

EL CÁNCER DE MAMA



Autora: Aida Rodríguez Fernández, 2n Batxillerat B

Tutora: Montse Ordóñez Malavé

Data de presentació: 09/12/2011

*“En la tranquilidad hay salud,
como plenitud, dentro de uno.
Perdónate, acéptate, reconócete y
ámate. Recuerda que tienes que
vivir contigo mismo por la
eternidad...”*

INDEX

INTRODUCCIÓ.....	5
MÈTODE.....	5
CONTEXT.....	6
1. QUÈ ÉS EL CÀNCER DE MAMA?	8
1.1. Anatomia de la mama	8
1.2. Com es forma i de quin tipus n'hi ha?	9
1.2.1 Classificació TNM.....	11
1.2.2 Estadis clínics.....	11
1.2.3 Graus histològics	12
1.3. La història del càncer de mama	13
1.4. Factors de risc.....	14
1.5 Síntomes.....	15
1.6 Diagnòstic	16
1.7 Tractaments del càncer de mama.....	19
1.7.1 Tipus de tractament.....	20
1.8 Reconstrucció mamària	29
1.8.1 Tipus de reconstrucció mamària.....	30
2. ELISA, UN EXEMPLE DE SUPERACIÓ.....	33
2.1 SÍMPTOMES	33
2.2 DIAGNÒSTIC	33
2.3 TRACTAMENT.....	34
2.4 RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA	35
3. ASSOCIACIONS.....	38
3.1 ONCOLLIGA.....	38
3.2 ASSOCIACIÓ ESPANYOLA CONTRA EL CÀNCER (AECC)	39
3.2.1 Objectius	39
3.2.2 Finançament.....	40
3.2.3 Departaments.....	40
*A PALAFRUGELL.....	42
4. ENTREVISTES.....	43
4.1 ENTREVISTA A UNA ONCÒLOGA.....	43

4.2 ENTREVISTA A UNA PSICÒLOGA	49
4.3 ENTREVISTA ASSOCIACIÓ LLIGA CATALANA (ONCOLLIGA).....	54
4.4 ENTREVISTA	57
4.5 ENTREVISTA.....	61
4.6 ENTREVISTA.....	64
CONCLUSIONS	67
AGRAÏMENTS	68
BIBLIOGRAFIA.....	69
ANNEXOS	73
Notícies	73
Documents i altres.....	73

INTRODUCCIÓ

Actualment, es diagnostica el càncer de mama a moltes dones. També als homes però amb menys freqüència. El càncer de mama és una malaltia que pot esdevenir mortal i que majoritàriament provoca canvis corporals, personals i socials en la persona qui la pateix i que afecta molt de prop el seu entorn. És una malaltia molt dura. Des de fa anys aquesta malaltia es relaciona amb la mort ja que abans, quan et diagnosticaven càncer de mama o qualsevol altres càncer, no tenien suficients recursos mèdics i científics per tractar-lo. Però ara, això ha canviat en aquest aspecte, hi ha més recursos per afrontar aquest tipus de malaltia. Si et detecten aquesta malaltia a temps, s'extirpa i prou; però si no es detecta a temps, es pot arribar a expandir, i si es fa massa gran, és possible que hagin de treure la mama.

Vull fer el meu treball de recerca sobre aquest tema, perquè m'interessa molt aquesta malaltia, ja que la meva mare ha patit càncer de mama. La meva mare ha estat la meva motivació per tenir clar que triava aquest tema.

El meu primer objectiu sobre aquest treball és poder arribar a entendre ben bé què és el càncer de mama, i com es pot curar; i, el segon objectiu és conèixer les opcions de què disposen les dones si després del tractament contra el càncer de mama es volen reconstruir el pit.

En conclusió, el meu objectiu és saber més sobre aquesta malaltia.

MÈTODE

He pensat que alguna informació serà bibliogràfica, de llibres i Internet, però cercaré informació en associacions, com per exemple a l'Associació Espanyola Contra el Càncer; i en alguna altra. Buscaré algun documental per tenir més informació, i afegiré al meu treball notícies que han sortit sobre aquesta malaltia. Faré entrevistes a especialistes. En primer lloc, a una oncòloga, si puc després entrevistaré a un cirurgià plàstic, que s'encarrega de la cirurgia reparadora, es a dir, reconstrucció de pit etc. Més endavant, a una psicòloga, per saber com afecta aquesta malaltia emocionalment... I També li faré alguna entrevista a persones que hagin patit aquesta malaltia. Penso en la meva mare, i en alguna altra dona, amiga seva perquè vull veure diferents punts de vista en el vessant emocional i anímic.

CONTEXT

El càncer de mama es coneix des d'èpoques molt antigues, la descripció més antiga que trobem prové d'Egipte, 1600 a.C. En un papir es va trobar la descripció, de vuit casos de tumors o úlceres del càncer. L'escriba d'aquest papir va dir que no existia tractament quan el tumor era sagnant, dur i infiltrant. Durant segles, molts metges han descrit casos similars, ambant a una trista conclusió. Fins que al segle XVII es van aconseguir grans avenços, ja que es va determinar la relació entre el càncer de mama i els nòduls limfàtics axil·lars. Els cirurgians Jean Louis Petit i Benjamín Bell van ser els primers de remoure els nòduls limfàtics, el teixit mamari i els músculs pectorals, obrint el camí a la mastectomia moderna. Aquest avenç va ser seguit per William Stewart Halsted que va inventar l'operació coneguda com "mastectomia radical de Halsted", popular fins als anys setanta.

Durant molts d'anys s'ha relacionat aquesta malaltia amb la mort. Però amb tots els avenços que ha fet la ciència, si pateixes càncer de mama, és més que possible que tot surti bé.

El càncer de mama és el creixement desenfrenat de cèl·lules malignes en el teixit mamari. Es troba tant en pacients masculins com femenins. Representa l'1% de totes les morts, és la cinquena forma de càncer més comuna i la forma més patida per les dones.

Algú que pot patir càncer de mama es pot trobar que tingui algun nòdul al pit que no existia, dolor, algun canvi de mida a alguna de les mames, irregularitats al contorn, alteracions a la pell, canvis en el mugró, aparició d'algun nòdul a l'axil·la... Aquests són els símptomes d'aquesta malaltia. Per comprovar que aquest símptomes són realment d'aquesta malaltia, s'utilitzen diferents proves, com les mamografies o les ressonàncies magnètiques, però el diagnòstic definitiu consisteix a fer una biòpsia mamària.

El metge decidirà quin serà el tractament del pacient en funció de l'edat del pacient, de l'estat general en què aquest es trobi, de l'estat hormonal, de la fase en què es trobi el tumor, els receptors hormonals del tumor, dels graus de

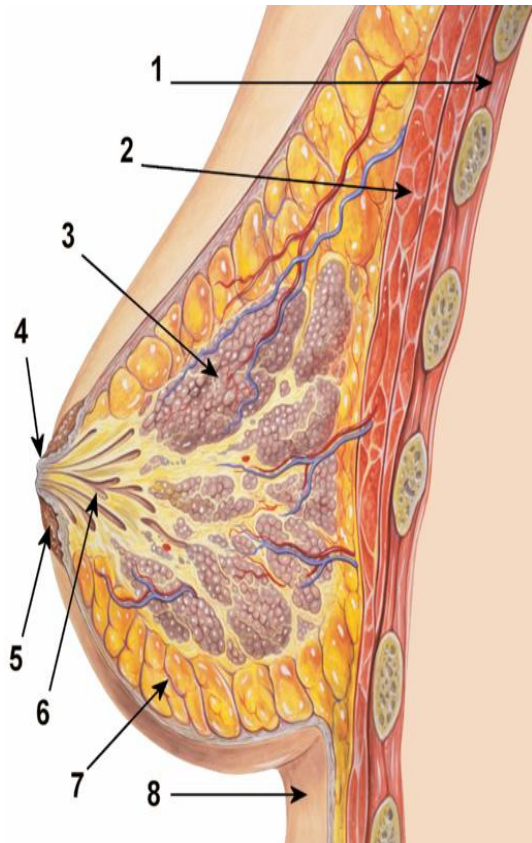
les cèl·lules, de si el pacient pateix una altra malaltia etc . Tot i que n'hi ha molts, de tractaments, els més freqüents són la cirurgia, la radioteràpia, la quimioteràpia i l'hormonoteràpia.

Després del tractament i de que ja s'hagi extirpat el tumor, hi ha un seguiment i revisions per controlar l'estat del pacient, així com els efectes secundaris dels tractaments, i per fer ràpidament un tractament si el tumor tornés a aparèixer.

Si en extirpar el tumor, s'ha hagut de treure la mama, sempre hi ha una possibilitat de reconstruir el pit, però això és una decisió voluntària. Algunes dones ho fan i altres no. Aquesta reconstrucció es pot realitzar immediatament després de la cirurgia o mesos després. La intervenció es fa a través d'un cirurgià plàstic, que gràcies a les noves tècniques podrà formar la mama similar, en forma, mida i textura. És una intervenció força complicada, ja que no és el mateix extirpar que reconstruir quan no hi ha teixits.

1. QUÈ ÉS EL CÀNCER DE MAMA?

1.1. Anatomia de la mama



1. Caixa toràcica
2. Múscul pectoral
3. Lòbuls
4. Mugró
5. Arèola
6. Conducte o Ducte mamari
7. Teixit adipós
8. Pell

Imatge 1 Anatomia del pit

La mama és una glàndula la funció principal de la qual és la producció de llet durant el període de lactància. Està constituïda per molts lòbuls i lobulets on es produeix la llet i que estan units per una sèrie de tubs denominats ductes o conductes que condueixen la llet fins al mugró. La glàndula està envoltada de teixit gras que proporciona consistència i volum a la mama. Així mateix, la mama conté vasos sanguinis, que proporcionen sang a la glàndula, i vasos limfàtics, que són els encarregats de recollir la limfa¹.

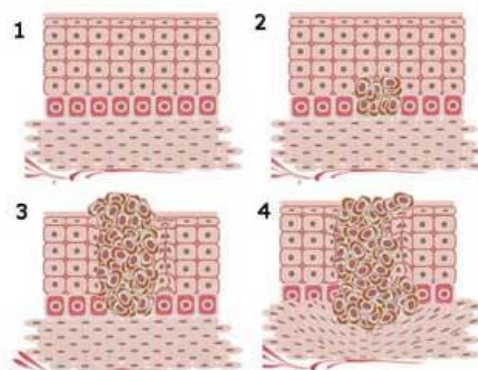
¹ Líquid transparent o de color grogós originat a la sang que circula per els vasos limfàtics.

Els vasos limfàtics es concentren en petites formacions arrodonides denominades ganglis limfàtics, que es troben en múltiples localitzacions de l'organisme. A prop de la mama formen agrupacions en l'aixella i als dos costats de l'estèrnum². Al llarg de la vida d'una dona, les mames canvien de textura i d'aspecte en funció del seu desenvolupament hormonal i sexual.

1.2.Com es forma i de quin tipus n'hi ha?

El càncer de mama és el creixement desenfrenat de cèl·lules malignes en el teixit mamari, és a dir, quan les cèl·lules de la mama creixen sense parar.

No tots els tumors a la mama han de ser malignes, sinó que també se'n poden trobar de benignes. Els tumors benignes estan constituïts per cèl·lules que es divideixen en excés però no poden fer mal o envair altres parts de l'organisme. En canvi, els tumors malignes, estan compostos per cèl·lules que es divideixen sense control, i són capaços de destruir teixits i òrgans



Imatge 2 Formació d'un tumor.

al voltant i de traslladar-se i créixer en altres parts de l'organisme. Quan això passa, parlarem de càncer de mama. El canvi, el pas d'una cèl·lula normal a una cancerígena precisa de múltiples alteracions en els gens encarregats de regular els seus mecanismes de control. Des de que comencen les modificacions en les cèl·lules fins que el tumor es fa palpable es requereixen molts anys.

Hi ha diferents tipus de càncer de mama, els més freqüents són:

-Carcinoma ductal: És el tipus més comú, que comença als conductes que porten llet des de la mama fins al mugró. Si no es tracta, es pot estendre més enllà dels conductes mamaris. Dins d'aquest tipus, trobem el Carcinoma ductal "in situ", que no té capacitat de travessar la membrana basal de l'epiteli glandular, per tant no pot disseminar-se als ganglis de l'aixella. També trobem

² Os del tòrax.

el carcinoma ductal infiltrant, que sobrepassa la membrana basal de l'epiteli glandular i pot disseminar-se per tot l'organisme si entra en contacte amb els vasos limfàtics i sanguinis.

- Carcinoma lobel·lar: Comença en parts de les mames, anomenades lobulets, que produeixen la llet materna, fins al mugró, com l'anterior. En aquest també hi ha el "in situ" i l'infiltrant.

També ens podem trobar amb altres tipus de càncer, els quals són menys freqüents:

-Càncer inflamatori de mama: És un càncer menys freqüent que els anteriors. És força agressiu i creix molt ràpid. Se'n diu inflamatori perquè les cèl·lules cancerígenes bloquegen els vasos limfàtics i això queda reflectit a la pell, que manifesta una aparença igual a la pell de taronja.

-Càncer de mama col·loide: Les cèl·lules cancerígenes produeixen mucositat.

-Malaltia de "Paget": S'expandeix per la pell del mugró i de la arèola³. No és estrictament un càncer, és una lesió inflamatòria que pot predisposar a desenvolupar un càncer on la pell apareix escamosa i vermellova, i sovint amb pèrdues de sang.

Els tumors poden créixer de tres maneres diferents:

Creixement local: Aquest tipus creix per invasió directa, infiltrat per altres estructures diferents on s'ha originat, com els músculs, ossos i la pell.

Disseminació limfàtica: La xarxa de vasos limfàtics que té la mama permet que el drenatge de la limfa es realitzi a diversos grups ganglionars. Els ganglis en l'aixella són els més afectats, freqüentment seguits dels que es troben en

³ Aquest terme es fa servir per a descriure qualsevol àrea circular petita, com la pell que envolta el mugró.

l'artèria mamària interna(tòrax) i els ganglis supraclaviculars(per sobre de la clavícula).

Disseminació hematògena: Es crea a través dels vasos sanguinis cap a diferents òrgans, els més freqüents són cap als ossos, als pulmons, al fetge i a la pell.

1.2.1 Classificació TNM

Les sigles d'aquesta classificació fan referència:

La T: Fa referència a la mida del tumor o a la seva infiltració local. La mida es descriu amb números addicionals del 0 al 4. La mida 1 és si el tumor és igual o inferior a 2cm, la 2 és si està entre 2 i 5 cm, la 3 sí és més gran de 5cm i la 4 és si hi ha expansió cap a la pell o la paret toràcica per sota de la mama.

La N: Fa referència a l'afectació dels ganglis limfàtics. Es numera del 0, que indica que no hi ha infiltració ganglionar, fins a tres. El número 1 indica que estan afectats d'1 a 3 ganglis, el numero 2 indica que estan afectats de 4 a 9 ganglis i el numero 3 indica que estan afectats 10 o més ganglis o que els ganglis afectats són llunyans a la mama.

La M: Fa referència a la afectació d'altres òrgans. Es numera amb el 0, indicant l'absència de metàstasi o amb l'1 indicant que n'hi ha, de metàstasi.

1.2.2 Estadis clínics

Segons la classificació de TNM el càncer de mama s'agrupa en diferents etapes o estadis:

Estadi 0: Són lesions premalignes. Lesions que generalment no es palpen. Es denominen carcinoma in situ o no invasiu. Les cèl·lules tumorals estan localitzades a la paret dels lobulets o dels conductes galactòfors⁴. El carcinoma in situ es considera una lesió maligna però altament curable.

⁴ Conductes mamaris.

Estadi I: La mida del tumor és inferior a 2 centímetres. No hi ha afectació de ganglis limfàtics ni metàstasis a distància.

Estadi II: Hi ha diverses possibilitats. El tumor està entre 2 i 5 centímetres de mida. Ens podem trobar que sigui inferior a 2 centímetres però que hagi afectat als ganglis de l'aixella. El següent és que la mida del tumor sigui superior a 2 centímetres però inferior a 5 centímetres amb o sense afectació axil·lar. I per últim pot ser que la mida sigui superior a 5 centímetres en la seva màxima dimensió, sense afectació dels ganglis.

Estadi III: Els tumors en aquest estadi es caracteritzen per estar localment avançats però sense metàstasi a distància. Existeixen diferents possibilitats: Pot haver afectació de més de 3 ganglis axil·lars o que estiguin fixos entre sí formant una massa, o afecten al greix axil·lar, independentment de la mida del tumor de la mama. La següent possibilitat és que el tumor afecti a la pell o a la paret toràcica⁵. L'altra possibilitat és que hi hagi una afectació dels ganglis infra o supraclaviculars. I per últim, podem trobar un carcinoma inflamatori que es manifesta amb enrogiment, edema⁶ o dolor de la mama.

Estadi IV: El tumor s'ha disseminat, afectant altres òrgans com ossos o el fetge.

-Aquesta classificació en estadis està molt relacionada amb el pronòstic de la malaltia i la supervivència.

1.2.3 Graus histològics

Per una altra banda, les característiques de les cèl·lules malignes permeten una classificació addicional. Les cèl·lules que formen el tumor es divideixen en funció del grau. El grau està relacionat a la semblança que posseeixen les cèl·lules tumorals respecte a les cèl·lules normals de la mama, i indiquen la velocitat amb què el càncer pot desenvolupar-se:

⁵ Músculs o costelles.

⁶ Acumulació excessiva de líquid en algun òrgan o teixit del cos.

Grau 1 o ben diferenciades: Les cèl·lules s'assemblen molt a les cèl·lules normals i són tumors que creixen a poc a poc.

Grau 2 o moderadament diferenciades: Guarden certa semblança amb les cèl·lules d'origen i el seu creixement és més ràpid que en el grau 1.

Grau 3 o indiferenciat: No s'assemblen a les cèl·lules d'on procedeixen i creixen ràpidament. Són els que amb més freqüència es disseminen.

1.3. La història del càncer de mama

Les primeres notícies que es tenen sobre aquesta malaltia ens situen a l'Antic Egipte. Els egipcis van observar i enregistrar la malaltia com tumors o úlceres a les mames, i van concloure que el remei per curar-lo, era cremar-lo amb una eina anomenada el "*trepant de foc*".

Hi ha hagut molts casos similars que els metges han descrit durant tota la història, i pels quals no van trobar solució.

Al segle XVII, els metges van començar a entendre el sistema circulatori del nostre cos, i van aconseguir establir una relació entre el càncer de mama i els ganglis limfàtics de les aixelles. Jean Petit i Benjamin Bell, uns cirurgians molt joves, van extreure els ganglis limfàtics, el teixit de les mames i els músculs del pit, gran notícia per salvar una dona que patia càncer de mama.

Al 1880, William Halsted va començar a realitzar la mastectomia. El seu procés es coneix com la mastectomia radical de Halsted⁷ i va seguir un procés popular en la lluita contra el càncer de mama fins la dècada de 1970. En aquesta dècada va haver-hi una nova comprensió de les metàstasis que va portar a percebre el càncer com una malaltia sistemàtica i localitzada. Es van desenvolupar procediments que van ser igual d'efectius.

Janet Lane-Claypon, va fer els primers estudis de casos i controls sobre l'epidemiologia del càncer de mama. Aquesta científica va trobar 500 dones amb antecedents de càncer de mama i les va comparar amb 500 dones que no tenien aquesta malaltia però eren similars en termes generals (controls). Mai s'havia fet cap revisió a gran escala, com en aquest cas. L'any 1926, el

⁷ Extirpació quirúrgica de la mama, els ganglis limfàtics de l'aixel·la i de múscul pectoral.

Ministeri de Salut va publicar un altre informe de Janet que es considera els resultats finals de l'estudi. L'estudi confirmava que les dones que eren intervingudes quirúrgicament en una etapa primerenca de la malaltia tenien més possibilitats de sobreviure.

1.4. Factors de risc

S'anomena factor de risc a qualsevol fet que faci augmentar les probabilitats de tenir càncer de mama o qualsevol malaltia. Realment es desconeixen amb exactitud els factors que determinen l'aparició d'un càncer de mama, però a través de diversos estudis s'han identificat una sèrie de factors que poden incrementar el seu risc. El fet de tenir un risc major per al càncer de mama no implica que s'hagi de patir la malaltia en algun moment de la vida, sinó que indica una certa predisposició a desenvolupar el tumor.

En aquesta malaltia intervenen força factors de risc que ara anomenaré i que podem dividir en dos gran grups: Factors personals, on s'inclouen aspectes genètics i hormonals, algunes malalties benignes de la mama i l'edat. I l'altre grup els factors externs, relacionats amb l'estil de vida.

-Edat avançada. És a dir, el risc de tenir càncer de mama augmenta amb l'edat. Un 18% es diagnostiquen a la dècada dels 40 y el 77% per sobre dels 50. Per sobre dels 75 anys el risc disminueix.

-Sexe. Les dones tenen més probabilitats de patir aquesta malaltia ja que tenen la glàndula mamària més desenvolupada que els homes.

-Raça. Les dones de raça blanca tenen el risc més elevat a patir aquesta malaltia. Les dones asiàtiques i africanes tenen menys risc.

-Factors hormonals. Com la menarquia precoç⁸ i la menopausa tardana. L'absència d'embaràs o tenir el primer embaràs després dels 30 anys. L'administració d'anticonceptius orals controlats per l'especialista no suposa un augment del risc de patir càncer de mama sinó que pot ser fins i tot un factor protector.

-Malalties benignes del pit. Aquestes malalties augmenten el número de cèl·lules amb alteracions i augmenta el risc de patir càncer de mama.

-Teràpia hormonal durant la menopausa. Pot augmentar el risc de patir càncer.

⁸ Primera regla a edat primerenca.

-Història familiar. Tot i que el càncer de pit no sigui una malaltia hereditària, és un factor de risc molt important. Les mares, filles o germanes d'una afectada de càncer de mama tenen una probabilitat gran a patir-lo. Aquest risc és més gran si dos o més membres de la família l'han patit, si l'aparició del càncer ha estat en una edat anterior als 55 i si un familiar directe ha patit dos tipus diferents de càncer.

-Dieta hipercalòrica. Rica en greixos animals i pobra en fibres, l'obesitat en dones postmenopàusiques així com el sedentarisme, semblen augmentar el risc de patir càncer de mama. Estudis recents demostren que una dieta equilibrada rica en fibra i la realització d'exercici físic de forma regular ajuden a protegir contra malalties cardiovasculars, l'obesitat i diversos tipus de càncer.

-Tabac. Tot i que no existeix cap estudi que demostrï la relació entre el tabac i el càncer de mama és aconsellable no fumar o abandonar l'hàbit al més aviat possible.

-Alcohol. Alguns estudis suggereixen que consumir alcohol en quantitats importants i de forma habitual pot afavorir l'aparició de càncer de mama.

-Radiacions ionitzants. L'edat de major susceptibilitat a aquestes radiacions en relació amb el càncer de mama és entre els 10 i 14 anys. Les radiacions ionitzants que provoquen més danys són en accidents nuclears i tractaments amb radioteràpia en l'àrea de la mama.

1.5 Síntomes

En les fases inicials del càncer de mama, es nota un enduriment del pit, però en les fases primerenques, les dones no solen sentir dolor. Els símptomes més comuns, és a dir, els que fa que una dona vagi al metge són els següents:

- Aparició d'un nòdul en la mama que no existia.
- Dolor en la mama a la palpació.
- Canvis de mida en algunes de les mames.
- Irregularitats al contorn d'alguna de les mames.
- Menys mobilitat en alguna de les mames al aixecar els braços alhora.
- Alteració en la pell de la mama, com per exemple: aparició d'úlceres, canvis de color i aparició de lo que s'anomena pell de taronja.
- Canvis en el mugró, com l'enfonsament d'aquest o retracció, secreció de fluid.

- Aparició d'un nòdul a l'aixella.
- També hi han altres símptomes, com el cansament o el dolor ossi localitzat que poden aparèixer en fases més avançades de la malaltia.

1.6 Diagnòstic

En les revisions habituals, el metge realitzarà una història clínica al pacient, en la qual sol·licitarà:

Antecedents: El metge fa com una petita entrevista, on demana els hàbits del pacient i els antecedents mèdics d'ell i dels seus familiars.

Exploració física: Es realitza una exploració de les mames amb l'objectiu de detectar possibles canvis en la consistència, presència de nòduls, estat de la pell i del mugró, palpació de ganglis limfàtics en l'aixella, foses supraclaviculars⁹... També realitza una exploració física general.

Després de l'exploració al pacient, el metge podrà sol·licitar les següents proves:

Anàlisi de sang: En l'anàlisi s'inclouen marcadors tumorals, és a dir, substàncies que existeixen dins de la sang i que solen elevar-se quan el càncer està actiu.

Mamografia: Consisteix en la realització d'una radiografia especial de les mames, amb un aparell de rajos X, anomenat mamògraf. Aquest aparell, té una dosi molt baixa de radiacions, però és capaç de detectar molts problemes, fundamentalment el càncer de mama. És una prova senzilla i no dolorosa, tot i que moltes vegades pot resultar molesta, perquè s'ha de realitzar pressió sobre la mama per millorar la qualitat de la imatge. Perquè cap zona del pit quedi sense explorar generalment, es fan dues



Imatge 3 Mamògraf

⁹ Grup ganglionar situat per sobre de la clavícula.

projeccions per cada mama.

La mamografia és l'exploració més eficaç per detectar els tumors malignes de mama. També té limitacions, especialment per les dones joves amb mames denses. Les mamografies són menys eficaces en la detecció de càncers de pit en les dones joves ja que les mames solen tenir un teixit glandular dens. Totes les dones majors de 40 anys haurien de realitzar-se una mamografia anualment i les dones entre 50 i 69 anys cada dos anys.

En una mamografia es poden apreciar signes que indiquen, amb força precisió, si la lesió és sospitosa de malignitat o no. Entre ells:

Calcificacions: Es tracten de petits dipòsits de minerals que apareixen com petites taques blanques en les radiografies. Les que són molt petites s'anomenen microcalcificacions i poden aparèixer aïllades o en grup. Significa que hi ha canvis en la mama que requereixen una vigilància. Aquestes calcificacions poden correspondre a tumors benignes i, molt poc com a tumors malignes.

Masses: Poden correspondre a lesions benignes com és el cas d'un quist. Poden contenir calcificacions o no.

Quists: Es una col·lecció de líquid en el pit d'un petit sac dins la mama. L'exploració diagnòstica s'hauria de completar amb una ecografia mamària. Pot ser necessari evacuar el líquid per ser analitzat histològicament. És rar que el quist sigui maligne.

Si es detecta una imatge sospitosa de malignitat en la mamografia, el metge sol·licitarà més proves per conèixer la naturalesa de la lesió.

Ecografia mamària: Consisteix a emetre ones sonores d'alta freqüència (ultrasons) que reboten en xocar amb les diferents estructures a les que arriben i, a través d'un ordinador formen la imatge que es visualitza en una pantalla. És

una prova complementària a la mamografia, ja que ajuda a diferenciar els nòduls amb contingut líquid de les masses sòlides. És molt útil en el cas de mames denses, on la mamografia té menys poder de definició. És una prova molt senzilla i indolora.

Citologia per punció-aspiració amb agulla fina o biòpsia "tru-cut": Es tracta d'obtenir una mostra de cèl·lules o teixit per un estudi posterior al microscopi. Per això, es fa servir una agulla fina unida a una xeringa o a un sistema d'aspiració. Un cop localitzat el nòdul, per palpació o per ecografia, es tira del èmbol de la xeringa i es produeix l'aspirat de les cèl·lules que formen el nòdul. Per aquesta prova, no es necessari que el pacient estigui ingressat. És lleugerament molesta i en ocasions pot aparèixer un hematoma després de la seva realització.

Estereotàxica digital: Consisteix en un sistema similar a un mamògraf que permet la localització de lesions mamàries prèviament detectades per la mamografia. Mitjançant aquest sistema es poden realitzar petites biòpsies de lesions de baixa o moderada sospita de malignitat. El pacient no ha d'estar ingressat però es realitza amb anestèsia local.

Biòpsia quirúrgica: És una intervenció quirúrgica que pot requerir anestèsia general. Tracta d'extirpar el nòdul o teixit sospitós amb una zona de teixit sà al voltant per que després sigui analitzat per un patòleg.

Ductograma o galàctograma: Consisteix a introduir medi de contrast en un conducte, a través del mugró i observar la imatge en raigs X per detectar petites masses intraductals. És una tècnica utilitzada en cas de descarregues hemorràgiques pel mugró. (Molt poc utilitzada)

Ductoscopia: Tècnica invasiva que consisteix en la introducció d'un petit endoscopi a través dels conductes galactòfors. Es coneix des de fa molts d'anys però els avenços tècnics han permès un disseny més precís i delicat que aconsegueix observar el conducte galactòfor en tota la seva extensió amb més qualitat d'imatge. (Molt poc utilitzada)

Ressonància Nuclear Magnètica(RNM): Tècnica d'imatge basada en l'emissió d'ones de ràdio que la seva energia és absorbida per diferents teixits. Per millorar la definició s'utilitzen materials de contrast. Les pacients deuen tombar-se en un llit que s'introdueix en un tub dins de la màquina.

1.7 Tractaments del càncer de mama

Un cop s'ha confirmat el diagnòstic i s'han realitzat les proves necessàries per conèixer en la fase que es troba la malaltia s'ha de determinar el tractament més adequat per al pacient.

El tractament del càncer de mama és multidisciplinari. Diverses especialitats treballen juntes per combinar teràpies i oferir al pacient les majors possibilitats de curació.

En el tractament d'aquesta malaltia segueix un protocol, que s'estableix en base a l'experiència científica que es té en el tractament del tumor. Aquests protocols es fan servir de forma generalitzada en tots els hospitals. Recullen limitacions del tractament en tractament en funció dels següents factors:

- Edat del pacient.
- Estat general.
- Estat hormonal. (premenopausa, menopausa)
- Localització del tumor.
- Estadi del tumor. Es té en compte la mida del tumor, l'afectació ganglionar i la disseminació de la malaltia.
- Receptors hormonals del tumor.
- Positivitat per alguns factors biològics(com la proteïna HER2¹⁰)

El metge també tindrà en compte si, a més del càncer de mama existeixen altres malalties que puguin dificultar el fer algun tractament específic.

¹⁰ Aquesta proteïna es troba sobre la superfície d'algunes cèl·lules normals de l'organisme, en les quals ajuda a enviar senyals de creixement des de l'exterior de la cèl·lula fins el interior de la mateixa. Aquestes senyals fan que la cèl·lula creixi i es divideixi.

1.7.1 Tipus de tractament

S'utilitzen diverses definicions respecte al tractament:

-*Tractament Local*: Es refereix al tractament dirigit al tumor en el seu lloc d'origen o en alguna localització determinada. Com la cirurgia i la radioteràpia.

-*Tractament Sistèmic*: Es refereix al tractament que afecta a tot l'organisme. La quimioteràpia, l'hormonoteràpia i els anticossos monoclonals són tractaments sistèmics.

Ara explicaré els tractaments que més s'utilitzen detalladament: cirurgia, la radioteràpia, la quimioteràpia i l'hormonoteràpia. També explicaré alguns efectes secundaris que ens podem trobar.

-**CIRURGIA**: En general, és el primer tractament que s'aplica. La tècnica quirúrgica que s'utilitza varia en funció del tipus de lesió i a seva extensió. Fa anys la cirurgia consistia en l'extirpació de tota la mama junt amb els músculs per sota del pit i els ganglis axil·lars. Actualment, la intervenció no és tan radical i existeixen diferents tipus de cirurgia.



Imatge 4 Operació quirúrgica

La cirurgia per càncer de mama és una intervenció quirúrgica major, per la qual és necessària un ingrés hospitalari durant un temps que varia segons la persona. És necessària l'anestèsia general. Abans de la intervenció, cal realitzar un estudi denominat "*estudi preoperatòri*" que consisteix en una anàlisi de sang i de coagulació, un electrocardiograma i una radiografia de tòrax.

-**Cirurgia conservadora**: Aquest tipus d'intervenció consisteix en l'extirpació del tumor amb un marge de teixit sa, més o menys ampli, i els ganglis axil·lars, mantenint intacte la resta de la mama. Depenent de la quantitat de mama que s'extirpi, es tractarà d'una tumorectomia¹¹ o quadrantectomia¹². La cirurgia conservadora es complementa sempre amb un tractament de radioteràpia, amb l'objectiu de destruir les cèl·lules tumorals residuals en la mama.

¹¹ Tumor i un marge de teixit sa

¹² Extirpació d'un quadrant de teixit mamari en el que s'inclou el tumor

-Mastectomia: És la més practicada actualment, mastectomia radical modificada, en la qual s'extirpa la mama i els ganglis axil·lars, preservant la integritat dels músculs pectorals. Aquest tipus de cirurgia no només permet una major recuperació de la mobilitat del braç i una menor alteració de la imatge corporal, sinó que facilita la possibilitat d'una reconstrucció mamària posterior.

La mastectomia radical (denominada també com mastectomia tipus Halsted) consisteix en l'extirpació de la mama, dels músculs pectorals i dels ganglis axil·lars. És un tipus d'intervenció que ja no s'usa per els efectes secundaris que origina.

L'extirpació dels ganglis axil·lars s'ha de portar a terme sempre. Es precís conèixer si el tumor s'ha disseminat als mateixos o no, ja que el pla terapèutic variarà en funció d'això.

Existeix una tècnica, utilitzada en casos molt concrets, anomenada gangli sentinella. El gangli sentinella és el primer gangli limfàtic de l'aixella que rep la limfa del lliat tumoral. Si està afectat per el tumor, és necessari realitzar un estudi de la resta dels ganglis de l'aixella, sinó es pot plantejar la possibilitat de no realitzar buidament axil·lar.

En els casos en que no es realitzi el buidament axil·lar, el risc d'efectes secundaris derivats de l'extracció de ganglis limfàtics és mínim.

Efectes secundaris:

Darrere de la cirurgia, apareix una cicatriu. Serà diferent, depenent del tipus d'intervenció que se li hagi practicat al pacient. Aquesta cicatriu requereix els mateixos cuidats de qualsevol altra; de metres que no s'hagin retirat els punts, el cuidat i neteja de la cicatriu estaran a càrrec del personal sanitari de l'hospital. Un cop retirats, és important mantenir una higiene similar a la de la resta del cos: neteja amb aigua i sabó neutre.

Un dels símptomes més freqüents darrera de la intervenció és la disminució de sensibilitat o enduriment de la zona de la intervenció. Aquesta pèrdua de sensibilitat millora amb el temps i sol desaparèixer aproximadament un any després de la cirurgia.

No és molt freqüent, però en alguns casos, pot aparèixer una acumulació de líquids en la zona de la cicatriu. Això es denomina seroma, és relativament tova a la palpació i lleugerament molesta. És necessari drenar-lo cada cert temps, per retirar el líquid acumulat i millorar els símptomes. Sol desaparèixer uns mesos després de la cirurgia sense deixar seqüeles.

El problema més important que s'ha de tenir en compte, tot i que no apareix a totes les dones, és el derivat de l'extirpació dels ganglis limfàtics: El limfedema.

Els ganglis axil·lars s'encarreguen de recollir limfa del braç, evitant que s'acumuli en l'extremitat. Després del buidatge axil·lar, la circulació limfàtica es deteriora i, per conseqüentment, s'acumula limfa en el braç del mateix costat de la intervenció, donant lloc a la limfedema. Amb això apareix un augment del volum del braç, ja que hi ha una dificultat en el drenatge del limfa.

El risc de l'aparició del limfedema, augmenta quan darrere la cirurgia és necessari administrar radioteràpia a l'aixella, ja que el drenatge limfàtic s'altera encara més.

La fisioteràpia basada en massatges manuals per afavorir el drenatge limfàtic aplicat per un fisioterapeuta especialitzat, acompanyada d'embenat elàstic del braç afectat, així com l'adopció de mesures higienico-sanitàries de la zona, són les mesures més eficaces per aconseguir la reducció i evitar complicacions del limfedema.

-RADIOTERÀPIA: S'utilitza com a tractament complementari a la cirurgia conservadora, complementari a la mastectomia, quan el tumor es molt gran i els marges de cirurgia han quedat tocats, quan els ganglis de l'aixella han estat afectats i també en cas de metàstasi pot servir per controlar el dolor.

Consisteix en l'aplicació de radiacions ionitzants en la mama, i en algunes ocasions en les cadenes ganglionars a les que drena, amb l'objectiu de destruir les cèl·lules tumorals que puguin haver quedat després de l'operació.



Imatge 5 Accelerador lineal

Existeixen dues possibles maneres d'administrar la radioteràpia:

Externa: És la més habitual. S'administra per mitjà d'una màquina que en cap moment contacta amb el pacient.

Abans de començar el tractament, es precis dur a terme una preparació amb l'objectiu de determinar la posició que deu mantenir el pacient, el volum del tractament i la dosi necessària. Aquest procés s'anomena simulació i es realitza mitjançant TC.

La dosi prescrita no es pot administrar en una única sessió, ja que podria produir efectes secundaris greus. Així que la dosi total es divideix en dosis menors que s'administren diàriament, descansant dos dies a la setmana. La duració del tractament sol ser de 5 a 6 setmanes. La duració diària del tractament sol ser d'uns minuts i el pacient haurà de col·locar-se sempre en la mateixa posició que se li va determinar en la simulació. El tractament de la radioteràpia és indolor. El pacient està tumbat en un llit i ha d'estar immòbil.

És força freqüent que la radioteràpia externa provoqui diverses alteracions cutànies en la zona on s'ha rebut la radiació que desapareixeran unes setmanes després de finalitzar el tractament.

Interna o braquiteràpia: Consisteix a introduir el material radioactiu (implants) en forma de fil, en la zona on estava el tumor.

Es sol fer servir darrere de la cirurgia conservadora i del tractament de radioteràpia externa de tota la mama, amb l'objectiu d'administrar més dosis en la zona on estava el tumor.

La col·locació dels implants es fa amb anestèsia general. Mentre que el pacient tingui col·locats els implants tindrà que romandre en una habitació especial, ja que les fonts radioactives són emissores de radiació, tot i que sempre podrà mantenir la comunicació amb el personal sanitari i els seus familiars.

La duració d'aquest tractament és d'alguns dies, després dels quals es retiren els implants.

Efectes secundaris: Els efectes secundaris depenen de dos factors: De la dosis administrada i de la susceptibilitat de cada pacient.

Un efecte molt freqüent de la radioteràpia, i que sol aparèixer independentment del tumor i la seva localització, és el cansament o astènia¹³. Sol ser conseqüència del propi tractament, d'altres tractaments associats i del desplaçament diari a l'hospital. Aquesta sensació és temporal i desapareix algun temps després de finalitzar la radioteràpia. Tot i que algunes persones continuen realitzant les seves tasques normals, és aconsellable que el malalt descansi unes hores després de rebre la sessió de radioteràpia.

La pell de l'àrea tractada pot patir lleugeres alteracions com pot ser un enrogiment i l'aparició de picor. Segons avança el tractament, la pell d'aquesta zona del tractament va adquirint una pigmentació més fosca.

En el cas del tractament conservador, la mama s'enrogeix, augmenta de consistència i poden aparèixer lleugeres molèsties que desapareixeran entre 3 i 4 setmanes després de finalitzar el tractament.

-QUIMIOTERÀPIA: Té com objectiu destruir les cèl·lules tumorals que potser han pogut dispersar-se per l'organisme, a les que ni la cirurgia ni la radioteràpia poden aconseguir. Es fan servir una gran varietat de fàrmacs, aquests s'anomenen fàrmacs antineoplàstics. Aquests fàrmacs arriben a pràcticament tots els teixits de l'organisme i aquí és on exerceixen la seva acció, tant sobre les cèl·lules malignes com sobre les sanes. A causa de l'acció dels medicaments sobre aquestes últimes, poden aparèixer una sèrie de símptomes, és a dir, efectes secundaris.



Imatge 6 Fàrmacs de la quimioteràpia

¹³ Debilitat o manca d'energia.

Com actua?

La majoria dels fàrmacs que es fan servir en el tractament de quimioteràpia estan dissenyats per poder destruir les cèl·lules metre es divideixen. Quant més ràpid es divideixin, més sensibles són al tractament. Amb el temps, això es tradueix a una disminució o desaparició del tumor maligne.

Com s'administra?

En general, en el càncer de mama, la quimioteràpia s'administra darrera la cirurgia com a tractament complementari, amb l'objectiu de tractar les cèl·lules tumorals que poden haver quedat disperses i amagades a l'organisme i que al cap d'uns anys poden créixer i crear metàstasis visibles. En determinades situacions s'administra com primer tractament amb la finalitat de disminuir la mida del tumor.

Abans d'iniciar el tractament, és necessari valorar, mitjançant un anàlisis de sang i d'orina, si els nivells de glòbuls vermells, leucòcits i plaquetes són normals i també com funcionen els ronyons ja que la dosi dels fàrmacs dependrà d'aquests resultats.

Per el tractament del càncer de mama s'utilitza la combinació de diversos fàrmacs. El més freqüent és que s'administrin per via intravenosa, és a dir, a través d'una vena. Si el malalt rep quimioteràpia com part del tractament, el més habitual és que se l'administrin de forma ambulatoria en l'hospital de dia. En alguns casos, depenen del tipus de medicament que s'administri, és necessari que el malalt estigui ingressat durant uns dies, per minimitzar els efectes secundaris.

La quimioteràpia s'administra en forma de cicles, alternant períodes de tractament amb períodes de descans. Pot durar entre 3 i 6 mesos, depenent dels cicles i els fàrmacs necessaris. Els cicles poden ser setmanals, quizenals o fins a tres setmanes, depenent del tipus de fàrmacs a administrar. Durant els dies de descans, el pacient pot estar en el seu domicili, i portar una vida normal. Abans d'iniciar un nou cicle, és necessari realitzar un control de sang per assegurar-se de que la quimioteràpia no està fent mal als ronyons o alterant els nivells d'hematies i leucòcits de la sang. Si això passés, seria

necessari retrardar l'administració del següent cicle de quimioteràpia fins que s'hagin recuperat la funció renal i els valors de les cèl·lules de la sang.

En ocasions, per evitar punxar repetidament una vena, es fa servir un tub molt fi, llarg i flexible, anomenat catèter, per on s'administren els fàrmacs. El catèter s'introdueix en una vena de gruixut calibre i romandre, sense ser retirat, durant tot el tractament. Amb freqüència està unit a un porta-cath¹⁴, per on es realitza la infusió de la quimioteràpia.

Efectes secundaris: Els efectes secundaris de la quimioteràpia son deguts a que els fàrmacs utilitzats per eliminar les cèl·lules malignes, que ahora són també tòxics per les cèl·lules sanes. Depenen de: Els tipus de fàrmacs, la dosi emprada i de la susceptibilitat individual.

La quimioteràpia afecta fonamentalment a les cèl·lules que es divideixen ràpidament, com les cèl·lules tumorals. No obstant, també les cèl·lules normals com las de la sang, mucoses i las del fol·licle pilós¹⁵ es poden veure afectades.

No han de perquè aparèixer tots els símptomes, no sempre apareixen.

-Alteracions digestives: L'alteració de les cèl·lules sanes del tub digestiu és la responsable de símptomes com nàusees, vòmits, diarrees o pèrdua de la gana. La major part d'aquest símptomes, actualment, es controlen amb nous fàrmacs que milloren la qualitat de vida durant el tractament.

-Alopècia: Degut a la destrucció del fol·licle pilós es produeix alopècia o pèrdua del cabell. Aquesta caiguda depèn del tipus de fàrmac que s'usa per el tractament. La caiguda del cabell, suposa un canvi físic que pot resultar impactant per el pacient, per això si li preocupa molt aquesta qüestió i vol minimitzar-la, pot buscar una perruca.

-Alteracions en la pell: Alguns dels fàrmacs usats en la quimioteràpia, pot produir fotosensibilitat, és a dir, alteracions en la pell per prendre el sol.

¹⁴ Disc rodó de plàstic o metall que s'introdueix sota la pell.

¹⁵ Part de la pell que permet al cabell créixer al concentrar cèl·lules mare.

-Alteracions en les cèl·lules sanguínies: Altre efecte secundari de la quimioteràpia pot ser aquest, la disminució de la producció de les cèl·lules de la sang.

Com el descens dels glòbuls vermells: La funció principal d'aquests és transportar l'oxigen des de els pulmons fins la resta de l'organisme, però quan en la sang hi ha pocs glòbuls vermells, els diferents òrgans no obtenen l'oxigen suficient per funcionar correctament. A aquesta situació se li denomina anèmia, acompanyada de múltiples símptomes: debilitat, cansament, sensació de falta d'aire davant petits esforços, palpitations, mareigs i pal·lidesa de la pell i de les mucoses.

Com el descens dels leucòcits¹⁶: Són les cèl·lules que ens defensen dels microorganismes capaços de provocar una infecció més o menys greu. Amb freqüència, la quimioteràpia disminueix el número de leucòcits en la sang afavorint el desenvolupament d'infeccions.

Com el descens de les plaquetes: Són produïdes per la medul·la òssia que posseeixen un paper molt important en la coagulació de la sang. S'encarreguen de realitzar un coàgul i evitar la hemorràgia en cas d'una ferida. Quan la quimioteràpia afecta a la medul·la òssia el número total de plaquetes pot disminuir, per el que augmenta el risc d'hemorràgia, inclús davant de mínims traumatismes. De fet, es poden observar hematomes que han sorgit espontàniament.

-Alteracions bucals: Altre possible efecte secundari és l'aparició de úlceres bucals.

Tots aquest símptomes desapareixen un cop finalitzat el tractament. Així mateix com el cabell torna a créixer, tot i que el color i la textura poden ser diferents. Un altre símptoma que pot aparèixer és l'amenorrea¹⁷ o l'avançament de la menopausa.

¹⁶ Glòbuls blancs.

¹⁷ Absència de la menstruació per un període de temps major a 90 dies.

-TRACTAMENT HORMONAL: Les cèl·lules de la mama posseeixen la característica de ser estimulades per les hormones sexuals femenines, fonamentalment, els estrògens i la progesterona. Quan les cèl·lules tumorals tenen aquesta característica, per la presència de receptors hormonals en aquestes, és possible administrar aquest tractament, que ha demostrat tenir una elevada eficàcia en reduir el risc de recaiguda del tumor i millorar la supervivència.

Aquest tractament és molt senzill. Consisteix en l'administració, per via oral, de fàrmacs que modifiquen el comportament de les hormones sobre les cèl·lules de la mama. Es a dir, els estrògens i altres hormones sexuals, actuen al llarg de la vida sobre les cèl·lules mamàries, i són responsables dels canvis que pateixen les mames en els diferents períodes. Alguns tumors malignes de la mama són estimulats per aquestes hormones, per el que el seu creixement i desenvolupament estan directament influïts per elles. En aquest tractament s'usen fàrmacs que bloquegen l'acció dels estrògens sobre les cèl·lules malignes de la mama, impedit la seva proliferació, pel que el tumor pot disminuir de mida o fins i tot desaparèixer.

La duració de l'hormonoteràpia, quan s'utilitza com tractament complementari, sol ser prolongada, al menys de 5 anys.

Efectes secundaris: Els efectes secundaris d'aquest tractament depenen, del tipus de fàrmac administrat. Si s'administra Tamoxifè el tractament pot provocar onades de calor, intolerància gàstrica (com nàusees), petits sagnats vaginals i regles irregulars però aquest fàrmac s'administra a dones que encara no estan a la menopausa. Si s'administren els Inhibidors de l'aromatasa, provoquen dolors musculars i articulars i osteoporosi, a dones menopàusiques.

- ANTICOSSOS MONOCLONALS: Les cèl·lules malignes són capaces de sintetitzar més quantitat de substàncies normals o substàncies molt diferents a les que produeixen les cèl·lules normals, donant-los propietats noves com la capacitat de divisió i d'invasió de teixits.

Una de les substàncies que sol trobar-se augmentada, és la proteïna HER2¹⁸. Aquesta proteïna quan es troba molt per sobre del normal en les cèl·lules tumorals els hi dona una major agressivitat, així com resistència a la quimioteràpia i hormonoteràpia.

Actualment, hi ha un fàrmac, que és una anticòs monoclonal, que actua sobre les cèl·lules tumorals que contenen la proteïna HER2 en excés, disminuint o detenint el seu creixement. Aquest medicament, es pot administrar com únic tractament o en combinació amb quimioteràpia o hormonoteràpia en pacients amb la malaltia avançada.

Aquest fàrmac, té la característica d'actuar destruint les cèl·lules tumorals sense acció sobre les cèl·lules sanes, pel que els efectes secundaris solen ser ben tolerats.

1.8 Reconstrucció mamària

Per moltes dones operades de càncer de mama, la reconstrucció de la mateixa millora la seva imatge, el que pot facilitar una major estabilitat emocional, ajudar a enfrontar-se d'una forma més positiva a la malaltia i de portar una vida social i sexual més activa.

La reconstrucció mamària pot realitzar-se de forma immediata darrere la cirurgia o bé, després de que hagi passat un temps.

La reconstrucció immediata de la mama pot proporcionar un benefici per al pacient, ja que evita tenir que enfrontar-se al problema oncològic i a la pèrdua de la mama. Aquesta reconstrucció pot realitzar-se en molts casos, tot i que no en tots, sense que interfereixi o retardi l'administració del tractament.

La intervenció ha de realitzar-se un cirurgià plàstic que, gràcies a les noves tècniques, podrà crear una mama similar en forma, mida i textura a la no operada.

¹⁸ Citat a la pàgina 19

1.8.1 Tipus de reconstrucció mamària

Existeixen dos tipus de reconstrucció de la mama operada:

-Col·locació d'implants de silicona.

-Implants miocutanis¹⁹.

-IMPLANTS DE SILICONA:

Consisteix en una embolcall de silicona que en el seu interior conté determinada quantitat de gel de silicona i que posseeix una consistència similar al teixit mamari.



Imatge 7 Implants de Silicona

La forma de la pròtesis pot ser molt variada, i serà el cirurgià qui s'encarregui de seleccionar la més adequada per al pacient.

Els implants amb pròtesis de silicona poden realitzar-se de dues maneres:

Reconstrucció mitjan la col·locació d'una pròtesis mamària: Està indicada en els casos de mastectomia radical modificada quan la qualitat de la pell i dels músculs és adequada.

És el mètode més simple i consisteix en la col·locació de la pròtesis sota dels teixits darrera la mastectomia. En la reconstrucció immediata, la pròtesis es col·loca en el mateix acte quirúrgic després de treure la mama. En canvi, en la diferida, la pròtesis s'introdueix a través d'una incisió realitzada en l'extrem de la cicatriu de la mastectomia.

Reconstrucció mitjan expansor tissular: Els expandors tissulars són pròtesis de silicona que s'inflen amb sèrum fisiològic permetent expandir, gradualment, els teixits de la zona de la mastectomia amb la fi de que puguin cobrir satisfactòriament una pròtesis definitiva.

És necessari que els teixits (pell i músculs) estiguin en bones condicions, tous i ben irrigats per permetre una reconstrucció satisfactòria.

¹⁹ Formes prefixades del mot grec mus, que significa múscul : múscul de la pell.

Un cop col·locat l'expansor es pot injectar una quantitat petita de sèrum per evitar plecs i emplenar la cavitat en què es troba. Al cap d'un període aproximat de tres setmanes, quan la ferida ha cicatritzat, s'inicia el procés d'expansió dels teixits, mitjançant injeccions periòdiques de sèrum fisiològic a través d'una vàlvula que posseeix l'expansor. Aquestes injeccions se solen fer setmanalment.

Un cop aconseguit el volum i l'expansió dels teixits desitjats, l'expansor és reemplaçat per la pròtesi definitiva en altre intervenció quirúrgica. Aquesta tècnica té un inconvenient: requereix diversos mesos per la seva realització.

Complicacions: La complicació més freqüent de les pròtesis de silicona és la contractura capsular, que es considera fisiològica i que el seu mecanisme de producció es desconeix. La contractura provoca enduriment i deformitat en la mama reconstruïda, així com lleugeres molèsties, el que obliga a retirar la pròtesi i substituir-la per un altra.

-IMPLANTS MIOCUTÀNIS: Una zona de múscul, greix i pell, obtinguda de la paret de l'abdomen o de l'esquena es trasllada a la zona de la mastectomia i s'introdueix en aquesta zona. Per això, cal deixar un pedicle d'unió amb la zona d'origen, per on es manté la irrigació de l'implant.

Implants amb teixits abdominals: Aquesta tècnica permet la reconstrucció mitjançant la pell i el greix de la part baixa de l'abdomen. (Zona entre el melic i el pubis).

Aquests teixits poden transferir-se utilitzant el múscul recte abdominal mitjançant un túnel entre l'abdomen i la mama, o mitjançant tècniques microquirúrgiques, facilitant la reconstrucció de mames voluminoses i amb una caiguda natural. La pell abdominal es tenca deixant una cicatriu horitzontal per sobre del pubis aportant el benefici afegit de millorar el contorn de l'abdomen.

La intervenció dura entre 5 i 8 hores, en funció de si s'usen tècniques convencionals o microcirurgia per transferir els teixits, sota anestèsia general. L'ingrés en l'hospital és de 5 dies aproximadament. Es convenient portar una faixa abdominal durant 4 setmanes després de la cirurgia.

Aquesta tècnica es possible dur-la a terme a les dones que disposin de pell abdominal suficient. No és possible dur-la a terme a dones molt primes o molt obeses ja que pot haver-hi un risc de complicacions en la paret abdominal, també en dones fumadores, pel risc de necrosi de la pell de l'abdomen, o quan existeixen cicatrius en l'abdomen.

Implants amb teixits de l'esquena: Amb aquesta tècnica es reconstrueix la mama utilitzant pell i greix de l'esquena, que és transportada fins la mama mobilitzant el múscul dorsal ample. La zona de l'esquena es tenca deixant una cicatriu horitzontal que pot ser dissimulada amb el sostenidor o banyador.

El volum que aporta la pell, greix i múscul de l'esquena no sol ser suficient per obtenir una mama de la mateixa mida que la contra lateral, per el que casi sempre és necessari incloure una petita pròtesis.

La intervenció dura aproximadament 3 hores amb anestèsia general i requereix una estada a l'hospital de 2 a 4 dies.

Aquesta tècnica s'usa a les dones que no se li pot fer l'implant amb teixit abdominal.

2. ELISA, UN EXEMPLE DE SUPERACIÓ.

Aquest apartat és el més important del meu treball. Va dedicat a la meva mare, ja que ella és la protagonista de la seva història. Per mi, és un gran exemple de superació perquè la seva entesa l'ha ajudat a superar una malaltia tan greu com és el càncer de mama. Ella ha sigut el motiu, pel qual he escollit aquest tema per el meu treball de recerca.



Imatge 8 Elisa

2.1 SÍMPTOMES

Al març de l'any 2002, Elisa va començar a notar com li saltava la pell de la seva mama dreta. Li va semblar estrany, així que va decidir anar al ginecòleg, per saber que era justament el que tenia.

El ginecòleg li va fer una exploració física, i òbviament, es va mirar aquesta saltació de pell a la mama dreta. Per descartar una possible dermatitis, el ginecòleg li va donar un antibiòtic.

2.2 DIAGNÒSTIC

Al cap d'una setmana, la meva mare va tornar al metge. El ginecòleg va veure que no era una dermatitis, llavors es van tenir que dur a terme una sèrie de proves.

Primer, li van fer un anàlisi de sang. Alguns dies després, li van fer una mamografia i una ecografia mamària, les dos el mateix dia. També es va sotmetre més tard a una ressonància nuclear magnètica i per últim a una biòpsia.

Amb la mamografia, van veure que hi havia un nòdul que es trobava al pit dret, més o menys una mica més amunt que el mugró i que estava ben definit. L'ecografia no va identificar lesions ni sòlides ni quístiques, i la pell i teixits subcutanis estaven dins de la normalitat.

El diagnòstic final de la biòpsia va ser un **carcinoma ductal infiltrant** que es trobava en un **grau histològic II** amb la mida de **2,3** centímetres amb infiltració cutània directe per el tumor. Els marges quirúrgics estaven lliures de tumor i els ganglis limfàtics **no** tenien infiltració tumoral.

En el diagnòstic, els receptors d'estrògens, progesterona i de l'oncogen²⁰ van donar positius. Aquestes dades donen una informació per planificar el tractament que va haver de fer per tractar aquesta greu malaltia.

En conclusió, el diagnòstic d'aquestes proves van donar positiu a un càncer de mama, que va canviar la vida de la meva mare.

2.3 TRACTAMENT

Després d'haver passat per aquestes proves, l'oncòloga va tenir que decidir quin era el tractament que hauria de seguir. Però primer, havia de passar per quiròfan, per extirpar el tumor.

CIRURGIA: Elisa tenia un carcinoma ductal infiltrant d'una mida d'uns 2,3 cm. El dia 22 d'abril del 2002, a l'hospital de Palamós, li van practicar una mastectomia radical, en la qual li van extirpar tota la mama dreta, els músculs pectorals i tots el ganglis, 22 exactament. Després de 3 hores en quiròfan, l'operació no va tenir cap complicació. Va estar tres dies ingressada al hospital i va tornar a casa amb dos redons, un drenatge per què la brutícia de l'organisme sortís cap a fora i no es quedés dins. Després d'arribar a casa, va tenir la mala sort, que es va enganxar un redó amb la porta i es va moure i va perdre el buit que necessitava el redó per drenar. Va tornar al hospital, però com que el redó ja va fer la seva funció, li van treure.

Després de la cirurgia, havia d'anar al metge cada tres mesos. En aquestes visites, li posaven injeccions. Aquestes servien per què no li baixés la regla, es a dir, que li van provocar una menopausa, degut a que el tumor va ser hormonal.

²⁰ És un gen que, quan ha mutat o s'expressa en nivells alts, ajuda a convertir una cèl·lula normal en una cèl·lula tumoral.

Per evitar uns dels efectes secundaris més greus del buidament de ganglis, el limfedema²¹, li van manar que fes alguns exercicis per no perdre la mobilitat del braç i per què no se l'inflés més del compte. Exercicis com tirar els braços cap enrere amb una escombra, lligar-se el sostenidors per darrera...

QUIMIOTERÀPIA: El dia 20 d'agost del 2002 a l'hospital de Palamós, Elisa va començar aquest procés.

Va començar amb la quimioteràpia FEC (F: 5-fluorouracil, E: epirubicina i C: ciclofosfamida) de quatre cicles, i posteriorment la quimioteràpia CMF (C: ciclofosfamida, M: metotrexate i F:5-fluorouracil) la qual va durar tres cicles. Aquest procés el va acabar el 18 de novembre del 2002.

En la primera sessió de quimioteràpia que va fer la meva mare, si que va notar alguns efectes secundaris. Es trobava fatal, i se li va enrogir la pell, es va inflar com un globus, orinava vermell (degut als medicaments, no era sang), estava molt marejada, tenia nàusees però no va vomitar en cap moment... En les següents sessions, aquests símptomes van anar desapareixent, excepte l'orina, que seguia vermella i que a partir de la segona sessió va començar a perdre cabell.

RADIOTERÀPIA: El dia 30 d'octubre del 2002, a l'hospital de Santa Caterina a Girona, va començar aquest altre tractament. Va ser una radioteràpia amb dosis de 2Gy (gray) per dia cinc vegades per setmana. En total va fer 25 sessions de radioteràpia, per tant va acabar el tractament a la dosis de 50Gy. Va acabar el tractament el cinc de desembre del 2002.

TRACTAMENT HORMONAL: Durant 5 anys, a Elisa li van estar subministrant el tamoxifè, un fàrmac que es fa servir en aquest tipus de tractament.

2.4 RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA

Aquesta etapa, va ser la més complicada a la que es va sotmetre la meva mare. Ha sigut un procés ple de problemes, però tots superats amb molts d'ànims. Tot i que han passat forces anys, encara no té el pit reconstruït a causa dels problemes que ha tingut.

²¹ Acumulació de limfa en els braços després d'un buidament axil·lar de ganglis.

Quatre anys després de la cirurgia i dels tractaments, van trucar a la meva mare per dir-li el dia que havia d'ingressar per la reconstrucció.

Elisa va ingressar el dia 8 d'octubre del 2006 i la intervenció va ser el següent dia a primera hora del matí. L'operació va durar entre 3 i 4 hores.

La intervenció que es va sotmetre, consistia en fer un tram. Era una reconstrucció completa del pit dret. Llavors, consistia a desplaçar un abdominal a la mama per què aquesta tingués reg sanguini, juntament amb greix de l'abdomen. Els efectes secundaris d'aquesta cirurgia són molt clars. Una gran cicatriu al llarg de tota la cintura.

Quan ja va estar a l'habitació, ja van començar els problemes, tot i que no derivaven de la reconstrucció. L'organisme de la meva mare, va provocar-li una al·lèrgia amb tota la roba de l'hospital. Així que va tenir que emportar-se la seva roba i els llençols. Per això el metge li va donar una crema. Va estar ingressada uns 10 dies aproximadament.

Elisa va sol·licitar l'alta voluntària, ja que es trobava de meravella. Se la van concedir, però amb la condició de que al dia següent tornés a l'hospital. Al dia següent va anar a l'hospital com li van dir, i van tornar a començar els problemes.

Va arribar a l'hospital amb 39º de febre i la van ingressar un altre cop perquè se li va necrosar²² la mama i tenia una infecció. Van baixar-la a quiròfan un altre cop per retirar tot el que havien fet, així que van perdre l'intervenció que van fer dies abans. Li van deixar l'abdominal en el pit per si la meva mare ho volia tornar a intentar. A part de la infecció, també li va sortir al·lèrgia a tot el material que portés adhesiu com ara les tiretes, esparadrap...

A partir d'aquesta operació, Elisa va estar ingressada 2 mesos. (La van ingressar el dia 20 d'octubre del 2006 i li van donar l'alta l'1 de desembre del 2006) Durant aquests, baixava pràcticament cada setmana a quiròfan perquè li netegessin la infecció i diàriament li feien dos cures. La van tenir en una habitació individual, aïllada.

²² Pell morta.

Quan van fer net de la infecció li van donar l'alta, i al cap de dos mesos va poder tornar a casa. Tenia que anar diàriament a l'ambulatori a fer-se les cures.

Elisa, va esperar aproximadament un any a que totes les ferides es cicatritzessin per provar amb una segona reconstrucció.

La van tornar a ingressar. En la cirurgia se li va practicar una reconstrucció diferent a la primera. Aquesta vegada van passar el dorsal dret a la mama on es trobava l'abdominal posat en la primera reconstrucció. Es va col·locar un expansor²³ per fer lloc a una pròtesis que se li posaria al cap d'un temps. Aquesta vegada només va estar ingressada una setmana, sense complicacions.

Cada dues setmanes, l'expansor s'havia d'emplenar d'aigua, per fer lloc. Fent aquesta acció, va haver-hi la mala sort de que es va obrir la ferida de l'operació anterior.

Elisa, va tenir que tornar a quiròfan. Li van retirar l'expansor i li van posar la pròtesis. Tot va anar bé, sense complicacions.

Aproximadament als 6 mesos, se li va produir una capsulitis en la cicatriu, i aquesta es va obrir un altre cop a causa de la pressió d'una infecció. Novament, va tornar a quiròfan perquè li havien d'extreure la pròtesis. Van descobrir que la infecció va començar quan la ferida es va obrir per primer cop, abans de posar-hi la pròtesis.

Actualment, encara que hagi passat per tot això, la meva mare segueix esperant una nova reconstrucció de pit.

Com vaig posar al principi d'aquest apartat, segueixo pensant que la meva mare es un gran exemple de superació. Un exemple per saber que si et diagnostiquen una malaltia tan greu, no t'has de venir a baix, has de seguir endavant, que has de lluitar per aconseguir la cura, per i no rendir-te mai passi el que passi. Penso que la meva mare ha sigut una dona molt forta i que amb l'ajuda i suport de tota la família ha aconseguit vèncer aquesta malaltia tan greu.

²³ Dilatador de la pell.

3. ASSOCIACIONS

3.1 ONCOLLIGA

La fundació oncolliga de Girona, és una entitat sense ànim de lucre que té com a objectiu millorar la vida de les persones malaltes de càncer en les comarques de Girona.



L'oncolliga va néixer al 1995. Els “fundadors” de l’entitat van ser dues persones afectades de càncer, després de superar tot el procés, i motivades per els seus oncòlegs, van decidir compartir la seva experiència per donar suport a altres malalts de càncer i els seus familiars.

Imatge 9 Logotip Oncolliga

Les delegacions Gironines, es troben a més de 40 poblacions, i el seu objectiu és donar suport als malalts de càncer i als familiars durant el procés de la malaltia, facilitar recursos als malalts oncològics per a millorar les seves condicions de vida, prevenir el càncer promocionant hàbits saludables, informar i formar sobre temes referents a la malaltia oncològica. Dins de les delegacions s’han format grups de voluntaris i voluntàries que detecten les necessitats dels malalts de càncer de cada municipi, assessoren i deriven els casos als professionals adequats, col·laboren en la gestió dels serveis, recapten capital econòmic per ajudar els malalts de càncer i familiars.

Al llarg de l’any les diferents delegacions organitzen activitats com conferències, parades informatives, tallers terapèutics, actes benèfics...

A l’associació fan diferents serveis. Servei de neteja a domicili, per les persones afectades de càncer que es veuen incapaces de fer les feines de la llar(serveis socials), també hi ha una escola per qui ha tingut càncer de laringe i vol tornar a parlar, doncs els ensenyen(serveis assistencials), es fan tallers...

EL 19 D'OCTUBRE ÉS EL DIA MUNDIAL DEL CÀNCER DE MAMA

3.2 ASSOCIACIÓ ESPANYOLA CONTRA EL CÀNCER (AECC)

L'associació espanyola contra el càncer, és una organització no lucrativa (ONL) de caràcter benèfic assistencial. Està formada majoritàriament per persones que treballen desinteressadament per oferir un servei a la societat i per un



Imatge 10 Logotip Associació Espanyola Contra el Càncer

equip de professionals formats i preparats per a la tasca que han de desenvolupar.

Es va constituir el 5 de març de 1953 amb el propòsit de lluitar contra el càncer en totes les modalitats conegudes o que es coneguessin en el futur.

El 29 de setembre de 1966 va ser inscrita en el Registre Nacional d'Associacions i va ser declarada d'utilitat pública per el Consell de Ministres el 24 d'abril de 1970.

L'associació té la seva seu central a Madrid i desenvolupa la seva activitat per tota Espanya gràcies a les seves 52 juntes provincials, amb representació en més de 2.000 localitats arreu del país.

3.2.1 Objectius

- Educar a la societat en totes les mides i mecanismes possibles per prevenir la malaltia, és a dir informar i conscienciar
- Estar a prop dels malalts i de les seves famílies, oferint-los suport per disminuir el seu patiment, és a dir recolzar i acompanyar.
- Potenciar la investigació oncològica en la lluita del càncer i servint de pont entre la societat i la comunitat científica.
- Fer saber a la societat el grau de gravetat de la malaltia i la necessitat d'actuar amb decisió i optimisme si apareix. Pressionar els estaments públics i privats de la societat perquè s'involucrin en la lluita contra el càncer, proposant solucions.

3.2.2 Finançament

L'entitat, es finança mitjançant donatius que tant poden ser de particulars com empreses, a través del socis, mitjançant actes diversos com desfilades, sopars, loteries, subhastes, torneigs... i també mitjançant la recaptació anual, que es fa un cop l'any en els diferents pobles de les nostres comarques.

Els diners que es recaptin en la nostra comarca, es destinen íntegrament als malalts residents a les comarques de Girona.

3.2.3 Departaments

L'aecC-Catalunya contra el Càncer de Girona, està estructurada en tres departaments:

-DEPARTAMENT DE SERVEIS SOCIALS: Aquest departament, té uns objectius:

-Disminuir la manca de recursos socials i econòmics mentre es tramiten les ajudes a l'administració corresponent.

-Millorar la qualitat de vida dels malalts i les famílies durant el procés de la malaltia i el tractament.

Les ajudes que proporciona l'entitat es divideixen en:

-Informació i orientació dels recursos propis i externs.

-Suport al malalt i als familiars.

-Ajudes econòmiques.

-Ajudes tècniques (préstec de material).

-DEPARTAMENT DE VOLUNTARIAT: Aquest departament disposa de voluntariat hospitalari, domiciliari, administratiu, d'actes diversos, de prevenció de recursos econòmics, testimonial i promotors de salut.

-DEPARTAMENT DE PSICOONCOLOGIA: Té com a objectiu donar suport al malalt i la família en el procés de malaltia (diagnòstic, tractament...).

Les demandes rebudes s'atenen individualment i en grup. Aquest departament treballa en diverses àrees:

-*Àrea de Prevenció*: La seva finalitat és disminuir la incidència i la mortalitat per càncer. Al voltant d'un 75% dels càncers es poden atribuir a factors externs i a hàbits que es poden modificar per evitar l'aparició d'aquesta malaltia. Llavors es fan programes dedicats a la prevenció del càncer basats en el Codi Europeu Contra el Càncer, programes terapèutics per deixar de fumar: teràpia grupal per a l'abandonament de l'hàbit del tabaquisme, campanyes de prevenció i xerrades que promouen actituds i hàbits saludables i per últim coordinació amb altres entitats públiques i privades.

-*Àrea de Formació*: Es fan col·laboracions amb les universitats en la formació de psicòlegs en el seu període de pràctiques, es fa una selecció i formació dels voluntaris hospitalaris i domiciliaris de l'aecC-Catalunya contra el Càncer i per últim es fan xerrades i conferències formatives als diferents col·lectius que ho sol·licitin.

-*Àrea d'Investigació*: Recerca en psicooncologia.

-*Àrea d'Intervenció Psicooncològica*: Hi ha atenció psicològica a malalts i familiars a la seu de l'aecC-Catalunya contra el Càncer i en diversos centres sanitaris d'arreu de les nostres comarques. En aquesta àrea existeixen alguns subprogrames específics.

Programa de rehabilitació per a persones que s'han sotmès a una laringectomia. El programa està organitzat en diferents subprogrames: intervenció psicològica, rehabilitació de la veu (dirigida per una logopeda), atenció social i activitats d'oci i temps lliure.

Atenció al dol. S'acompanya les famílies en el procés de dol a través de teràpia individual i/o grups psicoeducatius.

Molt per viure. És un programa destinat a les dones que han estat diagnosticades de càncer de mama. Aquest programa pot ajudar a les dones a afrontar la malaltia i a millorar la qualitat de vida a través de:

-Atenció psicològica per la malalta i a la seva família.

- Informació i suport davant el diagnòstic, el tractament i a la presa de decisions.
- Orientació a la recerca de recursos socials (ajuts econòmics i socials, pròtesis...)
- Recomanacions per a un estil de vida saludable (alimentació, exercici físic, sexualitat...), cures estètiques, consells per als efectes secundaris, etc.
- Activitats culturals, d'oci i temps lliure.
- Orientació per a la prevenció i tractament del limfedema.
- Testimoni d'altres dones que han passat per una situació similar.
- Orientació laboral.

*A PALAFRUGELL

El dia 22 d'octubre va ser el dia internacional del càncer de mama. Aquest any s'ha celebrat per segona vegada a la nostra població.

A les 12:00 a Plaça Nova va haver-hi una cercavila amb el grup de Percussió de Palafrugell.

A les 18:00 a Plaça Nova va haver-hi un espectacle infantil.



Imatge 12 Bulletí AECC (per darrera)

A les 18:00 al Teatre Municipal es va inaugurar l'exposició de la 4a pinzellada solidària.

A les 19.30 es va encendre una il·luminació de color rosa al centre fraternal.

I durant tot el dia va haver-hi a plaça nova, dibuixos en un full de paper amb el llaç rosa que simbolitza aquesta greu malaltia, el càncer de mama.

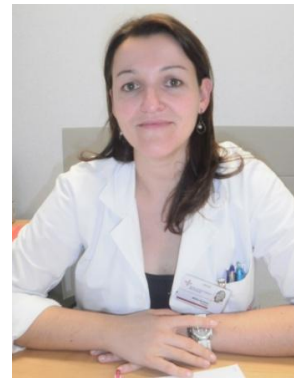


Imatge 11 Bulletí AECC (per davant)

4. ENTREVISTES

4.1 ENTREVISTA A UNA ONCÒLOGA

El dia 5 de juliol, vaig anar a l'hospital de Palamós a fer-li una entrevista a una oncòloga. La Doctora es diu Pilar Barretina. És l'oncòloga que tracta a la meva mare, per això em vaig posar en contacte amb ella.



Imatge 13 Dra Barretina

-Com es va decidir per escollir medicina? I l'especialitat, oncologia?

Vaig escollir medicina perquè no m'agradava la part de lletres, però al contrari m'agradava molt tota la part de ciència, tot el que eren ciències bàsiques, sobretot la biologia. El que jo volia era treballar amb persones i tenir contacte amb la gent i intentar fer alguna cosa per ajudar i em va semblar que la medicina era la millor opció.

En quan decidir-me per oncologia, a mesura que anava estudiant medicina, també vaig començar a tenir clar que la cirurgia no era lo meu, perquè jo preferia parlar amb la gent abans que tenir-la dormida i anar fent... i no m'acabava de decidir per cap especialitat en concret de les especialitats mèdiques. Informant-me una mica sobre totes les opcions em va semblar que l'oncologia englobava una mica a tota la resta d'especialitats aplicada a una malaltia en concret com el càncer que és greu i vaig pensar, i segueixo pensant que la gent que es troba en un entrebanc tant important en la seva vida, necessita algú que vulgui ajudar-lo. Aquesta especialitat té moltes branques, i a mi el que m'agrada més és tenir contacte amb el pacient però evidentment és una especialitat que és molt jove que avança molt ràpid i que té molts reptes de futur.

-L'oncologia per vostè, és dura? Tant el que va estudiar, com ara a la pràctica.

Hi ha diversos aspectes que són difícils. Un d'ells bàsicament seria l'emocional perquè com hem dit abans, són pacients que passen per moments vitals complicats. Hi ha l'angoixa que produeix només la paraula càncer, la incertesa

de com anirà tot i això fa que per més que per mi sigui el meu dia a dia, sigui difícil, ja que té una sobrecàrrega emocional important, perquè et converteixes en el referent d'aquell pacient que posa totes les esperances en la relació amb el metge i això es una cosa que amb el temps has d'anar aprenent a intentar separar-ho tot, i és difícil separar-ho. En quan en l'aspecte de dificultat, doncs el que deia abans, és una especialitat molt jove, que avança ràpidament i hem de ser conscients de que no ho podem abastar tot i que evidentment hem d'estudiar cada dia i que ens hem d'anar subespecialitzant en un tema en concret.

-S'ha involucrat emocionalment més del compte en algun cas i li ha arribat a afectar?

M'he involucrat alguna vegada perquè he tingut algun familiar afectat o alguna persona propera i costa força... tot i que tinc molts bons companys de feina que són capaços de dir-me que aquí no ets el metge, ets el familiar no et preocupis que ja ens ocupem nosaltres. En quan a pacients, realment per la meua manera de ser em costa força posar una barrera amb la qual cosa crec que també el pacient valora l'accessibilitat del metge, el que passa és que també hem de posar accessibilitat fins un cert punt. Llavors si que algun cas afecta més que d'altres i sobretot al principi, quan veus gent molt jove...

-Realment, hi ha tanta quantitat de dones que pateixen aquest tipus de tumor respecte als altres? Els homes el pateixen molt sovint?

Sí, els càncers més freqüents dins la població són el càncer de pulmó, de còlon i el de mama. Entre les dones, el més freqüent és el de mama. Aquest tipus de càncer en homes és molt poc freqüent.

-Segons la seva opinió, quins són els riscos que poden influir sobre aquesta malaltia?

Més que la meua opinió, és el que està demostrat. Per el fet de ser dones, ja tenim un risc de patir càncer de mama. Ja que les dones cada mes, amb la menstruació, els conductes de la glàndula mamària pateixen una sèrie de canvis que fan que les seves cèl·lules es reproduïxin i es preparin per un eventual embaràs amb una lactància posterior, però cada vegada que hi ha una

regla, això torna a recular, per dir-ho d'alguna manera. Llavors aquestes cèl·lules són immadures i estan sotmeses a canvis cada mes, canvis amb proliferació i reproducció, i evidentment i poden haver-hi errors d'ADN que facin que alguna d'aquestes cèl·lules facin una mutació i provoquin un càncer. Així que per el fet de ser dones en edat fèrtil hi ha risc. Llavors, que passa, aquestes mutacions el cos habitualment és capaç de revertir-les i corregir-les però si afegim a aquestes mutacions agents externs com el tabac, la dieta, les hormones... doncs l'organisme pot no corregir-ho i formar un tumor.

-Demogràficament, hi ha alguna diferència?

Demogràficament, el càncer de mama és més freqüent en els països desenvolupats i probablement i té a veure el factor de risc de la dieta i de l'obesitat amb la sobreproducció hormonal.

-Quina possibilitat hi ha de patir el mateix tumor per segona vegada?

Hi ha un risc d'aproximadament un 10% o 20% de tenir-lo en l'altre pit i després hi ha un risc a llarg termini de que torni a sortir al mateix pit. El risc és molt difícil de calcular i s'han de mirar molts factors de cada persona.

-Fins quin punt creu que pot ser heretable?

De tots els càncers que veiem, només un 5% dels casos tenen una explicació hereditària que vol dir que només en un 5% aconseguim trobar una mutació que la tenen tant els pares com els fills que la transmeten i que predisposa a tenir càncer. La majoria de càncers estan relacionats amb factors ambientals, tots són genètics, ja que genètic vol dir que s'altera un gen.

-Sabria dir-me com ha canviat aquesta malaltia respecte als anys?

El que ha canviat en els últims 20 o 30 anys, bàsicament, és la supervivència. Els pacients viuen més i la majoria, es curen, curar-se vol dir que fan un tractament i mai més s'han de preocupar pel càncer. Després viuen més, això vol dir que hi ha molta gent que es cura i els que no ho fan i recauen, gràcies als tractaments poden viure més temps de manera que la malaltia es torna crònica. L'altre avenç, són els tipus de cirurgies, que no és el cas de la teva mare per les complicacions que hi van haver, però cada vegada s'intenta fer

més cirurgies en que no s'hagi de extirpar tot el pit i les cirurgies que es fan de reconstrucció tenen tècniques molt millors per evitar complicacions.

Els efectes secundaris dels tractaments, sobretot en la quimioteràpia, els vòmits cada vegada es controlen més, i hi han menys efectes secundaris, són quimioteràpies que es toleren més bé i a nivell de la radioteràpia, s'estan fent més localitzades en la zona que específicament fa falta per evitar efectes secundaris en la zona que es faci la radiació. Les més globals són aquestes, que han millorat tots els aspectes per millors resultats d'experiència que en el fons el que volem quan tractem un càncer és que la gent es curi i que si no es pot curar, visqui el màxim de temps possible.

-Diagnosticar amb encertés molt important, però comunicar-se amb el pacient també. Com s'ha de tractar un pacient amb càncer de mama?

Cal tenir en compte que el diagnòstic de càncer porta implícitament els conceptes de "gravetat, mortal, greu..." de manera que la comunicació de la informació a la pacient ha de ser gradual, clara i sempre obrint esperança però sense generar expectatives falses i no realistes sobre la situació. Cal potenciar molt l'empatia, una qualitat que implica saber posar-te al lloc de qui tens a davant i intentar entendre la situació per la que està passant i les seves reaccions, de manera que puguem generar un clima de confiança que permeti parlar obertament del problema que es presenta i com afrontar-lo.

-Es poden tractar tots els pacients igual?

Cada persona és un món, ja sigui des del punt de vista de la personalitat, caràcter i sensibilitat a l'hora de rebre males notícies i afrontar la malaltia, per tant, caldrà conèixer-la bé tant a ella com al seu entorn familiar i social. Quant a la malaltia, cada vegada s'estan descobrint més aspectes que diferencien a nivell molecular els diferents tumors que s'engloben dins "el càncer de mama" de manera que s'intenta personalitzar al màxim els tractaments, amb els quals també cal tenir l'edat i les altres malalties que té el pacient que poden complicar la seva salut i/o el tractament del càncer.

-Creu que el seu estat d'ànim pot determinar la seva recuperació?

Tot i que no hi ha estudis clarament demostratius, sabem que l'estat anímic dels pacients pot implicar uns canvis en els sistemes defensius del nostre propi cos que puguin alterar l'evolució d'una malaltia, però també cal tenir en compte molts altres factors.

-Per què encara no s'ha trobat una "cura" definitiva? Què falta?

Serà difícil trobar la "cura" definitiva, doncs, com ja hauràs vist, el càncer és el producte d'una alteració en un procés natural que es produeix només perquè estem vius. Sempre hi ha alteracions genètiques en la reproducció cel·lular que en condicions normals es reparen pels nostres mecanismes de reparació de l'ADN. Cal aprofundir més en el coneixement de les causes que fan que aquests mecanismes de reparació fallin i insistir molt més en la prevenció. Per exemple, tots sabem que el tabac és un dels principals factors que alteren aquests mecanismes i produeixen molts tipus de càncer, però els interessos de les indústries, les autoritats sanitàries i la ignorància o menyspreu d'aquesta informació per part de molts fumadors (que decideixen deixar de fumar quan el mal ja està fet i no soluciona res...) fa que molts càncers que podrien ser evitables siguin gran part de la nostra feina diària.

-Suposo que quan algú es cura l'agraïment i l'afecte deuen ser eterns, com manifesten aquest agraïment els pacients?

La millor mostra d'agraïment és veure que els pacients segueixen les revisions i es troben bé. Molts pacients estan agraïts i les mostres de confiança i afectuositat vers als professionals que hem tractat la seva malaltia es demostra visita rere visita.

-Com és "un pacient" ja curat després d'haver patit la malaltia?

En la majoria de casos, passar per una experiència com aquesta canvia el sentit de la vida de moltes persones, que passen a donar importància a aspectes de la seva vida en els quals abans no havien parat molta atenció o que valoren molt més allò que no és material. Cal tenir en compte, que evidentment, sempre hi ha una por a la recaiguda, que un cop passada l'etapa

de tractament, pot ser la més complicada de controlar a nivell psicològic, com afrontar la incertesa del què passarà. Per això en els nostres serveis, sempre hi col·laboren els equips de psicooncologia.

-Quin paper hi juga la família, parella, pares, fills d'un pacient? Com reaccionen? És necessària la seva col·laboració?

El suport de la família és sempre molt important de cara al pacient, sempre i quan no sigui sobreprotectora i acompanyi, ajudi i respecti la voluntat del pacient en tot el procés de la malaltia. La sobreprotecció, com per exemple, no voler informar del diagnòstic a un pacient o dir-li que tot va molt bé quan sabem que va malament, poden generar una desconfiança del pacient que farà que toleri malament la situació, i ho hem d'intentar evitar. També cal que des de l'equip que atén el pacient, puguem atendre als familiars que ho necessitin i donar-los el suport que faci falta en tots els aspectes.

-Què ha de fer encara la ciència mèdica que pugui ajudar a millorar la qualitat de vida de l'ésser humà: què seria el més prioritari mèdicament parlant?

Crec que seria prioritari, a part de en millorar l'atenció mèdica i avançar en els tractaments, incidir en la prevenció i els canvis en els hàbits no saludables de la població. Crec que la ciència ha avançat molt a conèixer els factors de risc i els hàbits poc saludables però la seva traducció a la societat en general és mínima en relació als grans beneficis que se'n podrien obtenir.

4.2 ENTREVISTA A UNA PSICÒLOGA

El dia 8 de juliol, vaig anar a l'Associació Espanyola Contra el Càncer que hi ha a Girona. Allà vaig tenir una entrevista amb una psicòloga, Roser Grau. Vaig parlar sobre la seva feina, i també vaig aprofitar per fer-li unes preguntes sobre l'associació.



Imatge 14 Roser Roure

-Quina va ser la teva motivació per escollir psicologia com a professió?

Des de sempre m'havia cridat l'atenció el poder donar un cop de mà a la gent, i llavors va ser una mica així, perquè jo volia ser veterinària i va haver un canvi. Vaig dir "doncs mira psicologia". No va haver-hi una raó concreta però el que t'he dit que des de sempre escoltar, donar un cop de mà a la gent era el que m'agradava i vaig fer psicologia i em va agradar molt.

-En quin moment vas decidir col·laborar amb l'associació?

Quan estava fent la carrera em va tocar fer el practicum i de totes les opcions que hi havia era la que més em va cridar l'atenció. Llavors vaig demanar per fer el practicum aquí a l'associació i vaig venir a fer pràctiques i vaig veure que el tema del càncer, treballar amb el dol... era quelcom que em motivava i que m'agradava. Llavors va ser a partir d'aquí que vaig estar en contacte amb l'Associació, em demanaven fer xerrades, algun taller i vaig fer-lo així d'extra. Fins que al final, la psicòloga que hi havia abans que jo, al estar en contacte amb ella, em va trucar per dir-me que ella marxava i si volia venir a ocupar el seu lloc. Vaig dir que sí sense dubtar-ho ni un moment.

-Quina funció tens dintre l'AECC?

La meva funció es la de psicooncòloga. Donar suport als familiars, als malalts. També porto el programa de càncer de mama, organitzant actes per donar a conèixer l'associació i donar a conèixer el programa Molt per Viure.

-Treballes amb les persones individualment o en grup? Que funciona millor?

Jo normalment faig sempre teràpia individual. Em sento més còmode per el meu caràcter i la meva manera de ser. Als hospitals sempre s'ha fet de manera individual, tot i que alguna vegada s'ha fet algun grup sobretot dedicat al dol però en principi jo sempre treballo de manera individual tot i que no descarto de poder fer algun grup més endavant sobre tot per el tema del càncer de mama.

-Quines teràpies utilitzes normalment?

En la teràpia individual hi afegeixes una mica de tot, jo tinc diferents recursos, i està la teràpia col·lectiva, una teràpia vivencial, coaching... Segons el moment de la cada persona. No hi ha un model fix i estàndard però el que es pot fer és anant agafant una mica de cada una de les tècniques que aprens sobre la marxa i el dia a dia i poder-ho aplicar.

-Quins són els problemes més comuns que et trobes a l'associació?

Depenen del tipus de càncer hi ha una problemàtica o altre. Sobre tot en el càncer de mama, que és el que més t'interessa, hi ha molt d'impacte d'autoimatge i autoestima per què clar, quan et diuen que tens un càncer el primer que associes és càncer=mort, tot i que cada vegada menys, però és un impacte important. Llavors quan et diuen que hauràs de fer quimioteràpia i que t'ha de caure el cabell i que segurament t'han de treure un pit, o un tros, que durant una època potser no estaràs al 100%, que et podran quedar seqüeles al braç que ja són per sempre...Llavors s'ha de donar un suport i després a posteriori amb totes les seqüeles que deixa el tractament, l'operació...

-Quins canvis emocionals et trobes?

Normalment l'emoció més forta és la por en un primer moment. Després ve la ràbia, el "per què m'ha passat a mi, per què jo, no hi ha dret...". Normalment són aquests els estats d'ànim. Llavors els canvis que potser, que noto després d'una malaltia així es que les dones fan un canvi de chip, a nivell més personal, és a dir, de cuidar-se més, d'escoltar-se més, de no estar tan dedicades als

altres. Hi ha un canvi en aquest aspecte de cuidar-se més i d'especialitzar-se més en un mateix.

-Els pacients es deixen ajudar?

N'hi ha que sí i n'hi ha que no. Llavors hi ha gent que ve per voluntat pròpia perquè veuen que ho necessiten i que va bé, i llavors amb aquesta gent es fa un treball increïble, perquè està predisposat. Però, hi ha gent que no, que només ve a conèixer l'entitat, a tenir una mica d'informació i ja està. Va una mica dependent de la persona, del seu caràcter i les seves necessitats.

-Quina és la sensació que tens després d'ajudar a un pacient?

De satisfacció i de gratitud per la persona que s'ha deixat ajudar i veure que realment la feina que faig té un benefici per l'altre.

-Hi ha hagut algun cas que t'has involucrat més del compte emocionalment?

Home, jo noto que amb les persones que realment hi ha un contacte molt potent i es fa un treball terapèutic important, doncs clar jo m'involucro. Llavors, per exemple si el cas no ha acabat bé, perquè la malaltia hagi evolucionat malament i s'ha mort doncs en principi jo, he hagut de fer el meu procés de dol per aquesta persona. En canvi amb les persones que potser només venen a demanar informació, doncs no hi ha aquesta contacte tan proper, llavors clar, no hi ha tanta implicació, per això es important que no només sigui anar a ajudar i ja està si no també treballar-me jo com a persona, que estic en disposició d'ajuda de l'altre.

-Quan vas començar, et costava més que ara?

Home, sí. Però també et diré que al principi potser em separava més de la persona perquè el meu caràcter era molt diferent a mesura que vas agafant pràctica que vas aprenent també a veure-ho d'un altre manera la relació és més estreta amb la persona, doncs la implicació també. També s'ha de saber dir prou, és a dir, saber fins a on hem puc involucrar i fins on no, per què clar, no es tracta d'arribar a casa cada dia fatal sinó de buscar el punt de dir prou, és

la seva vida i joestic per ajudar-lo però també tinc la meva vida, també tinc problemes....

Preguntes sobre l'Associació Espanyola Contra el Càncer;

-Quins són els motius que animen als integrants d'aquesta associació a col·laborar-hi?

Home, doncs sobretot l'implicació. Es a dir, la gent que realment col·labora dins de l'entitat és perquè senten la necessitat d'ajudar a algú. Tant si són voluntaris com gent que col·labora a nivell econòmic o bé hi ha hagut algú que ha patit càncer o que ha rebut ajudes i per l'agraïment es diu, jo vull donar un cop de mà...

-Com es pot mantenir una associació així? Teniu alguna subvenció o ajuda?

Clar, hi ha diferents subvencions de l'Estat, també de la Generalitat... Llavors ajudes de les persones, dels socis, de les empreses, de gent que fa donatius, del dia que anem amb una guardiola pel carrer, de diferents actes que organitzem per recaptar fons...

-Hi ha persones a l'associació que han patit càncer directa o indirectament?

Si que n'hi ha hagut. Per exemple la presidenta va tenir un cas de càncer a la seva família, la coordinadora també... Però es que avui en dia, és molt difícil que no hi hagi ningú a la família que hagi patit algun càncer. Llavors tots directament o indirectament estem afectats i integrats amb això.

-Que trobeu que aporteu a la societat?

Home, jo crec que donem un punt de suport, que de moment la seguretat social i la sanitat pública no pot aportar. Jo per exemple vaig a dos hospitals diferents a fer la meva feina, i altres psicòlegs també. Hi anem perquè realment no hi ha algun funcionari que pugui fer aquesta funció. Llavors jo penso que és importantíssim que davant d'un diagnòstic així hi hagi algun professional que

estigui allà per donar un cop de mà, emocionalment parlant, que no sigui tot tan mèdic, sinó incloure tots els aspectes d'una persona.

-Des de que existiu com a associació, creieu que ha millorat el diagnòstic dels malalts, la seva atenció i cura?

Això és molt... Però el que sí que ha millorat és la funció que fem, es a dir que tenen un suport que fins ara no tenien i fins que els psicòlegs vam estar allà lluitant... I tenir-les en compte no només com a persona física sinó com a persona que té una família, que té problemes, que té una manera de ser. Canvia molt l'actitud del malalt quan es sent realitzat com a persona i té un suport. Jo penso que aquí la nostra tasca és important, i amb el tema de la prevenció també, de donar a conèixer la malaltia. Abans la paraula càncer era una paraula tabú i ara no tant, i això vulguis o no, afecta a la gent i a la població, en general. Als malalts també no? De dir càncer i ja tens l'etiqueta per tota la vida, ara no. Ara de dir càncer, amb els avenços de la medicina... Bueno d'acord, hi ha hagut això però hi ha un futur no és que s'acaba tot ja.

4.3 ENTREVISTA ASSOCIACIÓ LLIGA CATALANA (ONCOLLIGA)

El dijous 8 de setembre, vaig anar a l'associació de la Lliga Catalana, aquí a Palafrugell. Em va atendre una senyora, M^a Gràcia Sabater i que em va respondre unes preguntes sobre l'associació:

-Quan i com es va formar l'associació?

L'associació es va formar farà uns 17 anys. Va ser arran d'un grup de persones afectades. Jo en sóc una d'elles. Quan jo vaig patir el càncer de mama, el que volia era parlar amb algú. Em vaig assabentar de que hi havia dos senyores a Girona que estaven disposades a ajudar a persones que passessin per això. Una d'elles em va atendre molt bé i em va donar tota la informació sobre la reconstrucció(ja que abans no entrava per la Seguretat Social). I l'altra senyora, em va comentar que estava intentant de fer una associació per ajudar a dones que patien càncer de mama, ja que hi havia moltes dones que ho patien. I ella volia fer quelcom per ajudar, però quelcom més formal. Ella estava en un grup de gent que estaven operats de càncer i que volien fer el mateix. Ella em va dir que si volia anar a una reunió, on parlarien de com ho volien fer, i m'hi van enganxar, per dir-ho així. Primer va ser Lliga d'ajuda al malalt de càncer, però el que va passar és que va sortir una llei, que deia que totes les associacions havien de pagar impostos. Així que ens vam informar de com ho podíem fer per que no fos així, i vam trobar una solució. L'única solució per no pagar impostos va ser que en comptes de fer una associació fos una fundació, i així es va formar la fundació oncolliga.

-Quines persones van ser les fundadores?

Un grup d'afectats de càncer. Gent de Girona i rodalies, de Breda i d'aquí Palafrugell.

-Actualment quines persones són les responsables?

Hi ha un responsable en cada delegació que hi ha. Que s'ocupen d'organitzar tot tipus d'activitats dintre dels pobles.

-Com et vas involucrar aquí?

Jo necessitava parlar amb alguna persona i vaig anar amb les persones que formaven l'associació i ara, estic molt contenta per haver ajudat a tantes persones i haver fet bones accions.

-Quins son els motius que animen als integrants d'aquesta associació a col·laborar-hi?

El motiu principal és per ajudar a la gent que ho necessita. Tot el que fem és per ajudar, i no es demana pas res.

-Teniu algun tipus de subvenció o ajuda?

Les subvencions que tenim, són molt poques, i ara encara menys. Cada primer dimecres de cada mes ens reunim totes les delegacions i comprovem els comptes, tot el que hem gastat durant el mes, si hem gastat més o menys. I a partir d'aquí van sortint idees per fer activitats i recaptar diners.

-Quina funció creu que teniu dins el poble?

Dintre del poble, ajudar a les persones que te la demanen. La majoria de vegades nosaltres des de aquí, no som conscients de tots els serveis que s'han fet. Depèn del que demanen, jo els derivo cap a un lloc o un altre. Anem donant bonament el que podem des de aquí i si no els enviem a Girona.

-Quines ajudes ofereix a un malalt?

Oferim força tipus d'ajuda. La primera que vam fer, va ser aconseguir un pis a Girona per què alguna família que no es pogués desplaçar en cotxe pogués estar a prop de l'hospital. Actualment, en tenim dos d'aquest pisos, i estan plens. També s'han fet dos convenis amb dos hotels a Girona, que estan a prop de l'hospital Sta Caterina de Salt, i s'hi pot quedar algun malalt allà. Donem també ajudes psicològiques, a les dones operades de càncer de mama, se li poden fer el massatge limfàtic, també es fan grups d'autoajuda, reunint-se unes quantes dones a Girona per explicar-se les seves experiències i puguin intercanviar opinions i donar-se suport. Deixem material sanitari, com llits automàtics, cadires de rodes, de dutxa... Perruques també n'oferim però hi

ha dones que no les accepten i el que si que fem es que donem una ajuda de 150€ a les dones que ho necessitin per que es pugui comprar una.

-Quines activitats organitzen?

Aquí al poble, comencem les nostres activitats al febrer amb una calçotada en el pavelló. Cap al mes d'abril, solem fer una bicicletada, alguna vegada entre mig d'aquestes, hi ha un grup de teatre que fa una obre per a nosaltres. A l'agost, vam fer una botifarrada, ahir dia 7 de setembre van fer havaneres a plaça nova, i ara estem preparant una tómbola per al cap de setmana del 17 i 18 de setembre, que ja fa 3 anys que la fem. Cada poble fem el que podem. Per exemple a Begur, fan una quina, una desfilada de moda... Per Nadal, venem números de loteria.

-Feu algun tipus de taller?

A Girona sí que en fan de tallers. Aquí fem xerrades. Per exemple, el dia 10 d'octubre a plaça nova, es fa un festival dedicat als nens petits de p4 amb l'objectiu de que mengin fruita. També es fa el programa contra el tabac que es va a fer una xerrada als alumnes de 1r d'ESO.

-Han acudit moltes dones amb càncer de mama?

Sí moltes, els que mes hi ha són el càncer de mama de colon i als homes de pròstata.

4.4 ENTREVISTA

El dia 20 de juliol, vaig fer-li una entrevista a una dona que ha patit càncer de mama aquest any. Christina Van Camp és una dona que viu a Bèlgica, amiga dels meus pares. Vaig aprofitar durant el mes que va estar aquí per fer-li algunes preguntes sobre com ha sigut per ella aquesta malaltia.



Imatge 15 Christina Van Camp

-Com vas saber que tenies aquesta malaltia? Tenies alguna sospita?

L'únic que em va fer sospitar de que podia tenir alguna cosa, va ser l'espècia de placa que sentia en el pit, gairebé fora d'aquest, però no em feia mal.

-Quines proves et van fer per verificar el que tenies?

Primer de tot em van fer una mamografia, i seguidament una ecografia. Després em van fer una biòpsia.

-Que va ser el primer que vas pensar quan vas saber que tenies càncer de mama? Com vas reaccionar?

El primer que vaig pensar va ser que per què jo... Quan em van donar la notícia, vaig plorar un moment però després em vaig calmar i vaig estar decidida a fer tot lo necessari per treure-me'l.

-Com vas intentar assumir-ho?

No vaig tenir molt de temps per assumir-ho per què tenia que sotmetre'm a una sèrie de tests que van resultar tots negatius. (És a dir, que no hi havia res en altres parts del cos).

-Patir aquesta malaltia, un cop vas ser-ne conscient del que volia dir, et va fer més forta o més vulnerable?

Fins ara aquesta malaltia m'ha fet més vulnerable tot i que hi ha dies que tinc moltes ganes de lluitar i estic molt animada.

-Vas tenir molt de suport? (La família, els amics...)

Si, vaig tenir molt de suport, sobretot de la família, amics i els meus estudiants.

-Com va reaccionar el teu entorn al explicar-li aquesta mala notícia?

La meva família i els meus estudiants, em van confortar molt, sobre tot el meu germà i la meva cunyada, ja que són metges i sabien millor que els altres el que em passava i la classe de tumor que tenia.

-Com va reaccionar la teva parella?

Paul, la meva parella, va reaccionar amb calma, dient-me que hi ha milers de dones amb el mateix problema i que la majoria superava la malaltia.

-Quan estaves malaltia, tot i el patiment, la recuperació, el dia a dia, et senties optimista? Creus que l'estat anímic pot ser decisiu en una malaltia com la que tu has patit? Per què?

Sí, em sentia optimista, tot i que és una mica difícil dir-ho per què al mateix temps estava encaixant la pèrdua del meu treball en Aarschot i els sentiments eren i són dobles. Alguns dies em sento molt bé, amb ganes de viure, ballar, donar classes... i altres dies no em sento gens bé. Crec que un estat anímic positiu et fa més forta, la ment i el cos i pots encaixar més.

-Com va ser la cirurgia? Vas estar molts de dies ingressada? T'ha deixat alguna cicatriu?

Em van operar el 15 de març i dos dies després vaig tornar a casa. La cicatriu que tinc és petita. La operació va ser un èxit i estic contenta amb el resultat, tret que em molesta encara una mica el braç esquerre a causa dels ganglis estrets.

-Com ha estat teu tractament? De quin tipus? Vas tenir efectes secundaris? Encara segueixes?

Després de l'operació em vaig sotmetre a radioteràpia, a 33 sessions exactament. Després em van declarar curada. Els efectes que vaig tenir van ser punxades al pit, color fosc del pit i insomni. Ara segueixo amb un tractament

hormonal, que consisteix en unes pastilles que m'he de prendre durant 5 anys per baixar el nivell d'estrògens.

-Com t'has anant sentint emocionalment des de que ho vas saber fins ara?

El meu estat emocional ha variat moltíssim per què al mateix temps em van comunicar que anava a perdre el meu treball en el centre on sempre havia treballat. Només vaig començar-me a sentir-me bé de veritat durant l'estiu, estan lluny del centre d'estudis.

-Creus que estàs realment recuperada, parlant psicològicament?

No estic completament recuperada però gràcies a un medicament que m'ajuda a dormir i que em treu una mica la tristesa i l'ansietat estic bé.

-Que va ser el més dur de tot: l'aspecte físic o l'emocional?

Per mi, l'aspecte emocional ha sigut més dur per què no van tenir-me que extirpar el pit i tinc una cicatriu molt petita.

-Després d'haver superat la malaltia, encara sents angoixa de pensar que et podria tornar a passar o ja ho has superat? Com es veu la vida després?

-Segur que molts dies penso que em pot tornar a passar, en el pit o en un altre lloc. M'ha passat un cop i abans de tenir-ho mai m'hagués imaginat que m'anava a passar, amb l'edat que tinc per què faig esport, menjo sà i no hi ha ningú a la família que ha patit aquesta malaltia. Però, ja veus, m'ha passat i pot tornar-me a passar. Intento no pensar en això massa i disfrutar més de la vida de lo que feia abans. Estic pensant a comprar-me un cotxe nou, i aquesta vegada que m'agradi de veritat.

-Tu ets de Bèlgica, i coneixent el cas de la meva mare... Creus que hi ha diferència entre un país i altre?

No ho sé exactament entre un país o altre, però una amiga meva de Barcelona va ser operada l'any passat d'un tumor hormonal de pit en una clínica privada allà i no li van controlar els ganglis. Una noia belga (de la part de Wallona) que conec també va tenir un tumor de pit fa dos anys i no li van mirar els ganglis tampoc. Resulta que havia quelcom en un dels ganglis i ara el càncer està en el fetge. En els hospitals en Flandes, sempre controlen els ganglis.

-Coneixent a la meva mare, penses que el teu cas ha sigut diferent al d'ella? I parlant d'actitud?

Ha sigut molt diferent perquè jo no vaig fer quimioteràpia i no em van extirpar tot el pit. Parlant sobre l'actitud, no sé molt bé si hi ha molta diferència d'actitud entre la teva mare i jo. A la teva mare l'he vist sempre forta, encaixant molt bé el que li passava però clar, la veig molt poc, i tu i el teu pare potser l'heu vista diferent que jo. Abans de tenir jo el tumor, no vam parlar molt d'això, però jo l'he vista sempre molt forta i amb molta voluntat de superar-ho tot, la malaltia i després els problemes amb la reconstrucció.

4.5 ENTREVISTA

El dijous 22 de setembre vaig fer-li una entrevista a una dona, la Lluïsa que ha patit càncer de mama fa poquet, aproximadament un any. És una dona de Pals, amiga dels meus pares també i que es va oferir a donar-me un cop de mà. Va patir un càncer, però que només s'ha sotmès al a cirurgia, i que no ha fet radioteràpia ni quimioteràpia.

-Com vas saber que tenies aquesta malaltia? Tenies alguna sospita?

Jo sempre havia tingut nòduls al pit, i quan vaig tenir els meus nens m'ho comprovaven sempre. Com que tinc les mames fibroses, a un pit hi van detectar uns nòduls que resulta que no va ser res, eren de greix, que em van treure. Més tard, vaig anar a fer-me una mamografia, i quan vam acabar el metge em va dir que em quedés que s'havia de fer una ecografia. Jo li vaig preguntar el que passava i em va respondre que hi havia una cosa que no veia clara. Em van fer l'ecografia i no van veure res, llavors em van fer una ressonància magnètica. Em van posar uns arpons per senyalitzar els punts que veien, en van detectar dos i després un altre. Aquest tercer i últim, va ser el càncer de mama, però era tan i tan petit que si no haguessin fet la ressonància no l'haguessin vist.

-Com vas reaccionar al rebre aquesta mala notícia?

Em vaig quedar com un gerro d'aigua freda, seguidament vaig respirar dues vegades i vaig preguntar-li al metge el que s'havia de fer. Em va dir que tenia dos opcions, fer radioteràpia i quimioteràpia o extirpar el pit. El que li vaig contestar va ser que només volia que desaparegués. Quan el metge va marxar, el meu home i jo ens vam posar a plorar, però havíem de seguir endavant.

-Com vas intentar assumir-ho perquè no t'afectes massa?

Mira, tinc una amiga que em va dir una cosa molt clara: "si hi ha dones que quan se'n van a dormir es treuen la dentadura postissa, tu també ets capaç de treure't un pit postís. Així de clar, i aquesta va ser la meva manera de tirar cap endavant i assumir-ho.

-Patir aquesta malaltia, un cop vas ser-ne conscient del que volia dir, et va fer més forta o més vulnerable?

Al contrari, més forta. Hi ha molt poca gent que s'enfonsa.

-Com vas saber que patir la malaltia t'havia enfortit?

No ho vaig saber. El que sé és que m'he enfortit per enfrontar-me a problemes amb la família, per què per desgràcia, aquesta situació s'ha repetit amb la meva mare fa, aproximadament, 5 mesos.

-Vas tenir molt de suport? (la família, els amics...)

Si, vaig tenir molt de suport per part del meu home, la meva família i el meu entorn.

-Com va reaccionar el teu entorn al explicar-li aquesta mala notícia?

La notícia la vam donar d'una manera que no fos tan tràgica, ja que el meu càncer només m'havia d'operar i no m'havia de sotmetre a cap quimioteràpia. A més, jo tinc uns antecedents familiars que tela... i el meu pare vivia amb una espasa a sobre, sabent que algun dia o altre li arribaria l'hora.

-Quins eren els teus sentiments envers la família?

Els sentiments han estat sempre els mateixos, a mi em pot afectar més quan canten per fi d'any que tenir aquesta malaltia, que tenir-la em va fer plorar en un moment determinat però ja està, que s'ha de seguir endavant.

-Com va reaccionar la teva parella?

Des de els 14 anys sortim junts, llavors en un primer moment va plorar amb mi però em va ajudar en tot el que va poder. Ell va tenir un càncer de pell, així que un dia tu i un dia jo... A la nostra família hem tingut tantes situacions de càncer, estem tan envoltats...

-Quan estaves malalta, tot i el patiment, la recuperació, el dia a dia, et senties optimista? Creus que l'estat anímic pot ser decisiu en una malaltia com la que tu has patit? Per què?

Em sentia molt optimista, jo sempre veig el got mig ple. Evidentment crec que l'estat anímic és decisiu en una malaltia com aquesta.

-Com et vas sentir després de la cirurgia?

Em van treure el pit, però jo no ho vaig notar, és a dir, jo vaig sortir del quiròfan amb dos pits igual, la reconstrucció me la van fer després d'extirpar-me el pit. L'únic, és que vam tenir complicacions. El pit que em van posar, em quedava molt bé però el meu organisme no volia la pròtesi. Així que vaig començar a segregar seroma, els punts no es tancaven i quan semblaven que sí s'obria un altre i començava a sortir líquid. Al final van decidir treure'm la pròtesis.

-Què va ser el més dur de tot: l'aspecte físic o l'emocional?

Dur, dur, cap dels dos. Has d'aprendre a viure tal i com ets. Jo i una cunyada meva, ens consolàvem mútuament parlant per telèfon, ja que ella havia passat per el mateix que jo. Tot és mirar-t'ho d'un altre perspectiva, si que és dur, però t'hi has d'acostumar.

-Després d'haver superat la malaltia, encara sents angoixa de pensar que et podria tornar a passar o ja ho has superat?

Home, l'angoixa la tenim sempre. Pot ser per mi, seria més dur que li passés a algun dels meus fills que tornar-ho a tenir jo.

-Com es veu la vida després?

S'ha de viure la vida al moment, el més bé que es pugui.

4.6 ENTREVISTA

El dia 26 de setembre li vaig fer una entrevista a la meva mare. He explicat tota la seva experiència en un dels anteriors apartats i ara vull saber com es va sentir ella, particularment. Va tenir una recuperació plena de problemes.



Imatge 16 Elisa Fernández

-Com vas saber que tenies aquesta malaltia? Tenies alguna sospita?

No ho sabia, però vaig començar a sospitar-ho en el moment que em van passar amb l'equip de mama de Palamós i em van tenir durant 3 hores fent-me proves d'una àrea a l'altre de l'hospital.

-Com vas reaccionar al rebre aquesta mala notícia?

La primera mitja hora molt malament, amb un atac d'ansietat. Després d'això, millor. Havia d'anar assimilant el que m'acabaven de dir i després em vaig resignar, el que em va fer pensar fredament en el que patir la malaltia suposaria en la meua vida, i en aquest moment va ser quan em vaig dir, que jo era més forta que el tumor.

-Com vas intentar assumir-ho perquè no t'afectés massa?

Vaig pensar que tenia un carro del que havia de tirar en aquest ordre: Aida, el meu marit i la resta de família.

-Patir aquesta malaltia, un cop vas ser-ne conscient del que volia dir, et va fer més forta o més vulnerable?

Em va fer molt més forta, tant que ni jo imaginava que ho fos tant.

-Com vas saber que patir la malaltia t'havia enfortit?

Quan el meu cos anava reaccionant bé als tractaments que em van marcar els especialistes, i veia passar els dies sense empitjorar gens, sinó tot lo contrari, i així anava pujant el meu ànim i m'enfortia més.

-Vas tenir molt de suport? (La família, els amics...)

Sí, em vaig sentir molt abrigallada per tots, per la família els amics... Em van fer sentir molt estimada y jo notava que em necessitaven a les seves vides.

-Com va reaccionar el teu entorn al explicar-li aquesta mala notícia?

Doncs, de manera diferent depenent de la persona. La família va reaccionar amb ràbia, els amics amb sorpresa, no s'ho creien. A la meva mare, va ser a la persona que més li va afectar, ja que deia que podria ser ella i no jo, tot i que ella no ho hagués portat igual.

-Quins eren els teus sentiments envers la família?

Tenia un sentiment de gratitud i d'afecte cap a ells. Els sentiments van canviar una mica, perquè en aquestes situacions, es quan t'adones de qui t'estima de veritat i qui no, de qui està en els moments més durs i qui no.

-Com va reaccionar la teva parella?

Va reaccionar amb més enteresa que jo. No significa que no l'afectés, però ell ho veia més fredament perquè sabia fins on podia arribar i que sortiríem d'aquesta.

-Quan estaves malalta, tot i el patiment, la recuperació, el dia a dia, et senties optimista? Creus que l'estat anímic pot ser decisiu en una malaltia com la que tu has patit? Perquè?

Sí, em sentia optimista. Completament, perquè el fet d'estar de bon humor, significa que ho portes bé, que no ho veus tan greu i que t'ha passat això però et podria passar alguna cosa pitjor.

-Com et vas sentir després de la cirurgia?

Després de la cirurgia, em sentia bé perquè abans d'entrar sabia al que anava i vaig tenir una bona recuperació de d'aquesta. I abans de entrar al quiròfan ja em van informar molt bé del que anaven a fer.

-Com ho vas passar durant tot el tractament de quimioteràpia, radioteràpia...?

No ho vaig passar malament, dintre de tot estava bé. El que em molestava una mica es que tenia un horari per fer el tractament i em tallava els plans, no podia fer el meu cafè. Jo m'ho passava bé amb la infermera, miràvem la novel·la i em donava el meu cafè, i després al sortir de l'hospital anava a donar una volta per Girona amb la meva mare a prendre un gelat.

-Quins símptomes secundaris van tenir sobre el teu organisme?

En la primera sessió estava marejada, però a la segona ja no. Em va caure el cabell, la meva pell es va tornar molt sensible i que pugui recordar poc més.

-Que va ser el més dur de tot: l'aspecte físic o l'emocional?

El que va ser més dur per a mi va ser l'aspecte físic. A l'hora de vestir-me no trobava res per posar-me, tenia que comprar la roba a l'ortopèdia i això suposava més despeses de les que podia afrontar, ja que no podia treballar. Emocionalment, quan em mirava a un mirall em veia com si m'haguessin fet una mutilació, veure'm sense el meu pit dret va ser difícil, però m'hi vaig acostumar.

-Després d'haver superat la malaltia, encara sents angoixa de pensar que et podria tornar a passar o ja ho has superat?

Sincerament, mai he tingut aquesta angoixa, si em torna a passar pues torna a passar. Així que puc dir que això ho tinc superat.

-Com es veu la vida després?

Jo veig la vida amb una mica de dificultat ja que no puc treballar en segons el que,estic limitada per fer segons quines feines i també a l'hora de vestir-me. Però a part d'aquestes dificultats, veig la vida igual que abans, ja que jo sempre he pensat el mateix. Em considero una persona a qui la sort li somriu tot i que no tota la gent ho vegi així. Els metges em van dir que era d'un altre planeta.

CONCLUSIONS

Després d'haver acabat el meu treball, crec que he complert amb l'objectiu que em marcava. Puc dir que ja sé moltes més coses de les que sabia abans sobre aquesta malaltia. Abans dir càncer de mama era una paraula tabú, una paraula que significava mort. Actualment, he arribat a la conclusió que la majoria de gent no ho pensa això.

Sincerament, aquest treball m'ha servit per adonar-me'n realment del que significa passar per un càncer de mama. Has de ser forta, no enfonsar-te i seguir endavant. Hi ha moltes dones que l'han patit, l'estan patint i la patiran.

Crec que gràcies a haver fet el treball sobre aquest tema, si algun dia arribo a patir aquest tipus de càncer, tindrè unes expectatives molt grans sobre el futur, perquè podré tenir aquesta malaltia, però ja sé el que és, sé quines opcions hi ha per ensortir-se'n, sé quines ajudes pots tenir etc. I des del meu punt de vista això es un avantatge amb què podré comptar.

I des d'aquí, desitjo de tot cor, a tota persona que estigui patint aquesta malaltia que s'enforteixi, surti endavant i que no s'enfonsi. Els desitjo molta força i que aquesta malaltia no deixa de ser un vaixell que va parant en diferents ports i s'han de superar tots: El diagnòstic "Tinc càncer", l'acceptació "Assumir la malaltia", el tractament "és la lluita contra el càncer", tornar a la normalitat "el temps d'espera" i l'experiència de la supervivència "vull viure".

AGRAÏMENTS

En primer lloc, vull donar-li les gràcies a la meva mare per donar-me tot el suport que ha pogut durant el treball i, el més important, per deixar que escrivís sobre la malaltia que ella va patir. Moltes gràcies mama. A part, vull agrair a la meva família, parella i amics per haver estat al meu costat en tot moment.

En segon lloc vull donar-li les gràcies a la doctora Pilar Barretina, especialitzada en oncologia, ja que ha sigut molt amable amb mi i m'ha ajudat en tot el que ha pogut. Tot i haver estat molt ocupada em va concedir l'entrevista i estic molt agraïda. A la doctora Roser Grau, especialitzada en psicologia també li agraeixo la manera en què em va atendre, molt amablement i concedint-me l'entrevista. Li agraeixo també a la M^a Gràcia Sabater per l'amabilitat amb la qual em va tractar quan li vaig demanar per fer l'entrevista sobre l'oncolliga.

En tercer lloc, els hi estic molt agraïda a la Christina i a la Lluïsa per haver acceptat que els hi fes una entrevista sobre aquesta greu malaltia, ja que és quelcom molt personal i potser difícil de parlar-ne. I els hi agraeixo per la sinceritat que van tenir amb mi i la confiança que em van donar.

I en quart lloc i per últim, li dic mil vegades gràcies a la meva tutora del treball de recerca, Montse Ordoñez, per haver-me donat suport en la meva elecció del treball, per haver-me aconsellat el millor que ha sabut i per ajudar-me en tot el que ha pogut.

MOLTÍSIMES GRÀCIES A TOTS.

BIBLIOGRAFIA

Pàgines WWW

Adeslas. “Pla de prevenció” [Consultat: 22.04.11] Accedir a:

<https://www.prevencion.adeslas.es/ca/cancerdemama/masprevencion/Paginas/riesgo-cancer-mama.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer “El Càncer de mama” [Consultat 14.04.11/20.04.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quees.aspx>

Associació Espanyola Contra el Càncer. “Factores de risc” [Consultat: 22.04.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/prevencion/Paginas/factoresderiesgo.aspx>

Associació Espanyola Contra el Càncer. “Síntomes del càncer” [Consultat: 24.04.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/sintomas.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Fases del càncer” [Consultat dia 05.05.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/fases.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer “Diagnòstic” [Consultat: 07.05.11] Accedir a :

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/diagnostico.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Elecció del tractament” [Consultat: 26.05.11/30.05.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/elecciondeltratamiento.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Tractament quirúrgic” [Consultat: 31.05.11/12.07.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/tratamientoquirurgico.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Radioteràpia” [Consultat: 12.07.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/radioterapia.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Quimioteràpia” [Consultat: 12.07.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/quimioterapia.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Seqüeles” [Consultat: 12.07.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/secuelaslinfedema/Paginas/secuelaslinfedema.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Reconstrucció Mamària” [Consultat: 13.07.11/14.07.11] Accedir a:

<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/reconstruccionmamaria/Paginas/reconstruccionmamaria.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Qui són?” [Consultat: 07.09.11]

Accedir a:

<https://www.aecc.es/Nosotros/quienessomos/Paginas/Quienessomos.aspx>

Associació Espanyola contra el Càncer. “Objectius” [Consultat: 23.09.11]

Accedir a:

<https://www.aecc.es/Nosotros/quienessomos/Paginas/Objetivosestrategicos.aspx>

Cirurgia hoy. “Història Càncer de mama” [Consultat 14.04.11] Accedir a:

<http://cirugiahoy.com/una-breve-historia-de-cancer-de-mama/>

Dmedicina. “Càncer de mama” [Consultat: 15.02.11/29.03.11] Accedir a:

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-mama>

Emory University. “Classificació TNM”. [Consultat: 05.05.11] Accedir a:

<http://www.cancerquest.org/index.cfm?page=840&lang=spanish>

Generalitat de Catalunya. “Factors de risc” [Consultat: 22.04.11] Accedir a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/cancer/menuitem.6877f76ecea739f796072d10b0c0e1a0/?vgnextoid=d49613a323b73210VgnVCM100000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d49613a323b73210VgnVCM100000b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default#Bloc51da79d0b0a06210VgnVCM1000008d0c1e0a>

Generalitat de Catalunya. “Síntomes” [Consultat: 22.04.11] Accedir a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/cancer/menuitem.5bee98642166a4249b6b25a8b0c0e1a0/?vgnextoid=8bda5e29bead5210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=8bda5e29bead5210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Institut nacional del Càncer. “Càncer de mama” [Consultat: 22.04.11/07.05.11]

Accedir a:

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/Patient>

Oncolliga. “Qui som” [Consultat: 23.09.11] Accedir a:

<http://www.oncolligagirona.cat/>

Universitat Autònoma de Barcelona. “Càncer de pit” [Consultat: 22.04.11]

Accedir a:

http://bioinformatica.uab.es/biocomputacio/treballs00-01/portela/index_pit.html

Wikipedia. “El Càncer de mama” [Consultat: 15.02.11/29.03.11] Accedir a:

http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama

Wikipedia. “Janet Lane-Claypon” [Consultat: 21.04.11] Accedir a:

http://en.wikipedia.org/wiki/Janet_Lane-Claypon

Wikipedia. “Biòpsia” [Consultat: 07.05.11] Accedir a:

<http://ca.wikipedia.org/wiki/Bi%C3%B2psia>

Llibres

EGUINO VILLEGAS, Ana. GARCÍA ÁLVAREZ, Marisa. YÉLAMOS AGUA, Carmen. *Cáncer de Mama, Una guía práctica*. Madrid. Asociación Española contra el Cáncer. [Consultat: 11.07.11/12.07.11/13.07.11/14.07.11]

Documentals

En el meu treball no l’he citat, però m’agradaria esmentar-ho aquí perquè és un documental que parla sobre l’itinerari de navegació del pacient amb càncer. El van fer a la televisió el 29 de març del 2011. Buscant per internet, només he aconseguit trobar un resum d’aquest documental. Accedir a:

<http://www.gepac.es/index.php/noticias/70-diamundial>

ANNEXS

Notícies

1- El dia 7 d'abril del 2011 a "Televisión Española" (TVE1) va sortir una notícia interessant sobre un nou mamògraf. La qüestió es que han dissenyat un mamògraf que és capaç de detectar el càncer de mama un any abans que els mamògrafs actuals. El que fa aquest aparell es mesurar el nivell de glucosa, que una sana. Per accedir a veure el vídeo[en línia]:

<http://www.rtve.es/alacarta/videos/telediario/disenan-un-mamografo-capaz-de-detectar-el-cancer-de-mama-un-ano-antes-que-los-actuales-equipos-de-diagnostico/1041828/>

2-El dia 17 de març del 2011 a "La Sexta" va sortir una notícia la qual explicava que van impedir que un nen al néixer patís un càncer de mama. Tenia moltes possibilitats de patir-lo. Ha sigut el primer nadó lliure d'un gen que provoca el càncer de mama. Per accedir a veure la notícia[en línia]:

http://www.lasextanoticias.com/videos/ver/se_libra_del_cancer_que_le_tocaba/393321

Documents i altres



Excursió anual a Cardona

-Excursió organitzada per l'Associació Espanyola contra el Càncer a Cardona



Hospital de Palamós

**- Laboratori -
Informe de resultats**

Pacient: FERNANDEZ DELGADO, ELISA	Edat: 35	Núm.: 220308531
Dia petició: 08/03/02 Hora: 10:54	Dia impressió: 29/06/11	Hora: 12:31
Metge: MARQUETA SANCHEZ, JOSE MA	Esp.: GINECOLOGIA	Destí: C.EX:CIR,GINE,URO
Història: 87023069	Finançament: SERVEI CATALA DE LA SALUT	

DETERMINACIO	RESULTAT	UNITATS	REFERENCIA
--------------	----------	---------	------------

INFORME ANATOMOPATOLOGIC

N.Biòpsia : 2002B00786
Loc. anatòmica: **PELL MUGRO**

MOTIU DE LA PETICIO

Lesió eczematosà de ^{lesió eczematosà}piel de areola y pezon.
2002B786: B. pezon D (frasco A).
2002B787: piel de areola D (frasco B).

DESCRIPCIO MACROSCOPICA

Fragmento cutaneo de 0'6 cm de diametro maximo. Inclusion total.?

DIAGNOSTIC FINAL

N.Biòpsia : 2002B00786
Loc. anatòmica: **PELL MUGRO**

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANT.
Codi SNOMED: T04100 M85003 P11400

Firmat: Dr. PEREZ BUENO, FERRAN
Col.legiat n° 1-17-03798-8
Firmat a data 14/03/02

-Primer diagnòstic de Elisa on li van detectar que tenia càncer de mama.

DETERMINACIONS ADICIONALS →?

RECEPTORS HORMONALS ESTROGENICS

RECEPTORS D'ESTROGENS: POSITIUS.

Els receptors d'estrogens han resultat positius per el 80% de les cel.lules neoplàsiques amb una intensitat mitjana de 2/3.

RECEPTORS HORMONALS DE PROGESTERONA

RECEPTORS DE PROGESTERONA : POSITIUS.

Els receptors de progesterona han resultat positius per el 2% de les cel.lules neoplàsiques amb una intensitat mitjana 1/3.

ONCOGEN c-erbB-2

C-erbB-2 : POSITIU.

El C-erbB-2 ha resultat positiu +++ en el 100% de les cel.lules tumorals.

-Aquesta és la informació que els hi serveis per planificar el tractament del càncer de mama en aquest cas.



Hospital de Palamós

**- Laboratori -
Informe de resultats**

Pacient: **FERNANDEZ DELGADO, ELISA** Edat: **35** Núm.: **220422470**
 Dia petició: **22/04/02** Hora: **11:48** Dia impressió: **29/06/11** Hora: **12:31**
 Metge: **MARQUETA SANCHEZ, JOSE MA** Esp.: **GINECOLOGIA** Destí: **PLANTA GINECOLOGIA**
 Història: **87023069** Finançament: **SERVEI CATALA DE LA SALUT**

DETERMINACIO	RESULTAT	UNITATS	REFERENCIA
--------------	----------	---------	------------

DESCRIPCIO MICROSCOPICA

N.Biòpsia : 2002B01308

Loc. anat.mica: BIÒPSIA MAMA DRETA

Els talls estudiats a la peça de tumorectomia mostren una tumoració maligna constituïda per ductes i níus sòlids de cel.lules de nuclis grans i irregulars, amb petit nucleol que infiltrin l'estroma. A nivell superficial els níus tumorals afecten la dermis superficial i s'observa infiltració directa de l'epidermis per el tumor. Mostra mínims focus de carcinoma intraductal. No s'observa necrosi tumoral, ni permeació vascular limfàtica. Mostra focus d'infiltració perineural. La resta de mama mostra una mastopatia fibroquística amb ectàsia ductal, metaplasia apocrina, focus d'hiperplasia epitelial i fibrosi.

N.Biòpsia : 2002B01317

Loc. anat.mica: MASTECTOMIA DRETA

Els talls estudiats de la mastectomia dreta mostren una mastopatia fibroquística amb ectàsia ductal, mínims focus d'hiperplasia epitelial i fibrosi. Al voltant de la tumorectomia s'observen les mateixes troballes histològiques sense observar-se restes de tumor.

DIAGNOSTIC FINAL

N.Biòpsia : 2002B01308

Loc. anat.mica: BIÒPSIA MAMA DRETA

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANT, GRAU HISTOLÒGIC II, GRAU NUCLEAR II DE 2,3 CM AMB INFILTRACIÓ CUTANEA DIRECTE PER EL TUMOR (T4).

NO S'OBSERVA NECROSI TUMORAL.

NO S'OBSERVA INVASIÓ VASCULAR.

S'OBSERVA INVASIÓ PERINEURAL.

MARGES QUIRÚRGICS LLIURES DE TUMOR.

RESTA DE MAMA AMB MASTOPATIA FIBROQUÍSTICA AMB ECTÀSIA DUCTAL, METAPLASIA APOCRINA, HIPERPLASIA EPITELIAL I FIBROSI.

Codi SNOMED: T04000 M85003 M74320 P11000 P30810

Firmat: Dr. LLOBET ROMA, MONTSERRAT

Col.legiat n° 1-17-03411-8

Firmat a data 29/04/02

N.Biòpsia : 2002B01314

Loc. anat.mica: BUIDAMENT GANGLIONAR AXIL.LAR DRET

GANGLIS LÍMFÀTICS (22) SENSE ALTERACIONS PATOLÒGIQUES DESTACABLES.

Codi SNOMED: T08000 M00120 P11000

Firmat: Dr. LLOBET ROMA, MONTSERRAT

Col.legiat n° 1-17-03411-8

Firmat a data 29/04/02

N.Biòpsia : 2002B01317

Loc. anat.mica: MASTECTOMIA DRETA

MASTOPATIA FIBROQUÍSTICA AMB ECTÀSIA DUCTAL I FOCUS D'HIPERPLASIA EPITELIAL.

-Un informe del dia de l'extirpació del tumor.



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Av. de França, 441
17207 L'Espolla
Tel: 972 94 52 00
Fax: 972 94 62 70

Institut Català
de la Salut

Núm. Assistència 206017171 Núm. d'història 683197
Cognoms FERNANDEZ DELGADO Nom ELISA SDe
Data naixement 40 Data ingrès 20/10/2006
Adreça AMPLE 73
Població PALAFRUGELL Província GIRONA

Informe d'assistència

(Motiu d'ingrés, antecedents personals, exploració física, exploracions complementàries, curs clínic, estat a l'alta, diagnòstic principal, altres diagnòstics, procediments realitzats, recomanacions terapèutiques i desambició)

Servei Cirurgia Plàstica Metge responsable de l'ingrés: Dr. Huc Grasa, Data ingrès 20/10/2006 Data alta 01/12/2006

Motiu d'Ingrés: Tractament.

Forma de l'Ingrés: CC.EE.

Al·lèrgies: no amc

MALALTIA ACTUAL:

DONA DE 40 A QUE INGRESA PER NECROSIS PENJOLL E INFECCIO. ES REINTERVE EL 26/10/06 PRACTICANT RESECCIO NECROSIS I REACOMODACIO PENJOLL. EL CURS EVOLUTIU NO ES POSITIU I APAREIX DEHISCENCIA DE SUTURES PER LO QUE ES REINTERVE EL 14/11/06 PRACTICANT DESBRIDAMENT DE TEIXITS NECROSATS I REAVANÇAMENT DE PENJOLLS. LA EVOLUCIO SEGUEIX TORPIDA AMB DEHISCENCIA FERIDES PERO BONA EVOLUCIO DE LES MATEIXES. ES DECIDEIX EL ALTA I CONTROLS AMBULATORIS, FINS EL TANCAMENT PER SEGONA INTENCIO I EN 2-4 MESOS REINTERVENCIO PER NOU PENJOLL

DIAGNÒSTIC FINAL: SECUELAS MASTECTOMIA (V-51)
NECROSIS COLGAJO (996.6)
DEHISCENCIA HERIDAS (709.9)

TRACTAMENT FINAL: DESBRIDAMIENTO RADICAL (86.4)
REVISION COLGAJO (86.75)
COLGAJO MIOCUTANEO (83.82)

Tractament Actual:

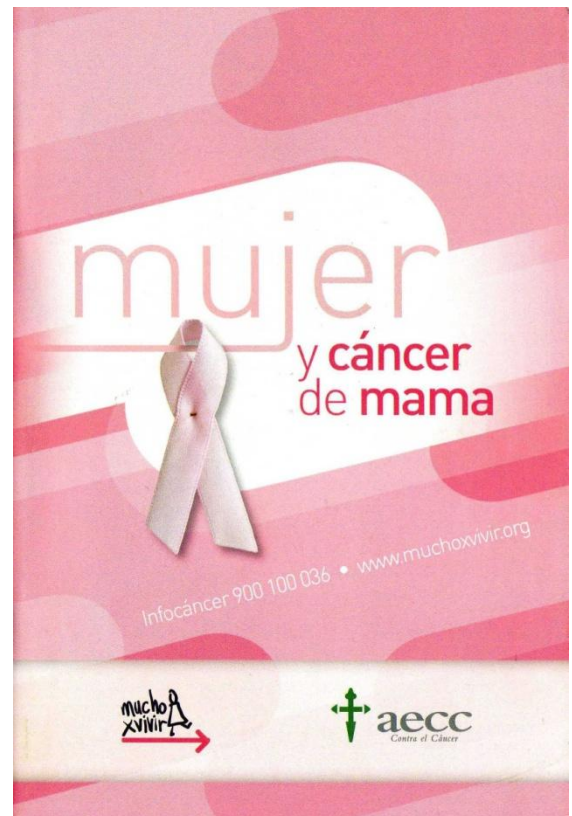
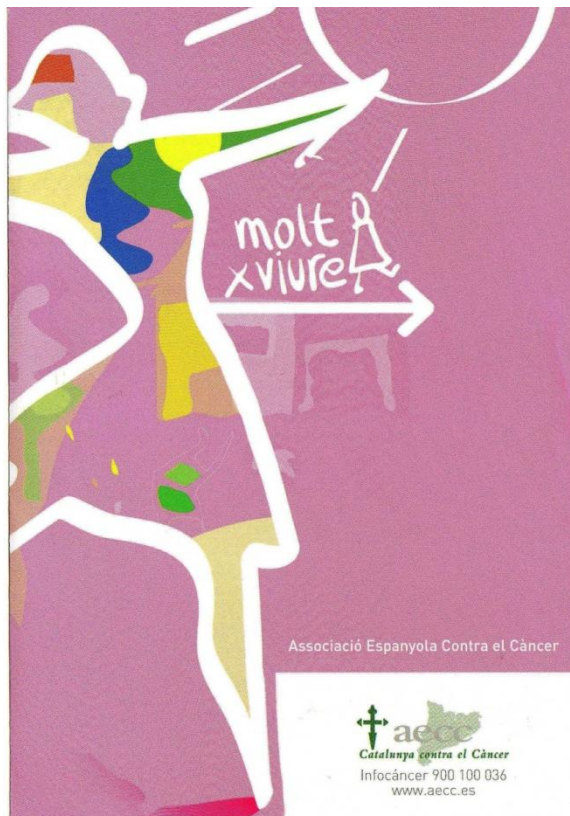
- 1- CURA DIARIA AMB GASA HUMIDA I FURACIN DE LES FERIDES
- 2- BAYCIP 500 MGR/12H/VO/ 1 SETMANA
- 3- VOLTAREN 50 MGR/12H/VO/ 15 DIAS
- 4- OMEPRAZOL 20 MGR/24H/VO/ 15 DIAS

Es remet a: Consultes Externes del Dr. Huc Grasa, O., el dia 07-12-2006

Metge responsable Dr. Huc Grasa, O.
Data 04/12/2006 Signatura
Núm. col·legiat 26432

120712

-Aquest informe parla de quan la van tornar que intervenir en la reconstrucció mamària, quan va tenir la infecció.



-A l'esquerra trobem un bolletí de Molt x Viure, de l'associació espanyola contra el càncer i a la dreta i trobem la portada d'un petit llibret per aconsellar a les dones sobre aquest tumor tan comú.



-Aquesta imatge, és la portada de "Una guia pràctica" que donen a l'Associació Espanyola contra el Càncer per ajudar a les dones que tenen aquest tumor, amb consells a l'interior i molta informació...


VEURE'T BÉ PER SENTIR-SE MILLOR



INSCRIPCIONS: 972201306
roserr.grau@aecc.es
montse.salvachua@aecc.es

CASA DE CULTURA DE GIRONA Aula B
 Dijous 3 de novembre de 2011
 De les 16 a les 19h

PLACES LIMITADES!

TALLER DE MAQUILLATGE

ORGANITZA:

 Catalunya contra el Càncer

COL·LABORA:

 LuisVillalba

 Casa de Cultura de Girona

16h **Salutacions i Benvinguda.** Eva Morales, directora de Projectes Fundació Luis Villalba. I Roser Grau, psicooncòloga de l'aecc-Catalunya contra el càncer a Girona.

16.10h **Introducció de la pell.** Dra. Gemma Franch, departament radiologia Hospital de Palamós.

16.35h **El maquillatge abans, durant i després dels tractaments oncològics.** Imma Capell, maquilladora professional i internacional. Tècnica i formadora de les firmes LAURENDOR, STAGE LINE i LLAUKROM.

18.15 h **Recuperar la mirada activant el creixement natural de les pestanyes i celles.** Nicola Seyda, llicenciada en farmàcia, Universitat de Munich, Alemanya. Directora tècnica GLANZVOLL, SL. Distribuïdor exclusiu de M2BEATUE per Espanya, Andorra i Portugal.

18.45 h **Experiències pràctiques**

19h **Preguntes i regals**

-Tallers que fan a l'Associació Espanyola contra el Càncer, aquí a Girona.