

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ:**

**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ  
ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΞΑΝΘΟΥ ΜΑΧΗ  
ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΝΝΑ – ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2004**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1. Κοινωνικές προκαταλήψεις γύρω από τον καρκίνο από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο μέχρι σήμερα.
- 1.2. Γενικά για τον καρκίνο του μαστού – Ορισμός
- 1.3. Αιτιολογία του καρκίνου του μαστού – Παράγοντες κινδύνου
  - 1.3.1. Ιογενείς παράγοντες
  - 1.3.2. Γενετικοί παράγοντες
  - 1.3.3. Χημικές ουσίες
  - 1.3.4. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες
  - 1.3.5. Ορμονικοί παράγοντες
  - 1.3.6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες
  - 1.3.7. Μορφολογικοί παράγοντες
  - 1.3.8. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Επιδημιολογία, Συχνότητα, Ποιότητα ζωής και θνησιμότητα

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Κλινική εικόνα, Ταξινόμηση και πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

- 3.1. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού
- 3.2. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού
  - 3.2.1. Κλινική σταδιοποίηση κατά Columbia
- 3.3. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού
  - 3.3.1. Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση
  - 3.3.2. Παθολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση
  - 3.3.3. Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Διάγνωση του καρκίνου του μαστού

- 4.1. Μαστογραφία
- 4.2. Υπερηχοτομογράφημα

- 4.3. Μαγνητική μαστογραφία
- 4.4. Μαστογραφία με μαγνητικό συντονισμό

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:** Θεραπεία του καρκίνου του μαστού και η αποκατάσταση

- 5.1. Χειρουργική επέμβαση
- 5.2. Ακτινοθεραπεία
  - 5.2.1. Ακτινοθεραπεία μετά συντηρητική χειρουργική
  - 5.2.2. Ακτινοθεραπεία μετά μαστεκτομή
  - 5.2.3. Ριζική ακτινοθεραπεία
  - 5.2.4. Ακτινοθεραπεία στη μεταστατική νόσο
  - 5.2.5. Ακτινοθεραπεία στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού
- 5.3. Χημειοθεραπεία
  - 5.3.1. Προεγχειρητική χημειοθεραπεία
  - 5.3.2. Μεταεγχειρητική – επικουρική χημειοθεραπεία
- 5.4. Ορμονοθεραπεία
- 5.5. Αποκατάσταση του καρκίνου του μαστού μετά από μαστεκτομή
  - 5.5.1. Χρόνος αποκατάστασης
  - 5.5.2. Στόχος αποκατάστασης

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:** Ενημέρωση – εκπαίδευση για τον καρκίνο

- 6.1. Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της νόσου
- 6.2. Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος
- 6.3. Διαδικασία ενημέρωσης
- 6.4. Πληροφόρηση – εκπαίδευση των ασθενών με καρκίνο
- 6.5. Επικοινωνία νοσηλεύτριας – ασθενούς

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:** Ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση και τη γαλουχία

- 7.1. Εισαγωγή
- 7.2. Συχνότητα
- 7.3. Προδιαθεσικοί παράγοντες
- 7.4. Πρόγνωση
- 7.5. Αντιμετώπιση της κύησης

## 7.6. Κύηση

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:** Στάδια εξέλιξης της ασθενούς με καρκίνου του μαστού

- 8.1. 1<sup>η</sup> φάση – Πρώιμο στάδιο
- 8.2. 2<sup>η</sup> φάση – Ενδιάμεσο στάδιο
- 8.3. 3<sup>η</sup> φάση – Τελικό στάδιο

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

- 9.1. Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο
- 9.2. Προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι σήμερα η κακοήθεια, που σκοτώνει περισσότερες γυναίκες από οποιαδήποτε άλλη μορφή καρκίνου.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού. Η περίπτωση του καρκίνου αυτού αυξάνεται μέσα στο χρόνο, σε αντίθεση με τη σύγχρονη θεραπευτική και παραμένει μέχρι σήμερα ανίκανη να βοηθήσει μεγάλο αριθμό γυναικών. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεασθεί σημαντικά από το σύγχρονο πολιτισμό μας, ενώ συνάμα παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στη σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια, όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν.

Η ιστορία αυτής της νόσου είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίμονης προσπάθειας της επιστήμης για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη, την ανακούφιση από τον πόνο και την αποκατάσταση της υγείας.

Στόχος της εργασίας είναι να δώσει μια εικόνα πως πρέπει να νοσηλεύεται η ασθενής με καρκίνο του μαστού σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας της, πως γίνεται η ψυχολογική προσέγγιση και υποστήριξη στα αρχικά στάδια και στα τελικά στάδια της νόσου, αλλά και τους στόχους και τις παρεμβάσεις των υπηρεσιών υγείας.

Στην παρούσα εργασία περιγράφονται γενικά στοιχεία για τον καρκίνο του μαστού, η αιτιολογία, η επιδημιολογία και η κλινική εικόνα του. Ακολουθούν ως φυσική συνέχεια τα σύγχρονα μέσα που διαθέτει η ιατρική για τη διάγνωση για θεραπεία του καρκίνου του μαστού, τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στον ασθενή και την οικογένειά της στην περίοδο αυτή καθώς και την εκπαίδευση και ενημέρωση της για τη νόσο.

Ακολουθούν ειδικά θέματα καρκίνου του μαστού κατά την κύηση και γαλουχία, στάδια της νόσου, δικαιώματα των ασθενών και προγράμματα αποκατάστασης. Η εργασία αυτή ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους συνεργάστηκαν για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας και συγκεκριμένα:

- Τον υπεύθυνο καθηγητή για την πτυχιακή μας εργασία κ. Μαγρηλή Δημήτριο.
- Τον κ. Γκαλέα, Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.
- Τον κ. Γκόγκα, Διευθυντή και Καθηγητή της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Τον Δρ. Γεωργούντζο, Διευθυντή του Ακτινολογικού τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου "Γ. Γεννηματάς".
- Όλους όσους βοήθησαν και μας συμπαραστάθηκαν για τη διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1. Κοινωνικές Προκαταλήψεις γύρω από τον καρκίνο από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο έως σήμερα

Από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο έως σήμερα, οι κοινωνικές προκαταλήψεις γύρω από τον καρκίνο του μαστού σηματοδοτούν την κατάδειξη μιας ιδιαιτερότητας ή διαφορετικότητας που φέρνει ένα άτομο σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνικής ομάδας που ανήκει.

Στην αρχαία πόλη η κοινωνική προκατάληψη αποτελούσε πράξη ποινής, με αποτέλεσμα την έκθεση σε κοινή περιφρόνηση τόσο σε πολιτικό, όσο και σε ηθικό επίπεδο.

Κατά τους πρώτους Χριστιανικούς χρόνους η συνήθεια αυτή απαντάται συχνά. Ιδιαίτερα εφαρμόζεται ενάντια στους Χριστιανούς, αφού και μόνο η ομολογία της πίστης τους ήταν αφορμή να επισύρει τη διαπόμπευση του εγκαλουμένου.

Στο Βυζάντιο επικρατούσε η συνήθεια της «πομπής ή πομπείας» που ακολουθούσε κατά τα αρχαιοελληνικά πρότυπα την προκατάληψη, πριν την εκτέλεση της κυρίως ποινής (φυλακή ή εξορία κτλ). Κατά τη Βυζαντινή εποχή άτομα και των δύο φύλων πομπεύονταν παραδειγματικά και ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση ή τον κοινωνικό τους ρόλο.

Μετά την άλωση της Κων/πολης η αναγκαιότητα της ταπείνωσης των Χριστιανών και της καταρράκωσης της θρησκευτικής, εθνικής και ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους έφθανε μέχρι το σημείο της χυδαίας μικροπρέπειας. Μόνο η αλλαγή θρησκείας σήμαινε κοινωνική εξίσωση με τον μουσουλμανικό πληθυσμό. (1)

Στη νεώτερη Ελληνική πραγματικότητα η προκατάληψη γύρω από τη νόσο αντιμετωπίζεται ως μυστήριο, θεωρείται δυσοίωνη, αποτρόπαιη, αποκρουστική για τις αισθήσεις και προκαλεί πρωτόγονο δέος και φόβο. Αποτελεί μια μυστική εισβολή και ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη.

---

(1) Μαγριπλής Γ. Δημήτριος, Το Στίγμα και ο Κοινωνικός Σταγματισμός από την Αρχαιότητα και το Βυζάντιο έως σήμερα, σελ. 197-201.

Το όνομα του καρκίνου έχει επενδυθεί με «μαγικές δυνάμεις» και οι άνθρωποι αποφεύγουν ακόμα και στην αναφορά σε αυτό. Ο καρκίνος για τους περισσότερους σημαίνει ότι κάποιος είναι καταδικασμένος να υποφέρει μια μακροχρόνια πορεία προς το θάνατο. (2)

### **1.2. Γενικά για τον καρκίνο του Μαστού – Ορισμός**

Παρόλο ότι πολλά νοσήματα πλήττουν τον μαστό, ο καρκίνος είναι το πιο σημαντικό. Και τούτο διότι αφενός μεν η συχνότητά του είναι μεγάλη, αφετέρου δε τα αποτελέσματα θεραπείας εξακολουθούν να είναι πενιχρά.

Καρκίνος μαστού καλείται το σύνολο των κακοήθων νεοπλασμάτων που αναπτύσσονται στο όργανο. Οι επιθηλιακής προέλευσης όγκοι καλούνται καρκινώματα, ενώ εκείνοι που προέρχονται από μεσεγχυματογενή στοιχεία (αγγεία, νεύρα) αποτελούν τα σαρκώματα. (3)

### **1.3. Αιτιολογία – Παράγοντες κινδύνου**

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο ΚΜ είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών.

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών, που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον ΚΜ. Η αιτιολογική σχέση στην επιδημιολογία θα μπορούσε να ορισθεί ως «η σχέση μεταξύ ενός παράγοντος και ενός νοσήματος, κατά την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντος ακολουθείται από μεταβολή της συχνότητας ή της πιθανότητας του νοσήματος. Κάθε παράγων που σχετίζεται στατιστικώς με ένα νόσημα ονομάζεται «παράγων κινδύνου» για το νόσημα αυτό. Κατά συνέπεια, ένας παράγων κινδύνου μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ενός νοσήματος ή να συσχετίζεται πλασματικά με αυτό χωρίς να έχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία.

---

(2) Πετράκη Δ., Κοινωνικές Προκαταλήψεις γύρω από τον καρκίνο, σελ. 241-242.

(3) Μανιάτης Β., Νόσος του Καρκίνου του Μαστού, σελ. 18.



Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστατικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τον ΚΜ κανένας, δεν είναι ικανός προρρητικός παράγων ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Έτσι, η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του ΚΜ διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και τη συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Ως τέτοιοι θεωρούνται (πίνακες 1.1. και 1.2.).

1. Ιογενείς παράγοντες
2. Γενετικοί παράγοντες:
  - A. Οικογενειακό ιστορικό
  - B. Φύλο
  - Γ. Ηλικία
  - Δ. Άλλοι παράγοντες
3. Χημικές ουσίες
4. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες
  - A. Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης
  - B. Τεχνητή εμμηνόπαυση
  - Γ. Γάμος και τεκνοποίηση
  - Δ. Θηλασμός
5. Ορμονικοί παράγοντες
  - A. Οιστρογόνα
  - B. Προγεστερόνη
  - Γ. Προλακτίνη
  - Δ. Στεροειδή των επινεφριδίων
  - E. Εξωγενή οιστρογόνα
6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες
  - A. Ιοντίζουσα ακτινοβολία
  - B. Ψυχογενετικά άγχη
  - Γ. Ρεσερπίνη
7. Μορφολογικοί παράγοντες
  - A. Προηγηθείσα βιοψία
  - B. Γενικά νοσήματα
  - Γ. Κακοήθεις νεοπλασίες

- Δ. Παθήσεις του μαστού
8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες:
- Α. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί
- Β. Εκπαιδευτικοί
- Γ. Διαιτητικοί (4)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.** Παράγοντες που έχουν σχέση με τον ΚΜ (Ιωαννίδου – Μουχάκα 1999)

Παράγων	Κίνδυνος
Φύλο	99 (γυναίκες) = 1 (άνδρας)
Ηλικία	Προχωρημένη > Νεαρή
Ηλικία εμμηναρχής	Νωρίτερα > Αργότερα
Ηλικία εμμηνόπαυσης	Αργότερα > Νωρίτερα
Ωσθηκεκτομή	Νωρίτερα > Αργότερα
Τοκετός	Άτεκνη > Παλύτεκνη
Ηλικία πρώτου τοκετού	Άνω των 35 χρ. > Κάτω των 25 χρ.
Παχυσαρκία	Ναι > Όχι
Ανωμαλία ΕΡ	Ναι > Όχι
Βάρος	Αυξημένο > Κανονικό ή ελαττωμένο
Ύψος	Υψηλές > Κοντές
Φυλή	Καυκασία > Κίτρινη
Συζυγική κατάσταση	Ανύπαντρες > Παντρεμένες
Ιστορικό μαστού στην οικογένεια	Ναι > Όχι
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Υψηλή > Χαμηλή

(4) Κοιτάρη Ε.. Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση. σελ. 33-35.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2.** Σχετικός κίνδυνος 5 παραγόντων ΚΜ κατά ηλικία (Παπαχαράλαμπους 2000)

Παράγοντες κινδύνου	Ηλικία					40 – 64
	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	
1. Οικογ. ιστορικό: Αρνητικό	0,91	0,91	0,89	0,88	0,87	–
Ένας ΚΜ	2,03	2,00	1,97	1,95	1,94	–
≥ Δύο ΚΜ	3,14	3,10	3,06	3,02	3,00	–
2. Ιστορικό κύησης: Αρνητικό						1,43
< 20 χρονών: 1η ή/και 2η						0,66
3η κύηση						0,33
20 – 24 χρονών: 1η ή/και 2η						0,94
3η κύηση						0,47
25 – 29 χρονών: 1η ή/και 2η						1,21
3η κύηση						0,61
30 – 34 χρονών: 1η ή/και 2η						1,49
3η κύηση						0,74
35+ χρονών: 1η ή/και 2η						1,76
3η κύηση						0,89
3. Καλοήθης νόσος μαστού: Ναι						3,57
Όχι						0,71
4. ΕΡ συνεχίζεται	1,11	1,26	2,11	2,97		
Εμμηνόπαυση φυσιολογική						
< 45 χρονών	0,37	0,41	0,54	0,68	0,68	
χρονών 45 – 49		0,84	0,88	1,10	0,95	
χρονών 50+			0,79	1,03	1,10	
Εμμηνόπαυση τεχνητή						
< 35 χρονών	0,25	0,27	0,27	0,34	0,28	
χρονών 35 – 39	0,47	0,52	0,54	0,68	0,46	
χρονών 40 – 44	0,70	0,78	0,59	0,74	0,39	
χρονών 45 – 49		0,56	0,77	0,97	0,45	
χρονών 50+			0,75	0,94	1,22	
5. Ετήσια εξέταση ή πρόσφατη αυτοεξέταση						0,83
						1,32

### 1.3.1. Ιογενείς παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. (5)

### 1.3.2. Γενετικοί παράγοντες

Διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε γενεαλογικά δένδρα για την επίπτωση του ΚΜ αποδεικνύουν την κληρονομική επικράτηση της νόσου σε ειδικές οικογένειες.

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη ΚΜ είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες, των οποίων η μητέρα ή η αδελφή έχει ΚΜ, έχουν 3 φορές μέχρι 8 φορές, αν ο ΚΜ εμφανίσθηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος.

Σε ελάχιστες οικογένειες υπάρχει ένδειξη γενετικής μεταβίβασης της επιδεκτικότητας στη νόσο με αυτόσωμο επικρατούντα γόνο. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι ένας γόνος με ευρεία κατανομή, αλλά χαμηλή διαπερατότητα, θα μπορούσε να εξηγήσει την οικογενή εμφάνιση του ΚΜ. Η σύνδεση όμως αυξημένης επιδεκτικότητας με την ύπαρξη υπολειπομένων γόνων που να επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου δεν έχει επιβεβαιωθεί σε ιδιαίτερα απομονωμένες μειονότητες. (5)

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΚΜ από ό,τι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (αραβικές Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10:1 (πίν. 1.3). (5)

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει ΚΜ. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια· μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν ΚΜ βρίσκονται σε αυτή την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις, συνήθως ινοαδενώματα, σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις. Σε έρευνα που έγινε από τους Βασίλαρο, Παπαδιαμάντη et al στην Κλινική Μαστού του Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη» σε σύνολο 20 ασθενών με ΚΜ, 2 μόνον ήταν κάτω των 25 ετών (πίν. 1.4).

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερες μεταξύ 25 και 30 ετών· τότε, η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί, στην αρχή, υπήρχε η βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη από ό,τι σε μεγαλύτερες.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.** Συχνότητα ΚΜ του ανδρός έναντι της γυναίκας.

Συγγραφείς	Σύνολο προσβεβλημένων από ΚΜ	Άνδρες με ΚΜ	%
William <sup>+</sup>	1897	16	0,9
Finsterer	692	11	1,6
Geschickter	2554	30	1,2
Lewis-Rienhoff	950	9	0,9
Jääskeläinen	1190	13	1,1
Payson-Rosh	1141	25	2,2
Ponegan-Perez-Mesa	3162	28	0,88

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.** Εκατοστιαία αναλογία εμφάνισης ΚΜ κατά ηλικία σε σύνολο 20 γυναικών

Ηλικία	Αριθμός	%
≤ 20	0	0
21 – 25	2	10
26 – 30	18	90
Σύνολο	20	100

### 1.3.3. Χημικές ουσίες

Από το 1939, έχει αποδειχθεί η σχέση των πολυκλωνικών υδρογονανθράκων με την ανάπτυξη ΚΜ σε πειραματόζωα. Η ουσία μεθυλχολανθρένη δημιούργησε ΚΜ σε θηλυκά ποντίκια. Αρκούσε επάλειψη του δέρματος των πειραματόζωων με την ουσία αυτή για να αναπτυχθεί ΚΜ. Έχει βρεθεί ότι και αρωματικές αμίνες έχουν παρόμοια δράση.

Στον άνθρωπο, δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη ΚΜ, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Παράδειγμα οι χημικές χρωστικές για την βαφή των μαλλιών. Βρέθηκε μια διαφορά σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν, αλλά όχι σημαντική, η διαφορά ήταν σημαντικότερη σε γυναίκες μετεμμηνόπαυσιακές και μετά από χρήση για περισσότερα από 10 χρόνια. (5)

### **1.3.4. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες**

Η πρώιμη έναρξη της έμμηνης ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις, η χρονική περίοδος των μονοφασικών κύκλων είναι αυξημένη, πράγμα που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης ΚΜ.

Η ωθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι ενδεχομένου ΚΜ. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή.

Η ωθηκεκτομή μετά τα 50 δεν έχει προστατευτικό αποτέλεσμα. (5)

Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του ΚΜ είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες· μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν ΚΜ σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρώιμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας, κυρίως για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή. Επισημαίνεται ότι είναι δυνατή η κατά 30% μείωση της επίπτωσης ΚΜ σε ένα πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης κατά πέντε χρόνια. Δεν έχουν όμως προστατευτική επίδραση οι λοιπές τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν, ούτε και η διακοπή εγκυμοσύνης σε πολύ νεαρή ηλικία. Αντίθετα, πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα· ίσως, διότι ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση. (5)

Η υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού απέναντι στον ΚΜ βασίσθηκε στα ευρήματα των πρώτων κλινικοεπιδημιολογικών ερευνών και ενισχύθηκε από την αρνητική σχέση που παρατηρείται στις

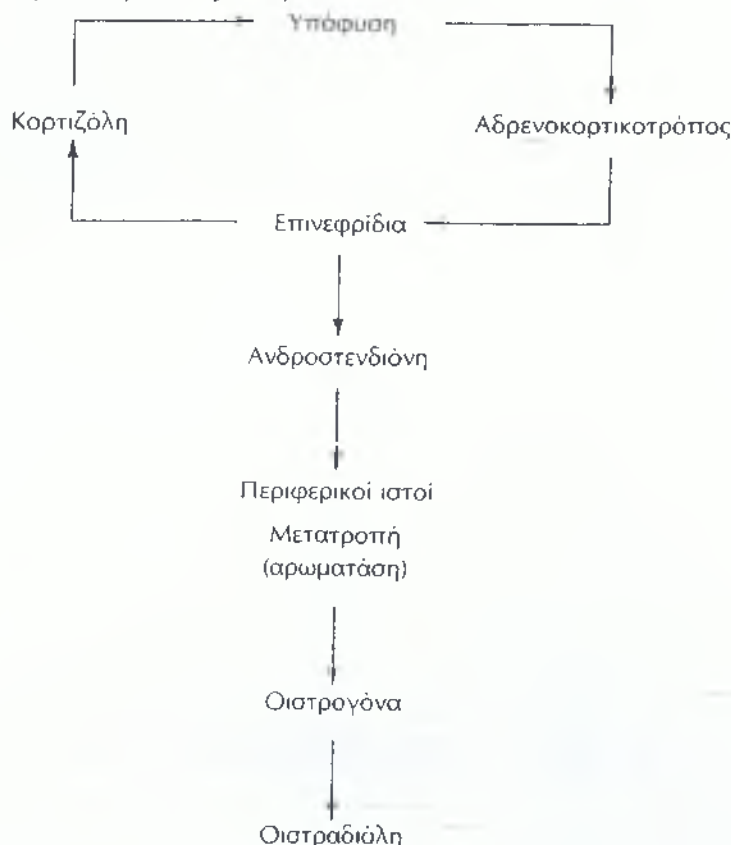
διεθνείς στατιστικές μεταξύ συχνότητας και διάρκειας θηλασμού από τη μια πλευρά και επίπτωσης της νόσου από την άλλη.

Από μελέτες έχει αποδειχθεί, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της. (5)

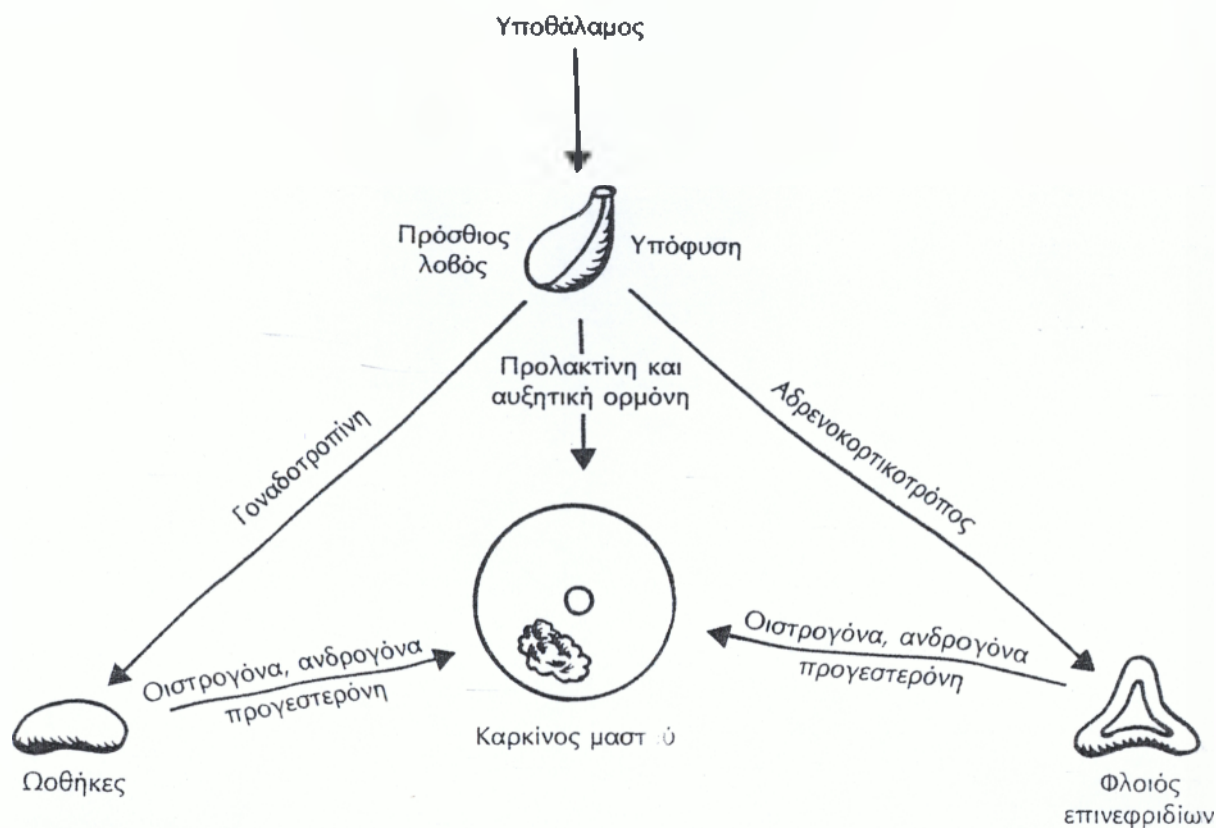
### 1.3.5. Ορμονικοί παράγοντες

Όπως έχει αναφερθεί, η ωθηκεκτομή μειώνει τον κίνδυνο να εμφανισθεί ΚΜ, όταν γίνεται σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών. Τα ποσοστά του μειωμένου κινδύνου φθάνουν το 40%, σε σχέση με τον κίνδυνο του γενικού γυναικείου πληθυσμού.

Οι ενδείξεις ωθηκεκτομής οδήγησαν στην έρευνα της επίδρασης διαφόρων ορμονών (εικόνες 1.1. και 1.2) επί του καρκίνου του μαστού και τα αποτελέσματα ήταν αξιόλογα. (6)



**ΕΙΚΟΝΑ 1.1.** Πηγές οιστρογόνων στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες



**ΕΙΚΟΝΑ 1.2.** Πηγές οιστρογόνων στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες

### 1.3.6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

Στους εξωγενείς παράγοντες τη μερίδα του λέοντος κατέχει η ακτινοβόληση του μαστού με υψηλό δόση ακτινοβολίας, γεγονός που έχει αποδειχθεί από παρατηρήσεις που έγιναν αφενός σε γυναίκες που εκτέθηκαν στην ακτινοβολία στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι και αφετέρου σε γυναίκες που λόγω φυματίωσης υποβλήθηκαν σε επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων.

Επίσης, για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σήμερα ενοχοποιείται η χρόνια ψυχική ένταση της γυναίκας.



### 1.3.7. Μορφολογικοί παράγοντες (6)

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου, με εξαίρεση αυτήν που γίνεται για τα ινοαδενώματα. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε από τους David et al (1984) και μέχρι σήμερα δεν διαφοροποιήθηκε πολύ.

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

Ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένου, ο καρκίνος του παχέος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, το σάρκωμα των μαλακών μορίων σχετίζονται επίσης θετικά με τον ΚΜ.

Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο σε ένα μεγάλο σιελογόνο αδένου έχουν το ¼ της πιθανότητας να εμφανίσουν ΚΜ από ό,τι ο γενικός πληθυσμός.

Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον αντίθετο μαστό. Επομένως, γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο. Έχει υπολογισθεί ότι το ποσοστό του κινδύνου αυτού ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων.

Αλλά και καλοήθεις παθήσεις του μαστού σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου.

Μελέτες που έγιναν απέδειξαν ότι γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΚΜ σε σχέση με γυναίκες που δεν είχαν ινοκυστική μαστοπάθεια.

Ωστόσο ο ακριβής μηχανισμός της σχέσης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εντούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν:

A. Ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόωμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής, και

B. ότι καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο.

### **1.3.8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες (6)**

Ο ΚΜ είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο «δυτικό κόσμο» - Βόρεια Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία -, ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση.

Επίσης, η επίπτωση του ΚΜ είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ό,τι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μετανάστευσαν στην Αμερική και στους απογόνους τους η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά, γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντος στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής, που μεταβάλλει τη συχνότητα νόσησης.

Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης ΚΜ σε σχέση με τις γυναίκες, στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη ΚΜ. Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και ΚΜ, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι οι διαφορές στους δείκτες συχνότητας μπορεί να σχετίζονται μερικώς με το διαιτολόγιο, ιδιαίτερα με την κατανάλωση ζωικού λίπους και πρωτεϊνών.

Δεν έχει όμως ακόμη βρεθεί σαφής σχέσης μεταξύ ΚΜ και επιπέδων χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων και ολικών λιπιδίων στον ορό του αίματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο ΚΜ αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του ΚΜ και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.000 γυναίκες αντίστοιχα.

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.
2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν αυτή συμβαίνει κατά τη νεαρή ηλικία της γυναίκας.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας, με το θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωοθήκης.
5. Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων.

Από τη γεωγραφική κατανομή, διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στη θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25 – 30/100.000 γυναίκες στη Βρετανία, τη Δανία, την Ολλανδία, τις ΗΠΑ και τον Καναδά και από 3 – 8/100.000 στην Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα. **(πίνακας 2.1.)**

Στην πλειονότητα των χωρών, η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από ΚΜ αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο ΚΜ δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ η συχνότητά του αυξάνεται σταθερά, φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Στις ΗΠΑ, υπάρχει σταθερή αύξηση των περιπτώσεων, τέτοια που 1 στις 11 γυναίκες τελικά θα νοσήσει από ΚΜ σε κάποιο στάδιο της

ζωής της. Επίσης, από τους καρκίνους των γυναικών, ο ΚΜ αντιπροσωπεύει την υπ' αριθμόν «ένα» αιτία θανάτου.

Με βάση τα στοιχεία της Connecticut Cancer Registry για το 1973: (α) Η συχνότητα του ΚΜ είναι λίγο μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Εντούτοις, έχει αυξηθεί στις μαύρες κατά 25%. (β) Κάθε 15 λεπτά, 3 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται και μία γυναίκα πεθαίνει από ΚΜ στις ΗΠΑ. (γ) Ο ΚΜ φαίνεται να είναι συχνότερος από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου και έχει διπλάσια σχεδόν συχνότητα από τον αμέσως πλησιέστερο «ανταγωνιστή» του, τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης στον ΚΜ, ο οποίος διαγιγνώσκεται σε πρώιμο εντοπισμένο στάδιο, έχουν αυξηθεί από 78% στη 10ετία του 1940 σε 88% σήμερα. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική, αναμένονται ποσοστά ίασης μέχρι και 100%. Οι αριθμοί πενταετούς επιβίωσης δείχνουν ότι – όταν ο διηθητικός καρκίνος περιορίζεται στο μαστό – το ποσοστό ίασης είναι 88%. Αντίθετα, στην περιοχική εντόπιση πέφτουν απότομα στο 45%.

Όμως η επιβίωση περιπτώσεων με καρκίνο του μαστού είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων. Ως σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που έχει εξετασθεί για την πιθανή επίδρασή τους στην επιβίωση, θεωρούνται η ηλικία, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου και το περιβάλλον.

Σε μια έρευνα βρέθηκε ότι η επιβίωση τείνει να αυξάνεται με τη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

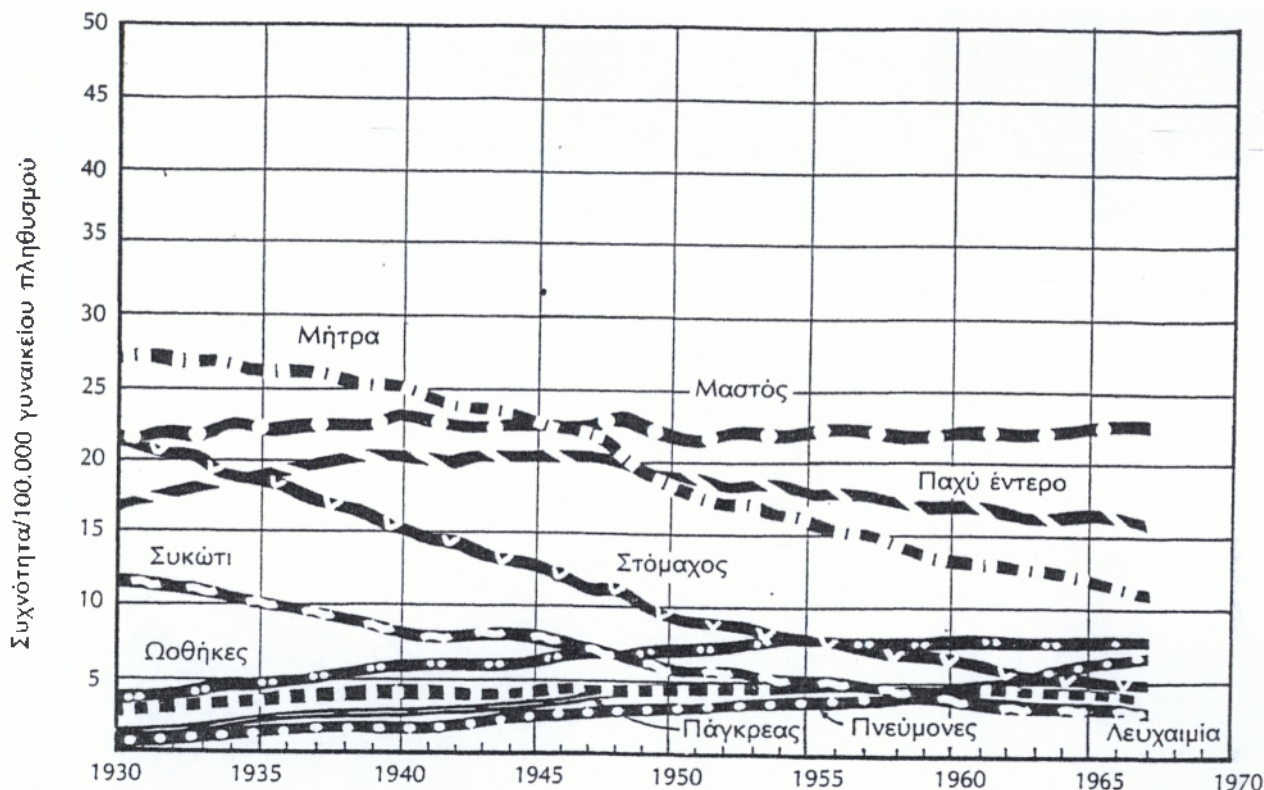
Η έρευνα αφορούσε σε πληθυσμιακές ομάδες με καρκίνο του μαστού από διάφορες χώρες και συνταιριασμένες στην ηλικία. Η πενταετής επιβίωση ήταν 57,3% στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης, 49,5% στη Γκλαμοργκάν της Ουαλλίας, 41,9% στη Σλοβενία της Γιουγκοσλαβίας και 74,9% στο Τόκιο. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιβίωσης και ηλικίας πρώτου τοκετού ή και αριθμού τοκετών.

Η επίδραση της ηλικίας στην επιβίωση έχει αρκετά ερευνηθεί, χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία στα συμπεράσματα.

Γενικά, πιστεύεται ότι στην επιβίωση δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των ποικίλων θεραπευτικών αγωγών, εφόσον αφορούν στο ίδιο στάδιο της νόσου. Στη δεκαετή όμως επιβίωση, οι διαφορές φαίνονται

σημαντικές και υπερτερούν τα αποτελέσματα των ριζικών χειρουργικών τεχνικών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1.** Δείκτες θνησιμότητας για τον καρκίνο του μαστού στις ΗΠΑ. Παρατηρείται σταθερότητα της θνησιμότητας.



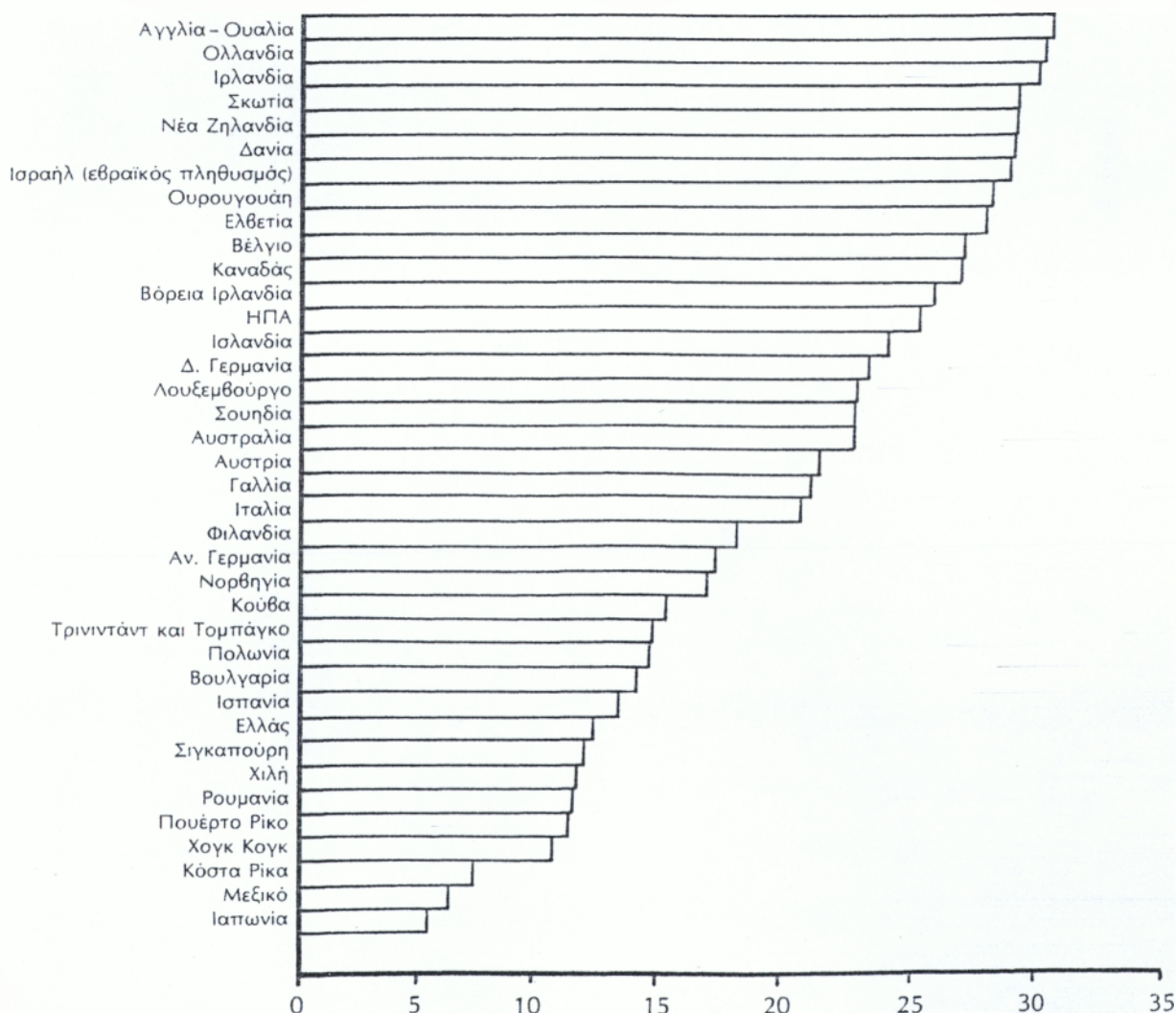
Διακρίνεται επίσης στις διάφορες μελέτες η σημαντικότητα που έχει για την επιβίωση το στάδιο της νόσου. Τα κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού, στοιχειοθετημένα με βάση τα κλινικά σημεία, έχουν περιληφθεί ομόφωνα και από πολλά χρόνια στους σπουδαιότερους παράγοντες που επιδρούν στην επιβίωση. Έτσι, με βάση το στάδιο της νόσου και ανεξάρτητα από τη θεραπευτική αγωγή, η πενταετής επιβίωση για το στάδιο I είναι κατά μέσον όρο 84,4%, ενώ για το στάδιο II 68,3%.

Ο πίνακας 2.2. δείχνει τους δείκτες για την περίοδο 1983-1985, προσαρμοσμένους ως προς την ηλικία στον πληθυσμό των ΗΠΑ του 1960, για εκείνες τις χώρες που τα δεδομένα τους θεωρούνται αξιόπιστα. Είναι φανερό πως οι δείκτες θνησιμότητας είναι εντυπωσιακά διαφορετικοί σε διάφορες χώρες.

Φαίνεται ακόμη ότι η θνησιμότητα της νόσου στην Ελλάδα είναι πολύ μικρότερη παρά σε άλλες αναπτυγμένες ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από ΚΜ, αλλά από αυτές 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα, αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ό έτος· στη συνέχεια όμως, παραμένει στο ίδιο επίπεδο, χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις, η κατανομή κατά ηλικίες είναι σχεδόν ίδια σε όλες τις χώρες. Με απόλυτα κριτήρια επίπτωσης ανά πληθυσμιακή ομάδα ηλικίας, η αναλογία είναι πολύ μεγαλύτερη σε προχωρημένες ηλικίες.

Η συχνότητα του ΚΜ είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στη χώρα μας με ανησυχητικό ρυθμό (2%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2.** Μέσοι ετήσιοι δείκτες θνησιμότητας για τον καρκίνο του μαστού/100.000 γυναίκες για τα έτη 1983-1985.



Οι ιδιομορφίες που εμφανίζονται στην επίπτωση του ΚΜ στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες ξεκινούν από πληθώρα παραγόντων που μπορεί να επιδρούν στις ομάδες αυτές. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι γάμος-τεκνοποίηση, ηλικία κατά την πρώτη γέννηση και θηλασμός. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι στις άγαμες υπάρχει 73% μεγαλύτερη επίπτωση από ό,τι στις έγγαμες. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται μεγάλη συχνότητα προσβολής των μοναχών. Μεταξύ έγγαμων γυναικών ηλικίας πάνω από 35 ετών, οι άτοκες προσβάλλονται συχνότερα από τις έγγαμες που έχουν γεννήσει· έγγαμες που θήλασαν τα παιδιά τους εμφάνισαν μικρές μόνο διαφορές σε σχέση με γυναίκες που δεν τα θήλασαν.

Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση είναι παράγων που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί με αυστηρά κριτήρια. Ως μέτρο λαμβάνονται συνήθως οι γραμματικές γνώσεις και η εργασία. Γενικά, πιστεύεται ότι ο ΚΜ είναι συχνότερος στις μορφωμένες και στις γυναίκες με υψηλό οικονομικό εισόδημα.

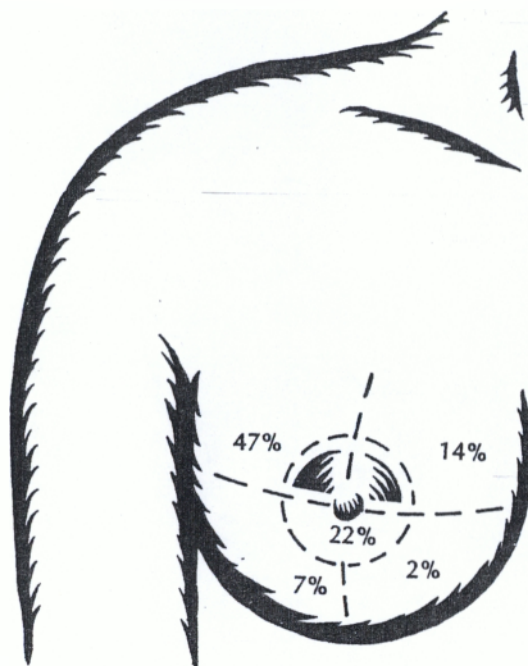
Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της μεγαλύτερης εμφάνισης ΚΜ στις ΗΠΑ, την Κεντρική και Βόρεια Ευρώπη, ενώ έχει ενδιάμεση συχνότητα στα βαλκανικά κράτη και στην Ανατολική Ευρώπη, μικρότερη συχνότητα στις γυναίκες της Νότιας Ασίας και σπανίως εμφανίζεται στο γυναικείο πληθυσμό της Ιαπωνίας και της Ινδονησίας. Γενικά, οι γυναίκες της κίτρινης φυλής εμφανίζουν τη χαμηλότερη συχνότητα καρκίνου του μαστού. (7)

### *Εντόπιση*

Ως προς την ανατομική θέση του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής: κατά 47% ο καρκίνος προσβάλλει το άνω και έξω τεταρτημόριο, 14% το άνω και έσω, 7% το κάτω και έξω, 2% το κάτω και έσω, ενώ στο κέντρο της θηλής υπολογίζεται σε 22% (εικ. 2.1.). Υπάρχει πιθανότητα προσβολής και του άλλου μαστού σε ποσοστό 20%. (7)

---

(7) Κόνιαρη Ε., Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση, σελ. 27-31.



**EIKONA 2.1.** Συχνότητα εντόπισης του καρκίνου του μαστού

### Ποιότητα ζωής

Είναι ένα πολυδιάστατο μέγεθος με φυσική, κοινωνική και ψυχολογική προέκταση, μολονότι έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός. Αντίθετα ανάλογα με τις διαστάσεις της ποιότητα ζωής, που πρόκειται να μετρηθούν υιοθετείται ή δημιουργείται αντίστοιχος ορισμός.

Κάθε προσπάθεια ορισμού της ποιότητας ζωής θα πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση και τη λειτουργικότητα των ασθενών.

Η ποιότητα ζωής πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας του καρκίνου και να ενσωματώνεται κατά τον σχεδιασμό της. Η μέτρηση της πρέπει να γίνεται ρουτίνα σε μια ογκολογική κλινική. Μια από τις κυριότερες εφαρμογές της, είναι σε ασθενείς τελικού σταδίου. Στις περιπτώσεις αυτές, συμβάλλει στην επιλογή του θεραπευτικού σχήματος που διασφαλίζει καλύτερα την ποιότητα ζωής μεταξύ εκείνων με την ίδια αναμενόμενη διάρκεια επιβίωσης. Μετρώντας την ποιότητα ζωής είναι δυνατόν να:

- Καθοριστεί το είδος της θεραπείας



- Αποτελέσει έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη για την έκβαση της νόσου. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα, αφού ο κάθε ασθενής την αντιλαμβάνεται διαφορετικά με βάση τις αξίες και προσδοκίες του.
- Συμβάλλει στην ανάπτυξη υποστηρικτικής φροντίδας και αποκατάστασης των ασθενών. Αφορά κυρίως σε εντοπίσεις της νόσου που σχετίζονται με μεγάλο πληθυσμό ασθενών και στον οποίο η υποστηρικτική φροντίδα είναι απαραίτητη.
- Βοηθάει τους ασθενείς να αντιληφθούν την ιδιαιτερότητα της νόσου, της θεραπείας, και των επιπλοκών της.
- Παρατείνει την επιβίωση.
- Τέλος, να αντισταθμίσει το όφελος και το κόστος μιας θεραπείας δίδοντας έμφαση στην οικονομική διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας. (8)

---

(8) Κατσαρογάκης Στέλιος, Μέτρηση της Ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο, σελ. 109-110.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 3.1. Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού

Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε άλλου μεγέθους, κινητή ή ακίνητη, ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης. Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θήλης, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο.

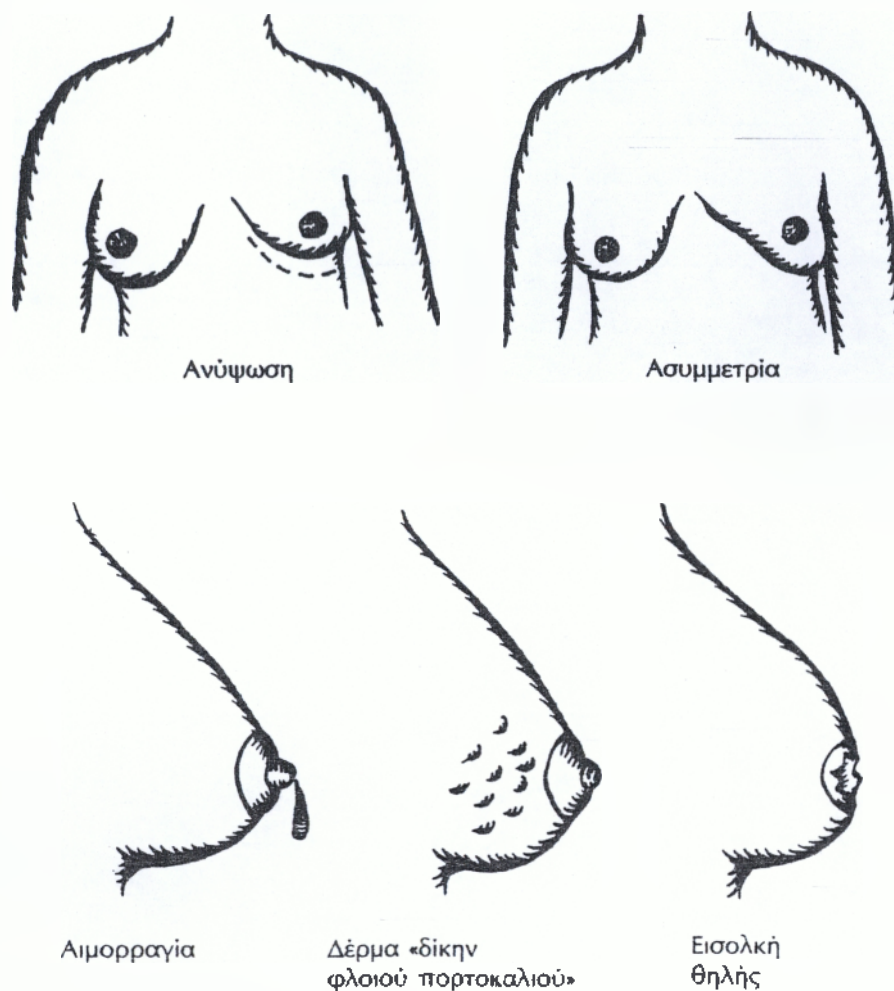
Δεν είναι λίγα τα περιστατικά που ζητείται ιατρική βοήθεια με πολλαπλές μεταστάσεις.

Συγκεκριμένα, η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει **(εικ. 3.1.)**:

- α. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- β. Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- γ. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα.
- δ. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
- ε. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.
- στ. Εισολκή της θήλης.
- ζ. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής.
- η. Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων.
- θ. Εξέλκωση κατά τη θηλή.
- ι. Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια. **(9)**

---

**(9)** Αδάμη Ρ., Κλινική Απεικόνιση του Καρκίνου του Μαστού, σελ. 101-102.



**ΕΙΚΟΝΑ 3.1.** Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού

### 3.2. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του ΚΜ, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση (α) των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, (β) της προσβολής λεμφαδένων και (γ) για την ύπαρξη μεταστάσεων, τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση.

T = Πρωτοπαθής όγκος (Tumor)

N = Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια (Nodes)

M = Μετάσταση (Metastasis)

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

- α. Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας
- β. Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης
- γ. Να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας
- δ. Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων  
θεραπείας
- ε. Να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου.

Σήμερα, για τον καρκίνο του μαστού, εκτός από το TNM σύστημα κλινικής ταξινόμησης, υπάρχει και το σύστημα της Columbia. Κανόνας βέβαια για να προχωρήσουμε στην ταξινόμηση του ΚΜ είναι η καταγραφή των ανατομικών θέσεων προέλευσης, οι οποίες όμως δεν λογαριάζονται στην ταξινόμηση. (10)

### **3.2.1. Κλινική σταδιοποίηση κατά Columbia**

Τα τέσσερα στάδια του συστήματος και τα κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν κάθε στάδιο είναι:

- Στάδιο Α: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς ελεύθεροι.
- Στάδιο Β: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς διηθημένοι, αλλά μικρότεροι, από 2,5 cm και χωρίς συμφύσεις προς το δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς.
- Στάδιο C: Οποιοδήποτε από τα 5 βασικά σημεία του προχωρημένου ΚΜ.
- α. Περιορισμένης έκτασης οίδηματος στο δέρμα του μαστού.
  - β. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
  - γ. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα.
  - δ. Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι αδένες και μεγαλύτεροι από 2,5 cm.
  - ε. Συμφύσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς.

- Στάδιο D: Όλες οι άλλες περιπτώσεις με πιο προχωρημένη νόσο περιλαμβάνουν:
- A. Συνδυασμό δύο ή και περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου
  - B. Οίδημα στο δέρμα του μαστού σε έκταση μεγαλύτερη από το 1/3
  - Γ. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου μαστού
  - Δ. Φλεγμονή τύπου ΚΜ
  - Ε. Κλινικώς διηθημένους υπερκλειδίους λεμφαδένες
  - ΣΤ. Παραστερνικό όγκο ως μαρτυρία διηθημένων αδένων της έσω μαστικής
  - Ζ. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου
  - Η. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

Η βασική διαφορά ανάμεσα διαφορά ανάμεσα στα δύο συστήματα κλινικής ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού είναι ότι το TNM χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου ως κύριο χαρακτηριστικό της σταδιοποίησης. Το σύστημα Coumbia σταδιοποιεί σύμφωνα με την όλη κλινική εμφάνιση της νόσου, χωρίς να χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου. Με τον τρόπο αυτόν δεν υπάρχει αντιστοιχία στα στάδια των δύο συστημάτων.

Τελευταία, συναντάμε και μια άλλη παράμετρο ταξινόμησης του ΚΜ που είναι γνωστή ως «δείκτης ζωτικότητας». Η πιο γνωστή ταξινόμηση με τη χρησιμοποίηση δεικτών ζωτικότητας είναι η ταξινόμηση κατά Karnofsky που δίνεται στον **πίνακα 3.1. (10)**

### **3.3. Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού**

Η θεραπεία του ΚΜ 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

---

(10) Γκόγκας Ι., Σταδιοποίηση, Σεμινάριο: Καρκίνος Μαστού

παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου το ίδιο σε διάφορες χώρες.

Επίσης, ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά την ασθενή και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση: αν ο ΚΜ είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο ΚΜ είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει πιθανότητα να θεραπευθεί· αν δεν είναι χειρουργήσιμος, όχι.  
(11)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1.** Κριτήρια ζωτικότητας κατά *Mary Ann Krol* (από το *The Clinical Practice of Medical-Surgical Nursing 1984*).

### **3.3.1. Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση (11)**

- α. Τοπική έκταση του όγκου.
- β. Καθήλωση του όγκου
- γ. Οίδημα
- δ. Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- ε. Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- στ. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- ζ. Γεωγραφική θέση του όγκου
- η. Προσβολή της θηλής

Περιπτώσεις ΚΜ με περιορισμένη τοπικά νόσο έχουν καλύτερη επιβίωση από τις περιπτώσεις, όπου ο καρκίνος έχει επεκταθεί και έξω από τα όρια του μαστού.

Το οίδημα, όταν δεν διαγιγνώσκεται κλινικώς, μπορεί να αποκαλυφθεί με τη μαστογραφία. Αντίθετα, όταν στη μαστογραφία δεν εμφανίζεται οίδημα, η πρόγνωση είναι καλή. Η πρόγνωση είναι δυσάρεστη, όταν υπάρχει σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινωματώδους και φυσιολογικού μαστού. Η θερμοκρασία μετρείται με ειδική μέθοδο.

Η γεωγραφική θέση του όγκου έχει επίσης μεγάλη σημασία. Όταν ο καρκίνος έχει εντοπισθεί στο μέσο τεταρτημόριο του μαστού, έχει χειρότερη πρόγνωση από τον εντοπισμένο οπουδήποτε αλλού.

Βαρύτερη είναι η πρόγνωση, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δύο μαστούς.

### **3.3.2. Παθολογοανατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση (11)**

- α. Το μέγεθος του όγκου
- β. Λεμφαδενικές μεταστάσεις
- γ. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- δ. Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων

ε. Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων

στ. Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση.

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

Ο βαθμός κακοήθειας ιστολογικώς καθορίζεται σε χαμηλού I, μέτριου II, υψηλού III και υψηλοτάτου IV βαθμού κακοήθειας και αποτελεί σήμερα αποδεκτό κριτήριο πρόγνωσης.

### **3.3.3. Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση (11)**

α. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων

β. Ρυθμός αύξησης του όγκου

γ. Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή

δ. Αντίσταση του οργανισμού και «βιολογικοί δείκτες»

ε. Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς

Άντρες με ΚΜ έχουν σχεδόν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος, για τον οποίο η πρόγνωση του ΚΜ στον άντρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του ΚΜ στη γυναίκα.

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

α. Ηλικία της γυναίκας: εμφάνιση ΚΜ σε ηλικία των 30 ετών έχει πολύ κακή πρόγνωση.

β. Προφυλακτική στείρωση.

γ. Κύηση. Η ανάπτυξη του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή.

---

(11) Χρυσοχόος Μ., Καρκίνος του Μαστού στην Ελλάδα – Σταδιοποίηση και Επιβίωση. Διδακτορική διατριβή.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η εξέλιξη της τεχνολογίας, στον τομέα των συγχρόνων απεικονιστικών μεθόδων δίνουν στον ακτινολόγο τη δυνατότητα να έχει ένα καθοριστικό ρόλο στην ομάδα εργασίας για τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Οι απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στη μελέτη των ασθενειών με καρκίνο του μαστού είναι:

- 1- Μαστογραφία
- 2- Υπερηχοτομογράφημα
- 3- Μαγνητική μαστογραφία
- 4- Μαστογραφία με μαγνητικό συντονισμό

Η εφαρμογή στη πράξη κάθε μιας μεθόδου, είναι συνυφασμένη με την κλινική εικόνα της ασθενούς, έτσι ώστε να χρησιμοποιείται ιεραρχικά, η ενδεδειγμένη απεικόνιση με το χαμηλότερο κόστος και με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

#### **4.1 Μαστογραφία**

Η Μαστογραφία αποτελεί την καταλληλότερη απεικονιστική εξέταση στη διαγνωστική προσέγγιση του μαστού. Με την εξασφάλιση της άρτιας τεχνικής της μαστογραφίας επιτυγχάνεται η αύξηση της διαγνωστικής ακρίβειας λόγω υψηλής ευαισθησίας και ειδικότητας η οποία ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 90%.

**Τα πλεονεκτήματα της μαστογραφίας έναντι των άλλων απεικονιστικών μεθόδων είναι:**

α) Ανάδειξη της μορφολογίας του μαζικού παρεγχύματος και καθορισμός των διαφόρων φυσιολογικών pattern των μαστών

β) Αναγνώριση των παθολογικών αλλοιώσεων με υψηλή διαγνωστική ακρίβεια

γ) Επιπλέον είναι η μόνη απεικονιστική μέθοδος που εφαρμόζεται σε πληθυσμιακό έλεγχο για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, διότι είναι αξιόπιστη, γενικά αποδεκτή και έχει χαμηλό κόστος

δ) Η ποιοτική βελτίωση της τεχνικής της μαστογραφίας δίνει υψηλό ποσοστό πρώιμης διάγνωσης (έως 65%) του καρκίνου του μαστού με χαμηλά επίπεδα ακτινοβολίας και μειώνει τη θνησιμότητα από τη νόσο κατά 30%-55%

#### **Η μαστογραφία πρέπει να γίνεται :**

- 1) Σε συμπτωματικές γυναίκες
- 2) Σε συμπτωματικές γυναίκες (πρώτη μαστογραφία κάτω από την ηλικία των 40 ετών)
- 3) Σε πληθυσμιακό έλεγχο από τα 40 έτη και άνω

Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι εύλογη ηλικία έναρξης της μαστογραφίας είναι η ηλικία των 40 ετών, ενώ οι γυναίκες που εντάσσονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου έχουν ένδειξη έναρξης του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου σε μικρότερη ηλικία.

Ο φυσιολογικός μαστός στη μαστογραφία δίνει ημισφαιρικό σχήμα. Μέσα στο σχήμα αυτό διακρίνεται μια πυκνή τριγωνική σκίαση που αντιστοιχεί στον αδενικό ιστό καθώς επίσης και στο υπόστρωμα. Για την καλύτερη μελέτη του μαστού, ο μαστός διαιρείται σε τέσσερα τεταρτημόρια : α) το άνω – έσω β) το άνω – έξω γ) το κάτω – έσω και δ) το κάτω – έξω. Κατ' αυτόν τον τρόπο προσδιορίζεται το τεταρτημόριο μέσα στο οποίο υπάρχει η βλάβη.

Για τη μαστογραφική μελέτη χρησιμοποιούνται τρεις προβολές:

- α) Η κεφαλοουραία
- β) Η πλάγια
- γ) Η λοξή ή μασχάλια

Η πλάγια θεωρείται η σημαντικότερη μαστογραφική λήψη, διότι απεικονίζει το τμήμα του μαζικού αδένου που έρχεται σε επαφή με τον θωρακικό μυ και την ουρά του μαστού. Κύριος στόχος της λήψης είναι η απεικόνιση του κατώτερου τμήματος της μασχάλης και του άνω – έξω τεταρτημορίου της μασχάλης.

Η κεφαλοουραία απεικονίζει τον μαζικό αδένου και το θωρακικό τοίχωμα.

Η λοξή ή μασχαλιαία έχει διαγνωστική σημασία επειδή βοηθά στη διαφορετική διάγνωση μεταξύ του αδενικού ιστού και του καρκίνου της περιοχής αυτής ιδίως όταν περιβάλλεται από λιπώδη ιστό. (12)

Τα μαστογραφικά ευρήματα του καρκίνου του μαστού ποικίλουν και εξαρτώνται από τις παρακάτω παραμέτρους : **α)** από τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου **β)** από το ρυθμό αναπτύξεως αυτού **γ)** από τη θέση που εντοπίζεται στο μαστό και **δ)** από τη σύσταση του μαζικού παρεγχύματος. Τα μαστογραφικά σημεία του καρκίνου του μαστού θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δυο κατηγορίες.

1. Τα κύρια σημεία
2. Τα δευτερεύοντα σημεία

Τα κύρια σημεία αφορούν την κύρια καρκινική μάζα η οποία αποδεικνύεται υπό μορφήν **α)** οζώδους σκίασης με συγκεκριμένα όρια τα οποία μπορεί να είναι πολύ ανώμαλα, σχετικά ανώμαλα ή σχετικά ομαλά, **β)** ασύμμετρης σκίασης και **γ)** μικροαποτιτανώσεων με ή χωρίς σκίαση.

Τα δευτερεύοντα σημεία έχουν σχέση με την επίδραση που ασκεί ο καρκίνος στους γειτονικούς ιστούς του μαζικού παρεγχύματος και αυτά μπορεί να είναι: **α)** η μεμονωμένη διάταση ενός γαλακτοφόρου πόρου **β)** η τοπική ανωμαλία της δομής του μαστού **γ)** η εισολκή της θηλής ή του δέρματος και **δ)** η πάχυνση του δέρματος.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι κυρίως:

**α)** Η ιονίζουσα ακτινοβολία που περιορίζει τη χρήση της σε νεαρά άτομα και η αδυναμία διάκρισης της μικρής βλάβης στους έντονα σκιερούς μαστούς.

**β)** Η μαστογραφία δεν θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πάνω από μια φορά το χρόνο, ειδικά για τις γυναίκες που δεν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και στις μικρές ηλικίες. (13)

(12) Βούρτση Α., Τεχνική Μαστογραφία: Πίεση – Τοποθέτηση, σελ. 5-8.

(13) Καμπούρης Θ., Ελληνική Ακτινολογία, Η Μαστογραφία στον Καρκίνο του Μαστού, σελ. 156-158.

#### 4.2. Υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του μαστού (14)

Ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος του μαστού έχει κερδίσει τα τελευταία χρόνια έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην απεικόνιση της παθολογίας του μαστού ως συμπλήρωμα της μαστογραφίας και της φυσικής εξέτασης. Η συνεχής βελτίωση των μηχανημάτων και των τεχνικών, όπως επίσης και η τυποποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων αναμένεται να βελτιώσει ακόμη περισσότερο τη διαγνωστική ευκρίνεια της μεθόδου. Τονίζεται ιδιαίτερα η συμβολή της υπερηχοτομογραφίας **α)** στην ανάδειξη του κυστικού ή συμπαγούς χαρακτήρος ενός ψηλαφητού μορφώματος του μαστού, **β)** στην απεικόνιση της αδιευκρίνιστης μαστογραφικής μάζας η οποία δεν ελέγχεται δια της μαστογραφίας. Περιγράφονται οι ηχομορφολογικοί χαρακτήρες των καλοήθων και κακοήθων παθολογικών καταστάσεων του μαστού. Συμβάλλει επίσης στην εκτίμηση της κινητικότητας, του βαθμού αγγειοβριθείας και των μεταβολών της αλλοίωσης μετά εφαρμογή πίεσης.

Η υπερηχοτομογραφία χρησιμοποιήθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του '50. Καθιερώθηκε όμως από τη δεκαετία του '80 πάντα όμως σαν συμπληρωματική μέθοδος της μαστογραφίας.

##### *Κλινικές εφαρμογές της μεθόδου*

Η εξέταση του μαστού με υπερήχους έχει χωριστεί σε δύο κατηγορίες:

**Στην πρώτη** έγινε προσπάθεια να απεικονιστεί ολόκληρη η αρχιτεκτονική του μαστού με τη χρήση μηχανημάτων που είχαν φτιαχτεί γι' αυτό το λόγο. Αυτά είναι μηχανήματα, όπου ο μαστός βυθίζεται σε μπάνιο νερού και μηχανικές κεφαλές, παίρνουν πολλές εικόνες του μαστού, οι οποίες αναπαράγονται αργότερα. Τα μηχανήματα αυτά έχουν δώσει αποτελέσματα, τα οποία μερικές φορές αλληλοσυγκρούονται. Τα συμπεράσματα εξαρτώνται πάντοτε από την εμπειρία του κέντρου που χρησιμοποιεί αυτού του είδους τα μηχανήματα.

**Στη δεύτερη κατηγορία** έγινε χρήση των υπερήχων χρησιμοποιώντας μηχανικές κεφαλές υψηλών συχνοτήτων κατευθείαν πάνω στο εύρημα που

---

(14) Αποστολάκης Μ., Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου, σελ. 113-114.

ήταν ψηλαφητό ή είχε αποκαλυφθεί με άλλες μεθόδους όπως η μαστογραφία. Στην περίπτωση αυτή δεν χωράει καμία αμφιβολία ότι οι υπέρηχοι έχουν πολύ καλά αποτελέσματα. Επίσης οι υπέρηχοι πολλές φορές βοηθούν στην εξακρίβωση ψηλαφητών μαζών.

Βεβαίως εκείνο που έχει περισσότερο σημασία είναι η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, όπου ερευνητές συμφωνούν ότι η μαστογραφία υπερέχει των υπερήχων. Οι **Sickles** (1983) αναφέρουν ότι η μαστογραφία αποκάλυψε σε 1000 γυναίκες που μελετήθηκαν και με τις δύο μεθόδους το 97% των εξακριβωμένων και χειρουργικά καρκίνων, ενώ οι υπέρηχοι μόνο το 58%. Οι **Cole – Beuglet** (1981) αναφέρουν αντίστοιχα ποσοστά 74% για τη μαστογραφία και 69% για τους υπερήχους. Οι ίδιοι συγγραφείς ανεβάζουν την ευαισθησία της μεθόδου σε 79% εφόσον είναι γνωστή η ηλικία της ασθενούς, το ιστορικό της και η φυσική εξέταση και τα ευρήματα της μαστογραφίας. Αυτό αποδεικνύει ότι ο συνδυασμός μαστογραφίας, ευρημάτων κλινικής εξέτασης και υπερηχοτομογραφικός έλεγχος αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για τη μελέτη του καρκίνου του μαστού.

Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι σε ασυμπτωματικές γυναίκες άνω των 30 ετών ο ρόλος των υπερήχων είναι καθαρά βοηθητικός της μαστογραφίας. Συγκεκριμένα αν η μαστογραφία έχει διαγνώσει με ικανή ασφάλεια τη φύση μιας παθολογικής κατάστασης, το υπερηχοτομογράφημα είναι ανώφελο. Εάν όμως η οζώδης σκίαση δεν είναι μαστογραφικά τυπική είτε λόγω σχήματος είτε λόγω πυκνότητας του μαστού, το υπερηχοτομογράφημα μπορεί να βοηθήσει.

Σε γυναίκες κάτω των 20 ετών η υπερηχοτομογραφία είναι η εξέταση εκλογής, λόγω της μειωμένης διακριτικής ικανότητας της μαστογραφίας, εξαιτίας της αυξημένης πυκνότητας του μαστού και λόγω της ακτινοβολίας.

#### *Μειονέκτημα της μεθόδου:*

Η ηχομορφολογική απεικόνιση του καρκίνου του μαστού ποικίλει ανάλογα:

- α) με τον ιστολογικό τύπο
- β) τη διήθηση
- γ) τον βαθμό και τον τύπο της αντίδρασης του περιβάλλοντος ιστού

δ) το μέγεθος της μάζας

ε) τη θέση του καρκινώματος μέσα στο μαστό

Όλα τα βιβλιογραφικά δεδομένα συμφωνούν στο ότι οι υπέρηχοι δεν είναι η μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση του πρώιμου καρκίνου του μαστού.

Ένας από τους λόγους που οι υπέρηχοι αποτυγχάνουν να διαγνώσουν τον καρκίνο του μαστού είναι ότι συχνά δεν υπάρχει σαφής ηχομορφολογική διαφορά της νεοπλασματικής μάζας από τον υγιή ιστό. Πολύ περισσότερο μάλιστα που ο φυσιολογικός μαζικός ιστός είναι ανομοιογενής και ανώμαλος με πολλές υποηχητικές περιοχές, διάφορες ανατομικές περιοχές οι οποίες προκαλούν ακουστικές σκιάσεις και μιμούνται νεοπλασματικές μάζες. Αυτό οδηγεί σε υψηλό αριθμό ψευδών θετικών ευρημάτων.

### **4.3. Μαγνητική μαστογραφία (15)**

Η μαγνητική μαστογραφία χρησιμοποιείται εκλεκτικά. Τα τελευταία πέντε (5) χρόνια, υπάρχει η δυνατότητα με ειδικό πηνίο του μαγνητικού τομογράφου όπου τοποθετούνται οι μαστοί εντός αυτού, να διενεργηθεί μαγνητική μαστογραφία.

Πρόκειται για τεχνική με:

1. Υψηλή ευαισθησία (ικανότητα ανίχνευσης ενός καρκίνου του μαστού)
2. Περιορισμένη ειδικότητα (ικανότητα ορθής ταξινόμησης μη κακοήθων αλλοιώσεων)
3. Υψηλό κόστος.

Εξαιτίας των δύο τελευταίων μειονεκτημάτων χρησιμοποιείται:

α) Σε περιπτώσεις συμπαγών, έντονα ακτινοσκοιερών μαστών.  
β) Σε περιπτώσεις διαγνωσμένης μεταστατικής νόσου σε λεμφαδένες μασχάλης και αρνητικό μαστογραφικό υπερηχοτομογραφικό έλεγχο.

γ) Σε περιπτώσεις υποψίας υποτροπής της νόσου σε ασθενείς με προθέματα σιλικόνης και

δ) Για τη διερεύνηση μετεγχειρητικών αλλοιώσεων σε περιπτώσεις τμηματικής μαστεκτομής όπου οι άλλες τεχνικές αποτυγχάνουν να δώσουν αξιόπιστα αποτελέσματα.

---

(15) Φραγκιά Κ., Συσχέτιση των Απεικονιστικών Ευρημάτων με την Παθολογοανατομική εικόνα των Παθήσεων του Μαστού, σελ. 47-48.

#### **4.4. Μαστογραφία με μαγνητικό συντονισμό**

Η μαστογραφία με μαγνητικό συντονισμό (MRM), είναι μια σχετικά νέα μέθοδος διαγνωστικής προσέγγισης των παθήσεων του μαστού.

Είναι μια μέθοδος που παρουσιάζει αντικειμενικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τη μαστογραφία όμως έχει και μειονεκτήματα όπως η αδυναμία απεικόνισης των μικροαποπιτανώσεων και το υψηλό κόστος εξέτασης. Η διαγνωστική ακρίβεια της μεθόδου δεν έχει καθορισθεί πλήρως μέχρι σήμερα και αυτό σε μεγάλο βαθμό σχετίζεται με την ταχεία και συνεχόμενη εξέλιξη του software και hardware του μαγνητικού τομογράφου που επιτρέπει συνεχείς βελτιώσεις της ποιότητας της εξέτασης. (16)

##### ***Η θέση της μαστογραφίας με μαγνητικό συντονισμό σήμερα***

Η μαστογραφία με μαγνητικό συντονισμό χρησιμοποιείται σήμερα κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών που η κλασική μαστογραφία και οι υπέρηχοι δεν απαντούν επαρκώς στα διαγνωστικά ερωτήματα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

**A)** Ασυμπτωματικές ασθένειες με πυκνό μαζικό αδένα, εφ' όσον έχουν οικογενειακό ιστορικό νεοπλασματος του μαστού ή άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες.

**B)** Στην διερεύνηση μαστών με πρόθεμα σιλικόνης.

**Γ)** Σε περιπτώσεις ασθενών με μεταστατικό αδenoκαρκίνωμα σε μασχαλιαίο λεμφαδένα και αρνητική κλασική μαστογραφία.

**Δ)** Στη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, όταν πρόκειται να γίνει ογκεκτομή ή μερική μαστεκτομή σε γυναίκες με πυκνό μαζικό αδένα. Στις περιπτώσεις αυτές, η μαστογραφία με μαγνητικό συντονισμό μπορεί να αναδείξει πολυεστιακούς ή πολλαπλούς όγκους που δεν απεικονίζονται στην κλασική μαστογραφία.

**Ε)** Σε γυναίκες με πυκνό μαζικό αδένα, οι οποίες είναι υποψήφιες για τμηματεκτομή όγκου, ο οποίος έχει μειωθεί σε μέγεθος μετά χημειοθεραπεία. (16)

---

(16) Caskey S. και συν: Imaging spectrum fo extracapsular silicone: Colleration of us, MRI, mammographic and histopathologic findings: pages 537-545.

### ***Πλεονεκτήματα μεθόδου:***

Βασικό πλεονέκτημα της μαστογραφίας με μαγνητικό συντονισμό αποτελεί το γεγονός ότι είναι μία τομογραφική μέθοδος. Έτσι οι φυσιολογικές ανατομικές δομές αλλά και οι παθολογικές εστίες του μαστού απεικονίζονται στις τομές χωρίς να υπάρχουν επιπροβολές ανατομικών στοιχείων. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου κυρίως για την αξιολόγηση του πυκνού μαζικού αδένα στην αξιολόγηση του οποίου υστερεί η μαστογραφία.

Για τον ίδιο λόγο η μαγνητική μαστογραφία υπερέχει της κλασικής μαστογραφίας στην μελέτη μαστών που φέρουν προθέματα σιλικόνης στην μελέτη εν τω βάθει όγκων του μαστού καθώς και στη μελέτη του θωρακικού τοιχώματος. Πλεονεκτήματα της μαγνητικής μαστογραφία αποτελεί η δυνατότητα χαρακτηρισμού της μορφολογίας, της σύστασης και της αγγείωσης των βλαβών του μαστού, καθώς επίσης και το γεγονός ότι δεν χρησιμοποιεί ιονίζουσα ακτινολογία. (17)

### ***Μειονεκτήματα μεθόδου:***

Μειονεκτήματα της μεθόδου αποτελούν το υψηλό της κόστος και η αδυναμία εντόπισης μικροαποτιτανώσεων. Σχετικά μειονεκτήματα είναι η επιπροβολή μορφολογικών και αιμοδυναμικών χαρακτηριστικών καλοηθών και κακοηθών όγκων σε μερικές περιπτώσεις και η αδυναμία εντόπισης αγγείων ή ιδιαίτερα υπαγγειούμενων κακοηθών όγκων. (17)

---

(17) Adler DD Wahl RL: New methods for imaginathe breast, findings and potential. AJR Am. J. Roentgenol pages 162-170.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει ο συχνότερος καρκίνος και η συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες. Η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού εξακολουθεί να αποτελεί αντικείμενο διαφωνιών. Οι θεραπευτικές δυνατότητες οι οποίες υφίστανται για τον έλεγχο της νόσου είναι πολυάριθμες. Οι κυριότεροι όμως μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού είναι οι εξής:

- 1) Χειρουργική επέμβαση
- 2) Ακτινοθεραπεία
- 3) Χημειοθεραπεία
- 4) Ορμονοθεραπεία

#### **5.1. Χειρουργική επέμβαση**

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Οι χειρουργικές επεμβάσεις χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες.

α) Περιορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του μαστού.

β) Ριζικές επεμβάσεις στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. (18)

#### ***A. Περιορισμένες χειρουργικές επεμβάσεις στα πρώιμα στάδια του καρκίνου του μαστού***

Οι περιορισμένες εγχειρήσεις τα τελευταία χρόνια αρχίζουν να κερδίζουν έδαφος. Θα πρέπει να τονισθεί το γεγονός της υπάρξεως μεγάλης ποικιλίας περιορισμένων επεμβάσεων στο μαστό, όπως: α) ογκεκτομή με πολύ μικρό όριο υγιούς ιστού, β) ογκεκτομή που αφορά ένα τμήμα ή ένα τέταρτο του μαστού, γ) τεταρτεκτομή που αφορά την εξαίρεση ενός τεταρτημορίου του μαστού.

Οι ποικιλίες αυτές των χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί να ακολουθούνται ή όχι από ακτινοβολήση, δίνοντας έτσι ένα τεράστιο αριθμό μεθόδων θεραπείας του καρκίνου του μαστού με περιορισμένη χειρουργική επέμβαση. Η εγχείριση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού είναι η **μερική μαστεκτομή**, η οποία προσφέρει ίαση στο 98-99% των περιπτώσεων αν και είναι πολύπλοκη. Η εγχείριση τεχνικώς είναι δυσκολότερη από τη ριζική μαστεκτομή, απαιτείται δε η συνεργασία εξειδικευμένων ιατρών με ειδικά μηχανήματα για να επιτευχθεί το άριστο αποτέλεσμα. Επομένως, είναι αυτονόητο ότι η συντηρητική θεραπεία πρέπει να γίνεται σε κέντρα που διαθέτουν την κατάλληλη υποδομή και γνώση.

Αντενδείξεις στην επιτέλεση της παραπάνω εγχειρήσεως είναι το γεγονός ότι μπορεί να εφαρμοσθεί σε περιορισμένη κατηγορία ασθενών χωρίς να μπορεί να εφαρμοσθεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων.

Σημαντικός παράγοντας επομένως είναι η σωστή επιλογή των ασθενών στους οποίους προσφέρεται η συντηρητική χειρουργική αντιμετώπιση του μαστού. (18)

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1 Κριτήρια επιλογής ασθενών για συντηρητική χειρουργική επέμβαση**

- 1. Μέγεθος του όγκου**
- 2. Μέγεθος του μαστού** (κατάλληλο για κοσμητικό αποτέλεσμα)
- 3. Θέση του όγκου** (δεν επηρεάζει το αποτέλεσμα)
- 4. Όρια εκτομής**
- 5. Απουσία κλινικής και μαστογραφικής πολυκεντρικότητας**
- 6. Μαστογραφικός τύπος** (σχετική αντένδειξη η παρουσία διάσπαρτων μικροαποπιτανώσεων)
- 7. Απουσία ιστορικού χορήγησης Ακτινοθεραπείας** (π.χ. Νόσος Hodgkin)

\* **Ενημέρωση** (αναγκαιότητα ακτινοθεραπείας, επιπλοκές, μικρή πιθανότητα τοπικής υποτροπής) και **επιθυμία της ασθενούς**.

## ***B. Ριζικές επεμβάσεις στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού***

Ριζικές επεμβάσεις στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού αποτελούν:

- α)** Η Ολική μαστεκτομή
- β)** Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
- γ)** Η ριζική μαστεκτομή **(18)**

### *α) Ολική μαστεκτομή*

Το σκεπτικό της ολικής εξαιρέσεως του μαστού στη χειρουργική θεραπεία στηρίζεται στο ότι με τη μαστεκτομή επιτυγχάνεται τέλεια εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και συγχρόνως αντιμετωπίζεται η πιθανή πολυεστικότητα της νόσου και εξαιρούνται τα λεμφικά και φλεβικά αγγεία, τα οποία μπορεί να περιέχουν καρκινικά κύτταρα, πράγμα το οποίο δεν επιτυγχάνεται με τις τμηματικές εκτομές. **(19)**

### *β) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή*

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί την ελάχιστη εγχείριση η οποία συνίσταται στην εξαίρεση ολόκληρου του μαστού και τον πλήρη καθαρισμό της μασχαλιαίας κοιλότητας. Με αυτήν επιτυγχάνεται τέλεια εξαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου, αντιμετωπίζεται η περίπτωση πολυεστιακότητας του καρκίνου και γίνεται πλήρης λεμφογαγγλιακός καθαρισμός της μασχάλης. Επίσης το αισθητικό αποτέλεσμα είναι καλύτερο, η πιθανότητα οιδήματος είναι μικρότερη απ' ό,τι στη ριζική μαστεκτομή και μπορεί να γίνει ικανοποιητική αποκατάσταση αργότερα.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή χαρακτηρίστηκε τα τελευταία χρόνια ως η εγχείριση εκλογής για την αντιμετώπιση του εγχειρήσιμου καρκίνου του μαστού. **(19)**

### *γ) Ριζική μαστεκτομή*

Παρά τα εμφανή πλεονεκτήματα της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής έναντι της κλασικής ριζικής μαστεκτομής υπάρχουν ακόμη

---

**(18)** Μαρκόπουλος Χ., Βασικές Αρχές στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού – Η θέση της χειρουργικής, σελ. 100-104.

**(19)** Γκόγκας Ι., Ριζικές επεμβάσεις στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, σελ. 207, 209-210.

περιπτώσεις στις οποίες ενδείκνυται η εφαρμογή της ριζικής μαστεκτομής. Ενδείξεις για την εφαρμογή της ριζικής είναι: **α)** το μέγεθος του όγκου, **β)** σε περιπτώσεις που ο όγκος εντοπίζεται στο βάθος του μαστού σε απόσταση 1 εκ. από τη θωρακική περιτονία ή όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στην περιφέρεια του μαστού κοντά στην κλείδα ή το στέρνο.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα από την εφαρμογή της ριζικής και της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συχνότητα τοπικής υποτροπής. Αντιθέτως οι ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή παρουσιάζουν στατιστικώς υψηλότερη συχνότητα τοπικής υποτροπής σε σύγκριση με ασθενείς στις οποίες έγινε ριζική μαστεκτομή.

Επίσης η ριζική μαστεκτομή προσφέρει μεγαλύτερη πιθανότητα τοπικού ελέγχου της παθήσεως αλλά δεν ακολουθείται από αυξημένη πιθανότητα επιβίωσης. (19)

## **5.2. Ακτινοθεραπεία**

Ο καρκίνος του μαστού ήταν από τους πρώτους όγκους που αντιμετωπίστηκαν με ακτινοβολία. Όμως ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού παραμένει σημαντικός και εξελίσσεται.

Η ακτινοθεραπεία κατέχει αδιαφιλονίκητη θέση στη φαρέτρα του ογκολόγου μαζί με τη χειρουργική και τη χημειοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται στις ακόλουθες κλινικές μεταστάσεις

- 1) Μετά χειρουργική θεραπεία
- 2) Υποχρεωτικά μετά συντηρητική χειρουργική
- 3) Στον ανεγχείρητο μαστό
- 4) Στις τοπικές υποτροπές
- 5) Στις μεταστάσεις (20)

### **5.2.1. Ακτινοθεραπεία μετά συντηρητική χειρουργική**

Το σκεπτικό για ακτινοθεραπεία όλου του μαστού μετά τοπική εκτομή του πρόωρου καρκίνου του μαστού, συμπεριλαμβάνει την εξολόθρευση

υπολειμμάτων του όγκου σε άλλα τεταρτημόρια εστιών του πορογενούς καρκινώματος σε άλλα τεταρτημόρια του μαστού. Επομένως στόχος του ακτινοθεραπευτού αποτελεί η επιτυχία τοπικού ελέγχου της νόσου. Εκτός αυτού η ακτινοθεραπεία μαστού μετά τοπική εκτομή ελαττώνει τον κίνδυνο της υποτροπής στον μαστό από 30-40% στο 5-10% στα πέντε χρόνια. (20)

### **5.2.2. Ακτινοθεραπεία μετά μαστεκτομή**

Σκοπός της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας είναι η αύξηση των πιθανοτήτων τοπικού ελέγχου σε ομάδα ασθενών υψηλού κινδύνου τοπικής υποτροπής μετά από χειρουργική επέμβαση. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία έχει ιδιαίτερη αξία στην πρόληψη των τοπικών υποτροπών στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- 1) Σε ασθενείς με μασχαλιαίους λεμφαδένες θετικούς μετά από απλή ή εκτεταμένη μαστεκτομή χωρίς πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό. Η ομάδα αυτή έχει υψηλό δείκτη τοπικής υποτροπής (30%).
- 2) Σε ασθενείς με κλινικό στάδιο II χωρίς δειγματοληψία μασχάλης. Δε συνίσταται μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία αν κλινικά η μασχάλη είναι φυσιολογική ή αν η προηγηθείσα δειγματοληψία μασχάλης αποβεί αρνητική. Παρόλα αυτά όμως αν πρόκειται για υψηλής κακοήθειας όγκο τότε επιβάλλεται η ακτινοθεραπεία επειδή το ποσοστό της τοπικής υποτροπής αυξάνει. (21)

### **5.2.3. Ριζική ακτινοθεραπεία**

Η ριζική ακτινοθεραπεία σαν τρόπος θεραπείας του καρκίνου του μαστού καθιερώθηκε όταν συνειδητοποιήθηκε ότι οι ασθενείς με τη νόσο αυτή παρουσιάζουν την ίδια επιβίωση ανεξάρτητα από το είδος της αρχικής επέμβασης και ότι οι θάνατοι οφείλονται στις απομακρυσμένες μεταστάσεις και όχι στην τοπική υποτροπή.

---

(20) Δαρδούφας Κ., Καρκίνος Μαστού – Ακτινοθεραπεία, σελ. 120-122

Η ακτινοβολία συνίσταται σε ακτινοβόληση όλου του μαστού, χορηγείται δε επιπλέον δόση ακτινοβολίας με εξωτερική δέσμη ή με ενδοϊστική ακτινοβόληση. (22)

#### **5.2.4. Ακτινοθεραπεία στη μεταστατική νόσο**

Μεγάλη είναι η συμβολή της ακτινοθεραπείας ως παρηγορητικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου. Επιτυγχάνεται συμπτωματική ανακούφιση σχεδόν στο 90% των ασθενών με μεταστάσεις στα οστά και στον εγκέφαλο μετά την αποτυχία της συστηματικής θεραπείας. (21)

#### **5.2.5. Ακτινοθεραπεία στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού**

Σαν αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης του περιορισμού της εκτεταμένης χειρουργικής για τον προχωρημένο καρκίνο του μαστού, η ακτινοβολία ήταν η συνήθης πολιτική σε μια προσπάθεια ελέγχου της τοπικής και επιχωρίου νόσου. Τα αποτελέσματα δεν ήταν καλά με υψηλό ρυθμό θνησιμότητας. Με την ακτινοθεραπεία δεν αναμένουμε εξάλειψη της τοπικής προχωρημένης νόσου. Όπως και με την χειρουργική υπάρχει μεγάλη πιθανότητα τοπικής υποτροπής μετά από ένα χρονικό διάστημα ελέγχου. Μετά από ανεπιτυχή ακτινοθεραπεία, η τοπική υποτροπή μπορεί να είναι ακόμη χειρότερη από τα προβλήματα με την αποτυχημένη χειρουργική. Δεύτερη προσπάθεια με ακτινοθεραπεία είναι μη ασφαλής, η δε πιθανότης επιτυχούς ανταπόκρισης σε ορμονικό ή χημειοθεραπευτικό ελιγμό μετά προηγηθείσα ριζική ακτινοθεραπεία είναι πολύ χαμηλή. Προσπάθειες εκτομής μετά από αποτυχημένη ακτινοθεραπεία σε προχωρημένο καρκίνο του μαστού μπορούν να βελτιώσουν την τυπική κατάσταση παροδικά αλλά είναι καταδικασμένες σε υποτροπή. (23)

(21) Δαρδούφας Κ., Ο ρόλος της Ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, σελ. 196-197, 199.

(22) Δαρδούφας Κ., Καρκίνος Μαστού – Ακτινοθεραπεία, σελ. 128-128.

(23) Δαρδούφας Κ., Καρκίνος – Μαστού – Ακτινοθεραπεία, σελ. 131-133.

### **5.3. Χημειοθεραπεία**

Σήμερα οι ενδείξεις για συμπληρωματική θεραπεία, αφορούν σε γενικές γραμμές γυναίκες που έχουν υψηλό κίνδυνο υποτροπής που είναι αυτές που έχουν θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή και μεγάλη πρωτοπαθή μάζα καθώς επίσης και κάποιες γυναίκες με αρνητικούς λεμφαδένες οι οποίες εμφανίζουν κάποιους προγνωστικούς δυσμενείς παράγοντες.

Η χημειοθεραπεία διακρίνεται στην:

- 1) Προεγχειρητική χημειοθεραπεία και
- 2) Μετεγχειρητική – επικουρική χημειοθεραπεία (24)

#### **5.3.1. Προεγχειρητική Χημειοθεραπεία**

Με την προεγχειρητική χημειοθεραπεία οι παραδοσιακοί ρόλοι της θεραπείας αντιστρέφονται. Η χημειοθεραπεία αποτελεί θεραπεία πρώτης γραμμής πριν από τη χειρουργική επέμβαση στον καρκίνο του μαστού.

Η προεγχειρητική χημειοθεραπεία αποτελεί το επόμενο βήμα στην αντιμετώπιση του καρκίνου ως συστηματικής νόσου. Αρχική εμπειρία αποκτήθηκε με τον τακτικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού όπου η χημειοθεραπεία είχε χρησιμοποιηθεί πριν από την τοπική θεραπεία για να επιμηκυνθεί η επιβίωση. Μάλιστα σε μια πρόσφατη ανασκόπηση όλων των δημοσιευμένων μελετών μέχρι το 1991, η πενταετής επιβίωση για τον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού αυξήθηκε από 29% σε 63% με την προσθήκη χημειοθεραπείας.

Μετά το ενδιαφέρον εστιάστηκε σε ασθενείς με μεγάλους αλλά εγχειρήσιμους όγκους όπου η πρόγνωση είναι συνήθως πτωχή. Έτσι άρχισαν οι πρώτες μη τυχαιοποιημένες μελέτες.

Ο χρόνος ενάρξεως της συστηματικής θεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού έχει ίσως πολύ μεγάλη σημασία για το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. (24)

---

(24) Πολύζος Α., Συστηματική Θεραπεία. Πρωτοπαθούς καρκίνου μαστού, σελ. 112-115.

### *Πλεονεκτήματα προεγχειρητικής χημειοθεραπείας*

1) Με την προεγχειρητική χημειοθεραπεία δίνεται η δυνατότητα σε σημαντικό ποσοστό ασθενών (>50%) να υποβληθούν σε συντηρητικές επεμβάσεις.

2) Μελέτη της χημειοευαισθησίας του όγκου όπου προέρχεται η δυνατότητα εξατομίκευσης της θεραπείας.

3) Εμφάνιση νέων προγνωστικών παραγόντων, όπως η ανταπόκριση του όγκου στη χημειοθεραπεία και ο αριθμός των λεμφαδένων που παραμένει θετικός μετά την προεγχειρητική χημειοθεραπεία που αποτελεί και τον πιο σημαντικό προγνωστικό παράγοντα.

4) Δυνατότητα χορήγησης μετεγχειρητικής χημειοθεραπείας σε ασθενείς με επινέμεση των μασχαλαίων λεμφαδένων με διαφορετικό συνδυασμό χημειοθεραπευτικών.

5) Δυνατότητα μελέτης των υποκειμένων μηχανισμών της επίδρασης της χημειοθεραπείας σε ανθρώπινους όγκους, όπως δεικτών πολλαπλασιασμού.

6) Μελέτη νέων φαρμάκων σε πιο πρώιμα στάδια καρκίνου του μαστού.

*Σημαντικό μειονέκτημα* αυτής της μεθόδου είναι ότι η θεραπεία χορηγείται τυφλά, σύμφωνα με τις στατιστικές πιθανότητες χωρίς να γνωρίζουμε την ευαισθησία των μικρομεταστάσεων στα φάρμακα που έχουν επιλεγεί. (25)

#### **5.3.2. Μετεγχειρητική – επικουρική χημειοθεραπεία**

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία μπορεί α) να επηρεάσει τη φυσική πορεία του καρκίνου του μαστού, β) να αυξήσει το χρονικό διάστημα από την εγχείρηση μέχρι την εμφάνιση μεταστάσεων, γ) και να αυξήσει την επιβίωση.

Η μετεγχειρητική χημειοθεραπεία συνίσταται στις εξής περιπτώσεις:

α) Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες.

(25) Ragaz J., Neoadjuvant chemotherapy for breast cancer. Cancer 56: pages 720-722.



**β)** Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς αδένες και αρνητικούς ορμονοϋποδοχείς.

Αντιθέτως δεν συνίσταται:

**α)** Σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αρνητικούς αδένες, εξαιρούνται ορισμένες αυξημένου κινδύνου.

**β)** Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αρνητικούς αδένες. Μπορεί όμως να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου. (26)

#### **5.4. Ορμονοθεραπεία**

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ενδιαφέρον για την ορμονοθεραπεία. Το γεγονός αυτό οφείλεται όχι μόνο στην απογοήτευση από τη χημειοθεραπεία αλλά και στη βελτίωση των γνώσεων πάνω στο μηχανισμό δράσεων των ορμονών, την ανακάλυψη των υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης, των αντιοιστρογόνων και της αμινογλουτεθιμίδης.

Οι κύριες ορμόνες που χορηγούνται στον προχωρημένο καρκίνο είναι:

- α)** Τα οιστρογόνα
- β)** Τα ανδρογόνα
- γ)** Τα αντιοιστρογόνα
- δ)** Η αμινογλουτεθιμίδα

Προκειμένου να ληφθεί απόφαση για ορμονοθεραπεία σε μια συγκεκριμένη περίπτωση καρκίνου του μαστού η ύπαρξη υποδοχέων και μάλιστα η ακριβή τιμή τους είναι το πιο σημαντικό κριτήριο. Παράλληλα όμως εξετάζονται και τα κλασικά κριτήρια επειδή ο προσδιορισμός των υποδοχέων δίνει σημαντικό αριθμό ψευδώς θετικών και μικρότερο αριθμό ψευδώς αρνητικών εξετάσεων.

Τα κριτήρια επιλογών αρρώστων για ορμονοθεραπεία είναι τα ακόλουθα:

- 1)** Μεγάλο ελεύθερο μεταστάσεων διάστημα
- 2)** Μεταστάσεις στα μαλακά μόρια και οστά
- 3)** Ιστορικό ανταπόκρισης σ' ένα ορμονικό χειρισμό στο παρελθόν.

---

(26) MOYRIDSEN HT., PALSHOF T. (1983): Adjuvant systemic therapy in breast cancer. A review Oncol, pages 1756-1761.

- 4) Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πάνω από 35 χρόνων και μετεμμηνοπαυσιακές 5 τουλάχιστον χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.
- 5) Περιορισμένος αριθμός μεταστατικών εντοπίσεων.
- 6) Θετικοί υποδοχείς οιστρογόνων – προγεστερόνης.

Ελεύθερο μεταστάσεων είναι το χρονικό διάστημα από την αρχική διάγνωση και θεραπεία μέχρι την πρώτη ένδειξη υποτροπής της ασθένειας. Όσο μεγαλύτερο αυτό τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ανταπόκρισης σε μια ορμονοθεραπεία.

Στις περιπτώσεις αυτές φαίνεται ότι ο όγκος προχωράει αργά. Υπάρχει και μια ομάδα αρρώστων που παρουσιάζουν μεταστάσεις κατά το χρόνο της αρχικής διόγκωσης. (27)

#### *Αποτελέσματα Χημειο-Ορμονοθεραπείας στον Καρκίνο του Μαστού*

Κλείνοντας από την εμπειρία της θεραπείας ασθενών που έλαβαν χημειοθεραπεία-ορμονοθεραπεία ή και το συνδυασμό και των δύο βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα:

- 1) Οι ασθένειες έχουν μια αυξημένη επιβίωση η οποία διαρκεί από 5 χρόνια μετά τη χορήγηση της συστηματικής θεραπείας.
- 2) Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία βελτίωσε την επιβίωση και στις προ και στις μετακλιμακτήριες γυναίκες η σημαντικότερη όμως επίδραση φαίνεται να ασκείται στις νεότερες γυναίκες.
- 3) Ο συνδυασμός χημειοθεραπείας-ορμονοθεραπείας υπερέχει της χορήγησης είτε μονής χημειοθεραπείας είτε μονής ορμονοθεραπείας.
- 4) Η θεραπεία με ένα φάρμακο ήταν λιγότερο δραστική απ' ότι ο συνδυασμός νεότερων φαρμάκων. (28)

#### **5.5. Η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή (29)**

Η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή αποτελεί αναπόσπαστο θεραπευτικό χειρισμό στην ολοκληρωμένη και σύγχρονη

(27) Γεννατάς Κ. (1984): Συμβολή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού με συνδυασμό ορμονικών χειρισμών: Διατριβή για Υψηγασία, σελ. 121-124.

(28) Γεννατάς Κ., Χημειοθεραπεία-Ορμονοθεραπεία του Καρκίνου του μαστού, σελ. 216.

θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής δεν επηρεάζει μόνο τους θεραπευτικούς χειρισμούς αλλά προϋποθέτει και άλλους για την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Η συμβολή του πλαστικού χειρουργού ξεκινά από τη στιγμή της διάγνωσης ώστε να καταλάβει η ασθενής τις δυνατότητες αποκατάστασης, γεγονός που μειώνει την ψυχολογική επιβάρυνση που επιφέρει η αγγελία μιας επεμβάσεως όπως η μαστεκτομή.

Ενδείξεις: Η αποκατάσταση του μαστού προσδίδει θάρρος και αποκαθιστά την ψυχολογία της ασθενούς. Είναι λοιπόν προφανές ότι η επέμβαση αυτή ενδείκνυται σε κάθε γυναίκα που το επιθυμεί, αρκεί να το επιτρέπει η κατάσταση της.

### **5.5.1. Χρόνος αποκατάστασης**

Η αποκατάσταση διακρίνεται στην:

- α) Άμεση αποκατάσταση
- β) Απώτερη αποκατάσταση

#### α) Άμεση αποκατάσταση

Η άμεση αποκατάσταση γίνεται σε χρόνο με την μαστεκτομή έχοντας το πλεονέκτημα ότι η γυναίκα δεν επιβαρύνεται ψυχικά. Έχει όμως αρκετά μειονεκτήματα:

- 1) Γίνεται η αποκατάσταση πριν αποκλεισθεί η ένδειξη επεμβάσεως και στον άλλο μαστό.
- 2) Είναι δύσκολη ή σχεδόν αδύνατη η επίτευξη συμμετρίας μεταξύ των δύο μαστών.
- 3) Ο σχηματισμός μεγάλων κοιλοτήτων από την εκτομή δημιουργεί μεγαλύτερους κινδύνους άλλων επιπλοκών που επηρεάζουν σοβαρά το τελικό αισθητικό αποτέλεσμα.
- 4) Θέτει σε κίνδυνο το αποτέλεσμα αν μετεγχειρητικά αποφασισθεί περαιτέρω θεραπεία και ιδιαίτερα ακτινοθεραπεία.

### β) Απώτερη αποκατάσταση

Η απώτερη αποκατάσταση μπορεί να γίνει συνήθως 12-14 μήνες μετά την μαστεκτομή μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας. Πριν προγραμματισθεί οποιαδήποτε μέθοδος για την αποκατάσταση του μαστού σε απώτερο χρόνο πρέπει να επανεκτιμηθεί η ασθενής για την πιθανότητα γενίκευσης της νόσου. Καθώς επίσης και η τοπική ποιότητα του δέρματος εάν αυτή έχει υποστεί ακτινοθεραπεία. (29)

#### **5.5.2. Στόχος της αποκατάστασης του μαστού**

Η επιλεγμένη μέθοδος πρέπει να πληροί τρεις στόχους:

- 1) Την αποκατάσταση του σχήματος του μαστού
- 2) Την αποκατάσταση του θωρακικού τοιχώματος. (29)

---

(29) Ιωάννοβιτς Ι., Η αποκατάσταση του μαστού μετά από μαστεκτομή, σελ. 20-24.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

#### 6.1. Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της νόσου της

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει για τη νόσο του) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φθάσει μέχρι το πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Η Kubler-Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαρέως πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από τη νόσο τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητα ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kubler-Ross, κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά νόσο, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι τη στιγμή του θανάτου του.

1. Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης.
2. Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού.
3. Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής.
4. Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης.
5. Το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής.

Κατά την Kubler-Ross, η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι τα διάφορα στάδια δεν είναι στεγανά. Είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια μέρα.

Τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια, από τα οποία διέρχεται ο καρκινοπαθής, είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη.

Το συναίσθημα ότι ο ασθενής είναι αβοήθητος είναι πολύ έντονο στον καρκινοπαθή. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας.

Υπάρχουν δύο ακόμη στοιχεία του ψυχισμού της καρκινοπαθούς, άξια να σημειωθούν. Το αίσθημα ενοχής και η υποβολή.

Πολλές φορές, η καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένη, όπως αισθανόταν παλιότερα ο ασθενής που έπασχε από φυματίωση.

Συνήθως, η καρκινοπαθής υποβάλλεται εύκολα. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Η ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια. Αισθάνεται δέος από τη χρήση των πολύπλοκων μηχανημάτων και των διαφόρων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων που εφαρμόζονται πάνω της. Τέλος, τίθεται κατ' ανάγκη σε παθητικό ρόλο.

Για όλους αυτούς τους λόγους, υποβάλλεται εύκολα. Μπορεί εύκολα να πιστέψει ακόμη και υποσχέσεις για θεραπεία, όπως επίσης μπορεί να γίνει θύμα ανεύθυνων προσώπων. (30)

## **6.2. Τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος (31)**

Υπάρχουν τρεις δυνατοί τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος:

### **A. ΠΡΩΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ**

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η νόσος του. Κατά συνέπεια, οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή σχετικά με τη διάγνωση της νόσου, τη θεραπεία και την πρόγνωση του πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

α. 1. Το κύριο πλεονέκτημα που επικαλούνται οι υποστηρικτές αυτού του τρόπου αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ότι η απόκρυψη της νόσου από

(30) Κονιάρη Ευδοξία, Καρκίνος του Μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση, σελ. 113-115.

(31) Γρηγοροπούλου Ε., Ψιμούλη Α., Η αλήθεια που δε λέγεται, Μ'αχη και Ελπίδα 1990, σελ. 13-19.

τον ασθενή τον βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πάσχει από καρκίνο. Στα αρχικά στάδια, οι διαβεβαιώσεις για την καλή έκβαση της νόσου ξεγελούν τον ασθενή και το κάνουν να πιστεύει ότι σύντομα θα γίνει καλά. Με αυτό τον τρόπο, αποφεύγεται ο φόβος, η στενοχώρια και η κατάθλιψη που καταλαμβάνουν τον ασθενή, όταν μάθει απότομα ότι πάσχει από καρκίνο.

Είναι γεγονός ότι με την πάροδο του χρόνου, πολλοί ασθενείς μαθαίνουν μόνοι τους με διάφορους τρόπους ή υποψιάζονται έντονα ότι πάσχουν από καρκίνο. Είναι προτιμότερο, υποστηρίζεται, να αφήνεται σ' αυτούς τους ασθενείς να λύσουν τα ψυχικά προβλήματα μόνοι τους. Κατ' αυτό τον τρόπο, οι ασθενείς εξοικειώνονται βαθμιαία με την ιδέα του θανάτου, με αποτέλεσμα να αμβλύνονται οι δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους. Επιπλέον, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται ότι υπάρχουν αρκετοί ασθενείς, οι οποίοι θέλουν να πιστεύουν ότι δεν πάσχουν από καρκίνο. Αυτοί είναι οι ασθενείς που αρνούνται τη νόσο τους. Θα ήταν τεράστιο σφάλμα, υποστηρίζεται, αν σε αυτούς τους ασθενείς αποκαλυπτόταν η διάγνωση. Αν αποκρύψουμε την αλήθεια από αυτούς, τους προσφέρουμε μεγάλη βοήθεια.

2. Ειδικά για την Ελλάδα, δέχονται ότι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του ασθενούς είναι πλεονεκτικός. Αν σε άλλες χώρες έχει αποδώσει η λύση της γνωστοποίησης στον καρκινοπαθή της νόσου του, δεν ισχύει το ίδιο στην Ελλάδα. Αλλιώς αντιδρά ένας ασθενής που κατάγεται και ζει σε βόρειες χώρες, όταν μάθει ότι πάσχει από καρκίνο, και αλλιώς ένας Έλληνας. Οι Έλληνες είναι λαός μεσογειακός με ευμετάβολο συναισθηματικό κόσμο. Αν κάποιος δοκίμαζε να αποκαλύπτει τη διάγνωση του καρκίνου σε κάθε Έλληνα καρκινοπαθή, τα αποτελέσματα θα ήταν τραγικά και σίγουρα θα είχαμε περισσότερες αυτοκτονίες μεταξύ των καρκινοπαθών.

3. Αν και δεν ομολογείται από τους υποστηρικτές αυτού του τρόπου ενημέρωσης, πρέπει να αναγνωρισθεί ότι η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή είναι η ευκολότερη λύση για το νοσηλευτικό προσωπικό και τους γιατρούς.

**β. 1.** Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται μεγάλο ηθικό πρόβλημα.

Κάθε ασθενής έχει ορισμένα δικαιώματα. Από αυτά, τα κυριότερα είναι το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει την πάθησή του και το δικαίωμά του να αποφασίζει ο ίδιος για τη θεραπεία του. Από την άλλη μεριά, η νοσηλεύτρια έχει την ηθική, και ίσως και τη νομική, υποχρέωση να ενημερώνει τον ασθενή για την πάθησή του και να τον βοηθάει να παίρνει σωστές αποφάσεις.

2. Ο ασθενής αφήνεται αβοήθητος να λύσει τα ψυχικά προβλήματα μόνος του. Η νοσηλεύτρια που αποποιείται την υπευθυνότητά της, και αρνείται να ενημερώνει σωστά τον ασθενή πρέπει να είναι βέβαιη ότι το έργο της ενημέρωσης, αργά ή γρήγορα, θα το αναλάβουν απρόσκλητοι καλοθελητές που είναι άτομα συνήθως ανίδια ή ανεύθυνα και πολλές φορές κακόβουλα.

3. Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του από ό,τι έχει η σωστή ενημέρωση για τη νόσο του και η κατάλληλη ψυχολογική του αντιμετώπιση.

4. Η απόκρυψη της διάγνωσης ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο ασθενής που θέλει να μάθει τη διάγνωση μπορεί να τη μάθει με πολλούς τρόπους. Δεν είναι απαραίτητο να τη μάθει ευθέως από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Αν θέλει, θα την κρυφακούσει από τους γιατρούς που συζητούν μεταξύ τους ή, όπως κάνουν αρκετοί ασθενείς, θα την ψάξει κρυφά στο φάκελο νοσηλείας του στο νοσοκομείο ή θα βεβαιωθεί γι' αυτήν από το είδος της θεραπείας, στην οποία υποβάλλεται.

5. Όταν η νόσος βρίσκεται σε πιο προχωρημένο στάδιο, η αναπόφευκτη και καθημερινή διάψευση των φρούδων ελπίδων του ασθενούς, που τόσο απερίσκεπτα καλλιεργούν η οικογένειά του, ο γιατρός του και το νοσηλευτικό προσωπικό, όχι μόνον καταρρακώνουν το ηθικό του, αλλά και τον κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη του προς τα προσφιλή του πρόσωπα και το προσωπικό.

Κυρίως, όμως, χάνεται η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς το γιατρό, τη νοσηλεύτρια και τα μέλη της οικογένειάς του από τις συνεχείς αντιφάσεις τους.

6. Η απόκρυψη της διάγνωσης από τον ασθενή δεν βοηθάει στην ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο.

7. Η απόκρυψη της διάγνωσης από τον ασθενή δυσκολεύει πολλές φορές την αντιμετώπιση της ίδιας της κακοήθους νόσου. Οι θεραπευτικές



μέθοδοι που εφαρμόζονται κατά του καρκίνου είναι πολύπλοκες και πολυδάπανες και συνεπάγονται κινδύνους για την υγεία του ασθενούς. Από την άλλη μεριά, τα αποτελέσματά τους είναι τόσο καλύτερα όσο νωρίτερα εφαρμόζεται η θεραπεία. Για να δεχθεί όμως ο ασθενής να υποβληθεί έγκαιρα σε μια πολύπλοκη, πολυδάπανη και επικίνδυνη θεραπευτική αγωγή, πρέπει να έχει πεισθεί για τη σκοπιμότητα και την αναγκαιότητα αυτής της αγωγής. Για να γίνει αυτό, πρέπει να γνωρίζει την πάθησή του.

8. Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Αρκετοί καρκινοπαθείς που δεν ενημερώνονται εγκαίρως για την πάθησή τους πεθαίνουν, αφήνοντας εκκρεμή διάφορα κληρονομικά ή κοινωνικά ή οικονομικά ζητήματα. Αν ήταν ενημερωμένοι για την πάθησή τους, στις πιο πολλές περιπτώσεις, θα είχαν φροντίσει να το τακτοποιήσουν εγκαίρως αυτές τις εκκρεμότητες.

## B. ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

Όλοι οι καρκινοπαθείς χωρίς εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς τη νόσο τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτήν.

α. 1. Ο ασθενής, μαθαίνει ποια είναι η πάθησή του και αποφασίζει μόνος του για το είδος θεραπείας, ακόμη και για τη ζωή του.

2. Ο ασθενής ενημερώνεται υπεύθυνα από το νοσηλευτικό προσωπικό και το γιατρό και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες να πέσει θύμα καιροσκόπων.

3. Ο ασθενής μπορεί έγκαιρα να επιλύσει οικονομικά ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο ή με το θάνατό του.

4. Η πλήρης και υπεύθυνη ενημέρωση κάθε καρκινοπαθούς για τη νόσο του συντελεί στην ορθή ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις κακοήθειες νόσους. Επιπλέον, αυξάνει την εμπιστοσύνη του κοινού προς το γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

5. Η λύση είναι εύκολη για το θεράποντα και τη νοσηλεύτρια. Δεν απαιτείται να διαθέσουν χρόνο για να σκεφθούν ποιος άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί για τη νόσο του λιγότερο και ποιος περισσότερο. Σε όλους

αδιακρίτως δίνεται κάθε πληροφορία που σχετίζεται με τη νόσο τους, είτε τη ζητήσουν είτε όχι.

**β.** Με αυτό τον τρόπο ενημέρωσης, παραγνωρίζεται το γεγονός ότι υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο.

Είναι αναμφισβήτητο ότι μεταξύ των καρκινοπαθών υπάρχουν ασθενείς που αρνούνται τη νόσο τους. Σε αυτούς τους ασθενείς, η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με τη νόσο τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, έχει αναμφισβήτητα δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι, εκτός από το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει τη νόσο του, υπάρχει και το δικαίωμα του ασθενούς να μη θέλει να μάθει τη νόσο του.

Για τους παραπάνω λόγους, πρέπει:

- Να λαμβάνεται υπόψη το συμφέρον του ασθενούς για την εξασφάλιση της πιο αποτελεσματικής θεραπείας.
- Όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν θέλει να μάθει την αλήθεια, να μην προτρέχει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να του τη γνωρίσει.
- Όταν ο ασθενής επιθυμεί τη γνώση, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να συνεκτιμούν πολλούς παράγοντες για την αποκάλυψη της φύσης της νόσου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Ιακωβίδη et al (1989), σε 300 ερωτηθέντες ασθενείς 164 (55%) ήταν ενημερωμένοι, 124 (41%) δεν ήταν ενημερωμένοι και 12 (4%) προσποϊήθηκαν ότι δεν ήξεραν τη διάγνωση.

### Γ. ΤΡΙΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ

Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος, με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για τη νόσο του, πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή.

**α.** Αυτός ο τρόπος ενημέρωσης συνδυάζει για τον ασθενή τα πλεονεκτήματα, τα οποία συνεπάγονται και οι δύο τρόποι που έχουν ήδη

αναλυθεί. Κατ' αρχήν, λαμβάνεται υπόψη ο ψυχισμός του ασθενούς, ενώ παράλληλα αποφεύγεται να λεχθεί πλήρως η αλήθεια στους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να τη μάθουν. Εξάλλου, εκείνοι που επιθυμούν να μάθουν την αλήθεια και έχουν κατά την κρίση της νοσηλεύτριας ή του γιατρού την αναγκαία ψυχική δύναμη ενημερώνονται υπεύθυνα και έχουν όλα τα πλεονεκτήματα που αναλύθηκαν στο δεύτερο τρόπο αντιμετώπισης.

β. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ο δυσκολότερος για το θεράποντα γιατρό και για τη νοσηλεύτρια. Στους δύο προηγούμενους τρόπους οι δύο παραπάνω δεν έχουν δίλημμα. Στον πρώτο τρόπο, προσπαθούν να κρατήσουν όλους αδιακρίτως τους ασθενείς στην άγνοια. Στο δεύτερο τρόπο, λένε σε όλους αδιακρίτως τους ασθενείς κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με τη νόσο τους. Στον τρίτο τρόπο, προβληματίζονται στην κάθε περίπτωση και προσπαθούν να εξατομικεύσουν την ενημέρωση ανάλογα με την ψυχροσύνθεση του ασθενούς. Κατ' αυτό τον τρόπο, εκτίθενται στον κίνδυνο του λάθους. Ενδέχεται να την εκτιμήσουν σωστά και να δώσουν σε έναν ασθενή περισσότερες πληροφορίες, από όσες θα είχε τη δυνατότητα να δεχθεί ή, αντιθέτως, να αποκρύψουν ορισμένες πληροφορίες από άλλους που θα επιθυμούσαν και θα μπορούσαν να τις δεχθούν.

### **6.3. Διαδικασία Ενημέρωσης (32)**

Η διαδικασία της ενημέρωσης ακολουθεί έξι στάδια που είναι τα εξής:

#### **Στάδιο 1: Οργάνωση της συνέντευξης.**

Πριν ξεκινήσει η συνέντευξη το προσωπικό, χρειάζεται να έχει σχεδιάσει στο μυαλό του τι θα πει στον ασθενή και πώς θα ανταποκριθεί σε πιθανές συγκινησιακές αντιδράσεις ή σε δύσκολες ερωτήσεις.

#### **Στάδιο 2: Εκτίμηση της αντίληψης του ασθενούς για την κατάστασή του.**

Ακολούθησε το αξίωμα «πριν μιλήσεις, ρώτα». Πιο συγκεκριμένα πριν αρχίσεις να αναφέρεσαι στα ιατρικά ευρήματα και δεδομένα, χρησιμοποιώντας ανοικτές ερωτήσεις εκτίμησε ποιο είναι το επίπεδο

---

(32) Fiore N. Fighting cancer: one patients perspective, page 300-308.

γνώσεων του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, πως ερμηνεύει τα συμπτώματα και πόσο σοβαρά τα θεωρείς. Με τον τρόπο αυτό μπορείς να διορθώσεις λανθασμένη πληροφόρηση του ασθενούς και να εκτιμήσεις κατά πόσο η αντίληψή του για την ασθένεια απέχει από την πραγματικότητα.

### Στάδιο 3: Αποδοχή της πρόσκλησης του ασθενούς για ενημέρωση.

Οι ασθενείς στην πλειονότητα τους εκφράζουν την επιθυμία για πλήρη ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση και γενικά ό,τι έχει σχέση με την κατάστασή τους, ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Όταν το προσωπικό αντιμετωπίζει έναν ασθενή ο οποίος επίμονα ζητά πληροφορίες, αυτό θεωρητικά μπορεί να του μειώσει το άγχος κατά την αποκάλυψη των δυσάρεστων νέων, αντίθετα η άρνηση και αποφυγή πληροφόρησης αποτελεί ισχυρό μηχανισμό άμυνας εκ μέρους του ασθενούς και εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό όσο η κατάσταση επιδεινώνεται. Εάν ο ασθενής δεν θέλει να μάθει λεπτομέρειες καλόν είναι να ενημερώσουμε κάποιο συγγενή ή φίλο του.

### Στάδιο 4: Παροχή γνώσεων και πληροφοριών στον ασθενή.

Η προειδοποίηση του ασθενούς ότι αναμένονται δυσάρεστα νέα μπορεί να μειώσει το stress και να διευκολύνει την πορεία της ενημέρωσης.

### Στάδιο 5: Προσέγγιση των συναισθημάτων του ασθενούς με συμπτώνα.

Η προσέγγιση του ασθενούς αποτελεί μια από τις πιο δύσκολες προκλήσεις για το προσωπικό υγείας. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις, στην αναγγελία δυσάρεστων νέων, μπορεί να ποικίλουν από σιωπή, μέχρι δυσπιστία, κλάμα, άρνηση ή θυμό. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να δώσει τη δυνατότητα στον ασθενή να εκφραστεί, ενώ παράλληλα του προσφέρει υποστήριξη, συμπαράσταση κατανόηση και συμπόνια.

### Στάδιο 6: Στρατηγική

Ο ασθενής ενημερώνεται με αντικειμενικότητα και ακρίβεια για τα οφέλη και τους κινδύνους της κάθε μιας από δυο ή περισσότερες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές και γίνεται προσπάθεια να καταστεί ικανός να

συμμετάσχει ουσιαστικά στη λήψη απόφασης. Έτσι μοιράζεται η ευθύνη σε περίπτωση που η θεραπεία δεν έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

#### **6.4. Η πληροφόρηση – εκπαίδευση των ασθενών με καρκίνο (33)**

Η διδασκαλία και η εκπαίδευση των ασθενών είναι συχνά συνυφασμένα στο μυαλό μας με την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η διαδικασία της διδασκαλίας ξεκινά από την στιγμή της διάγνωσης και συνεχίζεται όσο διαρκεί η θεραπεία.

##### **ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΣΤΗΝ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ:**

1. Η κατανόηση της διεργασίας της νόσου και της θεραπείας.
2. Η ενεργός συμμετοχή του στο πρόγραμμα θεραπείας και αποκατάστασης.
3. Η διατήρηση αυτοελέγχου στο νοσοκομείο και στο σπίτι.
4. Η καλλιέργεια ικανοτήτων αυτοαξιολόγησης και ακριβούς ενημέρωσης.
5. Η προαγωγή του αυτοθεραπευτικού δυναμικού τους και του αισθήματος ευεξίας.

##### **ΟΦΕΛΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

1. Ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα.
2. Βελτίωση της συνεργασίας με την ομάδα υγείας.
3. Καλύτερη συμμόρφωση με την θεραπεία.
4. Μείωση άγχους και ανησυχίας.
5. Αίσθημα αυτοελέγχου.

##### **Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Η επικοινωνία με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο έχει αναγνωριστεί ως πολύ σημαντική, αλλά και ιδιαίτερα δύσκολη νοσηλευτική πράξη με σημαντικά αποτελέσματα στην ψυχολογική στήριξή τους.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην καλλιέργεια και ανάπτυξη της ικανότητας για επικοινωνιακή επικοινωνία από τον νοσηλευτή είναι:

1. η ειδική εκπαίδευση,
2. η εμπειρία,
3. η διάθεση του να επικοινωνήσει,
4. η προσωπικότητα του,
5. η θέση και η φιλοσοφία της ζωής του σε σχέση με την νόσο καρκίνος, επίσης
6. το περιβάλλον εργασίας,
7. η δυνατότητα ψυχολογικής στήριξης σε ομάδες μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας,
8. η καλή συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Παράγοντες που επηρεάζουν τους εκπαιδευτικούς στόχους είναι:

#### **A. ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

1. Φύλο
2. Ηλικία και στάδιο ανάπτυξης
3. Προσωπικότητα
4. Μηχανισμοί άμυνας
5. Κατάσταση υγείας και το θεραπευτικό πρόγραμμα
6. Προηγούμενες εμπειρίες
7. Επίπεδο εκπαίδευσης
8. Πολιτισμικό επίπεδο.

Στους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο επικρατεί ο μηχανισμός της άρνησης. Όμως συχνά συνυπάρχουν και λειτουργούν περισσότεροι από έναν μηχανισμό άμυνας.

Το ποιος μηχανισμός θα επικρατήσει εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς, την φύση της ασθένειας, την βαρύτητα της νόσου την ψυχολογική επιβάρυνση από το περιβάλλον του με κυριότερο παράγοντα την προσωπικότητα.

#### **B. ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

1. Το περιβάλλον

## 2. Οι διαθέσιμοι πόροι (ο χρόνος, το εκπαιδευτικό υλικό, το προσωπικό)

Έχουν αναπτυχθεί δύο στρατηγικές αποτελεσματικής εκπαίδευσης των ασθενών.

### **A. Αξιολόγηση αναγκών και προτιμήσεων μάθησης**

Βασική προϋπόθεση είναι να αναγνωρίσουμε το είδος και την ποσότητα των πληροφοριών που χρειάζεται ο ασθενής την κάθε στιγμή, ώστε να ενθαρρύνουμε την συμμετοχή του ως ενεργού μέλους στην θεραπευτική διαδικασία. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την αξιολόγηση του τρόπου ώστε να επιτευχθεί η αποδοτικότερη ενημέρωση και εκπαίδευσή του.

### **B. Αξιολόγηση της ετοιμότητας για μάθηση**

Αξιολογείται το επίπεδο επικοινωνίας του ασθενούς: αγωνία, άγχος για τα αποτελέσματα της θεραπείας, ελλιπής πληροφόρηση που δίνει ένα αίσθημα ανασφάλειας. Σύγχυση, διέγερση, ληθαργικότητα.

Επιλέγεται η κατάλληλη χρονική στιγμή για εκπαίδευση. Τόσο η φυσική όσο και η ψυχολογική ετοιμότητα για μάθηση έχει πολύ μεγάλη σημασία. Ένα σημαντικό κομμάτι της διδασκαλίας/εκπαίδευσης των ασθενών πραγματοποιείται όταν προσέρχονται στο εξωτερικό ιατρείο για να κάνουν την προγραμματισμένη τους θεραπεία χωρίς σχεδιασμό. Επίσης στα διαλείμματα της εργασίας μας χωρίς να έχει προηγηθεί καμιά αξιολόγηση παρά μόνο το γεγονός ότι εκείνη την στιγμή έχουμε τον διαθέσιμο χρόνο. Η εκπαίδευση θα είναι επιτυχής, αν κατευθύνεται σύμφωνα με το τι θέλει ο ασθενής, παρά με το τι ο νοσηλευτής νομίζει για τον ασθενή.

## **6.5. Επικοινωνία νοσηλεύτρια – ασθενούς**

Ο ρόλος της ασθενούς είναι παραδοσιακά ρόλος εξάρτησης και αλλοτρίωσης. Ποτέ κανείς ενήλικος, δεν διανοείται να αναθέσει τη φροντίδα του εαυτού του σε κάποιον άλλο, εκτός από την περίπτωση της ασθένειας, οπότε αυτό γίνεται υποχρεωτικά. Η εκχώρηση αυτής της φροντίδας στη νοσηλεύτρια είναι συναισθηματικά φορτισμένη, επειδή συνοδεύεται από ένα βαθμό ενδοψυχικής σύγκρουσης, που αφορά σε αυτό που ο ενήλικος

εκλαμβάνει σαν παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία, σε μια ηλικία που υπήρχε εξάρτηση από τους γονείς.

Η σύγχρονη αντίληψη στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην κλινική πράξη θέλει τη σχέση νοσηλεύτριας-ασθενούς κοινωνικά ισότιμη. Προϋποθέτει καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη, με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας της ασθενούς. Έτσι, η ασθενής δεν μένει άβουλη στη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και της θεραπείας, αλλά συμμετέχει ενεργά μέσα από αμφίδρομη επικοινωνία με τη νοσηλεύτρια, κατά την οποία αλληλομεταδίδονται πολύτιμες πληροφορίες και για τις δύο. Στα πλαίσια αυτής της επικοινωνίας, η νοσηλεύτρια, πριν από οποιαδήποτε ενέργειά της, λαμβάνει υπόψη της τις προηγούμενες αντιδράσεις της ασθενούς και η ασθενής – αποκτώντας συνείδηση του υπεύθυνου ρόλου της – παρέχει στη νοσηλεύτρια τις πληροφορίες εκείνες που θα προωθήσουν την υπόθεση της υγείας της.

Έχοντας συνεχώς αντίληψη των αντιδράσεων της ασθενούς, η νοσηλεύτρια μεθοδεύει την όλη της δραστηριότητα έτσι, ώστε αυτή να μην έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στην ασθενή. Φυσικά, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τις επιστημονικές της γνώσεις και την κλινική της εμπειρία κατά τον επωφελέστερο για κάθε ασθενή τρόπο.

Για την ουσιαστική επικοινωνία με την ασθενή, είναι απαραίτητη η δημιουργία συναισθηματικής σύζευξης νοσηλεύτριας-ασθενούς: η νοσηλεύτρια «νιώθει» το συνολικό πρόβλημα της ασθενούς, τόσο από τη σωματική όσο και από την ψυχολογική του πλευρά, και η ασθενής καταλαβαίνει ότι η νοσηλεύτρια τη «νιώθει» αληθινά. Πρόκειται δηλαδή για μια σχέση που στηρίζεται σε αυτό που λέμε θεραπευτική συμμαχία.

Η επικοινωνία ασθενούς-νοσηλεύτριας σημαίνει ανταλλαγή απόψεων, ιδεών και συναισθημάτων. Περιλαμβάνει ακρόαση μέσα από λεκτικές ή άλλες οδούς, ώστε να διευκολυνθεί και να βελτιωθεί ο τρόπος επικοινωνίας και να αναφερθεί η σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δύο ατόμων. Στην επικοινωνία νοσηλεύτριας-ασθενούς στηρίζεται και η ενημέρωση της ασθενούς για την ασθένειά της. (34)

---

(34) Κόνιαρη Ε., Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση, σελ. 129.



Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση φραγμάτων επικοινωνίας, οι οποίοι παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές. Οι φραγμοί επικοινωνίας προέρχονται από πολιτισμικές, κοινωνικές, και προσωπικές συνήθειες ή ανάγκες του επαγγελματία υγείας με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η αυτοέκφραση του αρρώστου και ο ίδιος να αποτυγχάνει να τον ακούσει και να τον κατανοήσει.

Ορισμένοι από τους κυριότερους φραγμούς είναι:

1. **Αλλεπάλληλες ερωτήσεις.** Οι ερωτήσεις αποτελούν φραγμό, όταν κατακλύζουν το άτομο και το κάνουν να νοιώθει ότι ανακρίνεται. Οι συνεχείς ερωτήσεις καθοδηγούν την συζήτηση και εμποδίζουν την ελεύθερη έκφραση.
2. **Κήρυγμα ηθικολογίας.** Συχνά το προσωπικό υγείας ηθικολογεί καθοδηγώντας τον άρρωστο στο πως πρέπει να νοιώθει, να σκέπτεται και να συμπεριφέρεται.
3. **Κριτική.** Η κριτική μειώνει τον άρρωστο και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του. Συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύσει την αμυντική ή την επιθετική στάση του.
4. **Συμβουλή – καθοδήγηση.** Η ευκολία με την οποία το προσωπικό υγείας δίνει συστάσεις, συμβουλές, απαντήσεις ή λύσεις στα προβλήματα του αρρώστου είναι μερικές φορές εντυπωσιακή. Η τάση να καθοδηγούμε και να ορίζουμε τη συμπεριφορά του άλλου, δρα αρνητικά στην διαπροσωπική σχέση. (35)

---

(35) Τσανίρα Σ., Κώδικες Επικοινωνίας, σελ. 43.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

### ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΓΑΛΟΥΧΙΑ

#### 7.1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού 3 – 4 χρόνια πριν εκδηλωθεί βρίσκεται κλινικώς στο μικρότερο ανιχνεύσιμο μέγεθος (1 cm).

Ως καρκίνο του μαστού στην εγκυμοσύνη ή τη γαλουχία εννοούμε αυτόν που αναπτύχθηκε στη διάρκεια της ή και ένα χρόνο μετά από αυτήν.

Πριν από 30 χρόνια, η συνύπαρξη καρκίνου του μαστού και εγκυμοσύνης ήταν αντένδειξη για εγχείρηση. Σήμερα, αν και έχει αλλάξει η άποψη αυτή, η πάθηση αποτελεί ακόμη σοβαρή μορφή καρκίνου με κακή πρόγνωση για τους ακόλουθους λόγους:

α. Η διάγνωση καθυστερεί 2 περίπου μήνες, επειδή στην εγκυμοσύνη η υπερτροφία του μαστικού αδένου δυσχεραίνει τη ψηλάφηση.

β. Η διασπορά είναι ταχύτερη εξαιτίας της μεγάλης αγγειοβρίθειας.

γ. Οι γιατροί διστάζουν να αφαιρέσουν κάθε ογκίδιο του μαστού στην εγκυμοσύνη και να το εξετάσουν ιστολογικώς. Έτσι, καθυστερεί η διάγνωση.

δ. Σε νέες γυναίκες, η υπερπαραγωγή οιστρογόνων και προγεστερόνης επιταχύνει την ανάπτυξη καρκίνου, που υπήρχε πριν από τη σύλληψη.

ε. Η έγκυος δεν συμβουλευεται το γιατρό της για κάθε διόγκωση που ψηλαφά στο μαστό της.

στ. Ο μαιευτήρας παραλείπει την εξέταση μαστού κατά την παρακολούθηση της εγκύου. (36)

#### 7.2. Συχνότητα

Περίπου 15 – 20% των νεοδιαγνωσθένων καρκίνων του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες κάτω των 45 ετών, π.χ. κατά την αναπαραγωγική περίοδο. Περίπου 3% των καρκίνων του μαστού διαγιγνώσκονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Μια στις 3.000 έγκυες έχει

καρκίνο του μαστού. Είναι πιθανόν ότι υπάρχουν πολύ περισσότερες, οι οποίες βρίσκονται σε υποκλινικό στάδιο. (36)

### 7.3. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Σε αυτούς ανήκουν:

α. Η πρώτη εγκυμοσύνη, όταν συμβαίνει κάτω των 30 ετών, προστατεύει τη γυναίκα από τον καρκίνο του μαστού. Οι επόμενες δεν έχουν προστατευτική αξία.

Η προστασία της πρώτης εγκυμοσύνης, σε όσο το δυνατόν μικρότερη ηλικία, ασκείται είτε γιατί αυτή μεταβάλλει τους υπεύθυνους για την ανάπτυξη του καρκίνου παράγοντες είτε γιατί μεταβάλλει το μαζικό αδένια και τον κάνει λιγότερο ευαίσθητο στον καρκίνο. Αντίθετα, η γαλουχία δεν επιδρά σημαντικά στο μηχανισμό αυτόν.

β. Η οιστριόλη ανταγωνίζεται την ενζυμική δράση της 17-β οιστραδιόλης, που πιστεύεται ότι ευνοεί την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Έτσι, η υπερπαραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη πιστεύεται πως προστατεύει το μαστό από τη δράση της οιστρονής και της οιστραδιόλης.

γ. Ο καρκίνος του μαστού είναι 6 φορές συχνότερος στις γυναίκες που εκκρίνουν στα ούρα 24ώρου λιγότερο από 0,4 mg αιθιοχολαναλόνης (τιμή κάτω του φυσιολογικού), σε σύγκριση με εκείνες που εκκρίνουν πάνω από 1 mg (τιμή φυσιολογική).

δ. Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις γυναίκες που παίρνουν θυρεοειδικά σκευάσματα για υποθυρεοειδισμό, ενώ η θυρεοειδοτρόπος βρέθηκε υψηλή σε άρρωστη με καρκίνο του μαστού και χαμηλή θυρεοειδική λειτουργία.

ε. Υποστηρίζεται ότι τα ωθηκικά οιστρογόνα ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

στ. Η υπερπαραγωγή οιστριόλης κατά την εγκυμοσύνη οδηγεί σε διπλασιασμό και τριπλασιασμό των κορτικοστεροειδών.

ζ. Η υπερπρολακτιναιμία ενδεχομένως σχετίζεται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. (36)

---

(36) Παπανικολάου Ν., Γεωργαδάκης Γ., Ο καρκίνος του μαστού στην κύηση και στη γαλουχία.

#### **7.4. Πρόγνωση**

Η μέση πενταετής επιβίωση στον καρκίνο του μαστού είναι 59%. εάν συνυπάρχει εγκυμοσύνη ή γαλουχία, μειώνεται σε 15 – 20%.

Σε καρκίνο του μαστού σταδίων I – III και εγκυμοσύνη πρώτου τριμήνου η επιβίωση είναι 48% έναντι 14% στο δεύτερο τρίμηνο. Κύρια αιτία η καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία.

Αναφέρεται ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 54% σε 120 γυναίκες που κυοφόρησαν 6 μήνες μετά από μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού, δηλαδή καλύτερη από την αντίστοιχη 1.942 προεμμηνοπαυσιακών μαστεκτομηθεισών, που δεν κυοφόρησαν.

Βρέθηκε πως οι γυναίκες που έκαναν μαστεκτομή για καρκίνο και το πρώτο τους παιδί ήταν αγόρι είχαν, στατιστικώς, σημαντικά καλύτερη πρόγνωση από εκείνες που γέννησαν κορίτσι. Η διαφορά αυτή ίσως οφείλεται στις διάφορες εκκρίσεις των γονάδων του εμβρύου.

Όσο μικρότερη ηλικίας είναι η ασθενής τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωσή της. Οι ανοσολογικοί μηχανισμοί εξασθενούν όσο μεγαλώνει η ηλικία, ενώ οι όγκοι παραμένουν βιολογικώς αμετάβλητοι. Εκτός από την άποψη αυτή, υπάρχει και η άποψη ότι οι όγκοι διαφέρουν βιολογικώς στις διάφορες ηλικίες. (37)

#### **7.5. Αντιμετώπιση της κύησης**

α. Αντιμετώπιση σταδίου I. Η πρόγνωση στο στάδιο αυτό είναι εξαιρετική, ιδιαίτερα αν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί. Η πενταετής επιβίωση είναι 85%. Δεν υπάρχει ένδειξη διακοπής της κύησης. Η διατήρηση της κύησης ως τον τοκετό δεν επιβαρύνει την πρόγνωση.

Αν ο τοκετός αναμένεται σε μερικές εβδομάδες, η εφαρμογή θεραπείας για τον καρκίνο μπορεί να αναβληθεί έως 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αν η μαστεκτομή διενεργηθεί μετά τον τοκετό, συνιστάται αναστολή της έκκρισης του γάλακτος, με τη χορήγηση βρωμοκρυπτίνης, τουλάχιστον για 1 εβδομάδα, με σκοπό τη μείωση του μεγέθους και της αγγειοβρίθειας του μαστού.

Η εφαρμογή θεραπειών που μπορεί να βλάψουν το έμβρυο αποφεύγονται. Αν οι λεμφαδένες είναι αρνητικοί, δεν απαιτείται πέραν της μαστεκτομής άλλη θεραπευτική παρέμβαση.

Η μητέρα μπορεί μετά τη μαστεκτομή να θηλάζει το νεογνό αμφοτεροπλευρώς, αν επιθυμεί.

β. Αντιμετώπιση σταδίων II, III. Προφυλακτική χημειοθεραπεία μετεγχειρητικώς συνιστάται σε περίπτωση που έχουμε θετικούς λεμφαδένες, οι οποίοι απαντώνται θετικοί σε ποσοστό 80% στις έγκυες ασθενείς.

Κλινικές δοκιμές αναφέρουν σημαντική καθυστέρηση στην επανεμφάνιση του όγκου, αν εφαρμοσθεί χημειοθεραπεία αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση· συνιστάται διακοπή της κύησης, αν η χημειοθεραπεία επρόκειτο να αρχίσει κατά τη διάρκεια του πρώτου ή του δεύτερου τριμήνου.

Αν ο καρκίνος διαγνωσθεί κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, υπάρχει δυνατότητα να καθυστερήσει η έναρξη της χημειοθεραπείας, έως ότου το έμβρυο καταστεί βιώσιμο οπότε διενεργείται καισαρική τομή. Μια μικρή καθυστέρηση έναρξης της χημειοθεραπείας, ώστε να εξασφαλισθεί η εμβρυϊκή βιωσιμότητα, σπάνια επηρεάζει την πρόγνωση του καρκίνου. Ολοθηκεκτομή είναι δυνατόν να γίνει μετά τη γέννηση, ιδιαίτερα αν η γυναίκα είναι άνω των 35 ετών και ο όγκος είναι ER<sup>+</sup>.

γ. Αντιμετώπιση σταδίου IV. Μεταστατική νόσος. Η θεραπευτική αντιμετώπιση σε αυτό το στάδιο είναι ανακουφιστική. Η πενταετής επιβίωση του σταδίου είναι 0%. Γι' αυτό το λόγο, πολλοί γονείς καταφεύγουν σε διακοπή της κύησης, η οποία όμως δεν βελτιώνει την πρόγνωση. Διακοπή της κύησης συνιστάται ως ανακουφιστική παρέμβαση, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ER<sup>+</sup>. (37)

### **7.6. Κύηση μετά από μαστεκτομή**

Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες, που έχουν μείνει έγκυες κατόπιν θεραπείας καρκίνου του μαστού, έχουν μεγαλύτερη δεκαετή επιβίωση. Η εγκυμοσύνη στις γυναίκες αυτές έλαβε χώρα 6 μήνες ως και μετά από 2 χρόνια από τη διάγνωση του καρκίνου.

Περίπου 70% των εγκυμοσύνων μετά από διάγνωση του καρκίνου του μαστού συνέβησαν μέσα στα 5 πρώτα χρόνια από την αρχική θεραπεία.

Ορισμένοι ογκολόγοι συνιστούν την αναμονή 18 μηνών έως 2 ετών πριν από οποιαδήποτε επακόλουθη της θεραπείας σύλληψη, ώστε αλλαγές στο μαζικό αδένια να μπορούν να παρατηρηθούν και να εξετασθούν καλύτερα για επανεμφάνιση του καρκίνου.

Οι γυναίκες, μετά τη μαστεκτομή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του θηλασμού, δεν πρέπει να ξεχνούν να κάνουν αυτοεξέταση των μαστών τους ως προληπτικό μέσο διάγνωσης νέου καρκίνου. (37)

---

(37) Μπαντουβάς Χ., Μπαντουβά – Αλεξανδρίδου Α., Αλεξανδρίδης Κ., Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη και στη γαλουχία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΣΤΑΔΙΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

#### 8.1. 1<sup>η</sup> Φάση – Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλεισθεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και, δεύτερον, με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για τη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειές της εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζητήσει με άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά της προβλήματα ανοιχτά και επικοινωνητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή της στο στάδιο αυτό. (38)

## **8.2. 2<sup>η</sup> Φάση – Ενδιάμεσο στάδιο**

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύθηκε αποτελεσματικά, επανεμφάνισθη και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας. Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες κ.λ.π.

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου. Είναι οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι' αυτές την αρχή του τέλους, που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν· θα δημιουργείτο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοσθεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της νόσου, και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή.

Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου· μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολισθούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στον ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και να την κατευθύνουν σε παραδεκτές θεραπείες.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις δύσκολες στιγμές, ενώ, όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώσουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και στην οικογένειά της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης, πρέπει να εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, η ασθενής μπορεί να αποδώσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της νόσου και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει η νοσηλεύτρια να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα



υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στην ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν· όμως, υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από τη νόσο που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή πως ενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανισθούν. Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινισθούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως ότι η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μην μπορεί να εργασθεί πια· να παραμείνει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα την ευχαριστούσαν. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολήση, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της νόσου, η ασθενής φοβάται ότι η οικογένειά της θα την εγκαταλείψει. Έτσι, μερικές ασθενείς γίνονται υπάκουες χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγήσουν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιωθεί στην ασθενή ότι ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένη. Τότε, θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται· η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί· θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτήν. (38)

### 8.3. 3<sup>η</sup> Φάση – Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνον ανακουφιστική, η ασθενής αντιμετωπίζει το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο **κοινωνικός θάνατος**, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται, υπάρχει ο **ψυχικός θάνατος**, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως, ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι – στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη, υπάρχει ο **βιολογικός θάνατος**, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργικών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι κανείς δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει.

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγον καιρό. (38)

---

(38) Αναγνωστόπουλος Φ., Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς, σελ. 138-141.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### 9.1. Δικαιώματα ασθενών με καρκίνο (39)

Στην ιατρική ηθική και δεοντολογία και στην σχετική διεθνή και εθνική νομολογία δεν γίνεται διάκριση των δικαιωμάτων μεταξύ υγιών και ασθενών. Τα δικαιώματα αφορούν όλους τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και τους καρκινοπαθείς.

Τα δικαιώματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.
- Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί, ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται.
- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρο μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνώρισεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

---

(39) Λεμονίδου Χ., Τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενή, σελ. 83-85.

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Όλα τα παραπάνω δικαιώματα των καρκινοπαθών τονίζονται και προστατεύονται επίσης από τα βασικά καταστατικά άρθρα των ιατροκοινωνικών φορέων, όπως της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ή των αμιγώς επιστημονικών, σαν την Ελληνική Ογκολογική Εταιρεία. Το ίδιο προβλέπεται στο ιδρυτικό σκεπτικό των Αντικαρκινικών νοσοκομείων και διατυπώνεται σαφώς στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας τους.

### **9.2. Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (40)**

Ένας από τους πρωτοπόρους στο χώρο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία με το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ατόμων με Καρκίνο. Σκοπός του Προγράμματος είναι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το άτομο με καρκίνο και η οικογένειά τους και λειτουργεί από το 1983.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι ένας εξωνοσοκομειακός φορέας που βρίσκεται σε άμεση συνεργασία με νοσοκομεία, κλινικές, ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό καθώς και με άλλους φορείς και ειδικότητες προκειμένου να αντιμετωπίσει υπεύθυνα, το θέμα της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Το Πρόγραμμα απευθύνεται σε κάθε άτομο που προσβάλλεται από καρκίνο ανεξάρτητα από το φύλο, την εντόπιση της νόσου, την ηλικία και την μόρφωση με μόνη προϋπόθεση την πληροφόρηση για την διάγνωση της αρρώστιας.

Οι στόχοι του Προγράμματος είναι:

1. Να βοηθούν τα άτομα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, από την πορεία τους μέσα στην ασθένεια και ως αυτοί την βιώνουν.
2. Να αντιμετωπίσουν τα άμεσα προβλήματα που συνδέονται με την αρρώστια.

(40) Τσανίρα Σ., Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών με καρκίνο, σελ. 225-226.

3. Να βοηθηθούν να ζουν με την γνώση της σοβαρής ασθένειας και των συνεπειών της και να μπορούν να αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες.
4. Να βοηθηθούν τα άτομα στο να προσαρμοστούν στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
5. Να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα που αφορούν προσωπικά προβλήματα και ανάγκες.
6. Να ενεργοποιηθούν προς την κοινωνικής τους επανένταξη.

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των στόχων του Προγράμματος είναι η μέθοδος της συνέντευξης και σε ένα δεύτερο επίπεδο είναι η μέθοδος της ομαδικής διεργασίας. Με τη μέθοδο της συνέντευξης τόσο ο ασθενής όσο και κάποιος μέλος της οικογένειας του ενθαρρύνεται να έλθει σε επαφή με τα συναισθήματά του, να τα αναγνωρίσει και στη συνέχεια να τα παραδεχτεί ώστε να συμφιλιωθεί μαζί τους και αυτό είναι μια πρώτη συμφιλίωση με την ασθένεια. Ένα δεύτερο σημείο είναι το άτομο να βοηθηθεί να εκφράσει τους φόβους του και τις ανησυχίες του για την αρρώστια προάγοντας έτσι την ανοικτή επικοινωνία και σταδιακά την έξοδό του από την απομόνωση που βρίσκεται. Τέλος, μέσα από την συνέντευξη γίνονται γνωστές οι ανάγκες του κάθε ατόμου και αυτό βοηθάει ώστε να συμμετέχει το ίδιο το άτομο ενεργά σε αυτό που λέγεται αποκατάσταση.

Η μέθοδος της ομαδικής διεργασίας είναι ένα άλλο μέσο ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του Προγράμματος. Αυτή τη στιγμή στο Κέντρο λειτουργούν δύο Ομάδες. Η μια είναι Υποστήριξης και η άλλη είναι οικογενειακού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, η Ομάδα Υποστήριξης έχει ως στόχο να βρεθούν μαζί άτομα που έχουν το ίδιο πρόβλημα υγείας, να επικοινωνήσουν μεταξύ τους να μοιραστούν τα συναισθήματά τους, να έλθουν σε επαφή με διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης της αρρώστιας, και το πιο σημαντικό να συνειδητοποιήσουν τη δύναμη της επικοινωνίας ενάντια στην κοινωνική απομόνωση.

Η Ομάδα Οικογενειακού Περιβάλλοντος συγκεκριμένα πρόκειται για μια ομάδα νέων που ο ένας από τους δυο γονείς έχει νοσήσει από Καρκίνο. Στόχος σε αυτή την ομάδα είναι:

1. Να οδηγηθεί το άτομο να πάρει την καλύτερη δυνατή στάση απέναντι στον ασθενή και να επικοινωνήσει μαζί του.

2. Να ενθαρρυνθεί η οικογένεια να συζητήσει με τον ασθενή τις ιδιαίτερες ανάγκες του και τα συναισθήματά του.
3. Να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν τα δικά τους προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση της ασθένειας και να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα δηλαδή την ένταση, τις ενοχές και την θλίψη τους.

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης πέρα από το υποστηρικτικό κομμάτι διοργανώνει και κοινωνικές δραστηριότητες που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση του προβλήματος της απομόνωσης που συχνά παρατηρείται μετά την ασθένεια και τη συμβολή στην κοινωνική επανένταξη του ατόμου. Οι κοινωνικές αυτές δραστηριότητες έχουν και ψυχαγωγικό χαρακτήρα, όπως η ετήσια κοπή της Χριστουγεννιάτικης πίτας, ημερήσιες εκδρομές, ανοικτά απογεύματα στο Κέντρο και άλλες εκδηλώσεις που άμεσο στόχο έχουν την προαγωγή της ποιότητας ζωής του κάθε ατόμου.

## ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα προαναφερθέντα καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) Ακόμα και στις μέρες μας η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού αποτελεί κοινωνική προκατάληψη που έχει συχνά ως αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό και την προκατάληψη.
- 2) Η παρουσία ή η απουσία των επιβαρυντικών επιδημιολογικών παραγόντων στο ιστορικό της γυναίκας καθορίζει την κατάταξή της στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.
- 3) Σημαντικός παράγοντας στον καρκίνο του μαστού αποτελεί η πρόγνωση της νόσου αυτής.
- 4) Οι θεραπευτικές δυνατότητες οι οποίες υφίστανται για τον έλεγχο της νόσου είναι πολυάριθμες. Δεν υπάρχει ένας ιδεώδης τύπος εγχειρήσεως για όλες τις ασθενείς.
- 5) Η ουσιαστική πληροφόρηση και εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου.
- 6) Η συνεχής επικοινωνία των νοσηλευτών με τις ασθενείς με καρκίνο μαστού μπορεί να αποτελέσει το σύνδεσμο που θα οδηγήσει την ίδια την ασθενή να αντιμετωπίσει τη νόσο με τις δικές της δυνάμεις.
- 7) Η δημιουργία ομάδων και προγραμμάτων στήριξης των γυναικών με καρκίνο μαστού, προσφέρει πολλά στην κατεύθυνση της ελάττωσης των ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της νόσου.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

ΑΔΑΜΗ Ρ., Ελληνική Ακτινολογία – Ειδικό Αφιέρωμα Μαστός Ι, *Κλινική Απεικόνιση του Καρκίνου του Μαστού*, Τόμος 18, Ιούλιος-Δεκέμβριος 1987, σελ. 101-106.

ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ Μ., Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου, Αθήνα 1950, σελ. 107-114.

ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ., Ψυχολογική υποστήριξη της καρκινοπαθούς, εκδόσεις Κοσμίδης, Αθήνα 1984, σελ. 135-145.

Adler DD Wahl RL., New Methods for imaginathe breast findings and potential, *AJR. AmJ Roentgenot*, pages 160-170

ΒΟΥΡΤΣΗ Α., Σύγχρονη Απεικονιστική Διερεύνηση των Παθήσεων του Μαστού, *Τεχνική μαστογραφίας: Πίεση – Τοποθέτηση*, εκδόσεις Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας, Αθήνα 2001, σελ. 1-10.

Caskey S., Imaging spectrum of extracapsular silicone: colleration of us, MRI, *Mammographic and histopathologic finding*, 1999, pages 537-545.

ΓΕΝΝΑΤΑΣ Κ., Ελληνική Ακτινολογία – Μαστός ΙΙ, *Χημειοθεραπεία και Ορμονοθεραπεία στον Καρκίνο του Μαστού*, Τόμος 19, Ιανουάριος-Ιούνιος 1988, σελ. 213-220.

ΓΕΝΝΑΤΑΣ Κ., Συμβολή στην Αντιμετώπιση του Καρκίνου του Μαστού με συνδυασμό ορμονικών χειρισμών: Διατριβή για υπηγεσία, Αθήνα 1984, σελ. 100-150.

ΓΚΟΓΚΑΣ Ι., Ελληνική Ακτινολογία – Ειδικό Αφιέρωμα Μαστός ΙΙ, *Ριζικές Επεμβάσεις στη θεραπεία του Καρκίνου του Μαστού*, Τόμος 19, Ιανουάριος-Ιούνιος 1988, σελ. 207-212.



ΓΚΟΓΚΑΣ Ι., Σταδιοποίηση, *Σεμινάριο: Καρκίνος του Μαστού*, Αθήνα 1997.

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΨΙΜΟΥΛΗ Α., Η Αλήθεια που δεν λέγεται, *Μάχη και Ελπίδα*, 1990, σελ. 13-30.

ΔΑΡΔΟΥΦΑΣ Κ., Ελληνική Ακτινολογία – Ειδικό Αφιέρωμα Μαστός ΙΙ, *Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού*, Τόμος 19, Ιανουάριος-Ιούνιος 1988, σελ. 195-201.

ΔΑΡΔΟΥΦΑΣ Κ., Μετεκπαιδευτικό Μάθημα: Καρκίνος του Μαστού – Βασικές Γνώσεις, *Καρκίνος του Μαστού – Ακτινοθεραπεία*, εκδόσεις Χ. Μαρκόπουλος, Αθήνα 1997, σελ. 120-136.

FIGLIORE N., Fighting cancer: one patient's perspective *N. Engl. Med* 1979, pages 300-312.

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ – ΜΟΥΖΑΚΑ Α., Η επιδημιολογία του Καρκίνου του Μαστού, 1999, σελ. 46-47.

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ – ΜΟΥΖΑΚΑ Α., Ελληνική Ακτινολογία – Ειδικό Αφιέρωμα Μαστός Ι, *Επιβαρυντικοί παράγοντες στον καρκίνο του μαστού*, Τόμος 18, Ιούλιος-Δεκέμβριος 1987, σελ. 137-142.

ΙΩΑΝΝΟΒΙΤΣ Ι., Σύγχρονη Απεικονιστική Διερεύνηση των Παθήσεων του Μαστού, *Η Αποκατάσταση του Μαστού μετά μαστεκτομή*, εκδόσεις Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας, Αθήνα 2001, σελ. 20-32.

ΚΑΜΠΟΥΡΗΣ Θ., Ελληνική Ακτινολογία – Ειδικό Αφιέρωμα Μαστός Ι, *Η Υπερηχοτομογραφία στον Καρκίνο του Μαστού*, Τόμος 18, Ιούλιος-Δεκέμβριος 1987, σελ. 156-169.

ΚΑΡΛΟΥ – ΣΤΑΥΡΑΚΑ Χ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, *Η πληροφόρηση – εκπαίδευση των ασθενών με καρκίνο*, Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003, σελ. 90-94.

ΚΑΤΣΑΡΑΓΑΚΗΣ Σ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003, σελ. 109-111.

ΚΟΝΙΑΡΗ Ε., Καρκίνος του Μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση, Αθήνα 2001.

ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ Χ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, *Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή*, Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003, σελ. 80-87.

ΜΑΓΡΙΠΛΗΣ Δ., Κοινωνική Εργασία, *Το στίγμα και ο κοινωνικός στιγματισμός από την αρχαιότητα και το Βυζάντιο έως σήμερα*, Τεύχος 59, Αθήνα 2000, σελ. 197-213.

ΜΑΝΙΑΤΗΣ Β., Σύγχρονη Απεικονιστική Διερεύνηση των Παθήσεων του Μαστού, *Νόσος του καρκίνου του Μαστού*, Εκδόσεις Υπουργείου υγείας-Πρόνοιας, σελ. 11-18.

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΣ Χ., Μετεκπαιδευτικό Μάθημα Καρκίνος του Μαστού – *Βασικές Γνώσεις, Βασικές Αρχές στην αντιμετώπιση του καρκίνου του Μαστού – Η θέση της χειρουργικής*, εκδόσεις Χ. Μαρκόπουλος, Αθήνα 1997, σελ. 99-106.

ΜΟΥΡΙΔΣΕΝ ΗΤ., ΡΑΛΣΧΟΦ Τ., Adjuvant Systemic therapy in breast cancer. A review Orcol, pages 1753-1770.

ΜΠΑΝΤΟΥΒΑΣ Χ., ΜΠΑΝΤΟΥΒΑ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΟΥ Α., ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ Κ., Αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη και στη γαλουχία, 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1985.

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν., ΓΕΩΓΡΑΔΑΚΗΣ Γ., Ο Καρκίνος του Μαστού στην κύηση και στη γαλουχία, Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1982.

ΠΑΠΑΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Α., Παράγοντες Κινδύνου του καρκίνου του Μαστού, Ιατρική 2000, σελ. 47-49.

ΠΕΤΡΑΚΗ Δ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, *Κοινωνικές Προκαταλήψεις γύρω από τον καρκίνο*, Τόμος Β, Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, σελ. 237-242.

ΠΟΛΥΖΟΣ Α., Μετεκπαιδευτικό Μάθημα: Καρκίνος του Μαστού – Βασικές Γνώσεις, *Συστηματική Θεραπεία πρωτοπαθούς Καρκίνου του Μαστού*, εκδόσεις Χ. Μαρκόπουλος, Αθήνα, 1997, σελ. 107-117.

RAGAZ J., Neoadjuvant Chemotherapy for breast cancer, *Cancer* 56, pages 719-724.

ΤΣΑΝΙΡΑ Σ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, *Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης ασθενών με καρκίνο*, Τόμος Β, Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001, σελ. 221-228.

ΤΣΑΝΙΡΑ Σ., Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής και Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, *Κώδικες Επικοινωνίας*, Οκτώβριος 2002-Ιανουάριος 2003, σελ. 42-44.

ΦΡΑΓΚΙΑ Κ., Σύγχρονη Απεικονιστική Διερεύνηση των Παθήσεων του Μαστού, *Συσχέτιση των απεικονιστικών ευρημάτων με την παθολογοανατομική εικόνα των παθήσεων του μαστού*, εκδόσεις Υπουργείου Υγείας-Πρόνοιας, Αθήνα 2001, σελ. 41-50.

ΧΡΥΣΟΧΟΟΣ Μ., *Καρκίνος του Μαστού στην Ελλάδα – Σταδιοποίηση και Επιβίωση*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα 1980.