

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θέμα: " ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ "

Καθηγητής

ΜΠΑΓΣΟΛΑΚΗ

Η Σπουδάστρια

Χόρτη Φρειδερίκη



Πάτρα 10 Μαΐου 1991

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

435

**ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

στην πρόοδο και εξέλιξη  
της Ελληνίδας Νοσηλεύτριας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αφιέρωση	σελίδα	I
Πίνακας περιεχομένων	"	II
Πρόλογος	"	IV

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'**

Εισαγωγή	"	1
Ανατομία του μαστού	"	1
Φυσιολογία του μαστού	"	3

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'**

Καρκίνος του μαστού	"	5
Αιτιολογία και επιδημιολογία	"	5
Παθολογική Ανατομική	"	6
Ταξινόμηση καρκίνου του μαστού	"	7
Στάδια του καρκίνου του μαστού	"	11
Συχνότητα ιστολογικών τύπων καρκίνου του μαστού	"	12
Καρκίνος του μαστού στον άνδρα	"	13

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'**

Κλινική εικόνα-συμπτωματολογία	"	14
Διάγνωση	"	15
Διαγνωστικές εξετάσεις	"	16
Αυτοεξέταση μαστού	"	18
Θεραπεία	"	20
Θεραπεία με ακτινοβολία	"	22
Χημειοθεραπεία	"	23
Ορμονοθεραπεία	"	24
Καρκίνος του μαστού και εγκυμοσύνη	"	25
Πρόγνωση	"	26

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με Ca μαστού	σελίδα	29
Ψυχολογική υποστήριξη	"	29
Προεγχειρητική φροντίδα	"	31
Μετεγχειρητική φροντίδα	"	32
Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία	"	33
Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία	"	38
Παρακολούθηση αρρώστου μετά από μαστεκτομή	"	41
Μετεγχειρητικές επιπλοκές	"	43
Διδασκαλία της άρρωστης πριν την έξοδό της	"	
από το νοσοκομείο	"	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Ψυχολογικές συνέπειες του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία νοσηλευτριάς - ασθενούς	"	48
Μέθοδος Νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο μαστού	"	50
Κλινική περίπτωση 1η	"	50
Κλινική περίπτωση 2η	"	58
Ε π ί λ ο γ ο ς	"	66
Β ι β λ ι ο γ ρ α φ ί α	"	68

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον άνθρωπο, εδώ και αρκετά χρόνια. Θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ο καρκινοπαθής είναι γεμάτος κατάθλιψη, απελπισία, αγωνία και ανασφάλεια, από την πρώτη στιγμή της διαγνώσεως της ασθένειάς του. Γι' αυτό και έχει την ανάγκη της νοσηλευτικής υποστήριξης και συμπαράστασης περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο ασθενή.

Σκοπός της εργασίας μου είναι να δώσω μία μικρή γενική εικόνα του θέματος "καρκίνος του μαστού" δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου. Ο καρκίνος του μαστού όταν εντοπιστεί στα αρχικά στάδια, έχει πιθανότητες ίασης, αφήνοντας όμως στην γυναίκα μια μόνιμη αναπηρία. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μια γυναίκα μετά από ένα χειρουργείο μαστεκτομής είναι πάρα πολλά.

Αυτό που θα τονίσω στην εργασία μου είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας για την επίλυση των προβλημάτων αυτών, που έχει σαν αποτέλεσμα την ανακούφιση του ψυχικού και σωματικού πόνου της άρρωστης.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τα κακοήθη νεοπλασματικά νοσήματα που συλλογικά ονομάζουμε "καρκίνο" αποτελούν ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας στον τόπο μας, όπως και σε πολλές άλλες χώρες. Ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός ονόμασαν πρώτοι, καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού.

Το 1838 ο JOHANNES MULÜLLER, ήταν ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου. Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοηθές ή κακοηθές.

Το καλοηθές νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι βλαπτικά, δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς και δεν διασπείρονται σε άλλα μέρη του οργανισμού. Το κακοηθές νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντα επιβλαβής στον οργανισμό, που μεταναστεύουν ή διασκορπίζονται σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση. Για να γίνει αντιληπτό ένα νεοπλασματικό ογκίδιο πρέπει να έχει διάμετρο ένα τουλάχιστον εκατοστόμετρο. Το ογκίδιο αυτό αποτελείται από 300 περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα. Ο χρόνος που χρειάζεται για να σχηματιστεί το ογκίδιο από το αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο είναι περίπου 18 μήνες.

Έτσι εξηγείται γιατί περνάει μεγάλο χρονικό διάστημα, από την αρχή του νεοπλάσματος μέχρι και την εμφάνιση των συμπτωμάτων του.

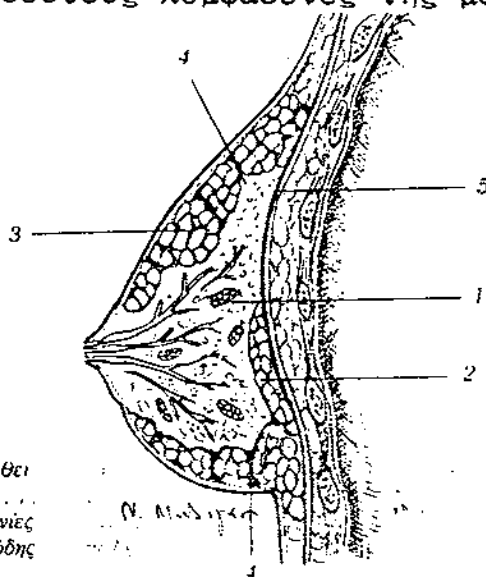
#### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ**

Οι μαστοί είναι διαφοροποιημένοι αποκρινείς αδένες που μοιάζουν στη δομή τους με τους ιδρωτοποιούς αδένες.

Βρίσκονται στο προσφιοθωρακικό τοίχωμα μεταξύ 2ης και 6ης πλευράς. Ο αδένας σχηματίζεται από 12-20 λοβούς και κάθε λοβός εκβάλλει στην θηλή με δικό του πόρο. Οι σύνδεσμοι του COOPER επεκτείνονται από την θωρακική απονεύρωση μέχρι το δέρμα και συγκρατούν το μαστό.

Το λεμφικό σύστημα επισημαίνεται σε τρεις περιοχές α. Στο δέρμα β. στη θηλή γ. Στον αδένα τα δερματικά λεμφαγγεία αθροίζονται προς τα έξω και οδεύουν στη σύστοιχο μασχάλη τα λεμφαγγεία των έσω 4/μοριων μπορεί να οδεύσουν και προς την αντίστοιχο μασχάλη.

Τα λεμφαγγεία της άλω και της θηλής αθροίζονται στο πλέγμα του SAPPEY και εκβάλλουν α. Στους έσω λεμφικούς πόρους β. Στους έξω λεμφικούς πόρους. Οι πόροι αυτοί συνενώνονται και οδεύουν προς τους πρόσθιους λεμφαδένες της μασχάλης.



Υφή φυσιολογικού μαστού (σχηματικά).  
1. Μαζικός αδένας. 2. Εν τω βάθει λιπώδες στρώμα. 3. Επιπόλης λιπώδες στρώμα. 4. Ινώδεις ταινίες (σύνδεσμοι του Cooper). 5. Λιπώδες ιστός υπό την απονεύρωση.

Η ομάδα αυτή των λεμφαδένων δέχεται και τα λεμφαγγεία που εκπορεύονται από τον αδένα και ευρίσκεται στο ύψος της 3ης πλευράς. Στη συνέχεια η ομάδα αυτή παροχετεύει την λεμφο στους κεντρικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που ευρίσκονται κάτωθεν της μασχαλιαίας φλέβας εντός λιπώδους ιστού.



Τα λεμφαγγεία της κεντρικής ομάδας οδεύουν προς τους εν τω βάθει λεμφαδένες της μασχάλης. Μία ομάδα αυτών ευρίσκειται στην πρεία της μασχαλιαίας φλέβας και άλλη όπισθεν της πλευροκορακοειδούς μεμβράνης του αποτελεί την κορυφαία ομάδα.

Η εν τω βάθει μασχαλιαία ομάδα συνεχίζεται προς τα άνω με την τραχηλική λεμφαδενική αλυσίδα.

Μερικά λεμφαγγεία του άνω-έξω 4/μορίου καταλήγουν στην μασχάλη, ενώ τα λεμφαγγεία των έσω 4/μορίων πηγαίνουν στους λεμφαδένες που ευρίσκονται κατά μήκος της έσω μαστικής αρτηρίας. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ακολουθήσει την οδό προς τον άλλο μαστό και προς τους αντίστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η συγγενής έλλειψη του μαστού είναι σπάνια (αμαστία). Μπορεί όμως να υπάρχει πολυμαστία και πολυθηλία.

#### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

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

Στον άνδρα ο μαστός στερείται λειτουργικότητας. Αντίθετα στη γυναίκα από τη γέννηση μέχρι το θάνατό της, ο μαστός ευρίσκεται υπό την επίδραση ορμονών. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εξέλιξη των πόρων, η προγεστερόνη των κυψελίδων η γαλακτογόνος (προλακτίνη) ορμόνη παράγει γάλα και ο οξυτοσικός παράγων βοηθεί την έκκριση του γάλακτος προς τα έξω.

Οι φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές στους μαστούς γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς με την έναρξη της εμμηνορυσίας και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Τη μεγαλύτερη ανάπτυ-

ξη τους, οι μαστοί, παρουσιάζουν κατά τη στιγμή του τοκετού και την περίοδο του θηλασμού, ενώ μετά την εμμηνοπαυση αρχίζουν να ατροφούν. Η υπέρμετρη διόγκωση στα νεαρά κορίτσια (παρθενική υπερτροφία) μπορεί να διορθωθεί με αισθητική εγχείρηση.

Κατά την εφηβία η παρατηρουμένη υπερτροφία στους άνδρες (γυναικομαστία) είναι φυσιολογική. Στον ενήλικα τίθεται η υποψία όγκου. Το δέρμα που καλύπτει το μαστό καταλήγει σε μια σκουρόχρωμη περιοχή, τη θηλαία άλω. Στην επιφάνεια της άλω 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 αδένινα 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 ινολιπώδης ιστός που προστατεύει τα γαλακτοπαράγωγα εξαρτήματα και διατηρεί το σχήμα του μαστού.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας στο δυτικό ημισφαίριο. Το 1980 στις Η.Π.Α. η νόσος αυτή διαγνώστηκε σε 108.000 γυναίκες και 900 άνδρες. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 35-45 ετών.

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι η παρουσία του καρκίνου του μαστού ποικίλλει ευρέως μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών π.χ. οι γυναίκες που ζουν σε ανατολικές χώρες διατρέχουν μικρό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, οι γυναίκες της ηπειρωτικής ΗΠΑ παρουσιάζουν την μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού. Η επίπτωση ποικίλλει ακόμα και μεταξύ φυλετικών ομάδων μέσα στις ΗΠΑ. Η επίπτωση είναι υψηλότερη στην καυκάσια φυλή, ενδιάμεση στην μαύρη φυλή και χαμηλότερη στους Ινδιάνους της Αμερικής. Γυναίκες που οι μητέρες τους ή οι αδελφές τους έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο. Ο κίνδυνος επαυξάνεται όταν ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται πριν από την εμμηνόπαυση, όταν είναι αμφοτερόπλευρος ή σε δύο ή περισσότερα άτομα που είναι συγγενείς πρώτου βαθμού. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 90% των ασθενών δεν υφίσταται ιστορικό καρκίνου του μαστού μεταξύ των συγγενών τους.

Στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποίηση, και σε γυναίκες που η πρώτη εγκυμοσύνη πραγματοποιήθηκε μετά από την ηλι-

κία των 35 ετών, η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι ελαφρά μεγαλύτερη σε σύγκριση με τις πολύτοκες. Η πιθανότητα για την ανάπτυξη της νόσου αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Η μέση ηλικία των γυναικών με καρκίνο μαστού είναι 60-61.

Το ιστορικό καλοηθών 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 του καρκίνου του μαστού.

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

Η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελεί κύριο παράγοντα αύξησης του κινδύνου ανάπτυξης κακοήθους νόσου. Οι παρατηρήσεις αυτές προέρχονται από μελέτες σε επιζώσες των βομβαρδισμένων πόλεων Χιροσίμα και Ναγκαασάκι και σε γυναίκες που έχουν υποστεί ακτινοθεραπεία. Λόγω της σχετικά χαμηλής επιπτώσεως του καρκίνου του μαστού στους άνδρες, η επιδημιολογία του και η αιτιολογία του παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ανεξερευνήτες. Είναι γνωστό όμως, ότι οι άνδρες με διαταραχή του μεταβολισμού των οιστρογόνων, γυναικομαστία και IN σύνδρομο KLINEFELLER παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο.

#### ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Υπάρχουν τέσσερις συνήθεις ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού: ο διηθητικός εκ φορητικών πόρων, ο λοβιώδης επεκτατικός, ο μυελοειδής και ο βλεννώδης όγκος. Αυτοί

Οι ιστολογικοί τύποι παρατηρούνται γενικά στην αμιγή τους μορφή, αν και μπορούν να εμφανιστούν και σε συνδυασμούς.

Σπάνιες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού είναι ο σωληνώδης, ο αδενοκυστικός, ο θηλώδης και το καρκινοσάρκωμα.

Οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού είναι διεισδυτικοί. Το λοβιώδες καρκίνωμα το οποίο αποτελεί τα 5% περίπου των περιπτώσεων καρκίνου μπορεί να είναι είτε επεκτατικό με νεοπλασματική επέκταση, είτε μη επεκτατικό.

Το μυελοειδές καρκίνωμα αποτελεί τα 5 έως 7% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού. Το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού εμφανίζεται με μια ιδιαίτερη κλινική εικόνα. Η πρόγνωση σχετίζεται με τον ιστολογικό τύπο του όγκου. Η προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι όψιμο χαρακτηριστικό αυτού του τύπου καρκίνου του μαστού.

#### **ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθης νόσος στις γυναίκες και αποτελεί το 23% όλων των καρκίνων του σώματος.

Για την κατάταξη και αναγκαία των κακοηθών όγκων του μαστού είναι απαραίτητα ορισμένα βασικά στοιχεία όπως η μακροσκοπική εμφάνιση του όγκου, η ιστογεννητική προέλευση και η διηθητική ικανότητα. Η κατάταξη αυτή έχει υιοθετηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

#### θηλώδη παρογενής καρκίνος

Ο τύπος αυτός δεν παρουσιάζει όλους στο γυμνό μάτι και έτσι δεν υποψιάζεται εύκολα συνδέεται με την ινοκυστική

μαστοπάθεια, την αδενοειδή σκλήρυνση και με την έκκριση της θηλής. Ιστολογικώς υπάρχει υπερπαραγωγή θηλοειδούς τύπου επιθηλίου.

Στον εντιπισμένο τύπο η επιβίωση στα 5 χρόνια είναι 96% και στα 10 χρόνια ανέρχεται στο 90%. Στο διηθητικό τύπο η επιβίωση είναι στα 5 χρόνια 83% και στα 10 χρόνια φτάνει στα 56%.

#### Ενδοσωληνώδης - Ηθμοειδής καρκίνος

Πολλοί τον θεωρούν προ-διηθητικό καρκίνο. Οι PAGET έδειξαν ότι σε 25 βιοψίες εντιπισμένου καρκίνου ανεπτύχθησαν σε 3 χρόνια 7 διηθητικά. Στα 5 χρόνια η επιβίωση φτάνει στο 95,2% ενώ σε αφανή διήθηση ανέρχεται στο 45%.

#### COMEDO καρκίνος

Προέρχεται από μικρού και μέσου μεγέθους πόρους.

Ιστολογικώς οι πόροι φαίνονται διασταλμένοι και φορτωμένοι με άτυπα κύτταρα. Εάν υπάρχει διήθηση στο υπόστωμα η επιβίωση στα 5 χρόνια είναι 48%.

#### Σκίρος καρκίνος

Ιστολογικός υπάρχει άφθονη ανάπτυξη ιώδους συνδνετικού ιστού. Η πρόγνωση είναι κακή έχει την μικρότερη επιβίωση όλων των καρκίνων μαστού. Η μετάσταση στους μασχालιαίους λεμφαδένες ανέρχεται στα 60%.

#### Κολλοειδής καρκίνος

Ιστολογικός υπάρχουν περιοχές βλένης που διαχωρίζονται από συνδνετικό ιστό με μικρές ομάδες από καρκινικά κύτταρα που αιωρούνται. Η επιβίωση ανέρχεται παράλληλα με την αύξηση της βλένης.

### Λοβιακός καρκίνος

Ο εντοπισμένος τύπος δεν παρουσιάζει με γυμνό μάτι διακριτικά γνωρίσματα, δεν κάνει μεταστάσεις στους λεμφαδένες και έχει πολλές εστίες στον ένα ή και στους δύο μαστούς. Ο εντοπισμένος λοβιακός καρκίνος θεωρείται πρόδρομος του διηθητικού τύπου. Η επιβίωση στα 5 χρόνια στο διηθητικό καρκίνο είναι 50% και στα 10 42%.

### Μυελοειδής καρκίνος

Είναι όγκος μεγάλος περιγεγραμμένος με εστίες αιμοπραγίας και νέκρωση.

Η επιβίωση στα 5 χρόνια φτάνει στα 72%.

### Σωληνώδης καρκίνος

Ιστολογικός υπάρχουν καλά σχηματισμένοι πόροι που διαχωρίζονται από ελαφρό ινοσυνδετικό υπόστρωμα. Η πρόγνωση είναι καλή γιατί οι όγκοι είναι συνήθως μικροί και η μετάσταση στους λεμφαδένες φτάνει στους 1-2 μόνο αδένες.

### Μεταπλαστικός καρκίνος

Είναι σπάνια μορφή καρκίνου του μαστού και αποτελεί ομάδα προγενούς καρκίνου.

### Αδενοειδής κυστικός καρκίνος

Μοιάζει με τους όγκους των σιαλογόνων αδένων. Η πρόγνωση είναι καλή γιατί ο όγκος είναι μικρός και σπάνια κάνει μετάσταση στους λεμφαδένες.

### Νόσος του PAGET

Ιστολογικός η επιδερμίδα της θηλής διηθείται από ομάδες ομοειδών κυττάρων. Η πρόγνωση εξαρτάται από τον υποκείμενο όγκο και τη μετάσταση στους λεμφαδένες.

Φλεγμονώδης καρκίνος

Ιστολογικός το παθολογικό στοιχείο είναι η διήθηση των λεμφαγγείων του δέρματος. Η πρόγνωση είναι κακή γιατί ο καρκίνος εισβάλλει στους λεμφαδένες. Η επιβίωση στα 5 χρόνια είναι 40%.

Κυστοσάρκωμα φυλλώδες

Υπάρχει εκτόπιση ή και απουσία αδένων και κάποτε και νέκρωση. Η επιβίωση στα 5 χρόνια είναι 55-68% και εξαρτάται από το βαθμό του στρώματος. Η μετάσταση στους λεμφαδένες είναι μόνο 1,5%.

Αγγειοσάρκωμα

Η μετάσταση γίνεται αιματογενώς, νωρίς και είναι γενικευμένη. Η επιβίωση φτάνει μόλις τα 2 χρόνια και εξαρτάται από την διαφοροποίηση των κυττάρων και το βαθμό κακοήθειας.

Κακοήθες λέμφωμα

Ιστολογικώς υπάρχει διάχυτη διήθηση μικρών λεμφοκυττάρων στα 5 χρόνια η επιβίωση φτάνει τα 64% την μεγαλύτερη επιβίωση δείχναν οι όγκοι με τα μικρότερα κύτταρα.

Στρωματικό σάρκωμα

Η επιβίωση φτάνει στα 5 χρόνια το 60%. Μετάσταση στους λεμφαδένες σπάνια υπάρχει.

Λεμφαγγειοσάρκωμα

Ακολουθεί μετάσταση με χρόνιο λεμφοίδημα των άνω άκρων. Προέρχεται από ενδοθηλιακό κύτταρα λεμφικών χωρών με επιβίωση στα 5 χρόνια 50%.



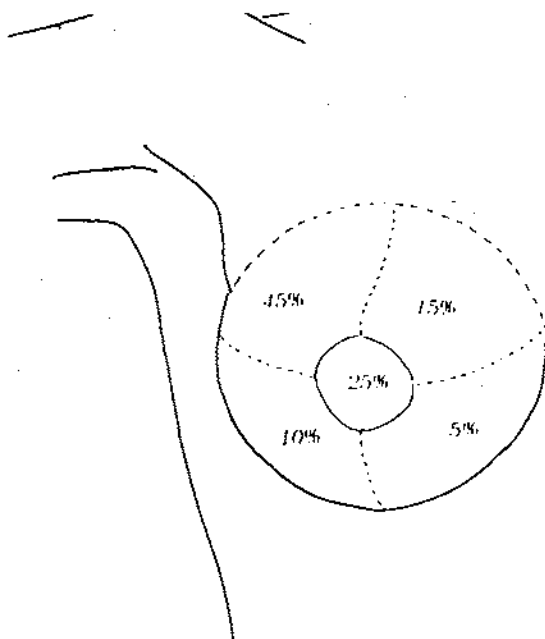
ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στάδιο I. Η διάμετρος του όγκου είναι μέχρι 2 εκ. Τα λεμφογάγγλια δεν περιέχουν μεταστάσεις. Στο στάδιο η επιβίωση είναι 5 έτη σε ποσοστό 85%.

Στάδιο II. Η διάμετρος του όγκου είναι 5 εκ. τα λεμφογάγγλια εάν είναι ψηλαφητά, δεν είναι καθλωμένα. Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις. Το 66% που βρίσκονται στο στάδιο αυτό έχει 5 έτη επιβίωση.

Στάδιο III. Το στάδιο αυτό περιλαμβάνει όγκο με διάμετρο 5 εκ. ή όγκο οποιουδήποτε μεγέθους με εισολκή στο δέρμα, είτε καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα. Δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις. Η επιβίωση είναι 5ετής σε ποσοστό 41%.

Στάδιο IV. Ο καρκίνος στο στάδιο αυτό είναι προχωρημένος με αμκρινές μεταστάσεις. Το ποσοστό επιβίωσης για 5 χρόνια είναι 10%.



Η συχνότητα του καρκινώματος του μαστού στις διάφορες ανατομικές θέσεις.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αμιγές διηθητικό παρογενές αδеноκαρκίνωμα	52,6
Μυελοειδές καρκίνωμα	6,2
Λοβιδιακό καρκίνωμα	4,9
Βλεννώδες ή κολοειδές καρκίνωμα	2,4
Σωληνώδες καρκίνωμα	1,2
Αδενοκυστικό καρκίνωμα	0,4
Θηλώδες καρκίνωμα	0,3
Καρκινοσάρκωμα	0,1
PAGEΤ και φλεγμονώδες καρκίνωμα	2,3
Συνδυασμός διηθητικού παρογενούς με άλλο είδος αδеноκαρκινώματος	28,0
Συνδυασμοί άλλων αδеноκαρκινωμάτων	1,6
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

(Κατά τον Δ. Αραβαντινό, το 1985)

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα αποτελεί σπάνια νόσο που η συχνότητά της είναι μόνο 1% περίπου σε σύγκριση με τις γυναίκες. Η μέση ηλικία εμφάνισης του είναι 60 περίπου χρόνια. Η πρόγνωση ακόμα και για τις περιπτώσεις που βρίσκονται στο στάδιο I είναι βαρύτερη στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Όπως και στις γυναίκες, ορμονικές επιδράσεις πιθανώς σχετίζονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στον άνδρα. Ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και θεραπεία με οιστρογόνα φάρμακα παρουσιάζουν γυναικαμαστία και αργότερα καρκίνο.

Ο ανώδυνος όγκος που σε μερικές περιπτώσεις σχετίζεται με έκκριμα από την θηλή, εισολκή, διάβρωση ή εξέλκωση αποτελεί το κύριο ενόχλημα στο καρκίνο του μαστού στον άνδρα. Η γυναικαμαστία επίσης προηγείται ή συνοδεύει τον καρκίνο του μαστού στους άνδρες.

Για θεραπεία συνίσταται η ριζική μαστεκτομή, με συνδυασμό την ακτινοβολήση που αποτελεί το πρώτο βήμα στη θεραπεία εντοπισμένων μεταστάσεων δέρμα και λεμφαδένες.

Σημαντική είναι επίσης και η ορμονοθεραπεία για την αντιμετώπιση της νόσου, επειδή ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες αποτελεί μια διάσπαρτη νόσο.

Η πρόγνωση είναι περισσότερο πενιχρή για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Η επιβίωση στα 5 χρόνια είναι περίπου 58% και στα 10 χρόνια 38% περίπου εφόσον βρίσκονται στο στάδιο I.

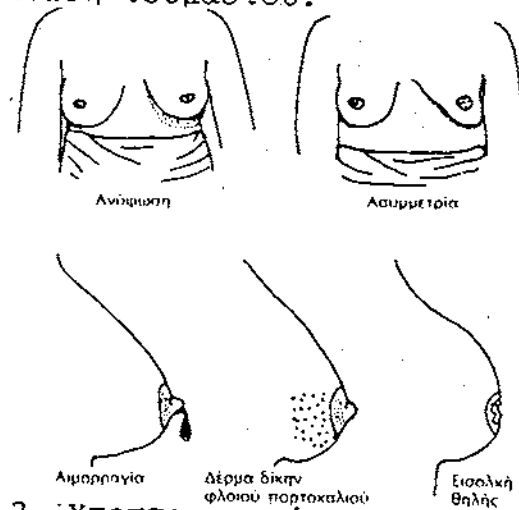
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ '

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Η ασθενής με καρκίνο του μαστού εμφανίζει συνήθως έναν βόλο στο μαστό. Η κλινική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση της τοπικής βλάβης και αναζήτηση εμφανών μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε μακρινά σημεία. Μετά από την ιστολογική επιβεβαίωση του καρκίνου του μαστού με βιοψία συχνά απαιτούνται επιπρόσθετες εργαστηριακές μελέτες για την συμπλήρωση της αναζήτησεως μακρινών μεταστάσεων ή για αφανή πρωτοπαθή όγκο στον άλλο μαστό. Στη φάση αυτή πρέπει να καθοριστεί το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος, και στη συνέχεια να αποφασιστεί η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Σε ποσοστό 90% περίπου οι όγκοι στο μαστό ανακαλύπτονται από την ίδια την ασθενή στη διάρκεια εσκεμμένης ή τυχαίας αυτοεξετάσεως, ενώ στα υπόλοιπα 10% κατά τη διάρκεια εξετάσεως από γιατρό. Τα λιγότερα συχνά συμπτώματα είναι πόνος στο μαστό, έκκριση από τη θηλή (σχήμα 2), διάβρωση, εισολκή, διόγκωση ή κνησμός από τη θηλή και ερυθρότητα, γενικευμένη σκλήρυνση, διόγκωση ή ρίκνωση του μαστού.

Σπάνια μια μάζα στη μασχάλη, οίδημα του βραχίονα ή πόνος στα οστά μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα. Σε 35 έως 50% των γυναικών που ανήκουν σε οργανωμένα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Εντοπίζεται καρκίνος μόνο με τη μαστογραφία.



Σχ.2 Υποπτα σημεία για καρκίνο

Κατά τη λήψη του ιστορικού ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται στην εμμηναρχή, τις εγκυμοσύνες, την τεχνητή ή τη φυσική εμμηνόπαυση, τις προγενέστερες βλάβες στο μαστό καθώς και στο οικογενειακό ιστορικό αναφορικά με τον καρκίνο του μαστού. Η ραχιαλγία ή άλγη από άλλα οστά μπορεί να οφείλονται σε οστικές μεταστάσεις. Όσο πιο προχωρημένος είναι ο καρκίνος αναφορικά με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου και την έκταση της βλάβης των επιχώριων λεμφογαγγλίων, τόσο υψηλότερη είναι η συχνότητα της μεταστατικής επεκτάσεως σε μακρινές θέσεις.

Η επισκόπηση του μαστού αποτελεί το πρώτο βήμα για τη φυσική εξέταση και πρέπει να γίνεται με ασθενή σε θέση καθισμένου, με τους βραχίονες στο πλάι στη συνέχεια σε ανάταση. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται ως πρώιμο σημείο υδαρης, αρωδης ή αιματηρή έκκριση από τη θηλή, αυτό όμως συσχετίζεται συχνότερα με καλοήγη νόσο.

Επειδή τα πρώιμότερα κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού έχουν ευνοϊκότερη πρόγνωση, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη μεθόδου ελέγχου μεγάλωνομάδων πληθυσμού για τυχόν ύπαρξη καρκίνου.

#### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Ο καρκίνος του μαστού στο 80% των περιπτώσεων εμφανίζεται με όγκο. Στην πλειονότητα ο όγκος είναι στον ένα μαστό. Πλην όμως επειδή και ο άλλος μαστός κινδυνεύει 10/πλάσια να φέρει καρκίνο και αυτός πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά και σωστά θα είναι η εξέταση να αρχίζει από τον υγιή υποτιθέμενο μαστό. Η ύπαρξη όγκου και στον δεύτερο μαστό γενικά οφείλεται στη μετάσταση από τον άλλο μαστό.

Στον άρρωστο με πάθηση μαστού, η λήψη ιστορικού είναι πολύ σημαντική. Αναζητούνται α) ηλικία β) συζυγική κατάσταση γ) οικογενειακό ιστορικό δ) αν τεκνοποίησε και πόσες φορές, ε) αν υπάρχει έκκριση από την θηλή στ) ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών.

Μετά την λήψη του ιστορικού ακολουθεί η επισκόπηση των μαστών κατά την οποία παρατηρείται:

- Συμμετρία των μαστών
- Παραμόρφωση στο σχήμα του μαστού (διόγκωση)
- Ύπαρξη εισολκής της θηλής
- Ερυθρότητα του μαστού

Η εξέταση συνεχίζεται για την ψηλάφιση του μαστού, που γίνεται με την πίεση του μεταξύ του θωρακικού τοιχώματος και του χεριού του εξετάζοντος. Με την ψηλάφιση διαπιστώνεται η ύπαρξη όγκου στο μαστό.

Τέλος με την εξέταση της θηλής παρατηρείται η ύπαρξη αμυχών και η εμφάνιση έκκρισης της θηλής.

#### **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Μετά την κλινική εξέταση, η παρα πέρα έρευνα του μαστού γίνεται με:

α. Μαστογραφία: Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο. Η μεγαλύτερη αξία της μαστογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση υπόπτων περιοχών πριν ακόμα από την ψηλάφιση "ογκιδίου". Επομένως συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση.

Ενδεικνύται σε:

- Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, που είναι αμφίβολης φύσης.

- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού
- Καρκινοφοβία
- Προϋόμενη βιοψία μαστού
- Πολύ μεγάλους μαστούς, που η εξέτασή τους είναι δύσκολη.
- Γυναίκα με μάζα στον ένα μαστό.

β. Υπερηχογράφημα: Είναι μια σύγχρονη χαμηλού κόστους τεχνική. Διαπιστώνει στο μαστό τις μάζες διαφόρου σύστασης. Τα κριτήρια του καρκίνου όμως, για τηνώρα δεν είναι ακόμη σαφή.

γ. Φλεβογραφία: Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με γενική νάρκωση.

δ. Θερμογραφία: Υπέρυθμη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης.

ε. Ακτινολογικός έλεγχος: Γίνεται στο πνεύμονα και στο μεσοθωράκιο για να αποκλειστεί τυχόνμετάσταση του καρκίνου.

στ. Βιοψία: Η βιοψία γίνεται προς διαπίστωση της ιστοικής βλάβης πριν από την οριστική θεραπεία.

Είδη βιοψιών:

- Βιοψία δια τομής. Παίρνεται τεμάχιο ιστού από τον όγκο για εξέταση.
- Βιοψία εκτομής. Αφαιρείται όλος ο όγκος και εξετάζεται
- Βιοψία αναρρόφησης. Λαμβάνεται με αναρρόφηση από τους κυστικούς όγκους υγρό και αποστέλλεται για κυτταρολογική εξέταση.
- Ταχεία βιοψία. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται προ της ρι-

ζικής επέμβασης και ενώ ο ασθενής βρίσκεται υπό νάρκωση.

ζ. Σπινθηρογράφημα: Ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

η. Ξηρογραφία: Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την Ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωσή με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες.

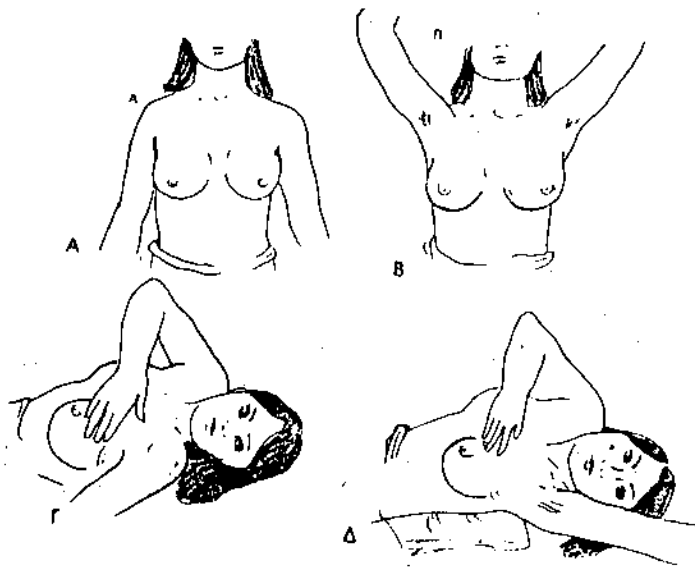
θ. Διαφανοσκόπηση: Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις φωτίζονται ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής.

#### **ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ**

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχθεί πολυτιμο μέσο έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι τα 90% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκιδίου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται κάθ εμήνα μετά το 20ο έτος. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά την περίοδο. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη. Παρατηρείται τυχόν ασυμμετρία, εισβολή δέρματος ή θηλής καθώς επίσης και υπάρχουσες αλλαγές στο χρώμα του δέρματος.





Εικόνα 7.27. Αυτοεξέταση μαστού.

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για την διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε υπτία θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Το χέρι του μαστού που θα εξεταστεί σηκώνεται πάνω, και ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι.

Με την παλαμιαία επιφάνεια των δακτύλων του άλλου χεριού πιέζει με μικρές κυκλικές κινήσεις όλα τα μέρη του μαστού μεταξύ του χεριού και του θωρακικού της τοιχώματος. Στη συνέχεια με τις ίδιες κυκλικές κινήσεις εξετάζεται και η θηλή.

Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από το αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο.

Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή. Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνον εάν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία μπορεί να αποσκοπεί σε ίαση ή να είναι απλώς παρηγορητική. Η θεραπεία που αποσκοπεί στην ίαση συνίσταται για ατα κλινικά στάδια I και II. Η θεραπεία μπορεί να είναι μόνο παρηγορητική για ασθενείς του σταδίου IV και για ασθενείς που είχαν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία και εμφανίζουν ήδη μακρινές μεταστάσεις ή μη εξαιρεσίμη τοπική υποτροπή.

A. Ριζική μαστεκτομή. Μέχρι πρόσφατα, η ριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών και των λεμφαδένων της μασχάλης, εθεωρείτο η αποκλειστική θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του μαστού. Η θεραπεία αυτή είχε ως στόχο την αναχαίτιση της διασποράς του όγκου με τη μαζική απομάκρυνση του πρωτοπαθούς όγκου του μαστού και του γύρω ιστού. Όταν άρχισε να εφαρμόζεται η ριζική μαστεκτομή από τον HALSTED, η μέση ασθενής που παρουσιαζόταν για θεραπεία είχε προχωρημένη τοπική νόσο (στάδιο III), με αποτέλεσμα να απαιτείται σχετικά εκταμένη επέμβαση για την αφαίρεση όλων των αδρών στοιχείων του καρκίνου. Σήμερα αυτό δεν συμβαίνει. Οι ασθενείς προσέρχονται με πολύ μικρότερες και λιγότερο τοπικά εκτεταμένες βλάβες. Η σύγχρονη αντίληψη σχετικά με τη θεραπεία του καρκίνου είναι η απομάκρυνση της πρωτοπαθούς εστίας του όγκου, με την ελάχιστη παραμόρφωση που κρίνεται αναγκαία. Η ριζική μαστεκτομή είναι εξαιρετικά αποτελεσματική για τον έλεγχο της τοπικής βλάβης, έχει το μειονέκτημα όμως να προκαλεί έναν από τους μεγαλύτερους βαθμούς παραμορφώσεως σε σύγκριση με όλες

τις άλλες μεθόδους.

Τόσο ο χειρουργός όσο και ο ασθενής ενδιαφέρονται για την ανεύρεση θεραπευτικής μεθόδου που να προκαλεί μικρότερη δυσμορφία, χωρίς όμως να διακινδυνεύεται η αποτελεσματικότητά της.

Β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Είναι η θεραπεία που χρησιμοποιείται στην πλειονότητα των αρρώστων στις ΗΠΑ. Η εγχείρηση αυτή διαφέρει από τη ριζική μαστεκτομή στο ότι διασώζονται οι θωρακικοί μύες ενώ γίνεται μαζική αφαίρεση των σχετικών στοιχείων της μασχάλης. Η χειρουργική αποκατάσταση της περιοχής ή η τοποθέτηση προσθετικού μοσχεύματος μπορεί να επιχειρηθούν με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Οι γυναίκες με μικρούς μαστούς τάσσονται συχνά υπέρ της πλήρους αφαίρεσεως του μαστού, επειδή η τμηματική αφαίρεση του μαστού με μεθόδους, μπορεί να οδηγήσει σε δυσμορφία του μαστού.

Γ. Απλή μαστεκτομή. (Ολική μαστεκτομή). Είναι μια εγχείρηση στην οποία απομακρύνεται ο μαστός, αλλά οι θωρακικοί μύες και οι μασχαλιαίες λεμφαδένες δεν αφαιρούνται. Η ολική ή απλή μαστεκτομή συνεπάγεται πιο ανεπαίσθητη δυσμορφία συγκριτικά με κείνη που προκαλείται από τη ριζική μαστεκτομή.

Όμως η απλή και η ολική μαστεκτομή δεν συνίστανται γενικά, επειδή οι μασχαλιαίες λεμφαδένες δεν αφαιρούνται στις μεθόδους αυτές και επειδή χωρίς την πληροφορία αυτή δεν μπορεί να ληφθεί μία λογική απόφαση για την ανάγκη συμπληρω-

ματικής θεραπείας.

Δ. Τμηματική μαστεκτομή. Περιλαμβάνει την απομάκρυνση του πρωτοπαθούς όγκου καθώς και ελάχιστη ποσότητα του γύρω ιστού. Η μέθοδος αυτή αποσκοπεί στην διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερου μαστού. Είναι μέθοδος επιλογής για γυναίκες που παρουσιάζουν μικρές βλάβες 22CM, εντοπισμένες στην περιφέρεια του μαστού και στις οποίες παραμένει άφθονος ιστός μαστού, ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αισθητικό αποτέλεσμα. Οι ασθενείς που είναι κατάλληλες για τμηματική μαστεκτομή κατατάσσονται σε τρεις ομάδες:

- 1η ομάδα: Γίνεται τμηματική μαστεκτομή
- 2η ομάδα: Γίνεται τμηματική μαστεκτομή και ακτινοβολία
- 3η ομάδα: Γίνεται ολική μαστεκτομή

Η τμηματική μαστεκτομή έχει αρκετά καλά αποτελέσματα, χωρίς σημαντικές διαφορές από την ριζική μαστεκτομή.

#### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ**

Επί αρκετά χρόνια ερευνώνται και άλλα μη χειρουργικά μέσα επιτεύξεως τοπικού - περιοχικού ελέγχου του όγκου, όπως είναι η θεραπεία με ακτινοβολία.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται για θεραπευτικούς και προφυλακτικούς λόγους ή κατόπιν εμφάνισης υποτροπών και μεταστάσεων. Για θεραπευτικούς λόγους, χωρίς να έχει προηγηθεί εγχείρηση εφαρμόζεται στους αρρώστους I και II σταδίου. Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης κυμαίνεται από 54-67%. Η ακτινοθεραπεία την μεγαλύτερη της εφαρμογή την έχει

σαν προφυλακτική μέθοδο, σε συνδυασμό με την χειρουργική επέμβαση. Σκοπός εδώ, αφ'ενός μεν είναι η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων διασποράς κατά την ώρα της εγχείρησης και αφ'ετέρου η καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, που μπορούν να παραμείνουν σε περιοχές, όπως η μασχάλη, ο υπερκλείδιος βόθρος και παραστερνικά. Η προσθήκη ακτινοθεραπείας στη μαστεκτομή μειώνει τη συχνότητα τοπικής υποστρόπης, χωρίς όμως η ακτινοθεραπεία γενικά να βελτιώνει τη γενική επιβίωση.

Οι ασθενείς με II στάδιο καρκίνου μπορεί να ωφεληθούν από ένα συνδυασμό εγχειρήσεως, ακτινοθεραπείας και συστηματικής χημειοθεραπείας.

Με μόνη την ακτινοθεραπεία (χωρίς χειρουργική επέμβαση) για τη θεραπεία του πρωτογενούς καρκίνου του μαστού δεν επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος σε ποσοστό 50% περίπου των περιπτώσεων.

### **ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η Χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται σήμερα ως επικουρική θεραπεία για τις ασθενείς με ιάσιμο καρκίνο του μαστού και θετικούς λεμφαδένες της μασχάλης, γιατί υφίσταται μεγάλη πιθανότητα ότι οι ασθενείς αυτές εμφανίζουν αφανείς μεταστάσεις.

Η χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, σαν συμπληρωματική θεραπεία της χειρουργικής, είναι σημαντική επειδή βοηθεί στην πρόληψη των υποτροπών της νόσου. Ο αντικειμενικός σκοπός της χημειοθεραπείας συνίσταται στην εξουδετέρωση των αφανών μεταστάσεων που ευθύνονται για τις υποτροπές. Ο συνδυασμός της χημειοθεραπείας CMF (μεθοτρε-

Ξατη, κυκλοφωσφαμίδη και φλουροουρακίλη) έχει μελετηθεί σε μεγάλη έκταση και αποτελεί πιθανώς το συνδυασμό που χρησιμοποιείται συχνότερα. Η χημειοθεραπεία αυτή συνίσταται για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες του σταδίου II (θετικοί λεμφαδένες). Η αγωγή αυτή πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 6 μήνες σε ασθενείς με μασχालιαίες μεταστάσεις. Μελέτες παρακολουθήσεως μετά από 8 έτη δείχνουν ότι οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ωφελούνται σαφώς από τη λήψη υποβοηθητικής χημειοθεραπείας, ενώ οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πιθανόν όχι.

Σημαντικά ερωτήματα στα οποία δεν έχει ακόμη δοθεί απάντηση είναι ο χρόνος και η διάρκεια της χημειοθεραπείας, η χρήση συνδυασμών ορμονοθεραπείας και χημειοθεραπείας και η αξία της επικουρικής θεραπείας για τις ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες.

#### **ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Με την ορμονοθεραπεία κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου. Γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών είτε με εγχειρητική εξαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των ωοθηκών, των επινεφριδίων και της υπόφυσης, για εξουδετέρωση ή και εξαφάνιση από την κυκλοφορία των ορμονών εκείνων που ασκούν επίδραση πάνω στην ανάπτυξη του καρκίνου.

Το είδος της ορμονικής θεραπείας που θα εφαρμοστεί εξαρτάται από την ηλικία της άρρωστης.

- Αμφοτερόπλευρη σαλπγγγο-ωοθηκεκτομή είναι μέθοδος εκλογής της αρχικής θεραπείας όταν η γυναίκα βρίσκεται

στην προεμμηνοπαυσιακή ηλικία κι έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού.

Η ύφεση διαρκεί κατά μέσο όρο 1 χρόνο.

- Υποφυσεκτομή. Γίνεται εάν εμφανιστούν σημεία επαναδραστηριοποίησης του όγκου μετά από σαλπγγγο-ωθηκεκτομή.
- Επινεφριδεκτομή. Συνδυάζεται συνήθως με σαλπγγγο-ωθηκεκτομή. Συνίσταται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού.
- Ορμόνες. 1) Οιστρογόνα χορηγούνται σε γυναίκες που εμφανίζουν καρκίνο 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.  
2) Ανδρογόνα. Χορηγούνται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία  
3) Κορτικοστεροειδή. Είναι χρήσιμα σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

#### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ**

Κατά την διάρκεια της κύησης, σε μια από τις 3000-6000 εγκυμονούσες εμφανίζεται καρκίνος του μαστού. Επειδή στην εγκυμοσύνη οι μαστοί είναι διογκωμένοι, ο όγκος γίνεται αντιληπτός καθυστερημένα.

Στην εγκυμοσύνη ο καρκίνος του μαστού καταλαμβάνει γρήγορα το λεμφικό σύστημα. Επί πλέον η επέκταση γίνεται με γοργό ρυθμό λόγω:

- Ορμονικών επιδράσεων.
- καθυστερημένης διαπίστωσης του όγκου.
- Υπάρχουσας υπεραιμίας και διόγκωσης.

Η δικοπή της κύησης φαίνεται ότι δεν προσφέρει καλύτερη πορεία στη νόσο. Από θεωρητική άποψη τα αυξανόμενα ποσά των οιστρογόνων που παράγονται από τον πλακούντα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης θα πρέπει να είναι καταστροφικά

για την ασθενή με αφανείς μεταστάσεις καρκίνου του μαστού ευαίσθητου στις ορμόνες.

Προβληματική είναι επίσης και μια μελλοντική εγκυμοσύνη από γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή ή άλλη θεραπεία για καρκίνο του μαστού.

Σε ασθενείς με ανεγχείρητο ή μεταστατικό καρκίνο (στάδιο IV) συνήθως συνίσταται θεραπευτική έκτρωση εξαιτίας των πιθανών δυσμενών επιδράσεων της ορμονοθεραπείας, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας στο έμβρυο.

Η επιβίωση κυμαίνεται από 25-35% στα 5 χρόνια.

#### **ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

Το στάδιο του καρκίνου του μαστού είναι ο πιο αξιόπιστος δείκτης για την πρόγνωση. Οι ασθενείς με νόσο εντοπισμένη στο μαστό και χωρίς ενδείξεις τοπικής εξαπλώσεως μετά από τη μικροσκοπική εξέταση των λεμφαδένων έχουν την ευνοϊκότερη πρόγνωση.

Οι υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, γιατί οι ασθενείς με όγκους αρνητικούς σε υποδοχείς ορμόνων και χωρίς ενδείξεις μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν πολύ υψηλότερο ποσοστό υποτροπών και τις ασθενείς με όγκους θετικούς σε υποδοχείς ορμονών και χωρίς περιοχικές μεταστάσεις.

Ο ιστολογικός υπότυπος του καρκίνου του μαστού (π.χ. μυελώδης, λοβιώδης) φαίνεται να έχει ελάχιστη ή καμία σημασία στη πρόγνωση εφόσον οι όγκοι αυτοί είναι γνήσια διηθητικοί.

Για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού χρησι-



μπορούνται αρκετές διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές που επιτυγχάνουν περίπου τα ίδια αποτελέσματα όταν χορηγηθούν στην κατάλληλη ασθενή.

Η εντοπισμένη νόσος, μπορεί να ελεγχθεί με τοπική θεραπεία, μόνο εγχείρηση ή περιορισμένη εγχείρηση σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία.

Οι περισσότεροι ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού θα πεθάνουν τελικά από καρκίνο του μαστού. Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο μαστό χωρίς ενδείξεις τοπικής εξαπλώσεως σύμφωνα με την παθολογοανατομική εξέταση, το ποσοστό κλινικής διάσεως με τις περισσότερες παραδεδεγμένες μεθόδους θεραπείας είναι 75-90%.

Οι εξαιρέσεις μπορεί να σχετίζονται με την περιεκτικότητα του όγκου σε υποδοχείς ορμονών, το μέγεθος του όγκου, τις αντιδράσεις του ξενιστή ή συνυπάρχουσα νόσο. Οι ασθενείς με μικρούς όγκους αρνητικούς σε υποδοχείς οιστρογόνων και προγεστερόνης και χωρίς επέκταση στους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν ποσοστό υποτροπής περίπου 30% δυο χρόνια μετά από την εγχείρηση.

Οι ασθενείς με όγκους θετικούς σε υποδοχείς οιστρογόνων και χωρίς ενδείξεις επέκτασης στις μασχάλες έχουν πιθανώς ποσοστό 5ετούς επιβιώσεως περίπου 90%.

Όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες έχουν προσβληθεί από όγκο, το ποσοστό επιβιώσεως πέφτει στο 40-50% στα 5 χρόνια και ίσως κάτω του 25% στα 10 χρόνια. Παράγοντες που προσδιορίζουν επίσης την έκβαση του καρκίνου του μαστού είναι η ηλικία του αρρώστου και η εμμηνοπαυσιακή κατάσταση.

Γενικά ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να είναι κάπως

κακοηθέστερος στις νεότερες από όσο στις μεγαλύτερες γυναίκες και αυτό μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός, ότι λιγότερες νέες γυναίκες έχουν όγκους θετικούς σε υποδοχείς οιστρογόνων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑ ΜΑΣΤΟΥ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική.

Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση της άρρωστης με καρκίνο του μαστού είναι πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Η μαστεκτομή διαφοροποιεί την εμφάνιση της άρρωστης, δημιουργεί αναπηρία και επηρεάζει την ιδέα που έχει για την εικόνα του εαυτού της. Η νοσηλεύτρια θα έλθει πρώτη σε επαφή με την άρρωστη προσφέροντας κουράγιο, κατανόηση συμπάθεια και υποστήριξη. Αυτή θα δώσει πληροφορίες στην άρρωστη για τις αλλαγές που έχουν γίνει στο σώμα της και θα την εκπαιδεύσει στους νέους τρόπους ζωής. Η διαδικασία της αποδοχής της νέας εμφάνισης παίρνει αρκετό χρόνο. Η άρρωστη που αισθάνεται την οικογένειά της και τους φίλους της, να βλέπουν και να αποδέχονται το πρόβλημα της με ειλικρινή αγάπη και ενδιαφέρον, μπορεί πολύ πιο εύκολα να το αποδεχθεί και να συμβιβαστεί με αυτό. Η άρρωστη στη φάση αυτή αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας της και μελαγχολεί. Ο μοναδικός και πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας είναι να καθίσει η νοσηλεύτρια κοντά της και να την αφήσει να εκφράσει μόνη της τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει, χωρίς να προσπαθήσει να τη βγάλει

από το κόσμο της πραγματικότητας.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσης, αφής ομιλίας και η δυσμορφία από την ασθένεια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έκτασης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τη βοηθήσει να το αντιμετωπίσει. Παλαιότερα η νοσηλεύτρια αμελούσε ή και απέφευγε να συζητήσει τα προβλήματα και τις σκέψεις της άρρωστης. Σήμερα επιβάλλεται να ακούει και να συζητάει όλα τα προβλήματα και τους φόβους της άρρωστης, καθώς επίσης να ικανοποιεί και τις επιθυμίες της.

Η άρρωστη με καρκίνο του μαστού έχει δικαίωμα να γνωρίζει την διάγνωση της ασθένειάς της. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια την πληροφορούν για την διάγνωση της ασθένειάς της, δίνοντάς της με συμπάθεια και κατανόηση όλες τις απαραίτητες πληροφορίες. Οι απόψεις της αρρώστιας δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες.

Η αποδοχή της πάθησης εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα της άρρωστης, καθώς επίσης και από τις απόψεις της γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

### ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η χειρουργική παρέμβαση είτε είναι απλή είτε ριζική μαστεκτομή, αντιπροσωπεύει την κύρια θεραπεία της αρχικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει πριν η άρρωστη μπει στο χειρουργείο να βρίσκεται σε καλή φυσική και ψυχολογική κατάσταση. Φροντίζει να εξασφαλίσει συγκινησιακή υποστήριξη στην άρρωστη και την βοηθάει να εκφράσει τα αισθήματα και τους φόβους της, με:

- Ακρόαση των προβλημάτων και ανησυχιών της
- Αναζητάει την υποστήριξη του συζύγου
- την βεβαιώνει ότι όλα θα πάνε καλά, δίνει έμφαση στο πρόγραμμα αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
- Εξασφαλίζει επίσκεψη άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης.

Το μεγάλο πρόβλημα στη μαστεκτομή είναι η αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά διαφορετικά.

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα προσεγγίσει την κάθε γυναίκα σαν άτομο και θα την βοηθήσει να εκφράσει τα αισθήματά της.

Η άρρωστη μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο της σαν μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Όταν η άρρωστη έχει την υποστήριξη και συμπαράσταση του άνδρα της και τη σικογένειάς της θα αποδεχθεί την πραγματικότητα πιο εύκολα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να φροντίσει να δει αν υπάρχει αίμα σε περίπτωση ριζικής μαστεκτομής. Οι θρεπτικές

ανάγκες της άρρωστης πρέπει να αντιμετωπιστούν πριν το χειρουργείο.

Την παραμονή της επέμβασης καθαρίζεται και ξυρίζεται η πάσχουσα περιοχή και η περιοχή της μασχालιαίας κοιλότητας.

Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για την πιθανή περίπτωση λήψης δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική.

Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να φροντίσει για την κένωση του εντέρου με υπόκλιμα και θα κάνει την προηγούμενη μέρα του χειρουργείου. Σε περίπτωση μεγάλης ανησυχίας της άρρωστης χορηγείται ηρεμιστικό.

Τέλος γίνεται διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της για το είδος της χειρουργικής επέμβασης, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.

#### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Μετά το χειρουργείο γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων της άρρωστης για τη διαπίστωση τυχόν SHOCK ή και αιμορραγίας.
- Επίσκοπηση του επιδεσμικού υλικού για την διαπίστωση αιμορραγίας.
- Αποφεύγεται η πιεστική επίδεση του τραύματος για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
- Χορηγούμε στην άρρωστη παυσίπονα, αφού έχει συνέλθει από την νάρκωση για την ανακούφιση του πόνου.
- Ενθάρρυνση για συχνή αλλαγή θέσεως και βαθιών αναπνοών

για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

- Γίνεται συχνή παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Ελέγχεται η λειτουργία της συσκευής, για το αν μας εξασφαλίζει ικανοποιητική αναρρόφηση.

Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών ελέγχονται και αναγράφονται.

- Στη μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Γι' αυτό θα πρέπει να τηρούνται όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό. Ενέσεις και φλεβοκεντήσεις θα πρέπει να αποφεύγονται για τον κίνδυνο εισόδου μικροβίων. Το χέρι πρέπει επίσης να τοποθετηθεί πάνω σε μαξιλάρι, για την αποφυγή λεμφοιδήματος. Η νοσηλεύτρια τις πρώτες μέρες μετά το χειρουργείο θα πρέπει να βοηθάει την άρρωστη στο φαγητό γιατί αυτή αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί, καθώς επίσης θα πρέπει να φροντίσει και για την έγκαιρη έγερση της από το κρεβάτι.

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.

Η νοσηλεύτρια αφού έλθει σε επαφή με την άρρωστη που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία θα προσπαθήσει να δημιουρ-

γήσει ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

ΟΙ αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστη στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία περιλαμβάνουν:

- Την ενημέρωση της άρρωστης για τη θεραπεία
- Την προετοιμασία και βοήθεια της άρρωστης για τη θεραπεία
- Την εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την άρρωστη, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- Την ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Η νοσηλεύτρια, ενημερώνεται από το φάκελλο της άρρωστης για το είδος της ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της ακτινοθεραπείας και τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει. Ενημερώνει επίσης την άρρωστη να μην βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία και την παρακολουθεί για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση.

Επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή, προστατεύεται η άρρωστη από την ψύξη.

Για την ολοκληρωμένη προετοιμασία της άρρωστης, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δώσει απάντηση στα παρακάτω ερωτήματα:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Θα είναι μόνη της κατά την διάρκεια της θεραπείας;
- Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία;



- Τι θα κάνω αν δεν αισθάνομαι καλά κατά τη διάρκεια της θεραπείας;

Τα ερωτήματα αυτά θα πρέπει να απαντηθούν με προσοχή από την νοσηλεύτρια. Έτσι θα μειωθεί η ανησυχία και το άγχος της άρρωστης, με αποτέλεσμα να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της θεραπείας.

Πριν την έναρξη της εξωτερικής ακτινοθεραπείας η άρρωστη ενημερώνεται στα παρακάτω:

- Η περιοχή της ακτινοβολίας: Να διατηρείται στεγνή, να μην βάζει πάνω αλοιφές και πούδρες, πρέπει να την προστατεύει από τον ήλιο και το κρύο, να αποφεύγει τα υφάσματα που προκαλούν ερεθισμό.
- Το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή δεν αφαιρείται.
- Το διαιτολόγιο της πρέπει να είναι ελαφρύ.
- Μετά από την ακτινοβολία, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο δωμάτιό της.

Σε περίπτωση εσωτερικής ακτινοθεραπείας η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική στα παρακάτω σημεία:

1. Ενημερώνει το φάκελλο της άρρωστης για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορήγησης, την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής και τον αριθμό των ημερών που η άρρωστη πρέπει να απομονωθεί.
2. Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
3. Γνωρίζει ότι το θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο δε μολύνει

τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα της άρρωστης και έτσι δε λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας.

4. Γνωρίζει το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει, και τον τρόπο μεταβολισμού και απεκκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.
5. Ενημερώνεται για τα μέτρα ασφαλείας που χρησιμοποιεί το νοσοκομείο.
6. Η άρρωστη νοσηλεύεται σε απομονωμένο δωμάτιο με τηλέφωνο, ραδιόφωνο και τηλεόραση, για την αποφυγή μόλυνσης του περιβάλλοντος. Η νοσηλεύτρια καθουχάζει την άρρωστη ότι το μέτρο αυτό είναι παροδικό.
7. Η νοσηλεία γίνεται με μπλούζα και γάντια, τα οποία τοποθετούνται σε δοχεία με μολύβι μέσα στο θάλαμο.
8. Στην πόρτα του δωματίου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
9. Ενημερώνει τους συγγενείς για τον τρόπο επικοινωνίας με την άρρωστη (τηλεφωνικά ή μέσω του παραθύρου).
10. Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία για να ενεργήσει ανάλογα.
11. Ποτέ δεν πιάνεται ραδιενεργό πηγή με τα χέρια.
12. Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Σε περίπτωση που ο μετρητής δείξει πως το άτομο πήρε περισσότερη από την ανεκτή ακτινοβολία απομακρύνεται από το χώρο.

Μια παρενέργεια της ακτινοθεραπείας είναι η ακτινοδερματίτιδα.

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει:

- Έλεγχο του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρισμό της περιοχής με χλιαρό νερό.
- Ενημέρωση του αρρώστου να μη ξαπλώνει από την πλευρά που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ενθάρρυνση της άρρωστης να αποφεύγει τα στενά ρούχα.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα γίνεται διακοπή της ακτινοθεραπείας.
- Επάλοιψη της περιοχής με αλοιφές που ορίζει ο γιατρός.

Κατά την ακτινοθεραπεία η άρρωστη είναι δυνατό να παρουσιάσει γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, εμέτους, ανορεξία, απώλεια βάρους. Η νοσηλεύτρια μετά από τις οδηγίες του γιατρού φροντίζει να:

- Χορηγήσει ηρεμιστικά, αντιεμετικά φάρμακα.
- Ενισχύσει τον άρρωστο να παίρνει υγρά, χορηγεί ενδοφλέβια υγρά, συτίζει την άρρωστη με γεύματα πλούσια σε λευκώματα.
- Καλύπτει τις φυσικές ανάγκες της άρρωστης εφόσον αυτή είναι κλινήρης.
- Προσπαθεί να ανυψώσει το ηθικό της άρρωστης.

Σε περίπτωση που η άρρωστη εμφανίσει διάρροια, η νοσηλεύτρια χορηγεί: 1) αντιδιαρροϊκά φάρμακα, 2) αποφεύγει τις τροφές που επιδεινώνουν την διάρροια και 3) χορηγεί ειδική δίαιτα.

Κατά την ακτινοθεραπεία γίνεται επίσης και συστηματικός έλεγχος για την παρακολούθηση της άρρωστης για εμφάνιση αιμοραγιών.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επιβραδύνουν την εξέλιξη και περιορίζουν τις διαστάσεις του καρκίνου του μαστού. Χορηγούνται από το στόμα, ενδοαγγειακά, ενδομυϊκά, με έγχυση στο νεόπλασμα και με έγχυση στην κοιλότητα. Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας είναι δύο κατά το στάδιο της χημειοθεραπείας.

**A.** Η διάλυση των φαρμάκων γίνεται με φυσιολογικό ορό ή με αποσταγμένο νερό και πάντα με τη χρήση γαντιών για την προστασία του δέρματος.

Φροντίζει να μην ρίξει το φάρμακο σε άλλο σημείο. Παρακολουθεί την φλεβοκέντηση και όταν παρατηρήσει οίδημα ερυθρότητα στην περιοχή διακόπτει την έγχυση του φαρμάκου και ειδοποιεί το γιατρό.

Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένει την βελόνα με φυσιολογικό ορό και την πετά σε ειδικό δοχείο. Αφού τελειώσει γίνεται αναγραφή της νοσηλείας στο βιβλίο.

Ενημερώνει την άρρωστη και τα μέλη της οικογένειας της για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Φροντίζει να εκπαιδεύσει την άρρωστη για την αποδοχή της θεραπείας.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να δοθεί και στην διατροφή της άρρωστης, κατά την διάρκεια της χημειοθεραπείας.

Για την αποβολή των φαρμάκων από τον οργανισμό πρέπει να πίνει άφθονα υγρά.

**B.** Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και αντιμετώπιση των παρενεργειών των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

1) Λευκοπενία. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτει τη θεραπεία και ενημερώνει το γιατρό. Προσέχει την θερμοκρασία του σώματος για άνοδο και το δέρμα για τυχόν σημεία λοίμωξης.

Για την πρόληψη της λοίμωξης η νοσηλεύτρια εφαρμόζει σχολαστική καθαριότητα στην άρρωστη. Όταν εμφανιστεί οποιαδήποτε λύση της συνέχειας του δέρματος, απολυμαίνει την περιοχή. Αλλάζει τη συσκευή ορού κάθε μέρα, και τη θέση της βελόνας κάθε δύο μέρες, σε περίπτωση που η χρήση του φαρμάκου γίνεται ενδοφλέβια. Παρέχει στην άρρωστη περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας κάθε 6 ώρες.

2) Θρομβοπενία. Παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιμάτωμα και τις διάφορες κοιλότητες για κάποια αιμορραγία. Μετράει συχνά, την αρτηριακή πίεση. Συμβουλεύει την άρρωστη για αποφυγή τραυμάτων, ενημερώνει τον γιατρό, όταν παρατηρήσει αιμοραγία στο σημείο που εκτέλεσε ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση. Κατά την μετάγγιση ελέγχει τη ροή του αίματος και τυχόν αντίδραση της άρρωστης από το αίμα.

3) Ναυτία - Έμετοι. Χορηγεί αντιμετικά φάρμακα πριν ή μετά από την εφαρμογή της θεραπείας, φροντίζει να τα δίνει με άδειο στομάχι ή πριν τα βραδυνό ύπνο. Όταν η άρρωστη παραπονεθεί για ναυτία, της δίνονται μικρά κομμάτια πάγου και μετά λίγη φρυγανιά. Τα γεύματα είναι συχνά και μικρά. Ενισχύει την άρρωστη να μασάει καλά την τροφή της, και μετά το γεύμα, της περιποιείται τη στοματική κοιλότητα. Σε περίπτωση εμέτου παρακολουθεί την ποσότητα και το χαρακτήρα αυτού.

4) Αναιμία. Η διατροφή της άρρωστης πρέπει να περιέχει άφθονα λευκώματα και σίδηρο. Αν χρειάζεται, της χορηγείται σίδηρος σε μορφή σκευασμάτων. Την συμβουλεύει να μην κουράζεται. Με οδηγία γιατρού, της χορηγεί αίμα.

5) Στοματίτιδα. Παρακολουθεί καθημερινά τη στοματική κοιλότητα για ξηρότητα και ερυθρότητα. Αποφεύγει να δίνει στην άρρωστη ερεθιστικές και ξυνές τροφές. Γίνεται σχολαστική καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

6) Διάρροια. Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών, περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα. Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως.

Χορηγεί άφθονα υγρά και βοηθάει στη διόρθωση διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

Περιποιείται συχνά την περιοχή του περίνεου.

7) Βλάβη των νεφρών. Παρατηρείται η άρρωστη για την εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού τωνούρων.

Παρακολουθείται το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και ενημερώνεται ο γιατρός.

8) Ηπατοξικότητα. Γίνονται συχνές εξετάσεις του ήπατος. Παρακολουθείται η εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν προέρχονται από βλάβη του ήπατος όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Σε περίπτωση που επιδεινώνονται τα συμπτώματα η νοσηλεύτρια ενημερώνει το γιατρό.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να ανακουφίσει την άρρωστη από τα συμπτώματα της ηπατοξικότητας.

9) Αλωπεκία. Ενημερώνει την άρρωστη ότι πρόκειται να πέσουν τα μαλλιά της, αλλά θα ξαναβγούν σύντομα. Η νοσηλεύτρια φροντίζει κατά την χημειοθεραπεία να εφαρμόσει πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι, με τον τρόπο αυτό μειώνεται η αλωπεκία. Όταν πέσουν τα μαλλιά της άρρωστης καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούκα.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της.

10) Νευροτοξικότητα. Σε περίπτωση που η άρρωστη παραπονεθεί για ελαφρό πόνο στα χέρια και τα πόδια η νοσηλεύτρια φροντίζει να ενημερώσει αμέσως το γιατρό.

Παίρνει τα κατάλληλα μέτρα ασφαλείας για την προστασία της άρρωστης όταν οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες.

#### **ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ**

Μετά από την πρωταρχική θεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού πρέπει να παρακολουθούνται για ολόκληρη τη ζωή τους. Πρώτον για την ανίχνευση των υποτροπών και δεύτερον για την παρακολούθηση του άλλου μαστού.

Οι τοπικές και μακρινές μεταστάσεις εμφανίζονται συνήθως μέσα στα πρώτα τρία χρόνια. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα η ασθενής εξετάζεται κάθε 3-4 μήνες, μέχρι τη συμπλήρωση των 5 χρόνων και μετά 6-12 μήνες.

Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στο άλλο μαστό εξ αιτίας του αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη δευτέρου πρωτογενούς όγκου. Η ασθενής πρέπει να αυτοεξετάζεται

κάθε μήνα, και για μια φορά το χρόνο να υποβάλλεται σε μαστογραφία. Σε μερικές περιπτώσεις μεταστάσεις που παραμένουν αφανείς επί μακρό χρονικό διάστημα μπορεί να εμφανιστούν μετά από 10-15 χρόνια ή και περισσότερα μετά την αφαίρεση του πρωτογενούς όγκου.

Η χρήση οιστρογόνων δεν συνίσταται ίσως σε ασθενείς ελεύθερες νόσου μετά από την θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού, ιδίως στις ασθενείς που ο όγκος τους είναι θετικός για υποδοχείς οιστρογόνων.



### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

**A. Τοπική υποτροπή.** Η συχνότητα των τοπικών υποτροπών συσχετίζεται με το μέγεθος του όγκου, τον ιστολογικό τύπο, την παρουσία και τον αριθμό των λεμφογαγγλίων της μασχάλης που έχουν υποστεί βλάβη, τον ιστολογικό τύπο του όγκου και την παρουσία οιδήματος στο δέρμα. Σε ποσοστό 15% των ασθενών που υποβάλλονται σε ολική μαστεκτομή και διάνοιξη της μασχάλης αναπτύσσεται τοπική υποτροπή.

Στις περιπτώσεις που οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεν συμμετέχουν η συχνότητα της τοπικής υποτροπής είναι 5%.

Οι υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα εμφανίζονται μέσα στα δύο πρώτα έτη, μπορεί όμως να εμφανιστούν και 15 ή και περισσότερα χρόνια μετά τη ριζική μαστεκτομή. Οι ύποπτοι λεμφαδένες πρέπει να εξετάζονται ιστολογικώς.

Η τοπική υποτροπή συνήθως αποτελεί ένδειξη για την παρουσία εκτεταμένης νόσου και απαιτεί την εκτέλεση σπινθηρογραφημάτων του σκελετού και του ήπατος και άλλων εξετάσεων ανάλογα με τις ανάγκες για την αναζήτηση μεταστάσεων.

Στις περιπτώσεις που δεν ανευρίσκονται ενδείξεις για μεταστάσεις πέρα από το θωρακικό τοίχωμα και τα επιχώρια λεμφογάγγλια πρέπει να επιχειρείται ριζική ακτινοθεραπεία για ίαση ή πλήρης τοπική εκτομή. Οι περισσότεροι ασθενείς με τοπικά υποτροπιάζοντα όγκο θα αναπτύξουν μακρινές μεταστάσεις σε διάστημα 2 ετών.

**B. Οίδημα του βραχίονα.** Σημαντικό οίδημα του βραχίονα πατατρηείται σε ποσοστό 10-30% των ασθενών μετά από ριζική και περίπου 5% μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Το οίδημα του βραχίονα μετά από τροποποιημέ-

νη ριζική μαστεκτομή είναι λιγότερο συχνό απ'όσο μετά από ριζική μαστεκτομή και απαντά συχνότερα αν χορηγήθηκε ακτινοθεραπεία ή εάν υπήρχε μετεγχειρητική λοίμωξη. Για να αποφευχθεί αυτή η επιπλοκή πολλοί συνιστούν δειγματοληψία των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η εύλογη χρήση της ακτινοθεραπείας με προσεκτικό προγραμματισμό των θεραπευτικών πεδίων, ώστε η μασχάλη να μένει κατά το δυνατόν άθικτη, μπορεί να μειώσει κατά πολύ τη συχνότητα οίδηματος.

Όψιμο ή δευτεροπαθές οίδημα του άνω άκρου μπορεί να αναπτυχθεί αρκετά έτη μετά από ριζική μαστεκτομή εξαιτίας υποτροπής του όγκου στη μασχάλη ή φλεγμονής του χεριού ή του υπολοίπου άκρου με απόφραξη λεμφαγγείων.

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΒΟΔΟ ΤΗΣ  
ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Πριν αναχωρήσει η άρρωστη από το νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια της διδάσκει τον τρόπο αυτοφροντιίδας, και δίνει απαντήσεις στα διάφορα ερωτήματα της.

Βοηθάει την άρρωστη κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση, του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η νοσηλεύτρια θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών, και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά. Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος κατά την εκτέλεση των ασκήσεων.

Οι ασκήσεις που συστήνονται μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση είναι:

1. Σφύξιμο μπάλας. Βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού. Μια ελαστική μπάλα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
2. Πέταγμα μπάλας. Με το πέταγμα της μπάλας βελτιώνεται

η έκταση του προσβλημένου άκρου.

3. Γύρισμα σχοινάκι. Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Στο χερούλι της πόρτας είναι δεμένο ένα σχοινάκι. Η άρρωστη πιάνει το σχοινάκι από απόσταση δύο μέτρων περίπου, με το χέρι που πάσχει και κάνει περιστροφικές κινήσεις.

4. Αναορίχηση στον τοίχο. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο. Αυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους, και σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα. Η άσκηση αυτή προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου.

5. Αιώρηση χεριών. Βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα μπρος από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες.

6. Τροχαλία. Ένα κομμάτι σχοινί μήκους 3 μέτρων, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η άσκηση αυτή ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου.

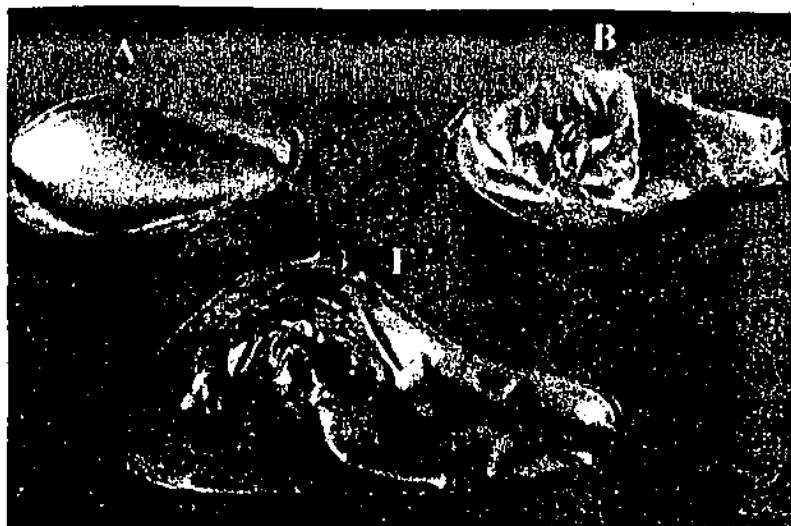
7. Κούμπωμα κουμπιών πλάτης. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δυο της χέρια πίσω στην πλάτη.

8. Άγγιγμα μετώπου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο και τοποθετεί τις παλάμες της εκεί στο ύψος του ώμου. Σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο και κάμπτεi τους αγκώνες. Μετά επανέρχεται στην αρχική της θέση. Εάν έχει γίνει πλαστική εγχείρηση, οι ασκήσεις θα πρέπει να είναι περιορισμένες στο ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται σιγά σιγά.

Καθήκον επίσης της νοσηλεύτριας είναι να εξηγήσει στην άρρωστη τον τρόπο περιποίησης του τραύματος. Η εγχειρητική περιοχή και το χέρι θα πρέπει να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για την πρόληψη της λοίμωξης. Η άρρωστη θα πρέπει να παρατηρεί σχολαστικά την περιοχή του τραύματος και σε περίπτωση φλεγμονής, πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα να ενημερώνει αμέσως τον γιατρό της. Πρέπει επίσης να αποφεύγει την χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για την διευκόλυνση της κυκλοφορίας. Η άρρωστη που υποβλήθηκε σε απλή η ριζική μαστεκτομή χρειάζεται τη βοήθεια της νοσηλεύτριας στην εκλογή, τεχνητού στήθους.

Αρχικά την συμβουλεύει να φορά ένα κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό, που δε θα κολλάει πάνω στο τραύμα. Η τيرانτα του στηθόδεσμου θα πρέπει να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο. Μετά την epούλωση, του τραύματος η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσδεσης που υπάρχουν στο εμπόριο, και από που μπορεί να την προμηθευτεί. Η πρόσδεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη και να έχει το ίδιο σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος (εικ. 3).

Τέλος η νοσηλεύτρια εξηγεί στην άρρωστη τη σπουδαιότητα της επανεξέτασης, στην ημερομηνία που όρισε ο γιατρός της.



Εικ. 3 Διάφοροι τύποι πρόσδεσεων

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε'

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ  
Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Ο καρκινοπαθής αντιμετωπίζει πολλά και σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, 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, απώλεια της ατομικότητας, δύσκολης ψυχοσεξουαλικής επαναπροσαρμογής και στους συνεχείς πόνους.

Στη διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων του ασθενούς καθοριστικός παράγον είναι η ψυχοσυναλλαγή του με το περιβάλλον, η οποία απαρτίζεται κυρίως από την επικοινωνία που έχει με την νοσηλεύτρια-τη.

Η σχέση νοσηλεύτριας - ασθενούς προϋποθέτει μια καθαρά συνεργατική διαδικασία ανάμεσα στα δύο μέρη με κοινό στόχο την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Μια σπουδαία πλευρά της καρκινοθεραπείας είναι η ελπίδα για βελτίωση, που προσφέρει στους αρρώστους. Ακόμα και η πειραματική χημειοθεραπεία, η οποία αποτυγχάνει να μεταβάλει σημαντικά την πορεία της νόσου, έχει αποδειχθεί ότι βοηθά σημαντικά στην ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.

Ο καρκινοπαθής με την εξέλιξη της νόσου μπορεί να περάσει από διάφορες ψυχολογικές φάσεις όπως άρνηση, εχθρικότητα, απελπισία και τέλος αποδοχή της αρρώστιας της.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να προσφέρει ελπίδα, κουράγιο, κατανόηση, συμπάθεια και υποστήριξη στον άρρωστο.

Στη διάρκεια της δύσκολης περιόδου ο γιατρός θα πρέπει να συνεργαστεί με το παραϊατρικό προσωπικό, τους κληρικούς και τους κοινωνικούς λειτουργούς, για την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας του αρρώστου. Έχει αποδειχθεί ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις των καρκινοπαθών επηρεάζουν ακόμη και την καθαρά βιολογική πλευρά της πορείας της νόσου τους. Καλά μεθοδευμένες μελέτες σύγκρισης ομάδων καρκινοπαθών που διέφεραν μόνο ως προς την έκβαση της νόσου από πλευράς επιβίωσης και λειτουργικής επάρκειας, έδειξαν ότι ασθενείς με δυσμενέστερη έκβαση εμφανίζουν: υψηλότερα επίπεδα άγχους, μειωμένη ικανότητα έκβασης συναισθημάτων, συχνότερη τάση για άρνηση της νόσου τους, πιο παθητική γενικά στάση και πιο συχνή καταθλιπτική αντίδραση. Τα ευρήματα των εργασιών αυτών υπογραμμίζουν την ανάγκη της διαπίστωσης, αλλά, και της αντιμετώπισης των ψυχολογικών αντιδράσεων του καρκινοπαθούς στα πλαίσια της επικοινωνίας νοσηλεύτριας-ασθενούς.

Ποικίλες είναι οι πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς κυμαινόμενες από το άγχος και το φόβο μέχρι την κατάθλιψη και τις παρανοϊκές εκδηλώσεις.

Μια καλή επικοινωνία βοηθά όχι μόνο στο να αμβλύνει τα συναισθήματα του αρρώστου, αλλά τα φέρνει και πιο κοντά στην νοσηλεύτρια, πράγμα τόσο απαραίτητο στη μάχη κατά του καρκίνου.

Ένα άλλο πρόβλημα που πρέπει να πορευθεί σαν καρκινοπαθή ασθενή, είναι η αντιμετώπιση του άλγους. Ο ασθενής με οστική νόσο έχει δυνατούς πόνους. Οι γιατροί που έχουν την ευθύνη του αρρώστου θα πρέπει να χρησιμοποιούν

τα ναρκωτικά και τα ηρεμιστικά ελεύθερα και συχνά, έτσι ώστε να ελέγχουν τα ενοχλήματα του αρρώστου. Ο φόβος του εθισμού στις περιπτώσεις αυτές δεν δικαιολογείται. Ο σκοπός μας είναι η ανακούφιση του ασθενή με κάθε δυνατό τρόπο.

Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο μαστού.

Κλινική περίπτωση (1)

Η πρώτη περίπτωση που θα αναφέρω είναι η κ. Σταυροπούλου Ελένη ηλικίας 60 ετών, καταγόμενη από την Ναύπακτο, συνταξιούχος του ΟΓΑ, η οποία προσήλθε στις 18-1-90 στα τακτικά ιατρεία του Αγ. Ανδρέα. Κοντά της ήταν ο άντρας της και η μεγαλύτερη από τις δύο κόρες της.

Το ιατρικό ιστορικό της άρρωστης αναφέρει:

Το 1987 αισθάνθηκε άλγος σ'όλο το δεξιό μαστό. Δεν αναφέρει ενοχλήματα άλλου είδους. Μετά από μαστογραφία που της έγινε, δεν διαπιστώθηκε τίποτε το παθολογικό, προ 20ημέρου η άρρωστη αισθάνθηκε πόνο στο δεξιό μαστό. Με την ψηλάφηση παρατήρησε ένα μόρφωμα σκληρό, ανώδυνο.

Αναφέρει μέγεθος φασολιού. Πήγε μόνη της και έκανε μαστογραφία, χωρίς ένδειξη γιατρού. Μετά το μαστογραφικό έλεγχο της συνεστήθη παρακολούθηση. Ήρθε στα τακτικά ιατρεία του Αγ. Ανδρέα και της έγινε FNA. Μετά τα αποτελέσματα της FNA της συνεστήθη εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο. Κατά την κλινική εξέταση παρατηρείται στο δεξιό μαστό όγκος σκληρός με διαστάσεις 2 X 2 CM (περίπου) ακίνητος και ανώδυνο. Βρίσκεται στην εδώ επιφάνεια κοντά στην



στην θηλή. Οι δεξιοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι ψηλαφητοί (ΒΛΟΟΚ).

Το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρει:

- 1) Υπερθυρεοειδισμό (πριν 3,5 χρόνια)
- 2) Μηνίσκο (αριστερά + δεξιά)
- 3) Ρινίτιδα (κατά διαστήματα)
- 4) Μαστίτιδα (δεξιά προ 35ετίας)
- 5) Ομφαλοκηλή (πριν από 32 έτη)
- 6) Εμμηναρχή 12 έτη
- 7) Εμμηνόπαυση 52 έτη

Κατά την διάρκεια της κλινικής εξέτασης που της έγινε ευρέθηκαν τα εξής:

Κεφαλή-Τράχηλος: Συμμετρικοί λεμφαδένες δεν ψηλαφούνται διογκωμένοι. Δεν παρατηρείται ικτερική χροιά. Ο θυροειδής δεν ψηλαφείται διογκωμένος.

Θώρακας : Επισκόπηση, συμμετρικός, έκπτυξη ΚΦ. Κατά την επίκρουση σαφής πνευμονικός ήχος. Ακρόαση πνευμόνων, φυσιολογικό κυψελιδικό ψυθίρισμα. Ακρόαση καρδιάς φυσιολογική.

Μαστοί: Αριστερός μαστός, ΚΦ, Μασχαλιαίοι λεμφαδένες δεξιά (-). Δεξιός μαστός, ψηλαφάται μόρφωμα σκληρό, ανώδυνο διαστάσεων 2 X 2CM. Δεξιοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες ψηλαφητοί.

Κοιλιά: Μαλακή, ευπίεστη, ανώδυνη χωρίς χειρουργικές τομές.

Άκρα: Δεν παρατηρείται κάτι παθολογικό.

Τελικό συμπέρασμα: Ca Μαστού (δεξιά). Η αντιμετώπιση θα γίνει με χειρουργική επέμβαση (τροποποιημένη, ριζική μαστεκτομή).

Κατά την εισαγωγή της η άρρωστη στο Νοσοκομείο είχε τα εξής ζωτικά σημεία ΑΠ 145ΜΜΗΓ-85ΜΜΗΓ σφύξεις 75, και θερμ. 36,6°C.

Το χειρουργείο ήταν τακτικό προγραμματισμένο για τις 24-1-90.

Η γενική κατάσταση της άρρωστης είναι καλή. Όλες οι εξετάσεις που έγιναν ήταν φυσιολογικές. Στις 23/1 η άρρωστη προετοιμάστηκε για το χειρουργείο.

Στις 24/1/90 η άρρωστη χειρουργήθηκε και παρελήφθη από το χειρουργείο με ΑΠ 130ΜΜΗΓ-75ΜΜΗΓ Σφύξ.70 και θερμ. 36,4 °C.

Η άρρωστη φέρει ορό, καθετήρα κύστεως και παροχετεύσεις τραύματος (REDOPAC) ετέθει σε τρίωρη μέτρηση ζωτικών σημείων.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ήταν ανήσυχη χωρίς όμως να παρουσιάσει κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα. Στις 28/1 αφαιρέθησαν οι όροι και το θωρακικό RED'Ο PACK με(150CC).

Την 6η μετεγχειρητική μέρα η άρρωστη είναι σε πολύ καλή γενική κατάσταση. Είναι απύρετη, περιπατητική και αιμοδυναμικά σταθερή. Της αφαιρέθηκε και το μασχάλιαίο RED'Ο PACK (350CC).

Κατάσταση τραύματος καλή.

Η άρρωστη εξέρχεται από το Νοσοκομείο στις 3/2 με οδηγίες για επανέλεγχο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η εισαγωγή στο νοσοκομείο και η επίγνωση ότι έχει καρικό νο δημιουργεί αγωνία φόβο και άγχος.</p>	<p>- Βοήθεια να αποδεχτεί η άρρωστη την αρρώστεια της. - Ελάττωση αγωνίας και άγχους.</p>	<p>- Συζήτηση με την άρρωστη για να της δωθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις.</p>	<p>- Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να λύσει τα προβλήματα της άρρωστης βοηθώντας να τα εξωτερικεύσει με διάλογο και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες της. Της χορηγήθηκε για να ηρεμήσει I T.TAVOR.</p>	<p>Η άρρωστη ηρέμησε, έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Καθαριότητα της άρρω- στης.	διατήρηση της καθαριότητας της άρρωστης.	Προγραμματισμός για συχνή περι- ποίηση της κεφα- λής της άρρωστης.	Μπάνιο επί κλίνης της άρρωστης και λούσιμο του τριχω- τού της κεφαλής.  Συχνή αλλαγή των ρούχων της και των κλινοσκεπασμάτων της ώστε να είναι πάντα καθαρή.	Η ασθενής είναι καθαρή, νιώθει άνετα και ασφαλής.
Αισθήματα απελπισίας για το φό- βο του επι- κείμενου θανάτου.	Απαλλαγή της άρρωστης από τη σκέψη του θανάτου.	Υποστήριξη της άρρωστης ότι ό- λα θα πάνε καλά.	Ψυχολογική ενίσχυ- ση της άρρωστης. Η νοσηλεύτρια προ- τρέπει την άρρω- στη να ασχοληθεί με νέα ενδιαφέρο- ντα και να έχει βαθιά πίστη στο θεό.	Η ασθενής ελπίζει και αποβάλλει στα- διακά το φόβο του θανάτου.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ - ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Πόνος και ένταση	Ανακούφιση του πό- νου καθώς και προ- σπάθεια αντιμετώπι- σης της έντασης.	- Εξέταση των αιτιών που προκαλούν τον πόννο.	- Μείωση των παρα- γόντων που δημιουρ- γούν ένταση στον άνθρωπο.	- Η άρρωστη ανα- κουφίστηκε από την μείωση του πόνου και αισθάν- θηκε πιο άνετα.
- Δύσπνοια	- Εξάλειψη της δύσ- πνοιας.	- Προγραμματισμός για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας.	- Χορήγηση O <sub>2</sub> το πρώ- το 6ωρο μετά το Χειρουργείο.	- Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρω- στης.

ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, έμετοι, δυσφαγία).	Διατήρηση επαρκούς θρέψης της άρρωστης.	- Έλεγχος των τροφών που η άρρωστη προτιμά, καθώς και εξασφάλιση των σωστών συνθηκών διατροφής.	- Δίδονται στην άρρωστη οι τροφές που προτιμά. Οι τροφές πρέπει να είναι καλοσερβιρισμένες και το περιβάλλον ευχάριστο.	- Η σωστή θρέψη οδηγεί την άρρωστη σε γρήγορη ανάρρωση.
- Θλίψη και άγχος για την αναπηρία.	- Απομάκρυνση των άσχημων συναισθημάτων.	Προγραμματίζουμε συνάντηση της ασθενούς με άτομο που έχει υποστεί μαστεκτομή και ζει και εργάζεται κανονικά.	- Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τονώσει ψυχολογικά την άρρωστη. Καταβάλλει όλες τις προσπάθειες για να τονώσει την πίστη και την ελπίδα αυτής.	- Η άρρωστη αισθάνεται ψυχολογικά καλύτερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Περιποίηση του τραύματος και παρακολούθηση της παροχέτευσης.	- Πλήρης γνώση της περιποίησης για την αποφυγή κινδύνου λοίμωξης.	- Διδασκαλία της άρρωστης για την περιποίηση και την προφύλαξη του τραύματος.	Η νοσηλεύτρια καθαρίζει το τραύμα καθημερινά και παρακολουθεί το χρώμα και την ποσότητα των παροχετευμένων υγρών. Η παροχέτευση είχε 50 CC.	- Γρήγορη επώλωση του τραύματος και αποφυγή μόλυνσης του.
- Μείωση κινήσεων και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.	Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα.	- Διάλογος με την ασθενή και τους δικούς της. Ενθάρυνση της οικογένειας να αποδεχθούν την άρρωστη.	- Ακρόαση όλων των ερωτημάτων, αποριών και ανησυχιών αυτής και κατανόησης τους. - Ενθάρυνση της οικογένειας να αποδεχθούν την άρρωστη.	- Η άρρωστη εκτελεί όλες τις ασκήσεις και αρχίσε να αυτοεξυπηρετείται μόνη της.

Κλινική περίπτωση 2η

Η δεύτερη περίπτωση την οποία περιλαμβάνω στην εργασία μου είναι μια γυναίκα ηλικίας 72 ετών, συνταξιούχος του ΙΚΑ από το Αγρίνιο.

Η κ. Τσιόλα Βασιλική προσήλθε στην Πανεπιστημιακή κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις /2/90 με διάγνωση Ca Αρ. Μαστού.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει ότι πριν 15 ημέρες εψηλάφησε τυχαία ογκίδιο στον αριστερό μαστό. Το ογκίδιο είναι ανώδυνο, σκληρό το οποίο κάνει τοπική εισολκή του δέρματος. Η ασθενής παρουσιάζει απώλεια βάρους 2-3 ΚΓΡ σε 20 ημέρες. Οι λεμφαδένες αριστερά είναι ελαφρά διογκωμένοι. Μετά από την εκτίμηση της καταστάσεως η ασθενής υποβάλλεται σε Μαστογραφία, η οποία δείχνει ογκίδιο του αριστερού μαστού. Έτσι στις /2 εισάγεται στην κλινική του νοσοκομείου για χειρουργική αντιμετώπιση.

Το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς αναφέρει :

1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα (Κάτω άκρων από 30ετίας)
2. Πάρεση Δ κάτω άκρου (μετά από αρθροπλαστική επέμβαση)
3. Ασταθή στηθάγχη (πριν 10 έτη)
4. Δεν πίνει
5. Δεν καπνίζει

Κατά την κλινική εξέταση ευρέθησαν τα παρακάτω:

Κεφαλή - Τράχηλος: φυσιολογική χροιά δέρματος προσώπου, ψηλαφητός όλος δεξιού λοβού θυροειδούς, όχι ψηλαφητοί λεμφαδένες.



Θώρακας: Φυσιολογική έκπτυση ημιθωρακίων  
φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Μαστοί: Δεξιός μαστός φυσιολογικός. Αριστερός μαστός.  
Στο κάτω έξω 1/4 μόριο του αριστερού μαστού,  
ψηλαφάται μόρφωμα σκληρό, ανώδυνο, καθηλωμένο  
διαστάσεων 3 X 3,5 CM ψηλαφώνται ελαφρώς διογκω-  
μένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Κοιλιά: Μαλακή, ευπίεστη, φυσιολογικοί εντερικοί ήχοι,  
όχι ψηλαφητό ήπαρ.

Άκρα: Ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Τελικό συμπέρασμα: Ca αριστερού μαστού.

Η κατάσταση της ασθενούς είναι αρκετά καλή. Επάρθηκε  
FNA αριστερού μαστού. Για την ρύθμιση της ασταθούς στηθάγ-  
χης ενημερώθηκε καρδιολόγος. Έγινε ΗΚΓ, το οποίο δεν έ-  
δειξε παθολογικά ευρήματα. Στις 18/2/90, την προηγούμενη  
της εγχείρησης πάρθηκε πλήρης αιματολογικός και βιοχη-  
μικός έλεγχος, η ασθενής ήταν απύρετη και της έγινε προ-  
εγχειρητική ετοιμασία. Λόγω ανησυχίας το βράδυ της εδόθη  
1 STEDON. Στις 19/2/90 έγινε η επέμβαση χωρίς ιδιαίτερα  
προβλήματα. Η ασθενής ανέβηκε στο τμήμα με ΑΠ 150MMHG -  
80MMHG. Σφύξεις 72 και θερμ. 36,4 °C.

Την 2η μετεγχειρητική ημέρα λόγω χαμηλού ΗΤ της εδόθη  
1 μονάδα συμπυκνωμένα ερυθρά, και της αφαιρέθηκε το  
θωρακικό RED'Ο PACK.

Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς είναι καλή. Η κα-  
τάσταση του τραύματος δεν παρουσιάζει πρόβλημα. Την 6η  
μετεγχειρητική ημέρα αφαιρέθηκε και το μασχαλιαίο RED'Ο PACK  
με 400 CC.

Η ασθενής παρουσίασε μια ερυθρότητα στην στερνική γωνία

έγινε αφαίρεση ενός ράμματος και στην συνέχεια διάνοιξη.  
Η ερυθρότητα υποχώρησε.

Στις 2/3/90 ασθενής παρουσίασε θερμοκρασία 37,8°C.

Έγινε α/α θώρακος. Η κατάσταση του τραύματος είναι  
καλή. Η ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο στις 3/3/90  
αφού πρώτα της εδώθησαν οι οδηγίες για επανέλεγχο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Έχει ανά- γκη ασφα- λείας και κατανόη- σης από τα μέλη της ομάδας υγείας.</p>	<p>- Δημιουργία ζεστού φι- λικού και άνετου περι- βάλλοντος για την ασθε- νή.  - Απομάκρυνση των άσχη- μων συναισθημάτων της.</p>	<p>- Διάλογος με την νοσηλεύτρια, για- τρό και την κοι- νωνική λειτουργό, έτσι ώστε να λυ- θούν όλες οι απο- ρίες της ασθενούς και να μπορέσει να καθυσηχάσει.</p>	<p>- Ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανη- συχιών της ασθενούς και κατανόηση αυτών.  - Εξασφάλιση ενός όμορ- φου περιβάλλοντος.</p>	<p>- Η ασθενής αισθά- νεται εμπιστοσύνη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.</p>
<p>- Φόβος και άγχος για το χειρουργείο.</p>	<p>- Απομάκρυνση των δυσά- ρεστων συναισθημάτων.</p>	<p>- Διάλογος της ασθε- νούς με το γιατρό και νοσηλεύτρια. Το χειρουργείο προ- γραμματίζεται να γί- νει το συντομότερο δυνατόν.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια και ο γιατρός λύνουν όλες τις απορίες της άρ- ρωστης και της εξη- γούν ότι όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>- Η ασθενής είναι έ- τοιμη για το χει- ρουργείο σε αρκετά καλή ψυχολογική κα- τάσταση.</p>

ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΚΣΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Πόνος	- Ανακούφιση του πόνου με προσέγγιση της άρρωστης.	- Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. Μείωση παραγόντων που δημιουργούν ένταση.	- Η νοσηλεύτρια καθυσηχάζει και ηρεμεί την άρρωστη. Χορήγηση παυσίπονου 1+B MEDAMOL.	- Η άρρωστη αισθάνεται καλύτερα που ο πόνος άρχισε να υποχωρεί.
- Άγχος, αγωνία, κατάθλιψη.	- Βοήθεια της άρρωστης να αποδεχθεί την αρρώστειά της.	- Συζήτηση με την άρρωστη πάνω σε ότι πρέπει να γνωρίζει για την αρρώστειά της.	- Ενθάρυνση της άρρωστης. Της εξηγούμε ότι όλα θα πάνε καλά, της χορηγήθηκε 1+B STEBON.	- Η άρρωστη αποδέχεται την κατάστασή της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Θυμός της άρρωστης για την οι- κογένειά της.	Ψυχική ηρεμία της άρρωστης.	Η νοσηλεύτρια συζη- τά με την άρρωστη και την ωθεί να δει την πραγματικότητα.	Η νοσηλεύτρια κατα- λαβαίνει την άρω- στη και προσπαθεί με ηρεμία και διά- λογο να την ενισχύ- σει ψυχολογικά.	Η άρρωστη κατανοεί ότι η οικογένειά της την αγαπάει και θέλει να την βοηθήσει με κάθε τρόπο...
Δυσκολία κινήσεων.	Σταδιακή αποκατάστα- ση της άρρωστης.	Η άρρωστη διδάχθη- κε τις απαραίτητες ασκήσεις που θα τη βοηθήσουν να έλθει στη φυσική της κατά- σταση και να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.	Η νοσηλεύτρια ενθαρ- ρύνει ψυχολογικά την άρρωστη και την βοη- θάει στις πρώτες α- σκήσεις.	Σταδιακά μπόρεσε η άρρωστη να εκτελέσει όλες τις απαραίτητες κινήσεις.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δυσκολία στην αποδοχή της μαστεκτομής.	Αποδοχή της θεραπευτικής της μαστεκτομής.	Συζήτηση με το γιατρό και την νοσηλεύτρια για την μαστεκτομή.	Η νοσηλεύτρια ημψυχώνει την ασθενή και προσπαθεί να τονώσει την πίστη και την ελπίδα της. Εξήγηση στην ασθενή για την αναγκαιότητα της μαστεκτομής και ότι υπάρχουν πολλά άτομα που ζουν άνετα και εργάζονται με μαστεκτομή.	Η άρρωστη αρχίζει σιγά - σιγά να αποδέχεται την μαστεκτομή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥ- ΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αλλαγή στην εμφάνιση και εκλογή τύπου τεχνητού μαστού.	Βοήθεια της άρρωστης να αποδεχθεί την πραγματικότητα καλύτερη δυνατή εμφάνιση της άρρωστης.	Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη και την ενθαρρύνει να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της.	Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη για την επιλογή της πρόσθετης τεχνητού μαστού, και της εξηγεί από που θα το προμηθευτεί. Επίσης η νοσηλεύτρια φροντίζει να ενθαρρύνει το σύζυγό της για καλύτερη αποδοχή της άρρωστης.	Επιτυχία καλής εμφάνισης και αποδοχή της πραγματικότητας.
Μετανοβοσκο- λειακό CHECK-UP	Επανεκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης.	Προγραμματίζεται η μέρα της επανεξέτασης που όρισε ο γιατρός.	Η νοσηλεύτρια τονίζει στην άρρωστη την σημασία της επανεξέτασης χωρίς καμιά καθυστέρηση.	Η άρρωστη έχοντας εμπιστοσύνη στη νοσηλεύτρια κατανοεί τους λόγους που της ανάφερε και υπόσχεται την επαναξέτασή της.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος του μαστού έχει την πρώτη θέση σε συχνότητα εντοπίσεως στις γυναίκες. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 35 έως 45 ετών. Για τον άντρα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σπάνια νόσο που η συχνότητά της είναι μόνο 1% περίπου σε σύγκριση με τις γυναίκες. Το πρώτο σημείο που τονίζω στην εργασία μου είναι η σημασία της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, ώστε να περιοριστεί όσο το δυνατόν ο αριθμός των ασθενών που ενώ, βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου μόλις τότε προσέρχονται στον ιατρό για εξέταση.

Με έγκαιρη και δωστή διαφώτιση των ανθρώπων ο Ca μαστού θα μπορούσε να έχει τουλάχιστον καλύτερη πρόγνωση. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, ειδικών σεμιναρίων και επιμορφωτικών μαθημάτων. Οι συνεχείς επιστημονικές ανακαλύψεις και οι πρόοδοι στο χώρο της ιατρικής προσπαθούν να περιορίσουν όσο το δυνατόν τον καρκίνο, αλλά και από την άλλη πλευρά να ανάκουφίσουν τον πόνο των καρκινοπαθών. Η νοσηλεύτρια εκτός από ότι στοχεύει στη σωματική υγεία, αγγίζει κυρίως το συναισθηματικό κόσμο και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς. Αυτός είναι και ο βασικός ρόλος της νοσηλεύτριας με αγάπη, κατανόηση και σεβασμό να πλησιάσει την άρρωστη και να προσπαθήσει να της απαλύνει τον πόνο.

Το δεύτερο σημείο στο οποίο να αναφερθώ είναι η σημασία της αποκατάστασης του καρκινοπαθούς. Η επαναφορά της γυναίκας στην προηγούμενη της κατάσταση μετά από την μαστεκτομή. Εδώ καταβάλλονται προσπάθειες από όλα τα μέ-



λη της ομάδας, έτσι ώστε να πιστέψει η άρρωστη ότι παραμένει χρήσιμο μέλος της κοινωνίας, και να αποδεχθεί την κατάστασή της.

Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να παρέχει συνεχή ηθική ενίσχυση και συναισθηματική υποστήριξη στην ασθενή με Ca μαστού. Όλοι οι νοσηλευτικοί στόχοι πρέπει να συγκεντρώνονται γύρω από τη ψυχική, συναισθηματική και φυσική ανακούφιση του αρρώστου.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Γ.: "Παθολογία της γυναίκας"  
Επίτομος, έκδοση 1η Εκδόσεις Γ. Παρισσιανός, Αθήνα 1985
- ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗ Ν. "Συνοπτική Γενική Χειρουργική",  
Επίτομος έκδοση 1η εκδόσεις επτάλοφος, ΑΒΕΕ Αθήνα 1987
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. "Επίτομη χειρουργικής και ορθοπεδικής"  
Επιτομος έκδοση 5η, εκδόσεις Δ. Βασώνης, Αθήνα 1987
- Ελληνική ογκολογία "Καρκίνος μαστού", τόμος 26, τεύχος 2,  
Αθήνα 1990
- Ελληνική ογκολογία "Καρκίνος μαστού", τόμος 24, τεύχος 1,  
Αθήνα 1988
- GANONG W. " Ιατρική φυσιολογία" Τόμος Β', έκδοση 6η  
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ., Παρισσιανός,  
Αθήνα 1975.
- HARRISON T.R. "Εσωτερική Παθολογία" Τόμος Β, έκδοση 10η,  
επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός,  
Μετάφραση, επιμέλεια, Α. Βαγιωνάκης και Δ. Βαρώνας  
Αθήνα 1987.
- ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Π. "Χειρουργική" Τόμος Α, έκδοση 1η Π.Χ. Πασχαλίδης  
Αθήνα 1987
- LEONHARDT H. "Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου με ένχρωμο άτλαντά"  
Τόμος 2ος, εσωτερικά όργανα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,  
Μετάφραση επιμέλεια Ν. Παπαδόπουλος, Αθήνα 1985
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική"  
Τόμος Β', μέρος 2ο έκδοση 9η εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως  
Αδελφών Νοσοκόμων, "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987
- READ A - BARRITT D. - HEWER R. "Σύγχρονη παθολογία",  
Επίτομος , έκδοση 2η Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Μετάφραση,  
επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ, Αθήνα 1984

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α, - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευ-  
τική, τόμος Α, εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS,  
Αθήνα 1985.

