

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΣΙΠΗΤΑΝΟΥ ΜΑΡΙΕΤΤΑ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΙΧΑΛΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1)

2)

3)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ	160
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Ανατομία μαστού	2
Φυσιολογία μαστού	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Καρκίνος μαστού	8
Αιτιολογία και επιδημιολογία	10
Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού	14
T.N.M. Ταξινόμηση καρκίνου μαστού	15
Ιστολογικές μορφές καρκίνου μαστού	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Εντόπιση της νόσου	23
Κλινική εικόνα✓	24
Διάγνωση✓	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θεραπεία✓	33
Πρόγνωση	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με καρκίνο μαστού	42
Ψυχολογική υποστήριξη	42
Προεγχειρητική-Μετεγχειρητική φροντίδα	44-46
Πρόληψη ή αντιμετώπιση λεμφιδήματος	48
Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία	49
Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία	53
Διδασκαλία της άρωστης πριν την έξοδό της από το νοσοκομείο	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο μαστού και
νοσηλευτικές ενέργειες

Αφιερώνω αυτή την εργασία στους
γονείς μου που με τόσο κόπο με βοή-
θησαν να φτάσω μέχρι εδώ.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος είναι γνωστός από τον Ιπποκράτη. Αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα από τα στατιστικά στοιχεία του 1976. Σήμερα, η προσφορά βοήθειας σε κάποιο άτομο που έχει καρκίνο αποτελεί μία από τις σημαντικότερες και μεγαλύτερες ευθύνες της νοσηλεύτριας ή του νοσηλευτή. Από-μην, οι ασθενείς αυτοί έχουν ανάγκη και από τη ψυχολογική υποστήριξη της κατά τις διάφορες φάσεις της ασθένειας.

Στην εργασία αυτή θα προσπαθήσω να προσεγγίσω με απλά και κατανοητά λόγια ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα «τον καρκίνο του μαστού». Επίσης θα αναφερθώ στην «νοσηλευτική φροντίδα της άρρωστης με καρκίνο μαστού» που αποτελεί και το κύριο μέρος της εργασίας μου.

Ένα ποσοστό γυναικών που εξετάζονται καθημερινά στα νοσοκομεία ή ειδικά ιατρεία βρίσκονται στα προχωρημένα στάδια αυτού του καρκίνου και είναι καταδικασμένες για τη χειρότερη έκβαση της νόσου. Με τη σωστή όμως ενημέρωση και πρώιμη διάγνωση μπορεί να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, εκτεινόμενος από την 2η μέχρι την 6η πλευρά και από το έξω στερνικό χείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Ο μαστός διαιρείται σε τέσσερα τεταρτημόρια, άνω έξω, κάτω έξω, άνω έσω και κάτω έσω και στην κεντρική ή θηλαία περιοχή.

Στο έξω πλάγιο της μέσης μαστικής γραμμής και στο ύψος του τέτατου μεσοπλευρίου διαστήματος βρίσκεται η θηλή, περιβαλλόμενη από μια κυκλοτερή ελαφρά υπερχρωσμένη περιοχή την θηλαία άλω. Η θηλή του μαστού έχει σχήμα κυλινδρικό ή κωνικό και ύψος 10-12 χιλ. Το δέρμα της στερεείται λίπους, τοιχών και συμπυκνωμένων αδένων (αυτοί υπάρχουν στην περιφέρεια της άλω αδένες MONTGOMERY). Ο βαθύτερος χρωματισμός της θηλής και της άλω οφείλεται στο μεγαλύτερο ποσοστό χρωστικής και στην ανάπτυξη δερματικών θηλών διαμέσου των οποίων αίμα έρχεται κοντά στην επιφάνεια.

Κάτω από την θηλή και τη θηλαία άλω υπάρχει ένα σύστημα κυκλοτερών και ακτινοειδών λείων μυϊκών δεσμίδων, που προσφύονται στους γαλακτοφόρους πόρους και τις φλέβες με ελαστικές ίνες του δέρματος.

Το λειτουργικό τμήμα του μαστού είναι ένας τροποποιημένος επιθηλιακός αδένας που περιλαμβάνεται από την επιπολής λιπώδη και την εν τω βάθει μεμβρανώδη, στιβάδες της επιπολής θωρακικής περιτονίας. Ο αδένας έχει σφαιροειδή σχήμα εκτός από ένα τμήμα του, στο άνω έξω τεταρτημόριο, όπου μια

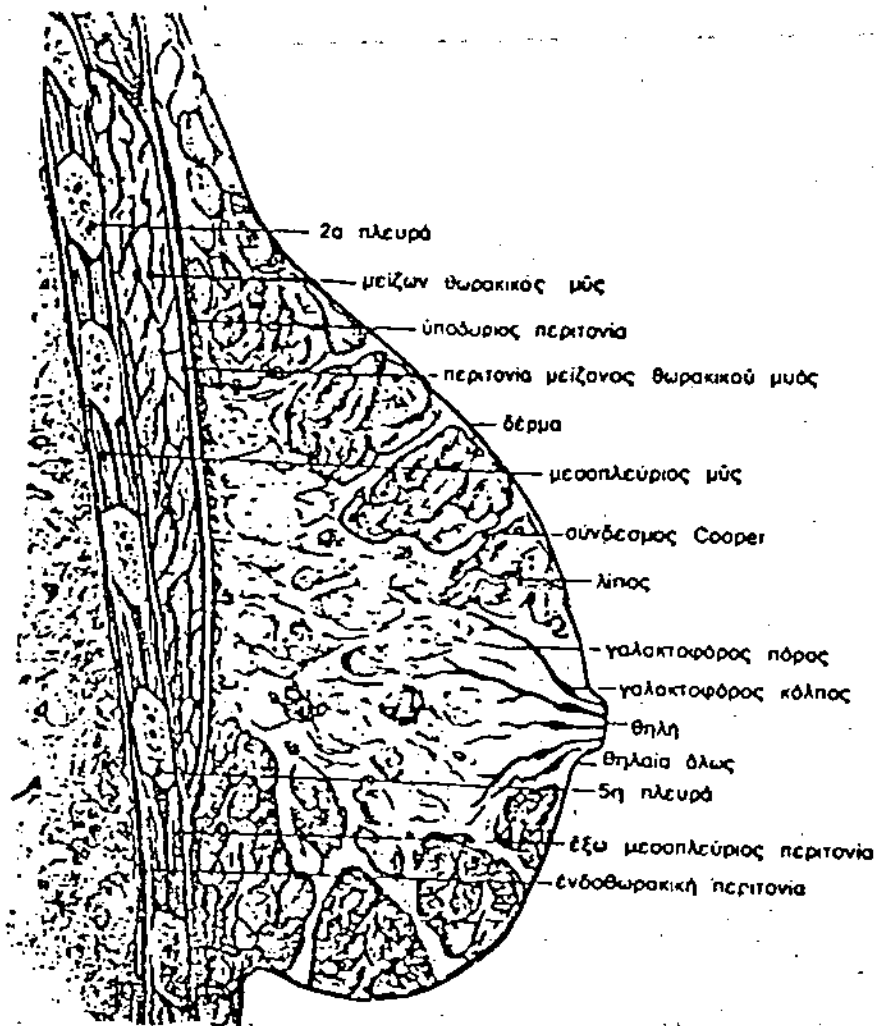
προεμβολή του αδένος, η καλούμενη ουρά του SPENSER, διατείνεται από τη μασχαλιαία περιτονία (τόμα του LANGER) και εκτείνεται προς τη μασχάλη, καταλήγοντας στον πρόσθιο οδοντωτό μυ.

Ο μαστικός αδένος εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια. Αποτελείται από 15-20 αδενικά λοβίδια, που μοιάζουν με τσαμπί σταφυλιού τα οποία περιβάλλονται από λίπος.

Αυτά διαχωρίζονται μεταξύ τους με τον συνδετικό ιστό του μαστικού αδένος που συγκεντρώνεται σε πολλά μέρη και σχηματίζει ινώδεις ταινίες που εκτείνονται προς την υποδόριο περιτονία και το δέρμα (πρόσθιοι σύνδεσμοι του COOPER). Παρόμοιες ταινίες εκκινούν και από την οπίσθια επιφάνεια του αδένος, διασχίζουν τον οπισθομαζικό χώρο και ενώνονται με τη θωρακική περιτονία (κρεμαστήρες σύνδεσμοι του COOPER).

Κάθε λοβίδιο έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο που είναι ένας επιθηλιακός σωλήνας με κειρούς κλάδους και στενό αυλό. Κάτω από τη θηλή κάθε γαλακτοφόρος πόρος διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο που έχει ατρακτοειδές σχήμα με διάμετρο 1-2 χιλ..

Η βασική κατασκευή του ανδρικού μαστού αντιστοιχεί με του γυναικείου, με τη διαφορά ότι ο ανδρικός μαστός παραμένει στο στάδιο του παιδικού. Ο μαστικός αδένος έχει διάμετρο μόνο 1,5 εκ. και πάχος 0,5 εκ. (Εικόνα 1).



Εικ: 1

ΝΕΥΡΩΣΗ

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλευρών νεύρων, από τους εσωμαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευρίων νεύρων, από τα συμπαθητικά δί-κιττα στο δέρμα, την άλω και το παρέγχυμα. Η πλούσια αυτή νευροβριθεία της θηλής ερμηνεύει τη διεργητικότητα της, η οποία αποδίδεται στην κατά ανάγκιση συστολή των λείων μυϊκών ινών.

ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Η πλούσια αιμάτωση του μαστού προέρχεται από 3 κυρίως αρτηριακούς κλάδους:

1. Τους διασπλιζόμενους κλάδους της έσω μαστικής αρτηρίας.
2. Την πλάγια ή έξω θωρακική αρτηρία, κλάδο της μασχαλιαίας.
3. Το θωρακικό κλάδο της ακρωτιοθωρακικής αρτηρίας, κλάδο της μασχαλιαίας.

Οι άλλοι αρτηριακοί κλάδοι που αιματώνουν τον μαστό σε πολύ μικρότερο ποσοστό είναι η ανωτάτη θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, οι διασπλιζόμενοι κλάδοι των μεσόπλευρων αρτηριών και ορισμένοι μικροί κλάδοι της υποπλατίζουσα αρτηρίας.

Ο μαστός έχει ένα πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιπολής φλεβών που εκβάλλουν στην έσω μαστική φλέβα και από εκεί στην ανώνυμο. Οι εν τω βάθει φλέβες ακολουθούν οδούς αντίστοιχες με τα αρτηριακά στελέχη.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός είναι όργανο που εκκρίνει γάλα για το θηλασμό του βρέφους.

Η φυσιολογική ανάπτυξη και λειτουργία των μαστών εξαρτάται από τα οιστρογόνα και από άλλους ορμονικούς παράγοντες, όπως η προλακτίνη, η αυξητική ορμόνη, η ινσουλίνη και οι ορμόνες των επινεφριδίων, οι οποίες δραστηριοποιούνται κατά την έναρξη της γεννητικής ωρίμανσης του κοριτσιού στην ηλικία των 10-12 ετών. Οι φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές στους μαστούς γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς με την έναρξη της εμμηνορρυσίας και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Την μεγαλύτερη ανάπτυξή τους οι μαστοί παρουσιάζουν κατά τη στιγμή του τοκετού και την περίοδο του θηλασμού.

Στη διάρκεια της προεμμηνοπαυσιακής περιόδου, που χαρακτηρίζεται, από μονοφασικούς ανωορρηκτικούς κύκλους, οι μαστοί συχνά είναι διόγκωμένοι και επώδυνοι. Προχωρώντας όμως προς την μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο, οι μαστοί βαθμιαία μικραίνουν συνέπεια της γενικής ατροφίας όλων των ανατομικών τους στοιχείων, δηλαδή των αδενοκυψελών, των εκφορητικών πόρων του επιθηλίου κ.ά.. Σε ένα ποσοστό γυναικών, περίπου 10%, προφανώς λόγω έντονης υποφυσιακής διέγερσης, η διόγκωση του προεμμηνοπαυσιακού σταδίου παραμένει αρκετά χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.

Το δέρμα που καλύπτει το μαστό καταλήγει σε μια σκουρόχρωμη περιοχή, όπως ανσφέρω παραπάνω, τη θηλαία άλω. Στην επιφάνεια της άλω υπάρχουν 10-15 τρήματα με τα οποία εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι. Κάθε πόρος χωρίζεται σε μικρούς

κλάδους. Οι κλάδοι γίνονται προοδευτικά μικρότεροι και καταλήγουν σε ένα σύνολο κυττάρων, το γαλακτικό αδέννα. Αυτά τα αδενικά κύτταρα ενεργούν για την παραγωγή του γάλακτος, που αποχετεύεται στους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

Στα μεταξύ διαστήματα των γαλακτικών αδένων υπάρχει λινολιπώδης ιστός που προστατεύει τα γαλακτοπαράγωγα εξασθήματα και διατηρεί το σχήμα του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα δημόσιας υγείας σε γυναίκες ηλικίας 35-40 ετών. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα φτάνει τις 1500 περιπτώσεις το χρόνο. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού φτάνει το 20%.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα και γίνει η κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με τη διασφύτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών.

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί (σاركώματα, μελανώματα κ.λ.π.).

Ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστικού αδένου και η συνηθισμένη εντόπισή του είναι στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού.

Σαν κακοήθης όγκος δίνει μεταστάσεις σε διάφορα όργανα, όπως στον άλλο μαστό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο. Οι μεταστάσεις γίνονται κυρίως με τη λεμφική και την αιματική οδό.

Με τη λεμφική οδό τα καρκινικά κύτταρα προσβάλλουν τους μασχαλιαίους, υποκλείδιους, υπερκλείδιους και έσω μαστικούς λεμφαδένες. Όγκοι που εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού κάνουν μετάσταση κατ'έξοχήν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ αυτοί που εντοπίζονται στο έσω ημιμόριο του μαστού δίνουν μεταστάσεις στους αδένες που βρίσκονται κα-

τά μήκος της έσω μαστικής αοτρίδας. Ο βαθμός προσβολής των μασχαλιαίων λεμφαδένων έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου αν και υποκλινικοί καρκίνοι μπορεί να εμφανίζουν διηθημένους λεμφαδένες. Επίσης σε ποσοστό 30% υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες έστω και αν δεν έχουν αποκαλυφθεί κλινικά.

Με την αιματική οδό νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να παρακάμψουν τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουν στην κυκλοφορία χωρίς να δίνουν πάντα μετάσταση. Το 99% αυτών των κυττάρων καταστρέφονται. Ένα μικρό μέρος τους πάντε και <<κάθονται>> σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή. Αυτά τα κύτταρα με την επίδραση διαφόρων συνθηκών και σε άλλοτε άλλο χρόνο, μπορεί να μετατραπούν σε κλινικά έκδηλες μεταστάσεις. Οι μακρινές μεταστάσεις αφορούν: α) τα οστά (70%). Συχνότερα εντοπίζονται στη σπονδυλική στήλη και στη λεκάνη και μετά οι πλευρές, τα μριαία, το κρανίο κ.λ.π., β) οι πνεύμονες (66%), γ) το ήπαρ (61%), δ) ο εγκέφαλος (25%) και κατά συνέχεια του ιστού δίνουν μετάσταση στο θωρακικό τοίχωμα.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού παραμένει άγνωστη μέχρι σήμερα, υπάρχουν όμως κάποιοι παράγοντες που πρέπει να αναζητηθούν. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι η ηλικία της γυναίκας, το ιστορικό εμμηνορρυσίας και αναπαραγωγικότητας, το οικογενειακό ιστορικό, η προηγούμενη συχνότητα εμφάνισης καλοήθων νόσων του μαστού, οι διατροφικές συνήθειες, η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία, τα διάφορα χημικά μέσα και το γεωγραφικό περιβάλλον.

Έχει αποδειχθεί ότι οι πιθανότητες μίας γυναίκας να προσβληθεί από τη νόσο αυτή, αυξάνονται, όταν βρίσκεται σε ηλικία πάνω των 40 χρόνων, όταν υπάρχει πρόωμη έναρξη του κύκλου, δηλαδή πριν από την ηλικία των 12 χρόνων, όψιμη εμμηνόπαυση (μετά από τα 55 έτη) και διαταραχές του εμμηνορρυσιακού κύκλου.

Υψηλό κίνδυνο παρουσιάζουν οι ανύπαντρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά από την ηλικία των 30 χρόνων και λιγότερο όσες έχουν υποστεί τεχνητή εμμηνόπαυση πριν από τα 35 τους. Αυτές οι σχέσεις κινδύνου ισχύουν ακόμα και όταν οι γυναίκες φτάσουν σε μεγάλη ηλικία.

Ο κίνδυνος που διατρέχουν τα μέλη της οικογένειας μιας γυναίκας με καρκίνο του μαστού είναι καλά γνωστός. Όμως, μόνο τα 10-15% των σφοδρών με καρκίνο του μαστού έχουν οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Οι γυναίκες, των οποίων οι μητέρες ή οι αδερφές έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού, έ-

χουν διπλάσιο ή τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν τη νόσο από όσο ο γενικός γυναικείος πληθυσμός. Το μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι γυναίκες των οποίων συγγενείς βρίσκονταν στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο, όταν ανέπτυξαν καρκίνο μαστού, ιδίως όταν αυτό ήταν αμφοτερόπλευρος. Επίσης γυναίκες που έχουν πρώτου βαθμού συγγένεια με γυναίκα που παρουσίασε αμφοτερόπλευρο Ca μαστού πριν την εμμηνόπαυση έχουν 9^η φορές αυξημένο τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού, όπως μας πληροφορούν οι μελέτες στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης <<ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ>> από το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, 26-29 Νοεμβρίου 1987.

Το ιστορικό καλοήθως χρόνιων παθήσεων του μαστού ιδίως εκείνων που συνοδεύονται από επιθηλιακή υπερπλασία, αυξάνει τον κίνδυνο στο τετραπλάσιο. Οι οξείες καταστάσεις, όπως το απόστημα και η μαστίτιδα, δεν σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Το διαιτολόγιο με μεγάλη περιεκτικότητα σε ζωικό λίπος και η παχυσαρκία μπορεί να αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο για καρκίνο.

Η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελεί κύριο παράγοντα αύξησης του κινδύνου ανάπτυξης κακοήθους νόσου. Τα δεδομένα που στηρίζουν τις παρατηρήσεις αυτές προέρχονται από μελέτες σε επιζώσες των βουβαρδισμένων πόλεων Χιροσίμα και Ναγκασάκι και σε γυναίκες που έχουν υποστεί ακτινοθεραπεία. Φαίνεται επίσης, ότι υπάρχει επιπρόσθετος κίνδυνος για τις γυναίκες, που εκτείνονται σε ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της ήβης.

Οι χρωστικές των μαλλιών και τα άλλα χημικά μέσα που

χρησιμοποιούνται από τις γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι είναι μεταλλαξιγόνα, αλλά ο ρόλος τους στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού παραμένει αναπόδεικτος.

Το γεωγραφικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Το 1980 στις Η.Π.Α. η νόσος αυτή διαγνώστηκε σε 108.000 γυναίκες και 900 άνδρες. Στην Ιαπωνία η συχνότητα είναι χαμηλή, ενώ στις κοινωνικο-οικονομικά ανώτερες ομάδες η νόσος είναι συχνότερη. Η επίπτωση είναι ακόμα υψηλότερη στην καυκασία φυλή, ενδιάμεση στη μαύρη φυλή και χαμηλότερη στους Ινδιάνους της Αμερικής, του Νέου Μεξικού και στους Φιλιππίνους της Χαβάης.

Συμπερασματικά οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν σήμερα ότι η καρκινογένεση είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ή και συνεργιστικής δράσης των παραγόντων που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Στους άνδρες υπάρχει σχετικά χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του μαστού. Είναι γνωστό όμως, ότι οι άνδρες με διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων, γυναικομαστία και/ή σύνδρομο KLINEFELLER παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο.

Επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με αύξηση ή ελάττωση του καρκίνου του μαστού

	Αύξηση	Ελάττωση
Γεωγραφική κατανομή	Δυτική Ευρώπη, Βόρεια Αμερική	Ιαπωνία, Μορόιοι Ν.Αφρικής, Νιγηρία, Ινδία
Ηλικία	Μεγάλες γυναίκες (πάνω από 30 χρόνων)	Νέες γυναίκες (κάτω από 20 χρόνων)
Τεινοποίηση	Ατομία	Τεινοποίηση κάτω των 20 χρόνων
Ηλικία πρώτης τεινοποίησης	Άνω των 35 χρόνων	Κάτω των 20 χρόνων
Έναρξη της εμμήνου ρύσης	Κάτω των 13 χρόνων	Άνω των 16 χρόνων
Εμμηνόπαυση	Άνω των 50 χρόνων	Κάτω των 45 χρόνων
Βοθηκτικότητα	-	Κάτω των 45 χρόνων
Οικογενειακό ιστορικό	Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού	-
Προηγούμενος καρκίνος	α) μαστού, β) μήτρας, γ) σιαλογόνων αδένων, δ) παχέος εντέρου, ε) ωοθήκης	Τραχήλου μήτρας
Υπαρξη καλοήθους νόσου	Ινώδης κυστική μαστοπάθεια	-
Διατροφή	Παχυσαρκία	-
Ιονισμένη ακτινοβολία	Ιονισμένη ακτινοβολία	-

(Κατά τον Π.Καραμανάο, το 1987)

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η προσεκτική σταδιοποίηση με τη χρήση του κλινικού και χειρουργικού συστήματος, είναι χρήσιμη στον καθορισμό της πρόγνωσης του αρρώστου και στη χορήγηση μιάς κατάλληλης μορφής θεραπείας.

Διακρίνουμε τέσσερα στάδια:

ΣΤΑΔΙΟ I: Μικρή διόγκωση εντοπισμένη στο μαστό χωρίς διήθηση του δέρματος.

ΣΤΑΔΙΟ II: Εκτός από τη διόγκωση υπάρχει διήθηση του δέρματος και καθήλωση του όγκου στους θωρακικούς μυς.

ΣΤΑΔΙΟ III: Μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες (υπεριλείδιοι και έσω μαστικοί).

ΣΤΑΔΙΟ IV: Γενίκευση των μεταστάσεων.

Πενταετής επιβίωση ανάλογα με το στάδιο του καρκίνου του μαστού

Στάδιο	Πενταετής επιβίωση (%)
Στάδιο I	85
Στάδιο II	66
Στάδιο III	41
Στάδιο IV	10

(Κατά τον Π.Καραμάνικο, το 1987)

T.N.M. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το σύστημα T.N.M. για την περιγραφή της ανατομικής έκτασης της νόσου βασίζεται στην εκτίμηση τριών στοιχείων:

T = που σημαίνει έκταση (μέγεθος) πρωτοπαθούς όγκου

N - που σημαίνει την κατάσταση των επιχωρίων λεμφαδένων (ψηλαφητοί ή όχι)

M - που σημαίνει την απουσία ή παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Η προσθήκη αριθμών στα τρία αυτά στοιχεία δείχνει την έκταση της κακοήθους νόσου. Έτσι έχουμε:

T₀: Δεν υπάρχει ένδειξη εμφανούς πρωτοπαθούς όγκου.

T₁: Όγκος μέχρι 2 εκ.στη μεγαλύτερη διάμετρο

T_{1α}: Χωρίς καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία

T_{1β}: Με καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία

T₂: Όγκος μεγαλύτερος από 2 εκ. αλλά όχι πάνω από 5 εκ.

T_{2α}: Χωρίς καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία

T_{2β}: Με καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία

T₃: Όγκος μεγαλύτερος από 5 εκ.

T_{3α}: Χωρίς καθήλωση στην υποκείμενη περιτονία

T_{3β}: Με καθήλωση _____

T₄: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα _____

T_{4α}: Με καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα

T_{4β}: Με οίδημα, διήθηση του δέρματος ή εξέλιξη του δέρματος (περιλαμβάνοντας δέρμα σε φλοιό πορτοκαλιού) ή δορυφόροι δερματικοί όζοι στον ίδιο μαστό.

- N_0 : Μη-ψηλαφητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.
- N_1 : Κινητοί σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.
- $N_{1\alpha}$: Λεμφαδένες δεν θεωρούνται ότι περιέχουν όγκο.
- $N_{1\beta}$: Λεμφαδένες θεωρούνται ότι περιέχουν όγκο.
- N_2 : Σύστοιχοι λεμφαδένες καθηλωμένοι ο ένας στον άλλο ή στα άλλα στοιχεία και θεωρούνται ότι περιέχουν όγκο.
- N_3 : Σύστοιχοι υπερκλειδίοι και υποκλειδίοι λεμφαδένες που θεωρούνται ότι περιέχουν όγκο ή οίδημα του ώμου και του βραχίονα.
- M_0 : Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις.
- M_1 : Υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις.

Κατηγορία σταδίων:

Στάδιο I

- $T_0, N_{1\alpha}, M_0$
- $T_{1\alpha}, N_0$ ή $N_{1\alpha}, M_0$
- $T_{1\beta}, N_0$ ή $N_{1\beta}, M_0$

Στάδιο II

- $T_0, N_{1\beta}, M_0$
- $T_{1\alpha}, N_{1\beta}, M_0$
- $T_{1\beta}, N_{1\beta}, M_0$
- $T_{2\alpha}, N_0$ ή $N_{1\alpha}$ ή $N_{1\beta}, M_0$
- $T_{2\beta}, N_0$ ή $N_{1\alpha}$ ή $N_{1\beta}, M_0$

Στάδιο III

Οποιαδήποτε T_3 με οποιαδήποτε N, M_0

Οποιαδήποτε T_4 , με οποιαδήποτε N, M_0

Οποιαδήποτε T με οποιαδήποτε N_2, M_0

Οποιαδήποτε T με οποιαδήποτε N_3, M_0

ΣΤΑΔΙΟ IV

Οποιαδήποτε T με οποιαδήποτε N, M_1

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχουν τέσσερις κύριες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού: ο διηθητικός εκφορητιών πόρων-NOS (NOT OTHERWISE SPECIFIED, μη οριζόμενος διαφορετικά), το λοβιδιακό καρκίνωμα, ο μυελοειδής και ο κολλοειδής ή βλεννώδης. Αυτοί οι τύποι παρατηρούνται γενικά στην αμιγή τους μορφή, αν και μπορούν να εμφανιστούν και σε συνδυασμούς. Σπάνιες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού είναι ο φλεγμονώδης, η νόσος PAGET, ο αδενοιυστινός, ο θηλώδης και το καρκινοσάρκωμα.

Διηθητικός εκφορητιών πόρων

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των καρκινωμάτων προέρχεται από ένα μεγάλο εκφορητικό πόρο. Χαρακτηρίζονται ως μη οριζόμενοι διαφορετικά (NOS) επειδή στα 70 έως 75% των περιπτώσεων δεν μπορεί να διακριθεί κανένα χαρακτηριστικό ιστολογικό στοιχείο. Παρά το μικρό μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας τους, συχνά επεκτείνονται στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Στην ψηλάφηση οι βλάβες αυτές είναι συμπαγείς και είναι χαρακτηριστική η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού μέσα στον όγκο. Η πρόγνωσή τους είναι η χειρότερη από όλους τους άλλους τύπους.

Λοβιδιακό καρκίνωμα

Προέρχεται από τους μικρούς τελειούς εκφορητικούς πόρους, μπορεί να είναι είτε επεκτατικό με νεοπλασματική επέκταση πέρα από τον πόρο που αναδύεται, είτε μη επεκτατικό. Στη μη επεκτατική μορφή τα ανσπλαστικά κύτταρα περιέχονται

μέσα στα λόβια. Στην επεντατική ο όγκος ειτείνεται πέρα από το λόβιο ή τον τελικό εκφορητικό πόρο, από όπου αναδύεται.

Μυελοειδές καρκίνωμα

Οι όγκοι αυτοί προσλαμβάνουν μεγάλο μέγεθος (συνήθως έχουν διαμέτρο 3-9 εκ.), αλλά δεν έχουν τόσο μεγάλη δυνατότητα να προκαλούν διηθητικές βλάβες. Ο όγκος εμφανίζεται μαλακός με εστίες αιμορραγιών και νεκρώσεων.

Κολλοειδές ή βλενώδες καρκίνωμα

Ο όγκος αυτός περιέχει κολλοειδή ή βλενώδη ουσία που εμφανίζεται σαν μαλακή μάζα. Προσλαμβάνει μεγάλες διαστάσεις, αλλά αναπτύσσεται με αργό ρυθμό. Εμφανίζει την καλύτερη πρόγνωση. (Εικόνα 3).



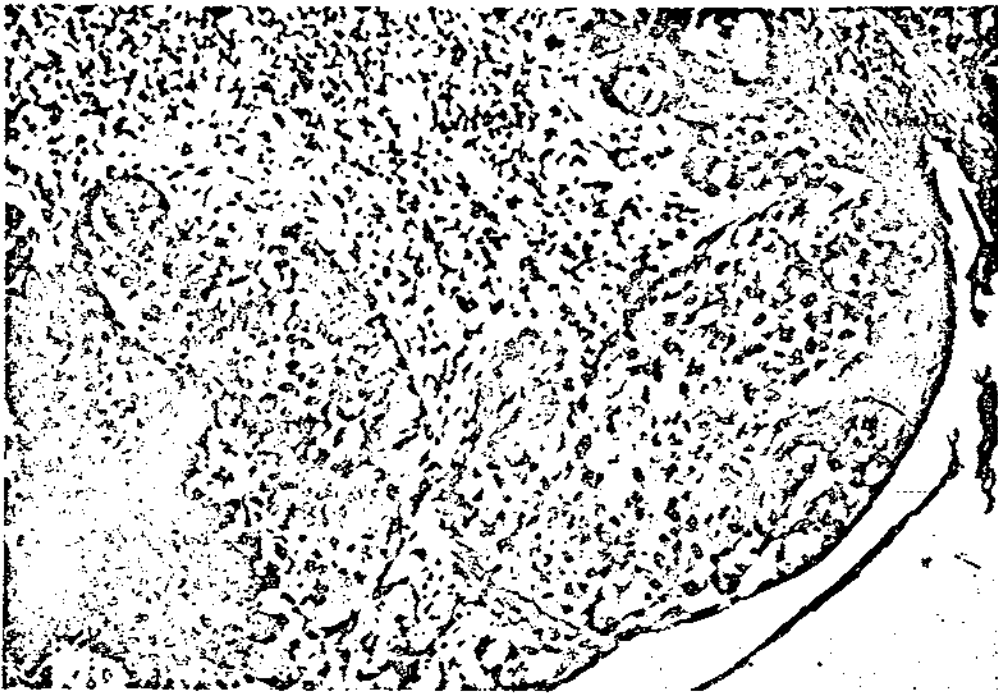
Εικ. 3 Βλενώδες (κολλοειδές) καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδεις βλάστες μέσα σε λίμνες βλέννης. Μεγ. x 150.

Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Είναι μία θανατηφόρος μορφή της νόσου. Χαρακτηρίζεται από διασπορά των καρκινικών κυττάρων στους λεμφαδένες του μαστού και του δέρματος. Η βλάβη έχει τυπική εμφάνιση ερυσιπέλατος με διογκωμένα τα όρια της βλάβης του δέρματος και ερυθρότητα της περιοχής.

Νόσος του PAGET

Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση στην επιδερμίδα της θηλής, των μεγάλων κυττάρων του PAGET με διαυγές ή θολερό κυτταρόπλασμα και μεγάλους πυρήνες. Σε αυτή τη φάση συνήθως δεν υπάρχει διηθητικό καρκίνωμα. Σε προχωρημένη κατάσταση με ανάπτυξη ψηλαφητού πλέον διηθητικού καρκίνου η πρόγνωση είναι ίδια με τις άλλες μορφές του καρκίνου (Εικόνα 4).



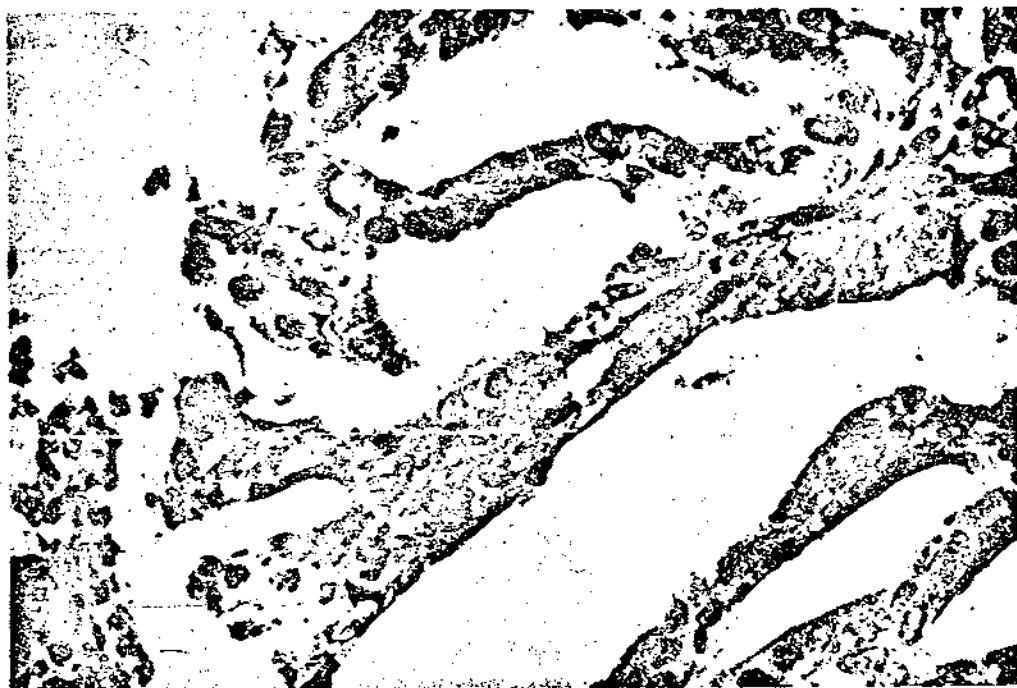
Εικ. 4. Νόσος Paget θηλής μαστού. Μέσα στην επιδερμίδα διακρίνονται καρκινωματώδη κύτταρα, μερικά από τα οποία έχουν διαυγές πρωτόπλασμα. Μεγ. x 150.

Αδενοκυστικό καρκίνωμα

Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστες που περιέχουν βλέννα. Η πρόγνωση είναι καλή.

Θηλώδες καρκίνωμα

Οι όγκοι αναπτύσσονται από τον μεγάλο εκφορητικό πόρο και σπάνια γίνονται επεπιτακτικοί. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές. Κλινικό παρουσιάζεται έγκριση από τη θηλή. (Εικόνα 2).



Εικ. 2. Θηλώδες καρκίνωμα. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές. Μεγ. x 310.

Καρκινοσάκωμα

Είναι συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος. Τα κύτταρα αυτού του όγκου είναι στρατιοειδή.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

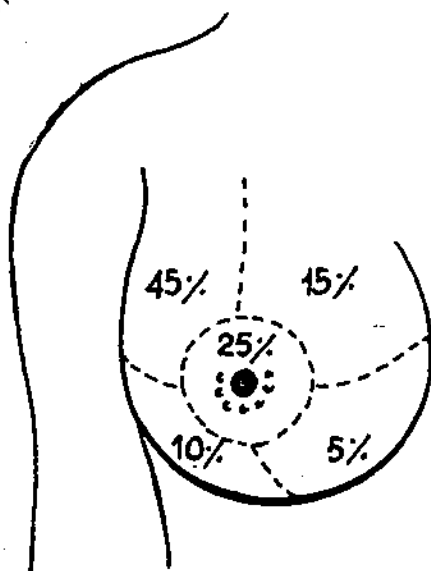
Αμιγές διηθητικό πορογενές αδenoκαρκίνωμα	52,6
Μυελoειδές καρκίνωμα	6,2
Λοβιδιακό καρκίνωμα	4,9
Βλεννώδες ή κολλοειδές καρκίνωμα	2,4
Σωληνώδες καρκίνωμα	1,2
Αδenoκυστικό καρκίνωμα	0,4
Θηλώδες καρκίνωμα	0,3
Καρκινοσάρκωμα	0,1
PAGEΤ και φλεγμονώδες καρκίνωμα	2,3
Συνδυασμός διηθητικού πορογενούς με άλλο είδος αδenoκαρκινώματος	28,0
Συνδυασμοί άλλων αδenoκαρκινωμάτων.	1,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

(Κατά τον Δ.Αραβαντινό, το 1985)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται περισσότερο στον αριστερό μαστό. Η αναλογία μεταξύ αριστερού και δεξιού μαστού είναι 1,14:1. Οι μισοί περίπου από τους καρκίνους εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο, ενώ οι υπόλοιποι στο κέντρο (γύρω από την θηλή) και στα άλλα τεταρτημόρια. (Εικόνα 5).



Εικ. 5. Σχηματικά η αναλογία εντοπίσεως του καρκίνου του μαστού.

Ειδικότερα η εντόπιση καρκινώματος έχει ως εξής:

Κεντρική ή θηλαία περιοχή	25%
Άνω έξω τεταρτημόριο	45%
Άνω έσω τεταρτημόριο	15%
Κάτω έξω τεταρτημόριο	10%
Κάτω έσω τεταρτημόριο	5%

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου του μαστού είναι η ψηλαφητή μάζα. Στα 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την άδεια την άρρωστη κατά τη διάρκεια του μπάνιου της.

Η μάζα αυτή είναι ανώδυνη, σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Μερικές φορές είναι σχετικά ευκίνητη και δύσκολα ξεχωρίζει από άλλες καλοήθειες παθήσεις του μαστού.

Η έγκριση της θηλής του μαστού είναι το δεύτερο συχνό σημείο της νόσου.

Η έλξη του δέρματος του μαστού από τον όγκο, αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του COOPER από τον όγκο.

Η εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από τη θηλή) αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Χρειάζεται προσοχή να μην γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.

Ακόμη εμφανίζεται οίδημα του δέρματος με μορφή φλοιού πορτοκαλιού, λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα. Σε προχωρημένους καρκίνους του μαστού παρατηρείται ευθρότητα, εξέλιξη, εκροή αίματος από τη θηλή, καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα ή ρίχνωση και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο.

Σε σπανιότερες περιπτώσεις κάποιο οίδημα του ώμου ή πόνος οστικός (από μεταστάσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώ-

τη κλινική εκδήλωση.

Ο πόνος δεν είναι συχνό σύμπτωμα αν και 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρόιμη ανακάλυψη καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται με:

- A. Την αυτοεξέταση των μαστών
- B. Την κλινική εξέταση, και
- Γ. Την εργαστηριακή διερεύνηση

A. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΩΝ

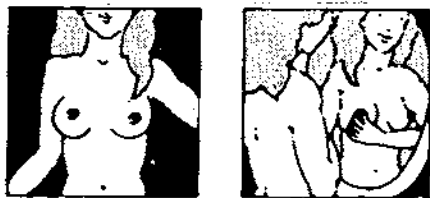
Αποβλέπει στην όσο το δυνατόν έγκαιρη διαπίστωση μιας ψηλαφητής μάζας στο μαστό από την ίδια τη γυναίκα. Η πείρα έχει δείξει ότι τα 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτεται από τις ίδιες. Επιβάλλεται σε όλες τις γυναίκες πάνω από 30 χρόνων κυρίως.

Πρέπει να γίνεται κάθε μήνα, τον ίδιο χρόνο και 7-10 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Με την αυτοεξέταση η γυναίκα εξοικειώνεται με το μαστό της και έχει τη δυνατότητα να διαπιστώσει οποιαδήποτε μεταβολή.

Θα πρέπει όμως να τονιστούν σε αυτή οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω έξω τεταρτημόριο και κάτω από τη θηλή.

Η γυναίκα στένεται γυμνή μπροστά στον καθρέφτη με τα χέρια κάτω και παρατηρεί στους μαστούς εάν υπάρχει συμμε-

τρία, αλλαγή από την προηγούμενη εξέταση, αλλαγή σε μια θηλή (εισοολική, ρυτίδωση) ή έκκριση (Εικόνα 6).



Ειμ.6

Στη συνέχεια σηκώνει τα χέρια ψηλά και σκύβει λίγο και επισημοποιεί αν υπάρχει συμμετρία και από αυτή τη θέση (Εικόνα 7).



Ειμ.7

Μετά ξαπλώνει και ψηλαφά κυκλικά κάθε μαστό. Με το δεξιό χέρι τον αριστερό μαστό και με το αριστερό χέρι τον δεξιό μαστό με τεντωμένα τα 4 δάκτυλά της από την περιοχή του στήρνου προς την έξω πλευρά (Εικόνα 8).



Ειμ.8

Τέλος ψηλαφά τις μασχάλες με τον ίδιο τρόπο (Εικόνα 9).



Εικ. 9

Αν παρατηρήσει μια ανωμαλία, μία διόγκωση ή κάτι διαφορετικό από τον προηγούμενο μήνα πρέπει να επισκεφθεί τον γιατρό της.

Β. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

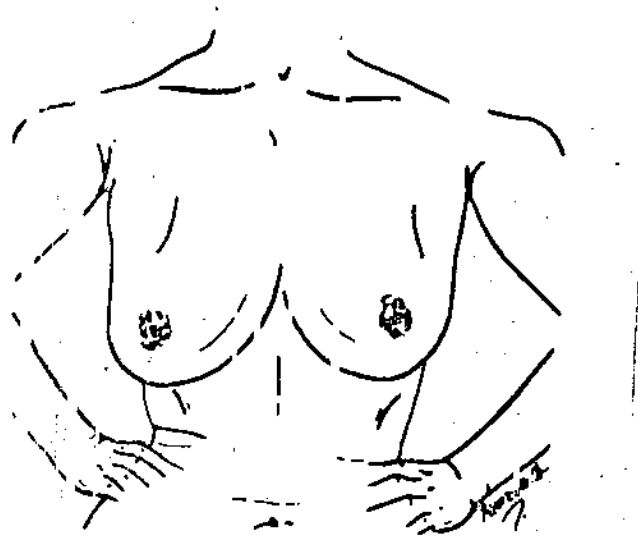
Η εξέταση των μαστών από τον γιατρό πρέπει να γίνεται και αυτή μια εβδομάδα περίπου μετά την έμμηνο ρύση.

Αρχικά παίρνεται το ιστορικό υγείας της ασθενής που δίνει σαφείς πληροφορίες για την ηλικία της, το επάγγελμα, την έναρξη και την παύση της έμμηνο ρύσης καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμη ή όχι, τον αριθμό φυσιολογικών τοκετών και αποβολών, την ηλικία που είχε την πρώτη κύηση. Αν έχει κάνει μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή αν τώρα κάνει χρήση κάποιου φαρμάκου.

Επίσης παίρονται πληροφορίες για προηγούμενες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενής, τη σχέση της πάθησης με τον κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης μαστού στα άλλα άτομα της οικογένειας. Εάν έγινε θηλασμός πρόσφατα. Ακόμα αναζητούνται οι διατροφικές της συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη).

Αρχικά γίνεται η επιθεώρηση των μαστών κάτω από δυνατό φως. Η γυναίκα είναι καθιστή ή όρθια με τα χέρια στη μέση

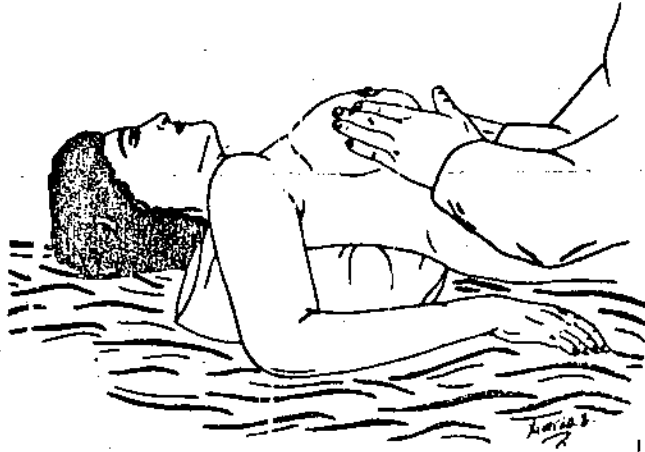
(Εικόνα 10). Εξετάζονται τυχόν ανωμαλίες του δέρματος (συρρίκνωση, οίδημα, ερυθρότητα και πάχυνση), των μαστών (ασυμμετρία), της θηλής (εισολική, έκζεμα, διόβρωση, ρίκνωση, έκκριση ορώδες ή αιματηρού ή γαλακτώδες υγρού).



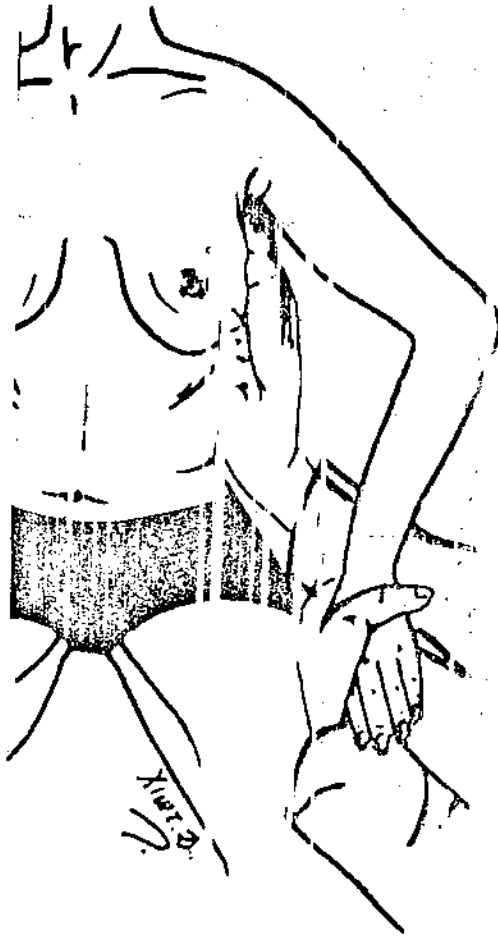
Εικ. 10. Η ασθενής φέρνει και πιέζει τα χέρια στη μέση (οσφύ). Ο αριστερός μαστός (πάχων) ανέρχεται πιο ψηλά από τον δεξιό.

Στη συνέχεια γίνεται η ψηλάφηση που αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κυκλικά, καταλήγει στο άνω έξω και ολοκληρώνεται με τη ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού. Η ασθενής τοποθετείται ύπτια με μαξιλάρι στην ωμοπλάτη. (Εικόνα 11). Ο εξεταστής αρχίζει από το φυσιολογικό μαστό για να κάνει σύγκριση με το μαστό που πάσχει.

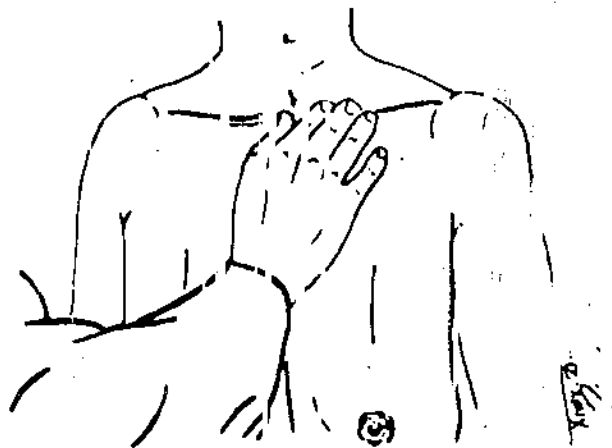
Μετά ψηλαφώνται οι μασχαλιαίοι και οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες, αφού η γυναίκα αφήσει ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο (Εικόνες 12 και 13).



Εικόνα 11. Ψηλάφηση θηλής και
μεντερινού εκκρήματος μαστού.



Εικόνα 12. Ψηλάφηση μασχάλης.



Εικόνα 19. Ψηλάφηση υπερκλείδιων λεμφαδένων.

Για να αντιληφθεί ο γιατρός μια παραμικρή ανωμαλία σε κάποια περιοχή που παραλείφθηκε η εξεταζόμενη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι.

Γ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Από παλιά έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί διάφορες μέθοδοι για την πρόϊμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού.

Ειδικότερα έχουμε:

Μαστογραφία:

Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό μηχάνημα, το μαστογράφο. Ενισχύει την κλινική διάγνωση και την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Επομένως συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση.

Η μαστογραφία δε θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πάνω από μία φορά το χρόνο, ειδικά για τις γυναίκες που δε βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και στις μικρές ηλικίες.

Ενδείξεις μαστογραφίας:

1. Σε γυναίκες με ύποπτα στοιχεία μετά από κλινική εξέταση.
2. Σε γυναίκες πάνω από 50 ετών με κάποιο επιβαρυντικό παράγοντα (π.χ. μια καλοήθης νόσος).
3. Επανεπιλημένος προληπτικός περιοδικός έλεγχος σε γυναίκες κάτω των 40 ετών με ατομικό ιστορικό καρκίνου μαστού που έκαναν μαστεκτομή.
4. Επανεπιλημένος περιοδικός έλεγχος σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου, όπως γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό.
5. Σε γυναίκες που πάσχουν από καρκινοφοβία για ψυχική ανακούφιση.

Επρωγραφία:

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκες αλουμινίου-σεληνίου. Διαπλιστώνονται ενώδεις αναπτύξεις και πασαμορφωμένες φλέβες. Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε γυναίκες πάνω από 50 χρόνων.

Βιοψία:

Μετά από τοπική ή γενική αναισθησία παίρνεται τεμάχιο ιστού είτε με αναρόφηση είτε με τομή στο χειρουργείο ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλή μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

Διαφανοσκοπηση:

Με δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαστικός ιστός. Οι κύστες φωτίζονται, ενώ ο συ-

μπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Έτσι διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

Άλλες εξετάσεις που γίνονται για τη διαπίστωση καρκίνου του μαστού και βρίσκονται ακόμα στο στάδιο της έρευνας, λόγω εμφάνισης μεγάλου ποσοστού ψευδώς θετικών ευρημάτων, είναι: η υπερηχοτομογραφία, η φλεβογραφία (έγχυση σκιαστικής ουσίας στο κάτω άκρο του στέρνου για έλεγχο των έσσω μαστιχών λεμφοαγγλίων), η κυτταρολογική, η πνευμοκυστογραφία (αφαίρεση υγρού και εισαγωγή ίσης ποσότητας αέρα για έλεγχο ομαλότητας τοιχώματος μιάς κυστιικής επεξεργασίας), η γαλακτογραφία (έγχυση σκιαστικού στους εκφορητικούς πόρους του μαστικού αδένου) και η θερμογραφία (καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες με μια φωτογραφική συσκευή και βοηθά στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης).

Για την ανίχνευση ύπαρξης μεταστάσεων γίνεται αιτιολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου, σπληνηρογράφημα οστών, ήπατος, εγκεφάλου, λεμφοσπληνηρογράφημα και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σταδίου I και II (χειρουργήσιμος καρκίνος) είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του σταδίου III και IV (μη χειρουργήσιμος καρκίνος). Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού αποβλέπει από τη μια πλευρά στην απομάκρυνση του πρωτοπαθή όγκου και των επιχωρίων διηθημένων λεμφαδένων, και από την άλλη στην καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων.

Μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό είναι:

1. Χειρουργική θεραπεία
2. Ακτινοθεραπεία
3. Χημειοθεραπεία
4. Ορμονοθεραπεία

Χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού

Στάδιο I και II

I. Χειρουργική θεραπεία

Μέχρι πρόσφατα, η ριζική μαστεκτομή ήταν η αποκλειστική θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του μαστού. Στη συνέχεια όμως, άλλες εγχειρήσεις εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κόσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

Τα τελευταία χρόνια αποφεύγονται ριζικές εγχειρήσεις, με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

α. Ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει την αφαίρεση όλου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) και των αδένων της μασχάλης. Εμφανίζει πολύ μικρό ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%).

β. Επιτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Συνιστάται σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλαίους λεμφαδένες.

γ. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Χρησιμοποιείται στις περισσότερες ασθενείς. Η εγχείρηση διαφέρει από τη ριζική στο ότι διασώζεται ο ελάσσων θωρακικός μυς.

δ. Απλή μαστεκτομή: Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.

ε. Τμηματική μαστεκτομή: Αυτή περιλαμβάνει είτε αφαίρεση ολόκληρου του τεταρτημορίου (τεταρτημοριεκτομή), είτε περιορισμένη αφαίρεση του μαστού, είτε τοπική αφαίρεση του πρωτοπαθή όγκου (ογκεκτομή).

2. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε μικρότερο βαθμό και σε περιορισμένη αριθμό περιπτώσεων, γιατί δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη μεγαλύτερη επιβίωση. Έτσι ακολουθεί την απλή μαστεκτομή και την τμηματική.

3. Χημειοθεραπεία

Συνιστάται σε ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Συνήθως δίνεται με κυκλικό τρόπο. Ο χρόνος εφαρμογής της θεραπείας αυτής είναι 1-2 χρό-

νια, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα.

Δύο είναι τα σχήματα που χρησιμοποιούνται:

α. Το L-PAM (L-PHENYLALANINE MUSTARD: μουστάδα της φαινυλαλανίνης). Στο εμπόριο λέγεται ALKEVAN και χορηγείται από το στόμα.

β. Το C.M.F.: Είναι συνδυασμός τριών φαρμάκων: κυκλοφωσφamide, μεθοτρεξάτης και 5-φλουοροουρακίλης. Το πρώτο χορηγείται από το στόμα, ενώ τα άλλα δύο ενδοφλέβια.

Σήμερα, από πολλούς γίνεται συνδυασμός διαφόρων κυταροστατικών φαρμάκων, ιδίως σε ύπαρξη περισσότερων διηθημένων λεμφαδένων για καλύτερο αποτέλεσμα.

4. Ορμονοθεραπεία

Σε γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και μεταεμμηνοπαυσιακές γίνεται συνδυασμός αντεοιστρογονικής ουσίας, ταμοξιφαίνης (NOLVADEX), με L-PAM ή 5-φλουοροουρακίλη για καλύτερο αποτέλεσμα αυτών των φαρμάκων.

Μη χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού

Α. Τοπικά προχωρημένος καρκίνος: Στάδιο III

Ο τοπικά προχωρημένος καρκίνος αν και ανήκει στο στάδιο III είναι χειρουργήσιμος.

Σαν πρώτη επιλογή γίνεται ακτινοθεραπεία. Ο συνδυασμός όμως ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας φαίνεται να αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης αυτού του καρκίνου.

1. Χειρουργική θεραπεία

Γίνεται ανακουφιστική αφαίρεση της καρκινικής μάζας ή και μαστεκτομή, πριν ή μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

2. Ακτινοθεραπεία

Μόνη της και σε υψηλές δόσεις προκαλεί τοπικό έλεγχο του προχωρημένου τοπικά καρκίνου του μαστού. Στη μεγαλύτερη δόση της ακτινοβολίας το ποσοστό ελέγχου φτάνει στο 78% του όγκου.

3. Χημειοθεραπεία

Διάφορα σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων έχουν επινοηθεί με ποικίλους τρόπους χορήγησης.

Ένας τρόπος θεραπείας που στη χημειοθεραπεία θεωρείται σαν αρχή αντιμετώπισης είναι ο ακόλουθος:

α. Εάν μετά από τη χημειοθεραπεία ο πρωτοπαθής όγκος εξαλειωθεί ή περιοριστεί στο ελάχιστο, ακολουθεί ακτινοβολία μαστού, μασχαλιαίας χώρας, περιοχής έσω μαστικής και υπερκλείδιας χώρας.

β. Εάν ο περιορισμός του όγκου είναι ακόμα μικρότερος, γίνεται απλή μαστεκτομή και μετά ακτινοβολία.

γ. Εάν ο όγκος θεωρείται ανεγχείρητος, εφαρμόζεται ακτινοβολία του όγκου και των λεμφαδένων.

4. Ορμονοθεραπεία

Στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, όπως στο στάδιο I και II.

Β. Προχωρημένος καρκίνος του μαστού

με μακρινές μεταστάσεις: Στάδιο IV

Εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις, η θεραπεία στο στάδιο αυτό έχει χαρακτήρα παρηγορητικό.

1. Χειρουργική θεραπεία

Η νόσος, είναι ανίατη με χειρουργικά μέσα, λόγω της διασποράς που έχει κάνει. Εφαρμόζεται μόνο για αφαίρεση της βλάβης και διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.

2. Αντινοθεραπεία

Εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση: α) δερματικών καρκινικών βλαβών, β) μεμονωμένων οστικών εντοπίσεων της νόσου, γ) διηθημένων λεμφαδένων υπερχιλιδίας, τραχηλικής χώρας και μεσοθωρακίου και δ) για τον έλεγχο του πόνου.

3. Ορμονοθεραπεία

Η εκλογή της ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλινική κατάσταση της ασθενή. Έτσι διακρίνονται δύο κατηγορίες, τις προεμμηνοπαυσιακές και τις μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς.

Στις πρώτες αρχική μέθοδος εκλογής είναι η αμφοτερόπλευρος ωθηκεκτομή, για την εξάλειψη της επίδρασης των ωθηκικών ορμονών στην ανάπτυξη του όγκου.

Δεύτερη επιλογή είναι η υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή, εφόσον οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην αρχική ορμονοθεραπεία και παθαίνουν μετά υποτροπή.

Η επινεφριδεκτομή τείνει σήμερα να αντικατασταθεί από την φαρμακευτική επινεφριδεκτομή με τη χρήση της αμινογλουτεθιμίδης (ORIMETEN) που χορηγείται σε συνδυασμό με κορτικοειδή για την καταστολή της λειτουργίας των επινεφριδίων. Το φάρμακο αυτό είναι ανακουφιστικό για τον πόνο των οστών σε οστικές μεταστάσεις.

Σε ασθενείς με καλή ανταπόκριση στην ωθηκεκτομή, χρησ-

γούνται και αντι-οιστρογόνα (ταμοξιφαίνη).

Σε αποτυχία της ορμονοθεραπείας δίνονται χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Στις μεταεμμηνοπαυσιακές αρχικά χορηγούνται αντι-οιστρογόνα. Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου δίνονται ανδρογόνα ή οιστρογόνα.

Επινεφριδεκτομή ή αμινογλουτεθιμίδα εφαρμόζεται σε γυναίκες με καλή γενική κατάσταση και με περιορισμένη μετάσταση.

Αφού αποτύχει η ορμονοθεραπεία χορηγείται πολυχημειοθεραπεία.

Η επιλογή της ορμονοθεραπείας γίνεται και με τους ορμονικούς υποδοχείς. Η δυνατότητα ανταπόκρισης των καρκινικών κυττάρων στο ορμονικό ερέθισμα εξαστάται από τον αριθμό και την κατάσταση των υποδοχέων που διαθέτουν για κάθε ορμόνη.

Πριν από λίγα χρόνια η χορήγηση ορμονοθεραπείας στον καρκίνο του μαστού ήταν καθαρά εμπειρική.

Σήμερα όμως η γνώση και η δυνατότητα ανίχνευσης των υποδοχέων οιστρογόνων (ER) και προγεστερόνης (PgR) αποτέλεσε σημαντικό βήμα στον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής. Οι υποδοχείς οιστρογόνων είναι ειδικές πρωτεΐνες που βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα των καρκινικών κυττάρων του μαστού. Σε μικρότερο αριθμό απαντούν στο φυσιολογικό μαστό και στις καλοήθειες παθήσεις του.

Η διακύμανση των τιμών στα διάφορα δείγματα του όγκου οφείλεται: α) στη δυνατότητα λάθους κατά τον προσδιορισμό λόγω της μεγάλης ευπάθειας της μεθόδου; β) στο ότι ο αριθμός

των υποδοχέων μπορεί να διαφέρει στα διάφορα τμήματα του νεοπλασματικού όγκου.

Το 60% των ασθενών με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων ανταποκρίνεται στην ρομονοθεραπεία. Το ποσοστό αυτό πέφτει στο 8-10% όταν οι υποδοχείς οιστρογόνων είναι αρνητικοί.

Εκτός από τους υποδοχείς οιστρογόνων στα καρκινιικά κύτταρα ανιχνεύονται και υποδοχείς προγεστερόνης. Η πρόγνωση αυτών είναι καλύτερη.

Η ανταπόκριση των ασθενών στην ορμονοθεραπεία με θετικούς και τους δύο ορμονικούς υποδοχείς, ανέρχεται σε 75-80%.

Όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί χορηγείται ταμoxifen σε συνδυασμό με L-PAM (μουστάρδα της φαινυλαλανίνης) ή 5-φλουοροουρακίλη.

4: Χημειοθεραπεία

Η πολυχημειοθεραπεία είναι πιο αποδοτική της μονοθεραπείας, γιατί επιτυγχάνεται καλύτερη ανταπόκριση, μεγαλύτερη ύφεση, μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σήμερα χρησιμοποιούνται τα εξής σχήματα:

α. C.M.F. (κυκλοφωσφαμίδη-μεθοτρεξάτη-5-φλουοροουρακίλη).

β. Με βάση την αδριαμυκίνη υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί, όπως: αδριαμυκίνη-κυκλοφωσφαμίδη, αδριαμυκίνη-βινκριστίνη και αδριαμυκίνη-5-φλουοροουρακίλη-κυκλοφωσφαμίδη (F.A.C.).

Οι δόσεις θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία της ασθενούς και τη λειτουργική κατάσταση του μυελού των οστών, του ήπατος και των νεφρών.

Από τις μελέτες που έγιναν στο Νοσοκομείο <<ΣΩΤΗΡΙΑ>> σε άρρωστες με γενικευμένο καρκίνο μαστού που είχαν λάβει

στο παρελθόν συμπλοωματική χημειοθεραπεία με συνδυασμό α-δριαμυκίνης, φαίνεται να είναι η καλύτερη επιλογή σχήματος πολυχημειοθεραπείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Χημειοθεραπευτικά φάρμακα και ποσοστά ύφεσης για τον καρκίνο
μαστού στο στάδιο IV

<u>Μονοθεραπεία</u>	Ποσοστό ύφεσης %
Κυκλοσφωσαμίδη	30
Λ-Φαινυλαλανίνη	25
5-Φλουοροουρακίλη	20
Μεθοτρεξάτη	35
Βινκριστίνη	20
Αδριαμυκίνη	50
<u>Συνδυασμένη χημειοθεραπεία</u>	
C-Κυκλοσφωσαμίδη	
M-Μεθοτρεξάτη	
F-Φλουοροουρακίλη	55-60
P-Πρεδνιζολόνη	
V-Βινκριστίνη	

(κατά τον Σ.Μανταλενάκη, το 1985)

Επιπλοκές: Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο μαστού είναι γνωστό ότι εμφανίζονται καταστροφικές βλάβες του σκελετού, όπως κατάγματα, οσφυαλγία, παράλυση. Άλλες κύριες επιπλοκές είναι η υπερασβεστιαϊμία, οι μεταβολές της συμπεριφοράς και η μείωση της όρασης με ή χωρίς πτώση βλεφάρου.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού και αυτοί είναι:

1. Διηθημένοι λεμφαδένες: Ασθενείς χωρίς διηθημένους μαχαλιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους διηθημένους.

Επίσης ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων επηρεάζει την πρόγνωση. Όταν υπάρχουν 1-3 διηθημένοι λεμφαδένες η πενταετής επιβίωση των ασθενών είναι 62%, ενώ όταν είναι περισσότεροι από τέσσερις το ποσοστό μειώνεται στο 32%.

2. Όγκος ορμονοεξαρτώμενος ή όχι: Οι ορμονικά εξαρτώμενοι όγκοι είναι καλύτερης μόρφας από τους μη εξαρτώμενους.

3. Ηλικία: Ασθενείς ηλικίας 20-45 ετών έχουν χειρότερη πρόγνωση από ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας.

4. Μέγεθος όγκου: Ασθενείς με όγκο διαμέτρου κάτω από 4 εκ. είναι καλύτερης πρόγνωσης από ασθενείς με όγκο μεγαλύτερης διαμέτρου.

5. Ιστολογικός τύπος όγκου: Οι διηθητικοί καρκίνοι έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους υπόλοιπους καρκίνους..

6. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού: Είναι χειρότερης πρόγνωσης από τον εντοπισμένο καρκίνο στον ένα μαστό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ

ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Χωρίς αμφιβολία η σωστή νοσηλευτική αντιμετώπιση είναι το πιο βασικό όπλο της νοσηλεύτριας στη μάχη κατά του καρκίνου. Το ίδιο όμως βασικό και ίσως βασικότερο από όλα είναι να γνωρίζει πολύ καλά το <<πεδίο της μάχης>>, δηλαδή την καρκινοπαθή.

Η ασθενής με καρκίνο μαστού, σε αντίθεση με τους ασθενείς άλλων κατηγοριών, διακατέχεται μόνιμα από φόβους, ανησυχίες και άγχος τα οποία, πέρα από το αίσθημα του επικείμενου θανάτου, οφείλονται περισσότερο ίσως σε συναισθήματα εξάρτησης από τους άλλους, επαναπροσαρμογής στο οικείο περιβάλλον, απώλειας της ατομικότητας, δύσκολης ψυχοσεξουαλικής επαναπροσαρμογής και στους συνεχείς πόνους.

Ας μην ξεχνάμε ότι η περίοδος νόσησης μιας καρκινοπαθούς μπορεί να κυμαίνεται από μερικές μέρες ή εβδομάδες μέχρι αρκετά χρόνια. Είναι λοιπόν ανάγκη η ασθενής αυτή να αισθάνεται δίπλα της την παρουσία μίας νοσηλεύτριας η οποία πέρα από την εμπειρία της θα διαθέτει το χρόνο, το λόγο, την πειθώ και την καλοσύνη της για μια καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους. Μία καλή επικοινωνία βοηθά όχι μόνο στο να συμβλύνει τα συναισθήματα της άρρωστης, αλλά τη φέρνει και πιο κοντά στην νοσηλεύτρια, πράγμα τόσο απαραίτητο στη μάχη κατά του καρκίνου.

Ο φόβος της άρρωστης ότι η οικογένεια και οι φίλοι της

δεν την αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει την ασθενή ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Η απώλεια λειτουργίας μερισμών οργάνων, όπως της γεύσης, αφής, ομιλίας και η δυσμορφία από την ασθένεια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τη βοηθήσει να τα αντιμετωπίσει.

Παλαιότερα οι νοσηλεύτριες αμελούσαν ή και απόφευγαν να συζητήσουν τις σκέψεις τους με την καρδιοπαθή ή με το περιβάλλον της. Σήμερα η νοσηλεύτρια επιβάλλεται να λαμβάνει υπόψη της τις επιθυμίες της άρρωστης, να εξηγεί τους λόγους για ό,τι εκτελεί και να μην αποφεύγει την ανταλλαγή απόψεων με συναδέλφους της αν της ζητηθεί.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της ασθένειάς της η ασθενής με καρίνο μαστού;

Η ερώτηση αυτή έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απασχολεί γιατρούς, ψυχιάτρους, εγκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά της για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Και μεις τι θα απαντήσουμε;

Εκτός ορισμένων εξαιρέσεων η απάντηση είναι <<ΝΑΙ>>, αν και δεν είναι τόσο απόλυτο· θα κερδίσει όμως έδαφος όσο η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας και άρρωστης θα βελτιώνεται. Από την άλλη μεριά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα της, από τη φιλοσοφία της για τη ζωή και τις απόψεις της γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ

ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Γίνεται ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο με την καλύτερη φυσική και ψυχολογική προσέγγιση.

1. Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή όσο μπορεί περισσότερο να διώξει τα αισθήματα φόβου και άγχους με τις ακόλουθες ενέργειες:

α. Ακούει με προσοχή τις ανησυχίες και τα προβλήματά της.

β. Φροντίζει για την υποστήριξη της συζύγου της μέχρι την τελευταία στιγμή που θα μπει στο χειρουργείο.

γ. Εξασφαλίζει μια επίσκεψη με ασθενή της ίδιας ασθένειας που έχει ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή και έχει αποδεχθεί την ασθένειά της.

— δ. Συζητά με ειλικρίνεια και έμφαση μαζί της για το επιτυχημένο πρόγραμμα αποκατάστασης και τη χρήση κάποιου τεχνητού μαστού.

ε. Την ενθαρρύνει και τη διαβεβαιώνει ότι όλα θα πάνε καλά.

2. Κάθε γυναίκα δέχεται διαφορετικά την εγχείρηση, γιατί αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να την αντιμετωπίζει ξεχωριστά σαν άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα αισθήματά της. Μπορεί να φοβάται την αποδοχή του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, επειδή δε θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της σαν μητέρα, όταν πρέπει να θηλάσει το παιδί της. Σε αυτή την περίπτωση καλείται ο σύζυγός της και ολόκληρη η οικογένειά της να την ενισχύσουν και να την στηρίξουν ψυχολογικά.

3. Μία άλλη ενέργεια της νοσηλεύτριας είναι να επιδιώ-

Ξει τον λιγότερο χρόνο αναμονής για το χειρουργείο.

α. Ικανοποιεί όλες τις φυσικές ανάγκες και φροντίζει για την καλή διατροφή της άρρωστης.

β. Σε περίπτωση ριζικής μαστεκτομής, φροντίζει για την εξασφάλιση αίματος.

γ. Χορηγεί υπνωτικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό για να ελαττώσει τις ανηυχίες της άρρωστης.

4. Προετοιμάζει το δέρμα με ξύρισμα της περιοχής που πάσχει και των δύο μασχαλών, γιατί η επίδεση του τραύματος περνά και από την άλλη μασχάλη. Καθαρίζει σχολαστικά την περιοχή και γύρω από αυτήν σε μεγάλη ένταση. Επίσης ξυρίζει τον αντίστοιχο μηρό, λόγω πιθανής λήψης δέρματος για πλαστική, και καθαρίζει με σαπούνι και όχι αντισηπτικό, διότι καταστρέφονται τα επιφανειακά κύτταρα.

Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει μια συζήτηση με την ασθενή και την οικογένειά της, όπου αναλύονται προβλήματα σχετικά με την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διόρθωση της απώλειας του μαστού.

Βοηθάει την άρρωστη και την οικογένειά της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανηυχίες τους. Με αυτό τον τρόπο συμβάλλει στις καλύτερες σχέσεις μεταξύ τους.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η νοσηλεύτρια επιδιώκει να αποκτήσει ανεξαρτησία η ασθενής, να την ενισχύσει ψυχολογικά, την πρόληψη των επιπλοκών και την γρήγορη ανάνηψη.

α. Η νοσηλεύτρια μετράει σε μικρά χρονικά διαστήματα τη νηναρτηριακή πίεση και το σφυγμό για τη διαπίστωση του SHOCK και της αιμορραγίας.

β. Προσέχει συχνά την περιοχή του τραύματος για τυχόν αιμορραγία.

γ. Ελέγχει την επίδεση του τραύματος να είναι καλή, σφιχτή και όχι πολύ πιεστική και την ενοχλεί στην αναπνοή.

δ. Ανακουφίζει τον πόνο της άρρωστης με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, μετά από οδηγία του γιατρού..

ε. Τη βοηθάει να αλλάζει συχνά θέσεις και την ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές για πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.

στ. Ελέγχει την παροχέτευση του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή HEMOVAC (Εικόνα 14). Ελέγχει συχνά την λειτουργία της συσκευής.. Επίσης παρατηρεί και αναγράφει την ποσότητα και το χρώμα των υγρών της παροχέτευσης.

ζ. Τοποθετεί την άρρωστη σε θέση ημι-FOWLER με το ελεύθερο χέρι να ακουμπά σε μαξιλάρι. Με τη θέση αυτή αποφεύγεται το λεμφοίδημα.

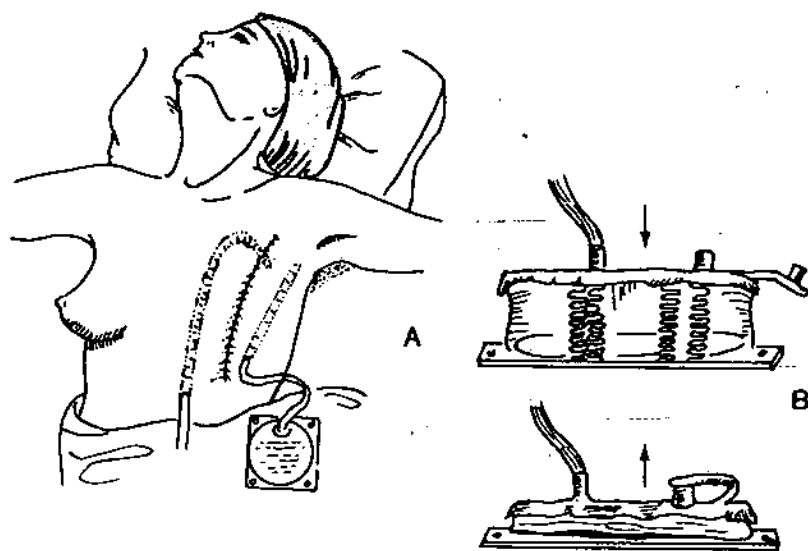
η. Με τη μαστεκτομή ελαττώνεται η άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων λόγω σφαίρεσης των λεμφοαδένων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διατηρεί καθαρό το χέρι που πάσχει και να μην

ειτελεί υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις, για τυχόν είσοδο μικροβίων.

θ.Βοηθάει την άρρωστη να σηκωθεί από το κρεβάτι όσο το δυνατό γρηγορότερα. Όταν σηκώνεται για πρώτη φορά, η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της, ότι μπορεί να χάσει την ισορροπία της εξαιτίας της απώλειας του μαστού.

ι.Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη στις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες να φάει, γιατί το ένα χέρι της δε μπορεί να το χρησιμοποιήσει. Η διατροφή συνιστάται να είναι ανάλογη με την προτίμηση και τη διάθεση της άρρωστης, αφού πρώτα η νοσηλεύτρια ανακαλύψει τους παράγοντες που επηρεάζουν την καλή δίαιτα.

ια.Φροντίζει το τραύμα με συχνές αλλαγές, παρατηρεί για τυχόν σημεία φλεγμονής και κάνει ήπιο μασάζ της περιοχής για καλύτερη κυκλοφορία του αίματος.



Εικόνα 14 Παροχέτευση τραύματος μαστεκτομής.
Α. Κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac.
Β. Η συμπίεση της Hemovac προκαλεί αναρρόφηση.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Το λεμφοίδημα παρουσιάζεται στο χέρι της προσβλημένης μεριάς από κακή λειτουργία της λέμφου, λόγω εξαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων στη ριζική μαστεκτομή. Η λοίμωξη καταπολεμάται δύσκολα, επειδή η αντίσταση του οργανισμού είναι ελαττωμένη.

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη να αποφεύγει τις εκδορές, τις αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δηγήματα εντόμων, τα εγχεύματα και τη χρήση δυνατών χημικών ουσιών, για να μην επιδεινωθεί το οίδημα από την εμφάνιση λοίμωξης. Να μην μεταφέρει βαριά αντικείμενα με το χέρι που πάσχει, να μη φορά κοσμήματα, να αποφεύγει την παρατεταμένη ηλιοθεραπεία και να περιποιείται το χέρι της καθημερινά με αλοιφή που της σύστησε ο γιατρός. Για τέσσερις μήνες περίπου να κάνει μασάζ στο βραχίονα της πλευράς που πάσχει και τον ανυψώνει συχνά για να ελαττωθεί το οίδημα. Επίσης να μη γίνονται ενέσεις, εμβόλια, αιμοληψίες, λήψη αοτηριακής πίεσης σ' αυτό το χέρι, ούτε να φορά σφιχτά ρούχα.

Όταν εμφανιστεί το λεμφοίδημα, η νοσηλεύτρια δίνει στην άρρωστη διουρητικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό. Ακόμη χρησιμοποιεί τη διαλείπουσα μονάδα συμπίεσης, όπου μέσα στο μανίκι του χεριού μπαίνει σταδιακά αέρα με πίεση για να προωθηθεί το υγρό του οιδήματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιβραδύνουν τον καρκίνο του μαστού και περιορίζουν τις διαστάσεις του όγκου.

Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας είναι κυρίως δύο κατά το στάδιο της χημειοθεραπείας:

1. Η διάλυση των φαρμάκων γίνεται με φυσιολογικό ορό ή με αποσταγμένο νερό. Κατά τη διάλυση χρησιμοποιεί γάντια μιάς χρήσεως για την προστασία του δέρματος. Φροντίζει να μην ρίξει σε κανένα σημείο το φάρμακο. Παρακολουθεί κατόπιν τη φλεβοκέντηση. Όταν παρατηρήσει οίδημα ερυθρότητα στην περιοχή διακόπτει την έγχυση του φαρμάκου και ειδοποιεί τον γιατρό. Αφού τελειώσει το φάρμακο ξεπλένει τη βελόνα με φυσιολογικό ορό και την πετά σε ειδικό δοχείο. Αναγράφει την νοσηλεία στο βιβλίο.

Ενημερώνει την άρρωστη για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών. Τη βοηθάει να αποδεχθεί τη θεραπεία, προσφέροντάς της και έντυπες πληροφορίες για περισσότερη ενημέρωση.

Φροντίζει για τη διατροφή της. Ελαφρά τροφή είναι προτιμότερη για τις μέρες της θεραπείας. Χρειάζεται να πίνει άφθονα υγρά για την αποβολή των φαρμάκων από τα ούρα, αλλά και την προστασία των νεφρών.

2. Η άλλη ενέργεια της νοσηλεύτριας είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση των παρενεργειών των φαρμάκων αυτών.

α. Λευκοπενία: Όταν παρατηρηθεί απότομη πτώση των λευκών διακόπτει τη θεραπεία και ενημερώνει το γιατρό. Προσέχει, τη θερμοκρασία του σώματος για αύξηση και το δέρμα για τυχόν σημεία λοίμωξης.

Για την πρόληψη λοίμωξης η νοσηλεύτρια εφαρμόζει σχολαστική ατομική καθαριότητα στην άρρωστη. Όταν εμφανιστεί οποιαδήποτε λύση της συνέχειας του δέρματος, απολυμαίνει την περιοχή. Περιποιείται με αντισηπτικό την στοματική κοιλότητα κάθε 6 ώρες περίπου. Αλλάζει τη συσκευή ορού κάθε μέρα και τη θέση της βελόνας κάθε δύο μέρες, σε περίπτωση που παίρνει το φάρμακο ενδοφλέβια.

β. Θρομβοπενία: Παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για τυχόν αιμάτωμα και τις διάφορες κοιλότητες για κάποια αιμορραγία. Μετράει συχνά την αρτηριακή πίεση.

Ενημερώνει τον γιατρό, όταν παρατηρήσει αιμορραγία στο σημείο που εκτέλεσε ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση. Αποφεύγει τη μεγάλη διάσκευα πίεσης με το πρεσόμετρο. Συμβουλεύει την άρρωστη για αποφυγή τραυμάτων. Της λέει να μη χρησιμοποιεί σκληρή οδοντόβουρτσα, ούτε να καθαρίζει βίαια τη μύτη της. Φροντίζει να έχει έτοιμο το αίμα, αν χρειαστεί. Κατά τη μετάγγιση ελέγχει τη ροή του αίματος και τυχόν αντίδραση της άρρωστης από το αίμα.

γ. Αναιμία: Προσέχει η διατροφή της άρρωστης να περιέχει άφθονα λευκώματα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και σε μορφή σκευασμάτων. Τη συμβουλεύει να μην κουράζεται. Αν χρειαστεί, χορηγεί αίμα με οδηγία γιατρού.

δ. Ναυτία-Έμετοι: Πριν ή μετά από την εφαρμογή της θεραπείας χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα ή υπόθετα. Φροντίζει να τα δίνει με άδειο στομάχι ή πριν από το βραδυινό ύπνο. Μόλις παραπονεθεί η άρρωστη για ναυτία της δίνει κομμάτια πάγου

και μετά λίγη φρυγανιά. Κατόπιν σεοβίρει το γεύμα της πολύ παγωμένο. Τα γεύματά της να είναι μικρά και συχνά. Την ενισχύει να μασάει καλά την τροφή της. Μετά από κάθε γεύμα περιποιείται τη στοματική κοιλότητα.

Σε συνεργασία με το γιατρό, η νοσηλεύτρια χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα. Παράλληλα παρακολουθεί την ποσότητα, το χαρακτήρα και τη συχνότητα των εμέτων. Διατηρεί την άρρωστη καθαρή από τους μέτους της εξηγεί γιατί έχει αυτές τις γαστρεντερικές διαταραχές. Φροντίζει να τρώει καλά και να διατηρεί την ισορροπία του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

ε. Διάρροια: Παρατηρεί το χρώμα και την ποσότητα των κενώσεων και για εμφάνιση συμπτωμάτων αφυδάτωσης. Προσέχει το διαιτολόγιο της άρρωστης να μην περιέχει κυτταρίνη και τροφές με υπολείματα.

Χορηγεί άφθονα υγρά και βοηθάει στη διόρθωση διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών. Περιποιείται συχνά την περιοχή του περίνεου.

στ. Στοματίτιδα: Παρακολουθεί καθημερινά τη στοματική κοιλότητα για ξηρότητα και ερυθρότητα. Καθαρίζει με αντισηπτικό το στόμα τέσσερις φορές την ημέρα και δε δίνει στην άρρωστη ερεθιστικές τροφές, όπως ξυνές. Φροντίζει συχνά τη στοματική κοιλότητα, όπως αναφέρω πιο πάνω. Αποφεύγει να προσφέρει τροφή με σάλτσες και καρυκεύματα.

ζ. Ηπατική βλάβη: Παρακολουθεί μήπως παρουσιάσει πυρετό, διάρροια, πόνο στην κοιλιά και ίκτερο. Σε περίπτωση που επιδεινώνονται τα συμπτώματα η νοσηλεύτρια ενημερώνει το γιατρό.

η. Βλάβη των νεφρών: Παρατηρεί για την εμφάνιση συμπτωμά-

των όπως ούδημα, ελάττωση της ποσότητας των ούρων και με-
τράει με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.
Κατόπιν ενημερώνει το γιατρό.

θ. Νευροτοξικότητα: Σε περίπτωση που η άρρωστη παραπονε-
θεί για ελαφρό πόνο στα χέρια και τα πόδια η νοσηλεύτρια
ευθύνεται να ειδοποιήσει το γιατρό για να αντιμετωπίσει έ-
γκαιρα τα συμπτώματα.

Παίρνει τα κατάλληλα μέτρα ασφάλειας για την προστασία
της άρρωστης, όταν οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Επίσης
διατηρεί τα μέλη του σώματος στη φυσιολογική θέση τους.

ι. Αλωπεκία: Ενημερώνει την άρρωστη ότι πρόκειται να πέ-
σουν τα μαλλιά της, αλλά θα ξαναβγούν σύντομα. Μπορεί να
μειώσει την αλωπεκία εάν τυλίξει πιεστικά με ελαστικό επί-
δεσμο το κεφάλι και τοποθετήσει μια παγοκύστη κατά τη διάρ-
κεια της χημειοθεραπείας ή λίγα λεπτά μετά.

Αφού πέσουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση και η άρω-
στη χρησιμοποιεί κάποια περούνα για την καλύτερη εμφάνισή
της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία καταστρέφει τα καρκινικά κύτταρα χωρίς να προκαλεί βλάβη στα φυσιολογικά που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Γενικά οι ενέργειες της νοσηλεύτριας προς την άρρωστη που εφαρμόζεται αυτή η θεραπεία είναι να την ενημερώσει για τη θεραπεία, να την προετοιμάσει και να τη βοηθήσει κατά τη διάρκεια αυτής, να προστατεύσει την άρρωστη, τον εαυτό της και τους άλλους, να την στηρίξει ψυχολογικά πριν, κατά και μετά την εφαρμογή της θεραπείας και να αντιμετωπίσει τις επιπλοκές της.

Όταν η ακτινοθεραπεία γίνεται εξωτερικά, όπως με ακτίνα Χ, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος της θεραπείας, τη θέση που βρίσκεται ο όγκος και το σκοπό της θεραπείας. Ενημερώνει την άρρωστη σχετικά με τη θεραπεία και της υποδεικνύει ότι δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που δείχνει το σημείο που θα ακτινοβοληθεί.

Παρατηρεί την άρρωστη για ναυτία και εμέτους, ώστε να τα αντιμετωπίσει έγκαιρα. Την προστατεύει από το κρύο, γιατί η θερμοκρασία στο χώρο της ακτινοθεραπείας είναι χαμηλή. Της δίνει αναλγητικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό, αν είναι αναγκαίο. Φροντίζει να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα της άρρωστης. Αυτό ελαττώνει τους φόβους και το άγχος και συνεργάζεται καλύτερα με το προσωπικό που θα ασχοληθεί μαζί της.

Προσέχει να είναι στεγνή η περιοχή που θα ακτινοβοληθεί και την καθαρίζει μόνο με νερό. Αποφεύγει να βάζει διάφορες

αλοιφές ή οινόπνευμα και την τριβή. Την προστατεύει από τον ισχυρό ήλιο και το δυνατό κούρο. Υπενθυμίζει στην άρρωστη να μη βγαλει το σήμα που καθορίζει το μέρος της ακτινοβολίας. Φροντίζει η διατροφή της να είναι πλούσια σε βιταμίνες και λευώματα. Με το τέλος της θεραπείας, η άρρωστη δεν έχει καθόλου ραδιενέργεια και μπορεί να έρθει σε επαφή με οποιονδήποτε.

Όταν πρόκειται να ακτινοβοληθεί ο λωτός ή η κοιλότητα του μαστού, γίνεται εσωτερική ακτινοθεραπεία και η άρρωστη ετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ετοιμασία σε περίπτωση που παίρνει το ραδιοϊσότοπο από το στόμα ή ενδοφλέβια.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την άρρωστη για το είδος και το σκοπό της θεραπείας. Όσο διάστημα έχει τα ραδιενεργά στοιχεία στο σώμα της, ακτινοβολεί ραδιενέργεια, γι' αυτό βρίσκεται μέσα σε ειδικό δωμάτιο, εντελώς απομονωμένη και δεν επιτρέπονται οι επισκέψεις μέχρι να εξαντληθούν ή αφαιρεθούν τα στοιχεία. Η άρρωστη παρακολουθείται από ένα παράθυρο και επικοινωνεί με τηλέφωνο.

Για να προστατεύσει τον εαυτό της και τους άλλους, η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της άρρωστης σχετικά με την ακτινοθεραπεία που θα υποβληθεί και το χρόνο εφαρμογής της. Όταν μπαίνει στο δωμάτιο φοράει μπλούζα και γάντια και πριν φύγει ταββάζει σε ειδικό δοχείο. Επίσης, φοράει μετρητή ακτινοβολίας και πρέπει να γνωρίζει την κατάλληλη απόσταση και χρόνο που θα κρατήσει, χωρίς να εγναταλείψει την άρρωστη σε οποιαδήποτε περίπτωση. Ενημερώνει την οικογένεια και τους φίλους της άρρωστης πως θα επικοινωνούν μαζί της και

τους εξηγεί για την εφαρμογή των μέτρων προστασίας. Η νοσηλεύτρια προσέχει να υπάρχει το σημάδι ακτινοβολίας στο φάκελο και στην πόρτα του θαλάμου της άρρωστης.

Σε περίπτωση που μολυνθεί η νοσηλεύτρια ή το γύρω περιβάλλον, ειδοποιεί αμέσως την υπεύθυνη υπηρεσία. Αν φύγει από τη θέση της η πηγή ραδιοϊσοτόπου την πιάνει με ειδικές λαβίδες και τη βάζει στη θήκη της.

Τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι το ιώδιο-131 (^{131}I), ο φώσφορος -32 (^{32}P) και ο χρυσός-198 (^{198}Au). Το ιώδιο χορηγείται από το στόμα και η νοσηλεύτρια χειρίζεται με προσοχή τα ούρα και τα απεικρίματα της άρρωστης. Ο φώσφορος δίνεται από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά και είναι λιγότερο επικίνδυνος. Ειδική μεταχείριση χρειάζονται οι έμετοι, τα κόπρανα και το επιδεσμικό υλικό. Στο χρυσό παίρνει μέτρα προστασίας από τις εκκρίσεις και το επιδεσμικό υλικό. Στις αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας είναι και η φροντίδα των παρενεργειών της ακτινοθεραπείας.

α. Δερματική βλάβη: Ελέγχει το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται, το πλένει με χλιαρό νερό και βάζει επάνω μια ουδέτερη αλοιφή, μετά από συνεργασία με το γιατρό. Λέει στην άρρωστη να μην πιέζει την περιοχή εκείνη και να μη φορά στενά ρούχα. Όταν η βλάβη είναι πολύ προχωρημένη ενημερώνεται ο γιατρός για να διακόψει τη θεραπεία για λίγο διάστημα.

β. Ναυτία, έμετοι, ανορεξία: Μετά από οδηγία του ειδικού γιατρού, η νοσηλεύτρια δίνει αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα στην άρρωστη. Φροντίζει να τρώει καλά και να πίνει άφθονα υγρά. Τα γεύματά της να είναι μικρά και συχνά.

Καλύπτει όλες τις φυσικές της ανάγκες και την ενισχύει ψυχολογικά.

γ. Διάρροια: Χορηγεί τα ανάλογα φάρμακα που θεραπεύουν τη διάρροια. Ρυθμίζει το διαιτολόγιό της να μην περιέχει τροφές που αφήνουν υπολείματα.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αρχικά η νοσηλεύτρια δίνει απαντήσεις στα διάφορα ερωτήματα της άρρωστης.

Βοηθάει την άρρωστη την ώρα των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αρχίζουν τη δεύτερη ή τρίτη μετεγχειρητική μέρα. Αρχικά γίνεται κάμψη και έκταση του αγκώνα, προηρισμό και υπτισμό του καρπού, σφύξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων με το χέρι της παθητικής πλευράς. Αυτές οι κινήσεις γίνονται για πρόληψη των συσπάσεων των μυών και διατήρηση της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Μπορεί η άρρωστη να μη θέλει να κάνει τις ασκήσεις, επειδή πονάει. Η νοσηλεύτρια όμως πρέπει να την πείσει τονίζοντάς της τη σημασία των ασκήσεων αυτών, χωρίς να την πιέζει.

Όταν εκτελεί τις ασκήσεις η άρρωστη θα πρέπει να αισθάνεται ευχέρεια στις κινήσεις. Την ενθαρρύνει να κρατά κανονική θέση στο σώμα της κατά την εκτέλεσή τους.

Η άρρωστη αυξάνει τις δραστηριότητές της σιγά-σιγά και μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί (βούρτσισμα των δοντιών, χτένισμα, πλύσιμο). Στη συνέχεια σφίγγει μια ελαστική μπάλα με το χέρι της προσβλημένης μεριάς και μετά αρχίζει να πετά τη μπάλα. Επίσης γίνεται η άσκηση <<αναρρίχηση>> των δακτύλων στο τοίχο με λυγισμένους αγκώνες και τους ώμους ίσιους, ενώ τα πόδια της βρίσκονται κολλημένα στον τοίχο. Η επόμενη άσκηση είναι για την ωμοπλάτη. Στο χερούλι της πόρτας είναι δεμένο ένα σχοινάκι. Η άρρωστη πιάνει το σχοινάκι από απόσταση δύο μέτρων περίπου με χέρι που πάσχει και

κάνει περιστροφικές και άλλες κινήσεις. Κατόπιν γίνεται η αιώρηση των χεριών. Σκύβει μέχρι τη μέση και κουνά τα χέρια της από το ένα μέρος στο άλλο με τεντωμένους αγκώνες. Η άρρωστη φτάνει στο σημείο να ανεβοκατεβάσει τα χέρια της πίσω στην πλάτη, όπως όταν κουμπώνει τα κουμπιά της μπλούζας της. Τέλος, εκτελεί την άσκηση <<άγγιγμα μετώπου>>. Στρεμμένη προς τον τοίχο βάζει τις παλάμες της εκεί στο ύψος του ώμου. Συγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο και κάμπει τους αγκώνες. Μετά επανέρχεται στην αρχική της θέση.

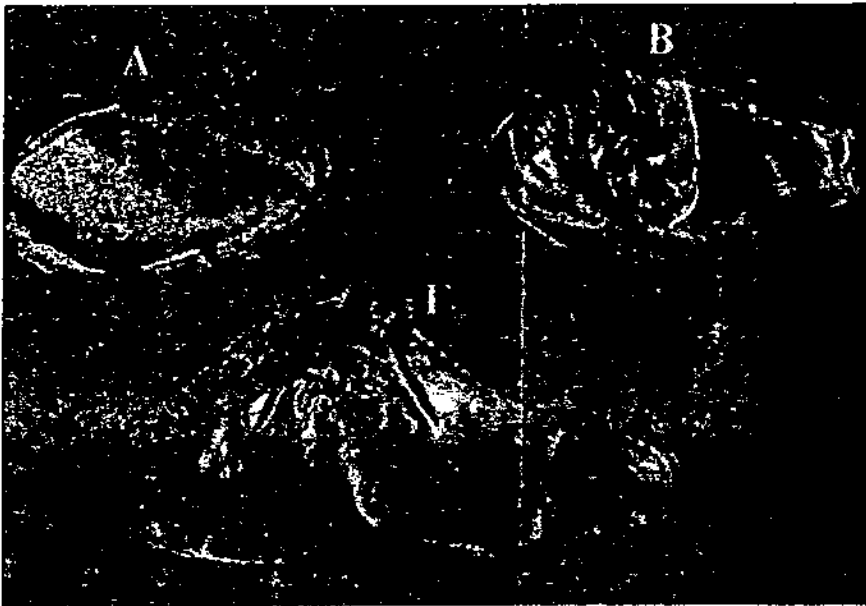
Εάν έχει γίνει πλαστική εγχείρηση, οι ασκήσεις θα πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο βαθμό και αυξάνονται σιγά-σιγά.

Η άρρωστη που υποβλήθηκε σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται τη βοήθεια της νοσηλεύτριας στην εκλογή τεχνητούσθηθούς. Αρχικά τη συμβουλεύει να φορά έναν κανονικό στήθος που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό και να μην κολλάει πάνω στο τραύμα. Για να διατηρηθεί το υλικό αυτό στη θέση του, μπορεί να κρατηθεί με ένα κομμάτι από λάστιχο σχήματος <<V>> από κάτω και να στερεωθεί στη ζώνη του στήθους. Η τιράντα του στήθους δε θα πρέπει να είναι πολύ σφιχτή στον ώμο.

Αφού κλείσει το τραύμα και επιτρέψει ο γιατρός, η νοσηλεύτρια ενημερώνει στην άρρωστη για τους διάφορους τύπους τεχνητού μαστού και από που να τους προμηθευτεί. (Εικόνα 15). Της εξηγεί ότι η πρόσθεση πρέπει να είναι άνετη και να έχει το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος για να μπορέσει να αποκτήσει γρήγορα την ισορροπία της. Παράλληλα η νοσηλεύτρια έχει την ευθύνη να πείσει τον

σύζυγο της άρρωστης να πάνει μαζί στην αγορά της πρόσθεσης για να την ενλοχύσει να το αποδεχθεί.

Τελευταία, η νοσηλεύτρια πρέπει να τονίσει στην άρρωστη τη σημασία της εξέτασης μετά κάποιο χρονικό διάστημα από την έξοδό της, που περιλαμβάνει: έλεγχο της επούλωσης του τραύματος, αξιολόγηση των ασκήσεων, έλεγχο της αποτελεσματικότητας του τεχνητού μαστού, εκτίμηση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της άρρωστης και εξέταση για τυχόν υποτροπή της νόσου.



Εικόνα 15. Διάφοροι τύποι προσθέσεων.
Α. Με αφρώδες πλαστικό
Β. Με υγρό. Γ. Με αέρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Πρώτη περίπτωση

Ιστορικό Υγείας

Όνοματεπώνυμο: Σ.Μ.

Ηλικία: 54 ετών

Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Παντρεμένη

Ημερομηνία εισόδου: 8/2/1990

Ημερομηνία εξόδου: 15/2/1990

Ατομικό ιστορικό: Δεν είχε κανένα πρόβλημα υγείας, δεν κάπνιζε, ήταν στην κλιμακτήριο περίοδο.

Οικογενειακό ιστορικό: Δεν υπήρχε άτομο στην οικογένειά της με καρκίνο μαστού.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Καμιά. Ανακαλύφθηκε τυχαία.

Επίλυση της φυσικής κατάστασης: Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο..

Διαγνωστικές εξετάσεις: Ακτινογραφία θώρακα αρνητική. Μαστογραφία θετική.

Εντόπιση: Άνω έξω τεταρτημόριο δεξιού μαστικού αδένος.

Ιστολογικός τύπος: Αμιγές αδenoκαρκίνωμα, πορογενές

Κλινική σταδιοποίηση: Κατατάσσεται στο στάδιο I με διάμετρο 3,5 εκ.. Όλοι οι αδένες είναι αρνητικοί.

Ταξινόμηση κατά T.N.M. σύστημα: T₁N₀M₀

Χειρουργική επέμβαση: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Άγος, αγωνία, κατάθλιψη και αποδοχή της μαστεκτομής.	Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη την αρρώστειά της και την απώλεια του μαστού. Ελάττωση της αγωνίας και του άγχους.	Η νοσηλεύτρια προσπάθησε να λύσει τα προβλήματα της άρρωστης βοηθώντας της να τα εξωτερικεύσει με το διάλογο μεταξύ τους και ικανοποιώντας όλες τις ανάγκες της. Αφού η άρρωστη δεν μπόρεσε να προμηθευτεί της χορηγήθηκε STEDON.	Η άρρωστη αποδέχεται την μαστεκτομή και μπαίνει στο χειρουργείο ήρεμη.
Πόνος.	Ανακούφιση του πόνου με προσέγγιση της άρρωστης και διάλυση της έντασης.	Βασικά επειδή ο πόνος προέρχεται από την ένταση, η νοσηλεύτρια προσπάθησε να μειώσει τους παράγοντες που της δημιουργούν αυτή την ένταση. Της μιλούσε ήρεμα και με στοργή. Πρόλαβε τις δυσάρεστες επιπτώσεις της ανιμνοσίας και της παραμονής της στο κρεβάτι αλλάζοντας συχνά θέσεις στην άρρωστη. Πρόσεχε αν ο πόνος ήταν εντονότερος τη νύχτα και της έδωσε υπνωτικό φάρμακο. (...) Εφ' όσον πονούσε πολύ, σε συνεργασία με το γιατρό, της έδωσε PETHIDINE.	Επιτυχία της άρρωστης να μην έχει ανυπόφορο πόνο.

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Περιποίηση του τραύματος και παρακολούθηση της παροχέτευσης.	Μείωση του κινδύνου λοίμωξης.	Η νοσηλεύτρια καθάριζε με χλιαρό νερό και ήπιο αντισηπτικό διάλυμα την τραυματική χώρα και την περιποιούνταν με προσοχή καθημερινά. Ακόμη παρακολουθούσε συχνά τη λειτουργία της συσκευής, το χρώμα και την ποσότητα των παροχетеυομένων υγρών. Η συνολική ποσότητα των υγρών ήταν 50 CC.	Αποφυγή της μόλυνσης του τραύματος και η γρήγορη επούλωσή του.
Δύσπνοια.	Εξάλειψη της δύσπνοιας.	Χορήγησε οξυγόνο με τη συσκευή. Η δόση καθορίστηκε από το γιατρό. Της χορηγήθηκαν 3 LIT/MIN.	Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρωστης.
Διατροφή.	Πρόληψη απώλειας σωματικού βάρους.	Φρόντιζε για την καλή διατροφή της άρρωστης, ανακαλύπτοντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν.	Γιανοποίηση της άρρωστης και διατήρηση του σωματικού της βάρους.
Διάρροια.	Αποφυγή αφυδάτωσης και διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρονίων.	Η νοσηλεύτρια παρακολουθούσε το χρώμα, την ποσότητα και το περιεχόμενο της διαροϊκής κένωσης. Φρόντισε το διαιτολόγιο ώστε να μην υπάρχει κυτταρίνη στις τροφές. Βοήθησε στην αντιμετώπιση της διάρροιας με τη χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν την διάρροια, όπως σταγόνες IMODIUM. Επίσης φρόντισε την περιοχή του περινέου.	Σωστή ενυδάτωση και ισορροπία του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.

Πρόβλημα άρρωστης	Στοιχός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών:
Μείωση κινήσεων και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.	Αποκατάσταση της άρρωστης σταδιακά στη φυσική της κατάσταση όσο το δυνατόν περισσότερο.	Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα η άρρωστη διδάχθηκε τις ασκήσεις. Την ενθάρρυνε ψυχολογικά ώστε να εκτελεί τις ασκήσεις με ευχέρεια και δεν την πίεζε, όταν πονούσε. Οι ασκήσεις προοδευτικά αυξήθηκαν και η άρρωστη μπορούσε να αυτοεξυπηρετηθεί.	Η άρρωστη μπορούσε να εκτελεί όλες τις απαραίτητες κινήσεις χωρίς δυσκολία και πόνο.
Αλλαγή στην εμφάνιση της και εκλογή τύπου τεχνητού μαστού.	Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να αποδεχθούν την πραγματικότητα. Διευκόλυνση για την καλύτερη εμφάνισή της.	Η νοσηλεύτρια ενθάρρυνε την άρρωστη να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της. Ακόμη τη βοήθησε στην επιλογή της πρόσθετης τεχνητού μαστού. Αρχικά τη συμβούλεψε να φοράει κανονικό στήθος με ένα μαλακό υλικό. Αργότερα, αφού επουλώθηκε το τραύμα την ενημέρωσε για τον κατάλληλο τύπο πρόσθεσης και από που θα το προμηθευτεί. Επίσης, η νοσηλεύτρια ενθάρρυνε το σύζυγό της για καλύτερη αποδοχή της άρρωστης.	Επιτυχία καλής εμφάνισης και αποδοχή της πραγματικότητας.
Μετανοσοκομειακό CHECK-UP.	Επανεκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης.	Η νοσηλεύτρια τόνισε στην άρρωστη τη σημασία της επίσκεψής της, για την εκτίμηση της κατάστασής της.	Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης, καλύτερη επώλωση του τραύματος, αξιολόγηση της προόδου των ασκήσεων και διαπίστωση τυχόν υποτροπής της νόσου.

Δεύτερη περίπτωση

Ιστορικό Υγείας:

Όνοματεπώνυμο: Σ.Ε.

Ηλικία: 58 ετών

Επάγγελμα: Οικιακά

Συζυγική κατάσταση: Παντρεμένη

Ημερομηνία εισόδου: 22/1/1990

Ημερομηνία εξόδου: 1/2/1990

Ατομικό Ιστορικό: Δεν κάπνιζε και ήταν στην κλιμακτήριο περίοδο. Είχε πρόβλημα υγείας. Στις 23/1/1987 είχε κάνει μαστογραφία και των δύο μαστών, αλλά δεν παρατηρήθηκαν ευρήματα κακοήθειας στους μαζικούς αδένες. Στις 30/1/1987 ξαναέκανε μαστογραφία και πάλι δεν σημειώθηκαν παθολογικά ευρήματα στους μαζικούς αδένες και γύρω από τη θηλή. Στις 5/1/1990 από τη μαστογραφία που έκανε δεν σημειώθηκαν παθολογικά ευρήματα στον αριστερό μαζικό αδένα. Στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαζικού αδένα απεικονίστηκε σκίαση με ασαφή όρια. Στους υπέρηχους η παραπάνω περιοχή ανασδεικνυόταν ως συμπαγής όζος. Η θηλή ήταν φυσιολογική στο πάχος του δέρματος. Εικόνα μιτωτική.

Οικογενειακό Ιστορικό: Δεν είχε άλλο άτομο της οικογένειάς της καρκίνο μαστού.

Προηγούμενη πάθηση μαστού: Είχε ενοχλήσεις. Ανακαλύφθηκε από τη μαστογραφία, όπως αναφέρω πιο πάνω. Η ίδια έκανε συχνή αυτοεξέταση του μαστού.

Επίτιμηση της φυσικής εξέτασης: Η εξέταση έδειξε ανώδυνο μη κινητό ογκίδιο και υπήρχε ερυθρότητα.

Διαγνωστικές εξετάσεις: Στην ακτινογραφία θώρακα δεν είχε παθολογικά ευρήματα στους πνεύμονες. Η μαστογραφία ήταν θετική (σκίαση με ασαφή όρια)..

Εντόπιση: Δεξιός μαστός στο άνω έξω τεταρτημόριο.

Ιστολογικός τύπος: Αμυγές αδenoκαρκίνωμα.

Κλινική σταδιοποίηση: Ανήκει στο στάδιο I με διάμετρο 4 εκ. περίπου.

Ταξινόμηση κατά T.N.M. σύστημα: T₁ N₀ M₀

Χειρουργική επέμβαση: Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΤΕΣ

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Ανησυχία, άγχος, αγωνία.	Βοήθεια της άρρωστης να αποδεχθεί την μαστεκτομή και να λυθούν οι απορίες της, με την ενημέρωση για τη θεραπεία.	Η νοσηλεύτρια προσπάθησε και δημιούργησε στην άρρωστη ατιμώκαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής της εγχείρησης. Την προσέγγισε και με ήρεμο τόνο ωνής την έπεισε να αποδεχθεί την πραγματικότητα. Σε συνεργασία με το γιατρό, χρειάστηκε να χορηγηθεί ηρεμιστικό STEPON.	Η άρρωστη έδωσε την ανησυχία και το άγχος, μπόρεσε να συνεργασθεί με το προσωπικό υγείας και να αξιοποιηθούν οι δυνατότητες, για τη σίγουρη επιτυχία της θεραπείας.
Τραύμα-παροχέτευση.	Πρόληψη μόλυνσης της τραυματικής χώρας.	Καθημερινά η νοσηλεύτρια καθάριζε με χλιαρό νερό και σαπούνι το τραύμα. Παράλληλα παρατηρούσε την παροχέτευση, το χρώμα και την ποσότητα των υγρών και αν λειτουργεί σωστά η συσκευή. Η ολική ποσότητα που παροχετεύθηκε με τους σωλήνες REPOPACK ήταν 45 CC.	Επιτυχία της γρήγορης επώλωσης του τραύματος, χωρίς κανένα κίνδυνο λοίμωξης της περιοχής.
Ισορροπία ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.	Αποφυγή της διαταραχής των υγρών του οργανισμού της άρρωστης.	Την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα η άρρωστη δεν έπαιρνε τίποτα από το στόμα. Έτσι η νοσηλεύτρια της χορήγησε ορό DEXTROSE 5% 1000 CC και μετά NORMAL SALINE 0,9%	Σωστή ενυδάτωση της άρρωστης.

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Λ1) Δυσκοιλιότητα.	Βοήθεια για τον κανονικό ρυθμό κένωσης της άρρωστης.	1000 CC. Αφού τελείωσαν οι οροί μπορούσε να παίρνει υγρά από το στόμα. Η άρρωστη την τέταρτη μετεγχειρωτική μέρα παραπονέθηκε για δυσκοιλιότητα. Σε συνεργασία με τον γιατρό της χορηγήθηκαν σταγόνες γλυκερίνης και μετά λίγες ώρες ενεργήθηκε. Την επόμενη μέρα της ξαναέδωσε σταγόνες γλυκερίνης και την έκτη ημέρα της έκανε ένα μικρό υποκλυσιμό (FLIT-ENEMA).	Ρυθμίστηκε ο χρόνος κένωσης της άρρωστης με την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας.
Μείωση διασποριολοτήτων.	Βοήθεια στην άρρωστη να αυτοεξυπηρετείται.	Από την τρίτη μετεγχειρωτική μέρα η νοσηλεύτρια άρχισε να της δείχνει τις πρώτες σιγήσεις που σταδιακά αυξάνονταν. Έτσι η άρρωστη άρχισε να χτενίζεται και να πλένεται μόνη της. Όταν πονούσε δεν την πίεζε να συνεχίσει. Αφού προεμούσε συνέχιζε μέχρι που μπορούσε να κάνει όλες τις κινήσεις που έπρεπε. Παράλληλα η νοσηλεύτρια παρακολούθησε για την εμφάνιση λεμφαιδήματος.	Επαναφορά στην αρχική κατάσταση των μυών και αρθρώσεων που έπασχαν λόγω της χειρουργικής επέμβασης με όσο το δυνατόν λιγότερα κατάλοιπα.

Πρόβλημα άρρωστης	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Νοσηλευτικές ενέργειες	Αποτέλεσμα ενεργειών
Απώλεια μαστού και επιλογή οστού τύπου τεχνητού.	Ευθάρρυνση της άρρωστης να αποδεχθεί την πραγματικότητα.	Η νοσηλεύτρια ενίσχυσε ψυχολογικά την άρρωστη και μπόρεσε να διαλύσει το άγχος της. Της είπε να φορέσει αρχικά στηθόδεσμο που θα το γέμιζε με κάποιο μαλακό υλικό και μετά την ενημέρωσε για τους διάφορους τύπους τεχνητής πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από που θα τους αγοράσει.	Άρτια εμφάνιση της άρρωστης.
Επιείμηση της φυσικής της κατάστασης.	Πρόληψη υποτροπής της νόσου, γρήγορη επούλωση του τραύματος και αποκατάσταση της ψυχικής και κοινωνικής ισορροπίας της άρρωστης.	Αφού η άρρωστη ετοιμαζόταν για την έξοδό της από το νοσοκομείο της δήλωσε η νοσηλεύτρια τη σπουδαιότητα της επανεξέτασης μετά λίγους μήνες.	Καλύτερη επούλωση τραύματος, αποφυγή υποτροπών νόσου και έλεγχο της πρόοδου των ασκήσεων.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: <<Παθολογία της γυναίκας>>

Επίτομος (σελ. 367-392), Έκδοση 1η Γ.Παρισιάνος,
Αθήνα 1985.

ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: <<Φυσιολογία της γυναίκας>>

Επίτομος (σελ.195-196), Έκδοση 1η Γ.Παρισιάνος,
Αθήνα 1985.

ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.: <<Επίτομη Χειρουργική και Ορθοπεδική>>,

(σελ.332-337), Έκδοση 5η-Αναθεωρημένη Δ. Βασώνης,
Αθήνα 1986.

HARRISON T.R.: <<Εσωτερική Παθολογία>>, Τόμος Β΄

(σελ. 1048-1059), Μετάφραση: Α. Βαγιωνάκης, και Δ.
Βασώνης, Έκδοση 10η, Γ.Παρισιάνος, Αθήνα 1987

ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ.: <<Χειρουργική>>, Νεοπλασματική νόσος,

Τόμος Α΄ (σελ.335-340), Έκδοση 1η Π.Χ.Πασχαλίδης,
Αθήνα 1987.

ΚΑΠΟΠΟΥΛΟΣ Κ.: <<Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια>> Τόμος 3ος,

(σελ. 198), Έκδοση 1η Π.Αλεξάνδρου, Αθήνα 1981

ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Π.: <<Χειρουργική>>, Καρκίνος μαστού, Τόμος Α΄

(σελ. 344-372), Έκδοση 1η Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1987

LEONHARDT H.: <<Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο

άτλαντα>>, Εσωτερικά όργανα, Τόμος 2ος (σελ.320-322),

Μετάφραση-Επιμέλεια Ν.Παπαδόπουλος, Έκδοση 1η, Λίτσας
Αθήνα 1985.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: <<Νοσηλευτική Παθολογική

Χειρουργική>>, Ογκολογική Νοσηλευτική, Τόμος Β΄, Μέρος 2ο

(σελ.112-118, σελ. 144-151 και σελ. 160-163), Έκδοση

9η ΤΑ.ΒΙ.ΘΑ., Αθήνα 1987

ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ Σ.Ι.: <<Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας>>

Επίτομος (σελ. 624-631), Έκδοση 1η, Γ.Παρισιάνος,
Αθήνα 1985.

ΡΗΓΑΤΟΣ Γ.: <<Χημειοθεραπεία>>, Ενημερωτικό φυλλάδιο, Έκδο-
ση 1η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρείας, Αθήνα 1987.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ.: <<Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες>>, Τόμος 2ος,
Μέρος Β' (σελ.729-743), Έκδοση 1η-Πρωτότυπη ΒΗΤΑ,
Αθήνα 1985.