (Μπονάτσος και συν, 2011).

Φυλλοειδές κυσταδενοσάρκωμα

Εμφανίζεται σαν μεγάλος (4-5cm), περιγεγραμμένος, κινητός και γρήγορα αναπτυσσόμενος όγκος, με το υπερκείμενο δέρμα εξέρυθρο και θερμό. Εμφανίζεται σε κάθε ηλικία, με υπεροχή στη 5^η δεκαετία της ζωής. Τα περισσότερα φυλλοειδή κυσταδενοσαρκώματα είναι καλοήγη με μικρό ποσοστό εξαλλαγής σε σάρκωμα. Εμφανίζουν υψηλό ποσοστό τοπικών υποτροπών εάν εξαιρεθούν με εκπυρήνιση ή χωρίς ευρέα χειρουργικά όρια (τουλάχιστον 1cm) (Μπονάτσος και συν, 2011).

Πορεκτασία

Η πορεκτασία χαρακτηρίζεται από διάταση των γαλακτοφόρων πόρων με υποξεία φλεγμονή και πλασματοκυτταρική διήθηση. Εμφανίζεται μαστοδυνία, υποθηλαία μάζα, έλξη και έκκριμα της θηλής κατά ή μετά την εμμηνόπαυση. Είναι καλοήθης αλλοίωση, η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο είναι δύσκολη και απαιτείται η βιοψία με αφαίρεση του όγκου (Μπονάτσος και συν, 2011).

Άτυπη υπερπλασία

Είναι η ανάπτυξη υπερπλασίας σε μονήρη κυτταρικό πληθυσμό γαλακτοφόρου πόρου ή λοβίου με ποικίλο βαθμό κυτταρολογικών αλλοιώσεων των πυρήνων. Όταν υπάρχουν σοβαρού βαθμού αλλοιώσεις των κυττάρων η κατάσταση ομοιάζει με το πορογενές καρκίνωμα *in situ*. Εάν δε σε μία γυναίκα συνυπάρχει άτυπη επιθηλιακή υπερπλασία με ισχυρό οικογενειακό ιστορικό η πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού είναι ιδιαίτερα μεγάλη (Μπονάτσος και συν, 2011).

Γυναικομαστία

Είναι η υπερτροφία του μαζικού αδένος στον άνδρα. Φυσιολογική υπερτροφία παρατηρείται σε νεογνά, κατά την ήβη και στους υπερήλικες. Φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν γυναικομαστία είναι τα οιστρογόνα, η διγοξίνη, οι θειαζίδες, οι φαινοθειαζίνες, η θεοφυλλίνη, η σιμετιδίνη, τα αντιυπερτασικά, η διαζεπάμη, τα τρικυκλικά, τα αντινεοπλασματικά, η μαριχουάνα. Νοσήματα που ευνοούν την εμφάνιση της είναι η κίρρωση, η νεφρική ανεπάρκεια, η υποθρεψία, ο υπερθυρεοειδισμός, η επινεφριδιακή ανεπάρκεια, οι όγκοι του όρχεος, ο ερμαφροδιτισμός, ο υπογοναδισμός. Σε περίπτωση γυναικομαστίας, συνιστάται χειρουργική αφαίρεση και βιοψία (Μπονάτσος και συν, 2011).

Στη γυναικομαστία, οι πόροι του μαστού στον άνδρα διευρύνονται, επιμηκύνονται και αυξάνει το επιθήλιο. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, η γυναικομαστία είναι συχνά μονόπλευρη και εμφανίζεται χαρακτηριστικά μεταξύ της ηλικίας των 12 και 15. αντίθετα, η γυναικομαστία στη γεροντική ηλικία είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη. Στον φυσιολογικό άνδρα, αν η διάμετρος του μαστού είναι τουλάχιστον 2cm. θέτει τη διάγνωση της γυναικομαστίας. Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση. Μάζες, παρατυπία ή και ασυμμετρία, θέτουν την

υποψία του καρκίνου ιδίως στον άνδρα. Η γυναιομαστία δεν προδιαθέτει για την ανάπτυξη καρκίνου. Εντούτοις, το σύνδρομο Klinefelter (XXY), όπου η γυναιομαστία είναι εμφανής, συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Guyton, 2004).

Εκκριμα (ρύση) θηλής

Η ρύση από τη θηλή πρέπει να αξιολογείται ώστε να αποκλείεται η ύπαρξη καρκίνου. Υγιείς γυναίκες είναι δυνατό να εμφανίσουν σε ποσοστά από 10-60%, αμφοτερόπλευρη συνήθως, ρύση θηλής χωρίς την παρουσία κάποιας υποκείμενης νόσου. Η γυναίκα παραπονιέται για εκροή αυτόματα ή μετά από πίεση της θηλής υγρού που μπορεί να έχει χρώμα διαυγές κίτρινο, καφεοειδές, γαλακτώδες ή πράσινο. Παρατηρείται συνήθως η ρύση αυτή να εξέρχεται από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους στην εκβολή τους στη θηλή. Οι γυναίκες αυτές πρέπει να ενημερωθούν ότι δεν πάσχουν από καρκίνο και εάν συντρέχουν και οι λοιποί λόγοι, να υποστούν μαστογραφικό έλεγχο (όχι όμως για τη διευκρίνιση της ρύσης που δεν χρειάζεται κανένα ειδικό έλεγχο). Κυτταρολογική εξέταση συνήθως δεν απαιτείται (Μπονάτσος και συν, 2011).

Η παθολογική ρύση είναι συνήθως αυτόματη, ετερόπλευρη και εμφανίζεται από έναν πόρο. Εάν είναι αιματηρή είναι απόλυτη ανάγκη να αποκλεισθεί η ύπαρξη καρκίνου. Τα αίτια της παθολογικής ρύσης είναι: το ενδοπορικό θήλωμα που πλέον είναι συχνό (35-50%), η κακοήθεια που στο 15-20% των παθολογικών εκκρίσεων υποκρύπτεται αλλά η αποβολή αιματηρού υγρού σε μετεμμηνοπαυσιακή γυναίκα ανεβάζει το ποσοστό της ύπαρξης καρκίνου στο 30%, η πορεκτασία και η ινοκυστική μαστοπάθεια (Μπονάτσος και συν, 2011).

Οι ενέργειες που είναι απαραίτητες είναι επισταμένη ψηλάφηση του μαστού και της θηλαίας άλου, μαστογραφικός έλεγχος, κυτταρολογική εξέταση του εκκρίματος, γαλακτογραφία καθώς και πιθανή χειρουργική εκτομή του ή των γαλακτοφόρων πόρων σε βάθος 5 cm εντός του μαστού (Μπονάτσος και συν, 2011).

3.5. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση είναι πολύ σημαντική για τον καρκίνο του μαστού, όπως για τα υπόλοιπα είδη καρκίνου, καθώς επιτρέπει ακριβή πρόγνωση και ρυθμίζει τις

θεραπευτικές επιλογές. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης είναι το TNM, όπου το (T) αντιστοιχεί στο μέγεθος του όγκου, το (N) στη διήθηση των γειτονικών ιστών ή τη διήθηση των λεμφαδένων και το (M) στην ύπαρξη μεταστάσεων ή τη διασπορά της νόσου. Σύμφωνα με αυτό το σύστημα σταδιοποίησης υπάρχουν τέσσερα στάδια. Το δεύτερο και το τρίτο διαιρούνται επιπλέον σε δύο στάδια το καθένα (πίνακας 3.1) (American Joint Committee, 2008: Βούλγαρης και συν., 2013).

Πίνακας 3.1.: Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού με το σύστημα TNM

Στάδιο	Ορισμός
0	Καρκίνος in situ. Εντοπίζεται στο σημείο προέλευσής του και δεν έχει αρχίσει να διηθεί τους γειτονικούς ιστούς ή να διασπείρεται. Περιλαμβάνει τα in situ λοβώδη καρκινώματα και τα in situ καρκινώματα των εκφορητικών πόρων του μαστού
I (T1N0M0)	Όγκος μεγέθους 2cm ή μικρότερος. Δεν υπάρχει ένδειξη διασποράς στους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία
II A	T0N1M0: δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου αλλά διακρίνεται μετάσταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.
	T2N0M0: όγκος μεγαλύτερος από 2cm αλλά όχι μεγαλύτερος από 5cm χωρίς διασπορά στους λεμφαδένες
II B	T2N1M0: όγκος 2-5cm με θετικούς λεμφαδένες
	T3N0M0: όγκος >5cm χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις
III A	Αποτελείται από τις κατηγορίες T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 και T3N2M0: ο όγκος είναι >5cm και διακρίνεται προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων που συμφύονται

	μεταξύ τους ή με άλλους ιστούς
IIIB	Περιλαμβάνει τις κατηγορίες T4, anyN M0 και anyT N3M0: προσβεβλημένοι θωρακικοί λεμφαδένες και όγκος που επεκτείνεται στο θωρακικό τοίχωμα ή προσβάλει το δέρμα και το εξελκώνει
IV	Περιλαμβάνει τις κατηγορίες με οποιοδήποτε μέγεθος όγκου που εμφανίζει διασπορά στους λεμφαδένες και απομακρυσμένες μεταστάσεις ή προσβολή του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος και πέρα από την περιοχή του μαστού

Πηγή: American Joint Committee, 2008: Βούλγαρης και συν., 2013

4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος. Στα πρώτα στάδια η πιθανότητα υποτροπής είναι μικρότερη και η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες πρόγνωσης που σχετίζονται με το στάδιο είναι το μέγεθος του όγκου και το αν υπάρχει συμμετοχή των μασχαλιαίων λεμφαδένων (Cianfrocca & Goldstein, 2004: Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Ο καρκίνος του μαστού που έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες (θετικοί λεμφαδένες) έχει υψηλότερο κίνδυνο υποτροπών και λιγότερο ευνοϊκή πρόγνωση από τον καρκίνο του μαστού που δεν έχει εξαπλωθεί στους λεμφαδένες (αρνητικοί λεμφαδένες). Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να εξαπλωθεί και στους εσωτερικούς μαστικούς λεμφαδένες, χωρίς να έχει εξαπλωθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Σε αυτήν την περίπτωση, ο κίνδυνος υποτροπής είναι υψηλός, ακόμη και αν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι αρνητικοί (Cianfrocca & Goldstein, 2004: Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Ο αριθμός των θετικών λεμφαδένων είναι επίσης ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των θετικών λεμφαδένων, τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος υποτροπής. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υποτροπής είναι για τους όγκους του μαστού με 4 ή περισσότερους θετικούς λεμφαδένες (Cianfrocca & Goldstein, 2004: Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Το μέγεθος ενός όγκου του μαστού είναι ο δεύτερος πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Το μέγεθος του όγκου είναι ένας ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας, ανεξάρτητα από την κατάσταση των λεμφαδένων και αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής. Μεγάλοι όγκοι του μαστού (5 cm ή μεγαλύτεροι) έχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής (Cianfrocca & Goldstein, 2004: Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Ο βαθμός του καρκίνου του μαστού επηρεάζει επίσης την πρόγνωση. Όγκοι χαμηλής κακοήθειας συχνά αναπτύσσονται αργά και είναι λιγότερο πιθανό να εξαπλωθούν από τους όγκους υψηλής κακοήθειας. Ο τύπος του όγκου μπορεί επίσης

να επηρεάσει την πρόγνωση. Για επεμβατικό πορογενές καρκίνωμα, ο σωληνοειδής, βλεννώδης, μυελοειδής και θηλώδης τύπος έχουν πιο ευνοϊκή πρόγνωση και καλύτερη συνολική επιβίωση από το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα, που δεν ορίζεται διαφορετικά (NOS). Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού έχει επίσης λιγότερο ευνοϊκή πρόγνωση (Cianfrocca & Goldstein, 2004: Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Η λεμφική και αγγειακή εισβολή αποτελεί ένα ακόμη προγνωστικό δείκτη. Καρκινικά κύτταρα που έχουν μεταναστεύσει από τον όγκο του μαστού στα λεμφαγγεία ή στα αιμοφόρα αγγεία στον ιστό του μαστού γύρω από τον όγκο έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και λιγότερο ευνοϊκή έκβαση ενώ οι ορμονικοί υποδοχείς είναι ένας προγνωστικός δείκτης του κατά πόσον ή όχι ένας όγκος θα ανταποκριθεί σε ορμονική θεραπεία. Όγκοι του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς (HR +) είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν στην ορμονοθεραπεία. Οι όγκοι με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων (ER +) και θετικούς υποδοχείς προγεστερόνης (PR +) είναι συχνά λιγότερο επιθετικοί, χαμηλού βαθμού όγκοι που είναι λιγότερο πιθανό να εξαπλωθούν από τους όγκους με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς (HR-) (Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Η κατάσταση του HER2 είναι ένας άλλος προγνωστικός παράγοντας και μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να προβλέψει την απόκριση σε ορισμένες θεραπείες. Όγκοι που υπερεκφράζουν το HER2 (HER2-θετικοί όγκοι) τείνουν να είναι υψηλότερου βαθμού όγκοι που είναι πιο πιθανό να εξαπλωθούν από τους όγκους που δεν υπερεκφράζουν το HER2. Οι γυναίκες με HER2-θετικούς όγκους μπορεί να μην ανταποκρίνονται καλά σε ορμονικές θεραπείες, όπως η ταμοξιφαίνη (Nolvadex, Tamoxifen) και είναι πιθανόν να ανταποκρίνονται καλά σε ένα φάρμακο που ονομάζεται τραστουζουμάμπη (Herceptin) (Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Η ηλικία της γυναίκας κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού της μπορεί να επηρεάσει επίσης την πρόγνωση. Νεότερες γυναίκες (κάτω των 35 ετών) συνήθως έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και μια φτωχότερη συνολική πρόγνωση από τις μεγαλύτερες, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Νεότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού τείνουν να έχουν πιο επιθετικό, ανώτερου βαθμού καρκίνο και

περισσότερο προχωρημένο καρκίνο του μαστού κατά τη στιγμή της διάγνωσης (Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010).

Υπάρχουν τέλος ορισμένοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την πρόγνωση του υποτροπιάζοντος καρκίνου του μαστού και είναι οι εξής (Hayes, 2006: Lonning, 2007: Tripathy et al, 2008: de Boer et al, 2010):

Το χρονικό διάστημα από τη θεραπεία μέχρι την υποτροπή.

- Οι γυναίκες των οποίων ο καρκίνος επανέρχεται για περισσότερα από 5 χρόνια μετά τη διάγνωσή τους έχουν καλύτερα αποτελέσματα από ό, τι εκείνες που έχουν υποτροπή λιγότερο από 2 χρόνια μετά τη διάγνωση.
- Όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μια γυναίκα είναι ελεύθερη νόσου, τόσο καλύτερη είναι η έκβαση.

Το είδος της υποτροπής.

- Μια υποτροπή στο μαστό (τοπική υποτροπή) μετά από θεραπεία με ογκεκτομή και ακτινοβολίες έχει μια πιο ευνοϊκή πρόγνωση από καρκίνο που επανέρχεται σε άλλα όργανα (μακρινή υποτροπή ή μεταστάσεις).
- Μια υποτροπή στο θωρακικό τοίχωμα δείχνει μερικές φορές περισσότερες πιθανότητες απομακρυσμένων μεταστάσεων, αν και μερικές φορές συμβαίνει μία και μοναδική υποτροπή χωρίς απομακρυσμένη μετάσταση.

Ο τύπος της μετάστασης

- Μεταστάσεις σε ήπαρ, πνεύμονα ή εγκέφαλο έχουν χειρότερη έκβαση από τοπικές μεταστάσεις σε μαστό, θωρακικό τοίχωμα ή μασχάλη.
- Οι οστικές μεταστάσεις έχουν μία ενδιάμεσο πρόγνωση, μεταξύ των μεταστάσεων ήπατος, πνευμόνων και εγκεφάλου και τις τοπικές ή του θωρακικού τοιχώματος μεταστάσεις.

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη μπορεί να γίνει με τον έλεγχο των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και κυρίως με την έγκαιρη ανίχνευση. Η τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου περιλαμβάνει την ολοκληρωμένη πρόληψη των μη μεταδοτικών ασθενειών που προωθεί την υγιεινή διατροφή, τη σωματική άσκηση και τον έλεγχο της πρόσληψης αλκοόλ, του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας, θα μπορούσε τελικά να έχει αντίκτυπο στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου του μαστού μακροπρόθεσμα (WHO, 2016).

Αν και κάποια μείωση του κινδύνου μπορεί να επιτευχθεί με την πρόληψη, οι στρατηγικές αυτές δεν μπορούν να εξαλείψουν την πλειοψηφία των καρκίνων του μαστού ειδικά αυτές που αναπτύσσονται σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Ως εκ τούτου, η έγκαιρη ανίχνευση, προκειμένου να βελτιωθεί η έκβαση του καρκίνου του μαστού και η επιβίωση παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος του ελέγχου του καρκίνου του μαστού (WHO, 2016).

Υπάρχουν δύο μέθοδοι έγκαιρης ανίχνευσης: έγκαιρη διάγνωση ή ευαισθητοποίηση των πρώιμων σημείων και συμπτωμάτων σε συμπτωματικούς πληθυσμούς, προκειμένου να διευκολυνθεί η διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία, και ο προσυμπτωματικός έλεγχος που είναι η συστηματική εφαρμογή μιας δοκιμής ελέγχου σε έναν προφανώς ασυμπτωματικό πληθυσμό. Στόχος του είναι να εντοπίσει τα άτομα με μια ανωμαλία που υποδηλώνει καρκίνο (WHO, 2016).

Ανεξάρτητα από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για την έγκαιρη διάγνωση, κεντρικής σημασίας για την επιτυχία της είναι ένα προσεκτικά σχεδιασμένο, καλά οργανωμένο και βιώσιμο πρόγραμμα που στοχεύει στην σωστή ομάδα πληθυσμού και διασφαλίζει τον συντονισμό, τη συνέχεια και την ποιότητα των δράσεων σε όλο το συνεχές της φροντίδας. Η στόχευση σε λάθος ηλικιακή ομάδα, όπως, οι νεότερες γυναίκες με χαμηλό κίνδυνο καρκίνου του μαστού, μπορεί να προκαλέσει μείωση του αριθμού των καρκίνων του μαστού που βρίσκονται ανά γυναίκα και συνεπώς να μειώσει την αναλογία κόστους-αποτελεσματικότητάς του. Επιπλέον, η στόχευση σε νεότερες γυναίκες θα οδηγήσει σε υπεραξιολόγηση των καλοηθών όγκων, η οποία προκαλεί περιττή υπερφόρτωση των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης λόγω της χρήσης πρόσθετων διαγνωστικών πόρων (WHO, 2016).

Η έγκαιρη διάγνωση παραμένει μια σημαντική πρόωμη στρατηγική ανίχνευσης, ιδιαίτερα σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες όπου οι ασθένειες διαγιγνώσκονται σε προχωρημένα στάδια και οι πόροι είναι πολύ περιορισμένοι. Υπάρχουν κάποια στοιχεία ότι η στρατηγική αυτή μπορεί να παράγει «μειωμένη σταδιοποίηση» (δηλαδή αύξηση της αναλογίας των καρκίνων του μαστού που ανιχνεύονται σε πρώιμο στάδιο) της νόσου στα στάδια που είναι πιο επιδεκτικά σε θεραπευτική αγωγή (WHO, 2016).

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να γίνει με τη μαστογραφία ενώ επικουρικά μπορούν να βοηθήσουν η κλινική επισκόπηση/ψηλάφηση από τον ιατρό, η αυτοεξέταση των μαστών και ο γενετικός έλεγχος για τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο του μαστού.

Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι η μόνη μέθοδος ελέγχου που έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική. Αν και υπάρχουν στοιχεία ότι οργανωμένα προγράμματα μαστογραφικού ελέγχου βάσει πληθυσμού μπορούν να μειώσουν τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού κατά περίπου 20% στην ομάδα ελέγχου σε σχέση με την ομάδα που δεν έχει υποστεί έλεγχο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, σε γενικές γραμμές φαίνεται να υπάρχει μια επισφαλής ισορροπία οφέλους σε σύγκριση με τη βλάβη, ιδιαίτερα σε νεότερες και ηλικιωμένες γυναίκες. Υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το μέγεθος των επιβλαβών συνεπειών – αφορά ιδιαίτερα την υπερδιάγνωση και υπερθεραπεία (WHO, 2016).

Οι οδηγίες για τη συχνότητα με την οποία πρέπει να γίνεται η μαστογραφία είναι οι εξής (Canadian Cancer Society, 2016):

- Γυναίκες ηλικίας 40-49: απαιτείται συζήτηση με το θεράποντα ιατρό για τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού, μαζί με τα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους της μαστογραφίας. Τα οφέλη από την τακτική μαστογραφία για έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες κάτω των 50 ετών είναι ακόμα ασαφή.
- Γυναίκες ηλικίας 50-69: πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε 2 χρόνια

- Γυναίκες ηλικίας 70 ετών και άνω: απαιτείται συζήτηση με το θεράποντα ιατρό για το πόσο συχνά θα πρέπει να γίνεται η μαστογραφία.

Η μαστογραφία όπως και κάθε άλλη ιατρική εξέταση έχει οφέλη αλλά μπορεί να προκαλέσει και ζημίες. Η μαστογραφία προσφέρει δύο σημαντικά οφέλη, δηλαδή καλύτερα ποσοστά επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής. Το πρώτο όφελος συναρτάται με το γεγονός ότι στις περισσότερες περιπτώσεις όσο νωρίτερα ανιχνευτεί ο καρκίνος τόσο περισσότερες πιθανότητες θεραπείας υπάρχουν και οι γυναίκες που κάνουν τακτικά μαστογραφία είναι πιο πιθανό να επιβιώσουν από τον καρκίνο του μαστού (Canadian Cancer Society, 2016).

Οι πιθανοί κίνδυνοι από τη μαστογραφία συνίστανται στους εξής (Canadian Cancer Society, 2016):

- Ψευδώς θετικά αποτελέσματα που μπορούν να εμφανιστούν σε γυναίκες κάθε ηλικίας αλλά είναι πιο πιθανό να συμβούν σε γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα προκαλούν ανησυχία, άγχος και πιθανόν επώδυνες και άχρηστες εξετάσεις προκειμένου να επιβεβαιωθεί ο καρκίνος.
- Ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα που μπορούν να προκαλέσουν εφησυχασμό και αγνόηση των συμπτωμάτων τόσο από τη γυναίκα όσο και από τον γιατρό και να οδηγήσουν σε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου.
- Υπερ-διάγνωση: κάποιοι τύποι καρκίνου μπορεί να μην προκαλέσουν ποτέ πρόβλημα ή να μην μειώσουν το προσδόκιμο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι καρκίνου είναι επικίνδυνοι και ο καρκίνος του μαστού πρέπει να ανιχνεύεται και θεραπεύεται όσο το δυνατόν νωρίτερα.
- Αυξημένη έκθεση σε ακτινοβολία που είναι βέβαια μικρή γιατί οι δόσεις ακτινοβολίας που χρησιμοποιούνται στη μαστογραφία είναι πολύ μικρές. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι τα οφέλη της μαστογραφίας και της έγκαιρης ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού ξεπερνούν κατά πολύ τους πιθανούς κινδύνους από το μικρό ποσό ακτινοβολίας που δέχεται η γυναίκα κατά τη διενέργειά της.

Επισκόπηση σε ειδικές θέσεις

Όρθια θέση με τα χέρια κρεμάμενα, άνω άκρα σε ανάταση ή άνω άκρα να συλλαμβάνουν τη μέση (επί των λαγονίων οστών) με εντολή σύσφιξης της περιοχής. Και στις τρεις θέσεις εξετάζεται η συμμετρία, η ομαλότητα της περιμέτρου, αλλοιώσεις του δέρματος (εισολκή, παθολογικό επίφλεβο, εξελκώσεις, οίδημα σαν φλοιός πορτοκαλιού). Ακολουθεί η επισκόπηση της θηλής και της θηλαίας άλου και αναζητείται η ύπαρξη εισολκής, εκζέματος, διαβρώσεων, παρεκκλίσεων από τον άξονα, ρύσης (εκκρίματος). Με τα άκρα στην ανάταση και τη σύσφιξη της μέσης, διαπιστώνεται σε περίπτωση ύπαρξης όγκου καθηλωμένου στο μείζονα θωρακικό μυ, ο πάσχων μαστός να ανέρχεται σε υψηλότερη θέση από το φυσιολογικό και ίσως να εμφανίζεται εισολκή του υπερκείμενου δέρματος (Μπονάτσος και συν, 2011).

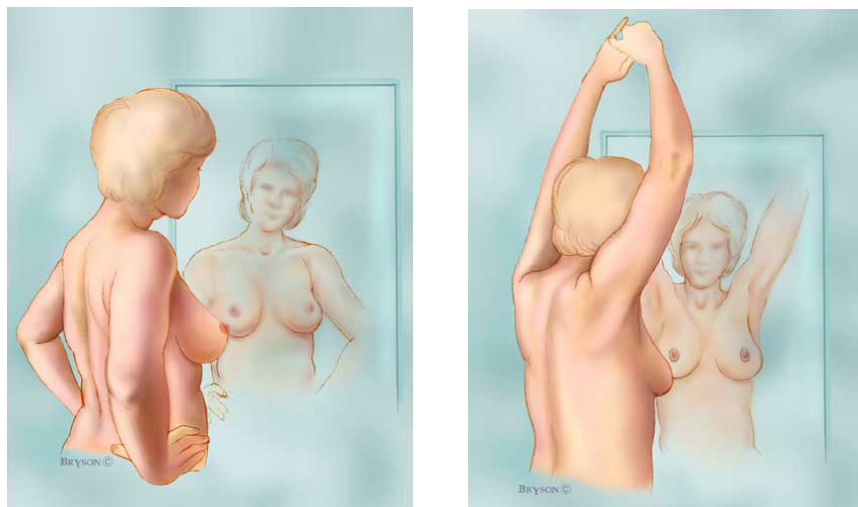
Ψηλάφηση

Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με τα δάκτυλα του εξετάζοντα σε επαφή ώστε να μη διαφύγουν μικρές αλλοιώσεις αλλά και ακολουθώντας ωρολογιακή φορά για να εξετασθούν όλες οι ανατομικές περιοχές. Με τη ψηλάφηση αναζητούνται η παρουσία όγκων, οίδηματος, ευαισθησίας και πόνου, διαφοράς θερμοκρασίας και παθολογικών λεμφαδένων. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ο μαστός κάθε γυναίκας έχει διαφορετική αρχιτεκτονική διαμόρφωση με αποτέλεσμα σε αρκετές γυναίκες να ψηλαφώνται οζίδια που δεν παριστούν υποχρεωτικά παθολογικές αλλοιώσεις (Μπονάτσος και συν, 2011).

Αυτοεξέταση των μαστών

Η αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια τη γυναίκα αποτελεί διαδικασία που πρέπει να διδάσκεται και να ενθαρρύνεται. Κανένας δεν γνωρίζει τον μαστό της καλύτερα από εκείνη, και αν εκτελεί σωστά τη αυτοεξέταση θα ανακαλύψει νωρίς την ύπαρξη διογκώσεων. Η αυτοεξέταση πρέπει να αρχίζει με την επισκόπηση μπροστά από ένα καθρέπτη με τα χέρια σε επαφή στο σώμα αλλά και στην ανάταση. Ακολουθεί η ψηλάφηση των μαστών σε όρθια αλλά και σε κατακεκλιμένη θέση και ακολουθώντας ωρολογιακή φορά ώστε να μη διαφύγουν ανατομικές περιοχές. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται μία φορά το μήνα, από γυναίκες ηλικίας πάνω από 35 ετών (Μπονάτσος και συν, 2011).

Πιο αναλυτικά η αυτοεξέταση ξεκινά σε όρθια θέση μπροστά σε έναν καθρέπτη πρώτα με τα χέρια στη μέση και κατόπιν σηκωμένα ψηλά (εικόνες 5.1 και 5.2).



Εικόνες 5.1. και 5.2.: Αυτοεξέταση μαστού σε όρθια θέση μπροστά σε καθρέπτη: με τα χέρια στη μέση (αριστερά) και με τα χέρια πάνω από το κεφάλι (δεξιά) (Breastcancer.org, 2016)

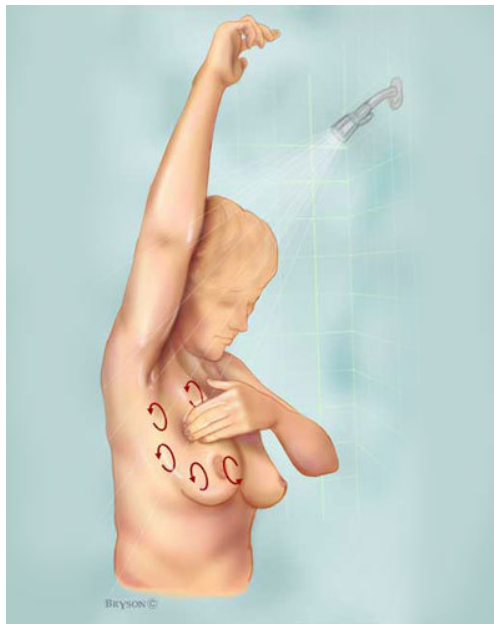
Αρχικά γίνεται επισκόπηση των μαστών με τα χέρια στη μέση. Ελέγχεται το σχήμα και το μέγεθος των μαστών, η συμμετρία και το χρώμα τους. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι οι μαστοί δεν είναι συμμετρικοί σε όλες τις γυναίκες και ότι ο ένας μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή ψηλότερα από τον άλλο. Κατόπιν σηκώνονται τα χέρια πάνω από το κεφάλι και ελέγχονται ξανά οι μαστοί για τα ίδια σημάδια ενώ παράλληλα ελέγχονται και οι θηλές για οποιοδήποτε έκκριμα (Mendelsohn, 2003: Breastcancer.org, 2016).

Κατόπιν γίνεται έλεγχος σε ύπτια θέση στο κρεβάτι (εικόνα 5.3). Το δεξί χέρι τοποθετείται λυγισμένο κάτω από το κεφάλι και με το αριστερό ελέγχεται ο δεξιός μαστός. Χρησιμοποιούνται οι ρόγες των δαχτύλων και όχι τα ακροδάχτυλα και οι κινήσεις είναι κυκλικές ώστε να καλύπτεται όλος ο μαστός. Κάποιες γυναίκες προτιμούν τις κάθετες κινήσεις και μπορούν να λειτουργήσουν εξίσου καλά. Αυτό στο οποίο πρέπει να δοθεί προσοχή δεν είναι αν οι κινήσεις θα είναι κάθετες ή κυκλικές αλλά να καλύπτουν όλο το μαστό από το λαιμό μέχρι το σημείο που φτάνει ο στηθόδεσμος (Mendelsohn, 2003: Breastcancer.org, 2016).



Εικόνα 5.3.: Αυτοεξέταση μαστών σε ύπτια θέση στο κρεβάτι (Breastcancer.org, 2016)

Τέλος, ο έλεγχος μπορεί να γίνει με τον ίδιο τρόπο σε όρθια θέση και μάλιστα κάποιες γυναίκες το βρίσκουν ευκολότερο να τον κάνουν στο ντους που το δέρμα γλιστράει (εικόνα 5.4). Όπως και να γίνει θα πρέπει να καλυφθεί όλος ο μαστός και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (Mendelsohn, 2003: Breastcancer.org, 2016).



Εικόνα 5.4.: Αυτοεξέταση μαστού σε όρθια θέση στο ντους (Breastcancer.org, 2016)

Γενετικός έλεγχος

Ο γενετικός τύπος του καρκίνου του μαστού ανέρχεται σε ποσοστό μόνο 7-8% και μεταβιβάζεται με επικρατούντα χαρακτήρα. Τα γνωστά μέχρι σήμερα γονίδια που είναι υπεύθυνα για τη μεταβίβαση του καρκίνου είναι τα: BRCA1 (17^ο χρωμόσωμα, θέσεις q12-q21), BRCA2 (χρωμόσωμα 13, θέσεις q 12-13) και το p53 (σύνδρομο Li – Fraumeni). Ο προσδιορισμός των γονιδίων απαιτεί τη λήψη μικρής ποσότητας περιφερικού αίματος. Εάν σε γυναίκα ανακαλυφθεί η ύπαρξη του γονιδίου BRCA1 στο περιφερικό της αίμα, η πιθανότητα να αναπτύξει καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών μέχρι την ηλικία των 50 ετών ανέρχεται στο 60% και σε ολόκληρή της την ζωή στο 85%. Η ανακάλυψη δε του γονιδίου BRCA2 αυξάνει την πιθανότητα να εμφανίσει καρκίνο των προαναφερθέντων οργάνων στο 90% των φορέων (Μπονάτσος και συν, 2011).

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία έχει ως αρχικό στόχο της την αφαίρεση της ορατής νόσου. Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της νόσου είναι συνήθως η εγχείρηση. Το είδος της εγχείρησης μπορεί να είναι: ευρεία τοπική εκτομή- Ογκεκτομή- Τμηματεκτομή, υποδόρια μαστεκτομή, απλή μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ριζική μαστεκτομή (Halsted), καθώς και βιοψία του συνοδού (φρουρού) λεμφαδένα (sentinel node). Μετά την εγχείρηση ή και πριν και με βάση ορισμένα στοιχεία που θα προκύψουν κυρίως από την ιστολογική εξέταση μπορεί να απαιτηθεί: ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, και ορμονοθεραπεία (American Cancer Society, 2014b).

6.1. Συντηρητική θεραπεία

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τρία είδη θεραπειάς: την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία

Η θεραπεία ακτινοβολίας είναι η κατεργασία με ακτίνες υψηλής ενέργειας ή σωματίδια που καταστρέφουν τα καρκινικά κύτταρα. Ακτινοβολία στο μαστό δίνεται συχνά μετά από χειρουργική επέμβαση διατήρησης του μαστού για να βοηθήσει στη μείωση των πιθανοτήτων ότι ο καρκίνος θα επιστρέψει στο στήθος ή στους κοντινούς λεμφαδένες. Ακτινοβολία μπορεί επίσης να συνιστάται μετά από μαστεκτομή σε ασθενείς είτε με καρκίνο μεγαλύτερο από 5 cm, ή όταν ο καρκίνος βρίσκεται στους λεμφαδένες (American Cancer Society, 2014b).

Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται επίσης για τη θεραπεία του καρκίνου που έχει εξαπλωθεί και σε άλλες περιοχές, όπως για παράδειγμα στα οστά ή τον εγκέφαλο. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να δοθεί εξωτερικά (εξωτερική ακτινοβολία) ή εσωτερικά (βραχυθεραπεία) (American Cancer Society, 2014b).

Χημειοθεραπεία

Χημειοθεραπεία είναι η θεραπεία με φάρμακα που σκοτώνουν τον καρκίνο, που μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως (ένεση σε φλέβα) ή από το στόμα. Τα φάρμακα ταξιδεύουν μέσω της κυκλοφορίας του αίματος για να φτάσουν τα καρκινικά κύτταρα

στα περισσότερα μέρη του σώματος. Η χημειοθεραπεία δίδεται σε κύκλους, με κάθε περίοδο θεραπείας να ακολουθείται από μια περίοδο ανάρρωσης. Η θεραπεία συνήθως διαρκεί για αρκετούς μήνες (American Cancer Society, 2014b).

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται σε αρκετές περιπτώσεις: μετά την εγχείρηση (επικουρική χημειοθεραπεία), πριν από την εγχείρηση (εισαγωγική χημειοθεραπεία) και στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Στις περισσότερες περιπτώσεις και ιδιαίτερα στην επικουρική και εισαγωγική χημειοθεραπεία είναι πιο αποτελεσματική η χορήγηση συνδυασμού περισσότερων των ενός φαρμάκων (American Cancer Society, 2014b).

Τα πιο κοινά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για χημειοθεραπεία πρώιμου καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν τις ανθρακυκλίνες (όπως δοξορουβικίνη και επιρουβικίνη) και τις ταξάνες (όπως πακλιταξέλη και δοκεταξέλη). Αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε συνδυασμό με ορισμένα άλλα φάρμακα, όπως φθοροουρακίλη (5-FU), κυκλοφωσφαμίδη), και καρβοπλατίνη. Για καρκίνους που είναι HER2 θετικοί, το στοχευμένο φάρμακο τραστοζουμάμπη δίδεται συχνά με μία από τις ταξάνες. Η περτουζουμάμπη μπορεί επίσης να συνδυαστεί με και ντοσεταξέλη για HER2 θετικούς καρκίνους (American Cancer Society, 2014b).

Ορμονοθεραπεία

Η ορμονική θεραπεία είναι μια άλλη μορφή συστηματικής θεραπείας. Πιο συχνά χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία για τη μείωση του κινδύνου επανεμφάνισης του καρκίνου μετά από χειρουργική επέμβαση, αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως επικουρική θεραπεία επίσης. Επίσης χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του καρκίνου που έχει υποτροπιάσει μετά από θεραπεία ή έχει εξαπλωθεί (American Cancer Society, 2014b).

Οι ωοθήκες μιας γυναίκας είναι η κύρια πηγή των οιστρογόνων μέχρι την εμμηνόπαυση. Μετά την εμμηνόπαυση, μικρότερα ποσά εξακολουθούν να παράγονται στον λιπώδη ιστό του σώματος, όπου μια ορμόνη που παράγεται από τα επινεφρίδια μετατρέπεται σε οιστρογόνα. Το οιστρογόνο προωθεί την ανάπτυξη των καρκίνων που είναι θετικοί στους ορμονικούς υποδοχείς. Περίπου 2 στους 3 από τους καρκίνους του μαστού είναι θετικοί στους ορμονικούς υποδοχείς - περιέχουν

υποδοχείς για τα οιστρογόνα (ER- θετικοί καρκίνοι) και/ή για την προγεστερόνη (PR- θετικοί καρκίνοι) (American Cancer Society, 2014b).

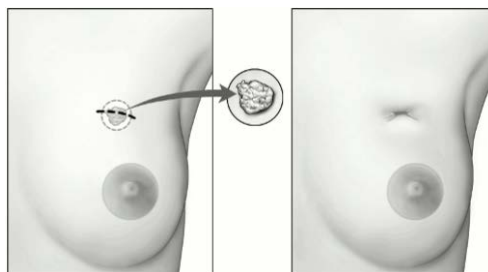
Οι περισσότεροι τύποι ορμονικής θεραπείας για τον καρκίνο του μαστού, είτε χαμηλώνουν τα επίπεδα οιστρογόνων είτε σταματούν τα οιστρογόνα από το να ενεργούν πάνω στα καρκινικά κύτταρα του μαστού. Αυτό το είδος της θεραπείας είναι χρήσιμο για τους καρκίνους του μαστού με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, αλλά δεν βοηθά τους ασθενείς των οποίων οι όγκοι είναι αρνητικοί στους ορμονικούς υποδοχείς (ER- και PR-αρνητικοί) (American Cancer Society, 2014b).

6.2. Χειρουργική θεραπεία

Οι περισσότερες γυναίκες κάνουν κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης, που συχνά απαιτείται για την αφαίρεση του όγκου. Οι επιλογές που υπάρχουν είναι αρκετές και αναφέρθηκαν προηγουμένως. Χωρίζονται πάντως σε δύο γενικές κατηγορίες: σε αυτές που διατηρούν το μαστό και σε αυτές που τον αφαιρούν (διάφορα είδη μαστεκτομής) (American Cancer Society, 2014b).

Εγχείρηση διατήρησης του μαστού

Αυτό το είδος χειρουργικής θεραπείας αποκαλείται και τμηματεκτομή και κάποιες φορές ογκεκτομή και τεταρτεκτομή. Κατά τη διάρκειά της αφαιρείται μόνο ένα τμήμα του μαστού το οποίο περιέχει τον όγκο. Σκοπός της είναι να απομακρύνει τον όγκο και ένα τμήμα από τους γειτονικούς υγιείς ιστούς. Το τμήμα του μαστού που θα αφαιρεθεί εξαρτάται από το μέγεθος και τον εντοπισμό του όγκου αλλά και από άλλους παράγοντες (εικόνα 6.1) (American Cancer Society, 2014b).



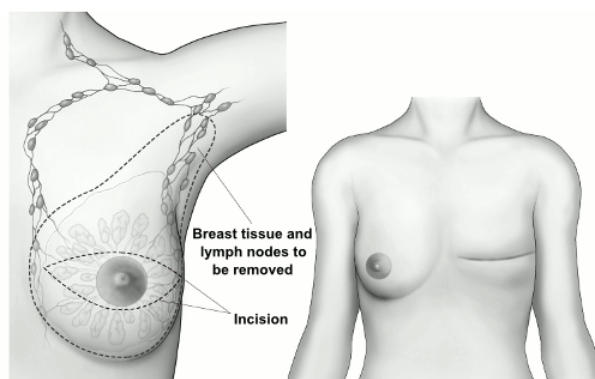
Εικόνα 6.1.: Στην εγχείρηση που διατηρεί το μαστό αφαιρείται μόνο ο όγκος και ένα τμήμα των γειτονικών ιστών (αριστερά), ενώ η μετεγχειρητική εμφάνιση του μαστού εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου και των ιστών που αφαιρούνται αν και θα υπάρχει μία ουλή και μία οδόντωση του μαστού (δεξιά) (American Cancer Society, 2014b)

Η εγχείρηση αυτού του είδους μπορεί να απαιτηθεί να επαναληφθεί αν στα περιθώρια της τομής διαπιστωθεί η ύπαρξη καρκινικών κυττάρων, ενώ στην περίπτωση που ο χειρουργός δεν μπορεί να επιτύχει καθαρά περιθώρια ίσως απαιτηθεί τελικά μαστεκτομή. Οι περισσότερες γυναίκες χρειάζονται ακτινοθεραπεία μετά από εγχείρηση τέτοιου τύπου ενώ αν απαιτείται και χημειοθεραπεία αυτή συνήθως διενεργείται πριν την ακτινοθεραπεία (American Cancer Society, 2014b).

Μαστεκτομή

Στην απλή ή ολική μαστεκτομή αφαιρείται όλος ο μαστός μαζί με τη θηλή αλλά δεν αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες ή ο μυϊκός ιστός κάτω από το στήθος. Κάποιες φορές οι λεμφαδένες απομακρύνονται με μια διαφορετική διαδικασία κατά την ίδια επέμβαση. Στις περιπτώσεις που μια γυναίκα επιθυμεί άμεση αποκατάσταση του μαστού μπορεί να γίνει απλή μαστεκτομή που αφαιρεί την ίδια ποσότητα ιστού αλλά διατηρεί το μεγαλύτερο τμήμα του δέρματος ανέπαφο. Δεν ενδείκνυται όμως στις περιπτώσεις που ο όγκος είναι πολύ μεγάλος ή επιφανειακός (American Cancer Society, 2014b).

Κάποιες φορές μπορεί να γίνει και διατήρηση της θηλής και της θηλαίας άλω μαζί με το δέρμα. Βέβαια αυτό γίνεται σε περιπτώσεις μικρών όγκων που η γυναίκα επιθυμεί άμεση αποκατάσταση του μαστού και λειτουργεί καλύτερα όταν το μέγεθος του μαστού είναι μικρό ή μεσαίο γιατί διαφορετικά μπορεί οι θηλές να μην βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στους δύο μαστούς. Άλλες μορφές μαστεκτομής είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (εικόνα 6.2) στην οποία αφαιρούνται και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (American Cancer Society, 2014b).



Εικόνα 6.2.: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (αριστερά) και μετεγχειρητική εικόνα (δεξιά)
(American Cancer Society, 2014b)

Τέλος, υπάρχει η ριζική μαστεκτομή η οποία κάποτε χρησιμοποιούνταν ευρέως αλλά σήμερα έχει περιοριστεί η εφαρμογή της καθώς η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έχει τα ίδια αποτελέσματα. Κατά τη διάρκειά της αφαιρούνται ο μαστός, οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες και οι θωρακικοί μύες κάτω από το στήθος. Σήμερα χρησιμοποιείται ακόμα μόνο όταν υπάρχουν πολύ μεγάλοι όγκοι ή όγκοι που αναπτύσσονται στο θωρακικό τοίχωμα (American Cancer Society, 2014b).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η εκτίμηση της κατάστασης της αρρώστου είναι πολύ σημαντική και πρέπει να γίνεται άμεσα. Οι τρόποι με τους οποίους επιτυγχάνεται είναι η φυσική εξέταση και η λήψη του ιστορικού της κατά τη διάρκεια της οποίας το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει στοιχεία που αφορούν (Lemone & Burke, 2006: Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2006):

- Την ηλικία
- Το οικογενειακό ιστορικό που αφορά τον καρκίνο του μαστού.
- Το γυναικολογικό ιστορικό της ίδιας της ασθενούς.
- Τα φάρμακα που έπαιρνε στο παρελθόν ή που συνεχίζει να παίρνει.

Η φυσική εξέταση γίνεται στην προσπάθεια της συνολικής εκτίμησης της υγείας της ασθενούς και περιλαμβάνει όλα τα σημεία που μπορούν να δώσουν ενδείξεις νόσου όπως (Lemone & Burke, 2006):

- Χρώμα και κατάσταση δέρματος.
- Ψηλαφητός όγκος.
- Έκκριμα από τη θηλή.

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση είναι πολύ σημαντικός. Η ασθενής χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη καθώς ο καρκίνος είναι συνδεδεμένος στην ψυχολογία των ασθενών με το θάνατο. Ο νοσηλευτής λοιπόν μπορεί να παράσχει και ψυχολογική υποστήριξη αλλά να διαδραματίσει και σημαντικό ρόλο στην ανακοίνωση των άσχημων ειδήσεων της διάγνωσης (Abbaszadeh et al, 2014).

Ο νοσηλευτής αποτελεί σημαντικό τμήμα της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας της ασθενούς με καρκίνο του μαστού όπως και κάθε ογκολογικού ή μη ασθενή. Μπορεί λοιπόν να παράσχει τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την ασθενή και την οικογένειά της και να επικοινωνήσει γενικώς όλα όσα αφορούν τη νόσο (Abbaszadeh et al, 2014).

Από σχετικές μελέτες μάλιστα φαίνεται ότι η συντριπτική πλειονότητα των ασθενών (ανερχόμενη σε ποσοστό 90%) ξεχωρίζει τον κλινικό νοσηλευτή ως την πιο χρήσιμη επαφή. Βασική ευθύνη του είναι η παρακολούθηση του ασθενή μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, η εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και η προσφορά συναισθηματικής στήριξης (Royal College of Nursing, 2013).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος που έχει ο νοσηλευτής στην ανακοίνωση της διάγνωσης σε ασθενείς που έχουν προχωρημένη νόσο, δηλαδή νόσο που έχει εξαπλωθεί πέρα από την αρχική θέση εντοπισμού, οπότε δεν μπορεί πλέον ούτε να θεραπευτεί ούτε να περιοριστεί με τη θεραπεία. Οι ασθενείς αυτοί είναι σχεδόν όλοι όσοι βρίσκονται σε στάδιο IV (δηλαδή τους μεταστατικούς ασθενείς) αλλά και αρκετοί που βρίσκονται στο στάδιο III (Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013).

Οι ασθενείς αυτοί για να μπορέσουν να διαχειριστούν τη νόσο και τα προκαλούμενα από αυτή συνοδά προβλήματα χρειάζονται ακριβείς πληροφορίες για την κατάστασή τους τις οποίες οι ίδιοι θεωρούν σημαντικές κατά το χρόνο αναφοράς. Η συντριπτική πλειονότητα αυτών των ασθενών θέλει να γνωρίζει όλη την αλήθεια σχετικά με τη νόσο. Παρόλα αυτά, ο νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει αλλά και να σέβεται την πιθανή επιθυμία τους ως προς το να διατηρηθεί κάποια ασάφεια σχετικά με το μέλλον. Η ασάφεια αυτή αναφέρεται κυρίως στις πληροφορίες

που αφορούν την τελική πρόγνωση (Warnock et al, 2010: Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013).

Ο νοσηλευτής, λόγω της συνεχούς και άμεσης επαφής του με τους ασθενείς, η οποία είναι μεγαλύτερη από αυτή των άλλων επαγγελματιών υγείας, μπορεί να διαδραματίσει κεντρικό ρόλο, καθώς δημιουργεί την κατάλληλη υποδομή για την ανάπτυξη της συναισθηματικής επαφής και της θεραπευτικής σχέσης. Παράλληλα μπορεί να εστιάσει καλύτερα σε ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών στα ογκολογικά τμήματα (Barclay et al, 2007 · Κωνσταντινίδης & Φιλαλήθης, 2013).

Επιπλέον φαίνεται ότι πολύ συχνά οι ασθενείς βασίζονται στο νοσηλευτικό προσωπικό για να λάβουν διασαφηνίσεις και επεξηγήσεις των πληροφοριών που τους δόθηκαν από τους ιατρούς επειδή πολλές φορές δεν καταλαβαίνουν την ορολογία που έχει χρησιμοποιηθεί από τους γιατρούς ή επειδή θέλουν να κάνουν ερωτήσεις όταν νιώσουν έτοιμοι (Warnock et al, 2010).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο νοσηλευτής έχει σημαντικό ρόλο και τη θεραπεία της ασθενούς με καρκίνου του μαστού. Πριν ξεκινήσει η θεραπευτική αγωγή ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα ελέγξει προσεκτικά τις εργαστηριακές εξετάσεις και θα εκτιμήσει τους δείκτες αίματος και ούρων, θα κάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, θα ελέγξει τα ζωτικά σημεία και θα μετρήσει τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται (Lemone & Burke, 2006).

Προεγχειρητικά ο νοσηλευτής φροντίζει για την λήψη των ζωτικών σημείων, για την ετοιμασία του πεδίου που θα χειρουργηθεί καθώς και για τον καθαρισμό ή υπακτικό υποκλυσμό για την κένωση του εντέρου για τους γνωστούς λόγους. Επίσης πολύ σημαντική είναι η επικοινωνία των νοσηλευτών με το οικογενειακό περιβάλλον της αρρώστου για τη σχετική ενημέρωση και τη ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος, πολύ βασικό κομμάτι της προεγχειρητικής φροντίδας είναι η ενημέρωση της ίδιας της ασθενούς για το τι πρόκειται να της συμβεί (Πινακίδης & Μπόντης, 1993).

Κατά τη χημειοθεραπεία για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η προστασία της αρρώστου από τις παρενέργειες που έχουν τα χημειοθεραπευτικά σχήματα φροντίζει για την ύπαρξη συσκευής οξυγόνου δίπλα από την άρρωστη για την περίπτωση που θα υποστεί αλλεργικό σοκ, τοποθετεί τα απαραίτητα φάρμακα στον κατάλληλο χώρο καθώς και τα αντίδοτά τους (Lemone & Burke, 2006).

Επιπλέον φροντίζει να εντοπίζει αν η ασθενής πονά και να αντιμετωπίζει τον πόνο χορηγώντας την κατάλληλη αναλγητική θεραπεία, παρέχει πληροφορίες στην ασθενή και την οικογένειά του για τις παρενέργειες της θεραπείας και την αντιμετώπιση τους τονίζοντας πάντα ότι είναι προσωρινές και ότι η εμφάνισή τους δεν υποδηλώνει αποτυχία της θεραπευτικής μεθόδου και βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση προκειμένου να εντοπίσει κατακράτηση υγρών ενώ συντελεί στην πρόληψή της χορηγώντας διουρητικά και περιορίζοντας την πρόσληψη νατρίου από την ασθενή (Lemone & Burke, 2006: Γομπάκη & Τζιτζίκας, 2008).

Μετά το χειρουργείο ο νοσηλευτής τοποθετεί την ασθενή σε ύπτια θέση, μέχρι να συνέλθει από τη νάρκωση και κατόπιν σε ημικαθιστή για την διευκόλυνση της καλής αναπνοής και οξυγόνωσης των πνευμόνων. Μετρά τα ζωτικά σημεία σε τακτά

χρονικά διαστήματα, τα αξιολογεί και τα καταγράφει. Επίσης μετράει τον/τους ορούς που της χορηγούνται για την εξασφάλιση του ισοζυγίου και ελέγχει για πιθανή αιμορραγία. Συνιστάτ βαθιές αναπνοές για την πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας και τη διευκόλυνση της κινητοποίησης του εντέρου, και φροντίζει για τη καλή διατροφή και για την εξασφάλιση επαρκούς ύπνου της ασθενούς (Τζωρακολευθεράκης, 1996).

Το πιο βασικό κομμάτι είναι η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Πρέπει ο νοσηλευτής να τη βοηθήσει στη καταπολέμηση του άγχους, του φόβου και της τυχόν κατάθλιψης που έχει. Να φροντίσει ώστε να αποδεχτεί την ασθένεια της, και τέλος να τη βοηθήσει στο να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματός της (Lemone & Burke, 2006).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Χάρη στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού η θνησιμότητα τα τελευταία 20 χρόνια έχει μειωθεί σημαντικά. Σήμερα περίπου το 95% των γυναικών με καρκίνο του μαστού επιβιώνουν για περισσότερο από 5 χρόνια, αν και στις μικρότερες ηλικίες η πρόγνωση είναι χειρότερη (Charif et al, 2015).

Παρά τα βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης, όμως, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν κάθε μέρα μία ευρεία ποικιλία δυσκολιών που αναδύονται από τον καρκίνο και τις θεραπευτικές μεθόδους. Οι θεραπευτικές μέθοδοι, εκτός από τη χειρουργική επέμβαση (συντηρητική ή όχι) συμπεριλαμβάνουν τη χημειοθεραπεία, τη ραδιοθεραπεία και την ενδοκρινική θεραπεία. Όλες αυτές οι μέθοδοι είναι επιθετικές και επεμβατικές και επιφέρουν σημαντικές σωματικές επιπτώσεις που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ζωή των γυναικών (Vieira et al, 2014; Charif et al, 2015).

Οι παρενέργειες της θεραπείας, αν και η έκτασή τους διαφέρει ανάλογα με τη θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθηθεί, μπορούν να υπονομεύσουν την ποιότητα ζωής καθώς προκαλούν ναυτία, εμέτους, αδυναμία, αλωπεκία, τεχνητή εμμηνόπαυση, μειωμένη λίπανση του κόλπου, μειωμένη σεξουαλική διέγερση, δυσπαρευνία και ανοργασμικότητα (Alicikus et al, 2009; Safarinejad et al, 2013; Vieira et al, 2014; Aerts et al, 2014).

Εμφανίζουν, ακόμη, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία (η οποία είναι στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες που υποβάλλονται σε μαστεκτομή, όπως και σε όσες βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία) και το αίσθημα ότι το γυμνό σώμα τους δεν είναι πια όμορφο οπότε είναι πλέον λιγότερο ελκυστικό. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να κάνουν ζημιά στο αίσθημα ελκυστικότητας που έχει η γυναίκα για τον εαυτό της. Η κουλτούρα μας θεωρεί τους μαστούς ως ένα βασικό σημείο ομορφιάς και θηλυκότητας. Αν γίνει μαστεκτομή η γυναίκα μπορεί να ανησυχεί για το αν ο σύντροφός της εξακολουθεί να τη βρίσκει ελκυστική (Alicikus et al, 2009; Aerts et al, 2014; American Cancer Society, 2014c).

Σαφώς, τη στιγμή που μία γυναίκα μαθαίνει ότι έχει καρκίνο του μαστού η σεξουαλική της ζωή πιθανότατα δεν είναι και το πρώτο ενδιαφέρον της τη δεδομένη στιγμή καθώς η επιβίωση είναι το πρώτο μέλημά της. Ο καρκίνος προκαλεί σύγχυση,

αγωνία και φόβο ότι η ζωή έφτασε στο τέλος της ενώ ταυτόχρονα καλλιεργεί ανησυχίες σχετικές με την αποκατάσταση και την ποιότητα ζωής από τη στιγμή που θα εξασφαλιστεί η επιβίωση (Carlson, 2004; Vieira et al, 2014).

Ο προβληματισμός σχετικά με την έως τώρα ζωή, η επαναξιολόγηση και αναθεώρηση πεποιθήσεων και αξιών είναι επίσης πολύ συχνά. Ταυτόχρονα εγείρονται ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος, τις σχέσεις με το σύντροφο, τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική ζωή. Εδώ κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα δεν είναι μόνο η σεξουαλική λειτουργία αλλά πολλά περισσότερα. Αποτελεί μία διαρκώς μεταβαλλόμενη εμπειρία η οποία επηρεάζει τον τρόπο που ο άνθρωπος βλέπει τον εαυτό του και το σώμα του (Hordern, 2000; Vieira et al, 2014).

Αποτελεί ακόμα μία ψυχοκοινωνική κατασκευή που περιλαμβάνει βιολογικές, πολιτιστικές, σχεσιακές και υποκειμενικές πλευρές. Περιλαμβάνει όλες τις σωματικές και ψυχικές πρακτικές που εκτελούνται από ένα άτομο με σκοπό τη σεξουαλική ευχαρίστηση. Επιπλέον ενσωματώνει την προσωπική ταυτότητα, συμβάλλει στην αναπαραγωγή, συμμετέχει στην αλληλεπίδραση μεταξύ της σεξουαλικής συμπεριφοράς και της υλικότητας, των πολιτιστικών κανόνων και των δύο φύλων σε όλη την ατομική και συλλογική πορεία (Hordern, 2000).

Η σεξουαλικότητα περικλείει τα αισθήματα του ατόμου για το σώμα του, την ανάγκη για άγγιγμα, το ενδιαφέρον για τις σεξουαλικές δραστηριότητες, τη γνωστοποίηση των αναγκών του στο σύντροφό του και την ικανότητα να εμπλέκεται σε ικανοποιητικές σεξουαλικές δραστηριότητες. Ειδικά για τις γυναίκες η σεξουαλικότητα εκτείνεται πέρα από την ικανότητα συνουσίας και περιλαμβάνει ιδέες για την εικόνα του σώματος, τη θηλυκότητα, το να είναι επιθυμητές και την ικανότητα να μεγαλώσουν παιδιά. Έχει, δηλαδή, σημαντικά συναισθηματικά, διανοητικά και κοινωνικο-πολιτισμικά συστατικά (Henson, 2002).

Από τα προαναφερόμενα για τη σεξουαλικότητα γίνεται φανερό ότι αυτή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη συνολική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της άρρωστης με καρκίνο του μαστού οπότε θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση σε αυτήν ειδικά αν ληφθεί υπόψη ότι οι περισσότερες ασθενείς αναζητούν μία πιο αντανakλαστική, προσανατολισμένη στον ασθενή και διαπραγματευτική προσέγγιση από τον

επαγγελματία υγείας που θα επιλέξουν και μάλιστα σε χρόνο και με τρόπο που θα ταιριάζει με τις ατομικές ανάγκες τους. Πολλές ασθενείς έχουν απογοητευτεί από την έλλειψη πληροφοριών, την υποστήριξη και τις πρακτικές στρατηγικές που τους παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να τους βοηθήσουν να ζήσουν με τις αλλαγές στη σεξουαλικότητα και την οικειότητα που βίωσαν αντιμετωπίζοντας μία απειλητική για τη ζωή νόσο (Hordern & Street, 2007).

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της άρρωστης με καρκίνο. Η διεπιστημονική προσέγγιση που συνδυάζει την ιατρική και ψυχοκοινωνική μέριμνα φαίνεται ότι αποτελεί την αποτελεσματικότερη στρατηγική. Αν και η θεραπευτική διαδικασία είναι αυτή που προκαλεί τα περισσότερα προβλήματα είναι επίσης γεγονός ότι διάφορα ψυχοσεξουαλικά προβλήματα αναδύονται νωρίς κατά τη διάρκεια ανίχνευσης της νόσου. Η παροχή πληροφοριών και συμβουλών λοιπόν στα πρώτα στάδια του σχεδιασμού της θεραπευτικής διαδικασίας μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική απ' ό,τι η προσπάθεια αποκατάστασης της σεξουαλικής λειτουργίας όταν πλέον έχουν εδραιωθεί τα προβλήματα (Alicikus et al, 2009; Schover et al, 2014).

Ο νοσηλευτής λοιπόν θα πρέπει να αρχίσει την ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή αμέσως μετά τη διάγνωση και για την ακρίβεια από τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης. Προκειμένου να το καταφέρει αυτό θα πρέπει να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα ανάμεσα σε αυτόν και την ασθενή ώστε να ευνοείται ο διάλογος. Οφείλει επίσης να ενημερώνει την ασθενή για τις συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι δυνατόν να δημιουργηθούν λόγω της νόσου και να τη βοηθά να νιώσει λιγότερο αδύναμη (Αδαμακίδου & Κουτσοπούλου, 2003).

Προκειμένου να μπορέσει να λάβει από την ασθενή πληροφορίες για την ψυχολογική της κατάσταση μπορεί να συμβουλευτεί κάποια διεθνώς αναγνωρισμένα ερωτηματολόγια και κλίμακες μέτρησης άγχους, κατάθλιψης κ.α. και να ετοιμάσει κάτι παρόμοιο για την ασθενή της. μπορεί επίσης να την ενθαρρύνει να μοιραστεί τα συναισθήματα και τις εμπειρίες της με γυναίκες που είχαν την ίδια εμπειρία και να της συστήσει σχετικές ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Επικοινωνικά μπορεί να λειτουργήσει και η ενθάρρυνση της άρρωστης να διερευνά και να εκφράζει τα συναισθήματα που της δημιουργούνται από την απώλεια ή την παραμόρφωση του

μαστού αλλά και την αλωπεκία που προκαλεί η χημειοθεραπεία και την επίδρασή τους στην καθημερινή της ζωή (Αδαμακίδου & Κουτσοπούλου, 2003).

Σημαντική κρίνεται και η διαβεβαίωση της ασθενούς ότι η προσωπικότητα και η νοημοσύνη της είναι οι βασικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την αξία της ως ανθρώπου και γυναίκας και όχι ο μαστός ή τα μαλλιά της. Ο νοσηλευτής πρέπει ακόμα να βοηθήσει την ασθενή να κατανοήσει και να αποδεχτεί την αλλαγή που συνέβη στο σώμα της διατηρώντας μία θετική εικόνα για τον εαυτό της και το σώμα της (Αδαμακίδου & Κουτσοπούλου, 2003: Lemone & Burke, 2006).

Όσον αφορά την κοινωνική αποκατάσταση, η άρρωστή με καρκίνο του μαστού μπορεί να βοηθηθεί σημαντικά από τους φίλους και συγγενείς αλλά και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η ενασχόληση με τις εργασίες του σπιτιού και η συμμετοχή της σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες την επηρεάζουν θετικά οπότε πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε αυτές. Ο νοσηλευτής βέβαια θα πρέπει να επισημάνει στην οικογένεια και τους φίλους ότι θα πρέπει να τη βοηθούν όταν απαιτείται φροντίζοντας παράλληλα να μην την κάνουν να νιώθει άχρηστη και αδύναμη. Αντίθετα θα πρέπει να την ενθαρρύνουν να συμμετέχει σε δραστηριότητες που μπορεί ανάλογα με τη σωματική της κατάσταση κάθε φορά και να διοργανώνουν και οι ίδιοι τέτοιες (Wengstrom & Forsberg, 2001).

Η εμπλοκή των φίλων και συγγενών είναι σημαντική αν και καλό θα ήταν να ληφθεί η σχετική άδεια από την ασθενή πρώτα καθώς υπάρχει πάντα η περίπτωση να μην επιθυμεί να μοιραστεί κάποια πράγματα με όλους τους συγγενείς και φίλους. Η βοήθεια του συντρόφου (αν υπάρχει) είναι πολύ σημαντική και πρέπει να εκπαιδευτεί και εκείνος προκειμένου να προσαρμοστεί στην ύπαρξη της νόσου και να διαχειριστεί τα συναισθήματα που του προκαλεί ώστε με τη σειρά του να μπορέσει να βοηθήσει αποτελεσματικά τη σύντροφό του (Αδαμακίδου & Κουτσοπούλου, 2003).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να συζητήσει με τη γυναίκα για την πιθανότητα αποκατάστασης του μαστού καθώς απ' ότι έχει αποδειχτεί αυτό επιδρά θετικά στην ψυχολογική κατάσταση της πλειονότητας των γυναικών που υποβλήθηκαν σε κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης. Οι γυναίκες που έχουν κάνει αποκατάσταση του μαστού βιώνουν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής τους αλλά και στην εικόνα

που έχουν για το σώμα τους, στη σεξουαλικότητα και στην αυτοεκτίμησή τους (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014).

Για να καταφέρει βέβαια ο νοσηλευτής να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες θα πρέπει να έχει ενημέρωση σχετικά με τις εξελίξεις στον τομέα της πλαστικής χειρουργικής και αποκατάστασης και να γνωρίζει πως αυτές επιδρούν στην ποιότητα ζωής και την εικόνα του σώματος της άρρωστης με καρκίνο του μαστού. Τέλος είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ενός ισχυρού δημόσιου προγράμματος ψυχοκοινωνικής στήριξης που θα υλοποιείται από διεπιστημονική ομάδα εμπειρών επαγγελματιών ψυχικής υγείας (κλινικούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και συμβούλους νοσηλευτές) που θα έχει στόχο την εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014).

Ολοκληρώνοντας κρίνεται σκόπιμο να τονιστεί ότι εφόσον, όπως έχει αποδειχτεί από τα προαναφερόμενα, ο νοσηλευτής αποτελεί κεντρικό πρόσωπο σε όλες τις πτυχές της φροντίδας της άρρωστης με καρκίνο και η πηγή των πληροφοριών σε όλα τα στάδια της νόσου, οφείλει να έχει σωστή εκπαίδευση και πλήρη ενημέρωση για όλες τις εξελίξεις. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συμμετοχή στην έρευνα (Γιαννακού & Κνέκνας, 2014).

Γ' ΜΕΡΟΣ

EPEYNA (NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

1. Health behaviours among women diagnosed with breast tumours

Abstract

Breast cancer (BC) is one of the most common neoplasms and the second biggest cause of death among women. The aim of the study was to investigate how separate risk factors influence the development of breast neoplasms.

MATERIALS AND METHODS:

The study included 200 women aged between 17 and 86 years diagnosed with breast neoplasm, who were treated at the Department of Oncological Surgery in Poznan. The study included patients who underwent an operation because of a benign or malignant breast tumor. The questionnaire was completed according to the patients' answers. The histopathological diagnosis was taken from their medical history with the patients' prior consent. The statistical analysis was performed using the Statistica programme at the Department of Computer Science and Statistics of the Poznan University of Medical Sciences. The study was accepted by the Bioethics Commission of the University.

RESULTS:

The correlation between working status, menopausal age, being overweight, obesity, arterial hypertension, smoking, and whether BC was observed at present or in the past. Smoking was also related to a two-fold increase in malignant cancer (OR = 1.97). A BMI above 24.5 kg/m² was associated with a nearly three-fold increase in BC (OR = 2.61).

CONCLUSIONS:

The results of the study offer very important implications because some of the factors which correlated positively with BC can be modified. We may postulate that a modification to the lifestyle in the sense of giving up smoking and a well-balanced diet combined with physical activity, leading to normal weight being maintained, could have a positive effect in decreasing BC development

1. Συμπεριφορές υγείας μεταξύ των γυναικών που έχουν διαγνωστεί με όγκους στο μαστό

Ο Καρκίνος του μαστού (BC) αποτελεί ένα από τα πιο κοινά νεοπλάσματα και είναι η δεύτερη σημαντικότερη αιτία θανάτου μεταξύ των γυναικών. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο διαφορετικοί παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν την ανάπτυξη των νεοπλασμάτων του μαστού. Η μελέτη συμπεριέλαβε 200 γυναίκες ηλικίας μεταξύ 17 και 86 ετών που έχουν διαγνωσθεί με νεόπλασμα του μαστού, οι οποίες υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο Τμήμα Χειρουργικής Ογκολογικού στο Πόζναν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση ως προς την ανάπτυξη του όγκου στο μαστό εξαιτίας διαφόρων παραγόντων όπως οι συνθήκες εργασίας, η εμμηνόπαυση, η ηλικία, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έχουν πολύ σημαντικές επιπτώσεις, επειδή μερικοί από τους παράγοντες που συσχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού μπορούν να τροποποιηθούν. Αν αλλάξει ο τρόπος ζωής με την έννοια του να σταματήσει το κάπνισμα και να υπάρξει μια ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με τη σωματική δραστηριότητα, μειώνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης του όγκου (Podkowa et al., 2014).

2. Lifestyle components and primary breast cancer prevention

Breast cancer primary prevention is a high research priority due to the high psychological and economic costs. The disease is a multistep process and several risk factors have been recognized. Over the past three decades numerous studies have investigated the association of lifestyle with breast cancer, showing independent effects of various factors. We report here a summary of the present state of knowledge on the role of lifestyle patterns, such as physical activity, diet, smoking, hormone therapy, and experience of psychological stress in the modulation of breast cancer in women, and discuss commonly accepted biological mechanisms hypothesized as responsible for the associations. The findings indicate that regular physical activity of moderate to vigorous intensity is probably linked with the decreased breast cancer risk among postmenopausal females and suggestive for a decrease of the risk in premenopausal women. In contrast, the consumption of high-fat diet, alcohol intake, and use of combined estrogen and synthetic progestagen hormonal therapy may

increase the risk. Epidemiological findings dealing with a role of smoking and experience of psychological stress are conflicting.

2. Συστατικά του τρόπου ζωής και πρωτοβάθμια πρόληψη καρκίνου του μαστού

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού αποτελεί υψηλή προτεραιότητα για την έρευνα λόγω του υψηλού οικονομικού και ψυχολογικού του κόστους. Η νόσος αποτελεί διαδικασία πολλών σταδίων και έχουν αναγνωριστεί πολλοί παράγοντες κινδύνου. Κατά τη διάρκεια των τριών τελευταίων δεκαετιών πολυάριθμες μελέτες έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση του τρόπου ζωής με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Αναφέρουμε εδώ μια περίληψη της παρούσας κατάστασης της γνώσης σχετικά με το ρόλο του τρόπου ζωής, όπως η σωματική δραστηριότητα, η διατροφή, το κάπνισμα, η ορμονοθεραπεία, και η βίωση ψυχολογικού στρες στη διαμόρφωση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, και συζητάμε κοινά αποδεκτούς βιολογικούς μηχανισμούς που θεωρούνται υπεύθυνοι για τις συσχετίσεις αυτές. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η τακτική σωματική δραστηριότητα μέτριας έως έντονης έντασης είναι πιθανόν να μειώσει το κίνδυνο του καρκίνου του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και υπαινίσσονται μία μείωση του κινδύνου σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αντίθετα, η υψηλή σε λιπαρά διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση οιστρογόνων σε συνδυασμό με συνθετική προγεστερόνη σε ορμονική θεραπεία μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο. Τα επιδημιολογικά ευρήματα που ασχολούνται με το ρόλο του καπνίσματος και την επίδραση του ψυχολογικού στρες είναι αντικρουόμενα (Kruk, 2014).

3. Weight change trajectory in women with breast cancer receiving chemotherapy and the effect of different regimens

AIMS AND OBJECTIVES:

To investigate the trajectory of weight change in Taiwanese women with breast cancer after starting chemotherapy and the impact of chemotherapy regimens on weight change while controlling for age, menopausal status, body mass index, lymph node involvement and changes in habits of dietary fat intake and exercise.

BACKGROUND:

Weight gain after adjuvant chemotherapy in women with breast cancer has negative impact on health outcomes.

DESIGN:

Longitudinal, clinical observational study.

METHODS:

Weights were repeatedly measured in 147 women with breast cancer stages I-III. Hierarchical linear modelling was used to analyse these longitudinal data.

RESULTS:

The overall pattern of weight change was a cubic form beginning with a mean of 56.9 kg before chemotherapy. It gradually increased to 59.4 kg at 8.5 months after the first chemotherapy followed by a decrease to 58.5 kg at 21.5 months. During the last 2.5 months, weight increased slightly and never returned to the initial level. After controlling for confounders, steeper weight change was observed among women receiving cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil. The highest weight gain in the cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil group was 2.9 kg (5%) vs. 0.9 kg (1%) in the anthracycline-based group.

CONCLUSION:

The trajectory of body weight change within two years after chemotherapy shows a trend of gradual ascent, followed by a small decline and a slight increase in the last 2.5 months. The chemotherapy regimen can predict the trend after controlling for other confounders; women on cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil have a steeper weight change.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE:

Nurses can inform women with breast cancer about the expected changes in body weight after chemotherapy to reduce their uncertainty. Future studies on effective interventions to minimise chemotherapy-induced weight gain are needed

3. Η αλλαγή της τροχιάς του βάρους σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού που λαμβάνουν χημειοθεραπεία και η επίδραση των διαφορετικών σχημάτων

Η αύξηση του βάρους μετά από χημειοθεραπεία σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχει αρνητικό αντίκτυπο για την υγεία. Έγινε μια μελέτη για τη διερεύνηση

της πορείας της μεταβολής του σωματικού βάρους στις γυναίκες της Ταϊβάν με καρκίνο του μαστού μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας και τις επιπτώσεις των θεραπευτικών σχημάτων χημειοθεραπείας ως προς την αλλαγή του βάρους. Μετρήθηκε το βάρος σε 147 γυναίκες με καρκίνο του μαστού στο στάδιο I-III. Χρησιμοποιήθηκε ιεραρχική γραμμική μοντελοποίηση για την ανάλυση αυτών των δεδομένων. Τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: το βάρος μιας γυναίκας ήταν κατά μέσο όρο 56.9 κιλά πριν από τη χημειοθεραπεία και αυξήθηκε σταδιακά έως 59.4 κιλά σε 8.5 μήνες ακολουθούμενο από μια μείωση στα 58.5 κιλά στους 21.5 μήνες. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2.5 μηνών το βάρος αυξήθηκε ελαφρά και δεν επέστρεψε ποτέ στα αρχικά επίπεδα. Απότομη αλλαγή βάρους παρατηρήθηκε μεταξύ των γυναικών που έλαβαν κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη και η φθοριοουρακίλη. Η υψηλότερη αύξηση βάρους στην ομάδα που έλαβε κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη και φθοριοουρακίλη ήταν 2.9 κιλά. Το συμπέρασμα είναι ότι το σωματικό βάρος δύο χρόνια μετά από χημειοθεραπείες αυξάνεται σταδιακά. Ακολουθείται από μια μικρή πτώση και μια μικρή αύξηση. Γυναίκες που έλαβαν κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη και φθοριοουρακίλη έχουν πιο απότομη αλλαγή βάρους. Οι νοσηλευτές μπορούν να ενημερώνουν τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού σχετικά με τις αναμενόμενες αλλαγές στο σωματικό βάρος μετά από χημειοθεραπεία. (Liu et al., 2014).

4. Eribulin for the treatment of metastatic breast cancer: an update on its safety and efficacy

Breast cancer remains a leading cause of cancer-related death internationally. Treatment approaches for metastatic breast cancer have evolved in recent years; however chemotherapy remains a core component for the majority of patients. Agents such as anthracyclines and taxanes have been extensively studied and form standard treatment. Eribulin mesylate is a novel synthetic microtubule-directed chemotherapy, based on a naturally-occurring compound. Through phase I studies, eribulin was found to be tolerable and activity was seen in patients with metastatic breast cancer. Phase II studies in metastatic breast cancer further demonstrated its efficacy, with responses and survival which compare favorably with other studied chemotherapy agents. The phase III EMBRACE study showed superior survival for patients treated with eribulin compared with those who received a physician's choice control. This led to its approval for use in many countries in this setting. Its toxicity profile is well

established and manageable for the most part, with the commonest reported toxicities being alopecia, fatigue, neutropenia and peripheral neuropathy. A second reported phase III study comparing eribulin to capecitabine failed to show an improvement in survival in pretreated patients. This article reviews the clinical pharmacology and mechanism of action of eribulin, and summarizes the results of the major preclinical and clinical studies of eribulin in metastatic breast cancer.

4. Εριβουλίνη για τη θεραπεία του μεταστατικού καρκίνου του μαστού: μια ενημέρωση σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες διεθνώς. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για τον μεταστατικό καρκίνο του μαστού έχουν εξελιχθεί τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, η χημειοθεραπεία παραμένει βασική θεραπεία για την πλειοψηφία των ασθενών. Οι ανθρακυκλίνες και τα ταξάνια έχουν μελετηθεί εκτενώς και αποτελούν συνήθη θεραπεία. Σύμφωνα με μελέτη η εριβουλίνη βρέθηκε να είναι αποτελεσματικό σε όλες τις φάσεις και στο μεταστατικό καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με άλλους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που μελετήθηκαν. Η μελέτη έδειξε μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης για τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με εριβουλίνη. Αυτό οδήγησε στην έγκρισή του για χρήση σε πολλές χώρες. Το προφίλ τοξικότητάς της είναι καλά εδραιωμένο και διαχειρίσιμο για το μεγαλύτερο μέρος, με τις συχνότερα αναφερόμενες τοξικότητες να είναι αλωπεκία, κόπωση, ουδετεροπενία και περιφερική νευροπάθεια. Μια δεύτερη αναφερόμενη μελέτη φάσης III σύγκρισης εριβουλίνη με καπεσιταβίνη δεν έδειξε κάποια βελτίωση στην επιβίωση σε ασθενείς που είχαν λάβει προθεραπεία. Αυτό το άρθρο εξετάζει την κλινική φαρμακολογία και το μηχανισμό δράσης της εριβουλίνης, και συνοψίζει τα αποτελέσματα από τις μεγάλες προκλινικές και κλινικές μελέτες της εριβουλίνης σε μεταστατικό καρκίνο του μαστού. (Doherty & Morris, 2015).

5. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors

Breast cancer is a major public health problem in Latin America (LA) and the most common form of cancer among women. An important variability according to ethnicity/race with respect to incidence/mortality, clinical characteristics, and prognosis is observed throughout LA. In addition, women are more likely to develop

breast cancer (BC) at younger age and to be diagnosed at an advanced stage compared to western women. While little is known about specific risk factors, changes in reproductive pattern (parity, breastfeeding) and lifestyle factors including sedentary behaviours, unhealthy diet, and alcohol intake may contribute to the increase of BC incidence. In this paper we give an overview of the burden and patterns of BC, review the leading causes of BC and discuss the possible ways to improve BC prevention and control in LA.

5. Καρκίνος του μαστού στη Λατινική Αμερική: παγκόσμια επιβάρυνση, μοτίβα και παράγοντες κινδύνου

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα για τη δημόσια υγεία στη Λατινική Αμερική και η πιο κοινή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών. Μια σημαντική μεταβλητότητα ανάλογα με την εθνικότητα /φυλή σε σχέση με τη συχνότητα/θνησιμότητα, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την πρόγνωση παρατηρείται στο Λος Άντζελες. Επιπλέον, οι γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε νεαρότερη ηλικία σε σύγκριση με δυτικές γυναίκες. Ενώ λίγα είναι γνωστά σχετικά με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου, ο τρόπος ζωής, συμπεριλαμβανομένης της καθιστικής ζωής, της ανθυγιεινής διατροφής και της πρόσληψης αλκοόλ μπορεί να συμβάλουν στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της ασθένειας. Στην εργασία αυτή δίνουμε μια επισκόπηση της επιβάρυνσης του καρκίνου του μαστού, επανεξετάζουμε τις κύριες αιτίες του και συζητάμε τους πιθανούς τρόπους για τη βελτίωση της πρόληψης και του ελέγχου στο Λος Άντζελες (Amadou et al., 2014).

6. Nutritional and Unhealthy Behaviors in Women With and Without Breast Cancer

Background:

Breast cancer is the most common malignancy in women. Global statistics indicate increasing rates of this cancer. Nutrition, diet, and healthy behaviors are among influential factors in prevalence of breast cancer, and possibly affect its incidence through inflammatory and immune system responses.

Objectives:

This study was designed to compare nutritional and unhealthy behaviors in women with and without breast cancer referred to Mahdiah Imaging Center in Hamadan in 2013.

Patients and Methods:

This cross-sectional study is conducted on 232 women with and without breast cancer referred to Mahdiah Imaging Center of Hamadan, Iran) in 2013 using random sampling method. Data were collected using nutritional and unhealthy behaviors questionnaires, and analyzed with SPSS-17 software using descriptive statistics and Mann-Whitney, independent t, and chi-square tests.

Results:

The mean scores of feeding type in the patients with and without breast cancer was 56.14 and 66.25, respectively. Results obtained from data analysis showed that there was statistically significant difference between the two groups in terms of nutrition ($P < 0.001$), but no relationship was observed between breast cancer and unhealthy behaviors.

Conclusions:

Given the results, improving skills, training and awareness is necessary for women and emphasis on modified diet is recommended as a non-medical option for prevention of breast cancer

6. Διατροφικές και ανθυγιεινές συμπεριφορές γυναικών με και χωρίς καρκίνο του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο κοινή κακοήθεια στις γυναίκες. Παγκόσμια στατιστικά στοιχεία δείχνουν αύξηση των ποσοστών του καρκίνου αυτού. Η διατροφή καθώς και γενικότερα οι υγιείς συμπεριφορές είναι ανάμεσα στους παράγοντες που επηρεάζουν την επικράτηση του καρκίνου του μαστού και είναι πιθανό να επηρεάσουν τις φλεγμονώδεις και ανοσολογικές αποκρίσεις του συστήματος. Σχεδιάστηκε μία μελέτη ώστε να συγκριθεί η διατροφή και οι ανθυγιεινές συμπεριφορές σε γυναίκες με ή και χωρίς καρκίνο του μαστού. Αυτή η συγχρονική μελέτη διεξήχθη το 2013 σε 232 γυναίκες με ή και χωρίς καρκίνο του μαστού χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν βάσει ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων έδειξαν ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο

ομάδων όσον αφορά τη διατροφή ($P < 0.001$), αλλά δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του μαστού και της ανθυγιεινής συμπεριφοράς. Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα, η βελτίωση των δεξιοτήτων, η άσκηση και η ευαισθητοποίηση είναι απαραίτητη για τις γυναίκες και συνιστάται έμφαση στην τροποποιημένη δίαιτα ως μη ιατρική επιλογή για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Ataollahi et al., 2014).

7. Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy?

The objective of this integrative review is to analyze the scientific production addressing the sexuality of women with breast cancer following mastectomy, focused on the effects that the physical discomfort due to cancer treatments have on their sex life. The search included articles published in the period between 2000 and 2009 on the MEDLINE, LILACS and PsycINFO databases, using the following descriptors: mastectomy, breast neoplasms, sexuality, sexual behavior, amputation, psychosexual development, and marital relations. Nine articles were selected, which addressed the effects of the physical discomfort from cancer treatments on the patients' sexuality. The findings revealed that, even when the patient's sex life is intense and fulfilling before the disease, factors such as stress, pain, fatigue, insult to body image, and low self-esteem due to the treatments may alter the sexual functioning of the affected woman. Healthcare professionals must be sensitized in order to welcome and include the topic in policies as well as in preventive, diagnostic, and therapeutic strategies.

7. Μήπως οι φυσικές ταλαιπωρίες από θεραπείες για τον καρκίνο του μαστού επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή;

Στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι να αναλύσει την σεξουαλικότητα των γυναικών με καρκίνο του μαστού μετά από μαστεκτομή, εστιάζοντας στις συνέπειες που η σωματική δυσφορία που οφείλεται σε θεραπείες του καρκίνου προκαλεί στη σεξουαλική ζωή τους. Η αναζήτηση περιλαμβάνει άρθρα που δημοσιεύτηκαν κατά την περίοδο μεταξύ 2000 και 2009 στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους : μαστεκτομή, νεοπλάσματα του μαστού, σεξουαλικότητα, σεξουαλική συμπεριφορά, ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και συζυγικές σχέσεις. Επιλέχθηκαν εννέα άρθρα σχετικά με τις επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα

των ασθενών με καρκίνο λόγω θεραπειών. Τα ευρήματα έδειξαν ότι, ακόμη και όταν η σεξουαλική ζωή της ασθενούς είναι έντονη πριν από την ασθένεια, παράγοντες όπως το στρες, ο πόνος, η κούραση και η χαμηλή αυτοεκτίμηση, μπορεί να επηρεάσουν μια γυναίκα και να μεταβάλλουν τη σεξουαλική της λειτουργία. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ευαισθητοποιηθούν και να συμπεριλάβουν το θέμα στις θεραπευτικές προσεγγίσεις (Cesnik & Dos Santos, 2012).

8. Comparison of clinical characteristics between benign borderline and malignant phyllodes tumors of the breast

BACKGROUND:

Phyllodes tumors of the breast are rare fibroepithelial lesions, so relatively little is known about this disease entity. The present study was designed to identify differences in clinical features between benign borderline and malignant phyllodes tumors.

MATERIALS AND METHODS:

Data from 246 women with phyllodes tumors of the breast treated in Cancer Hospital Chinese Academy of Medical Sciences between 2002 and 2012 were collected and analyzed, including age at presentation, age at treatment, course, size of primary tumor, location, histological type, type of surgery and treatment, local recurrence, distant metastasis, fibroadenoma history, disease-free survival and number of mitosis per 10hpf. There are 125 (55%) benign, 55 (24%) borderline and 47 (21%) malignant tumors.

RESULTS:

In univariate analysis, average age at presentation, average age at treatment, size of primary tumor, ulceration or not, type of primary surgery, distant metastasis and number of mitosis per 10 hpf turned out to be statistically different among the three PT types ($p=0.014$, 0.018 , <0.000 , 0.003 , <0.000 , 0.001 and <0.000 , respectively), while recurrence and disease-free survival (DFS) demonstrated trends for statistical significance ($P=0.055$ and 0.060 , respectively). Multivariate analysis revealed distant metastasis and excision were significantly different in benign, borderline and malignant phyllodes tumors of the breast ($p=0.041$ and 0.018 , $OR=0.061$ and 0.051). At the same time, size of primary tumor with $p=0.052$ tended to be different between

groups (OR=1.127). However, age at treatment, ulceration and DFS showed no statistically significant variation ($p=0.400$, 0.286 and 0.413 , respectively).

CONCLUSIONS:

Benign borderline and malignant phyllode tumors have different distant metastasis risk, different primary tumor size and different surgical procedures, and malignant PTs are more likely to be bigger and to metastasize.

8. Σύγκριση των κλινικών χαρακτηριστικών μεταξύ οριακά καλοηθών και κακοηθών φυλλοειδών όγκων του μαστού

Οι φυλλοειδείς όγκοι του μαστού είναι σπάνια νεοπλάσματα του μαστού. Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε για να εντοπιστούν διαφορές σε κλινικά χαρακτηριστικά μεταξύ καλοηθών και κακοηθών σε οριακά φυλλοειδείς όγκους. Συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν τα στοιχεία από 246 γυναίκες με φυλλοειδείς όγκους του μαστού μεταξύ 2002 και 2012, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας κατά την διάγνωση, ηλικία κατά την θεραπεία, το μέγεθος του πρωτογενούς όγκου, το σημείο εντόπισης, τον ιστολογικό τύπο, το είδος της χειρουργικής επέμβασης και θεραπείας. Υπήρξαν 125 (55%) καλοήθεις, 55 (24%) οριακοί και 47 (21%) κακοήθεις όγκοι. Στην ανάλυση, η μέση ηλικία κατά την εμφάνιση, η μέση ηλικία κατά την θεραπεία, το μέγεθος του πρωτογενούς όγκου, το είδος της πρωτογενούς χειρουργικής επέμβασης, αποδείχθηκαν να είναι στατιστικά διαφορετικά μεταξύ των τριών τύπων PT ($p = 0.014$, 0.018 , <0.000 , 0.003 , <0.000 , 0.001 και $<0,000$, αντίστοιχα). Καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι έχουν διαφορετικό κίνδυνο μετάστασης, διαφορετικό μέγεθος του όγκου και διαφορετικές χειρουργικές διαδικασίες (Wang et al., 2014).

9. The Role of Bisphosphonates in Early – Advanced – Stage Breast Canser: Have We Finally Optimized care?

Bisphosphonates have played an important role in the treatment of breast cancer, mainly in patients with bone metastasis, by reducing the risk of fracture, spinal cord compression, and hypercalcemia. Both oral and intravenous products are available and have strong supporting clinical evidence. Zoledronic acid, the most frequently used intravenous agent, has traditionally been given on a monthly dosing schedule. A novel every-12-weeks maintenance dosing schedule shows clinical equivalence and promises to improve safety, affordability, and quality of care. The Early Breast

Cancer Trialists' Collaborative Group has recently helped clarify the controversial benefit of bisphosphonates in the adjuvant setting. Based on their meta-analysis, we now have strong evidence supporting the use of adjuvant bisphosphonates to help prevent the development of bone metastasis in postmenopausal breast cancer patients, which leads to a significant improvement in breast cancer-specific survival. We eagerly await the full publication of this practice-changing study, which continues the incremental advance of the treatment of patients with breast cancer.

9. Ο ρόλος των διφωσφονικών στο πρώιμο - προχωρημένο - στάδιο καρκίνου του μαστού: έχουμε επιτέλους βελτιστοποιημένη φροντίδα;

Τα διφωσφονικά έχουν παίξει ένα σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, κυρίως σε ασθενείς με μετάσταση στα οστά με τη μείωση του κινδύνου κατάγματος, τη συμπίεση του νωτιαίου μυελού και την υπερασβεστιαμία. Τόσο από το στόμα όσο και ενδοφλέβια προϊόντα είναι διαθέσιμα. Σύμφωνα με το «The Early Breast Cancer Trialists' Collaborative» υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις που υποστηρίζουν τη χρήση διφωσφονικών για να βοηθήσουν στην πρόληψη της ανάπτυξης των οστικών μεταστάσεων σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση με καρκίνο του μαστού, η οποία οδηγεί σε μία σημαντική βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης στον καρκίνο του μαστού. Αναμένεται η πλήρης δημοσίευση αυτής της μελέτης (Blanchette & Pritchard, 2015).

10. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer – specific survival by race and ethnicity in the United States

Importance: Women with early-stage breast cancers are expected to have excellent survival rates. It is important to identify factors that predict diagnosis of early-stage breast cancers.

Objective: To determine the proportion of breast cancers that were identified at an early stage (stage I) in different racial/ethnic groups and whether ethnic differences may be better explained by early detection or by intrinsic biological differences in tumor aggressiveness.

Design, Setting, and Participants: Observational study of women diagnosed with invasive breast cancer from 2004 to 2011 who were identified in the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) 18 registries database (N=452 215). For

each of 8 racial/ethnic groups, biological aggressiveness (triple-negative cancers, lymph node metastases, and distant metastases) of small-sized tumors of 2.0 cm or less was estimated. The odds ratio (OR) for being diagnosed at stage I compared with a later stage and the hazard ratio (HR) for death from stage I breast cancer by racial/ethnic group were determined. The date of final follow-up was December 31, 2011.

Main Outcomes and Measures: Breast cancer stage at diagnosis and 7-year breast cancer-specific survival, adjusted for age at diagnosis, income, and estrogen receptor status.

Results: Of 373 563 women with invasive breast cancer, 268 675 (71.9%) were non-Hispanic white; 34 928 (9.4%), Hispanic white; 38 751 (10.4%), black; 25 211 (6.7%), Asian; and 5998 (1.6%), other ethnicities. Mean follow-up time was 40.6 months (median, 38 months). Compared with non-Hispanic white women diagnosed with stage I breast cancer (50.8%), Japanese women (56.1%) were more likely to be diagnosed (OR, 1.23 [95% CI, 1.15-1.31], $P < .001$) and black women (37.0%) were less likely to be diagnosed (OR, 0.65 [95% CI, 0.64-0.67], $P < .001$). Actuarial risk of death from stage I breast cancer at 7 years was higher among black women (6.2%) than non-Hispanic white women (3.0%) (HR, 1.57 [95% CI, 1.40-1.75]; $P < .001$), and lower among South Asian women (1.7%) (HR, 0.48 [95% CI, 0.20-1.15]; $P = .10$). Black women were more likely to die of breast cancer with small-sized tumors (9.0%) than non-Hispanic white women (4.6%) (HR, 1.96 [95% CI, 1.82-2.12]; $P < .001$); the difference remained after adjustment for income and estrogen receptor status (HR, 1.56 [95% CI, 1.45-1.69]; $P < .001$).

Conclusions and Relevance: Among US women diagnosed with invasive breast cancer, the likelihood of diagnosis at an early stage, and survival after stage I diagnosis, varied by race and ethnicity. Much of the difference could be statistically accounted for by intrinsic biological differences such as lymph node metastasis, distant metastasis, and triple-negative behavior of tumors.

10. Διαφορές στο στάδιο του καρκίνου του μαστού κατά τη διάγνωση και στην επιβίωση από τον καρκίνο ανάλογα με τη φυλή και την εθνικότητα στις ΗΠΑ

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο έχουν μεγάλα ποσοστά επιβίωσης. Είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι παράγοντες που προβλέπουν τη διάγνωση των καρκίνων του μαστού σε πρώιμο στάδιο. Έγινε μελέτη παρατήρησης των γυναικών που διαγιγνώσκονται με διηθητικό καρκίνο του μαστού τη περίοδο 2004-2011. Από 373.563 γυναίκες με διηθητικό καρκίνο του μαστού, 268.675 (71,9%) ήταν μη-ισπανόφωνες, 34.928 (9,4%) Ισπανόφωνες, 38.751 (10,4%) μαύρες, 25.211 (6,7%) Ασιάτισσες και 5.998 (1,6%), από άλλες εθνικότητες. Μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 40,6 μήνες (διάμεσος, 38 μήνες). Σε σύγκριση με τις μη-ισπανόφωνες λευκές γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού σταδίου I (50,8%), οι γιαπωνέζες (56,1%) είχαν περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν και οι μαύρες γυναίκες (37,0%) είχαν λιγότερες πιθανότητες να διαγνωστούν έγκαιρα. Ο κίνδυνος θανάτου από καρκίνο του μαστού σταδίου I σε 7 έτη ήταν υψηλότερος μεταξύ των μαύρων γυναικών (6,2%) από ό, τι σε μη-ισπανόφωνες λευκές γυναίκες (3,0%). Οι μαύρες γυναίκες ήταν πιο πιθανό να πεθάνουν από καρκίνο του μαστού από ό, τι οι μη-ισπανόφωνες λευκές γυναίκες (4,6%). Το συμπέρασμα είναι ότι οι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού, η πιθανότητα της διάγνωσης σε πρώιμο στάδιο και η επιβίωση μετά τη διάγνωση του σταδίου I, ποικίλουν ανάλογα με τη φυλή και την εθνικότητα (Iqbal et al., 2015).

11. The effect of prophylactic mastectomy with reconstruction on quality of life in BRCA positive women

It is presumed that bilateral mastectomy is so far the most efficient way how to prevent development of breast carcinoma among BRCA positive patients. This mutilating intervention might be unacceptable for cosmetic reasons for most women. The purpose of this study was to determine the influence of prophylactic mastectomy on the quality of life of BRCA positive patients by comparing results of psychodiagnostic questionnaire methods before surgical intervention and after it. Our data set consisted of 25 BRCA positive healthy women and 19 BRCA positive women in remission. All these patients underwent a reconstructive surgical intervention after mastectomy. Age of patients was 38-55 years. The following questionnaires were used: Life Satisfaction Questionnaire by J. Fahrenberg, M. Myrtek and E. Brähler, Clinical analysis questionnaire by S. E. Krueger and R. B. Cattell, Impact of Event Scale - Revised by D. S. Weiss and C. R. Marmar.

RESULTS:

Women in remission showed most significant decrease in Financial position category and minor decrease in Work and Employment category and Friends, Acquaintances and Relatives category. Improvement of quality of life was recorded especially in category of Health, Sexuality, Own person, Partnership and in Relationship with own children and there was also a significant improvement to overall life satisfaction. Among healthy patients, there was a significant improvement in category of Health and Own person. Most significant decrease was in dimension of Financial position and Work and employment. Prophylactic mastectomy with reconstruction might be the way of prevention of breast carcinoma because from psychological point of view there is the unambiguously significant fact that there was improvement of perception of own health and own person in both groups of women. These are the quality of life aspects that are considered to be basal and long term stabilizing from the perspective of dynamics of own self and they also systematically influence other aspects of quality of life which are derived from them.

11. Η επίδραση της προφυλακτικής μαστεκτομής με αποκατάσταση του μαστού στην ποιότητα ζωής των γυναικών που είναι θετικές σε BRCA

Η διπλή μαστεκτομή αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο ώστε να αποτραπεί η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού σε BRCA θετικές ασθενείς. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν απαράδεκτη μια τέτοιου είδους επέμβαση για λόγους αισθητικής. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί η επίδραση της προφυλακτικής μαστεκτομής στη ποιότητα ζωής των ασθενών συγκρίνοντας τα αποτελέσματα πριν τη χειρουργική επέμβαση και μετά βάσει ερωτηματολογίου. Το υλικό της μελέτης αποτελούνταν από 25 BRCA θετικά υγιείς γυναίκες και 19 BRCA θετικές γυναίκες σε ύφεση. Όλοι αυτοί οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε επανορθωτική χειρουργική επέμβαση μετά από μαστεκτομή. Η ηλικία των ασθενών ήταν 38-55 ετών. Τα αποτελέσματα ήταν ότι γυναίκες σε ύφεση είχαν μια σημαντική μείωση στην κατηγορία της οικονομικής τους θέσης και μια μικρή μείωση στη κατηγορία των φίλων, εργασίας, γνωστών και συγγενών. Βελτίωση της ποιότητας ζωής καταγράφηκε κυρίως στην κατηγορία υγεία, τη σεξουαλικότητα του ατόμου, και υπήρχε επίσης μια σημαντική βελτίωση ως προς τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή. Μεταξύ υγιών ασθενών, υπήρξε σημαντική βελτίωση της υγείας και της εικόνας για τον εαυτό τους.

Πιο σημαντική μείωση υπήρχε στη διάσταση της οικονομικής θέσης τους, της εργασίας και της απασχόλησης. Η προφυλακτική μαστεκτομή με αποκατάσταση μπορεί να είναι ο τρόπος για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι από ψυχολογική άποψη είναι σημαντικό το γεγονός ότι υπήρξε βελτίωση της αντίληψης της εικόνας του εαυτού και στις δύο ομάδες γυναικών (Spurna et al., 2012).

12. Cancer – related intrusive thoughts predict behavioural symptoms following breast cancer treatment

OBJECTIVE:

Behavioral symptoms are common in breast cancer survivors, including disturbances in energy, sleep, and mood, though few risk factors for these negative outcomes have been identified. Our study examined intrusive thoughts as a predictor of lingering symptoms in breast cancer survivors in the year following treatment.

METHOD:

Data come from the Moving Beyond Cancer psychoeducational intervention trial, aimed at easing the transition from patient to survivor. Women (n = 558) completed psychosocial questionnaires within 4 weeks posttreatment and again 2, 6, and 12 months later. We examined intrusive thoughts about cancer at the baseline assessment as a predictor of fatigue, sleep problems, pain, breast cancer-specific symptoms, depressive symptoms, negative affect, and quality of life using growth curve modeling, controlling for study condition and other covariates.

RESULTS:

Intrusive thoughts were associated with higher levels of all symptoms at baseline and at the 12-month assessment. Intrusive thoughts also influenced the trajectory of pain, depressive symptoms, negative affect, and physical functioning over time; women with higher intrusions at baseline started worse and improved over time, whereas those with lower intrusions remained at a constant, lower level over time. Intrusions were not associated with the trajectory of fatigue, sleep, breast cancer-specific symptoms, or mental functioning; women with higher intrusions at baseline started worse and remained worse over time.

CONCLUSION:

Intrusive thoughts are associated with enduring elevations in behavioral symptoms and impaired quality of life in the year after breast cancer treatment and may be a risk factor for poor outcomes.

12. Οι ενοχλητικές σκέψεις που σχετίζονται με τον καρκίνο προβλέπουν τα συμπεριφορικά συμπτώματα που ακολουθούν τη θεραπεία του καρκίνου

Τα συμπεριφορικά συμπτώματα είναι κοινά σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών στον τομέα της ενέργειας, του ύπνου και της διάθεσης. Εξετάσαμε ενοχλητικές σκέψεις ως προγνωστικό παράγοντα της κόπωσης, των προβλημάτων στον ύπνο, στον πόνο και στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι επίμονες σκέψεις συνδέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα όλων των συμπτωμάτων. Επίμονες αρνητικές σκέψεις επηρεάζουν τη πορεία του πόνου, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τη σωματική λειτουργία σε βάθος χρόνου. Οι γυναίκες με λιγότερο αρνητικές σκέψεις βελτιώθηκαν με την πάροδο του χρόνου, ενώ εκείνες με αρνητικές σκέψεις άργησαν. Συμπέρασμα: Οι επίμονες αρνητικές σκέψεις μειώνουν τη καλή ποιότητα ζωής στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για κακή έκβαση της ασθένειας (Dupont et al., 2014).

13. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study

INTRODUCTION:

Breast cancer (BC) and/or its treatments may affect sexual functioning based on physiological and psychosocial mechanisms. The aim of this study was to prospectively investigate sexual adjustment of BC patients during a follow-up period of one year after mastectomy (ME) or breast conserving therapy (BCT).

METHODS:

In this prospective controlled study, women with BC and an age-matched control group of healthy women completed the Beck Depression Inventory Scale, World Health Organization 5 Well-being scale, Body Image Scale, EORTC QLQ questionnaire, Dyadic Adjustment Scale, Short Sexual Functioning Scale and Specific

Sexual Problems Questionnaire to assess various aspects of sexual and psychosocial functioning before surgery, six months and one year after surgical treatment.

RESULTS:

In total, 149 women with BC and 149 age-matched healthy controls completed the survey. Compared to the situation before surgery, significantly more BCT women reported problems with sexual arousal six months after surgery and significantly more women of the ME group reported problems with sexual desire, arousal and the ability to achieve an orgasm six months and one year after surgery. While in comparison with healthy controls, no significant differences in sexual functioning were found after BCT surgery, significantly more women who underwent ME reported problems with sexual desire, arousal, the ability to achieve an orgasm and intensity of the orgasm.

CONCLUSIONS:

Although little differences were seen in sexual functioning in the BCT group during prospective analyses and in comparison with healthy controls, analyses revealed that women who underwent a ME were at risk for post-operative sexual dysfunctions.

13. Σεξουαλική λειτουργία στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με τη θεραπεία διατήρησης του μαστού για τον καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο: μια προοπτική ελεγχόμενη μελέτη

Ο καρκίνος του μαστού και/ή η θεραπεία του μπορεί να επηρεάσουν τη σεξουαλική λειτουργία εξαιτίας κάποιων σωματικών και ψυχοκοινωνικών μηχανισμών. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σεξουαλική προσαρμογή των ασθενών ένα έτος μετά την μαστεκτομή (ME) ή κατά τη διάρκεια θεραπείας διατήρησης του μαστού (BCT). Σε αυτή την μελέτη, συμμετείχαν γυναίκες με καρκίνο του μαστού και μια ομάδα από υγιείς γυναίκες που συμπληρώσαν ερωτηματολόγια και κλίμακες σχετικά με τη κατάθλιψη, την εικόνα του σώματος, την ποιότητα ζωής, και ένα ειδικό ερωτηματολόγιο για τα σεξουαλικά προβλήματα για να αξιολογήσουν διάφορες πτυχές της σεξουαλικής και της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας πριν από την εγχείρηση, έξι μήνες και έως ένα έτος μετά τη χειρουργική θεραπεία. Συνολικά, 149 γυναίκες με καρκίνο του μαστού και 149 υγιείς γυναίκες ολοκλήρωσαν την έρευνα. Συγκρίνοντας τη κατάσταση πριν την επέμβαση οι περισσότερες γυναίκες με BCT ανέφεραν προβλήματα με τη σεξουαλική διέγερση

έξι μήνες μετά τη χειρουργική επέμβαση και περισσότερες γυναίκες της ομάδας ME ανέφεραν προβλήματα με τη σεξουαλική επιθυμία, τη διέγερση και την δυνατότητα να πετύχουν έναν οργασμό έξι μήνες και ένα χρόνο μετά την επέμβαση. Συμπερασματικά λοιπόν, οι διαφορές μεταξύ γυναικών με καρκίνο του στήθους και υγιών γυναικών ήταν ελάχιστες ενώ γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ME βρίσκονταν σε κίνδυνο να εμφανίσουν μετεγχειρητικά σεξουαλικές δυσλειτουργίες (Aerts et al., 2014).

14. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy

BACKGROUND:

Sexual dysfunction is a medical condition that can lead to relationship issues as well as depression and has a somatoform basis. It is estimated to affect 49 % of Brazilian women. Studies have shown that both cancer diagnosis and its surgical treatment (mastectomy) affect women psychologically and can lead to psychiatric disorders. The aim of this study was to evaluate and compare sexuality in women who underwent mastectomy alone with those who underwent breast reconstruction after mastectomy.

METHOD:

This descriptive transversal study analyzed two groups of patients, one with 17 women after mastectomy alone and another with 19 women who underwent breast reconstruction post mastectomy. The patients ranged in age from 18 to 60 years old. The exclusion criteria were illiteracy; ongoing chemotherapy, radiotherapy, or psychiatric treatment; or if any surgery had been performed the previous year. All patients were from the Gynecology and Plastic Surgery Department of the Federal University of São Paulo. They voluntarily answered the FSFI (Female Sexual Function Index) questionnaire. Statistical analyses were performed using Student's t test and Pearson's coefficient, and the significance level used was $p < 0.05$.

RESULTS:

Data showed a lower FSFI score for the mastectomy-alone group compared to the breast reconstruction group (median = 10.15 ± 2.636 and 22.44 ± 3.055 , respectively; $p = 0.0057$). There was no relationship established between the scores and postoperative time (post, $p = 0.9382$; pre, $p = 0.2142$) or between scores and remuneration income (post, $p = 0.7699$; pre, $p = 0.5245$), stable relationship (post, $p =$

0.2613; pre, $p = 0.5245$), and age (post, $p = 0.3951$; pre, $p = 0.8427$) for both groups. Mean age has shown no significant difference ($p = 0.4740$; median post = 47.71 ± 2.012 ; median pre = 46.69 ± 1.809).

CONCLUSION:

An improvement in sexual function has been observed in patients who underwent breast reconstruction after mastectomy, probably as a result of better self-esteem as well as body image, both of which are affected by a mastectomy. The aesthetic results were evaluated using a questionnaire, and all the patients answered positively.

14. Η σεξουαλικότητα μετά από αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι μία πάθηση που επηρεάζει θέματα σχέσεων, ως αποτέλεσμα κατάθλιψης αφού σωματοποιείται. Εκτιμάται ότι επηρεάζει το 49% των γυναικών της Βραζιλίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι τόσο η διάγνωση του καρκίνου όσο και η χειρουργική θεραπεία του (μαστεκτομή) επηρεάζουν τις γυναίκες ψυχολογικά και μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχιατρικές διαταραχές. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει και να συγκρίνει τη σεξουαλικότητα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή με εκείνες που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή. Χρησιμοποιήθηκαν δύο ομάδες ασθενών, 17 γυναίκες μετά από μαστεκτομή και 19 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση μαστού μετά από μαστεκτομή. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 18 έως 60 ετών. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν μόνο σε μαστεκτομή είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από αυτές που έκαναν αποκατάσταση του μαστού. Προκύπτει λοιπόν το συμπέρασμα ότι η σεξουαλική λειτουργία βελτιώθηκε στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αποκατάσταση του μαστού χάρη στη καλύτερη εικόνα που είχαν για το σώμα τους και την καλύτερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με γυναίκες που υποβλήθηκαν μόνο σε μαστεκτομή (Neto et al., 2013).

15. Physical therapy after prophylactic mastectomy with breast reconstruction: a prospective randomized study

INTRODUCTION:

The rate of prophylactic mastectomies (PM) is increasing. Patients generally report high levels of health related quality of life and satisfaction after the procedure,

whereas body image perception and sexuality may be negatively affected. The aim of the study was to evaluate the interest in physical therapy as a means of improving body image and sexuality in women after PM.

PATIENTS AND METHODS:

Patients undergoing PM at Karolinska University Hospital between 2006 and 2010 were eligible. The following patient-reported outcome measures were used at study baseline and 2 years postoperatively: the body image scale (BIS), the sexual activity questionnaire (SAQ), the short-form health survey (SF-36), the hospital anxiety and depression scale (HAD), and a study specific "pain/motion/sensation scale".

RESULTS:

Out of 125 patients invited to participate in this prospective randomized study, 43 (34%) consented and were randomized into the intervention (n = 24, 56%) or control (n = 19, 44%) groups. There were no statistically significant between-group differences found with respect to BIS, SAQ, SF-36, HAD, and "pain/motion/sensation". Two years postoperatively, more than half of the patients in both groups reported problems like feeling less attractive, less sexually attractive, their body feeling less whole, and being dissatisfied with their body. A majority marked a decreased sensation in breast area.

CONCLUSION:

The interest in a physiotherapy intervention was limited among women who had undergone PM. The intervention did not show any substantial effects. A large proportion of patients reported specific body image related and pain/motion/sensation problems postoperatively

15. Φυσικοθεραπεία μετά από προφυλακτική μαστεκτομή με αποκατάσταση του μαστού: μια προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη

Το ποσοστό προφυλακτικής μαστεκτομής (PM) αυξάνεται. Οι ασθενείς γενικά αναφέρουν υψηλά επίπεδα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση τους μετά την επέμβαση, ενώ η αντίληψη της εικόνας του σώματος και η σεξουαλικότητα μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το ενδιαφέρον για τη φυσική αγωγή ως μέσο βελτίωσης της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικότητας στις γυναίκες μετά από μαστεκτομή. Επιλεχτήκαν 125 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή μεταξύ 2006 και 2010.

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για το άγχος, τη κατάθλιψη, τη σεξουαλική δραστηριότητα και την εικόνα του σώματος. Περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών ανέφεραν προβλήματα, όπως ότι νιώθουν λιγότερο ελκυστικές σεξουαλικά και είναι δυσαρεστημένες με το σώμα τους. Συμπερασματικά, η παρέμβαση της φυσικής δραστηριότητας δεν είχε κάποιο ουσιαστικό αντίκτυπο στις γυναίκες (Unukovych et al., 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία και έχοντας μελετήσει το θέμα, μπορούν να εξαχθούν κάποια συμπεράσματα. Ο καρκίνος του μαστού είναι μάζες που δημιουργούνται από τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων (Buckman & Whittaker, 2000). Αν και αυτή τη στιγμή υπάρχουν τρόποι για να περιορισθεί η μάστιγα, δεν μπορεί να λυθεί ριζικά το πρόβλημα διότι η αιτία του παραμένει άγνωστη (Φύσσας, 2006). Σύμφωνα με την Χαράτση- Γιωτάκη (2010) η ηλικία, η κληρονομικότητα, η διάρκεια της εμμηνορρυσιακής ζωής, η μαστεκτομή, η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία καθώς και η διατροφή είναι παράγοντες που κάνουν το άτομο πιο ευάλωτο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Έρευνες και μελέτες που έγιναν, έδειξαν ότι ο καρκίνος του μαστού παραμένει η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο σε γυναίκες (Doherty & Morris, 2015). Η αλλαγή του τρόπου ζωής, με την έννοια του να σταματήσουν ασθενείς το κάπνισμα και να υπάρξει μία ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με τη σωματική δραστηριότητα, μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του όγκου (Podkowa et al., 2014). Ο Liu et al. (2014) με βάση τη μελέτη τους υποστηρίζουν ότι το σωματικό βάρος δύο χρόνια μετά από χημειοθεραπείες αυξάνεται σταδιακά, ειδικά γυναίκες που έχουν λάβει κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη και φθοριοουρακίλη παρατηρούν αιφνίδια αλλαγή στο βάρος τους. Η χημειοθεραπεία παραμένει βασική θεραπεία για την πλειοψηφία των ασθενών, καθώς οι ανθρακυκλίνες και τα ταξάνια αποτελούν παράλληλα συνήθη θεραπεία (Doherty & Morris, 2015). Τα διφωσφονικά έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις που υποστηρίζουν πως η χρήση τους βοηθά στην πρόληψη της ανάπτυξης των οστικών μεταστάσεων σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση με καρκίνο του μαστού (Blanchette & Pritchard, 2015). Τέλος, οι επίμονες αρνητικές σκέψεις όπως υποστηρίζουν ο Dupont et al. (2014), μειώνουν τη καλή ποιότητα ζωής στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού και μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για κακή έκβαση της ασθένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ:

- Αδαμακίδου,Θ. & Κουτσοπούλου, Β., 2003. Αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή – Ο ρόλος των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 42, σελ. 308-315.
- Αποστολίδης, Π., 1997. *Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
- American Joint Committee., 2008. «Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού». Στο: *Πάνω απ' όλα γυναίκα. Οδηγός για τον καρκίνο του μαστού*. Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού. Αθήνα: Εκδόσεις Διόπτρα.
- Βούλγαρης, Ε., Θανοπούλου, Ε., Κρικέλης, Δ., Λαζαρίδης, Γ., & Τσουκαλάς, Ν., (επιμ.-μετφρ) 2013. *Καρκίνος του μαστού: Ένας οδηγός για ασθενείς. Πληροφορίες για ασθενείς βασισμένες στις κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πρακτικής της ESMO*. Reliable cancer therapies – European Society for Medical Oncology – Anticancer Fund.
- Γιαννακού, Κ. & Κνέκνας, Ε., 2014. Η επίδραση της αποκατάστασης του μαστού σε γυναίκες μετά από μαστεκτομή σε σχέση με την ποιότητα ζωής. *Νοσηλευτική*, 53(2), σελ. 133-140.
- Γομπάκη, Κ. & Τζιτζίκας, Ι., 2008. *Αρχές Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Guyton, A., 2004. *Φυσιολογία Του Ανθρώπου*. Μτφρ., Ευαγγέλου, Α., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Κωνσταντινίδης, Θ. & Φιλαλήθης, Α., 2013. Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο. *Νοσηλευτική*, 52(2), σελ. 117-130.
- Lemone, P. & Burke, K., 2006. *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*. Μτφρ., Παναουδάκη-Μπροκαλάκη, Η., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Lowdermilk, D., Perry, S. & Cashion, K., 2013. *Maternity Nursing*. Μτφρ., Λυκερίδου, Α. & Δελτσίδου, Α., 8^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Μάλλιου, Σ., Αγνάντη, Ν., Παυλίδης, Ν., Καππάς, Α., Κριαράς, Ι., & Γερουλάνος, Σ., 2006. Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(3), σελ. 260-278.
- Μαρκέτος, Σ., 1993. *Ιστορία της Ιατρικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα.

- Μπονάτσος, Γ., Κακλαμάνος, Ι. & Γολεμάτης, Β., 2011. *Χειρουργική Παθολογία*. 4^η Έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.
- McGeown, J. G., 2008. *Συνοπτική Φυσιολογία Του Ανθρώπου*. Μτφρ., Μολυβδάς, Π., Γουργουλιάρης, Κ. & Χατζηευθυμίου, Α., Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Α.Ε.
- Παπαγιαννόπουλος, Γ., 1992. *Θέματα ιστορίας της Ιατρικής*. Ιωάννινα.
- Πινακίδης, Μ. & Μπόντης, Α., 1993. *Καρκίνος Μαστού*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών University Studio Press.
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. & Πάνου, Μ., 2006. *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: Νοσηλευτικές Διαδικασίες*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα ΜΕΠΕ.
- Τζωρακολευθεράκης, Ε., 1996. *Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Φύσσας, Γ., 2006. *Ο Μαστός και Οι Παθήσεις Του*. Αθήνα: Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη.
- Χαράτση-Γιωτάκη, Ε., 2010. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές & Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

- Abbaszadeh, A., Ehsani, SR., Begjani, J., Kaji, MA., Dopolani, FN., Nejati, A., Mohammadnejad, E., 2014. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, p. 18.
- Aerts, L., Christiaens, MR., Enzlin, P., Neven, P., Amant, F., 2014. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast*, 23 (5), p. 629-636.
- Alicikus, AZ., Gorken, IB., Sen, RC., Kentli, S., Kinay, M., Alanyali, H., Harmancioglu, O., 2009. Psychosexual and body image aspects of quality of life in turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori Jurnal*, 95 (2), p. 133-270.
- Amadou, A., Torres-Mejia, G., Hainaut, P., Romieu, I., 2014. Breast cancer in Latin America: global burden, patterns, and risk factors. *Salud Publica de Mexico*, 56 (5), p. 547-54.
- American Cancer Society, 2014b. *Breast Cancer*. USA: American Cancer Society.

- Ataollahi, M., Sedighi, S., Masoumi, S.Z., 2014. Nutritional and unhealthy behaviors in women with and without breast cancer. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 5 Sep., 16 (9), p. 19684.
- Barclay, JS., Blackhall, LJ., Tulsky, JA., 2007. Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News. *Journal of Palliative Medicine*, 10 (4), p. 958-977.
- Blanchette, P.S., Pritchard, K.I., 2015. The Role of Bisphosphonates in Early – Advanced – Stage Breast Cancer: Have We Finally Optimized care? *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 15 Jan., 29 (1), p. 203345.
- Carlson, RH., 2004. How much impact does breast cancer have on sexual function? *Oncology Times UK*, 1 (10), p. 21.
- Cesnik, V.M., Dos Santos, M.A., 2012. Do the physical discomforts from breast cancer treatments affect the sexuality of women who underwent mastectomy? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (4), p. 1001- 8
- Charif, A.B., Bouhnik, A.D., Rey, D., Provonsal, M., Courbiere, B., Spire, B., Mancini, J., 2015. Satisfaction with fertility- and sexuality-related information in young women with breast cancer – ELIPPSE40 cohort. *Bio Med Central Cancer*, 15 (1), p. 572.
- Cianfrocca, M., Goldstein, L.J., 2004. Prognostic and predictive factors in early-stage breast cancer. *The Oncologist*, 9, p. 606-616.
- de Boer, M., van Dijck, JA., Bult, P., Borm, GF., Tjan-Heijnen, VC., 2010. Breast cancer prognosis and occult lymph node metastases, isolated tumor cells, and micrometastases. *Journal of the National Cancer Institute*, 102 (6), p.410-25.
- Doherty, M.K., Morris, P.G., 2015. Eribulin for the treatment of metastatic breast cancer: an update on its safety and efficacy. *International Journal of Women's Health*, 7, p. 47-58.
- Dupont, A., Bower, JE., Stanton, AL., Ganz, PA., 2014. Cancer – related intrusive thoughts predict behavioural symptoms following breast cancer treatment. *Health Psychology*, 33 (2), p. 155- 163.
- Hayes, DF. 2006. «Breast cancer». In: M. K., Gospodarowicz, B., O'Sullivan, L. H., Sobin, et al. (Eds.), (2006). *Prognostic Factors in Cancer*. (3rd Edition). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.. 27: p. 207-12.
- Henson, HK., 2002. Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 20 (4), p. 261-275.

- Hordern, A., 2000. Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23 (3), p. 230-236.
- Hordern, A., Street, A., 2007. Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer: the patient perspective. *Cancer Nursing*, 30 (6), p. 11-8.
- International Agency for Research in Cancer – IARC, WHO, 2013. *Latest world cancer statistics*. Press Release No 223. Geneva, 12 December 2013.
- Iqbal, J., Ginsburg, O., Rochon, P.A., Sun, P., Narod, S.A., 2015. Differences in breast cancer stage at diagnosis and cancer – specific survival by race and ethnicity in the United States. *Journal of American Medical Association*, 313 (2), p. 165-73.
- Karpozilos, A., Pavlidis, N., 2004. The treatment of cancer in Greek antiquity. *European Journal of Cancer (Oxford, England:1990)*, 40 (14), p. 2033-40.
- Kruk, J., 2014. Lifestyle Components and Primary Breast Cancer Prevention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (24), p. 10543-10555.
- Liu, L.N., Wen, F.M., Miaskowski, C., Lin, Y.C., Wang, I.S., Chen, M.L., 2014. Weight change trajectory in women with breast cancer receiving chemotherapy and the effect of different regimens. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (19-20), p. 2757-68.
- Lonning, P.E., 2007. Breast cancer prognostication and prediction: are we making progress? *Annals of Oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology/ESMO*, 18 (8), p. 3-7.
- Mendelsohn, S., 2003. *A woman's breast self-exam journal*. Victoria, Canada: Trafford Publishing.
- Neto, M.S., de Aguiar Menezes, M.V., Moreina, J.R., Garcia, E.B., Abla, L.E., Ferreira, L.M., 2013. Sexuality after breast reconstruction post mastectomy. *Aesthetic Plastic Surgery*, 37 (3), p. 643-647.
- Podkowa, N., Komasińska, P., Roszak, M., Gryczka, R., Grodecka- Gazdecka, S., Lacka, K., 2014. Health behaviours among women diagnosed with breast tumours. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 37 (219), p. 153-8.
- Royal College of Nursing, 2013. *Breaking Bad News: supporting parents when they are told of their child's diagnosis. RCN guidance for nurses, midwives and health visitors*. London, RCN Publication

- Safarinejad, MR., Shafiei, N., Safarinejad, S., 2013. Quality of life and sexual functioning in young women with early – stage breast cancer 1 year after lumpectomy. *Psycho-oncology*, 22 (6), p. 1242-8.
- Sakorafas, GH., Safioleas, M., 2009. Breast cancer surgery: an historical narrative. Part I. from prehistoric times to Renaissance. *European Journal of Cancer Care*, 18 (6), p. 530-44.
- Schover, LR., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., Kiserud, CE., 2014. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *European Journal of Cancer Supplements*, 12 (1), p. 41-53.
- Spurna, Z., Drazan, L., Foretoval, L., Dvorska, L., 2012. The effect of prophylactic mastectomy with reconstruction on quality of life in BRCA positive women. *Klinicka Onkologie*, 25, p. 74-77.
- Tripathy, D., Eskenazi, L.B., Goodson, W.H., et al., 2008. Breast. In: A.H., Ko, M., Dollinger, & E. Rosenbaum, (2008). *Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day*. (5th Edition). Kansas City: Andrews McMeel Publishing. pp. 473-514.
- Unukovych, D., Johansson, H., Johansson, E., Arver, B., Liljegren, A., Brandberg, Y., 2014. Physical therapy after prophylactic mastectomy with breast reconstruction: a prospective randomized study. *Breast*, 23 (4), p. 357-363.
- Vieira, EM., Santos, DB., Santos, MA., Giami, A., 2014. Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 22 (3), p. 408-414.
- Wang, H., Wang, X., Wang, C.F., 2014. Comparison of clinical characteristics between benign borderline and malignant phyllodes tumors of the breast. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (24), p. 10791- 10795.
- Warnock, C., Tod, A., Foster, J., Soreny, C., 2010. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7), p. 1543-1555.
- Wengstrom, Y., & Forsberg, C., 2001. Coping with radiation therapy: strategies used by women with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 4, p. 264-271.
- Young, R.E. 2013. The history of breast cancer surgery: Halsted's radical mastectomy and beyond. *Australian Medical Student Journal*, 4 (1), p. 53-55.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ:

- American Cancer Society, 2014a. *Evolution of cancer treatments: Surgery*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/the-history-of-cancer-cancer-treatment-surgery> (πρόσβαση: 05/01/16)
- American Cancer Society, 2014c. *Sexuality after breast cancer*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-after-sexuality> (πρόσβαση: 20/01/16)
- Breastcancer.org, 2016. *The five steps of breast self-exam*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: http://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self_exam/bse_steps (πρόσβαση: 22/01/16)
- Canadian Cancer Society, 2016. *Screening for breast cancer*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/breast/screening/?region=on> (πρόσβαση: 15/01/16)
- IARC, 2016. GLOBOCAN 2012: *Breast cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (πρόσβαση: 05/01/16)
- World Health Organization – WHO, 2016. *Breast cancer: prevention and control: Breast cancer burden*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html> (πρόσβαση: 05/01/16)