

QUÈ HI HA DESPRÉS DEL ROSA?



"You can be a victim of cancer, or a survivor of cancer.

It's a mindset." – Dave Pelzer

"Hi han dues maneres de viure la teva vida;

una com si res fos un miracle i l'altra,

com si tot ho fos." – Albert Einstein

"Cancer is a word, not a sentence" – John Diamond

"No em sento menys dona.

Em sento amb el poder de prendre una poderosa decisió que,

de cap manera, disminueix la meva feminitat." – Angelina Jolie

ÍNDEX

1	INTRODUCCIÓ.....	5
2	QUÈ ÉS EL CÀNCER?	6
2.1	EL GENOMA HUMÀ.....	6
2.2	CARCINOGENÈSI.....	7
3	LA GLÀNDULA MAMÀRIA	8
3.1	TEIXIT GLANDULAR.....	8
3.2	TEIXIT FIBROADIPÓS.....	9
3.3	EMBOLCALL CUTANI	9
3.4	ESQUEMA VISUAL DE LA MAMA.....	10
3.5	ANATOMIA DE LES CADENES GANGLIONARS	10
4	SIMPTOMATOLOGIA CLÍNICA	11
5	MÈTODES DIAGNÒSTICS	11
5.1	EXAMEN FÍSIC.....	11
5.2	LA MAMOGRAFIA	12
5.3	LA BIÒPSIA	13
6	ESTUDI D'EXTENSIÓ.....	14
6.1	TÈCNICA DEL GANGLI SENTINELLA.....	14
7	REACCIÓ PSICOLÒGICA A LA MALALTIA.....	15
8	CIRURGIA MAMÀRIA.....	16
8.1	TÈCNiques QUIRÚRGiques.....	16
8.2	POSSIBLES PROBLEMES EN CIRURGIA MAMÀRIA	17
8.3	COM EVITAR AQUESTS PROBLEMES AMB L'AJUDA DELS DRENATGES	19
9	LA RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA	20
9.1	TIPUS DE RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA.....	21
9.2	TIPUS DE RECONSTRUCCIÓ DEL COMPLEX AREOLA-MUGRÓ	22
9.3	TIPUS DE SIMETRITZACIÓ DE LA MAMA CONTRALATERAL	23
10	SEGUIMENT.....	23
11	LA SOCIETAT I EL CÀNCER DE MAMA	24

11.1 ASSOCIACIONS VINCULADES.....	24
11.2 CELEBRITIES	25
12 LA MEVA EXPERIÈNCIA A QUIRÒFAN.....	27
12.1 PRIMERA ASSISTÈNCIA: MASTECTOMIA SUBRADICAL, LIMFADENECTOMIA I RECONSTRUCCIÓ.....	27
12.2 SEGONA ASSISTÈNCIA: MASTECTOMIA SIMPLE I RECONSTRUCCIÓ	32
13 COMENTARI DE L'ENTREVISTA AL DR. NARANJO.....	36
14 COMENTARI DE LES ENQUESTES REALITZADES	37
15 CONCLUSIONS	38
16 BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA	40
17 ANNEXOS.....	42
17.1 ANNEX 1: GLOSSARI	42
17.2 ANNEX 2: ENTREVISTA AL DR. FERNANDO NARANJO RAMÍREZ.....	44
17.3 ANNEX 3: EORTC QLQ-BR23	47
17.4 ANNEX 4: RESULTATS DE LES ENQUESTES DE GOOGLE EN BASE AL QÜESTIONARI EORTC QLQ-BR23.....	48

1 INTRODUCCIÓ

El Treball de Recerca i jo fa pràcticament un any que ens coneixem. Sempre havia sentit parlar d'ell. Pel que m'havia arribat, sabia que era quelcom que em comportaria un gran esforç i patiment. Em feia por. Molta por. Però en el fons, per molta mandra que em fes, l'havia de dur a terme per poder seguir amb el meu pla de futur i superar amb eficàcia el batxillerat.

Vaig estar rumiant el tema durant molt de temps. Com podia començar? Necessitava fer alguna cosa que m'interessés però que a la vegada pogués aprofitar en un futur per centrar el meu camp acadèmic. Aquest últim factor és principalment el precursor de la meva pluja d'idees sobre la temàtica del Treball de Recerca. Gràcies a l'atenció i ajut del meu pare la tria del tema es va simplificar molt. L'àmbit de la salut era el tema base. Ara el problema estava en com havia de concretar el tema. Així que vaig començar a investigar les diferents branques de la medicina. M'interessava l'oncologia, l'ús dels gens per a la curació del càncer, etc. Però, no m'acabava de fer el pes com per dedicar-hi tot un Treball de Recerca.

Des de petita he tingut molt clar que m'agradaria estudiar medicina. M'encantaria ser cirurgiana ja que trobo molt interessant el cos humà i considero que a partir de la cirurgia es pot observar i palpar la seva complexitat. Però, a la vegada m'encanta l'art i tot el que està relacionat amb manualitats artístiques. Com podia complementar aquestes dues passions? La resposta és la cirurgia plàstica. Des del meu punt de vista crec que la cirurgia plàstica és la banda més artística de la medicina ja que la nostra pell està composta per les línies de tensió i d'expressió que fan que siguem com som. La cirurgia plàstica juga amb aquestes línies i aconsegueix crear bellesa.

Sabia que el meu Treball de Recerca havia d'estar relacionat amb la cirurgia plàstica però, també volia tocar algun tema proper i que segur que qualsevol persona coneix a algú que n'hagi patit: el càncer de mama.

Per concretar més el tema vaig decidir focalitzar-lo en les tècniques quirúrgiques i reconstructives després del diagnòstic del càncer de mama. D'aquí rep el nom el meu treball, tracta sobre el que es produeix un cop es diagnostica que la pacient necessita sotmetre's a una cirurgia; i el rosa és el color que representa el càncer de mama.

L'objectiu principal del meu treball era observar i prendre consciència del que comporta l'extirpació d'un pit i veure com la cirurgia plàstica ajuda notablement a alleujar aquest procés quirúrgic.

2 QUÈ ÉS EL CÀNCER?

El càncer és una malaltia que s'origina a partir de canvis cromosòmics en una cèl·lula causats per factors endògens, propis de l'organisme, o exògens (mutàgens, com ara radiacions ionitzants, productes tòxics, etc). Aquesta cèl·lula canvia el seu material genètic i cicle cel·lular modificant la seva longevitat. Es reproduïx donant lloc a cèl·lules clòniques, amb el mateix material genètic, provocant creixement neoplàsic. Quan aquest grup cel·lular afecta una via linfohèmica i/o hematògena, passarà a anomenar-se creixement metastàtic. Aquest procés defineix el càncer i el separa de qualsevol altre possible patologia.

2.1 EL GENOMA HUMÀ

El genoma és el nombre total de cromosomes que posseeix un organisme. El genoma conté la informació genètica que es transmet d'una generació a la següent, on es troben emmagatzemades les claus per a la diferenciació de les cèl·lules que formen els diferents teixits i òrgans d'un individu.

L'ésser humà té 23 parelles de cromosomes homòlegs que contenen aproximadament 80.000 gens necessaris per sintetitzar totes les proteïnes que requereix l'individu i les que determinen el seu aspecte, funcionament, metabolisme, etc. Els gens són fragments de DNA que conté les instruccions per fabricar una proteïna.

El genoma és el responsable de que un ésser humà sigui diferent d'un gos o d'un bacteri. El genoma dirigeix el desenvolupament humà des de l'òvul fecundat fins a la vida adulta. Cada cèl·lula del cos conté el genoma sencer excepte les cèl·lules reproductores (òvul i espermatozoide).

2.1.1 RELACIÓ DEL GENOMA AMB L'ORIGEN CANCERIGEN

2.1.1.1 ELS GENS SUPRESSORS

Els gens supressors pertanyen a l'ADN cel·lular i produeixen productes d'expressió necessaris per a mantenir l'equilibri cel·lular normal. En cas que es produeixi una pèrdua de la seva funció, es trenca l'equilibri entre gens i es contribueix a la carcinogènesi.

Per a la inactivació d'un gen supressor és necessari que els dos al·lels* es trobin mutats. D'aquesta manera, el gen perdrà la seva funció.

Les mutacions adquirides no es transmeten de pares a fills.

* Totes les paraules destacades es troben al glossari de l'annex 1.

2.1.1.2 ELS ONCOGENS

Un oncogén és un gen de caràcter dominant que es troba relacionat amb el creixement i proliferació cel·lular no regulats. Això causa la transformació d'una cèl·lula normal en una cèl·lula neoplàsica. Aquests gens poden adquirir-se a partir d'una infecció vírica o bé, a partir d'una mutació o alteració d'un gen normal.

2.1.1.2.1 ELS ONCOGENS VÍRICS

Els oncogens vírics són part del genoma víric. Durant el procés d'infecció, el virus integra el seu genoma al de la cèl·lula hoste, de manera que a la vegada també integra el gen amb potencial oncogènic. Aquest gen queda integrat al genoma cel·lular, i es va transmetent a les cèl·lules filles, per tant, ara posseiran un genotip* maligne.

2.1.1.3 ELS PROTOONCOGENS

Los protooncogens són els homòlegs cel·lulars als oncogens vírics. S'encarreguen de la transformació neoplàsica d'una cèl·lula normal infectada per un retrovirus. Els protooncogens són gens normals que han patit una irregularitat en l'expressió i la diferenciació cel·lular normal.

Aquest gens poden ser convertits en oncogens per mitjà de mecanismes mutacionals. Com a conseqüència poden iniciar el procés de transformació maligna, si hi ha una alteració en els gens supressors, que mantenen l'equilibri.

2.2 CARCINOGENESI

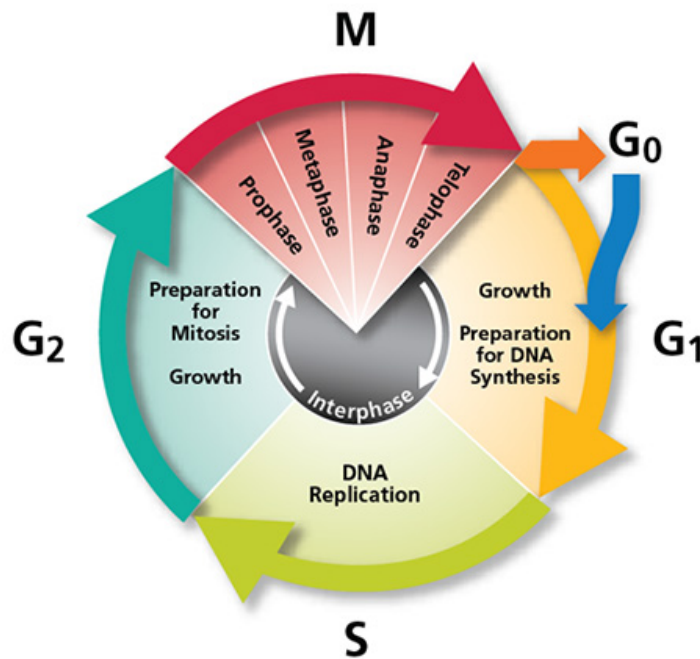
2.2.1 LES CÈL·LULES NEOPLÀSIQUES

Les cèl·lules neoplàsiques, com les cèl·lules normals, presenten un cicle vital amb fases consecutives, on cadascuna ha d'haver finalitzat abans d'entrar en la següent. Les cèl·lules es preparen per a la replicació a la fase G1, dupliquen el seu material genètic a la fase S, i després de la fase G2, es divideixen i així proliferen. Les noves cèl·lules poden iniciar un nou cicle o bé, romandre en un estat de latència (G0).

Tot i l'esquema que comparteixen en comú les cèl·lules normals i les neoplàsiques, podem diferenciar-les gràcies a l'augment de la capacitat proliferativa de les últimes. Això està causat per el control erroni dels elements reguladors del cicle cel·lular. Aquests reguladors s'encarreguen de transmetre estímuls interns a la cèl·lula per a que aquesta continuï amb el seu cicle. En canvi, a les cèl·lules neoplàsiques es desenvolupa una independència d'aquests estímuls.

2.2.1.1 PUNTS DE CONTROL DEL CICLE CEL·LULAR

Existeixen diversos punts de control al cicle cel·lular regulats per un sistema complex de moduladors. Aquest sistema comprèn enzims com ara ciclinases, quinases dependents de ciclines i inhibidors. Una de les vies de regulació del cicle cel·lular més estudiada és la de la proteïna pRb, que és un modulador negatiu situat al punt de restricció de la transició G1-S. La seva inactivació es produeix a través d'alguns mecanismes repercuteix en la progressió del cicle cel·lular i la proliferació. Alteracions d'aquest tipus han estat observades en diferents tumors.



Imatge 1: Cicle cel·lular

3 LA GLÀNDULA MAMÀRIA

Les glàndules mamàries són unes estructures simètriques que es troben a la part anterior i superior del tòrax. S'extenen des de la 2^a fins a la 6^a-7^a costella i des de la vora externa de l'estern fins a la línia axilar anterior, expandint-se cap amunt i cap a fora en direcció axil·lar.

3.1 TEIXIT GLANDULAR

De dins cap a fora, la mama està formada per tres components. El més intern s'anomena teixit glandular. Consisteix en un conjunt de 15-20 glàndules diferents; cada una de les quals forma una unitat autònoma anomenada lòbul mamari. Aquestes glàndules drenen cap al mugró per un conducte excretor principal o lactífer; els quals es dilaten sota l'areola, formant els pits lactífers, que són els únics llocs reals d'emmagatzematge de la llet. La majoria dels tumors malignes de la mama es formen a partir del teixit glandular.

3.1.1 INFLUÈNCIA HORMONAL A LA MAMA

Sobre la glàndula mamària actuen múltiples hormones involucrades en el seu desenvolupament histològic i fisiològic. Les etapes histològiques del desenvolupament de la glàndula mamària permeten entendre la relació d'aquestes i l'aparició de neoplasies mamàries. L'equilibri hormonal es fonamental per l'adequat desenvolupament mamari i el manteniment d'un teixit sa. Un desequilibri hormonal podria relacionar-se amb una patologia benigna o maligna.

Els canvis proliferatius a la mama són controlats principalment pels estrògens i per la progesterona. L'activitat mitòtica a les mames és dominada per la progesterona. La progesterona és el principal estímul hormonal per al creixement i diferènciació de les mames.

Els ovaris són la font predominant d'estrògens però, una altra font de producció estrogènica es troba a la pròpia glàndula mamària. La majoria d'estrògens presents als tumors mamaris deriven principalment de les síntesis a la pròpia glàndula mamària.

La prolactina (PRL) és la principal responsable de la producció làctia, incrementant a nivell cel·lular la transcripció del mRNA per a la síntesi de les proteïnes làcties, com la caseïna. La seva funció requereix la acció conjunta d'altres hormones lactogèniques com el lactògen placentari i la hormona de creixement placentaria.

3.2 TEIXIT FIBROADIPÓS

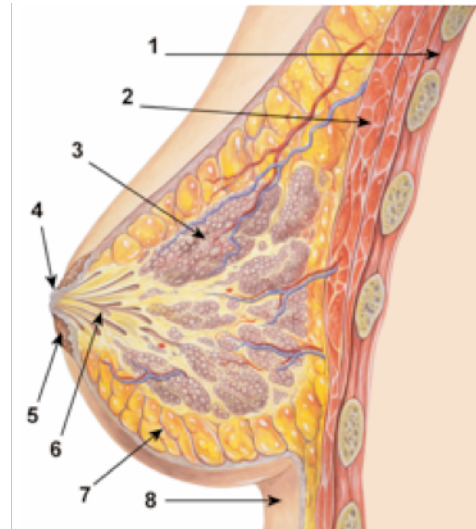
El segon component que ens trobem és el teixit fibroadipós. Aquest dona volum a la mama. El panícul adipós subcutani també es desenvolupa a nivell del cos mamari en dues làmines: una anterior entre la glàndula i el revestiment cutani, i l'altra posterior entre la glàndula i el lligament suspensori de la mama.

3.3 EMBOLCALL CUTANI

L'últim component que ens trobem és l'embolcall cutani. La pell no presenta característiques particulars, excepte a la zona areolar i al mugró. A nivell de l'areola la pell és més prima i pigmentada. L'areola presenta glàndules sudorípares i sebàcies; tot i que durant l'embaràs i lactància poden apareixer nòduls d'una mida més gran, els tubercles de Montgomery, els quals secreten un líquid gras que actua com emolent i protector cutani evitant les esquerdes.

3.4 ESQUEMA VISUAL DE LA MAMA

1. Tòrax (múscul intercostal)
2. Músculs pectorals
3. Lòbuls mamaris
4. Muqró
5. Areola
6. Conductes terminals
7. Teixit adipós
8. Pell



Imatge 2: Esquema visual de la mama

3.5 ANATOMIA DE LES CADENES GANGLIONARS

Generalment, el primer lloc on migren les cèl·lules cancerígenes des del tumor primari mamari és cap a la cadena ganglionar. Normalment cap als ganglis axilars, tot i que a vegades també poden acabar als ganglis de la mama interna.

Els ganglis de la cadena mamària interna es troben paral·lels a l'estern. Podem dividir els ganglis axilars en tres nivells respecte la seva relació amb el pectoral menor. Aquests nivells s'anomenen nivells de Berg:

- NIVELL I

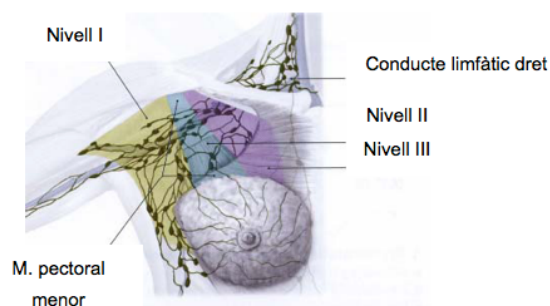
En el primer nivell trobem els ganglis situats per fora de la vora externa del pectoral menor.

- NIVELL II

En el segon nivell observem els ganglis localitzats profundament o darrere del pectoral menor.

- NIVELL III

Al darrer nivell trobem els ganglis situats per l'interior de la vora interna del pectoral menor, juntament amb el grup ganglionar subclavicular.



Imatge 3: Esquema cadenes ganglionars

4 SIMPTOMATOLOGIA CLÍNICA

Els símptomes del càncer de mama poden manifestarse de diferent manera en cada persona. Fins i tot hi ha qui no presenta cap mena de signe o símptoma. Les principals senyals d'un possible càncer de mama són:

- L'aparició d'un bony al pit o a l'aixella
- L'augment de la mida de la mama
- Irritació o enfonsaments a la pell de la mama
- Vermellor o descamació a la zona del mugró o de la mama
- Secreció del mugró, que no sigui llet, fins i tot sang
- Qualsevol canvi de la mida o de la forma de la mama
- Mal a qualsevol part de la mama

Tot i així, s'ha de tenir en compte que aquests signes poden manifestar-se en altres situacions que no són càncer.



Imatge 2: Simptomatologia mamària - Taques



Imatge 5: Simptomatologia mamària - Bony

5 MÈTODES DIAGNÒSTICS

El diagnòstic del càncer de mama es basa en la simptomatologia, la palpació, la mamografia i la biòpsia. El que més es troba són lesions benignes, com ara un abscess o mastopatia; no totes les lesions mamàries són malignes.

5.1 EXAMEN FÍSIC

L'autoexploració és important però mai s'ha d'evitar la visita al ginecòleg, sempre serà més convenient i eficaç.

5.1.1 INSPECCIÓ

En el moment de l'inspecció el ginecòleg es fixarà principalment en:

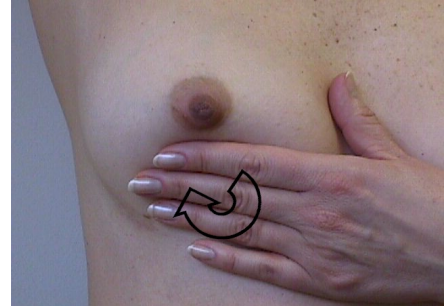
- La simetria entre els pits

- L'aspecte i orientació dels mugrons
- Si observa alguna deformació o retracció
- L'estat de la pell

5.1.2 LA PALPACIÓ

Es produeix normalment demanant a la pacient que aixequi el braç del costat que s'examinarà i que col·loqui la mà darrere del cap.

La mà del metge pressionarà la glàndula contra la paret toràcica i la recorrerà sistemàticament. Pot fer-ho en forma radial o per quadrants.



Imatge 6: Representació palpació pit

La palpació ha de ser completa sense deixar de palpar el teixit glandular per sota del mugró, la cua del quadrant superior extern i les aixelles.

En el moment que es palpi el mugró, es pot produir la secreció d'algun líquid, provocat per la presència cancerígena.

Si a l'hora de la palpació el ginecòleg troba una part rígida s'anomenarà nòdul. Haurà d'indicar el quadrant en el que es troba, la distància respecte el mugró, la mida, la forma, la consistència, si les vores estan ben definides i si es pot apreciar alguna adherència a alguna altra estructura. Tot això, ajudarà a determinar

el moment evolutiu en el que es troba el càncer.



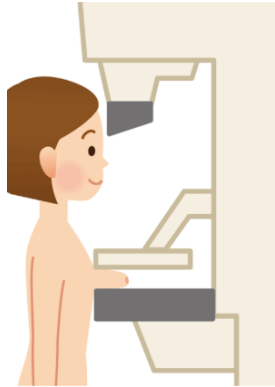
Imatge 7: Representació palpació aixella

L'exploració de les aixelles és molt important per la possibilitat de trobar ganglis afectats. Es separa el braç del costat del tòrax i l'examinador palpa l'aixella amb 4 dits pressionant contra la paret toràcica.

5.2 LA MAMOGRAFIA

La mamografia és un tipus de radiografia que s'utilitza per detectar el càncer de pit en dones que no presenten indicis o símptomes de la malaltia. També es pot utilitzar si la pacient té un bony o algun altre signe de possible càncer de pit.

Una mamografia de detecció és un tipus de mamograma que l'examina quan no hi ha cap símptoma. Pot ajudar a reduir el nombre de morts a causa d'aquest tipus de càncer en dones de 40 a 70 anys.



Imatge 8: Representació d'una mamografia

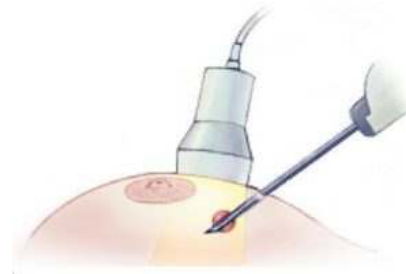
Quan es realitza una mamografia, la pacient es posa de peu davant un aparell de raigs X. La persona que realitza l'estudi col·loca la mama entre dues plaques plàstiques. Les superfícies pressionen la mama fent que quedi més plana. Això pot resultar incòmode, però ajuda a obtenir una imatge clara. Amb la millora de la tecnologia els mamògrafs disminueixen les molèsties derivades d'aquest estudi i augmenta la qualitat de la imatge.

5.3 LA BIÒPSIA

Una biòpsia és un procés que extreu cèl·lules o teixits del cos. Un metge especialista anomenat patòleg examina les cèl·lules o teixits amb un microscopi per verificar si es presenta alguna anomalia per identificar la malaltia.

Les biòpsies poden realitzar-se a qualsevol part del cos. Una biòpsia és l'única prova que pot indicar amb seguretat si una àrea sospitosa està afectada per càncer.

Hi ha diferents tipus de biòpsies. Una biòpsia per punció extreu amb una agulla el teixit de l'àrea afectada. Altres biòpsies requereixen cirurgia segons la localització anatòmica de la zona sospitosa.



Imatge 9: Representació biòpsia

En el cas de les biòpsies de les mames, es produeix per punció amb una agulla gruixuda (tru-cut) ecodirigida. El metge extreu fragments de teixit mamari de l'àrea sospitosa que ha estat previamente detectada a partir de la palpació. Per concretar més, es sol utilitzar algun altre estudi, com ara la mamografia.

S'extreu un petit cilindre de teixit a través de l'agulla. Normalment, se n'extreuen diversos.

Un cop extrets, s'analitzaran amb l'ajuda del microscopi per estudiar l'estructura cel·lular i glandular en busca d'una neoplàsia maligna.

6 ESTUDI D'EXTENSIÓ

Un cop confirmat el diagnòstic del pacient és necessari realitzar un estudi d'extensió per etiquetar la fase de la malaltia i valorar el tractament que requereix. Aquest tractament pot ser només quirúrgic, o combinat: radioteràpia i quimioteràpia.

Les tècniques d'imatge de l'estudi d'extensió són:

- Un anàlisi de sang amb hemograma que inclogui un estudi de la bioquímica de les funcions hepàtiques i marcadors tumorals
- Una radiografia de tòrax
- Un TAC toracoabdominal
- Una gammagrafia

6.1 TÈCNICA DEL GANGLI SENTINELLA

Dins de les tècniques d'estudi d'extensió podem destacar la tècnica del gangli Sentinella, tot i que es realitzi de manera intraoperatoria. És una tècnica de radioimmunoanàlisi.

Amb l'ajuda de la gamasonda (un instrument que funciona amb medicina nuclear), es detecta el gangli sentinella a partir de l'inserció de col·loide marcat amb tecnèci* unes hores abans de l'intervenció. Aquesta substància, a partir de les vies limfàtiques, es posiciona al gangli Sentinella. La gamasonda s'introdueix dins la pacient a partir d'una incisió a la zona axilar. Comença a emetre un so agut a mesura que s'aproxima al gangli òptim. Un cop detectat, s'extirpa i s'envia a analitzar al patòleg (biòpsia peroperatoria).



Imatge 10: Torre de la gamasonda

Si el gangli dóna resultats positius, és a dir, el tumor presenta afectació regional, es decidirà fer una limfadenectomia. Si en canvi resulta negatiu, no caldrà extirpar cap més gangli de moment. Tot i així, el gangli es seguirà analitzant per confirmar els resultats en un temps aproximat de 15 dies.

La tècnica del gangli sentinella no és imprescindible en totes les pacients. Aquelles que ja tenen algun tipus de metàstasi no la necessiten.

La principal via de disseminació de la neoplàsia de mama és la via limfàtica.

7 REACCIÓ PSICOLÒGICA A LA MALALTIA

Quan la pacient pateix càncer de mama, ha de travessar un seguit d'etapes de dol. Segons Cate Masheder, psicoterapeuta que treballa amb persones que van passar per un dol, l'ús de les paraules "sempre, mai i absolutament" pot ser un indicatiu de depressió. Per tant, és molt important com proporcionar la informació de la malaltia que es dona a la pacient.

Des de l'any 1969, la psicologia ha definit la teoria de les 5 fases del dol, desenvolupada per la psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross. Però, segons alguns experts, les persones no passen necessàriament per totes aquestes etapes ni en aquest ordre específic, així que el dol es pot manifestar de diverses maneres i en moments diferents per a cada persona.

- FASE 1: NEGACIÓ

Aquesta negació pot alleujar el cop de la mala notícia i endarrerir part del dolor. Però, no pot ser indefinida ja que en algun moment toparà amb la realitat.

- FASE 2: IRA

Durant aquesta etapa destaquen els sentiments de ràbia, ressentiment, a la vegada que la recerca de responsables o culpables. L'ira sorgeix davant la frustració de que la situació de la malaltia és irreversible. Es pot projectar cap a l'entorn i fins i tot a persones properes.

- FASE 3: NEGOCIACIÓ

Les persones somien amb la idea de que es pot revertir o canviar l'estat de la situació clínica i el pronòstic. És molt freqüent preguntar-se "Què hauria passat si...?", o pensar en estratègies que haurien evitat el resultat final, com "I si hagués fet això o allò?".

- FASE 4: DEPRESSIÓ

Està caracteritzada per la sensació de tristesa profunda i de buit. El seu nom no es refereix a una depressió clínica, com a un problema de salut mental, sinó a un conjunt d'emocions vinculades a la tristesa. Algunes persones poden aïllar-se del seu entorn.

- **FASE 5: ACCEPTACIÓ**

Un cop assolida la notícia de la malaltia, les persones en dol aprenen a conviure amb el seu dolor emocional. Amb el temps, recuperen la seva capacitat d'experimentar alegria i plaer.

8 CIRURGIA MAMÀRIA

En funció de la mida del tumor s'utilitzarà una tècnica quirúrgica o una altra. Les diferents tècniques de cirurgia mamària són:

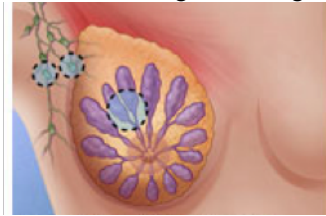
8.1 TÈCNiques QUIRÚRGiques

8.1.1 TUMORECTOMIA

La tumorectomia es basa en l'extracció completa de la lesió amb un marge de seguretat d'1 cm.

8.1.2 TUMORECTOMIA AMPLIADA

Aquest tipus de tumorectomia consisteix en l'extracció completa de la lesió amb un marge de seguretat; aquest cop de 2-3 cm.



Imatge 11: Representació il·lustrada quirúrgica tumorectomia ampliada

8.1.3 QUADRANTECTOMIA

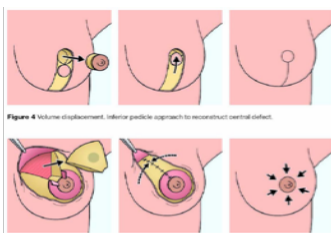
Durant aquesta tècnica quirúrgica, es produeix una extracció completa de la lesió amb un marge de 2-3 cm, com a la tumorectomia ampliada. Però, també es resseca tot un quadrant mamari. Pot complementar-se amb tècniques d'oncoplàstia o no.



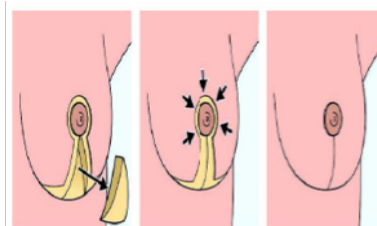
Imatge 12: Representació il·lustrada quirúrgica quadrantectomia

8.1.4 ONCOPLÀSTIA

Es basa en l'ús de tècniques de cirurgia plàstica, sobretot tècniques de mastopexia i reducció mamària, per ressecar un tumor mamari. Aquestes tècniques permeten realitzar grans extraccions del tumor, amb un marge de seguretat, i deixar un resultat estètic acceptable, semblant al que tenia la mama prèviament a l'operació, o moltes vegades millor. Aquestes tècniques eviten moltes vegades una mastectomia.



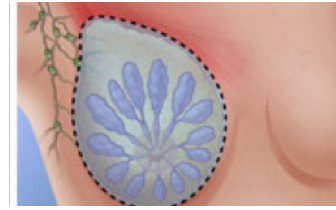
Imatge 13: Representació oncoplàstia 2



Imatge 14: Representació oncoplàstia 1

8.1.5 MASTECTOMIA SIMPLE

Aquest tipus d'intervenció consisteix en l'extracció completa de la glàndula mamària sense ressecció del gangli limfàtic.

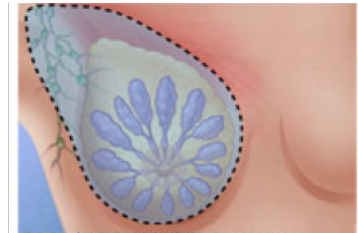


Imatge 15: Representació il·lustrada quirúrgica mastectomia simple

8.1.6 MASTECTOMIA SUBRADICAL O RADICAL MODIFICADA

Es basa en l'extirpació de tota la glàndula mamària, amb un tros de pell que inclou el complex areola-mugró.

La dissecció ha d'arribar fins als límits dels ganglis; a prop de la vora inferior de la clavícula i fins al recte anterior de l'abdomen. Internament, fins a l'estern i externament fins el múscul dorsal.



Imatge 16: Representació il·lustrada quirúrgica mastectomia subradical

Es realitza un buidament axilar del nivell 1 i 2 de Berg. En alguns casos avançats també es duu a terme amb el nivell 3.

Els drenatges s'han de mantenir fins que drenin menys de 30 cc diaris.

8.2 POSSIBLES PROBLEMES EN CIRURGIA MAMÀRIA

Com en tots els tipus d'intervencions quirúrgiques, poden sorgir alguns esdeveniments inesperats.

8.2.1 PROBLEMES INTRAOPERATORIS

- LESIONS VASCULARS

Es produeix una lesió a la vena axilar, generalment per un estripament en alguna de les seves branques. És una lesió comú en les intervencions que es produeix la dissecció axilar, ja que obliga a extirpar els ganglis a aquell nivell.

- NEUMOTÒRAX

Es produeix per una perforació de la pleura parietal que condiciona un colapse pulmonar amb dificultat respiratòria. És un problema poc freqüent. Però es resol amb la col·locació d'un tub de drenatge toràcic i sutura.

- LESIONS NERVIOSSES

Hi ha altres lesions que es manifesten posteriorment. Són lesions nervioses del nervi toràcic, del toracodorsal o dorsal, o fins i tot del plexe braquial. Les seves repercussions clíniques són sensibles i motores.

8.2.2 PROBLEMES POSTOPERATORIS

8.2.2.1 PROBLEMES POSTOPERATORIS PRECOÇOS

Aquest tipus de problemes són els més importants ja que poden arribar a ser els més greus.

- ANÈMIA AGUDA

És la pèrdua massiva de sang. Es produeix més freqüentment en les grans cirurgies mamàries. Actualment, és molt difícil patir aquest símptoma.

- HEMATOMES

Sorgeixen per l'hemorràgia d'un vas sanguini, habitualment venós i pel fracàs del drenatge. En alguns casos obliga a reintervenir a la pacient per buidar l'hematoma i realitzar una hemostàsia*. Altres cops amb un vendatge compressiu i puncions evaquadores és suficient.

Com ja he explicat prèviament, algunes cirurgies mamàries requereixen disseccions molt importants, amb grans ferides quirúrgiques on pot acumular-se una gran quantitat de sang. Si no es detecta l'hematoma a temps pot repercutir seriosament en l'estat general de la pacient, o en el seu resultat estètic.

- SEROMES

Un seroma és l'acumulació de serum i/o líquid limfàtic a un lloc del cos on s'ha extirpat teixit mitjançant cirurgia. És un dels problemes més freqüents. Es produeix com a conseqüència d'un mal funcionament dels drenatges, una mala hemostàsia o una gran mobilització dels teixits. A vegades és necessari realitzar una punció evaquadora i un vendatge compressiu, en altres casos és necessari col·locar un nou drenatge aspiratiu.

- DEHISCÈNCIA DE LA FERIDA

Una dehiscència és una fallada del tancament de la ferida. Les ferides es tanquen per plans. Generalment es produeix quan els penjolls són molt fins i quan queden a tensió, a punt de morir-se. Si es produeix aquesta deshiscència, s'haurà d'esperar una cicatrització per segona intenció o reintervenir.

- INFECCIÓ DE LA FERIDA

És un problema poc freqüent. En cas que es manifesti es tractarà amb antibiòtics i amb un desbridament quirúrgic*.

- ISQUÈMIA DE TEIXITS

La isquèmia* succeeix quan es deté o disminueix la circulació sanguínia a través de les artèries d'alguna zona determinada. Es presenta generalment en cirurgies mamàries importants, sobretot en reconstrucció mamària. Els metges han de prestar especial atenció a la vitalitat dels teixits a les primeres 24 hores del postoperatori, ja que són molt importants per a revertir la situació.

8.2.2.2 POSSIBLES PROBLEMES POTSOPERATORIS TARDANS

- CICATRIUS QUELOIDES

Es produeix quan el creixement exagerat del teixit cicatritzal. Acaba quedant una lesió hiperpigmentada i sobreelevada.

- CONTRACTURES I ATRÒFIES MUSCULARS

Majoritàriament es produeixen al pectoral major, per alguna lesió intraoperatòria accidental al nervi toràcic anterior.

- ALTERACIÓ A LA MOBILITAT

Sobretot a l'espatlla. La pacient pot arribar a patir una "espatlla congelada" per falta de mobilitat del braç i de l'espatlla, per alteració del retorn limfàtic després de la limfadenectomia*.

- PARESTÈSIES

Són produïdes per la lesió d'un nervi sensitiu. Una parestèsia es produeix quan la pacient experimenta una sensació de cremor o punxades, en general a l'aixella i a la part interna del braç.

8.2.2.2.1 LIMFEDEMA

Succeeix quan s'acumula limfa als teixits tous del cos per extracció de material limfàtic (vasos i ganglis limfàtics) després de la limfadenectomia. La limfa és un líquid que conté glòbuls blancs, cèl·lules que defensen contra els gèrmens.

8.3 COM EVITAR AQUESTS PROBLEMES AMB L'AJUDA DELS DRENATGES

- **TUMORECTOMIA:** Si a la cirurgia no hi va haver molt de sagnat, no cal deixar cap mena de drenatge. Si hi va haver sagnat es deixa un penrose* preventiu.
- **GANGLI CENTINELLA:** Sempre s'extreu per evitar possibles regeneracions.

- **LIMFADENECTOMIA AXILAR:** Sempre es deixa un redó o drenatge aspiratiu. Es retira quan la pacient produeix menys de 30 cc al dia.
- **MASTECTOMIA SIMPLE:** Es deixa un drenatge aspiratiu de tipus redó connectat al buit. Com en l'exemple previ, es retira quan produeix menys de 30 cc al dia.
- **MASTECTOMIA + LIMFADENECTOMIA:** Es col·loca un drenatge al llit quirúrgic de la mastectomia i un altre a l'aixella on s'han ressecat els ganglis. Es retira quan produeix menys de 30 cc al dia.
- **MASTECTOMIA + RECONSTRUCCIÓ AMB EXPANSOR O PRÒTESI DEFINITIVA:** Es deixa un drenatge en el pla retromuscular on es col·loca la pròtesi, un altre al pla subcutani on s'extirpa la mama i, si es realitza una limfadenectomia axilar, en deixem un altre a l'aixella on s'han extirpat els ganglis. Es retiren quan produeix menys de 30 cc al dia.
- **MASTECTOMIA + RECONSTRUCCIÓ AMB EL DORSAL AMPLE:** Normalment es deixen dos drenatges al lloc on s'ha extret el múscul. El múscul dorsal ample és un múscul gran i potent, el que fa que la repercussió quirúrgica sigui més gran. S'ha d'anar amb molt de compte amb aquests drenatges. Es mantenen entre 7 i 12 dies. Freqüentment es necessiten puncions evaquadores un cop retirats els drenatges.
- **MASTECTOMIA + RECONSTRUCCIÓ AMB PENJOLL ABDOMINAL:** Habitualment es deixen dos drenatges a l'abdomen. El moviment del drenatge i evitar que s'enganxi a la paret abdominal és molt important. Els drenatges es mantenen entre 7 i 10 dies.
- **MASTOPÈXIA:** Es deixa un redó al llit quirúrgic. Es retira a les 24-48 hores.
- **REDUCCIÓ MAMÀRIA I ONCOPLÀSTIA:** Es deixa un redó que es retira a les 24-48 hores.
- **MAMOPLÀSTIA D'AUGMENT PER ESTÈTICA:** També es deixa un redó que es retira un cop passades 24-48 hores.

9 LA RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA

La reconstrucció mamària té com a objectiu principal retornar la forma i l'aspecte de la mama després d'una mastectomia. És important comunicar al pacient que el que es preté amb aquest tipus d'intervenció és restituir la silueta i per tant, afavorir la imatge corporal i millorar l'autoestima. No es pot retornar la sensibilitat de una mama natural. Nombrosos estudis demostren un important benefici psicològic i sobre la qualitat de vida en pacients amb reconstrucció mamària.

9.1 TIPUS DE RECONSTRUCCIÓ MAMÀRIA

9.1.1 HETERÒLOGA

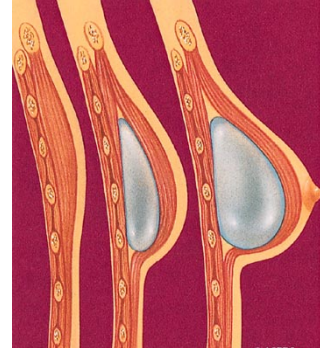
Es duu a terme quan s'utilitzen implants, com per exemple, expandors i pròtesis.

9.1.1.1 RECONSTRUCCIÓ AMB EXPANSOR

És una reconstrucció en dos temps:

- PRIMER TEMPS

El cirurgià crea un espai darrere del múscul pectoral major, anomenat butxaca muscular. En aquest espai es col·loca un implant buit (expansor) que té una vàlvula on s'injectarà progressivament serum fisiològic. Es comença a emplenar dins de l'acte quirúrgic, amb una petita quantitat de líquid.

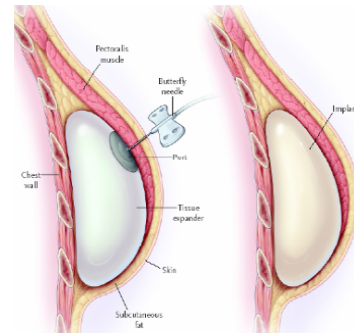


Imatge 17: Representació reconstrucció amb expansor (primer temps)

Després es continuarà emplenant progressivament, a les visites, fins arribar a la mida desitjada. D'aquesta manera, es crearà el lloc on es col·locarà la pròtesi definitiva.

- SEGON TEMPS

Un cop completat el procés d'emplenament de l'expansor, es realitzarà una segona cirurgia on es canviarà l'expansor per la pròtesi definitiva.



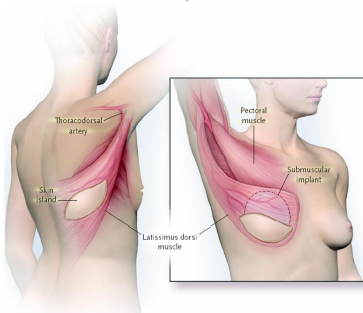
Imatge 18: Representació reconstrucció amb expansor (segon temps)

9.1.1.2 AUTÒLOGA

Es produeix quan simplement s'utilitzen els propis teixits de la pacient. Penjolls musculars dorsal-abdominals.

- RECONSTRUCCIÓ AMB PENJOLL DEL DORSAL AMPLE

Primerament, es dissectiona completament el múscul dorsal ample deixant que només estigui unit al seu pedícul vascular i a la seva inserció humeral. D'aquesta manera obtenim un penjoll de múscul, cel·lular subcutani i pell. Fem girar el penjoll a través d'un túnel a nivell axilar que comunica el dorsal ample amb el llit de la mastectomia.



Imatge 19: Reconstrucció amb penjoll del dorsal ample

En alguns casos es necessita col·locar una pròtesi per poder aconseguir el volum desitjat. En altres, el penjoll és suficient.

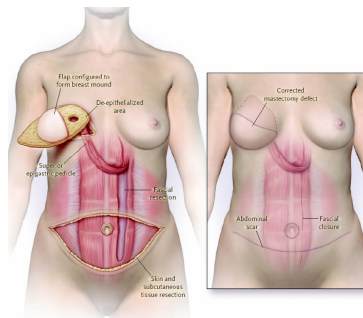
- RECONSTRUCCIÓ AMB PENJOLLS ABDOMINALS

Existeixen dos tipus de reconstrucció a partir dels penjolls abdominals. A diferència que els del dorsal ample, no és necessari l'ús de cap pròtesi adicional.

· TRAM

Es dissectiona el penjoll abdominal que comprén la part baixa de l'abdomen, composta per pell, greix i el múscul recte anterior de l'abdomen. Aquest múscul inclou el pedícul vascular que uneix el penjoll.

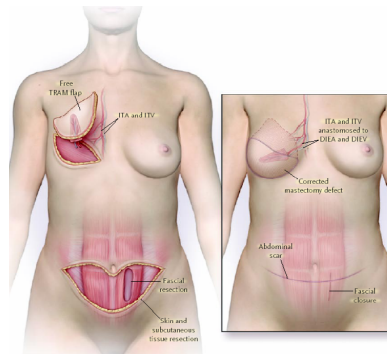
Traslladem el penjoll fins al buit de la mastectomia a partir d'un túnel abdominal. Aquest penjoll provoca una debilitat a la paret abdominal.



Imatge 20: Reconstrucció tipus TRAM

· DIEP

S'utilitza el mateix penjoll abdominal que en el TRAM però amb la diferència que es dissectiona el pedícul vascular epigàstric i s'anastomosa als vasos mamaris interns. En aquest cas, el penjoll abdominal és de pell i greix però no s'utilitza el múscul. Així s'evita una debilitat a la paret abdominal.



Imatge 21: Reconstrucció tipus DIEP

9.1.1.3 MIXTA

Rep aquest nom quan s'utilitzen penjolls i implants.

9.2 TIPUS DE RECONSTRUCCIÓ DEL COMPLEX AREOLA-MUGRÓ

9.2.1 RECONSTRUCCIÓ DE L'AREOLA

- Empelt de l'engonal o de l'areola contra-lateral.
- Amb tatuatge

9.2.2 RECONSTRUCCIÓ DEL MUGRÓ

- Penjoll local: amb l'empelt del mugró contra-lateral
- Amb tatuatge

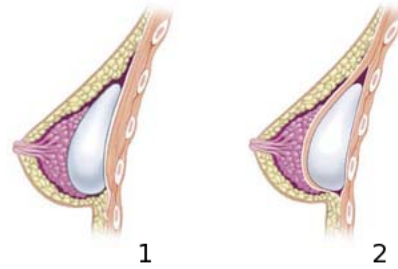
9.3 TIPUS DE SIMETRITZACIÓ DE LA MAMA CONTRALATERAL

9.3.1 MAMOPLASTIA D'AUGMENT

El seu principal objectiu és augmentar el volum mamari col·locant una pròtesi. El lloc de col·locació de la pròtesi varia segons les característiques i preferències de la pacient.

Existeixen diverses maneres de col·locar una pròtesi per estètica:

1. Retroglandular: darrere de la glàndula mamària.
2. Retromuscular: darrere del múscul pectoral major.
3. Dual plane: Els dos terços superiors darrere del múscul pectoral i el primer terç inferior darrere de la glàndula mamària.



9.3.2 MASTOPÈXIA

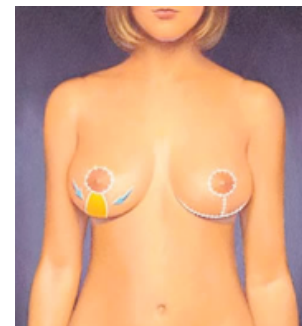
L'objectiu d'aquesta cirurgia és aconseguir una mama més alta i més ferma. En aquesta cirurgia, la ressecció glandular i de pell és mínima a diferència de la reducció mamària.



Imatge 22:
Representació
mastopèxia

9.3.3 MAMOPLÀSTIA REDUCTIVA

Es basa en ressecar el teixit mamari i la pell amb l'objectiu de crear una mama més petita i elevada. El teixit és traslladat cap amunt reubicant-se al centre de la mama.



Imatge 23:
Representació
mamoplastia reductiva

10 SEGUIMENT

Des del primer moment en que es diagnostica el tumor la pacient disposa del servei d'un psicooncòleg per ajudar-la, a ella i a tota la seva família, a portar tot el procés clínic i personal.

A qualsevol pacient que el metge detecta que pateix ansietat, temor o un atac de pànic psicològic pel càncer, se li proposa la opció d'anar a una consulta de psicooncologia. Rep assistència durant tot el temps del tractament del càncer, fins que la pacient o el psicòleg dona l'alta. Aquest tipus de psicòleg forma part de les unitats de mama de tot el país.

Els expandors es comencen a emplenar 2 o 3 setmanes després de la operació. L'expansió es va produint cada 10-15 dies fins arribar al volum que es vol posar a la

pacient. La quantitat de mil·lilitres varia segons la forma i mida del pit, però normalment ronda entre els 50 i 100 ml. S'intenta emplenar ràpidament ja que algunes pacients han d'assistir a radioteràpia o quimioteràpia el més aviat possible, es recomana que no passin més de 4-6 setmanes des del moment de la intervenció fins al tractament. S'ha de tenir en compte que no es produeixi cap tipus d'infecció i que la ferida vagi cicatritzant completament.

També es fa un seguiment clínic i radiològic de la malaltia com qualsevol malaltia oncològica amb uns protocols establerts per societats internacionals.

11 LA SOCIETAT I EL CÀNCER DE MAMA

El càncer de mama és el tumor més freqüent i la primera causa de mort per càncer en la dona a Espanya. Representa el 34% del total de càncer diagnosticats a Espanya. A l'Unió Europea es produeixen 135.000 casos anuals, dels quals, 12000 pertanyen a Espanya. Segons la OMS, el 16% dels càncers diagnosticats al voltant de tot el món són de mama. Aquestes dades ens reafirmen que el càncer de mama representa un problema de salut pública d'una magnitud important.

11.1 ASSOCIACIONS VINCULADES

Actualment, existeixen milers de grups i associacions relacionades amb el càncer de mama. Un dels seus objectius és donar a conèixer la gravetat de la malaltia per aconseguir que s'inverteixi en la investigació. Però, sens dubte, el seu objectiu més important és donar suport psicològic a aquelles persones que l'han patit.

11.1.1 AECC

L'Associació Espanyola Contra el Càncer és una organització sense ànim de lucre formada per pacients, familiars, voluntaris, col·laboradors i professionals. Desenvolupa tota la seva activitat per tota Espanya.

El seu objectiu és educar en salut, donar suport i companyar a les persones malaltes i a les seves famílies. A més a més, també financien projectes d'investigació per aconseguir un millor diagnòstic i tractament del càncer.



Imatge 24: Logo AECC

11.1.2 GRUP IRIS

El grup Iris és una associació de dones que viuen a la comarca de l'Alt Empordà. El seu grup té l'objectiu de donar suport i recolzament a aquelles dones afectades de càncer de mama.

Cada divendres es reuneixen de 18:30 a 20:00 al seu local al C/ Pi i Maragall nº5 de Figueres.



Imatge 25: Logo Grup Iris

Organitzen activitats per ajudar en l'àmbit psicològic i social a aquelles dones que han patit càncer de mama. També col·laboren en donacions a l'hospitals per als tractaments de les malaltes i per a l'investigació de la malaltia.

Des de l'any 2016, durant el mes de novembre, organitzen una cursa/marxa solidària. Aquest any 2018 serà l'11 de novembre.

11.2 CELEBRITIES

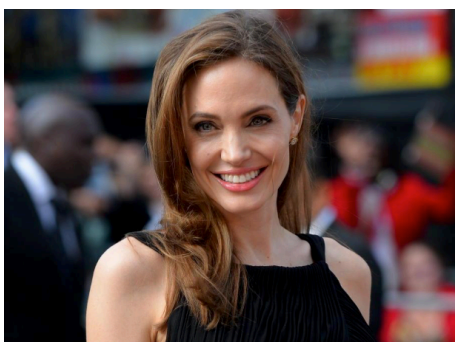
El món de Hollywood també ha patit les catastròfiques xifres del càncer de mama. Hi ha moltes celebrities que n'han tingut i forces s'han hagut de reconstruir el pit.

11.2.1 ANASTACIA

L'any 2003 li van detectar un tumor a cada pit a partir d'una mamografia. Es va sotmetre a dues mastectomies per extirpar-lo. Actualment, està curada clínicament.



Imatge 26: Anastacia



Imatge 27: Angelina Jolie

11.2.2 ANGELINA JOLIE

El seu cas és especial ja que no l'ha patit però s'ha operat. És portadora del gen BRAC1, que contribueix a una major predisposició al desenvolupament del càncer de mama. Totes les dones tenen un 12% de possibilitats de patir càncer de mama però el risc augmenta un 60% si es detecta aquest gen. Per això va decidir sotmetre's a una doble mastectomia.

11.2.3 OLIVIA NEWTON JOHN

La protagonista de Grease va patir càncer de mama als 44 anys. Al principi va tractar-se a partir de quimioteràpia, fins que va sotmetre's a una mastectomia. Dos dècades després va tornar el càncer i el va erradicar a partir de radioteràpia. En l'actualitat està curada però la

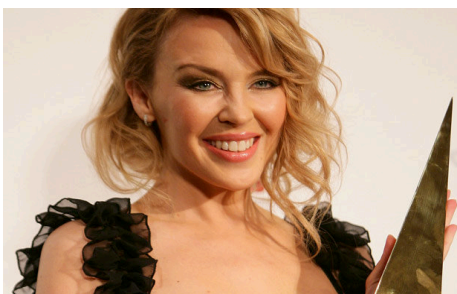


Imatge 28: Olivia Newton John

seva lluita contra el càncer no ha acabat ja que

ha creat una fundació benèfica; Olivia Newton-John Cancer and Wellness Centre.

11.2.4 KYLIE MINOGUE



Imatge 29: Kylie Minogue

L'any 2005 va haver de cancel·lar la seva gira quan se li va detectar càncer de mama. Va iniciar el seu tractament a base de quimioteràpia i sis anys després va aconseguir superar-lo completament. Tot i que no es va sotmetre cap intervenció, no pot quedar-se embarassada com a conseqüència del seu tractament.

11.2.5 BIMBA BOSÉ

Després de forces anys i diversos tractaments lluitant contra el càncer de mama, la cantant va morir aquest any passat. La malaltia es va anar expandint fins que la metàstasi es va emportar la seva vida.



Imatge 30: Bimba Bosé

12 LA MEVA EXPERIÈNCIA A QUIRÒFAN

12.1 PRIMERA ASSISTÈNCIA: MASTECTOMIA SUBRADICAL, LIMFADENECTOMIA I RECONSTRUCCIÓ

DATA: maig de 2018

HORA D'ENTRADA A L'HOSPITAL: 8:00

HORA D'ENTRADA A QUIRÒFAN: 9:00

HORA DE SORTIDA DE QUIRÒFAN: 14:30

PACIENT: dona, 62 anys

MATERIAL UTILITZAT:

- Gases grans
- Gases petites
- Bisturí de tall fred
- Bisturí elèctric
- Mosquits
- Pinces
- Portagulles
- Fil reabsorbible
- Gammasonda
- Expansor
- Serum
- Separadors



Imatge 31: Taula d'instrumental quirúrgic

PERSONAL MÈDIC IMPLICAT: Dr. Carlos Salazar (anestesiista), Dr. Fernando Naranjo (ginecòleg), Dra. Laura Romero (ginecòloga), Dr. Carles Delgado (cirurgià plàstic), tècnic de gammasonda, Julián González (infermer instrumentista), Esther Guitart (infermera circulant).

DIARI I EXPERIÈNCIA PERSONAL:

En arribar a l'hospital em vaig dirigir al vestuari. Allà una infermera em va proporcionar un pijama, uns esclops, un gorro i una mascareta. Un cop ja estava vestida de verd vaig encaminar-me cap a l'interior de quiròfan, on tot s'estava preparant per iniciar l'operació. Quan vaig entrar em va sorprendre, me l'esperava diferent. Hi havia moltíssima llum i l'ambient no és gens tens entre el personal.

Sobre la llitera estava asseguda la pacient a qui l'anestèsista estava explicant la tècnica d'anestèsia. El metge anestèsista la va punxar amb una tècnica anomenada "anestèsia paravertebral". Primer, va inserir-li anestèsia general per aconseguir adormir la seva esquena. La finalitat d'això és evitar el dolor a l'hora d'introduir una altra agulla d'una mida més gran a la columna. S'aplicarà una altra anestèsia anomenada locoregional i un catèter pel subministrament de medicació en el post-operatori.

Mentre la pacient estava essent anestesiada, una infermera circulant començava a preparar tots els estris i aparells necessaris, però sempre mantenint les condicions d'esterilitat.

Quan la pacient està completament adormida se li col·loquen uns talls d'esparadrap als ulls per evitar que les parpelles s'obrin durant la intervenció, ja que podria patir una lesió corneal per sequetat si no es fes.

A continuació, el cirurgià plàstic va començar a traçar unes línies pels pits de la pacient; idèntiques en ambdós pits per facilitar la reconstrucció. Aquestes línies serveixen per a què els cirurgians sàpiguen on han de realitzar l'incissió un cop comencen a treure el pit malalt.



Imatge 32: Línies de simetria

Tot seguit, l'infermer instrumentista va entrar rentat ja que és el responsable del material quirúrgic. Es va vestir amb l'uniforme estèril (la

bata i les dues capes de guants) i estava preparat per

ajudar a vestir als metges. Però abans va desplegar

uns llençols estèrils per sobre la pacient. Aquestes li tapaven tot el cos menys els pits.

Això s'anomena crear un camp quirúrgic.

Quan tot això ocorria jo observava completament enganxada a una paret per evitar molestar i cap possible contaminació.

Una vegada els metges van estar vestits (igual que l'infermer), es va revisar una "check-list" per confirmar dades del cas i la pacient. A continuació, l'operació va començar.

Primerament, van desinfectar tota la pell dels pits amb l'ajut d'unes pinces, una gasa i iode. Després van realitzar les primeres incisions, amb bisturí de tall fred, pel voltant de l'areola i una altra vora l'aixella.

L'obertura de l'aixella serveix per arribar amb més facilitat al gangli Sentinella i detectar-lo amb la gammasonda. La persona encarregada de controlar la gammasonda és un metge nuclear. Ell també es renta prèviament i es vesteix estèril.

Van anar fent més gran la incisió cutània amb el bisturí elèctric per poder introduir l'aparell. Un cop detectat el gangli Sentinella el van extreure per enviar-lo a analitzar i saber si els altres ganglis estaven afectats.



Imatge 33: Bisturí elèctric engrandant la incisió



Imatge 34: Gammasonda detectant gangli Sentinella

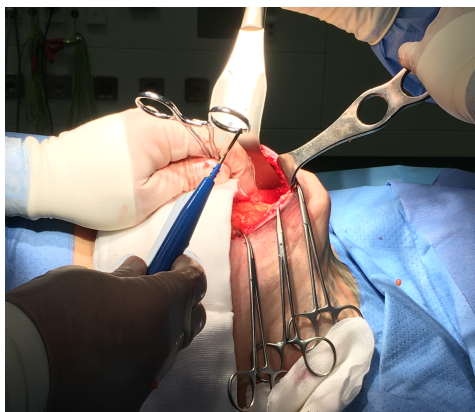


Imatge 35: Gangli Sentinella

Als 20 minuts, van rebre els resultats de l'anàlisi per telèfon, donats per patòlegs; eren positius en metàstasi ganglionar regional, per tant, havien de realitzar la limfadenectomia. Van extreure tots els ganglis de l'aixella per la mateixa incisió.

Després, van seguir amb la mastectomia. Separaven la glàndula mamària de la pell, deixant un petit marge de seguretat per poder realitzar la reconstrucció després. Si hi havia algun vas sanguini que desprenia sang, es coagulava amb l'ajut del bisturí elèctric.

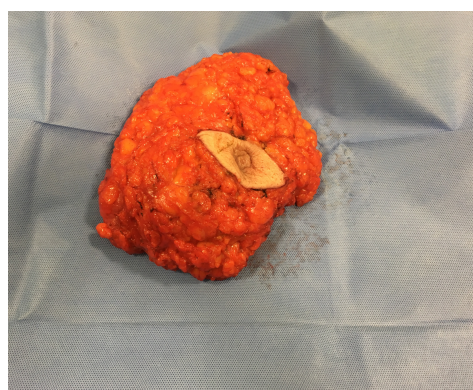
Un cop extret el pit es va pesar perquè el cirurgià plàstic pogués triar l'expansor més adequat, tenint en compte la forma i la mida. El pit pesava uns 800 grams.



Imatge 36: Incisió subjectada amb separadors i mosquits



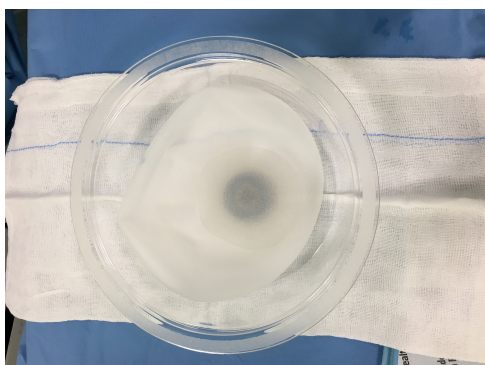
Imatge 37: Mama just abans de ser extirpada



Imatge 38: Mama extirpada

Mentre es col·locava uns drenatges al llit quirúrgic de la mastectomia i al de la limfadenectomia, el ginecòleg buidava l'aire que contenia l'expansor i hi insertava 400 ml de serum fisiològic. No poden emplenar la cavitat del tot ja que la pell no suportaria tanta tensió. Per això, la van emplenant progressivament, amb serum, a la consulta cada dues setmanes.

Abans d'introduir l'expansor, el cirurgià plàstic va separar una part del múscul pectoral per crear un buit on posar-lo.



Imatge 39: Expansor



Imatge 40: Separació del múscul pectoral

Quan ja tenien l'expansor col·locat correctament, van començar a tancar. Primer cosint el múscul pectoral i a continuació les diferents capes fins la pell.



Imatge 41: Distinció de la pell, múscul i expansor



Imatge 42: Tancament de la pell

Finalment, la mida del pit és similar al del costat oposat. Anirà cicatritzant a mida que es produeixi l'emplenament de l'expansor fins que un any després, s'intercanviï per una pròtesi adequada i més endavant, si la pacient ho desitja, es realitzi la reconstrucció del mugró amb pell restant de la ferida i amb un tatuatge.



Imatge 43: Aspecte final

12.2 SEGONA ASSISTÈNCIA: MASTECTOMIA SIMPLE I RECONSTRUCCIÓ

DATA: agost de 2018

HORA D'ENTRADA A L'HOSPITAL: 8:00

HORA D'ENTRADA A QUIRÒFAN: 9:00

HORA DE SORTIDA DE QUIRÒFAN: 12:00

PACIENT: dona, 48 anys

MATERIAL UTILITZAT:

- | | |
|------------------------|--------------------|
| - Gases grans | - Portagulles |
| - Gases petites | - Fil reabsorbible |
| - Bisturí de tall fred | - Gammasonda |
| - Bisturí elèctric | - Expansor |
| - Mosquits | - Serum |
| - Pinces | - Separadors |

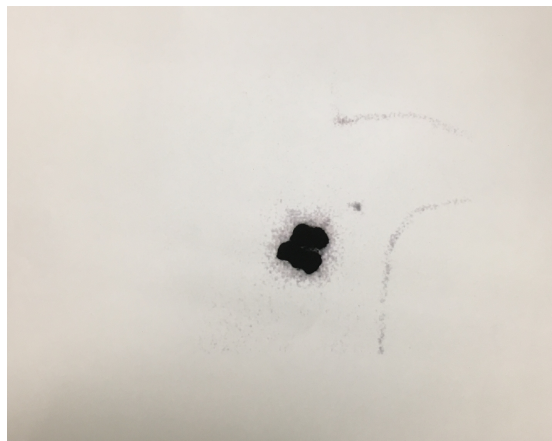
PERSONAL MÈDIC IMPLICAT: Dr. Carlos Salazar (anestèsista), Dr. Fernando Naranjo (ginecòleg), Dra. Laura Romero (ginecòloga), Dr. Carles Delgado (cirurgià plàstic) tècnic de gammasonda, Astrid Gimeno (infermera instrumentista), Pilar Ortega (inferma circulant).

DIARI I EXPERIÈNCIA PERSONAL:

Com uns quants mesos abans, vaig tornar a dirigir-me al vestuari. Novament, em vaig col·locar el pijama, els esclops, la mascareta i el gorro.

En sortir del vestuari, em vaig trobar al Dr. Naranjo i va conduir-me fins el quiròfan on es produiria la operació.

Allà, mentre l'anestèsista estava practicant-li l'anestèsia paravertebral, la mateixa que l'últim cop, vaig trobar-me al tècnic de gammasonda que va explicar-me i mostrar-me una gammagrafia que havien fet on es veia clarament el tumor i el gangli Sentinella.



Imatge 44: Gammagrafia gangli Sentinella i tumor

A continuació, els cirurgians es van començar a rentar i vestir de manera estèril. Tots repetien el mateix procés que l'últim cop; primer es renten les mans i els braços fins a l'alçada del colze (amb els braços cap amunt, és a dir, fent que l'aigua caigui pels colzes ja que sinó no serviria de res), després entrant a quiròfan i posant-se la bata i els guants estèrils.

Després, un cop el cirurgià plàstic havia acabat de dibuixar les línies de simetria, es va revisar que tot estigués correctament i es va donar peu a l'inici de l'operació.

A diferència que l'últim cop, van accedir al gangli Sentinella per la mateixa incisió del pit. El van extreure i enviar a analitzar.



Imatge 45: Ús de la gammasonda



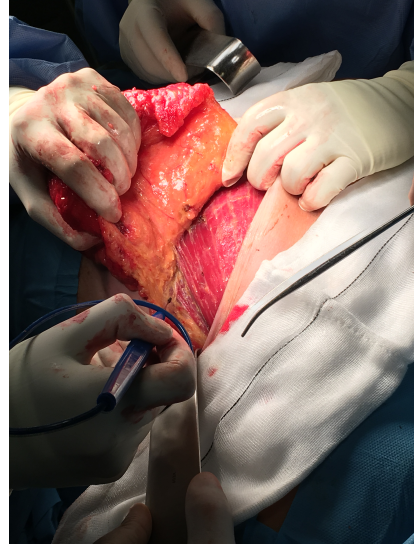
Imatge 46: Gangli Sentinella

Mentre esperaven la resposta, seguien amb l'extirpació de la mama. Però, quan va sonar el telèfon, van saber que el gangli Sentinella no estava afectat i per tant no feia falta extreure la resta de ganglis. Això va fer que la intervenció s'escurcés notablement.

Tot seguit, van prosseguir i finalitzar l'extracció de la mama. Quan l'havien tret, la Dra. Moreno va dir que em posés uns guants i agafés el pit. Me'l va posar a les meves mans i em va indicar la zona on es podia palpar el tumor. En pressionar una mica vaig notar com es podia distingir clarament una zona més dura i compacta que la resta del pit. Vaig trobar increïble com una massa així es pot crear dins un cos sa i arribar a fer tant de mal.



Imatge 47: Bisturí elèctric separant la mama del múscul

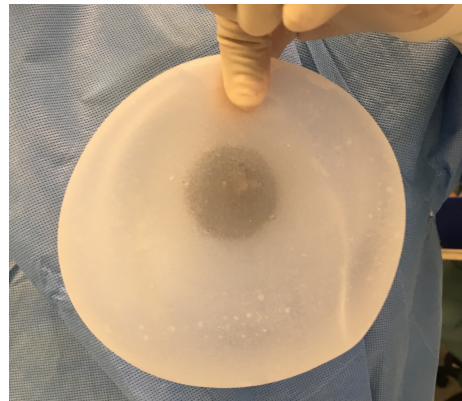


Imatge 48: Distinció de la mama i el múscul

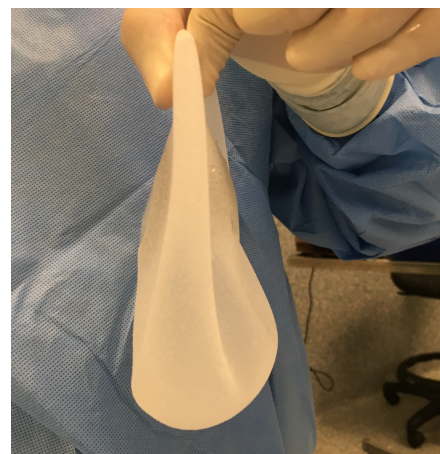
En aquest moment, va entrar a l'acció el cirurgià plàstic. Com a la darrera intervenció, va separar el múscul pectoral per col·locar l'expansor. El Dr. Naranjo l'anava emplenant de suero i preparant-lo per la seva col·locació.



Imatge 49: Múscul pectoral



Imatge 50: Expansor (frontal)



Imatge 51: Expansor (lateral)

Un cop el va introduir va donar-li forma i va començar a tancar l'incisió cusint les diverses capes fins arribar a la de la pell.



Imatge 52: Tancament muscular



Imatge 53: Tancament pell

L'aspecte físic va ser més gratificant que en l'altra operació ja que la pacient era més jove i tenia el pit més petit. La llargada de la operació va disminuir ja que aquest cop no va ser necessari dur a terme la limfadenectomia. La darrera intervenció havia durat 5 hores i mitja i aquesta 3.



Imatge 54: Aparença final

13 COMENTARI DE L'ENTREVISTA AL DR. NARANJO

Un dels dies que faig anar a quiròfan vaig realitzar una entrevista a Fernando Naranjo, el ginecòleg que ha assistit les dues operacions a les que he estat present. Es va formar com especialista a Colòmbia i ha realitzat màsters de cirurgia mamària oncoplàstica a Madrid i a La Coruña.

Les seves respostes van ajudar-me a resoldre molts de dubtes però a més a més, em van aportar nous coneixements. He decidit comentar les que són més rellevants respecte el meu treball però es pot trobar l'entrevista sencera a l'annex 2.

Primerament, em va explicar que des de fa 10 anys el Ministeri de Sanitat va habilitar als hospitals petits una unitat d'oncologia mamària per compartir els casos amb els hospitals grans. A Figueres hi ha una mitja de 60 casos anuals, i en total han tractat a 500 pacients en la última dècada.

També em va explicar que no hi ha cap mena de relació amb les pròtesis i les recidives locals*. Sempre es procura deixar un marge de 2 mm per evitar la reaparició del tumor.

Em va comentar que no existeix límit d'edat per a l'hora de la reconstrucció. Totes les pacients tenen dret a demanar-la.

Per últim, m'agradaria destacar l'explicació que va realitzar sobre les innovacions quirúrgiques més recents. La tècnica més nova que s'utilitza és l'ús de unes malles creades a partir de cèl·lules vives de pericardi de xai i de porc. Es desactiven les cèl·lules i es creen cultius cel·lulars inactius pel que fa a les proteïnes i a l'ADN. Aquests teixits s'utilitzen per embolicar les pròtesis sense la necessitat d'utilitzar penjolls de la pròpia pacient. Prenen el nom de malles autòlogues. A l'hospital Clínic de Barcelona n'utilitzen però a Figueres no ja que són molt costoses.

14 COMENTARI DE LES ENQUESTES REALITZADES

Per dur a terme les enquestes em vaig basar en un qüestionari europeu que es proporciona a les pacients que tenen càncer de mama i s'han reconstruït el pit. És atemporal ja que el que valora és la qualitat de vida de les pacients després de la reconstrucció; tant és si l'ha realitzat fa una setmana com si fa 2 anys. Però, s'ha de tenir en compte que és específic per a persones que s'hagin reconstruït el pit. Vaig realitzar-lo en llengua castellana ja que legalment només està acceptat en aquest idioma i no s'ha fet l'adaptació al català.

Per aconseguir les respostes vaig contactar amb el grup Iris perquè ho passessin a les seves sòcies, i també, amb una noia "instagramer" que va patir càncer de mama en estadi IV i es va recuperar. El seu compte s'anomena "El crêpe de mi vida" i col·labora amb diverses entitats conegudes com ara TV3, la Sexta, RTVE, l'Institut d'Oncologia de Girona, etc. Aquesta noia va publicar l'enquesta al seu perfil i així vaig aconseguir més respostes.

He decidit fer incís a aquelles preguntes en les que els resultats presenten diferències més significatives però, es poden trobar els resultats de les enquestes a l'annex 4.

La primera que destaca és la de la pèrdua de cabell. El 60% de les persones enquestades va respondre que van perdre molt de cabell, un 32% va respondre que no n'havien perdut o només una mica. Això és deu a que, segurament, havien estat tractades amb quimioteràpia o radioteràpia.

Una altra que podríem remarcar és la de la feminitat. La majoria de pacients enquestades, un 68%, es van sentir menys femenines i/o atractives a causa de la malaltia. Per contra, a una altra pregunta van respondre que no van tenir dificultats a l'hora de veure's despullades. Només a un 28% li havia costat veure's despullada.

Tenint en compte les tres qüestions realitzades sobre el sexe podem extreure la conclusió que una gran part de pacients no tenia interès ni activitat sexual. La majoria, un 52%, afirmen que no van estar interessades.

La última que m'agradaria destacar és la de la seva salut futura; quasi bé totes les pacients estan preocupades per la seva salut en un futur, només un 8% es manifesten despreocupades per aquest aspecte.

En conclusió, les pacients de càncer de mama que s'han reconstruït el pit tenen una qualitat de vida mitjanament bona.

15 CONCLUSIONS

Sembla mentida que ja faci un any des que vaig iniciar el meu Treball de Recerca. Tot el procés de realització m'ha aportat moltíssimes coses, tant coneixements com la possibilitat de créixer com a persona. Em sento realitzada amb la meua feina ja que he aconseguit estudiar i conèixer tot el que m'havia proposat a l'inici del treball.

Quan vaig iniciar el treball no tenia cap mena d'idea de com començar, com triar l'informació, en definitiva, com poder plasmar en 50 fulls tot el que hauria de recollir al llarg d'un any.

Iniciar la lectura de documents per a la part teòrica va resultar complicat ja que en tots els escrits mèdics es sol utilitzar un vocabulari força complex i, fins que no t'hi acostumes, pot arribar a ser exasperant.

M'ha sorprès que hi hagi tanta informació sobre aquest tema; això m'ha fet aprendre a destriar el més rellevant i el que no ho és tant.

El meu Treball de Recerca tracta de la cirurgia reconstructiva mamària després del càncer però, per poder entendre en què consisteix, necessitava saber com era la mama i estudiar l'origen de tot aquest procés: el càncer. És doncs, quan vaig informar-me sobre el càncer a nivell genètic i cel·lular.

Un cop entés l'origen d'aquesta malaltia, vaig continuar amb tota l'anatomia mamària i les diferents tècniques que ajuden a detectar la patologia. A part d'això, volia informar-me sobre l'afectació psicològica de les pacients i la seva qualitat de vida un cop superat el procés quirúrgic. El factor psicològic és un punt molt important que s'ha de treballar amb les pacients durant tot el procés. Per aquesta raó, vaig decidir investigar sobre com es sent una persona quan li donen la notícia i "a posteriori". Entendre les fases del dol fa que puguis comprendre les reaccions de les persones davant aquesta situació. La qualitat de vida volia estudiar-la des d'un aspecte més general; l'enquesta m'ho va permetre.

Sens dubte, la part que se'm va fer més feixuga va ser la redacció i estructuració de totes les hores que havia invertit a quiròfan. Encara que considero que és la part que m'ha fet estar més enfeïnada, l'experiència d'estar dins el quiròfan és la que més m'ha agradat.

El fet que va fer que em sentís realment contenta d'haver triat aquest tema va ser la palpació del pit. És increïble com una petita protuberància, aparentment inofensiva, pot arribar a ocasionar tant de mal.

L'experiència de poder estar a dins d'un quiròfan no ha fet més que reafirmar-me que en un futur vull dedicar-me a la medicina i, més concretament, a la cirurgia. M'encanta poder veure l'interior del cos, observar la seva complexitat, i veure com, un escenari ple de sang acaba essent reconstruït gràcies a la cirurgia plàstica.

Aquest tipus de tractament no només és eficaç clínicament sinó que també aconsegueix el que les pacients de càncer de mama desitjen: mantenir la seva feminitat.

A part d'assolir els meus objectius, m'he interessat sobre el futur del tractament de la malaltia ja que dia rere dia, la ciència avança i perfecciona els tractaments. He descobert que s'està treballant amb teràpia gènica per tractar precoçment el càncer. A l'Hospital Clínic de Barcelona es comencen a proposar tècniques de microcirurgia pel que fa als vasos limfàtics després d'una limfadenectomia. També s'usen unes malles de procedència animal per aconseguir una millor cicatrització. A més a més, s'estan fent proves amb enginyeria de teixits i cultiu cel·lular per l'impressió de mugrons en 3D.

En conclusió, si hagués de tornar a fer un Treball de Recerca, no tindria cap mena de dubte en triar aquesta temàtica. Tot i haver viscut moments bons i dolents no canviaria l'experiència que m'ha proporcionat realitzar-lo. A més a més, m'ha permès formar-me personalment i tocar d'aprop una malaltia que pot afectar a qualsevol de nosaltres.

16 BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

- ALCARAZ, A.; RIBAL, MJ.; VILLAVENCIO, H. *Aplicabilidad de la Biología Molecular en la Urología*. 2015
- DELMAS, A.; ROUVIÈRE H. *Anatomía humana. Descriptiva, topográfica y funcional*. Masson, S.A., 1988
- FAWCETT. D. *Tratado de Histología*. Editorial Interamericana·McGraw-Hill, 1988
- GUYTON, A.C. *Tratado de fisiología médica*. Editorial Interamericana·McGraw-Hill, 1989
- MYERS D. *Psicología*. Editorial médica Panamericana, S.A., 1988
- PERA. C. *Cirugía. Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas*. Salvat Editores, S.A., 1991
- ROBBINS, C.K. *Patología estructural y funcional*. Editorial Interamericana·McGraw-Hill, 1990

<http://groups.eortc.be/qol/why-do-we-need-modules>

Data de consulta: 5/07

https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf

Data de consulta: 5/07

<https://medlineplus.gov/spanish/mammography.html>

Data de consulta: 31/07

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno.html>

Data de consulta: 2/08

https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/symptoms.htm

Data de consulta: 2/08

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000849.htm>

Data de consulta: 6/08

<https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parestesia.htm>

Data de consulta: 6/08

<http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/deshiscencia>

Data de consulta: 10/08

https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/colectivos/grupocooperativo/2006/oncosur/guia_clinica_oncosur_cancermama.pdf

Data de consulta: 13/08

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_497_oncog_mama_2008_esp.pdf

Data de consulta: 15/08

<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>

Data de consulta: 5/08

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-43893550>

Data de consulta: 12/10

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375540218003>

Data de consulta: 12/10

<http://www.medic.cat>

Data de consulta: 20/10

17 ANNEXOS

17.1 ANNEX 1: GLOSSARI

AL·LEL: cadascuna de les dues formes que constitueix un cromosoma i que sovint produeix efectes diferents sobre un mateix caràcter hereditari.

ANASTOMOSI: reunió de dos vasos, nervis, làmines, etc, directament o a partir d'un tercer.

COL·LOIDE: substància dispersa en un medi, que es difon molt lentament i que no pot travessar les membranes dialítiques com les solucions veritables.

DESBRIDAMENT QUIRÚRGIC: alliberació i dissecció d'un teixit o òrgan.

DRENATGE: procediment i material emprat per aconseguir la sortida assegurada de líquids, d'una ferida, abscess o cavitat.

ENZIM: biocatalitzador (generalment protèic) que intervé en el metabolisme dels éssers vius accelerant la velocitat de les reaccions químiques cel·lulars.

EMPELT: inserció d'una porció de teixit viu en una lesió, de manera que s'estableixi una unió orgànica.

GENOTIP: constitució genètica pròpia d'un individu. Fa referència als al·lels cromosòmics.

GLÀNDULA: conjunt de cèl·lules aïllades o agrupades en un òrgan determinat, amb la propietat de secretar o excretar materials no relacionats amb les pròpies necessitats metabòliques.

HEMOSTÀSIA: fenomen fisiològic o conjunt de maniobres manuals o instrumentals que pretenen aturar una hemorràgia.

ISQUÈMIA: detenció o suspensió absoluta o relativa, de la circulació arterial en una zona determinada.

LIMFADENECTOMIA: extirpació d'un bloc de gànglis, especialment a la cirurgia del càncer.

MAMOPLASTIA: cirurgia reconstructiva de la mama després de la mastectomia.

MASTECTOMIA: extirpació de la glàndula mamària.

MASTOPÈXIA: fixació quirúrgica de la mamella al múscul pectoral.

MOSQUIT: pinça quirúrgica de petites dimensions.

MRNA: Àcid Ribonuclèic missatger

NEOPLÀSIA: formació d'un teixit nou, anormal, especialment de caràcter tumoral, benigne o maligne.

PEDÍCUL: conjunt d'estructures vasculars i nervioses vitals per a un teixit o òrgan.

PENJOLL: tros de teixit, especialment cutani, que penja a causa d'un traumatisme o d'una intervenció quirúrgica.

PENROSE: instrument mèdic que es col·loca a una ferida per drenar fluids com sang, pus, etc. Consisteix en un tub estèril de goma.

RECIDIVA LOCAL: aparició d'una malaltia en un individu que l'ha passada poc temps abans. Es diferencia de la recaiguda pel fet d'haver-hi un interval de salut perfecta.

REDÓ: drenatge connectat a un sistema de buit que es comporta com a aspiratiu.

TECNÈCI: element químic que s'injecta per facilitar la detecció de radiació en el moment de l'ús de la gammasonda.

17.2 ANNEX 2: ENTREVISTA AL DR. FERNANDO NARANJO RAMÍREZ

1. Biografia (formació)

Sóc Fernando Naranjo Ramírez, ginecòleg, obstetra. Format com especialista a Colòmbia. He realitzat un màster de patologia mamària a Espanya, a Madrid, i un màster de cirurgia oncològica a La Coruña. La durada dels dos màsters suma 2 anys i mig.

2. Quants casos de càncer de mama es produeixen a l'any?

A Figueres tenim una mitjana de 60 casos nous de càncer de mama anuals. Fa 10 anys des que el Ministeri de Sanitat va indicar que s'havien de fer unes unitats de mama als hospitals petits per compartir els casos amb les unitats més grans i centrals. I que es pogués desenvolupar a cada unitat criteris quirúrgics i de tractament tenint en compte la normativa de l'Institut d'Oncologia, d'Espanya i de Catalunya. En aquests anys hi ha unes 500 pacients que han estat operades i tractades en el nostre centre.

3. La incidència de casos ha augmentat en els últims anys? Si és així, per què?

La incidència de casos no ha augmentat. L'estadística presentada de l'any 2017 per l'Institut d'Oncologia no diu que hagi augmentat la incidència de casos de mama. La incidència mundial, com a estadística mundial augmenta un 2% per any. Aquest augment s'entén amb l'augment de la població general i amb l'augment de casos atesos. Però no s'ha detectat cap augment que digui que hi ha una "explosió" de càncer de mama o de casos. El que passa és que com que cada vegada es coneix més i es detecta amb més rapidesa, hi ha més publicitat i per tant és difón més.

4. S'ha detectat algun cas de càncer de mama en home a l'hospital de Figueres?

Sí, tenim casos de càncer de mama en homes. Normalment tenim entre 1 o 2 casos a l'any. L'estadística mundial diu que el 2% de tots els tumors de mama del món és d'home. Alguns països d'Àfrica tenen aquest 2%, ja que per qüestions racials o ètniques tenen més incidència de càncer de mama en homes. Generalment, els pacients que tenen càncer de mama són pacients que tenen tumors, problemes hepàtics, que han utilitzat estrògens o han dut a terme tractaments que fan que la mama s'estimuli.

5. Heu tingut algun cas de recidiva local on s'hagi posat la pròtesi després de la reconstrucció? S'ha pogut resoldre?

Aquí s'han de tenir en compte dues coses: no hi ha cap mena de relació ni demostració que digui que les pròtesis, els expanders o els tractaments que utilitzem per a les reconstruccions tinguin a veure amb la recidiva local ni amb el tumor en sí; són independents i no tenen res a veure. Les recidives locals de la malaltia depenen de varis factor: dels tipus de tumors, del grau de tumor i del marge que hagi quedat entre el que vam extreure del tumor, és a dir, com de neta hagi quedat la zona quirúrgica respecte al tumor. Si el marge està per sobre de 2 mil·límetres és un marge internacional, de garantia pels tumors en general. Generalment, un marge de menys de 2 mil·límetres té unes taxes més elevades de recidives locals i que poden tenir, novament, un tumor a aquella zona. Tot i així, ara s'està observant que no és necessari, que en determinats tumors, es quedi

exactament a menys de dos; però que com a mínim el contacte no estigui infiltrat amb el tumor.

6. Quina mitja d'edat tenen les pacients?

La mitja d'edat de les pacients és igual que a l'estadística mundial. Per això, es duen a terme els programes de detecció precoç de càncer de mama entre els 50 i els 75 anys. És l'edat més freqüent en la que es produeix el càncer. La mitja està al voltant dels 65 anys.

7. Existeix algun límit d'edat per a la reconstrucció?

No n'hi ha. Igual que tampoc hi ha cap límit pels tractaments quirúrgics de cap pacient. Ni per jove ni per vella. Només les possibles patologies o l'historial de la pacient és el que dona la contraindicació. No es reconstrueixen zones que han estat irradiades prèviament, com per exemple en una pacient que ja hagi tingut un càncer de mama amb reconstrucció. En aquest cas no es reconstrueix amb les tècniques convencionals, s'utilitzen un altre tipus de tècniques més específiques.

8. Té alguna importància la localització del tumor a l'hora de la reconstrucció?

És molt important la localització dels tumors perquè la mida del tumor i la localització és el que et diu si pots fer una cirurgia conservadora o una més agressiva que necessiti una reconstrucció. També ajuda a tenir en compte el tipus de reconstrucció; depèn de si es realitza una tumorectomia, una mastectomia, etc. I les tècniques plàstiques amb les que es poden treballar sense la necessitat de posar algun material estrany. Quan els tumors són més grans, de 5 cm per exemple, o que abarquen tota la zona mamària, obviament és necessària fer una gran reconstrucció.

9. Hi ha altres tècniques de reconstrucció que es realitzin a altres centres? Quines diferències presenten respecte les de l'hospital de Figueres?

No utilitzem tècniques diferents. Normalment les tècniques de reconstrucció de la mama són "universals". Es fan en conjunt amb els cirurgians plàstics. Fem les mateixes que es poden fer en el Trueta o en qualsevol altre hospital. El que passa és que l'accés a la tecnologia és el que ens fa diferents. Aquí avui en dia una tècnica amb penjoll de l'abdòmen baix, amb grassa, múscul, les artèries i les venes, l'hem fet algun cop amb el cirurgian plàstic. Vam utilitzar el microscopi dels oftalmòlegs. Però no és una tècnica que fem normalment per les comoditats o tecnologia que no tenim a l'abast.

10. Quants membres de l'equip estan implicats en el programa de patologia mamària?

La unitat de mama de l'hospital de Figueres, com a quasi tots els hospitals, està composta per un equip multidisciplinari. Hi ha patòlegs, cirurgians, cirurgians plàstics, infermeres, psicooncòlegs, radiooncòlegs i l'oncòleg. Aquesta unitat de mama es reuneix cada 15 dies per discutir els casos de les pacients a les que se'ls hi ha diagnosticat càncer i es planifica el tractament de cada pacient. En base als protocols de l'IC.

11. Fa anys es va retirar una pròtesi del mercat, per què?

El cas és que a França, més concretament a Tolouse, va haver-hi una companyia de fabricants de pròtesis de baix cost que van fer arribar a tot el món. Les seves pròtesis, en comptes de portar una silicona d'ús mèdic, portaven una silicona d'ús industrial. Aquesta silicona industrial va semblar més econòmica al fabricant, i va voler fer la "trampa" de posar-la. Venia les pròtesis a menys preu i feia que guanyés a la competència. Van ser disoltes arreu del món, no només aquí. A Figueres no se'n ha posat cap però, hem retirat pròtesis que havien estat posades a Sud-Amèrica i a València. Estaven trencades i la silicona ja s'havia extès fins l'aixella. Les senyores actualment estan bé. Les pròtesis que ens arriben per sanitat són pròtesis que estan testades a nivell europeu. Són les més cares del mercat però, són les que més garanties aporten. Són americanes o angleses, a vegades alemanyes, però, no s'utilitza cap pròtesi que no pertanyi al mercat obligatori de sanitat.

12. S'estan estudiant noves tècniques amb l'ajuda de la tecnologia? Quin és el futur?

En quant a noves tècniques amb tecnologia o impressió 3D de moment no hi ha res. El que s'està fent és crear unes malles amb teixits de cèl·lules vives i natives, com per exemple amb pericardi de xai o de porc. Desactiven les cèl·lules, fan cultius cel·lulars inactius des del punt de vista de proteïnes i de DNA per embolicar les pròtesis i no haver d'utilitzar penjolls de músculs o de pell. S'anomenen malles autòlogues. Alguns grans hospitals públics, com per exemple el Clínic, disposen d'aquest tipus de tractaments o sinó als privats ja que són molt costosos. Cada malla pot valdre 1500 euros. Aquí un cop en vam utilitzar una i ens van cridar l'atenció.

17.3 ANNEX 3: EORTC QLQ-BR23

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA CANCER DE MAMA

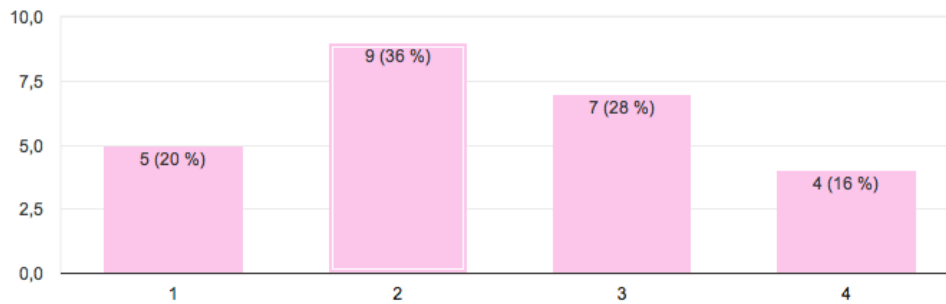
Durante la semana pasada:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
2. ¿Tenía la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
3. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
4. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
5. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupado por la caída del pelo?	1	2	3	4
6. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
9. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
10. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
11. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
12. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
13. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4
Durante las últimas <u>cuatro</u> semanas:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
14. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
15. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
16. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:				
	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
18. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
19. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
21. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
22. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo habitual?	1	2	3	4
23. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.ej. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

17.4 ANNEX 4: RESULTATS DE LES ENQUESTES DE GOOGLE EN BASE AL QÜESTIONARI EORTC QLQ-BR23

Durante la semana pasada:

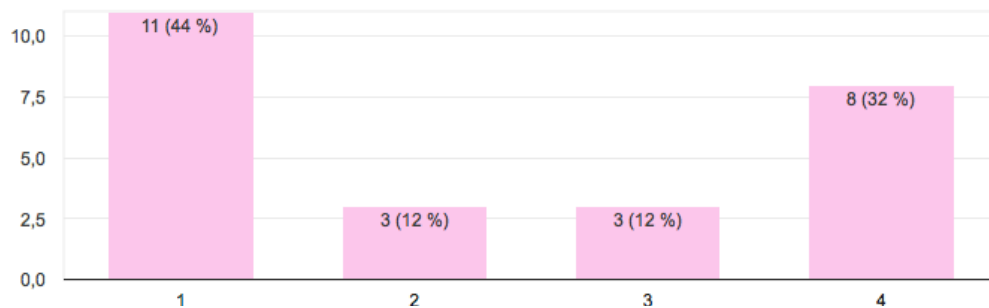
1. ¿Tuvo la boca seca?

25 respuestas



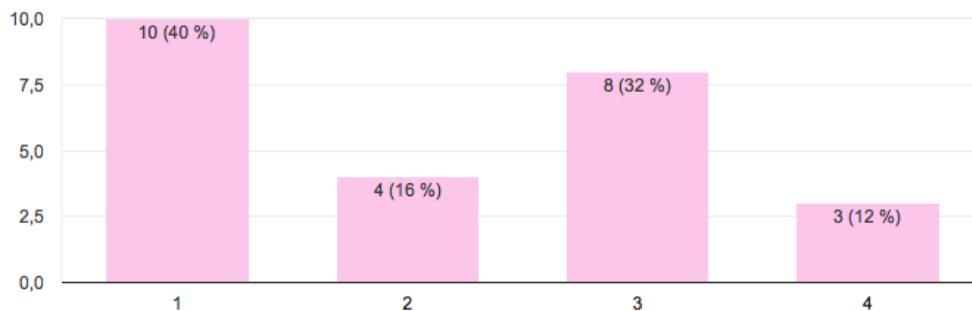
2. ¿Tenía la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?

25 respuestas



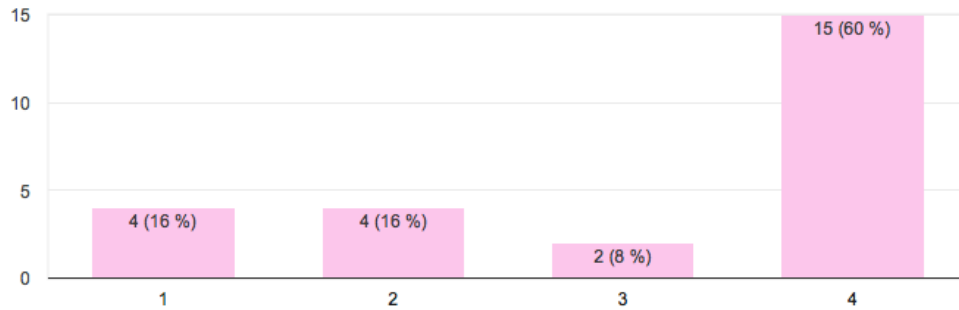
3. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?

25 respuestas



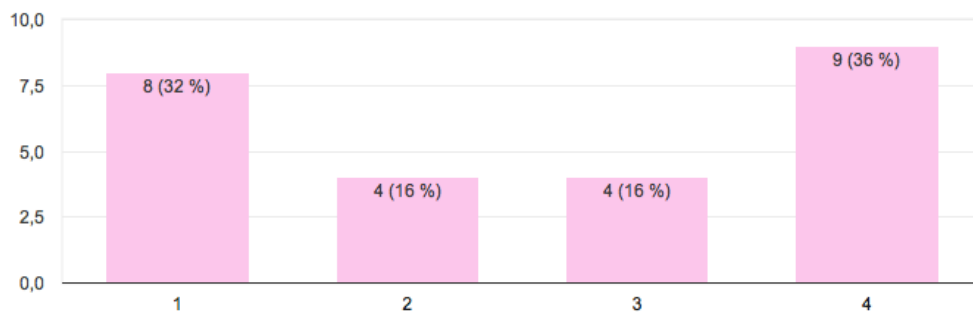
4. ¿Se le cayó algo de pelo?

25 respuestas



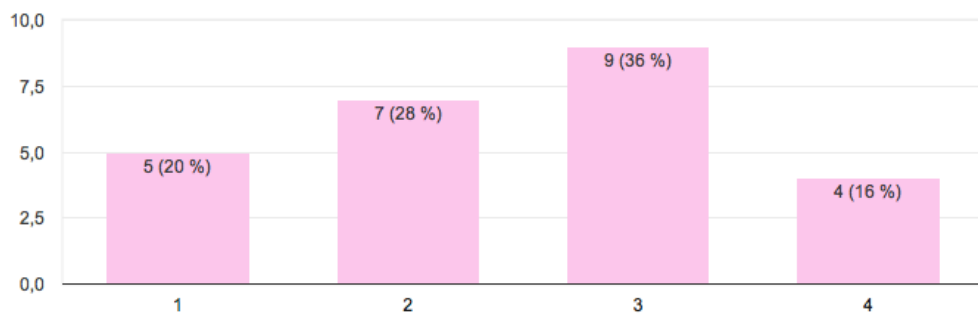
5. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?

25 respuestas



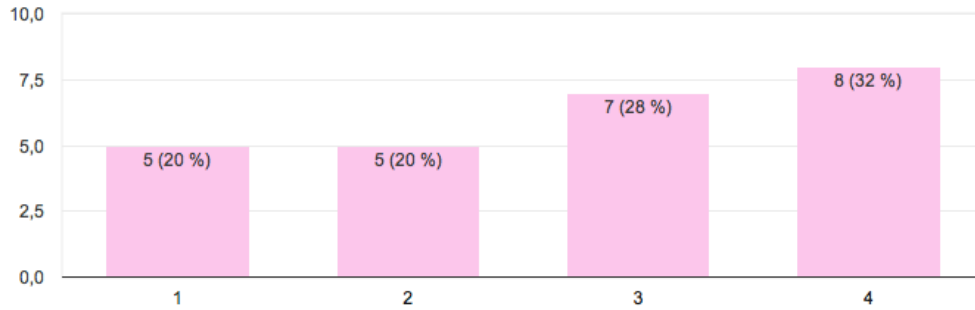
6. ¿Se sintió enferma o mal?

25 respuestas



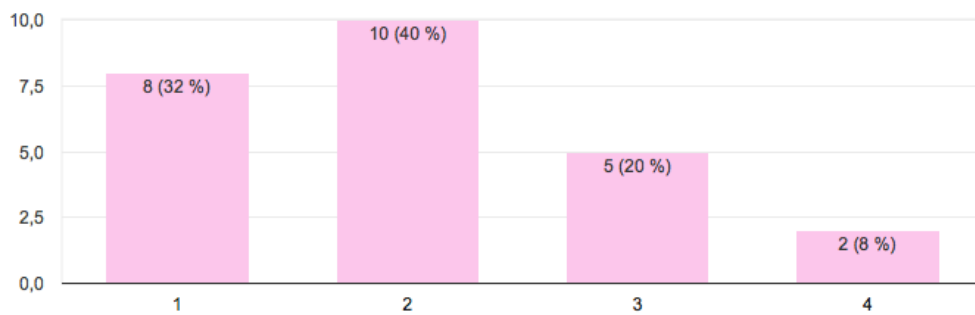
7. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?

25 respuestas



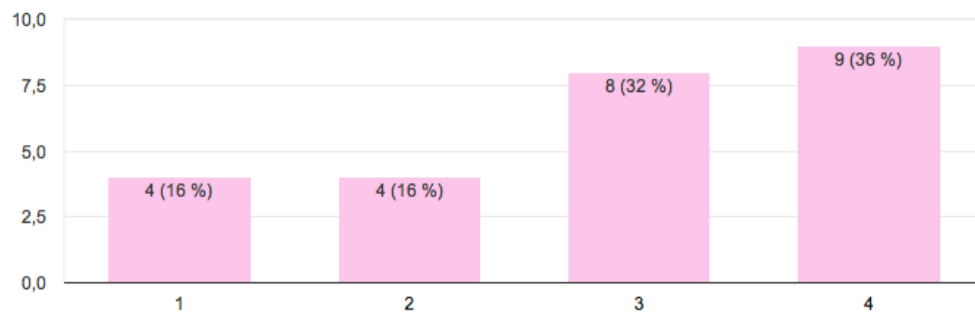
8. ¿Tuvo dolores de cabeza?

25 respuestas



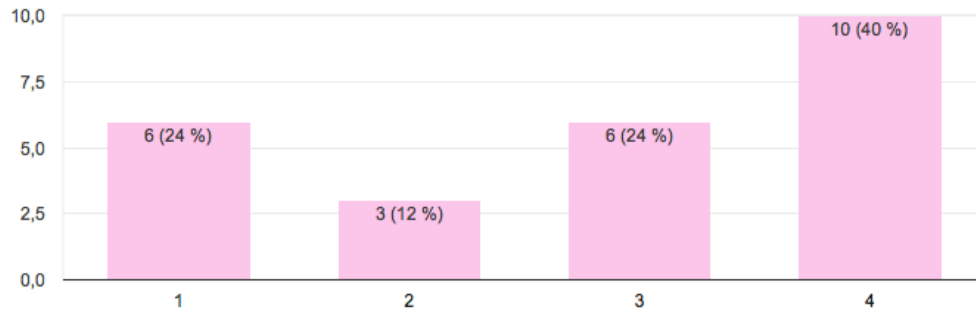
9. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?

25 respuestas



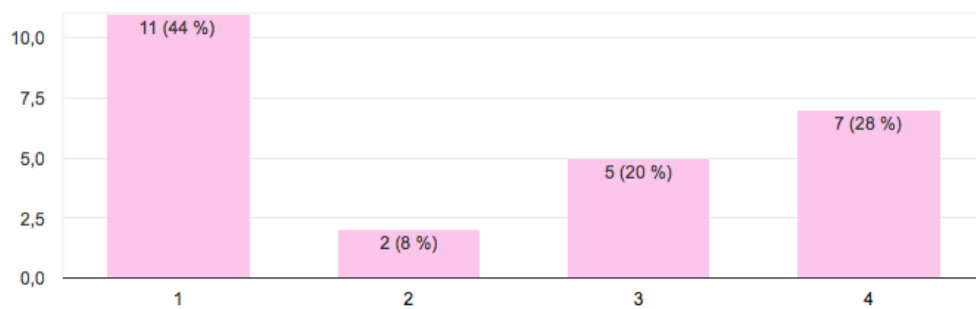
10. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?

25 respuestas



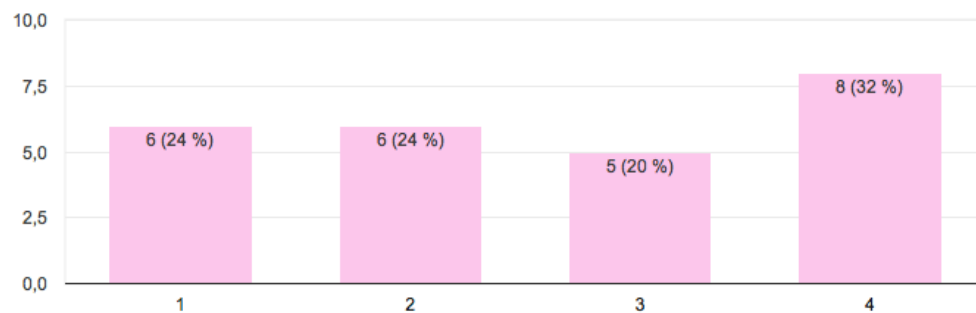
11. ¿Le resultó difícil verse desnuda?

25 respuestas



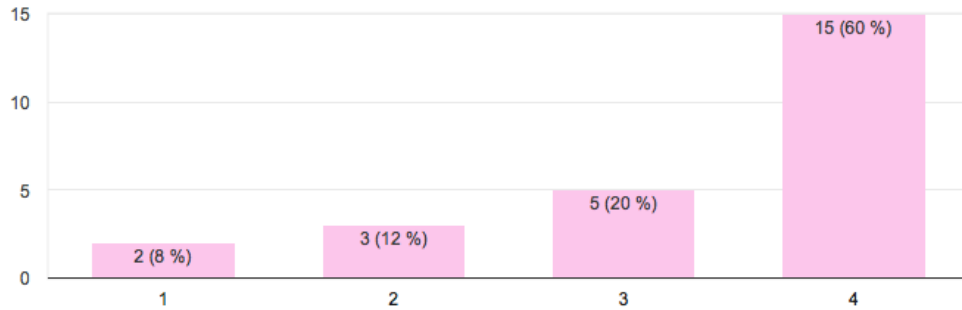
12. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?

25 respuestas



13. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?

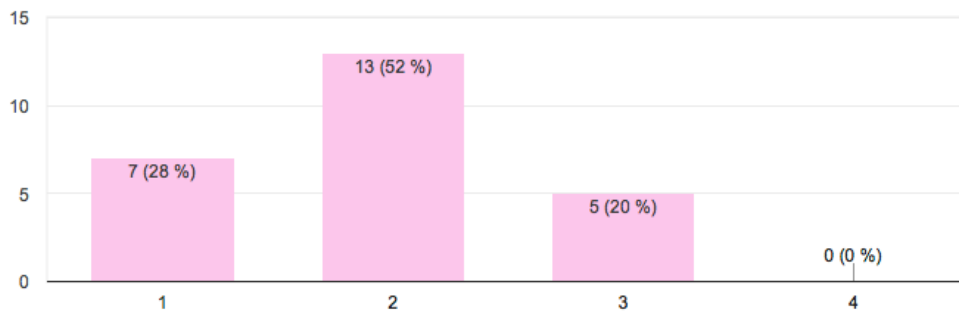
25 respuestas



Durante las últimas cuatro semanas:

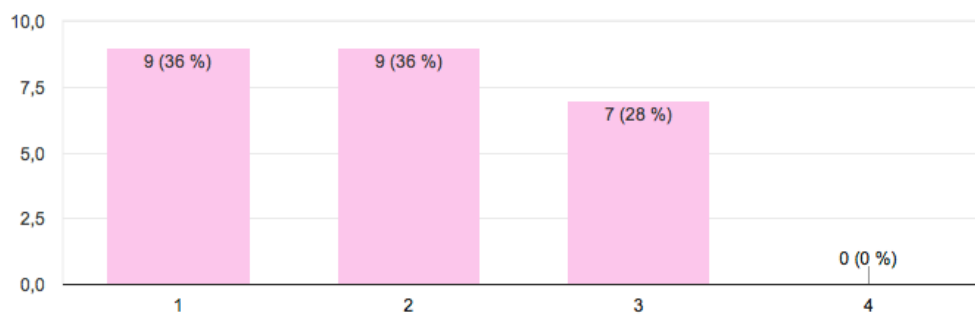
14. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?

25 respuestas



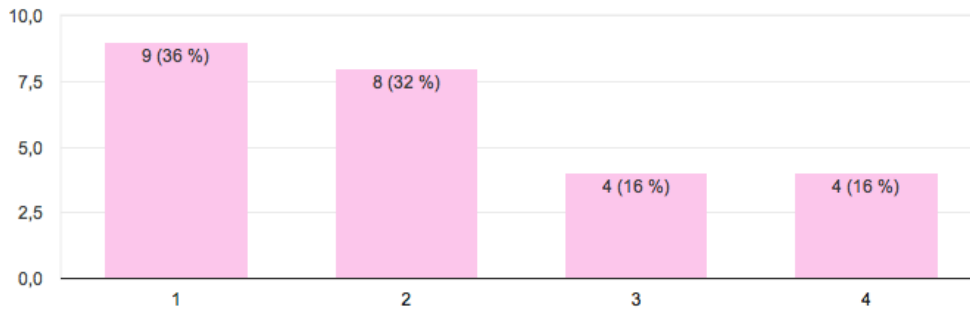
15. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)

25 respuestas



16. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?

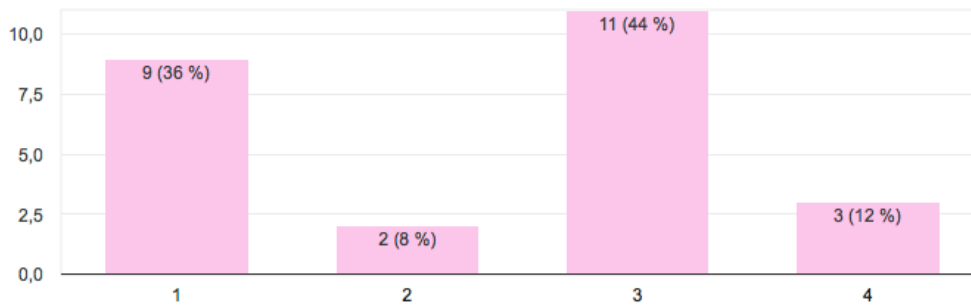
25 respuestas



Durante la semana pasada:

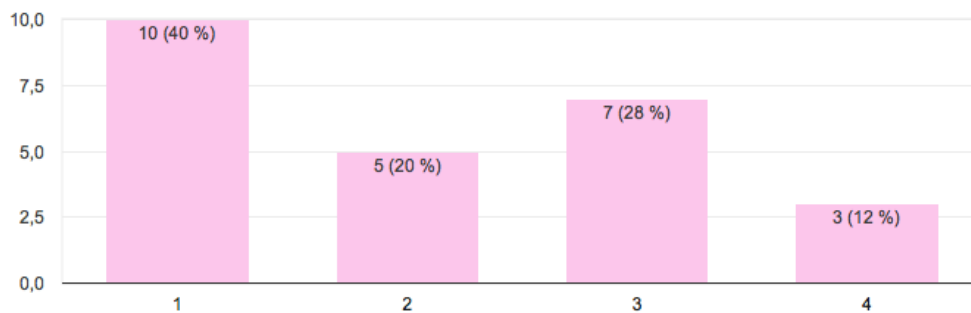
17. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?

25 respuestas



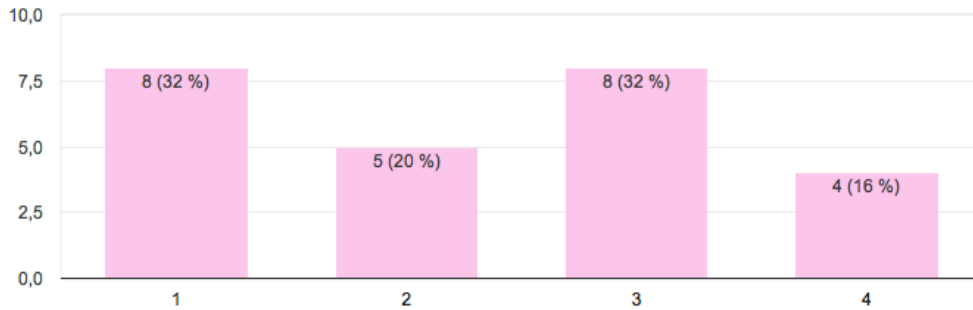
18. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?

25 respuestas



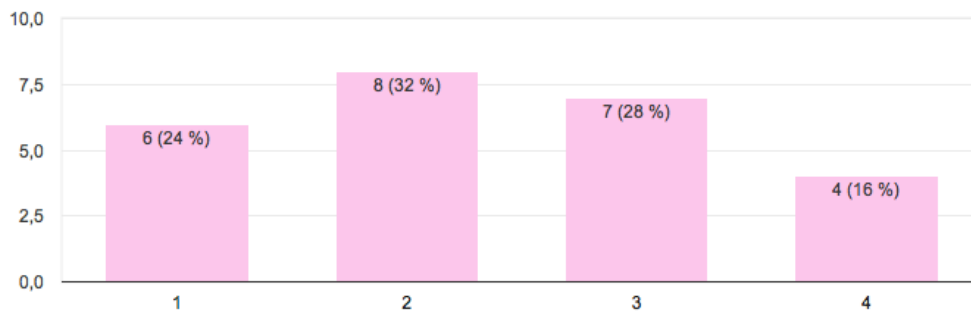
19. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?

25 respuestas



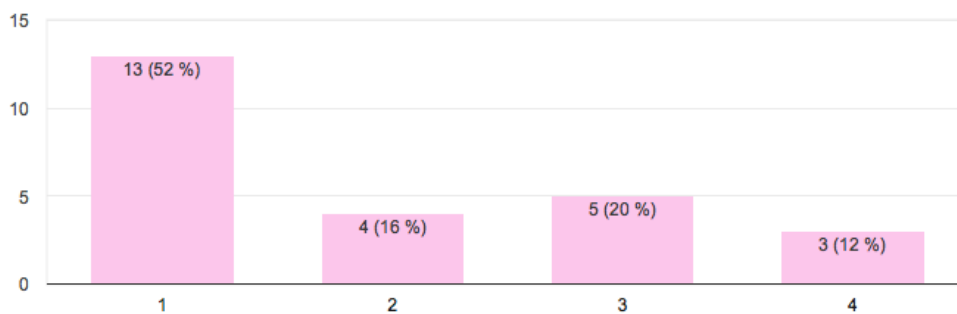
20. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?

25 respuestas



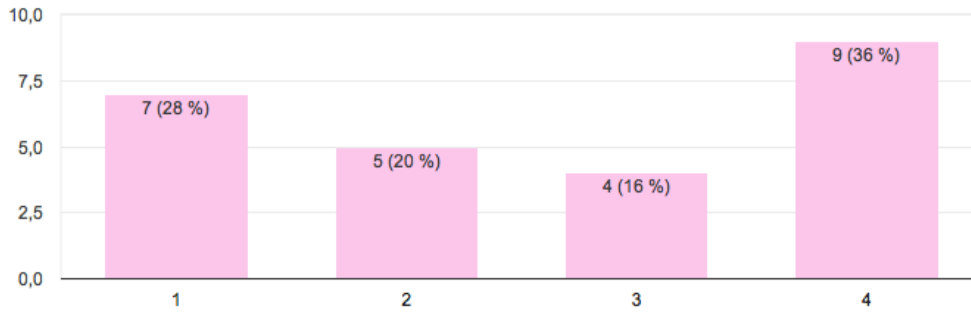
21. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?

25 respuestas



22. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo habitual?

25 respuestas



23. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p. ej. picor, sequedad, descamación)?

25 respuestas

