



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**" Οι απόψεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου
του μαστού."**

Αικατερίνη Τσίκαρη
Νοσηλεύτρια ΓΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μεσσήνη Χριστίνα, Λέκτορας Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Κούκουρα Ουρανία, Επιμελήτρια Β' Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Γκαράς Αντώνιος, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής & Γυναικολογίας, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Λάρισα, 2015



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



"Women's opinion on prevention of breast cancer"

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ	5
A.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
2.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ.....	7
3.ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΥ	8
4.ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΣΕΙΣ	12
5.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	13
6.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	15
7.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	17
7.1.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ TNM).....	17
7.2.ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΝ	18
8.ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	19
8.1.ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΦΥ.....	19
8.2.ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	19
8.3.ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	19
8.3.1.ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ	20
8.3.2.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	20
8.3.3.ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ	21
8.3.4.ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	21
9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ BRCA 1 ΚΑΙ BRCA 2	22
10.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	22
11.ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	23
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	25
12.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	25
12.1.ΣΚΟΠΟΣ.....	25
12.2.ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	25
13.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	27
14.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	43
15.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	53

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο καρκίνος αποτελεί μία νόσο μάστιγα για την εποχή μας. Ο καρκίνος του μαστού ειδικότερα, είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος καρκίνος στις γυναίκες και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως.

Σκοπός: Ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των γυναικών σχετικά με την πραγματοποίηση προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού.

Μέθοδος: Συμμετείχαν 150 γυναίκες από ιδιωτικό ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο που συμπλήρωσαν ισάριθμα ερωτηματολόγια με κλειστού τύπου ερωτήσεις. Δημιουργήθηκε μια κλίμακα γνώσεων προσυμπτωματικού ελέγχου, όπου το σωστό ή το λάθος των απαντήσεων καθορίστηκε με βάση τις πιο πρόσφατες οδηγίες της αμερικάνικης αντικαρκινικής εταιρείας.

Αποτελέσματα: Το 26,7% του δείγματος δεν έχει κάνει ποτέ ψηλάφηση μαστών και το 13,3% όσων είχαν ένδειξη δεν έχει κάνει ποτέ μαστογραφία. Το 94,6% των γυναικών θεωρεί ότι, ο συνδυασμός των μεθόδων πρόληψης αυξάνει τη διαγνωστική επιτυχία. Τακτική αυτοεξέταση των μαστών αναφέρεται από το 64,7%, αλλά μια φορά το μήνα τους εξετάζει το 48%. Ποτέ δεν έχει πραγματοποιηθεί κλινική εξέταση στο 10% των γυναικών. Στην κλίμακα πρόληψης, η πλειονότητα (66%) απάντησε σωστά σε λιγότερες από τις μισές ερωτήσεις, ενώ καμία γυναίκα δεν απάντησε σωστά σε όλες. Το καλύτερο μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκε με καλύτερη γνώση του προσυμπτωματικού ελέγχου, ενώ η κακή οικονομική κατάσταση συνοδεύεται από χαμηλότερη συχνότητα μαστογραφίας. Η αμέλεια και ο φόβος για το αποτέλεσμα είναι τα κυριότερα εμπόδια στη διενέργεια του προληπτικού ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η πλειονότητα των γυναικών έχει θετική στάση, αλλά ανεπαρκείς γνώσεις για τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού. Χρειάζεται πληρέστερη ενημέρωση των γυναικών και συντονισμένη δράση σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την επιτυχία του προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου του μαστού.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος μαστού, θνησιμότητα, παράγοντες κινδύνου, θεραπεία, μαστογραφία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ (Abstract)

Introduction: Cancer is nowadays considered a plague. Breast cancer, in particular, is the most common type of cancer in women and it is the second most usual cause of death worldwide.

Aim: The aim of this paper was to investigate what women know about breast cancer screening and what their attitude is towards it.

Method: 150 women, patients of a privately owned radiology laboratory, participated in the research by filling questionnaires including closed ended questions. A scale about the awareness of screening was thus created, where the right or the wrong answer was defined according to the most recent instructions of the American Anticancer Institute.

Results: 26,7% of the subjects questioned has never had a breast palpation while 13,3% of those who had cancer indications has never gone through mammography. 94,6% of the women considers that the combination of prevention methods increases the diagnostic success. 64,7% claims to examine themselves regularly but only 48% of them examine themselves every month. 10% of the women never had a clinical examination. In the awareness scale, the majority (66%) provided a correct answer to fewer than half the questions while no one answered correctly to all of them. Having a better educational background was connected to a higher awareness level regarding screening while a poor economic situation led to a lower frequency in mammography. Negligence and fear for the result are the main obstacles of undergoing screening for women.

Conclusion: Most women have a positive attitude yet insufficient knowledge concerning breast cancer screening. Women need to be better informed and there needs to be coordinated action at primary health care in order for the breast cancer screening to be successful.

Key-words: breast cancer, mortality, risk factors, treatment, mammography

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μαστός αποτελεί για την γυναίκα σύμβολο του κάλλους και της γονιμότητας. Από τα αρχαία χρόνια έως και σήμερα, η γυναίκα πασχίζει όχι μόνο να διατηρήσει την αισθητική του μαστού της αλλά και την ακεραιότητά του. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, μπορεί να εμφανιστεί κακοήθεια. Ο καρκίνος του μαστού αναφέρεται από την αρχαιότητα και είχε περιγραφεί από τους αρχαίους Αιγύπτιους. Παράλληλα, ο Ιπποκράτης (460-377 π.Χ.), ο επιφανέστερος Έλληνας ιατρός, ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε σε γραπτά κείμενα τον όρο «καρκίνος» ή «καρκίνωμα». ^[1]

Με τον όρο «καρκίνος του μαστού» εννοούμε την ανάπτυξη ενός κακοήθους όγκου στον μαστό. Ο καρκίνος οφείλεται στον μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό των παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος. Τα καρκινικά κύτταρα είναι πιθανόν να δώσουν μεταστάσεις σε γειτονικούς ιστούς. Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται μία από τις πιο συχνές παθήσεις του μαστού και εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες, αν και έχουν παρατηρηθεί περιστατικά καρκίνου του μαστού και στους άνδρες. ^[2]

Για το δυτικό κόσμο ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μάστιγα και είναι δεύτερος σε συχνότητα εμφάνισης μετά τον καρκίνο του πνεύμονα ως αιτία θανάτου στις γυναίκες, καθώς προσβάλλει κάθε χρόνο εκατομμύρια γυναίκες σε όλο τον πλανήτη. Στην Ελλάδα εμφανίζονται περίπου 3500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού το χρόνο.^[3] Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους, ενώ το υπόλοιπο 20% αφορά άλλες μορφές καρκινωμάτων. ^[4]

Σήμερα, υπάρχουν διαθέσιμοι τρόποι να περιορισθεί η καρκινογένεση στον μαστό, όχι όμως να λυθεί το πρόβλημα, αφού την ακριβή αιτία του την αγνοούμε. Οι σύγχρονες διαγνωστικές μέθοδοι για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού βασίζονται στην πρόοδο της μαστογραφίας και της κυτταρολογίας, σε συνδυασμό με την προληπτική κλινική εξέταση των μαστών από έμπειρο ειδικό μαστολόγο. Περίοπτη θέση ανάμεσα σε αυτές τις εξετάσεις κατέχουν η μαστογραφία και η αυτοεξέταση. ^[5]

Υπάρχουν και τροποποιησιμοι παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό αλλά και ορμονικοί παράγοντες. Η γνώση καθιστά δυνατή και την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. ^[6]

Υπολογίζεται ότι, με τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να ελαττωθεί η θνητότητα κατά 20%, ενώ αποφεύγεται κατά το ελάχιστο ένας θάνατος ανά 2000 γυναίκες που εξετάζονται έως 1 στις 100 το μέγιστο, ανάλογα με την ηλικία των γυναικών και τη συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων. Σημαντικό ρόλο στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του καρκίνου του μαστού διαδραματίζουν όλα τα είδη πρόληψης, τα προγράμματα μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου και η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. ^[7]

Η μελέτη που ακολουθεί αποσκοπεί στη διερεύνηση και την αξιολόγηση των γνώσεων και των πεποιθήσεων των γυναικών, σχετικά με τις προληπτικές εξετάσεις διαλογής (screening tests) για τον

καρκίνο του μαστού. Πιο συγκεκριμένα , επιδιώκεται να αναδειχθούν οι αντιλήψεις των γυναικών για τη συμμετοχή τους ή μη σε προγράμματα πρόληψης και να οριοθετηθούν οι πιθανοί ανασταλτικοί παράγοντες για την πραγματοποίηση των προληπτικών εξετάσεων. Καθώς η πρόληψη είναι καίριας σημασίας παράγοντας για την επιτυχή αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η αθρόα συμμετοχή των γυναικών στα σχετικά προγράμματα αυξάνει πολύ το προσδοκώμενο όφελος. Τα αποτελέσματα αναμένεται να βοηθήσουν στον καλύτερο σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων στην κοινότητα και την ευαισθητοποίηση των ασθενών.

2. ANATOMIA ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός, όπως προαναφέραμε, συμβολίζει την ομορφιά, την θηλυκότητα και την λαγνεία μιας γυναίκας. Οι μαστοί είναι εξωγενείς αδένες. Η ανάπτυξη τους ξεκινάει κυρίως κατά την ήβη. Στους τελευταίους μήνες της κύησης και της γαλουχίας, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστο. Το σχήμα των μαστών αλλάζει ανάλογα με την ηλικία και τις ορμονικές διακυμάνσεις της γυναίκας.

Είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, μεταξύ της 2^{ης} και 6^{ης} πλευράς και του έξω χείλους του στέρνου έως την μέση μασχालιαία γραμμή. Ο μαστός εκτείνεται προς της μασχάλη ή αλλιώς την μασχालιαία του ουρά, όπου εκεί ολοκληρώνεται. Το σχήμα του είναι κωνοειδές με την βάση του προς το θωρακικό τοίχωμα. Στο κέντρο της πρόσθιας επιφάνειας του μαστού εκβάλλει η θηλή και γύρω από αυτήν η θηλαία άλω, που ξεχωρίζουν λόγω της σκουρόχρωμης περιοχής, επειδή σε αυτό το σημείο υπάρχει αυξημένη χρωστική μελανίνη.

Εσωτερικά ο μαστός αποτελείται από τον μαστικό αδένα, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την έκκριση του γάλακτος, τον ινολιπώδη ιστό με τα αιμοφόρα αγγεία, τα νεύρα και τα λεμφαγγεία ανάμεσα στους λοβούς. Ο μαστικός αδένας περιλαμβάνει 15-20 λοβούς , όπου ο καθένας έχει έναν γαλακτοφόρο πόρο και όλοι μαζί εκβάλλουν προς την θηλή. Όταν οι γαλακτοφόροι πόροι, λίγο πριν την εκβολή τους διευρυνθούν, δημιουργούν τους γαλακτοφόρους κόλπους. Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό, διαχωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφραγμάτια και δημιουργούν με αυτό τον τρόπο τα λόβια. Κάθε λοβός αποτελείται από 10 έως 100 λόβια.

Τα ινώδη αυτά διαφραγμάτια ή αλλιώς ίνες του Cooper διαιρούν τα λόβια και τους λοβούς του μαστικού αδένα και ενώνουν το εν τω βάθει μαστικό αδένα με το δέρμα. Οι ίνες έχουν την ιδιότητα να κρατούν στήτο τον μαστό στις νεαρές ηλικίες. Με τον χρόνο όμως χαλαρώνουν, με αποτέλεσμα την πτώση του στήθους στις μεγαλύτερες ηλικίες. Συνήθως, οι ίνες χαλαρώνουν μετά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό, επειδή οι μαστοί γεμίζουν από το γάλα και αδυνατούν να επανέλθουν μετά στην αρχική τους μορφή.

Οι αρτηρίες του μαστικού αδένα προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια θωρακική, την ακρώμιοθωρακική καθώς και τις μεσοπλευρίες αρτηρίες. Οι φλέβες βρίσκονται στο βάθος του μαστού και αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες. Το λεμφικό σύστημα του μαστού αποτελείται από το επιπολής και

το εν τω βάθει δίκτυο. Αυτά αποχετεύουν την λέμφο στους μασχαλιαίους και τους ενδομαστικούς λεμφαδένες. Υπάρχουν περίπου 53 μασχαλιαίοι λεμφαδένες στους οποίους αποχετεύεται η λέμφος στο έξω ημιμόριο του μαστού, ενώ οι ενδομαστικοί λεμφαδένες είναι περίπου 3-4 σε κάθε πλευρά κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων στους οποίους αποχετεύεται η λέμφος στο έσω ημιμορίου του μαστού.^[8,9]



Εικ.1 Ανατομία μαστού (www.athensradiotherapy.gr)

3. ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Το 90% των ευρημάτων του μαστού είναι καλοήθη.^[9] Στις καλοήθειες αυτές αλλοιώσεις, συμπεριλαμβάνονται και οι αναπτυξιακές ανωμαλίες, οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις, οι επιθηλιακές και στρωματικές αλλοιώσεις καθώς και τα νεοπλάσματα. Η κλινική τους εικόνα ποικίλει ανάλογα το είδος της αλλοίωσης, με κύριο χαρακτηριστικό τους την αδενική και την ινώδη δυσπλασία.^[11]

Ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης, παρουσιάζονται οι σημαντικότερες παθήσεις του μαστού:

i. Αδένωση - σκληρυντική αδένωση (ΣΑ): αφορά στην υπερπλασία του επιθηλίου των λοβιδίων και παρατηρείται κυρίως στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση. Εάν συνυπάρχει και υπερπλασία του συνδετικού ιστού τότε έχουμε σκληρυντική αδένωση. Ιστολογικά, υπάρχουν κυψελίδες συμπαγείς και σωληνάρια, τα οποία συμπιέζονται από ένα σκληρυντικό στρώμα. Εάν υπάρξει στρέβλωση του αδενικού ιστού τότε μπορεί να χαρακτηριστεί ως επιθετικό καρκίνωμα. Συνήθως ανευρίσκεται μικροσκοπικά, λόγω του μικρού μεγέθους της, μπορεί όμως και να σχηματίσει μία ψηλαφητή μάζα στο στήθος, ως αποτέλεσμα της συμβολής των επηρεαζόμενων λοβίων. Αναφέρεται επίσης, και ως όγκος αδένωσης ή οζώδης σκληρυντική αδένωση. Στη μαστογραφία παρατηρούνται περιοχές μεγαλύτερης πυκνότητας με συμμετρικές αλλοιώσεις ινώδους υπερπλασίας και διάσπαρτες μικροαποτιτανώσεις. Είναι στρογγυλές ή ουρώδεις με ομαλά όρια και εντοπίζονται στον ένα ή και στους δύο μαστούς.^[10]

ii. Ινοκυστική αλλαγή: αποτελεί άγνωστης αιτιολογία καλοήθης πάθηση του μαστού και συναντάται με μεγαλύτερη συχνότητα στις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες μεταξύ 20 και 50 ετών. Τα πιο κοινά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ινοκυστικές αλλοιώσεις είναι ο πόνος στον μαστό και η οζώδης

μάζα στο στήθος. Τα συμπτώματα, εμφανίζονται συνήθως μια εβδομάδα πριν την έναρξη της εμμήνου ρύσεως και υποχωρούν μια εβδομάδα μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Παρόλο που η ακριβής παθογένεια δεν είναι σαφής, σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τους διαδραματίζουν οι ορμονικές διακυμάνσεις, ειδικότερα η υπεροχή των οιστρογόνων και η ανεπάρκεια της προγεστερόνης. Οι μεταβολές όμως του ορμονικού υποστρώματος μπορεί να αποτελέσουν αιτία ανάπτυξης νεοπλασματος. Οι ινοκυστικές αλλαγές περιλαμβάνουν κύστεις και συμπαγείς μάζες, συμπεριλαμβανομένων της έκδηλης αδένωσης, της υπερπλασίας του επιθηλίου με ή χωρίς ατυπία, της αποκρινής μετάπλασης, της ακτινωτής ουλής και των θηλωμάτων. Η μαστογραφική τους εικόνα απεικονίζεται ανώμαλη και άτυπη, ενώ κατά την κλινική εξέταση μπορεί να ψηλαφηθούν πολυάριθμοι όζοι. ^[11]

iii. Κύστεις: αποτελούν τα πιο συχνά καλοήγη ευρήματα στον γυναικείο μαστό. Αναπτύσσονται συνήθως στον αδενικό ιστό εξαιτίας της διεύρυνσης των γαλακτοφόρων πόρων. Είναι στρογγυλές ή ωοειδούς σχήματος και γεμάτες με υγρό. Παρατηρούνται στο 1/3 των γυναικών μεταξύ των ηλικιών των 35 και 50 ετών. Η μονήρης κύστη απεικονίζεται στην μαστογραφία στρογγυλή ή ωοειδής, ομοιογενής σκίαση με σαφή όρια. Όταν οι κύστεις αναπτύσσονται σε λιποβριθείς μαστούς, απεικονίζεται μία λεπτή γραμμοειδής, διαγαυστική άλω γύρω από την κύστη, η οποία αποτελεί στοιχείο καλοήθειάς. Όταν όμως, οι κύστεις δημιουργούνται σε πυκνούς μαστούς με έκδηλο αδενικό ιστό, απεικονίζονται ως ασαφής σκιάσεις και δημιουργούν πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης από τον καρκίνο του μαστού. Σε αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει ο υπερηχοτομογραφικός έλεγχος, ο οποίος μπορεί να ξεχωρίσει την κύστη από μία συμπαγή μάζα. Επίσης, ενδείκνυται και η παρακέντηση των κύστεων με λεπτή βελόνα (FNA) και αποστολή του περιεχομένου τους για κυτταρολογική εξέταση, για να επιβεβαιωθεί ή όχι, η καλοήθειά τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η τακτική παρακολούθηση με υπερηχοτομογραφικό έλεγχο χωρίς περαιτέρω θεραπεία είναι επαρκής, εξαιτίας της μη σύνδεσης των κύστεων με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η χειρουργική αφαίρεση των κύστεων γίνεται όταν υπάρχουν ενδείξεις κακοήθειας και όταν απεικονίζονται με ασαφή όρια στην μαστογραφία. Το ποσοστό κακοήθειας των σύνθετων κύστεων είναι μόλις 0,3%. ^[9,11]

iv. Ινοαδενώματα: αποτελούν καλοήθεις νεοπλασίες των αδενικών λοβίων και πρόκειται για τους συνηθέστερους καλοήθεις όγκους του γυναικείου μαστού. Σε ποσοστό 25% εμφανίζονται σε ασυμπτωματικές γυναίκες, κυρίως μεταξύ 15 και 35 ετών. Είναι πιθανόν να εμφανιστούν και μετά την εμμηνόπαυση, αλλά στην περίπτωση αυτήν προηγήσαν της εμμηνόπαυσης και έγιναν αντιληπτά με την πάροδο της ηλικίας λόγω της υποστροφής του αδενικού ιστού και των ινωδών στοιχείων. Θεωρούνται ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι, οι οποίοι αποτελούνται από ινώδη και αδενικό ιστό. Το

μέγεθος τους αυξάνεται αργά, ασκώντας πίεση στους γύρω ιστούς, αλλά μπορεί να παρουσιάζουν αύξηση στο τέλος κάθε εμμηνορρυσιακού κύκλου. Τα ινοαδενώματα απεικονίζονται στην μαστογραφία ως ομαλές σκιάσεις με σαφή όρια, ενώ το σχήμα τους μπορεί να είναι σφαιρικό, ωοειδές ή πολυλοβώδες. Είναι μονήρη ή πολλαπλά και εντοπίζονται στον έναν ή και στους δύο μαστούς. Μία ασυνήθιστη μορφή γιγαντιαίου ινοαδενώματος είναι το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα. Η μαστογραφική του εικόνα δείχνει μία μάζα, της οποίας το μέγεθος μπορεί να φτάσει έως και 20εκ., με ομαλό και σαφές περίγραμμα. Αναπτύσσεται ταχύτατα και μπορεί να έχει αποτιτανώσεις. Αν και συνήθως αποτελεί καλοήγη αλλοίωση, έχουν περιγραφεί και κακοήθεις εξαλλαγές. Ο κίνδυνος εμφάνισης του ινοαδενώματος έχει συνδεθεί άμεσα με την χρήση αντισυλληπτικών δισκίων πριν την ηλικία των 20 ετών. ^[9,11]

v. Θηλωμάτωση - Ενδοπορώδες θήλωμα: αποτελεί μια καλοήγη υπερπλασία του επιθηλίου και μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε μέρος του μαστού. Συχνότερα εμφανίζεται ανάμεσα στο 40° και 50° έτος της ηλικίας μιας γυναίκας. Στην κλινική εξέταση δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα ευρήματα, ενώ δεν έχουν χαρακτηριστική μαστογραφική εικόνα. Παρατηρούνται συνήθως διάσπαρτες περιοχές αυξημένης πυκνότητας και λεπτές γραμμοειδείς μικροαποτιτανώσεις, με φορά προς την θηλή. Όταν η ενδοπορώδης υπερπλασία αυξηθεί σημαντικά, τότε η τοπική αυτή διεύρυνση ονομάζεται ενδοπορώδες θήλωμα και χαρακτηρίζεται ως καλοήθης όγκος του μαστού. Εντοπίζεται συνήθως στην οπισθοθηλαία περιοχή και συνοδεύεται από έκκριση ορώδους ή οροαιματηρού υγρού. Η ακτινολογική διάγνωση μπορεί να γίνει με γαλακτογραφία, εγχύοντας ακτινοσκιερά ουσία μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους. ^[9,11]

vi. Ινοαδενωλίπωμα: είναι καλοήθης όγκος του μαστού και αποτελεί μία παραλλαγή του ινοαδενώματος. Ονομάζεται έτσι, γιατί αποτελείται από αδενικό, λιπώδη και ινώδη ιστό. Αναπτύσσεται με αργό ρυθμό, αλλά το μέγεθός του μπορεί να καταβάλει και ολόκληρο τον μαστό. Στην μαστογραφία απεικονίζεται σαν όζος με ακτινοσκιερά και ακτινοδιαφανή μέρη. Είναι γνωστό αλλιώς και ως αμάρτωμα του μαστού. ^[9,12]

vii. Λίπωμα: είναι ένας κοινός καλοήθης όγκος που προέρχεται από το λιπώδη ιστό. Στην μαστογραφία απεικονίζεται ως ομαλή, σαφώς περιγεγραμμένη, ακτινοδιαφανή περιοχή, διαμέσου της οποίας διαγράφονται τα αγγεία. Τα λιπώματα μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, ενώ το 20% βρίσκονται στο θωρακικό τοίχωμα. Στην ψηλάφηση πιάνουμε ένα κινητό και μαλακό όγκο, ενώ στην επισκόπηση διαπιστώνεται τοπική διόγκωση του μαστού. Ανάλογα με την αιτιολογία τους, τον ιστολογικό τους χαρακτήρα, καθώς και το σημείο εντοπισμού και το μέγεθος τους ταξινομούνται αντιστοίχως. Συνήθως είναι μικροί ασυμπτωματικοί όγκοι. ^[13]

viii. Ενδομαστικοί λεμφαδένες: αναφέρονται στο 5% περίπου των γυναικών που υποβάλλονται σε μαστογραφία. Απεικονίζονται συνηθέστερα στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Οι ενδομαστικοί λεμφαδένες θεωρούνται φυσιολογικοί όταν είναι σαφώς περιγεγραμμένοι, στρογγυλοί έως ωοειδείς μέτριας πυκνότητας, περιέχουν λιπαρή ακτινοδιαγαστική ουλή και διάμετρο μικρότερη του 1 cm. ^[14]

ix. Μαστίτιδα: είναι μία φλεγμονώδης κατάσταση του μαστού. Εμφανίζεται συνήθως στους 3 πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, εξαιτίας των ρωγμών των θηλών κατά το θηλασμό ή λόγω της συμφόρησης των μαστών. Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στα κλινικά σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν φλεγμονή. Η οξεία μαστίτιδα εκδηλώνεται με έντονο πόνο, οίδημα, ερυθρότητα του δέρματος του μαστού και υπερθερμία του στήθους. Στην μαστογραφία έχει διάχυτη ομοιογενή σκιερότητα, με μερικές διαγαστικές περιοχές. Στην χρόνια μαστίτιδα παρατηρείται ανώμαλη σκίαση, πίσω από την θηλαία άλω, που οφείλεται σε ίνωση. Μπορεί να συνυπάρχουν εισολκή θηλής, διάταση των πόρων και αδρές επασβεστώσεις ακολουθώντας την πορεία των πόρων. ^[9,11]

x. Υπερπλασία γαλακτοφόρων πόρων: είναι μία καλοήθης κατάσταση, η οποία εμφανίζεται σε γυναίκες μέσης ηλικίας που έχουν τεκνοποιήσει ή στην περιεμμηνοπαυσιακή περίοδο της γυναίκας. Η πάθηση είναι αγνώστης αιτιολογίας. Συνήθως είναι ασυμπτωματική και ανιχνεύεται στην μαστογραφία λόγω των μικροαποτιτανώσεων στους γαλακτοφόρους πόρους. Οι μικροαποτιτανώσεις είναι αδρές, γραμμοειδείς, μερικές φορές δακτυλοειδείς και μπορεί να περιβάλλονται από ίνωση. ^[11]

xi. Απόστημα: αναπτύσσεται ως επιπλοκή της μαστίτιδας στην γαλουχία. Η συχνότητα του αποστήματος του μαστού κυμαίνεται 0,4 έως 11% του συνόλου των θηλάζουσων γυναικών. Το απόστημα του μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε παχύσαρκα άτομα και σε άτομα που καπνίζουν σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. ^[15]

xii. Λιπώδης νέκρωση: είναι μία καλοήθης κατάσταση του μαστού. Συνήθως είναι αποτέλεσμα τραυματισμού στο στήθος ή μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση ή ακτινοθεραπεία. Η διάγνωση της λιπώδους νέκρωσης είναι δύσκολη, καθώς διαθέτει ποικιλόμορφο χαρακτήρα στις απεικονιστικές μεθόδους. Το φάσμα των μαστογραφικών ευρημάτων μπορεί να περιλαμβάνει ασαφή αστεροειδή σκίαση, πάχυνση και εισολκή του δέρματος, ελαιώδεις κύστεις, αδρές αποτιτανώσεις και μικροαποτιτανώσεις που μπορεί να μοιάζουν με κακοήθεια αλλά είναι καλοήθειες. ^[16]

4. ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΣΕΙΣ

Οι αποτιτανώσεις ή επασβεστώσεις αποτελούν τα πιο συχνά ευρήματα στον γυναικείο μαστό και απεικονίζονται μόνο στις μαστογραφίες, ως μικρά άσπρα στίγματα. Λέγονται έτσι, γιατί θεωρείται ότι αποτελούν εναποθέσεις αλάτων ασβεστίου. Ανευρίσκονται είτε στον έναν είτε και στους δύο μαστούς και ανάλογα με το μέγεθος και το σχήμα τους, άλλες από αυτές έχουν χαρακτήρα καλοήθειας και άλλες όχι. Η ανίχνευση και η ανάλυση τους με μαστογράφους υψηλής ευκρίνειας, είναι ζωτικής σημασίας, διότι μπορεί να συνεπάγεται ένδειξη αρχόμενης κακοήθειας.

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολλέγιο Ακτινολογίας (ACR) απεικόνισης του μαστού και του Συστήματος Δεδομένων (BI-RADS) οι αποτιτανώσεις, ανάλογα με το είδος και την κατανομή τους, κατατάσσονται μαστογραφικά σε τρεις κατηγορίες: στις τυπικές καλοήθεις βλάβες, στις ενδιάμεσης ανησυχίας και στις μεγαλύτερης πιθανότητας για κακοήθεια, αλλοιώσεις.

Οι καλοήθεις αποτιτανώσεις είναι συνήθως μεγαλύτερες από αυτές που ανευρίσκονται σε κακοήθεια, χονδροειδείς, στρογγυλές και σχετικά ομοιόμορφες σε μέγεθος, σχήμα και πυκνότητα και έχουν διασκορπισμένη, συρρέουσα ή διάχυτη κατανομή. Αντίθετα, οι κακοήθεις αποτιτανώσεις συνήθως απεικονίζονται ομαδοποιημένες και παρουσιάζουν ποικιλομορφία μεγέθους, σχήματος και πυκνότητας. Υποψία κακοήθειας υπάρχει όταν ανευρίσκονται περισσότερες από πέντε ανώμαλες αποτιτανώσεις σε μια ομάδα. Συχνά αποκαλούνται και ως μικροαποτιτανώσεις. Οι μικροαποτιτανώσεις συνυπάρχουν συνήθως με πορογενές καρκίνωμα *in situ*, αλλά και με διηθητικό καρκίνωμα. Στο 90% των μικροαποτιτανώσεων διαγνώστηκε πορογενές καρκίνωμα *in situ* και μόλις στο 20% διηθητικό.

Χαρακτηριστικές καλοήθεις αποτιτανώσεις συναντώνται συνήθως στα ινοαδενώματα (ευμεγέθεις, αδρές), στην ποροεκτασία (ομοιόμορφες, γραμμοειδείς), στην σκληρυντική αδένωση (πολύαριθμες, πολύ μικρές, χαμηλής πυκνότητας, συνήθως και στους δύο μαστούς) και στην λιπώδη νέκρωση (δακτυλοειδείς με διαυγαστικό κέντρο). Είναι σημαντικό για τους ακτινολόγους να ανιχνεύουν, να αξιολογούν, να ταξινομούν και να παρέχουν τις απαιτούμενες πληροφορίες για τις αποτιτανώσεις για την κατάλληλη διαχείριση τους.^[9, 17]

5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο κοινός όγκος μεταξύ των γυναικών παγκοσμίως. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 2012, διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού 1,7 εκατομμύρια γυναίκες και υπήρχαν 6,3 εκατομμύρια εν ζωή γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού κατά τα προηγούμενα πέντε έτη. Οι εκτιμήσεις του WHO της προηγούμενης τετραετίας (2008) έδειξαν ότι, η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού παγκοσμίως, έχει αυξηθεί περισσότερο από 20%, ενώ η θνησιμότητα αυξήθηκε κατά 14%. Ο καρκίνος του μαστού αναφέρεται πλέον ως ένας από τους τέσσερις πιο θανατηφόρους καρκίνους στις γυναίκες. ^[18]

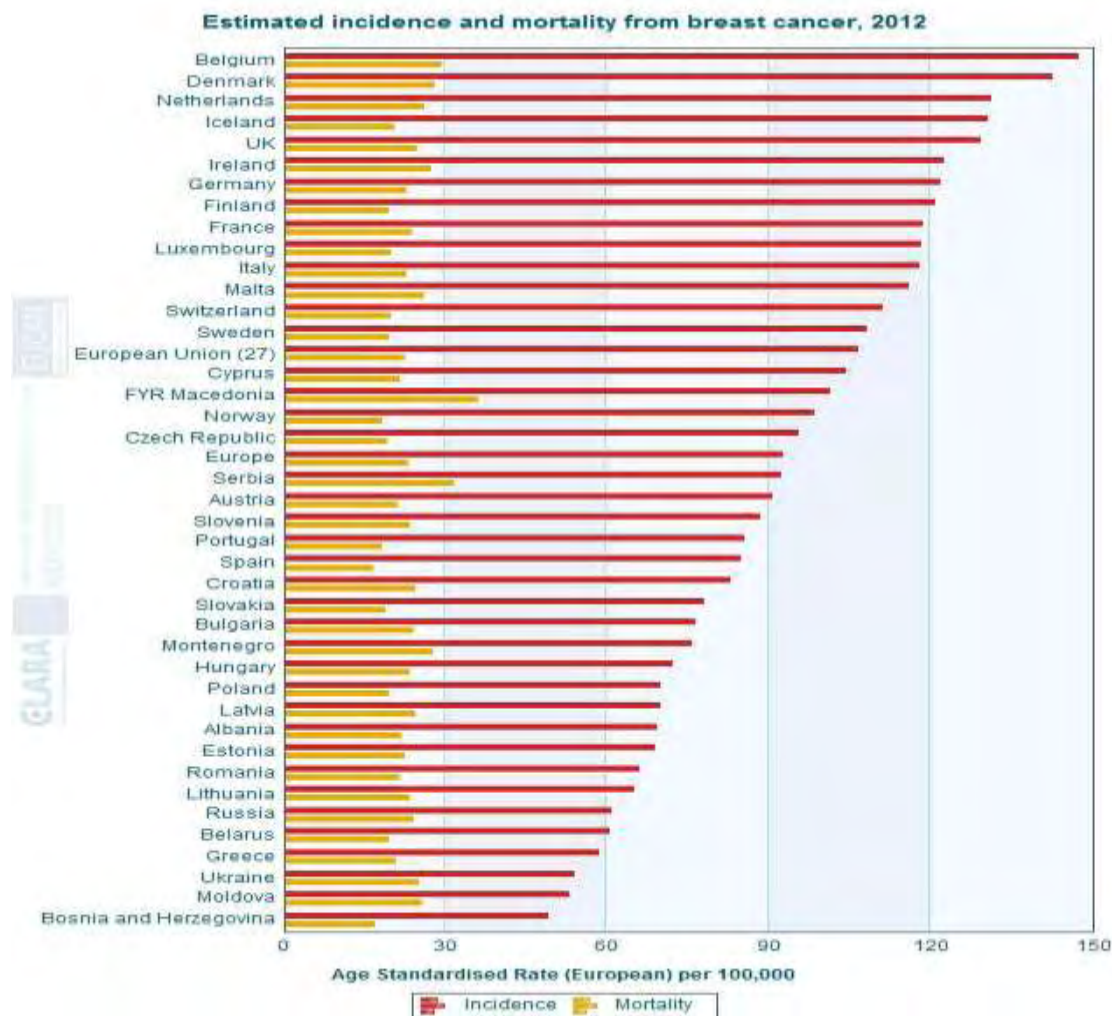
Μπορεί επίσης, να εμφανιστεί και στους άνδρες αλλά είναι περίπου 100 φορές λιγότερο συχνός από ό,τι στις γυναίκες. Για τους άνδρες, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους είναι περίπου 1 στους 1.000. Ο αριθμός των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού στους άνδρες σε σχέση με τον πληθυσμό ήταν αρκετά σταθερός τα τελευταία 30 χρόνια. ^[19]

Σε γενικές γραμμές, παγκοσμίως, στις αναπτυσσόμενες χώρες με γρήγορες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, η αλλαγή του τρόπου ζωής, η οποία σχετίζεται με αναπαραγωγικούς παράγοντες (φύλλο, ηλικία), διατροφικούς παράγοντες (διατροφή, παχυσαρκία) και ορμονικούς παράγοντες κινδύνου, οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού εμφάνισης καρκίνου. Η συχνότητα έχει αυξηθεί στις περισσότερες περιοχές του κόσμου, φαίνεται όμως να υπάρχουν τεράστιες ανισότητες μεταξύ των ανεπτυγμένων και των υπανάπτυκτων χωρών όσον αφορά στη θνησιμότητα. Έτσι, ενώ τα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου παραμένουν υψηλότερα στις ανεπτυγμένες χώρες, η θνησιμότητα είναι σχετικά υψηλότερη στις λιγότερο ανεπτυγμένες, εξαιτίας της μη σωστής πρόληψης, της μη έγκαιρης ανίχνευσης, καθώς και της αδυναμίας αντιμετώπισής του. Για παράδειγμα, στη Δυτική Ευρώπη, καταγράφονται πάνω από 90 νέες περιπτώσεις ανά 100 000 γυναίκες ετησίως, με καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με την Ανατολική Αφρική, όπου καταγράφονται 30 ανά 100 000 γυναίκες ετησίως. Αντίθετα, τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στις δύο αυτές περιοχές είναι σχεδόν όμοια, δηλαδή περίπου 15 ανά 100 000, με πολύ χαμηλότερα ποσοστά επιβίωσης στην Ανατολική Αφρική. ^[18]

Το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου του μαστού στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Επικράτειας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ανέρχεται στο 28%. Από το 1950 έως τα τέλη του 1980, η θνησιμότητα λόγω του καρκίνου του μαστού αυξήθηκε σε ολόκληρη την Ευρώπη. ^[20] Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, με εκτιμώμενες μετρήσεις του 2012, η Ελλάδα βρίσκεται στις χαμηλότερες θέσεις όσον αφορά στην επίπτωση του καρκίνου του μαστού με 58.6 ανά 100.000 άτομα, ενώ στην πρώτη θέση είναι το Βέλγιο με 147.5 ανά 100.000 άτομα. ^[21] (Εικ.2)

Στις υπανάπτυκτες χώρες ο καρκίνος του μαστού διαγιγνώσκεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο, γι' αυτό αποτελεί επιτακτική ανάγκη να αναπτυχθούν προγράμματα πρόληψης, για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού των γυναικών που ζουν σ' αυτές τις χώρες, ώστε να μειωθεί αποτελεσματικά η θνησιμότητα και η νοσηρότητα.

Πρόσφατα στοιχεία από τις χώρες υψηλού εισοδήματος δείχνουν ότι, η θνησιμότητα μπορεί να μειωθεί όσο υπάρχει η απαιτούμενη χρηματοδότηση και οι κατάλληλες υποδομές για την θεραπεία. Ένα καλά οργανωμένο πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου οδηγεί σε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού κατά τουλάχιστον 20% σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών. Προς το παρόν, οι περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τρέχουν τέτοιου είδους προγράμματα βάσει πληθυσμού για τον καρκίνο του μαστού με κύρια εξέταση την μαστογραφία.^[18,20]



Εικ.2 Σταθμισμένη για την ηλικία επίπτωση-θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού της Ε.Ε.,2012. (<http://eco.iarc.fr>)

6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η ακριβής αιτιολογική συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τους διάφορους επιβαρυντικούς παράγοντες είναι κάτι που δεν έχει πλήρως κατανοηθεί από τους ερευνητικούς επιστήμονες. Γι' αυτό το λόγο, μπορούμε να μιλάμε μόνο για παράγοντες κινδύνου που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή του και συμβάλλουν στην ανάπτυξή του. Πιο συγκεκριμένα, παράγοντες κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού θεωρούνται το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, η ηλικία, το φύλλο, η ηλικία έναρξης της εμμηνου ρύσεως και η ηλικία της εμμηνόπαυσης. Αυτοί οι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο και θα πρέπει να αποτελέσουν για τις γυναίκες «οδηγό» πρόληψης.^[22]

Το **οικογενειακό ιστορικό** είναι από τους πρώτους σημαντικούς παράγοντες. Αν υπάρχει στην οικογένεια ιστορικό καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα σε συγγενείς πρώτου βαθμού, (μητέρα, αδερφή, κόρη, γιαγιά), διπλασιάζονται οι πιθανότητες να νοσήσει κάποια γυναίκα. Σε περίπτωση που υπάρχουν δύο συγγενείς πρώτου βαθμού ο κίνδυνος αυτός τριπλασιάζεται. Αντίστοιχα ισχύει και σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού σε πατέρα ή αδερφό. Έχει αποδειχθεί όμως ότι ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό (15%) των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, ενώ πάνω από 85% των γυναικών δεν έχουν οικογενειακό ιστορικό με καρκίνο του μαστού.^[23]

Η **γενετική προδιάθεση** είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας. Το 5% με 10% των περιπτώσεων φέρει τις κληρονομούμενες μεταλλάξεις των γονιδίων BRCA1 και BRCA2. Γυναίκες με BRCA2 έχουν 45% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού έως την ηλικία των 70 ετών. Ενώ στις γυναίκες με BRCA1 η πιθανότητα αυτή ανέρχεται στο 55-65%..^[23]

Όσον αφορά **στο φύλλο**, ο καρκίνος του μαστού είναι 100 φορές πιο συχνός στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Μία πιθανή εξήγηση είναι το γεγονός ότι, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης είναι χαμηλότερα στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.^[23]

Η **ηλικία**, φαίνεται ότι είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας. Η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στη γυναίκα αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία της και είναι μεγαλύτερη μετά την εμμηνόπαυση. Περίπου 1 στους 8 διηθητικούς καρκίνους του μαστού εμφανίζονται σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 45 ετών και περίπου 2 από τους 3 διηθητικούς καρκίνους του μαστού σε γυναίκες ηλικίας 55 ετών και άνω.^[23]

Σε σχέση επίσης **με την “φυλή”**, η συχνότητα εμφάνισης αλλά και η θνητότητα του καρκίνου του μαστού είναι κατά πολύ μεγαλύτερη στις αναπτυγμένες από τις υπανάπτυκτες χώρες και κυρίως σε γυναίκες της λευκής φυλής.^[23]

Η **ηλικία έναρξης της εμμηνου ρύσεως** όπως και η **ηλικία της εμμηνόπαυσης** έχει αποδεχθεί ότι ευνοούν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας εκκρίνονται ορμόνες που επηρεάζουν άμεσα τους μαστούς. Τα υψηλά επίπεδα καθώς και η μακροχρόνια δράση των οιστρογόνων για παράδειγμα, φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης

της νόσου. Επιβαρυντικοί παράγοντες αποτελούν η μικρή ηλικία έναρξης της εμμηνορρυσίας και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση. Η συχνότητά του έχει επίσης συσχετιστεί με την αναπαραγωγική ζωή της γυναίκας. Γυναίκες άγαμες και άτεκνες έχουν μεγαλύτερη συχνότητα προσβολής σε σύγκριση με γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει. Εκείνο όμως που έχει σημασία είναι κυρίως η ηλικία της πρώτης τεκνοποίησης.^[24]

Πολλές επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι, η **παχυσαρκία** συνδέεται άμεσα με τους περισσότερους τύπους καρκίνου, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του μαστού, που εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση. Έχει αποδειχθεί ότι, στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο, η αύξηση του βάρους αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Ο βιολογικός μηχανισμός που συνδέει την παχυσαρκία με τον καρκίνο σχετίζεται με ορμονικούς μηχανισμούς που επηρεάζουν την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Ως εκ τούτου η υγιεινή διατροφή, η γυμναστική και η διατήρηση του βάρους του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα συμβάλουν στη μείωση της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού.^[25]

Η **σωματική άσκηση** έχει πολλά οφέλη για την υγεία. Οι γυναίκες που γυμνάζονται συστηματικά έχουν 10-20% χαμηλότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν γυμνάζονται. Ειδικότερα μετά την εμμηνόπαυση η μέτρια σωματική άσκηση, συμπεριλαμβανομένου του έντονου περπατήματος, βοηθάει στην μείωση του σωματικού λίπους, καθώς και του δείκτη μάζας σώματος, ελαττώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και προάγει την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής.^[26]

Το θέμα της **διατροφής** αποτελεί σημαντικό παράγοντα. Από εργαστηριακές μελέτες παρατηρήθηκε ότι, τα ποντίκια, τα οποία σιτίζονται με τροφές πλούσιες σε λίπη, εμφανίζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του μαστού. Η υψηλή συνολικά θερμιδική πρόσληψη, ανεξάρτητα με το είδος της τροφής, αποτελεί επίσης αίτιο αύξησης της συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου. Συνιστάται η μεσογειακή διατροφή, χαμηλή σε λιπαρά και πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, διότι τα ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.^[23,27]

Τέλος, **άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες** που σχετίζονται με τις προσωπικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής της γυναίκας είναι η ημερήσια κατανάλωση **αλκοόλ** και το **κάπνισμα**. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η κατανάλωση ενός ποτηριού αλκοόλ καθημερινά αυξάνει κατά 7-12% τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου, ενώ αντίστοιχα οι συστηματικές καπνίστριες έχουν πιθανότητα μέχρι και 12% εμφάνισης της νόσου. Η έκθεση σε μεγάλες δόσεις **ακτινοβολίας**, είτε για θεραπευτικούς λόγους, είτε για επαγγελματικούς λόγους, είτε για λόγους ατυχήματος (π.χ.ατομική βόμβα) συμπεριλαμβάνεται επίσης στους παράγοντες κινδύνου.^[27]

7. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι γυναίκες αντιλαμβάνονται την εμφάνιση κάποιας αλλαγής στον μαστό τους. Η πλειοψηφία των γυναικών με πρώιμο καρκίνο του μαστού δεν έχουν καθόλου συμπτώματα. Αυτός είναι ένας λόγος που επιβάλλεται να συμμετέχουν σε προγράμματα διαλογής μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου με την μέθοδο της μαστογραφίας, για την ανίχνευση ενός μη ψηλαφητού όγκου σε πρώιμο στάδιο. Αν κατά την διάρκεια της εξέτασης παρατηρηθεί κάτι ύποπτο ή αν εμφανιστούν κάποια από τα κλινικά σημεία, που θα περιγραφούν παρακάτω, πρέπει να προσδιοριστεί το πιθανό στάδιο και η έκταση του καρκίνου. Το πιο κοινό σύμπτωμα των γυναικών είναι η ψηλάφιση μάζας ή εξογκώματος στον μαστό. Παρόλα αυτά, πολλές γυναίκες μπορεί να ψηλαφίσουν κάποια ύποπτη μάζα στο στήθος χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα ότι είναι καρκίνος. Για τον λόγο αυτό, οποιαδήποτε αλλαγή αν υπάρξει στο μαστό τους, οι γυναίκες θα πρέπει να επισκέπτονται εξειδικευμένο ιατρό.^[23]

Τέτοιες αλλαγές αποτελούν:

- παραμόρφωση και πάχυνση του δέρματος του μαστού
- αλλαγή στο σχήμα και στο μέγεθος του μαστού
- εισολκή της θηλής και αλλαγή του χρώματος
- εξάνθημα στην θηλή ή στην γύρω περιοχή
- οίδημα, ερυθρότητα ή ανίχνευση μάζας στην μασχαλιαία χώρα.

Μερικές φορές ο καρκίνος του μαστού μπορεί να δώσει μεταστάσεις και στους μασχαλιαίους λεμφαδένες⁽²³⁾

7.1 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ (ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ TNM)

Η σταδιοποίηση αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στους ιατρούς για το είδος της θεραπείας, διότι παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά και την συμπεριφορά του καρκίνου.

Για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού χρησιμοποιείται το σύστημα TNM με βάση την αμερικανική επιτροπή για τον καρκίνο (AJCC), το οποίο είναι διεθνώς αποδεκτό.

Το TNM σύστημα κατατάσσει τον καρκίνο βάσει των τριών χαρακτηριστικών του:

- α) το γράμμα **T**, περιγράφει το μέγεθος και την εξάπλωση του όγκου στο δέρμα ή στο θωρακικό τοίχωμα κάτω από το στήθος.
- β) το γράμμα **N**, δείχνει την ύπαρξη μεταστάσεων σε λεμφαδένες.
- γ) και το γράμμα **M**, αντιστοιχεί σε απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Ανάλογα με τα ευρήματα των εξετάσεων, ο όγκος που μόλις έχει διαγνωστεί χαρακτηρίζεται με T₁, T₂, T₃, T₄, αντίστοιχα για το N₁, N₂, N₃ και το M₀, M₁, και κατατάσσεται στο ανάλογο στάδιο.^[23]

7.2 ΚΥΡΙΟΤΕΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΝ

Εκτός από τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού, υπάρχουν και κακοήθειες παθήσεις. Ο τύπος του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από την ταχύτητα εξάπλωσής του και τον βαθμό της επιθετικότητας του. Το 99% του καρκίνου του μαστού αναπτύσσεται από το επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και το 1% από το συνδετικό ιστό.

Οι σημαντικότεροι και οι πιο συχνοί τύποι καρκίνου του μαστού είναι:

- Το *πορογενές καρκίνωμα in situ (ductal carcinoma in situ DCIS)*, όπου παρατηρείται ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός και κακοήθης μορφολογία των κυττάρων χωρίς διήθηση της βασικής μεμβράνης του μαστού. Δεν υπάρχει μετάσταση στους λεμφαδένες ή σε άλλα όργανα, γι' αυτό και αναφέρεται ως προ-καρκινική κατάσταση.^[28]
- Το *λοβιώδες καρκίνωμα in situ (lobular carcinoma in situ LCIS)* ή *λοβιώδης νεοπλασία*, αποτελεί μια αλλοίωση στα λοβία των μαστών και έχει αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση διηθητικού καρκίνου.^[28]
- Το *διηθητικό πορογενές καρκίνωμα (invasive ductal carcinoma IDC)* είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου του μαστού. Αρχικά εμφανίζεται στα κύτταρα των πόρων του μαστού και επεκτείνεται τον λιπώδη ιστό του μαστού. Δίνει συνήθως, μεταστάσεις στους λεμφαδένες αλλά και απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα. Συναντάται σε 8 στις 10 γυναίκες.^[29]
- Το *διηθητικό λοβιώδες καρκίνωμα (invasive lobular carcinoma ILV)* είναι μία μορφή καρκίνου με πρώτη εντόπιση στα κύτταρα του τοιχώματος των λοβίων των μαστών. Μπορεί να επεκταθεί στον λιπώδη ιστό του μαστού, καθώς και να δώσει μεταστάσεις στους παρακείμενους λεμφαδένες ή άλλα μέρη του σώματος. Αποτελεί ένα στους δέκα διηθητικούς καρκίνους.^[28]
- Ο *φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού (inflammatory breast cancer IBC)* είναι ένας ασυνήθιστος τύπος διηθητικού καρκίνου με ποσοστό εμφάνισης 1% έως 3% όλων των καρκίνων. Το δέρμα εμφανίζεται ερυθρό και θερμό, ενώ μπορεί να υπάρξει διόγκωση του μαστού με έντονη ευαισθησία και σκληρία. Λόγω της κλινικής αυτής εικόνας, συχνά συγχέεται με φλεγμονή. Έχει μεγάλη πιθανότητα διασποράς και κακή πρόγνωση.^[29]

Θα πρέπει να αναγνωριστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα το είδος του καρκίνου για να υποβληθεί η γυναίκα στην κατάλληλη θεραπεία.

8. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

8.1. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

Μία από τις πιο σημαντικές στρατηγικές για την μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας καθίσταται η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση. Σημαντική επίσης είναι και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των πάσχουσων γυναικών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες απευθύνονται κυρίως στους ιατρούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την έγκαιρη διάγνωση με την μέθοδο της διαλογής (screening) του γυναικείου πληθυσμού. Για τον λόγο αυτό, σημαντικός είναι ο ρόλος του Γενικού ή του Οικογενειακού ιατρού για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, δίνοντας κατάλληλες οδηγίες τόσο στις μη πάσχουσες όσο και στις πάσχουσες γυναίκες .^[30,31]

Σε αρκετές χώρες του εξωτερικού υπάρχουν προγράμματα ελέγχου και πρόληψης για τον καρκίνο του μαστού, ενώ στην Ελλάδα αντίστοιχα προγράμματα απουσιάζουν. Επίσης, η συμμετοχή των γυναικών σε προγράμματα προληπτικού ελέγχου στην ΠΦΥ είναι μικρή, εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων για την αποτελεσματικότητά τους. Παρόλα αυτά, γίνονται σημαντικές προσπάθειες για να εξειδικευθούν οι επαγγελματίες υγείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, με σκοπό την σχεδίαση προγραμμάτων πρόληψης κατά του καρκίνου μαστού στην ΠΦΥ.^[32]

8.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Σκοπός της πρωτογενής πρόληψης είναι η αναγνώριση αρχικά, των πιθανών επιβαρυντικών παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο της εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και έπειτα η ανάπτυξη των προληπτικών μέτρων για την αποφυγή των παραγόντων κινδύνου της νόσου.^[33] Όπως έχει προαναφερθεί, η ακριβής αιτιολογική σύνδεση των παραγόντων με την εμφάνιση της καρκινογένεσης του μαστού δεν έχει πλήρως καθοριστεί. Ωστόσο, κάποια από τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν ως πρωτογενή πρόληψη από την γυναίκα, είναι η αλλαγή της διατροφής πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και φτωχή σε ζωικό λίπος, η αύξηση της σωματικής άσκησης, η διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ, η αποφυγή των ορμονών, η αποφυγή της έκθεσης στην ακτινοβολία και σε άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

8.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρωτογενής πρόληψη, στοχεύει στην πρόληψη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου, αντίθετα η δευτερογενής πρόληψη αφορά την πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Αυτό, μπορεί να επιτευχθεί με συντονισμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, με κύρια απεικονιστική μέθοδο την μαστογραφία και συμπληρωματικά το υπερηχογράφημα, σε συνδυασμό πάντοτε με την αυτοεξέταση των μαστών καθώς και την επισκόπηση και την κλινική εξέταση αυτών

από εξειδικευμένο ιατρό, προκειμένου να υπάρξει έγκαιρη διάγνωση και ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του καρκίνου του μαστού.

8.3.1 Αυτοεξέταση του μαστού

Η αυτοεξέταση είναι μια εξέταση ρουτίνας που περιλαμβάνει την ψηλάφηση και των δύο μαστών από την ίδια τη γυναίκα και μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση αλλοιώσεων. Πρέπει να γίνεται από την ηλικία των 20 ετών, μία φορά το μήνα, μετά από την έμμηνου ρύση. Η αυτοεξέταση δεν αποτελεί διαγνωστική μέθοδο από μόνη της. Πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με κλινική εξέταση από εξειδικευμένο ιατρό και με υπέρηχο ή και μαστογραφία, και όχι ως υποκατάστατο των άλλων μεθόδων.^[22]

Σύμφωνα με τυχαιοποιημένες πληθυσμιακές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι, η αυτοεξέταση του μαστού ως μεμονωμένη μέθοδος προσυμπτωματικού ελέγχου, δεν ελατώνει τη θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού αυξάνει αντιθέτως, τη χρήση των διαγνωστικών μεθόδων και τις επισκέψεις των γυναικών στα πρωτοβάθμια συστήματα υγείας, για ευρήματα που τελικά επιβεβαιώνονται καλοήθη.^[35] Γι' αυτό ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας γνωστοποιεί ότι τα Εθνικά Προγράμματα Ελέγχου του καρκίνου του μαστού θα πρέπει να ενθαρρύνουν σαν μέθοδο μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, την μαστογραφία, ειδικά για τις γυναίκες ηλικίας 40-69 ετών.^[34]

Ο σκοπός ωστόσο, της αυτοεξέτασης είναι να εξοικειωθεί μια γυναίκα με το στήθος της, να γνωρίζει πότε πρέπει να συμβουλευτεί τον ιατρό της και να είναι σε θέση να προσδιορίσει τις αλλαγές που ενδεχομένως να εμφανιστούν. Έχει μεγάλη σημασία, τόσο για τον ιατρό όσο και για την γυναίκα να γίνεται μία πλήρης και μεθοδική εξέταση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την διδασκαλία της τεχνικής αυτοεξέτασης από τον ιατρό προς την γυναίκα.

8.3.2 Κλινική εξέταση του μαστού

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το ιστορικό της γυναίκας, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών της. Πιο συγκεκριμένα, κατά την επισκόπηση, ελέγχονται το σχήμα και η συμμετρία μεταξύ των μαστών, το χρώμα του δέρματος για ανίχνευση ερυθρότητας ή οιδήματος ή διευρυσμένων υποδόριων φλεβών, η ύπαρξη κάποιου εξογκώματος ή εισολκής στο δέρμα καθώς και οι θηλές. Μετά την επισκόπηση ακολουθεί η ψηλάφηση των μαστών, που έχει ως σκοπό την ανίχνευση αλλοιώσεων ή ψηλαφητών όγκων των μαστών. Η κλινική εξέταση των μαστών πρέπει να γίνεται από μαστολόγο ή από ακτινοδιαγνώστη εξειδικευμένο στον μαστό. Συνιστάται, η κλινική εξέταση να γίνεται προληπτικά κάθε τρία χρόνια σε γυναίκες μεταξύ των 20 και 30 ετών και κάθε χρόνο σε γυναίκες άνω των 40 ετών.^[8,35]

8.3.3 Υπερηχογράφημα

Είναι μία απεικονιστική μέθοδος για την ανίχνευση αλλοιώσεων του μαστού συμπληρωματική της μαστογραφίας, βασισμένη σε ηχητικά κύματα. Έχει την ιδιότητα να διαχωρίζει τις κυστικές από τις συμπαγείς αλλοιώσεις και μπορεί να βοηθήσει στη διάκριση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων βλαβών του μαστού. Χρησιμοποιείται κυρίως στις νεαρές γυναίκες, γιατί δεν υπάρχει η επιβάρυνση της ακτινοβολίας και μπορεί να επαναληφθεί για παρακολούθηση του ευρήματος με οποιαδήποτε συχνότητα. Βοηθάει επίσης, στην διαδικασία κατευθυνόμενης παρακέντησης ενός κυστικού μορφώματος, καθώς και στην διαφορική διάγνωση φλεγμονής από καρκίνο, όταν υπάρχει πάχυνση του δέρματος. Τέλος, στον υπέρηχο χρησιμοποιείται μία καινούργια μέθοδος, η ελαστογραφία, όπου αναδεικνύει με την ελαστικότητά της την καλοήθεια ή μη των ευρημάτων.^[36]

8.3.4 Μαστογραφία

Αν και υπάρχει μεγάλη αντιπαράθεση για την αποτελεσματικότητα της, η μαστογραφία αποτελεί την πιο αποτελεσματική μέθοδο του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και είναι ευρέως χρησιμοποιούμενη σαν μια απεικονιστική μέθοδος. Η μαστογραφία χρησιμοποιεί χαμηλής ενέργειας ακτίνες Χ ειδικές για την απεικόνιση των ιστών του μαστού. Εάν η εικόνα της μαστογραφίας καταγράφεται στον υπολογιστή και όχι σε κασέτες, ονομάζεται απόλυτα ψηφιακή μαστογραφία. Επίσης, μία καινούργια μέθοδος τομοσύνθεσης του μαστού, η 3-D μαστογραφία είναι πλέον διαθέσιμη. Σκοπός της μαστογραφίας, εκτός από την ενίσχυση της κλινικής διάγνωσης όταν υπάρχει ένα ψηλαφητό εύρημα, είναι η δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Κάθε στήθος εξετάζεται χωριστά και συμπιέζεται, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη απεικόνιση των πιθανών αλλοιώσεων. Η έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού επιτρέπει την έγκαιρη θεραπεία και αυξάνει τα ποσοστά επιβίωσης των γυναικών.

Με στόχο την πρόληψη σε ασυμπτωματικές γυναίκες γίνεται μια μαστογραφία αναφοράς μεταξύ 35-40, σε συνδυασμό πάντοτε με κλινική εξέταση.^[7,37] Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες της επίσημης Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, η μαστογραφία συνιστάται κάθε χρόνο από την ηλικία των 40 ετών και άνω, και συνεχίζοντας για όσο χρονικό διάστημα κρίνει ο ιατρός απαραίτητη την ετήσια μαστογραφία άνω της ηλικίας των 75 ετών. Μόνο σε γυναίκες με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού λόγω διαφόρων κληρονομικών παραγόντων, θα πρέπει να ξεκινάνε την ετήσια μαστογραφία τους στην ηλικία των 30 ετών, σε συνεννόηση πάντα με τον κλινικό τους ιατρό, λαμβάνοντας υπόψιν το οικογενειακό ιστορικό, εξαιτίας των περιορισμένων αποδεικτικών στοιχείων για την έναρξη της νεαρής ηλικίας του προσυμπτωματικού ελέγχου.^[38] Σε γυναίκες πολύ νεαρής ηλικίας 25-29 ετών, αποφεύγεται η μαστογραφία, λόγω του ότι ο μαστικός αδένας είναι πολύ πυκνός. Τα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν, ότι περίπου μία στις 5 γυναίκες διαγιγνώσκεται με καρκίνο του μαστού στην ηλικία των 50 ετών στις ανεπτυγμένες χώρες.^[39]

Εν κατακλείδει, ο απώτερος στόχος της μαστογραφίας είναι η ανίχνευση του καρκίνου, σε μέγεθος μικρότερου των 0.5εκ., όπως είναι ο μικρότερος καρκίνος του μαστού σε προκλινικό στάδιο, που εξαιτίας του μικρού μεγέθους του και κάποιες φορές εξαιτίας της θέσης του, δεν ψηλαφάται σε γυναίκες με πυκνούς μαστούς. ^[40]

9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΙΔΙΩΝ BRCA1 ΚΑΙ BRCA2

Τα μεταλλαγμένα γονίδια BRCA1 και BRCA2, τα οποία ανήκουν στην κατηγορία των ογκοκατασταλατικών (tumor suppressors) γονιδίων, ευθύνονται για την πιο κοινή αιτία κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού. Ο ρόλος τους είναι να βοηθούν στην διατήρηση της σταθερότητας του γενετικού υλικού (DNA) και στο να προλαμβάνουν την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων. Επίσης, έχουν συνδεθεί και με την ανάπτυξη του κληρονομούμενου καρκίνου των ωοθηκών. Πιο συγκεκριμένα, με μεταλλάξεις του γονιδίου BRCA2, το ποσοστό εμφάνισης κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού είναι 45% , ενώ για το γονίδιο BRCA1, το ποσοστό ανέρχεται στο 55-65%. ^[41]

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο του Καρκίνου, οι γυναίκες με μεταλλαγμένο γονίδιο BRCA1 ή BRCA2 έχουν 60% πιθανότητες να διαγνωστούν με καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με το 12-13% του συνολικού πληθυσμού των γυναικών. Αυξημένο κίνδυνο έχουν επίσης και για τον καρκίνο των ωοθηκών. Στις Ηνωμένες Πολίτες μόνο το 5-10% των περιπτώσεων των διαγνωσμένων καρκίνων βρέθηκε με μεταλλαγμένα γονίδια BRCA1 και BRCA2. Τέλος, στην Ελλάδα πραγματοποιείται σε ειδικά εργαστήρια και κέντρα ελέγχου ο γενετικός έλεγχος για την ανίχνευση της μετάλλαξης των γονιδίων αυτών. ^[42]

10. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν διαφόρων ειδών θεραπείες, χειρουργική αντιμετώπιση, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία καθώς και στοχευμένη θεραπεία. Μερικές από αυτές βρίσκονται σε πειραματικό επίπεδο και άλλες έχουν κλινική εφαρμογή.

Θεραπείες στις οποίες υποβάλλονται οι γυναίκες, αναλόγως την ηλικία, την υγεία της ασθενούς, τον τύπο και την έκταση του καρκίνου, είναι οι ακόλουθες:

Χειρουργική αντιμετώπιση:

- **Ογκεκτομή :** γίνεται εξαίρεση του όγκου επί υγείων ορίων, διατηρώντας τον μαστό.
- **Μερική μαστεκτομή:** γίνεται αφαίρεση του τμήματος του μαστού που πάσχει από καρκίνο επί υγείων ορίων. Οι μύες του στήθους κάτω από το καρκίνο μπορούν επίσης να αφαιρεθούν.
- **Ριζική μαστεκτομή:** γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του μαστού που πάσχει από καρκίνο. υπερκείμενο δέρμα

- **Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή:** γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του μαστού που έχει καρκίνο, καθώς και σύστοιχη λεμφαδενεκτομή με διατήρηση του μείζονα θωρακικού μυός.
- Σε όλες τις περιπτώσεις γίνεται και **λεμφαδενικός καθαρισμός** ή ανευρίσκεται ο φρουρός λεμφαδένας, αφαιρούνται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες που έχουν διηθηθεί και αποστέλλονται για βιοψία. Η βιοψία των λεμφαδένων γίνεται για να καταγραφεί το στάδιο του καρκίνου και να αποφασιστεί η περαιτέρω αντιμετώπιση. Η αποκατάσταση του μαστού με πλαστική επέμβαση μπορεί να γίνει απευθείας, αμέσως μετά το χειρουργείο ή αργότερα στο μέλλον.
- **Χημειοθεραπεία:** μπορεί να δοθεί είτε πριν από τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου, με στόχο να τον συρρικνώσει και να μειώσει το μέγεθος της βλάβης που πρέπει να αφαιρεθεί, είτε μετά από το χειρουργείο.
- **Ακτινοθεραπεία:** χρησιμοποιεί υψηλής ενέργειας ακτίνες X ή άλλους τύπους ακτινοβολίας, για να αναστείλλει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων.
- **Ορμονοθεραπεία:** χρησιμοποιείται για να αναστείλλει τη δράση των ορμονών και την ανάπτυξη των καρκινικών κυττάρων.
- **Στοχευμένη θεραπεία:** είναι ένας τύπος θεραπείας για τον εντοπισμό των καρκινικών κυττάρων, χωρίς να βλάπτονται τα φυσιολογικά κύτταρα. Τα μονοκλωνικά αντισώματα και οι αναστολείς της κινάσης της τυροσίνης είναι οι δύο τύποι στοχευμένων θεραπειών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. ^[43]

Με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία, το ποσοστό σχετικής επιβίωσης για τις γυναίκες που διαγιγνώσκονται με καρκίνο του μαστού με συνεχή παρακολούθηση για 10 και 15 χρόνια μετά τη διάγνωση και την θεραπεία ανέρχεται σε 83% και 78% αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό, στη βελτίωση της θεραπείας και την έγκαιρη διάγνωση που προκύπτει από την εκτεταμένη χρήση της μαστογραφίας. ^[44]

11. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού αποσυντονίζει τόσο τη ζωή της πάσχουσας όσο και της οικογένειάς της. Δημιουργεί πολλαπλά ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα. Η πάσχουσα ανησυχεί για το μέλλον της, για την εύρεση των αρμόδιων ιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης της νόσου, για τους κινδύνους που εγκυμονούν σε περίπτωση μη αποτελεσματικότητας της θεραπείας, καθώς και για την σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύεται από την νόσο.

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού συχνά βιώνουν άρνηση και φόβο. Οι περισσότερες γυναίκες αντιμετωπίζουν το αίσθημα του φόβου μιας ανίατης ασθένειας που συνδέεται με τον πόνο και τον θάνατο. Επιπλέον, φοβούνται πως θα χάσουν τη σεξουαλικότητά τους και πως θα

δεχθούν την απόρριψη από το σύντροφό τους, διότι βάλλεται ένα όργανο του σώματος τους, που συμβολίζει τη θηλυκότητα και τη μητρότητα. Επίσης υπάρχει ο φόβος του κοινωνικού στιγματισμού λόγω της νόσου.^[45]

Ανησυχούν για το μέλλον της οικογένειά τους, των παιδιών τους και τα οικονομικά τους. Θεωρούν ότι δεν είναι αρκετοί οι πόροι, ώστε να ανταπεξέλθουν στην φροντίδα της υγείας τους, με αποτέλεσμα την παραμέληση της πρόληψης γενικότερα. Η οικογένεια ωστόσο, θεωρείται από τις σημαντικότερες πηγές στήριξης σε μια γυναίκα που πάσχει από καρκίνο του μαστού. Η αλληλεγγύη μέσα στην οικογένεια και οι ισχυρές σχέσεις που υπάρχουν μέσα σ' αυτή μπορούν να αλλάξουν σημαντικά την στάση και τον τρόπο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα της.

Ο καρκίνος, σαν λέξη από μόνη της είναι μια πηγή φόβου που έχει υπερεκτιμηθεί από την κοινωνία. Οι πάσχουσες θα πρέπει να νιώθουν ασφαλείς, προκειμένου να ανακουφιστούν από τους φόβους τους και να αναζητήσουν τις απαιτούμενες εξετάσεις για τη σωστή διερεύνηση και διάγνωση της νόσου. Γι' αυτό σημαντικό ρόλο σ' αυτή την φάση, πέραν της οικογενείας, διαδραματίζει και η κοινωνία, ώστε να αποβληθεί από αυτές τις γυναίκες, ο φόβος και ο στιγματισμός όσον αφορά στον καρκίνο του μαστού. Η ενθάρρυνσή τους μπορεί να επιτευχθεί είτε από τις ομιλίες ειδικών επιστημόνων είτε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, μέσω των εξετάσεων πρόληψης κατά του καρκίνου του μαστού.^[45]

Σημαντικότερος είναι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας για τη ψυχολογική στήριξη των γυναικών, οι οποίες πάσχουν από καρκίνο. Κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι ή ψυχίατροι μπορούν να παράσχουν συναισθηματική υποστήριξη τόσο στις ίδιες όσο και στις οικογένειές τους, με μακροπρόθεσμη παρακολούθηση. Κάθε θεράπων ιατρός ακολουθώντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, παραπέμπει την ασθενή για ψυχοκοινωνική υποστήριξη, εφόσον η ίδια το επιθυμεί. Στόχος είναι η άμεση αντιμετώπιση της κρίσης που θα φέρει η διάγνωση του καρκίνου αλλά και η διαχείριση δυσάρεστων συναισθημάτων, όπως το άγχος και ο φόβος του χειρουργείου, των θεραπειών, της μετάστασης και του θανάτου.

Εκτός από τις ανάγκες υποστήριξης, πρέπει να ικανοποιηθούν και οι ανάγκες τους για σωστή πληροφόρηση για τους λόγους που τους εξέθεσαν στον καρκίνο του μαστού, τα συμπτώματά του, τη θεραπεία αλλά και τις αλλαγές που πρέπει να γίνουν στον τρόπο ζωής τους για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Από τη μεριά λοιπόν του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να προσφέρεται σωστή ενημέρωση, στήριξη και διάθεση επαρκούς χρόνου στην πάσχουσα, ώστε να ανταποκριθούν πλήρως οι ανάγκες της.^[46]

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

12. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

12.1 Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων και των στάσεων των γυναικών σχετικά με την πραγματοποίηση του προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις γνώσεις τους, όσον αφορά την μαστογραφία και την αυτοεξέταση. Παράλληλα, διερευνήθηκε η συχνότητα πραγματοποίησης του προσυμπτωματικού ελέγχου από τις ίδιες τις γυναίκες.

12.2 Δειγματοληψία και Εργαλεία μελέτης

Συμπεριλήφθηκαν 150 γυναίκες, οι οποίες επιλέχθηκαν τυχαία ανάμεσα από γυναίκες που προσέρχονταν σε εξειδικευμένο στο μαστό ιδιωτικό ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο με σκοπό είτε την πραγματοποίηση του ετήσιου προληπτικού ελέγχου για το μαστό, είτε την περαιτέρω διερεύνηση κάποιου ψηλαφητού μορφώματος στο μαστό τους. Από τις γυναίκες ζητήθηκε να συμπληρώσουν ανώνυμα ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου (πολλαπλών επιλογών) ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μετά από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και τη μελέτη ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται από επιστημονικές εταιρείες και συλλόγους υποστήριξης καρκινοπαθών. Αυτές αφορούσαν στα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και στον προσυμπτωματικό έλεγχο του μαστού, με έμφαση στην αυτοεξέταση του μαστού και τη μαστογραφία. Ερωτώταν τόσο για τη διενέργεια προσυμπτωματικού ελέγχου σε προσωπικό επίπεδο, όσο και για τις γενικότερες γνώσεις τους και απόψεις τους για το θέμα. Το τελευταίο αυτό ζήτημα διερευνήθηκε με 19 ερωτήσεις, στις οποίες η σωστή απάντηση βαθμολογήθηκε με μονάδα (1) και οι λάθος απαντήσεις με (0). Το σωστό ή το λάθος των απαντήσεων καθορίστηκε με βάση τις πιο πρόσφατες οδηγίες της αμερικάνικης αντικαρκινικής εταιρείας. Δημιουργήθηκε συνεπώς, μια κλίμακα (κλίμακα πρόληψης) με 19 ερωτήσεις και μέγιστη βαθμολογία το 19 και ελάχιστη το 0. Ως κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη τέθηκαν τα εξής: α) να είναι Ελληνίδες, β) να είναι ενήλικες, γ) να μην πάσχουν από χρόνια αναπηρία ή άλλο νόσημα που να δυσχεραίνει την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας ή την κατανόηση των σχετικών οδηγιών.

Εγκυρότητα

Οι όψεις της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου που εξετάστηκαν ήταν οι εξής:

- Εγκυρότητα προσώπου : Στην αξιολόγηση εγκυρότητας προσώπου ζητείται από έμπειρους ερευνητές να αξιολογήσουν την ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και τη δυνατότητα κατανόησης των ερωτήσεων από τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνεται. Για το παρόν ερωτηματολόγιο αυτό πραγματοποιήθηκε από την επιβλέπουσα.

- Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity): Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στην επάρκεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να υποστηρίζεται εννοιολογικά. Η εξασφάλιση της εγκυρότητας αυτής στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με τον πιλοτικό έλεγχο (μετά τη μετάφραση του ερωτηματολογίου) σε πληθυσμό 20 γυναικών. Οι συμμετέχοντες σε πιλοτικό έλεγχο έγραψαν σχόλια για κάθε ερώτηση σχετικά με τη σαφήνεια της έννοιας που εμπεριεχόταν στην κάθε πρόταση. Ακολούθησαν μικρές προσαρμογές σύμφωνα με τα σχόλια τους.

Αξιοπιστία

Η αξιοπιστία της κλίμακας πρόληψης διερευνήθηκε με την εσωτερική συνάφεια, που απέδωσε συντελεστή α Cronbach ίσο με 0,72 (ικανοποιητική αξιοπιστία).

Στατιστική Επεξεργασία

Αρχικά εφαρμόστηκε η περιγραφική στατιστική και δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων για τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 για τις συσχετίσεις των ποιοτικών μεταβλητών, ενώ η δοκιμασία ANOVA με την post hoc δοκιμασία Bonferroni χρησιμοποιήθηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές. Η κανονικότητα των κατανομών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p=0,05$. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. 22.0.

13. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειονότητα του δείγματος ήταν ηλικίας άνω των 40 ετών (74,7%). Οι γυναίκες σε ποσοστό 82,6% κατοικούσαν σε πόλη ή κωμόπολη και ήταν στην πλειονότητά τους έγγαμες (79,3%) και με παιδιά (81,3%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	N	%
Τι ηλικία έχετε;		
20-29	8	5,3
30-39	30	20,0
40-49	42	28,0
50-74	70	46,7
Σύνολο	150	100,0
Που κατοικείτε;		
Πόλη	62	41,3
Κωμόπολη	62	41,3
Χωριό	26	17,4
Σύνολο	150	100,0
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;		
Παντρεμένη	119	79,3
Ανύπαντρη	17	11,3
Ελεύθερη συμβίωση με σύντροφο	3	2,0
Διαζευγμένη	6	4,0
Χήρα	5	3,4
Σύνολο	150	100,0
Έχετε παιδιά;		
Ναι	122	81,3
Όχι	28	18,7
Σύνολο	150	100,0

Το 48,7% ήταν απόφοιτες ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος, εργαζόμενες το 68% και μέτριας οικονομικής κατάστασης το 56%.

Πίνακας 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο και εργασιακά χαρακτηριστικά.

	N	%
Ποια είναι η εκπαιδευτική σας βαθμίδα;		
Δημοτικό	16	10,7
Γυμνάσιο	11	7,3
Λύκειο	35	23,3
Μεταλυκειακές σπουδές (ΙΕΚ, Τεχνική σχολή, κλπ.)	15	10,0
ΤΕΙ/ΑΕΙ	66	44,0
Μεταπτυχιακό	7	4,7
Σύνολο	150	100,0
Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;		
Εργαζόμενη ολικής απασχόλησης	87	58,0
Εργαζόμενη μερικής απασχόλησης	15	10,0
Συνταξιούχος	9	6,0
Άνεργη	9	6,0
Οικιακά	30	20,0
Σύνολο	150	100,0
Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;		
Πολύ καλή	4	2,7
Καλή	47	31,3
Μέτρια	84	56,0
Κακή	15	10,0
Σύνολο	150	100,0

Ψηλάφηση μαστού τουλάχιστον για μια φορά στην ζωή τους έχει κάνει το 73,3% και το 68% έχει κάνει τουλάχιστον μια φορά μαστογραφία. Ωστόσο, 41 γυναίκες απαντούν, όταν ρωτώνται αποκλειστικά για την μαστογραφία ότι ποτέ δεν έχουν κάνει μαστογραφία. Με βάση αυτήν την απάντηση το ποσοστό των γυναικών που όφειλαν να κάνουν μαστογραφία και δεν έχουν κάνει είναι 13,3% (βλ. υποσημείωση πίνακα 3). Το 5,4% δεν έχει ποτέ επισκεφτεί γιατρό, ενώ το 56% θεωρεί ότι κάνει σωστή πρόληψη.

Πίνακας 3. Συχνότητα προληπτικών ελέγχων για τον καρκίνο του μαστού.

	N	%
Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία;		
Κάθε χρόνο	76	50,7
Κάθε 2 χρόνια	20	13,3
Πάνω από 3 χρόνια	13	8,7
Ποτέ*	41	27,3
Σύνολο	150	100,0
Πόσο συχνά επισκέπτεστε κάποιον γιατρό;		
Κάθε 3-6 μήνες	23	15,3
Μία φορά τον χρόνο	88	58,7
Κάθε 2 χρόνια	14	9,3
Πάνω από 2 χρόνια	17	11,3
Ποτέ	8	5,4
Σύνολο	150	100,0
Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι κάνετε σωστή πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού;		
Ναι	84	56,0
Όχι	66	44,0
Σύνολο	150	100,0
Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;		
Ψηλάφηση μαστού	110	73,3
Μαστογραφία	102	68,0
Υπερηχοτομογραφία	62	41,3
Κανένα	6	4,0

*Από τις 41 γυναίκες, οι 15, δηλ. το 10% του συνολικού δείγματος ήταν άνω των 40 ετών. Συνεπώς, με δεδομένο ότι οι γυναίκες άνω των 40 στο δείγμα ήταν συνολικά 112, το 13,3% όσων είχαν ένδειξη δεν είχαν κάνει ποτέ μαστογραφία

Τακτική αυτοεξέταση των μαστών αναφέρεται από το 64,7%, αλλά μόνο το 48% εξετάζεται μια φορά το μήνα. Ποτέ δεν έχει πραγματοποιηθεί κλινική εξέταση στο 10% των γυναικών.

Πίνακας 4. Συχνότητα αυτοεξέτασης και κλινικής εξέτασης.

	N	%
Εξετάζετε από μόνη σας τακτικά το στήθος σας;		
Ναι	97	64,7
Όχι	53	35,3
Σύνολο	150	100,0
Εάν ναι, πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση;		
α) Κάθε μήνα	72	48,0
β) Κάθε εξάμηνο	20	13,3
γ) Κάθε χρόνο	9	6,0
δ) Δεν κάνω αυτοεξέταση	49	32,7
Σύνολο	150	100,0
Πόσο συχνά εξετάζει το στήθος σας κάποιος γιατρός;		
μια φορά το χρόνο	100	66,7
κάθε δύο χρόνια	20	13,3
πάνω από δύο χρόνια	15	10,0
ποτέ	15	10,0
Σύνολο	150	100,0

Το 80,7% απάντησε ότι η κλινική εξέταση του μαστού πρέπει να ξεκινά μεταξύ 30-40 ετών και το 87,4% ότι η μαστογραφία αναφοράς πρέπει να γίνεται μεταξύ 35 και 40 ετών. Η πλειονότητα των γυναικών (68,7%) θεωρεί ότι ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται και μπορεί να προληφθεί σε μεγάλο ποσοστό (74%) και ότι ο συνδυασμός των μεθόδων πρόληψης αυξάνει τη διαγνωστική επιτυχία (94,6%). Την αυτοεξέταση και τη συχνή κλινική εξέταση θεωρεί ως μέθοδο πρόληψης το 60,7% και το 81,3% των γυναικών αντίστοιχα, ενώ άλλα προληπτικά μέτρα είναι γνωστά σε λιγότερες από τις μισές γυναίκες. Η ετήσια μαστογραφία ως μέσο πρόληψης έχει εδραιωθεί στην πλειονότητα των γυναικών, τουλάχιστον για τη μέση ηλικία (78%).

Πίνακας 5. Γνώσεις σχετικά με τον γενικό προληπτικό έλεγχο του μαστού και τις ενδείξεις μαστογραφίας.

	N	%
Σε ποια ηλικία θα πρέπει μία γυναίκα να ξεκινά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού κάνοντας κλινική εξέταση του μαστού;		
20-25 ετών	21	14,0
30-40 ετών	121	80,7
δεν συνιστάται	3	2,0
δεν γνωρίζω	5	3,3
Σύνολο	150	100,0
Σε ποια ηλικία θα πρέπει μία γυναίκα να κάνει μαστογραφία αναφοράς;		
35 ετών	79	52,7
40 ετών	52	34,7
45 ετών	10	6,7
50 ετών	1	0,6
Δεν γνωρίζω	8	5,3
Σύνολο	150	100,0

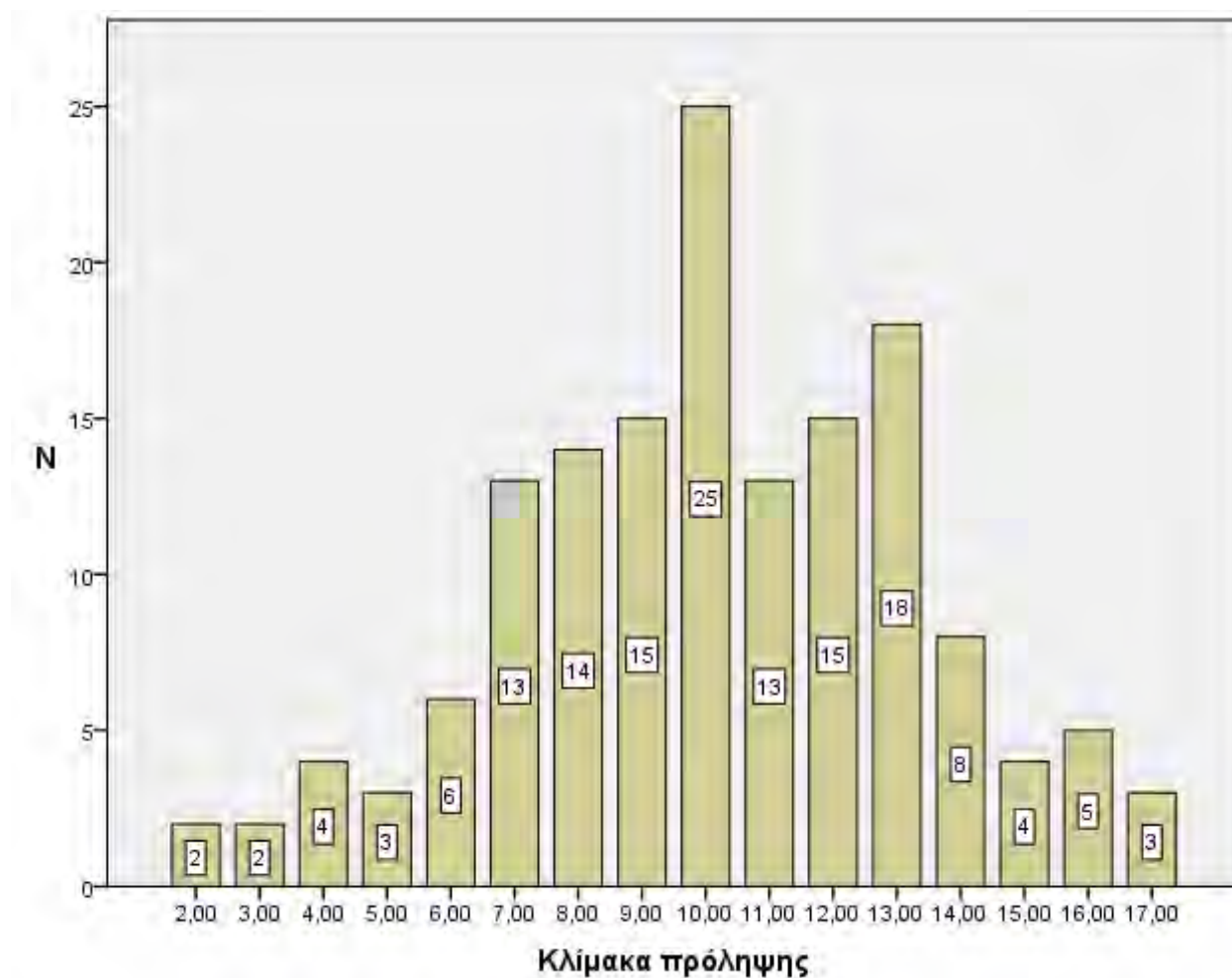
Σε ποια ηλικία θα πρέπει μία γυναίκα να ξεκινά την ετήσια μαστογραφία;		
35 ετών	48	32,0
40 ετών	69	46,0
45 ετών	23	15,3
50 ετών	6	4,0
Δεν γνωρίζω	4	2,7
Σύνολο	150	100,0
Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;		
Όταν έχει/είχε η μητέρα καρκίνο του μαστού	27	18,0
Όταν έχει/είχε η μητέρα και η αδερφή καρκίνο του μαστού	19	12,7
Όταν έχει/είχε η γιαγιά καρκίνο του μαστού και κανείς άλλος στην οικογένεια	7	4,7
Όλα τα παραπάνω	97	64,6
Σύνολο	150	100,0
Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται;		
Όχι	3	2,0
Ναι, σε μικρό ποσοστό	29	19,3
Ναι, σε μεγάλο ποσοστό	103	68,7
Δεν ξέρω	15	10,0
Σύνολο	150	100,0
Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί;		
Όχι	2	1,3
Ναι, σε μικρό ποσοστό	18	12,0
Ναι, σε μεγάλο ποσοστό	111	74,0
Δεν ξέρω	19	12,7
Σύνολο	150	100,0

Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;		
ΝΑΙ	142	94,6
ΟΧΙ	4	2,7
Δεν ξέρω	4	2,7
Σύνολο	150	100,0
Πως νομίζετε ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού; *		
Με υγιεινή διατροφή	66	44,0
Με αποφυγή καπνίσματος	50	33,3
Με αποφυγή αλκοόλ	33	22,0
Με συχνές εξετάσεις από εξειδικευμένο γιατρό	122	81,3
Με συχνή αυτοεξέταση	91	60,7
Με φάρμακα και βιταμίνες	3	2,0
Με συχνή άσκηση	31	20,7
Δεν ξέρω	0	0,0
Για μια γυναίκα 40 ετών με μέσο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, παρακαλώ να σημειώσετε όλες τις παρεμβάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου τις οποίες εσείς θα συμβουλευάτε/ζητούσατε/εκτελούσατε:		
1. Αυτοεξέταση μαστού		
A. Μηνιαία	120	80,0
B. Κάθε δεύτερο μήνα	13	8,7
Γ. Δεν συνιστάται	2	1,3
Δ. Δεν γνωρίζω	15	10,0
Σύνολο	150	100,0
2. Κλινική εξέταση μαστού από γιατρό		
A. Κάθε χρόνο	138	92,0
B. Κάθε τρία χρόνια	3	2,0
Γ. Δεν συνιστάται	1	0,7

Δ. Δεν γνωρίζω	8	5,3
Σύνολο	150	100,0
3. Μαστογραφία		
A. Μαστογραφία κάθε δύο χρόνια	25	16,7
B. Μαστογραφία ετήσια	117	78,0
Γ. Δεν συνιστάται	2	1,3
Δ. Δεν γνωρίζω	6	4,0
Σύνολο	150	100,0
Για μια γυναίκα 70 ετών με μέσο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, παρακαλώ να σημειώσετε όλες τις παρεμβάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου τις οποίες εσείς θα συμβουλευάτε/ζητούσατε/εκτελούσατε:		
1. Αυτοεξέταση μαστού		
A. Μηνιαία	69	46,0
B. Κάθε δεύτερο μήνα	29	19,3
Γ. Δεν συνιστάται	14	9,4
Δ. Δεν γνωρίζω	38	25,3
Σύνολο	150	100,0
2. Κλινική εξέταση μαστού από γιατρό		
A. Κάθε χρόνο	98	65,3
B. Κάθε τρία χρόνια	24	16,0
Γ. Δεν συνιστάται	8	5,4
Δ. Δεν γνωρίζω	20	13,3
Σύνολο	150	100,0
3. Μαστογραφία		
A. Μαστογραφία κάθε δύο χρόνια	53	35,3
B. Μαστογραφία ετήσια	62	41,3
Γ. Δεν συνιστάται	11	7,4
Δ. Δεν γνωρίζω	24	16,0
Σύνολο	150	100,0
*Οι απαντήσεις αφορούν στα «ΝΑΙ» και επειδή υπήρχε η δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων δεν αθροίζονται.		

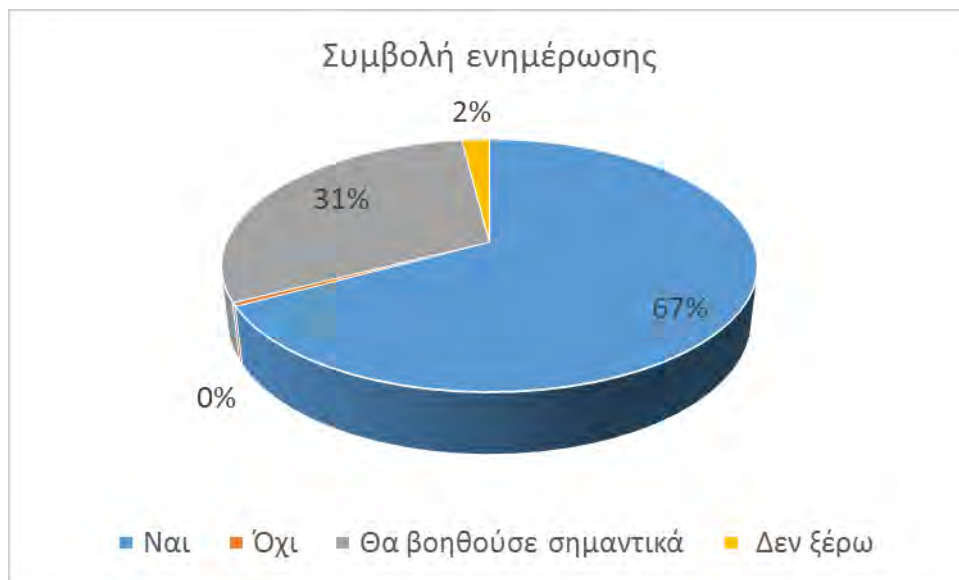
Στην κλίμακα πρόληψης, η πλειονότητα (66%) απάντησε σωστά σε λιγότερες από τις μισές ερωτήσεις, ενώ καμία γυναίκα δεν απάντησε σωστά σε όλες.

Γράφημα 1. Κλίμακα πρόληψης



Το 67% των γυναικών εκτιμά ότι, η ενημέρωση θα βοηθούσε στην πρόληψη και το 52% ζητά περισσότερες ενημερωτικές εκπομπές. Το 25% βρίσκει την εμπειρία της μαστογραφίας δυσάρεστη, ενώ σπάνια δηλώνει ότι κάνει προληπτικές εξετάσεις το 29%.

Γράφημα 2. Η συμβολή της ενημέρωσης στην πρόληψη



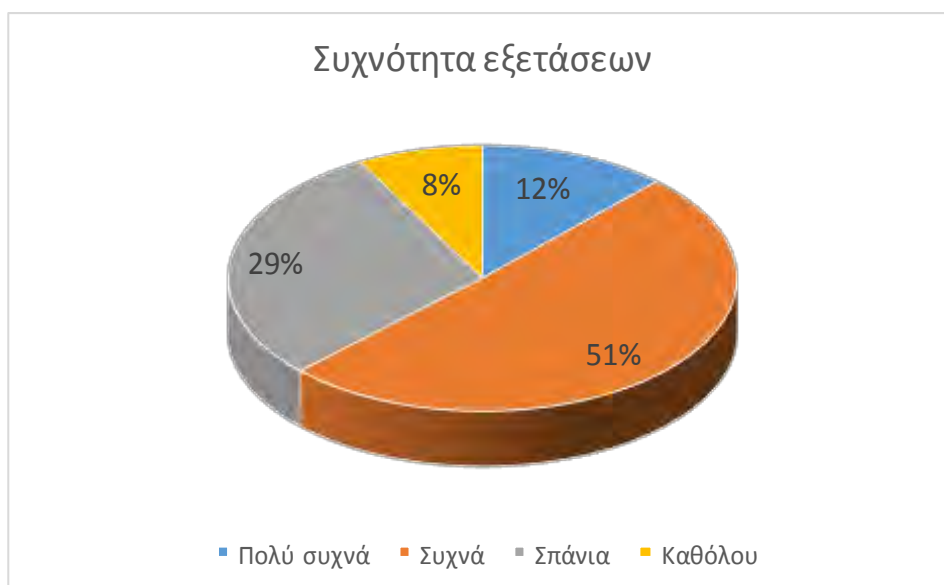
Γράφημα 3. Αποτίμηση της εμπειρίας της μαστογραφίας



Γράφημα 4. Προτάσεις για βελτίωση της ενημέρωσης

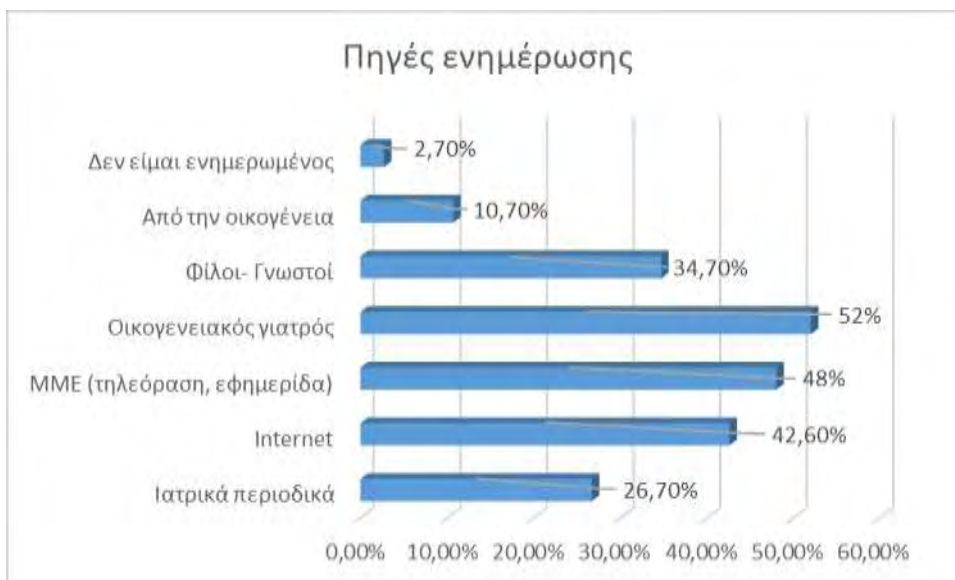


Γράφημα 5. Αυτοαναφερόμενη συχνότητα προληπτικών εξετάσεων

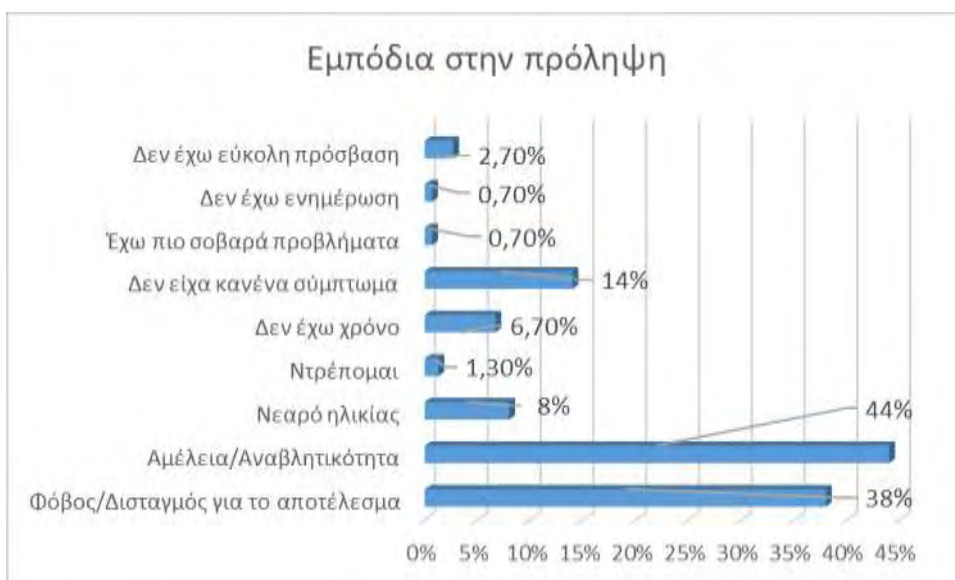


Ο οικογενειακός ιατρός, τα ΜΜΕ και το διαδίκτυο είναι οι κυριότερες πηγές ενημέρωσης, ενώ η αμέλεια και ο φόβος για το αποτέλεσμα τα κυριότερα εμπόδια στη διενέργεια προληπτικού ελέγχου.

Γράφημα 6. Πηγές ενημέρωσης για τον καρκίνο του μαστού

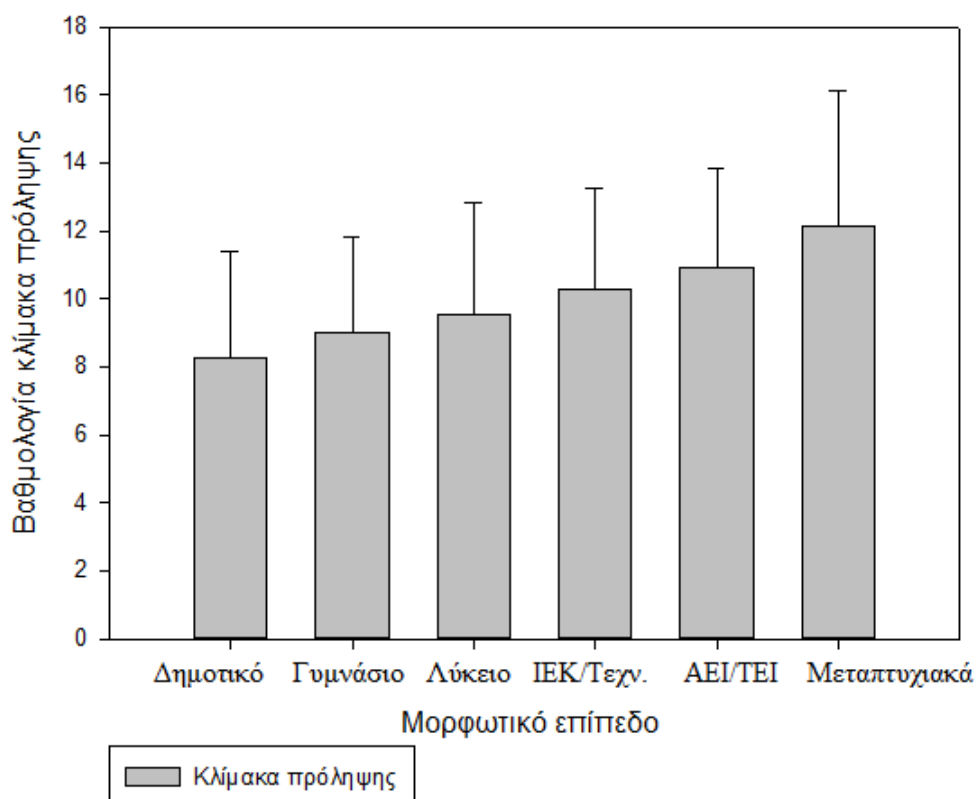


Γράφημα 7. Εμπόδια στην πραγματοποίηση του προληπτικού ελέγχου



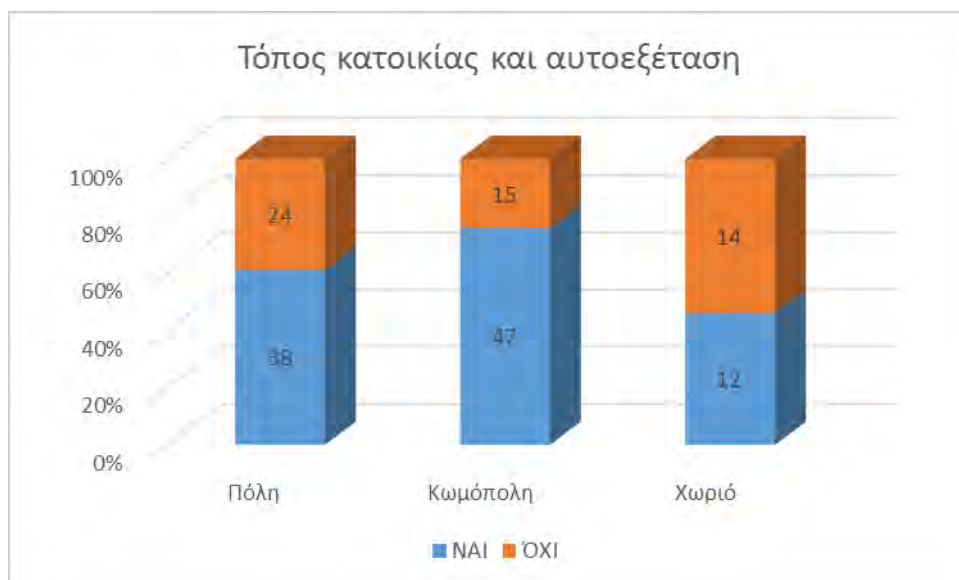
Στο επόμενο γράφημα φαίνεται η προοδευτική αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα πρόληψης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Οι γυναίκες με ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ/ΤΕΙ και μεταπτυχιακά) διέφεραν στατιστικά σημαντικά από τις απόφοιτες δημοτικού ($p=0,089$ και $p=0,033$ αντίστοιχα).

Γράφημα 8. Διαφορές στις γνώσεις πρόληψης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

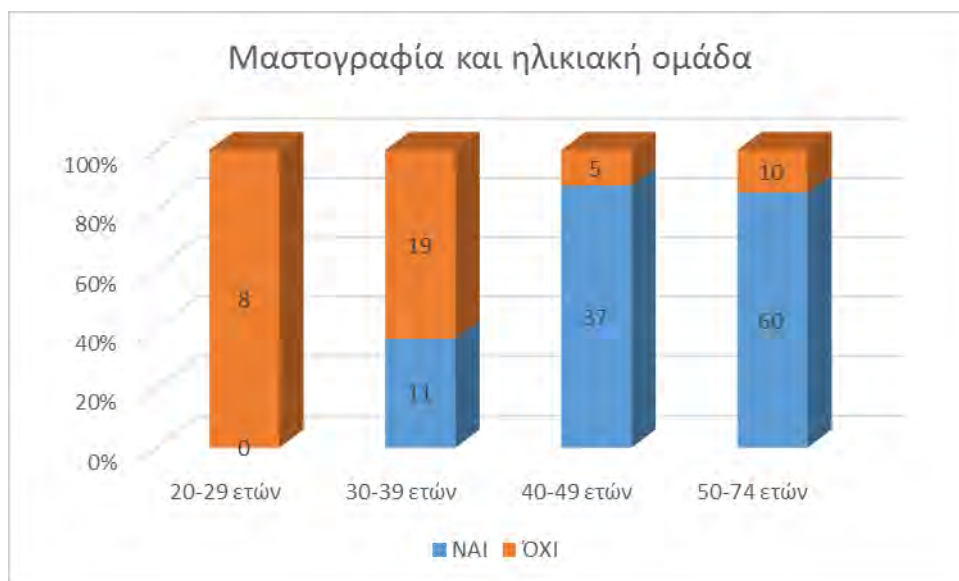


Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν επίσης, όσον αφορά στην αυτοεξέταση σε σχέση με τον τόπο κατοικίας, αλλά και στη μαστογραφία σε σχέση με την οικογενειακή, οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, όσες γυναίκες διέμεναν σε χωριό είχαν μικρότερα ποσοστά αυτοεξέτασης σε σχέση με εκείνες που ζούσαν σε πόλη και κωμόπολη ($p=0,022$). Επίσης, οι γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών είχαν σημαντικά υψηλότερη συχνότητα πραγματοποίησης μαστογραφίας (τουλάχιστον μία φορά) ($p<0,001$), ενώ γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου έτειναν να πραγματοποιούν συχνότερα μαστογραφία ($p=0,003$). Η κακή οικονομική κατάσταση συνοδευόταν από χαμηλότερη συχνότητα διενέργειας της μαστογραφίας ($p=0,045$), ενώ οι έγγαμες είχαν υψηλότερη συχνότητα σε σχέση με τις άγαμες ($p<0,001$).

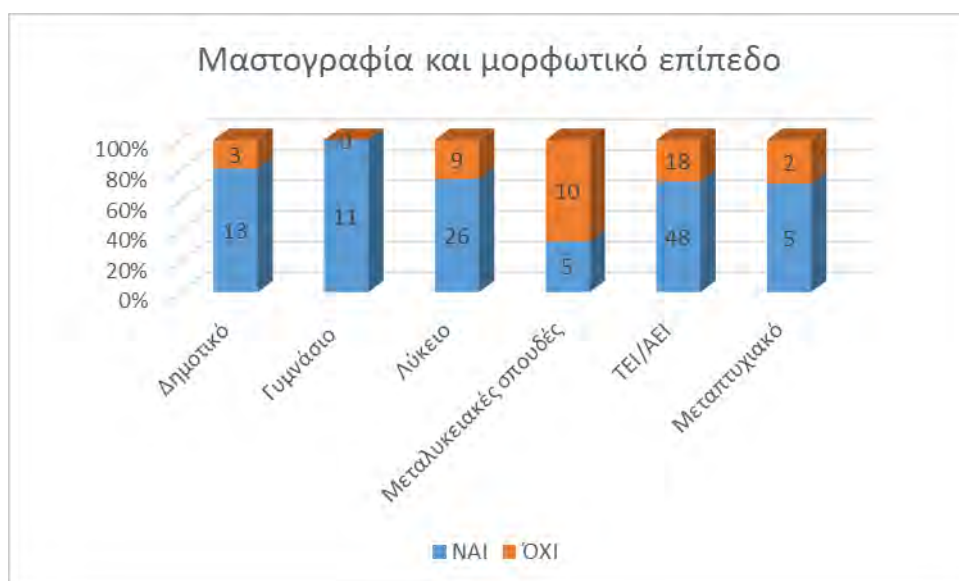
Γράφημα 9. Αυτοεξέταση και τόπος κατοικίας



Γράφημα 10. Μαστογραφία και ηλικιακή ομάδα



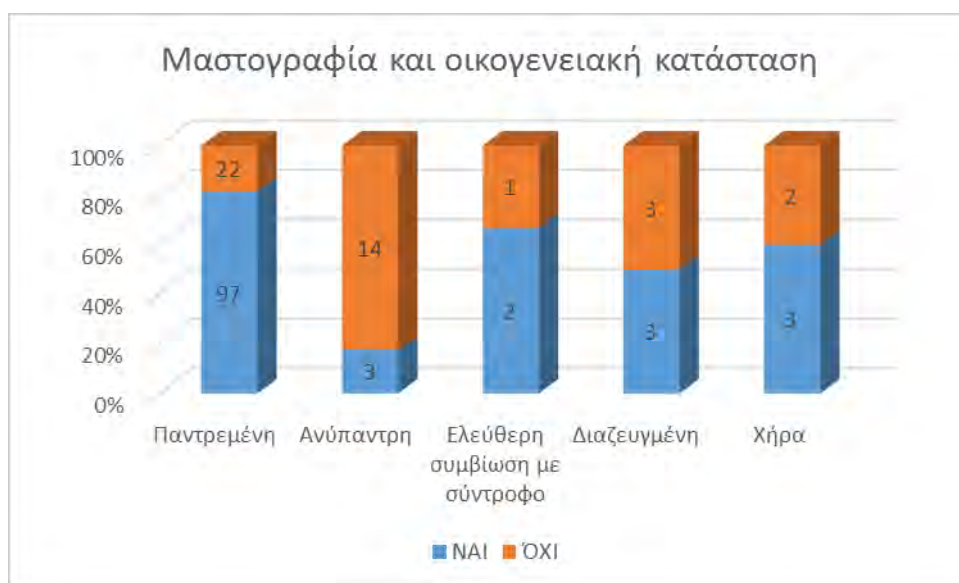
Γράφημα 11. Μαστογραφία και μορφωτικό επίπεδο



Γράφημα 12. Μαστογραφία και οικονομική κατάσταση



Γράφημα 13. Μαστογραφία και οικογενειακή κατάσταση



14. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι, η πλειονότητα των γυναικών έχει θετική στάση και αρκετές γνώσεις όσον αφορά στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού. Ωστόσο τα ποσοστά πραγματοποίησης των εξετάσεων προβληματίζουν, καθώς, ειδικά στην περίπτωση της αυτοεξέτασης και της κλινικής εξέτασης του μαστού κρίνονται μάλλον χαμηλά, σε σύγκριση με τα διεθνή δεδομένα των ανεπτυγμένων χωρών. Επίσης, τα αποτελέσματα σχετικά με τη μαστογραφία δείχνουν ότι η γνώση των γυναικών σχετικά με τις επιμέρους παραμέτρους της μαστογραφίας είναι μάλλον αποσπασματική, αν και οι γυναίκες γνωρίζουν σε γενικές γραμμές τη μέθοδο και τη σημασία της.

Στην παρούσα μελέτη, το 26,7% των γυναικών δεν είχε πραγματοποιήσει ποτέ αυτοεξέταση και το 13,3% όσων γυναικών θα είχαν ένδειξη να κάνουν μαστογραφία, δεν την είχε πραγματοποιήσει ποτέ. Τα ποσοστά αυτά είναι αντίστοιχα άλλων μελετών σε ανεπτυγμένες χώρες και θέτουν ζήτημα σχετικά με τη μελλοντική συχνότητα του καρκίνου. Στις ΗΠΑ, τα ποσοστά μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης κυμαίνονται γύρω στο 88 %^[47], ενώ σε διαφορετικές εθνικές ομάδες ενδέχεται να υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση. Τα ποσοστά διενέργειας μαστογραφίας και κλινικής εξέτασης, για τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους, στις Αμερικανίδες κορεατικής καταγωγής υπολογίζονται σε 67% και 58% αντίστοιχα.^[48] Στην Αγγλία, ενώ οι Βρετανίδες ανταποκρίνονται σε ποσοστό περίπου 75-80%, η ανταπόκριση των γυναικών ασιατικής καταγωγής, βρίσκεται σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα, με ποσοστό που κυμαίνεται στο 50-65%.^[49] Οι γυναίκες στην Τουρκία πραγματοποιούν προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού σε ποσοστό 34%, όσον αφορά στη μαστογραφία και σε ποσοστό 14,1%, όσον αφορά την κλινική εξέταση.^[50] Στην Ελλάδα, προγενέστερη έρευνα δείχνει ότι, τα ποσοστά για τις προσυμπτωματικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού ανερχόταν μεταξύ 50% και 70 %, ανάλογα με την ηλικία και την κοινωνική ομάδα, ενώ των γυναικών ηλικίας 50-69 ετών που υπεβλήθησαν σε μαστογραφία μέσα στην τελευταία τριετία το ποσοστό ήταν 53,8%.^[51]

Ενώ όμως, οι γυναίκες γνωρίζουν ότι ο συνδυασμός των προληπτικών εξετάσεων αυξάνει το ποσοστό διάγνωσης, λίγες εφαρμόζουν τη θεωρία στην πράξη. Το φαινόμενο δεν περιορίζεται στη χώρα μας, αλλά εκφράζει μια γενικότερη αντίφαση ανάμεσα στη θετική στάση των γυναικών απέναντι στις μεθόδους πρόληψης και τις γνώσεις του πάνω στο ζήτημα αυτό και τη συχνότητα χρήση τους. Διάφοροι παράγοντες, που αναδείχθηκαν και στην παρούσα μελέτη, όπως ο φόβος και η αμέλεια ευθύνονται εν μέρει για τη μη πραγματοποίηση του προσυμπτωματικού ελέγχου. Επίσης ευθύνονται, οι πεποιθήσεις της γυναίκας, η ηλικία της και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Η μοιρολατρία και ο φόβος για την πιθανή κακοήθεια λειτουργούν ανασταλτικά για πολλές γυναίκες.^[50] Ειδικά η ηλικία, είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός δείκτης για την αυτοεξέταση και τη μαστογραφία, δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η γυναίκα τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να πραγματοποιήσει αυτοεξέταση

ή μαστογραφία, τάση που διαπιστώθηκε και στην παρούσα μελέτη. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει επιπτώσεις στην πραγματοποίηση των προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού. Γενικά, γυναίκες με χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και οικογενειακό εισόδημα τείνουν να υπολείπονται στη χρήση των προληπτικών εξετάσεων. Οι γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είναι πιθανό να είναι ανασφάλιστες, να μη διαθέτουν πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας και γενικά να μην έχουν πόρους φροντίδας. Οι γυναίκες αυτές τείνουν να έχουν μικρότερα ποσοστά προληπτικών ελέγχων για τον καρκίνο του μαστού, ακόμα και όταν σταθμίζεται η εθνικότητά τους, η φυλή και η ασφαλιστική τους κατάσταση.^[52,53]

Ένα ενδιαφέρον εύρημα στην παρούσα μελέτη είναι ότι, οι γυναίκες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου έτειναν να εμφανίζουν μικρότερη συχνότητα μαστογραφίας. Με την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου καθώς και στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, παρατηρείται αύξηση στη διενέργεια μαστογραφίας, κάτι το οποίο δεν ισχύει για τις νεαρότερες ηλικιακές γυναίκες. Αυτό αποδεικνύεται και σε άλλες μελέτες, όπου οι λιγότερο μορφωμένες (Αφρο-Αμερικανίδες) εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης της εξέτασης.^[48] Το ίδιο ισχύει και για την Ελλάδα, όπου γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου πραγματοποιούν μαστογραφία λιγότερο συχνά συγκριτικά με εκείνες μέσης και κατώτερης εκπαιδευτικής βαθμίδας.^[51] Πιθανόν το καλύτερο μορφωτικό επίπεδο να συνοδεύεται από καλύτερη γνώση των επιπλοκών της νόσου, γεγονός που επιτείνει την ανησυχία των γυναικών και δρα ως ανασταλτικός παράγοντας στην πραγματοποίηση της εξέτασης.

Η ευαισθητοποίηση θεωρείται ως μια παρέμβαση προαγωγής της υγείας στη Βρετανία, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Άλλωστε, πολλά περιστατικά με καρκίνο του μαστού ανακαλύπτονται τυχαία από ότι κατά τη διάρκεια τακτικής εξέτασης.^[54]

Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί βασική πηγή πληροφόρησης για το ήμισυ των γυναικών στην παρούσα μελέτη, γεγονός που δείχνει τη σημασία των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ για την πρόληψη της νόσου. Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ πρέπει να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να ελέγχουν τους μαστούς τους. Πρέπει να τους προσφέρουν προφορικές και γραπτές πληροφορίες για το πώς να διαχειριστούν προβλήματα όσον αφορά στο μαστό και να τις ενημερώνουν για τις διαθέσιμες βέλτιστες πρακτικές. Οι γυναίκες που ευαισθητοποιούνται όσον αφορά στο μαστό από έναν επαγγελματία υγείας, διαθέτουν περισσότερες γνώσεις και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σε σύγκριση με γυναίκες που ενημερώνονται από άλλες πηγές.

Η αυτοεξέταση και η κλινική εξέταση αποτελούν συχνά τη μοναδική επιλογή πολλών γυναικών που δεν έχουν πρόσβαση στα σύγχρονα ακτινοδιαγνωστικά μέσα, ειδικά σε χώρες μετρίου και χαμηλού κατά κεφαλήν εισοδήματος.^[7] Όμως, στις χώρες αυτές παρατηρείται επίσης συχνά και το φαινόμενο ιατροί και νοσηλεύτες στην ΠΦΥ να μη διαθέτουν επαρκή εκπαίδευση προκειμένου να πραγματοποιήσουν προσυμπτωματικό έλεγχο. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες φοβούνται τις συνέπειες της διάγνωσης τόσο τις άμεσες (σωματική και ψυχική ταλαιπωρία) όσο και τις έμμεσες,

όπως η απώλεια εργασίας ή η εγκατάλειψη από το σύντροφο. Ωστόσο, η αυξημένη επαγρύπνηση των γυναικών, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη συχνή αυτοεξέταση και την κλινική εξέταση του μαστού συσχετίζεται με την πρόωμη διάγνωση της νόσου, με προφανή ευεργετικά αποτελέσματα. Τόσο η μαστογραφία, όσο και η αυτοεξέταση ή η κλινική εξέταση συνοδεύονται από μείωση της θνησιμότητας λόγω της έγκαιρης διάγνωσης. Άλλωστε, έχει αποδειχθεί ότι το 95% των καρκίνων του μαστού ανευρίσκεται στην αυτοεξέταση και το 65% αυτών σε πολύ πρόωμο στάδιο. Υποστηρίζεται ότι, αν μια γυναίκα είναι ενήμερη για τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού, είναι πιο πιθανό να προχωρήσει σε τακτική αυτοεξέταση των μαστών. Ειδικά, σε χώρες και περιόδους χαμηλού εισοδήματος και με μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανασφάλιστο, η τακτική διενέργεια ψηλάφησης του μαστού μπορεί να αποβεί σωτήρια για τις γυναίκες. Η αναλογία με τις συνθήκες στη χώρα μας, όπως έχουν διαμορφωθεί τα τελευταία χρόνια είναι προφανής και δείχνει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των προγραμμάτων πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας.^[7,54]

Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ πρέπει να είναι σωστά εκπαιδευμένοι και να προσφέρουν τις ανάλογες υπηρεσίες, γνωρίζοντας πότε και πού να παραπέμψουν τη γυναίκα για περαιτέρω έλεγχο. Φαίνεται πως, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γυναικών και το γενικότερο μορφωτικό τους επίπεδο είναι οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες πραγματοποίησης του προσυμπτωματικού ελέγχου, γεγονός που δείχνει και την τεράστια σημασία της παιδείας και της οικονομικής ευημερίας για το σύνολο του πληθυσμού. Η παροχή πληροφοριών από τα μέσα ενημέρωσης και το διαδίκτυο, αλλά κυρίως η εξατομικευμένη προσέγγιση στα πλαίσια της ΠΦΥ είναι οι ενδεικνυόμενες πρακτικές για την ευαισθητοποίηση των γυναικών.

Περιορισμοί

Το γεγονός ότι ο πληθυσμός προερχόταν από ένα μόνο ιδιωτικό ιατρείο σε μια περιοχή της Ελλάδας, όπως και το γεγονός ότι οι γυναίκες προσέρχονταν για προληπτικό έλεγχο του μαστού, περιορίζει τη γενίκευση των ευρημάτων μας. Θα μπορούσε συνεπώς, το ποσοστό διενέργειας μαστογραφίας μεταξύ αυτών των γυναικών να είναι πλασματικά υψηλό, αφού προσέρχονται για το σκοπό αυτό και πιθανόν να έχουν επαναλάβει στο παρελθόν την εξέταση. Αντίστοιχα και για την αυτοεξέταση, πιθανώς να ισχύει το ίδιο, αφού οι γυναίκες ήταν εξοικειωμένες με τον προληπτικό έλεγχο για το μαστό και πιθανότατα πιο ενημερωμένες. Αυτό σημαίνει ότι, τα ποσοστά της μελέτης μάλλον υπερεκτιμούν την προσήλωση των γυναικών στον προσυμπτωματικό έλεγχο, με ότι αυτό συνεπάγεται για την πραγματική κατάσταση στη χώρα μας, αν και συμπίπτουν σε ικανοποιητικό ποσοστό με δεδομένα που υπάρχουν από αντίστοιχες μελέτες.

15.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Διαβάστε την κάθε ερώτηση και απαντήστε, όσο πιο ειλικρινά μπορείτε, ανάλογα με το πόσο πολύ θεωρείτε ότι σας χαρακτηρίζει η κάθε μία. Βεβαιωθείτε πως έχετε απαντήσει όλες τις ερωτήσεις. Αν αλλάξετε γνώμη για κάποια απάντησή σας μπορείτε να την διαγράψετε και να κυκλώσετε μια άλλη.

1. Τι ηλικία έχετε;
 - α) 20-29
 - β) 30-39
 - γ) 40-49
 - δ) 50-74
2. Που κατοικείτε;
 - α) Πόλη
 - β) Κομόπολη
 - γ) Χωριό
 - δ) Δεν απαντώ
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 - α) Παντρεμένη
 - β) Ανύπαντρη
 - γ) Ελεύθερη συμβίωση με σύντροφο
 - δ) Διαζευγμένη
 - ε) Χήρα
4. Έχετε παιδιά;
 - α) Ναι
 - β) Όχι
5. Ποια είναι η εκπαιδευτική σας βαθμίδα;
 - α) Δημοτικό
 - β) Γυμνάσιο
 - γ) Λύκειο
 - δ) Μεταλυκειακές σπουδές (ΙΕΚ, Τεχνική σχολή, κλπ.)
 - ε) ΤΕΙ / ΑΕΙ
 - στ) Μεταπτυχιακό

6. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;
- α) Εργαζόμενη ολικής απασχόλησης
 - β) Εργαζόμενη μερικής απασχόλησης
 - γ) Συνταξιούχος
 - δ) Άνεργη
 - ε) Οικιακά
 - στ) Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε) : _____
7. Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;
- α) πολύ καλή
 - β) καλή
 - γ) μέτρια
 - δ) κακή
8. Σε ποια ηλικία θα πρέπει μία γυναίκα να ξεκινά τον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού κάνοντας κλινική εξέταση του μαστού;
- α) 20-25 ετών
 - β) 30-40 ετών
 - γ) δεν συνιστάται
 - δ) δεν γνωρίζω
9. Έχετε κάνει μαστογραφία στο παρελθόν;
- α) Ναι
 - β) Όχι
10. Εάν «ναι» πως θα χαρακτηρίζατε αυτήν την εμπειρία σας;
- α) ευχάριστη
 - β) αδιάφορη
 - γ) δυσάρεστη
11. Σε ποια ηλικία θα πρέπει μία γυναίκα να κάνει μαστογραφία αναφοράς;
- α) 35 ετών
 - β) 40 ετών
 - γ) 45 ετών
 - δ) 50 ετών
 - ε) Δεν γνωρίζω

12. Σε ποια ηλικία θα πρέπει μία γυναίκα να ξεκινά την ετήσια μαστογραφία;

- α) 35 ετών
- β) 40 ετών
- γ) 45 ετών
- δ) 50 ετών
- ε) Δεν γνωρίζω

13. Πόσο συχνά κάνετε μαστογραφία;

- α) Κάθε χρόνο
- β) Κάθε 2 χρόνια
- γ) Πάνω από 3 χρόνια
- δ) Ποτέ

14. Εξετάζετε από μόνη σας τακτικά το στήθος σας;

- α) Ναι
- β) Όχι

15. Εάν ναι, πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση;

- α) Κάθε μήνα
- β) Κάθε εξάμηνο
- γ) Κάθε χρόνο
- δ) Δεν κάνω αυτοεξέταση

16. Πόσο συχνά εξετάζει το στήθος σας κάποιος γιατρός;

- α) μια φορά το χρόνο
- β) κάθε δύο χρόνια
- γ) πάνω από δύο χρόνια
- δ) ποτέ

17. Πόσο συχνά επισκέπτεστε κάποιον γιατρό;

- α) κάθε 3-6 μήνες
- β) μία φορά τον χρόνο
- γ) κάθε δύο χρόνια
- δ) πάνω από δύο χρόνια
- ε) ποτέ

18. Υπάρχει κάποιο πρόσωπο στο οικογενειακό σας περιβάλλον, που να είχε ποτέ καρκίνο του μαστού;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) Δεν ξέρω
19. Εάν ναι τι βαθμός συγγενείας είχατε με τον ασθενή;
- α) Μητέρα
 - β) Γιαγιά
 - γ) Αδελφή
 - δ) Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε) : _____
20. Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;
- α) Όταν έχει/είχε η μητέρα καρκίνο του μαστού
 - β) Όταν έχει/είχε η μητέρα και η αδερφή καρκίνο του μαστού
 - γ) Όταν έχει/είχε η γιαγιά καρκίνο του μαστού και κανείς άλλος στην οικογένεια
 - δ) Όλα τα παραπάνω
21. Αναφέρετε από που ενημερώνεστε σχετικά με τον καρκίνο του μαστού και την αντιμετώπιση/πρόληψη του καρκίνου του μαστού:
- (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**
- α) Ιατρικά περιοδικά
 - β) Internet
 - γ) ΜΜΕ (τηλεόραση, εφημερίδα)
 - δ) Οικογενειακός γιατρός
 - ε) Φίλοι- Γνωστοί
 - στ) Από την οικογένεια
 - ζ) Δεν είμαι ενημερωμένος
 - η) Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε) : _____
22. Εξηγείστε τους λόγους που τυχόν θα σας απέτρεπαν από την εξέταση του μαστού σας (αυτοεξέταση/ιατρική ψηλάφηση/μαστογραφία):
- (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**
- α) Φόβος/Δισταγμός για το αποτέλεσμα
 - β) Αμέλεια/Αναβλητικότητα

- γ) Νεαρό ηλικίας
- δ) Ντρέπομαι
- ε) Δεν έχω χρόνο
- στ) Δεν είχα κανένα σύμπτωμα
- ζ) Έχω πιο σοβαρά προβλήματα
- η) Δεν έχω ενημέρωση
- θ) Δεν έχω εύκολη πρόσβαση
- ι) Κανένας λόγος

23. Ο καρκίνος του μαστού θεραπεύεται;

- α) Όχι
- β) Ναι, σε μικρό ποσοστό
- γ) Ναι, σε μεγάλο ποσοστό
- δ) Δεν ξέρω

24. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να προληφθεί;

- α) Όχι
- β) Ναι, σε μικρό ποσοστό
- γ) Ναι, σε μεγάλο ποσοστό
- δ) Δεν ξέρω

25. Πως νομίζετε ότι μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του μαστού;

(Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- α) Με υγιεινή διατροφή
- β) Με αποφυγή καπνίσματος
- γ) Με αποφυγή αλκοόλ
- δ) Με συχνές εξετάσεις από εξειδικευμένο γιατρό
- ε) Με συχνή αυτοεξέταση
- στ) Με φάρμακα και βιταμίνες
- ζ) Με συχνή άσκηση
- η) Δεν ξέρω
- θ) Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε): _____

26. Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι κάνετε σωστή πρόληψη για τον καρκίνο του μαστού;

- α) Ναι
- β) Όχι

27. Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) Δεν ξέρω
28. Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;
- α) Ναι
 - β) Όχι
 - γ) Θα βοηθούσε σημαντικά
 - δ) Δεν ξέρω
29. Ποια από τα παρακάτω μέτρα προτείνετε;
- (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**
- α) Περισσότερες ενημερωτικές εκπομπές
 - β) Περισσότερα ενημερωτικά σεμινάρια
 - γ) Συχνότερες επισκέψεις στον γυναικολόγο
 - δ) Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε): _____
30. Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;
- (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**
- α) Ψηλάφηση μαστού
 - β) Μαστογραφία
 - γ) Υπερηχοτομογραφία
 - δ) Κανένα

31. Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις:

- α) Πολύ συχνά
- β) Συχνά
- γ) Σπάνια
- δ) Καθόλου

32. Για μία γυναίκα 40 ετών με μέσο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, παρακαλώ να σημειώσετε όλες τις παρεμβάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου τις οποίες εσείς θα συμβουλευάτε/ζητούσατε/εκτελούσατε:

1) Αυτοεξέταση μαστού:

- α) Μηνιαία
- β) Κάθε δεύτερο μήνα
- γ) Δεν συνιστάται
- δ) Δεν γνωρίζω

2) Κλινική εξέταση μαστού από γιατρό

- α) Κάθε χρόνο
- β) Κάθε τρία χρόνια
- γ) Δεν συνιστάται
- δ) Δεν γνωρίζω

3) Μαστογραφία

- α) Μαστογραφία κάθε δύο χρόνια
- β) Μαστογραφία ετήσια
- γ) Δεν συνιστάται
- δ) Δεν γνωρίζω

33. Για μία γυναίκα 70 ετών με μέσο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού, παρακαλώ να σημειώσετε όλες τις παρεμβάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου τις οποίες εσείς θα συμβουλευάτε/ζητούσατε/εκτελούσατε:

1) Αυτοεξέταση μαστού:

- α) Μηνιαία
- β) Κάθε δεύτερο μήνα
- γ) Δεν συνιστάται
- δ) Δεν γνωρίζω

2) Κλινική εξέταση μαστού από γιατρό

- α) Κάθε χρόνο
- β) Κάθε τρία χρόνια
- γ) Δεν συνιστάται
- δ) Δεν γνωρίζω

3) Μαστογραφία

- α) Μαστογραφία κάθε δύο χρόνια
- β) Μαστογραφία ετήσια
- γ) Δεν συνιστάται
- δ) Δεν γνωρίζω

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Μάλλιου Σ, Αγνάντη Ν, Παυλίδης Ν, Καππός Α, Κριαράς Ι, Γερούλανος Σ. Η ιστορία του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2006, 23(3):260-278.
2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον καρκίνο 2011-2015. Καρκίνος μαστού. Available at http://www.anti-cancer.gr/print_pages/1 στις 10/2/2015.
3. Bastardis-Zakas K, Iatrakis G, Navrozoglou I, Peitsidis P, Salakos N, Malakassis P, Zervoudis S. Maximizing the benefits of screening mammography for women 40-49 years old. Clin Exp Obstet Gynecol. 2010, 37(4):278-82.
4. Weigelt B, Geyer FC, Reis-Filho JS. Histological types of breast cancer: how special are they? Mol Oncol. 2010, 4(3):192-208.
5. Berry DA. Breast cancer screening: controversy of impact. Breast. 2013, 22(0 2):S73-S76.
6. American Cancer Society. 2014. What are the risk factors for breast cancer? Στης 15.2.15. από <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>
7. Dey S. Preventing breast cancer in LMICs via screening and/or early detection: The real and the surreal. World J Clin Oncol. 2014, 5(3):509-19.
8. Φύσσας Γ. Ο μαστός και οι παθήσεις του, Αθήνα, Εκδόσεις Λιβάνη, 2006:19-24.
9. Απαρτόγλου-Παντελεών Σ,Ταρασίδου-Κουτσουμάρη Ο. Ατλαντας Μαστογραφίας, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 1999: 15-21.
10. Kundu U, Guo M, Landon G, Wu Y, et al. Fine-Needle Aspiration Cytology of Sclerosing Adenosis of the Breast. Am J Clin Pathol. 2012, 138(1):96-102.
11. Guray M, Sahin A. Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis, and Management. The Oncologist. 2006, 11(5):435-449.
12. Sonmez F, Gucin Z, Yildiz P, Tosuner Z. Hamartoma of the breast in two patients: A case report. Oncology Letters. 2013, 6(2):442-444.
13. Montano L, Tellez E, et al. Giant Lipoma of the Breast. Arch Plast Surg 2013, 40(3):244-246.
14. Mahajan A, Udare A, Shet T, Juvekar S, Thakur M. Diagnosis of a Malignant Intramammary Node Retrospectively Aided by Mastectomy Specimen MRI-Is the Search Worth It? A Case Report and Review of Current Literature. Korean Journal of Radiology. 2013,14(4):576-580.
15. Kataria K, Srivastava A, Dhar A. Management of Lactational Mastitis and Breast Abscesses: Review of Current Knowledge and Practice. The Indian Journal of Surgery. 2013, 75(6):430-435.
16. Kerridge W, Kryvenko O, et al. Fat Necrosis of the Breast: A Pictorial Review of the Mammographic, Ultrasound, CT, and MRI Findings with Histopathologic Correlation. Radiology Research and Practice. 2015, 2015:613139.
17. Muttarak M, Kongmebhol P, Sukhamwang N. Breast calcifications: which are malignant?. Singapore Med J. 2009, 50(9):907-13.

18. IARC. 2013. Latest world cancer statistics Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed. Στης 23/04/2015 από http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
19. American Cancer Society. 2014. What are the key statistics about breast cancer in men?. Στης 27/04/2015 από <http://www.cancer.org/cancer/breastcancerinmen/detailedguide/breast-cancer-in-men-key-statistics>
20. World Health Organization Europe. Breast cancer. Στης 27/04/2015 από www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancerw/breastcancer
21. IARC. Breast cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence 2012. Στης 27/04/2015 από <http://eco.iarc.fr/EUCAN/CancerOne.aspx?Cancer=46&Gender=2>
22. Khatib O, Modjtabai A. Guidelines for the early detection and screening of breast cancer. WHO. 2006, 30(1):22-28.
23. American Cancer Society. Breast Cancer. What is cancer? Στης 29/04/2015 από <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003090-pdf.pdf>
24. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 064 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2012, 13(11):1141-1151.
25. Vucenik I, Stains J. Obesity and cancer risk: evidence, mechanisms and recommendations. Ann NY Acad Sci. 2012, 1271(1):37-43.
26. Eliassen H, Hankinson S, Willett W. Physical Activity and risk of breast cancer among postmenopausal women. Arch Intern Med. 2010, 170(19):1758-1764.
27. American Cancer Society. Breast cancer Facts and figures 2013-2014. Στης 29/04/2015 από www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-040951.pdf
28. Sawyer E, Roylance R, Petridis C, et al. Genetic Predisposition to In Situ and Invasive Lobular Carcinoma of the Breast. PLoS Genetics. 2014, 10(4):e1004285.
29. Kim H, Cha E, et al. Spectrum of Sonographic Findings in Superficial Breast Masses. J Ultrasound Med. 2005, 24(5):663-680.
30. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Στης 03/05/2015 από <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
31. World Health Organization. 2009. Strategy for cancer prevention and control in the Eastern Mediterranean Region. Στης 03/05/2015 από http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/122754/1/EM_RC56_4_en.pdf?ua=1
32. Lionis C, Samoutis G, Kouroussis C, Trigoni M, Georgoulfas V. Teaching cancer management to primary care health staff: the first experiences gained from Crete. J Cancer Educ. 2005, 20(1):6-7.

33. Ζαφράκας Μ, Τσαλίκης Τ, Τζεβελέκης Φ, Αργυρίου Θ, Ταρλατζής Β. Πρωτογενής και Δευτερογενής Πρόληψη του Καρκίνου του Μαστού. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 2009,21(2):138-147.
34. IARC. Breast cancer/Breast self-examination (BSE). International Agency for Research on Cancer. Στης 03/05/2015 από screening.iarc.fr/breastselfexamination.php
35. Kösters J, Gøtzsche P. 2008. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews. Στης 03/05/2015 από <http://summaries.cochrane.org/CD003373/regular-self-examination-or-clinical-examination-for-early-detection-of-breast-cancer>
36. Hooley R, Scoutt L, Philpotts L. Breast Ultrasonography: State of the Art1. Radiology. 2013, 268(3):642-659.
37. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2013, 4;6:CD001877.
38. American Cancer Society. 2014. Breast Cancer Prevention and Early Detection. Στης 05/05/2015 από <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003165-pdf.pdf>
39. Shah R, Rosso K, Nathanson SD. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. World J Clin Oncol. 2014, 5(3):283-298.
40. Helvie M. Digital mammography imaging: breast tomosynthesis and advanced applications. Radiol Clin North Am.2010, 48(5):917-929.
41. Meindl A, Ditsch N, Kast K, Rhiem K, Schmutzler R. Hereditary Breast and Ovarian Cancer. Dtsch Arztebl Int. 2011, 108(19): 323–330.
42. Breast Cancer Organization. 2015. BRCA1 and BRCA2. Στης 07/07/2015 από <http://www.breastcancer.org/symptoms/diagnosis/brca>
43. [Senkus E](#), [Kyriakides S](#), et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013, 24 Suppl 6:vi7-23. doi:10.1093/annonc/mdt284.
44. American Cancer Society. 2014. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures 2014-2015. Atlanta: American Cancer Society. Στης 08/5/2015 από <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042801.pdf>
45. Taha H, Al-Qutob R, et al. Voices of Fear and Safety, Women's ambivalence towards breast cancer and breast health: a qualitative study from Jordan. BMC Women's Health. 2012, 12:21.
46. Jiwa M, Halkett G, Deas K, et al. How do specialist breast nurses help breast cancer patients at follow-up?. Collegian. 2010, 17(3):143-9.
47. Harmon BE, Little MA, Woekel ED, Ettienne R, Long CR, Wilkens LR, Le Marchand L, Henderson BE, Kolonel LN, Maskarinec G. Ethnic differences and predictors of colonoscopy,

- prostate-specific antigen, and mammography screening participation in the multiethnic cohort. *Cancer Epidemiol.* 2014, 38(2):162-7.
48. Wilson DB, McClish D, Tracy K, Quillin J, Jones R, Bodurtha J. Variations in breast cancer screening and health behaviors by age and race among attendees of women's health clinics. *J Natl Med Assoc.* 2009, 101(6):528-35.
 49. Jack RH, Møller H, Robson T, Davies EA. Breast cancer screening uptake among women from different ethnic groups in London: a population-based cohort study. *BMJ Open.* 2014, 4(10):e005586.
 50. Kissal A, Beşer A. Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011,12(4):975-84.
 51. Dimitrakaki C., Boulamatsis,D., Mariolis, A. Use of cancer screening services in Greece and associated social factors: results from the nation-wide Hellas Health I survey. *European journal of cancer prevention.* 2009,18(3):248-57
 52. Peek ME, Han JH. Disparities in screening mammography. Current status, interventions and implications. *Journal of general internal medicine.* 2004,19(2):184-94.
 53. Borràs JM, Guillen M, Sánchez V. Educational level, voluntary private health insurance and opportunistic cancer screening among women in Catalonia (Spain). *European journal of cancer prevention.* 1999, 8(5):427-34.
 54. Austoker J, Bankhead C, Forbes LJ, Atkins L, Martin F, Robb K, Wardle J, Ramirez AJ. Interventions to promote cancer awareness and early presentation: systematic review. *Br J Cancer.* 2009, 101 Suppl 2: S31-S39.