

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, η ενημέρωση του πληθυσμού και η συνήθης πρακτική πρόληψης"



ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΒΑΤΣΙΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ:

ΒΕΝΕΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Πάτρα, 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u>	4
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	5
<u>ABSTRACT</u>	6
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο: Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού

1.1. Στοιχεία ανατομίας-φυσιολογίας του μαστού.....	9-14
1.2. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....	14-17

Κεφάλαιο 2^ο: Προσδιορισμός του καρκίνου του μαστού

2.1.Επιδημιολογία.....	18-21
2.2.Αιτιολογία της νόσου.....	21
2.3. Παράγοντες κινδύνου.....	21-23
2.4.Κλινική εικόνα και πρόγνωση.....	23
2.5. Σταδιοποίηση και πρόγνωση.....	23-24
2.6.Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	24-25
2.7. Πρόληψη καρκίνου του μαστού.....	25-27
2.8.Ο καρκίνος του μαστού στους άντρες.....	27-28

Κεφάλαιο 3^ο: Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

3.1.Αυτοεξέταση.....	29-30
3.2.Ιστορικό	30-31
3.3.Ψηλάφηση.....	31-32
3.4.Μαστογραφία.....	32-34
3.5.Υπερηχογράφημα.....	34
3.6.Μαγνητική μαστογραφία.....	34-35
3.7.Ξηρογραφία.....	35
3.8.Θερμογραφία.....	35
3.9.Κυτταρολογική εξέταση.....	36
3.10.Ανοικτή βιοψία.....	36
3.11.Καρκινικοί δείκτες.....	36
3.12.Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2.....	36-37

Κεφάλαιο 4^ο: Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

4.1.Χειρουργική θεραπεία.....	38-39
4.1.1 Ριζική μαστεκτομή.....	39
4.1.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.....	39-40
4.1.3. Μερική μαστεκτομή.....	40
4.1.4. Απλή μαστεκτομή.....	41
4.1.5 Ογκεκτομή.....	41
4.2. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας.....	41-43
4.3.Ακτινοθεραπεία.....	43-45
4.4.Χημειοθεραπεία.....	45-46
4.5.Ορμονοθεραπεία.....	46
4.6.Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού.....	46-49
4.7.Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο του μαστού.....	49-50
4.8.Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού.....	50-51

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός της έρευνας.....	53
2.Μεθοδολογία.....	53
2.1. Πληθυσμός έρευνας.....	53
2.2. Εργαλεία έρευνας.....	53-54

3. Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Ενότητα Α': Περιγραφή δείγματος – δημογραφικά

Χαρακτηριστικά.....54-60

Ενότητα Β': ΙστορικόΕνημέρωση και συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....61-80

Ανάλυση συσχετίσεων

Ενότητα Α': Crosstabs ανάλυση.....80-95

Συζήτηση.....96-97

Συμπεράσματα.....98

Βιβλιογραφία.....99-103

παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο.....104-105

παράρτημα Β: Άδειες εκπόνησης έρευνας.....106-107

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας κας Παναγιώτας Βάτσιου. Πρωτίστως, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας για τη δυνατότητα που μας έδωσε να εκπονήσουμε υπό την επίβλεψή της την πτυχιακή μας εργασία, για το χρόνο που μας αφιέρωσε και την ουσιαστική βοήθεια που μας παρείχε κάθε φορά που τη χρειαστήκαμε. Επίσης, την ευχαριστούμε για την κατανόηση που έδειξε σε όλες τις δυσκολίες μας, τη συμπαράστασή της, την αισιοδοξία με την οποία πάντα αντιμετώπιζε κάθε πρόβλημα που προέκυπτε στην πορεία της εργασίας αυτής και την προτροπή και ενθάρρυνσή της για τη μελλοντική μας πορεία. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές κων Παναγιώτη Κιέκκα και κα Ελένη Νικολάου, που αποτέλεσαν μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής και ήταν πρόθυμοι να μας ακούσουν και να μας συμβουλέψουν όποτε χρειάστηκε . Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ο ιδιαίτερα διαφωτιστικός ρόλος της Επιστημονικής Μαστολογικής Εταιρίας-Ίασης-Στήριξης-Ε.Μ.Ε.Ι.Σ. που δέχτηκε να μας δανείσει το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε για την έρευνά μας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ το οφείλουμε στους γονείς μας, των οποίων η πίστη στις δυνατότητες μας, αποτέλεσε αρωγό σε όλους τους στόχους και τα όνειρά μας.

Σας Ευχαριστούμε!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ. Η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης του γυναικείου πληθύσμου σχετικά με την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και γνώση του καρκίνου του μαστού, βοηθά στην εκτίμηση του βαθμού που χρησιμοποιούνται οι γνωστοί πλέον τρόποι για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, προκειμένου να προλαμβάνεται η νόσος στο στάδιο που μπορεί να θεραπευτεί.

ΜΕΘΟΔΟΣ. Για την συλλογή πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο, αυτοσυμπληρωμένο ερωτηματολόγιο, για το οποίο ζητήθηκε η άδεια από την Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ-ΪΑΣΗ-ΣΤΗΡΙΞΗ" όπου μας το παραχώρησε. Συλλέχθηκαν 200 ερωτηματολόγια. Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό SPSS 20.0, έκδοση για Windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ. Στο γυναικείο πληθυσμό, γυναίκες που επισκέφτηκαν τα κέντρα εξυπηρέτηση πολιτών και ερωτήθηκαν, παρατηρούμε ότι υπάρχει ενημέρωση σε ικανοποιητικό ποσοστό και μεγάλη ευαισθητοποίηση γύρω από τη συγκεκριμένη ασθένεια. Η πλειοψηφία αυτών 43% -επιλέγουν να ενημερώνονται από το διαδίκτυο και το 22% από προσωπικό ιατρό. Οι γνωστότερες μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης για την πλειοψηφία των γυναικών, είναι η αυτοεξέταση, η μαστογραφία, η ψηλάφηση και το υπερηχογράφημα μαστών. Οι περισσότερες υποβάλλονται τακτικά στις συγκεκριμένες εξετάσεις. Η πλειοψηφία αναγνώρισε και ιεράρχησε σωστά τους παράγοντες που πιστεύεται ότι αυξάνουν ή μειώνουν την εμφάνιση καρκίνου του μαστού και εκείνους που συμβάλλουν στην πρόληψή του. Η συντριπτική πλειοψηφία 66,5% ανέρχονται οι συμμετέχουσες που απάντησαν ότι κάθε χρόνο πρέπει να επισκέπτονται ειδικό ιατρό για έλεγχο απάντησαν ότι κάθε χρόνο πρέπει να επισκέπτονται ειδικό ιατρό για έλεγχο και όπου επίσης ένα μεγάλο ποσοστό 71% θεωρεί ότι άνω των 35 πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο. Οι περισσότερες γυναίκες, πιστεύουν στην πρόληψη μερικών παραγόντων, το 67,5%, θεωρούν πως το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού, 89,5%, θεωρεί πως η φυσική κατάσταση και η υγιεινή διατροφή δρα θετικά στον οργανισμό όπως και 93,5% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Η πλειοψηφία πιστεύει ότι ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί και να θεραπευτεί σε μεγάλο ποσοστό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Η διαπίστωση του σχετικά ικανοποιητικού επιπέδου πληροφόρησης και ενημέρωσης στο γυναικείο πληθυσμό της συγκεκριμένης μελέτης, αποτελεί ενθαρρυντικό στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η ανάγκη για συνεχή και πληρέστερη ενημέρωση πάντα παραμένει.

Λέξεις κλειδιά: καρκίνος μαστού, μαστογραφία, πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, προδιαθεσιακοί παράγοντες

ABSTRACT

INTRODUCTION. Investigating the level of awareness among women about the prevention, early diagnosis and knowledge of breast cancer helps assess the extent to which the most commonly used ways to diagnose breast cancer are being used to prevent disease at the stage that can be cured.

METHOD. Anonymous, self-completed questionnaire, for which permission was requested from the EMEIS-SCIENTIFIC MASOTRONIC COMPANY-IASI-SUPPORT, and the permission was given. 200 questionnaires were collected. The analysis was made using the SPSS 20.0 statistical version, for Windows.

RESULTS. In the female population, women who visited the Citizens Service Centers and were questioned, we notice that there is sufficient information and high awareness of the specific illness. The majority of these 43% - choose to be informed by the internet and 22% by a personal doctor. The most common methods of early diagnosis for the majority of women are self-examination, mammography, palpation and breast ultrasound. Most are regularly enrolled in these examinations. The majority recognized and properly ranked the factors that are believed to increase or decrease the incidence of breast cancer and those that help prevent it. The overwhelming majority of 66.5% 66.5% is the women who responded that each year they must visit a specialist doctor for inspection they replied that each year they must visit a special doctor for screening and where also a large 71% consider that over 35 yeras old must undergo regular mammogram screening. 46% of women surveyed believe that mammography may not show a cancer. Most women believe in the prevention of some factors, 67.5%, consider smoking as a risk factor in breast cancer, 89.5%, believes that physical fitness and healthy eating act positively in the body as well as 93, 5% of respondents said breastfeeding is protective against breast cancer. The majority believes that breast cancer can be prevented and treated in large amount.

CONCLUSIONS. Finding a relatively satisfactory level of information to the female population of this study is an encouraging element for the early diagnosis and prevention of breast cancer. Although the necessity for continuous and more information always remains.

Key words: breast cancer, mammography, prevention, early diagnosis, predisposing factors

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Υπάρχουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται το γυναικείο φύλο, η εθνικότητα, η μεγαλύτερη ηλικία, η παχυσαρκία, η πρόιμη ηλικία εμμηναρχής, η καθυστερημένη ηλικία εμμηνόπαυσης, η ατεκνία, η μεγάλη ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε συγγενείς πρώτου βαθμού καθώς και η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων.

Από πλευράς πρόληψης, παρόλο που ο ρόλος ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων θεωρείται τεκμηριωμένος στην αιτιολογία του καρκίνου του μαστού, δυστυχώς, δεν μεταφράζεται άμεσα στη δυνατότητα λήψης αποτελεσματικών μέτρων για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει τη σωστή διατροφή και αποφυγή παχυσαρκίας, τη φυσική άσκηση, τον περιορισμό κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών κ.α. και είναι ενδεικνυόμενα μέτρα για να προστατευτούν μόνες τους οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού.

Η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού γίνεται κυρίως με τη μαστογραφία, η οποία, εάν εφαρμοστεί στα πλαίσια οργανωμένων προγραμμάτων, μειώνει τη θνησιμότητα κατά 25% σε γυναίκες 50-69 ετών. Επίσης σε ένα ποσοστό 90% οι γυναίκες ανακαλύπτουν μόνες τους τον καρκίνο του μαστού. Η ευαισθησία της είναι 85-90% και η ακρίβεια περίπου 55-60%. Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

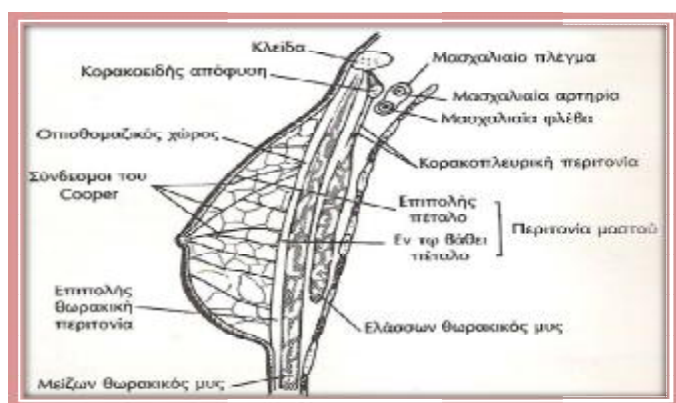
Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού

1.1. Στοιχεία ανατομίας-φυσιολογίας του μαστού

Οι μαστοί είναι τροποποιημένοι αδένες του δέρματος, που βρίσκονται στις πρόσθιες και εν μέρει στις πλευρικές επιφάνειες του θώρακα. Κάθε μαστός εκτείνεται προς τα άνω στη δεύτερη πλευρά, κάτω στον έκτο πλευρικό χόνδρο, έσω στο στήρνο, και έξω στη μέση

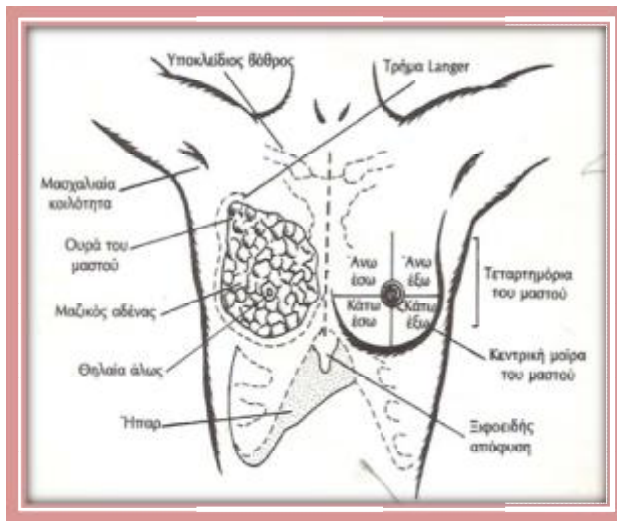


μασχαλιαία γραμμή. Το σύμπλεγμα θηλή - άλωσ βρίσκεται μεταξύ της τέταρτης και πέμπτης πλευράς. Οι φυσικές γραμμές τάσεως του δέρματος, γνωστές ως γραμμές Langer, επεκτείνονται εξωτερικά και περιμετρικά από το σύμπλεγμα θηλή - άλωσ. Οι γραμμές Langer έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για το χειρουργό, για την θέση της τομής στις βιοψίες του μαστού (Σγουράκης, 2006).

Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στήρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού. Η επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δύο στιβάδες (Κελλαρτζή και συν., 2009). Μία επιπολής λιπώδη στιβάδα και μία εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό.

Υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στο μαζικό αδένες και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Ο αδενικός ιστός φαίνεται να επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων, μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί μιας μαστεκτομής είναι η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Αν και τα όρια αυτά θεωρούνται σαφή, είναι δυνατόν μία μαστεκτομή να θεωρηθεί ατελής. Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του

Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer την εν τω βάθει περιτονία, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης (Κελλαρτζή και συν., 2009).



Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται πρώτιστα από την έσω μαστική ή θωρακική αρτηρία, και την έξω θωρακική αρτηρία. Και οι δύο αυτές αρτηρίες προέρχονται από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατόπιν εισέρχονται στο μαστό από τις άνω-έσω και άνω-έξω επιφάνειες, αντίστοιχα. Κλάδοι αυτών των αρτηριών αναστομώνονται κάθε μια με την άλλη. Επιπλέον, η έσω μαστική αρτηρία δίνει τις οπίσθιες μεσοπλευρίες αρτηρίες, και οι κλάδοι των μεσοπλευριών αρτηριών διαπερνούν την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού (Σγουράκης, 2006).

Συνοπτικά οι ανατομικές θέσεις του μαστού είναι:

- Θηλή
- Κεντρικό τμήμα
- Άνω εσωτερικό τεταρτημόριο
- Κάτω εσωτερικό τεταρτημόριο
- Άνω εξωτερικό τεταρτημόριο
- Κάτω εξωτερικό τεταρτημόριο
- Μασχαλιαία ουρά

Το μέγεθος και το σχήμα του γυναικείου μαστού διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το σχήμα του μαστού είναι:

- Ο όγκος του μαστικού ιστού
- Το ιστορικό της οικογένειας
- Η ηλικία
- Η απώλεια ή η αύξηση βάρους
- Το ιστορικό εγκυμοσύνης και γαλουχίας
- Η πυκνότητα και η ελαστικότητα του δέρματος του μαστού
- Ο βαθμός επίδρασης των ορμονών στο μαστό (ιδιαίτερα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης)
- Η εμμηνόπαυση

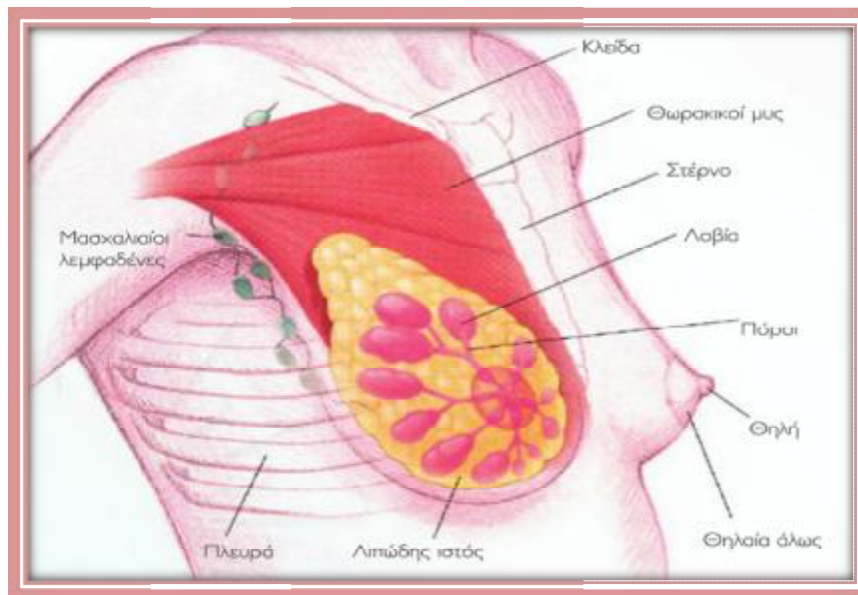


Οι μαστοί μιας γυναίκας σπάνια είναι συμμετρικοί. Συνήθως ο ένας από τους δύο έχει διαφορετικό σχήμα, είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος, βρίσκεται χαμηλότερα ή ψηλότερα από τον άλλον. Η συνήθης αναλογία του αριστερού μαστού ως προς το δεξιό είναι 1.14:1.00. Ο μαστός μπορεί να είναι είτε πυκνά αδενώδης, κάτι που συναντάται ιδιαίτερα κατά τη νεαρή ηλικία, είτε λιποβριθής, το συνηθέστερο σε μία προχωρημένη ηλικία (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006).

Ανατομία της μασχάλης

Η μασχάλη οριοθετείται εντός από το θωρακικό τοίχωμα, έξω από τον πλατύ ραχιαίο μυ, άνω από τη μασχαλιαία φλέβα, πίσω από τον υποπλάτιο μυ, και κάτω από τη σύγκλιση του πλατύ ραχιαίου και του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Η μασχάλη διαιρείται σε τρία επίπεδα, που καθορίζονται από την ανατομική σχέση τους με τον ελάσσονα θωρακικό μυ. - Αυτά τα επίπεδα ενέχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για την έκταση της μασχαλιαίας λεμφαδενεκτομής για τον καρκίνο του μαστού. - Ο μασχαλιαίος ιστός που είναι επί τα εκτός των έξω ορίων του ελάσσονος θωρακικού μυός ορίζεται ως επίπεδο I, το οπίσθιο τμήμα και μεταξύ των έξω και έσω ορίων του μυός είναι το επίπεδο II και επί τα εντός του έσω ορίου του μυός είναι το επίπεδο III. Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός βρίσκονται οι λεμφαδένες του Rotter. Αυτοί βρίσκονται συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός. Το έξω θωρακικό νεύρο πορεύεται επίσης κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του μείζονος θωρακικού μυός, και βλάβη σε αυτό το νεύρο οδηγεί σε ατροφία του μυός. Το έσω θωρακικό νεύρο, το οποίο έχει μορφή Y, νευρώνει την κάτω έξω επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και πρέπει να διατηρείται κατά την παρασκευή. Το δεύτερο δερματικό μεσοπλευρικό βραχιόνιο νεύρο βρίσκεται περίπου ένα εκατοστό κατώτερα από τη μασχαλιαία φλέβα, και πορεύεται προς μια έσω-έξω κατεύθυνση (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006). Το μακρό θωρακικό νεύρο, που νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, μπορεί να προσδιοριστεί ακριβώς κάτω από το μεσοπλευρικό βραχιόνιο νεύρο στο δεύτερο μεσοπλευρικό διάστημα. Το μακρό θωρακικό νεύρο ακολουθεί την καμπύλη του θωρακικού τοιχώματος κάτω και πίσω, όπου διαιρείται σε κλάδους που παρεμβάλλουν τον πρόσθιο οδοντωτό μυ στο επίπεδο της τέταρτης ή πέμπτης πλευράς. Αν και το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει γενικά κατά μήκος του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μπορεί επίσης να βρεθεί πιο έξω στο μασχαλιαίο ιστό. Επομένως, το νεύρο πρέπει να αναγνωριστεί πριν τη μασχαλιαία παρασκευή αμέσως επί τα εκτός του πρόσθιου οδοντωτού μυός. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει σε μια άνω-κάτω κατεύθυνση, και είναι πάντα πίσω από τα μεσοπλευρικά νεύρα (που τρέχουν σε μια έσω-έξω κατεύθυνση). Κατά συνέπεια, οποιαδήποτε χειρουργική παρασκευή πίσω από τα μεσοπλευρικά νεύρα προφυλάσσει το μακρό θωρακικό νεύρο. Η διατομή του μακρού θωρακικού νεύρου οδηγεί σε "πτερωτή ωμοπλάτη". Το θωρακοραχιαίο νεύρο νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ. Προς τα άνω, αυτό βρίσκεται πίσω από την έξω θωρακική φλέβα. Ακολούθως παίρνει μια κάτω έξω πορεία, κείμενη στον υποπλάτιο μυ, συνοδευόμενο από τα υποπλάτια αγγεία και εισέρχεται στην έσω επιφάνεια του πλατέως ραχιαίου μυός. Κατά συνέπεια, η παρασκευή κατά μήκος της έξω και πρόσθιας επιφάνειας του πλατύ ραχιαίου μυός αποφεύγει τη βλάβη στο θωρακοραχιαίο νεύρο (Σγουράκης, 2006).

Ο πλατύς ραχιαίος μυς διαμορφώνει τα έξω όρια της μασχάλης. Είναι ένα σημαντικό ορόσημο στη χειρουργική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού, και χρησιμοποιείται συχνά στο μαστό στην επανορθωτική χειρουργική που ακολουθεί τη μαστεκτομή για καρκίνο (κρημνός του πλατέως ραχιαίου μυός). Ο πλατύς ραχιαίος μυς εκφύεται από τους θωρακικούς σπονδύλους (Θ7-Θ12), τη λαγόνιο ακρολοφία και τις οσφυϊκές και ιερές σπονδυλικές άκανθες και από τις κατώτερες τρεις ή τέσσερις πλευρές. Ο πλατύς ραχιαίος μυς καταφύεται στο βραχιόνιο οστόν, λειτουργεί ως έσω στροφέας και βοηθά στην προσαγωγή και έκταση του βραχίονα. Υπάρχουν διάφοροι μύες που βρίσκονται σε στενή σχέση με το πλατύ ραχιαίο μυ (δελτοειδής μυς, μείζων στρογγυλός μύς και τραπέζιος μυς) (Σγουράκης, 2006).



Ο χειρουργός πρέπει να είναι εξοικειωμένος με την αιμάτωση του πλατέως ραχιαίου μυός λόγω των εφαρμογών του στην επανορθωτική χειρουργική. Η υποπλάτιος αρτηρία είναι κλάδος της μασχαλιαίας αρτηρίας και διακλαδίζεται σύντομα για να εκπέμψει την περισπωμένη πλατιαία αρτηρία και την θωρακοραχιαία αρτηρία. Μία ή δύο φλέβες και το θωρακοραχιαίο νεύρο ενώνονται με την θωρακοραχιαία αρτηρία, διαμορφώνοντας ένα νευροαγγειακό μίσχο. Αυτός ο μίσχος εισέρχεται στον πλατύ ραχιαίο μυ στην έσω επιφάνειά του, περίπου 6-12 εκατοστά από την υποπλάτια αρτηρία (Κελλαρτζή και συν., 2009; Σγουράκης, 2006).

Ο ορθός κοιλιακός μυς, όπως και ο πλατύς ραχιαίος μυς, είναι σημαντικός στην επανορθωτική χειρουργική. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται στη δημιουργία των κρημών TRAM (εγκάρσιος μυς - ορθός κοιλιακός μυς). Ο ορθός κοιλιακός μυς προέρχεται από το χόνδρο των 5^{ης}, 6^{ης} και 7^{ης} πλευράς και τη ξιφοειδή απόφυση. Καταφύεται μπροστά από την ηβική σύμφυση και το σώμα του ηβικού οστού. Ο έξω λοξός μυς τελειώνει σε μια απονεύρωση που πορεύεται μπροστά στον ορθό κοιλιακό μυ. Ο έσω λοξός μυς τελειώνει σε μία απονεύρωση που χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο στρώμα. Το πρόσθιο στρώμα περνά μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ και ενώνεται με την απονεύρωση του έξω λοξού μυός. Το οπίσθιο στρώμα κείται οπίσθια του ορθού κοιλιακού μυός πάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, αυτό το στρώμα περνά επίσης μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ. Τέλος, επάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή, ο εγκάρσιος κοιλιακός μυς τελειώνει σε μία απονεύρωση που κείται πίσω από τον ορθό κοιλιακό μυ. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, η απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός περνά μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ. Κατά συνέπεια, επάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή, το οπίσθιο

στρώμα της θήκης του ορθού διαμορφώνεται από την απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού και του έσω λοξού μυός. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, το οπίσθιο στρώμα της θήκης του ορθού διαμορφώνεται από την απονεύρωση του εγκάρσιου κοιλιακού μυός. Μέσα στη θήκη του ορθού, αναστομώνονται οι άνω επιγαστρικές και οι κάτω επιγαστρικές αρτηρίες. Η κάτω επιγαστρική αρτηρία εισέρχεται στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός στην ημισεληνοειδή γραμμή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η άνω επιγαστρική αρτηρία είναι ο κλάδος της έσω θωρακικής ή μαστικής αρτηρίας και η κάτω επιγαστρική αρτηρία είναι κλάδος της έξω λαγονίου αρτηρίας (Σγουράκης, 2006).

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία και σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και πρωτίστως σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένα μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία του, που είναι η γαλουχία. Συνεπώς, οι μαστικοί αδένες αποτελούν σημαντικό τμήμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από συνεχή ορμονικό έλεγχο (Φύσας, 2006).

Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται μέσω ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και στον πυρήνα των κυττάρων, στο αδενικό επιθήλιο και στο διαμέσο και λιπώδη ιστό. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική ορμόνη, τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κυρίως όμως της έκκρισης της προλακτίνης από την αδενοϋπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωθήκες. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν, ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Συνεπώς ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένα δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους (Φύσας, 2006).

Οι ορμόνες των ωθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση κυρίως της προλακτίνης και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Τα οιστρογόνα συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης. Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με την συνέργεια των υποφυσιακών ορμονών και των οιστρογόνων. Η δράση της συνίσταται κυρίως στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσας, 2006).

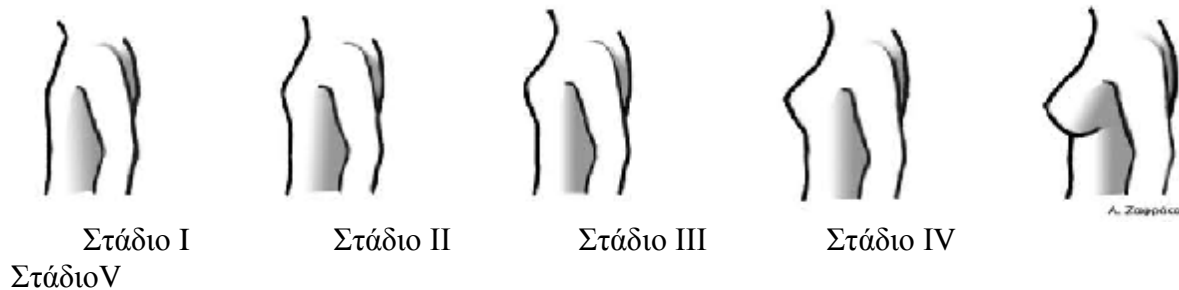
Μεγάλη αύξηση στην κυκλοφορία των οιστρογόνων, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και τον πλακούντα, και των προγεστινών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στη μορφή και το υπόστρωμα του μαστού. Ο μαστός αυξάνεται καθώς πολλαπλασιάζονται οι πόροι και τα λόβια, το δέρμα της άλω σκουραίνει, και οι επικουρικοί αδένες της άλω (αδένες του Montgomery) αναπτύσσονται. Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο και πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων (Ramsayetal., 2005). Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, το οποίο επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης. Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά ανακλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της άλω. Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά, και οσφρητικά ερεθίσματα και συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους. Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης μειώνεται. Το εναπομείναν γάλα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου (Ramsayetal., 2005). Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα, και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς.

1.2.Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας

Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm, πάχος 5-6 cm. Παρατηρούνται ανατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο. Άλλες παραλλαγές οφείλονται σε διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος και φυλής. Επίσης, διαφέρει και το σχήμα του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες, είναι ημισφαιρικό ή κωνικό, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό. Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009).

Κατά την εμβρυϊκή ζωή ο μαστός αποτελεί προλή σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος. Στη γέννηση ο μαστός είναι ίδιος και για τα δυο φύλα. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. Ο μαστός αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους που εκβάλλουν στην θηλή. Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού. Ο μαζικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Αντίθετα με την βρεφική ηλικία, κατά τη διάρκεια της παιδικής οι μαστοί αδρανούν. Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται αγάλακτος ή παρθενικός μαστός και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό. Κατά την διάρκεια της ήβης η θηλαία άλω μεγαλώνει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαζικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων, και το δραματικό πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί

στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις μητέρες να φέρουν τις κόρες τους για ιατρική αξιολόγηση μετά την παρατήρηση ενός νέου ογκιδίου στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών (Κελλαρτζής και συν., 2009)..



Σχηματική απεικόνιση των πέντε σταδίων ανάπτυξης των μαστών στην εφηβεία

Στην εφηβεία, οι μαστικοί αδένες αναπτύσσονται γρήγορα, πρώτιστα λόγω του πολλαπλασιασμού του στρώματος και του συνδετικού ιστού γύρω από τους πόρους. Η αύξηση του συστήματος των πόρων εμφανίζεται μέσω της επιρροής των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός επιτυγχάνει την πλήρη δομική ωρίμανση και την πλήρη λειτουργική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ενεό-λοβιακοί πόροι αναπτύσσονται γρήγορα, διαμορφώνοντας τις εκβλαστήσεις που γίνονται φατνία, και αντιστρέφεται η αναλογία στρώμα/αδενικός ιστός. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από αδενικές μονάδες που χωρίζονται από μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού. Μετά τη γαλακτοφόρα, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων, και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με την απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Κατά συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνοπαυσιακά. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνοπαυσιακών ετών και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος. Το σύστημα των πόρων περιέχει πολυάριθμα λόβια με τα λοβιόλια. Κάθε λόβιο τροφοδοτεί έναν τελικό πόρο, ο οποίος, στη συνέχεια, τροφοδοτεί έναν τμηματικό πόρο. Οι τμηματικοί πόροι διενεργούν τελικά τη παροχέτευση των πόρων, και περίπου 15-20 συγκλίνουν κάτω από την άλω προς την επιφάνεια της θηλής μέσω χωριστών στομιών. Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα είναι κύστεις, ινοαδενώματα, και καρκινώματα. Οι κύστεις και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λόβια ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία, και αυτά αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους στη θηλή. Η νόσος του Paget του μαστού αναφέρεται σαν δερματίτιδα στο σύμπλεγμα θηλή - άλω. Αυτό δείχνει γενικά την παρουσία ενός υποβόσκοντος καρκίνου του μαστού. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδονται σε καρκίνο in situ και οι άλλες μισές σε διηθητικό καρκίνο (Φύσσας, 2006, Κελλαρτζής και συν., 2009).



Εμμηνορρυσία και μαστός

Αρχίζοντας από την όγδοη ημέρα του καταμήνιου κύκλου, ο γυναικείος μαστός αυξάνει βαθμιαία σε μέγεθος, ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνορρυσία μπορεί να αυξηθεί ως 50%, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται τάση και πιθανώς ευαισθησία. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού οφείλεται σε οίδημα μεταξύ των λοβίων, αγγειακή συμφόρηση και αύξηση του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνορρυσία υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με τη εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως τόσο η αγγειακή

συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός επανέρχεται στο μικρότερο μέγεθός του κατά την όγδοη με δέκατη ημέρα του κύκλου, χρονική περίοδος άριστη για την εξέταση του μαστού. Στην έφηβη κοπέλα και οι δύο μαστοί συνήθως αναπτύσσονται με τον ίδιο ρυθμό. Μερικές φορές όμως, μπορεί να υπάρξει ασύγχρονη ανάπτυξη, με αποτέλεσμα την ασυμμετρία. Η διαφορά αυτή στο μέγεθος των μαστών συνήθως επανορθώνεται με το χρόνο και γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η αναμονή αυτών των ασθενών μέχρι το πέρας της εφηβείας (Κελλαρτζής και συν., 2009).

Κήση – Γαλουχία και μαστός

Κατά την εγκυμοσύνη, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση του μαστού. Ταυτόχρονα με την κήση αρχίζει η αύξηση του μεγέθους των μαστών, που μπορεί να φθάσει στο διπλάσιο ή τριπλάσιο από του φυσιολογικού. Η θηλή και η θηλαία άλω στην εγκυμοσύνη παρουσιάζουν υπέρχρωση, ενώ σχηματίζεται και η δευτερεύουσα άλω, που αποτελεί δακτύλιο, ο οποίος περιβάλλει την άλω και έχει χρώμα ενδιάμεσο μεταξύ του δικού της και εκείνου της επιδερμίδας. Κατά τη γαλουχία τα κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωτερικών κυττάρων (Ramsayetal., 2005).. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους, για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για τη σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους. Το φαινόμενο της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμονών, όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και η κορτιζόλη. Τα οιστρογόνα από μόνα τους φαίνεται να παίζουν τόσο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του μαστού. Αντίθετα, η προγεστερόνη διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία. Αυτό το επιτυγχάνει μπλοκάροντας την τελικά διαφοροποίησή τους, η οποία αργότερα προάγεται από την προλακτίνη. Η τελευταία, της οποίας η δράση ενισχύεται από την κορτιζόλη, θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος. Μετά τη διακοπή της γαλουχίας, ο μαστός επανέρχεται στην αρχική κατάσταση ηρεμίας με ανάπτυξη ινώδους ιστού μεταξύ των λοβίων και απώλεια της ελαστικότητας του υπάρχοντος συνδετικού ιστού (Ramsayetal., 2005).

Εμμηνόπαυση και μαστός

Μετά την εμμηνόπαυση ο μαζικός αδένας προοδευτικά ατροφεί. Επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρεια τους προς τη θηλή. Επίσης, επέρχεται ατροφία των αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί, ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό του περίγραμμα. Στις πολύ αδύνατες γυναίκες, όμως, οι μαστοί εμφανίζονται πλαδαροί εξαιτίας αυτής ακριβώς της μείωσης του αδενικού στοιχείου (*Φύσας, 2006, Herryetal., 2008*).

Κεφάλαιο 2^ο

Προσδιορισμός του καρκίνου του μαστού

2.1.Επιδημιολογία

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τον πιο συχνό καρκίνο των γυναικών παγκοσμίως, συνιστώντας 27% όλων των νεοδιαγνωσμένων καρκίνων, ποσοστό διπλάσιο από την εμφάνιση οποιουδήποτε άλλου καρκίνου στις γυναίκες. Για το έτος 2009 υπολογίζεται ότι μόνο στις ΗΠΑ θα διαγνωσθούν περίπου 193000 νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού ενώ περίπου 40000 γυναίκες θα καταλήξουν από τη νόσο (*Jemal et al., 2009*). Μέχρι το 1990 η μείωση στη χρήση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης αλλά και η μειωμένη εφαρμογή του μαστογραφικού ελέγχου οδήγησαν σε μείωση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού. Έκτοτε, ενώ εμφανίζεται αύξηση της επίπτωσης, η θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες εμφανίζει τάση μείωσης, γεγονός το οποίο αποδίδεται στην πρόωμη διάγνωση μέσω του τακτικού μαστογραφικού ελέγχου και στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών (*Petrelli et al., 2009; Ravdin et al., 2007*).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και των θανάτων από αυτόν, είναι 27 και 19 ανά 100000 αντίστοιχα. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές τα 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η πιθανότητα μια Ελληνίδα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σε όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας είναι 7%. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν έχει μειωθεί, γεγονός το οποίο κάνει την ανάγκη για πρόληψη της ασθένειας επιτακτική. (*Petrelli et al., 2009; Ravdin et al., 2007; Ferlay et al., 2007*).

Συνοπτικά, τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα :

- ✓ Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα που παρατηρείται στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε πολλές χώρες. Έτσι η νόσος είναι βλάσια στη Βόρεια Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, παρά στην Άπω Ανατολή. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως τις μεγάλες ηλικίες.
- ✓ Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
- ✓ Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα σε νεαρή ηλικία.
- ✓ Η σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστοπάθεια και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών.
- ✓ Η προστατευτική επίδραση της πρόωμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.
- ✓ Η διαπιστωμένη συμβολή κληρονομικών παραγόντων. (*Petrelli et al., 2009; Ravdin et al., 2007; Ferlay et al., 2007*).

Η ηλικία κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με νεότερες πληροφορίες είναι το τριακοστό έτος και άνω, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του και σε νεότερες ηλικίες. Το 15% των νέων προσβολών ετησίως αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Τα 2/3 των νέων περιστατικών εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40

ετών και η συχνότητα προσβολής σε ΗΠΑ και Ευρώπη είναι 6 φορές μεγαλύτερη από ότι στις χώρες της Ασίας και της Αφρικής(Ferlay et al, 2007).

Από το παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα δημιουργίας τρόπων έγκαιρης διάγνωσης και παρακολούθησης των γυναικών . Η έγκαιρη διάγνωση βοηθά στην ευκολότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο καρκίνος του μαστού στα πρώιμα στάδια είναι ιάσιμος με την κατάλληλη θεραπεία(Ferlay et al, 2004).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει κατατάξει τις γυναίκες σε υψηλού και κανονικού κινδύνου ασθενείς ανάλογα με το ιστορικό τους. Γυναίκες αυξημένου κινδύνου θεωρούνται:

α) γυναίκες άτεκνες άνω των 40 ετών,

β) γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για περισσότερο από 3 έτη,

γ) γυναίκες που η μητέρα τους ή γυναίκα πρώτου βαθμού συγγενείας έχει παρουσιάσει προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού,

δ) γυναίκες λευκής φυλής,

ε) γυναίκες με πρώιμη εμμηναρχή (έναρξη < των 12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (τέλος μετά τα 50 έτη),

στ) γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου,

ζ) γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια (δυσπλασία των μαστών),

η) γυναίκες με καρκίνο του μαστού στον ένα μαστό έχουν 10-15% πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό.

Οι υπόλοιπες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα συνηθισμένου κινδύνου και πρέπει να ακολουθούν άλλους κανόνες πρόληψης.(Ferlay et al, 2004; 2007).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει, επίσης, θεσπίσει χρονοδιάγραμμα προληπτικού ελέγχου παρακολούθησης των γυναικών:

1)γυναίκες χωρίς βεβαρημένο ιστορικό:

α) 35 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο.

β) 40-50 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο.

γ) 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο μαστών.

Να σημειωθεί ότι στις δύο πρώτες κατηγορίες πρέπει η γυναίκα να επισκέπτεται το γιατρό της κάθε χρόνο και αν συντρέχει λόγος να υποβάλλεται σε έκτακτο παρακλινικό έλεγχο.(Ferlay et al, 2007).

2) γυναίκες με βεβαρημένο ιστορικό (group forties):

α) 30 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχος αν κρίνεται αναγκαίο.

β) 35-40 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο.

γ) 40-50 ετών μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο.

δ) 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση και υπέρηχο μαστών.

Θνησιμότητα

Στην Ελλάδα η θνησιμότητα της νόσου είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην πλειονότητα των χωρών η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (*Ferlay et al, 2004; 2007*).

Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου (*Ferlay et al, 2004; 2007; Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008*).

Μια σημαντική ανακάλυψη στη γενετική βάση του καρκίνου ήταν η ανακάλυψη το 1997 των ογκοκατασταλτικών γονιδίων BRCA1 στο χρωμόσωμα 17 και BRCA2 στο χρωμόσωμα 13, η μετάλλαξη των οποίων ενοχοποιείται για τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού. Το 52% του κληρονομικού καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA1, το 32% οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA2 ενώ ένα ποσοστό 16% οφείλεται σε άγνωστα μέχρι στιγμής γονίδια. Οι γυναίκες που φέρουν το ογκογονίδιο BRCA1 έχουν 50-85% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών, σε ποσοστό 40-60% ο καρκίνος μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος, το 50% εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών, ενώ έχουν και προδιάθεση για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών σε ποσοστό έως 60%. Η παρουσία ελαττωματικού ογκογονιδίου BRCA2, για το οποίο έχουν αναγνωρισθεί πάνω από 300 μεταλλάξεις, σχετίζεται με πιθανότητα 50-85% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ενώ παρατηρείται κίνδυνος 6% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ένα ποσοστό 100 φορές μεγαλύτερο από το συνήθη κίνδυνο καρκίνου του μαστού στους άνδρες (*Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008*).

Στο ερώτημα εάν ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού έχει ιδιαίτερα ιστολογικά ή επιμέρους βιολογικά χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στους θεραπευτικούς χειρισμούς, η μέχρι σήμερα έρευνα έχει δείξει ότι πρόκειται για όγκους υψηλής κακοήθειας με Ca II-III, η έκφραση του *ceb-B2* βρίσκεται σε μικρότερη συχνότητα, θετικοί ορμονικοί υποδοχείς (ER και PR) απαντούν σε μικρό ποσοστό σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1 (30%) και σε υψηλό (93-100%) σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA2, είναι συχνή η ανεύρεση εκτεταμένου μη διηθητικού στοιχείου στην περιφέρεια, παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα της τοπικής υποτροπής σε συντηρητικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και τέλος υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανεύρεσης μεταλλάξεων της p53 (κυρίως στις ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1) που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα. Όμως τότε μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε γονιδιακό έλεγχο, δεδομένου ότι δεν αποτελεί μέσο μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά και ποια η κλινική εφαρμογή της γνώσης που προσφέρει η ύπαρξη μεταλλάξεων στα ογκογονίδια BRCA1 και BRCA2. (*Ferlay et al, 2004; Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008*).

Καταρχήν σε γονιδιακό έλεγχο πρέπει να υποβάλλονται, εφόσον το επιθυμούν οι εξής κατηγορίες γυναικών:

- Û Γυναίκες που έχουν τουλάχιστον δύο συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών.
- Û Γυναίκες με συγγενή 1ου βαθμού, στην οποία έχει βρεθεί μετάλλαξη σε ένα από τα δύο ογκογονίδια.
- Û Ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο των ωοθηκών σε ηλικία κάτω των 30 ετών.

2.2.Αιτιολογία της νόσου

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοηθών όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοήτη μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για ορισμένες ηλικίες γυναικών. Τα τελευταία χρόνια πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται, είτε σαν αιτιολογικοί παράγοντες είτε σαν δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο του μαστού. Η αιτιολογική σχέση στην επιδημιολογία θα μπορούσε να οριστεί σαν η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα και ενός νοσήματος κατά την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντα ακολουθείται από μεταβολή της συχνότητας ή της πιθανότητας εκδήλωσης του νοσήματος. Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά με ένα νόσημα ονομάζεται παράγοντας κινδύνου για το νόσημα αυτό, ανεξάρτητα αν η συσχέτιση είναι αιτιολογική ή δευτερογενής πλασματική. Παρόλο που γενετικοί, προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας άλλος δεν είναι προφητικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό της νόσου. Επιπλέον σε ένα ποσοστό 70%-75% των περιπτώσεων καρκίνου μαστού δεν εντοπίζονται παράγοντες κινδύνου (*Ferlay et al, 2007; Αάγιου, 2008*).

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού περιλαμβάνουν όλες τις παθολογικές καταστάσεις του μαστού εκτός από τον καρκίνο και αποτελούν το 88%-90% της παθολογίας του μαστού. Υπάρχουν καλοήθεις παθήσεις που ενέχουν κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στο μέλλον, όπως η άτυπη πορογενής υπερπλασία, η άτυπη λοβιδιακή υπερπλασία και η επιθηλιακή υπερπλασία με σοβαρή κυτταρική ατυπία.

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, χωρίζονται σε μη διηθητικά καρκινώματα (15%-30%) και διηθητικά καρκινώματα (70%-85%). Μη διηθητικά είναι, το πορογενές μη διηθητικό καρκίνωμα (80%) και το λοβιακό μη διηθητικό καρκίνωμα (20%). Διηθητικά καρκινώματα είναι το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα (79%), το λοβιακό διηθητικό (10%), το σωληνώδες διηθητικό (6%), το βλενώδες (2%), ο μυελοειδής καρκίνος (2%) και ο θηλώδης καρκίνος (1%). (*Ferlay et al, 2004; 2007; Φύσσας, 2006 ; Αάγιου, 2008*).

2.3.Παράγοντες κινδύνου

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού, όπως και με τους περισσότερους επιθηλιακούς καρκίνους, αυξάνει με την ηλικία. Οι καμπύλες έχουν χαρακτηριστική μορφολογία, με απότομη αύξηση μέχρι την εμμηνόπαυσιακή ηλικία και λιγότερο απότομη ή καθόλου αύξηση στη συνέχεια. Η επίπτωση ποικίλει μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών, γεγονός το οποίο δεν φαίνεται ότι καθορίζεται πρωτίστως από διαφορές στη γενετική προδιάθεση. Όπως προκύπτει από μελέτες πληθυσμών μετακινούμενων από περιοχές χαμηλής επίπτωσης σε περιοχές υψηλής επίπτωσης, ο μετακινούμενος πληθυσμός προσεγγίζει τον κίνδυνο για

καρκίνο του μαστού της χώρας υποδοχής σε μία ή δύο γενεές (*Balzi et al., 1993; Kliewer & Smith, 1995*), γεγονός το οποίο υποδηλώνει τη σημαντικότητα των περιβαλλοντικών παραγόντων (διατροφή, αναπαραγωγικοί παράγοντες και διαταραχή της ισορροπίας ορμονών, αλκοόλ κ.α.) στην παθογένεια της νόσου.

Τα αίτια που προκαλούν καρκίνο του μαστού δεν είναι γνωστά. Είναι γνωστοί πολλοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την εμφάνιση της νόσου. Οι πιο σημαντικοί είναι οι ακόλουθοι:

- ✚ **Ηλικία.** Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την ηλικία. Οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται μετά από την ηλικία των 50 ετών.
- ✚ **Φυλή.** Οι γυναίκες της λευκής φυλής έχουν περισσότερες πιθανότητες από τις γυναίκες της μαύρης φυλής να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- ✚ **Ιστορικό καρκίνου του μαστού.** Γυναίκες που έχουν ιστορικό καρκίνου στον ένα μαστό έχουν τρεις με τέσσερις φορές αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο στον άλλο μαστό (*Khatib & Modjtabai, 2006*).
- ✚ **Ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή των ωοθηκών.** Γυναίκες με ιστορικό καρκίνου του ενδομητρίου ή των ωοθηκών μπορεί να έχουν λάβει ορμόνες ή να έχουν μετάλλαξη στο BRCA1 ή BRCA2 γονίδιο, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- ✚ **Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.** Γυναίκες που έχουν μία συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδελφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο. Εάν έχουν περισσότερες από μία συγγενείς πρώτου βαθμού με καρκίνο του μαστού ο κίνδυνος αυξάνεται ακόμα περισσότερο.
- ✚ **Γενετική προδιάθεση.** Μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2 αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Υπάρχει σήμερα η δυνατότητα να ανιχνευθεί στο εργαστήριο η ύπαρξη αυτών των μεταλλάξεων. Ο έλεγχος για την ύπαρξη μεταλλάξεων συνιστάται μόνο σε ορισμένα άτομα, μετά από κατάλληλη πληροφόρησή. Ένα μικρό ποσοστό μόνο των όγκων του μαστού συνδέεται με την ύπαρξη των μεταλλάξεων αυτών (*Khatib & Modjtabai, 2006*).
- ✚ **Έκθεση σε οιστρογόνα.** Τα οιστρογόνα είναι ορμόνες που ελέγχουν τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου, όπως είναι η ανάπτυξη των μαστών. Η παραγωγή των οιστρογόνων μιας γυναίκας ελαττώνεται με την εμμηνόπαυση. Η αυξημένη διάρκεια έκθεσης σε οιστρογόνα πιστεύεται ότι αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- ✚ Οι γυναίκες που είχαν την **πρώτη τους περίοδο** πριν από την ηλικία των 12 ετών ή είχαν εμμηνόπαυση μετά τα 50 έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού γιατί τα κύτταρα των μαστών τους έχουν εκτεθεί σε οιστρογόνα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- ✚ Γυναίκες που είχαν την **πρώτη τους εγκυμοσύνη** μετά από την ηλικία των 30 ετών ή που δεν είχαν ποτέ τελειόμηνη εγκυμοσύνη έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.
- ✚ Η **χορήγηση οιστρογόνων** είτε ως αντισυλληπτικών είτε ως θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η χορήγηση οιστρογόνων πρέπει να γίνεται μόνο μετά από έλεγχο και σωστή ιατρική παρακολούθηση.
- ✚ **Άτυπη υπερπλασία και μη διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα του μαστού** (καρκίνωμα in-situ).
- ✚ **Ο τρόπος ζωής.** Η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης και η κατανάλωση οινοπνεύματος αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.

- ✚ **Ακτινοβολία.** Η έκθεση σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας είτε για θεραπευτικούς ή διαγνωστικούς λόγους αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.
- ✚ Σε πολλές περιπτώσεις **δεν υπάρχει κανένας γνωστός παράγοντας κινδύνου** και αυτό σημαίνει ότι κάθε γυναίκα πρέπει να φροντίζει για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. (*Khatib & Modjtabai, 2006*)

2.4. Κλινική εικόνα και πρόγνωση

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι ψηλαφητή μάζα (77%). Στο 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την ασθενή, συνήθως κατά τη διάρκεια του μάνιου της. Συνήθως η μάζα αυτή είναι ανώδυνη (66%), σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές η μάζα αυτή είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Η έκκριση της θηλής του μαστού (10%) είναι το δεύτερο συνήθως συχνό κλινικό σημείο του καρκίνου του μαστού. Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο. Σπάνια ο πόνος αποτελεί την πρώτη κλινική εκδήλωση, όπως ένας οξύς αναίτιος πόνος, ιδιαίτερα στις μετακλιμακτηριακές γυναίκες (*Ιωαννίδου-Μουζάκα & Καρυδά, 2007*).

Έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο. Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή), αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. (*Προσοχή χρειάζεται να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.*)

Οίδημα του δέρματος υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού (peau d' orange), προκαλείται λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Ερυθρότητα, εξέλκωση, αιμορραγία, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή συρρίκνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο αποτελούν άλλα κλινικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας ή οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση (*Ιωαννίδου-Μουζάκα & Καρυδά, 2007*).

2.5. Σταδιοποίηση και πρόγνωση

Η σταδιοποίηση παρέχει μια τυποποίηση για την ομοιόμορφη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των κλινικών ιατρών όσον αφορά στην έκταση της νόσου και αποτελεί τη βάση για την επιλογή των θεραπευτικών προσεγγίσεων και πιθανών συμπληρωματικών θεραπειών. Επιπλέον, αποτελεί εργαλείο των ερευνητών, επιτρέποντας τη διαστρωμάτωση των ασθενών (*Greene & Sobin, 2008*). Στην προσπάθεια ανάπτυξης ενός συστήματος σταδιοποίησης, αναπτύχθηκε η ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού κατά TNM. Η αύξηση του όγκου (T) της πρωτοπαθούς εστίας συνοδεύεται από προσβολή των λεμφαδένων (N) και εμφάνιση μεταστάσεων (M). Η απλή αυτή σχηματοποίηση της σταδιοποίησης είναι ο στόχος του συστήματος TNM και επιτυγχάνει μια σχετικά ακριβή περιγραφή και καταγραφή της ανατομικής έκτασης της νόσου. Για πρακτικούς λόγους γίνεται περαιτέρω ομαδοποίηση σε στάδια. (*Greene & Sobin, 2008*).

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

Ιστολογική σταδιοποίηση όσον αφορά λεμφαδένες:

<u>ΣΤΑΔΙΑ</u>	<u>5ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>	<u>10ΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>
Αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

2.6.Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί. Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν επιβίωση σε ποσοστό 50% και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου ίδιο σε διάφορες χώρες. Επίσης, ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία (*Greene & Sobin, 2008; Φύσσας, 2006*).

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει την πιθανότητα να θεραπευθεί, ενώ αν δεν είναι, όχι.

Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση:

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

Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση:

- ✓ Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- ✓ Ρυθμός αύξησης του όγκου
- ✓ Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- ✓ Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες. Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο CEA<5 mg/ml, το CA 125<35 U/ml, το CA 15.3<30 U/ml
- ✓ Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς

Οι άνδρες με καρκίνο του μαστού έχουν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος για τον οποίο η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα (*Greene & Sobin, 2008; Φύσσας, 2006; Αάγιου, 2008*).

Στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν παράγοντες των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι, η ηλικία της γυναίκας, η προφυλακτική στείρωση και η κύηση.

2.7. Πρόληψη καρκίνου του μαστού

Ο έλεγχος του καρκίνου του μαστού αποτελεί μια σύνθετη και δύσκολη διαδικασία που περιλαμβάνει καλά σχεδιασμένες και υποστηριζόμενες από την πολιτεία, παρεμβάσεις στον πληθυσμό. Στοιχεία των παρεμβάσεων αυτών είναι η πρωτογενής πρόληψη, ο οργανωμένος σε εθνικό επίπεδο προσυμπτωματικός έλεγχος, η διάγνωση και θεραπεία και η παρηγορητική φροντίδα (*Αάγιου, 2008*).

α) Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού αφορά κυρίως στην εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο, τα οποία θα απευθύνονται σε άτομα ή ομάδες και θα εστιάζουν στη σημασία της πρόληψης, στην κατανόηση της ασθένειας και στα οφέλη της πρώιμης διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, η αγωγή υγείας, ως εκπαιδευτική διαδικασία μέσα από διαπροσωπική επαφή κυρίως, ενημερώνει τον πληθυσμό για το συγκεκριμένο καρκίνο και αποσκοπεί στην αλλαγή συμπεριφοράς, στην αύξηση συμμετοχής των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στην έγκαιρη αναζήτηση φροντίδας. Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού και μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο παρέμβασης, είναι η διατροφή, το σωματικό βάρος, η φυσική δραστηριότητα και η ιονίζουσα ακτινοβολία (*Αάγιου, 2008*). Η συμβουλευτική, ως μια πιο προσωπική και εμπιστευτική διαδικασία, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε γυναίκας, προσφέρει την αναγκαία γνώση για τον καρκίνο του μαστού και βοηθάει ατομικά τις γυναίκες στη λήψη αποφάσεων.

β) Δευτερογενής πρόληψη (προσυμπτωματικός έλεγχος)

1) Είδη προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού

Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού εστιάζεται κυρίως στην πρόωμη διάγνωσή του μέσω οργανωμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Μέθοδοι προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού είναι η αυτοεξέταση του μαστού, η κλινική εξέταση του μαστού και η μαστογραφία.

2) Προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού στην Ευρώπη

Ο καρκίνος του μαστού και η πρόωμη διάγνωσή του αποτελούν βασικές προτεραιότητες στα πλαίσια συντονισμένων δράσεων, προγραμμάτων, ψηφισμάτων και οδηγιών – συστάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το πρώτο πρόγραμμα δράσης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», ξεκινάει το 1987 και στη συνέχεια, το 1990, δημιουργείται το «Δίκτυο Ανίχνευσης Καρκίνου του Μαστού» (EBC5), με στόχο να επεκταθεί σε όλη την Ευρώπη ο έλεγχος με μαστογραφία και να διαμορφωθούν κοινές συστάσεις. Το 2006, ένα νέο Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με τον Καρκίνο του Μαστού στη Διευρυμένη Ευρώπη, θέτει ως προτεραιότητα την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού, σε όλες τις χώρες της διευρυμένης Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει αποδειχτεί, ωστόσο, ότι η εφαρμογή των προγραμμάτων πληθυσμιακού ελέγχου καθορίζεται τελικά από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του πληθυσμού, τις προτεραιότητες της πολιτικής δημόσιας υγείας και από τις δυνατότητες χρηματοδότησης (Κωνσταντινίδης, 2006).

Στην Ευρώπη, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού είναι είτε οργανωμένος σε εθνικά, περιφερειακά, πιλοτικά προγράμματα, είτε περιστασιακός. Τα πρώτα οργανωμένα προγράμματα ξεκίνησαν το διάστημα 1986-89 στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Αγγλία. Εθνικά προγράμματα υπάρχουν στις χώρες Φινλανδία, Γαλλία, Ισλανδία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία, Αγγλία, ενώ περιφερειακά προγράμματα λειτουργούν στις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Ιρλανδία, Ιταλία, Νορβηγία, Πορτογαλία και Ισπανία. Στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», ξεκίνησαν από το 1986 να λειτουργούν πιλοτικά προγράμματα στις χώρες Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Πορτογαλία, Ισπανία, Δανία, Γερμανία, Ιταλία και Λουξεμβούργο. Τα περισσότερα πιλοτικά εξελίχθηκαν στη συνέχεια σε περιφερειακά προγράμματα και μονάχα η Γαλλία και το Λουξεμβούργο άρχισαν να εφαρμόζουν οργανωμένο προσυμπτωματικό έλεγχο σε εθνικό επίπεδο. Στην πλειοψηφία τους, τα οργανωμένα προγράμματα έχουν πληθυσμό στόχο γυναίκες 50-69 ετών και ο έλεγχος πραγματοποιείται με μαστογραφία ανά 2 χρόνια. Στις χώρες που ο προσυμπτωματικός έλεγχος ξεκινάει από την ηλικία των 40 (Σουηδία, Γερμανία, Ουγγαρία), το μεσοδιάστημα είναι 1-1,5 χρόνος για τις γυναίκες 40-49 ετών. Στην Αγγλία, λόγω περιορισμού της χρηματοδότησης, το διάστημα είναι 3 χρόνια. Η αρχική μαστογραφία είναι, στις περισσότερες χώρες, δύο λήψεων και οι επόμενες μίας ή δύο λήψεων, ενώ σε αρκετά προγράμματα εφαρμόζεται η διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών, προκειμένου να αυξηθεί η ευαισθησία και ειδικότητα της εξέτασης. Τα αποτελέσματα ανακοινώνονται πάντα στις ίδιες τις γυναίκες, τα δεδομένα του προσυμπτωματικού ελέγχου καταγράφονται, όπως επίσης και εκείνα των επιπλέον διαγνωστικών διαδικασιών και των ανιχνευμένων καρκίνων. Τα ποσοστά κάλυψης του γυναικείου πληθυσμού-στόχου είναι της τάξης 50-89% και τα ποσοστά επαναπρόσκλησης για παρακολούθηση είναι 1-8% (Κωνσταντινίδης, 2006).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει οργανωμένος προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού. Στη νότια Ελλάδα και συγκεκριμένα στους νομούς Ηλείας και Μεσσηνίας, εγκρίθηκε το 1988 ένα πιλοτικό πρόγραμμα, στα πλαίσια του προγράμματος «Ευρώπη κατά του καρκίνου», με στόχο τη διερεύνηση της δυνατότητας εφαρμογής ενός οργανωμένου

προγράμματος προσυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Ο πληθυσμός-στόχος ήταν γυναίκες 40-64 ετών. Χρησιμοποιήθηκε μηχανοργάνωση, δημιουργήθηκαν επιτροπές υποστήριξης από τοπικούς συλλόγους, οργανώσεις και φορείς. Υπήρχε κινητή μονάδα μαστογραφίας, όπου εξετάζονταν 45 γυναίκες την ημέρα με μαστογραφία δύο λήψεων. Το μεσοδιάστημα ελέγχου ήταν δύο χρόνια, υπήρχε διπλή ανάγνωση των αποτελεσμάτων, τα οποία αποστέλλονταν το αργότερο σε ένα μήνα στις ίδιες τις γυναίκες και όσες είχαν παθολογικά ευρήματα παραπέμπονταν για περαιτέρω έλεγχο σε κλινικές. Η εκτιμώμενη συμμετοχή των γυναικών μέσα στην πρώτη τετραετία ήταν της τάξεως 52,48% (Κωνσταντινίδης, 2006). Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού έχει εκτιμηθεί με βάση την ελάττωση της θνησιμότητας που προκαλείται από τη νόσο. Οι εκτιμήσεις αυτές έχουν προκύψει από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (RCTs) και από μελέτες που αξιολογούν τις υπηρεσίες των οργανωμένων προγραμμάτων πρόληψης σε διάφορες χώρες. Τυχαιοποιημένες μελέτες (RCTs) έχουν δείξει μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού κατά 20%-35% για γυναίκες 50-69 ετών.

Σε συστηματική ανασκόπηση της Cochrane Library, μονάχα δύο τυχαιοποιημένες μελέτες (Malmo και Καναδά) θεωρήθηκαν μεθοδολογικά αξιόπιστες και με βάση αυτές, από τον προσυμπτωματικό έλεγχο προέκυψε μείωση σχετικού κινδύνου 15% για θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού. Υποστηρίζεται μάλιστα ότι δεν είναι ξεκάθαρο αν ο προσυμπτωματικός έλεγχος κάνει περισσότερο καλό παρά κακό, καθώς οδηγεί σε υπερδιαγνώσεις και περιττές θεραπείες. Η αποτελεσματικότητα των εφαρμοσμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου στα πλαίσια οργανωμένης πολιτικής δημόσιας υγείας αξιολογήθηκε σε χώρες όπως η Αγγλία, οι Σκανδιναβικές χώρες και η Ολλανδία. Με βάση τις μελέτες αξιολόγησης των προγραμμάτων αυτών, υπήρξε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο μαστού 6%-32%, ανάλογα με τη χώρα, τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος και τα μεθοδολογικά εργαλεία της μελέτης. (Λάγιου, 2008; Κωνσταντινίδης, 2006).

3) Αρνητικές επιπτώσεις προσυμπτωματικού ελέγχου

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που συμμετέχουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο δεν πάσχει από καρκίνο, δεν ωφελείται άμεσα από αυτό, ενώ υπάρχει πιθανότητα να υποστεί τις αρνητικές του συνέπειες. Μία από αυτές τις συνέπειες, τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα της μαστογραφίας, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές μαστογραφίες, υπερηχογραφήματα, βιοψίες) και σε αυξημένο άγχος των γυναικών για την πιθανότητα καρκίνου. Σε μελέτη που έγινε στη Βρετανία, διαπιστώθηκε ποσοστό 3%-7% των ψευδώς θετικών μαστογραφιών σε σχέση με το σύνολο των μαστογραφιών που πραγματοποιήθηκαν (Κωνσταντινίδης, 2006).

Μια άλλη αρνητική συνέπεια του προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η υπερδιάγνωση, με την έννοια της διάγνωσης και θεραπείας καρκίνων που δεν θα προκαλούσαν ποτέ συμπτώματα. Σε ανασκόπηση της Cochrane, υπολογίζεται ότι σε 10ετή προσυμπτωματικό έλεγχο 2000 γυναικών, 10 γυναίκες θα χαρακτηριστούν καρκινοπαθείς και θα υποστούν θεραπεία, ενώ διαφορετικά πολύ πιθανόν να μην εκδηλωνόταν ποτέ ο καρκίνος. Σε ανασκόπηση των μελετών για την πρόκληση καρκίνου μαστού από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, ο IARC συμπέρανε ότι οι περιπτώσεις αυτές είναι λίγες και ότι ο κίνδυνος ελαττώνεται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

2.8.Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού στους άνδρες είναι πολύ πιο χαμηλή απ' ό,τι στις γυναίκες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο, εκδηλώνονται 1500 νέα περιστατικά του

καρκίνου αυτού στους άνδρες. Κάθε χρόνο, στη χώρα αυτή, πεθαίνουν 400 άντρες από καρκίνο μαστού. Επειδή ο καρκίνος στους άντρες είναι πολύ σπάνιος, δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα σχετικά με τους παράγοντες που τον προκαλούν και για τη θεραπεία του. Η γυναικομαστία στους άντρες, δηλαδή η αύξηση του μεγέθους του μαστού, δεν προδιαθέτει για καρκίνο του μαστού. Στους άνδρες, το διάστημα που μεσολαβεί από τη στιγμή που εμφανίζονται τα συμπτώματα μέχρι τη διάγνωση, είναι πολύ μεγαλύτερο. Αυτό συμβαίνει επειδή οι άνδρες δεν είναι ενήμεροι ότι μπορεί να προσβληθούν από την ασθένεια αυτή (Κοσμίδης και συν., 2009).

Οι ιστολογικοί τύποι του καρκίνου του μαστού που αναπτύσσουν οι άνδρες είναι παρόμοιοι με αυτούς των γυναικών. Στους άνδρες, οι καρκίνοι του μαστού είναι πολύ πιο συχνά ευαίσθητοι στις ορμόνες, οιστρογόνα ή προγεστερόνη, οι οποίες επηρεάζουν την ανάπτυξή τους. Επειδή οι υποδοχείς για τις ορμόνες στους καρκίνους μαστού ανδρών είναι περισσότεροι, σε μεγάλο ποσοστό των περιστατικών, οι ορμονικές θεραπείες για τους άνδρες μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες.

Κατά γενικό κανόνα, για τους άνδρες με καρκίνο μαστού, συστήνονται οι ίδιες θεραπείες όπως και στις γυναίκες. Στις περιπτώσεις με μεταστάσεις, συστήνονται κατά κύριο λόγο οι ορμονικές θεραπείες. Η χημειοθεραπεία επιφυλάσσεται μόνο για τις περιπτώσεις που δεν έχουν ευαισθησία στις ορμόνες (Κοσμίδης και συν., 2009).

Άνδρες με ιστορικό ασθενειών των όρχεων ή των μαστών, με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού στις γυναίκες, ή ακόμη αυτοί που έχουν Εβραϊκή καταγωγή, έχουν υψηλότερο κίνδυνο για να παρουσιάσουν τη νόσο. Τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο Klinefelter έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο του μαστού. Οι άνδρες που έχουν ανωμαλίες στο γονίδιο BRCA2, όπως και οι γυναίκες με τις ίδιες ανωμαλίες, έχουν πολύ αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού (Κοσμίδης και συν., 2009).

Σε αντίθεση, ενώ οι ανωμαλίες του γονιδίου BRCA1 σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, στους άνδρες με ανωμαλίες του γονιδίου αυτού δεν παρατηρείται το ίδιο. Συνοπτικά βλέπουμε ότι ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες, αν και σπανιότερος, έχει πολλά κοινά σημεία με τον ίδιο καρκίνο στις γυναίκες.

Κεφάλαιο 3^ο

Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

3.1. Αυτοεξέταση

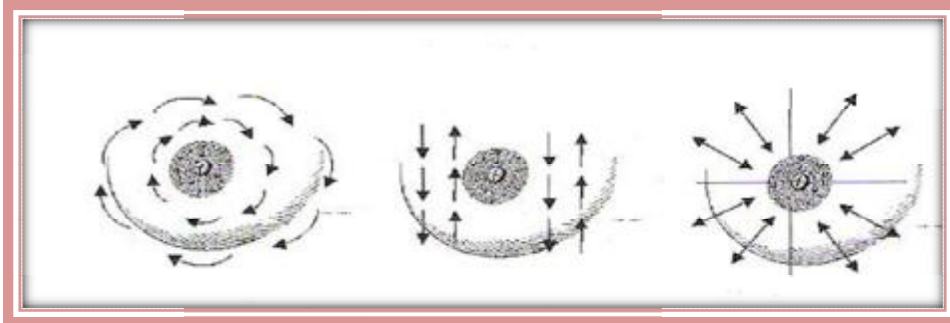
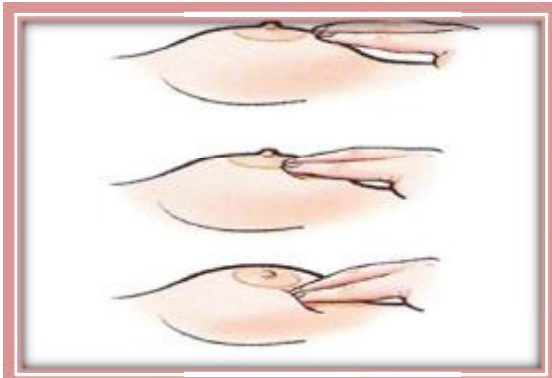
Η αυτοεξέταση μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση του μαστού από την ίδια τη γυναίκα, με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορεί να διαπιστώσει αλλαγές και να απευθυνθεί έγκαιρα στις υπηρεσίες υγείας για περαιτέρω διερεύνηση. Από τον WHO συστήνεται ο συνδυασμός της με την κλινική εξέταση του μαστού και τη μαστογραφία, καθώς η μεμονωμένη χρήση της ως μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου αμφισβητείται.

Το γεγονός ότι τους περισσότερους καρκίνους σε ποσοστό δηλαδή 90% τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες (ωστόσο τις περισσότερες φορές σε προχωρημένο στάδιο) καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει συνείδηση σε όλες τις γυναίκες ότι πρέπει να ψηλαφούν το μαστό τους 1 φορά τουλάχιστον το μήνα. Η αυτοεξέταση μαστού συνίσταται σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Η εξέταση πρέπει να γίνεται 9-11 ημέρες μετά το τέλος της εμμήνου ρύσεως (περιόδου), ακριβώς γιατί τότε το στήθος είναι ανενεργό από ορμόνες ή την πρώτη μέρα κάθε μήνα εάν βρίσκεται στην εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης. (*Khatib&Modjtabai,2006; Tarrant,2006*)

Διατυπώνονται απόψεις που υποστηρίζουν ότι η μέθοδος της αυτοεξέτασης πρέπει να αντικατασταθεί με εκπαίδευση για την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων του καρκίνου του μαστού από τις γυναίκες και την αναζήτηση άμεσης ιατρικής φροντίδας. Από την άλλη πλευρά, υποστηρίζεται ότι η αυτοεξέταση μαστού συμβάλλει στην διατήρηση της επαφής και του ελέγχου των ίδιων των γυναικών πάνω στο σώμα τους, και ότι οι γυναίκες πρέπει να μάθουν, όχι το 'τι' να εξετάζουν αλλά το «πώς» να εξετάζουν το μαστό τους, δεξιότητα που αν διδαχτεί σωστά από επαγγελματίες υγείας, μπορεί να φέρει αποτελέσματα. (*Secginli & Nachivan,2006; Danish et al.,2008*)

Διαδικασία αυτοεξέτασης

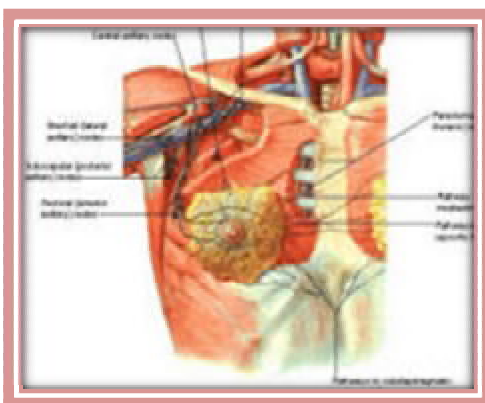
- Ø Σε όρθια στάση μπροστά στον καθρέπτη με τα χέρια κάτω και παρατηρούνται προσεκτικά οι μαστοί για:
 - Û αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών.
 - Û αλλαγές στις θηλές.
 - Û αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές.
 - Û ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή.
 - Û φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.γενικότερα αλλαγές στο δέρμα των μαστών και των θηλών.
- Ø Στη συνέχεια σηκώνοντας τα χέρια πάνω από το κεφάλι, ελέγχεται η παρουσία των ίδιων ανωμαλιών. Μεγάλη σημασία έχει οποιαδήποτε ανωμαλία παρατηρείται μόνο στον ένα μαστό(*Secginli & Nachivan,2006; Φύσσας,2006*).
- Ø Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται τόσο σε όρθια όσο και σε κατακεκλιμένη θέση με την άκρη των δακτύλων τα οποία πρέπει να είναι ενωμένα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ελαιώδες διάλυμα ή κρέμα προκειμένου τα δάκτυλα να γλιστρούν πάνω στο δέρμα. Με το δεξί χέρι ψηλαφίζεται ο αριστερός μαστός και με το αριστερό χέρι ο δεξιός μαστός.



- Ø Η ψηλάφηση ξεκινά από ένα σημείο του μαστού και ακολουθώντας την κυκλική πορεία των δεικτών του ρολογιού, ψηλαφείται όλος ο μαστός. Στόχος είναι η ενδεχόμενη διαπίστωση ογκιδίου στο μαστό.
- Ø Τέλος, πιέζοντας τη θηλή (όχι πολύ δυνατά), γίνεται προσπάθεια διαπίστωσης ενδεχόμενης έκκρισης υγρού κυρίως αιμορραγικού (Secginli & Nachivan, 2006; Φύσσας, 2006).

3.2. Ιστορικό

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών καταφεύγει στο γιατρό μετά από τυχαία συνήθως ανεύρεση ενός όγκου στο μαστό τους. Υπολογίζεται ότι το 90% περίπου των κλινικών



καρκίνων ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για την εξέταση του μαστού θεωρείται η δεύτερη εβδομάδα της περιόδου (9η – 11η ημέρα). Κατά τη χρονική αυτή περίοδο λόγω της ελάχιστης μορφολογικής επίδρασης των ορμονών, ο μαστός δεν είναι συμφορητικός, με αποτέλεσμα να παρέχεται η δυνατότητα της ορθότερης εκτίμησης των ευρημάτων. (Perry et al., 2008; Στεφανογιάννης, 2005)

Η ασθενής εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος και ζητεί την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσοχή. Η φάση της διάγνωσης μπορεί να

απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει τη συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων (Φύσσας, 2006). Με το ιστορικό λαμβάνονται πληροφορίες για



την ηλικία της ασθενούς, την έναρξη και την παύση της εμμηνου ρύσεως καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμος ή όχι, τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών και αποβολών. Την ηλικία που είχε την πρώτη τελειόμηνο κύηση, αν είχε κάνει

προκλιμακτηριακά μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή εάν τώρα κάνει χρήση οποιουδήποτε φαρμάκου. Ζητούνται πληροφορίες για προηγηθείσες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, για το χρόνο εμφάνισης της πάθησης, τους χαρακτήρες της, τη σχέση με το κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Επίσης ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης στη μητέρα, αδελφές και προγόνους της ασθενούς, η ύπαρξη κυστικής μαστοπάθειας, καρκίνου στον άλλο μαστό, ή σε άλλο σημείο του σώματος (μήτρα, σιελογόννοι αδένες, παχύ έντερο κ.α.). (Φύσσας, 2006)

3.3. Ψηλάφηση

Η κλινική εξέταση του μαστού μπορεί να γίνει από επαγγελματίες υγείας, όπως γιατρούς, μαίες, νοσηλεύτες και περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Επισκόπηση

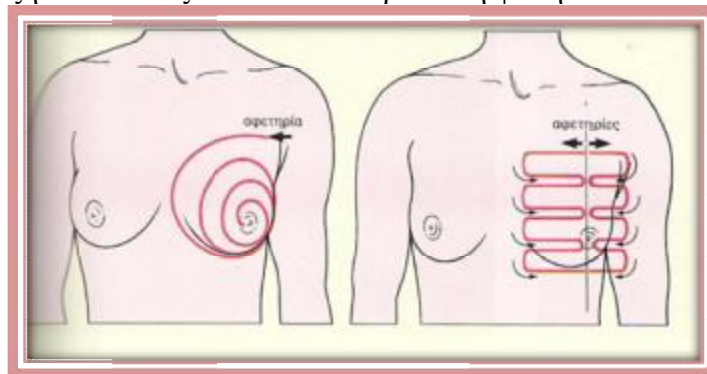
Η ασθενής γυμνή από τη μέση και πάνω βρίσκεται μπροστά στον εξεταστή όρθια ή καθιστή. Εξετάζεται το μέγεθος, η περίμετρος και η συμμετρία των μαστών. Υπάρχουσα δυσαναλογία στο μέγεθος είναι συνήθως φυσιολογική, σε μερικές γυναίκες (ο αριστερός μαστός συνηθέστερα, είναι

μεγαλύτερος του δεξιού). Το δέρμα του μαστού ελέγχεται με προσοχή για το ενδεχόμενο επιφλέβου (ετερόπλευρο κυρίως), συρρίκνωσης ή προπέτειας, οιδήματος, ερυθρότητας και πάχυνσης, που μπορεί να παίρνει τη μορφή «φλοιού πορτοκαλιού» (Peau d'Orange). Με προσοχή εξετάζεται η περιοχή της θηλής και της άλω για το ενδεχόμενο εκζεμάτων, διαβρώσεων, εσολκής της θηλής, συρρίκνωσης ή έκκρισης. Επί εισολκής της θηλής ελέγχεται η μονιμότητα, ο χρόνος καθώς και το ετερόπλευρο της εντόπισής της, επί εκκρίσεως της θηλής ελέγχεται το είδος του εκκρίματος, το οποίο είναι δυνατό να είναι ορώδες, οροαιματηρό, αιματηρό, γαλακτώδες κ.ά. (Secginli & Nachivan,2006) Για να ολοκληρωθεί η επισκόπηση πρέπει η ασθενής:

- Να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της, οπότε εάν ο όγκος έχει καθηλωθεί στο μείζονα θωρακικό μυ, ο μαστός αυτός παραμένει πιο ψηλά από τον φυσιολογικό.
- Να κάνει επίκυψη, οπότε ο πάσχων μαστός δεν παρακολουθεί το φυσιολογικό που προπίπτει.
- Να φέρει τα χέρια της στη μέση και να τα πιέσει οπότε αν υπάρχει καθήλωση του όγκου ο πάσχων μαστός ανέρχεται ψηλότερα και γρηγορότερα από τον φυσιολογικό.

Ψηλάφηση

Με την ψηλάφηση μελετώνται οι διάφορες ανωμαλίες του μαστού, η σύστασή του, μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη κάποιου όζου και να καθορισθεί η φύση του.



Η ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση στο εξεταστικό κρεβάτι. Η τοποθέτηση μαξιλαριού στην

ωμοπλάτη διευκολύνει την εξέταση. Πριν από την ψηλάφηση και εφόσον η ασθενής γνωρίζει την ύπαρξη όζου, ερωτάται για τη θέση του. Η πληροφορία αυτή διευκολύνει τον εξεταστή. Ο εξεταστής αρχίζει την ψηλάφηση από το φυσιολογικό μαστό. Έτσι αποκτά μια ιδέα για τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της ασθενούς, που μπορεί να χρησιμοποιήσει σαν βάση σύγκρισης με το μαστό που πάσχει. Η ψηλάφηση γίνεται με τεντωμένα και επίπεδα τα δάχτυλα με την παλαμιαία επιφάνεια και των δυο χεριών συνήθως, με κυκλικές ήπιες κινήσεις ασκώντας ταυτόχρονα ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά και καταλήγει στο άνω έξω και την ουρά του μαστού. Ολοκληρώνεται δε με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού (Danish et al., 2008).

Με την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού, η αύξηση της θερμοκρασίας, τυχόν υπάρχουσα ευαισθησία και τέλος, η παρουσία όζων οι οποίοι ανάλογα με τη σύστασή τους, την κινητικότητά τους και τους λοιπούς χαρακτήρες τους χαρακτηρίζονται σαν καλοήθεις ή κακοήθεις. Μέτρηση σε εκατοστά του μέτρου της μεγαλύτερης διαμέτρου του όγκου φανερώνει και το μέγεθος του. Συνοχή του όγκου προς το δέρμα ελέγχεται με ελαφρά έλξη του υπερκειμένου δέρματος μεταξύ του αντίχειρα και του δείκτη. Για την καλύτερη ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού, το σύστοιχο προς τη βλάβη άνω άκρο της ασθενούς φέρεται παράλληλα προς τον κορμό, κεκαμμένο και χαλαρό. Το έσω ημιμόριο ψηλαφάτε καλύτερα όταν το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο της ασθενούς τοποθετηθεί κεκαμμένο πάνω από το κεφάλι της (Danish et al., 2008).

Για τη διαπίστωση διήθησης του μείζονα θωρακικού μυός από τον όγκο, η ασθενής φέρνει το σύστοιχο της βλάβης άνω άκρο σε θέση μεσολαβής, ενώ ο εξεταστής μετακινεί τον όγκο κατά τον κάθετο και οριζόντιο άξονα. Πίεση του άκρου από την ασθενή στη θέση αυτή με περιορισμό ή και κατάργηση της κινητικότητας του όγκου κατά την προσπάθεια μετακίνησης του από τον εξεταστή κατά τους δυο ανωτέρω άξονες, φανερώνει διήθηση του μυός από τον όγκο.

Για να διαπιστωθεί αν ο πρόσθιος οδοντωτός μυς διηθείται από όγκο που εντοπίζεται στο κάτω έξω τεταρτημόριο του μαστού η ασθενής φέρνει το σύστοιχο άνω άκρο και πιέζει τον ώμο του εξεταστή, οπότε συσπάται ο μυς και περιορίζεται η κινητικότητα του όγκου.

Η ψηλάφηση τελειώνει με την εξέταση της μασχालιαίας κοιλότητας, των υπερκλειδίων και υποκλειδίων λεμφαδένων. Για την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, ο εξεταστής λέει στην ασθενή να ακουμπήσει το δεξιό μπράτσο της πάνω στο αριστερό δικό του, το οποίο φέρεται στην κορυφή της μασχάλης με την παλάμη στραμμένη προς το θωρακικό τοίχωμα και τα δάχτυλα του χεριού τεντωμένα και ενωμένα. Η ίδια διαδικασία, αλλά αντίστροφα, ακολουθείται για την εξέταση της αριστερής μασχάλης. (Secginli & Nachivan, 2006; Danish et al., 2008).

Λεμφαδένες 1-2 τον αριθμό, διαμέτρου μικρότερης των 5 χιλ., μη σταθεροί, ψηλαφώνται συχνά και δεν χαρακτηρίζονται ως σημαντικοί. Αντίθετα, λεμφαδένες σταθεροί στην ψηλάφηση, σκληροί, διαμέτρου μεγαλύτερης των 5 χιλ. φανερώνουν διήθηση. Ο εξεταστής πρέπει να γνωρίζει ότι σε ένα 30% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οι αδένες είναι διηθημένοι έστω και αν η ψηλάφηση είναι αρνητική. Όταν ο εξεταστής νομίζει ότι υπάρχουν διηθημένοι αδένες, δικαιώνεται σε ένα 85% των περιπτώσεων. (Secginli & Nachivan, 2006; Danish et al., 2008).

3.4. Μαστογραφία

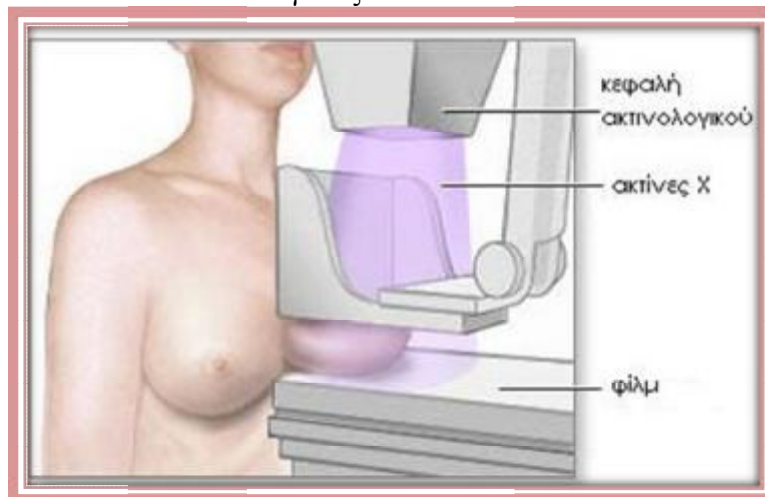
Η μαστογραφία αποτελεί την πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενη και την πλέον αποτελεσματική μέθοδο προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Στηρίζεται

στην αρχή της διαφορετικής απορρόφησης ακτίνων X από το λιπώδη ιστό, τον ιναδενώδη ιστό, τους όγκους και τις επασβεστώσεις του μαστού. Η μέση απορροφούμενη δόση από το μαστικό αδένια για κάθε μαστογραφική λήψη με σύγχρονο εξοπλισμό πρέπει να είναι 1-1,5 mGy. Η ευαισθησία της μαστογραφίας ως εξέταση προσυμπτωματικού ελέγχου υπολογίζεται 52-82% με τη μέθοδο της επίπτωσης (ευαισθησία = 1 μείον την επίπτωση των ενδιάμεσων καρκίνων μαστού). Η ειδικότητά της εκτιμάται μεταξύ 90% και 95% και η θετική προγνωστική αξία μεταξύ 2% και 22%. Έχει υπολογιστεί η ευαισθησία της μαστογραφίας ανάλογα με την ηλικία και έχει βρεθεί 62%, 88% και 85% για γυναίκες 40-49, 50-59 και 60-69 αντίστοιχα. Η πυκνότητα των μαστών επηρεάζει την ευαισθησία της μαστογραφίας. Όσο πιο πυκνοί είναι οι μαστοί, τόσο λιγότερο ευαίσθητη γίνεται η εξέταση. Η πυκνότητα μειώνεται με την ηλικία και τη χορήγηση ταμοξιφένης. Η ευαισθησία της μαστογραφίας αυξάνει με τη διπλή ανάγνωση κατά 10%-15% (Yu&Guan,2000).

Η ακτινολογική απεικόνιση του μαστού πρέπει να προηγείται κάθε άλλου εργαστηριακού ελέγχου ή ιστολογικού γιατί η αιμορραγία που προκαλείται από την ιστοληψία ή την παρακέντηση κύστης του μαστού δυσκολεύει την ανάγνωση του μαστογραφήματος. Προϋπόθεση της πετυχημένης διάγνωσης με τη μαστογραφία είναι η άριστη ποιότητα εικόνα και η μελέτη της από έμπειρο ακτινοδιαγνώστη. Ο συνδυασμός της κλινικής εξέτασης και της μαστογραφίας ανεβάζει το ποσοστό της διαγνωστικής επιτυχίας στο 90-97%.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της μαστογραφίας είναι ότι έχει την ικανότητα να σκιαγραφήσει μικροεπασβεστώσεις διαμέτρου μικρότερης από 1mm που συνδέονται πολύ συχνά με κακοήθεις επεξεργασίες του μαστού. Σπάνια οι μικροεπασβεστώσεις εμφανίζονται σε καλοήθεις επεξεργασίες. (Ferrarietal.,2001)

Η λήψη των μαστογραφήματων γίνεται καλύτερη με τη βοήθεια ειδικών επιμηκυσμένων πιεστικών κώνων που το ανοιγμά τους έχει σχήμα νεφρού. Η λήψη γίνεται από το πάνω μέρος του μαστού και από τα πλάγια. Απαραίτητη είναι η ακτινογράφιση και των δύο μαστών για τη σύγκριση των ευρημάτων. Ο πιο κατάλληλος χρόνος για τη λήψη μαστογραφήματος σε γυναίκες είναι μετά την εμμηνορρυσία και πριν από την 12η ημέρα του κύκλου, τότε που οι μαστοί έχουν αποσυμφορηθεί. Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται σε γυναίκες κάτω των 18 ετών και σε έγκυες.



Η εκτίμηση των ευρημάτων της μαστογραφίας δεν είναι πάντα εύκολη, γιατί εξαρτάται από την ποιότητα του μαστογραφήματος την πείρα του ακτινοδιαγνώστη και τη σύσταση των μαστών. Η διάγνωση γίνεται ευκολότερη στους λιπώδεις μαστούς και δυσκολότερη στους μικρούς δυσπλαστικούς μαστούς στους οποίους μπορεί να καλυφθούν οι μικρές επασβεστώσεις και να διαφύγουν αλλοιώσεις που βρίσκονται πίσω από τη θηλή (Law, 2006).

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετική μαστολογική εικόνα. Τις περισσότερες φορές, οι καλοήθεις νεοπλασίες εμφανίζονται στη μαστογραφία με τη μορφή

μάζας που έχει ομαλά όρια και σχήμα στρογγυλό ή σχήμα αβγού ή λοβωτό. Οι κακοήθεις παθήσεις του μαστού δίνουν μαστογραφικά ευρήματα όπως, ανομοιόμορφη εικόνα, ανώμαλα όρια, επασβεστώσεις, μεταβολές δέρματος, θηλής και θηλαίας άλω. (Yu&Guan,2000; Ferrari et al.,2001; Law, 2006)

3.5. Υπερηχογράφημα

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπερήχους δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς. Επειδή οι υπερήχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχουν αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη. Το υπερηχογράφημα των μαστών πρέπει να γίνεται:

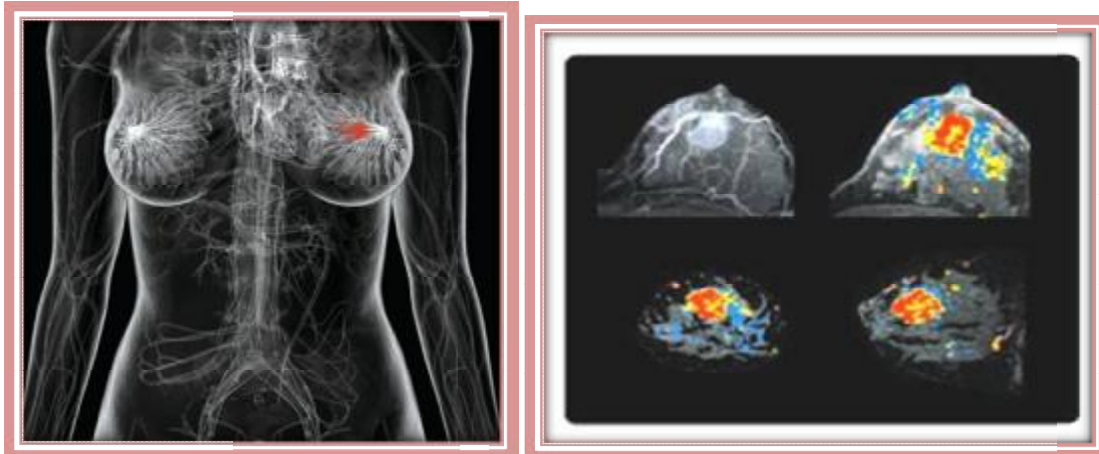
• Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδος της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 εκ.

• Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη επεξεργασία του μαστού.

Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς (Duffy,2001; 2013; Gara et al.,2008; Riley et al. 2004).

3.6.Μαγνητική μαστογραφία

Ο μαστός αποτέλεσε ένα από τα πρώτα πεδία εφαρμογής της Μαγνητικής Τομογραφίας (MT). Ωστόσο, ήταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 που η εισαγωγή στην κλινική πράξη των παραμαγνητικών σκιαγραφικών ουσιών αύξησε δραματικά την ευαισθησία της μεθόδου αναφορικά με την κύρια κλινική της ένδειξη, τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σήμερα, η Μαγνητική Μαστογραφία (MM) είναι μέθοδος ευρέως αποδεκτή στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, δεν έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη και εφαρμόζεται μεμονωμένα. Αντίθετα με τη μαστογραφία που χρησιμοποιεί χαμηλή δόση ακτίνων X για την απεικόνιση του μαστού, η μαγνητική μαστογραφία χρησιμοποιεί ισχυρά μαγνητικά πεδία και ραδιοκύματα για να δημιουργήσει απεικονίσεις του μαστού. Το σύστημα μαγνητικής μαστογραφίας είναι σε θέση να μεταστρέψει τα μαγνητικά πεδία και τα ραδιοκύματα για να πετύχει προβολές σε οποιοδήποτε επίπεδο και προσανατολισμό, ενώ η μαστογραφία ακτίνων X απαιτεί τον επαναπροσανατολισμό του μαστού και του συστήματος μαστογραφίας για κάθε επιθυμητή προβολή. (Lord et al., 2007)



Στις καλοήθειες παθήσεις, τα ιναδενώματα απεικονίζονται τυπικά σαν σαφώς περιγεγραμμένες και ομαλού σχήματος εστίες πρόσληψης σκιαγραφικού και μερικές φορές φέρουν χαρακτηριστικά εσωτερικά διαφραγμάτια. Καλοήθειες μαστοπάθειες απεικονίζονται ως ασαφώς περιγεγραμμένες εστίες ή ως πιο εκτεταμένες περιοχές πρόσληψης. Τόσο τα ιναδενώματα όσο και οι καλοήθειες μαστοπάθειες τυπικά εμφανίζουν αμελητέα έως μέτρια σκιαγραφική ενίσχυση και αργή πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας. Ωστόσο, νεαρά αγγειοβριθή ιναδενώματα (το 30% περίπου των ιναδενωμάτων στις νέες γυναίκες) και εστίες έντονης υπερπλαστικής μαστοπάθειας (όπως σκληρυντική αδένωση, αποκρινής μεταπλασία) μπορεί να εμφανίσουν μεγάλου βαθμού σκιαγραφική ενίσχυση και γρήγορη πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας, οπότε είναι πολύ δύσκολη η διαφορική διάγνωση από καρκίνο (*Brennan et al., 2009*).

3.7. Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Είναι ιδιαίτερη χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων. Η ξηρογραφία έχει καλή ευκρίνεια γιατί τονίζει τις διαφορές πυκνότητας των ιστών, αναδεικνύει τις ασβεστώσεις αλλά χορηγεί στην ασθενή μεγάλη δόση ακτινοβολίας (1 rad/film). Συνήθως λαμβάνονται δύο λήψεις για κάθε μαστό, μία σε κάθετο και μία σε οριζόντιο άξονα. Τελευταίως γίνεται μία μόνο λήψη σε λοξό άξονα από πάνω και έσω προς τα κάτω και έξω. (*Fitzgerald & Berentson – Shaw, 2012*)

3.8. Θερμογραφία

Η θερμογραφία αποτελεί επίσης χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Συνεπώς, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου. Το θερμογράφημα παρουσιάζει βασικά τη λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η θερμική κατανομή του δέρματος κατοπτρίζει κυρίως την κατάσταση των επιπολής και εν τω βάθει φλεβών. (*Kennedy et al., 2009; Wright & McGechan, 2003*)

3.9. Κυτταρολογική εξέταση

Εάν πρόκειται για έκκριση από τη θηλή, αυτή προκαλείται στη φυσική εξέταση της γυναίκας και το έκκριμα τοποθετείται πάνω σε μία αντικειμενοφόρο πλάκα και επιστρώνεται για κυτταρολογική εξέταση. Εάν πρόκειται για διόγκωση το υλικό λαμβάνεται με παρακέντηση και αναρρόφηση δια λεπτής βελόνης (FNA) - με αυτή την τεχνική λαμβάνονται κύτταρα μέσω μιας βελόνας που είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα 10-20 ml, με παρακέντηση και αναρρόφηση, και στέλνονται στο εργαστήριο για να διαπιστωθεί αν είναι καρκινικά, είναι φτηνή, γρήγορη και σχετικά χωρίς πόνο (*Kimet et al., 2000; Ayata & Wang, 2005*)

. Εάν η διόγκωση είναι κυστική, κενώνεται και το περιεχόμενο της κύστης αποστέλλεται μέσα σε δοκιμαστικό σωληνάριο για φυγοκέντρηση και κυτταρολογική εξέταση. Εάν η διόγκωση είναι συμπαγής, αναρροφάται όση ποσότητα είναι δυνατόν και επιστρώνεται σε πλακίδια. Γενικά, δεν θεωρείται απόλυτα αξιόπιστη μέθοδος δεδομένου ότι η συχνότητα των ψευδώς αρνητικών ευρημάτων είναι πολύ υψηλή και φθάνει το 25% περίπου των περιπτώσεων. (*Uenet, 2003; Kontzoglou, 2005*)

3.10.Ανοικτή βιοψία

Με τοπική ή συνηθέστερα γενική αναισθησία αφαιρείται ολόκληρος πάντοτε ο όγκος ή η ύποπτη εστία και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Έχει πολύ καλό βαθμό ακρίβειας όταν γίνεται από εξειδικευμένα άτομα και δίνει πληροφορίες για το είδος, το μέγεθος του καρκινικού όγκου και για την ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων, επιπλέον έχει άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. (Loughran et al., 2011)

3.11.Καρκινικοί δείκτες

Για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ιδανική διαγνωστική μέθοδος θα ήταν εκείνη που θα μπορούσε να ανιχνεύσει τον καρκίνο πριν πάρει διαστάσεις 1 εκ. Από χρόνια παρατηρήθηκε, πως στον ορό του αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση όταν συγκριθούν με τα ίδια υγιών ατόμων. Τα βιολογικά αυτά προϊόντα τα ονομάστηκαν βιολογικοί δείκτες. Αυτοί οι δείκτες ονομάζονται και ογκοανπτυξιακοί ή καρκινικοί δείκτες (Tumor Markers). Δεν έχουν μόνο διαγνωστική αξία αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας (Duffy, 2001).

Πρόκειται για ουσίες, στην πλειονότητά τους αντιγόνα, που βρίσκονται κυρίως στην κυτταρική μεμβράνη των καρκινικών κυττάρων. Ανιχνεύονται με ανοσοβιολογικές μεθόδους στον ορό των ασθενών. Δεν είναι όμως ειδικοί για τον καρκίνο γιατί απαντούν και σε καλοήθεις παθήσεις. Οι μέχρι τώρα πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι καρκινικοί δείκτες, που ανιχνεύονται στον καρκίνο του μαστού, είναι οι εξής: α) **T.P.A.** (Tissue Peptid Antigen), β) **C.E.A.** (καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο – Φ.Τ. μέχρι 5ng/ml) (Gara et al., 2008).

Σε μικρότερη αναλογία απαντούν οι: 1. **CA-125**, 2. **CA19-9**, 3. **B2-μικρολευκωματίνη**, 4. **β.h.G.C.** (β-χοριακή γοναδοτροπίνη), 5. **neopterin**, 6. **A.F.P.** (α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη) κ.ά. (Duffy, 2001; 2013; Gara et al., 2008; Riley et al. 2004)

3.12.Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2

Κάθε άνθρωπος γεννιέται με 2 ομάδες εκατό περίπου χιλιάδων διαφορετικών γονιδίων. Η μία ομάδα γονιδίων προέρχεται από τη μητέρα και η άλλη από τον πατέρα. Σε μερικές οικογένειες, ο καρκίνος προκαλείται από μια γενετική μετάλλαξη σε γονίδια, η οποία κληρονομείται από τη μητέρα ή τον πατέρα στα παιδιά (Roy et al., 2012).

Αποτελέσματα μακροχρόνιων ερευνών έδειξαν ότι δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2 βρέθηκαν να παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισής τους, όταν φέρουν γενετική μεταλλαγή. Γι' αυτό είναι σημαντικό, μια γυναίκα με ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών στην οικογένεια, να υποβάλλεται σε εξέταση (γενετικό τεστ για BRCA 1 και BRCA 2) για να μάθει αν έχει αυτή την προδιάθεση. Είναι εξίσου σημαντικό μια γυναίκα που έχει ήδη προσβληθεί από τη νόσο να κάνει το τεστ, καθότι ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο μαστό, είναι περίπου 60% μεγαλύτερος εάν η γυναίκα έχει μεταλλαγμένο BRCA 1 ή BRCA 2 γονίδιο. Ωστόσο δεν ευθύνονται για όλες τις μορφές του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού, αλλά μόνο για το ένα τρίτο από αυτές και για λιγότερο από το ένα δέκατο του συνόλου των καρκίνων του μαστού. (Cavallone, 2010)

Μέχρι την ηλικία των 70 ετών, το 87% των γυναικών που έχουν μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA 1 θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, ενώ το 64% θα αναπτύξει καρκίνο των ωοθηκών. Αντιθέτως, αν σε μια γυναίκα βρεθεί ότι δεν έχει τη συγκεκριμένη μετάλλαξη στο BRCA 1, ακόμη κι αν έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, τότε η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή ωοθηκών μειώνεται στα επίπεδα του γενικού πληθυσμού (περίπου 10% για καρκίνο του μαστού και 1,4% για καρκίνο των ωοθηκών).

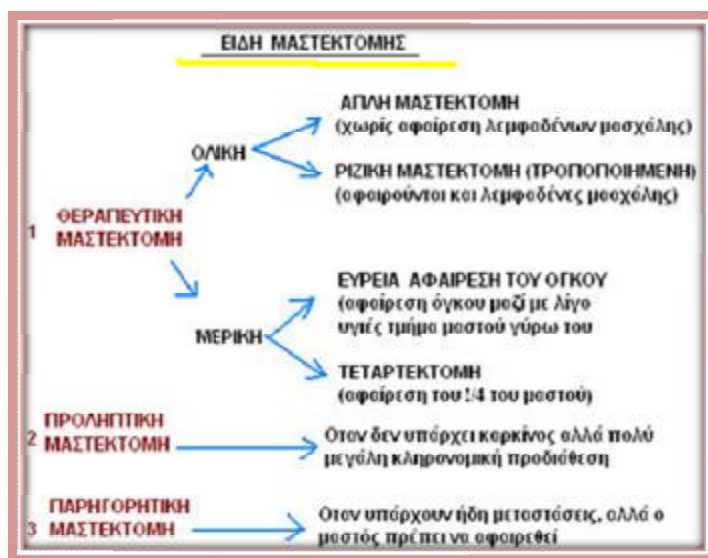
Κεφάλαιο 4^ο

Θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού

Εδώ και αρκετά χρόνια, οι γυναίκες που προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού επωφελούνται από ολοένα και αποτελεσματικότερες θεραπείες. Η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο καρκίνος του μαστού. Η θεραπευτική αντιμετώπιση των σταδίων I και II (χειρουργήσιμος καρκίνος), είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση των σταδίων III και IV (μη χειρουργήσιμος καρκίνος). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνίσταται αφενός στην αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας και των επιχώριων διηθημένων λεμφαδένων, αφετέρου δε στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων. (Φύσσας, 2006)

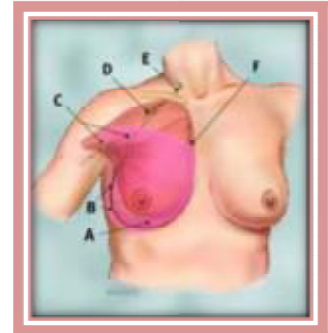
4.1.Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου στο μαστό, δηλαδή η λεγόμενη μαστεκτομή, αποτέλεσε την αρχαιότερη μέθοδο θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Πρώτος ο Halsted εφάρμοσε το 1981 την τεχνική της ριζικής μαστεκτομής, η οποία αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για πολλές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστικού αδένα. Έτσι, σήμερα, η μαστεκτομή μπορεί να είναι ριζική, τροποποιημένη ριζική, μερική, απλή ή ογκεκτομή. Το είδος της επέμβασης που θα επιλεγεί εξαρτάται από το μέγεθος και τη θέση του όγκου, από την έκταση εξάπλωσης του καρκίνου, από την ηλικία και την κατάσταση της υγείας της γυναίκας (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).



Όταν ο καρκίνος αφορά μόνο το στήθος, χωρίς μεταστάσεις στους άλλους ιστούς, μια τοπική θεραπεία μπορεί να είναι αρκετή. Αυτός ο τύπος όγκου συχνά εντοπίζεται με τη μαστογραφία ή ορισμένες φορές με την παρουσία έκκρισης αίματος από τη θηλή. Η χειρουργική παραμένει η θεραπεία φάρος στην πλειονότητα των καρκίνων του μαστού. Το στήθος τις περισσότερες φορές διατηρείται αν ο όγκος είναι μικρότερος από 3 εκατοστά. Σε αυτήν την περίπτωση μιλάμε για ογκεκτομή. Αντίθετα, όταν ο όγκος του υπερβαίνει τα 3 εκατοστά, ή όταν υπάρχουν περισσότερες καρκινικές εστίες, τότε αποφασίζεται η αφαίρεση του στήθους. Σε

αυτήν την περίπτωση μιλάμε για μαστεκτομή (Φύσσας, 2006). Ορισμένες φορές προτείνεται για καρκίνους του στήθους μεγαλύτερους από 3 εκατοστά προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες, οι οποίες ονομάζονται προεγχειρητικές επιτρέπουν τη μείωση του μεγέθους του όγκου και η ασθενής θα εγχειριστεί σε δεύτερο χρόνο διατηρώντας το στήθος της. Με αυτούς τους δύο τύπους επέμβασης συνδυάζεται και η αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων (λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης) ιδίως όταν ο όγκος έχει διάμετρο μεγαλύτερη από 1,5-1,7 εκ. Στις άλλες περιπτώσεις (μικρότερος όγκος χωρίς επηρεασμένους λεμφαδένες), μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την τεχνική του «φρουρού λεμφαδένα». Στην περίπτωση μαστεκτομής, ο χειρουργός μπορεί να πραγματοποιήσει άμεση αποκατάσταση των μαστών. (Φύσσας, 2006)



4.1.1. Ριζική μαστεκτομή

Στη ριζική μαστεκτομή επιτυγχάνεται η αφαίρεση του μαζικού αδένος μαζί με τους θωρακικούς μύες (μείζονα και ελάσσονα), με το περιεχόμενο της μασχαλιαίας κοιλότητας και με το υπερκείμενο δέρμα και τη θηλή. Αυτή η τεχνική εφαρμόζεται συνήθως σε περιπτώσεις τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή για ανακουφιστικούς λόγους, καθώς δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου. Προκαλεί την εμφάνιση οιδήματος, παραμόρφωσης και δυσκινησίας του σύστοιχου άνω άκρου και πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές, κακό αισθητικό αποτέλεσμα και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας. Εμφανίζει όμως, το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%). Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής περιοχής. Προτιμάται από πολύ λίγους χειρουργούς και σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες (χωρίς όμως άλλη εξάπλωση της νόσου), δεδομένου ότι είναι γνωστή η αυξημένη συχνότητα διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων σ' αυτές τις περιπτώσεις. (Φύσσας, 2006)

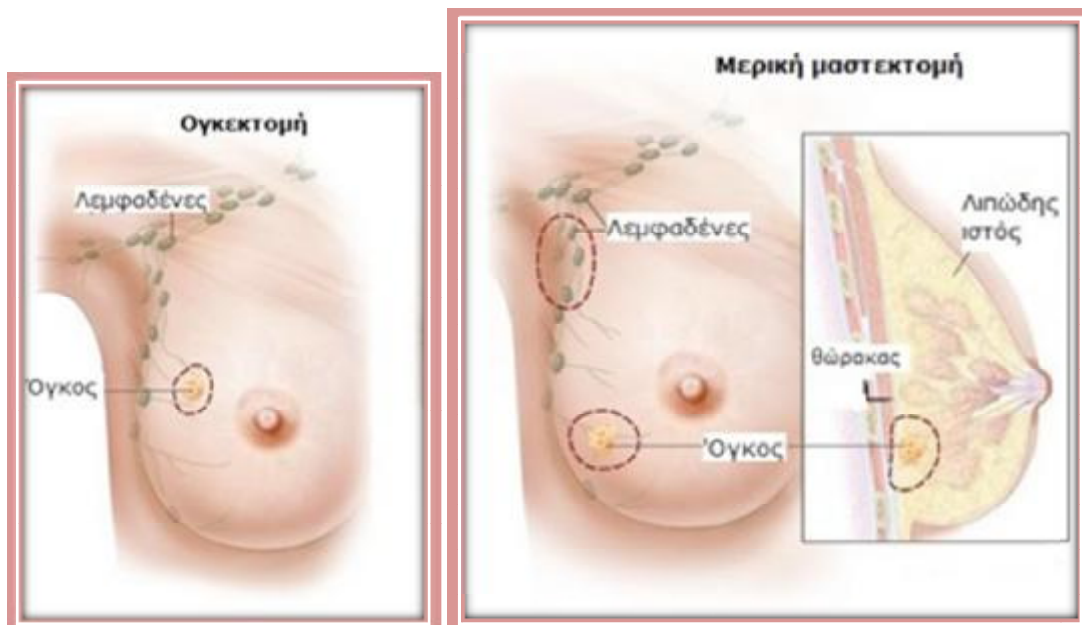
4.1.2. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί την πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδο στον καρκίνο του μαστού. Σε αυτή την περίπτωση, αφαιρείται ο μαζικός αδένος και οι λεμφαδένες της μασχάλης, ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες. Αποτελεί την επέμβαση επιλογής για τις ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια της νόσου και αποδίδει καλύτερα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα, εξασφαλίζοντας ευνοϊκή αποκατάσταση. (Φύσσας, 2006)



4.1.3.Μερική μαστεκτομή

Η χειρουργική αυτή επέμβαση 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 καθαρισμό της μασχάλης, σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους δύο εκατοστά (2 cm) ή και μικρότερων. Μειονέκτημα αυτής της τεχνικής αποτελεί ο μετεγχειρητικός φόβος για ύπαρξη υπολειπόμενου καρκίνου στο μαστό, γεγονός που κάνει επιτακτική την ανάγκη συμπληρωματικής ακτινοθεραπείας. (Φύσσας, 2006).



4.1.4. Απλή μαστεκτομή

Χειρουργική επέμβαση για την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού που εμφάνισε τον καρκίνο. Μερικοί από τους λεμφαδένες κάτω από τη μασχάλη μπορούν να αφαιρεθούν προκειμένου να εξεταστούν για την ύπαρξη καρκινικών κυττάρων, κατά την ίδια χρονική στιγμή με την εξαίρεση του μαστού. Αυτό γίνεται μέσω μιας ξεχωριστής τομής. (Φύσσας, 2006)

4.1.5. Ουγκεκτομή – Τεταρτεκτομή

Κατά τη διαδικασία αυτή, ο καρκίνος και μια έκταση μερικών χιλιοστών του περιβάλλοντος υγιούς ιστού αφαιρείται. Στις περισσότερες γυναίκες (και αυτός ακριβώς είναι ο σκοπός) η εμφάνιση του στήθους τους, μετά από μια ουγκεκτομή πρέπει να είναι αυτή ενός φυσιολογικού μαστού.

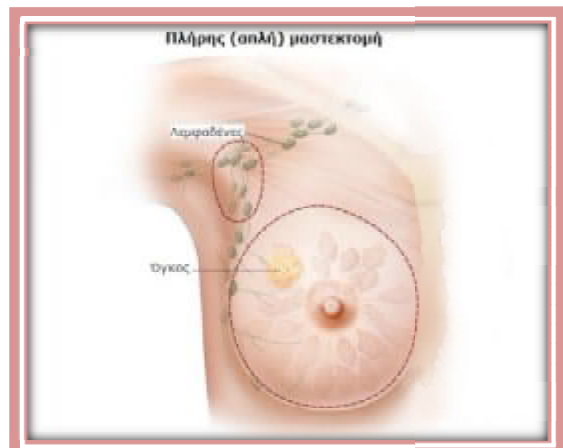
Εάν ο όγκος είναι πολύ μικρός, ένα λεπτό σύρμα (οδηγός) τοποθετείται από τον ακτινολόγο στη περιοχή που πρόκειται να αφαιρεθεί έτσι ώστε ο χειρουργός να μπορέσει να το βρει εύκολα κατά τη διάρκεια του χειρουργείου. Ο ακτινολόγος θα χορηγήσει κάποιο τοπικό αναισθητικό στην περιοχή, και με τη βοήθεια υπερηχογραφήματος θα τοποθετήσει τον «οδηγό» αυτό (Κελλαρτζή και συν., 2009; Φύσσας, 2006).

Σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να γίνει μια επέμβαση που ονομάζεται τεταρτεκτομή. Αυτή αφαιρεί μια μεγαλύτερη περιοχή του μαστού (το 1/4). Η επίδραση της στην εμφάνιση του στήθους θα είναι πιο αισθητή από ό, τι μετά από μια ουγκεκτομή. Συνεπώς ο μαστός αυτός θα είναι μικρότερος από τον άλλο μαστό και μπορεί να υπάρχει μια ουλή ή αισθητή έλλειψη ιστού (βαθούλωμα). Τα ελλείμματα αυτά μπορούν να διορθωθούν με διορθωτικές (πλαστικές) επεμβάσεις.

Μετά από αυτές τις επεμβάσεις όλες οι γυναίκες θα πρέπει να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία στον εναπομείναντα ιστό του μαστού, η οποία θα καταστρέψει οποιοδήποτε καρκινικό κύτταρο έχει επιβιώσει και έχει παραμείνει στο μαστό. (Φύσσας, 2006)

4.2. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας

Μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να προκληθούν: οίδημα άκρου, συλλογή υγρού ή αίματος στο τραύμα (seroma/hematoma), νέκρωση των χειλιών του τραύματος, φλεγμονή τραύματος, αδυναμία – περιορισμός κινητικότητας του άκρου και κόπωση. Ο τραυματισμός ή η πίεση της περιοχής κατά την διάρκεια της επέμβασης μπορεί να προκαλέσει αιμωδίες και παραισθησίες (McCready, 2005). Στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής ελέγχει για ύπαρξη μόλυνσης ή για τυχόν αλλαγή στο χρώμα του υγρού παροχέτευσης. Παράλληλα εκπαιδεύει την ασθενή και την οικογένεια της για τις επιπλοκές που πιθανόν να εμφανιστούν και τους εξηγεί τον τρόπο φροντίδας του τραύματος και της παροχέτευσης (Weaver, 2009). Το λεμφοίδημα είναι συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή με ποσοστό εμφάνισης που φτάνει έως 62%. Πρόκειται για δυσλειτουργία στην ικανότητα απαγωγής της λέμφου με αποτέλεσμα τη συσσώρευση του λεμφικού υγρού και οίδημα



που εμφανίζεται στο σύστοιχο άκρο. Οι συστάσεις που πρέπει να δίνονται προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία του συνοψίζονται στις εξής: **α) αποφυγή τραυματισμού, β) πρόληψη λοίμωξης, γ) αποφυγή περίσφιξης του άκρου και δ) άσκηση**(*Erickson, 2001; McCaskill-Stevensetal., 2004*).

Τα συνήθη μέτρα που λαμβάνονται είναι τα εξής :

- Û η χρήση προστατευτικών γαντιών κατά την διάρκεια εργασιών στο σπίτι ή στον κήπο.
- Û αποφυγή φλεβοπαρακέντησης, μέτρηση αρτηριακής πίεσης και ένεσης στο σύστοιχο άκρο.
- Û άμεση αναφορά και θεραπεία εάν εμφανιστεί κάποιο σημείο λοίμωξης (ερυθρότητα, πόνος).
- Û αποφυγή ανύψωσης βάρους.
- Û αποφυγή βίαιων κινήσεων του άκρου.
- Û χρήση μαλακών προσθετικών στήθους.
- Û αποφυγή ενδυμάτων που περιορίζουν την σωστή κυκλοφορία του άκρου.
- Û ελάττωση λήψης αλατιού.
- Û αποφυγή καπνίσματος και αλκοόλ. (*Hull, 2000*)

Η θεραπεία που ακολουθείται περιλαμβάνει: **α) φροντίδα δέρματος, β) τεχνική μαλάξεων με σκοπό την παροχέτευση του λεμφικού υγρού, γ) επίδεση του άκρου με ελαστικούς επιδέσμους και δ) κινησιοθεραπεία** (*Hull, 2000*). Σε πολύ βαριές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθούν ειδικές συσκευές με εναλλασσόμενη πίεση (intermentsequentialpneumaticcompression) και χρήση φαρμάκων. Η πληροφόρηση και η εκπαίδευση της ασθενούς σχετικά με τους κινδύνους δημιουργίας του λεμφοιδήματος, των μέτρων που πρέπει να λαμβάνει για την πρόληψη της δημιουργίας του και των τρόπων θεραπείας του, είναι απαραίτητη. Πρόσφατα έχει συστηθεί στις γυναίκες με λεμφοιδηματικό άκρο να φορούν ένα ειδικό βραχιόλι που να υποδεικνύει την ανάγκη αποφυγής μέτρησης αρτηριακής πίεσης και τρυπημάτων με βελόνα. Η καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση του λεμφοιδήματος με τη μέτρηση της περιφέρειας σε διάφορα σημεία κατά μήκος του άκρου (*Hull, 2000*). Οι ασκήσεις που θα εκτελέσει η ασθενής προκειμένου να αποφευχθεί ο περιορισμός κινητικότητας του άκρου θα πρέπει να εκτελούνται αμέσως μετά την επέμβαση. Ο νοσηλευτής την ενθαρρύνει να τις πραγματοποιήσει, ενώ στην περίπτωση που αυτή είναι απρόθυμη τις δίνει συνεχή κατεύθυνση, συμβουλεύοντας την να πάρει αναλγητικά 30-45 λεπτά πριν την εκτέλεση των ασκήσεων. Η συνεργασία με τον φυσιοθεραπευτή κρίνεται απαραίτητη. Οι ασκήσεις τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες έχουν σκοπό να προλάβουν ή να ελαττώσουν το οίδημα του άκρου και να προάγουν την κίνηση του μυ (χωρίς αυτός να εκταθεί), η ασθενής θα πρέπει να προσπαθεί να ανακτήσει την κινητικότητα του ώμου κινώντας τον σε όλες τις κατευθύνσεις αρκετές φορές την ημέρα. Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να συνεχιστούν για τουλάχιστον έξι μήνες μετά την εγχείρηση (*Weaver, 2009*). Είναι απαραίτητη η πληροφόρηση της ασθενούς ότι κατά την διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων μετά την εγχείρηση δεν μπορεί να φορά προθέματα στήθους. Αντί αυτού μπορεί να χρησιμοποιεί βαμβάκι στον στηθόδεσμο της, το οποίο δεν ερεθίζει την τομή, ενώ παράλληλα μπορεί να την βοηθήσει να επιλέξει τον κατάλληλο τύπο προθέματος που τελικά θα χρησιμοποιηθεί.

Επιπλέον, η αφαίρεση του στήθους δεν εκμηδενίζει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού, διότι είναι πρακτικά αδύνατο να αφαιρέσουμε ολοκληρωτικά τον αδένα. Στις ασθενείς χωρίς καμιά γενετική προδιάθεση, η προληπτική μαστεκτομή δεν εξαλείφει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 0,5 %. Όμως στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, αρκετές μελέτες έδειξαν σημαντική μείωση. Σύμφωνα με συλλογική μελέτη του INSERM = Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της Γαλλίας, ο κίνδυνος μετά από μαστεκτομή είναι της τάξης

του 4% έως 5% (έναντι 60% έως 80% χωρίς μαστεκτομή) και με ποσοστό θνησιμότητας το οποίο διαμορφώνεται στο 2% (έναντι 30% έως 40%). Με λίγα λόγια, δεν εξαλείφεται ο κίνδυνος στις γυναίκες υψηλού κινδύνου αλλά μειώνεται σημαντικά στο ποσοστό κινδύνου που ισχύει και για τον γενικό πληθυσμό (Ananthakrishnan & Lucas, 2008).

Όμως μια προσέγγιση καθαρά αριθμητική, δεν είναι ανθρώπινα αποδεκτή για ένα μέρος του σώματος με τέτοια συμβολική σημασία και τόσο στενά συνδεδεμένο με τη θηλυκότητα και την εικόνα που έχει η γυναίκα για τον εαυτό της. Οι παρενέργειες μιας τέτοιας επέμβασης είναι σημαντικές και υπερβαίνουν απλά το τεχνικό μέρος της επέμβασης.

Η αφαίρεση του στήθους απαιτεί άμεση αποκατάσταση, η οποία θα επιφέρει επιπλοκές στο 20% των γυναικών: πόνοι, αναγκαιότητα αλλαγής πρόθεσης, κ.ά. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις ενδεχομένως να ποικίλουν από γυναίκα σε γυναίκα. Ορισμένες ασθενείς θα υποφέρουν και θα επηρεαστεί η ποιότητα της ζωής τους, ενώ άλλες θα νιώθουν ανακουφισμένες. Οι γυναίκες οι οποίες ζητούν οι ίδιες τη μαστεκτομή, είναι αυτές οι οποίες στη συνέχεια έχουν τα λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα (Ananthakrishnan & Lucas, 2008).

Αξίζει να υπογραμμιστεί, ότι για να μειωθεί το ψυχικό τραύμα που προκαλεί η μαστεκτομή, μπορεί να προταθεί μια εναλλακτική: η υποδόρια μαστεκτομή. Δηλαδή, απαλλάσσεται το στήθος από τον αδένα και στη θέση του τοποθετείται η πρόθεση.

Τέλος, η αποκατάσταση του στήθους είναι δυνατή. Το να γνωρίζει κανείς ότι αυτή η δυνατότητα υπάρχει είναι πολύ καθησυχαστικό για τις περισσότερες γυναίκες και πολύ περισσότερο το γεγονός ότι έως την αποκατάσταση η γυναίκα θα φορά πρόθεση. Οι περισσότερες γυναίκες δέχονται την εγχείριση. Είναι καλύτερα να περιμένει τουλάχιστον ένα έτος μετά την εγχείριση για να γίνει η αποκατάσταση. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η γυναίκα μπορεί να δεχθεί τη νόσο και να σκεφτεί με μεγαλύτερη ηρεμία την αποκατάσταση (Ananthakrishnan & Lucas, 2008; Kronowitz et al., 2004). Ως προς την αντίδραση του ζεύγους, όλα είναι πιθανά. Η μαστεκτομή μπορεί να επιφέρει εντάσεις ή αντίθετα να φέρει πιο κοντά τους συντρόφους. Ορισμένες γυναίκες αρνούνται να τις αγγίξει ο σύντροφός τους, γδύνονται στα σκοτεινά ή ακόμα φοβούνται τον καθρέπτη. Αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες.

4.3. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία γίνεται όταν πραγματοποιηθεί συντηρητική χειρουργική θεραπεία. Όμως, μπορεί να γίνει και σε περίπτωση μαστεκτομής. Αυτή η θεραπεία επιτρέπει να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής. Ανάλογα με τις περιπτώσεις, η ακτινοθεραπεία μπορεί να επικεντρώνεται στο μαστό ή και πέρα από αυτόν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, κοντά στην κλείδα και το στέρνο. Το ήμισυ και πλέον των ασθενών οι οποίες έχουν καρκίνο υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία. Εδώ και περίπου ένα αιώνα, η ακτινοθεραπεία αποτελεί μέρος του θεραπευτικού οπλοστασίου ενάντια στον καρκίνο. Μετά από μερικές αρχικές δυσκολίες, η τεχνική σήμερα ελέγχεται επαρκώς και αποτελεί μαζί με τη χειρουργική την πλέον διαδεδομένη θεραπεία του καρκίνου, επιτυγχάνοντας μεγάλο αριθμό ίασης. (Baskar et al., 2012)

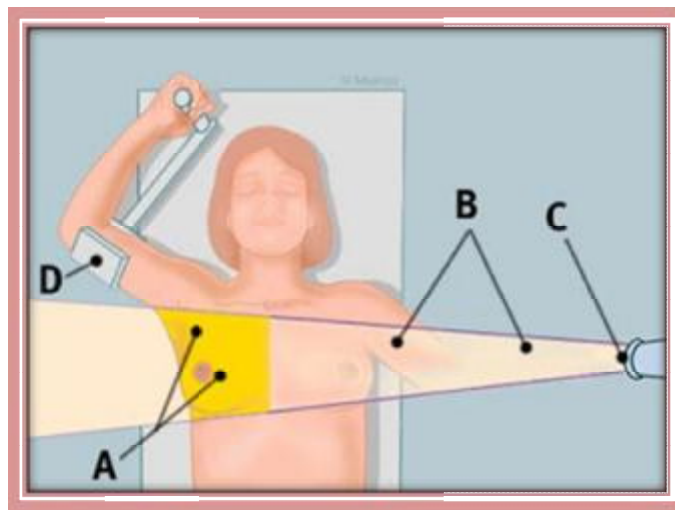
Η αρχή της ακτινοθεραπείας

Η αρχή της ακτινοθεραπείας είναι απλή: πρόκειται για την έκθεση των καρκινικών κυττάρων σε ιονισμό, δηλαδή στην εκπομπή ακτινοβολίας η οποία θα αλλοιώσει τη σύνθεση των γενετικών πληροφοριών των καρκινικών κυττάρων. Στις ημέρες μας, οι ειδικοί έχουν στη διάθεσή τους ευρεία γκάμα ιονίζουσας ακτινοβολίας. Το γενετικό υλικό του όγκου (DNA),

υφίσταται μετασχηματισμούς, οι οποίοι θα καταστήσουν το κύτταρο ανίκανο να αναπαραχθεί. Έτσι μειώνεται η άναρχη αναπαραγωγή των καρκινικών κυττάρων, τα οποία ευθύνονται για την εκδήλωση του καρκίνου. Αυτές οι ακτινοβολίες μπορούν να επηρεάσουν επίσης και τα φυσιολογικά κύτταρα, όμως το ποσοστό είναι λιγότερο από αυτό των καρκινικών κυττάρων. Αυτή η διαφορετική επίδραση εξηγεί το όφελος της ακτινοθεραπείας. Όμως το όριο μεταξύ οφέλους και πρόκλησης βλάβης είναι ορισμένες φορές τόσο λεπτό, ώστε αρκετά συχνά αυτές οι θεραπείες να συνοδεύονται από παρενέργειες. Αποστολή του ακτινοθεραπευτή είναι να πετύχει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, διαφυλάττοντας τα υγιή. (Baskar et al., 2012)

Πριν εφαρμοστεί η θεραπεία, σχεδιάζεται η ακτινοθεραπεία. Πρέπει να προσδιοριστεί το σημείο και η δόση της ακτινοβολίας, που θα χορηγηθούν στην ασθενή. Η αγωγή ετοιμάζεται χάρη σε ένα προσομοιωτή, ο οποίος επιτρέπει να ορίζονται τα όρια της περιοχής η οποία πρέπει να ακτινοβοληθεί. Η ασθενής πρέπει να μείνει ακίνητη, ώστε ο εντοπισμός της ζώνης να είναι όσο το δυνατόν ακριβέστερος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, χάρη στις τεχνικές προόδους, η ανακατασκευή τρισδιάστατων εικόνων επιτρέπει έναν πολύ ακριβή εντοπισμό του σημείου του όγκου.

Μόλις προσδιοριστεί η ζώνη η οποία πρόκειται να ακτινοβοληθεί, ο ακτινοθεραπευτής εφαρμόζει μικρά σημεία τατουάζ ή χρώμα, με χρωστική ουσία ερυθρού έως πορφυρού χρώματος, τα οποία σχεδιάζουν τη ζώνη η οποία πρόκειται να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία. Αυτό το πρώτο στάδιο απαιτεί από 30 λεπτά έως μια ώρα. (Begg et al., 2011)



Η δεύτερη φάση συνίσταται στην ανάλυση όλων των δεδομένων ώστε ο ακτινοθεραπευτής και ο ακτινολόγος να προσδιορίσουν τη συσκευή που θα χρησιμοποιηθεί, την κατανομή της δόσης, το μέγεθος, τον αριθμό και τον προσανατολισμό των πεδίων ακτινοβολίας, τα οποία είναι τα καταλληλότερα για την περίπτωση. (Begg et al., 2011)

Η ποσότητα των ακτινοβολιών εξαρτάται από την ηλικία, την κατάσταση της υγείας, το σημείο εντοπισμού και τον τύπο του καρκίνου. Τότε η συνολική δόση διαιρείται, σε μικρότερες δόσεις, οι οποίες θα χορηγηθούν κατά τη διάρκεια κάθε συνεδρίας. Αυτές οι συνεδρίες θα πραγματοποιηθούν σε διάστημα δύο έως επτά εβδομάδων.

Η θεραπεία είναι ανώδυνη και κατά γενικό κανόνα δεν διαρκεί παρά μερικά λεπτά. Η θέση όμως της ασθενούς είναι πολύ σημαντική κι έτσι η φάση που προηγείται της θεραπείας μπορεί να είναι μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας. Το μέρος του σώματος στο οποίο πρόκειται να χορηγηθεί η αγωγή είναι γυμνό. Το υπόλοιπο σώμα προστατεύεται από τις

ακτινοβολίες με τη βοήθεια προστατευτικών καλυμμάτων. (Baskar et al., 2012; Begg et al., 2011)

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Για ορισμένους καρκίνους του στήθους, μια μόνη δόση ακτινοθεραπείας η οποία χορηγείται ταυτόχρονα με την επέμβαση αρκεί για να αντικαταστήσει τις πολυάριθμες συνεδρίες μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Αν και προορίζεται για ορισμένες ασθενείς, αυτή η τεχνική επιτρέπει την ελάφρυνση της αντιμετώπισης διατηρώντας ταυτόχρονα τον ίδιο βαθμό αποτελεσματικότητας. Για τους καρκίνους του στήθους, η χειρουργική επιτρέπει την αφαίρεση του όγκου. Μετά την επέμβαση όταν διατηρείται το στήθος, σχεδόν συστηματικά εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. Αυτή στοχεύει στην καταστροφή των υπολειμματικών καρκινικών κυττάρων και άρα στην αποφυγή υποτροπής. Εκτεινόμενη σε διάστημα αρκετών εβδομάδων, η εξωτερική ακτινοθεραπεία θα μπορούσε να αντικατασταθεί με μια νέα τεχνική επιτρέποντας, να χορηγείται σε μια συνεδρεία, ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση. (Baskar et al., 2012; Lee et al., 2012)

4.4.Χημειοθεραπεία

Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία είναι δύο ιδιαίτερα αποτελεσματικές θεραπείες όταν ένας καρκίνος περιορίζεται σε μια περιοχή του οργανισμού. Όμως όταν τα καρκινικά κύτταρα εξαπλώνονται και σε άλλα μέρη του σώματος, η χρήση της χημειοθεραπείας καθίσταται απαραίτητη. Αντίθετα με την ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία δεν είναι συστηματική. Μπορούμε να μην κάνουμε όταν ο όγκος είναι μικρότερος από ένα εκατοστό, όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν έχουν προσβληθεί και ο καρκίνος δεν είναι πολύ επιθετικός. Η ηλικία, η γνώμη της γυναίκας ασθενούς και το οικογενειακό ιστορικό της επηρεάζουν επίσης την απόφαση του γιατρού να συστήσει ή όχι χημειοθεραπεία για λόγους προστασίας. Ωστόσο, προτείνουμε χημειοθεραπεία σε όλες τις γυναίκες κάτω των 50 ετών, στις οποίες οι μασχαλιαίοι αδένες έχουν επηρεαστεί ή στις γυναίκες στις οποίες ο κίνδυνος υποτροπής είναι μεγάλος. Γενικά, η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία αρχίζει τρεις έως τέσσερις εβδομάδες μετά την επέμβαση. Πριν από τη χημειοθεραπεία μπορεί να τοποθετηθεί καθετήρας υπό αναισθησία για να αποφύγουμε να τρυπάμε τις φλέβες πολύ συχνά. (EBCTCG, 2005)

Αντίθετα με τη χειρουργική ή την ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία είναι γενική θεραπεία και όχι τοπική και πρέπει να εντάσσεται σε μια συνολική προσέγγιση της νόσου. Μπορεί να χορηγείται:

- Πριν από χειρουργική επέμβαση ή αγωγή με ακτινοθεραπεία. Τότε γίνεται λόγος για προεγχειρητική χημειοθεραπεία. Με αυτή είναι δυνατή η μείωση του μεγέθους ενός όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση.
- Μετά την τοπικο-περιοχική θεραπεία: μετεγχειρητική χημειοθεραπεία.
- Στο πλαίσιο μεταστατικών καρκίνων.

Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι να αναχαιτίσει ή να επιβραδύνει την εξέλιξη του πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων καταστρέφοντάς τα και εμποδίζοντας την άναρχη αναπαραγωγή τους εντός του οργανισμού. Ανάλογα με τις χρησιμοποιούμενες ουσίες, έχουμε διαφορετικούς τρόπους δράσης: ορισμένα φάρμακα εμποδίζουν τη διαίρεση των κυττάρων και άλλα μπλοκάρουν τον κύκλο ανάπτυξης των κυττάρων. Παρότι τα

φάρμακα στοχεύουν τα καρκινικά κύτταρα, η τοξική δράση τους μπορεί να πλήξει, σε μικρότερο βαθμό και τα υγιή κύτταρα. Έτσι, για παράδειγμα οι περισσότερες χημειοθεραπείες προκαλούν πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων (ουδετεροπενία), τα οποία προστατεύουν τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. *(EBCTCG, 2005)*

4.5.Ορμονοθεραπεία

Κάποιοι τύποι καρκίνου ευνοούνται από τις ορμόνες. Για να σταματήσει η ανάπτυξή τους, μια λύση είναι να μπλοκαριστεί αυτή η ορμονική επίδραση. Μιλάμε τότε για ορμονοθεραπεία. Όπως και η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία αποσκοπεί στην αποφυγή εμφάνισης μεταστάσεων και γενικά χορηγείται μετά τη χειρουργική επέμβαση. Είναι μια εξαιρετικά προστατευτική θεραπεία, όμως μπορούμε να την προτείνουμε μόνο στους καρκίνους των οποίων η ανάπτυξη ευνοείται από τις ορμόνες και οι οποίοι διαθέτουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη (τα δύο τρίτα περίπου των καρκίνων του μαστού). Στις μη εμμηνοπαυσιακές γυναίκες υψηλού κινδύνου που έχουν ορμονοευαίσθητο καρκίνο, η ορμονοθεραπεία συνδυάζεται γενικά με τη χημειοθεραπεία. Στις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, η ορμονοθεραπεία γίνεται μόνη ή σε συνδυασμό με μετεγχειρητική χημειοθεραπεία, ανάλογα με το επίπεδο του κινδύνου. Ανάλογα με το αν η γυναίκα είναι εμμηνοπαυσιακή ή όχι, οι τεχνικές ορμονοθεραπείας μπορεί να διαφέρουν. Πριν από την εμμηνόπαυση, ενδέχεται να παραστεί ανάγκη καταστολής της λειτουργίας των ωοθηκών αφαιρώντας τις χειρουργικά ή χορηγώντας φαρμακευτική αγωγή η οποία αναστέλλει τη δραστηριότητά τους. Μετά την εμμηνόπαυση, μπορούμε να χορηγήσουμε και αναστολείς αρωματάσης. Στις εμμηνοπαυσιακές αλλά και στις μη εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που έχουν ορμονοευαίσθητο καρκίνο, μπορούμε να χορηγήσουμε ταμοξιφαίνη για διάρκεια πέντε ετών. *(Litzenburger&Brown, 2014)*

4.6.Ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού δεν αποτελεί πλέον καταληκτική ασθένεια, αντίθετα με ό,τι ίσχυε μέχρι πρότινος. Τις περισσότερες φορές, το συγκεκριμένο είδος νεοπλασίας θεραπεύεται, αρκεί βέβαια να διαγνωσθεί εγκαίρως, να παρθούν οι κατάλληλες αποφάσεις και να ακολουθήσουν οι ασθενείς τις σωστές θεραπείες. *(Ganz, 2008)*

Η μεγάλη χρονική διάρκεια του καρκίνου του μαστού, από την εμφάνιση και διάγνωση του μέχρι και την αποθεραπεία του, κάνει τη γυναίκα να βιώσει ποικίλα και κατά βάση αρνητικά συναισθήματα. Αυτά δημιουργούνται από τις διάφορες φάσεις που περιλαμβάνει αυτή η μακρά πορεία βιώνοντας τον φόβο, την αβεβαιότητα, την αίσθηση θρήνου και απώλειας και τον πόνο, που είναι αδύνατο να αφήσουν ανεπηρέαστη την γυναίκα. Οι γυναίκες αυτές δεν παύουνε ποτέ να ζούνε με τον φόβο μήπως εμφανίσουν ξανά κάποιον όγκο. Όλα αυτά τα έντονα συναισθήματα εξελίσσονται και μετατρέπονται σε νέες στάσεις, αξίες και πιστεύω της γυναίκας, που την κάνουν να βλέπει τα πράγματα υπό άλλο πρίσμα και να εκτιμάει την κάθε στιγμή της ζωής της. Το ίδιο, αλλά σε μικρότερο βέβαια βαθμό, ισχύει και για τους πολύ κοντινούς ανθρώπους που ζούνε την ασθένεια από πολύ κοντά. *(Blows et al., 2007)*

Ποια είναι όμως η ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας που νοσεί από καρκίνο του μαστού;

Ας δούμε το πώς βιώνει την εμπειρία αυτή σε τρεις φάσεις: τη φάση που διαπιστώνει κάποια συμπτώματα στο σώμα της, τη δύσκολη φάση της διάγνωσης και τη χρόνια φάση που εκτείνεται ως την ίαση ή το θάνατο της.

Στην πρώτη φάση, η γυναίκα αρχίζει να συνειδητοποιεί κάποια συμπτώματα που ίσως να αποτελούν ενδείξεις της ασθένειας. Οι αντιδράσεις της καθεμιάς μπορεί να κυμαίνονται από την πλήρη ενεργοποίηση και αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, ως την πλήρη απώθηση και άρνηση της κατάστασης της και αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης. Μπορεί για παράδειγμα να σκέφτονται «Δεν είναι τίποτε, θα μου περάσει», «Είμαι σίγουρη ότι πάσχω από καρκίνο και θα πεθάνω, οπότε καλύτερα να μην ασχοληθώ». Ο τρόπος που θα αντιδράσει η γυναίκα σε αυτή τη φάση, θα επηρεάσει και την οργανική της κατάσταση αλλά και την μετέπειτα προσαρμογή της στην εκδήλωση της ασθένειας. (Washington, 2004)

Η φάση της διάγνωσης αποτελεί την πιο δύσκολη και πιο σημαντική στιγμή στην εξέλιξη της ασθένειας. Παρά τις υποψίες της γυναίκας για τη κατάσταση της, η στιγμή της διάγνωσης δεν παύει να αποτελεί μια τραυματική εμπειρία για την ίδια. Από αυτό το σημείο θα πρέπει να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τη ζωή της, καθώς και να πάρει σημαντικές αποφάσεις για τον τρόπο που θα διαχειριστεί το πρόβλημά της στο μέλλον. Συνεπώς, οι έντονες συναισθηματικές της αντιδράσεις μπορούν να θεωρηθούν δικαιολογημένες. **Η χρόνια φάση**, που καλύπτει και το μεγαλύτερο κομμάτι χρονικά, απαιτεί πολλές προσαρμοστικές προσπάθειες εκ μέρους της γυναίκας αλλά και της οικογένειας της, αφού απαιτείται να γίνει η ασθένεια κομμάτι της ζωής της. Αυτό φυσικά δεν είναι κάτι εύκολο για την ίδια. Φαίνεται πως όσες γυναίκες εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια και έχουν την αίσθηση ανημπορίας, αδυναμίας και απόγνωσης, ενώ παράλληλα έχουν μόνο αρνητικές προσδοκίες, καταλήγουν να έχουν όχι μόνο χειρότερη προσαρμογή, αλλά και αρνητικές επιπτώσεις στην εξέλιξη της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους ως «μία μάχη που πρέπει να νικήσουν» και έχουν πίστη στον εαυτό τους και στην ψυχική τους δύναμη, έχουν καλύτερη πρόγνωση. Επιπλέον, αυτές οι γυναίκες έχουν πιο καλή ποιότητα ζωής κατά την περίοδο της ασθένειας και πολύ μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, μελαγχολίας και στρες. Έτσι λοιπόν, μπορεί να γίνει σε όλους αντιληπτό το πόσο πολύ μπορεί να επηρεάσει η συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας την πορεία και εξέλιξη της ασθένειας της. (Washington, 2004)

Κάποιες γυναίκες μπορεί να έχουν επίγνωση των αρνητικών τους συναισθημάτων και φόβων, και όμως να αρνούνται να τα εκφράσουν θέλοντας να προστατέψουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Κάποιες άλλες επιμένουν να παραγνωρίζουν και να αγνοούν τις ανησυχίες τους, το θυμό και την κατάθλιψη τους, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσαρμογή τους στη πραγματικότητα της αρρώστιας τους. Οι δυσκολίες των γυναικών αυξάνονται όταν ο καρκίνος ή η θεραπεία του παραμορφώνουν κάποιο μέρος του σώματος ή επηρεάζουν τη σεξουαλική τους λειτουργικότητα. Ωστόσο, η εγχείρηση διατήρησης του μαστού μειώνει αυτή τη παραμόρφωση και «διευκολύνει» κάπως τη προσαρμογή της στη κατάσταση. (Andersen et al., 2004; 2008)

Πολλές είναι οι γυναίκες που βιώνουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα που έχουν τις ρίζες τους στις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους. Μπροστά στη διάγνωση μια χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας, οι οικογενειακές και φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές τροποποιούνται. Άλλοτε χαρακτηρίζονται από μια τάση

προσέγγισης και άλλοτε από μια τάση απομάκρυνσης. Κάποιες μπορεί να απομακρυνθούν από τους οικείους τους λόγω κακής διάθεσης, αμηχανίας και κυρίως λόγω των αλλαγών που ίσως έχουν συμβεί στο στήθος τους και δεν νιώθουν καλά. (Andersen *et al.*, 2004; 2008) Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί να βιώσουν μια αμφιθυμία μεταξύ της λύπης τους για τη κατάσταση της γυναίκας, και παράλληλα της επιθυμίας τους να είναι αισιόδοξοι απέναντι της. Αυτά τα συναισθήματα, καθώς και η αμηχανία τους για το τι πρέπει να της πούνε, τους κάνουν πολλές φορές να αποφεύγουν την επαφή μαζί της. Η «απομόνωση» αυτή, είτε είναι επιλογή της, είτε προκαλείται από τους άλλους, μακροπρόθεσμα δεν έχει καλά αποτελέσματα ειδικά σε μια φάση που η κοινωνική υποστήριξη παίζει τόσο σημαντικό ρόλο. (Edwards *et al.*, 2008)

Θα μπορούσαμε να δούμε την ασθένεια αυτή και σαν ένα οικογενειακό ζήτημα. Και τι εννοούμε; Όταν υπάρχει μία σοβαρή ασθένεια, όπως ο καρκίνος του μαστού μέσα σε μία οικογένεια, είναι επόμενο να επηρεάζονται όλα τα μέλη της. Μπαίνουν σε μία διαδικασία αναπροσαρμογής και ανάληψης νέων ρόλων και καθηκόντων. Δημιουργούνται νέα συναισθήματα που δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, όπως στρες, στεναχώρια, συμπόνια και απελπισία. Θα λέγαμε δηλαδή ότι γίνεται κάτι σαν ανακατάταξη του οικογενειακού προγράμματος και ρυθμού. Ο κύριος άξονας είναι πλέον η ασθενής και η κατάσταση της και όλα περιστοιχίζονται γύρω από αυτήν. Ίσως είναι θεραπευτικό και για την ίδια την οικογένεια να εμπλέκεται στην όλη διαδικασία της θεραπείας και της φροντίδας της ασθενούς. Επειδή όμως όλα τα μέλη δεν είναι δυνατό να είναι χρήσιμα με όμοιο τρόπο, θα πρέπει να αναγνωρίζει ο καθένας σε ποιόν τομέα μπορεί να συμβάλλει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, καθώς εμφανίζονται πρακτικά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά την διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου. Πιο συγκεκριμένα, η ασθενής είναι συνήθως, σύζυγος, μητέρα, κόρη και εργαζόμενη και το καθένα από αυτά περιλαμβάνει διάφορες υποχρεώσεις που την περίοδο της ασθένειας παραμελούνται και δεν είναι εύκολο να εκπληρωθούν. Ένα άλλο ζήτημα, είναι το οικονομικό. Πολλές φορές, η γυναίκα αναγκάζεται να εγκαταλείψει την εργασία της έστω και προσωρινά, ενώ παράλληλα τα έξοδα λόγω της ασθένειας αυξάνονται. Η οικογένεια είναι η πρώτη που θα συνεισφέρει οικονομικά αλλά και θα αναλάβει τις υποχρεώσεις και τις ευθύνες που μέχρι πρότινος είχε η ίδια. Όλα αυτά, βέβαια, είναι ζητήματα που απασχολούν, προβληματίζουν και αγχώνουν την γυναίκα και ο ρόλος του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι να την καθησυχάζει και να την στηρίζει. (Edwards *et al.*, 2008)

Όσον αφορά τις αλλαγές στη σχέση του ζευγαριού, συχνά αναβιώνουν άλυτα προβλήματα του παρελθόντος. Μια συζυγική σχέση που δεν ήταν καλή και πριν την εμφάνιση του καρκίνου στη γυναίκα, μπορεί να κλονιστεί και να επανεμφανιστούν φόβοι εγκατάλειψης που προϋπήρχαν. Έτσι, η γυναίκα που υποβλήθηκε σε μαστεκτομή αναρωτιέται «Άραγε ο σύζυγός μου θα με αγαπά όπως πριν;». Η απομάκρυνση του συζύγου δημιουργεί στη γυναίκα την εντύπωση ότι την απορρίπτει λόγω της μαστεκτομής. Αυτό δεν αποτελεί αιτία διαζυγίου, είναι όμως η αφορμή για να τερματιστεί μια σχέση που από πριν ήταν προβληματική. Αν ωστόσο η μεταξύ τους σχέση ήταν βαθιά, σταθερή και αληθινή, τότε έχουν μεγάλες πιθανότητες να ανταπεξέλθουν από κοινού στη κατάσταση. (Budin *et al.*, 2008) Σε αυτή τη φάση, η μόνη αιτία της πιθανής απομάκρυνσης των συζύγων μετά τη διάγνωση, είναι η ανάγκη τους να αφομοιώσουν και να προσαρμοστούν στη νέα τους πραγματικότητα. Σύντομα, όμως, το ξεπερνάνε και οι σχέσεις τους γίνονται και πάλι αμοιβαίες και σταθερές. Ένα σημαντικό θέμα που προκύπτει ανάμεσα στο ζευγάρι είναι η σεξουαλική τους ζωή. Όταν μία γυναίκα νοσήσει από καρκίνο του μαστού αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, σε σχέση με τη σεξουαλική επαφή της με το άλλο φύλο. Φυσικά αυτό έχει αντίκτυπο και στην ψυχολογία του άντρα. Αρχικά είναι τόσο έντονο το

στρες και η ένταση από τα ιατρικής φύσεως θέματα που προκύπτουν και έχουν προτεραιότητα, που δεν υπάρχει διάθεση για σεξουαλική επαφή. Η γυναίκα πολλές φορές χάνει την αυτοπεποίθηση και τη θηλυκότητα της. Συχνά αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, ιδιαίτερα μετά την μαστεκτομή και δεν επιθυμεί καμία σεξουαλική επαφή με τον σύντροφο της, γιατί αισθάνεται πολύ άσχημα με τον εαυτό της και νιώθει ότι δεν είναι ερωτικά επιθυμητή πλέον. Υπάρχουν ελάχιστοι άντρες που έχουν αναφέρει την ενόχληση τους σχετικά με την μαστεκτομή και την μη σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας τους και αναζητούν νέα σεξουαλική σύντροφο. Οι άντρες, όμως, τις περισσότερες φορές, στηρίζουν τη γυναίκα τους, της δείχνουν την αγάπη τους και έρχονται πιο κοντά της σε αυτή τη δύσκολη περίοδο, παρά τις δυσκολίες. (Budin et al., 2008)

Όλη αυτή την κατάσταση μπορούν να την αντιμετωπίσουν οι γυναίκες πιο αποτελεσματικά με τη βοήθεια των ειδικών ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοθεραπεία μπορεί να τις βοηθήσει να βρουν συγκεκριμένους τρόπους να αντιμετωπίσουν τον πόνο, τη διαχείριση του άγχους, να τις διευκολύνει να εκφράσουν τα ποικίλα συναισθήματα που βιώνουν είτε κατά τη διάρκεια της ασθένειας, είτε και κατά την περίοδο της αποθεραπείας αλλά και να βρουν νέο νόημα στη ζωή τους. Επίσης, μπορεί να παρέχει στήριξη στους συγγενείς και να τους καθοδηγεί ώστε να έχουν σωστή και βοηθητική στάση απέναντι στις ασθενείς. Τέλος, είναι πολύ σημαντική και βοηθητική η συμμετοχή της γυναίκας σε ομάδες υποστήριξης. Μέσα στην ομάδα θα μπορέσουν να μοιραστούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους με γυναίκες που βιώνουν ακριβώς την ίδια εμπειρία με αυτές. Θα μπορέσουν να πάρουν και να δώσουν πολύτιμες συμβουλές που θα τις κάνουν να νιώσουν καλύτερα! (Newell et al., 2002)

4.7. Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο

Η εμπειρία μιας δυνητικά μοιραίας νόσου δεν μπορεί παρά να ασκεί τρομερή ψυχολογική πίεση στον ασθενή και τους οικείους του. Οι πιθανόν επώδυνες θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι εκάστοτε παρενέργειες - ιδιαίτερα εκείνες που επηρεάζουν την εμφάνιση του ασθενή - ο φόβος της εξέλιξης και της κατάληξης της νόσου επιδρούν επιβαρυντικά στον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο όλων των εμπλεκομένων. Για τους λόγους αυτούς, η υποβοήθηση μέσω ενός ειδικού σε θέματα ψυχικής υγείας μπορεί να αποδειχτεί εξαιρετικά πολύτιμη. (Smedslund & Ringdal, 2004)

Η υποστήριξη από έναν ειδικό είναι σημαντική, όχι γιατί ο ασθενής έχει χάσει εξαιτίας της νόσου την ικανότητα για λογική σκέψη, αλλά επειδή αντιμετωπίζει έξαφνα μία κατάσταση που δικαιολογημένα του προξενεί ιδιαίτερη θλίψη, σύγχυση, οργή, πόνο και άγχος. Δυστυχώς, σπάνια οι ασθενείς και οι θεράποντες ιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, παρ' ότι είναι αποδεδειγμένο πως το ψυχικό σθένος και η θετική διάθεση μπορούν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς διατηρούν τον ασθενή αποφασισμένο να ολοκληρώσει την αγωγή και να μην παραιτηθεί από τον αγώνα για τη ζωή του. Έχει τεκμηριωθεί από δεκάδες σχετικές έρευνες πως η διάθεση του ασθενή βελτιώνει τη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού και την ανταπόκρισή του στην εκάστοτε θεραπεία. (Smedslund & Ringdal, 2004)

Συνεπώς, ανεξάρτητα από τις δηλώσεις του ίδιου του ασθενή, ο οποίος πιθανόν αρνείται πως έχει επηρεαστεί ψυχολογικά εξαιτίας της νόσου ή των παρενεργειών της αγωγής, ο θεράπων ιατρός και οι οικείοι του ασθενή θα πρέπει να είναι ευαίσθητοι όσον αφορά τις ψυχολογικές και συναισθηματικές του ανάγκες. (Antoni et al., 2006)

Ένας ειδικός είναι σε θέση να βοηθήσει ένα καρκινοπαθή να αποδεχτεί και να αφομοιώσει με υγιή τρόπο τις όποιες αλλαγές – σωματικές, σεξουαλικές, οικογενειακές, εργασιακές - επιφέρει στη ζωή του η νόσος. Ας σημειωθεί πως η «υγιής αποδοχή» περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, αισθήματα θλίψης και πένθους, τα οποία είναι απολύτως φυσιολογικά. Μπορεί, επίσης, να τον βοηθήσει να αποσυμπιέσει αισθήματα οργής, ενοχών ή φόβου που ελλοχεύουν μέσα του, με αποτέλεσμα να δηλητηριάζουν τη διάθεση και τον ψυχισμό του. Η έκφραση των συναισθημάτων αυτών θα τον ανακουφίσει και θα του δώσει την ευκαιρία να μειώσει την όποια ένταση μπορεί να προκύψει στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ας υπογραμμιστεί πως, για τους ίδιους λόγους, εξίσου υποβοηθητική μπορεί να είναι η ψυχολογική υποστήριξη και για κάποιους συγγενείς του ασθενή. (Antoni et al., 2001)

Η δυνατότητα διατήρησης ανωνυμίας, η γραπτή έκφραση δίχως το άγχος παρατηρητών και η επικοινωνία με ανθρώπους σε όλο τον κόσμο είναι μερικά μόνο από τα πλεονεκτήματα της διαδικτυακής ψυχολογικής υποστήριξης. Παράλληλα, τα ίδια αυτά χαρακτηριστικά ενέχουν ορισμένα μειονεκτήματα ή κινδύνους. Ζητήστε πληροφορίες για έγκυρες και σοβαρές ιστοσελίδες επικοινωνίας και δίνετε προσωπικές πληροφορίες με εξαιρετική φειδωλία. Επιλέξτε τη διαδικτυακή σας παρέα με τα ίδια κριτήρια που θα επιλέγατε και μια ομάδα υποστήριξης.

Κάθε καρκινοπαθής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει, ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο επειδή μπορεί να πεθάνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να προσπαθεί να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του. Η διαδικασία αυτή δημιουργεί μεγάλο ψυχικό φόρτο και στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αναγκάζεται να κινητοποιήσει όλα τα ψυχικά του αποθέματα, προκειμένου να ολοκληρώσει με επιτυχία το δύσκολο έργο του. Η προσπάθεια του πετυχαίνει, όταν διαπνέεται από τη θέση ότι κάθε άνθρωπος δικαιούται να απολαμβάνει όχι μόνο μια αξιοπρεπή ζωή αλλά και έναν αξιοπρεπή θάνατο. (Andersen, 2002; Andersen et al., 2004; 2007;2008;Chow et al., 2004)

4.8.Νοσηλευτική προσέγγιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού

Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις γυναίκες που βιώνουν την παραπάνω ψυχολογική κατάσταση εστιάζεται στα παρακάτω:

- Να αρχίσει την νοσηλευτική υποστήριξη σχεδόν αμέσως μετά την διάγνωση ή την χειρουργική επέμβαση (Budin et al., 2008).
- Να εξασφαλίσει θετικό κλίμα μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή έτσι ώστε να ευνοείται ο διάλογος (McCready, 2005).
- Να την ενημερώνει για τις συχνές συναισθηματικές αντιδράσεις που πιθανόν να της δημιουργήσει η ασθένεια, βοηθώντας την να αισθάνεται πιο φυσιολογική.
- Να την ενθαρρύνει να μοιραστεί κοινές εμπειρίες με άλλες ασθενείς οι οποίες υποβάλλονται σε θεραπεία.
- Να ετοιμάσει και να χρησιμοποιεί ένα ερωτηματολόγιο από ανοιχτές ερωτήσεις, ώστε να καταφέρει να αποσπάσει πληροφορίες από την ασθενή σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση (McCready, 2005).
- Να την ενημέρωσει σχετικά με την σημασία της μετεγχειρητικής θεραπείας και σωματικές και τις ψυχολογικές παρενέργειες.
- Να την ενθαρρύνει να εκφράσει και να διερευνάει τα συναισθήματα της, σχετικά με την απώλεια του στήθους της και την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος στις καθημερινές της δραστηριότητες.

- Û Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από την νοημοσύνη της και την προσωπικότητά της και όχι από το στήθος της (*Budin et al., 2008*).
- Û Να την βοηθήσει να κατανοήσει την αλλαγή του σώματός της η οποία είναι αποτέλεσμα θεραπειών (*Budin et al., 2008*).
- Û Να την ενθαρρύνει να διατηρήσει θετική εικόνα για το σώμα της με το να χρησιμοποιεί υδατικές κρέμες, να αγγίζει την ουλή της αλλά και να εξερευνήσει άλλες περιοχές του σώματός της που είναι παραμελημένες (*Budin et al., 2008*).
- Û Να υποστηρίξει ψυχολογικά τον σύζυγο της για την επίδραση της θεραπείας στην σεξουαλική λειτουργία, καθώς και τους άλλους αιτιολογικούς παράγοντες μιας πιθανής δυσλειτουργίας (*Budin et al., 2008*).
- Û Να ενημερώνει τον σύζυγο της για τα προβλήματα που θα εμφανίσει η ασθενής και ενθαρρύνει να της συμπαρασταθεί.
- Û Να ενημερώνει την ασθενή αλλά και τον σύζυγο για τους εναλλακτικούς τρόπους σεξουαλικής ζωής που μπορούν να έχουν (π.χ. με την δημιουργία καταλλήλου κλίματος με κεριά, μασάζ) (*Budin et al., 2008; McCready, 2005*).
- Û Να ενθαρρύνει τους συζυγούς να συζητούν μεταξύ τους το πρόβλημα που προέκυψε.

Ειδικό Μέρος

1. Σκοπός της έρευνας

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα τύπο καρκίνου, ο οποίος αν διαγνωστεί έγκαιρα μπορεί να θεραπευτεί πλήρως. Η ενημέρωση του πληθυσμού παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης της νόσου. Τα τελευταία χρόνια οι προσπάθειες που γίνονται αποσκοπούν ακριβώς σε αυτό, να εντοπίζεται ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο, ώστε να επιτυγχάνεται σε μεγαλύτερο βαθμό η πλήρης ίαση της νόσου.

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού που επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. σε σχέση με την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, καθώς και η διερεύνηση των μεθόδων πρόληψης που χρησιμοποιούνται προκειμένου να προλαμβάνεται η νόσος στο στάδιο που μπορεί να θεραπευτεί. Στη μελέτη αυτή, ως πληθυσμός της έρευνας επιλέχθηκαν να είναι γυναίκες αφενός γιατί αυτές είναι που προσβάλλονται κατά κύριο λόγο από το συγκεκριμένο νόσημα, αφετέρου γιατί είναι ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση της ενημέρωσής τους, έτσι ώστε να προστατεύεται η υγεία τους.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που έγινε προσπάθεια να απαντηθούν με αυτή τη μελέτη είναι τα εξής:

- Γνωρίζει ο γυναικείος πληθυσμός όλες τις υπάρχουσες μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού;
- Ξέρουν πόσο σημαντική είναι η εφαρμογή τους για την πρόληψη της νόσου;
- Είναι γνωστοί οι παράγοντες εκείνοι, οι οποίοι ενοχοποιούνται για αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του συγκεκριμένου νοσήματος;
- Πόσο τακτικός πρέπει να είναι ο προληπτικός έλεγχος και από πότε στη ζωή μιας γυναίκας;
- Πόσο επαρκής πιστεύει ότι είναι η ενημέρωση γύρω από το συγκεκριμένο θέμα ο γυναικείος πληθυσμός σήμερα;
- Πόσο σωστά και σε βάθος είναι γνωστές οι συνήθειες πρακτικές πρόληψης από το γυναικείο πληθυσμό;
- Χρησιμοποιούν τις μεθόδους αυτές όσο συχνά πρέπει οι σημερινές γυναίκες;

2. Μεθοδολογία

2.1. Πληθυσμός έρευνας

Το δείγμα του ερωτηματολογίου αποτέλεσαν 200 γυναίκες που διαμένουν στην Κόρινθο και επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. και στην Πάτρα αντίστοιχα κατόπιν σχετικής έγκρισης εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης.

2.2. Εργαλεία έρευνας

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 26 ερωτήσεων. Για το ερωτηματολόγιο ζητήθηκε η άδεια από την Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ-ΪΑΣΗ-ΣΤΗΡΙΞΗ" όπου μας το παραχώρησε. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε μια ενότητα ερωτήσεων με **δημογραφικά στοιχεία**, μια ενότητα ερωτήσεων που αφορούσαν το **ιστορικό** και τέλος μια ενότητα με ερωτήσεις σχετικές με την **ενημέρωση** και τη **συμμετοχή των ερωτούμενων στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού**. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε κατοίκους της Πάτρας και της Κορίνθου που επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. σε ώρες χαλάρωσης και η συμπλήρωσή τους ολοκληρώνονταν σε χρόνο 10 λεπτών. Οι πληροφορίες που αντλήθηκαν από αυτό ήταν απόρρητες και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τις ανάγκες της μελέτης.

2.3 Ανάλυση

Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0, έκδοση για Windows. Αποτελείται από δύο μεγάλες ενότητες, την περιγραφική ανάλυση (περιγραφή των δεδομένων) και την ανάλυση συσχετίσεων (δηλαδή την ανάλυση εξαρτήσεων μεταξύ των ερωτήσεων ή έλεγχος για την ύπαρξη διαφοροποίησης των απαντήσεων ανάμεσα σε γυναίκες που διαμένουν στην Πάτρα και σε γυναίκες που διαμένουν στην Κόρινθο. Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%.

3. Αποτελέσματα

Συνολικά συλλέχθηκαν 200 ερωτηματολόγια. Τα 100 απαντήθηκαν από γυναίκες που διαμένουν στην Πάτρα και επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. και τα υπόλοιπα 100 από γυναίκες που διαμένουν στην Κόρινθο και επισκέφτηκαν τα αντίστοιχα κέντρα.

3.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Η ανάλυση γίνεται ανά ενότητα, με τρόπο τέτοιο όπως δομείται το ερωτηματολόγιο. Αρχικά περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος (τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιστορικό αυτών) και στη συνέχεια καταγράφονται οι απόψεις τους για θέματα ενημέρωσης και για θέματα συμμετοχής στην πρόληψη του καρκίνου.

3.1.1. Ενότητα Α': Περιγραφή δείγματος – δημογραφικά χαρακτηριστικά

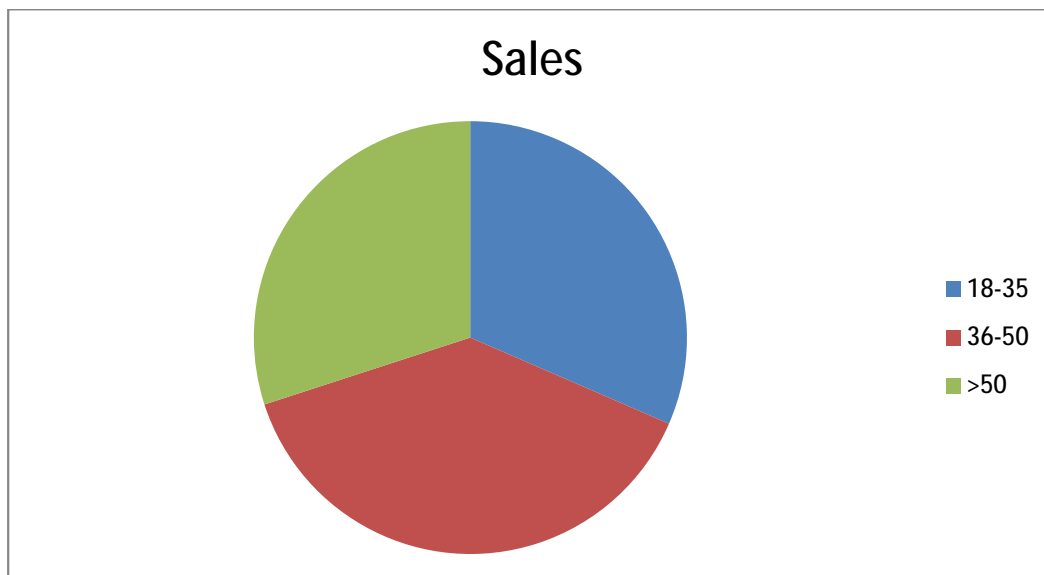
Στην συγκεκριμένη υποενότητα περιγράφονται τα επιμέρους χαρακτηριστικά του δείγματος. Αρχικά, αναφερόμαστε στην ειδικότητα κάθε συμμετέχουσας την ηλικία και τα επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών.

Τι ηλικία έχετε;

<i>Value Label</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cum Percent</i>
18-35	1	63	31,50	31,50	31,50
36-50	2	77	38,50	38,50	70,00
>50	3	60	30,00	30,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Τι ηλικία έχετε;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,99
<i>Std Dev</i>		,79



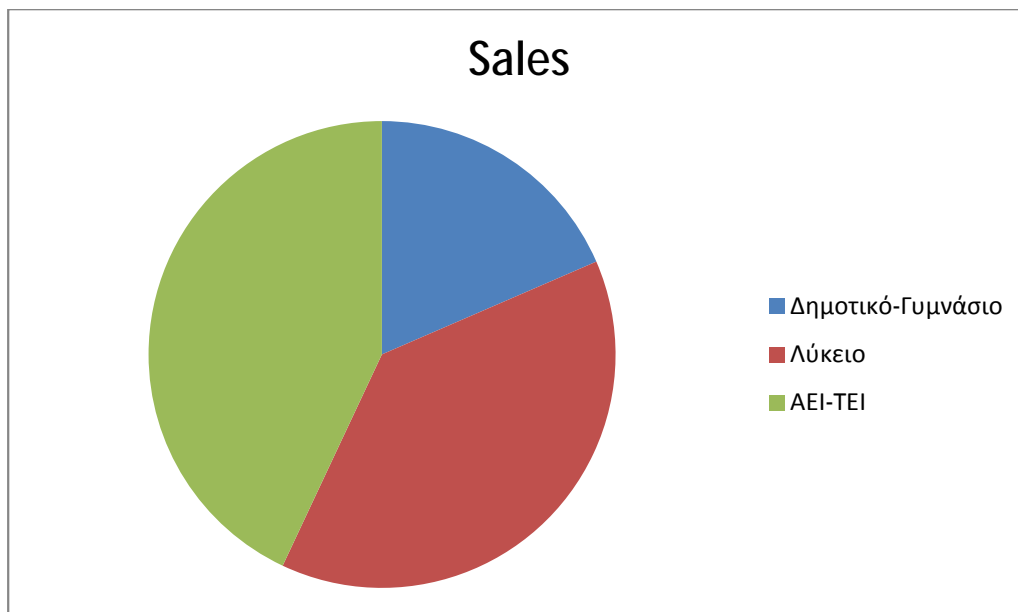
Στην έρευνα μας συμμετείχαν άτομα από ένα ευρύ ηλικιακό δείγμα, το 31,5% ηλικία 18 με 35, το 38,5% έχει ηλικία 36 με 50 και >50 των συμμετεχόντων είναι 30%.

Τι εκπαίδευση έχετε;

<i>Value Label</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cum Percent</i>
Δημοτικό-Γυμνάσιο	1	37	18,50	18,50	18,50
Λύκειο	2	77	38,50	38,50	57,00
ΑΕΙ-ΤΕΙ	3	86	43,00	43,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Τι εκπαίδευση έχετε;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		2,25
<i>Std Dev</i>		,75



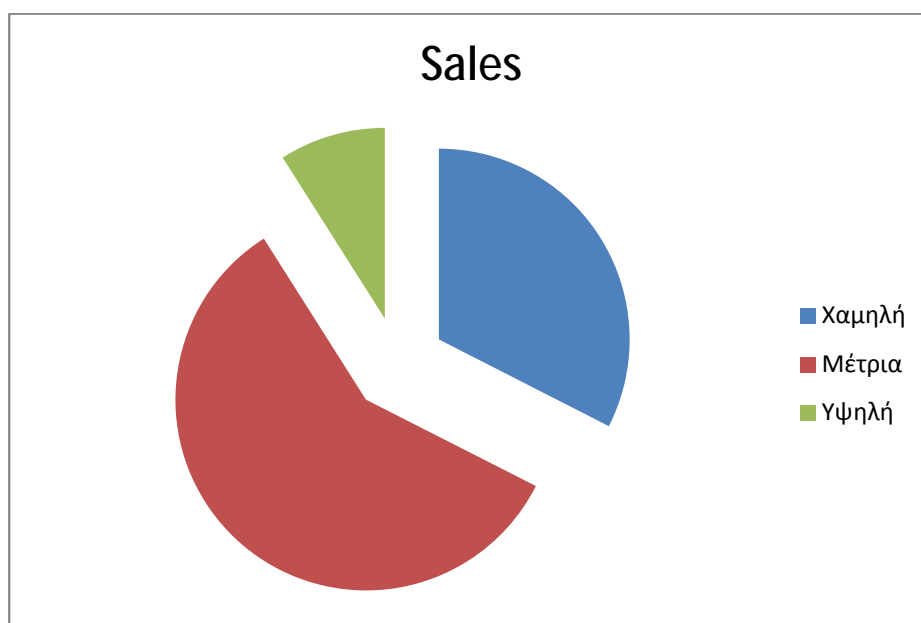
Όπως αποτυπώνεται στον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό 43% των ερωτώμενων σχετικά με την μόρφωση τους, δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι ΑΕΙ - ΤΕΙ, 38,5% λυκείου και τέλος 18,5% δήλωσαν απόφοιτοι Δημοτικού - Γυμνασίου.

Ποια η οικονομική σας κατάσταση;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Χαμηλή	1	65	32,50	32,50	32,50
Μέτρια	2	117	58,50	58,50	91,00
Υψηλή	3	18	9,00	9,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Ποια η οικονομική σας κατάσταση;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,76
<i>Std Dev</i>		,60



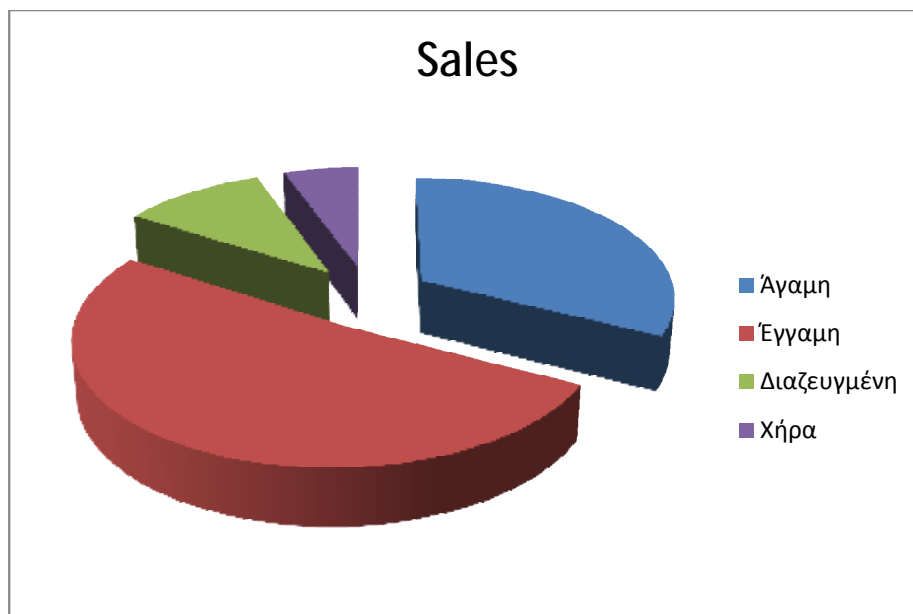
Σε ερώτηση σχετικά με την οικονομική κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό (58,5%) δήλωσαν μέτρια, ενώ το 32,5% χαμηλή οικονομική κατάσταση και μόλις το 9% υψηλή.

Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Άγαμη	1	65	32,50	32,50	32,50
Έγγαμη	2	103	51,50	51,50	84,00
Διαζευγμένη	3	21	10,50	10,50	94,50
Χήρα	4	11	5,50	5,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,89
Std Dev		,80



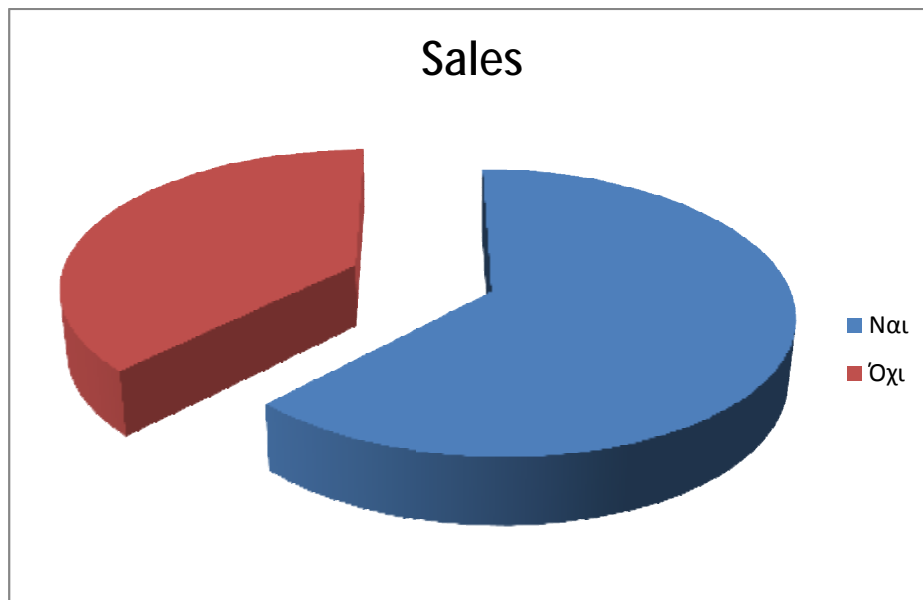
Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων γυναικών όπως μπορούμε να διακρίνουμε στο παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών 51,5% είναι έγγαμες. Σε μικρότερο ποσοστό 32,5% άγαμες και 10,5% διαζευγμένες, ενώ ένα μικρό ποσοστό 5,5% δηλώνουν χήρες.

Έχετε παιδιά;

<i>Value Label</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cum Percent</i>
Ναι	1	124	62,00	62,00	62,00
Όχι	2	76	38,00	38,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Έχετε παιδιά;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,38
<i>Std Dev</i>		,49



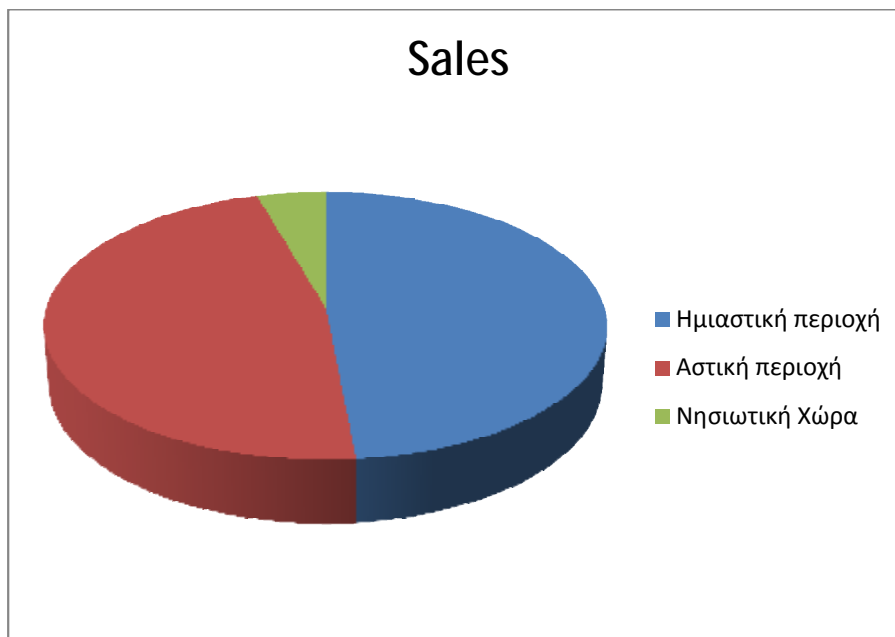
Στην ερώτηση αν έχουν παιδιά, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, συγκεκριμένα το 62% απάντησαν ότι έχουν τεκνοποιήσει, ενώ μόλις το 38% απάντησαν ότι δεν έχουν τεκνοποιήσει.

Τόπος διαμονής

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ημιαστική περιοχή	1	97	48,50	48,50	48,50
Αστική περιοχή	2	94	47,00	47,00	95,50
Νησιωτική Χώρα	3	9	4,50	4,50	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Τόπος διαμονής

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,56
<i>Std Dev</i>		,58



Σε ερώτηση σχετικά με τον τόπο διαμονής το 48,5% κατοικεί σε ημιαστική περιοχή, το 47% σε αστική περιοχή ενώ μόλις 4,5% σε νησιωτική χώρα.

3.1.2. Ενότητα Β': Ιστορικό, ενημέρωση και συμμετοχή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού

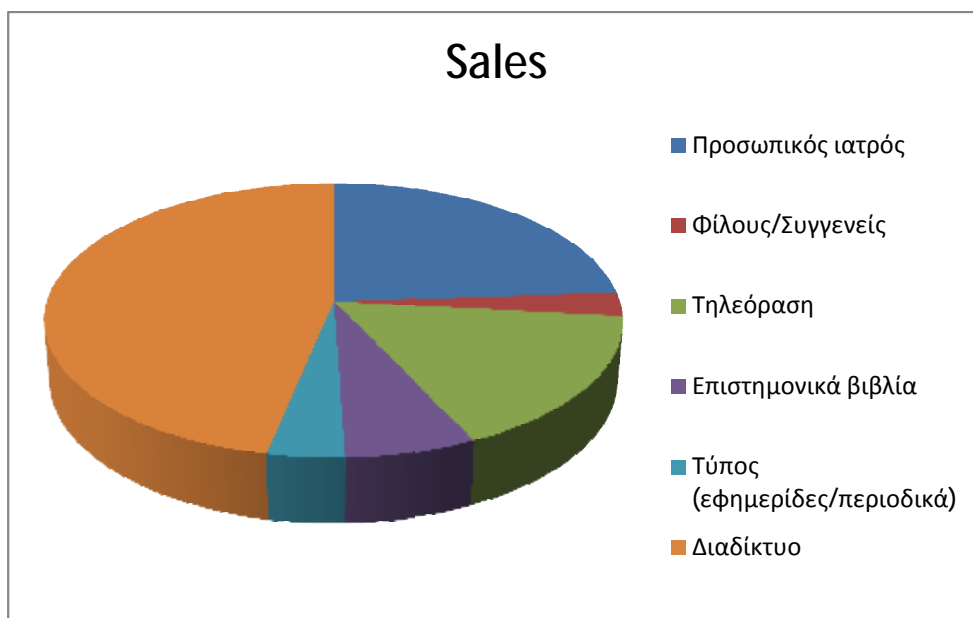
Σε συνέχεια της προηγούμενης υποενότητας στο συγκεκριμένο σημείο θα αναλυθεί το ιστορικό των ερωτώμενων, την ενημέρωση, τον προσυμπτωματικό έλεγχο και τη σχέση αυτού με την πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Από που ενημερώνεστε για θέματα υγείας όπως ο καρκίνος του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Προσωπικός ιατρός	1	44	22,00	22,00	22,00
Φίλους/Συγγενείς	2	5	2,50	2,50	24,50
Τηλεόραση	3	30	15,00	15,00	39,50
Επιστημονικά βιβλία	4	12	6,00	6,00	45,50
Τύπος(εφημερίδες/περιοδικά)	5	7	3,50	3,50	49,00
Διαδίκτυο	6	86	43,00	43,00	92,00
Σύλλογοι/Σεμινάρια	7	12	6,00	6,00	98,00
Άλλο	8	4	2,00	2,00	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Από που ενημερώνεστε για θέματα υγείας όπως ο καρκίνος του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		4,29
Std Dev		2,19



Σε επόμενη ερώτηση σχετική με την ενημέρωση για θέματα υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό έχει απαντήσει ότι ενημερώνεται από το διαδίκτυο (43%), το 22% από προσωπικό ιατρό, ένα 2,5% από φίλους/συγγενείς, από επιστημονικά βιβλία 6%, ενώ

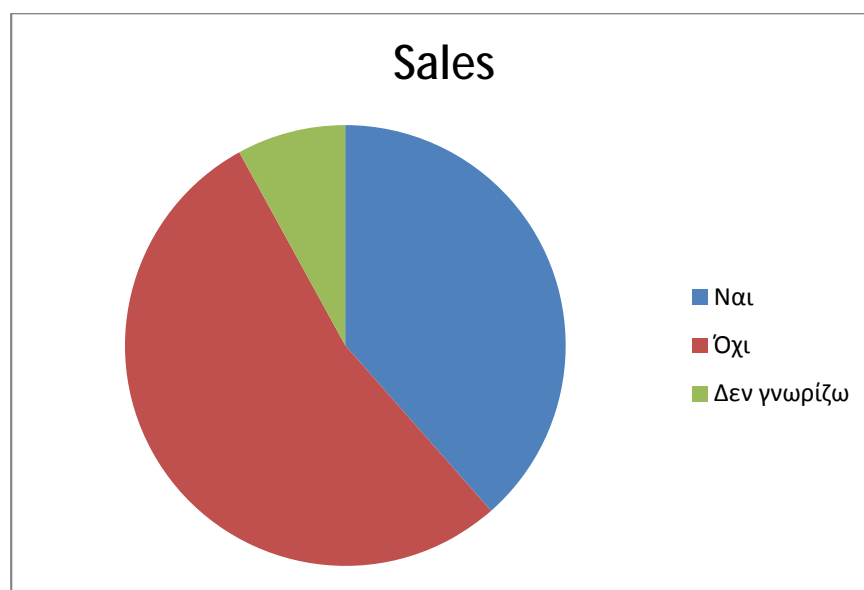
το 3,5% από τον Τύπο. Επίσης ένα μικρό ποσοστό μόλις 2,00% έχει απαντήσει άλλο και 6% από συλλόγους/σεμινάρια. Τέλος, ένα 15% απάντησε ότι ενημερώνεται από την τηλεόραση.

Υπάρχει ιστορικό καρκίνου μαστού στην οικογένεια;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	77	38,50	38,50	38,50
Όχι	2	107	53,50	53,50	92,00
Δεν γνωρίζω	3	16	8,00	8,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Υπάρχει ιστορικό καρκίνου μαστού στην οικογένεια;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,70
<i>Std Dev</i>		,61



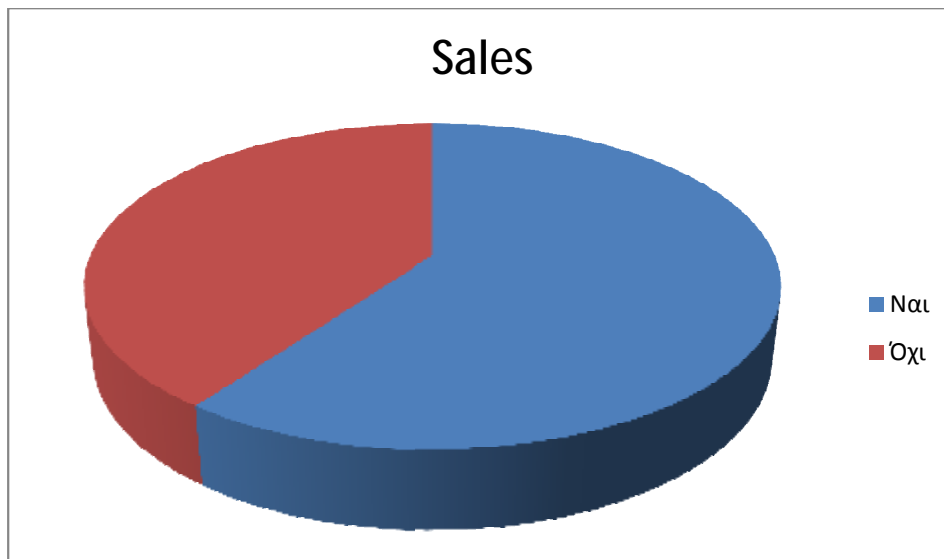
Στον παραπάνω πίνακα όπως βλέπουμε, το μεγαλύτερο ποσοστό, 53,5%, έχει απαντήσει πως δεν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού, ενώ 38,5% ναι και μόλις 8% δεν γνωρίζω.

Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	120	60,00	60,00	60,00
Όχι	2	80	40,00	40,00	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,40
Std Dev		,49



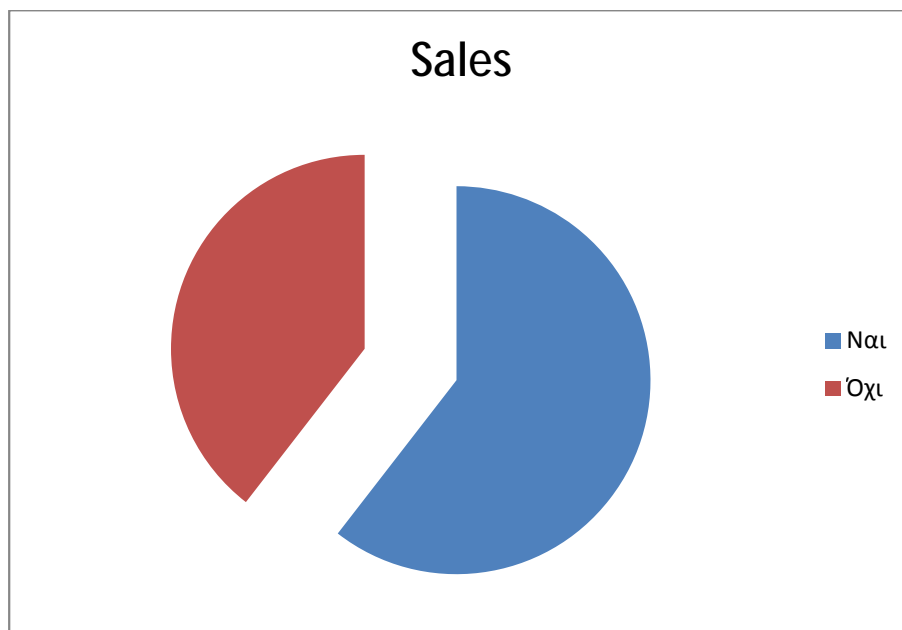
Τα στοιχεία του πίνακα δείχνουν πως το 60% που κλήθηκαν να απαντήσουν έχουν κάνει μαστογραφία, ενώ το 40% δεν έχει κάνει.

Έχετε κάνει υπερηχογράφημα μαστών?

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	121	60,50	60,50	60,50
Όχι	2	79	39,50	39,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Έχετε κάνει υπερηχογράφημα μαστών?

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,40
Std Dev		,49



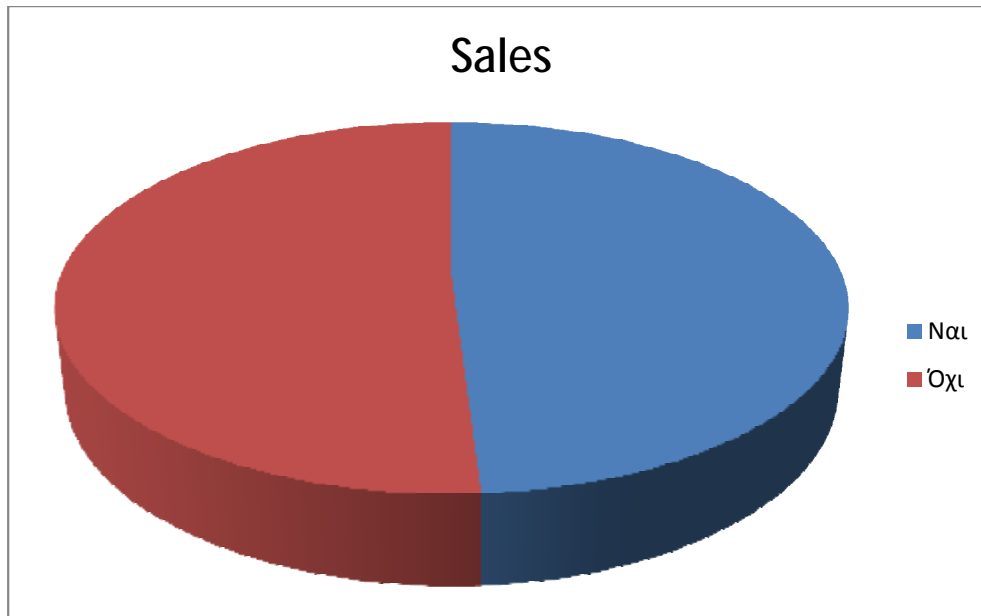
Ο παραπάνω πίνακας, σύμφωνα με τις συμμετέχουσες, αναφέρει σε μεγάλο ποσοστό, 60,5%, να έχει κάνει υπερηχογράφημα μαστών, ενώ το 39,5% δεν έχει κάνει υπερηχογράφημα μαστών.

Έχετε επισκεφτεί ποτέ ειδικό ιατρό;

<i>Value Label</i>	<i>Value</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>	<i>Cum Percent</i>
Ναι	1	98	49,00	49,00	49,00
Όχι	2	102	51,00	51,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Έχετε επισκεφτεί ποτέ ειδικό ιατρό;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,51
<i>Std Dev</i>		,50



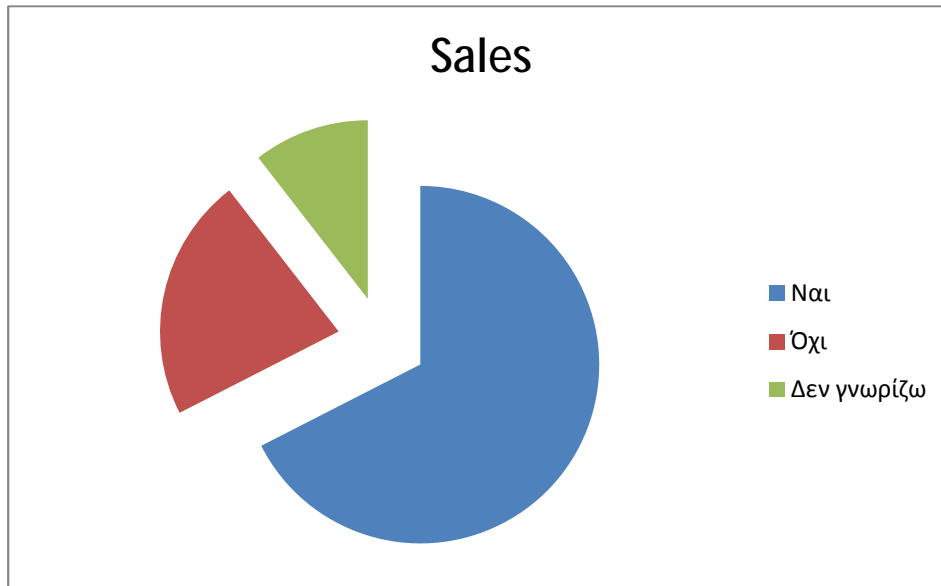
Στην ερώτηση εάν έχουν επισκεφτεί ειδικό ιατρό το 49% απάντησε ναι, ενώ το 51% όχι.

Πιστεύετε ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	135	67,50	67,50	67,50
Όχι	2	44	22,00	22,00	89,50
Δεν γνωρίζω	3	21	10,50	10,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Πιστεύετε ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,43
Std Dev		,68



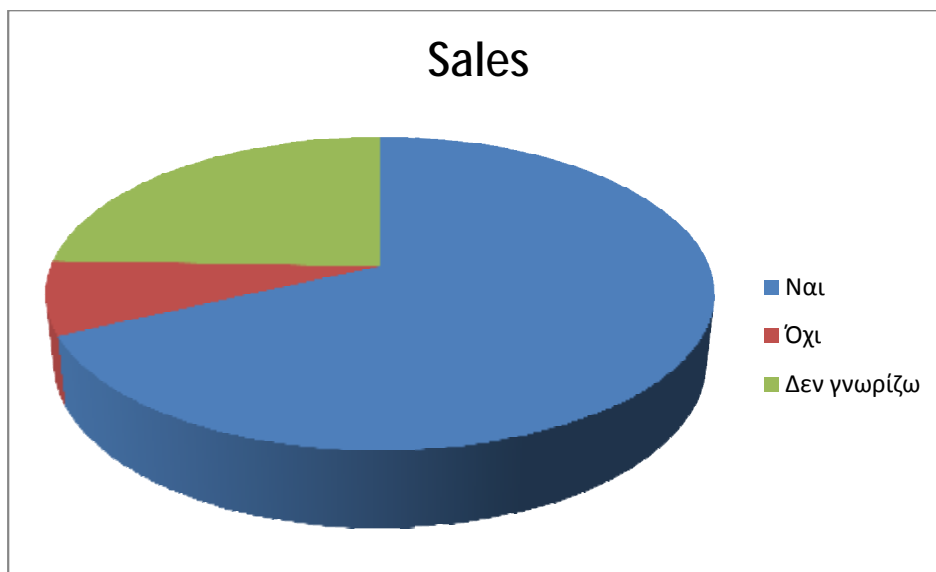
Παραπάνω φαίνεται πως οι περισσότερες γυναίκες ,67,5%, θεωρούν πως το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού, ενώ το 22% όχι και ένα μικρό ποσοστό, 10,5%, απάντησε δεν γνωρίζω.

Θεωρείται ότι η μακροχρόνια χρήση (> από 5 έτη) αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	136	68,00	68,00	68,00
Όχι	2	15	7,50	7,50	75,50
Δεν γνωρίζω	3	49	24,50	24,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Θεωρείται ότι η μακροχρόνια χρήση (> από 5 έτη) αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,56
Std Dev		,86



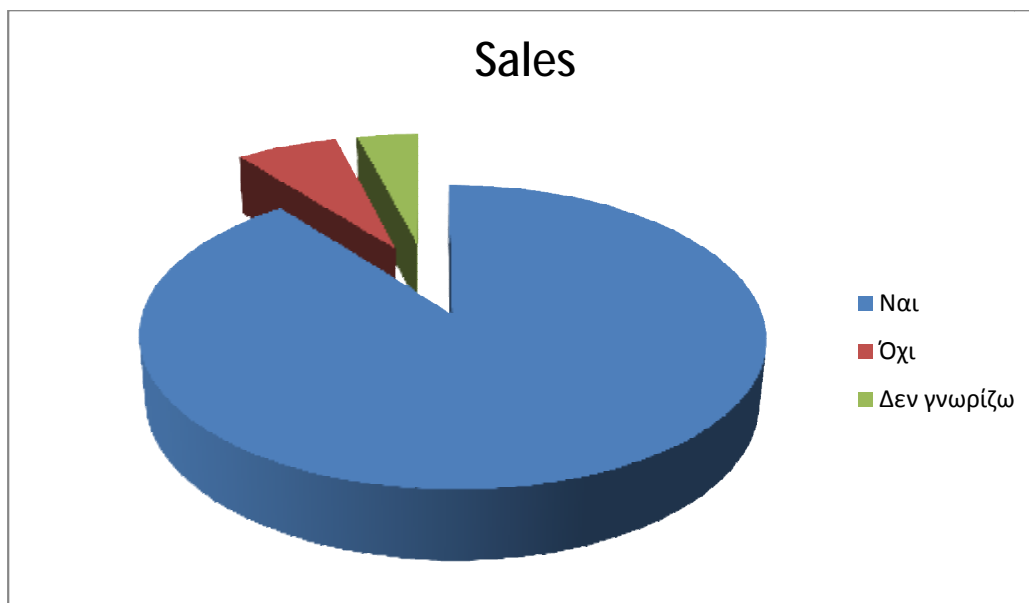
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα ένα μεγάλο ποσοστό, 68%, πιστεύει πως η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, ενώ μικρότερο ποσοστό, 7,5%, θεωρεί πως όχι και το 24,5% απάντησε πως δεν γνωρίζει.

Θεωρείται ότι η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	179	89,50	89,50	89,50
Όχι	2	13	6,50	6,50	96,00
Δεν γνωρίζω	3	8	4,00	4,00	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Θεωρείται ότι η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,15
Std Dev		,45



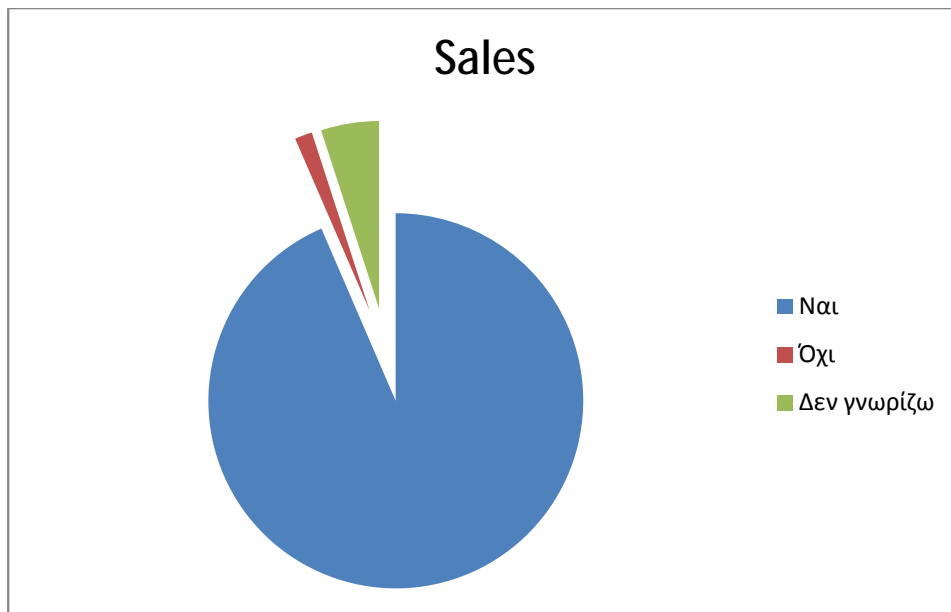
Όπως μπορούμε να διακρίνουμε το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, 89,5%, θεωρεί πως η φυσική κατάσταση και η υγιεινή διατροφή μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ μόλις 6,5% όχι και ένα ποσοστό 4% δεν γνωρίζει.

Θεωρείται ότι ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	187	93,50	93,50	93,50
Όχι	2	3	1,50	1,50	95,00
Δεν γνωρίζω	3	10	5,00	5,00	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Θεωρείται ότι ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,12
Std Dev		,45



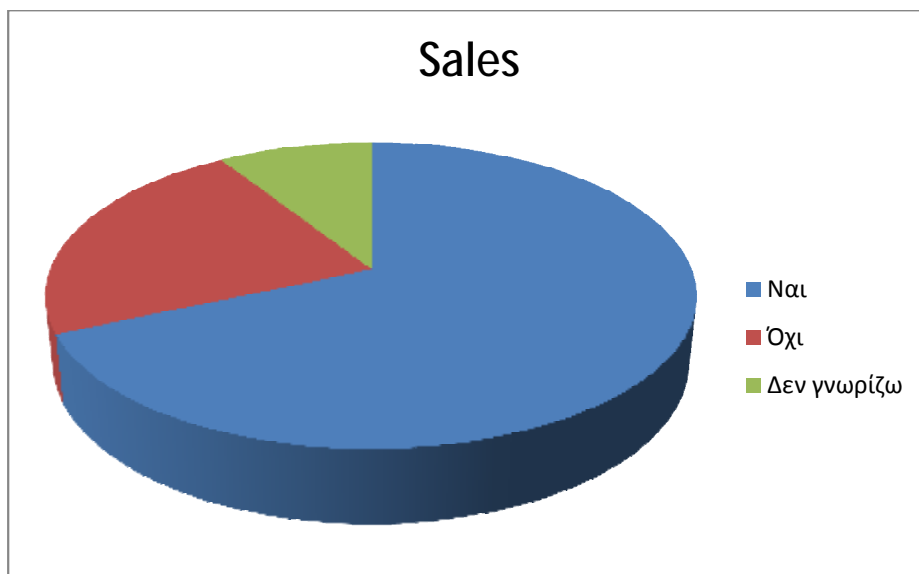
Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα 93,5% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με το πολύ μικρότερο ποσοστό 1,5% που δεν συμφωνεί και ένα 5% που απάντησε πως δεν γνωρίζει.

Θεωρείται ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	136	68,00	68,00	68,00
Όχι	2	45	22,50	22,50	90,50
Δεν γνωρίζω	3	18	9,00	9,00	99,50
	5	1	,50	,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Θεωρείται ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,43
Std Dev		,70



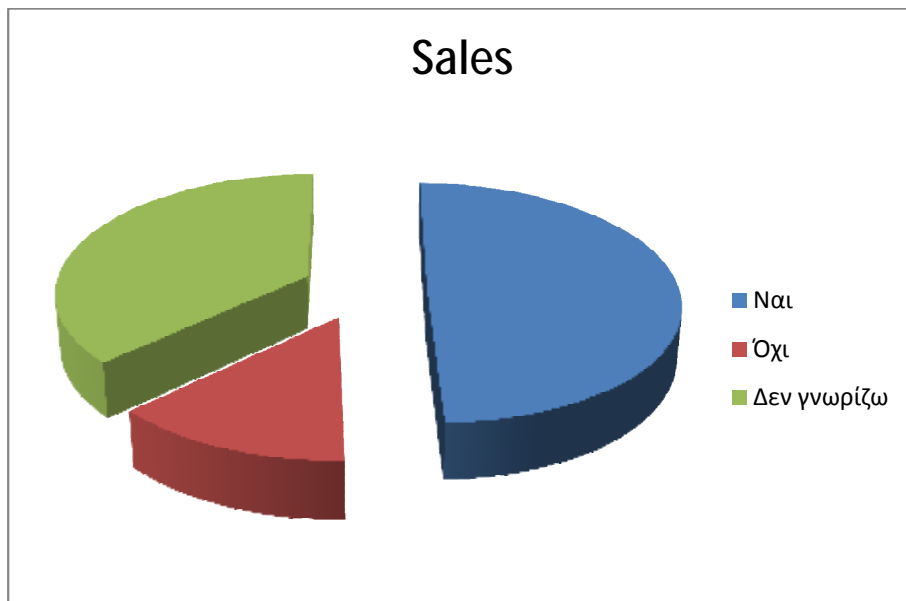
Σε μεγάλο βαθμό ,68%, οι γυναίκες που ερωτήθηκαν εάν η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού απάντησαν ναι, ενώ 22,5% όχι και ένα μικρό ποσοστό 9,5% δεν γνωρίζω.

Θεωρείτε ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	99	49,50	49,50	49,50
Όχι	2	27	13,50	13,50	63,00
Δεν γνωρίζω	3	74	37,00	37,00	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Θεωρείτε ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,88
Std Dev		,92



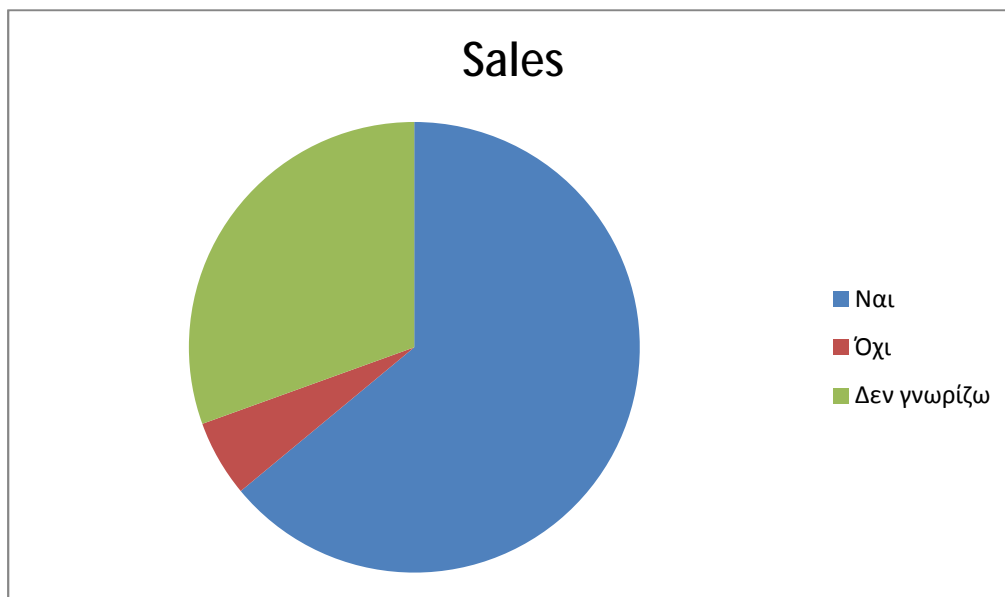
Στην συνέχεια των απαντήσεων το 49,5% απάντησε θετικά αν θεωρούν πως η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, ενώ το 13,5% διαφωνεί και ένα 37% απαντά πως δεν γνωρίζει.

Η μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων (>5 έτη) μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	128	64,00	64,00	64,00
Όχι	2	11	5,50	5,50	69,50
Δεν γνωρίζω	3	61	30,50	30,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Η μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων (>5 έτη) μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,67
Std Dev		,91



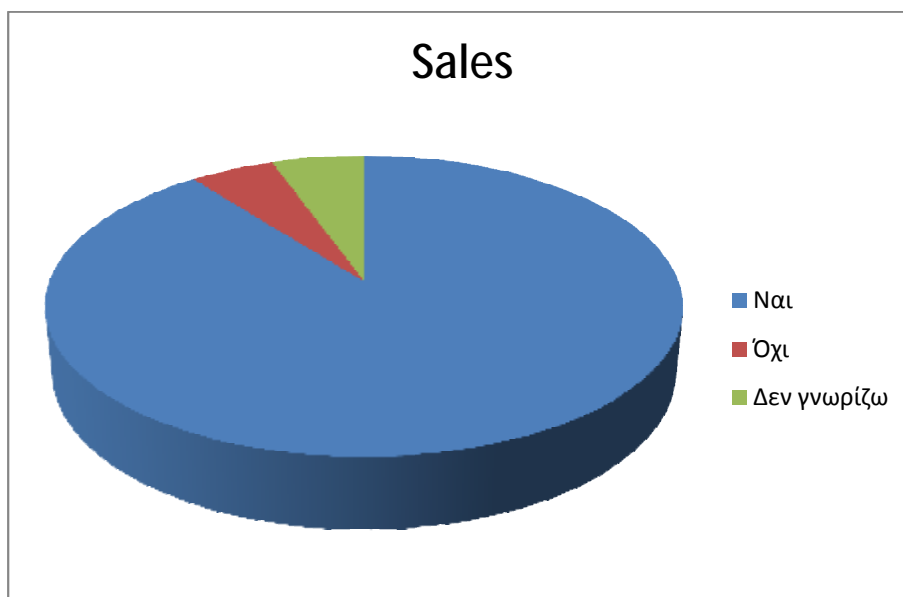
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ακόμα μια φορά πως η πλειοψηφία (64%) των γυναικών συμφωνούν πως η μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων (>5 έτη) μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού, σε αντίθεση με το 5,5% που απαντά αρνητικά και ένα 30,5% που δεν γνωρίζει.

Ένα βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό μιας γυναίκας την τοποθετεί άμεσα σε αυξημένο κίνδυνο;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	179	89,50	89,50	89,50
Όχι	2	10	5,00	5,00	94,50
Δεν γνωρίζω	3	11	5,50	5,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Ένα βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό μιας γυναίκας την τοποθετεί άμεσα σε αυξημένο κίνδυνο;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,16
Std Dev		,50



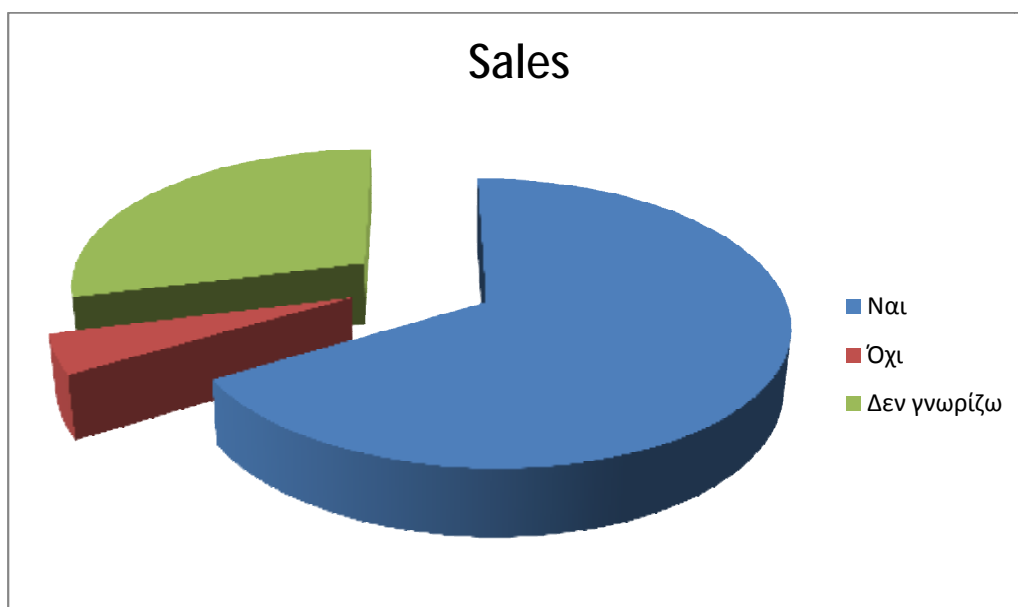
Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών μόλις 89,5% πιστεύουν πως ένα βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό μιας γυναίκας την τοποθετεί σε αυξημένο κίνδυνο, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (5%) απαντά όχι και ένα 5,5% δεν γνωρίζει.

Πιστεύετε ότι η αυξητική μαστών (τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	133	66,50	66,50	66,50
Όχι	2	9	4,50	4,50	71,00
Δεν γνωρίζω	3	58	29,00	29,00	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Πιστεύετε ότι η αυξητική μαστών (τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,63
<i>Std Dev</i>		,90



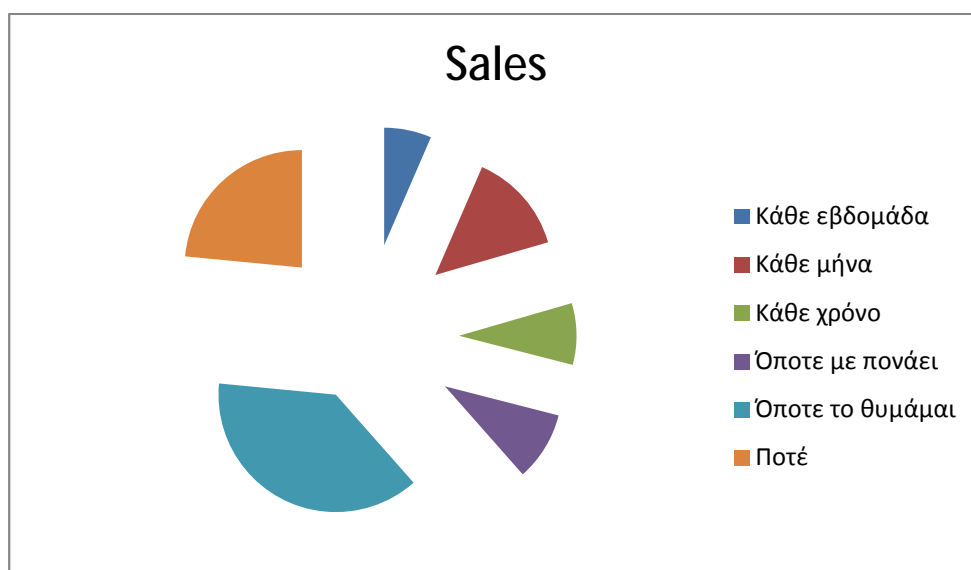
Σύμφωνα με τις περισσότερες συμμετέχουσες ,66,5%, πιστεύουν ότι η αυξητική μαστών (τοποθέτηση εκθεμάτων σιλικόνης) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό 4,5% που πιστεύει το αντίθετο και 29% που δεν γνωρίζει.

Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστών;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Κάθε εβδομάδα	1	13	6,50	6,50	6,50
Κάθε μήνα	2	28	14,00	14,00	20,50
Κάθε χρόνο	3	17	8,50	8,50	29,00
Όποτε με πονάει	4	19	9,50	9,50	38,50
Όποτε το θυμάμαι	5	76	38,00	38,00	76,50
Ποτέ	6	47	23,50	23,50	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστών;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		4,29
<i>Std Dev</i>		1,57



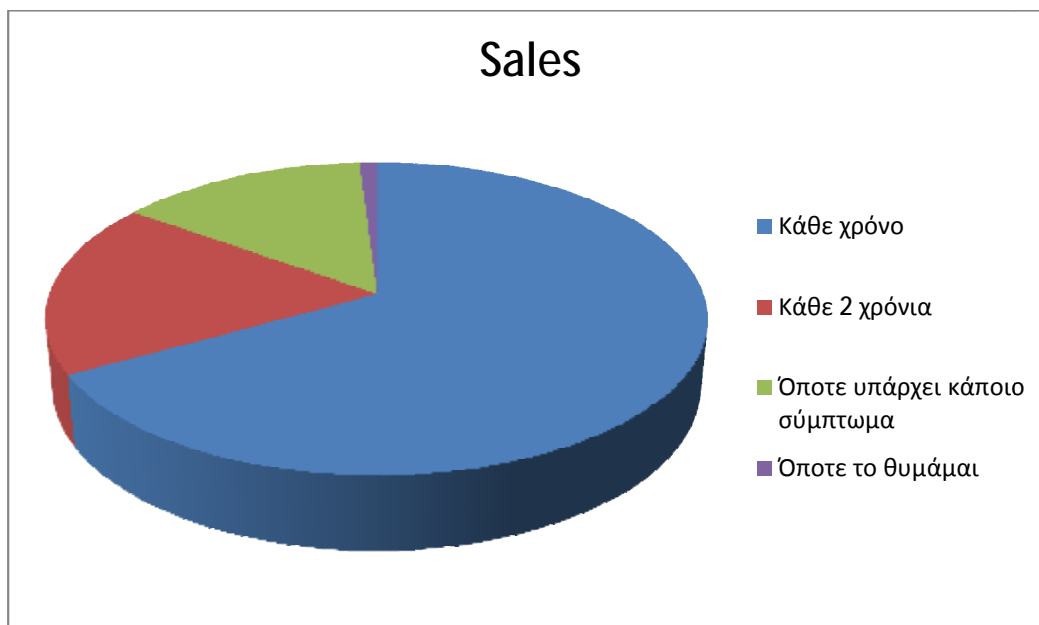
Στην ερώτηση πόσο συχνά κάνουν αυτοεξέταση μαστών το 6,5% απάντησε κάθε εβδομάδα, το 14% κάθε μήνα, το 8,5% κάθε χρόνο, το 9,5% όποτε πονούν, το 38% όποτε το θυμάται, ενώ το 23,5% ποτέ.

Κάθε πότε πιστεύετε ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Κάθε χρόνο	1	133	66,50	66,50	66,50
Κάθε 2 χρόνια	2	36	18,00	18,00	84,50
Όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα	3	28	14,00	14,00	98,50
Όποτε το θυμάμαι	4	2	1,00	1,00	99,50
	5	1	,50	,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Κάθε πότε πιστεύετε ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,51
Std Dev		,81



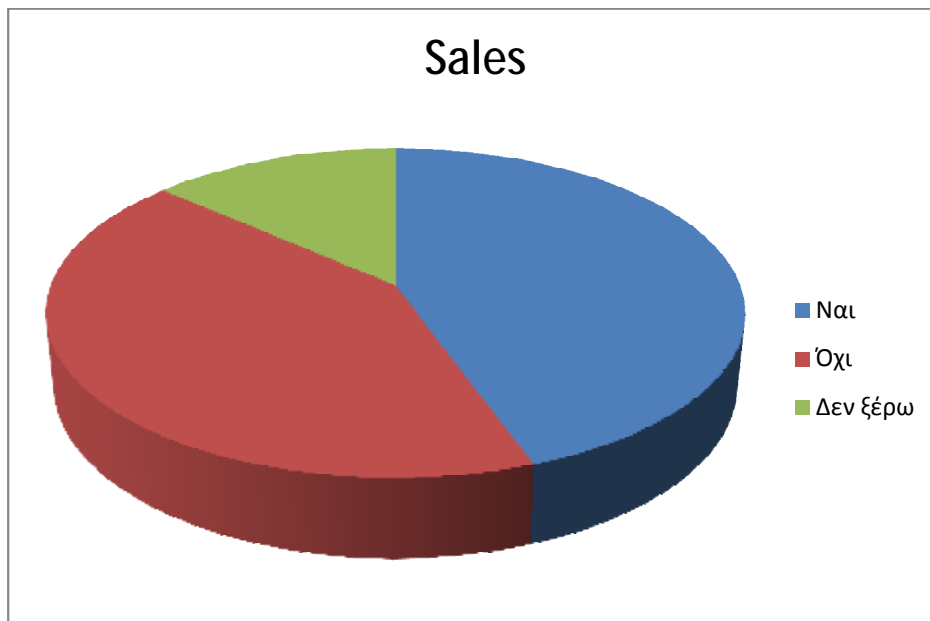
Σε ποσοστό 66,5% ανέρχονται οι συμμετέχουσες που απάντησαν ότι κάθε χρόνο πρέπει να επισκέπτονται ειδικό ιατρό για έλεγχο, ενώ 18% κάθε δύο χρόνια, 14% όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα και μόλις 1,5% όποτε το θυμάται.

Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	89	44,50	44,50	44,50
Όχι	2	84	42,00	42,00	86,50
Δεν ξέρω	3	27	13,50	13,50	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		1,69
<i>Std Dev</i>		,70



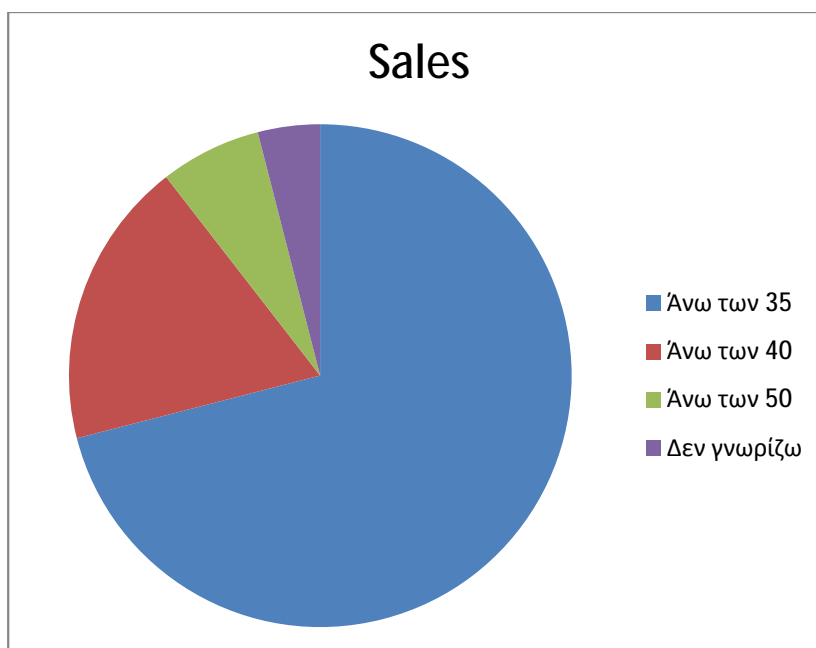
Παραπάνω βλέπουμε πως 44,5% του πληθυσμού θεωρεί πως μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο, ενώ το 42% απαντά αρνητικά και ένα μικρότερο ποσοστό, μόλις 13,5%, απαντά πως δεν γνωρίζει.

Από ποια ηλικία και μετά πιστεύετε ότι οι γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Άνω των 35	1	142	71,00	71,00	71,00
Άνω των 40	2	37	18,50	18,50	89,50
Άνω των 50	3	13	6,50	6,50	96,00
Δεν γνωρίζω	4	8	4,00	4,00	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Από ποια ηλικία και μετά πιστεύετε ότι οι γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,44
Std Dev		,79



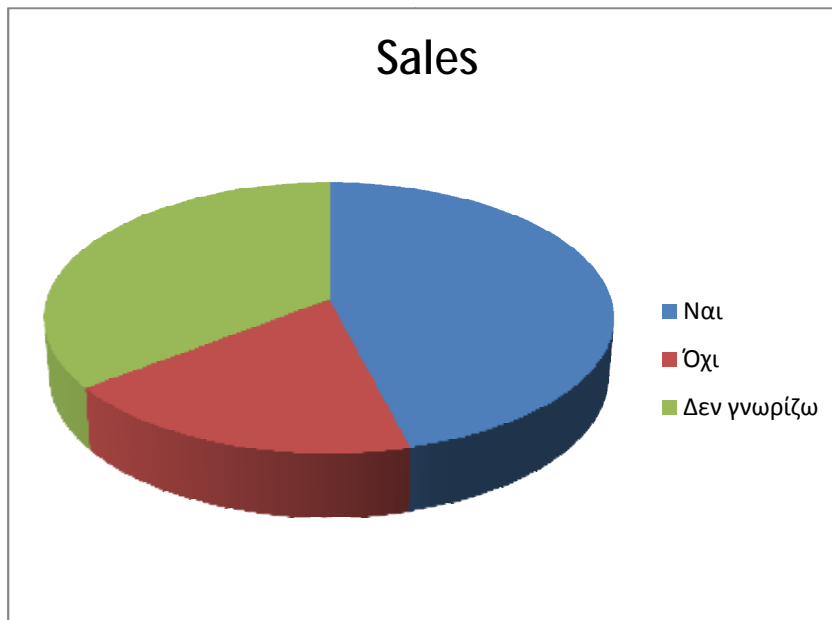
Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρείται και στην ερώτηση από ποια ηλικία και μετά πιστεύουν πως οι γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο, όπου 71% θεωρεί ότι άνω των 35 πρέπει να υποβάλλονται τακτικά, το 18,5% άνω των 40, άνω των 50 ένα μικρό ποσοστό 6,5% και 4% δεν γνωρίζει.

Μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	92	46,00	46,00	46,00
Όχι	2	37	18,50	18,50	64,50
Δεν γνωρίζω	3	71	35,50	35,50	100,00
Total		200	100,0	100,0	

Μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο;

N	Valid	200
	Missing	0
Mean		1,90
Std Dev		,90



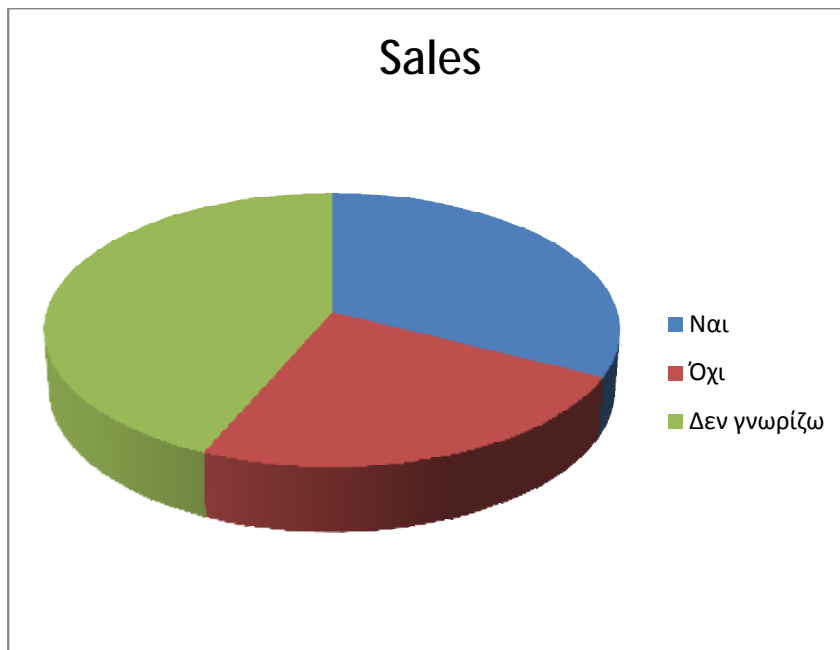
Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν πως το 46% των ερωτηθέντων γυναικών, πιστεύουν πως μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο, σε αντίθεση με το 18,5% που απαντά αρνητικά και 35,5% πως δεν γνωρίζει.

Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ναι	1	65	32,50	32,50	32,50
Όχι	2	48	24,00	24,00	56,50
Δεν γνωρίζω	3	87	43,50	43,50	100,00
<i>Total</i>		200	100,0	100,0	

Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;

<i>N</i>	<i>Valid</i>	200
	<i>Missing</i>	0
<i>Mean</i>		2,11
<i>Std Dev</i>		,87



Οι απαντήσεις διαφοροποιούνται σχετικά με το ερώτημα αν υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας, όπου το 32,5% απαντά θετικά, ενώ το 24% απαντά αρνητικά και το μεγαλύτερο ποσοστό 43,5% πως δεν γνωρίζει.

Ενότητα Α': Crosstabs ανάλυση

Ανάλυση συσχετίσεων

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζεται η ανάλυση συσχετίσεων προκειμένου να εντοπίσουμε αν οι απαντήσεις διαφοροποιούνται ανάμεσα σε Πάτρα και Κόρινθο.

Αξίζει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι πραγματοποιήθηκε και ανάλυση συσχετίσεων όλων των ερωτήσεων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικότερα:

Crosstabs ανάλυση

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται crosstab ανάλυση και συγκεκριμένα έλεγχος χ^2 , προκειμένου να εντοπίσουμε αν υπάρχει διαφοροποίηση των απαντήσεων ανά ειδικότητα. Για οικονομία χώρου παρατίθενται οι πίνακες των ερωτήσεων που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στην Πάτρα και στην Κόρινθο. Αναλυτικότερα ο έλεγχος υπόθεσης που πραγματοποιείται διαμορφώνεται ως εξής:

Τι ηλικία έχετε;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
18-35	32	32%	31	31%
36-50	42	42%	35	35%
Ανω των 50	26	26%	34	34%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.			
Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,31	4	,678
Likelihood Ratio	2,29	4	,683
Linear-by-Linear Association	,02	1	,894
N of Valid Cases	100		

Όπως αποτυπώνεται ακολούθως στην Πάτρα οι περισσότεροι ερωτώμενοι είναι ηλικίας 18-35, σε αντίθεση με την Κόρινθο όπου οι περισσότεροι είναι 36-50.

Τι εκπαίδευση έχετε;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Δημοτικό-Γυμνάσιο	15	15%	22	22%
Λύκειο	40	40%	37	37%
ΑΕΙ-ΤΕΙ	45	45%	41	41%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	4,81	4	,307
Likelihood Ratio	5,24	4	,264
Linear-by-Linear Association	3,08	1	,079
N of Valid Cases	100		

Όπως αποτυπώνεται στον παραπάνω πίνακα, οι γυναίκες στην Πάτρα έχουν μόρφωση Λυκείου και ΑΕΙ - ΤΕΙ, σε σύγκριση με την Κόρινθο που το μεγαλύτερο ποσοστό έχει σπουδάσει σε ΑΕΙ - ΤΕΙ.

Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Άγαμη	36	36%	31	31%
Έγγαμη	51	51%	50	50%
Διαζευγμένη	6	6%	15	15%
Χήρα	7	7%	4	4%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	5,47	9	,791
Likelihood Ratio	6,01	9	,739
Linear-by-Linear Association	,44	1	,508
N of Valid Cases	100		

Οι απαντήσεις διαφοροποιούνται σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, παρόλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό είναι χήρες.

Τι οικονομική κατάσταση έχετε;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Χαμηλή	36	36%	29	29%
Μέτρια	61	61%	56	56%
Υψηλή	3	3%	15	15%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,59	1	,441		
Likelihood Ratio	,59	1	,442		
Fisher's Exact Test				,529	,287
Continuity Correction	,31	1	,575		
Linear-by-Linear Association	,59	1	,443		
N of Valid Cases	100				

Έχετε παιδιά;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	59	59%	63	63%
Όχι	41	41%	37	37%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	3,91	4	,418
Likelihood Ratio	3,74	4	,443
Linear-by-Linear Association	1,61	1	,205
N of Valid Cases	100		

Στους πίνακες βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση και πως οι περισσότερες ερωτώμενες συμμετέχουσες έχουν τεκνοποιήσει.

Τόπος διαμονής;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ημιαστική περιοχή	58	58%	40	40%
Αστική περιοχή	41	41%	52	52%
Νησιωτική Χώρα	1	1%	8	8%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

<i>Statistic</i>	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Pearson Chi-Square	1,79	4	,775
Likelihood Ratio	2,11	4	,715
Linear-by-Linear Association	,01	1	,940
N of Valid Cases	100		

Στον παρακάτω πίνακα μικρές οι διαφορές στα ποσοστά, παρόλα αυτά οι περισσότερες γυναίκες κατοικούν σε αστική περιοχή.

Από πού ενημερώνεστε για θέματα υγείας όπως ο καρκίνος του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Προσωπικός ιατρός	13	13%	30	30%
Φίλους/Συγγενείς	1	1%	6	6%
Τηλεόραση	10	10%	20	20%
Επιστημονικά βιβλία	3	3%	9	9%
Τύπος (εφημερίδες/περιοδικά)	3	3%	3	3%
Διαδίκτυο	60	60%	26	26%
Σύλλογοι/Σεμινάρια	10	10%	2	2%
Άλλο	-	-	4	4%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	53,92	42	,103
Likelihood Ratio	44,54	42	,365
Linear-by-Linear Association	1,48	1	,224
N of Valid Cases	100		

Στην Πάτρα οι περισσότερες γυναίκες ενημερώνονται από φίλους/συγγενείς, σε σύγκριση με την Κόρινθο που ενημερώνονται από το Τύπο (εφημερίδες / περιοδικά) .

Υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	47	47%	30	30%
Όχι	47	47%	60	60%
Δεν γνωρίζω	6	6%	10	10%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,53	4	,821
Likelihood Ratio	1,55	4	,817
Linear-by-Linear Association	,11	1	,741
N of Valid Cases	100		

Όπως αποτυπώνεται παραπάνω, οι περισσότερες γυναίκες στην Πάτρα δεν έχουν ιστορικό, σε αντίθεση με τις γυναίκες στην Κόρινθο που δεν έχουν γνώση αν υπάρχει ιστορικό καρκίνου του μαστού στην οικογένεια.

Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	70	70%	50	50%
Όχι	30	30%	50	50%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	,76	1	,383		
Likelihood Ratio	,76	1	,382		
Fisher's Exact Test				,394	,257
Continuity Correction	,43	1	,513		
Linear-by-Linear Association	,75	1	,385		
N of Valid Cases	100				

Το μεγαλύτερο ποσοστό απαντά αρνητικά στο αν έχουν κάνει ποτέ μαστογραφία.

Έχετε κάνει ποτέ υπερηχογράφημα μαστών;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	71	71%	49	49%
Όχι	29	29%	51	51%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (2-tailed)	Exact Sig. (1-tailed)
Pearson Chi-Square	1,51	1	,219		
Likelihood Ratio	1,52	1	,218		
Fisher's Exact Test				,272	,156
Continuity Correction	1,02	1	,313		
Linear-by-Linear Association	1,50	1	,221		
N of Valid Cases	100				

Στον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται πως οι περισσότερες ερωτώμενες δεν έχουν κάνει ποτέ υπερηχογράφημα μαστών.

Θεωρείτε ότι η μακροχρόνια χρήση (> από 5 έτη) αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	83	83%	54	54%
Όχι	3	3%	14	14%
Δεν γνωρίζω	14	14%	32	32%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,60	4	,627
Likelihood Ratio	2,88	4	,578
Linear-by-Linear Association	,08	1	,775
N of Valid Cases	100		

Οι απαντήσεις διαφοροποιούνται σχετικά με το αν η μακροχρόνια χρήση αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, παρόλα αυτά οι περισσότερες γυναίκες απαντούν αρνητικά.

Θεωρείτε ότι η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	85	85%	92	92%
Όχι	11	11%	3	3%
Δεν γνωρίζω	4	4%	5	5%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	1,14	4	,888
Likelihood Ratio	1,71	4	,788
Linear-by-Linear Association	,04	1	,834
N of Valid Cases	100		

Σύμφωνα με τον πίνακα που βλέπουμε, διαπιστώνουμε πως σε μεγάλο ποσοστό θεωρούν σημαντικό παράγοντα την φυσική άσκηση και την υγιεινή διατροφή ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, καθώς επίσης μεγάλο ποσοστό απαντά πως δεν γνωρίζει.

Πιστεύετε ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	82	82%	54	54%
Όχι	13	13%	28	28%
Δεν γνωρίζω	5	5%	18	18%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

<i>Statistic</i>	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Pearson Chi-Square	5,82	4	,213
Likelihood Ratio	5,92	4	,205
Linear-by-Linear Association	,03	1	,859
N of Valid Cases	100		

Όπως αποτυπώνεται στους παρακάτω πίνακες, οι περισσότερες ερωτώμενες στην Κόρινθο δεν γνωρίζουν αν το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με τις περισσότερες γυναίκες στην Πάτρα που απαντούν αρνητικά.

Θεωρείτε ότι ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	94	94%	94	94%
Όχι	-	-	1	1%
Δεν γνωρίζω	6	6%	5	5%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,41	2	,816
Likelihood Ratio	,77	2	,682
Linear-by-Linear Association	,39	1	,534
N of Valid Cases	100		

Σε αντιστοιχία με την προηγούμενη ερώτηση, έτσι και στην ακόλουθη, σε μεγαλύτερο ποσοστό οι γυναίκες απαντούν αρνητικά ή ισχυρίζονται πως δεν γνωρίζουν αν ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού.

Πιστεύετε ότι η αυξητική μαστών (τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	79	79%	56	56%
Όχι	-	-	8	8%
Δεν γνωρίζω	21	21%	36	36%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	2,72	2	,257
Likelihood Ratio	4,34	2	,114
Linear-by-Linear Association	,53	1	,466
N of Valid Cases	100		

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν πιστεύει πως η αυξητική μαστών αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστών;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Κάθε εβδομάδα	2	2%	9	9%
Κάθε μήνα	7	7%	20	20%
Κάθε χρόνο	6	6%	13	13%
Όποτε με πονάει	10	10%	9	9%
Όποτε το θυμάμαι	55	55%	22	22%
Ποτέ	20	20%	27	27%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	34,33	25	,101
Likelihood Ratio	39,29	25	,034
Linear-by-Linear Association	2,07	1	,150
N of Valid Cases	100		

Διαφοροποίηση των απαντήσεων εντοπίστηκε και αναφορικά με το πόσο συχνά γίνεται αυτοεξέταση των μαστών, όπου στην Πάτρα κάνουν κάθε εβδομάδα ή κάθε χρόνο, ενώ στην Κόρινθο κυρίως όποτε το θυμούνται.

Κάθε πότε πιστεύετε ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Κάθε χρόνο	66	66%	68	68%
Κάθε 2 χρόνια	18	18%	18	18%
Όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα	13	13%	13	13%
Όποτε το θυμάμαι	1	1%	1	1%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	13,39	9	,146
Likelihood Ratio	10,74	9	,294
Linear-by-Linear Association	4,13	1	,042
N of Valid Cases	100		

Στην Πάτρα οι περισσότερες γυναίκες πιστεύουν πως όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα πρέπει να επισκέπτονται ειδικό ιατρό για έλεγχο, σε αντίθεση με τις γυναίκες στην Κόρινθο οι οποίες πιστεύουν ότι πρέπει κάθε χρόνο.

Θεωρείτε ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;

Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	64	64%	38	38%
Όχι	4	4%	22	22%
Δεν γνωρίζω	32	32%	40	40%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	16,96	4	,002
Likelihood Ratio	16,60	4	,002
Linear-by-Linear Association	,43	1	,514
N of Valid Cases	100		

Το μεγαλύτερο ποσοστό στην Κόρινθο θεωρεί πως η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, σε σύγκριση με τις γυναίκες της Πάτρας που πιστεύουν το αντίθετο.

Η μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων (> 5 έτη) μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	71	71%	58	58%
Όχι	2	2%	9	9%
Δεν γνωρίζω	27	27%	33	33%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	5,78	4	,216
Likelihood Ratio	6,03	4	,197
Linear-by-Linear Association	,24	1	,626
N of Valid Cases	100		

Όπως διαπιστώνεται στον παραπάνω πίνακα, οι περισσότερες γυναίκες στην Πάτρα δεν πιστεύουν πως η μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στην Κόρινθο που απαντούν θετικά.

Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	36	36%	52	52%
Όχι	51	51%	34	34%
Δεν γνωρίζω	13	13%	14	14%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	7,70	4	,103
Likelihood Ratio	7,79	4	,100
Linear-by-Linear Association	3,00	1	,083
N of Valid Cases	100		

Περίπου ίδια τα ποσοστά στην ερώτηση αν πιστεύουν πως μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο, παρόλα αυτά λίγο μεγαλύτερο ποσοστό είναι θετικό.

Ένα βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό μιας γυναίκας την τοποθετεί άμεσα σε αυξημένο κίνδυνο;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	99	99%	79	79%
Όχι	-	-	9	9%
Δεν γνωρίζω	1	1%	12	12%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	7,41	2	,025
Likelihood Ratio	4,32	2	,116
Linear-by-Linear Association	6,05	1	,014
N of Valid Cases	100		

Στον πίνακα φαίνεται πως μεγάλο ποσοστό γυναικών συμφωνεί πως ένα βεβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό μιας γυναίκας την τοποθετεί σε αυξημένο κίνδυνο, εξίσου μεγάλο ποσοστό διαφωνεί ή δεν γνωρίζει.

Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	44	44%	16	16%
Όχι	12	12%	38	38%
Δεν γνωρίζω	44	44%	46	46%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	,51	4	,972
Likelihood Ratio	,52	4	,972
Linear-by-Linear Association	,34	1	,560
N of Valid Cases	100		

Σε αντιστοιχία με την προηγούμενη ερώτηση, έτσι και στην ακόλουθη, τα ποσοστά είναι παρόμοια, αλλά ένα μεγαλύτερο ποσοστό απαντά πως δεν γνωρίζει.

Από ποια ηλικία και μετά πιστεύετε ότι οι γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Άνω των 35	87	87%	56	56%
Άνω των 40	11	11%	25	25%
Άνω των 50	1	1%	12	12%
Δεν γνωρίζω	1	1%	7	7%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

Statistic	Value	df	Asymp. Sig. (2-tailed)
Pearson Chi-Square	9,98	9	,352
Likelihood Ratio	8,00	9	,534
Linear-by-Linear Association	,08	1	,782
N of Valid Cases	100		

Συνεπώς, διαπιστώνουμε πως οι περισσότερες γυναίκες στην Πάτρα πιστεύουν πως οι γυναίκες άνω των 50 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο, σε σύγκριση με τις γυναίκες στην Κόρινθο που δεν γνωρίζουν.

Μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει ένα καρκίνο;				
Κλίμακα μέτρησης	Πάτρα		Κόρινθος	
	N	Ποσοστό	N	Ποσοστό
Ναι	62	62%	29	29%
Όχι	11	11%	27	27%
Δεν γνωρίζω	27	27%	44	44%
Σύνολο	100	100%	100	100%

Chi-square tests.

<i>Statistic</i>	<i>Value</i>	<i>df</i>	<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>
Pearson Chi-Square	2,10	4	,718
Likelihood Ratio	2,03	4	,730
Linear-by-Linear Association	,19	1	,661
N of Valid Cases	100		

Επίσης στον πίνακα αυτό υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις, όπου ένα μεγάλο ποσοστό απαντά αρνητικά στο ερώτημα εάν μπορεί μια μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο και ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό απαντά ότι δεν γνωρίζει.

4. Συζήτηση

Ο καρκίνος αποτελεί μια από τις σοβαρότερες ασθένειες καθώς είναι από τις κυριότερες αιτίες θανάτου της εποχής μας. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές καρκίνου παγκοσμίως και είναι η πρώτη σε αριθμό κρουσμάτων στο γυναικείο πληθυσμό. Προκαλείται από ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων που ως αποτέλεσμα προκαλούν το σχηματισμό κακοήθους όγκου στην περιοχή του μαστού και ουσιαστικά αποτελεί κυτταρική νόσο. Τα παθολογικά αυτά κύτταρα έχουν τη δυνατότητα εξάπλωσης σε γειτονικούς ιστούς σε δυσάρεστες συνέπειες για ολόκληρο τον οργανισμό. Η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε άρρενες είναι υπαρκτή αλλά πολύ μικρή. Όσον αφορά στις γυναίκες όλες αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου – όχι, όμως στον ίδιο βαθμό.

Όσον αφορά τα επιδημιολογικά στοιχεία, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρκίνου μεταξύ των γυναικών, με περίπου 1.000.000 νέα κρούσματα παγκοσμίως. Ορισμένοι αριθμοί δίνουν τη κοινωνική διάσταση του καρκίνου του μαστού. Στις ΗΠΑ το 2004 οι νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες ήταν 217.000 περίπου. Στην Ελλάδα αναφέρονται 4.500 περίπου νέες περιπτώσεις το χρόνο, ενώ υπολογίζεται ότι 1 στις 8 γυναίκες παγκοσμίως θα παρουσιάσει καρκίνο μαστού σε κάποια φάση της ζωής της. Στην Ευρώπη, το 60% των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού διαγιγνώσκεται σε πρώιμο στάδιο. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ελλάδα είναι μόλις 5%. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν πόσο ελλιπής είναι η σχετική ενημέρωση μεταξύ των Ελληνίδων.

Είναι ένα από τα είδη καρκίνου που επιφέρουν τους περισσότερους θανάτους ετησίως (519.000 θανάτους το 2004) Παρατηρείται εξαιρετικά σπάνια στους άνδρες, με περίπου 100 φορές μικρότερη συχνότητα συγκριτικά με τις γυναίκες και τα ίδια ποσοστά επιβίωσης^[21]. Ωστόσο, τα ποσοστά θανάτου από καρκίνο του μαστού χαρακτηρίζονται από πτωτική τάση από τις αρχές του 1990, με τις μεγαλύτερες μειώσεις να εντοπίζονται στις γυναίκες κάτω των 50. Οι ερευνητές αποδίδουν την πτώση αυτή στην έγκαιρη διάγνωση μέσω μαστογραφιών καθώς και στις βελτιώσεις που έχουν επέλθει στις σχετικές θεραπευτικές αγωγές. Ο αριθμός των ατόμων που έχουν αντιμετωπίσει με επιτυχία τον καρκίνο του μαστού αυξάνεται συνεχώς - από τον Ιανουάριο του 2006, υπήρξαν περίπου 2,5 εκατομμύρια γυναίκες στις ΗΠΑ που, βάσει της έκθεσης, έχουν ξεπεράσει με επιτυχία την περιπέτεια του καρκίνου του μαστού.

Στο παραπάνω ερωτηματολόγιο, σε μια έρευνα που έγινε από ένα δείγμα 200 γυναικών εκ των οποίων οι 100 διαμένουν στην Πάτρα και οι 100 στην Κόρινθο και επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. , διακρίνεται η ενημέρωση ενός μικρού μεν δείγματος σε μια από τις βασικότερες ασθένειες του γυναικείου πληθυσμού. Μια σειρά ερωτήσεων θα μας βοηθήσει να τα δούμε πιο αναλυτικά:

Στην ερώτηση για παράδειγμα αν έχουν επισκεφτεί ποτέ ειδικό ιατρό, το μεγαλύτερο ποσοστό (51%) απάντησε αρνητικά ενώ ένα μικρότερο ποσοστό 49% απάντησε πως έχει επισκεφτεί ειδικό ιατρό. Παρατηρούμε επίσης μία διαφοροποίηση απαντήσεων στο πόσο συχνά κάνουν αυτοεξέταση μαστών όπου το 6,5% απάντησε κάθε εβδομάδα, το 14% κάθε μήνα, το 8,5% κάθε χρόνο, το 9,5% όποτε πονούν, το 38% όποτε το θυμάται, ενώ το 23,5% ποτέ. Επιπλέον σύμφωνα με τις συμμετέχουσες,

διακρίνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό 60,5% να έχει κάνει υπερηχογράφημα μαστών, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό 39,5% δεν έχει κάνει υπερηχογράφημα μαστών. Επιπλέον, από τα αποτελέσματα που πήραμε μέσω της έρευνας που πραγματοποιήσαμε φτάνουμε στο συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών είναι ενημερωμένο σε μεγάλο βαθμό και έχει κάνει μαστογραφία, αναλυτικά το 60% απαντούν πως έχουν κάνει μαστογραφία, ενώ το 40% δεν έχει κάνει. Βλέπουμε λοιπόν ότι υπάρχει επίγνωση επί του θέματος αλλά οι απαντήσεις δεν είναι ικανοποιητικές στο βαθμό που περιμέναμε.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο να αναφέρουμε τους τρόπους ενημέρωσης του κόσμου σχετικά με θέματα υγείας όπως στην παρούσα έρευνα για παράδειγμα. Πιο συγκεκριμένα, μεγάλο ποσοστό των γυναικών (22%) αναφέρει ότι έχει ενημερωθεί από τον προσωπικό ιατρό τους. Από φίλους/συγγενείς το 2,5%, επίσης, ένα μικρό ποσοστό 2% απάντησε κάτι άλλο, ενώ βασικό ρόλο έπαιξε το διαδίκτυο 43% των ερωτηθέντων το δηλώνουν ως πηγή ενημέρωσης τους και το μόλις 3,5% από τον Τύπο. Επίσης, υπάρχει ένα ποσοστό 15% το οποίο έχει ενημερωθεί από την τηλεόραση, 6% από επιστημονικά βιβλία και ένα ποσοστό 6% από συλλόγους και σεμινάρια.

Σημαντικά είναι τα ευρήματα από πρόσφατη παρόμοια έρευνα του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σε συνεργασία με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο Μαστού, για τον καρκίνο του μαστού με την σημασία της πρόληψης και την έγκαιρης διάγνωσης να επιβεβαιώνεται για μια ακόμη φορά ως η ακρογωνιαία λίθος στην αντιμετώπιση της νόσου. Μόνο το 2012, 1,7 εκ. γυναίκες διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού ενώ στην Ελλάδα την ίδια χρονιά αναφέρθηκαν 4.934 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Το 75,8% των γυναικών δήλωσαν ότι γνώριζαν να κάνουν ψηλάφηση μαστού, εντούτοις το 49% δεν είχε κάνει ποτέ αυτοεξέταση μαστού. Μία στις τρεις γυναίκες δεν είχε επισκεφτεί ποτέ γιατρό για ψηλάφηση, και το 35,7% δεν είχε κάνει ποτέ μαστογραφία. ο 69,3% εντόπισαν ένα σύμπτωμα (κυρίως ψηλάφησαν όγκο στο στήθος), το οποίο τις έκανε να απευθυνθούν σε γιατρό, ενώ το 30,7% εντόπισε κάποιο πρόβλημα στον προληπτικό έλεγχο. Οι ασθενείς επισκέπτονται κατά μέσο όρο 2,9 γιατρούς (γυναικολόγο ή χειρουργό) μέχρι την επιβεβαίωση της διάγνωσης και 1,8 χειρουργούς για να επιλέξουν τον χειρουργό τους. Από την πρώτη επίσκεψη σε γιατρό μέχρι την παραπομπή για διερεύνηση πιθανότητας καρκίνου μεσολαβούν κατά μέσο όρο 18 ημέρες. Το 21% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν ότι θα μπορούσαν να είχαν απευθυνθεί νωρίτερα σε γιατρό. Αποδίδουν την καθυστέρηση σε ψυχολογική άρνηση, άλλες υποχρεώσεις ή και φόβο.

5. Συμπεράσματα

Το γεγονός ότι παρατηρείται σε σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο πληροφόρηση και ενημέρωση στο γυναικείο πληθυσμό που επισκέφτηκαν τα Κ.Ε.Π. της συγκεκριμένης μελέτης αποτελεί ενθαρρυντικό στοιχείο για την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Ωστόσο η ανάγκη για συνεχή και πληρέστερη ενημέρωση πάντα παραμένει. Επίσης, η ενημέρωση για να έχει αποτελέσματα δε θα πρέπει να μένει ως γνώση, αλλά θα πρέπει να γίνεται πράξη στην καθημερινότητα.. Τέλος, θα πρέπει να είναι όλες οι γυναίκες σε θέση να ενημερώνονται και να γνωρίζουν τις πρακτικές πρόληψης, έτσι ώστε να μπορούν να επιλέγουν το δρόμο της έγκαιρης διάγνωσης και επιτυχούς θεραπείας. Παρά την ικανοποιητική ενημέρωση, με τη συνεχή ανακάλυψη νέων μεθόδων θα πρέπει συνεχώς να υπάρχουν και τρόποι για σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση.

Ενδιαφέρον θα αποκτούσε μελλοντική έρευνα σε περισσότερο πληθυσμό γυναικών και σε άλλες πόλεις της Ελλάδας. Εν κατακλείδι, μία πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα θα μπορούσε να διεξήχθη σε γυναίκες που έχουν ήδη προσβληθεί από τον καρκίνο του μαστού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- ✚ Ananthakrishnan, P. & Lucas, A. 2008. Options and considerations in the timing of breast reconstruction after mastectomy. *Cleve Clin. J. Med.*, 75, 1: 30-33
- ✚ Andersen, B.L. et al. 2004. Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. *J. Clin. Oncol.*, 22, 17: 3570-3580
- ✚ Andersen, B.L. et al. 2008. Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients: a randomized clinical trial. *Cancer*, 113,12: 3450-3458
- ✚ Antoni, M.H. et al. 2001. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol.*, 20, 1: 20-32, 2001
- ✚ Antoni, M.H. et al. 2006. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am. J. Psychiatry*, 163, 10: 1791-1797
- ✚ Ayata, G. & Wang, H.H. 2005. Fine needle aspiration cytology of lobular carcinoma in situ on thin prep. *Diagn. Cytopathol.*
- ✚ Balzi, D. et al. 1993. Cancer in Italian migrant populations. Summary of the results by site. *IARC scientific publications*, 123, 123: 193-292
- ✚ Baskar, R. et al. 2012. Cancer and Radiation Therapy: Current Advances and Future Directions. *Int. J. Med. Sci.*, 9, 3: 193-199
- ✚ Baum, M. et al. 2003. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early-stage breast cancer: results of the ATAC (Arimidex, Tamoxifen Alone or in Combination) trial efficacy and safety update analyses. *Cancer*, 98, 9: 1802-1810
- ✚ Begg, A.C. et al. 2011. Strategies to improve radiotherapy with targeted drugs. *Nature Reviews Cancer* 11: 239-253
- ✚ Blows, E. et al., 2007. Better Access Better Services (BABS) Project Interventions to provide emotional and psychological support to women with breast cancer. King's college London

- ✚ Budin, W.C. et al. 2008. Breast cancer: education, counseling, and adjustment among patients and partners: a randomized clinical trial. *Nurs. Res.*, 57, 3: 199-213
- ✚ Cavallone, L. et al. 2010. Comprehensive BRCA1 and BRCA2 mutation analyses and review of French Canadian families with at least three cases of breast cancer. *Fam. Cancer*, 9, 4: 507-517
- ✚ Chow, E. et al. 2004. Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. *Palliat. Med.*, 18, 1: 25-31
- ✚ Danish, S.J. et al. 2008. Rethinking Breast Self-Examinations: Are we asking the right questions? *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 2: 31-35
- ✚ Duffy, M. J. 2001. Clinical uses of tumor markers: a critical review. *Crit. Rev. Clin. Lab Sci.*, 38, 3:225-262
- ✚ Duffy, M. J. 2013. Tumor Markers in Clinical Practice: A Review Focusing on Common Solid Cancers. *Med. Princ. Pract.*, 22, 1: 4–11
- ✚ Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). 2005. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet.*, 365, 9472: 1687-1717
- ✚ Edwards, A.G. 2008. Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database Syst.*, 3: CD004253
- ✚ Erickson, V.S. et al. 2001. Arm Edema in Breast Cancer Patients. *J. Natl. Cancer Inst.*, 93, 2: 96-111
- ✚ Ferlay, J. et al. 2004. *Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Lyon, France: IARC Press
- ✚ Ferlay, J. et al. 2007. Estimates of the Cancer incidence and mortality in Europe 2006. *Annals of Oncology* 2007, 18: 581-592
- ✚ Ferrari, R.J. et al. 2001. Analysis of Asymmetry in Mammograms via Directional Filtering With Gabor Wavelets. *IEEE Transactions on Medical Imaging*, 20, 9: 953–964
- ✚ Fitzgerald, A. & Berentson-Shaw, J. 2012. Thermography as a screening and diagnostic tool: a systematic review. *N. Z. Med J.*, 125, 1351: 80-91
- ✚ Ganz, P.A. 2008. Breast Cancer. *Oncology Journal*

- ✚ Gara, S. et al. 2008. Use of common seric tumor markers in patients with solid cancers. *Tunis Med.*, 86, 6: 579-83
- ✚ Greene, F.L. & Sobin, L.H. 2008. The staging of cancer: a retrospective and prospective appraisal. *CA: a cancer journal for clinicians*, 58,3: 180-190
- ✚ Hery, C. et al. 2008. Changes in breast cancer incidence and mortality in middle-aged and elderly women in 28 countries with Caucasian majority populations. *Annals of Oncology* 2008, 19:1009-1018
- ✚ Hull, M.M. 2000. Lymphedema in women treated for breast cancer. *Semin. Oncol. Nurs.*, 16, 3: 226-237
- ✚ Jemal, A. et al. 2009. Cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 59, 4: 225-249
- ✚ Kennedy, D.A. et al. 2009. A comparative review of thermography as a breast cancer screening technique. *Integr. Cancer Ther.*, 8, 1: 9-16
- ✚ Khatib, O.M.N. & Modjtabai, A. 2006. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. EMRO Technical Publication Series 30. World Health Organization 2006
- ✚ Kim, A. et al. 2000. Fine needle aspiration cytology of the breast. Experience at an outpatient breast clinic. *Acta Cytol.*
- ✚ Kliwer, E.V. & Smith, K.R. 1995. Breast cancer mortality among immigrants in Australia and Canada. *Journal of the National Cancer Institute*, 87,15: 1154-1161
- ✚ Kontzoglou, K. et al. 2005. The role of liquid- Based Cytology in the investigation of breast lesions using fine needle Aspiration. A cytopathological evaluation *Surg.Ongol.*
- ✚ Law, J. 2006. The development of mammography. *Phys Med Biol.*, 51,13: 155-167
- ✚ Lee, G. et al. 2012. Radiotherapy Treatment Review: A Prospective Evaluation of Concordance between Clinical Specialist Radiation Therapist and Radiation Oncologist in Patient Assessments. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43, 1: 6-10
- ✚ Litzemberger, B.C. & Brown P.H. 2014. Advances in Preventive Therapy for Estrogen-Receptor-Negative Breast Cancer. *Curr. Breast Cancer Rep.*, 6: 96-109

- ✚ Lord, S.J. et al. 2007. A systematic review of the effectiveness of magnetic resonance imaging (MRI) as an addition to mammography and ultrasound in screening young women at high risk of breast cancer. *Eur. J. Cancer*, 43, 13: 1905-1917
- ✚ McCready, D. et al. 2005. Surgical management of early stage invasive breast cancer: a practice guideline. *Can. J. Surg.*, 48, 3: 185–194
- ✚ Newell S.A. et al. 2002. Systematic Review of Psychological Therapies for Cancer Patients: Overview and Recommendations for Future Research. *J. Natl. Cancer Inst.*, 94, 8: 558-584
- ✚ Perry, N. et al. 2008. European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition-summary document. *Annals of Oncology*, 19: 614-622
- ✚ Petrelli, N.J. et al. 2009. Clinical Cancer Advances 2009: major research advances in cancer treatment, prevention, and screening--a report from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27, 35: 6052-6069
- ✚ Ravdin, P.M. et al. 2007. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *The New England journal of medicine*, 356,16: 1670-1674
- ✚ Riley, R. D. et al. 2004. Markers in Neuroblastoma: A Systematic Review of Molecular and Biological Tumor. *Clin. Cancer Res.*, 10, 1: 4-12
- ✚ Roy, R. et al. 2011. BRCA1 and BRCA2: different roles in a common pathway of genome protection. *Nature Reviews Cancer*, 12,1: 68-78
- ✚ Roy, R. et al. 2012. BRCA1 and BRCA2: different roles in a common pathway of genome protection. *Nature Reviews Cancer*, 12: 68-78
- ✚ Secginli, S. & Nachivan, N.O. 2006. Breast Self-Examination remains an important component of breast health: A response to Tarrant. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 521-523
- ✚ Smedslund, G. & Ringdal, G.I. 2004. Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. *J. Psychosom. Res.*, 57, 2: 123-131; 133-135
- ✚ Uenet, S. et al. 2003. Liquid-Based Cytology in Breast fine Needle Aspiration. Comparison with the conventional smear. *Acta Cytol.*

- ✚ Washington, D.C. 2004. Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. The national academies press
- ✚ Weaver, C. 2009. Caring for a patient after mastectomy. Nursing, 39, 5: 44-48
- ✚ Wright, T. & McGechan, A. 2003. Breast cancer: new technologies for risk assessment and diagnosis. Mol. Diagn., 7, 1: 49-55
- ✚ Yu, S. & Guan, L. 2000. A CAD System for the Automatic Detection of Clustered Micro calcifications in Digitized Mammogram Films. IEEE Transactions on Medical Imaging, 19, 2: 115-126
- ✚ Ιωαννίδου-Μουζάκα, Λ. & Καρυδά, Ε. 2007. Κλινική Εικόνα και Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Καλοήθων Παθήσεων του Μαστού. Σύγχρονη Μαστολογία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης: 199-218
- ✚ Κελλαρτζής, Δ. και συν. 2009. Ανατομία, φυσιολογική διάπλαση και διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 21, 2:115-121
- ✚ Κοσμίδης, Χ. και συν. 2009. Καρκίνος του Μαστού στον άνδρα. Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 21,2:180-186
- ✚ Κωνσταντινίδης, Θ.Κ. 2006. Συχνότητα του γυναικολογικού καρκίνου τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και στον κόσμο. Πρόληψη του Γυναικολογικού Καρκίνου. University Studio Press: 19-28
- ✚ Λάγιου, Α. 2008. Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25,6: 742-48
- ✚ Σγουράκης, Γ. 2006, Ανατομία και φυσιολογία του μαστού
- ✚ Στεφανογιάννης, Γ. 2005. Διάγνωση Καρκίνος, ένας πλήρης οδηγός. Εκδόσεις Π.Ε.Β.Ε. Ηράκλειο, 174-183
- ✚ Φύσσας, Γ. 2006. Ο μαστός και οι παθήσεις του. Εκδόσεις Λιβάνη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

Ερωτηματολόγιο

1. Ηλικία:	<input type="checkbox"/> 18-35 <input type="checkbox"/> 36-50 <input type="checkbox"/> Άνω των 50
2. Εκπαίδευση:	<input type="checkbox"/> Δημοτικό – Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> Ανώτερη - Ανώτατη Εκπαίδευση (ΑΕΙ-ΤΕΙ)
3. Οικονομική Κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Χαμηλή <input type="checkbox"/> Μέτρια <input type="checkbox"/> Υψηλή
4. Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμη <input type="checkbox"/> Εγγαμη <input type="checkbox"/> Διαζευγμένη <input type="checkbox"/> Χήρα
5. Τεκνοποίηση:	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
6. Τόπος Διαμονής:	<input type="checkbox"/> Ημιαστική Περιοχή (χωριό, κωμόπολη) <input type="checkbox"/> Αστική Περιοχή (πόλη) <input type="checkbox"/> Νησιωτική Χώρα (νησιά με πληθυσμό <5000 κατοίκων)
7. Από πού ενημερώνεστε για θέματα υγείας όπως ο καρκίνος του μαστού;	<input type="checkbox"/> Προσωπικός ιατρός <input type="checkbox"/> Φίλους / Συγγενείς <input type="checkbox"/> Τηλεόραση <input type="checkbox"/> Επιστημονικά Βιβλία <input type="checkbox"/> Τύπος (εφημερίδες / περιοδικά) <input type="checkbox"/> Διαδίκτυο <input type="checkbox"/> Σύλλογοι / Σεμινάρια <input type="checkbox"/> Άλλο
8. Υπάρχει ιστορικό καρκίνου μαστού στην οικογένεια;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
9. Έχετε κάνει ποτέ μαστογραφία;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
10. Έχετε κάνει ποτέ υπερηχογράφημα μαστών;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
11. Έχετε επισκεφτεί ποτέ ειδικό ιατρό;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι
12. Πιστεύετε ότι το κάπνισμα αποτελεί παράγοντα κινδύνου στον καρκίνο του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
13. Θεωρείτε ότι η μακροχρόνια χρήση (> από 5 έτη) αντισυλληπτικών δισκίων αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
14. Θεωρείτε ότι η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
15. Θεωρείτε ότι ο θηλασμός δρα προστατευτικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω

16. Θεωρείτε ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
17. Θεωρείτε ότι η εξωσωματική γονιμοποίηση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
18. Η μακροχρόνια χρήση ορμονικών σκευασμάτων (>5 έτη) μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
19. Ένα βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό μιας γυναίκας την τοποθετεί άμεσα σε αυξημένο κίνδυνο;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
20. Πιστεύετε ότι η αυξητική μαστών (τοποθέτηση ενθεμάτων σιλικόνης) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
21. Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστών;	<input type="checkbox"/> Κάθε εβδομάδα <input type="checkbox"/> Κάθε μήνα <input type="checkbox"/> Κάθε χρόνο <input type="checkbox"/> Όποτε με πονάει <input type="checkbox"/> Όποτε το θυμάμαι <input type="checkbox"/> Ποτέ
22. Κάθε πότε πιστεύετε ότι πρέπει να επισκέπτεστε τον ειδικό ιατρό για έλεγχο;	<input type="checkbox"/> Κάθε χρόνο <input type="checkbox"/> Κάθε 2 χρόνια <input type="checkbox"/> Όποτε υπάρχει κάποιο σύμπτωμα <input type="checkbox"/> Όποτε το θυμάμαι
23. Θεωρείτε ότι μια γυναίκα κάτω των 35 ετών πρέπει να υποβάλλεται σε τακτικό έλεγχο;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν ξέρω
24. Από ποια ηλικία και μετά πιστεύετε ότι οι γυναίκες πρέπει να υποβάλλονται σε τακτικό μαστογραφικό έλεγχο;	<input type="checkbox"/> Άνω των 35 <input type="checkbox"/> Άνω των 40 <input type="checkbox"/> Άνω των 50 <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
25. Μπορεί η μαστογραφία να μην αναδείξει έναν καρκίνο;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω
26. Υπάρχει κίνδυνος από την ακτινοβολία της μαστογραφίας;	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Δεν γνωρίζω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου

Καλησπέρα σας Γαλάτεια Αγαπάκη
(Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΜΑΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ-ΪΑΣΗ-ΣΤΗΡΙΞΗ"),
Έχω διαβάσει κάποιο άρθρο σας σχετικά με τον καρκίνο του μαστού. Σας γράφω
προκειμένου να πάρουμε την άδεια για χρήση του ερωτηματολογίου σας ,
προκειμένου να πραγματοποιήσουμε μια αντίστοιχη έρευνα. Είμαι σπουδάστρια στην
νοσηλευτική του ΤΕΙ Πατρών. Δεσμευόμαστε ότι θα χρησιμοποιήσουμε το εργαλείο
μόνο για το σκοπό της έρευνας , θα μοιραστούμε τα αποτελέσματα μαζί σας και θα
δημοσιεύσουμε ένα πρωτότυπο έγγραφο με τα αποτελέσματα μόνο σε ένα
επιστημονικό περιοδικό. Δεσμευόμαστε ότι δεν θα χρησιμοποιήσουμε το εργαλείο
για εμπορικούς σκοπούς. Παρακαλούμε να μου στείλετε περισσότερες πληροφορίες
σχετικά με αυτό το ερωτηματολόγιο, το οποίο θα μας βοηθήσει να διεξάγουμε μια
αξιόπιστη έρευνα . Ανυπομονούμε να λάβουμε την άδειά σας και το ερωτηματολόγιο.
Ευχαριστούμε εκ των προτέρων,
Βασιλική Βενέτη
Παναγιώτα Σπυροπούλου

Παραχώρηση άδειας χρήσης ερωτηματολογίου

Κα Βενέτη, κα Σπυροπούλου,

Συγχαρητήρια για την επιλογή του θέματός σας. Χαρά μας να συνδράμουμε στην προσπάθειά σας. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο μας. Θα σας παρακαλέσουμε θερμά:

1. να μας ενημερώσετε για τα αποτελέσματα της έρευνάς σας.
2. για τη δημοσίευση στο περιοδικό στέλνοντάς μας και αντίγραφο αυτού.
3. να κάνετε μνεία για την παραχώρηση των δικαιωμάτων από την Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΑΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ-ΪΑΣΗ-ΣΤΗΡΙΞΗ" Συνημμένα σας δίνουμε και το λογότυπό μας για τη χρήση του. Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στην εργασία σας,

για την Ε.Μ.Ε.Ι.Σ.,

Γαλάτεια Αγαπάκη

