

Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ
&
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΑΝΟΥΕΛΑ ΜΠΛΟΚΟΥ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Ε. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ.5
➤ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	σελ.6
➤ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	σελ.7

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ	σελ.8
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	σελ.12
3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	σελ.16
3.1. ΑΙΤΙΑ	σελ.16
3.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	σελ.19
3.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	σελ.20
3.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	σελ.21
3.5. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ	σελ.21
4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	σελ.25
5. ΠΡΟΛΗΨΗ	σελ.26
6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.27
6.1. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ	σελ.27
6.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	σελ.28

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	σελ.31
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	σελ.33
3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	σελ.35
4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	σελ.36

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	σελ.38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται να κατανοηθεί η ασθένεια του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες. Σύμφωνα με τα δεδομένα των μέχρι τώρα ερευνών, ο καρκίνος του μαστού είναι μια ασθένεια που προσβάλλει εκατομμύρια γυναίκες στον πλανήτη. Ο καρκίνος του μαστού ακόμα δεν μπορεί να γιατρευτεί ολοκληρωτικά. Οι γυναίκες θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικές και να υποβάλλονται συχνά σε εξετάσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του καρκίνου του μαστού στην αντιμετώπιση και την ψυχολογική υποστήριξη. Η πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος μιλάει για την ανατομία, την φυσιολογία και την παθολογία του μαστού. Επίσης αναφέρεται η πρόγνωση, πρόληψη και θεραπεία της νόσου. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζω το ρόλο του νοσηλευτή στη διάγνωση και στη θεραπεία. Καθώς επίσης την εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου και την ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Τέλος, στο τρίτο μέρος της πτυχιακής εργασίας τοποθέτησα κάποια νέα δεδομένα για τον καρκίνο του μαστού.

Λέξεις κλειδιά:

- Καρκίνος μαστού και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις
- Καρκίνος μαστού και άγχος
- Καρκίνος μαστού και η έγκαιρη διάγνωση
- Καρκίνος μαστού και Επαγγελματίες Υγείας
- Καρκίνος μαστού και κλινική εικόνα
- Καρκίνος μαστού και έρευνα

SUMMARY

This study attempts to understand the disease of breast cancer in women. According to the data of the investigations so far, breast cancer is a disease that affects millions of women on this planet. Breast cancer still can not be cured completely. Women should be particularly careful and often undergo examinations. The purpose of this study was to investigate the breast cancer in the treatment and psychological support. The thesis is divided into three parts. The first part tells the anatomy, physiology and pathology of the breast. Also it is referred to the prognosis, prevention and treatment of disease. In the second part I present the role of the nurse in the diagnosis and treatment. As well as the assessment of the condition of the patient and the psychological support. Finally, on the third part of the thesis I put some new data on breast cancer.

Keywords:

- Breast cancer and Nursing Interventions
- Breast cancer and anxiety
- Breast cancer and early diagnosis
- Breast Cancer and Health Professionals
- Breast cancer and clinical picture
- Breast cancer and research

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αγαπημένο γυναικείο όργανο είναι ο μαστός. Υπήρξε πηγή έμπνευσης για τους ζωγράφους, τους γλύπτες, τους ποιητές, φωτογράφους και τους σκηνοθέτες. Από την αρχαιότητα αποτέλεσε αντικείμενο θαυμασμού για όλους τους σκηνοθέτες. Από την αρχαιότητα αποτέλεσε αντικείμενο θαυμασμού για όλους τους άντρες και έγινε σύμβολο θηλυκότητας για όλες τις γυναίκες. Ο υγιής μαστός καθορίζει την γονιμότητα μιας γυναίκας και δημιουργεί άρρηκτο δεσμό ανάμεσα σε μητέρα και βρέφος. Ωστόσο, συχνά σε μια γυναίκα ο μαστός από σύμβολο θηλυκότητας μετατρέπεται σε σύμβολο οδύνης καθώς φιλοξενεί τον πιο συχνό καρκίνο του γυναικείου σώματος και πολλές άλλες απλούστερες παθήσεις. Οι παθήσεις του μαστού αποτελούν σημαντικό θέμα στην εποχή μας, αφού απασχολούν το ήμισυ σχεδόν του πληθυσμού. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς και είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Η λέξη και μόνο «καρκίνος» προκαλεί σε πολύ κόσμο φόβο και αποστροφή. Κάποιοι μάλιστα προσπαθούν να ξορκίσουν τη νόσο με το να μην προφέρουν το όνομα της και κάποιοι άλλοι αποφεύγουν τον έλεγχο προτιμώντας την άγνοια, τακτικές επικίνδυνες και αναποτελεσματικές

Η Ιατρική μπορεί να έχει κάνει μεγάλα άλματα σήμερα γιατρέυοντας κάποιες μορφές καρκίνου όχι όμως και τον προχωρημένο καρκίνο μαστού. Δυστυχώς, δε διαθέτουμε το «μαγικό» χάπι που θα παίρνει μια γυναίκα την επόμενη μέρα από την διάγνωση του καρκίνου και θα γίνεται καλά. Υπάρχουν αυτή την στιγμή τρόποι να περιοριστεί η μάστιγα, όχι όμως και να λυθεί ριζικά το πρόβλημα, αφού την αιτία του την αγνοούμε. Αν εξαιρέσουμε τις εξαρχής πολύ επιθετικές μορφές καρκίνων, για τις οποίες ούτως ή άλλως δεν μπορεί η ιατρική να προσφέρει και πολλά θα ήταν δυνατόν να ελαττώσουμε σημαντικά τους θανάτους από καρκίνο του μαστού με έγκαιρη διάγνωση. Ένας παράγοντας στον οποίο η Ευρώπη βρίσκεται στο σωστό δρόμο η Ελλάδα όμως όχι. Τέλος, θα πρέπει να τονίσουμε ότι κάθε ογκίδιο που ψηλαφάτε στο μαστό δεν σημαίνει ότι πρόκειται υποχρεωτικά για καρκίνο, είναι όντως φορές πιθανότερο να πρόκειται για μια συνηθισμένη κακοήθη πάθηση (Φύσσας, 2006).

➤ Ιστορική Αναδρομή

Η συχνότητα των νόσων του μαστού, η αναγνώρισή τους και οι πρωτόγονες προσπάθειες για θεραπεία τους, διαφόρων λαών και πολιτισμών, χρονολογικά προηγούνται της θεραπείας νόσων άλλων συμπαγών οργάνων. Οι νόσοι του μαστού, με τις αβέβαιες αιτίες και τις συγκεκριμένες θεραπείες, έχουν τραβήξει το ενδιαφέρον ιατρών και ιστορικών για πολλούς αιώνες. Παρά τις θεωρητικές περιελίξεις και το επιστημονικό ενδιαφέρον αιώνων, ο καρκίνος του μαστού παραμένει μια από τις φοβερές ανθρώπινες αρρώστιες. Ο μαστός, ως διπλό όργανο, αυξάνει τον κίνδυνο έκθεσής του σε ασθένειες. Επίσης, ως προσάρτημα του δέρματος, συνήθως εκθέτει τις διαταραχές του σε θέα ή ψηλάφηση. Στον καρκίνο μαστού, δεν υπάρχει αίσιο τέλος όπως σε άλλες νόσους όπου αιτίες και θεραπείες έχουν βρεθεί. Πρόοδος βέβαια έχει σημειωθεί, ίσως όμως περισσότερο για να απαλύνει τον πόνο και τη φρίκη που ερημώνει το σώμα και την ψυχή.

Όγκοι μαστού είχαν ήδη περιγραφεί από τους Αιγυπτίους χιλιάδες χρόνια π.Χ. Μετά το 460 π.Χ. Έλληνες και αργότερα Ρωμαίοι μελετητές περιέγραψαν θανατηφόρους όγκους του μαστού, των οποίων η συχνότητα ήταν άγνωστη. Μια ενδιαφέρουσα και καλά τεκμηριωμένη περίπτωση καρκίνου του μαστού περιγράφει ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) συσχετιζόμενη με αιματηρό έκκριμα της θηλής. Η ασθενής πέθανε όταν το έκκριμα σταμάτησε. Ο Ιπποκράτης συσχέτισε τον καρκίνο του μαστού με την εμμηνόπαυση και με την σκληρία των λεμφαδένων. Αναμφίβολα, η Ευρωπαϊκή ιατρική έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελληνική και η μεταπήδηση στην σύγχρονη ιατρική λαμβάνει χώρα στο δεύτερο μισό του δέκατου πέμπτου αιώνα. Στο τέλος του δέκατου ένατου αιώνα στην Αμερική, ο Halsted και σχεδόν ταυτόχρονα ο Meyer, περιγράφουν την ριζική μαστεκτομή, η οποία και παραμένει η σταθερή μέθοδος χειρουργικής θεραπείας για περίπου εβδομήντα χρόνια, μέχρι την έλευση συντηρητικότερων χειρουργικών τεχνικών και πολυπαραγοντικών θεραπειών του εικοστού αιώνα. Μπορούμε να πούμε πως στο δεύτερο μισό του αιώνα μας υπάρχει μια αξιοσημείωτη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του καρκινοπαθούς και ειδικά αυτού με καρκίνο μαστού. Είναι τόσες πολλές και τόσο γοργές οι αλλαγές και περιλαμβάνουν τόσα πολλά ινστιτούτα και ανθρώπους που είναι αδύνατον κάποιος να τις απαριθμήσει. Η μαστογραφία και η σταδιοποίηση του καρκίνου αποτελούν δύο από τις σημαντικότερες εξελίξεις. Στο κατώφλι του εικοστού πρώτου αιώνα, η κατανόηση του ρόλου των ογκογονιδίων και η εφαρμογή της γενετικής θεραπείας, μας εισάγουν στην νέα εποχή των πολλαπλών και διάφορων θεραπευτικών επιλογών (Δημητρακάκης & Κεραμόπουλος, 2000).

➤ **Επιδημιολογία**

Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου, ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες εμφανίζεται σπανιότατα. Κατά την πενταετία 1981-1985 προκάλεσε 5757 θανάτους γυναικών, ενώ μόνο 22 θανάτους ανδρών. Με άλλα λόγια το 17% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες οφειλόταν σε καρκίνο του μαστού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες ήταν μόλις 0,04%.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1151 θανάτων ανά έτος, ακολουθούμενος από τους καρκίνους στομάχου και πνεύμονος με μέσους όρους θανάτων ανά έτος 563 και 551 αντίστοιχα.

Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής, αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Διαχρονικά η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα αυξάνει κατά 4% ετησίως κατά μέσο όρο κατά την τελευταία εικοσαετία. Στους ειδικούς κατά ηλικία δείκτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αυξάνεται περισσότερο στις ηλικίες μεταξύ 45 και 65 ετών και είναι μεγαλύτερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που γεννήθηκαν το 1987, ένα 10% θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής του, ενώ ένα 3% θα πεθάνει από τον καρκίνο του μαστού. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ ο καρκίνος του μαστού ήταν η πρώτη αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μέχρι το έτος 1985, που ξεπεράστηκε από τον καρκίνο του πνεύμονα, και σήμερα αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο.

Μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση καρκίνου του μαστού σε χώρες όπου ο καρκίνος του μαστού είναι συχνός, εμφανίζουν μετά τη δεύτερη γενεά μεγαλύτερη επίπτωση, προσομοιάζουσα με αυτή του υπόλοιπου πληθυσμού.

Ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνει σταθερά με την ηλικία πάνω από τα 35 χρόνια. Έτσι καρκίνος του μαστού κάτω από τα 25 είναι σπάνιος, μετά τα 30 εμφανίζει γοργή αύξηση της συχνότητας εμφάνισης, στα χρόνια της εμμηνόπαυσης παρουσιάζεται κάποια ύφεση και μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα εμφάνισης αυξάνει σταθερά. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του μαστού παρουσιάζεται στις ηλικίες 40 μέχρι 75 ετών, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι από καρκίνο του μαστού σημειώνονται στις ηλικίες 45 μέχρι 80 ετών (Πινακίδης & Μπούτης, 1993).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. ANATOMIA

Ο μαστός υπάρχει και στα δύο φύλα, αν και στον άνδρα είναι υποανάπτυκτος. Στη γυναίκα αναπτύσσεται κατά και μετά την ήβη και φτάνει στη μέγιστή του ανάπτυξη κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας (Τζωρακολευθεράκης, 1992).

Στο μεγαλύτερο μέρος του ο μαζικός αδένας αναπτύσσεται επάνω από το μείζονα θωρακικό μυ και στο μικρότερο, προς τα έξω και πλάγια τμήμα του, απάνω από τον πρόσθιο οδοντωτό (Μακρόπουλος, 2007).

Κατά την εφηβεία, συνήθως μεταξύ 10 και 15 ετών, αναπτύσσεται και αρχίζει να χρωματίζεται το σύμπλεγμα θηλής-άλω. Συγχρόνως, δημιουργείται κάτω από την άλω, μια δισκοειδής μάζα από μαζικό ιστό, η οποία θα αναπτυχθεί τα επόμενα χρόνια για να σχηματίσει τον προβάλλοντα μαστό της ενήλικης γυναίκας. Αυτός ο ‘‘δισκοειδής’’ μαζικός αδένας, ειδικά επειδή συνήθως εμφανίζεται πρώτα ετερόπλευρα και ακολουθεί μετά μερικούς μήνες η εμφάνιση και στην άλλη πλευρά και συνοδεύεται από μικρή ενόχληση-πόνο, εκλαμβάνεται πολλές φορές λανθασμένα ως ‘‘νόσος’’, άλλοτε ως όγκος και άλλοτε ως μαστίτιδα.

Όσο το στήθος μεγαλώνει, οι αρχικοί πόροι αναπτύσσονται, διακλαδώνονται και σχηματίζουν το σύστημα του μαζικού αδένου. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων, η ανατομική ανάπτυξη του μαζικού αδένου έχει σχεδόν συμπληρωθεί όταν αρχίζει να εμφανίζεται η έμμηνος ρύση, ενώ περίπου στην ηλικία των 20 ετών, ο μαστός έχει φθάσει τη μεγαλύτερη ανάπτυξή του (Μακρόπουλος, 2007).

Ο μαστός στην ενήλικη γυναίκα εκτείνεται από τη 2^η έως την 6^η πλευρά. Η κυριότερη προσεκβολή του είναι η ουρά του μαστού (ουρά του Spence), η οποία μπορεί να εκληφθεί συχνά σαν όγκος καθόσον εισέρχεται μέσα στη μασχαλιαία κοιλότητα. Ο μαζικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς, ο καθένας των οποίων καταλήγει σε κύριο γαλακτοφόρο πόρο που εκβάλλει στην κορυφή της θηλής. Η τελική πορο-λοβιακή μονάδα αποτελεί το δομικό στοιχείο του μαζικού αδένου και το σημείο που ξεκινούν οι περισσότεροι καρκίνοι του οργάνου (Παρασκευάς, 2008).

Κατασκευή του μαστού

Ο μαστός αποτελείται από **α)** δέρμα **β)** το περιμαστικό λίπος και **γ)** το μαζικό αδένου. Το **δέρμα** έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες, εκτός από το δέρμα των θηλών, το οποίο στερείται ιδρωτοποιών αδένων. Η θηλή και η θηλαία άλως έχουν αφθονία ελαστικών

και λείων μυϊκών ινών, οι οποίες φέρονται κυκλοτερώς και ακτινοειδώς προκαλώντας σκλήρυνση των θηλών κατά το θηλασμό ή την προστριβή τους.

Το **περιμαστικό λίπος** περιβάλλει το **μαζικό αδένα**, ο οποίος αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδένα και συνίσταται από 15-20 λοβούς ανώμαλου σχήματος, που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια. Ινώδη διαφράγματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διαφόρου μεγέθους λόβια. Έτσι κάθε λοβός αποτελείται από α) ένα μείζονα εκφορητικό πόρο (γαλακτοφόρος), ο οποίος εκβάλλει στη θηλή, και β) διαφόρου αριθμού λόβια, τα μικρότερα από τα οποία αποτελούνται από λίγες αδενοκυψέλες. Κάθε γαλακτοφόρος πόρος συνίσταται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ πριν εκβάλει στη θηλή διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο, μέσα στον οποίο αθροίζεται το γάλα. Οι αδενοκυψέλες αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων, στη βάση των οποίων προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα (Πινακίδης & Μπούτης, 1993).

Η μασχαλιαία κοιλότητα

Η μασχαλιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με 4 τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το **πρόσθιο** τοίχωμα σχηματίζεται από την έξω μοίρα του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός, μεταξύ των οποίων φέρονται τα πρόσθια θωρακικά αγγεία και ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας. Το **οπίσθιο** τοίχωμα σχηματίζεται από τον υποπλάτιο, το μείζονα στρογγύλο και τον πλατύ ραχιαίο μυ. Πάνω σ' αυτό πορεύονται τα υποπλάτια αγγεία και νεύρα, καθώς και τα περισπώμενα αγγεία της ωμοπλάτης. Το **έσω** τοίχωμα σχηματίζεται από τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ επάνω σ' αυτόν κατέρχονται τα πλάγια θωρακικά αγγεία και πίσω από αυτά το μακρό θωρακικό νεύρο. Το **έξω** τοίχωμα σχηματίζεται από το βραχιόνιο οστόν, από τον κορακοβραχιόνιο και από τη βραχεία κεφαλή του δικέφαλου βραχιόνιου μυός. Στο τοίχωμα αυτό πορεύονται τα μασχαλιαία αγγεία και το βραχιόνιο πλέγμα. Η **κορυφή** φέρεται προς τα άνω και έσω και εκβάλλει στην υπερκλείδια χώρα. Η **βάση** σχηματίζεται από το τριχωτό δέρμα και τη μασχαλιαία περιτονία. Αφορίζεται από δύο χείλη, την πρόσθια και την οπίσθια μασχαλιαία πτυχή, με υπόθεμα το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυός η πρώτη και τον πλατύ ραχιαίο και το μείζονα θωρακικό η δεύτερη (Πινακίδης & Μπούτης, 1993).

Αρτηρίες

Η πλούσια αιμάτωση του μαστού προέρχεται από 3 κυρίως αρτηριακούς κλάδους: 1. Τους διατιτρώντες κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας, οι οποίοι περνούν από το 1^ο – 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα, διατρύπουν την κατάφυση του μείζονα θωρακικού μυός και εισέρχονται στο έσω χείλος του μαστού, αιματώνοντας το 50% του οργάνου. 2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλος

του ελάσσονα θωρακικού μυός, οι δε έξω μαστικοί κλάδοι της αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη πηγή αίματος του μαστού. 3. Η τρίτη σημαντική αρτηρία είναι ο θωρακικός κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας, επίσης κλάδου της μασχαλιαίας. Πορεύεται μεταξύ των δύο θωρακικών μυών και αιματώνει την οπίσθια επιφάνεια του αδένου. Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν – σε πολύ μικρότερο ποσοστό – το μαστό είναι η ανωτάτη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διατιτρώντες κλάδοι των μεσοπλευρίων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλατίου αρτηρίας (Σκανδαλάκης, 2007).

Φλέβες

Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιπολής υποδορίων φλεβών, οι οποίες στην πλειονότητα τους εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμη. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστικού αδένου ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη. Μια οδός αποχέτευσης είναι η δια των προσθίων διατιτρώντων μεσοπλευρίων φλεβών προς την έσω μαστική φλέβα, μια άλλη είναι η με πολλαπλούς μικρούς κλάδους προς τη μασχαλιαία φλέβα. Η τρίτη οδός είναι η δια των οπισθίων αναστομωτικών κλάδων προς τις μεσοπλευρίες 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 οστού (Σκανδαλάκης, 2007).

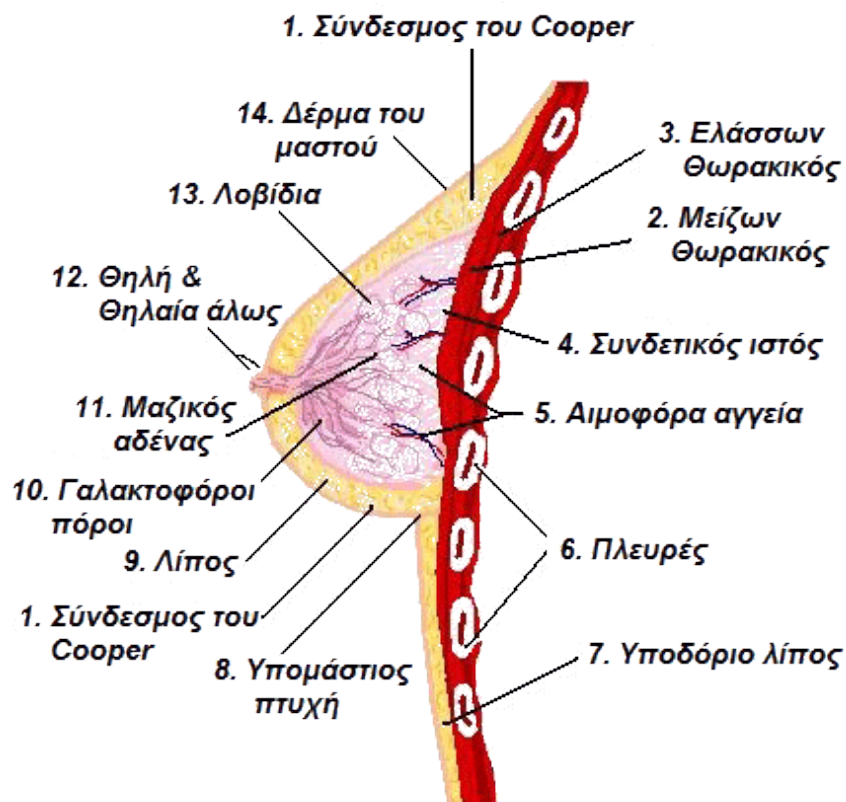
Λεμφαγγεία – Λεμφογάγγλια

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένου και καταλήγει στα μασχαλιαία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια. Υπάρχουν περίπου 53 λεμφογάγγλια στη μασχαλιαία κοιλότητα κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών και διακρίνονται τοπογραφικά σε κεντρικά, υποπλάτια, υποκλείδια, παραμαστικά και υπομαστικά.

Τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αρτηρίας είναι 3 ή 4 και βρίσκονται στο 1^ο, 2^ο και 3^ο μεσοπλευριο διάστημα. Υπάρχει λεμφαγγειακή επικοινωνία μεταξύ των δύο μαστών οπισθοστερνικά. Λέμφος από την κορυφή της μασχάλης οδεύει στα υπερκλείδια λεμφογάγγλια και από εκεί μέσω λεμφικών πόρων στη συμβολή της υποκλείδιας και έσω σφαγίτιδας φλέβας.

Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός περιγράφεται το γάγγλιο του Rotter. Το ποσό της λέμφου που κατευθύνεται παρασπονδυλικά δεν έχει εξακριβωθεί, αλλά είναι πιθανό να ενέχεται στις μεταστάσεις στο οπίσθιο μεσοπλευριο διάστημα και στον υπεζωκότα. Τα λεμφαγγεία που ακολουθούν τα οπίσθια μεσοπλευρία αγγεία είναι πιθανή αιτία σύστοιχων κακόηθων πλευριτικών συλλογών.

Τα λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας κοιλότητας για λόγους πρακτικούς διαιρούνται σε 3 επίπεδα: **πρώτο επίπεδο** – ιστός κάτω και πλάγια του κάτω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυ, **δεύτερο επίπεδο** – ιστός αμέσως κάτω και πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ και **τρίτο επίπεδο** – ιστός πάνω και μέσα από τον ελάσσονα θωρακικό. Η πρόγνωση στον καρκίνο του μαστού έχει άμεση σχέση με το επίπεδο των κατελημμένων λεμφογαγγλίων (Πινακίδης & Μπούτης, 1993).



2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα μικρά κορίτσια και τα μικρά αγόρια έχουν ίδιους. Κατά την εφηβεία, όμως, οι μαστοί των κοριτσιών, κάτω από τη δράση των θηλυκών ορμονών που παράγουν οι ωοθήκες, αρχίζουν να μεγαλώνουν. Οι ορμόνες αυτές προκαλούν αύξηση των κυττάρων των αδενίων (που παράγουν το γάλα) και αύξηση των κυττάρων των πόρων (που μεταφέρουν το γάλα). Με το τέλος της εφηβείας, η αύξηση του μεγέθους των μαστών σταματάει, αφού έχει φθάσει σε όποιο μέγεθος είναι γενετικά προκαθορισμένο, ανάλογα με τα γονίδια της κάθε γυναίκας. Από εκεί και πέρα, μικρές μόνο αυξομειώσεις παρατηρούνται στο μέγεθος των μαστών κάθε μήνα, ακολουθώντας τον εμμηνορρυσιακό κύκλο, φουσκώνουν ελαφρά πριν από την περίοδο και επανέρχονται στο αρχικό τους μέγεθος μετά. Σταματάει επίσης και η ωρίμανση των κυττάρων των αδένων και των πόρων, σε επίπεδο προχωρημένο μεν σε σχέση με την παιδική ηλικία αλλά ανώριμο για παραγωγή γάλακτος. Σε περίπτωση εγκυμοσύνης, όμως, εκκρίνονται τεράστιες ποσότητες οιστραδιόλης και προγεστερόνης από τον πλακούντα, που δρουν στο μαστό, προκαλώντας ωρίμανση. Ταυτόχρονα προκαλούν αναστολή της εκκρίσεως της **προλακτίνης**, μιας ορμόνης που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή του γάλακτος από τους μαστούς. Μόλις το μωρό γεννηθεί, σταματάει η αναστολή της προλακτίνης. Καθώς το μωρό θηλάζει, ερεθίζει τις θηλές των μαστών και έτσι παράγεται μια άλλη ορμόνη, την **ωκυτοκίνη**.

Συνοπτικά λοιπόν:

Οι μαστοί στις γυναίκες ωριμάζουν μόνο μέχρι ενός σημείου και εκεί παραμένουν περιμένοντας την εγκυμοσύνη. Μόνο τότε ωριμάζουν περισσότερο, αλλά και πάλι δεν παράγουν ακόμα γάλα. Μόνο όταν μετά τον τοκετό αποβληθεί ο πλακούντας αρχίζει η παραγωγή γάλακτος. Και τότε πάλι χρειάζεται να θηλάζει το μωρό για να βγει το γάλα από τη θηλή, διαφορετικά παύει η παραγωγή του (Φύσσας, 2006).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας, και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν 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 (Ζαφράκος & Μπόντης, 2005).

Ο μαστός είναι όργανο που προορισμό του έχει την διατροφή του νεογνού. Η ανάπτυξή του αρχίζει κατά την εμβρυϊκή ζωή και είναι παρόμοια στα αρρένα και τα θήλεα έμβρυα. Κατά την νεογνική και παιδική ηλικία και στα δύο φύλα ο μαστός αναπτύσσεται ελάχιστα. Η

διαφοροποίηση της ανάπτυξης του μαστού μεταξύ των δύο φύλων επισυμβαίνει κατά την εφηβεία με την αύξηση του μεγέθους του να αποτελεί το πρώτο κλινικό σημείο της έναρξης της εφηβείας στα θήλεα. Τέλος η λειτουργική ωρίμανση του μαστού ολοκληρώνεται κατά την εγκυμοσύνη και μετά το τοκετό, με αποτέλεσμα την γαλουχία και την επιτέλεση του τελεολογικού του προορισμού.

Εμβρυϊκή περίοδος

Οι μαστοί αρχίζουν να σχηματίζονται την 6 εβδομάδα μετά την γονιμοποίηση και προέρχονται από το εκτόδερμα. Η ανάπτυξη τους συνεχίζεται μέχρι την γέννηση. Στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής ο μαστός απαντά σε ορμονικά ερεθίσματα. Έτσι το τρίτο τρίμηνο η αύξηση της εμβρυϊκής προέλευσης προλακτίνης από την ώριμη υπόφυσή του έχει ως αποτέλεσμα την διαφοροποίηση του επιθηλίου των εκφορητικών πόρων.

Βρεφική – νηπιακή περίοδος

Μετά τον τοκετό και την άρση των ορμονικών επιδράσεων του ενδομητρίου περιβάλλοντος, οι αλλαγές του επιθηλίου των πόρων σταδιακά υποστρέφουν και ο αδένας παραμένει σε ηρεμία μέχρι να δεχθεί τα κατάλληλα ορμονικά ερεθίσματα κατά την εφηβεία οπότε και να αρχίσει τη ανάπτυξή του.

Εφηβεία

Η φυσιολογική ηλικία έναρξης της ενήβωσης είναι τα 8 χρόνια περίπου. Τα γεγονότα που οδηγούν στην ενήβωση είναι γενετικά καθορισμένα και φαίνεται ότι αρχίζουν ήδη από την εμβρυϊκή ζωή. Η έναρξη και η ομαλή εξέλιξη της ενήβωσης εξαρτάται και από διάφορους ενδογενείς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η επίτευξη και η διατήρηση συγκεκριμένης μάζας λιπώδους ιστού φαίνεται ότι είναι πρωταρχικής σημασίας. Χρόνια νοσήματα, ψυχοκοινωνικές διαταραχές, παιδική κακοποίηση, παρατεταμένη ψυχολογική και σωματική ένταση, έντονη σωματική άσκηση, και ολογοθερμιδική διατροφή οδηγούν σε καθυστέρηση της ενήβωσης (μετά τα 13 χρόνια). Αντίθετα η πρόωμη έναρξη της ενήβωσης (πριν τα 8 χρόνια) οφείλεται κυρίως σε αίτια από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η ανάπτυξη του μαστού στα θήλεα σημειοδοτεί την έναρξη της εφηβείας και την εξέλιξή της και υποδηλώνει κυρίως οιστρογονική δράση.

Αναπαραγωγική περίοδος

Εκτός εγκυμοσύνης τα λοβίδια του μαστού αποτελούνται από εκφορητικούς πόρους που επενδύονται από επιθήλιο και βρίσκονται ανάμεσα σε συνδετικό ιστό. Ο συνδετικός ιστός μαζί με τον λιπώδη ιστό συνιστούν την κύρια μάζα του μαστού με ελάχιστη συμμετοχή του μαζικού αδένου. Στη διάρκεια του εμμηνορυσιακού κύκλου ο μαστός εμφανίζει κυκλικές

μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές αφορούν την αύξηση του μεγέθους των εκφορητικών πόρων. Η αύξηση του μεγέθους των εκφορητικών πόρων σε συνδυασμό με τοπικό οίδημα και υπεραιμία οδηγούν προεμμηνορυσιακά σε διάταση του αδένου, πολλές φορές επώδυνη.

Εγκυμοσύνη

Μετά την σύλληψη ο μαστός υφίσταται σημαντικές αλλαγές. Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης οι κυψελίδες των λοβιδίων αρχίζουν να αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται και στο τρίτο μήνα πλέον ανιχνεύονται ώριμες κυψελίδες με αποτέλεσμα σταδιακά ο μαζικός αδένου να αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της μάζας του μαστού. Στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αρχίζει η εκκριτική δραστηριότητα των επιθηλιακών κυττάρων των κυψελίδων που αυξάνεται περαιτέρω το τρίτο τρίμηνο. Από το 3^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης παρατηρείται αύξηση της αιματικής ροής και της πρόσληψης οξυγόνου και γλυκόζης από τον μαστό.

Γαλουχία

Μετά τον τοκετό παρατηρείται απότομη πτώση των επιπέδων του πλακουντιακού γαλακτογόνου, ενώ μετά από λίγες ημέρες και η προγεστερόνη μειώνεται στα επίπεδα που ήταν πριν την εγκυμοσύνη. Τα οιστρογόνα φτάνουν σε βασικά επίπεδα την 5^η ημέρα μετά τον τοκετό και η προλακτίνη εμφανίζει σταδιακή πτώση μέχρι την 14^η ημέρα. Η πτώση της προγεστερόνης είναι πιθανότατα το σημαντικότερο γεγονός για την έναρξη της παραγωγής γάλακτος. Στην παραγωγή γάλακτος ενέχονται 4 μηχανισμοί: α) εξωκύττωση: πρωτεΐνες, λακτόζη, ασβέστιο, φωσφορικά και κιτρικά άλατα αποθηκεύονται στα εκκριτικά κυστίδια του οργάνου Golgi. Όταν ωριμάσουν μετακινούνται προς τον αυλό του κυψελιδικού κυττάρου και αδειάζουν το περιεχόμενο τους στον αυλό, β) απελευθέρωση λιπιδίων, γ) έκκριση μονοσθενών ιόντων και ύδατος στον αυλό, δ) μεταφορά ανοσοσφαιρινών με ειδικούς υποδοχείς από την κυκλοφορία στο εσωτερικό του κυττάρου όπου στη συνέχεια εκκρίνονται στον αυλό.

Εμμηνόπαυση

Με την έκπτωση της ωοθηκικής λειτουργίας και την μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, παρατηρείται μείωση του αριθμού αλλά και του μεγέθους των κυψελίδων και ατροφία των εκφορητικών πόρων και των λοβιδίων. Με την πάροδο του χρόνου ο όγκος του μαστού αντικαθίσταται με λιπώδη και συνδετικό ιστό και αλλοιώνεται το σχήμα και η δομή του (Ιωαννίδου – Μουζάκα, 2007).

Πιο αναλυτικά παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού:

ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ: Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος 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 θυροειδοτρόπος ορμόνη.

ΥΠΟΦΥΣΗ: 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.

ΩΟΘΗΚΕΣ: Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ: Η θυροξίνη, που παράγεται στον αδένα αυτό, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ: Όπως ο θυροειδής αδένας έτσι και αυτά έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ: 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 εκτελέσουμε ωοθηκεκτομή μετά τον 3 ή 4 μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: 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 μόνιμα (McGeown, 2008).

3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

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. Βιοψία του μαστού: Η βιοψία επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση ύποπτης ψηλαφητής μάζας. Γίνεται προεγχειρητικά με τοπική αναισθησία. Ακολουθεί η κυτταρολογική εξέταση του υλικού που λαμβάνεται. Ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης είναι η ιστολογική κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Ο καρκίνος του μαστού ανήκει στα βραδέως αναπτυσσόμενα κακοήθη νεοπλάσματα. Η εξέλιξη της νόσου έχει μεγάλη πολυμορφία. Μεταστάσεις μπορεί να εκδηλωθούν και δέκα χρόνια μετά την αφαίρεση του όγκου. Τα καρκινικά κύτταρα ακολουθούν τη λεμφική και την αιματική οδό μέχρι την εστία της μετάστασης. Πρώτος στόχος είναι οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Ο αριθμός των προσβεβλημένων λεμφαδένων έχει σημασία για την πρόγνωση της νόσου. Όσο μεγαλύτερος ο αριθμός τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση. Οι πιο κοινές περιοχές μεταστατικής νόσου από τον καρκίνο του μαστού είναι τα οστά, οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος και το ήπαρ. Οι υποδοχείς για οιστρογόνα και προγεστερόνη υπάρχουν φυσιολογικά στα επιθηλιακά κύτταρα του μαστικού αδένου. Οι ίδιοι υποδοχείς ανιχνεύονται και στα νεοπλασματικά κύτταρα του καρκίνου του μαστού, αλλά και στα κύτταρα των μεταστάσεων. Η ύπαρξη υποδοχέων έχει προγνωστική σημασία, διότι οι όγκοι αυτοί έχουν βραδύτερη εξέλιξη και ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι ο προσδιορισμός των ορμονικών υποδοχέων είναι απαραίτητος σε κάθε ασθενή με καρκίνο μαστού (Χαράτση - Γιωτάκη, 2010).

3.1. Αίτια

Αποτελεί το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα για την γυναίκα. Παρόλο που η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη έχει αποδειχθεί ότι μια σειρά από παράγοντες ενδογενείς ή εξωγενείς συνδέονται με αυτήν. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- 1) Η ηλικία, παρατηρείται αύξηση με την πάροδο της ηλικίας. Περισσότερο από το 85% των περιπτώσεων διαγιγνώσκεται σε γυναίκες άνω των 45 ετών.
- 2) Γενετικοί παράγοντες, όπως γυναίκες συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με καρκίνο μαστού (αδελφές, μητέρες, θυματέρες) 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. Ο κίνδυνος αυξάνει περισσότερο εάν ο συγγενείς είχε καρκίνο του μαστού και στους δύο μαστούς ή διαγνώστηκε πριν την ηλικία των 40 ετών.

- 3) Η διάρκεια της εμμηνορρυσιακής ζωής είναι σημαντική παράμετρος για την εκδήλωση αυτού του καρκίνου. Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες με πρόιμη 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.
- 4) Μαστεκτομή. Γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή λόγω καρκίνου του μαστού παρουσιάζουν μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου και στον άλλο μαστό.
- 5) Έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία ιδιαίτερα στη δεύτερη δεκαετία της ζωής έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού μετά 20 περίπου έτη.
- 6) 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, 2014).

Το γυναικείο σώμα δεν είναι σχεδιασμένο για να αντέχει το μηνιαίο ορμονικό «σφυροκόπημα». Η έμμηνος ρήση είναι ένα εξελικτικό λάθος και οι πολλαπλοί ωορρηκτικοί κύκλοι με την επίδραση που έχουν στο μαζικό παρέγχυμα μπορεί να επηρεάσουν και γενικότερα την υγεία μιας γυναίκας. Η έμμηνος ρήση έχει μόνο μια λειτουργία – την προετοιμασία για την εγκυμοσύνη. Τους προηγούμενους αιώνες η «φυσιολογική» αναπαραγωγική ζωή μιας γυναίκας περιλάμβανε μερικές δεκαετίες ανωορρηκτικών κύκλων επειδή τις αλληπάλλληλες εγκυμοσύνες ακολουθούσαν μακρές χρονικές περίοδοι θηλασμού. Η βιολογία της έμμηνου ρήσης, η συχνότητα των κύκλων και η πυκνότητα των μαστών παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου. Οι αναπαραγωγικές κυτταρικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τον εμμηνορροϊκό κύκλο δημιουργούν τις συνθήκες για τη δράση των εξωγενών παραγόντων και την εμφάνιση μεταλλάξεων. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού συσχετίζεται με τον αριθμό των κύκλων καθώς και με τη συνεχή υπερδιέγερση από οιστρογόνα και προγεστερόνη.

Μελέτες δεν έχουν αναδείξει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά από το στόμα. Στις μαστογραφίες των γυναικών αυτών δεν παρατηρείται αύξηση της πυκνότητας των μαστών επειδή η αναστολή της ωορρηξίας καταστέλλει την αναπαραγωγή των λοβίων κατά τη δεύτερη φάση του κύκλου. Όπως και να' χει η εμφάνιση του καρκίνου του μαστού επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι μεταλλάξεις του γονιδίου BCRA 1 αυξάνουν περισσότερο τον κίνδυνο καρκίνου από ότι οι μεταλλάξεις του BCRA 2, ειδικά αν οι

γυναίκες λαμβάνουν αντισυλληπτικά. Οι αναστολές της ωορρηξίας ελαττώνουν την επίδραση των ενδογενών ορμονών στο μαζικό παρέγχυμα. Θεωρητικά λοιπόν τα αντισυλληπτικά θα μπορούσαν να προλαμβάνουν τον καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε. Οι γυναίκες που ελάμβαναν αντισυλληπτικά παρουσίασαν καρκίνο του μαστού 5 χρόνια νωρίτερα από αυτές που δεν έπαιρναν αντισυλληπτικά.

Είναι πιθανό ότι η μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος που χαρακτηρίζει το γυναικείο σώμα και ιδίως τον μαστό να συμβάλει στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το λίπος του μαστού, το οποίο δεν συμμετέχει στη δημιουργία γάλακτος, είναι ορμονοεξαρτώμενο και αποτελεί το ίδιο πηγή παραγωγής οιστρογόνων. Γνωρίζουμε ότι στον καρκίνο του μαστού τα επίπεδα οιστρογόνου στο παρακείμενο παρέγχυμα είναι σχετικά υψηλά σε σύγκριση με τα επίπεδα των οιστρογόνων στο αίμα. Στο λίπος του μαστού συσσωρεύονται επίσης και τοξικές ουσίες. Επίσης οι γυναίκες με μεγάλους μαστούς έχουν ένα σημαντικό αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, όπως άλλωστε και οι παχύσαρκες γυναίκες. Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα αυξημένος στις γυναίκες εκείνες με πυκνό μαστό λόγω της ορμονικής διέγερσης. Οι όγκοι που ανιχνεύθηκαν στις παχύσαρκες γυναίκες είχαν την τάση να είναι μεγαλύτεροι σε μέγεθος και σε πιο προχωρημένο στάδιο σε σχέση με εκείνους στις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος ή βάρος κάτω του φυσιολογικού. Η προλακτίνη παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη της δημιουργίας των οιστρογονικών υποδοχέων. Η ορμόνη αυτή προωθεί τη φυσιολογική αναπαραγωγή των λοβίων στις προεμμηνόπαυσιες γυναίκες και δεν έχει καρκινογενετική δράση. Μετά την εμμηνόπαυση παρόλα αυτά τα υψηλά επίπεδα προλακτίνης στο αίμα συσχετίζονται με μια αυξημένη πυκνότητα των μαστών λόγω της αυξημένης αναπαραγωγής των λοβίων- γεγονός που τριπλασιάζει τον κίνδυνο της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού. Τέλος οι εθιστικές ουσίες είναι βλαβερές στο σώμα και στο μυαλό – όχι μόνο λόγω των πιθανών σωματικών βλαβών αλλά και επειδή προκαλούν εξάρτηση. Η επίδραση του καπνίσματος στον καρκίνο του μαστού είναι ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Αυξημένος κίνδυνος υπήρχε στις περιεμμηνόπαυσιες γυναίκες οι οποίες είχαν φέρει σε πέρας τουλάχιστον μια εγκυμοσύνη και άρχισαν να καπνίζουν εντός 5 χρόνων μετά την εμμηνарχή. Επίσης αυξημένος κίνδυνος παρατηρήθηκε σε γυναίκες χωρίς παιδιά που κάπνιζαν περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα (Barth, 2013).

3.2. Κλινική Εικόνα

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 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 «φλοιού πορτοκαλιού». Από τη λέμφο καρκινικά κύτταρα εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος και διευκολύνονται οι απομεμακρυσμένες μεταστάσεις. Από τα παραπάνω φαίνεται πόσο σημαντική είναι η επισκόπηση και η ψηλάφηση και των δυο μαστών, καθώς και η περιοχή της μασχάλης και των υπερκλειθρίων χωρών στα πλαίσια του τακτικού αυτοελέγχου από την ίδια τη γυναίκα (Γιωτάκη, 2010).

Η κλινική εξέταση των μαστών που γίνεται μετά από μαστογραφία screening φάνηκε να προσφέρει στην αύξηση της ευαισθησίας κυρίως μεταξύ των γυναικών με πυκνούς μαστούς (η ευαισθησία της μαστογραφίας ήταν 78% και η ευαισθησία του συνδυασμού μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης ήταν 82%). Αντίθετα, η ειδικότητα φάνηκε να ελαττώνεται από τον συνδυασμό αυτών των εξετάσεων κυρίως πάλι στις γυναίκες με πυκνούς μαστούς. Στην πράξη, έστω και μεμονωμένα, διαπιστώνουμε την αξία της αυτοεξέτασης και της κλινικής εξέτασης του μαστού αφού με αυτές ανιχνεύονται έγκαιρα κακοήθεις όγκοι του μαστού, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που οι αμέσως προηγούμενες μαστογραφίες screening ήταν αρνητικές ή είχαν έκθεση με αρνητικά ευρήματα ή δεν είχαν συγκριθεί επαρκώς με προηγούμενες μαστογραφίες (Γεωργίου, 2009).



3.3. Διάγνωση

Η κλινική εξέταση, η οποία μέχρι πριν μια εικοσαετία κατείχε την πρώτη θέση μέσα στο σύνολο των μεθόδων για τη διερεύνηση της παθολογίας του μαστού, σήμερα έχει υποχωρήσει στη δεύτερη θέση. Παρόλα αυτά η κλινική εξέταση εξακολουθεί να είναι μια πολύ σημαντική εξέταση. Οι εξετάσεις που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα και που μπορούν να πλαισιώσουν την κλινική εξέταση για τον έλεγχο των παθήσεων του μαστού είναι:

- Μαστογραφία
- Ψηφιακή ανάλυση της μαστογραφίας
- Υπέρηχοι
- Γαλακτογραφία
- Παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση του προϊόντος της παρακέντησεως
- Κυτταρολογική εξέταση εκκρίματος θηλής
- Βιοψία

Επειδή κάθε μια από τις παραπάνω εξετάσεις εξάγει την πληροφορία της με διαφορετικό τρόπο, καμιά μόνη δεν μπορεί να υποκαταστήσει τις υπόλοιπες. Σήμερα η μαστογραφία κατέχει την πρώτη θέση στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, αφού είναι η μόνη μέθοδος, η οποία μπορεί να αποκαλύψει. Με τη μαστογραφία σήμερα, μπορούμε να επιβεβαιώσουμε τη μορφή ψηλαφητικού ευρήματος από μαστό ή να ανακαλύψουμε μη ψηλαφητή ανωμαλία σε έναν ή και στους δύο μαστούς. Κάθε ακτινολογική ανωμαλία στη μαστογραφία δεν αποτελεί προοδικασμένη κακοήθεια. Όλες οι ανωμαλίες που θα διαπιστωθούν σε τυχαία μαστογραφία ή στα πλαίσια του πληθυσμιακού ελέγχου για καρκίνου του μαστού, χρειάζονται περαιτέρω λεπτομερώς μαστολογική διερεύνηση. Σε περίπτωση ανωμαλίας που εντοπίζεται μέσα στον πόρο, η μαστογραφία συμπληρώνεται με τη γαλακτογραφία, που είναι η μαστογράφιση του μαστού ύστερα από έγχυση σκιαγραφικής ουσίας εντός του συγκεκριμένου πόρου (Αγοραστός και συν, 1999).

Η πρόληψη στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε **πρωτογενή**, που αφορά ενέργειες που αποσκοπούν στη παρεμπόδιση ανάπτυξης καρκίνου και στη λεγόμενη **δευτερογενή**, που είναι ουσιαστικά η έγκαιρη διάγνωση ενός καρκίνου σε “πρώιμο” στάδιο, ώστε να επιτύχουμε ουσιαστική ή πρακτική ίαση από τη νόσο. Στην **πρωτογενή πρόληψη** ο ευκολότερος τρόπος είναι η προσπάθεια τροποποίησης επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου και η ελάττωση του σχετικού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού που έχει η συγκεκριμένη γυναίκα, π.χ. ασκούμενη, διατηρώντας χαμηλό σωματικό βάρος – αποφυγή παχυσαρκίας, τεκνοποιώντας σε μικρή ηλικία και αποφεύγοντας εξωγενείς, επιβαρυντικούς παράγοντες όπως η ακτινοβολία, η υπερβολικά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων. Στην

δευτερογενή πρόληψη, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο κύριος σκοπός είναι η έγκαιρη διάγνωση, δηλαδή η ανίχνευση ενός καρκίνου είτε σε μη διηθητική μορφή, είτε σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδανικά μικρότερο των 5 χιλιοστών, που αποτελούν την έννοια του “**πρώιμου**” καρκίνου. Στην πρώτη περίπτωση μπορεί να επιτύχουμε πλήρη ίαση, ενώ στη δεύτερη, η πορεία της ασθενούς είναι άριστη και οι θεραπευτικοί χειρισμοί εύκολοι, με τις ολιγότερες επιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση όμως, εκτός των ανωτέρω, περιλαμβάνει και τους αψηλάφητους όγκους που αποτελούν ευρήματα σε μαστογραφίες ελέγχου και έχουν επίσης καλή πρόγνωση, αλλά και την όλη προσπάθεια για την όσο το δυνατόν ενωρίτερα διάγνωση ενός καρκίνου στο μαστό, χρησιμοποιώντας ανάλογα με την ηλικία, όλες τις δυνατότητες διάγνωσης, από τη μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα, το συστηματικό έλεγχο με μαστογραφία και κλινική εξέταση από ειδικό ιατρό, έως την ανοικτή βιοψία για ιστολογική ταυτοποίηση μίας αλλοίωσης (Μακρόπουλος, 2004).

3.4. Διαφορική Διάγνωση

Αρκετές μη νεοπλασματικές καταστάσεις μπορούν να μιμηθούν τον καρκίνο του μαστού. Οι κύστεις και τα ινοαδενώματα συχνά εμφανίζονται ως ψηλαφητές μάζες. Αυτές οι βλάβες μπορούν να διακριθούν από τις κακοήθειες με βάση τα κλινικά ή ακτινολογικά ευρήματα όπως είναι η ευαισθησία, οι κυκλικές αλλαγές και η χαρακτηριστική υπερηχογραφική εμφάνιση των κύστεων, καθώς και η επίσης χαρακτηριστική μαστογραφική πυκνότητα και η περιγεγραμμένη αίσθηση και εμφάνιση των ινοαδενωμάτων. Τα θηλώματα και η εκτασία των πόρων του μαζικού αδένα μπορούν να προκαλέσουν έκκριμα της θηλής. Η μαστίτιδα ή η κυτταρίτιδα του μαστού είναι πολύ δύσκολο να διαφοροδιαγνωστούν κλινικά από το φλεγμονώδη καρκίνο. Οι κακοήθειες του μαστού, πλὴν του πρωτοπαθούς καρκίνου, είναι σπάνιες. Περιλαμβάνουν τα σαρκώματα, τα λεμφώματα και τα χλωρώματα, καθώς και τις μεταστάσεις από μελανώματα ή άλλους καρκίνους. Η μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο είναι σπάνια. Μια γυναίκα με ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού έχει αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσει καρκίνο στον αντίπλευρο μαστό. Γενικά, όμως, οι περιπτώσεις αυτές αφορούν στην ανάπτυξη δεύτερου πρωτοπαθούς όγκου (Netter, 2009).

3.5. Σταδιοποίηση

Η κλινική σταδιοποίηση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με το σύστημα TNM της διεθνούς ένωσης κατά του καρκίνου (UICC – International Union Against Cancer). (T = μέγεθος όγκου, N = λεμφαδένες, M = μετάσταση).

Όταν σε μια ασθενή διαγνωσθεί καρκίνος του μαστού μετά ακολουθεί μια σειρά από παρακλινικές εξετάσεις σταδιοποίησης που μπορεί να περιλαμβάνει:

1. Γενικό αιματολογικό έλεγχο (γενική αίματος, ουρία, σάκχαρο)
2. Λειτουργικές δοκιμασίες ήπατος (Αλκαλική φωσφατάση, SGOT, SGPT, Χρόνος προθρομβίνης και γ-GT)
3. Καρκινικοί δείκτες CEA, CA15-3 (μαστός) και CA 125 (ωοθήκες)
4. Ακτινογραφία θώρακος (F+P)
5. Υπερηχογράφημα ήπατος
6. σπινθηρογράφημα οστών

Σε μερικές περιπτώσεις θα χρειασθεί να γίνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου, θώρακος, ή ακόμη και μαγνητική τομογραφία. Επίσης αρκετές φορές θα χρειασθεί ο συνδυασμός και η συνεκτίμηση του σπινθηρογραφήματος των οστών με τοπικές λήψεις απλών ακτινογραφιών σε ύποπτες περιοχές της σπονδυλικής στήλης ή των οστών. Η συνεκτίμηση όλων των αποτελεσμάτων των ανωτέρω εξετάσεων και της κλινικής εικόνας της ασθενούς, βοηθά στη διευκρίνιση αμφισβητούμενων περιπτώσεων ενώ σπάνια, θα χρειασθεί επιπλέον λήψη υλικού με βελόνη για κυτταρολογική ή ιστολογική διάγνωση. Από τις ανωτέρω εξετάσεις, στο προεγχειρητικό έλεγχο της ασθενούς θα συμπεριληφθούν εκείνες που κρίνονται αναγκαίες από το κλινικό στάδιο της νόσου. Ο δε σκοπός τους είναι αφ' ενός να αποκλείσουν την ύπαρξη μεταστάσεων που τυχόν θα διαφοροποιήσουν τη θεραπευτική προσέγγιση της ασθενούς, πχ. δεν θα γίνει μαστεκτομή σε μια ασθενή με εγκεφαλικές μεταστάσεις, και αφ' ετέρου να αποτελέσουν τις εξετάσεις αναφοράς για σύγκριση με αυτές που θα γίνουν στο μέλλον, κατά τη διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών.

Το σύστημα σταδιοποίησης TNM έχει ως εξής:

Όγκος (T = tumor)

Tx: δεν προσδιορίζεται πρωτοπαθής όγκος

T0: δεν ευρίσκεται πρωτοπαθής όγκος

Tis: καρκίνωμα in situ πορογενές ή λοβιακό, ή νόσος Paget θηλής χωρίς συνοδό όγκο

T1: όγκος μέγιστης διαμέτρου ως 2 cm

T1a: όγκος ως 5 mm

T1b: όγκος διαμέτρου 6 ως 10 mm

T1c: όγκος διαμέτρου 11 ως 20 mm

T2: όγκος μέγιστης διαμέτρου πάνω από 2 cm έως 5 cm

T3: όγκος μέγιστης διαμέτρου πάνω από 5 cm

T3a: χωρίς καθήλωση στο θωρακικό μυ ή την υποκείμενη περιτονία

T3b: με καθήλωση στο θωρακικό μυ ή την υποκείμενη περιτονία

T4: όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση διήθηση – επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα

T4a: επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα

T4b: οίδημα (συμπεριλαμβάνεται ο ‘φλοιός πορτοκαλιού’), εξέλκωση – διήθηση του δέρματος του μαστού, δορυφόρα οζίδια του δέρματος

T4c: συνδυασμός T4a και T4b

T4d: φλεγμονώδες καρκίνωμα

Λεμφαδένες (N = nodes)

Nx: δεν προσδιορίζονται περιοχικοί λεμφαδένες

N0: δεν ανευρίσκονται μεταστατικώς διηθημένοι λεμφαδένες

N1: μετάσταση σε κινητούς ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες

N1a: μικρομετάσταση (μεγέθους έως 2 mm)

N1b: μετάσταση σε λεμφαδένα / λεμφαδένες μεγέθους πάνω από 2 mm

N1bi: μετάσταση σε 1-3 λεμφαδένες διαμέτρου από 2 έως 20 mm

N1bii: μετάσταση σε > 4 λεμφαδένες διαμέτρου από 2 έως 20 mm

N1biii: επέκταση μετάστασης εκτός κάψας λεμφαδένα, με μέγιστη διάμετρο μετάστασης έως 2 cm

N2: μετάσταση στους ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες που συμφύονται μεταξύ τους ή σε γειτονικά ανατομικά στοιχεία

N3: μετάσταση στους ομόπλευρους έως μαστικούς λεμφαδένες

Μετάσταση (M = metastasis)

Mx: παρουσία μεταστάσεων δεν προσδιορίζεται

M0: απομεμακρυσμένες μεταστάσεις δεν ανευρίσκονται

M1: παρουσία απομεμακρυσμένων μεταστάσεων (συμπεριλαμβάνονται και οι μεταστάσεις στους ομόπλευρους υπερκλειδίους λεμφαδένες)

Με βάση το σύστημα TNM ο καρκίνος του μαστού μπορεί να διακριθεί στα εξής πέντε στάδια:

ΣΤΑΔΙΟ	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0,T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0,T1,T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIB	T4	N0,N1,N2	M0
IIIC	Οποιοδήποτε T	N3	M0
IV	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το σύστημα TNM δεν συμπεριλαμβάνει σημαντικές παραμέτρους, που έχουν όμως ιδιαίτερη προγνωστική ή προβλεπτική αξία όπως:

- Ηλικία
- Εμμηνορυσιακή κατάσταση της ασθενούς
- Εντόπιση του όγκου στο μαστό
- Βαθμός διαφοροποίησης των κυττάρων του όγκου
- Ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- Ορμονικοί υποδοχείς
- Στοιχεία του όγκου, όπως πολυκεντρικότητα, DNA ανάλυση και S-phase των κυττάρων του όγκου, διήθηση νεύρων – αγγείων – λεμφαγγείων κ.α.

Οι ανωτέρω παράγοντες συνυπολογίζονται με το TNM για τον καθορισμό της πρόγνωσης της ασθενούς και τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων (Μακρόπουλος, 2007).

4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Ο σκοπός της πρώιμης διάγνωσης είναι να μειωθεί η θνητότητα. Η πρώιμη ανίχνευση αποτελεί το κλειδί προς την κατεύθυνση αυτή. Η 5ετής επιβίωση είναι μικρότερη σε γυναίκες με προχωρημένο στάδιο καρκίνου. Αντίθετα η 5ετής επιβίωση για τις γυναίκες με εντοπισμένο καρκίνο του μαστού είναι 97% ενώ μειώνεται στο 80% όταν η νόσος έχει εξαπλωθεί στους αδένες της περιοχής. Στο μεταστατικό καρκίνο η 5ετή επιβίωση περιορίζεται στο 25% (Γιωτάκη, 2014).

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

Υπάρχουν τόσο φαρμακευτικές όσο και χειρουργικές στρατηγικές πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Στις γυναίκες οι οποίες χαρακτηρίζονται από μετρίου ως υψηλού κινδύνου για τη νόσο, ο εκλεκτικός ρυθμιστής των οιστρογονικών υποδοχέων ταμοξιφένη έχει βρεθεί πως μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης μη διηθητικού και διηθητικού καρκίνου του μαστού κατά 49%. Όπως αναμενόταν, η ταμοξιφένη μειώνει τη συχνότητα των καρκίνων του μαστού, ενώ δεν φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη όγκων. Η τοξικότητα του φαρμάκου αυτού περιλαμβάνει αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του ενδομητρίου, φλεβικές θρομβώσεις, συμπτώματα εμμηνόπαυσης και μικρή αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καταρράκτη. Οι χειρουργικές στρατηγικές πρόληψης χρησιμοποιούνται σε γυναίκες πολύ υψηλού κινδύνου και περιλαμβάνουν την προφυλακτική μαστεκτομή και την προφυλακτική ωθηκεκτομή σε προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Η προφυλακτική μαστεκτομή, εφόσον εφαρμοστεί από ειδικά εκπαιδευμένους χειρουργούς, μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού τουλάχιστον κατά 90% στις γυναίκες υψηλού κινδύνου. Η προφυλακτική ωθηκεκτομή έχει εφαρμοστεί μόνο σε γυναίκες-φορείς μεταλλάξεων στο BRCA1 γονίδιο, στις οποίες μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού κατά 50% (Netter, 2009).

6. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νόσος είναι χειρουργήσιμη στο 80-90% των περιπτώσεων. Στο χειρουργείο αφαιρούνται τα νεοπλασματικά ογκίδια μέχρι τον πλήρη, υγρή και ελεύθερο ιστό από καρκινικά κύτταρα. Δεν πρέπει όμως να μας διαφεύγει ότι οι εκτεταμένες εγχειρήσεις, ενώ παρέχουν πολύ καλό τοπικό έλεγχο της νόσου, συνοδεύονται από σημαντικές επιπλοκές, όπως οίδημα του βραχίονα, άλγος, δυσμορφία.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία. Δυνατόν να ακτινοβοληθεί και η περιοχή των μασχالياίων και των υπερκλειδίων λεμφαδένων. Επίσης ακτινοβολία μπορεί να δοθεί συνδυαστικά με χημειοθεραπεία.

Η ορμονοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε ασθενείς μετά την εμμηνόπαυση με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και χωρίς σπλαγγκικές μεταστάσεις. Το γονίδιο HER neu έχει παρατηρηθεί αυξημένο στο 25% των καρκίνων του μαστού. Ασθενείς με αυξημένα επίπεδα αυτού του γονιδίου δεν απαντούν καλά στην ορμονοθεραπεία. Διάφοροι παράγοντες προβλέπουν την πιθανότητα απάντησης στην ορμονοθεραπεία. Ο σπουδαιότερος είναι η κατάσταση των ορμονικών υποδοχέων. Όταν οιστρογονικοί και προγεστρονικοί υποδοχείς είναι παρόντες, η πιθανότητα για ανταπόκριση είναι μεγάλη > 70%. Οι όγκοι που είναι θετικοί για τον υποδοχέα οιστρογόνων και αρνητικοί για τον υποδοχέα της προγεστερόνης έχουν ποσοστό ανταπόκρισης στη θεραπεία 30%. Όταν απουσιάζουν, η πιθανότητα για επιτυχία στη θεραπεία είναι < 10%. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία είναι η περιοχή των μεταστάσεων (μεταστάσεις σε σπλάγγνα έχουν χειρότερη πρόγνωση), η κατάσταση εμμηνόπαυσης και η ηλικία της ασθενούς (η ανταπόκριση είναι καλύτερη στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας).

Χημειοθεραπεία εφαρμόζεται εφόσον αποτύχει η ορμονοθεραπεία και η νόσος εξελίσσεται ταχέως σε μεταστατική νόσο. Συμπληρωματική θεραπεία με ταμοξιφαίνη χορηγείται για χρόνια (Γιωτάκη, 2010).

6.1. Συντηρητική

Ως συντηρητική θεραπεία εννοούμε τη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, τα διφωσφονικά ή τη βιοθεραπεία που δίνεται στους ασθενείς για την πρόληψη ή τη θεραπεία μεταστατικής νόσου εντοπισμένης οπουδήποτε στον οργανισμό. Η επικουρική (adjuvant) θεραπεία χορηγείται ως συμπλήρωμα της τοπικής θεραπείας για να μειώσει την πιθανότητα υποτροπής. Η νεοσυμπληρωματική (neo-adjuvant) ή προεγχειρητική θεραπεία αποτελεί μια νέα προσέγγιση, η οποία περιλαμβάνει τα ίδια φάρμακα με τη συμπληρωματική (adjuvant) θεραπεία, χορηγούμενα όμως πριν το χειρουργείο για να μειωθεί το μέγεθος του όγκου και να επιτραπεί η διατήρηση του μαστού. Η χρήση της adjuvant θεραπείας, στην πρώτη φάση

χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας, καθορίζεται από τη γενική κατάσταση της υγείας της ασθενούς, την ηλικία, την ύπαρξη ή όχι οιστρογονικών υποδοχέων στον όγκο και την πιθανότητα για υποτροπή βάσει του εκάστοτε σταδίου και άλλους προγνωστικούς δείκτες. Η χημειοθεραπεία περιλαμβάνει ορισμένα μη διασταυρούμενης ανθεκτικότητας φάρμακα και καλείται πολυχημειοθεραπεία. Συνολικά, η adjuvant χημειοθεραπεία μειώνει τον κίνδυνο για υποτροπή κατά 24% και τον κίνδυνο για θάνατο κατά 15%. Η ορμονοθεραπεία είναι χρήσιμη μόνο για την πρόληψη υποτροπής των όγκων. Ο εκλεκτικός ρυθμιστής των οιστρογονικών υποδοχέων ταμοξιφαίνη μειώνει τον κίνδυνο για υποτροπή κατά 47% και τον κίνδυνο για θάνατο κατά 26%. Ο συνδυασμός χημειο-ορμονοθεραπείας είναι πιο αποτελεσματικός από κάθε μια από τις δύο στρατηγικές μεμονωμένα. Η «μεταστατική» θεραπεία δίνεται στις γυναίκες με συστηματική υποτροπή. Οι σκοποί της μεταστατικής θεραπείας είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και η παράταση της ζωής. Ωστόσο, γνωρίζοντας αθεράπευτο της νόσου, στο στάδιο αυτό η ποιότητα ζωής καθίσταται πολύ σημαντική παράμετρος στην επιλογή της θεραπείας. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει είτε χημειοθεραπεία με ένα μόνο παράγοντα από αυτούς οι οποίοι έχουν αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα είτε πολυχημειοθεραπεία. Το χειρουργείο και η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιούνται επίσης μερικές φορές για θεραπεία τοπικών επιπλοκών. Αρκετές κλινικές δοκιμές έχουν εκτιμήσει τους καλύτερους δυνατούς συνδυασμούς χημειοθεραπευτικών με άλλα φάρμακα για επικουρική θεραπεία και με νεότερα φάρμακα για μεταστατική θεραπεία (Netter, 2009).

6.2. Χειρουργική

Ριζική μαστεκτομή: Η εγχείρηση αυτή αφορούσε την αφαίρεση ολόκληρου του μαστικού αδένου μαζί με το υπερκείμενο δέρμα, το μείζονα θωρακικό μυ και το περιεχόμενο της μασχάλης. Έγινε αποδεκτή με ενθουσιασμό και πέτυχε την εντυπωσιακή ελάττωση τόσο των άμεσων όσο και των απότερων τοπικών υποτροπών στο θωρακικό τοίχωμα, που εμφανίζονταν τότε σε ποσοστό 82% μετά από μικρότερες επεμβάσεις. Όμως δεν υπάρχουν αξιολογικά στοιχεία για το αν τα ποσοστά αυτά επιβίωσης ήταν πράγματι καλύτερα. Η σύγκριση της εγχείρησης αυτής με τις υπόλοιπες εγχειρήσεις στο μαστό είναι δυσχερής διότι: α) εφαρμοζόταν σε σχετικά προχωρημένες περιπτώσεις που μέχρι τότε θεωρούνταν ανεγχείρητες και β) έλειπε ένα ενιαίο σύστημα σταδιοποίησης, καθώς και η εφαρμογή κλινικών μελετών. Με λίγα λόγια η εγχείρηση αυτή εφαρμόζεται κατά περίπτωση σε τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού ή με σκοπό να προσφέρει ανακούφιση. Σήμερα η ριζική μαστεκτομή, που για οκτώ δεκαετίες υπήρξε η εγχείρηση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού, συγκρινόμενη με προοπτικές μελέτες με τις υπόλοιπες εναλλακτικές θεραπείες διαπιστώνεται πως δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ η νοσηρότητά της είναι σημαντική.

Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή (υπερριζική): Τα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής αποτελούν μια από τις κύριες οδούς λεμφικής αποχέτευσης του μαζικού αδένου, καθώς και συχνή θέση ανάπτυξης μεταστάσεων. Με αυτό το σκεπτικό ορισμένοι χειρουργοί συμπεριέλαβαν την αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής στη ριζική μαστεκτομή. Η παραλλαγή αυτή ονομάστηκε υπερριζική μαστεκτομή. Οι καθοριστικοί παράγοντες για την εμφάνιση μεταστάσεων στα λεμφογάγγλια της έσω μαστικής είναι: α) η θέση του όγκου (κεντρική ή στο έσω ημιμόριο του μαστού) και β) η κατάληψη των μασχालιαίων λεμφογαγγλίων. Η υπερριζική μαστεκτομή δεν αύξησε το μικρό ποσοστό θνησιμότητας που παρουσίασε η ριζική μαστεκτομή. Οι βασικές αρχές της υπερριζικής επέμβασης ήταν: α) βελτίωση του ελέγχου της νόσου στο θωρακικό τοίχωμα και β) καλύτερες πιθανότητες θεραπείας. Δηλαδή η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων της έσω μαστικής δεν επηρεάζει αποφασιστικά τη θεραπεία. Ελαττώνει τις παραστερνικές υποτροπές, αλλά αυτές αποτελούν πρόβλημα όχι τόσο συχνό, το οποίο μάλιστα αντιμετωπίζεται εξίσου καλά με ακτινοθεραπεία.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή συνίσταται στην αφαίρεση του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα και του περιεχομένου της μασχάλης με διατήρηση του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Στα μέσα της δεκαετίας του '70 η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή καθιερώθηκε σαν η πιο δημοφιλής εγχείρηση για τα πρώτα στάδια του καρκίνου του μαστού. Μέχρι και σήμερα παραμένει η εγχείρηση εκλογής στις περιπτώσεις που ενδείκνυται ή σε ασθενείς που δεν επιθυμούν τη διατήρηση του μαστού στη χειρουργική θεραπεία. Η εγχείρηση επιτυγχάνει πολύ καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα από τη ριζική μαστεκτομή, καθώς ο μείζονας θωρακικός μυς, ο οποίος εδώ διατηρείται, είναι υπεύθυνος για τη φυσιολογική εμφάνιση του θωρακικού τοιχώματος. Η διατήρησή του έχει σαν συνέπεια δυνατό βραχίονα και δυνατότητα για πλαστική αποκατάσταση του μαστού πολύ μεγαλύτερη απ' ό,τι μετά τη ριζική μαστεκτομή. Η προσκόλληση του πρωτοπαθούς όγκου στους μυς δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση. Όταν κατά την επέμβαση διαπιστώνεται επέκταση στους μυς, τότε θα πρέπει να αφαιρείται η κατελειμμένη περιοχή χωρίς αναγκαστικά να θυσιάζεται ολόκληρος ο μυς.

Ολική (απλή) μαστεκτομή: Ο όρος ολική μαστεκτομή αντικατέστησε τον όρο "απλή" μαστεκτομή για να υπογραμμίσει το σκοπό της επέμβασης, την αφαίρεση δηλαδή ολόκληρου του μαζικού αδένου χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Η διαδικασία αυτή απαιτεί δημιουργία κρημών τόσο εκτεταμένων όσο και αυτών των ριζικών επεμβάσεων με συναφαίρεση των περισσότερων λεμφογαγγλίων στο 1^ο επίπεδο, έτσι ώστε να είναι δυνατή η αφαίρεση της ουράς του μαστού. Η ολική μαστεκτομή από μόνη της είναι ανεπαρκής για

παροχή ιδανικού τοπικό-επιχώριου ελέγχου του διηθητικού καρκίνου του μαστού, κυρίως εξαιτίας της συχνής ανάπτυξης της νόσου στη μασχάλη. Έτσι η αντιμετώπισή της εξαρχής με αφαίρεση των μασχάλιαων λεμφογαγγλίων απαλλάσσει κατά το δυνατόν την ασθενή από την ταλαιπωρία μιας μελλοντικής δεύτερης επέμβασης.

Μερική μαστεκτομή (ευρεία τμηματεκτομή): Η εγχείρηση αυτή έχει στόχο να διασώσει τον προσβεβλημένο μαστό. Συνίσταται στην αφαίρεση του τμήματος του μαστού που περιέχει τον όγκο μαζί με το υπερκείμενο δέρμα και λεμφογαγγλιακό καθορισμό της μασχάλης (Πινακίδης & Μπούτης, 1993).

Β' ΜΕΡΟΣ

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης περιλαμβάνει:

1. Το ιστορικό της υγείας, δηλαδή την ηλικία, το επάγγελμα, την συζυγική κατάσταση, το σεξουαλικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού), προηγούμενη πάθηση μαστού, ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών, πρόσφατος θηλασμός και διαιτητικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη).
2. Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς, δηλαδή: α) η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει: - ορώδη ή αιματηρή έκκριση, - ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο, - ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων, - ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού, - εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα, - εισολκή θηλής: οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή, - ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο), - εξέλκωση κατά τη θηλή: οφείλεται σε αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας, - πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια. β) η άρρωστη είναι αγχώδης και ανησυχεί για τη διάγνωση.
3. Οι διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες περιλαμβάνουν: α) μαστογραφία: είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα. β) θερμογραφία: υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διαφορές θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. γ) ξηρογραφία: είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. δ) υπερηχογράφημα: είναι μια σύγχρονη, χαμηλού κόστους τεχνική. Είναι 95 – 99% ακριβής για διάγνωση κύστεων, αλλά δεν είναι οριστική στον αποκλεισμό κακοήθειας. ε) διαφανοσκόπηση: χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σ' ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός αδένας. στ) φλεβογραφία: ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. ζ) σπινθηρογράφημα: ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. η) βιοψία: τεμάχιο ιστού λαμβάνεται είτε με αναρρόφηση, είτε με τομή στο χειρουργείο μετά από τοπική ή γενική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. θ)

ακτινολογικός έλεγχος: πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων (Σαχίνη – Καρδάση & Πάνου, 2006).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο τρόπος που αντιδρά η ασθενής, όταν συνειδητοποιήσει ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού εξελίσσεται σε τρεις φάσεις: α) η πρώτη φάση είναι όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο, χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φθάσει μέχρι τον πανικό, β) η δεύτερη φάση είναι όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα, χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου, γ) η τρίτη φάση είναι όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας, χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού και γενικότερα του καρκίνου, δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στην αρχή ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα. Η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας στη διάγνωση του καρκίνου, έχει μεγάλη σημασία. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να βοηθούν ουσιαστικά την οικογένεια να δεχθεί τη νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοσθούν αποτελεσματικά. Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει την ασθενή και την οικογένειά της, πρέπει να γνωρίζει ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλουν στην αποτελεσματική προσαρμογή. Ο κυριότερος παράγοντας είναι η ανοιχτή επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Η επικοινωνία αυτή προϋποθέτει ότι: α) έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει τη φάση της αρρώστιας της συζύγου και μητέρας, β) έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας μεταξύ τους, αλλά και με το στενό συγγενικό περιβάλλον, γ) έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση που περιλαμβάνει το αρχικό shock, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και άγχος, ώσπου να φθάσουν να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα, δ) ενθαρρύνονται μεταξύ τους να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.

Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης, η νοσηλεύτρια επηρεάζει με τη στάση της το οικογενειακό περιβάλλον και συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία της προσαρμογής του. Μερικές από τις βασικότερες προϋποθέσεις περιλαμβάνουν: α) απλή και κατανοητή πληροφόρηση για τη διάγνωση, β) ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, η οποία πρέπει να γίνεται σταδιακά, γ) ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον. Είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας από την αρχή ότι η ζωή της μητέρας και συζύγου απειλείται άμεσα ή και αργότερα από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστεύουν ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι μάταιος και να στηρίζουν τις προσδοκίες τους στην ελπίδα ότι θα γίνει κάθε τι δυνατόν για να ξεπεραστεί η αρρώστια, δ) κατανόηση ορισμένων κοινών

φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που η οικογένεια εκδηλώνει εμπρός στη διάγνωση.

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι' αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής: α) ενημερώνοντάς την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί, β) εξηγώντας για ποιο σκοπό αποφασίσθηκε η διενέργεια της εξέτασης, γ) ενημερώνοντάς την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειάς της, δ) αν είναι γνωστό από προηγούμενως, ενημερώνοντάς την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις (Κόνιαρη, 1991).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν από την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων και επίσης εκτίμηση των δεικτών αίματος και ούρων. Στη συνέχεια ακολουθεί η λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος της ασθενούς, γίνεται μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και έλεγχος των ζωτικών σημείων. Για την ασφάλεια και προστασία της καρκινοπαθούς από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών, το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει να υπάρχει δίπλα στην ασθενή μια συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικό shock, τα απαραίτητα φάρμακα τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο, όπως είναι το ψυγείο και τα αντίδοτα αυτών.

Ο νοσηλευτής επίσης θα πρέπει να: α) ενημερώσει την άρρωστη για τις πιθανές παρενέργειες που προκαλεί η θεραπεία, και να διαβεβαιώσει στην ασθενή ότι η ύπαρξη αυτών δεν υποδηλώνει αποτυχία της θεραπείας, β) να εντοπίζει τον πόνο και να τον καταπολεμά με αναλγητικά ή αντισπασμωδικά φάρμακα, γ) να ενημερώσει την ίδια την ασθενή και την οικογένειά της για την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερασβεστιαϊμίας και τον τρόπο αντιμετώπισης τους, δ) επαγρυπνεί για την κατακράτηση υγρών που προκαλούν τα οιστρογόνα και τα ανδρογόνα βοηθώντας στην πρόληψή της με περιορισμό νατρίου της διαίτας και χρήση διουρητικών, ε) και επίσης τονίζει την προσωρινή διάρκεια των παρενεργειών (Lemone & Burke, 2004).

Η προεγχειρητική παρέμβαση που πρέπει να κάνει ένας νοσηλευτής πριν την θεραπεία αυτή είναι: α) αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο, β) διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού, γ) βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της (Σαχίνη – Καρδάση, 2006).

4. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι 20% περίπου των γυναικών με καρκίνο του μαστού δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν την ασθένεια, ορισμένες μάλιστα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η ασθενής η οποία προσπαθεί να αντιμετωπίσει θετικά την ασθένειά της είναι αυτή που: α) αναγνωρίζει τα γεγονότα και δίνει προσοχή στους διάφορους τρόπους λύσης του προβλήματος, β) διατηρεί ανεπιφύλακτα επαφή με άλλα πρόσωπα όπως γιατρούς και νοσηλευτές ζητώντας τη βοήθεια αλλά και τη συμβουλή τους, γ) διατηρεί αγωνιστικό πνεύμα με τη βοήθεια της αυτοπεποίθησής της, του σωματικού της ειδώλου και οποιωνδήποτε άλλων διαθέσιμων πηγών, δ) αγωνίζεται να υπερνικήσει αισθήματα απελπισίας, χρησιμοποιώντας το εγώ και τις ψυχικές δυνάμεις της.

Συχνότατα, όμως, ο φόβος του άγνωστου μέλλοντος και περισσότερο ο φόβος του θανάτου είναι δυνατόν να κάνουν την ασθενή να καταρρεύσει. Το αρχικό στάδιο χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια, αίσθημα αδυναμίας, απομόνωση, εσωστρέφεια, φόβο για το θάνατο, ενοχή, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, ακόμα και σκέψεις αυτοκτονίας. Σε αυτήν την περίπτωση, είναι πολύ σημαντικό η ασθενής να έχει κάποιον κοντά της, ώστε να μπορεί να συζητεί τα προβλήματά της. Επαρκής ψυχοκοινωνική υποστήριξη φαίνεται ότι προστατεύει την ασθενή από τις παρενέργειες μιας αγχώδους καταστάσεως. Οι εμφανιζόμενες ψυχικές αντιδράσεις της ασθενούς αποτελούν σημαντικό πεδίο νοσηλευτικής παρέμβασης (Κόνιαρη, 1991).

Στις κοινωνίες του Δυτικού πολιτισμού, το στήθος θεωρείται αντιπροσωπευτικό στοιχείο της θηλυκότητας και της σεξουαλικότητας της γυναίκας. Μετά την χειρουργική επέμβαση, η απώλεια του στήθους δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα να ελαττώνεται η αυτοεκτίμηση της, να αλλάζει η εικόνα του σώματος της και τελικά να αποκτά μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό της. Η μεταβολή στην εικόνα του σώματος προέρχεται όχι μόνο από την χειρουργική επέμβαση αλλά και από τις παρενέργειες των θεραπειών όπως είναι η αλωπεκία, και οι αντιδράσεις του δέρματος εξ αιτίας της ακτινοθεραπείας. Συναισθήματα όπως η δυσφορία όταν βλέπει τις ουλές στο στήθος της, αίσθηση ότι δεν είναι σεξουαλικά επιθυμητή, έλλειψη άνεσης όταν φοράει αποκαλυπτικά ρούχα, είναι μερικές από τις κοινές εκφράσεις διαταραχής της εικόνας του σώματος. Οι γυναίκες μετά από μαστεκτομή ή ογκεκτομή βιώνουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης που έχουν σχέση με την απώλεια του στήθους.

Για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να βοηθήσει την ασθενή της θα πρέπει: α) να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση, β) να δημιουργήσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή – νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος, γ) να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια, βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική, δ) να την

ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία, ε) να ετοιμάσει ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις, ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση, στ) να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνήσει τα συναισθήματά της, σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδρασή του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες, ζ) τέλος, να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της (Αδαμακίδου, 2003).

NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. What patients need to know before their breast cancer surgery.

Coufal O, Sporcroval I, Vrtelova P.

Abstract

BACKGROUNDS: The quality of health care depends not only on physicians' medical skills but also on proper patient education. The aim of the study was to ascertain the types of information required by women before they start their breast cancer treatment.

PATIENTS AND METHODS: Before a surgery, 254 patients with early breast cancer treated primarily by surgery obtained an originally developed questionnaire containing information topics assumed to be important. The patients were asked to indicate the information they had been provided and the information they required.

RESULTS: The majority of patients (more than 70%) knew that their disease was malignant, that they needed the surgery and what would be the extent of the resection of their breast. Markedly less patients (47.1%) knew about the planned extent of their regional lymph nodes surgery. More than 80% patients required information about their long-term expectations, such as the overall length of cancer treatment, length and extent of their anticipated physical impairment and their chances for cure. The majority of younger women (76.2%) recommended for total mastectomy required information about breast reconstruction options. A substantial proportion of older women (about 60%) were interested to learn about an anticipated cosmetic outcome and possibilities for correction of their potential defect.

CONCLUSION: Multimodal breast cancer treatment is generally managed by clinical oncologists. However, a surgeon should be enabled to discuss with the patient their cancer treatment, what it involves and how it will affect the patient's future life. It is advisable to clarify the extent of the surgery on regional lymph nodes and to engage in discussions on cosmetic outcomes of the surgery. With respect to a proper patient education, breast cancer patients should be treated by surgeons specialized in the treatment of this disease.

Μετάφραση

Τι πρέπει να γνωρίζουν οι ασθενείς πριν τη χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης δεν εξαρτάται μόνο από ιατρικές δεξιότητες των γιατρών, αλλά και από τη σωστή εκπαίδευση των ασθενών. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί το είδος των πληροφοριών που απαιτούνται από τις γυναίκες πριν να αρχίσουν τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πριν από μια χειρουργική επέμβαση, 254 ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζεται κατά κύριο λόγο από τη χειρουργική επέμβαση αρχικά αναπτύχθηκε ερωτηματολόγιο που περιέχει θέματα πληροφόρησης που υποτίθεται ότι είναι σημαντικό. Οι ασθενείς κλήθηκαν να αναφέρουν τις πληροφορίες που είχαν ήδη δοθεί και τις πληροφορίες που απαιτούνται.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ασθενών (άνω του 70%) γνώριζε ότι η ασθένειά τους ήταν κακοήθης, ότι χρειάζεται η επέμβαση και πια θα είναι η έκταση εκτομής του στήθους. Πολύ λιγότερο από τους ασθενείς (47,1%) γνώριζε για τη σχεδιαζόμενη έκταση της περιφερειακής στους λεμφαδένες με χειρουργική επέμβαση. Περισσότερο από το 80% των ασθενών που απαιτούνται πληροφορίες για τις μακροπρόθεσμες προσδοκίες τους, όπως είναι το συνολικό μήκος της θεραπείας του καρκίνου, το μήκος και την έκταση της αναμενόμενης σωματικής βλάβης τους και τις πιθανότητες τους για θεραπεία. Η πλειοψηφία των νεότερων γυναικών (76,2%) συνιστάται για το σύνολο της μαστεκτομής και τις απαιτούμενες πληροφορίες του μαστού. Ένα σημαντικό ποσοστό των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών (περίπου 60%) ενδιαφέρθηκαν να μάθουν για τα αναμενόμενα αισθητικά αποτελέσματα και τις δυνατότητες για τη διόρθωση των ελαττωμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Συνδυασμένη θεραπεία του καρκίνου του μαστού γενικά διαχειρίζεται η κλινική ογκολογία. Ωστόσο, ένας χειρουργός θα πρέπει να είναι σε θέση να συζητήσει με την ασθενή του τη θεραπεία του καρκίνου, τι περιλαμβάνει και πως θα επηρεάσει τη ζωή της ασθενούς στο μέλλον. Είναι σκόπιμο να διευκρινιστεί η έκταση της χειρουργικής επέμβασης για την περιφερειακή στις λεμφαδένες και να συμμετάσχουν σε συζητήσεις σχετικά με τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης. Όσον αφορά την κατάλληλη εκπαίδευση των ασθενών, ο καρκίνος του μαστού πρέπει να αντιμετωπίζεται από τους χειρουργούς που ειδικεύονται στην θεραπεία της ασθένειας αυτής.

2. The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer.

Leadbeater M.

Abstract

An audit was undertaken of people with a diagnosis of breast cancer who were referred to a community palliative care specialist nursing team over a 12-month period, to explore the reasons for referral to the service and the duration of involvement with the service. Breast cancer patients accounted for 10% of the total referrals to the specialist service, with symptom management (including pain control) and emotional support being the main reasons for referral. The majority of people referred with breast cancer had metastatic breast cancer (87%); interestingly, 13% had primary breast cancer. The mean duration of intervention was 3 months and 1 week. Referrals seemed to occur late in patients' disease trajectories, and total numbers were lower than might be expected. It may be concluded that there is scope for the specialist palliative care team to be a more integral part of care for patients with metastatic breast cancer.

Μετάφραση

Ο ρόλος της παρηγορητικής φροντίδας από ομάδα με ειδικευμένο νοσηλεύτη στη φροντίδα για τα άτομα με μεταστατικό καρκίνο του μαστού

Περίληψη

Διενεργήθηκε έλεγχος των ατόμων με διάγνωση του καρκίνου του μαστού οι οποίοι αναφέρονται σε μια παρηγορητική φροντίδα σε κοινότητα με εξειδικευμένη νοσηλευτική ομάδα κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12-μηνών, για να διερευνηθούν τους λόγους της παραπομπής στην υπηρεσία και τη διάρκεια της συμμετοχής με την υπηρεσία. Ασθενείς με καρκίνο του μαστού αντιπροσώπευαν το 10% του συνόλου των παραπομπών για τον ειδικό παροχής υπηρεσιών, με την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένου και του ελέγχου του πόνου) και συναισθηματική υποστήριξη που είναι οι κύριοι λόγοι για παραπομπή. Η πλειοψηφία των ανθρώπων που με τον καρκίνο του μαστού είχαν μεταστατικό καρκίνο του μαστού είναι (87%) Είναι ενδιαφέρον ότι, 13% είχαν πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού. Η μέση διάρκεια της επέμβασης ήταν 3 μήνες και 1 εβδομάδα. Από τις παραπομπές φάνηκε να συμβαίνει καθυστέρηση στην τροχιά της νόσου των ασθενών, και ο συνολικός αριθμός ήταν χαμηλότερες από ότι θα περίμενε κανείς. Μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι υπάρχει περιθώριο για την ομάδα ειδικών παρηγορητικών φροντίδας και να είναι περισσότερο αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας για τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο του μαστού.

3. Plant sterols as anticancer nutrients: evidence for their role in breast cancer.

Grattan BJ Jr

Abstract

While many factors are involved in the etiology of cancer, it has been clearly established that diet significantly impacts one's risk for this disease. More recently, specific food components have been identified which are uniquely beneficial in mitigating the risk of specific cancer subtypes. Plant sterols are well known for their effects on blood cholesterol levels, however research into their potential role in mitigating cancer risk remains in its infancy. As outlined in this review, the cholesterol modulating actions of plant sterols may overlap with their anti-cancer actions. Breast cancer is the most common malignancy affecting women and there remains a need for effective adjuvant therapies for this disease, for which plant sterols may play a distinctive role.

Μετάφραση

Οι φυτικές στερόλες ως αντικαρκινικά θρεπτικά συστατικά: ενδείξεις για το ρόλο τους στον καρκίνο του μαστού

Περίληψη

Ενώ πολλοί παράγοντες που εμπλέκονται στην αιτιολογία του καρκίνου, έχει αποδειχθεί σαφώς ότι η διατροφή επηρεάζει σημαντικά τον κίνδυνο ενός ατόμου για την ασθένεια αυτή. Πιο πρόσφατα, ειδικά συστατικά τροφίμων έχουν εντοπιστεί τα οποία είναι μοναδικά ευεργετική για την άμβλυνση του κινδύνου συγκεκριμένων υποτύπων καρκίνου. Οι φυτικές στερόλες είναι γνωστά για την επίδραση τους στα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, ωστόσο η έρευνα σε πιθανό ρόλο τους στην άμβλυνση του κινδύνου καρκίνου παραμένει στα σπάργαλα. Όπως περιγράφεται στην παρούσα επανεξέταση, η χοληστερόλη διαμόρφωση δράσεων των φυτικών στερολών μπορεί να επικαλύπτονται με τις αντικαρκινικές τους δράσεις. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός κακοήθης που επηρεάζει τις γυναίκες και παραμένει η ανάγκη για αποτελεσματικές θεραπείες ανοσοενισχυτικό για την ασθένεια αυτή, για την οποία οι φυτικές στερόλες μπορούν να διαδραματίσουν ένα διακριτικό ρόλο.

4. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial.

Bower JE., Crosswell AD., Stanton AL., Crespi CM., Winston D., Arevalo J., Ma J., Cole SW., Ganz PA

Abstract

BACKGROUND: Premenopausal women diagnosed with breast cancer are at risk for psychological and behavioral disturbances after cancer treatment. Targeted interventions are needed to address the needs of this vulnerable group.

METHODS: This randomized trial provided the first evaluation of a brief, mindfulness-based intervention for younger breast cancer survivors designed to reduce stress, depression, and inflammatory activity. Women diagnosed with early stage breast cancer at or before age 50 who had completed cancer treatment were randomly assigned to a 6-week Mindful Awareness Practices (MAPS) intervention group (n = 39) or to a wait-list control group (n = 32). Participants completed questionnaires before and after the intervention to assess stress and depressive symptoms (primary outcomes) as well as physical symptoms, cancer-related distress, and positive outcomes. Blood samples were collected to examine genomic and circulating markers of inflammation. Participants also completed questionnaires at a 3-month follow-up assessment.

RESULTS: In linear mixed models, the MAPS intervention led to significant reductions in perceived stress (P = .004) and marginal reductions in depressive symptoms (P = .094), as well as significant reductions in proinflammatory gene expression (P = .009) and inflammatory signaling (P = .001) at postintervention. Improvements in secondary outcomes included reduced fatigue, sleep disturbance, and vasomotor symptoms and increased peace and meaning and positive affect (P < .05 for all). Intervention effects on psychological and behavioral measures were not maintained at the 3-month follow-up assessment, although reductions in cancer-related distress were observed at that assessment.

CONCLUSIONS: A brief, mindfulness-based intervention demonstrated preliminary short-term efficacy in reducing stress, behavioral symptoms, and proinflammatory signaling in younger breast cancer survivors.

Μετάφραση

Διαλογισμός για τους νεότερους επιζώντες του καρκίνου του μαστού: μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού είναι σε κίνδυνο για ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές μετά τη θεραπεία του καρκίνου. Οι στοχευμένες παρεμβάσεις είναι για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες αυτής της ευάλωτης ομάδας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή η τυχαιοποιημένη μελέτη παρείχε την πρώτη αξιολόγηση μιας σύντομης, γνώσης και συναίσθησης παρέμβασης για επιζώντες του καρκίνου του μαστού στους νεότερους είχε σχεδιαστεί για να μειώσουν το άγχος, την κατάθλιψη, και φλεγμονώδη δράση. Οι γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο, σε ηλικία 50 ετών ή νωρίτερα οι οποίοι είχαν ολοκληρώσει τη θεραπεία του καρκίνου τυχαιοποιήθηκαν σε 6 εβδομάδες, έχοντας επίγνωση Πρακτικές Ενημέρωσης (MAPS) ομάδα παρέμβασης (n = 39) ή με μια ομάδα ελέγχου σε λίστα αναμονής (n = 32). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια πριν και μετά την επέμβαση για να αξιολογήσει το άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης (πρωτογενή αποτελέσματα), καθώς και τα σωματικά συμπτώματα, που σχετίζονται με τον καρκίνο αγωνία, και θετικά αποτελέσματα. Συλλέχθηκαν δείγματα αίματος για την εξέταση γονιδιωματικών και κυκλοφορούν δείκτες φλεγμονής. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης ερωτηματολόγια σε συνέχεια της αξιολόγησης των 3 μηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε γραμμικά μικτά μοντέλα, η παρέμβαση ΧΑΡΤΕΣ οδήγησε σε σημαντικές μειώσεις αντιληπτό stress (P = 0,004) και οριακή μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (P = 0,094), καθώς και σημαντική μείωση στην έκφραση προφλεγμονωδών γονιδίων (P = 0,009) και φλεγμονώδεις σηματοδότηση (P = 0,001). Βελτιώσεις στα δευτερογενή αποτελέσματα περιελάμβαναν μειωμένη κόπωση, διαταραχές του ύπνου, και αγγειοκινητικά συμπτώματα και την αύξηση της θετικής επίδρασης (P <0,05 για όλους). Παρέμβαση στις επιπτώσεις στα ψυχολογικά και συμπεριφορικά μέτρα δεν διατηρήθηκαν στην συνέχεια κατά την αξιολόγηση 3 μηνών, αν και μειώσεις σχετίζονται με τον καρκίνο και την αγωνία που παρατηρήθηκαν κατά την εκτίμηση αυτή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Μια σύντομη παρέμβαση, γνώσης και συναίσθησης έχει αποδειχθεί προκαταρκτική βραχυπρόθεσμη αποτελεσματικότητα στη μείωση του στρες, συμπτώματα διαταραχών συμπεριφοράς, και προφλεγμονωδών σηματοδότησης στους νεότερους επιζώντες του καρκίνου του μαστού.

5. Neurocognitive effects of chemotherapy and endocrine therapies in the treatment of breast cancer: recent perspectives.

Walker CH., Drew BA., Antoon JW., Kalueff AV., Beckman BS

Abstract

With an estimated 207,090 patients diagnosed with breast cancer in 2010, the role of chemotherapy-induced cognitive impairment is of growing importance. Studies to determine the impact of chemotherapy-induced cognitive impairment have been hindered by difficulties in study-design, in particular, study methodology. Here, we present a review of existing studies and discuss several mechanisms for chemotherapy-induced neurocognitive impairment in breast cancer patients, such as direct neurotoxic injury, telomere shortening, oxidative stress, cytokine dysregulation, estrogen-mediated effects, and the role of certain genetic polymorphisms. Decreased estrogen levels may serve as a link between multiple mechanisms potentiating the effects of the chemotherapy-induced cognitive impairment.

Μετάφραση

Νευρογνωστικά αποτελέσματα της χημειοθεραπείας και ενδοκρινικές θεραπείες στην αγωγή του καρκίνου του μαστού: πρόσφατες προοπτικές.

Περίληψη

Με κατ'εκτίμηση 207.090 ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού το 2010, ο ρόλος της προκαλούμενης από τη χημειοθεραπεία γνωστική εξασθένηση έχει ολοένα και μεγαλύτερη σημασία. Μελέτες για τον προσδιορισμό των επιπτώσεων της προκαλούμενης από τη χημειοθεραπεία γνωστική εξασθένηση έχουν παρεμποδίζεται από δυσκολίες στη μελέτη-σχεδιασμό, ιδίως, τη μεθοδολογία της μελέτης. Εδώ, σας παρουσιάζουμε μια επισκόπηση των υφιστάμενων μελετών και να συζητήσουμε διάφορους μηχανισμούς για τη χημειοθεραπεία νευροεκφυλιστική που προκαλείται από βλάβη σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, όπως νευροτοξικό τραυματισμό, τελομερών, οξειδωτικό στρες, κυτοκίνη απορύθμιση, τα οιστρογόνα-προκαλούμενα αποτελέσματα, και ο ρόλος ορισμένων γενετικών πολυμορφισμών. Μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων μπορεί να χρησιμεύσει ως σύνδεσμος μεταξύ πολλαπλών μηχανισμών ενισχύοντας τα αποτελέσματα της επαγόμενης χημειοθεραπείας γνωστικής εξασθένησης.

**6. Better patient orientation through certified cancer centres in oncological care?
Patient satisfaction in breast cancer patients in certified breast cancer centres
and noncertified hospitals**

Weissflog G¹, Götze H, Klinitzke G, Distler W, Brähler E, Ernst J.

Abstract

OBJECTIVES: We investigated whether patient satisfaction (including its subdimensions) among breast cancer patients depends on the place of the treatment (certified breast cancer centre vs. noncertified clinics). Furthermore, we examined the impact of patient- and disease-related factors on patient satisfaction.

METHODS: 652 breast cancer patients (n = 480 from certified breast cancer centres and n = 172 from noncertified clinics) took part in the study after their hospital stay and completed a questionnaire. Data on patient satisfaction (Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt, HFK), psychological distress (HADS), as well as sociodemographic and disease-related characteristics were collected.

RESULTS: Regardless of the place of cancer treatment, breast cancer patients reported a high level of satisfaction. There was only one significant difference between the two patient groups in the subdimension "overall judgement" (breast centre: 1.28 vs. noncertified clinic: 1.19; p = 0.017). In the multivariate analysis, the place of treatment had less explanatory power on patient satisfaction than other factors such as psychological distress.

CONCLUSIONS: In this study, there were only few differences in patient satisfaction between the two investigated groups of breast cancer patients. This result is discussed in the context of various moderating factors.

Μετάφραση

Ο καλύτερος προσανατολισμός προς τον ασθενή μέσω πιστοποιημένων αντικαρκινικών κέντρων στην ογκολογική φροντίδα; Η ικανοποίηση των ασθενών με καρκίνο του μαστού σε πιστοποιημένα κέντρα του καρκίνου του μαστού και των μη πιστοποιημένων νοσοκομείων

Περίληψη

ΣΤΟΧΟΙ: Ερευνήσαμε αν η ικανοποίηση του ασθενούς (συμπεριλαμβανομένης της subdimensions) μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού εξαρτάται από τον τόπο της θεραπείας (κέντρο πιστοποιημένου καρκίνου του μαστού έναντι μη πιστοποιημένων κλινικές). Επιπλέον, εξετάσαμε την επίδραση της ασθένειας στον ασθενή και παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΙ: 652 ασθενείς με καρκίνο του μαστού (n = 480 από πιστοποιημένα κέντρα του καρκίνου του μαστού και n = 172 από μη πιστοποιημένες κλινικές) έλαβαν μέρος στη μελέτη μετά από παραμονή τους στο νοσοκομείο και συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο. Συλλέχθηκαν δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt, HFK), η ψυχολογική καταπόνηση (HADS), καθώς και των κοινωνικο-δημογραφικών και σχετιζόμενα με τη νόσο χαρακτηριστικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ανεξάρτητα από τον τόπο της θεραπείας του καρκίνου, οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού ανέφεραν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης. Υπήρχε μόνο μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών στην subdimension "συνολική κρίση" (κέντρο μαστού: 1,28 έναντι μη πιστοποιημένων κλινική: 1,19? P = 0,017). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ο τόπος της θεραπείας είχε λιγότερο ερμηνευτική δύναμη για την ικανοποίηση των ασθενών από άλλους παράγοντες, όπως η ψυχολογική δυσφορία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε αυτή τη μελέτη, υπήρχαν μόνο λίγες διαφορές ως προς την ικανοποίηση των ασθενών μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Αυτό το αποτέλεσμα έχει συζητηθεί στο πλαίσιο των διαφόρων παραγόντων μετριοπαθή.

7. The lived experience of breast cancer patients and couple distress.

Sprung BR., Janotha BL., Steckel AJ

Abstract

PURPOSE: A major trend in research has focused on identification of couple characteristics and dynamics against the backdrop of life-threatening or chronic illness. Awareness of these factors may lead to identification of couples at high risk for severe relationship distress. The researchers obtained an emic perspective of the impact of a breast cancer diagnosis on

womens' couple relationships and the response by healthcare providers to such psychosocial issues.

DATA SOURCES: This was a phenomenological study of the lived experience of breast cancer patients using a purposive sample of seven women in individual psychotherapy with a history of breast cancer and a focus group of five women from a breast cancer support group. Data analysis was conducted following Colaizzi's framework with five emergent themes identified. Interrater reliability was achieved with data analysis by two other researchers.

CONCLUSIONS: Results confirmed that breast cancer may have a profound impact on the couple relationship from diagnosis through survivorship. Relationships with healthcare providers disclosed significant disparities in identification and response to couple distress.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: Healthcare providers need to be sensitive to the "silent suffering" that exists for some breast cancer patients and incorporate consistent methods to identify and respond to couple distress.

Μετάφραση

Η βιωμένη εμπειρία των ασθενών με καρκίνο του μαστού και η αγωνία του ζευγαριού

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Μια σημαντική εξέλιξη στον τομέα της έρευνας έχει επικεντρωθεί στην καταγραφή των χαρακτηριστικών και της δύναμης του ζευγαριού με φόντο την απειλητική για τη ζωή ή την χρόνια ασθένεια. Η συνειδητοποίηση αυτών των παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε αναγνώριση των ζευγαριών που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για σοβαρή σχέση αγωνία. Οι ερευνητές έχουν λάβει προοπτική των επιπτώσεων της διάγνωσης του καρκίνου του μαστού στις σχέσεις του ζευγαριού, γυναικείες οργανώσεις και την ανταπόκριση από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σε τέτοια θέματα ψυχολογίας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΗΓΕΣ: Αυτή ήταν μια φαινομενολογική μελέτη της βιωμένης εμπειρίας των ασθενών με καρκίνο του μαστού, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα επτά γυναικών στην ατομική ψυχοθεραπεία με ιστορικό καρκίνου του μαστού και μια ομάδα εστίασης των πέντε γυναικών από μια ομάδα υποστήριξης του καρκίνου του μαστού. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε ακόλουθο πλαίσιο με πέντε αναδυόμενα θέματα που εντοπίστηκαν. Αξιοπιστία επιτεύχθηκε με την ανάλυση των δεδομένων από άλλους δύο ερευνητές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σχέση του ζευγαριού από τη διάγνωση μέσω επιβίωσης. Οι σχέσεις με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης που αποκαλύπτονται σημαντικές διαφορές στην αναγνώριση και αντιμετώπιση ζευγάρι αγωνία.

Θεωρία στην πράξη: Οι παροχείς υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι ευαίσθητοι στο "σιωπηλό πόνο" που υπάρχει για ορισμένους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και να ενσωματώσει συνεπείς μεθόδους για να προσδιορίσουν και να απαντήσετε σε ζευγάρι αγωνία.

8. Metabolic syndrome and the risk of breast cancer

Rosato V., Bosetti C., Talamini R., Levi F., Negri E., La Vecchia C

Abstract

Metabolic syndrome has been associated with an increased risk of various cancers. A multicenter study conducted in Italy and Switzerland on 3,869 cases of breast cancer in post-menopause reported a relative risk of 1.75 in women with the metabolic syndrome, confirming the results of other smaller epidemiological studies.

Μετάφραση

Το μεταβολικό σύνδρομο και ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού

Περίληψη

Το μεταβολικό σύνδρομο έχει συσχετισθεί με αυξημένο κίνδυνο διαφόρων μορφών καρκίνου. Μια πολυκεντρική μελέτη που διεξήχθη στην Ιταλία και την Ελβετία για 3.869 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε μετα-εμμηνόπαυση ανέφερε σχετικό κίνδυνο 1,75 σε γυναίκες με μεταβολικό σύνδρομο, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα των άλλων μικρότερων επιδημιολογικών μελετών.

9. Role of obesity in the risk of breast cancer: lessons from anthropometry

Amadou A., Hainaut P., Romieu I

Abstract

An estimated 1.38 million new cases of breast cancer (BC) are diagnosed each year in women worldwide. Of these, the majority are categorized as invasive ductal cell carcinoma. Subgroups of BC are frequently distinguished into five "intrinsic" subtypes, namely, luminal A, luminal B, normal-like, HER2-positive, and basal-like subtypes. Epidemiological evidence has shown that anthropometric factors are implicated in BC development. Overall consistent positive associations have been observed between high body mass index (BMI) and waist-to-hip ratio (WHR) and the risk of BC among postmenopausal women, while conflicting results persist for premenopausal BC, both for BMI and for other anthropometric parameters as well as across ethnic groups. Furthermore, some evidence suggests that body size, body shape, and weight gain during childhood or adolescence may play a role in the risk of BC. In this paper, we describe the evidence linking anthropometric indices at different ages and BC risk, in order to improve our understanding of the role of body fat distribution in the risk of BC, investigate differences in these associations according to menopausal status and ethnic groups, and discuss the potential biological mechanisms linking body size and BC risk.

Μετάφραση

Ο ρόλος της παχυσαρκίας στον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού: διδάγματα από ανθρωπομετρία

Περίληψη

Εκτιμάται ότι 1.380.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού (π.Χ.) διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο σε γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Από αυτά, η πλειοψηφία κατηγοριοποιούνται ως πορογενές διηθητικό καρκίνωμα κυττάρων. Οι υποομάδες π.Χ. διακρίνονται συχνά σε πέντε «εγγενή» υποτύπους, δηλαδή, του αυλού A, B αυλού, κανονική-σαν, θετικό στο HER2, και βασικά, όπως υποτύπους. Τα επιδημιολογικά στοιχεία έδειξαν ότι ανθρωπομετρικά παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη π.Χ. έχουν συνεπής θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ του δείκτη υψηλής μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η αναλογία μέσης-ισχίων (WHR) και τον κίνδυνο π.Χ. μεταξύ των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών, ενώ αντικρουόμενα αποτελέσματα επιμένουν για προεμμηνοπαυσιακές τόσο ως προς το BMI και για άλλες ανθρωπομετρικές παραμέτρους καθώς και σε ολόκληρη εθνοτικές ομάδες. Επιπλέον, ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι το μέγεθος του σώματος, το σχήμα του σώματος,

και αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της παιδική ή εφηβική ηλικία μπορεί να παίζει ρόλο στον κίνδυνο της BC. Σε αυτή την εργασία, περιγράφουμε την απόδειξη που να συνδέει ανθρωπομετρικών δεικτών σε διαφορετικές ηλικίες και BC κινδύνου, προκειμένου να βελτιωθεί η κατανόηση του ρόλου της κατανομής του σωματικού λίπους στον κίνδυνο π.Χ., τη διερεύνηση διαφορές σε αυτές τις ενώσεις σύμφωνα με την εμμηνοπαυσιακή κατάσταση και εθνοτικές ομάδες, και να συζητήσουν τους πιθανούς βιολογικούς μηχανισμούς που συνδέουν το μέγεθος του σώματος και BC κινδύνου.

10. Factors associated with surgical decision making in women with early-stage breast cancer: a literature review.

Mac Bride MB., Neal L., Dilaveri CA., Sandhu NP., Hieken TJ., Ghosh K., Wahner-Roedler DL

Abstract

BACKGROUND: Current recommendations for surgical management of early-stage breast cancer include breast-conserving surgery with postoperative irradiation. However, studies show that mastectomy is still being used by women with early-stage breast cancer.

METHODS: Review of the medical literature published between 2000 and 2010 to determine the factors associated with the decision of patients for surgical treatment in early-stage breast cancer.

RESULTS: The following patient characteristics affect the surgical decision-making process in early-stage breast cancer: age, socioeconomic factors, geographic area in which the patient lives, proximity to a radiation therapy center, testing for BRCA gene, breast imaging, and decision aids.

CONCLUSIONS: Of increasing importance in the decision making about treatment of women with early-stage breast cancer are the woman's perception of having a surgical choice and the influence of that choice on postoperative quality of life.

Μετάφραση

Παράγοντες που σχετίζονται με την παραγωγή χειρουργικής απόφασης σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο: μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Οι τρέχουσες συστάσεις για τη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο περιλαμβάνουν διατήρηση του μαστού στη χειρουργική επέμβαση με μετεγχειρητική ακτινοβολία. Ωστόσο, οι μελέτες δείχνουν ότι η μαστεκτομή εξακολουθεί να χρησιμοποιείται από γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Αναθεώρηση της ιατρικής βιβλιογραφίας που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2000 και 2010 για τον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την απόφαση των ασθενών για χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν τη χειρουργική διαδικασία λήψης αποφάσεων σε πρώιμο στάδιο καρκίνου του μαστού: η ηλικία, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η γεωγραφική περιοχή στην οποία οι ζωές των ασθενών, κοντά στο κέντρο της ακτινοθεραπείας, τον έλεγχο για το γονίδιο BRCA, απεικόνιση του μαστού, και βοηθήματα απόφαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία των γυναικών με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο είναι η αντίληψη της γυναίκας που έχει μια χειρουργική επιλογή και την επιρροή αυτής της επιλογής στη μετεγχειρητική ποιότητα ζωής.

11. Experiencing health - Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer

Backman M., Browall M., Sundberg CJ., Wengström Y

Abstract

PURPOSE: The aim of this study was to explore how women with breast cancer experience physical activity (PA) during adjuvant chemotherapy treatment.

METHODS: This study included sixteen women diagnosed with breast cancer who had participated in a supervised 16-week PA intervention during adjuvant chemotherapy treatment. The qualitative approach included semi-structured individual and focus group interviews. Data were analyzed inductively with content analysis.

RESULT: The content analysis resulted in a description of experiencing health during chemotherapy treatment covered by five categories: Solidarity with others and being good to oneself; Experiencing functional improvement and social support; Empowerment and motivation to focus on health; Barriers to adherence to PA during illness and treatment; and Enabling health and independence. A core category was identified; PA a tool for maintenance and recovery of physical, mental and social health. The women reported that PA had a positive impact on both physical function and mental wellbeing. Participating in the PA intervention also increased their feeling of social support, which was reported to be important to motivate adherence to PA when the side effects became more severe. Symptom burden, time and lack of motivation were reported as barriers to continue PA during treatment.

CONCLUSION: The women in this study reported that PA had a positive impact on their perceived health and that it was possible to exercise despite increasing symptom burden from treatment. PA was perceived as a tool that supported health processes and gave the women a feeling of getting respite from the illness.

Μετάφραση

Βιώνοντας την υγεία - σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας επικουρική θεραπεία για τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τις γυναίκες με εμπειρία καρκίνου του μαστού στη σωματική δραστηριότητα (PA) κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας επικουρική θεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη αυτή περιλάμβανε δεκαέξι γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού που είχαν συμμετάσχει σε μια εποπτευόμενη 16 εβδομάδων PA παρέμβαση κατά τη διάρκεια επικουρική θεραπεία χημειοθεραπείας. Η ποιοτική προσέγγιση περιελάμβανε ημι-δομημένες συνεντεύξεις ατομικές και ομάδα εστίασης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με επαγωγικά ανάλυσης περιεχομένου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: Η ανάλυση του περιεχομένου οδήγησε σε περιγραφή του πως βιώνει την υγεία κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας που καλύπτονται από πέντε κατηγορίες:

Αλληλεγγύη με τους άλλους και να είναι καλό για τον εαυτό του? Βιώνοντας βελτίωση της λειτουργικής και κοινωνικής υποστήριξης? Ενδυνάμωση και το κίνητρο να επικεντρωθεί στην υγεία? Εμπόδια στην τήρηση των PA κατά τη διάρκεια της ασθένειας και της θεραπείας? Ενεργοποίηση και την υγεία και την ανεξαρτησία. Μια κατηγορία πυρήνας εντοπίστηκε? PA ένα εργαλείο για τη συντήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Οι γυναίκες ανέφεραν ότι η PA είχε θετικό αντίκτυπο τόσο στην φυσική λειτουργία και την ψυχική ευεξία. Συμμετοχή στην παρέμβαση PA επίσης αυξημένο το αίσθημα της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία αναφέρθηκε ότι είναι σημαντικό να δοθούν κίνητρα για την τήρηση PA όταν οι παρενέργειες έγιναν πιο σοβαρές. Σύμπτωμα βάρος, ο χρόνος και η έλλειψη κινήτρων αναφέρθηκαν ως εμπόδια για να συνεχίσει PA διάρκεια της θεραπείας.

ΣΥΝΑΨΗ: Οι γυναίκες σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν ότι η PA είχε θετικό αντίκτυπο στην αντίληψη για την υγεία τους και ότι δεν ήταν δυνατό να ασκήσει παρά την αύξηση των συμπτωμάτων επιβάρυνση από τη θεραπεία. PA θεωρήθηκε ως ένα εργαλείο που υποστηρίζονται διαδικασίες για την υγεία και την έδωσαν οι γυναίκες την αίσθηση του να πάρει αναβολή από την ασθένεια.

12. Positive changes after breast cancer: A qualitative study.

Bahrami M., Taleghani F., Loripoor M., Yousefy A

Abstract

INTRODUCTION: Traumatic events such as breast cancer along with negative effects on patients also have positive effects. These cases have been studied less in Iran. Therefore, this study was conducted with the aim of explanation of positive changes after breast cancer by using a qualitative approach.

MATERIALS AND METHODS: This qualitative study was conducted in 2012 in one of the specialized centers for cancer affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. In this study, it was interviewed with 19 women with breast cancer about positive changes after cancer by using individual, open and deep methods. The interviews were analyzed with conventional content analysis method.

RESULTS: The titles of the three major categories were included as behavioral changes to maintain and promote health (acquisition of health information and adopting promoting health behaviors), spiritual development (attention to the God and sense of meaning in life, revising the values and priorities, strengthening moral and behavioral traits) and personal growth and flourish (feeling empowerment, confidence and efforts to achieve the goals and desires). These three categories have led to emerge themes in this study as the "Awakening after cancer."

CONCLUSIONS: The results of this study indicated positive changes after breast cancer. Considering such changes while providing care and consulting to patients with breast cancer in addition to facilitate and accelerate positive changes will be prompted to provide care and proper and influential consulting to promote patient health.

Μετάφραση

Θετικές αλλαγές μετά τον καρκίνο του μαστού: Μια ποιοτική μελέτη

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τραυματικά γεγονότα, όπως ο καρκίνος του μαστού, μαζί με αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς έχουν επίσης θετικά αποτελέσματα. Οι υποθέσεις αυτές έχουν μελετηθεί λιγότερο στο Ιράν. Επομένως, αυτή η μελέτη διεξήχθη με σκοπό την επεξήγηση των θετικών αλλαγών μετά τον καρκίνο του μαστού με τη χρήση μια ποιοτική προσέγγιση.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Αυτή η ποιοτική μελέτη διεξήχθη το 2012 σε ένα από τα εξειδικευμένα κέντρα για τον καρκίνο συνδεδεμένες με Ισφαχάν Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών. Σε αυτή τη μελέτη, είχαν συνέντευξη με 19 γυναίκες με καρκίνο του μαστού για θετικές αλλαγές μετά τον καρκίνο με τη χρήση ατομικών, ανοιχτή και βαθιά μεθόδους. Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν με τη συμβατική μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι τίτλοι των τριών μεγάλων κατηγοριών που περιλήφθηκαν οι αλλαγές στη συμπεριφορά για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας (απόκτηση των πληροφοριών για την υγεία και την υιοθέτηση συμπεριφοράς που προάγουν στην υγεία), την πνευματική ανάπτυξη (προσοχή στον Θεό και την αίσθηση του νοήματος της ζωής, την αναθεώρηση των αξιών και προτεραιοτήτων, την ενίσχυση της ηθική και τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς) και την προσωπική ανάπτυξη και να ανθίσει (αίσθημα χειραφέτησης, την εμπιστοσύνη και τις προσπάθειες για την επίτευξη των στόχων και των επιθυμιών). Αυτές οι

τρεις κατηγορίες έχουν οδηγήσει να αναδύονται θέματα σε αυτή τη μελέτη ως «ξύπνημα μετά τον καρκίνο».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν θετικές αλλαγές μετά τον καρκίνο του μαστού. Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις αλλαγές, παρέχοντας παράλληλα τη φροντίδα και τη διαβούλευση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού εκτός από τη διευκόλυνση και επιτάχυνση θετικές αλλαγές θα σας ζητηθεί να παρέχουν φροντίδα και τη σωστή επιρροή συμβούλων για την προαγωγή της υγείας των ασθενών.

13. Influence of primary care professionals on early detection of breast cancer: different perception between family physicians and nursing professionals

Esteban-Vasallo MD., Aerny-Perreten N., García-Riolobos C., López Rubio A., Domínguez-Berjón F

Abstract

The aim of this study was to assess the level of self-perceived influence on early detection of breast cancer among nurses and family physicians (FP) working in primary care and to identify the factors associated with a lower perception in each group. In the Autonomous Community of Madrid, an online questionnaire on cancer prevention was sent to a random sample of primary care professionals (3586 FP and nurses). The data included sex, age, profession, years in primary care, specific postgraduate training, and opinions and attitudes toward cancer prevention. A descriptive analysis was carried out. Factors associated with a low/null self-perceived influence on early detection of breast cancer were analyzed separately for FP and nurses with multivariate logistic regression models. In all, 76.4% of the participants considered that their influence on the early detection of breast cancer was enough/high. FP attributed to themselves a higher influence than nurses (enough/high: 86.0 vs. 64.6%, $P < 0.01$), and a lower perception was associated with a low/null perceived utility of their individual intervention [odds ratio (OR): 6.42, 95% confidence interval (CI) 2.77-14.85]. Among nurses, also associated with this low/null perceived utility [adjusted odds ratio (aOR): 2.81, 95% CI 1.37-5.77] were the absence of postgraduate training in the matter (aOR: 2.56, 95% CI 1.05-6.25), and a low/null perception of feasibility of prevention programs in their centers (aOR: 1.93, 95% CI 1.25-2.98). Primary care professionals perceive their activity in the early detection of breast cancer as relevant, especially FP. To increase knowledge of the

utility of individual interventions, specific training and improvement of the feasibility of these programs could enhance this perception.

Μετάφραση

Επίδραση της πρωτοβάθμιας φροντίδας επαγγελματιών για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού: διαφορετική αντίληψη μεταξύ των οικογενειακών ιατρών και των επαγγελματιών νοσοκόμων

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το επίπεδο της αυτο-αντίληψης στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού μεταξύ των νοσηλευτών και των οικογενειακών ιατρών που εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και να εντοπίσει τους παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλότερη αντίληψη σε κάθε ομάδα. Στην Αυτόνομη Κοινότητα της Μαδρίτης, ένα online ερωτηματολόγιο σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου στάλθηκε σε ένα τυχαίο δείγμα των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (3586 FP και νοσηλευτές). Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, χρόνια στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ειδική μεταπτυχιακή εκπαίδευση, και γνώμες και στάσεις προς την πρόληψη του καρκίνου. Μια περιγραφική ανάλυση πραγματοποιήθηκε. Παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλή / μηδενική αυτο-αντίληψη επιρροή στην έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού αναλύθηκαν ξεχωριστά για FP και νοσηλευτές με πολυπαραγοντικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης. Συνολικά, το 76,4% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η επιρροή τους για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού ήταν αρκετά / υψηλό. FP αποδίδεται στον εαυτό τους μια υψηλότερη επιρροή από οι νοσηλευτές (αρκετά / υψηλό: 86,0 έναντι 64,6%, $p < 0,01$), και ένα χαμηλότερο θέμα αντίληψης σχετίστηκε με χαμηλή / μηδενική αντιληπτή χρησιμότητα του δείκτη επιμέρους παρέμβασης [αποδόσεις τους (H): 6.42 , 95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI) 2,77 έως 14,85]. Μεταξύ των νοσοκόμων, που συνδέεται επίσης με αυτό το χαμηλό / null αντιληπτή χρησιμότητα [προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων (AOR): 2,81, 95% CI 1,37 έως 5,77] ήταν η απουσία της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στον τομέα αυτό (AOR: 2,56, 95% CI 1,05 - 6,25) , και το χαμηλό / null αντίληψη της σκοπιμότητας των προγραμμάτων πρόληψης στα κέντρα τους (AOR: 1,93, 95% CI 1,25 - 2,98). Επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας αντιλαμβάνονται τη δραστηριότητά τους στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την περίπτωση, ειδικά FP. Για να βελτιωθεί η γνώση της χρησιμότητας των

επιμέρους παρεμβάσεων, ειδική κατάρτιση και τη βελτίωση της δυνατότητας των εν λόγω προγραμμάτων θα μπορούσε να βελτιώσει την αντίληψη αυτή.

14. Breast cancer screening: a better anamnesis and an informed choice

Fauquert B

Abstract

The goal of this article is to compare breast cancer screening national and international guidelines for defining a pragmatic and evidence-based attitude for primary care professionals in Belgium. A literature review was made in the main guidelines databases and in the belgian epidemiological and reimbursement databases. The decrease in breast cancer mortality this last decade reduce the screening efficiency by the same extent. Finally, it is recommended to propose systematically mammoth screening between 50 and 70 and to inform the patients by messages developed for this purpose by the KCE. Based on a simple family history, we can define three risk groups (KCE - strong recommendation, moderate evidence level). Start this anamnesis from 30 years old, seems to be logical regards to the exams which have to be done if the risk is very elevated. If the risk is elevated, it is recommended to propose annual mammography between 40 and 49 (KCE - weak recommendation - very low evidence level). If the risk is very elevated, refer to the secondary care. Supplementary data are needed to appreciate the influence of social health determinant on the breast cancer morbidity and mortality and to improve our vision of the screening benefice-risk trade-off.

Μετάφραση

Προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού: μια καλύτερη ανάμνηση και μια συνειδητή επιλογή

Περίληψη

Ο στόχος αυτού του άρθρου είναι να συγκρίνει τον καρκίνο του μαστού με εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές για τον καθορισμό μιας ρεαλιστικής και τεκμηριωμένης στάσης για τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Βέλγιο. Μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έγινε στις βασικές κατευθυντήριες γραμμές βάσεις δεδομένων και στη

βελγική επιδημιολογική και την επιστροφή των βάσεων δεδομένων. Η μείωση στη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού η τελευταία δεκαετία να μειώσει την αποτελεσματικότητα του ελέγχου από την ίδια έκταση. Τέλος, συνιστάται να προτείνει συστηματικά διαλογή μεταξύ 50 και 70 και να ενημερώνουν τους ασθενείς από τα μηνύματα που αναπτύσσονται για το σκοπό αυτό από το KCE. Βασίζεται σε μια απλή οικογενειακή ιστορία, μπορούμε να ορίσουμε τις τρεις ομάδες κινδύνου (KCE - ισχυρή σύσταση, μέτριο επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων). Ξεκινήστε αυτή την ανάμνηση από 30 ετών, φαίνεται να είναι λογικό, αφορά τις εξετάσεις που πρέπει να γίνουν, αν ο κίνδυνος είναι πολύ υψηλός. Εάν ο κίνδυνος είναι αυξημένος, συνιστάται να προτείνει ετήσια μαστογραφία μεταξύ 40 και 49 (KCE - αδύναμης σύστασης - πολύ χαμηλό επίπεδο αποδεικτικών στοιχείων). Εάν ο κίνδυνος είναι πολύ αυξημένος, ανατρέξτε στην δευτεροβάθμια περίθαλψη. Τα συμπληρωματικά στοιχεία που απαιτούνται για να εκτιμήσουν την επίδραση των κοινωνικών καθοριστικών για την υγεία σχετικά με την νοσηρότητα καρκίνου του μαστού και τη θνησιμότητα και να βελτιώσει το όραμά μας για την προβολή εφημέριου κινδύνου.

15. What do women know about breast cancer prophylaxis and a healthy style of life?

Sielska J., Matecka M., Dąbrowska E., Jakubek E., Urbaniak M

Abstract

AIM: The aim of the study was to determine the factors influencing women's knowledge concerning breast cancer prophylaxis and find out the sources of the knowledge.

BACKGROUND: In the Greater Poland region, breast cancer has been the most frequently detected tumour for years. The percentage of breast cancer cases has increased by 31% in the last decade.

MATERIALS AND METHODS: The study encompassed 337 women aged 40-59 who participated in the mammographic examinations. An original research tool was used which assessed the level of knowledge concerning breast cancer prophylaxis, the knowledge of health-oriented behaviour in this regard and the influence of the medical personnel on women's education.

RESULTS: Age is a factor diversifying the knowledge of the breast self-examination method. Doctors and nurses were rarely indicated as a source of knowledge concerning breast cancer prophylaxis. The subjects presented a high level of knowledge of the factors increasing the risk of developing cancer.

CONCLUSIONS: A correlation between the level of education and the knowledge of one's own breast to a degree which enables a woman to detect even a slight change was observed. Vital findings also concern the sources of knowledge concerning breast cancer prophylaxis. The results of the studies indicated little informative support on the part of the medical personnel; therefore, one should call for supplementing training courses for doctors and nurses focusing on the issues of prophylaxis, including the method of breast self-examination.

Μετάφραση

Τι πρέπει να γνωρίζουν οι γυναίκες για την προφύλαξη του καρκίνου του μαστού και τον υγιεινό τρόπο ζωής;

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιορίσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις γνώσεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και να ανακαλύψουν τις πηγές της γνώσης.

ΣΚΟΠΟΣ: Στην ευρύτερη περιοχή της Πολωνίας, ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνά ανίχνευση όγκου για χρόνια. Το ποσοστό των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού έχει αυξηθεί κατά 31% την τελευταία δεκαετία.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Η μελέτη περιλάμβανε 337 γυναίκες ηλικίας 40-59 ετών που συμμετείχαν στις εξετάσεις μαστογραφίας. Ένα πρωτότυπο ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε αξιολόγησε το επίπεδο των γνώσεων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η γνώση των προσανατολισμένων στην υγεία συμπεριφορά στο θέμα αυτό και η επιρροή του ιατρικού προσωπικού για την εκπαίδευση των γυναικών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ηλικία είναι ένας παράγοντας διαφοροποίηση της γνώσης της μεθόδου αυτοεξέτασης του μαστού. Οι γιατροί και οι νοσοκόμες όπως αναφέρεται ήταν ως πηγή γνώσης σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Τα θέματα που

παρουσιάστηκαν σε υψηλού επιπέδου γνώσης των παραγόντων αυξάνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της εκπαίδευσης και της γνώσης του δικού του μαστού ενός ατόμου σε βαθμό που επιτρέπει μια γυναίκα για την ανίχνευση παρατηρήθηκε ακόμη και μια μικρή αλλαγή. Ζωτικής σημασίας ευρήματα αφορούν επίσης τις πηγές των γνώσεων σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Τα αποτελέσματα των μελετών που αναφέρονται λίγο για την ενημερωτική υποστήριξη από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να καλέσετε για τη συμπλήρωση των μαθημάτων κατάρτισης για τους γιατρούς και τις νοσοκόμες γύρω από τα θέματα της προφύλαξης, συμπεριλαμβανομένης της μεθόδου της αυτοεξέτασης του μαστού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγοραστός Θ., Βασίλη Δ., Μπόντης Ι. Ν., (1999). *Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου*. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- Αδαμακίδου Θ., (2003). *Αποκατάσταση γυναικών μετά την μαστεκτομή, ο ρόλος των νοσηλευτών, νοσηλευτική*.
- Barth Volker., (2013). *Διαγνωστική των Παθήσεων του Μαστού*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Πριμέτης Ηλίας. Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας.
- Γεωργίου Μ., (2009). *Βιβλίο Γυναικολογίας – Μαιευτικής*. Εκδόσεις Δέσμος. Athens.
- Δημητρακάκης Κ., Κεραμόπουλος Α., (2000). *Καρκίνος Μαστού και Μοριακή Βιολογία*. Επιστημονικές Εκδόσεις “Γρηγόριος Παρισιάνος” Αθήνα.
- Ζαφράκος Μ., Μπόντης Ι., (2005). *Καρκίνος του Μαστού. Παράγοντες κινδύνου και πρωτογενής πρόληψη*. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία.
- Ιωαννίδου – Μουζάκα Λ., Μανδρέκας Α., Μπαρμπούνης Β., (2007). *Σύγχρονη Μαστολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Κόνιαρη Ε., (1991). *Καρκίνος του Μαστού*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Lemone P., Burke K., (2004). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*. Μτφρ. Παναουδάκη – Μπροκαλάκη. Αθήνα, ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- McGeown J.G. (2008). *Συνοπτική φυσιολογία του Ανθρώπου*. Μτφρ. Μολυβδάς Π., Γουργουλιάκης Κ., Χατζηευθυμίου Α., Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Μακρόπουλος Χρήστος Ι., (2004). *Καλοήθης και Κακοήθης παθήσεις του μαστού*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

- Μακρόπουλος Χρήστος Ι., (2007). *Παθήσεις του Μαστού*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Παρασκευάς Γ., (2008). *Ανατομία του Ανθρώπου*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ., (1993). *Καρκίνος Μαστού*. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- Richard L., Drake & Wayne Vogl & Adam W.M. Mitchell. (2007). *Grays Ανατομία*. Τόμος 1,2 (Επιμέλεια Σκανδαλάκης Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ., (2006). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Τζωρακολευθεράκης Ε., (1992). *Χειρουργικές Παθήσεις του Μαστού*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.
- Frank H. Netter ., (2009). *Παθολογία βασικές αρχές*. Marschall S. Runge, M. Andrew Greganti. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα.
- Φύσσας Γ., (2006). *Ο Μαστός και οι Παθήσεις του*. Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, Αθήνα.
- Χαράτση – Γιωτάκη Ε., (2010). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιατρικές και Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Χαράτση – Γιωτάκη Ε., (2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα, 2^η Έκδοση.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Coufal O, Sporcroval I, Vrtelova P. (2011). *What patients need to know before their breast cancer surgery*. *Klin Onkol*, vol. 24, p. 343 – 347.
- Leadbeater M. (2013). *The role of a community palliative care specialist nurse team in caring for people with metastatic breast cancer*. *Int J Palliant Nurs*. 19(2):93 – 7.
- Grattan BJ Jr. (2013). *Plant sterols as anticancer nutrients: evidence for their role in breast cancer*. *Jan 31:5(2):359-87*.
- Bower JE., Crosswell AD., Stanton AL., Crespi CM., Winston D., Arevalo J., Ma J., Cole SW., Ganz PA. (2015). *Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: a randomized controlled trial*. *Cancer* 15:121(8):123-40
- Walker CH., Drew BA., Antoon JW., Kalueff AV., Beckman BS. (2012). *Neurocognitive effects of chemotherapy and endocrine therapies in the treatment of breast cancer: recent perspectives*. *Cancer Invest* 30(2):135-48.
- Weissflog G., Götze H., Klinitzke G., Distler W., Brähler E., Ernst J. (2011). *Better patient orientation through certified cancer centres in oncological care? Patient satisfaction in breast cancer patients in certified breast cancer centres and noncertified hospitals*. *Z Psychosom Med Psychother*, vol 57, p.343-355
- Sprung BR., Janotha BL., Steckel AJ. (2011). *The lived experience of breast cancer patients and couple distress*. *J Am Acad Nurse Pract* 23(11):619-27
- Rosato V., Bosetti C., Talamini R., Levi F., Negri E., La Vecchia C. (2011). *Metabolic syndrome and the risk of breast cancer*. *Recent Prog Med*, vol. 102, p. 476-478

- Amadou A., Hainaut P., Romieu I. (2013). *Role of obesity in the risk of breast cancer: lessons from anthropometry.*
- Mac Bride MB., Neal L., Dilaveri CA., Sandhu NP., Hieken TJ., Ghosh K., Wahner-Roedler DL (2013). *Factors associated with surgical decision making in women with early-stage breast cancer: a literature review.* J Womens Health (Larchmt). 22(3):236-42
- Backman M., Browall M., Sundberg CJ., Wengström Y. (2015). *Experiencing health - Physical activity during adjuvant chemotherapy treatment for women with breast cancer.* Eur J Oncol Nurs
- Bahrami M., Taleghani F., Loripoor M., Yousefy A. (2015). *Positive changes after breast cancer: A qualitative study.* J Educ Health Promot.
- Esteban-Vasallo MD., Aerny-Perreten N., García-Riolobos C., López Rubio A., Domínguez-Berjón F (2015). *Influence of primary care professionals on early detection of breast cancer: different perception between family physicians and nursing professionals.* Eur J Cancer Prev.
- Fauquert B. (2015). *Breast cancer screening: a better anamnesis and an informed choice.* Rev Med Brux. 36(4):248-54.
- Sielska J., Matecka M., Dąbrowska E., Jakubek E., Urbaniak M. (2015). *What do women know about breast cancer prophylaxis and a healthy style of life?* Rep Pract Oncol Radiother. 20(5):321-7.

