



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική Ερευνητική Εργασία με θέμα:

"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ: ΠΡΟΛΗΨΗ - ΔΙΑΦΩΤΙΣΗ"

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία, Δρ. Νοσηλευτικής

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: - Γκέλμπεση Αθανασία
- Νταλαφούρα Ελισσάβετ

Π Α Τ Ρ Α 1 9 9 3

ΑΡΙΘΜΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	826
---------------------	-----

Υπεύθυνος Καθηγητής

Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή εγκρίσεως πτυχίου

1. Παπαδημητρίου Μαρία
2. Δετοράκης Ιωάννης
- 3.

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελίδα
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1 - 2
Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί Παράγοντες	3 - 8
Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	8
Σκοπός της σταδιοποίησης	9
T.N.M. Προθεραπευτική κλινική ταξινόμηση	9 - 14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ανατομία	15 - 19
Φυσιολογία	19 - 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Εντοπισμός και επέκταση του Ca του μαστού	22 - 23
Κλινική εικόνα της νόσου	23 - 24
Κλινικά σημεία του Ca του μαστού	24 - 25
Διάγνωση του καρκίνου του μαστού	25
Κλινική εξέταση	25 - 27
Διαγνωστικές εξετάσεις	27 - 34
Μικρές διαγνωστικές επεμβάσεις	34 - 35
Διαφορική διάγνωση	35 - 36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Πρόγνωση	37 - 38
Παθολογοανατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση	39
Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση	39 - 40
Θεραπεία	40
Χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού: Στάδιο I και II	41 - 55
Μη χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού: Στάδια III και IV	55 - 61
✓ ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Διδασκαλία της άρρωστης πριν την έξοδο από το νοσοκομείο	62 - 65
Διδασκαλία της άρρωστης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο	66 - 67
Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι	67 - 70
✓ ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Πρόληψη	71
Πρωτογενή πρόληψη	71 - 74
Δευτερογενή πρόληψη-Προσυμπτωματικός έλεγχος	74 - 79
Τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού	80 - 83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII *

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ενημέρωση για τον καρκίνο	84
Ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς	84 - 90
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με άγχος και αγωνία	90 - 91
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με διαταραχή του ύπνου	91 - 91
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κατάθλιψη	92 - 93

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII *

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στα διάφορα στάδια της νόσου	94 - 97
Νοσηλευτική φροντίδα της καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής της	98 - 99
Συναισθηματική υποστήριξη της ασθενούς	99 - 100

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	101 - 103
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	104 - 106
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	107 - 165
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	166 - 169
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	170
SUMMARY AND CONCLUSIONS	171
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, αξίζει να τονίσουμε πόσο σημαντική και ουσιαστική ήταν η συμβολή - ηθική και πνευματική - της καθηγήτριάς μας Δρ. Παπαδημητρίου Μαρίας για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγησή της που είχαμε προκειμένου να ολοκληρώσουμε την εργασία μας.

Επίσης ευχαριστούμε θερμά τον υπεύθυνο ιατρό κ. Κούκουρα Δημήτριο του Ιατρείου Μαστού του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, για την παραχώρηση που μας έγινε στο Ιατρείο Μαστού, προκειμένου να συμπληρώσουμε τα ερωτηματολόγια μας, που ήταν απαραίτητα στην αποπεράτωση της έρευνάς μας.

Τέλος, θεωρούμε χρέος μας να ευχαριστήσουμε τον κ. Δετοράκη Ιωάννη για την καθοδήγηση και ενθάρρυνση καθόλη τη διάρκεια της σπουδαστικής μας πορείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστός από τον Ιπποκράτη. Ο καρκίνος είναι μάστιγα της εποχής μας, εδώ και αρκετά χρόνια, το άγχος κάθε γυναίκας που βρίσκεται στην ηλικία των 35-60 χρόνων. Ύψουλη εισβολή της νόσου με εμφανή συμπτώματα, συχνά σε προχωρημένο στάδιο.

Θεωρείται η δεύτερη νόσος κατά σειρά θανάτων στην Ελλάδα, μετά τα καρδιοαγγειακά νοσήματα. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που φθάνουν στα εξωτερικά ιατρεία ή στα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης με Ca μαστού στο τελευταίο στάδιο, τότε που η αντιμετώπισή τους θα μπορούσε να χαρακτηριστεί παρηγορητική.

Με την έγκαιρη και σωστή διαφώτιση των ανθρώπων ο Ca του μαστού θα μπορούσε να έχει τουλάχιστον καλύτερη πρόγνωση. Οι συνεχείς επιστημονικές ανακαλύψεις και οι πρόοδοι στο χώρο της ιατρικής προσπαθούν να περιορίσουν τον καρκίνο, αλλά από την άλλη πλευρά να ανακουφίσουν τον πόνο των καρκινοπαθών.

Κάθε χρόνο προσβάλλονται 1500 ελληνίδες και 700 απ' αυτές πεθαίνουν. Η έγκαιρη διάγνωση σώζει συχνά τη ζωή της άρρωστης γυναίκας και βελτιώνει την πρόγνωση της νόσου. Αισιοδοξία σήμερα υπάρχει από την εξέλιξη της χειρουργικής, της τεχνολογίας, των νέων μεθόδων παρακλινικών εργαστηριακών εξετάσεων, επίσης από την ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία αλλά και της πρόσφατης εξελισσόμενης ανοσοθεραπείας.

Αν και η χειρουργική επέμβαση μπορεί να προσφέρει στα αρχικά στάδια της νόσου μόνη ή σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία δεν είναι εύκολο χωρίς τη διαταραχή της ψυχικής υγείας να επιτευχθεί ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Οι μεταστάσεις στους παρακείμενους ιστούς ή αλλού (οστά, ήπαρ, πνεύμονες) επηρεάζουν το χρόνο επιβίωσης και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Ο/η νοσηλεύτης/τρια αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην ενημέρωση της ελληνίδας και στη διδασκαλία της αυτοεξέτασης. Κρίνεται απαραίτητο από την πρώτη στιγμή της επαφής τους με τη γυναίκα-άρρωστη να επιστρατεύσουν όλη τους την επιστημονική κατάρτιση και το ανθρώπινο δυναμικό τους.

Η νοσηλευτική τέχνη και επιστήμη εμπλουτισμένη από την εμπειρία της στο χώρο του νοσοκομείου ακολουθεί την ασθενή βήμα-βήμα στον αγώνα της για τη ζωή. Η καρκινοπαθής είναι γεμάτη κατάθλιψη, απελπισία, αγωνία και ανασφάλεια, από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης της ασθένειάς της. Γι' αυτό έχει την ανάγκη της νοσηλευτικής υποστήριξης και συμπαράστασης περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο ασθενή.

Καθήκον και χρέος κάθε νοσηλεύτριας είναι εκτός από το να στηρίζει ψυχολογικά την άρρωστη να δίνει και τις σωστές οδηγίες και πληροφορίες σε αυτήν. Με αυτό τον τρόπο καταπολεμάται η παραπληροφόρηση που μόνο προκατάληψη στην αρρώστια προσφέρει, αρνητικό στοιχείο από τα αρχικά στάδια του ελέγχου της άρρωστης με Ca μαστού.

Τέλος αυτό που θέλουμε να τονίσουμε είναι, ότι με τη σωστή ενημέρωση και την πρώιμη διάγνωση μπορεί να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας και να περιορισθεί όσο το δυνατόν ο αριθμός των ασθενών που ενώ, βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου μόλις τότε προσέρχονται στον ιατρό για εξέταση χωρίς να μπορούν να δοθούν λύσεις σε αυτό το μεγάλο πρόβλημα που οδηγεί καθημερινά χιλιάδες γυναίκες στο θάνατο.

A' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοήθων όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό, ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου.

Υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού διατρέχουν οι ανύπανδρες γυναίκες, οι στείρες, εκείνες με λιγότερα από τρία παιδιά, όσες απόκτησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 34 χρόνια τους, εκείνες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, όσες είχαν ιστορικό καλοήθους πάθησης του μαστού, εκείνες που είχαν καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια και τέλος εκείνες που η περίοδός τους εμφανίστηκε πριν από την ηλικία των 12 χρόνων ή σταμάτησε μετά τα 55. Ο θηλασμός δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα καρκίνου του μαστού.

Οι σπουδαιότεροι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι εξής

1. Ιογενείς παράγοντες
2. Γενετικοί παράγοντες
 - α. Οικογενειακό ιστορικό
 - β. Φύλο
 - γ. Ηλικία
 - δ. Άλλοι παράγοντες
3. Χημικές ουσίες
4. Ορμονικοί παράγοντες
 - α. Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης
 - β. Τεχνητή εμμηνόπαυση
 - γ. Γάμος και τεκνοποίηση
 - δ. Θηλασμός
 - ε. Λήψη ορμονών

5. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες
6. Ψυχολογικοί παράγοντες
7. Μορφολογικοί παράγοντες
8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες
 - α. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί
 - β. Εκπαιδευτικοί
 - γ. Διαιτητικοί

1. Ιογενείς παράγοντες

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Σήμερα, έχει βρεθεί ότι είναι ιός Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως M.M.T.V (Mouse Mammary Tumour Virus). Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.

2. Γενετικοί παράγοντες

α. Οικογενειακό ιστορικό: Αυξημένος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με βεβαρωμένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες, των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.

β. Το φύλο: Αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και οι γυναίκες όπως είναι γνωστό προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού απ' ότι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα.

γ. Ηλικία: Η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία. Καρκίνος μαστού δεν εμφανίζεται μετά την ήβη. Κατά τον Thomas (1984) μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μια

συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η αύξηση έχει βραδύτερο ρυθμό.

Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περισσότερες από 1300 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 700 πεθαίνουν από αυτόν. Η ελληνίδα έχει πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής της 3.5%.

δ. Άλλοι παράγοντες: Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση καρκίνου του μαστού με τη γενετικά προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο SS ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωικών χρωμοσωμάτων. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα (8-10 φορές) εμφάνισης δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού στο παρελθόν.

Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης καρκίνου του μαστού με καρκίνους ωοθήκης, ενδομητρίου και παχέος εντέρου.

Από διάφορες στατιστικές μελέτες προκύπτει επίσης ότι οι παχύσαρκες και υψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Άλλοι παράγοντες έχουν σχέση με την καθημερινή κατανάλωση οινοπνεύματος, τη χορήγηση οιστρογόνων, κατά την κλιμακτήριο, τη διακοπή της κύησης στο 1ο τρίμηνο, τη βαφή των μαλλιών, την αμυγδαλεκτομή κλπ.

Τέλος σχετικά με την επίδραση που μπορεί να έχει το φύλο του εμβρύου της πρώτης εγκυμοσύνης στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, δεν διαπιστώθηκε προστατευτική επίδραση του αρρένου ή του θήλεος εμβρύου.

Οι Juret και συν. (1980) διαπίστωσαν σε σημαντικό βαθμό την ευεργετική επίδραση του πρώτου αρρένου εμβρύου στην επιβίωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού, αντίθετα οι Janerich και συν. (1980) αυτή του θήλεος εμβρύου.

3. Χημικές ουσίες

Στον άνθρωπο δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί. Παράδειγμα οι χημικές χρωστικές ουσίες για τη βαφή των μαλλιών.

4. Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

α. Ηλικία εμμηναρχής-εμμηνόπαυσης: Η πρόωγη έναρξη της έμμηνης ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο.

β. Τεχνητή εμμηνόπαυση: Η ωθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι ενδεχομένου καρκίνου του μαστού. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται: έκδηλη αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση.

γ. Γάμος και τεκνοποίηση: Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις άγαμες μητέρες. Μεταξύ των εγγάμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν από την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται.

δ. Θηλασμός: Από πρόσφατες μελέτες που έγιναν έχει αποδειχθεί αντίθετα με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου μαστού, αλλά ούτε και αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης δεν έχει καμιά σχέση, εάν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της.

ε. Λήψη ορμονών: Πολλοί υποστηρίζουν ότι τα αντισυλληπτικά χάπια είναι ακίνδυνα για την ανάπτυξη

καρκίνου του μαστού, πιθανότατα διότι το προγεστερονικό τους σύνθετο δρα προστατευτικά.

5. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

Στους εξωγενείς παράγοντες τη μερίδα του λέοντος κατέχει η ακτινοβολία του μαστού με υψηλή δόση ακτινοβολίας, γεγονός που έχει αποδειχθεί από παρατηρήσεις που έγιναν αφενός σε γυναίκες που εκτέθηκαν στην ακτινοβολία στη Χιροσίμα και το Ναγκαασάκι και αφετέρου σε γυναίκες που λόγω φυματίωσης υποβλήθηκαν σε επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων.

6. Ψυχολογικοί παράγοντες

Και ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού.

7. Μορφολογικοί παράγοντες

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου με εξαίρεση αυτή που γίνεται για τα ινοαδενώματα.

Επίσης η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια αυξάνουν τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές. Ο ακριβής μηχανισμός της συσχέτισης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εν τούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν: α) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση, που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρώιμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής και ότι β) καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Γυναίκες με καρκίνο στον έναν μαστό έχουν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Τον κίνδυνο τέλος αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και στους σιελογόνους αδένες.

8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

α. Εθνικοί και κοινωνικο-οικονομικοί: Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο δυτικό κόσμο, σε αντίθεση με Ασία, Αφρική και Μέση Ανατολή.

β. Εκπαιδευτικοί: Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

γ. Διαιτητικοί: Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, και αυτό είναι αποτέλεσμα πολλών μελετών που έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, και αυτό είναι αποτέλεσμα πολλών μελετών που έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται διερεύνηση: α) των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση β) της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση, λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και γ) για την ύπαρξη μεταστάσεων, τότε χρησιμοποιείται το σύστημα T.N.M. για τη σταδιοποίηση [T=Πρωτοπαθής όγκος (Tumor), N=Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια (Nodes), M=Μετάσταση (Metastasis)].

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

- α. Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας.
- β. Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης.
- γ. Να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας.
- δ. Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας.
- ε. Να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου.

Σήμερα για τον καρκίνο του μαστού, εκτός από το T.N.M. σύστημα κλινικής ταξινόμησης, υπάρχει και το σύστημα της Columbia. Κανόνας βέβαια για να προχωρήσουμε στην ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού είναι η καταγραφή των ανατομικών θέσεων προέλευσης, οι οποίες όμως δεν λογαριάζονται στην ταξινόμηση.

Ανατομικές θέσεις προέλευσης

- α. Θηλή
- β. Κεντρικό τμήμα
- γ. Άνω έσω τεταρτημόριο
- δ. Κάτω έσω τεταρτημόριο
- ε. Άνω έξω τεταρτημόριο
- στ. Κάτω έξω τεταρτημόριο
- ζ. Μασχαλαία ουρά

T.N.M. ΠΡΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

T. Πρωτοπαθής όγκος

- T_{is}: Προδιηθητικό καρκίνωμα (in situ), μη διηθητικό ενδοπορογενές καρκίνωμα ή νόσος Paget της θηλής χωρίς εμφανή όγκο.
- T₀: Δεν υπάρχει φανερός όγκος.
- T₁: Όγκος 2cm ή μικρότερος στη μεγαλύτερη διάμετρό του.
- T_{1a}: Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών.
- T_{1b}: Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μύς.
- T₂: Όγκος 2-5 cm.
- T_{2a}: Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών.

T_{2b}: Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μύς.

T₃: Όγκος μεγαλύτερος των 5 cm.

T_{3a}: Χωρίς διήθηση των υποκείμενων ιστών.

T_{3b}: Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μύς.

T₄: Οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, εφόσον υπάρχει επέκταση της νόσου στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα.

T_{4a}: Με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλευρίοι μύς, πλατύς ραχιαίος μύς).

T_{4b}: Με οίδημα ή διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δερματικές μεταστάσεις στον ίδιο το μαστό.

T_{4c}: Συνδυασμός α και β.

T_x: Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες απαραίτητες πληροφορίες για την εκτίμηση του πρωτοπαθούς όγκου.

Συμπληρωματικές οδηγίες

α. Εντύπωμα στο δέρμα ή εισογκή θηλής ή οποιαδήποτε αλλαγή στο δέρμα του μαστού, που δεν αναφέρεται σε T₄, μπορεί να παρατηρηθεί σε T₁, T₂, T₃ χωρίς επίδραση στη σταδιοποίηση.

β. Η νόσος Paget του μαστού σταδιοποιείται σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου.

γ. Τα φλεγμονώδη καρκινώματα του μαστού αναφέρονται ως ξεχωριστή ομάδα.

Η πλέον ακριβής μέτρηση του μεγέθους του όγκου γίνεται με τη μελέτη της μαστογραφίας. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό, το μέγεθος του όγκου καλύτερα να μετριέται με ειδικό διαστημόμετρο.

N. Περιοχικοί λεμφαδένες

No: Μη ψηλαφητοί σύστοιχοι μασχαλικοί λεμφαδένες.

N1: Ψηλαφούνται ευκίνητοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

N1a: Χωρίς ύποπτα σημεία καρκινικής διήθησης.

N1b: Λεμφαδένες που θεωρούνται ότι διηθούνται από τον όγκο.

N2: Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες με σημεία καρκινικής διήθησης και καθηλωμένοι είτε σε παρακείμενους ιστούς είτε μεταξύ τους (block).

N3: Ύποπτοι καρκινικής διήθησης σύστοιχοι υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι λεμφαδένες ή οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου που οφείλεται στη νόσο.

Nx: Τα ελάχιστα αναγκαία στοιχεία για την εκτίμηση των λεμφαδένων δεν παρέχονται.

M. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα

M0: Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

M1: Υπάρχουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Mx: Δεν υπάρχουν οι αναγκαίες πληροφορίες για τον καθορισμό της παρουσίας μακρινών μεταστάσεων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

T.N.M. (Σαχίνη, Πάνου 1985)

Στάδιο I	T ₁	N ₀ N ₁	M ₀
Στάδιο II	T ₂	N ₀ N ₁	M ₀
Στάδιο III	T ₃	N ₀ N ₁	M ₀
	T ₁	N ₂	M ₀
	T ₂	N ₂	
Στάδιο IV	Κάθε T	Κάθε N	M ₁

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ COLUMBIA

Τα τέσσερα στάδια του συστήματος και τα κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν κάθε στάδιο είναι:

Στάδιο A: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς ελεύθεροι.

Στάδιο B: Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες

κλινικώς διηθημένοι, αλλά μικρότεροι, σε εγκάρσια διάμετρο, από 2,5 cm και χωρίς συμφύσεις προς το δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς.

Στάδιο C: Οποιοδήποτε από τα πέντε βασικά σημεία του προχωρημένου καρκίνου:

- α. Περιορισμένης έκτασης οίδημα στο δέρμα του μαστού (λιγότερο από 1/3 της όλης επιφάνειας του δέρματος του μαστού).
- β. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
- γ. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα.
- δ. Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι αδένες, κλινικώς διηθημένοι και μεγαλύτεροι από 2,5 cm.
- ε. Συμφύσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων προς το δέρμα ή τους υποκείμενους ιστούς.

Στάδιο D: Όλες οι άλλες περιπτώσεις με πιο προχωρημένη νόσο περιλαμβάνουν:

- α. Συνδυασμό δύο ή και περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου.
- β. Οίδημα στο δέρμα του μαστού σε έκταση μεγαλύτερη από το 1/3.
- γ. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου μαστού.
- δ. Φλεγμονώδη τύπο καρκίνου μαστού.
- ε. Κλινικώς διηθημένους υπερκλείδιους λεμφαδένες.
- στ. Παραστερνικό όγκο ως μαρτυρία διηθημένων αδένων της έσω μαστικής.
- ζ. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου.
- η. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Η βασική διαφορά ανάμεσα στα δύο συστήματα κλινικής ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού είναι ότι το T.N.M. χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου ως κύριο χαρακτηριστικό της σταδιοποίησης. Το σύστημα Columbia σταδιοποιεί σύμφωνα με την όλη κλινική εμφάνιση της νόσου, χωρίς να χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου. Με τον τρόπο αυτό δεν υπάρχει αντιστοιχία στα στάδια των δύο συστημάτων.

Τελευταία συναντάμε και μια άλλη παράμετρο ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού που είναι γνωστή ως "δείκτης ζωτικότητας" (performance status). Η πιο γνωστή ταξινόμηση με τη χρησιμοποίηση δεικτών ζωτικότητας είναι η ταξινόμηση κατά Karnofsky . Η ταξινόμηση με δείκτες ζωτικότητας χρησιμοποιείται ευρύτατα στη μέτρηση των επιπτώσεων του καρκίνου στη γενικότερη οικονομία του οργανισμού, στον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής καθώς και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας του μεταστατικού, κυρίως καρκίνου.

Κριτήρια ζωτικότητας κατά Marn Ann Krol (από το The Clinical Practice of Medical - Surgical Nursing, 1984).

<p>Ικανός να ανταπεξέρχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες. Δεν έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.</p>	<p>100</p>	<p>Κατάσταση φυσιολογική. Απουσία ενοχλημάτων. Δεν υπάρχει ένδειξη νόσου.</p>
	<p>90</p>	<p>Ικανός να ανταπεξέρχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες. Παρουσιάζει όμως ελαφρά σημεία ή συμπτώματα νόσου.</p>
	<p>80</p>	<p>Ανταπερχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες, αλλά με προσπάθεια. Παρουσιάζει συμπτώματα και σημεία από τη νόσο.</p>
<p>Ανίκανος να εργασθεί. Δεν χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη. Μπορεί να περιποιηείται μόνος του τον εαυτό του. Η απαιτούμενη ιατρική παρακολούθηση και νοσηλευτική περίθαλψη ποικίλλουν.</p>	<p>70</p>	<p>Ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, δεν είναι όμως ικανός να ανταπεξέρχεται στις συνηθισμένες δραστηριότητες ή να εργάζεται εντατικά.</p>
	<p>60</p>	<p>Μπορεί να ικανοποιεί τις περισσότερες από τις ανάγκες του μόνος, αλλά με-</p>

Ανίκανος να φροντίζει τον
εαυτό του. Χρειάζεται εισα-
γωγή σε νοσοκομείο ή συστη-
ματική ιατρική παρακολού-
θηση. Η νόσος μπορεί να
προχωρεί γρήγορα.

- ρικές φορές χρειάζεται νοσηλευτική
φροντίδα.
- 50 Χρειάζεται συχνά νοσηλευτική φροντίδα
και συχνή ιατρική παρακολούθηση.
- 40 Μερική ανικανότητα. Χρειάζεται συ-
στηματική παρακολούθηση και βοήθεια.
- 30 Βαρεία ανικανότητα. Είναι σκόπιμη
η εισαγωγή σε νοσοκομείο, αλλά
θάνατος δεν επίκειται.
- 20 Βαρεία ασθενής. Επιβάλλεται νοσο-
κομειακή περίθαλψη και έντονη थे-
ραπεία υποστήριξης.
- 10 Προθανάτια κατάσταση. Ταχεία εξέ-
λιξη προς το μοιραίο.
- 0 Νεκρός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μαστός υπάρχει και στα δύο φύλα, αν και στον άνδρα είναι υποανάπτυκτος. Στη γυναίκα αναπτύσσεται κατά και μετά την ήβη και φθάνει στη μέγιστή του ανάπτυξη κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας (Εικόνα 1).

Η θέση του μαστού: Η βάση του μαστού εκτείνεται μεταξύ 2ης και 6ης πλευράς στο κάθετο επίπεδο και από το έξω όριο του στήρνου μέχρι σχεδόν τη μέση μασχαλιαία γραμμή στο εγκάρσιο επίπεδο και στο ύψος του τέταρτου πλευρικού χόνδρου. Το άνω έξω τμήμα του επεκτείνεται προς τα άνω και έξω στην κατεύθυνση της μασχάλης σχηματίζοντας την ουρά του μαστού (του Spence) κατά μήκος του κάτω ορίου του μείζονα θωρακικού μυός, περνώντας μερικές φορές και ανάμεσα από την εν τω βάθει απονεύρωση στο ύψος της ομάδας των θωρακικών λεμφαδένων της μασχάλης. Η εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού βρίσκεται πάνω στο μείζονα θωρακικό, πρόσθιο οδοντωτό, έξω λοβό και την απονεύρωσή του καθώς αυτή σχηματίζει το πρόσθιο πέταλο της θήκης του ορθού κοιλιακού και διαχωρίζεται από αυτούς με την εν τω βάθει θωρακική περιτονία. Μεταξύ μαστού και εν τω βάθει θωρακικής περιτονίας υπάρχει ο λεγόμενος οπισθομαστικός χώρος.

Η θηλή του μαστού: Βρίσκεται συνήθως κάτω από το κέντρο του μαστού και αντίστοιχα στο τέταρτο μεσοπλευρικό διάστημα στις άτοκες γυναίκες. Έχει χρώμα ροζ ή ανοικτό καφέ ή πιο σκούρο και διασχίζεται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους των οποίων οι εκβολές βρίσκονται στην κορυφή της.

Η θηλή περιέχει πολλά μυϊκά κύτταρα όχι σε στρωματική διάταξη αλλά με κυκλική κατά βάση κατανομή, των οποίων η σύσπαση προκαλεί ανόρθωσή της. Με τη βοήθεια άλλων επιμήκων μυϊκών ινών προκαλείται εισσολκή της θηλής. Ενίοτε η θηλή

δεν εκστρέφεται κατά την προγεννητική ανάπτυξη και παραμένει με μόνιμη εισολκή η οποία δυσκολεύει το θηλασμό.

Υπεράριθμοι μαστοί (πολυμαστία) ή θηλές (πολυθηλία) μπορεί να υπάρχουν σε άνδρες ή γυναίκες συνήθως κατά μήκος γραμμής που εκτείνεται από τη μασχάλη στην ηβική χώρα (γαλακτική γραμμή).

Η θήλαια άλως: Η διάμετρός της κυμαίνεται 3-4 εκ. εμφανίζει ρυτιδωδή επιφάνεια. Περιέχει πολλούς σμηγματογόνους αδένες οι οποίοι διογκώνονται κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό και σχηματίζουν υποδόρια φυμάτια (φυμάτια Montgomery) με αντικειμενικό σκοπό την προστατευτική-λιπαντική δράση της έκκρισής τους.

Ο μαστός ή μαζικός αδένας: Αποτελείται από αδενικό ιστό ο οποίος έχει την ικανότητα να εκκρίνει γάλα και ινολιπώδη ιστό μαζί με αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και νεύρα ανάμεσα στους λοβούς και λόβια του αδένα, καλύπτεται δε από το δέρμα.

Ο μαστός περιέχει:

1. Αδενικό ιστό
2. Ινώδη ιστό
3. Μεσολόβιο λιπώδη ιστό.

Ο μαστός σχηματίζεται από 15-20 λοβούς, καθένας από τους οποίους αποτελεί μια ανώμαλη πυραμίδα από αδενικό ιστό με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς την περιφέρεια.

Κάθε λοβός περιέχει πολλά λόβια. Τα λόβια αποτελούνται από αθροίσματα σακοειδών ή σφαιρικών κυψελίδων οι οποίες ενώνονται για να σχηματίσουν τους τελικούς πόρους. Αυτοί με τη σειρά τους ενώνονται σε μεγαλύτερους πόρους και τελικά σχηματίζονται οι γαλακτοφόροι πόροι, καθένας από τους οποίους αντιστοιχεί σε ένα λοβό και έτσι έχουμε τον ίδιο αριθμό λοβών και γαλακτοφόρων πόρων.

Στον άνδρα ο μαστός είναι ατελώς ανεπτυγμένος και σχηματίζεται από μικρούς πόρους και μικρή ποσότητα στηρικτικού ινολιπώδους ιστού. Ελαφρά διογκωση μπορεί να παρουσιαστεί στην ήβη αλλά είναι παροδική (λόγοι

ορμονικοί). Η θηλή και η θηλαία άλω είναι σχετικά μικρές αν και καλύτερα ανεπτυγμένες σε σχέση με τον υπόλοιπο μαστό.

ΑΡΤΕΙΟΣΗ

Γίνεται από:

1. Τη μασχαλιαία αρτηρία μέσω της πλάγιας θωρακικής και της ακρωμιοθωρακικής.

2. Την έσω μαστική αρτηρία, μέσω των διατρητόντων αυτής κλάδων.

3. Τις μεσοπλεύριες αρτηρίες μέσω των πλαγίων διατιτρώντων αυτών κλάδων (Εικόνα 2).

ΦΛΕΒΕΣ

Οι φλέβες του μαστού παρουσιάζουν ενδιαφέρον γιατί μέσω αυτών γίνονται οι μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού. Αυτές χωρίζονται σε δύο τύπους:

- α) τον εγκάρσιο και
- β) τον επιμήκη

Οι εν τω βάθει είναι οι έσω μαστικές φλέβες, οι μασχαλιαίες φλέβες και οι μεσοπλεύριες. Αυτές αποτελούν την οδό δια μέσου της οποίας ο καρκίνος του μαστού, μπορεί να μεταστεί στα οστά χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες και τους πνεύμονες.

ΝΕΥΡΑ

Η νεύρωση του μαζικού αδένου γίνεται από τρία έως έξι μεσοπλεύρια νεύρα, ενώ το δέρμα νευρώνεται από κατιώντες κλάδους του βραχιώνιου πλέγματος. Το μακρύ θωρακικό νεύρο το υπό του BELL καλούμενο έξω αναπνευστικό νεύρο, νευρώνει το πρόσθιο οδοντωτό και το θωρακοχιαίο νεύρο (κλάδος του βραχιώνιου πλέγματος) το οποίο νευρώνει το πλατύ ραχιαίο μυ.

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το λεμφικό σύστημα του μαστού είναι πολύ πλούσιο και έχει μεγάλη σημασία η γνώση του γιατί αυτό αποτελεί την κύρια οδό των καρκινωματώδων μεταστάσεων. Τα λεμφικά αγγεία διαιρούνται στα επιπολής ή δερματικά λεμφαγγεία και στα λεμφαγγεία του παρεγχύματος.

Τα περισσότερα από τα σχηματισθέντα λεμφαγγεία βρίσκονται μέσα στο χαλαρό συνδετικό ιστό και εκβάλλουν στους μασχαλιαίους αδένες. Τα επιπολής λεμφαγγεία αποχετεύουν τη λέμφο του δέρματος του μαστού και τα λεμφαγγεία του παρεγχύματος εκβάλλουν στο πλέγμα που βρίσκεται πάνω στη θωρακική περιτονία μεταξύ μαστού και θωρακικού τοιχώματος.

Άλλα λεμφαγγεία ξεκινούν από τα έσω και κάτω τεταρτημόριο του μαστού πηγαίνοντας προς το επιγάστριο όπου γίνεται η αναστόμωση με εκείνα του κοιλιακού τοιχώματος του περιτοναίου και του ήπατος. Πιθανόν να είναι αυτή η οδός με την οποία καρκινωματώδη κύτταρα κάνουν μετάσταση στην κοιλιά και στο ήπαρ.

Άλλα πάλι λεμφαγγεία ξεκινούν από το έσω τμήμα του μαστού, πηγαίνουν στο πρόσθιο μεσοθωράκιο και άλλα από το άνω ήμισυ του μαστού προς τους υποκλείδιους αδένες, ενώ μερικά μεμονωμένα πηγαίνουν πίσω κατά μήκος των μεσοπλευρών αγγείων φερόμενα προς τη σπονδυλική στήλη.

Σαν την καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poisier και Gueneo (1902), η οποία υιοθετήθηκε και από του Rouviere (1932). Σύμφωνα με αυτή, υπάρχουν επτά ομάδες μασχαλιαίων λεμφαδένων.

1. Έξω μαστικά λεμφογάγγλια
2. Ωμοπλατιαία λεμφογάγγλια
3. Κεντρικά λεμφογάγγλια
4. Διαθωρακικά λεμφογάγγλια
5. Λεμφογάγγλια της μασχαλιαίας φλέβας
6. Υποκλείδια λεμφογάγγλια (κορυφαίοι λεμφαδένες).
7. Λεμφική οδός της έσω μαστικής

ΜΥΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μύες που ανήκουν στην περιοχή του μαστού είναι :

1. Ο μείζων θωρακικός μυς
2. Ο ελάσσων θωρακικός μυς
3. Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς
4. Ο πλατύς ραχιαίος μυς
5. Ο κορακοβραχιόνιος μυς
6. Ο έξω λοβός κοιλιακός μυς.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, ως μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του.

Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία-αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων, για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους.

Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκορτικοειδή.

Η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας, έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος. Από όλες τις ορμόνες με μαστοτρόπο δράση η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού. Τα οιστρογόνα

μάλιστα, φαίνεται, ότι, αυξάνουν τον αριθμό των υποδοχέων για την προλακτίνη, με τρόπο ανάλογο προς την αύξηση των υποδοχέων για την προγεστερόνη.

Η προγεστερόνη, όπως και τα οιστρογόνα δεν ασκεί βιολογική δράση στο μαστό παρά μόνο με τη συνέργεια των ορμονών της υπόφυσης και των οιστρογόνων. Η δράση τους συνίσταται κύρια στην ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων.

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες κύρια για τη συνεργική τους δράση με την προλακτίνη, ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών ή θυρεοειδικών ορμονών φαίνονται απαραίτητα για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και της λειτουργίας του μαστού.

Η βιολογική δράση των ορμονών μεταβάλλεται με πολυάριθμους παράγοντες όπως η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της έκκρισης των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομοιώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού.

Κατά την εξέλιξη του εμμηνορρυσιακού κύκλου έχουμε αύξηση οιστρογόνων από το ώριμο θυλάκιο και προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο, ο μαστός υφίσταται αλλαγές και την εικόνα της ηρεμίας αμέσως μετά την έμμηνο ρύση. Οι μεταβολές αρχίζουν στην εφηβία και σταματούν με την εμμηνόπαυση.

Η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργικότητας του αδένου συμπίπτει με την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σ' αυτή.

Κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται ένας νεοπαγής ενδοκρινικός αδένας, ο πλακούντας που κατακλίζει τη γυναίκα με τεράστιες ποσότητες ορμονών που ασκούν άμεση ή έμμεση δράση στο μαστό. Παράλληλα με την επίδραση της αυξημένης προλακτίνης και την παρουσία του πλακουντιακού γαλακτογόνου ο μαστός προετοιμάζεται κατά την κύηση λειτουργικά για την παραγωγή γάλακτος.

Ο μηχανισμός με τον οποίο αρχίζει η έκκριση γάλακτος δεν είναι ακριβώς γνωστός. Φαίνεται ότι, σχετίζεται με την αιφνίδια διακοπή της επίδρασης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Ακολουθεί περιορισμός της έκκρισης προλακτίνης που μόνο κατά το θηλασμό παρουσιάζει εκκρίτικα κύματα. Το παραγόμενο γάλα μεταφέρεται στους γαλακτοφόρους πόρους με την επίδραση της ωξυτοκίνης, η ορμόνη αυτή παράγεται στον υποθάλαμο και μένει αποθηκευμένη στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Από εκεί ελευθερώνεται αντανακλαστικά, μηχανισμός που ξεκινά με τον ερεθισμό της θηλής. Η ωξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα κυστίδια και τους μικρούς πόρους και έτσι προωθεί το γάλα στους μεγαλύτερους γαλακτοφόρους κόλπους.

Κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατόν να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένου. Οι παράγοντες που δρουν στη φυσιολογική πορεία του μαστού είναι: α) υπόφυση β) ωοθήκες γ) πλακούντας δ) επινεφρίδια ε) θυρεοειδής στ) Κ.Ν.Σ.

Στη διάρκεια της μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου οι μαστοί βαθμιαία μικραίνουν συνέπεια της γενικής ατροφίας όλων των ανατομικών στοιχείων, δηλαδή των αδενοκυψελών, των εκφορητικών πόρων του επιθηλίου κ.α. Ένα ποσοστό γυναικών, περίπου το 10%, προφανώς λόγω έντονης υποφυσιακής διεγερσης, η διόγκωση του προεμμηνοπαυσιακού παραμένει αρκετά χρόνια μετά την εμμηνόπαυση.

Στον άνδρα ο μαστός είναι πρωτόγονος σχηματισμός που δεν είναι πολύ ευαίσθητος στις ορμονικές επιδράσεις και σπάνια αποτελεί τη θέση νόσων.

Κατά την εφηβεία, ο μαστός των αντρών μπορεί να εμφανίσει μια παροδική περίοδο ευαισθησίας, σχετιζόμενη με μια τυπική μικρή αύξηση του μαστικού ιστού. Αυτό είναι τελείως φυσιολογική αυτοπεριοριζόμενη διαδικασία οφειλόμενη σε μεταβολές των σωματών ορμονών και δε χρειάζεται ειδική θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι Ι Ι

ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται περισσότερο στον αριστερό μαστό, η δε αναλογία εντοπίσεως μεταξύ αριστερού και δεξιού μαστού ανέρχεται σε 1.04:1 έως 1.14:1 (Nohrman, 1949-Harnett, 1948-Smithers, 1952-Gorfinkel, 1959). Διαφορετική επίσης είναι η επίπτωση του καρκίνου στα διάφορα τεταρτημόρια του μαστού. Ο μαστός διαιρείται σε τέσσερα τεταρτημόρια (άνω, έξω, κάτω έξω, άνω έσω και κάτω έσω) και την κεντρική ή θηλαία περιοχή. Η παρατηρηθείσα από πολλούς ερευνητές συχνότερη εντόπιση της νόσου στο άνω έξω τεταρτημόριο οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι περιλαμβάνει αυτό, έναντι των άλλων, μεγαλύτερο ποσό μαζικού ιστού (Εικόνα 3).

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%.

Ο ρυθμός αύξησης του καρκίνου του μαστού θεωρείται ότι έχει μεγάλη προγνωστική αξία. Δεν είναι όμως δυνατόν να προσδιοριστεί επακριβώς ο χρόνος διπλασιασμού του καρκίνου του μαστού, πάντως υπολογίζεται ότι η διάμετρος του όγκου αυξάνει κατά μέσο όρο 1 εκ. και 3 μήνες (Richards, 1948).

Κατά τον Collins (1956), ο χρόνος διπλασιασμού είναι περίπου 28 ημέρες, ενώ σύμφωνα με άλλους ερευνητές αυτός κυμαίνεται μεταξύ 2.7 και 15 μηνών. Για τον καρκίνο του μαστού υπολογίζεται ότι απαιτούνται 5-8 χρόνια μέχρις ότου γίνει αυτός ψηλαφητός.

Ο καρκίνος επεκτείνεται μέσα στο μαστό με διήθηση του μαστικού λίπους, με τα λεμφαγγεία και τα αιμοφόρα αγγεία.

Η επέκταση της νόσου μέσα στο μαστό απολήγει πολλές φορές σε εκδηλώσεις από το δέρμα, σαν οίδημα, διήθηση και εξέλκωση ή εμφάνιση δορυφόρων οζιδίων.

Άλλες φορές, λόγω της εντονώτατης ινώδους επεξεργασίας ο καρκίνος του μαστού δεν σχηματίζει ευμεγέθη όγκο, αλλά μικρό, σκληρό και ρικνό.

Ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται, σε κάποια φάση της εξέλιξής του, και δια μέσω των λεμφαγγείων στους επιχώριους λεμφαδένες. Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες προσβάλλονται συχνότερα και νωρίτερα από τους υπόλοιπους επιχώριους.

Ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται νωρίτερα από τη λεμφική οδό και αργότερα με τα καρκινικά κύτταρα που κυκλοφορούν στο αίμα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής αρχικά δεν αντιλαμβάνεται καμιά ενόχληση. Όταν αναπτύσσεται όμως το νεόπλασμα αυτή αντιλαμβάνεται με τη ψηλάφηση την παρουσία ενός ογκιδίου, το οποίο προκαλεί πόνο μόνο σε μικρό ποσοστό γύρω στα 12%. Σε μικρότερο ποσοστό ασθενών αρχικά παρατηρείται με την ψηλάφηση ευαισθησία στη θηλή ή και έκκριμα απ'αυτή, σπανιότερα σε εισολκή της θηλής ή μεγέθυνση του ενός μαστού.

Πολύ σπάνια η ασθενής προσέρχεται αρχικά λόγω ισχυρού άλγους στη σπονδυλική στήλη, στη λεκάνη, στο μηριαίο οστό, χωρίς αυτή να προσέξει ένα όγκο μαστού. Είναι αξιοσημείωτο ότι 50% από τους ασθενείς που προσέρχονται αρχικά για εξέταση έχουν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες. Όταν αυξάνεται η πρωτογενής εστία επεκτείνεται και οι διηθήσεις γύρω απ' αυτή.

Όταν η διήθηση των συνδέσμων του COOPER προκαλέσει συρρίκνωση μερικών απ' αυτών παρατηρείται το φαινόμενο της εισολκής της επιδερμίδας. Η περαιτέρω διήθηση των υποδόριων

λεμφαγγείων προκαλεί οίδημα της επιδερμίδας και δίνει την εμφάνιση φλοιού πορτοκαλιού.

Διήθηση των νεοπλασματικών κυττάρων στα εν τω βάθει λεμφαγγεία και επέκταση του καρκινώματος προς την απονεύρωση του μείζονος θωρακικού μυ προκαλεί καθήλωση του όγκου στο μυ αυτό, και αργότερα καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα.

Οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες αυξάνονται στο μέγεθος και λόγω των μεταστατικών διηθήσεων γίνονται σκληροί και καθηλώνονται στους εν τω βάθει ιστούς, ενώ οι υποκλείδιοι, υπερκλείδιοι και στερνικοί λεμφαδένες μεγεθύνονται λόγω των μεταστάσεων. Μεταστατικά τα ίδια εμφανίζονται στην επιδερμίδα του μαστού η οποία καθίσταται οίδηματώδης και υπόσκληρη, επίσης είναι δυνατόν να εξελκωθεί και να μολυνθεί, οπότε αναπτύσσεται δύσοσμο έλκος που πυορροεί και αιμορραγεί. Με το χρόνο εμφανίζονται μεταστάσεις στους πνεύμονες, άλλοτε παρατηρούνται οστικές μεταστάσεις, ηπατικές μεταστάσεις ή ακόμη εγκεφαλικές μεταστάσεις.

Πριν από το τελικό στάδιο υπεισέρχεται ναυτία και ολιγουρία. Το τέλος επέρχεται από πνευμονία, από εισρόφιση γαστρικών υγρών μέσα στους πνεύμονες κατά τη διάρκεια εμέτου, ή λόγω καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας λόγω μεταστάσεων στους πνεύμονες και της υγρής πλευρίτιδας που έχει αναπτυχθεί.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΟΥ Ca ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Συνοπτικά τα συμπτώματα του Ca του μαστού είναι (Εικόνα 4):

1. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση.
2. Ανώδυνο σκληρό, μη κινητό ογκίδιο.
3. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα.
4. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
5. Εισόλκη δέρματος πάνω από τη μάζα.

6. Εισολκή της θηλής που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου, μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.

7. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής.

8. Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων.

9. Εξέλιξη κατά τη θηλή που οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων.

10. Ο πόνος απουσιάζει εκτός από τα προχωρημένα στάδια.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η κλινική και εργαστηριακή μελέτη όπως επίσης και η εκτέλεση ορισμένης διαγνωστικής αξίας μικρών επεμβάσεων σε κάθε περίπτωση καρκίνου είναι απαραίτητη, δεδομένου ότι βάση αυτών θα στηριχθεί η έκταση και το είδος της κάθε θεραπευτικής αγωγής.

Τα καθήκοντα της πολιτείας ανάγονται σε ένα καλό αντικαρκινικό αγώνα. Καθώς επίσης και η συμβολή της πολιτείας στην ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού και για τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης του καρκίνου και ιδιαίτερα το θέμα της προτροπής των γυναικών για αυτοεξέταση κρίνεται επιβεβλημένο και αναντικατάστατο.

Ακόμη υπάρχει και η άποψη ότι η αυτοεξέταση των μαστών μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα ψυχονευρώσεως, αυτό όμως δεν πρέπει να σταθεί εμπόδιο στην πολιτεία να αφήσει απληροφόρητο το κοινό, όταν γνωρίζει τη φοβερή συχνότητα καρκίνου του μαστού στις λευκές γυναίκες.

ΓΥΝΑΙΚΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση των μαστών γίνεται από το γιατρό (Εικόνα 5). Πρέπει να γίνεται την 5η-10η ημέρα μετά την έμμηνο ρύση. Η γυναίκα είναι καθιστή, με τα χέρια στη μέση. Μετά την επισκόπηση (που γίνεται με δυνατό φως) για τυχόν ανωμαλίες

του δέρματος των μαστών (π.χ. εισολκή της θηλής, έκζεμα, αυτόματη έκκριση) αρχίζει η ψηλάφηση από τους υπερκλείδιους χώρους και το θυρεοειδή. Στη συνέχεια ψηλαφώντας τα δύο ήμισυ των δύο μαστών τα οποία σε αυτή τη στάση είναι πιο επιπεδωμένα, αρχίζοντας από τον μη πάσχοντα μαστό. Μετά ψηλαφώντας τις μασχάλες αφού η γυναίκα αφήσει εντελώς ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο. Στη συνέχεια η εξεταζόμενη, ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι. Ο μαστός έχει επιπεδωθεί και γίνεται ευκολότερη η ψηλάφισή του με προσοχή μη παραλειφθεί καμιά περιοχή για να βρεθεί και η παραμικρή ανωμαλία και να αντιληφθεί ο γιατρός την υφή του.

Για την κλινική εξέταση συνίσταται ειδικό σχήμα από το οποίο εξετάζεται:

- α) Η ηλικία
- β) Η έμμηνος ρύση
- γ) Η εγκυμοσύνη και η γαλουχία
- δ) Ο χρόνος εμφάνισης
- ε) Η εντόπιση.

Η ψηλάφηση γίνεται:

α) Με τη σύνθλιψη του μαστού μεταξύ των δακτύλων του χεριού.

β) Με συμπύεση του μαστικού αδένου από την παλάμη στο θώρακα.

Αν κατά τη ψηλάφηση του μαστού βρεθεί οποιοσδήποτε όγκος θα πρέπει να εξετασθούν τα εξής:

- α) Το μέγεθος
- β) Το σχήμα
- γ) Η σύσταση του όγκου.

Πρέπει να καθορισθεί αν είναι μαλακός, σκληρός, λείος ή όχι, αν είναι επώδυνος, αν συμφύεται με το δέρμα ή με τους θωρακικούς μυς. Αυτό γίνεται εύκολα αντιληπτό με ανασήκωμα του βραχίονα πάνω από το κεφάλι.

Στη συνέχεια αναζητείται έκκριση από τη θηλή: γαλακτόροια άσχετη προς την κύηση μπορεί να υποδηλώνει καλοήγη ή κακοήγη νεοπλασία του μαστού ή άλλα μη

νεοπλασματικά αίτια τα οποία επιδρούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Τέλος πρέπει να ψηλαφώνται οι ομάδες των μασχαλιαίων και υπερκλείδιων αδένων.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις συνήθως γίνονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματά τους μπορεί να δείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης όπως λοίμωξη, αιμορραγία ή άλλη παθολογική διεργασία.

Εξ αιτίας του αυξανόμενου αριθμού μικρών όγκων που διαγιγνώσκονται, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού σήμερα έχει γίνει δυσκολότερη απ' ό,τι στο παρελθόν και χρειάζεται ευρύτερη εμπειρία.

Τα κλασσικά διαγνωστικά σημεία (μεγάλα ογκίδια, διήθηση δέρματος, οίδημα, φλοιός πορτοκαλιού και εξέλκωση) αποτελούν σημάδια τοπικά προχωρημένου όγκου ενώ η αναγνώριση ενός μικρού όγκου που αντιστοιχεί σε πρώιμο καρκίνο του μαστού απαιτεί εκτός από εμπειρία και ειδικές γνώσεις, ασφαλή κλινική εξέταση και χρήση ορισμένων απαραίτητων οργάνων.

1. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Ο μαστός είναι γεγονός ότι ήταν ένα παραμελημένο όργανο στην ακτινολογική διάγνωση μέχρι τουλάχιστον τις αρχές του 1960.

Η μαστογραφία είναι η κυριότερη σήμερα διαγνωστική μέθοδος, η οποία μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά όχι μόνο στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, αλλά και όλων των άλλων καλοήθων παθήσεών του. Τα κλινικά και

εργαστηριακά προβλήματα, που παρουσιάζονται καθημερινά κατά την εξέταση του μαστού, απαιτούν μεγάλη πείρα και προσοχή, διότι το διαγνωστικό λάθος εδώ είναι πιο εύκολο παρά σε κάθε άλλη διαγνωστική μέθοδο.

Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική μελέτη του μαστού, με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο (Εικόνα 6):

Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού:

- α) Κρανιοουρική
- β) Μεσοπλάγια και
- γ) Μασχαλιαία.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοήθων και κακοήθων εξεργασιών του μαστού, κυρίως, όμως, είναι η αντίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Με τη μαστογραφία, μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις του μαστού:

α) Καλοήθειες: κύστεις, αδένωμα μαστού, εκτασία του πόρου, ίνωση, πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, αποστήματα και λιπώματα.

β) Κακοήθειες: καρκίνωμα και σάρκωμα.

Επίσης είναι δυνατόν να διαγνωσθούν και άλλα σημεία κακοήθειας: αποτιτανώσεις, μονόπλευρη ανάπτυξη ή αλλαγή θέσης των αγγείων και του μαζικού αδένου, διάχυτη πάχυνση του δέρματος, εισολκή της θηλής και παραμόρφωση του υποστρώματος του μαζικού αδένου.

Ενδείξεις μαστογραφίας

1. Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, ευκίνητη με καλοήθειες κλινικούς χαρακτήρες.
2. Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό.
3. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού.
4. Σε προηγούμενη βιοψία του μαστού.

5. Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισολκής της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.

6. Σε ασθενή με καρκίνο στον ένα μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό.

7. Σε άτομα με υπερμεγέθεις λιπώδεις μαστούς, στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.

8. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας.

9. Σε άτομα με καρκινοφοβία.

10. Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού.

Ποιές γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος

1. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα, πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών. Στις Η.Π.Α. έχει υπολογιστεί ότι με την έγκαιρη διάγνωση μετά από μαστογραφικό έλεγχο σώζονται τουλάχιστον 12.000 γυναίκες κάθε χρόνο.
2. Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο.
3. Δεν έχει ακόμη εξακριβωθεί η αξία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες κάτω των 50 ετών. Ωστόσο αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται τουλάχιστον 1 φορά μεταξύ 35 και 40 ετών.
4. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών, συνιστάται μαστογραφικός έλεγχος κάθε 1 ή 2 χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένου και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.
5. Πόσο συχνά πρέπει να γίνεται μαστογραφία σε μια γυναίκα που έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο; Αν και δεν

υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα, φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένα έτος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία της κλπ. να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό.

Κίνδυνοι από τη μαστογραφία

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια μαστογραφία έχει περιοριστεί τελευταία σε 0,2-0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02-0,03 στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19 ετών, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.

Το πλεονέκτημα της μαστογραφίας χαμηλής δόσης κάνει τη μέθοδο πολύ χρήσιμη γιατί επιτρέπει:

- 1) Τη χρησιμοποίησή της σε νέες γυναίκες κυρίως.
- β) Επιτρέπει τον περιοδικό προληπτικό έλεγχο, στοιχείο σημαντικό για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

2. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΥΣ

Είναι μια νέα μέθοδος μαστογραφίας με υπερήχους ECM-1. Άρχισε να εφαρμόζεται σε ερευνητικό στάδιο από το 1986 στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημίου του Ναγκασάκι, στην Ιαπωνία, για τη διάγνωση των παθήσεων του μαστού. Το ποσοστό επιτυχίας έφθασε το 95%. Η μέθοδος των υπερήχων ECM-1 χρησιμοποιείται πρόσφατα και στην Ελλάδα (Εικόνα 7).

3. ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη

διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Έτσι η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου.

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη, συγκριτικά με τη ξηρογραφία και τη μαστογραφία.

Το θερμογράφημα παρουσιάζει βασικά τη λειτουργική κατάσταση των μαστών.

4. ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι μια ακτινοδιαγνωστική εξέταση, κατά την οποία φιλμ ραδίου και ένας υπολογιστής χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν υπάρχουσες ανωμαλίες στο μαστό. Συνήθως, εκτελείται όταν η κλινική εξέταση και οι άλλες ακτινογραφίες δίνουν ασαφή εικόνα. Σε περίπτωση μεταστάσεων (ήπατος, εγκέφαλου) έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία και δίνει σαφέστερη εικόνα της έκτασης και του αριθμού των μεταστάσεων.

5. ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως προς το υπέρυθρο φως και έχουμε τη δυνατότητα να βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό, αλλά και η εικόνα δια μέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή μεταφέρεται σε οθόνη τηλεόρασης και απεικονίζεται σε ειδικά φωτογραφικά φιλμ, ευαίσθητα στην υπέρυθη ακτινοβολία.

Η διαφανοσκόπηση του μαστού εξαρτάται από το λίπος και γενικά από την οπτική σύνθεση του δέρματος και του μαζικού αδένου, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων και νεοπλασιών.

Τόσο οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού δίνουν διαφορετικά χρώματα στη διαφανοσκόπηση και κάνουν ορατές τις ανωμαλίες των φλεβών. Η διαγνωστική της ακρίβεια αναφέρεται ότι φθάνει το 76%.

6. ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Με αυτή ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έκχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου με γενική νάρκωση. Διακοπή της σκιαγράφησης των έσω μαστικών φλεβών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

7. ΜΑΣΤΟΜΕΤΡΙΑ

Γίνεται με μανόμετρα που τοποθετούνται κάτω από το μαστό και καταγράφουν τη θερμοκρασία του.

8. ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Με την εξέταση αυτή ανακαλύπτονται οι οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

9. ΠΝΕΥΜΟΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα ή αερίων στο μαστό, για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα. Χρησιμοποιείται κυρίως για να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι προσκολλημένος πάνω στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα έπειτα από διήθηση.

10. ΑΝΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ακτινολογικός έλεγχος πνευμόνων και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων.

11. ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με την έκχυση σκιαγραφικής ουσίας δια μέσου των πόρων της θηλής. Έτσι μπορούμε να διαγνώσουμε διευρυσμένους ή παραμορφωμένους ή αποφραγμένους από νεοπλασία πόρους. Η εξέταση αυτή γίνεται, όταν υπάρχει εκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται, αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού.

12. ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Η Ξηρογραφία συνίσταται στην αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα σελινίου αντί φωτογραφικής πλάκας. Σε αυτή παράγεται θετική εκτύπωση με εμφάνιση σε διαφορετικές πυκνότητες. Τα Ξηρογραφήματα μπορούν να μελετηθούν με μεταφερόμενο φως και απαιτούν λιγότερη ακτινοβολία (Εικόνα 8).

13. ΕΚΚΡΙΜΜΑ ΘΗΛΗΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Αν και είναι φυσιολογικό να παρουσιαστεί έκκριμα από τη θηλή σε φυσιολογικούς μαστούς, σε πολλές περιπτώσεις το φαινόμενο αυτό αποτελεί ενδεικτικό ότι νοσεί ο αδένας.

Τα σημαντικά χαρακτηριστικά του εκκρίμματος καθώς και ορισμένοι άλλοι παράγοντες που πρέπει να αξιολογούνται από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση, είναι τα ακόλουθα:

- α) Η φύση του εκκρίμματος (ορώδες, αιματηρό κλπ).
- β) Συσχέτιση με την παρουσία μάζας στο μαστό.
- γ) Ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη.
- δ) Έκκριση από έναν είτε από περισσότερους πόρους.
- ε) Αυτόματη έκκριση ή μετά από συμπίεση.

στ) Η έκκριση προκαλείται μετά από εφαρμογή πίεσης σε ένα σημείο ή μετά από εφαρμογή πίεσης σε ολόκληρο το μαστό.

ζ) Συσχέτιση με την εμμηνορροία.

η) Προεμμηνοπαυσιακή ή μετεμμηνοπαυσιακή.

θ) Αν η ασθενής λαμβάνει αντισυλληπτικά δισκία ή οιστρογόνα για μετεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

Φυσιολογικό έκκριμα παρουσιάζεται ως επί το πλείστον αμφοτεροπλευρώς και η σύστασή του έχει τη χροιά και τη σύσταση γάλακτος ή ορώδους υγρού.

Το παθολογικό έκκριμα εμφανίζεται ετεροπλευρώς και διακρίνεται σε φλεγμονώδες και σε νεοπλασματικό.

Το πρώτο οφείλεται σε λοίμωξη και φλεγμονή των εκφορητικών γαλακτοφόρων πόρων της θηλής, εμφανίζει πράσινη χροιά, η καλλιέργειά του αποβαίνει θετική και η κυτταρολογική εξέταση αρνητική. Το δεύτερο έχει χροιά

οροϊνώδη ή καθαρά αιμορραγική και οφείλεται σε πολλές περιπτώσεις σε ενδοσωληνώδες θήλωμα, η κυτταρολογική είναι αρνητική για καρκινωμάτωση κύτταρα, ενώ σε έκκριμμα οφειλόμενο σε κακοήγη νεοπλασία η κυτταρολογική αποβαίνει θετική ή ύποπτη.

ΜΙΚΡΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

1. ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Με αυτή διαπιστώνεται αν η ψηλαφώμενη διόγκωση είναι κυστική ή όχι. Σε καλοήγη κυστική εξεργασία όχι μόνο το υγρό κατά Παπανικολάου είναι αρνητικό, αλλά δεν υποτροπιάζει η κύστη. Όταν είναι η παρακέντηση αρνητική, δηλαδή ο όγκος είναι συμπαγής πρέπει να γίνει αφαίρεση και ο όγκος να σταλεί για ιστολογική εξέταση (Εικόνα 9).

Ιστολογική εικόνα επί 89 αλλοιώσεων μαστού (Κουτσελίνη και συν., 1982)

Κακοήθεις αλλοιώσεις	Αριθμός	Καλοήθεις αλλοιώσεις	Αριθμός
Μυελοειδές καρκίνωμα	3	Ινοαδένωμα	20
Σκίρρο καρκίνωμα	7	Μαστίτιδα	15
Πορογενές καρκίνωμα	9	Κυστική μαστοπάθεια	17
Σωληνώδες και εν μέρει συμπαγές καρκίνωμα	13	Σκληρυντική αδένωση	5
ΣΥΝΟΛΟ	32		57

2. ΒΙΟΨΙΑ

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Έχουν περιγραφεί τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαστικού αδένου.

α) Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση.

β) Η βιοψία με ολική εκτομή, δηλαδή η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωσθεί κλινικώς. Με τον τρόπο αυτό, πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων.

γ) Η βιοψία με τομή, δηλαδή η εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται για τον εντοπισμό του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για τον καθορισμό της έκτασης του καρκίνου.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή τη φάση δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην ακριβή προετοιμασία και στη ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς, της οικογένειάς της και του φιλικού περιβάλλοντός της.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση του καρκίνου του μαστού πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις παθολογικές επεξεργασίες του οργάνου οι οποίες προκαλούν διόγκωση αυτού ή ψηλαφητό μόρφωμα, όπως επίσης αλλοιώσεις του δέρματος ή έκκριση από τη θηλή. Επίσης πρέπει να επεκταθεί και προς τις καταστάσεις οι οποίες προκαλούν διόγκωση των μασχαλιαίων και υπερκλειδίων λεμφαδένων, όπως και προς κάθε κατάσταση η οποία δημιουργεί ψηλαφητό μόρφωμα στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα.

Η χρόνια κυστική μαστοπάθεια, με τις διάφορες μορφές της είναι η πιο συνηθισμένη καλοήθης πάθηση του μαστού. Οι κλινικές εκδηλώσεις αυτής διαφέρουν σαφώς από αυτές του καρκίνου, πρέπει όμως να σημειωθεί ότι είναι δυνατή η συνύπαρξή τους.

Το ινοαδένωμα του μαστού, είναι δυνατόν να δημιουργεί την υποψία καρκίνου γιαυτό και συνήθως αφαιρείται, για να μπει έτσι η οριστική διάγνωση και θεραπεία.

Η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα και η διάταση των εκφορητικών πόρων εμφανίζονται συχνά σαν ψηλαφητό μόρφωμα στην κεντρική περιοχή του μαστού, παραθηλαίως, προκαλώντας

εισολκή της θηλής. Εν τούτοις η διάκρισή τους από τον καρκίνο που προκαλεί εισολκή της θηλής είναι σχετικά εύκολη γιατί δεν συνοδεύονται από τα υπόλοιπα κλινικά σημεία του παρόμοιου καρκίνου. Παρόλα αυτά και στην περίπτωση αυτή ενδείκνυται η εκτέλεση βιοψίας.

Η νέκρωση του λίπους, που εμφανίζεται σαν σκληρή μάζα, ακανόνιστη, συμπυκνόμενη μερικές φορές με τους ιστούς γύρω από αυτή, υποδέεται επίσης κλινικώς τον καρκίνο. Η βιοψία και στην περίπτωση αυτή θα θέσει την οριστική διάγνωση.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε εκροή ορρώδους ή αιμορραγικού υγρού από τη θηλή. Εκτός από τον ενδοπορικό καρκίνο, εκροή από τη θηλή ορρώδους και σπανιότερη αιμορραγικού υγρού, προκαλεί η χρόνια κυστική μαστοπάθεια, συχνότερα δε το θήλωμα του εκφορητικού πόρου. Η εκροή από τη θηλή είναι δυνατόν να συνυπάρχει με ψηλαφητή μάζα ή να αποτελεί τη μοναδική εκδήλωση της νόσου.

Η γενική αρχή στη διαφορική διάγνωση είναι ότι όλες οι ύποπτες περιοχές των μαζών πρέπει να θεωρούνται σαν πιθανή καρκινώματα μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, ακόμη και αν αυτές υποβάλλονται στην ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση.

Η νόσος ακόμη και χωρίς καμιά θεραπευτική αντιμετώπιση έχει διαφορετική εξέλιξη σε καθεμιά ασθενή. Έτσι έχει διαπιστωθεί ότι σε ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί σε θεραπεία, η μέση διάρκεια ζωής ανέρχεται περίπου σε 39 μήνες. Εν τούτοις παρατηρήθηκαν μεγάλες διαφορές επιβίωσης μεταξύ των ασθενών αυτών και διεπιστώθη ότι η μικρότερη διάρκεια ζωής ήταν 3 μήνες και η μεγαλύτερη 15 ή και 19 χρόνια (Daland 1927-Nathanson 1936-Bloom 1962).

Υπάρχουν ορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες με τη βοήθεια των οποίων μπορούμε να εντοπίσουμε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής της νόσου.

Οι τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση είναι:

- α) Τοπική έκταση του όγκου.
- β) Καθήλωση του όγκου.
- γ) Οίδημα.
- δ) Φλεγμονή και εξέλκωση του δέρματος.
- ε) Παρουσία δορυφόρων οζιδίων.
- στ) Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού.

ζ) Η παρουσία, ο αριθμός, το μέγεθος και η καθήλωση διηθημένων επιχωρίων μασχαλιαίων λεμφαδένων της έσω μαστικής.

η) Η γεωγραφική θέση του όγκου.

Κατά τις στατιστικές του Haagensen πενταετής επιβίωση εμφανίζεται σε ποσοστό μόλις 39,1% σε παρουσία ενός από τα παρακάτω σημεία:

1. Οίδημα του δέρματος.
2. Εξέλκωση του δέρματος.
3. Καθήλωση του όγκου.
4. Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες μεγέθους από 2,5 εκ. και άνω.
5. Καθήλωση των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων στους υποκείμενους ιστούς της μασχάλης.

Το ποσοστό της πενταετούς επιβίωσης ανεβαίνει σε 57,4% όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι μεν προσβεβλημένοι αλλά το μέγεθός τους είναι μικρότερο από 2,5 εκ. και δεν υπάρχουν άλλα βαριά προγνώστικά σημεία, και σε 82,4% όταν οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες είναι τελείως ελεύθεροι και απουσιάζουν και πάλι τα βαριά σημεία. Όταν δεν εμφανίζεται οίδημα τότε η πρόγνωση είναι καλή ανεξάρτητα από την έκταση του όγκου.

Η πρόγνωση είναι δυσάρεστη όταν υπάρχει σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινωματώδους και φυσιολογικού μαστού. Η θερμοκρασία μετράται με ειδική μέθοδο. Όταν ένας μασχαλιαίος λεμφαδένας έχει προσβληθεί τότε η πρόγνωση είναι καλή. Όσο ο αριθμός των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων αυξάνει, τόσο η διάρκεια της επιβίωσης ελλατώνεται. Η γεωγραφική θέση του έχει επίσης μεγάλη σημασία.

Όταν ο καρκίνος έχει εντοπιστεί στο μέσο ήμισυ του μαστού έχει χειρότερη πρόγνωση από τον εντοπισμό οπουδήποτε αλλού.

Μεταστατικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες εμφανίζονται στο 97% των περιπτώσεων εκείνων που η θηλή του μαστού είναι προσβεβλημένοι μέσω της λεμφικής οδού.

Όταν η θηλή είναι ελεύθερη ή προσβάλλεται μέσω των γαλακτοφόρων πόρων το ποσοστό εμφάνισης θετικών μασχαλιαίων λεμφαδένων πέφτει στο 50%. Βαρύτερη είναι η πρόγνωση όταν ο καρκίνος εμφανίζεται συγχρόνως και στους δύο μαστούς.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Η διαφοροποίηση και το περιγεγραμμένο του καρκινώματος.
- Το φλεγμονώδες καρκίνωμα.
- Η πλασματοκυτταρική διήθηση στην περιφέρεια του όγκου.
- Η μικροσκοπική καρκινωματώδης διήθηση μυών, νεύρων και φλεβών.
- Ο βαθμός κακοήθειας.

Ο βαθμός κακοήθειας ιστολογικά καθοριζόμενος με χαμηλό I, μετρίου II, ψηλού III και ψηλοτάτου IV βαθμού κακοήθειας αποτελεί σήμερα αποδεκτό κριτήριο πρόγνωσης. Ο Bloom υποστηρίζει ότι μπορούμε να έχουμε περισσότερο ακριβή πρόγνωση χρησιμοποιώντας το βαθμό κακοήθειας σε συνδυασμό με το κλινικό στάδιο της νόσου. Έτσι το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας I και κλινικό στάδιο καρκίνου του μαστού I ήταν 86% ενώ σε ασθενείς με βαθμό κακοήθειας III και κλινικό στάδιο καρκίνου IV ήταν μόλις 3%.

Επιβίωση κατά στάδια του καρκίνου του μαστού (Τζωρακολευθεράκης, 1992)

	5 χρόνια	10 χρόνια
Στάδιο I	80	70
Στάδιο II	50	30
Στάδιο III	30	15
Στάδιο IV	15-25	< 5
Χωρίς θεραπεία	20	< 1

ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
- Ο ρυθμός αύξησης.
- Η απάντηση στη θεραπευτική αγωγή.

- Η αντίσταση του οργανισμού και "βιολογικοί παράγοντες".
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς.

Άντρες με καρκίνο του μαστού έχουν σχεδόν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος για τον οποίο η πρόγνωση καρκίνου του μαστού στον άντρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα. Στην πρόγνωση καρκίνου του μαστού υπάρχουν και παράγοντες των οποίων ο ρόλος μπορεί να είναι σημαντικός ή αμφιλεγόμενος. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α) Ηλικία της γυναίκας
- β) Προφυλακτική στείρωση
- γ) Κύηση
- δ) Παρουσία καρκινωματωδών κυττάρων στο αίμα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι ανάλογη με το στάδιο, κατά το οποίο βρίσκεται η νόσος. 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 έχει σαν σκοπό από τη μια πλευρά την απομάκρυνση του πρωτοπαθή όγκου και των επιχωρίων διηθημένων λεμφαδένων, και από την άλλη την καταπολέμηση των μακρινών μεταστάσεων.

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται γιαυτό το σκοπό είναι τα εξής:

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

ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΣΤΑΔΙΟ Ι ΚΑΙ ΙΙ

1. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική εξαίρεση είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού. Αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχικών λεμφαδένων. Στην εποχή μας, η πρόοδος της αντισηψίας και της νάρκωσης έχει ελαττώσει πολύ τους μετεγχειρητικούς κινδύνους από τη μαστεκτομή.

Υπάρχει κίνδυνος διασποράς της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς, καθώς έχει δείξει η έρευνα. Για το λόγο αυτό, κάθε επέμβαση στο μαστό πρέπει να συνδυάζεται με ταχεία βιοψία, η οποία αφού θα είχε προηγηθεί η συναίνεση της ασθενούς θα δίνει το δικαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως, ανάλογα με το αποτέλεσμα.

Επίσης, 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.

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι:

α) Ριζική μαστεκτομή: Το 1984, ο Halstead και Meyer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή, η οποία συνίσταται στη χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοινότητας και όλου του λίπους των γειτονικών ιστών.

Η ριζική μαστεκτομή αποτελεί τη δεύτερη σε σειρά συχνότητα εφαρμοζόμενη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Το 1972 αποτελούσε το 45% των εγχειρήσεων για καρκίνο του μαστού, ενώ το 1977 το 22% σύμφωνα με στοιχεία του Αμερικανικού Κολλεγίου, χειρουργών.

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομή μόνη θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2 εκ. και περισσότερους από 4 θετικούς

λεμφαδένες ανέπτυξαν τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3 εκ. το ποσοστό υποτροπής είναι γύρω στο 85-90%. Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί το ποσοστό υποτροπής πέφτει στο 25%. Τελευταίες έρευνες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπές σε ποσοστό 17%, ενώ με θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 57% των περιπτώσεων.

β) Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Η εγχείρηση εκτός από το μαστό, τους μύς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες τέτοιες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα και στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα.

γ) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μύος και διατήρηση του μείζονος θωρακικού μύος. Το 1942 τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έγινε στο 26% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ ενώ το 1977 το ποσοστό ανήλθε σε 58% και κατέστη η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας.

δ) Μερική μαστεκτομή: Η μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2 εκ. ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Από αυτή αφαιρούνται τα περίεξ του όγκου 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες.

ε) Απλή μαστεκτομή: Η εγχείρηση συνίσταται στην αφαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων γίνεται στα μικρά στάδια (I ή III) καρκίνου του μαστού και εφόσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική. Δεν εφαρμόζεται από πολλούς αν και όταν συνδυάζεται με ακτινοβολήση έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

στ) Τμηματεκτομή ή Ογκεκτομία με καθαρισμό της μασχάλης: Η πρώτη συνίσταται στην αφαίρεση μόνο του τεταρ-

τημορίου που βρίσκεται ο όγκος και η δεύτερη στην εξαίρεση του όγκου επί υγιούς βάσης (2-5 εκ. υγιής ιστός γύρω από τον όγκο). Ακολουθεί από την ίδια ή άλλη τομή καθαρισμός της σύστοιχης μασχάλης και συνήθως τοπική εξωτερική ακτινοβολία. Οι συντηρητικές εγχειρήσεις έχουν αρχίσει και εφαρμόζονται όλο και περισσότερο από τους ογκολόγους, τώρα τελευταία και στη χώρα μας. Τα αποτελέσματα των πρώτων αυτών προσπαθειών ήταν πτωχά και αμφιλεγόμενα και επειδή δεν έτυχαν κλινικής σύγκρισης δεν έγιναν παραδεκτά από τους περισσότερους. Μόνο τα τελευταία έτη η τελειοποίηση των μεθόδων ακτινοβολίας, αλλά κυρίως η καλύτερη γνώση συμπεριφοράς του καρκίνου του μαστού, έχει ως αποτέλεσμα την επιβίωση, ότι η εγχείρηση και η ακτινοβολία είχαν σκοπό μόνο τον τοπικό έλεγχο της νόσου (δηλαδή μικρομεταστάσεων) τη στιγμή της προσπάθειας για τον έλεγχο της τοπικής νόσου.

Έτσι σε συνδυασμό με το πτωχό κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, αλλά και με τη ψυχολογική επιβάρυνση από τη ριζική μαστεκτομή, άρχισε μια προσπάθεια για την κλινική εκτίμηση μορφών θεραπείας όπως είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η τμηματεκτομή, και η ογκεκτομή ακολουθούμενες ή όχι από ακτινοβολία. Οι κλινικές αυτές έρευνες έχουν σκοπό την επιλογή θεραπείας που προσφέρει τον μέγιστο τοπικό έλεγχο και καλύτερη επιβίωση με την ελάχιστη ψυχολογική επιβάρυνση.

Βρέθηκε έτσι ότι οι μεγάλες επεμβάσεις δεν παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα, από την απλή μαστεκτομή ή την ογκεκτομή όταν συνδυάζονται με ακτινοβολία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο σκοπός της εγχείρησης της ασθενούς με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης μπορεί

να έχουμε παραμόρφωση ή και αφαίρεση του μαστού καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Γιαυτό το λόγο η ασθενής πρέπει να είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους.

Η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη των νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

α) Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων που έχει.

β) Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος της εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς.

γ) Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση εγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς.

δ) Εκτιμά το επίπεδο του άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.

ε) Προδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση, τις διαδικασίες που θα ακολουθηθούν και τους χώρους που θα βρεθεί κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, αλλά και μετά από αυτή.

στ) Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.

Όπως είναι γνωστό, η προεγχειρητική φροντίδα χωρίζεται σε προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία και προεγχειρητική σωματική ετοιμασία, την οποία θα αναλύσουμε.

Α. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο έχει καθήκον να υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή με καρκίνο του μαστού κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση και δημιουργούν στην ασθενή αμφιβολίες σχετικά με τη διάγνωση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί επίσης η νοσηλεύτρια, το φόβο για τη διάγνωση που διακατέχεται η ασθενής και προσπαθεί πάντα να της εξηγήσει ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη του καρκίνου του μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη.

Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπη την ασθενή με τη σκληρή πραγματικότητα, δηλαδή με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η νοσηλεύτρια από την πλευρά της για να μειώσει το άγχος της, την αγωνία, την αδυναμία και την κατάθλιψη της ασθενούς:

1. Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.

2. Εξηγεί στην ασθενή τα πράγματα που της δημιουργούν φόβο (π.χ. μηχανήματα).

3. Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.

4. Ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά της και τους φόβους της, ακόμη και να κλάψει.

5. Περιλαμβάνει τη διδασκαλία της σε θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπνευστικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις χεριού.

6. Ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία της.

Σκοπός εξάλλου της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Επίσης θα επισημάνει ότι η απώλεια ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία

προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας της και αυτής ακόμα της ζωής της.

Η ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό, άλλωστε θα της απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για για ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.

Πρέπει να τονίσουμε ότι, δημιουργούνται οικογενειακά προβλήματα όταν πρόκειται να χειρουργηθεί μια ασθενής από καρκίνο του μαστού και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής. Φόβοι απασχολούν και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας αλλά και τη νέα σε ηλικία, έγγαμη χωρίς παιδιά που αυτοί οι φόβοι την βασανίζουν.

Γιαυτό το σκοπό, από τη νοσηλεύτρια θα πρέπει να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται ως εξής:

1. Παρέχει μέρος του χρόνου της συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντάς τα.

2. Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.

3. Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένειά της.

4. Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητά της, η σεξουαλικότητα και η αγάπη των άλλων προς αυτή δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.

5. Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα.

B. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Μετά τη διεκπεραίωση των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται η προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο.

Την παραμονή της εγχείρησης πρέπει:

α) Να λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.

β) Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μικρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί και λουτρό καθαριότητας.

γ) Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.

δ) Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

α) Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς.

β) Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.

γ) Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.

δ) Τοποθετείται ταυτότητα στο χέρι της ασθενούς με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.

ε) Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου, τοποθετείται στη συνέχεια στο φορέο και οδηγείται μαζί με το φάκελό της στο χειρουργείο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Μετά από το είδος της εγχείρησης που γίνεται, η νοσηλεύτρια επιδιώκει να αποκτήσει η ασθενής ανεξαρτησία, να την βοηθήσει στις τυχόν εμφανιζόμενες επιπλοκές και στη γρήγορη ανάνησή της (Εικόνα 10). Γιαυτό:

α) Η νοσηλεύτρια μετράει σε μικρά χρονικά διαστήματα την αρτηριακή 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, σφικτή και όχι πολύ πιεστική και την ενοχλεί στην αναπνοή.

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

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. Συχνά ελέγχει και τη 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 αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο το λεμφόδημα.

η) Με τη μαστεκτομή ελαττώνεται η άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διατηρεί καθαρό το χέρι που πάσχει και να μη εκτελεί υποδόριες, ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις, για τυχόν είσοδο μικροβίων.

θ) Βοηθάει την άρρωστη να σηκωθεί από το κρεβάτι όσο το δυνατόν 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 να φάει τις πρώτες μέτεγχειρητικές μέρες, γιατί το ένα χέρι δεν μπορεί να το χρησιμοποιήσει. Η διατροφή συνίσταται να είναι ανάλογη με την προτίμηση και τη διάθεση της άρρωστης, αφού πρώτα η νοσηλεύτρια ανακαλύψει τους παράγοντες που επηρεάζουν την καλή διαίτα.

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

2. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται αρκετά συχνά και μαζί με τη χειρουργική εξαίρεση είναι δύο μέθοδοι θεραπείας των αρχικών σταδίων του καρκίνου του μαστού. Με την ακτινοθεραπεία πιστεύεται ότι καρκινωματώδη κύτταρα είναι δυνατόν να καταστραφούν ή να γίνουν ανενεργά σε ένα τουλάχιστον ποσοστό ασθενών. Αυτό όμως δεν έχει αποδειχθεί. Όσον αφορά τη μετεγχειρητική ακτινοβολία πιστεύεται ότι ενδείκνυται για ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους αδένες. Για ασθενείς με αρνητικούς αδένες ακτινοβολείται η περιοχή της έσω μαστικής, όταν ο όγκος του μαστού βρίσκεται στα έσω τεταρτημόριά του. Πολλές φορές όταν χορηγούμε συνήθως μετεγχειρητική ακτινοβολία και σε άλλους ασθενείς, με αρνητικούς μασχαλιαίους αδένες όταν οι ιστολογικές τομές που εξετάζονται δεν είναι επαρκείς ή όταν οι μασχαλιαίοι αδένες που αφαιρέθηκαν ήταν λίγοι.

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

Όταν η ακτινοθεραπεία γίνεται εξωτερικά, όπως με ακτίνες X, 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 αντιμετωπίζει έγκαιρα. Την προστατεύει από το κρύο, γιατί η θερμοκρασία στο χώρο της ακτινοθεραπείας είναι χαμηλή. Τις 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 πάνω στην περιοχή διάφορες αλοιφές ή οινόπνευμα. Την προστατεύει από τον ισχυρό ήλιο και το δυνατό κρύο.

Υπενθυμίζει στην άρρωστη να μην βγάλει το σήμα που καθορίζει το μέρος της ακτινοβολίας. Φροντίζει η διατροφή της να είναι πλούσια σε βιταμίνες και λευκώματα. Με το τέλος της θεραπείας, η άρρωστη δεν έχει καθόλου ραδιενέργεια και μπορεί να έρθει σε επαφή με οποιονδήποτε.

Όταν πρόκειται να ακτινοβοληθεί ο ιστός ή η κοιλότητα του μαστού, γίνεται εσωτερική ακτινοθεραπεία και η άρρωστη ετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν 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, γιαυτό βρίσκεται μέσα σε ειδικό δωμάτιο, εντελώς απομονωμένη και απαγορεύονται οι επισκέψεις μέχρι να εξαντληθούν ή αφαιρεθούν τα στοιχεία. Η άρρωστη παρακολουθείται από ένα παράθυρο και επικοινωνεί με τηλέφωνο.

Για να προστατέψει τον εαυτό της και τους άλλους η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φύκελο της άρρωστης σχετικά με την ακτινοθεραπεία, που θα υποβληθεί και το χρόνο εφαρμογή της. Όταν μπαίνει στο δωμάτιο φοράει μπλούζα και γάντια και πριν φύγει τα βάζει σε ειδικό δοχείο. Επίσης φοράει μετρητή ακτινοβολίας και πρέπει να γνωρίζει την κατάλληλη απόσταση και το χρόνο που θα κρατήσει, χωρίς να εγκαταλείψει 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. Αν η νοσηλεύτρια μολυνθεί 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 κυρίως 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 απεκρίσματα της άρρωστης. Ο φώσφορος δίνεται από το στόμα ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά και είναι λιγότερο επικίνδυνο. Ειδική μεταχείριση χρειάζονται οι έμετοι, τα κόπρανα και το επιδερμικό υλικό. Στο χρυσό παίρνει μέτρα προστασίας από τις εκκρίσεις και το επιδερμικό υλικό.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι επιπλοκές διακρίνονται σε: πρώιμες και όψιμες.

Οι πρώιμες επιπλοκές είναι οι ακόλουθες:

1. Τοπικές βλάβες του δέρματος που δέχεται άμεσα την ακτινοβολία. Οι ακτινοδερματίτιδες μπορεί να είναι τριών βαθμών:

α) Ερυθρηματώδης, διαρκεί λίγες εβδομάδες.

β) Φυσαλιδώδης, προκαλείται από μεγαλύτερη δόση. Αν η βασική στοιβάδα είναι ανέπαφη η αποκατάσταση είναι πλήρης.

γ) Εσχαροποιητική, παρουσιάζει επώδυνη ερυθρότητα και οίδημα του δέρματος. Μετά από 2 ή 3 ημέρες εμφανίζονται φυσαλίδες που σπάζουν και παρουσιάζουν βαθιές εξελκώσεις. Η βλάβη του δέρματος είναι πλήρης.

2. Αλλοιώσεις αίματος και αιμοποιητικού ιστού. Αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία ελαττώνονται τα λεμφοκύτταρα μετά από λίγες ημέρες ελαττώνονται και τα πολυμορφοπύρνα.

3. Βλάβη του επιθηλίου που καλύπτει εσωτερικά το λεπτό έντερο.

4. Βλάβη του φακού του οφθαλμού και πρόκληση καταρράκτη.

5. Γενετικοί αδένες είναι πολύ ευαίσθητοι στην ακτινοβολία.

6. Κάνει κακό στο έμβρυο.

Οι όψιμες σωματικές επιπλοκές είναι:

1. Λευχαιμία.

2. Καρκίνος στη χώρα.

3. Βράχυνση του χρόνου ζωής.

Ιδιαίτερη φροντίδα θα πρέπει να δίνεται από τη νοσηλεύτρια μη τυχόν και εμφανιστούν παρενέργειες μετά από μια ακτινοθεραπεία, όπως:

α) Δερματική βλάβη: Η νοσηλεύτρια ελέγχει το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται, το πλένει με χλιαρό νερό και βάζει επάνω μια ουδέτερη αλοιφή, μετά από συνεργασία με το γιατρό. Προτρέπει την άρρωστη να μην φοράει στενά ρούχα και να μην πιέζει την περιοχή εκείνη.

β) Ναυτία, έμετοι, ανορεξία: Μετά από ιατρική εντολή, 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 για την αντιμετώπιση της διάρροιας. Ρυθμίζει το διαιτολόγιό της να μην περιέχει τροφές με υπολείμματα.

3. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνίσταται 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 χρόνια, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα.

Δύο σχήματα που χρησιμοποιούνται:

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

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

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

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

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

1. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται διαλύονται με φυσιολογικό ορό ή με απεσταγμένο νερό. Πάντα χρησιμοποιεί η νοσηλεύτρια γάντια μιας χρήσης για την προστασία του δέρματος. Φροντίζει μη τυχόν ρίξει σε κανένα σημείο το φάρμακο και παρακολουθεί τη φλεβοκέντηση.

Αν τυχόν διαπιστωθεί οίδημα, ερυθρότητα στην περιοχή διακόπτει την έγχυση του φαρμάκου και ειδοποιεί αμέσως τον ιατρό. Αναγράφει τη νοσηλεία στο βιβλίο και ενημερώνει την ασθενή για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

Φροντίζει για τη διατροφή της, και χορηγεί ελαφρά τροφή κατά τις ημέρες της θεραπείας. Χρειάζεται η ασθενής να παίρνει άφθονα υγρά για την αποβολή των φαρμάκων από τα ούρα αλλά και την προστασία των νεφρών.

2. Οι διάφορες χημικές ουσίες δεν δρουν μόνο στα νεοπλασματικά κύτταρα αλλά και στα υγιή. Γιαυτό έχουμε πολλές παρενέργειες:

α) Λευκοπενία: Όταν παρατηρηθεί απότομη πτώση των λευκών διακόπτει τη θεραπεία και ενημερώνει τον ιατρό. Η νοσηλεύτρια προσέχει τη θερμοκρασία του σώματος και το δέρμα για τυχόν σημεία λοίμωξης. Επίσης εφαρμόζει σχολαστική ατομική καθαριότητα. Περιποιείται τη στοματική κοιλότητα με αντισηπτικό κάθε 6 ώρες περίπου. Αλλάζει τη συσκευή ορού κάθε ημέρα και τη θέση της βελόνας κάθε δύο ημέρες σε περίπτωση που παίρνει το φάρμακο ενδοφλέβια.

β) Θρομβοπενία: Παρακολουθεί τα ούρα και κόπρανα για αίμα, το δέρμα για τυχόν αιμάτωμα και τις διάφορες κοιλότητες για κάποια αιμορραγία. Μετράει συχνά την αρτηριακή πίεση, ενημερώνει τον ιατρό όταν εμφανιστεί αιμορραγία στο σημείο που εκτέλεσε ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση. Συμβουλεύει την άρρωστη για αποφυγή τραυμάτων. Της τονίζει να μην χρησιμοποιεί σκληρή οδοντόβουρτσα, ούτε να καθαρίζει βίαια τη μύτη της. Τέλος φροντίζει να έχει έτοιμο αίμα, εφόσον χρειαστεί μετάγγιση και ελέγχει τη ροή του αίματος και τυχόν αντίδραση της άρρωστης από το αίμα.

γ) Αναιμία: Η νοσηλεύτρια προσέχει ώστε η διατροφή της άρρωστης να περιέχει άφθονα λευκώματα και σίδηρο. Την συμβουλεύει να μην κουράζεται. Αν χρειασθεί παίρνει σίδηρο η άρρωστη και μπορεί να χορηγηθεί και αίμα εφόσον κριθεί αναγκαίο από τον ιατρό.

δ) Ναυτία-έμετοι: Χορηγεί η νοσηλεύτρια αντιεμετικά φάρμακα πριν ή μετά από την εφαρμογή της θεραπείας. Φροντίζει να τα δίνει με άδειο στομάχι ή πριν το βραδυνό ύπνο. Μόλις παραπονεθεί για ναυτία η άρρωστη, η νοσηλεύτρια της δίνει κομμάτια πάγου και μετά λίγη φρυγανιά. Τα γεύματά της πρέπει να είναι μικρά, συχνά και παγωμένα.

Επίσης παρακολουθεί την ποσότητα, το χαρακτήρα και τη συχνότητα των εμέτων. Φροντίζει να τρώει καλά η άρρωστη 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. Χορηγεί άφθονα υγρά και βοηθάει στη διόρθωση διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.

στ) Στοματίτιδα: Παρακολουθεί καθημερινά τη στοματική κοιλότητα για ξηρότητα και ερυθρότητα. Καθαρίζει με αντισηπτικό το στόμα τέσσερεις φορές την ημέρα και δεν δίνει στην άρρωστη ερεθιστικές τροφές. Αποφεύγει να προσφέρει τροφή με σάλτσες και καρυκεύματα.

ζ) Ηπατική βλάβη: Παρακολουθεί μήπως παρουσιάσει πυρετό, διάρροια, πόνο στην κοιλιά και ίκτερο.

η) Βλάβη των νεφρών: Παρατηρεί για εμφάνιση συμπτωμάτων όπως οιδήματα, ελάττωση της ποσότητας των ούρων και μετράει με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Κατόπιν ενημερώνει τον ιατρό.

θ) Νευροτοξικότητα: Σε περίπτωση που η ασθενής παραπονείται για ελαφρύ πόνο στα χέρια και τα πόδια η νοσηλεύτρια οφείλει να ενημερώσει τον ιατρό, για να αντιμετωπίσει έγκαιρα τα συμπτώματα.

ι) Αλωπεκία: Ενημερώνει την άρρωστη ότι πρόκειται να πέσουν τα μαλλιά της, αλλά θα ξαναβγούν σύντομα. Μπορεί να μειώσει την αλωπεκία εάν τυλίξει πιεστικά με ελαστικό επίδεσμο το κεφάλι και τοποθετήσει μια παγοκύστη κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ή λίγα λεπτά μετά.

Αφού πέσουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση και η άρρωστη χρησιμοποιεί κάποια περούκα για την καλύτερη εμφάνισή της.

4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

A. ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΣΤΑΔΙΟ III

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

Σαν πρώτη εκλογή 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

Έχουν επινοηθεί διάφορα σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων με ποικίλους τρόπους χορήγησης. Η χημειοθεραπεία θεωρείται σαν αρχή αντιμετώπισης με τον εξής τρόπο θεραπείας:

α) Εάν ο πρωτοπαθής όγκος μετά από τη χημειοθεραπεία εξαλειφθεί 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

Η ορμονοθεραπεία που εφαρμόζεται στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού είναι η ίδια όπως στο στάδιο I και II.

Β. ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΚΡΙΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ: ΣΤΑΔΙΟ IV

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η θεραπεία στο στάδιο αυτό έχει χαρακτήρα παρηγορητικό.

1. Χειρουργική θεραπεία

Η νόσος, είναι ανίατη με χειρουργικά μέσα λόγω των μεταστάσεων που υπάρχουν. Εφαρμόζεται μόνο για αφαίρεση της βλάβης και διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.

2. Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται κυρίως στην αντιμετώπιση:

- α) δερματικών καρκινικών βλαβών,
- β) μεμονωμένων οστικών εντοπίσεων της νόσου,
- γ) διηθημένων λεμφαδένων υπερκλείδιας, τραχηλικής χώρας και μεσοθωρακίου και
- δ) για τον έλεγχο του πόνου.

3. Ορμονοθεραπεία

Η εφαρμογή της ενδοκρινικής θεραπείας στον καρκίνο του μαστού γίνεται γενικά σε προχωρημένες περιπτώσεις, που έχουν πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας, με άλλα λόγια που πληρούν κριτήρια ορμονοευαισθησίας. Ως κύρια κριτήρια ορμονοευαισθησίας θεωρούνται οι ορμονικοί υποδοχείς. Η δυνατότητα ανταπόκρισης των καρκινικών κυττάρων στο ορμονικό ερέθισμα εξαρτάται από τον αριθμό και την κατάσταση των υποδοχέων που διαθέτουν για κάθε ορμόνη. Η εκλογή της ορμονοθεραπείας γίνεται με βάση την κλιμακτήριο κατάσταση της ασθενούς. Διακρίνονται δύο κατηγορίες:

- α) τις προεμμηνοπαυσιακές και β) τις μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς.

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

Σαν δεύτερη επιλογή είναι η υποφυσεκτομή ή νεφριδεκτομή εφόσον οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην αρχική ορμονοθεραπεία και παθαίνουν μετά υποτροπή.

Σε ασθενείς με καλή ανταπόκριση στην ωθηκεκτομή χορηγούνται και αντι-οιστρογόνα (ταμοξιφαίνη). Σε αποτυχία της ορμονοθεραπείας χορηγούνται χημειοθεραπευτικά φάρμακα.

Στις μεταεμμηνοπαυσιακές αρχικά χορηγούνται αντι-οιστρογόνα. Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου δίνονται ανδρογόνα ή οιστρογόνα. Επινεφριδεκτομή εφαρμόζεται σε γυναίκες με καλή γενική κατάσταση και με περιορισμένη μετάσταση. Αν αποτύχει η ορμονοθεραπεία χορηγείται πολυχημειοθεραπεία.

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 κακοήθεις παθήσεις του.

Το 60% των ασθενών με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων ανταποκρίνεται στην ορμονοθεραπεία. Το ποσοστό αυτό πέφτει στο 8-10% όταν οι υποδοχείς οιστρογόνων στα καρκινικά 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 ποσοστό 75-80%. Όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί χορηγείται ταμοξιφαίνη σε συνδυασμό με L-PAM ή 5-φλουορουρακίλη.

4. Χημειοθεραπεία

Η πολυχημειοθεραπεία είναι η πιο αποδοτική της μονοθεραπείας γιατί επιτυγχάνεται καλύτερη ανταπόκριση,

μεγαλύτερη ύφεση, μεγαλύτερη τέλος διάρκεια επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωής. Σήμερα χρησιμοποιούνται τα εξής σχήματα:

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

β) Με βάση την αδριαμικίνη υπάρχουν διάφοροι συνδυασμοί όπως: αδριαμικίνη-κυκλοφωσφαμίδη, αδριαμικίνη-βιουκριστίνη και αδριαμικίνη -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.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στον καρκίνο του μαστού εμφανίζονται συχνά οι εξής επιπλοκές:

A. ΤΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΦΗ

1. Νοσηλευτική εκτίμηση.

Εκτίμηση στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής.

2. Νοσηλευτική παρέμβαση.

Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα διαγνωστικές εξετάσεις.

Βοήθεια στην ετοιμασία για ακτινοθεραπεία.

B. ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ

1. Νοσηλευτική εκτίμηση.

Στα οστά: οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα, δυσκολία στη βάδιση απαγοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας.

Στους πνεύμονες: πόνος, δυσφορία, δύσπνοια.

Στο ήπαρ: ασκίτης, δυσφορία, δύσπνοια, ναυτία, έμετοι, κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία, απώλεια βάρους.

Στον εγκέφαλο: σύγχυση, διαταραχή της ισορροπίας του σώματος, σπασμοί, παράλυση, διαταραχές της όρασης.

2. Νοσηλευτική παρέμβαση.

Στα οστά: ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά. Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η άρρωστη συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι. Ακινητοποίηση καταγμάτων, αν συμβούν.

Στους πνεύμονες: παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί. Χορήγηση οξυγόνου.

Στο ήπαρ: παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών. Χορήγηση διουρητικών. Μικρά και συχνά γεύματα. Τεχνική διατροφή μέσω γαστροτομίας ή πλήρης παρεντερική διατροφή σε περίπτωση που η άρρωστη αδυνατεί να φάει.

Στον εγκέφαλο: εξασφάλιση άνεσης, πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών, παρακολούθηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, εξασφάλιση επαρκούς διαίτας. Παροχή υγιεινής φροντίδας του σώματος.

Η ΥΠΕΡΑΣΒΕΣΤΙΑΙΜΙΑ ΣΕ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Περίπου το 10% των γυναικών σε γενικευμένο καρκίνο του μαστού ενδέχεται να παρουσιάσουν αύξηση του ασβεστίου του αίματος, κατά το πλείστον αγνώστου αιτιολογίας.

Ως αιτίες είναι δυνατόν να θεωρηθούν η ακτινοθεραπεία σε οστικές μεταστάσεις, η ορμονοθεραπεία, η ακινησία κλπ. Πρόκειται για βαριά νόσο, η οποία αν δεν διαγνωσθεί εγκαίρως καταλήγει στο θάνατο.

Η βάση της θεραπείας είναι η χορήγηση υγρών, η παύση χορηγήσεως ορμονών, η χαμηλή δίαιτα σε ασβέστιο και να σταματήσει κανείς τη μετακίνηση του ασβεστίου από τα οστά δια χορηγήσεως κορτιζόνης. Σε οξεία κατάσταση χορηγείται θειϊκό νάτριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

A. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ένα από τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να δίνει απαντήσεις στα διάφορα ερωτήματα της άρρωστης που πάσχει από καρκίνο του μαστού. Και ιδιαίτερα στα ερωτήματα που δημιουργούνται ύστερα από την εγχείρηση του μαστού.

Αρχικά η νοσηλεύτρια βοηθάει στην πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας, με την έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς μετά το πρώτο 24ωρο. Μπορεί η άρρωστη να μη θέλει να κάνει αυτές τις κινήσεις επειδή πονάει. Η νοσηλεύτρια όμως πρέπει να την πείσει, τονίζοντάς της τη σημασία των ασκήσεων αυτών χωρίς να την πιέζει. Η ασθενής ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων.

Η άρρωστη αυξάνει τις δραστηριότητές της σιγά-σιγά έτσι ώστε να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Η νοσηλεύτρια διδάσκει αρχικά απλές κινήσεις (Εικόνα 11), όπως: α) να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά β) να χτενίζει τα μαλλιά της δίχως όμως να σκύβει το κεφάλι της. Επίσης γίνεται η άσκηση "αναρρίχηση" των δακτύλων στον τοίχο με λυγισμένους αγκώνες και τοποθετώντας τις παλάμες στον τοίχο, ενώ τοντας τους ώμους, ενώ τα πόδια της βρίσκονται κολλημένα στον τοίχο.

Η επόμενη άσκηση "γύρισμα σχοινάκι" είναι για την ωμοπλάτη. Στο χερούλι της πόρτας δένουμε ένα σχοινάκι από απόσταση 2 μέτρων. Η άρρωστη πιάνει χαλαρά την άκρη της ζώνης με το προσβεβλημένο χέρι και κάνει περιστροφικές κινήσεις με μικρούς κύκλους στην αρχή, κατόπιν όμως οι κύκλοι μεγαλώνουν και τέλος προσπαθεί οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο.

Οι "κινήσεις εκκρεμούς" είναι όταν η άρρωστη λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρέμοντας τα χέρια της προς το πάτωμα έτσι ώστε να κινούνται χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.

Γίνονται και "κινήσεις του βραχίονα". Η ασθενής στέκεται όρθια, λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλά της πίσω στον τράχηλο. Κατόπιν φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν. Επαναφέρει τους βραχίονες στη θέση με τα δάκτυλα πίσω στον τράχηλο. Τέλος λύνει τα δάκτυλά της και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.

"Κινήσεις προς την πλάτη". Η ασθενής βάζει τα χέρια της σε ισορροπία και λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω από την πλάτη, έως ότου τα δάκτυλά της φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.

"Κινήσεις κουπιού". Λυγίζει η άρρωστη το σώμα της μπροστά κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα. Από τη θέση αυτή φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.

"Κινήσεις τροχαλίας". Παίρνει ένα σχοινί περίπου 3 μέτρων και το περνάει στο σίδερο του μπάνιου, αφού κάνει δύο κόμπους. Κρατά τους κόμπους που έχει το τέλος του σχοινιού στις παλάμες της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων. Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι, ώστε καθώς το κατεβάζει να ανεβαίνει το χειρουργημένο χέρι όσο το δυνατόν πιο ψηλά.

Τέλος υπάρχει και η "ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους". Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα. Οι βραχίονες ανυψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής.

Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί την ασθενή να συμβουλευτείται αυτή ή τον ιατρό, πριν προχωρήσει σε δυσκολότερη άσκηση, η οποία να χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια. Επίσης ενημερώνει την άρρωστη ότι, μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο θα μπορεί να ασχολείται με ότι της αρέσει.

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα

η διάθεση των μαστών της, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει την ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει τη ψυχική της ισορροπία αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική αποκατάσταση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι (Εικόνα 12).

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμένες ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.

Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμό της, η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν. Για να κρατηθεί η προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.

Στο σπίτι: Ενημερώνεται η ασθενής να μην φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Για να φορέσει μαγιό συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό. Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητο μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχής της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση.

Εκτός από την προσωρινή προσθήκη έχουμε και τη μόνιμη προσθήκη η οποία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως:

1. Επιθυμία της ασθενούς.
2. Ηλικία: συνήθως νεώτερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού για ευνόητους λόγους.
3. Μέγεθος του όγκου.
4. Λεμφαδενική κατάσταση.

5. Ιστολογική εικόνα.

6. Βιολογική τοπική συμπεριφορά του όγκου.

7. Σχήμα θεραπείας.

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

α) Απλή τοποθέτηση εκθέματος σιλικόνης μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρροια μαστεκτομή.

Χρησιμοποιούνται σάκκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη), που μπορεί να γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους. Η χρησιμοποίηση σάκκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης (Εικόνα 13).

Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά εκθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορό.

β) Αποκατάσταση με κρημνούς. Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα, όπως πλατιά και καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, δέρμα υπό τάση. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

1. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.

2. Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ.

3. Διάφοροι άλλοι κρημνοί π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.

γ) Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

δ) Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό και μικροχειρουργική αναστόμωση. Από τους πιο χρήσιμους κρημνούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται ο βουβωνικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και τέλος ο μείζων γλουτιαίος.

Β. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟ- ΚΟΜΕΙΟ

Η επιτυχημένη οικογενειακή και κοινωνική προσαρμογή ασθενούς με μαστεκτομή που μόλις επιστρέφει στο σπίτι της από το νοσοκομείο, δεν θα εξαρτηθεί μόνο από τις επιστημονικές γνώσεις και τις διαπροσωπικές δεξιότητες της νοσηλεύτριας, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως:

- α) το στάδιο της νόσου και την πρόγνωση
- β) την προσωπικότητα της ασθενούς
- γ) την οικονομική της κατάσταση
- δ) το μορφωτικό επίπεδο και
- ε) τη φιλοσοφία της για τη ζωή και το θάνατο.

Είναι πάντως γεγονός ότι η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει μια γυναίκα που δοκιμάζει την πιο οδυνηρή εμπειρία της ζωής της. Η νοσηλεύτρια σε αυτή τη φάση:

1. Παρέχει υποστήριξη ψυχολογική στην άρρωστη και τη βοηθά να απαλλαγεί από το αίσθημα του φόβου, της μειονεκτικότητας και της μοναξιάς.
2. Δημιουργεί θετικό διαπροσωπικό κλίμα, με σκοπό την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, αισιοδοξίας και άνεσης.
3. Παροτρύνει το στενό οικογενειακό περιβάλλον να της εξασφαλίζουν ζεστή, άνετη και γεμάτη στοργή ατμόσφαιρα.
4. Ενισχύει το σύζυγο και τον υποστηρίζει να συμβιβαστεί και να αποδεχθεί το γεγονός, να πάρει θετική στάση επιδεικνύοντας κατανόηση και αγάπη.
5. Διδάσκει την άρρωστη να φροντίζει το τραύμα της και την παροτρύνει να εξασφαλίζει καλό ύπνο, επαρκή ανάπαυση και καλή διατροφή.
6. Προτρέπει την ασθενή να επισκέπτεται τον ιατρό και να κάνει τις συγκεκριμένες εξετάσεις σε ανάλογο χρόνο.
7. Συστήνει τη βοήθεια τεχνητού, άνετου και ισορροπημένου στήθους και την ενισχύει να συμμετέχει στις κοινωνικές της εκδηλώσεις όπως πριν.

8. Ενημερώνει την ασθενή να αποφεύγει τους τραυματισμούς, επειδή λόγω ανεπαρκούς λεμφικής παροχέτευσης είναι δυνατόν να εμφανιστούν φλεγμονές και λεμφοιδήματα που δύσκολα ανατάσσονται.

9. Υποδεικνύει μέτρα και μέσα για τη φροντίδα του χεριού της.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι γνωστό ότι ένα από τα προβλήματα στον τομέα της υγείας είναι η δυσκολία εύρεσης νοσοκομειακής κλίνης. Στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ. Γιαυτό το λόγο επιβάλλεται η εφαρμογή νοσηλείας στο σπίτι μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο στο άτομο νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας. Ο βασικός σκοπός που επιδιώκει η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι:

1. Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες.

2. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικειών από τις νοσηλεύτριες που εκτός από την παρακολούθηση του ασθενούς, διδάσκουν, κατευθύνουν, παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.

3. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.

4. Η βοήθεια από τον ιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού ιατρού.

5. Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων.

6. Η παραμονή της ασθενούς σε γνώριμο και γνωστό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι:

α) Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.

β) Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.

γ) Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.

δ) Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.

Η πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει τη νοσηλεία, είναι να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει, για να μπορέσει να κάνει τη νοσηλευτική της διάγνωση και να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής. Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς που μπορεί και πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια της νοσηλείας.

Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να καταγράψει τη νοσηλευτική διάγνωση βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες. Να βρει τις πραγματικές ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές.

Δεν παύει να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της για να μπορεί να τις αποκατατάσσει, όταν χρειάζεται. Τέλος αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι ο ρόλος της νοσηλεύτριας δεν είναι εύκολος. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να διαθέτει:

α) Ικανότητα, ώστε να τοποθετεί τον εαυτό της στη θέση του άλλου.

β) Ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του ατόμου.

γ) Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας.

Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους. Υπάρχουν

ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες ζωής. Η είσοδος της νοσηλεύτριας στο σπίτι της ασθενούς φέρνει τέτοια ανακούφιση στην ασθενή και με την κατάλληλη περιποίηση και φροντίδα αντιμετωπίζει και βοηθάει σημαντικά στην ανάρρωσή της.

Πιο συγκεκριμένα η προσφορά της νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι σε ασθενή με μαστεκτομή έγκειται στα εξής:

α) Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης και της οικογένειάς της και ενδυνάμωση των υπάρχοντων δεσμών.

β) Βοήθεια της ασθενούς ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές της εργασίες και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της.

γ) Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή.

δ) Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.

ε) Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς.

στ) Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς.

ζ) Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

η) Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πως να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο.

θ) Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις (το ονομαζόμενο check up) με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και που γενικότερα δίνουν τη σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς.

ι) Επίσης φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία που έχει καθοριστεί από τον ιατρό μετά τη μαστεκτομή και παράλληλα διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι.

ια) Πολλές πράξεις μπορούν να αντικατασταθούν από μια καλή συζήτηση. Στη φάση αυτή η ασθενής νιώθει μεγάλη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους της, τις αδυναμίες της, τα συναισθήματά της σε ένα έμπιστο πρόσωπο που να γνωρίζει την ασθένειά της. Και αυτό το πρόσωπο δεν είναι άλλο από τη νοσηλεύτρια που θα συζητήσει με την ασθενή, θα την ακούσει προσεκτικά και κατόπιν θα την συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν σαν σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων.

Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη (ως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον καρκίνο του μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνήθειες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους

παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκυρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύοντας στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου του μαστού και ακόμη καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση.

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

1. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.

Το υπερβολικό κόστος νοσηλείας και οι υψηλές αμοιβές των χειρουργών ευνοούν την καθυστέρηση.

2. Έλλειψη μόρφωσης.

Πολλές ασθενείς με καρκίνο του μαστού που καθυστερούν αρκετό χρόνο, αφελώς, υποθέτουν ότι αφού δεν έχουν κανένα πόνο και αισθάνονται γενικά καλά, ο όγκος του μαστού, που δεν φαίνεται να αυξήθηκε, είναι ακίνδυνος.

3. Ψυχολογικοί παράγοντες.

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στις γυναίκες με όγκο στο μαστό και τις κάνουν να καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

α) Ο φόβος: οι ασθενείς συνήθως φοβούνται όχι μόνο ότι έχουν καρκίνο ή ότι θα χάσουν το μαστό τους, αλλά ότι θα

διαταραχθούν οι συναισθηματικές σχέσεις με τους συζύγους τους.

β) Σεμνοτυφία και ντροπή: μερικές γυναίκες έχουν ζήσει τόσο κλειστή ζωή, ώστε διστάζουν να συμβουλευτούν έναν ειδικό για το μαστό τους.

γ) Αποφυγή ψηλάφησης μαστού: πολλές γυναίκες δεν αρέσκονται να τις ψηλαφούν και επομένως δεν φαίνεται ότι μπορούν να ανακαλύψουν έναν όγκο του μαστού.

δ) Αρνητισμός.

ε) Κατάθλιψη.

στ) Καταπίεση.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

Διαφώτιση του κοινού για να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος:

α) του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί,

β) της ζωτικής σημασίας της έγκυρης θεραπείας και

γ) της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων που μοιάζουν με συμπτώματα νόσων που δεν είναι τόσο σοβαρές.

Για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, όπως τα ακόλουθα:

α) Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

β) Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο έτος.

γ) Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

δ) Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.

ε) Η οργάνωση και προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

στ) Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

ζ) Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολουμένων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο του μαστού.

η) Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

θ) Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοστεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία.

Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα, αφού εκδηλωθεί η νόσος, και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά, γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες.

Στη δευτερογενή πρόληψη, γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.

ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του

καρκίνου του μαστού. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση, όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά γυναίκες φαινομενικά υγιείς, οι οποίες δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα.

Συνεπώς, το μεγαλύτερο και ίσως το σπουδαιότερο βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Πρέπει να δημιουργηθούν κίνητρα και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών που πρέπει να είναι συχνά.

Για τη διενέργεια του περιοδικού προληπτικού ελέγχου, απαιτείται συνήθως η συνεργασία πολλών ατόμων με τη βοήθεια ενός ή και περισσότερων μεθόδων ή μηχανημάτων.

Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει:

- α) Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
- β) Γενική φυσική εξέταση.
- γ) Κλινική εξέταση (επισκόπηση-ψηλάφηση).
- δ) Αιματολογικές εξετάσεις.
- ε) Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία).

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίησή της και το διάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης μαστού, η οποία θα αναπτυχθεί παρακάτω.

Με τη μαστογραφία διαπιστώνονται ογκίδια, σχετικώς μικρά, μετά την εμμηνόπαυση, αλλά μεγαλύτερα πριν από την εμμηνόπαυση. Η μαστογραφία μπορεί να αποτύχει να εντοπίσει μερικές περιπτώσεις καρκίνου του μαστού: 3 στις 10 γυναίκες

με καρκίνο του μαστού μπορεί να ξεφύγουν από τον ανά τριετία περιοδικό έλεγχο.

Με τη ψηλάφηση διαπιστώνονται ογκίδια με διάμετρο μεγαλύτερη από 1 εκ. εφόσον δεν βρίσκονται σε μεγάλο βάθος. Γιαυτό το λόγο, η ψηλάφηση αποτελεί τη μέθοδο εκλογής πριν από την εμμηνόπαυση, σε γυναίκες χωρίς δείκτες ειδικού αυξημένου κινδύνου.

Αυτός ο έλεγχος υγείας, επαναλαμβάνεται μια φορά το χρόνο από τον οικογενειακό γιατρό ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή από ειδικά ιατρεία νοσοκομείων ή από ειδικά κέντρα ασυμπτωματικής διάγνωσης του καρκίνου. Τέτοια κέντρα υπάρχουν λίγα στον κόσμο.

Οι προληπτικές εξετάσεις για καρκίνο του μαστού μπορούν να γίνονται από:

α) Κινητές μονάδες.

Οι "κινητές διαγνωστικές μονάδες" είναι μια πιο αποδοτική σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, παραϊατρικού προσωπικού κλπ. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό:

1. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και

2. Τη διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η προτίμηση στα χωριά και τις επαρχίες οφείλεται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης.

β) Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης.

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου του μαστού στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνο σαν σύμβουλοι. Έτσι η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο του μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.

Τα αναμενόμενα οφέλη από τον περιοδικό έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

α) Παράταση επιβίωσης.

β) Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.

Είναι όμως αδύνατο να εκτιμηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου, επειδή:

α) Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμη σχετικά βραχεία.

β) Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο στις διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός.

γ) Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη της εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι:

α) Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο.

β) Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά τις μαστογραφίες.

γ) Αύξηση του αριθμού των εγχειρητικών επεμβάσεων.

δ) Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δεν βρέθηκε καρκίνος κατά τον έλεγχο.

ε) Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος.

Ιδιαίτερη είναι η μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας, στη δευτερογενή πρόληψη, στα εξής θέματα:

α) Λήψη καλού ιστορικού.

Είναι σαφές ότι πριν προχωρήσει η νοσηλεύτρια στην κλινική εξέταση, πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή.

β) Κλινική εξέταση.

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική για την πρόιμη διάγνωση της νόσου είναι και μια καλή κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

γ) Αυτοεξέταση μαστού.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την αυτοεξέταση μαστού και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιές ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση μαστού. Έτσι:

α) Κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθει για την αυτοεξέταση μαστού και να την εφαρμόζει. Αυτό βέβαια εξαρτάται εκτός από την παρέχουσα ενημέρωση που θα προσφέρει η νοσηλεύτρια, εξαρτάται και από το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα.

β) Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την αυτοεξέταση μαστού. Έχει υπολογισθεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν κληρονομικό του καρκίνου του μαστού, βαριά ενδοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών εφαρμόζουν την αυτοεξέταση μαστού σε ποσοστό 68%, 50% και 44%, αντίστοιχα.

γ) Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, ώστε να μην ξεχνιέται.

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντιουλληπτικά χάπια, η αυτοεξέταση μαστού πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντιουλληπτικών.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα, συνιστάται η αυτοεξέταση του μαστού να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός.

Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση. Η νοσηλεύτρια συστήνει στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ότι πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση του μαστού μια ορισμένη ημέρα κάθε μηνός π.χ. την πρώτη ημέρα κάθε μηνός.

Η συχνότητα με την οποία η αυτοεξέταση πρέπει να διεξάγεται, αντιμετωπίζεται με τον κίνδυνο της καρκινοφοβίας.

Έτσι, δεν θέλουμε οι γυναίκες να εξετάζουν τους μαστούς τους πολύ συχνά ούτε πολύ αραιά, αλλά κατά τρόπο που να έχουν την πιθανότητα να ανακαλύψουν τον καρκίνο μαστού όσο ακόμη είναι σε πρώιμο στάδιο.

Σκοπός της αυτοεξέτασης του μαστού είναι να καταστήσουμε τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται, από τότε που γίνονται ψηλαφητοί. Θέλουμε αν είναι δυνατόν, να ελαττώσουμε το διάστημα των 6-12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Γιαυτό η νοσηλεύτρια, συμβουλεύει τις γυναίκες να κάνουν αυτοεξέταση κατά μηνιαία διαστήματα,

συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μη σκέπτονται τη νόσο του μαστού.

Οι γυναίκες που δεν έχουν φθάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν τη σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για αυτοεξέταση.

Τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που πρώτη θα έρθει σε επαφή με την εξεταζόμενη γυναίκα και θα κερδίσει την εμπιστοσύνη της.

Αυτή θα την ενημερώσει για την ύπαρξη της αυτοεξέτασης και για τα πλεονεκτήματά της και αφού λύσει απορίες και δισταγμούς της, θα προχωρήσει στην τεχνική της αυτοεξέτασης.

Από τη νοσηλεύτρια, τις γνώσεις της και την ικανότητα διδασκαλίας και μετάδοσης γνώσεων θα εξαρτηθούν η αποδεκτικότητα της αυτοεξέτασης από τη γυναίκα και το κατά πόσο θα εφαρμοσθεί σωστά. Η αυτοεξέταση αρχίζει με την επισκόπηση που τελειώνει με την ψηλάφηση του μαστού (Εικόνα 14).

α) Επισκόπηση.

Η αυτοεξέταση των μαστών αρχίζει με προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε καθρέπτη. Η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια κάτω, με τα χέρια στη μέσολαβή πιέζοντας σφικτά πάνω στη λεκάνη και με προτεταμένο το θώρακα, με τα χέρια στην ανάταση και, τέλος, με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός, ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως.

Σε αυτές τις τέσσερις θέσεις υπάρχει πλήρης εποπτεία του μαστού από την αυτοεξεταζόμενη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εφησυχάζει την ασθενή για τυχόν ανισότητα στο μέγεθος των μαστών που πολλές από αυτές έχουν και που μπορεί να ανακαλύψουν για πρώτη φορά, όταν παρατηρήσουν τους μαστούς τους προσεκτικά.

Πρέπει να τους συστήσει να ψάχνουν για ασυμμετρία στα περιγράμματα των μαστών και για ρίκνωση ή εισολκή του δέρματος ή όψη αυτού σαν φλοιός πορτοκαλιού, καθώς και για ερυθρότητα χρόνια και πάχυνση του επιθηλίου της θηλής ή διάβρωση της επιφάνειάς της, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από κνησμό.

β) Ψηλάφηση.

Το δεύτερο βήμα στην αυτοεξέταση μαστών είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι, με την πλευρά που πρόκειται να εξεταστεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη πετσέτα του μπάνιου να τοποθετείται κάτω από το σύστοιχο ώμο. Αυτό ανεβάζει τον ώμο και μετατοπίζει το μαστό προς τα έσω έτσι, ώστε αυτός να ισορροπεί και να επιπεδώνεται. Εάν ο ώμος δεν σηκωθεί, ο μαστός γέρνει προς τα έξω και διπλώνει, κάνοντας δύσκολη την ψηλάφηση του έξω ημιμορίου εξαιτίας της αυξημένης του πυκνότητας.

Σε αυτή την ύπτια θέση, η ψηλάφηση στο έσω ημιμόριο του μαστού ξεκινά με την παλάμια επιφάνεια των δακτύλων του αντίθετου χεριού. Η ψηλάφηση πρέπει να είναι λεπτή, γιατί η ευαισθησία είναι πολύ μεγαλύτερη με την πολύ λεπτή ψηλάφηση.

Λίγη σκόνη τάλκ στα δάκτυλα τα κάνει να γλιστρούν πιο εύκολα πάνω από το δέρμα του μαστού και αυξάνει την ψηλαφητική ευαισθησία.

Η όλη έκταση του έσω ημιμορίου του μαστού ερευνάται με την παλάμη που ακολουθεί τα ίχνη εγκάρσιων γραμμών από τη γραμμή της θηλής προς το στερνικό άκρο αρχίζοντας ακριβώς κάτω από την κλείδα και κατεβαίνοντας προς την έσω μαστική πτυχή.

Σε περιπτώσεις που ο μαζικός αδένας εκτείνεται μέχρι την κλείδα και προς τα έσω του στέρνου σαν λεπτό φύλλο, μικροί όγκοι του μαστού που φθάνουν μέχρι την περιφέρειά του μπορεί να φαίνονται ότι είναι τόσο επιπολής, ώστε να εκλαμβάνονται συχνά σαν αθώες δερματικές βλάβες.

Συγκεκριμένος όγκος οπουδήποτε στον μαστό πρέπει να εξετάζεται σαν εκδήλωση νόσου.

Έχοντας συμπληρώσει την ψηλάφηση της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η νοσηλεύτρια λέει στη γυναίκα ότι τώρα είναι να εξετάσει προς το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως τη μασχάλη. Σε αυτή τη φάση, είναι προτιμότερο να έχει το χέρι κάτω στην πλευρά. Στη θέση αυτή, το άνω έξω τμήμα του μαστού είναι πιο ακραίο και γι'αυτό πιο προσιτό. Η παλάμη ερευνά όλη την έκταση του έξω ημιμορίου του μαστού, ακολουθώντας τα ίχνη μιας σειράς γραμμών από την πλευρική άκρη του μαστού προς γραμμή της θηλής κατά προτίμηση, ξεκινώντας από την υπομαστική ακρολοφία και ανεβαίνοντας προς τη μασχάλη.

Η εξέταση τελειώνει στο άνω έξω τμήμα του μαστού, το οποίο είναι και το πιο δύσκολο στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού. Αυτό το τμήμα, συχνότερα από οποιοδήποτε άλλο εμφανίζει οζιδιακή ανάπτυξη που προκαλεί ανησυχία, αλλά συχνά βρίσκεται στα φυσιολογικά όρια. Είναι επίσης το τμήμα, στο οποίο οι καρκίνοι ανευρίσκονται συχνότερα.

Για όλα αυτά, το τμήμα αυτό του μαστού πρέπει να συγκεντρώνει τη μεγαλύτερη προσοχή σε κάθε εξέταση. Άλλος τρόπος εξέτασης είναι κατά νοητούς ομόκεντρους κύκλους, αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω και από την περιφέρεια προς τη θηλή του μαστού, χωρίς να παραλείπεται φυσικά η μασχάλη.

Η εξέταση κάθε μαστού διαρκεί περίπου 3 λεπτά. Οι περισσότερες γυναίκες μάλλον απογοητεύονται από την ψηλάφηση των μαστών τους στην όρθια θέση. Γι'αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει ότι αν ο μαστός είναι μεσαίου μεγέθους ή μεγαλύτερος, η ψηλάφηση είναι πιο δύσκολη στην όρθια θέση παρά στην ύπτια. Στην όρθια θέση, το κατώτερο προπίπτον ημιμόριο του μαστού διπλώνεται πάνω

στον εαυτό του και έτσι ένας μικρός όγκος μπορεί να καλυφθεί από αυτή την αυξημένη πύκνωση.

Όταν οι γυναίκες εκτελούν τακτικά την αυτοεξέταση μαστών, εξοικειώνονται με τα φυσικά χαρακτηριστικά των μαστών τους και είναι πιθανότερο να αναγνωρίσουν κάθε μικρό όγκο που μπορεί να αναπτυχθεί.

Η νοσηλεύτρια τέλος συνιστά την εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλως και η θηλή ψηλαφώνται για ύπαρξη μάζας, έκκριση, ευαισθησία. Οφείλει να γνωστοποιήσει ότι το μέγεθος της θηλής μικραίνει με τα χρόνια.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να προσεγγίσει το ευρύ σύνολο του ώριμου γυναικείου πληθυσμού και να το πληροφορήσει για τον σπουδαιότερο ρόλο των γυναικών στην πρώιμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού.

Το μήνυμα αυτό είναι ανάγκη να διαδοθεί και το πιο κατάλληλο πρόσωπο για να το κάνει είναι η νοσηλεύτρια η οποία θα διδάξει άμεσα, θα παροτρύνει, και θα ενθαρρύνει τις γυναίκες, ασθενείς και υγιείς, στην αυτοεξέταση των μαστών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ποιά είναι η καλύτερη θέση που μπορεί να πάρει η νοσηλεύτρια, όταν η ασθενής με καρκίνο του μαστού ρωτήσει, ποιά είναι η πάθησή της; Το ερώτημα αυτό απασχολεί επί πολλά χρόνια το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η νοσηλεύτρια για να ανταποκριθεί στο δύσκολο αυτό έργο, οφείλει κατά πρώτο λόγο να γνωρίζει τις ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της ασθένειας, ώστε να μπορέσει να επέμβει θετικά, αναλόγως του σταδίου, καθώς επίσης και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος και την τακτική της ενημέρωσης.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο εξελίσσονται σε τρεις φάσεις:

Πρώτη φάση: (όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο της) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φθάσει μέχρι τον πανικό.

Δεύτερη φάση: (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου.

Τρίτη φάση: (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Σύμφωνα με μια μελέτη της Kubler-Ross πάνω στις ψυχικές αντιδράσεις αρρώστων από βαριά νόσο, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, ο άρρωστος διέρχεται πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι ασθενής μέχρι τη στιγμή του θανάτου του.

1. Το πρώτο στάδιο είναι της άρνησης και της απομόνωσης.

2. Το δεύτερο στάδιο είναι του θυμού, που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με τη δράση των ασθενών: "Γιατί εγώ". Ο θυμός στρέφεται προς άτομα της οικογένειάς τους ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμη και προς το θεό.

3. Το τρίτο στάδιο είναι της συνδιαλλαγής. Ο ασθενής ημερεύει, παρακαλεί, μοιάζει να ζητάει αναβολή του μοιραίου και για αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά.

4. Το τέταρτο στάδιο είναι της κατάθλιψης.

5. Το πέμπτο στάδιο είναι της αποδοχής. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του και περιορίζει τα ενδιαφέροντά του στο ελάχιστο δυνατό.

Πολλές φορές, η καρκινοπαθής αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένη, όπως αισθανόταν παλιότερα ο ασθενής που έπασχε από φυματίωση. Μπορεί ακόμη να έχει το αίσθημα της ενοχής και της υποβολής. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Η ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια. Βλέπει τη νοσηλεύτρια ως αυθεντία, από την οποία αναμένει βοήθεια. Γιαυτό κάθε πράξη και κάθε λέξη της μπορεί να έχουν μεγάλη θετική ή αρνητική επίπτωση στον ψυχισμό της.

Το συναίσθημα ότι ο ασθενής είναι αβοήθητος είναι πολύ έντονο στον καρκινοπαθή. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους της νοσηλεύτριας. Όταν η νοσηλεύτρια δίνει σε μια τέτοια ασθενή μόνο εντολές χωρίς να της εξηγεί τη σκοπιμότητα κάθε εντολής, δεν την βοηθάει να βγει από αυτό το συναίσθημα. Πιθανόν μάλιστα να της το επιτείνει, γιατί η ασθενής συνειδητοποιεί ότι δεν έχει άλλη εκλογή και είναι υποχρεωμένη να ακολουθήσει ένα μονόδρομο που οδηγεί στο μοιραίο.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Οι τρόποι με τους οποίους μπορεί η νοσηλεύτρια να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της ενημέρωσης των καρκινοπαθών

σχετικά με τη νόσο τους, είναι τόσοι όσοι και οι καρκινοπαθείς. Θεωρητικά όμως υπάρχουν τρεις δυνατόι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος.

1. Πρώτος τρόπος

Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να γνωστοποιείται στον καρκινοπαθή η νόσος του. Κατά συνέπεια, οι πληροφορίες που δίνονται στην ασθενή σχετικά με τη διάγνωση της νόσου, τη θεραπεία και την πρόγνωση του πρέπει να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Πλεονεκτήματα

α) Το κύριο πλεονέκτημα που επικαλούνται οι υποστηρικτές αυτού του τρόπου αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ότι η απόκρυψη της νόσου από τον ασθενή τον βοηθάει να ξεπεράσει ευκολότερα τα ψυχικά προβλήματα που συνεπάγεται η γνώση ότι πάσχει από καρκίνο.

β) Ειδικά για την Ελλάδα, δέχονται ότι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του ασθενούς είναι πλεονεκτικός. Αν κάποιος δοκίμαζε να αποκαλύψει τη διάγνωση του καρκίνου σε κάθε έλληνα καρκινοπαθή, τα αποτελέσματα θα ήταν τραγικά και σίγουρα θα είχαμε περισσότερες αυτοκτονίες μεταξύ των καρκινοπαθών.

γ) Πρέπει να αναγνωρισθεί ότι η απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή είναι η ευκολότερη λύση για το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Μειονεκτήματα

α) Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται μεγάλο ηθικό πρόβλημα. Τα κυριότερα από τα δικαιώματα του ασθενούς είναι να γνωρίζει την πάθησή του και να αποφασίζει ο ίδιος για τη θεραπεία του. Πως όμως είναι δυνατόν να καταλήξει ο ασθενής σε ορθές αποφάσεις για τη θεραπεία του, αν δεν είναι ορθά ενημερωμένος για την παθησή του;

β) Η απόκρυψη της διάγνωσης εκθέτει την άρρωστη σε πολλούς κινδύνους. Η νοσηλεύτρια που αποποιείται την υπευθυνότητά της να ενημερώσει σωστά την ασθενή πρέπει να είναι βέβαιη ότι το έργο της ενημέρωσης, αργά ή γρήγορα, θα το αναλάβουν απρόσκλητος καλοθελητές που είναι άτομα συνήθως ανίδεια ή ανεύθυνα και πολλές φορές κακόβουλα.

γ) Οι αμφιβολίες και οι υπόνοιες, που έχει ο ασθενής στα αρχικά στάδια της νόσου, έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στον ψυχισμό του απ' ότι έχει η σωστή ενημέρωση και η κατάλληλη ψυχολογική του αντιμετώπιση.

δ) Η απόκρυψη της διάγνωσης ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Μπορεί να κρυφακούσει τον γιατρό ή να ψάξει κρυφά στο φάκελλο νοσηλείας ή ακόμη να υποψιαστεί από τον τρόπο έκφρασης του θεράποντος γιατρού ή της νοσηλεύτριας.

ε) Όταν η νόσος βρίσκεται σε πιο προχωρημένο στάδιο, η αναπόφευκτη και καθημερινή διάψευση των φρούδων ελπίδων της ασθενούς, όχι μόνο καταρρακώνουν το ηθικό του, αλλά και τον κάνουν να χάσει την εμπιστοσύνη του προς τα προσφιλή του πρόσωπα και το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

στ) Η απόκρυψη της διάγνωσης από τον ασθενή δεν βοηθάει στην ενημέρωση του κοινού για τον καρκίνο.

ζ) Η απόκρυψη της διάγνωσης από τον ασθενή δυσκολεύει πολλές φορές την αντιμετώπιση της ίδιας της κακοήθους νόσου.

Οι ασθενείς, στους οποίους δεν ανακοινώνεται η πάθησή τους, πολύ συχνά αρνούνται να υποβληθούν στην ενδεικνυόμενη θεραπεία, γεγονός που σε ορισμένες περιπτώσεις έχει τραγικές συνέπειες ακόμη και για τη ζωή τους.

η) Η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον καρκινοπαθή συνεπάγεται σε ορισμένες περιπτώσεις σοβαρά κοινωνικοοικονομικά προβλήματα π.χ. εκκρεμή διάφορα κληρονομικά ή οικονομικά ή κοινωνικά ζητήματα, αν πεθάνουν ανημέρωτοι για την πάθησή τους.

2. Δεύτερος τρόπος

Όλοι οι καρκινοπαθείς, χωρίς εξαίρεση, πρέπει να γνωρίζουν επακριβώς τη νόσο τους καθώς και κάθε λεπτομέρεια που σχετίζεται με αυτή.

Πλεονεκτήματα

α) Ο ασθενής αποφασίζει μόνος του για το είδος θεραπείας, ακόμη και για τη ζωή του.

β) Ο ασθενής ενημερώνεται υπεύθυνα από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους γιατρούς και έτσι μειώνονται οι πιθανότητες να πέσει θύμα καιροσκόπων.

γ) Μπορεί έγκαιρα ο ασθενής να επιλύσει διάφορα οικονομικά ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη νόσο ή το θάνατό του.

δ) Συντελεί στην ορθή ενημέρωση του κοινού σχετικά με τις κακοήθειες νόσους. Αυξάνεται η εμπιστοσύνη του κοινού προς τη νοσηλεύτρια και το γιατρό.

ε) Η λύση είναι εύκολη για το θεράποντα και τη νοσηλεύτρια, διότι δεν διαθέτουν χρόνο να σκεφτούν, ποιός άρρωστος πρέπει να ενημερωθεί περισσότερο και ποιός λιγότερο.

Μειονεκτήματα

Με αυτό τον τρόπο ενημέρωσης παραγνωρίζεται το γεγονός ότι υπάρχουν ασθενείς που δεν έχουν τη ψυχική δύναμη να αντέξουν στη δοκιμασία που συνεπάγεται η πληροφορία ότι πάσχουν από καρκίνο.

Είναι αναμφισβήτητο ότι μεταξύ των καρκινοπαθών υπάρχουν ασθενείς που αρνούνται τη νόσο τους. Σε αυτούς τους ασθενείς, γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με τη νόσο τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, έχει αναμφισβήτητα δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι, εκτός από το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει τη νόσο του, υπάρχει και το δικαίωμα του ασθενούς να μη θέλει να μάθει τη νόσο του.

Γιαυτό πρέπει:

- Η νοσηλεύτρια να λαμβάνει υπόψη το συμφέρον του ασθενούς για την εξασφάλιση της πιο αποτελεσματικής θεραπείας.

- Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να μην προτρέπει να γνωστοποιήσει στην ασθενή την αλήθεια όταν η ίδια δεν θέλει.

- Όταν ο ασθενής επιθυμεί τη γνώση, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να συνεκτιμούν πολλούς παράγοντες για την αποκάλυψη της φύσης της νόσου.

3. Τρίτος τρόπος

Η έκταση της ενημέρωσης και ο τρόπος, με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση του καρκινοπαθούς για τη νόσο του, πρέπει να εξατομικεύονται σε κάθε ασθενή.

Πλεονεκτήματα

Η νοσηλεύτρια, λαμβάνει υπόψη τον ψυχισμό της ασθενούς, ενώ παράλληλα αποφεύγει να πει πλήρως την αλήθεια στους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να τη μάθουν.

Εκείνοι που επιθυμούν να μάθουν την αλήθεια και έχουν κατά την κρίση της νοσηλεύτριας ή του γιατρού την αναγκαία ψυχική δύναμη ενημερώνονται υπεύθυνα από αυτούς.

Μειονεκτήματα

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος είναι ο δυσκολότερος για το θεράποντα γιατρό και για τη νοσηλεύτρια. Προβληματίζονται στην κάθε περίπτωση και προσπαθούν να εξατομικεύσουν την ενημέρωση ανάλογα με την ψυχρούνηθεση της ασθενούς. Εκτίθενται όμως στον κίνδυνο του λάθους. Ενδέχεται να μην εκτιμήσουν σωστά και να δώσουν σε ένα ασθενή περισσότερες πληροφορίες, από όσες θα είχε τη δυνατότητα να δεχθεί ή, αντίθετα, να αποκρύψουν ορισμένες πληροφορίες από άλλους που θα επιθυμούσαν και θα μπορούσαν να τις δεχθούν.

Συμπεράσματα

Η τακτική που φαίνεται ότι εφαρμόζεται ευρύτατα στην Ελλάδα, και σύμφωνα με την οποία πρέπει να μη γνωστοποιείται σε κανέναν καρκινοπαθή η νόσος τους, έχει δυσμενείς επιπτώσεις σε πολύ μεγάλο αριθμό ασθενών. Φαίνεται ότι, από όλους τους τρόπους που μπορεί να ακολουθήσει η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση του προβλήματος, αυτός συγκεντρώνει τα περισσότερα μειονεκτήματα για την ασθενή.

Η εξατομίκευση της ενημέρωσης φαίνεται ότι συγκεντρώνει τα πιο πολλά πλεονεκτήματα για τον ασθενή.

Η προσωπικότητα της νοσηλεύτριας έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον τρόπο, με το οποίο θα ενημερωθεί η ασθενής.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να συνεργάζεται με τους λοιπούς παράγοντες που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση της ασθενούς, ώστε όλοι μαζί να λειτουργούν σαν ομάδα και όχι σαν μεμονωμένα άτομα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αφήνει την ασθενή να της εκφράζει πρώτα εκείνη τις απορίες της, τους φόβους της, την επιθυμία της για ενημέρωση και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση. Με βάση αυτά τα δεδομένα, αφού η νοσηλεύτρια λάβει υπόψη της την προσωπικότητα της ασθενούς, πρέπει σε συνεργασία με το θεράποντα γιατρό να ενημερώσει την ασθενή για τη νόσο της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΓΩΝΙΑ

Η νοσηλεύτρια αφιερώνει αρκετή ώρα στην ασθενή, τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα. Δείχνει ενδιαφέρον, συζητεί μαζί της και την υποστηρίζει συναισθηματικά.

Προσπαθεί να βρει και αξιολογήσει την επίδραση εξωγενών παραγόντων που δημιουργούν πρόσθετη αύξηση του άγχους.

Παραμένει στο πρόβλημα χωρίς υπεκφυγές και παρεμβολές. Η νοσηλεύτρια στην επικοινωνία της με την ασθενή οφείλει να

είναι ειλικρινής και κατανοητή με τις εξηγήσεις που δίνει, οι οποίες επαναλαμβάνονται, αν χρειασθεί.

Παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες και την άνεση της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια δεν αφήνει το δικό της άγχος για ορισμένες καταστάσεις να γίνει αντιληπτό από την ασθενή. Ελαφρά ηρεμιστικά μπορούν να χορηγηθούν στην ασθενή κατόπιν ιατρικής εντολής.

Η νοσηλεύτρια θα έχει πετύχει το στόχο της όταν:

- Μειώσει το άγχος της ασθενούς σε ανεκτό επίπεδο.
- Η ασθενής γίνεται πρόθυμη να μάθει νέους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους της.
- Η ασθενής διοχετεύει την ενεργητικότητά της σε καθορισμένες βοηθητικές δραστηριότητες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Η νοσηλεύτρια καθορίζει τη διαταραχή του ύπνου που περνάει η ασθενής. Ρωτάει την ασθενή για να μάθει τις δικές της εκτιμήσεις για τη διαταραχή του ύπνου της. Λαμβάνει μέτρα για τη μείωση της αύπνίας όπως:

- Εξασφαλίζει ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον.
- Εφαρμόζει τεχνικές χαλάρωσης.
- Χρησιμοποιεί μέσα που μπορεί να διευκολύνουν την ασθενή να κοιμηθεί (π.χ. ζεστό μπάνιο, διάβασμα, ένα ζεστό ρόφημα, ελαφρά μουσική κλπ).
- Χρησιμοποιεί όλα τα δυνατά μέσα για την εξασφάλιση άνεσης στην ασθενή (καλοστρωμένο κρεβάτι, άνετα ρούχα).

Η νοσηλεύτρια προγραμματίζει τις δραστηριότητες της ασθενούς κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της ημέρας μεσοδιαστήματα ολιγόλεπτου ύπνου.

Η νοσηλεύτρια θα έχει πετύχει το στόχο της όταν:

- Η ασθενής ανακαλύπτει και αξιολογεί μαζί με τη νοσηλεύτρια τους ενοχλητικούς παράγοντες που διαταράσσουν τον ύπνο της.

- Εκμεταλλεύεται τα μέσα που θα την βοηθήσουν να κοιμηθεί και να ξεκουραστεί χωρίς τη λήψη φαρμάκων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η νοσηλεύτρια πραγματοποιεί συχνές επαφές με την ασθενή. Γνωρίζει ότι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά αισθάνονται απομονωμένοι και ανάξιοι. Η πεποίθηση ότι κάποιος ενδιαφέρεται και φροντίζει για τους είναι η πιο υποστηρικτική παρέμβαση. Εμποδίζει την απομόνωση της ασθενούς, ενθαρρύνοντας τις κοινωνικές συναναστροφές. Χρησιμοποιεί ανοιχτές ερωτήσεις για την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει ότι το προσωπικό δεν θα τιμωρήσει την ασθενή, αν εκδηλώσει αισθήματα θλίψης. Η ασθενής πρέπει να αισθάνεται ελεύθερη να κλαίει.

Η ασθενής επαινείται από τη νοσηλεύτρια και ενθαρρύνεται να συμμετέχει στην ατομική της φροντίδα και σε άλλες δραστηριότητες. Ενθαρρύνει επίσης το προσωπικό και την οικογένεια να επαινούν την ασθενή για τις προσπάθειές της. Βοηθάει την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της και της εξηγεί ότι συνήθως η δραστηριότητα βοηθάει τους ανθρώπους να αισθάνονται καλύτερα.

Βοηθάει το υπόλοιπο προσωπικό στις προσπάθειές τους να επικοινωνήσει και να έρθει σε επαφή με την ασθενή.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες της ασθενούς και την ενθαρρύνει να διατηρεί καλή υγιεινή. Παρέχει κατάλληλη τροφή. Κάνει σωστή και επιμελημένη εκτίμηση των αναγκών της ασθενούς για ύπνο. Ενθαρρύνει τη συμμετοχή της σε προγράμματα ασκήσεων.

Βοηθάει την ασθενή στη λήψη αποφάσεων, όταν βρίσκεται σε στάδιο καταθλιπτικό.

Η νοσηλεύτρια θα έχει πετύχει το σκοπό της όταν:

- Η ασθενής συνειδητοποιεί ότι διάφορα θλιβερά γιαυτή γεγονότα (αλλά και κατά μεγάλο ποσοστό η ίδια η ασθένεια) την οδηγούν στην κατάθλιψη.

- Με τον καιρό, αποκτά δυνατότητα αυτοκαθοδήγησης στην αυτοφροντίδα και στις δραστηριότητες.

- Επιτυγχάνεται σταθεροποίηση της φυσικής κατάστασης της ασθενούς.

- Συμμετέχει ενεργά σε ομαδικές δραστηριότητες.

- Συμμετέχει στις προγραμματισμένες ασκήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νοσηλεύτρια στην όποια ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου.

1η φάση - πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης.

Όταν υπάρχει η πιθανότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχια, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου.

Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και δεύτερον, με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για τη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Η νοσηλεύτρια σ' αυτό το στάδιο βάζει τους εξής στόχους:

- Να βοηθάει την ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.

- Να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.

- Να τη βοηθήσει να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Μερικές φορές τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της νόσου, που αρνούνται να

γνωρίσουν τους φόβους της ασθενούς, που δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτή χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά της να αντιμετωπίσει τη νόσο.

Πολλές οικογένειες υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια. Έτσι, αποτυγχάνουν να δώσουν στην ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται.

Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να περιμένει από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο το χρόνο τους με την ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργεί η νόσος, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και ρόλοι. Έτσι, η νοσηλεύτρια πρέπει να συμβουλευθεί τον πατέρα (σύζυγο της ασθενούς) να διαθέτει αρκετές ώρες, κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλώς να βρίσκεται κοντά τους. Πρέπει όμως να έχει και ευκαιρίες διεξόδου, προκειμένου να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία, που χρειάζεται, για να αντιμετωπίσει, τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του.

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούνται τα θέματα, τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια, όταν βρίσκουν μια διαφορετική για παράδειγμα μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις, στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή, καθώς φαντάζονται ότι αυτά έφταιξαν για την αρρώστεια της μητέρας τους.

Έτσι, η νοσηλεύτρια συμβουλεύει τους γονείς πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για τη νοσηλεία και τη νόσο της μητέρας τους. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους.

Εάν υπάρχει κόρη στην οικογένεια, έφηβος, ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια ότι είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου μαστού και γιαυτό το λόγο της συστήνει και της διδάσκει την τεχνική της αυτοεξέτασης των μαστών, την οποία πρέπει να εφαρμόζει κάθε μήνα. Την ενημερώνει επίσης πως κάθε ογκίδιο στο μαστό δεν είναι καρκίνος.

2η φάση - ενδιάμεσο στάδιο

Στο στάδιο αυτό διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύθηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίσθηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας. Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες κλπ.

Μερικές ασθενείς, που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου, γιατί κάτι τέτοιο θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση.

Άλλες ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου, ή και να προανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις. Σε αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και την κατευθύνει σε παραδεκτές θεραπείες.

Όταν γίνουν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις, και τα αποτελέσματα επιβεβαιώσουν τις υποψίες τότε η νοσηλεύτρια και ο γιατρός εξηγούν στην ασθενή και στην οικογένειά της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Η νοσηλεύτρια εξηγεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, και τους συμβουλεύει να μείνουν κοντά στην ασθενή ώστε να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένη.

Η νοσηλεύτρια ακούει τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της ασθενούς, την υποστηρίζει συναισθηματικά, της δίνει κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Έτσι, η ασθενής θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γιαυτή.

3η φάση - τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. παύουν να λειτουργούν, υπάρχει και ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους.

Υπάρχει επίσης ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Ακόμη, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο, η νοσηλεύτρια κάνει τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντάς την και δείχνοντάς της ότι δεν την ξεχνά. Ζητά από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μη την εγκαταλείψουν. Συζητά το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζει να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματά της και της δείχνει κατανόηση και συμπάραση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

- Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης.

Η αποτελεσματική σωματική φροντίδα της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της μπορεί να συμβάλει σημαντικά σε ένα ήσυχο θάνατο.

- Αντιμετώπιση του πόνου.

Είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στη φαρμακολογία καθώς και στους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένιση έχουν βελτιώσει τη δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Η νοσηλεύτρια αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων.

Όταν η ασθενής νοσηλεύεται στο σπίτι, η νοσηλεύτρια διδάσκει την οικογένεια πως και πότε να χορηγεί φάρμακα καθώς και πως να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στη θεραπευτική αγωγή.

- Δυσκοιλιότητα.

Η νοσηλεύτρια δίνει οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για τα μέτρα που είναι περισσότερο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Διδάσκει επίσης όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων του υποκλυσμού και της απομάκρυνσης των ευσφηνωμένων στο έντερο κοπρανώδων μαζών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή τη φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν η οικογένειά της δεν είναι ικανή να την παρέχει.

- Ναυτία και έμετος.

Η νοσηλεύτρια τα αντιμετωπίζει με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα.

- Διατροφή.

Για να καταπολεμηθεί η ανορεξία, η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε οι ασθενείς να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

- Πρόληψη κατακλίσεων.

Είναι πολύ σημαντικό τα πρόσωπα που φροντίζουν την ασθενή, να διδαχτούν από τη νοσηλεύτρια πως να την πλένουν και να της αλλάζουν θέση, καθώς και πως να αξιολογούν ενδείξεις αρχόμενης κατάκλισης, όταν η ασθενής βρίσκεται στο σπίτι. Αν χρειαστεί θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει στην οικογένεια να καταλάβει τους λόγους της αρχόμενης θεραπείας και να τους διδάξει τον τρόπο.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της, μπορεί να εκδηλώσει κάποια μορφή θυμού ή ακόμη και οργής, μπορεί ακόμη να είναι επιθετική και προσβλητική.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματά της, και να τη βοηθήσει να περάσει ομαλά και ήρεμα από αυτή τη φάση αντίδρασης.

Σκοπός επίσης της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για την ασθενή. Σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να μιλάει στην ασθενή ή να συζητάει με αυτή, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των προβλημάτων, των φοβιών και των ανησυχιών της ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή.

Η νοσηλεύτρια εκτελεί ένα ρόλο διαφορετικό από τους άλλους, αλλά εξίσου σημαντικό και ζωτικό, μια και αποτελεί τη γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος.

Με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει την ασθενή, η νοσηλεύτρια μπορεί να υποστηρίξει και να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας, τόσο καθώς η ασθενής πλησιάζει προς το

τέλος της ζωής της, όσο και μετά το θάνατο της τελευταίας.
Η νοσηλεύτρια παρηγορεί και καθοδηγεί με τον τρόπο της τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς.

Στόχος της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την οικογένεια, να ακολουθήσει φυσιολογική πορεία στο πένθος της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της.

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος μαστού εξακολουθεί στις γυναίκες να κατέχει την πρώτη θέση στη σειρά συχνότητας μεταξύ των καρκίνων που εμφανίζονται μετά το 40ό έτος της ηλικίας. Ορισμένοι επιδημιολόγοι υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος του μαστού εξακολουθεί να κατέχει την πρώτη θέση στη σειρά συχνότητας, ενώ ο καρκίνος πνεύμονος αναμφισβήτητα κατέχει την πρώτη θέση στη σειρά θνησιμότητας.

Εφόσον δεν γνωρίζουμε την αιτιολογία ελάχιστοι πρακτικοί τρόποι υπάρχουν για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού.

Η ετήσια αύξηση του καρκίνου του μαστού οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους, στη βελτίωση του τρόπου διάγνωσης, και η διάγνωση του καρκίνου μαστού σε γυναίκες που γεννήθηκαν την περίοδο μετά τον πόλεμο και τώρα έφθασαν σε ευπρόσβλητο ηλικία.

Στις μέρες μας ο καρκίνος του μαστού μαστίζει το δυτικό κόσμο σε συνδυασμό με τον καρκίνο της μήτρας. Στις ΗΠΑ 1 στις 14 γυναίκες ετησίως εκδηλώνουν τη νόσο, κάθε χρόνο δεν καταγράφονται 90.000 νέες περιπτώσεις γυναικών με καρκίνο του μαστού (Haskell et al, 1980).

Περίπου 7% των γυναικών των βιομηχανικών χωρών θα πάθουν καρκίνο μαστού σε κάποιο στάδιο της ζωής τους (Leis J. 1970, Hinkamp 1971, De Saxe 1973, Lathi 1977). Από την άλλη πλευρά στις πτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες, η επίπτωση του καρκίνου μαστού είναι λιγότερο εμφανής.

Κατά τη διάρκεια της ζωής τους το 25% του γυναικείου πληθυσμού θα ζητήσει ιατρική συμβουλή για κάποιο πρόβλημα από το μαστό και 5-13% απ' αυτές θα βρεθεί να έχουν καρκίνο μαστού. Ο καρκίνος του μαστού σκοτώνει περισσότερες γυναίκες από κάθε άλλο είδος καρκίνου. Το 1991 υπολογίζεται ότι θα διαγνωστούν πάνω από 850.000 νέες περιπτώσεις καρκίνου σ' όλο τον κόσμο. Από αυτές 132.000 νέες περιπτώσεις θα διαγνωσθούν

στη χώρα της κοινής αγοράς και απ' αυτές πάνω από 4000 περιπτώσεις στη χώρα μας (Γκόγκας Ι. 1991).

Η συχνότητα της νόσου είναι πέντε φορές μεγαλύτερη στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και Ευρώπης από τη συχνότητα που παρατηρείται στις υποανάπτυκτες χώρες της Αφρικής και Ασίας. Η Ιαπωνία είναι η χώρα με τη χαμηλότερη θνησιμότητα και μαζί με τη Φιλανδία παρουσιάζουν επίσης τη χαμηλότερη στον κόσμο θνησιμότητα καρκίνου μαστού στους άνδρες.

Μια άλλη αξιοσημείωτη διαφορά είναι η χαμηλή συχνότητα και θνησιμότητα από καρκίνο μαστού ανάμεσα στις νέγρες αμερικανίδες και τις λευκές αμερικανίδες.

Παρουσιάζεται επίσης σε γυναίκες των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων γιατί είναι γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές γεννούν λιγότερα παιδιά και τα θηλάζουν λίγο.

Υπάρχουν πολλοί ενοχοποιητικοί παράγοντες σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Γνωρίζουμε ότι υπάρχει σχέση με την αναπαραγωγική λειτουργία: η παχυσαρκία, η πρόωπη εμμηνарχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο του μαστού.

Αυξημένος είναι ο κίνδυνος καρκίνου μαστού σε γυναίκες με επιβεβαρωμένο κληρονομικό ιστορικό. Ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού είναι διπλάσιος έως τριπλάσιος στις γυναίκες που είχαν μητέρα και αδελφή με καρκίνο του μαστού.

Άλλοι, επιβαρυντικοί παράγοντες της νόσου, είναι η ύπαρξη ενδοκυστικής μαστοπάθειας, η χρήση εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων και η λήψη μεγάλων τοπικών δόσεων ιονίζουσας ακτινοβολίας.

Φαίνεται ότι, η αυξανόμενη κατανάλωση ζωικού λίπους αυξάνει και τη συχνότητα καρκίνου του μαστού. Έτσι από την εργασία του Adlercreutz 1979, έχουμε ότι το επίπεδο μερικών οιστρογόνων είναι αυξημένο κατά 5% σε παμφάγα από ότι στα χορτοφάγα.

Ύστερα από διάφορες στατιστικές μελέτες είμαστε σε θέση και γνωρίζουμε αρκετά γύρω από τους επιδημιολογικούς

παράγοντες που τοποθετούν τη γυναίκα στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Παράγοντας	Κίνδυνος		
Φύλο	99% (γυναίκες)	:	1% (άνδρες)
Ηλικία	Προχωρημένη	>	Νεαρή
Ηλικία εμμηναρχής	Νωρίτερα	>	Αργότερα
Ηλικία εμμηνόπαυσης	Αργότερα	>	Νωρίτερα
Ωοθηκεκτομή	Νωρίτερα	>	Αργότερα
Τοκετός	'Ατεκνος	>	Πολύτεκνος
Ηλικία 1ου τοκετού	'Ανω των 35 χρ.	>	Κάτω των 25 χρ.
Παχυσαρκία	Ναι	>	'Όχι
Ανωμαλία Ε.Ρ.	Ναι	>	'Όχι
Βάρος	Αυξημένο	>	Κανονικό
'Υψος	Υψηλές	>	Κοντές
Φυλή	Caucasian	>	Oriental
Συζυγική κατάσταση	Ανύπαντρες	>	Παντρεμένες
Ιστορικό της νόσου στην οικογένεια	Ναι	>	'Όχι
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Υψηλή	>	Χαμηλή
Κατοικία	Στην πόλη	>	Χαμηλή
'Υπαρξη ενδοκυστικής νόσου	Ναι	>	'Όχι
Ακτινοβολίες στο θώρακα	Ναι	>	'Όχι
Αλκοόλ	Ναι	>	'Όχι

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το ερέθισμα για να ξεκινήσουμε την έρευνα αυτή μας δόθηκε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής μας στο εξωτερικό ιατρείο μαστού του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Η εργασία αυτή άρχισε τον Ιούνιο του 1992 και τελείωσε το Φεβρουάριο του 1993 κατά το οποίο διάστημα συμπληρώσαμε 182 ερωτηματολόγια.

Αρχικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσουμε το ποσοστό των γυναικών που προσέρχονταν στο ιατρείο για τακτική παρακολούθηση, και να εντοπίσουμε τον αριθμό των γυναικών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού.

Στη συνέχεια, από τον αριθμό των εξετασθέντων γυναικών διαπιστώσαμε, ότι ένα ποσοστό γυναικών που προσήλθαν για εξέταση ήταν για προληπτικό έλεγχο, αλλά επίσης και ένα σημαντικό ποσοστό προσήλθε στο ιατρείο εξαιτίας κάποιου συμπτώματος που αισθάνθηκαν.

Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώσαμε κατά τη συνέντευξη των γυναικών που προσέρχονταν στο ιατρείο, περιείχαν ερωτήσεις που αναφέρονταν σε θέματα γύρω από τον καρκίνο του μαστού και πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Πρέπει να σημειώσουμε, ότι όλα τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα για να διευκολυνθούν τα άτομα να απαντήσουν ελεύθερα σε αυτά που ρωτήθηκαν χωρίς αναστολές. Αναφέρουμε επίσης, ότι το δείγμα των γυναικών που εξετάσθηκαν στο ιατρείο μαστού δεν ήταν τυχαίο, επειδή κάποιος αριθμός γυναικών που προσέρχονταν στον ιατρό, είχε εμφανίσει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς, που διαπιστώθηκε από την κινητή διαγνωστική μονάδα της Ελληνικής Ογκολογικής Εταιρείας στο πλαίσιο των προγραμμάτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου" και "Ελλάδα κατά του καρκίνου". Ο υπόλοιπος αριθμός των γυναικών του δείγματος που προσήλθε ήταν είτε λόγω της ενημέρωσής τους σε θέματα πρόληψης καρκίνου του μαστού είτε μετά από καθυστερημένη προσέλευσής τους από την αρχική εμφάνιση της νόσου.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιό μας περιέχει έξι ξεχωριστά τμήματα. Το πρώτο αφορά το μπτρώ (ηλικία, επάγγελμα, γραμματικές γνώσεις και οικογενειακή κατάσταση). Το δεύτερο αναφέρεται στο οικοθ γενειακό ιστορικό. Στη μελέτη μας θελήσαμε να ανιχνεύσουμε κατά πόσο η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Στη συνέχεια στο τρίτο μέρος αναφέρεται το ατομικό ιστορικό, το οποίο περιλαμβάνει την ενημέρωση που είχαν οι γυναίκες για την αυτοεξέταση μαστού. Εντοπίσαμε επίσης το χρονικό διάστημα που επισκέφθηκαν οι γυναίκες το γιατρό από τη στιγμή που ανακάλυψαν κάτι. Εξετάσθηκε επίσης η ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, η διάρκεια περιόδου και η συχνότητα του κύκλου τους, καθώς και η ύπαρξη τυχόν προβλήματος με τους μαστούς τους.

Στο τέταρτο μέρος του ερωτηματολογίου το ενδιαφέρον μας επικεντρώθηκε στην ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, στον αριθμό των αποβολών και των εκτρώσεων, στο θηλασμό ή μη των παιδιών και την εμφάνιση ή όχι στειρότητας. Εξετάσαμε τις διατροφικές συνήθειες των γυναικών (αλκοόλ, ζωικό και φυτικό λίπος), καθώς και τη συνήθεια του καπνίσματος ή μη, για να διαπιστώσουμε τυχόν επίδραση που μπορεί να υπάρχει στην εμφάνιση καρκίνου μαστού. Στο ίδιο μέρος περιλαμβάνεται και ερώτηση που αφορά τη χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, για να ανακαλύψουμε κατά πόσο αποτελούν ενοχοποιητικό παράγοντα για την εμφάνιση καρκίνου μαστού.

Το τελευταίο μέρος αναφέρεται στην ύπαρξη του παρόντος προβλήματος, των διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων που έχουν υποστεί, και τέλος τη διαπίστωση τυχόν προβλήματος και η θεραπεία που προτείνεται.

Η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων έγινε με το πρόγραμμα DBase III+. Στη μελέτη μας παραθέσαμε πίνακες που απεικονίζουν αναλυτικά τα ποσοστά επί τοις εκατό, στην κάθε μεταβλητή του ερωτηματολογίου. Έγιναν ορισμένες συσχετίσεις που κατά τη γνώμη μας κρίθηκαν αναγκαίοι στη μελέτη μας, και

γραφικές παραστάσεις που διευκολύνουν στο να κατανοήσουμε καλύτερα τις συσχετίσεις αυτές.

Προσπαθήσαμε όσο το δυνατόν καλύτερα να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της μελέτης μας από τα πλήρη στοιχεία που είχαμε από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και μας βοήθησαν να γνωρίσουμε το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό τους επίπεδο καθώς και τον τρόπο ζωής και τις συνθήκες διαβίωσής τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

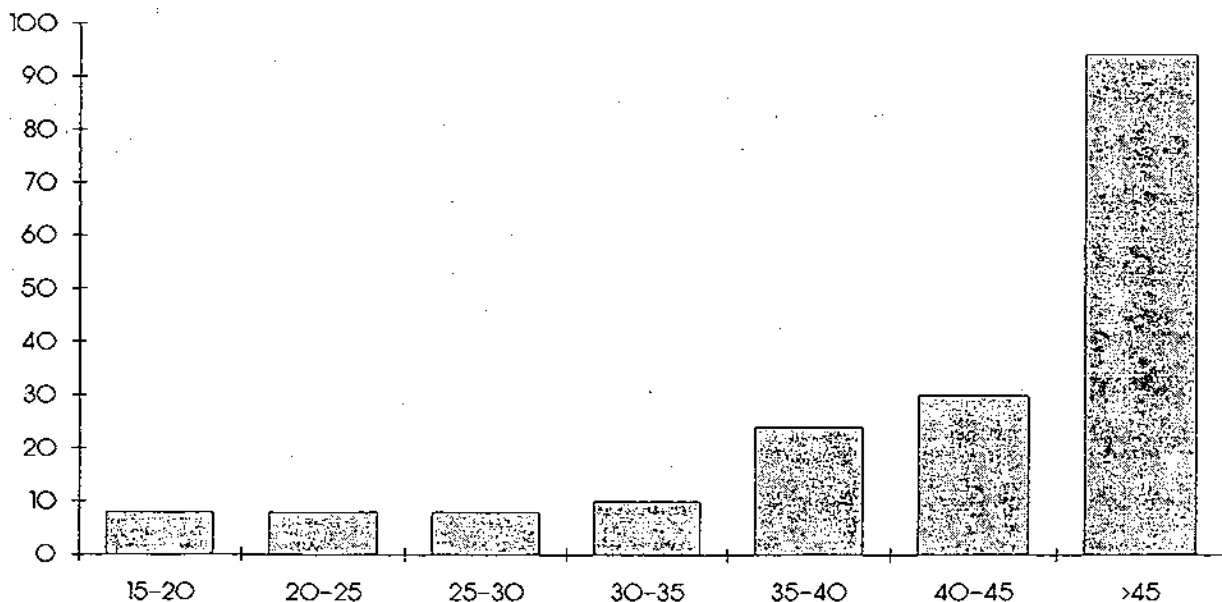
Πίνακας 1: Ηλικιακή κατανομή των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

15-20	8	4.4%
20-25	8	4.4%
25-30	8	4.4%
30-35	10	5.9%
35-40	24	13.1%
40-45	30	16.4%
πάνω από 45	94	51.6%

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που εξετάστηκαν ήταν άτομα ηλικίας πάνω από 45 ετών, ποσοστό 51,6%. Ενώ κατά τις ηλικίες 35-40 ετών το ποσοστό ανέρχεται σε 13,1%, για τις ηλικίες 40-45 το ποσοστό είναι 16,4%. Αυτό το δείγμα δεν θεωρείται τυχαίο δεδομένου ότι συμβάλλουν πολλοί παράγοντες (εμμηνόπαυση-παχυσαρκία) στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού σ'αυτή την ηλικία (πάνω από 45 ετών).

Σχήμα 1

Κατανομή ηλικιών στο ερωτηματολόγιο



Πίνακας 2: Κατανομή των γυναικών του δείγματος ανάλογα με την εργασία που κάνουν.

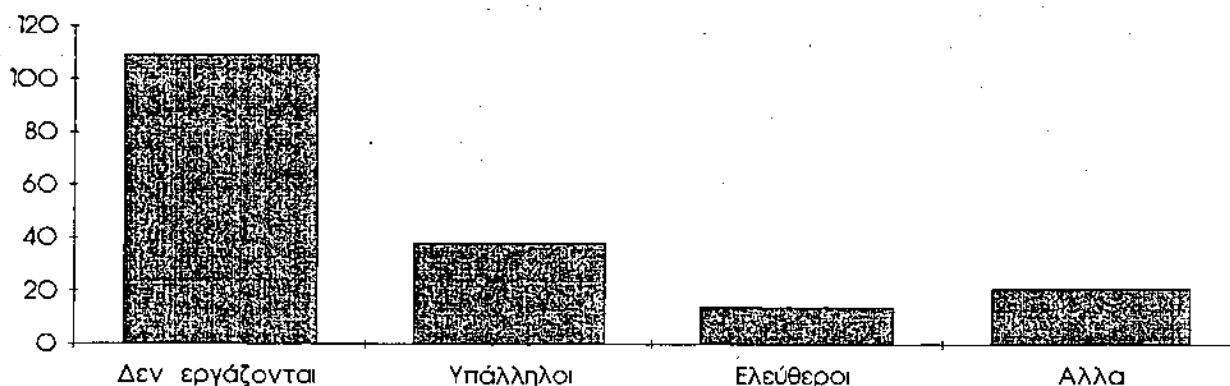
δεν εργάζονται	109	59.8%
υπάλληλοι	38	20.8%
ελεύθεροι επαγγελματίες	14	7.6%
άλλα επαγγέλματα	21	11.5%

Το 59,8% των γυναικών του δείγματος δεν εργάζονται και μόνο το 28,4% είναι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες. Έχει αποδειχθεί ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις μορφωμένες και στις γυναίκες με υψηλό οικονομικό εισόδημα.

Στο παρακάτω Σχήμα 2 φαίνεται εμφανέστατα, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που παρουσιάζει κάποια πάθηση με το μαστό ή από καρκίνο του μαστού δεν εργάζονται.

Σχήμα 2

Κατανομή των επαγγελμάτων.



Πίνακας 3: Μορφωτικό επίπεδο των γυναικών του δείγματος

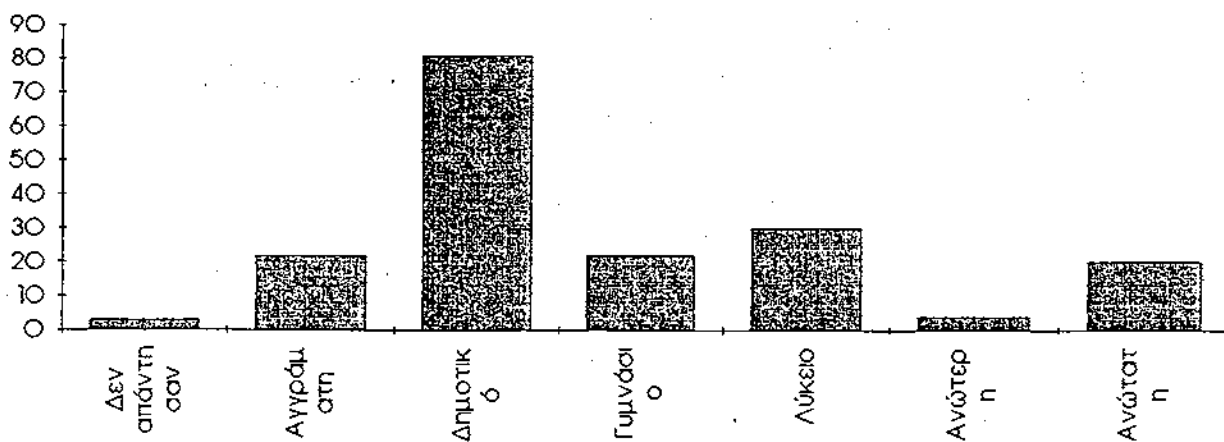
αγράμματος	22	12.0%
δημοτικό	81	44.5%
γυμνάσιο	22	12.0%
λύκειο	30	16.4%
ανώτερη εκπαίδευση	4	2.2%
ανώτατη εκπαίδευση	20	10.9%
δεν απάντησαν	3	1.6%

Παρατηρείται ότι το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών στην πιο μεγάλη πλειοψηφία είναι του δημοτικού σε ποσοστό 44,5%, του Λυκείου σε ποσοστό 16,4% και από την ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση σε ποσοστό 13%.

Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί για την προσέλευση περισσότερων γυναικών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, ίσως οφείλεται στην κινητή διαγνωστική μονάδα της Ελληνικής Ογκολογικής Εταιρίας, που περιοδεύει σε ολόκληρη τη Νοτιοδυτική Ελλάδα.

Σχήμα 3

Κατανομή των γραμματικών γνώσεων



Πίνακας 4: Οικογενειακή κατάσταση των γυναικών του δείγματος.

έγγαμος	144	79.1%
άγαμος	20	10.9%
διαζευγμένη	2	1.1%
χήρα	12	6.5%
δεν απάντησαν	4	2.2%

Στον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών του δείγματος ήταν έγγαμες σε ποσοστό 79,1%. Μόνο ένα 10,9% του δείγματος ήταν γυναίκες άγαμες και ένα 6,5% χήρες.

Πίνακας 5: Συσχέτιση ηλικιακής κατανομής του δείγματος και πιθανού προβλήματος στους μαστούς

Ηλικία	ναι	όχι	χ.α.	%
15-20	6	2	0	4.4%
20-25	4	3	1	4.4%
25-30	5	3	0	4.4%
30-35	7	3	0	5.5%
35-40	19	4	1	13.2%
40-45	23	4	3	16.5%
>45	78	15	1	51.6%
	78%	18.7%	3.3%	100.0%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Στον Πίνακα 5 φαίνεται ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται επίσης το ποσοστό των έγγαμων γυναικών. Η κατηγορία αυτή των γυναικών φαίνεται να παρουσιάζει και το μεγαλύτερο ποσοστό προσβολής από κάποια νόσο του μαστού.

Το ίδιο συμπέρασμα βγαίνει και από τον Πίνακα 6 ο οποίος μας δείχνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των γυναικών αυξάνεται και η ύπαρξη πιθανού προβλήματος στους μαστούς.

Πίνακας 6: Συσχέτιση ηλικιακής κατανομής του δείγματος και πιθανού προβλήματος στους μαστούς

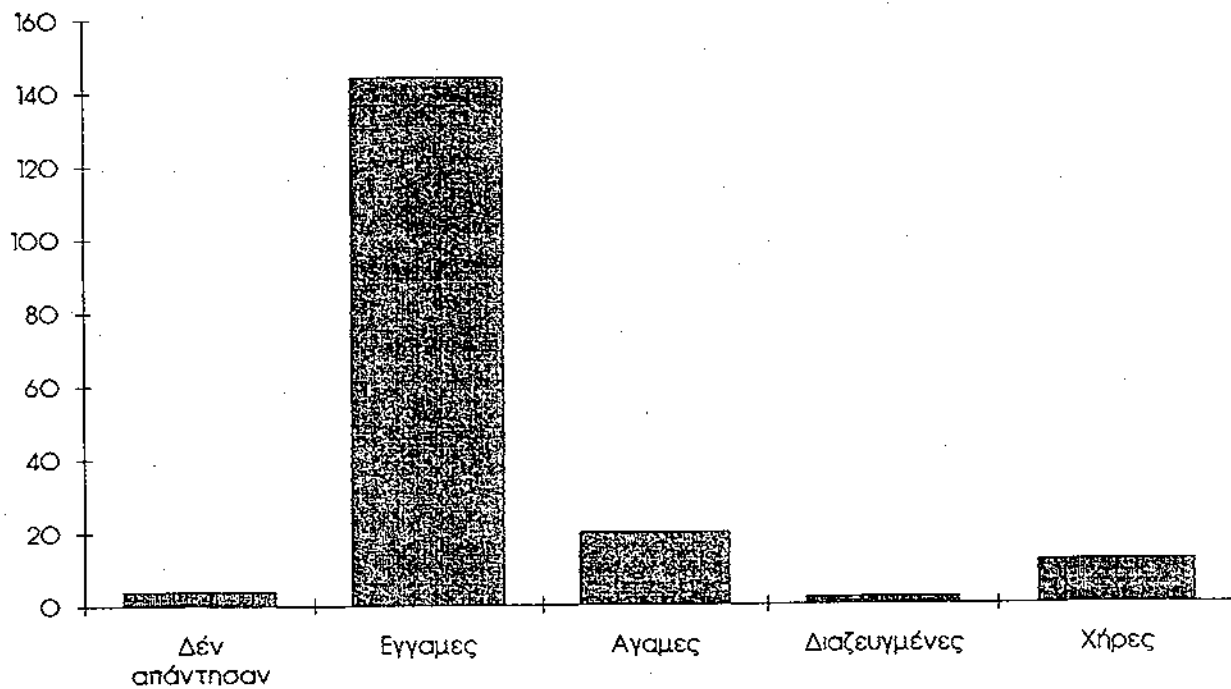
Ηλικία	ναι	όχι	χ.α.	%
15-20	6	2	0	4.4%
20-25	4	3	1	4.4%
25-30	5	3	0	4.4%
30-35	7	3	0	5.5%
35-40	19	4	1	13.2%
40-45	23	4	3	16.5%
>45	78	15	1	51.6%
	78%	18.7%	3.3%	100.0%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Στο Σχήμα 4 δίνεται η σχηματική κατανομή της οικογενειακής κατάστασης των γυναικών του δείγματος.

Σχήμα 4

Κατανομή της οικογενειακής κατάστασης



Πίνακας 7: Ηλικιακή κατανομή των συζύγων των γυναικών του δείγματος.

20-30	0	
30-40	15	8.2%
40-50	46	25.2%
πάνω από 50	79	43.4%
χωρίς απαντ. (αγαμοί, χήρες, διαζ)	42	23.0%

Όταν οι γυναίκες του δείγματος ρωτήθηκαν για την ηλικία των συζύγων τους το 23% δεν απάντησε, διότι μερικές από τις γυναίκες αυτές ήταν άγαμες, χήρες ή διαζευγμένες. Το μεγαλύτερο ποσοστό 43,4% , η ηλικία των συζύγων του ήταν πάνω από 50 ετών, το 25,2% του δείγματος ήταν 40-50 ετών. Διαπιστώνουμε ότι στην ηλικία των 20-30 ετών των συζύγων των γυναικών του δείγματος το ποσοστό ήταν 0%.

Πίνακας 8: Κατανομή ανάλογα με το επάγγελμα του συζύγου.

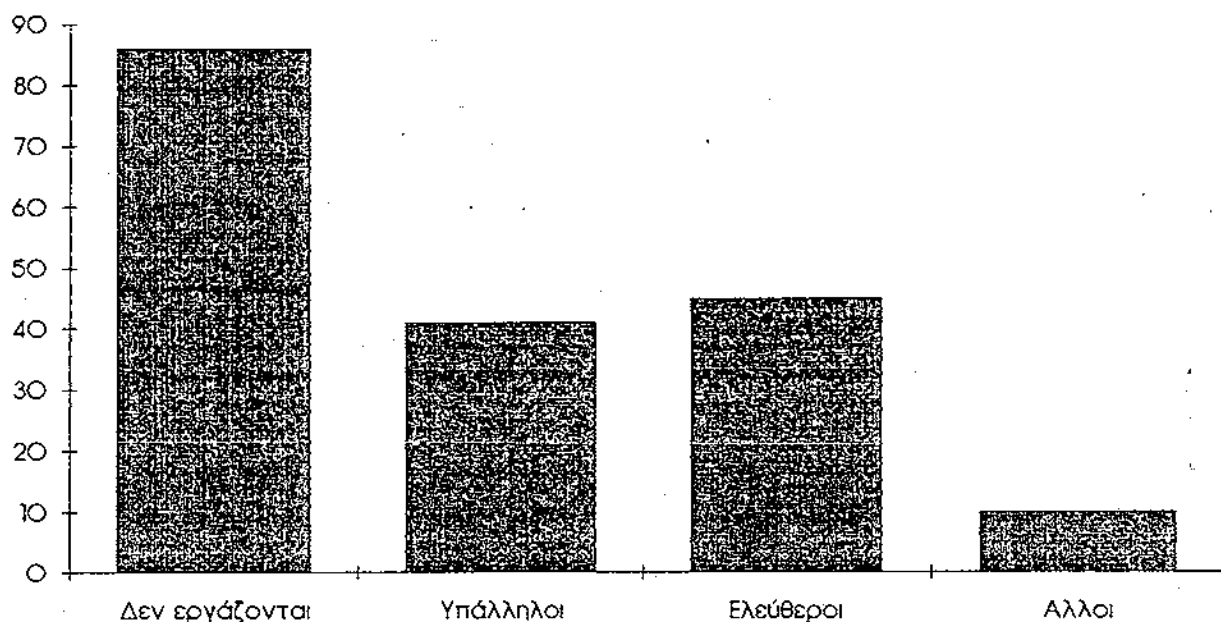
υπάλληλος	41	22.5%
ελευθ. επαγγελματίας	45	24.7%
άνεργος	10	5.4%
δεν απάντησαν	86	47.2%

Οι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες ήταν από τα επαγγέλματα των συζύγων, των γυναικών της έρευνας που πήραν ένα ποσοστό 47,2%. Ένα ποσοστό ίδιο με το προηγούμενο δεν απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση επειδή ήταν άγαμες ή χήρες.

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στο παρακάτω Σχήμα.

Σχήμα 5

Κατανομή του επαγγέλματος του συζύγου



Πίνακας 9 : Κατανομή ανάλογα με το αν επάσχε συγγενής τους από καρκίνο μαστού.

μητέρα	16	8.7%
αδελφή	5	2.7%
θεία	8	4.4%
δεν ήξεραν	8	4.4%
άλλος συγγενής	8	4.4%
δεν απάντησαν	137	75.2%

Ο βαθμός συγγενείας που εμφάνισαν καρκίνο του μαστού ήταν η μητέρα, η αδελφή και η θεία, ποσοστό 15,8%. Βλέπουμε ότι υπάρχει μικρός βαθμός κληρονομικότητας.

Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό. Πιστεύεται ότι, γυναίκες, των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι οκτώ φορές. Αυτό διαπιστώνεται και από τον Πίνακα 10.

Πίνακας 10: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και συγγενών με καρκίνο μαστού

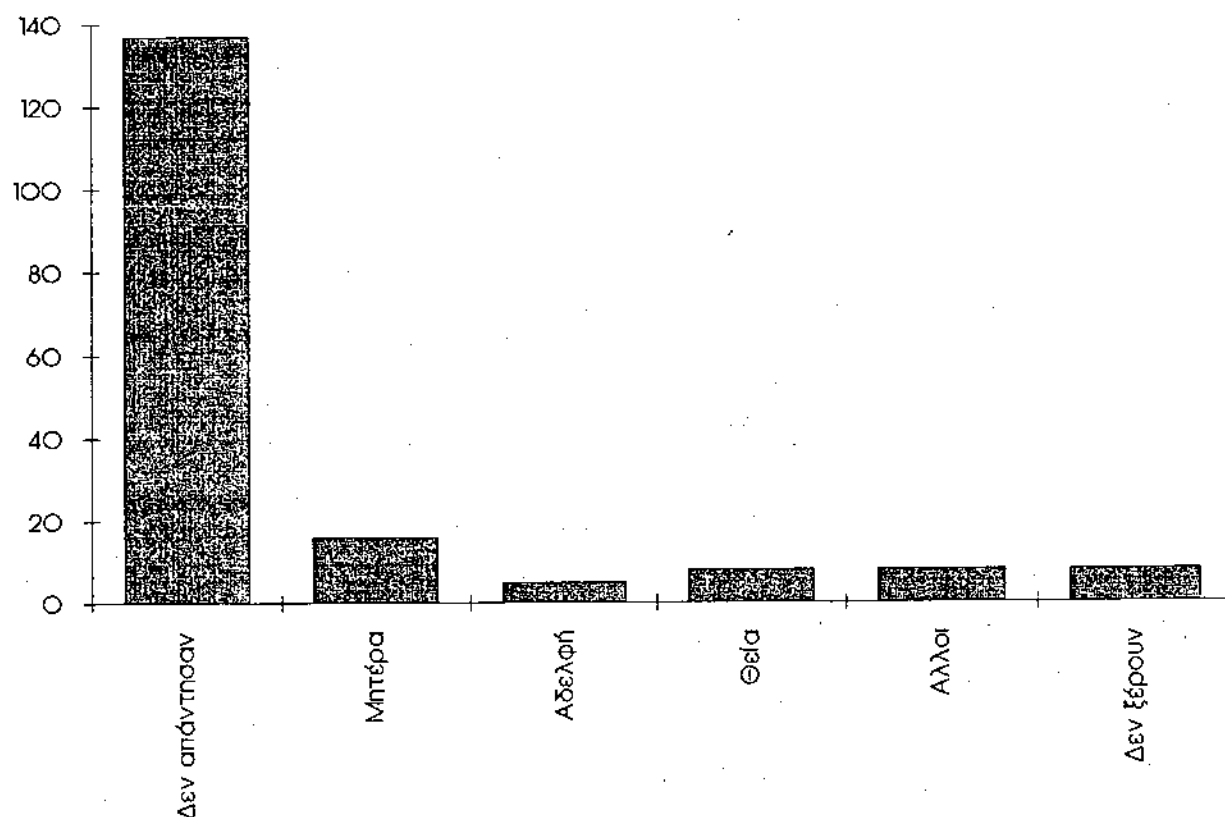
Συγγένεια	ναι	όχι	χ.α.	%
μητέρα	12	3	1	8.8%
αδελφή	1	3	1	2.7%
θεία	7	1	0	4.4%
δεν ξέρουν	6	1	1	4.4%
άλλος	6	2	2	4.4%
χ.α	110	24	3	75.3%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι υπάρχει ένα γονίδιο που μεταβιβάζεται με κάποιο αυτοσωματικό επικρατούντα τρόπο, τόσο δια μέσου της μητέρας όσο και δια μέσου του πατέρα, βέβαια σε σπάνιες περιπτώσεις. Προ το παρόν όλες αυτές είναι θεωρίες. Το μόνο σίγουρο είναι ότι οι γυναίκες που έχουν μητέρα ή αδελφή προσβεβλημένη από καρκίνο μαστού ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου.

Σχήμα 6

Περιπτώσεις συγγενών που έπασχαν από καρκίνο του μαστού



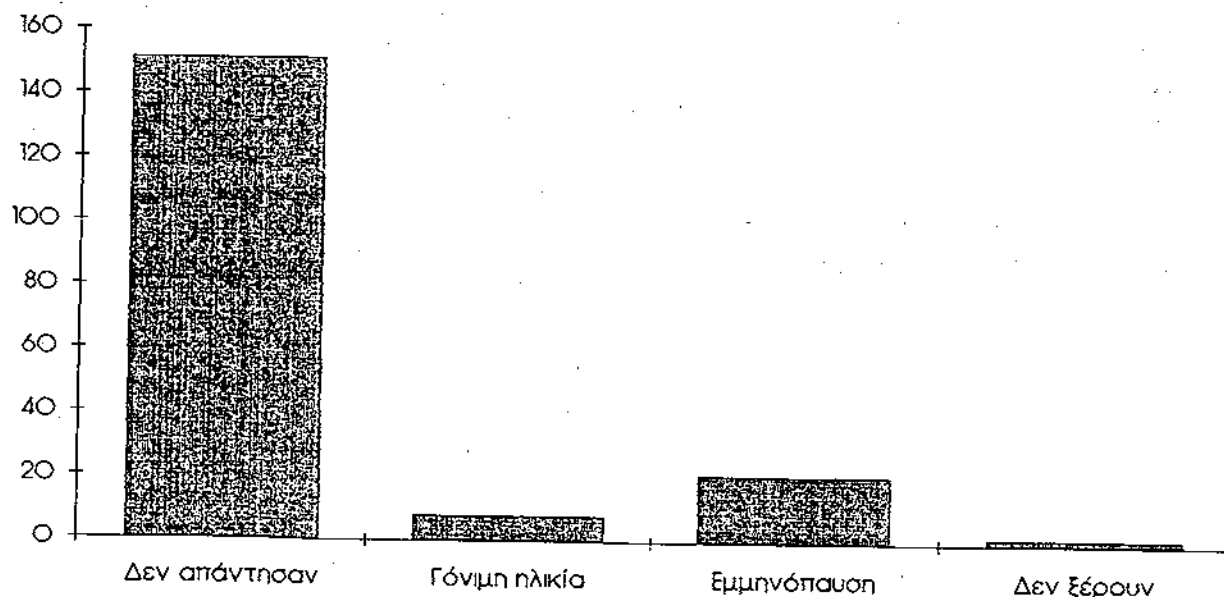
Πίνακας 41: Πότε παρουσιάστηκε ο καρκίνος μαστού στους παραπάνω συγγενείς.

στην γόνιμη ηλικία	8	4.4%
μετα την εμμηνόπαυση	21	11.5%
δεν ήξεραν	2	1.1%
δεν απάντησαν	151	82.9%

Βλέπουμε ότι ο καρκίνος του μαστού παρουσιάστηκε στους συγγενείς της εξεταζόμενης μετά την εμμηνόπαυση, σε ποσοστό 11,5% καθώς επίσης το ποσοστό εμφανίζεται στη γόνιμη ηλικία 4,4%. Ένα μεγάλο ποσοστό 82,9% δεν απάντησε στην ερώτηση γιατί κανένας από τους συγγενείς τους δεν παρουσίασε καρκίνο μαστού. Στο παρακάτω Σχήμα 7 απεικονίζονται σχηματικά τα ποσοστά.

Σχήμα 7

Πότε κάποιος συγγενής παρουσίασε καρκίνο του μαστού



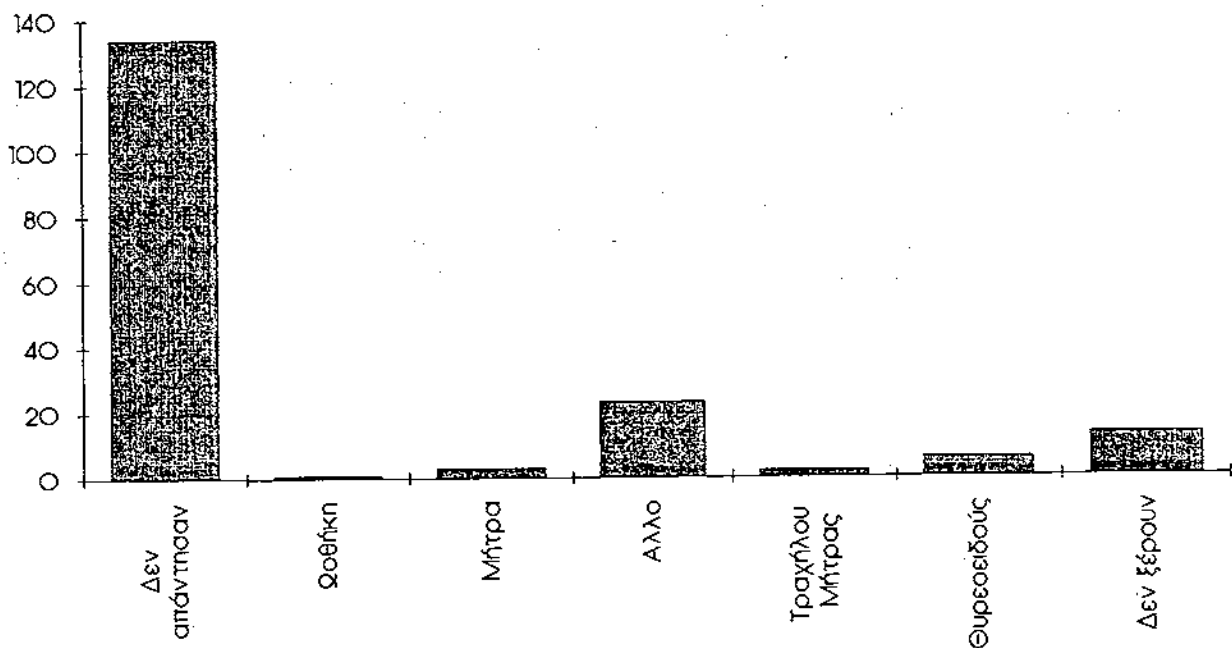
Πίνακας 12: Παρουσία άλλων τύπων καρκίνου στο συγγενικό τους περιβάλλον.

ωθήκης	1	0.5%
μήτρας	3	1.6%
άλλος καρκίνος	23	12.6%
τραχήλου μήτρας	2	1.0%
θυρεοειδή αδένα	6	3.2%
δεν ήξεραν	13	7.1%
δεν απάντησαν	134	73.6%

Από τον παραπάνω Πίνακα διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 73,6% των γυναικών του δείγματος δεν είχαν συγγενείς που έπασχαν από κάποιο άλλο καρκίνο, ένα ποσοστό 12,6% εμφάνισε κάποιο άλλο καρκίνο εκτός καρκίνου μαστού ενώ ένα ποσοστό 7,1% δεν ήξεραν αν κάποιος συγγενής τους είχε εμφανίσει κάποιο καρκίνο.

Σχήμα 8

Τύποι καρκίνου απο τους οποίους πιθανόν έπασχε κάποιος συγγενής



Πίνακας 13: Βαθμός συγγένειας με τους συγγενείς που παρουσίασαν άλλους τύπους καρκίνου.

πατέρας	8	4.4%
μητέρα	7	3.8%
αδελφός/ή	6	3.3%
παππούς	4	2.2%
γιαγιά	2	1.1%
δεν ήξεραν	0	0
θείοι/ες	9	4.9%
δεν απάντησαν	146	80.2%

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού των εξεταζομένων γυναικών, παρουσίασαν κάποιο άλλο τύπο καρκίνου σε ποσοστό 11,5%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 80,2% δεν είχαν συγγενείς με άλλο τύπο καρκίνου.

Στον Πίνακα 14 παρατηρείται η συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και βαθμού συγγένειας με άτομα που έπασχαν από άλλους καρκίνους.

Πίνακας 14: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και βαθμός συγγένειας με άτομα που έπασχαν από άλλους καρκίνους

Συγγένεια	ναι	όχι	χ.α.	%
πατέρας	4	3	1	4.4%
μητέρα	7	0	0	3.8%
αδελφός/ή	5	1	0	3.3%
παππούς	3	1	0	2.2%
γιαγιά	1	1	0	1.1%
παιδί τους	0	0	0	0.0%
άλλο	4	4	1	
χ.α.	118	24	4	80.2%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α.: χωρίς απάντηση

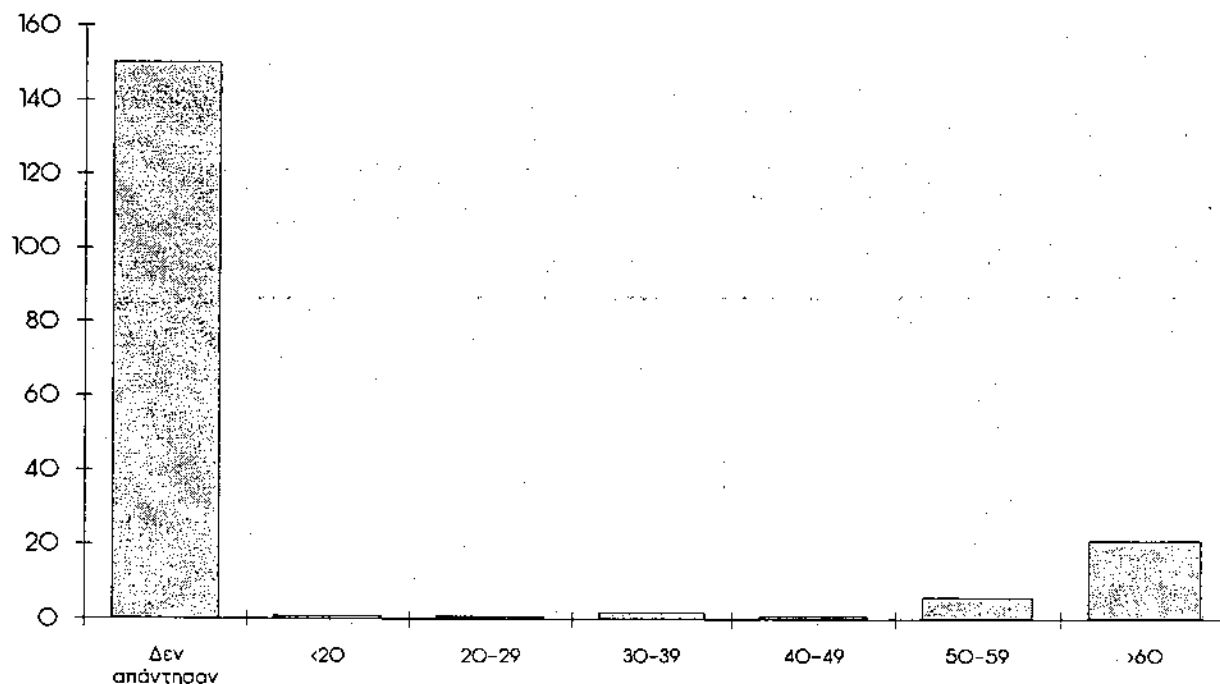
Πίνακας 45: Ηλικία που παρουσιάστηκε ο καρκίνος στους παραπάνω συγγενείς.

κάτω από 20	1	0.5%
20-29	1	0.5%
30-39	2	1.0%
40-49	1	0.5%
50-59	6	3.2%
πάνω από 60	21	11.5%
δεν απάντησαν	150	82.4%

Ο αριθμός των συγγενών, που εμφάνισε κάποιο τύπο καρκίνου ήταν αυξημένος για άτομα ηλικίας πάνω από 60 ετών σε ποσοστό 11,5%, 3,2% για άτομα ηλικίας 50-59 ετών ένα μεγάλο ποσοστό 82,4% δεν απάντησε, διότι δεν είχε εμφανίσει κανένας συγγενής τους καρκίνο. Αυτό φαίνεται στο Σχήμα 9.

Σχήμα 9

Ηλικία στην οποία κάποιος από τους συγγενείς εμφάνισε καρκίνο



Πίνακας 16: Κατανομή ανάλογα με την γνώση τους για την αυτοεξέταση μαστού.

ναι	112	61.5%
οχι	68	37.3
δεν απάντησαν	2	1.1%

Το 61,5% των γυναικών του δείγματος ήταν ενημερωμένο για την αυτοεξέταση μαστού, ενώ το 37,3% δεν γνώριζε για την αυτοεξέταση μαστού. Όταν ρωτήθηκαν οι γυναίκες αν κάνουν αυτοεξέταση περιέργως βλέπουμε ότι το ποσοστό αυξάνεται για αυτές που κάνουν αυτοεξέταση και είναι 71,4%, ενώ το 27,4% δεν έκανε αυτοεξέταση (Πίνακας 16).

Πίνακας 17: Κατανομή ανάλογα με το αν αυτοεξετάζονται

ναι	130	71.4%
οχι	50	27.4%
δεν απάντησαν	2	1.1%

Αυτό σημαίνει ότι δεν είχαν αντιληφθεί την ερώτηση που τους έγινε ή είχαν συγκεχυμένες γνώσεις από τη διαφώτιση που τους έγινε από την κληστή διαγνωστική μονάδα ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Πίνακας 18: Χρονική περίοδος κατά την οποία αυτοεξετάζονται

πριν την περίοδο	34	18.7%
μετά την περίοδο	44	24.2%
δεν απάντησαν	104	57.1%

Στο δείγμα των γυναικών που προσήλθαν για εξέταση κάνει την αυτοεξέταση πριν την περίοδο και το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 18,7%, όμως δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε κανένα συμπέρασμα διότι αυτός είναι ένας λανθασμένος τρόπος αυτοεξέτασης. Μόνο το 24,2% των γυναικών κάνουν την αυτοεξέταση μετά την περίοδο, που είναι και ο πιο σωστός τρόπος για να ανακαλύψουν τυχόν καρκίνο στο μαστό.

Πίνακας 19: Συχνότητα αυτοεξέτασης.

κάθε μήνα	50	27.5%
όχι σε τακτά χρονικά διαστήματα	85	46.7%
δεν απάντησαν	47	25.8%

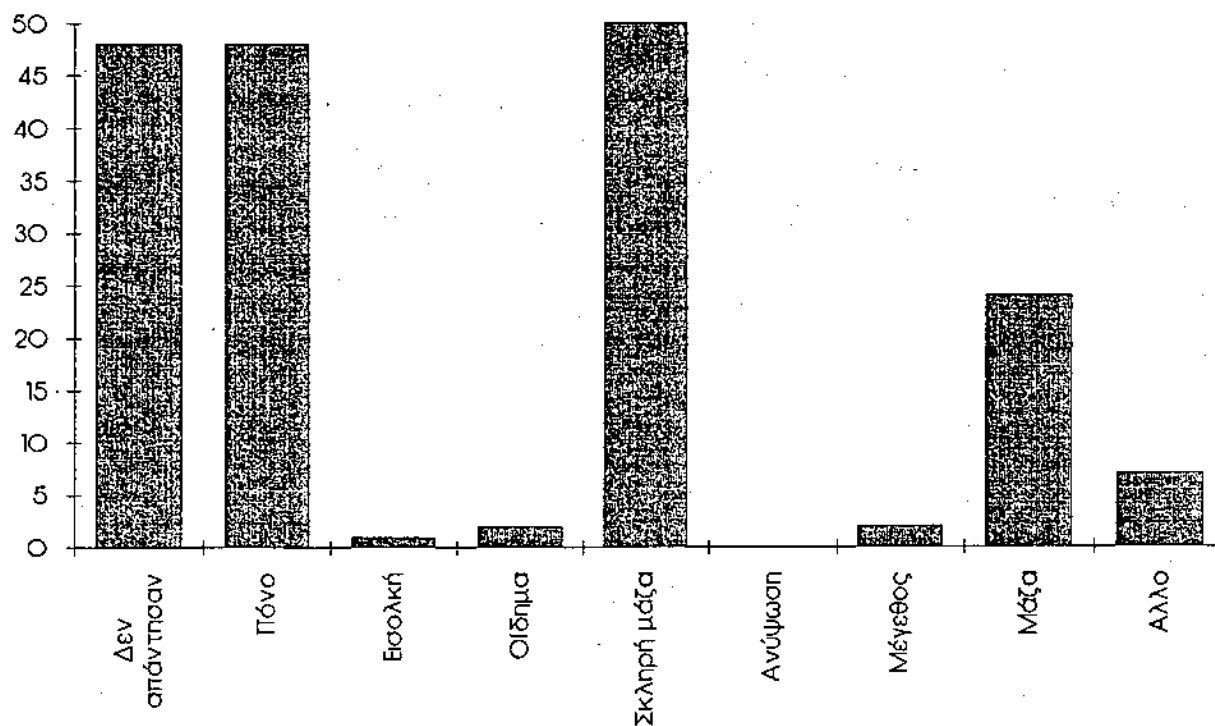
Η συχνότητα της εξέτασης που πρέπει να γίνεται είναι μηνιαία. Από τον παραπάνω Πίνακα μόνο το 27,5% των γυναικών αυτοεξετάζεται κάθε μήνα και ένα ποσοστό 46,7% εξετάζεται σε μη τακτά χρονικά διαστήματα. Παρατηρούμε επίσης ότι ένα 25,8% δεν αυτοεξετάζεται.

Πίνακας 2ο: Σύμπτωμα που αισθάνθηκαν κατά την αυτοεξέταση

- πόνος	48	26.3%
εισολική θηλής	1	0.5%
οίδημα θηλής	2	1.0%
σκληρή μάζα στο μαστό	50	27.4%
ανομοιόμορφη ανύψωση ενός μαστού	0	0
αύξηση ή μείωση μεγέθους μαστού	2	1.0%
- κινητή μαλακή μικρή μάζα	24	13.1%
άλλο	7	3.8%
δεν απάντησαν	48	26.3%

Το κυριώτερο σύμπτωμα που εμφάνισαν οι γυναίκες κατά την αυτοεξέτασή τους στο μαστό, κατά μεγάλο ποσοστό 26,3% ήταν το σύμπτωμα του πόνου. Το 27,4% αισθάνθηκε σκληρή μάζα στο μαστό και τέλος το 13,1% κινητή μαλακή μάζα. Αυτό παρατηρείται στο Σχήμα 10.

Σχήμα 10
Τι αισθάνθηκαν με την αυτοεξέταση



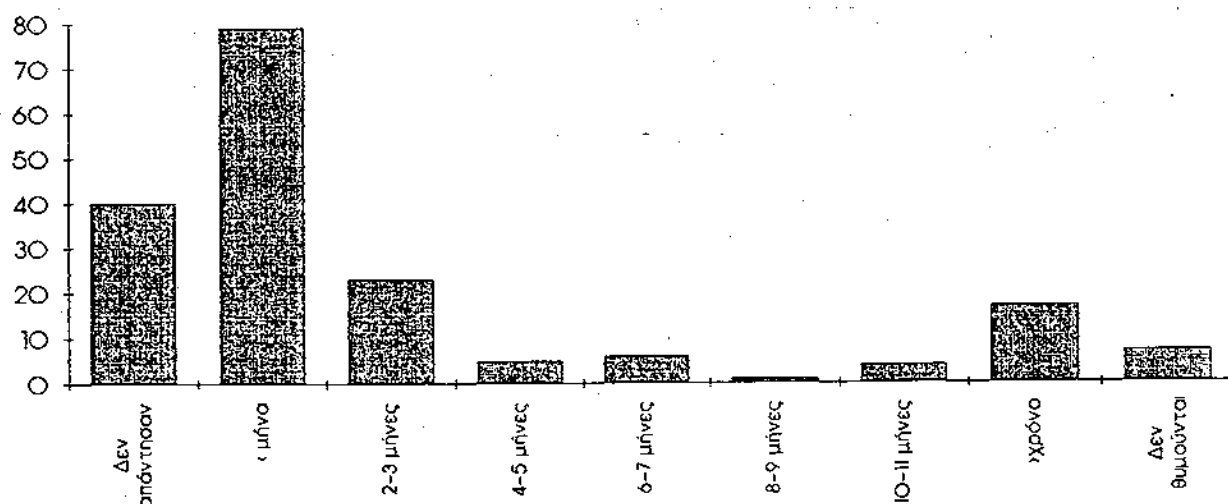
Πίνακας 91: Μετά από πόσο χρόνο από τον εντοπισμό του προβλήματος επισκέφθηκαν γιατρό.

λιγότερο από 1 μήνα	79	43.4%
2-3 μήνες	23	12.6%
4-5 μήνες	5	2.7%
6-7 μήνες	6	3.2%
8-9 μήνες	1	0.5%
10-11 μήνες	4	2.1%
πάνω από χρόνο	17	9.3%
δεν θυμούνται	7	3.8%
δεν απάντησαν	40	21.9%

ιατρείο μαστού μετά τον εντοπισμό κάποιου συμπτώματος ανέρχεται σε ποσοστό 43,4% σε διάστημα λιγότερο από 1 μήνα ενώ 12,6% μεταξύ 2-3 μήνες. Ανάμεσα στο δείγμα μας βρέθηκε και ένα ποσοστό 9,3% που δεν προσήλθε εγκαίρως στο γιατρό παρόλο που πέρασε ένα διάστημα μεγαλύτερο από 1 χρόνο. Μετά από θετική αυτοεξέταση παρατηρούμε τα παρακάτω αποτελέσματα (Σχήμα 11).

Σχήμα 11

Χρονικό διάστημα που επισκέφτηκαν γιατρό μετά την θετική αυτοεξέταση



Πίνακας 22: Ηλικία έναρξης περιόδου

κάτω από 10	2	1.0%
11-12	55	30.2%
13-14	93	51.0%
15-16	26	14.2%
πάνω από 16	5	14.2%
δεν είχαν ποτέ περίοδο	0	0
δεν απάντησαν	1	0.5%

Το 51% του δείγματος είχε εμμηναρχή σε ηλικία 13-14 ετών που θεωρείται φυσιολογικό για τις κλιματολογικές συνθήκες που επικρατούν στη χώρα μας. Το 30,2% του δείγματος είχε αρχίσει η περιόδός τους σε ηλικία 11-12 ετών, ενώ το 14,2% εμφάνισε περίοδο αργότερα σε ηλικία πάνω από 16 ετών.

Πίνακας 23: Ηλικία εμμηνόπαυσης

35-40	9	4.9%
30-45	14	7.6%
45-50	48	26.3%
55-60	12	6.5%
δεν έχουν ακόμη εμμηνόπαυση	97	53.3%
δεν απάντησαν	2	1.1%

Το 26,3% του δείγματος είχαν εμμηνόπαυση σε ηλικία 45-50 ετών, που αυτό θεωρείται φυσιολογικό. Στο συγκεκριμένο δείγμα βλέπουμε ότι το 53,3% συνεχίζει να έχει περίοδο.

Σύμφωνα με τον Τριχόπουλο οι γυναίκες που είχαν εμμηνόπαυση πριν την ηλικία των 45 ετών το ποσοστό ανέρχεται σε 1 ενώ αυξάνεται σε 1,6 το ποσοστό των γυναικών που είχαν εμμηνόπαυση ηλικίας πάνω από 50 και 54 ετών.

Πίνακας 24: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και ηλικίας έναρξης της περιόδου

Ηλικία	ναι	όχι	χ.α.	%
<10	1	1	0	1.1%
11-12	40	12	3	30.2%
13-14	74	16	3	51.1%
15-16	21	5	0	14.3%
>16	5	0	0	2.7%
δεν είχαν ποτέ περίοδο	0	0	0	
χ.α.	1	0	0	0.5%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Πίνακας 25: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και ηλικίας εμμηνόπαυσης

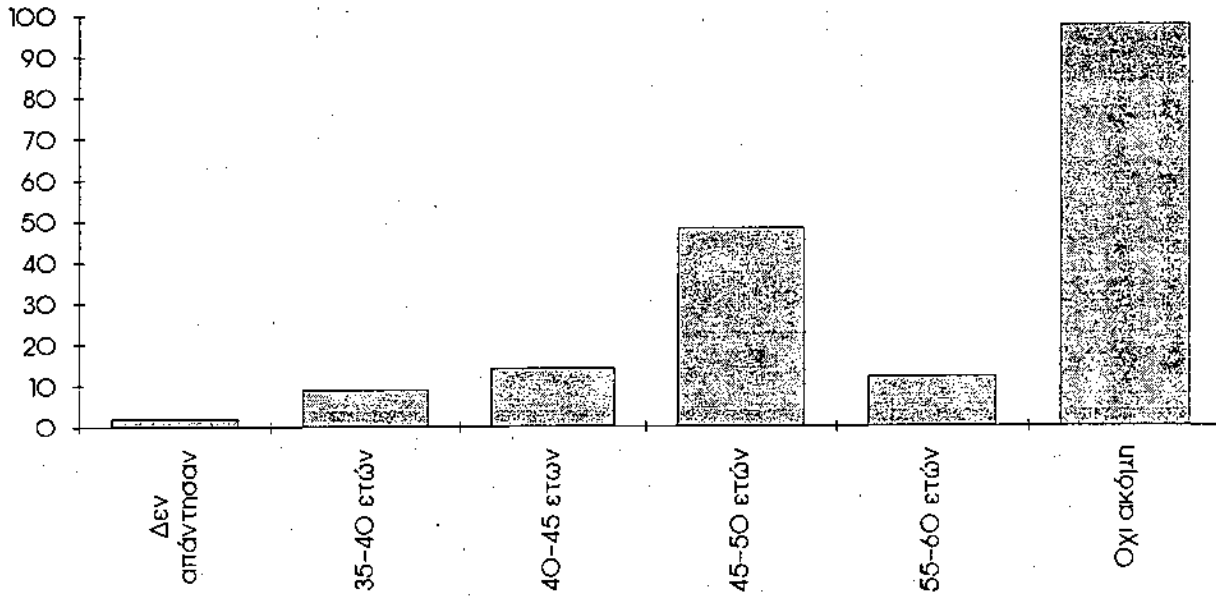
Ηλικία	ναι	όχι	χ.α.	%
35-40	6	3	0	4.9%
40-45	14	0	0	7.7%
45-50	39	8	1	26.4%
50-60	9	3	0	6.6%
δεν έχουν ακόμη	73	19	5	53.3%
χ.α.	1	1	0	1.1%
	78%	34%	3.3%	100%

Παρατηρούμε ότι στους Πίνακες 24 και 25 η πρώιμη έναρξη της έμμηννης ρυθμής και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο.

Η εξήγηση που δίνεται από διάφορες μελέτες έγκειται στην παρατεταμένη δράση των ενδογενών οιστρογόνων. Υποστηρίζεται από πολλούς ότι η τεχνητή εμμηνόπαυση προφυλάσσει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό από την ανάπτυξη του καρκίνου. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας. Τέλος η προστατευτική της επίδραση είναι έκδηλη αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

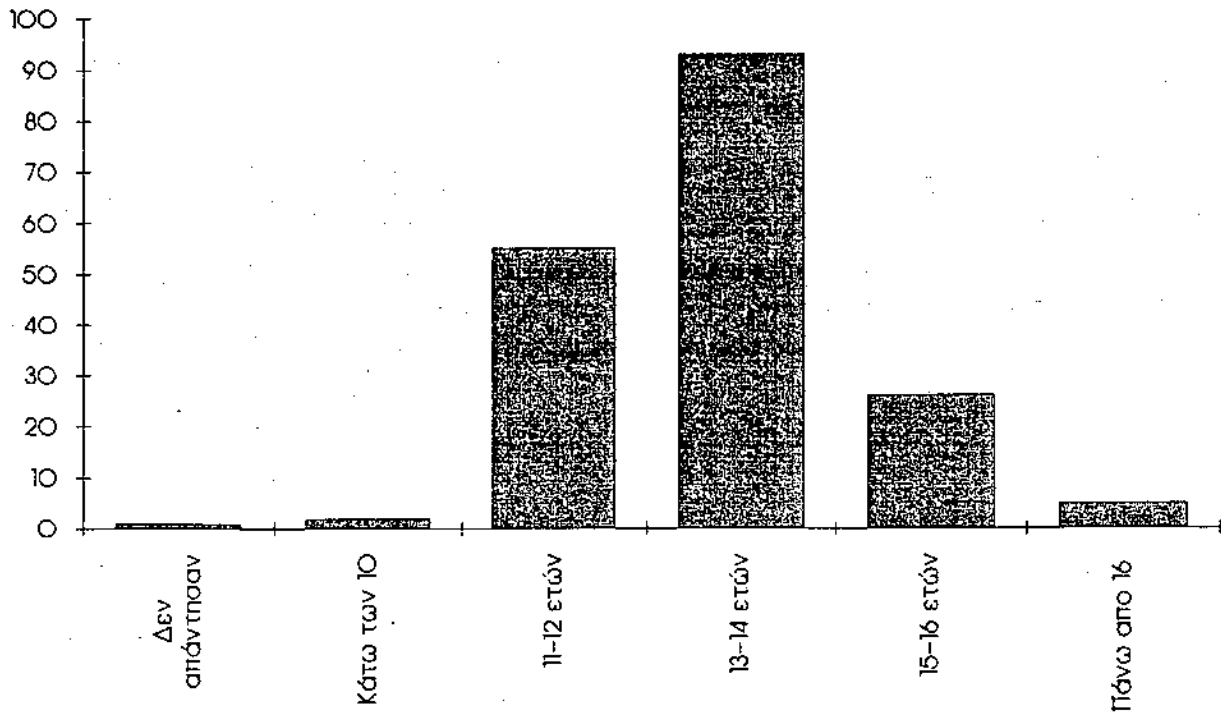
Σχήμα 11

Κατανομή ανάλογα με την ηλικία εμμηνόπαυσης



Σχήμα 12

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης της περιόδου



Πίνακας 26: Διάρκεια περιόδου

1 ημέρα	3	1.6%
2-3 ημέρες	41	22.4%
4-5 ημέρες	95	52.1%
6-8 ημέρες	40	21.7%
9-11 ημέρες	2	1.5%
δεν απάντησαν	1	0.5%

Το 52,1% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό δείγματος των γυναικών, έχουν διάρκεια περιόδου 4-5 ημέρες που θεωρείται φυσιολογικό. Το 22,4% είχε διάρκεια περιόδου 2-3 ημέρες ενώ το 21,7% είχε περίοδο 6-8 ημέρες.

Πίνακας 27: Συχνότητα κύκλου

κάθε 28 ημέρες	125	68.6%
κάθε 23-28 ημέρες	26	14.2%
28-32 ημέρες	12	6.5%
λιγότερο από 23 ημέρες	12	6.5%
περισσότερο από 32 ημέρες	3	1.6%
ασταθής	3	1.6%
δεν απάντησαν	1	0.5%

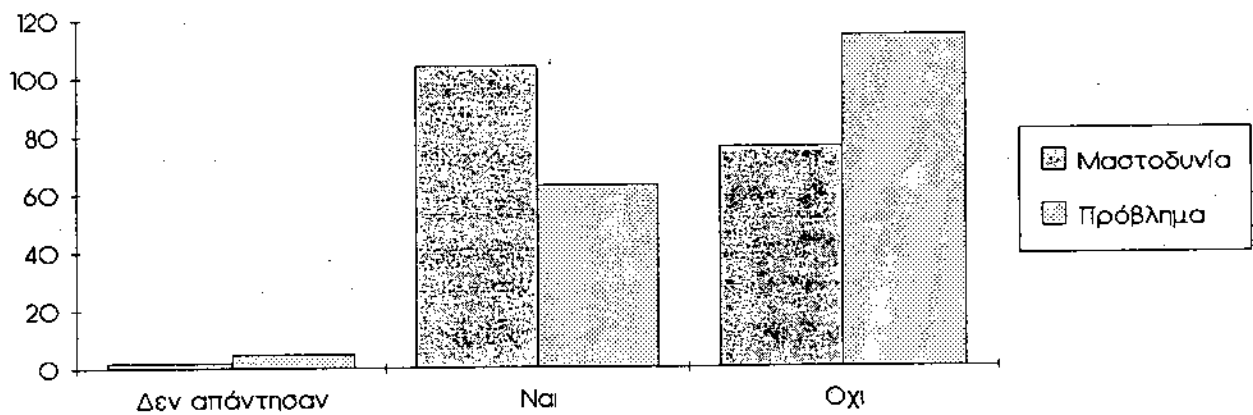
Η συχνότητα του κύκλου των γυναικών αυτών είναι 68,6% κάθε 28 ημέρες, που είναι ο φυσιολογικός κύκλος για κάθε γυναίκα ενώ υπάρχει ένα ποσοστό 14,2% που είχε κύκλο 23-28 ημέρες.

Πίνακας 28: Κατανομή ανάλογα με το αν παρουσιάζουν καταμήνια μαστοδυνία			
ναι	104	57.1%	
όχι	76	41.7%	
δεν απάντησαν	2	1.1%	

Το ποσοστό των γυναικών που εμφάνιζαν καταμηνιαία μαστοδυνία είναι 57,1% ενώ ένα ποσοστό 41,7% δεν παρουσίαζε μαστοδυνία.

Σχήμα 14

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση μαστοδυνίας και ανάλογα του εάν έχουν πρόβλημα με τους μαστούς



Στο Σχήμα 14 παρατηρούμε τη συσχέτιση της εμφάνισης μαστοδυνίας και της ύπαρξης προβλήματος με τους μαστούς.

Πίνακας 29: Συχνότητα γυναικών που είχαν πρόβλημα με τους μαστούς τους.

ναι	63	34.6%
όχι	114	62.6%
δεν απάντησαν	5	2.7%

Οι γυναίκες που εμφάνισαν κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους ανέρχεται σε ποσοστό 34,6%, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος 62,6% δεν είχε εμφανίσει κανένα πρόβλημα πριν.

Πίνακας 30: Χρονικό διάστημα τελευταίας εξέτασης των γυναικών που παρουσίαζαν πρόβλημα.

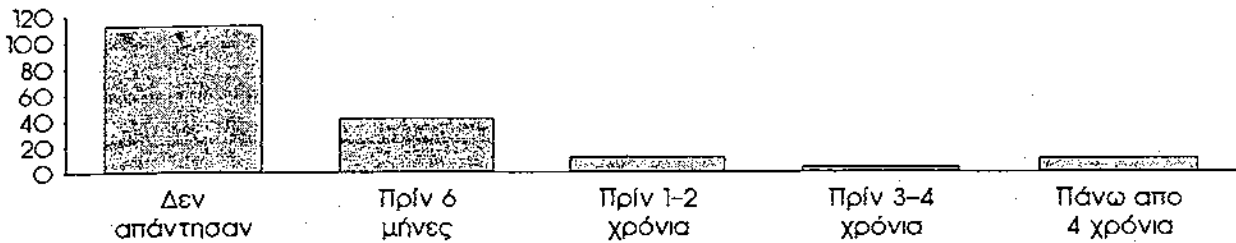
πριν 6 μήνες	42	23.0%
πριν 1-2 χρόνια	12	6.5%
πριν 3-4 χρόνια	4	2.2%
πάνω από 4 χρόνια	11	6.0%
δεν απάντησαν	113	62.0%

Παρατηρούμε στον πιο πάνω Πίνακα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 23% των γυναικών που παρουσίαζαν πρόβλημα, εξετάστηκαν για τελευταία φορά από το γιατρό πριν από 6 μήνες. Ενώ ένα ποσοστό 14,7% μπορούμε να πούμε ότι αδιαφόρησε και μακροχρόνισε να έρθει.

Στο Σχήμα 15 παρατηρούμε τα ποσοστά του δείγματος ανάλογα με το χρόνο που εξετάστηκαν για τελευταία φορά από το γιατρό.

Σχήμα 15

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον χρόνο που είχαν εξεταστεί τελευταία



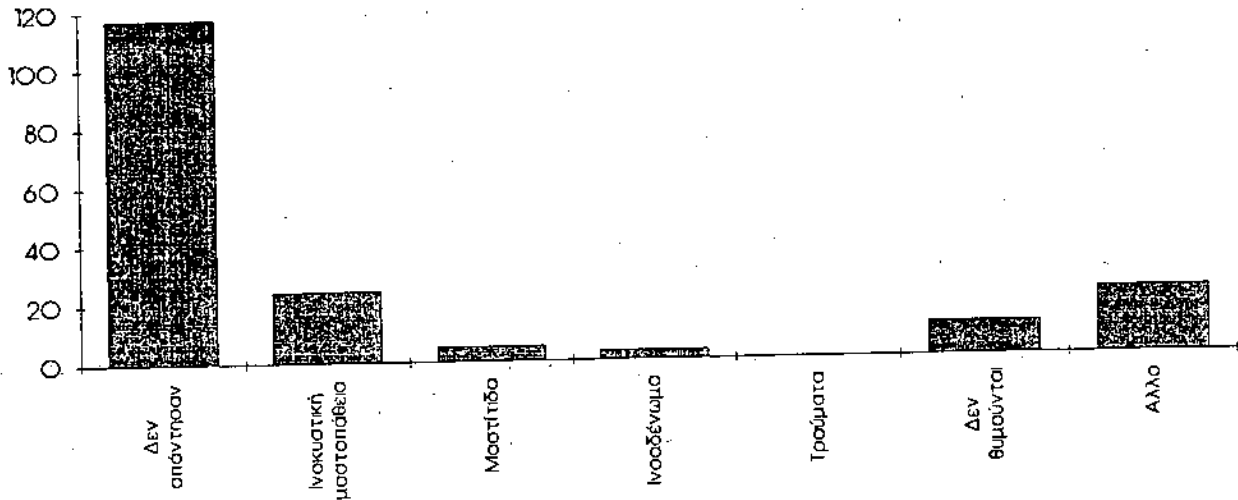
Πίνακας 31: Διάγνωση κατά την προηγούμενη εξέταση

ινοκυστική μαστοπάθεια	24	13.1%
μαστίτιδα	5	2.7%
ινοαδένωμα	3	1.6%
τραύματα	0	0
δεν θυμάται	11	6.0%
αλλο (συνήθως καλοήθης όγκος)	22	12.0%
δεν απάντησαν	117	64.2%

Οι γυναίκες που προσήλθαν την τελευταία φορά για εξέταση στο γιατρό, κατά τη διάγνωση διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζαν ινοκυστική μαστοπάθεια σε ποσοστό 13,1%, 12% από καλοήθη όγκο (και μόνο μαστίτιδα 2,7%, ινοαδένωμα 1,6%).

Σχήμα 16

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την παρελθούσα διάγνωση



Πίνακας 32: Κατανομή ανάλογα με το αν έχουν γεννήσει

ναι	147	80.7%
όχι	33	18.1%
δεν απάντησαν	2	1.1%

Από τις γυναίκες του δείγματος το 80,7% είχαν γεννήσει ενώ το 18,1% δεν είχε γεννήσει.

Πίνακας 33: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του αν έχουν γεννήσει ή όχι

Γεννήσεις	ναι	όχι	χ.α.	%
ναι	115	27	5	80.8%
όχι	25	7	1	18.1%
χ.α.	2	0	0	1.1%
	78%	34%	3.3%	100%

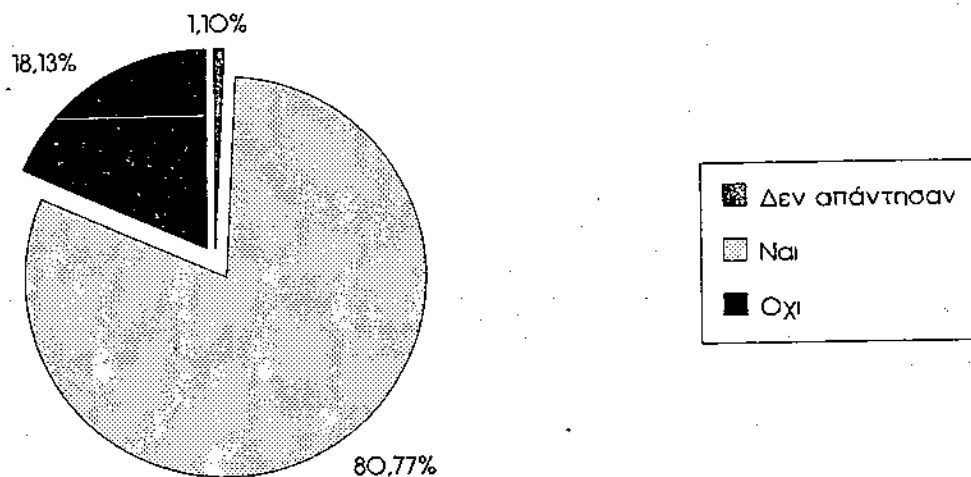
χ.α.: χωρίς απάντηση

Από τις 147 γυναίκες του δείγματος, οι 115 εμφάνισαν κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς τους, ακόμη και καρκίνο μαστού όμως μικρότερο σε ποσοστό και μόνο 27 γυναίκες δεν παρουσίασαν κανένα πρόβλημα.

Από διάφορες μελέτες έχει αποδειχθεί, ότι οι γυναίκες που δεν είχαν γεννήσει (δηλαδή άτεκνες) έχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο σε σχέση με τις άλλες γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά. Επίσης οι γυναίκες που έχουν γεννήσει σε ηλικία κάτω των 20 ετών δεν παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά πάνω της ηλικίας των 30 ετών.

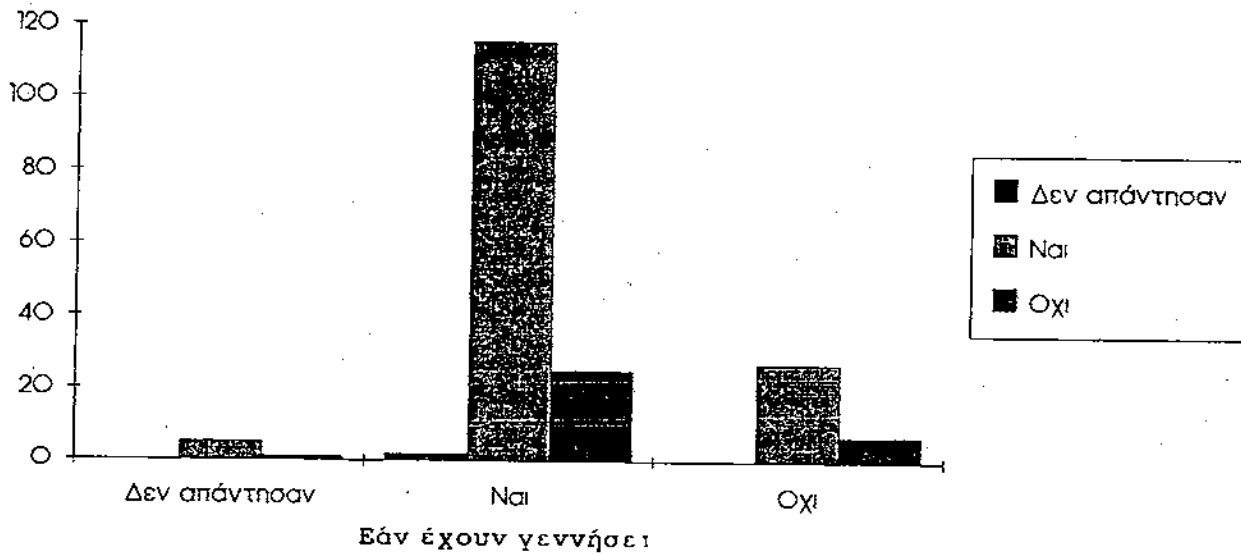
Σχήμα 17

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν γεννήσει ποτέ



Σχήμα 18

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν είχαν πρόβλημα και εάν έχουν γεννήσει



Πίνακας 34: Κατανομή ανάλογα με το πόσους φυσιολογικούς τοκετούς είχαν.

1	13	7.1%
2	73	40.1%
3	37	20.3%
4	12	6.5%
5-6	5	2.7%
δεν απάντησαν	42	23.0%

Παρατηρούμε ότι το 40,1% ποσοστό των γυναικών είχαν γεννήσει δύο παιδιά και ένα 20,3% είχαν αποκτήσει τρία παιδιά. Μικρός είναι ο αριθμός των γυναικών που έχουν αποκτήσει πάνω από τέσσερα παιδιά, πράγμα που αποδεικνύει την ελληνική πραγματικότητα του προβλήματος της υπογεννητικότητας που συμβαίνει τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Οι λόγοι της υπογεννητικότητας θεωρούνται κυρίως οικονομικοί και επαγγελματικοί.

Πίνακας 35: Κατανομή ανάλογα με το αν έκαναν καισαρικές τομές και πόσες

ναί				13	7.1%
	μία	4	(2.1%)		
	δύο	8	(4.3%)		
	τρεις	1	(0.5%)		
όχι				125	68.6%
δεν απάντησαν				44	24.1%

Συμπεραίνουμε από τον Πίνακα 35 ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έχει γεννήσει φυσιολογικά και μόνο το 7,1% έχουν αποκτήσει παιδιά με καισαρική τομή. Από αυτές οι περισσότερες έχουν αποκτήσει δύο παιδιά, ποσοστό 4,3%. Μόνο ένα περιστατικό βρέθηκε το οποίο είχε αποκτήσει τρία παιδιά με καισαρική τομή.

Πίνακας 36: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του αν έχουν κάνει καισαρική

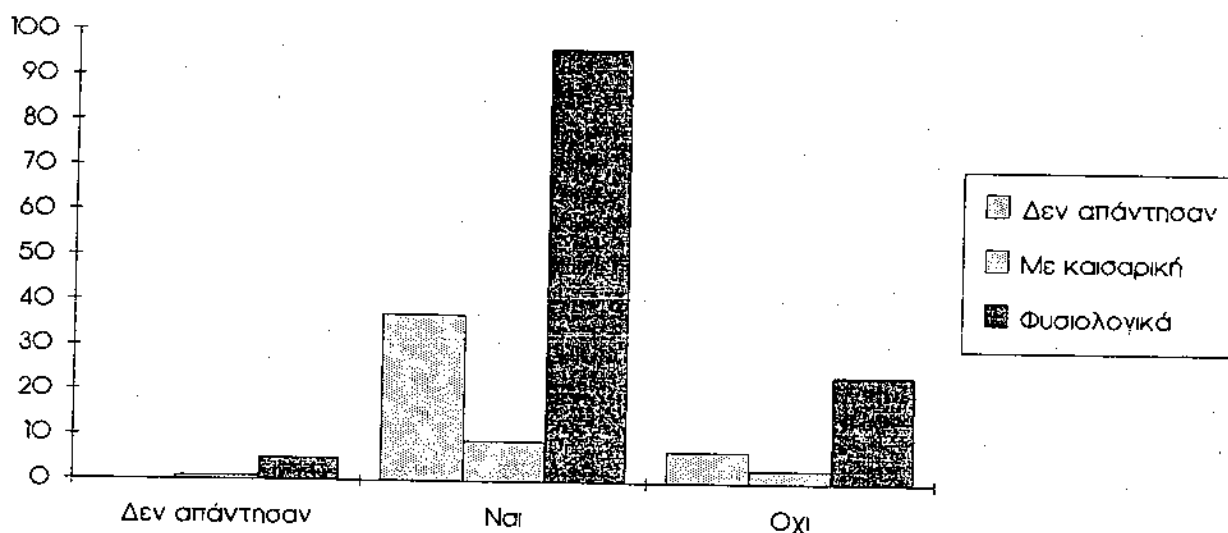
Καισαρική	ναί	όχι	χ.α.	%
ναί	9	3	1	7.1%
όχι	96	24	5	68.7%
χ.α.	37	7	0	24.2%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος με τους μαστούς και με το γεγονός αν είχαν κάνει καισαρική τομή.

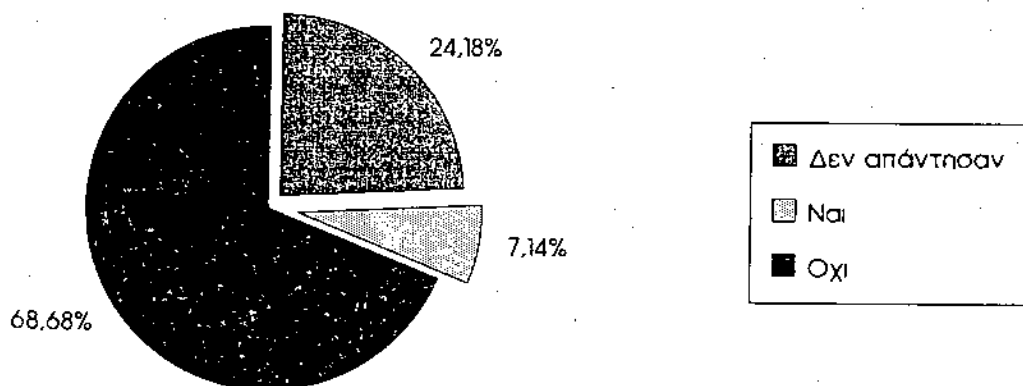
Σχήμα 19

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο του τοκετού που έκαναν και ανάλογα με το εάν έχουν πρόβλημα



Σχήμα 20

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν γέννησαν με καισαρική τομή



Πίνακας 37: Κατανομή ανάλογα με το αν έκαναν αποβολές και πόσες

ναί			50	27.5%
	μία	32 (17.5%)		
	δύο	6 (3.2%)		
	τρεις	6 (3.2%)		
	τέσσερις	4 (2.1%)		
	εννέα	1 (0.5%)		
	δεν απάντησε	1 (0.5%)		
όχι			106	58.2%
δεν απάντησαν			26	14.3%

Οι γυναίκες που έκαναν αυτόματη αποβολή ανέρχονται σε ποσοστό 27,5%. Στο δείγμα μας βρέθηκε ότι το ποσοστό των αποβολών είναι μεγαλύτερο από αυτό που θεωρείται φυσιολογικό δηλαδή 10-15% σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές.

Πίνακας 38: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του αν έχουν κάνει αποβολές

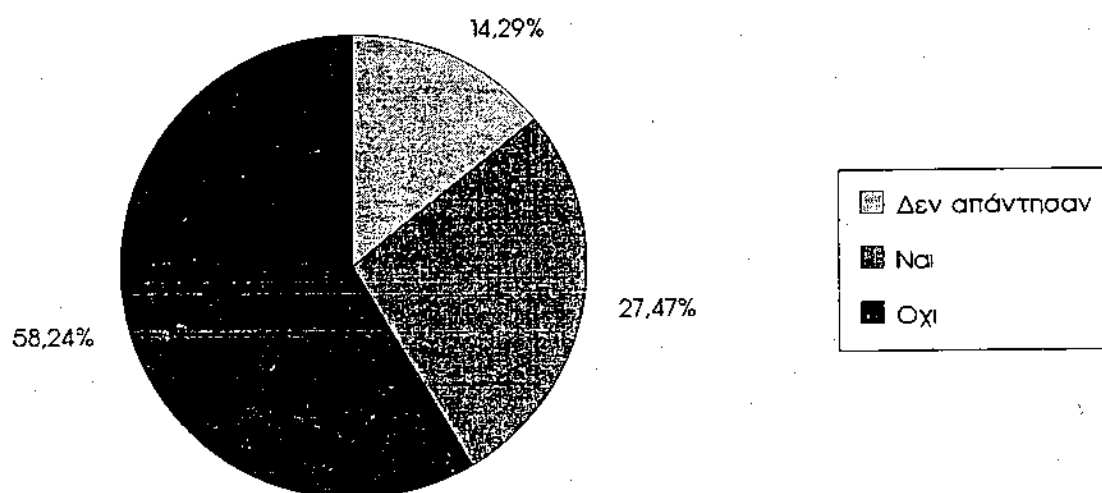
Αποβολές	ναί	όχι	χ.α.	%
ναί	41	9	0	27.5%
όχι	78	22	1	58.2%
χ.α.	23	3	0	14.3%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Διαφαίνεται από τον Πίνακα 38 που αναφέρεται στις αποβολές ότι περισσότερο προσβάλει η νόσος τις γυναίκες που δεν έχουν στο ιστορικό τους αποβολές. Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η διακοπή της κύησης αυτόματα δεν φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού.

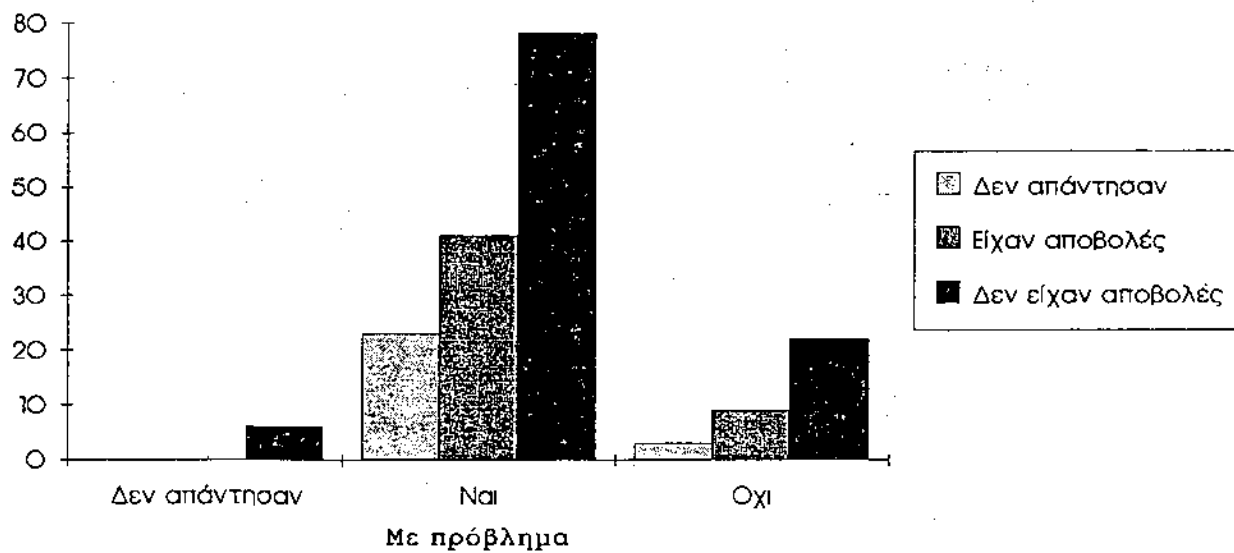
Σχήμα 21

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των αποβολών



Σχήμα 22

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν πρόβλημα και εάν έχουν κάνει αποβολές



Πίνακας 39: Κατανομή ανάλογα με το αν έκαναν εκτρώσεις και πόσες

ναι	77	42.3%
όχι	88	48.3%
δεν απάντησαν	17	9.3%

Από τις 182 γυναίκες του δείγματος, οι 77 είχαν κάνει εκτρώσεις σε ποσοστό 42,3% και μόνο οι 88 δεν έκαναν.

Πίνακας 40: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του αν έχουν κάνει εκτρωση.

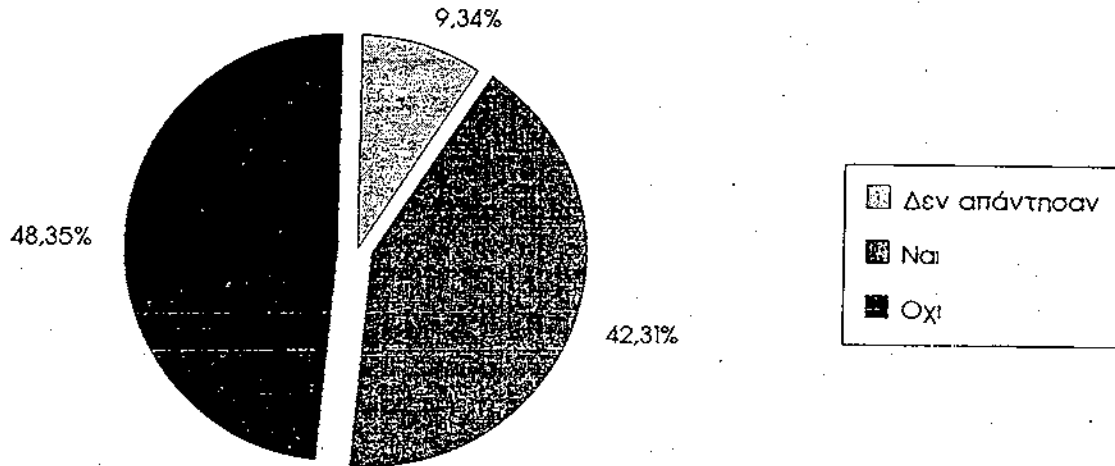
Εκτρώσεις	ναι	όχι	χ.α.	%
ναι	61	13	3	42.3%
όχι	65	20	3	48.4%
χ.α.	16	1	0	9.3%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Πιστεύεται από πολλούς ερευνητές ότι οι προκλητές εκτρώσεις αυξάνουν τον κίνδυνο νεοπλασίας. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 40 όπου παρατηρούμε το αυξημένο ποσοστό των εκτρώσεων σε γυναίκες που εμφάνισαν κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς τους και προσήλθαν στο ιατρείο μαστού για αντιμετώπιση.

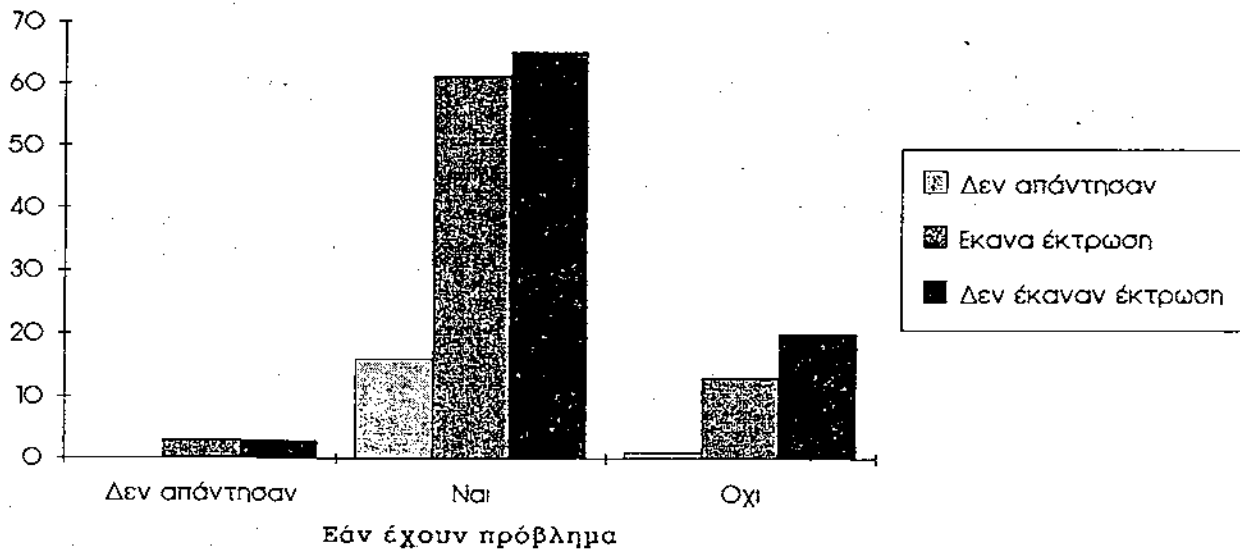
Σχήμα 23

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των εκτρώσεων



Σχήμα 24

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έκαναν έκτρωση και εάν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα



Πίνακας 44: Ηλικία που απέκτησαν το πρώτο τους παιδί

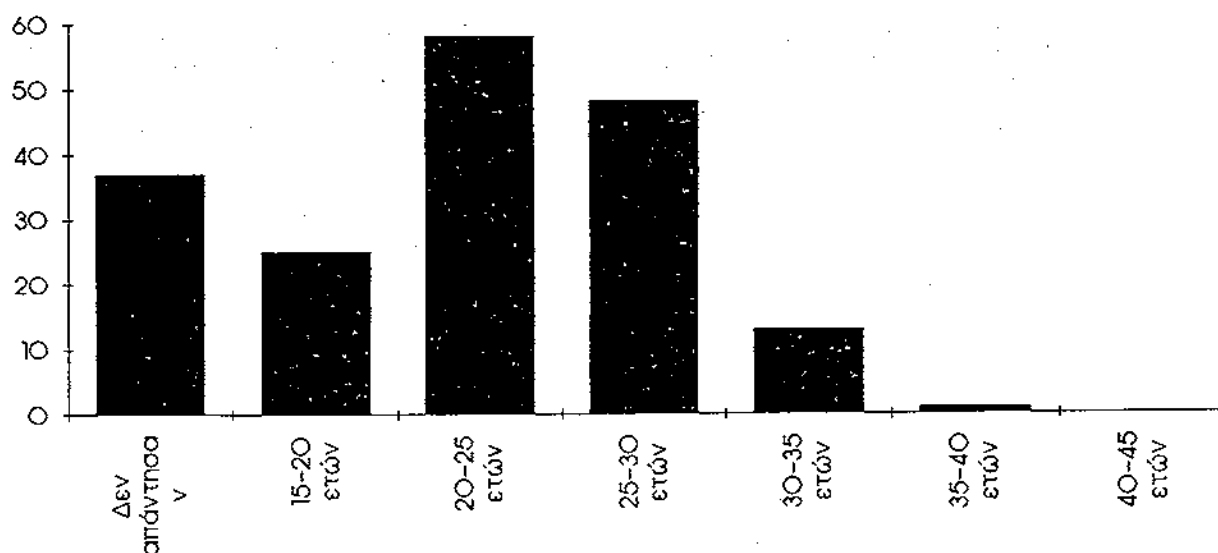
15-20	25	13.7%
20-25	58	31.8%
25-30	48	26.3%
30-35	13	7.1%
35-40	1	0.5%
40-45	0	0
δεν απάντησαν	37	20.3%

Κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας βρήκαμε ότι οι γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει σε ηλικία <20 ετών, σε ποσοστό 13,7%, έχουν μικρότερο κίνδυνο προσβολής από τις γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει μετά τα 25, ποσοστό 33,9%.

Τα παραπάνω αποτελέσματα συμβαδίζουν με αυτά που δημοσίευσε το περιοδικό TIME, που υποστηρίζει ότι η ηλικία της 1ης εγκυμοσύνης (μετά τα 30) θεωρείται προδιαθεσικός παράγοντας στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού σε συνδυασμό με την πρόωμη έμμηνο ρύση και την αργοπορημένη εμμηνόπαυση.

Σχήμα 25

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία που απέκτησαν το πρώτο τους παιδί.



Πίνακας 44: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του αν έχουν θηλάσει το παιδί τους

Θηλασμός	ναι	όχι	χ.α.	%
ναι	96	20	3	65.4%
όχι	18	7	2	14.8%
χ.α.	28	7	1	19.8%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α. χωρίς απάντηση

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας βγαίνει το συμπέρασμα, ότι παρόλο που οι γυναίκες θηλάσαν το παιδί τους παρουσίασαν καρκίνο του μαστού ή κάποιο άλλο πρόβλημα με τους μαστούς.

Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχτεί αντίθετα με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει.

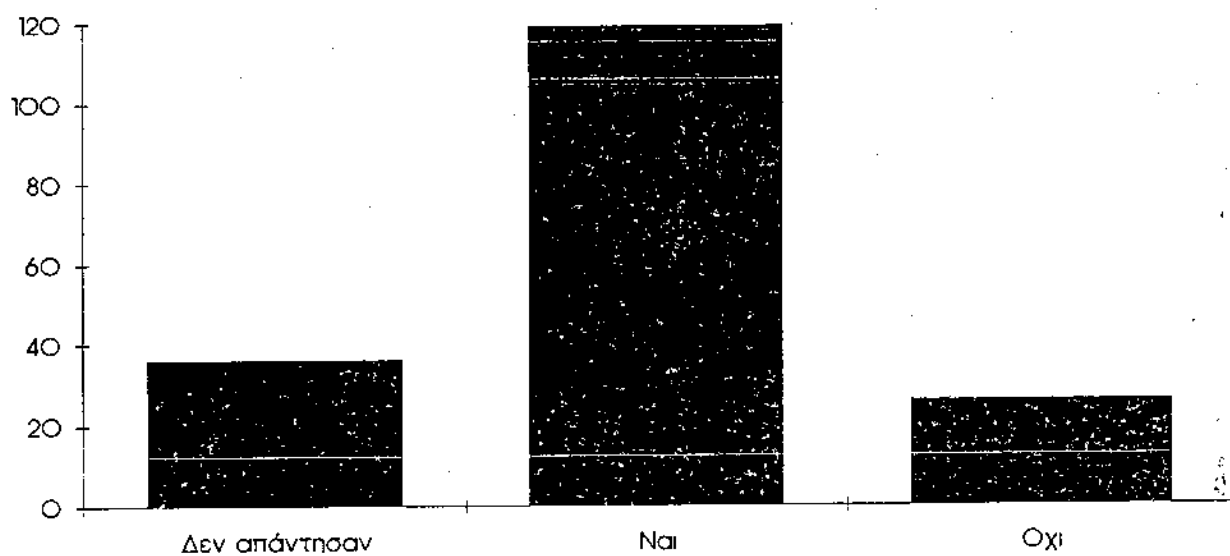
Πίνακας 45: Συσχέτιση ηλικιακής κατανομής του δείγματος και θηλασμού

Ηλικία	θηλάσαν	δεν θηλ.	χ.α.	%
15-20	0	0	8	4.4%
20-25	0	1	7	4.4%
25-30	2	1	5	4.4%
30-35	5	3	2	5.5%
35-40	18	5	1	13.2%
40-45	22	5	3	16.5%
>45	72	12	10	51.6%
	65.4%	14.8%	19.8%	100.0%

Στον Πίνακα 45 φαίνεται ότι οι γυναίκες που βρίσκονται τώρα σε ηλικία πάνω από 35 ετών, στην πλειοψηφία τους θήλασαν τα παιδιά τους ενώ οι σημερινές νέες γυναίκες κάτω των 35 ετών θηλάζουν τα παιδιά τους σε ποσοστό 18,7%.

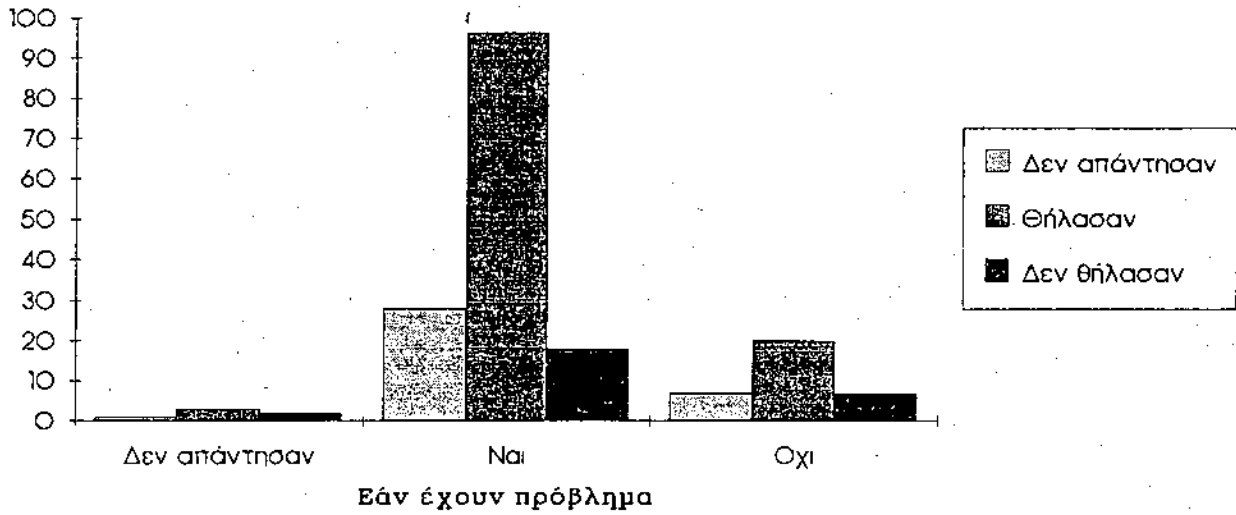
Σχήμα 26

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν θήλασαν το μωρό τους.



Σχήμα 27

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα και εάν θήλασαν το μωρό τους



Πίνακας 46: Κατανομή ανάλογα με το αν πέτρωσε ο μαστός τους

ναι	64	35.2%
όχι	80	44.0%
δεν απάντησαν	38	20.9%

Ο μαστός των γυναικών του δείγματος πέτρωσε σε ποσοστό 35,2%, γεγονός που δικαιολογεί το ότι δεν έχουν θηλάσει τα παιδιά τους, ενώ στο 44% δεν πέτρωσε ο μαστός τους.

Πίνακας 47: Κατανομή ανάλογα με το αν έχουν πρόβλημα γονιμότητας

ναι	8	4.4%
όχι	157	86.2%
δεν απάντησαν	17	9.3%

Το 86,2% των γυναικών του δείγματος είχαν τεκνοποιήσει, ενώ ένα μικρό ποσοστό 4,4% εμφάνιζε πρόβλημα γονιμότητας.

Πίνακας 48: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του αν έχουν πρόβλημα γονιμότητας

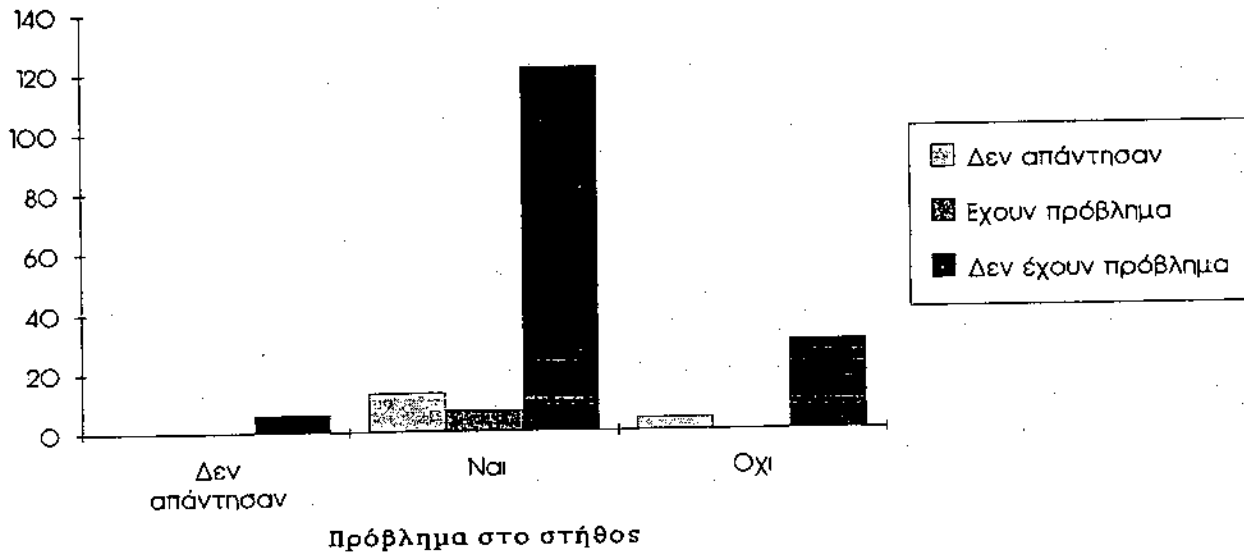
Πρόβλ. γονιμ.	ναι	όχι	χ.α.	%
ναι	8	0	0	4.4%
όχι	121	30	6	86.3%
χ.α.	13	4	0	1.1%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α. χωρίς απάντηση

Αποδεικνύεται από τον παραπάνω Πίνακα ότι οι στείρες γυναίκες δεν παρουσιάζουν την ίδια υψηλή πιθανότητα νεοπλασίας του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν αποκτήσει παιδιά.

Σχήμα 28

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν πρόβλημα στο μαστό και πρόβλημα γονιμότητας



Πίνακας 49: Πόσο καιρό προσπαθούν να αποκτήσουν παιδί

1-2 χρόνια	3	1.6%
3-4 χρόνια	2	1.0%
5-6 χρόνια	2	1.0%
πάνω από 6 χρόνια	1	0.5%
δεν απάντησαν	174	95.6%

Οι γυναίκες που προσπάθησαν να κάνουν παιδί για ένα χρονικό διάστημα 1-2 χρόνων ήταν ποσοστό 1,6%, ενώ ένα 2% προσπαθούν να κάνουν παιδί 3-6 χρόνια. Παρουσιάστηκε επίσης ένα περιστατικό το οποίο προσπαθεί να τεκνοποιήσει πάνω από 6 χρόνια.

Πίνακας 50: Προσπάθεια να αποκτήσουν παιδί με τεχνητή γονιμοποίηση

ναι	2	1.1%
όχι	7	3.8%
δεν απάντησαν	173	95.0%

Ελάχιστες ήταν οι γυναίκες που προσπάθησαν να αποκτήσουν παιδί με τεχνητή γονιμοποίηση, ποσοστό 1,1%, οι υπόλοιπες 3,8% είχαν καταφύγει χωρίς αποτέλεσμα, σε άλλες μεθόδους.

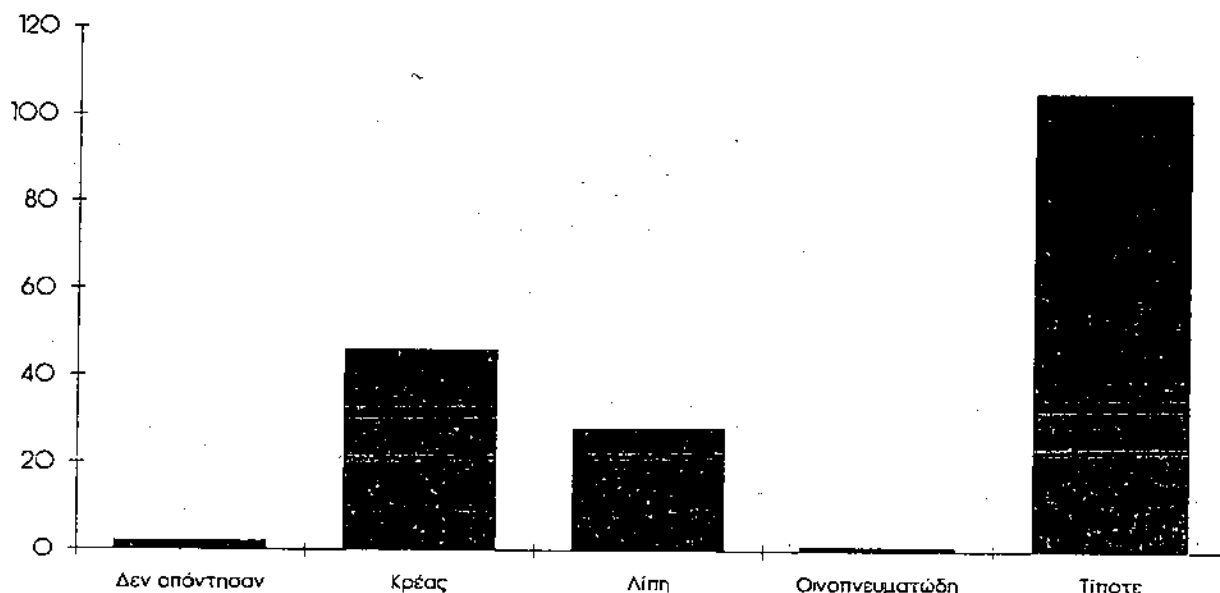
Πίνακας 51: Διατροφικές συνήθειες

ζωικά λίπη (κρέας)	46	25.2%
φυτικά λίπη	28	15.3%
οινοπνευματώδη	1	0.5%
τίποτα από αυτά	105	57.6%
δεν απάντησαν	2	1.1%

Από τις διατροφικές συνήθειες των γυναικών που εξετάσθηκαν συμπεραίνουμε ότι, οι γυναίκες ξέρουν να επιλέγουν σωστά τη διατροφή του γεγονός που το αποδεικνύει ένα μεγάλο ποσοστό 57,6%, το οποίο περιέχει στη διατροφή του περιορισμένη ποσότητα φυτικού λίπους και οινοπνευματωδών. Παρατηρούμε όμως, ότι το 25,2% των γυναικών περιέχει στη διατροφή μεγάλες ποσότητες ζωικό λίπος.

Σχήμα 29

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διατροφή



Πίνακας 52: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και των συνηθειών διατροφής τους

	ναι	όχι	χ.α.	%
ζωικά λίπη	30	13	3	25.3%
φυτικά λίπη	24	3	1	15.4%
αλκοόλ	0	1	0	0.5%
τίποτα από αυτά	86	17	2	57.7%
χ.α.	2	0	0	1.1%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α. χωρίς απάντηση

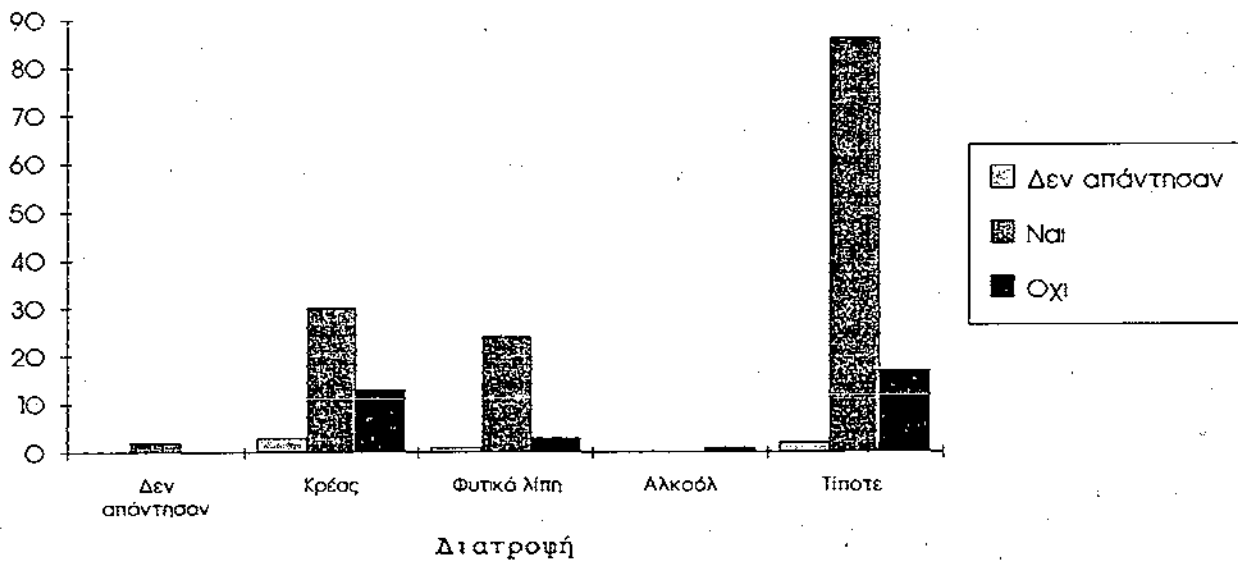
Στον παραπάνω Πίνακα φαίνεται ότι η πλειοψηφία των γυναικών ήταν ενημερωμένες για τη σωστή διατροφική αγωγή, χωρίς να κάνουν καταχρήσεις. Εξαίρεση αποτελεί το 25,3% των

γυναικών το οποίο, κατανάλωνε μεγάλες ποσότητες ζωϊκού λίπους, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.

Παρατηρούμε επίσης ότι, σπάνια έκαναν χρήση αλκοόλ, παρόλο που πρόσφατες έρευνες συμπεριέλαβαν το οινόπνευμα σαν ένα από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου καρκίνου μαστού.

Σχήμα 30

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διατροφή και την εμφάνιση προβλήματος στο στήθος



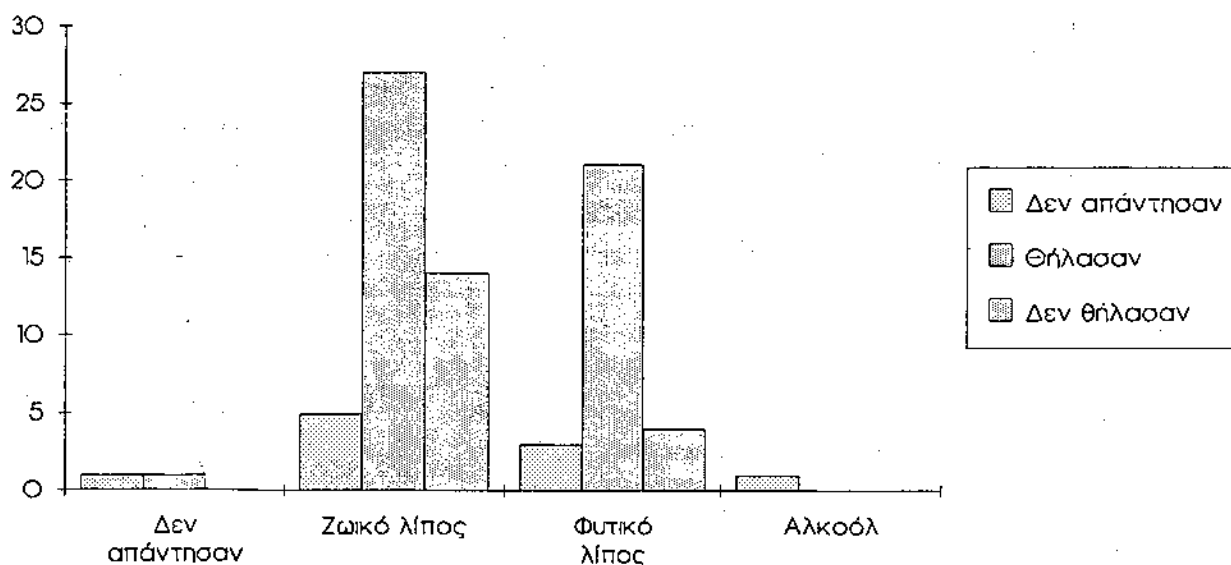
Πίνακας 53 Συσχέτιση θηλασμού και διατροφικών συνηθειών				
	ζωικά	φυτικά	αλκοολ	χ.α.
θήλασαν	27	21	0	1
δεν θηλασαν	14	4	0	0
χ.α.	5	3	1	1
	59.7%	36.4%	1.3%	2.6%

χ.α. : χωρίς απάντηση

Από την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι, οι περισσότερες γυναίκες που θηλάσαν, κατανάλωσαν μεγάλες ποσότητες ζωϊκού και φυτικού λίπους. Το αντίθετο συμβαίνει με τις γυναίκες που δεν θηλάσαν οι οποίες κατανάλωσαν αρκετές ποσότητες ζωϊκού λίπους και μικρές ποσότητες φυτικού λίπους.

Σχήμα 31

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διατροφή και τον θηλασμό του μωρού



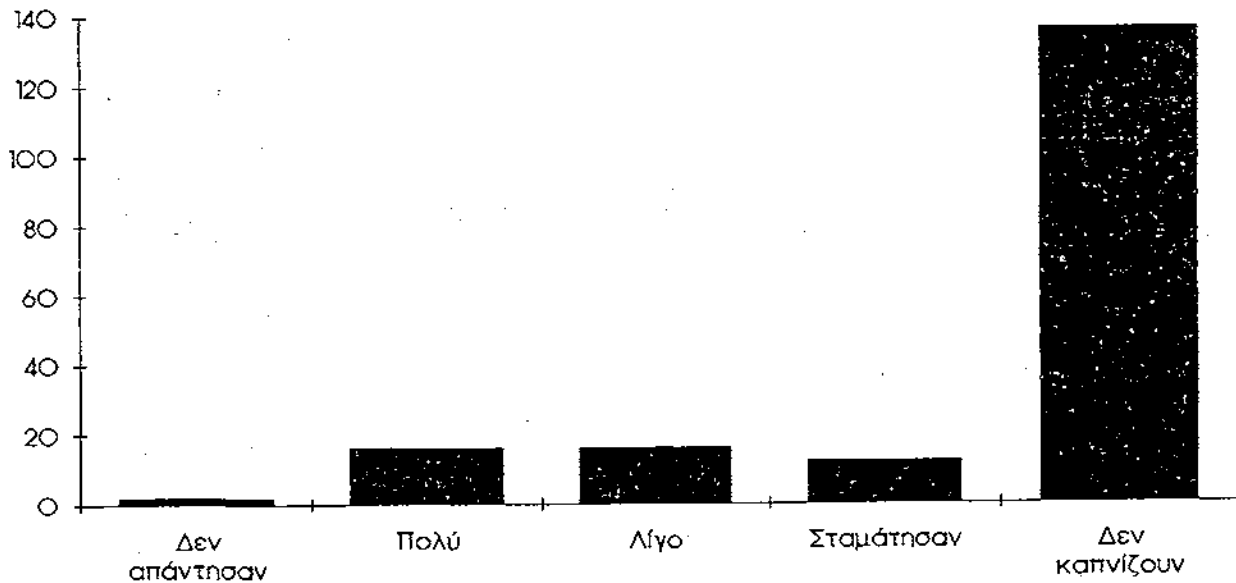
Πίνακας 54: Ποσότητα καπνίσματος

πολύ	16	8.7%
λίγο	16	8.7%
εχουν σταματήσει	12	6.5%
δεν καπνίζουν	136	74.7%
δεν απάντησαν	2	1.1%

Το 74,7% των γυναικών του δείγματος απάντησαν αρνητικά στην ερώτησή μας αν καπνίζουν. Το ποσοστό των ατόμων που έχουν σταματήσει το κάπνισμα ανέρχεται σε 6,5%, ενώ αντίθετα αυτές που καπνίζουν πολύ, το ποσοστό φθάνει στο 8,7%.

Σχήμα 32

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα



Πίνακας 55: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και καπνίσματος

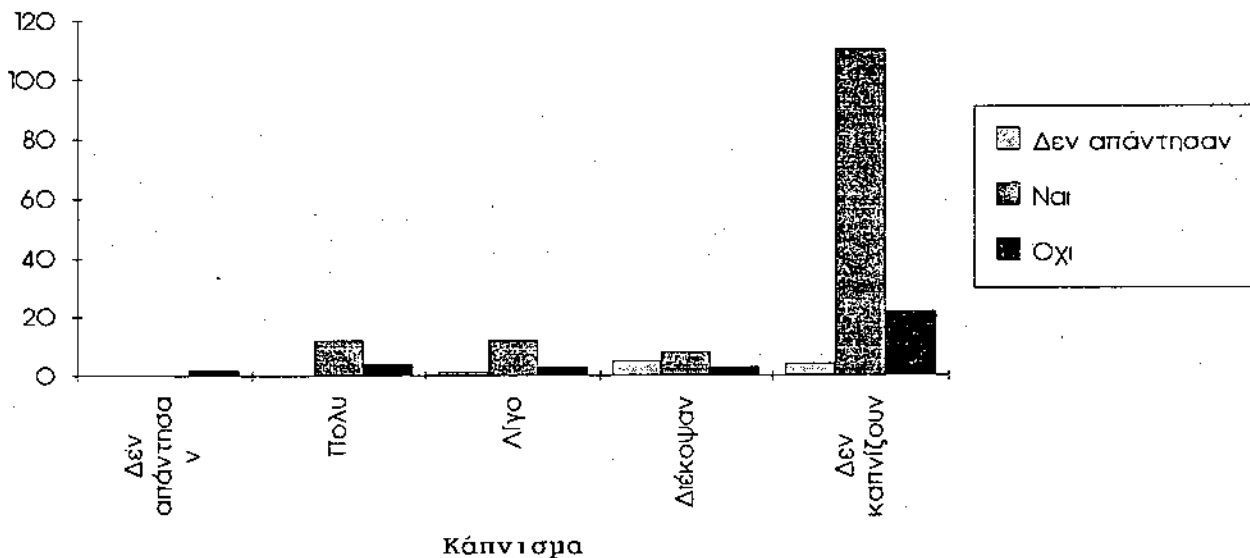
Κάπνισμα	ναι	όχι	χ.α.	%
πολύ	12	4	0	8.8%
λίγο	12	3	1	8.8%
το σταμάτησαν	8	3	1	6.6%
δεν καπνίζουν	110	22	4	74.7%
χ.α.	0	2	0	1.1%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α. χωρίς απάντηση

Παρατηρούμε στον Πίνακα 55 ότι οι περισσότερες γυναίκες παρόλο που δεν καπνίζουν εμφανίζουν κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς τους. Άρα διαπιστώνεται ότι το κάπνισμα δεν είναι προδιαθεσικός παράγοντας για καρκίνο μαστού.

Σχήμα 33

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και την εμφάνιση προβλήματος στο στήθος



Πίνακας 56 Συσχέτιση θηλασμού και καπνίσματος				
	πολύ καπν.	λίγο καπν.	σταματ.	χ.α.
θήλασαν	9	6	9	2
δεν θήλασαν	3	6	1	0
χ.α.	4	4	2	0
	34.8%	34.8%	26.1%	4.3%

χ.α.: χωρίς απάντηση

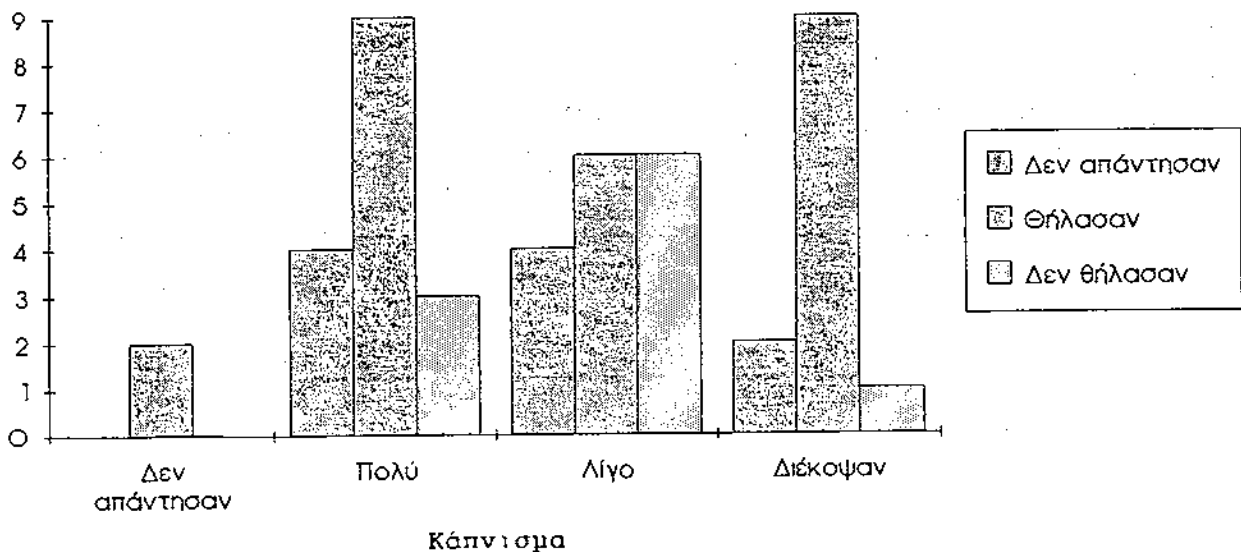
*περιλαμβάνονται μόνο οι καπνιστές-πρώην καπνιστές

Από την παραπάνω συσχέτιση διαπιστώνουμε ότι, οι γυναίκες οι οποίες δεν θήλασαν, κάπνιζαν πολύ λιγότερο, από αυτές οι οποίες θήλασαν τα παιδιά τους.

Παρόλο που πιστεύεται σήμερα ότι κατά τη διάρκεια του θηλασμού απαγορεύεται το κάπνισμα.

Σχήμα 34

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα και τον θηλασμό του μωρού



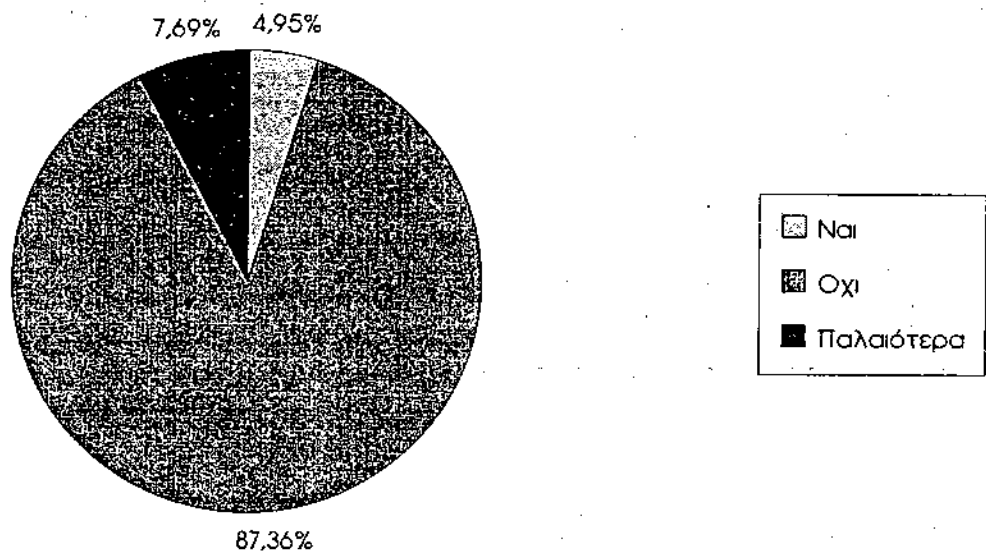
Πίνακας 57: Χρήση αντισυλληπτικού χαπιού

ναι	9	4.9%
όχι	159	87.3
καποτε ναι, τώρα όχι	14	7.6%

Όταν οι γυναίκες ρωτήθηκαν για το αν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά χάπια σαν μέσο αντισύλληψης, οι περισσότερες γυναίκες απάντησαν ότι δεν χρησιμοποιούν αυτά, σε ποσοστό 87,3%. Ενώ πολύ μικρότερο είναι το ποσοστό των γυναικών που χρησιμοποιούν τέτοιου είδους χάπια, ποσοστό 4,9%.

Σχήμα 35

Κατανομή ανάλογα με την χρήση αντισυλληπτικού χαπιού



Πίνακας 58: Χρονικό διάστημα χρήσης αντισυλληπτικού χαπιού

1-2 χρόνια	4	2.1%
3-4 χρόνια	1	0.5%
5-6 χρόνια	0	
περισσότερο από 6 χρόνια	1	0.5%
δεν απάντησαν	176	96.7%

Το χρονικό διάστημα χρήσης αντισυλληπτικών χαπιών που πάρθηκαν από γυναίκες για 1-2 χρόνια φθάνει σε ποσοστό 2,1%, ενώ αντίθετα βλέπουμε ότι μεγαλύτερη χρήση χαπιών πάνω από 6 χρόνια οι γυναίκες δεν τα χρησιμοποιούν, ποσοστό 0,5%. Παρατηρήσαμε επίσης ότι περισσότερες από τις γυναίκες αυτές ή σχεδόν όλες ήταν προκατειλημμένες για τα αντισυλληπτικά χάπια.

Πίνακας 59: Είδος αντισυλληπτικού χαπιού

Trinordiol, Gyneva, Merrelon	0	
Minulet	1	0.5%
Lydiol	1	0.5%
άλλου είδους	2	1.1%
δεν θυμούνται	7	3.8%
δεν απάντησαν	171	93.9%

Τα είδη αντισυλληπτικού χαπιού τα οποία έπαιρναν οι γυναίκες του δείγματος, δεν τα έχουμε καταγράψει επειδή οι γυναίκες δεν τα θυμούνταν, ποσοστό 3,8%, ενώ η χρήση του Minutex και του Lydiol είχαν το ίδιο ποσοστό χρήσης τους αντίστοιχα 6,5%.

Πίνακας 60: Συμπτώματα που εμφανίζουν στον μαστό τους για τα οποία επισκέφθηκαν γιατρό.

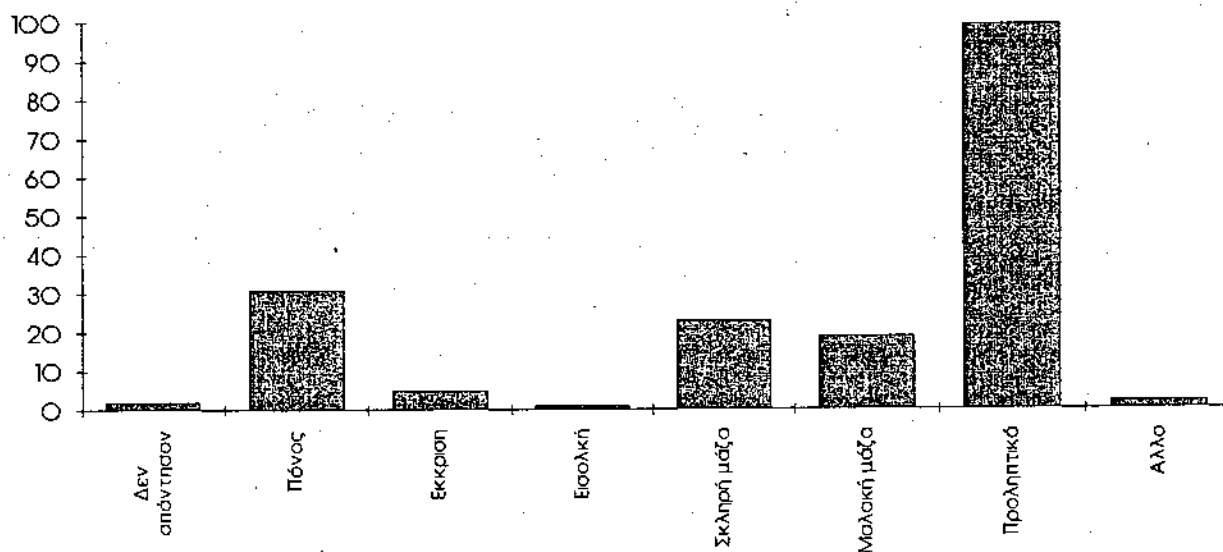
πόνος	31	17.0%
έκκριση στη θηλή	6	3.2%
εισολική θηλής	1	0.5%
σκληρή μάζα στο μαστό	27	14.8%
κινητή μαλακή μάζα	23	12.6%
προληπτικά	113	62.0%
άλλο σύμπτωμα	2	1.0%
δεν απάντησαν	2	1.0%

Έκπληξη μας προξένησε το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που προσήλθαν για εξέταση, μας πληροφόρησαν ότι προσήλθαν για προληπτικούς λόγους, ποσοστό 62%.

Τα κυριότερα συμπτώματα που εμφάνιζαν οι γυναίκες ήταν ο πόνος σε ποσοστό 17%, η σκληρή μάζα στο μαστό σε ποσοστό 14,8% και η κινητή μαλακή μάζα σε ποσοστό 12,6%.

Σχήμα 36

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κύριο σύμπτωμα που τις έφερε για εξέταση



Πίνακας 61: Συσχέτιση ύπαρξης προβλήματος και του βασικού συμπτώματος που οδήγησε στο γιατρό

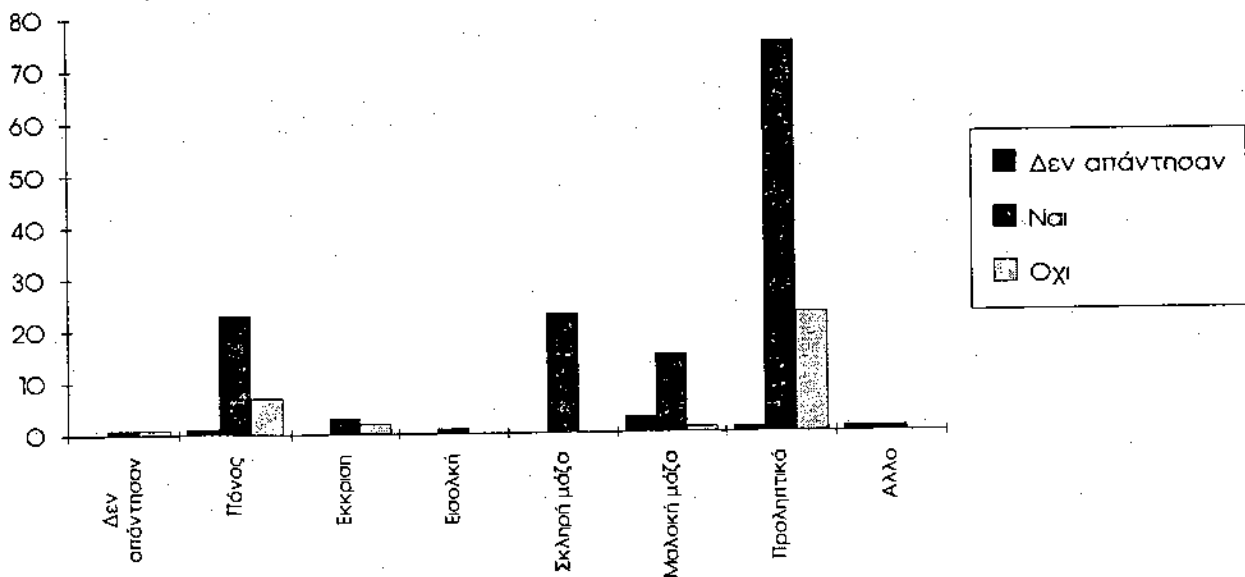
Σύμπτωμα	ναι	όχι	χ.α.	%
πόνος	23	7	1	17.0%
εκκρίση θηλής	3	2	0	2.7%
εισολική θηλής	1	0	0	0.5%
σκληρή μάζα	23	0	0	12.6%
μαλακή κινητή μάζα	15	1	3	10.4%
προληπτικά	75	23	1	54.4%
άλλο	1	0	1	1.1%
χ.α.	1	1	0	1.1%
	78%	34%	3.3%	100%

χ.α. χωρίς απάντηση

φαίνεται ότι τα βασικά συμπτώματα που ενοχοποιούνται για την ύπαρξη προβλήματος με τους μαστούς είναι η ψηλάφηση σκληρής μάζας ή ο πόνος. Μερικές από τις γυναίκες που προσέρχονταν για εξέταση προληπτικά βρέθηκε ότι πράγματι είχαν κάποιο πρόβλημα με το μαστό.

Σχήμα 37

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εμφάνιση προβλήματος στο στήθος και τα συμπτώματα που παρουσίασαν



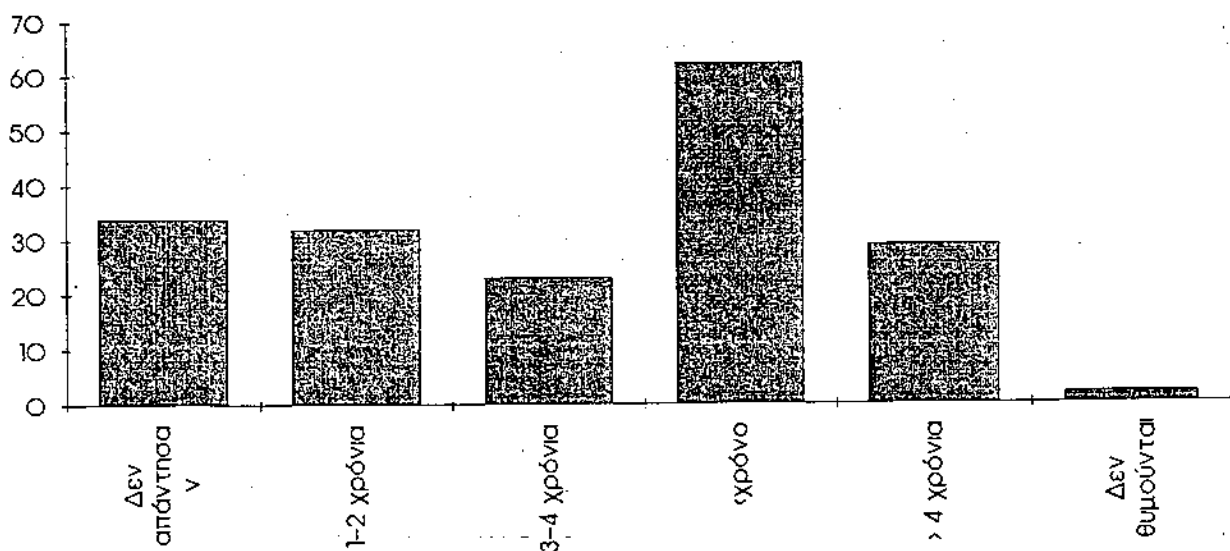
Πίνακας 62: Χρονικό διάστημα από την εμφάνιση του συμπτώματος μέχρι την επίσκεψη στο γιατρό

1-2 χρόνια	32	17.5%
3-4 χρόνια	23	12.6%
λιγότερο από 1 χρόνο	62	34.0%
περισσότερο από 4 χρόνια	29	15.9%
δεν θυμούνται	2	1.1%
δεν απάντησαν	34	18.6%

Από τη στιγμή που οι συγκεκριμένες γυναίκες εμφάνισαν κάποιο σύμπτωμα, το χρονικό διάστημα που επισκέφτηκαν το γιατρό ήταν λιγότερο από 1 χρόνο σε ποσοστό 34%. Μετά από 1-2 χρόνια το ποσοστό είναι 17,5% ενώ μικρότερο είναι το ποσοστό που επισκέφτονται το γιατρό μετά από 3-4 χρόνια σε ποσοστό 12,6%. Απ' αυτό καταλαβαίνουμε ότι η εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος ανάγκασαν τις γυναίκες να επισκεφθούν σύντομα το γιατρό, επειδή οι γυναίκες διακατέχονταν από μεγάλο φόβο (καρκινοφοβία).

Σχήμα 38

Κατανομή ανάλογα με το χρονικό διάστημα που τους παρουσιάστηκε το πρόβλημα



Πίνακας 63: Υπαρξη έκκρισης στον μαστό

ναι	35	19.2%
όχι	139	76.3%
δεν απάντησαν	8	4.4%

Όταν οι γυναίκες ρωτήθηκαν για τυχόν έκκριση από το μαστό τους απάντησαν θετικά σε ποσοστό 19,2% ενώ αντιθέτως οι περισσότερες γυναίκες απάντησαν ότι δεν παρατήρησαν έκκριση από τη θηλή του μαστού τους σε ποσοστό που φθάνει το 76,3%.

Πίνακας 64: Είδος έκκρισης από τον μαστό

ορώδης	19	10.4%
αιματηρή	1	0.5%
οροαιματηρή	2	1.1%
πυώδης	2	1.1%
πράσινη	9	4.9%
δεν ξέρουν	2	1.0%
δεν απάντησαν	147	80.7%

Το πιο συχνό είδος έκκρισης από το μαστό που εμφάνιζαν οι γυναίκες του δείγματος που εξετάστηκαν είναι η ορώδης σε ποσοστό 10,4%, πράσινη σε ποσοστό 4,9%, ενώ οροαιματηρή και πυώδες το ποσοστό ανέρχεται σε 1,1% και τέλος αιματηρή έκκριση παρατηρήθηκε μόνο σε μια περίπτωση.

Πίνακας 65: Είδος εξέτασης που έχει γίνει στους μαστούς

μαστογραφία	147	80.7%
υπέρυθρη θερμογραφία	0	
γαλακτογραφία	0	
κυτταρολογική εξέταση	11	6.0%
βιοψία	48	26.3%
εγχείρηση στους μαστούς	62	34.0%
καμία από τις παραπάνω	27	14.8%
δεν απάντησαν	3	1.6%

Οι κυριότερες εξετάσεις που έγιναν στο δείγμα μας ήταν η μαστογραφία σε ποσοστό 80,7% που είναι η πιο συχνή και ανώδυνη εξέταση για τη γυναίκα. Ένα 34% είχε ήδη εγχειρηστεί, ενώ το 26,3% είχε κάνει βιοψία για να ανακαλύψουμε ή όχι καρκίνο μαστού. Φυσικά οι βιοψίες έγιναν κατόπιν συνεννόησης ιατρού και ασθενή στην περίπτωση που η μαστογραφία και η ψηλάφηση δεν ήταν αξιόπιστη.

Πίνακας 66: Συσχέτιση ηλικιακής κατανομής του δείγματος και εξετάσεων για τους μαστούς που έχουν υποστεί.

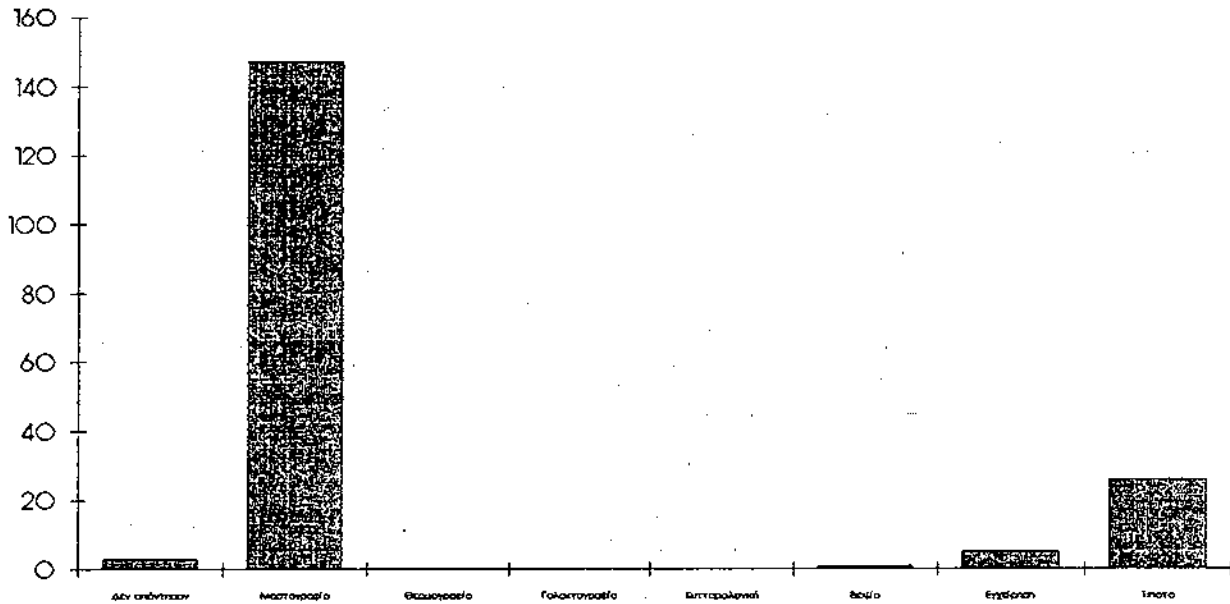
Ηλικία	μαστογρ	βιοψία	εγχειρ.	τιποτα	χ.α.	%
15-20	2	0	1	5	0	4.4%
20-25	1	0	0	7	0	4.4%
25-30	3	0	0	4	1	4.4%
30-35	5	0	0	5	0	5.5%
35-40	21	0	0	1	2	13.2%
40-45	25	0	2	3	0	16.5%
>45	90	1	2	1	0	51.6%
	80.8%	0.5%	2.7%	14.3%	1.6%	100.0%

χ.α.: χωρίς απάντηση

Παρατηρούμε ότι, οι γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών λόγω της ενημέρωσής τους και της ευαισθητοποίησής τους, από την κινητή διαγνωστική μονάδα έκαναν τακτική περιοδική παρακολούθηση στον ιατρό και απαραίτητα μια μαστογραφία είτε για προληπτικό έλεγχο είτε για να συγκρίνει ο γιατρός το πρόβλημα που ήδη εμφάνιζαν οι γυναίκες.

Σχήμα 39

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έκαναν κάποιο από τα παρακάτω



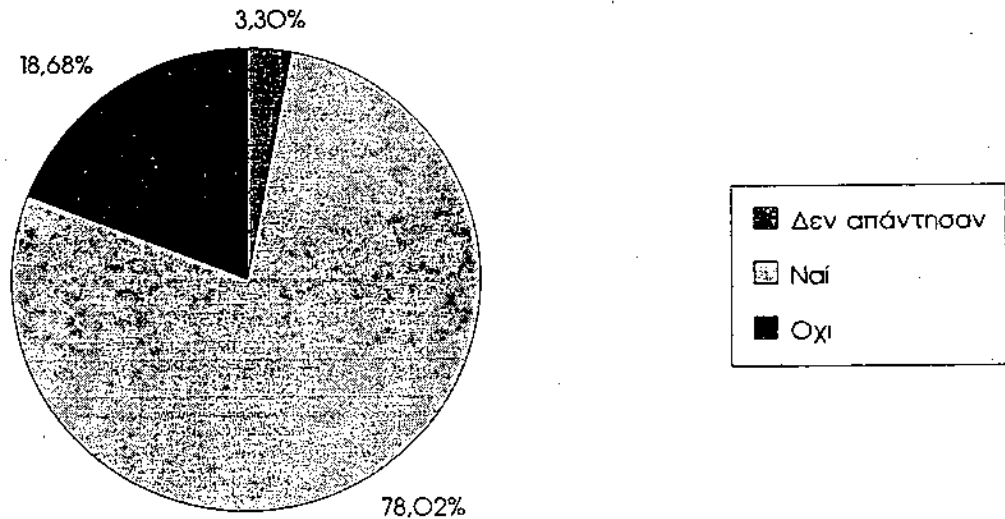
Πίνακας 67: Ποσοστά γυναικών που οι παραπάνω εξετάσεις έδειξαν πρόβλημα στους μαστούς

ναι	142	78.0%
όχι	34	18.6%
δεν απάντησαν	6	3.3%

Από τις 182 γυναίκες που εξετάστηκαν, οι 142 από αυτές είχαν πρόβλημα με τους μαστούς τους, ποσοστό 78%, ενώ μόνο το 18,6% των γυναικών δεν είχαν πρόβλημα με τους μαστούς της.

Σχήμα 40

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν οι
εξετάσεις έδειξαν κάποιο πρόβλημα



Πίνακας 58: Διάγνωση και είδος αγωγής που προτείνεται

Ινοκυστική μαστοπάθεια	47	25.8%
Μόρφωμα (συνιστάται αφαίρεση)	3	1.6%
Μόρφωμα (συνιστάται παρακολούθηση)	12	6.5%
Ca μαστού (να χειρουργηθεί)	7	3.8%
Πιθανός Ca μαστού (διερεύνηση)	6	3.2%
Follow up μετά μαστεκτομή λόγω Ca	34	18.6%
Γυναικομαστία	0	
Φλεγμονή μαστού	1	0.5%
Ινοαδένωμα (παρακολούθηση)	6	3.2%
Ινοαδένωμα (αφαίρεση)	4	2.1%
Κύστη (παρακέντηση-βιοψία)	5	2.7%
Κύστη (έγινε παρακέντηση-βιοψία)	3	1.6%
Συνιστάται τακτικός προληπτικός έλεγχος	39	21.4%
Ασυμμετρία μαστών	2	1.0%
Χημειοθεραπεία	5	2.7%
Μη ψηλαφητή βλάβη μαστού	0	
Μικροαποτιτανώσεις	4	2.1%
Μαστίτιδα	1	0.5%
δεν απάντησαν	3	1.6%

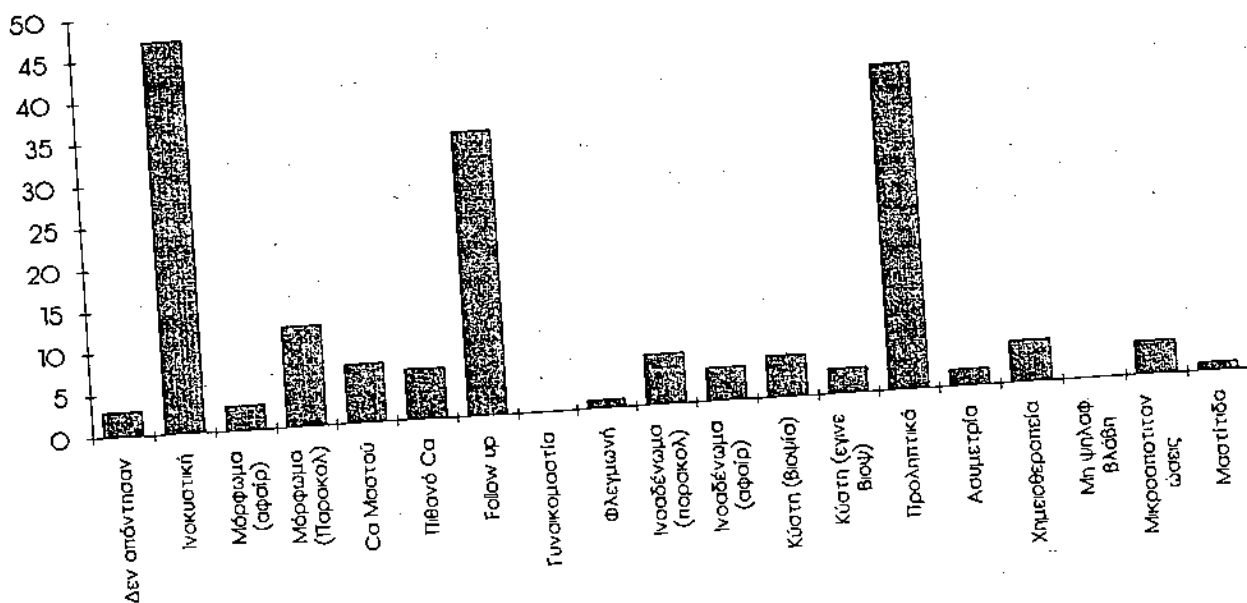
Από το δείγμα μας (182) που εξετάστηκε στο ιατρείο μαστού διαγνώστηκαν για καρκίνο μαστού 7 άτομα, στα οποία συνεστήθη εγχείρηση. Συνεστήθη επίσης αφαίρεση μορφώματος σε τρία άτομα και ινοαδενώματος σε 4 άτομα. Στο ιατρείο μαστού παρουσιάστηκαν 34 άτομα για follow-up μετά από μαστεκτομή και 5 άτομα για χημειοθεραπεία.

Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των γυναικών που προσήλθαν στο ιατρείο, έπασχαν από ινοκυστική μαστοπάθεια, σε ποσοστό 25,8%. Τακτικός προληπτικός έλεγχος συνεστήθη σε ποσοστό 21,4%. Στις περιπτώσεις που υπήρχε υποψία καρκίνου μαστού ύστερα από την ιατρική εξέταση, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει περαιτέρω διερεύνηση. Βιοψία ή παρακέντηση έγινε σε εμφάνιση κύστης στο μαστό και όταν θεωρήθηκε από τον ιατρό αναγκαίο.

Οι υπόλοιπες διαγνώσεις τέθηκαν μόνο σε τακτικό ιατρικό έλεγχο.

Σχήμα 41

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την διάγνωση, την αγωγή και τις οδηγίες



Πίνακας 69: Συσχέτιση ηλικιακής κατανομής και διάγνωσης.

Διάγνωση	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	>45	%
1	0	2	3	5	13	11	13	9.4%
2	1	0	0	1	0	0	1	0.8%
3	1	1	2	0	1	2	5	5.6%
4	0	0	0	0	0	1	6	5.6%
5	0	0	0	0	0	3	3	4.8%
6	0	0	0	0	1	1	32	26.6%
7	0	0	0	0	0	0	0	
8	0	0	0	1	0	0	0	
9	0	1	0	0	0	2	3	4.0%
10	3	0	0	1	0	0	0	
11	0	0	0	0	2	0	3	2.4%
12	1	0	0	0	0	0	2	1.6%
13	0	2	2	2	7	10	16	21.0%
14	1	0	1	0	0	0	0	
15	0	0	0	0	0	0	5	4.0%
16	0	0	0	0	0	0	0	
17	0	0	0	0	0	0	4	3.2%
18	0	1	0	0	0	0	0	
δεν απαντ.	1	1	0	0	0	0	1	0.8%

- 1: Ινοκυστική μαστοπάθεια
- 2: Μόρφωμα (συνιστάται αφαίρεση)
- 3: Μόρφωμα (συνιστάται παρακολούθηση)
- 4: Ca μαστού (να χειρουργηθεί)
- 5: Πιθανός Ca μαστού (διερεύνηση)
- 6: Follow up μετά μαστεκτομή λόγω Ca
- 7: Γυναικομαστία
- 8: Φλεγμονή μαστού
- 9: Ινοαδένωμα (παρακολούθηση)
- 10: Ινοαδένωμα (αφαίρεση)
- 11: Κύστη (παρακέντηση-βιοψία)
- 12: Κύστη (έγινε παρακέντηση-βιοψία)
- 13: Συνιστάται τακτικός προληπτικός έλεγχος
- 14: Ασυμμετρία μαστών
- 15: Χημειοθεραπεία
- 16: Μη ψηλαφητή βλάβη μαστού
- 17: Μικροαποτιτανώσεις
- 18: Μαστίτιδα

Από τον παραπάνω Πίνακα γίνεται αντιληπτό ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και το ποσοστό ινοκυστικής μαστοπάθειας. Βλέπουμε ότι οι γυναίκες που έχουν κάνει μαστεκτομή είναι ηλικίας άνω των 35 ετών.

Η συσχέτιση αυτή μας δείχνει πόσο αναγκαίος είναι ο προληπτικός έλεγχος όσο αυξάνεται η ηλικία και ειδικότερα πάνω από την ηλικία των 40 ετών, που αυξάνεται και η πιθανότητα προσβολής από καρκίνο μαστού στις γυναίκες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η νεοπλασία του μαστού είναι από τις πιο συχνές νεοπλασίες ιδιαίτερα στις βιομηχανικές περιοχές. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια μάστιγα του γυναικείου φύλου στην Ελλάδα σήμερα, η οποία είναι δυνατόν να προληφθεί με έγκαιρη διάγνωση.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται από νεαρή σχετικά ηλικία (25-30 ετών) και παρουσιάζει προοδευτική αύξηση μέχρι την ηλικία των 50 ετών, οπότε η επίπτωση σταθεροποιείται ή και παρουσιάζει μείωση μετά την ηλικία 60-65 ετών δείχνοντας έτσι ότι κάθε γενιά έχει εκτεθεί διαφορετικά στο ή στους καρκινογόνους παράγοντες.

Για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες. Ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου φαίνεται να είναι η κατανάλωση λιπιδίων ζωικής προέλευσης αν και τα αποτελέσματα των διερευνήσεων είναι σχετικά ασαφή. Οι περισσότερες έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι ο σχετικός κίνδυνος νεοπλασίας του μαστού στις γυναίκες που καταναλίσκουν πάνω από 115 γραμ. λιπών ημερησίως βρίσκεται γύρω στο 3,5 σε σχέση με τις γυναίκες που καταναλίσκουν λιγότερο από 65 γραμ. ημερησίως.

Η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την υπερβολική κατανάλωση ζωικού λίπους και αυτό το βλέπουμε από την εργασία του Alberc Reutz, 1978, όπου γίνεται σαφές ότι ο καρκίνος αυτός είναι χαμηλότερος κατά 50% σε γυναίκες που ανήκουν στην κατηγορία των χορτοφάγων σε σχέση με εκείνες που καταναλώνουν ζωικό λίπος.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη καρκίνου μαστού. Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου μαστού, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων λιπών συνοδεύεται με μεγάλη κατανάλωση θερμίδων και, συχνά, παχυσαρκία η οποία όμως δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι παράγοντας κινδύνου αν και

φαίνεται ότι επιδεινώνει την πρόγνωση μιας ήδη εκδηλωμένης νεοπλασίας του μαστού.

Η κληρονομικότητα έχει επίσης μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Γυναίκες με βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό, των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού, έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί οκτώ φορές, αν ο καρκίνος εμφανιστεί πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος. Το παραπάνω αποδεικνύει και η έρευνα των Anderson D. και M. Badzioch (1988), στην οποία μελετήθηκε η σχέση της πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού 404 γυναικών με το οικογενειακό ιστορικό τους και κυρίως με την εμφάνιση καρκίνου μαστού στη μητέρα και στην αδελφή τους, ή στις δύο αδελφές.

Την εμφάνιση καρκίνου μαστού φαίνεται να επηρεάζει και η οικογενειακή κατάσταση. Σύμφωνα με μια μελέτη που έχουν κάνει οι Mac Mahon σε 4.323 γυναίκες με καρκίνο μαστού αναφερόταν ότι οι γυναίκες που έχουν πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών παρουσιάζουν μειωμένο κατά το 1/3 κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού σε σχέση προς αυτές με πρώτη εγκυμοσύνη στα 35 χρόνια τους.

Επίσης διαπίστωσαν ότι σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 30 ετών που έχουν τελειόμηνη εγκυμοσύνη, ο μαστός προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σχέση προς τις μεγαλύτερες ηλικίες. Τέλος διαπίστωσαν πως οι άτοκες γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου μαστού.

Έχει διαπιστωθεί στις μέρες μας ότι η πρόωγη έναρξη της έμμηνου ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Αυτό διαπιστώθηκε από το αποτέλεσμα 9 εργασιών (με τεκμηριωμένη εκείνη των Τριχόπουλου, Mac Mahon, Cole, 1972) το οποίο έδειξε ότι αν ο κίνδυνος καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση πριν την ηλικία των 45 λαμβάνεται σαν 1, αυξάνεται κατά μέσο όρο, σε 1,6 για γυναίκες των οποίων η εμμηνόπαυση επέρχεται μετά 50-54 ετών.

Τα τελευταία χρόνια μια σειρά μελετών έχει επιβεβαιώσει την προστατευτική επίδραση της ωθηκεκτομής (Levin 1964, Feinleib 1968, Τριχόπουλος 1972) για την προστασία που παρέχει. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας, τόσο μεγαλύτερη είναι η προστασία που παρέχει.

Ο Feinleib, ανέφερε ότι μεταξύ 1278 γυναικών που είχαν υποστεί αμφοθηκεκτομή πριν την ηλικία των 40 ετών, στο Free Hospital κατά την 20ετία 1920-1940, μόνο 6 ανέπτυξαν καρκίνο μαστού, αν και αναμενόταν να αναπτύξουν 24. Στην εργασία για τους ασθενείς του Connecticut, που ανέφεραν οι Τριχόπουλος και συν., η ωθηκεκτομή μείωσε το σχετικό κίνδυνο στα 2/3 για γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση μεταξύ 45 και 54 ετών. Αυτό το προστατευτικό αποτέλεσμα ήταν μεγαλύτερο σε γυναίκες, των οποίων η ωθηκεκτομή έγινε, όταν ήταν κάτω των 35 ετών. Σε αυτές ο κίνδυνος μειώθηκε στο 1/3. Η ωθηκεκτομή μετά τα 50 δεν έχει προστατευτικό αποτέλεσμα.

Από πρόσφατες μελέτες (Mac Mahon και Feinleib 1960) έχει αποδειχθεί, αντίθετα με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, ότι ο θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει. Επίσης, δεν έχει σχέση το αν η ίδια η γυναίκα έχει θηλάσει από τη μητέρα της.

Η διακοπή της κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο μαστού. Πολλές όμως έρευνες υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Rich et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να τεκνοποιήσουν. Οι εργασίες αυτές απέδειξαν ότι υπάρχει κίνδυνος.

Από τους άλλους παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν (κάπνισμα, χρήση αντισυλληπτικών δισκίων κ.ά.) με πολύ ασταθή αποτελέσματα, θα αναφερθούμε μόνο στο οινόπνευμ που πρόσφατα συμπεριελήφθη στους παράγοντες κινδύνου, διότι ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι κατανάλωση άνω των 30 γραμ. οινοπνεύματος ημερησίως αυξάνει σημαντικά το σχετικό κίνδυνο, στο επίπεδο μάλιστα του 7-8.

Όσον αφορά το αντισυλληπτικό χάπι υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρήση τους, ιδιαίτερα στις πιο εξελιγμένες μορφές αυτών που κυκλοφορούν στο εμπόριο δεν αυξάνουν το ποσοστό προσβολής. Αν οι γυναίκες έρχονται σε επαφή με προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες, η δράση των αντισυλληπτικών χαπιών είναι πιο βλαβερή.

Σημειώνουμε επίσης, ότι η καλοήθης ινοκυστική νόσος του μαστού, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερη πιθανότητα μετάλλαξης εκτός, πιθανόν, εάν πρόκειται για κύστεις μεγάλης διαμέτρου (>2 εκ.). Έχει διαπιστωθεί ότι το κάπνισμα προδιαθέτει την ανάπτυξη ινοκυστικής μαστοπάθειας, η οποία αποτελεί την κύρια παθολογοανατομική οντότητα σε σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Παίζει δε έμμεσο ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Η χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας έχει αποδειχτεί ότι συμβάλει στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Σε γυναίκες που έχουν δεχτεί δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας παρουσιάστηκε αυξημένη συχνότητα καρκίνου μαστού.

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας τόσο αυξημένος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10-19 ετών.

Τελευταία πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται για διαγνωστικούς σκοπούς (μαστογραφία) μπορεί να είναι επικίνδυνες. Αυτό όμως δεν έχει τεκμηριωθεί. Παρά ταύτα, ορισμένοι πιστεύουν ότι, ο προληπτικός περιοδικός έλεγχος ασυμπτωματικών γυναικών πρέπει να γίνεται μετά τα 45-50, ενώ όταν υπάρχουν συμπτώματα ή ευρήματα ύποπτα για κακοήθεια, ο ξηρομαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε ηλικία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού παραμένει και σήμερα για τις γυναίκες η κύρια αιτία θανάτου τους από κακοήθεια.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες καρκίνου του μαστού είναι: το φύλο, η ηλικία, το επιβαρημένο κληρονομικό ή ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή και άλλων οργάνων, ηλικία εμμηναρχής, εμμηνόπαυσης και πρώτου τοκετού, θηλασμός, λήψη ορμονών, διαιτητικοί παράγοντες, κυστική νόσος, ακτινοβολία κ.ά.

Για περίπου έναν αιώνα, η μαστεκτομή κατά Halsted, ήταν η μόνη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Αλλά, κατά τα τελευταία χρόνια η συντηρητική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού αποτελεί ένα από τα πιο ενδιαφέροντα πεδία της έρευνας.

Επειδή παρά τα όσα έχουν επιτευχθεί μέχρι σήμερα, στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, η αρρώστια αυτή εξακολουθεί να απειλεί με αφανισμό το γυναικείο φύλο, σε ολόκληρο τον πλανήτη μας, και ιδιαίτερα την ελληνίδα, αφού η πρόληψη είναι σχεδόν ανύπαρκτη στη χώρα μας. Το στόχαστρο όλων των επιστημόνων που ασχολούνται υπεύθυνα με την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, πρέπει να στραφούν στο στόχο της ανίχνευσης και της έγκαιρης διάγνωσης της νόσου.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Breast cancer remains the leading cause of malignancy related death in women.

The etiologic factors in breast cancer are: sex, education, age of menarch and menopause, age at the first fullterm pregnancy, breast feeding, socio-economic factors, nutritional factors, cystic disease of the breast, use of hormones, hereditary history of breast cancer irradiation etc.

For about a century halsted mastectomy was considered standard therapy for this disease. But the treatment of early breast cancer is a very exciting field at the recent years.

Inasmuch has been said until today for the confrontation of breast cancer and while this disease continues to be the number one killer worldwide attacking the female sex (especially the Greek woman, since the knowledge of prevention is almost nonexistent in our country) all scientists devoted responsibly against breast cancer, should concentrate their efforts towards an unanimous target of early prevention and diagnosis of this disease.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΕΛΕΓΧΟΣ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Σημειώστε ένα X σε όποια απάντηση σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε τις απαντήσεις.

- Ηλικία:

- 15-20 25-30 35-40 πάνω από 45
 20-25 30-35 40-45

- Επάγγελμα: _____

- Γραμματικές γνώσεις:

- Αγράμματη Λύκειο
 Δημοτικό Ανώτερη Εκπ.
 Γυμνάσιο Ανώτατη Εκπ.

- Έγγαμος Άγαμος Διαζευγμένη Χήρα

- Ηλικία συζύγου: _____

- Επάγγελμα συζύγου: _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έπασχε κανείς συγγενής σας από καρκίνο μαστού;

- Μητέρα Θεία
 Αδελφή Δεν ξέρω

- Παρουσιάστηκε στο συγκεκριμένο πρόσωπο ο καρκίνος:

- Κατά την γόνιμη ηλικία
 Μετά από την εμμηνόπαυση
 Δεν ξέρω

- Έπασχε κανείς συγγενής σας από καρκίνο:

- Ωοθήκης Τραχήλου μήτρας
 Μήτρας Θυρεοειδή αδένια
 Άλλο καρκίνο Δεν ξέρω

- Τι είδους συγγένεια είχατε με τον παραπάνω:

- Πατέρας Παπούς
 Μητέρα Γιαγιά
 Αδελφός/η Παιδί σας

- Αν ναι, σε ποια ηλικία παρουσιάστηκε ο καρκίνος:

- κάτω από 20 40 -49
 20-29 50-59
 30-39 πάνω από 60

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Ξέρετε τι είναι η αυτοεξέταση μαστού;
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αυτοεξετάζετε;
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αυτοεξετάζετε:
 πριν από την περίοδο μετά από την περίοδο
- Πόσο συχνά αυτοεξετάζετε;
 κάθε μήνα
 όχι σε τακτά χρονικά διαστήματα
- Με την αυτοεξέταση του μαστού είδατε ή αισθανθήκατε:
 Πόνο Ανομοιόμορφη ανύψωση του ενός μαστού
 Εισολκή θηλής Αύξηση ή μείωση του μεγέθους του μαστού
 Οίδημα της θηλής Κινητή μαλακή μικρή μάζα στον μαστό
 Σκληρή μάζα στον μαστό
- Εάν ανακαλύψατε κάτι από τα παραπάνω, σε πόση χρονικό διάστημα επισκεφτήκατε τον γιατρό σας:
 Λιγότερο από ένα μήνα 8-9 μήνες
 2-3 μήνες 10-11 μήνες
 4-5 μήνες Πάνω από ένα χρόνο
 6-7 μήνες Δεν θυμάμαι
- Ηλικία έναρξης περιόδου:
 κάτω από 10 15-16
 11-12 Πάνω από 16
 13-14 Δεν είχα ποτέ περίοδο
- Ηλικία εμμηνόπαυσης:
 35-40 55-60
 40-45 Δεν έχω ακόμη εμμηνόπαυση
 45-50
- Διάρκεια περιόδου: _____
- Συχνότητα κύκλου:
 κάθε 28 μέρες λιγότερο από 23 μέρες
 κάθε 23-28 μέρες περισσότερο από 32 μέρες
 κάθε 28-32 μέρες
- Υπάρχει μαστοδυνία καταμήνια:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Είχατε ποτέ πρόβλημα με τους μαστούς σας:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πότε εξεταστήκατε τελευταία φορά από γιατρό:
 πριν 6 μήνες πριν 3-4 χρόνια
 πριν 1-2 χρόνια πάνω από 4 χρόνια
- Ποια ήταν η διάγνωση τότε:
 Ινοκυστική μαστοπάθεια τραύματα
 Μαστίτιδα δεν θυμάμαι
 Ινοστένωμα

ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Έχετε γεννήσει ποτέ:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Πόσους φυσιολογικούς τοκετούς είχατε: _____
- Κάνετε καισαρικές τομές:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πόσες: _____
- Είχατε ποτέ αποβολές:
 ΝΑΙ ΟΧΙ Πόσες;
- Κάνετε ποτέ έκτρωση:
 ΝΑΙ ΟΧΙ Πόσες;
- Σε ποια ηλικία αποκτήσατε το πρώτο σας παιδί:
 15-20 25-30 35-40
 20-25 30-35 40-45
- Μετά από πόσο καιρό αποκτήσατε το πρώτο σας παιδί, από τη στιγμή που το αποφασίσατε:
 μετά 9 μήνες μετά 3 χρόνια
 μετά 2 χρόνια περισσότερο από 3 χρόνια
- Θηλάσατε το μωρό σας:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πόσο καιρό:
 1 εβδομάδα 3-4 μήνες
 μέχρι 1 μήνα 5-6 μήνες
 1-2 μήνες πάνω από 6 μήνες
- Κόντρωσε-πέτρωσε ποτέ ο μαστός σας:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Έχετε πρόβλημα γονιμότητας:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, πόσο καιρό προσπαθήτε ν' αποκτήσετε παιδί:
 1-2 χρόνια 5-6 χρόνια
 3-4 χρόνια πάνω από 6 χρόνια
- Προσπαθήσατε ποτέ να αποκτήσετε παιδί με τεχνική γονιμοποίηση:
 ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Περιέχονται στη διατροφή σας ΜΕΓΑΛΕΣ ποσότητες:
 Ζωϊκού λίπους (κρέας) Οινοπνευματώδη
 Φυτικού λίπους Τίποτε από αυτά
- Καπνίζετε:
 Πολύ Το έχω σταματήσει
 Λίγο Δεν καπνίζω

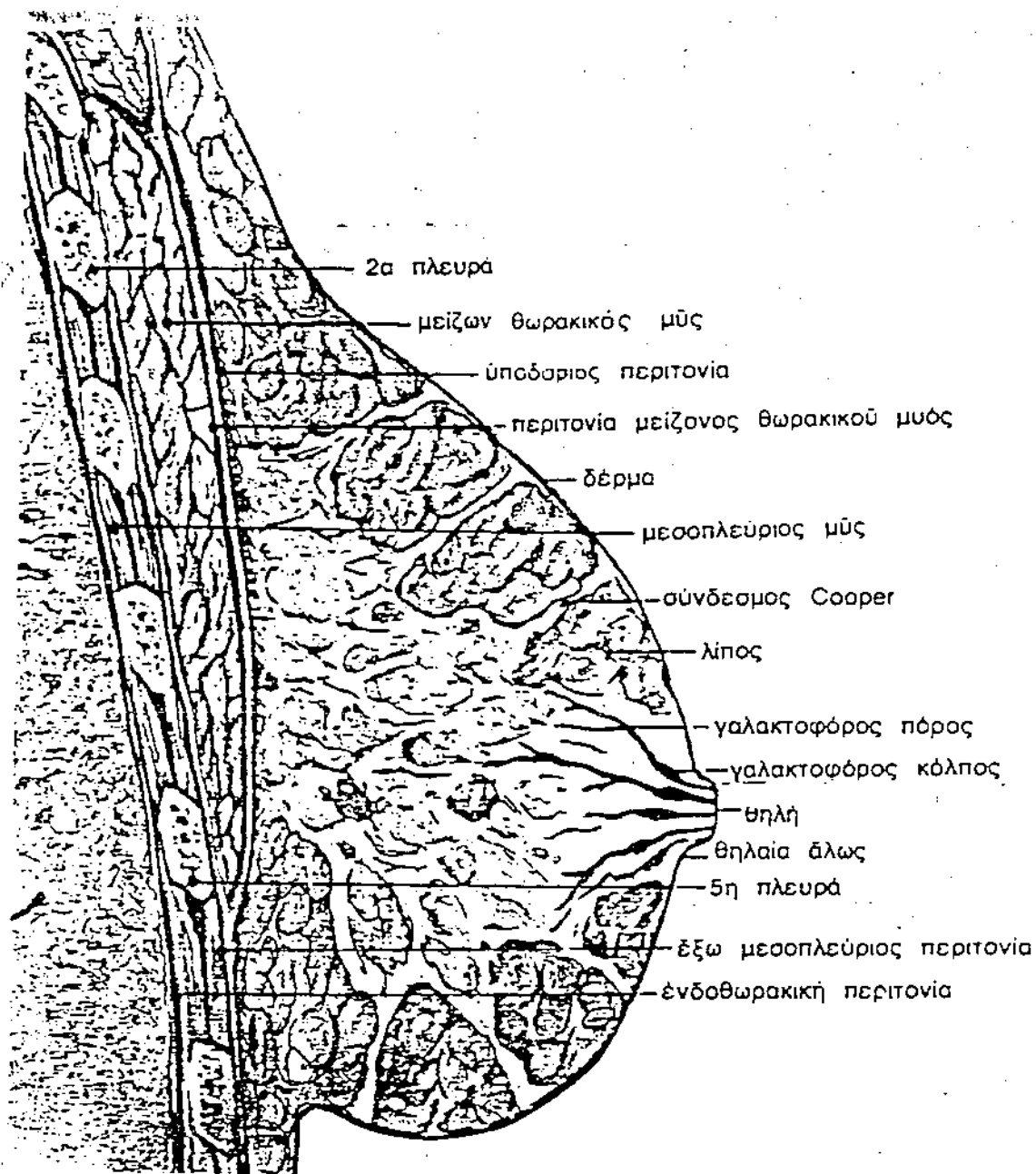
- Παίρνετε αντισυλληπτικά χάπια:
 ΝΑΙ ΟΧΙ Κάποτε ναι, τώρα όχι
- Αν ναι, για πόσο χρονικό διάστημα:
 1-2 χρόνια 5-6 χρόνια
 3-4 χρόνια περισσότερο από 6 χρόνια
- Τι είδους αντισυλληπτικά χάπια παίρνετε:
 Trinordiol Minulet Lydiol
 Gyneva Marrelon Άλλου είδους
 Δεν θυμάμαι

ΠΑΡΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

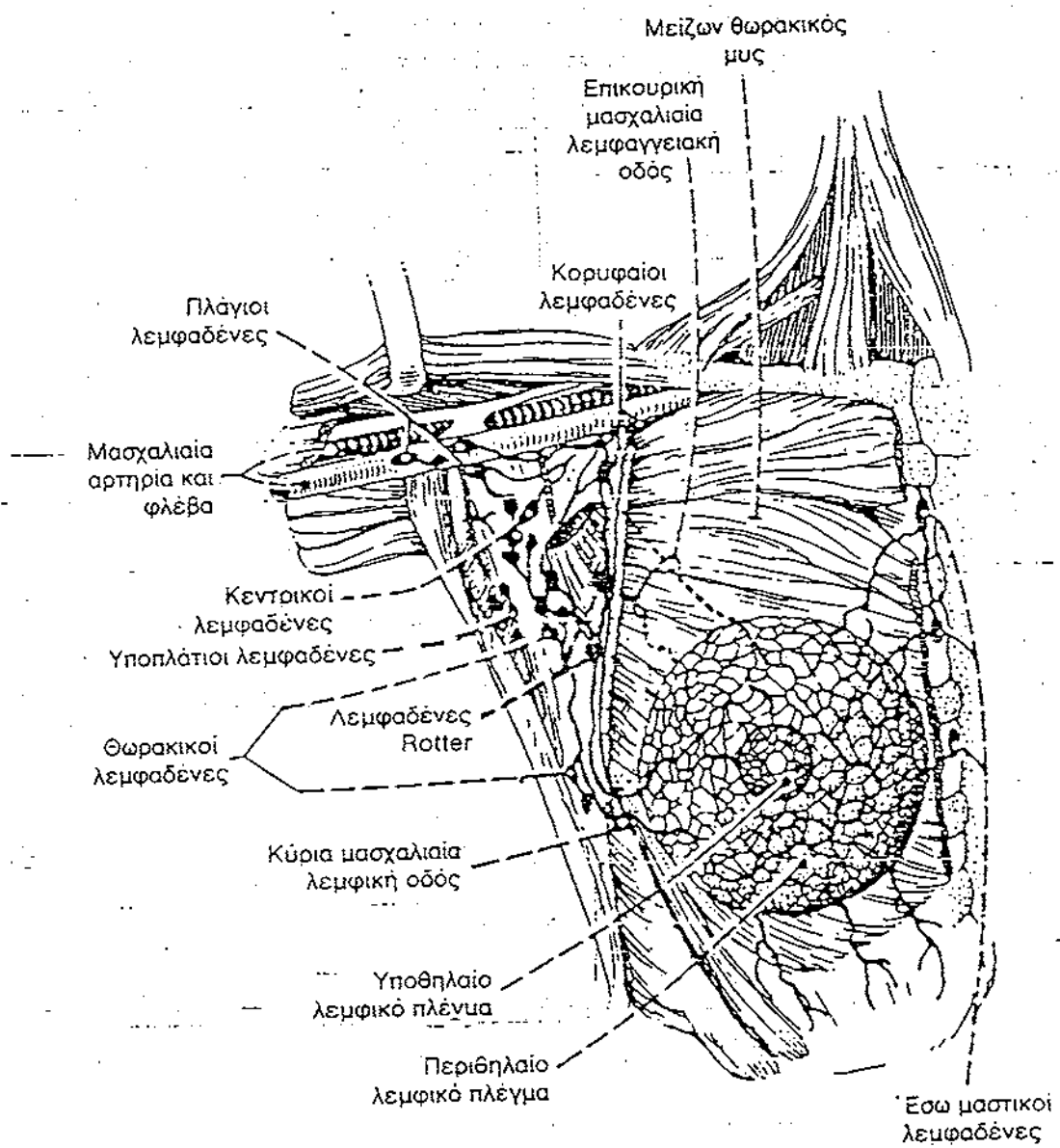
- Ποιο είναι το κύριο σύμπτωμα που έχετε με το μαστό μας για το οποίο ήρθατε:
 Πόνος σκληρή μάζα στον μαστό
 Έκκριση από τη θηλή Κινητή μαλακή μάζα
 Εισολκή της θηλής Για προληπτικούς λόγους
- Πριν πόσο καιρό παρουσιάστηκε το πρόβλημα:
 1-2 χρόνια λιγότερο από 1 χρόνο
 3-4 χρόνια περισσότερο από 4 χρόνια
- Υπάρχει ή υπήρχε έκκριση από το μαστό:
 ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν ναι, τι είδους:
 Ορώδης Πυώδης
 Αιματηρή Πράσινη
 Οροαιματηρή Δεν ξέρω
- Κάνετε ποτέ:
 Μαστογραφία Βιοψία
 Υπέρυθρη θερμογραφία Εγχείρηση στους μαστούς
 Γαλακτογραφία Δεν έκανα
 Κυτταρολογική εξέταση
- Αν κάνατε κάποια από τις παραπάνω εξετάσεις, έδειξαν ότι υπήρχε πρόβλημα με τους μαστούς:
 ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄
ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ

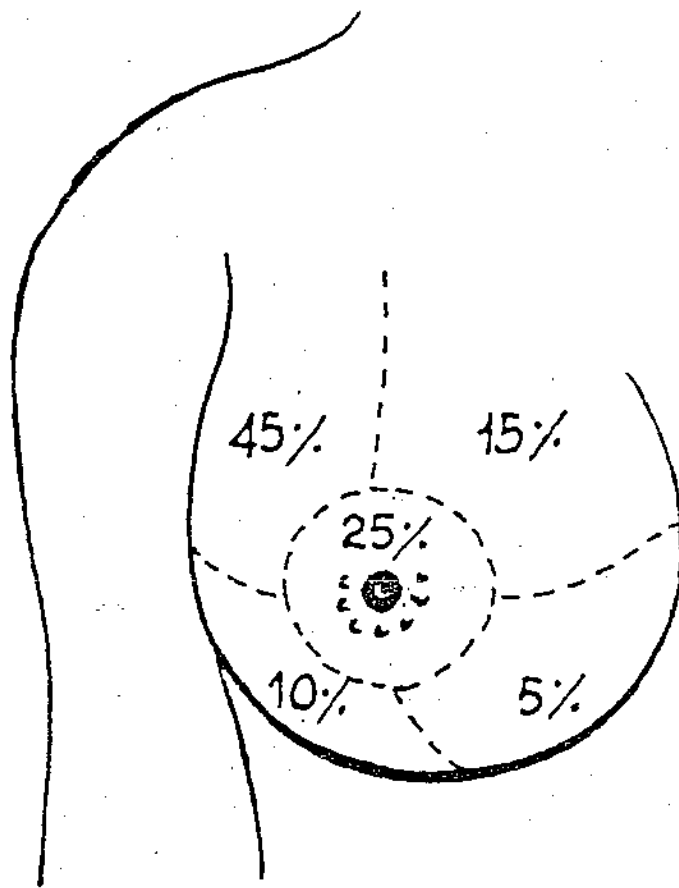


Εικόνα 1.

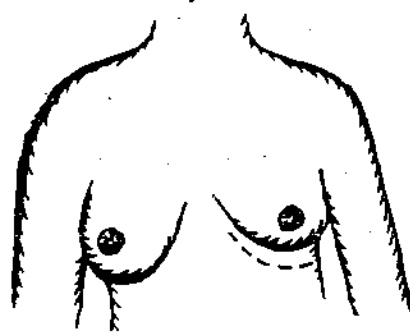


Οι μασχάλιαίοι λεμφαδένες και η λεμφική παροχέτευση του μαστού.

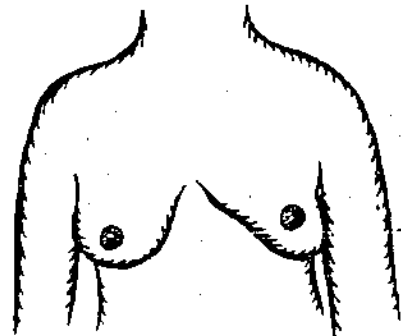
Εικόνα 2.



Εικόνα 3.



Ανύψωση



Ασυμμετρία



Αιμορραγία



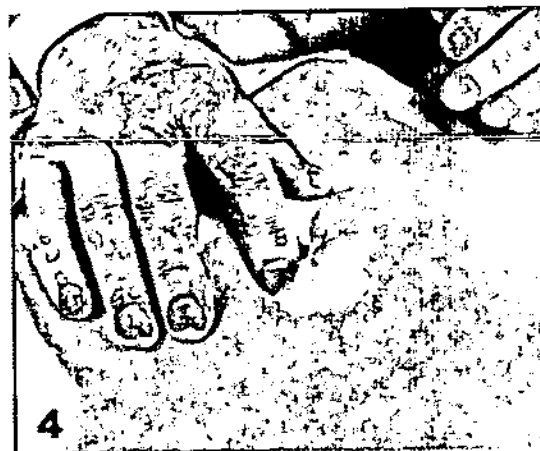
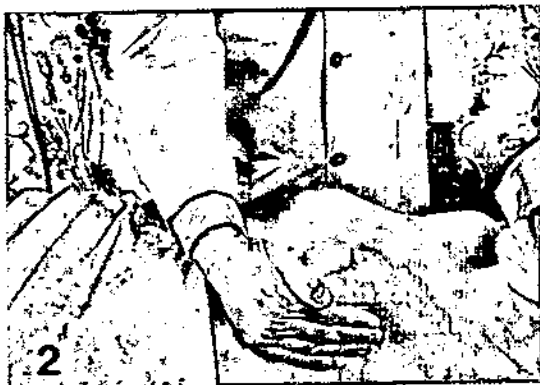
Δέρμα «δικην φλοιού πορτοκαλιού»



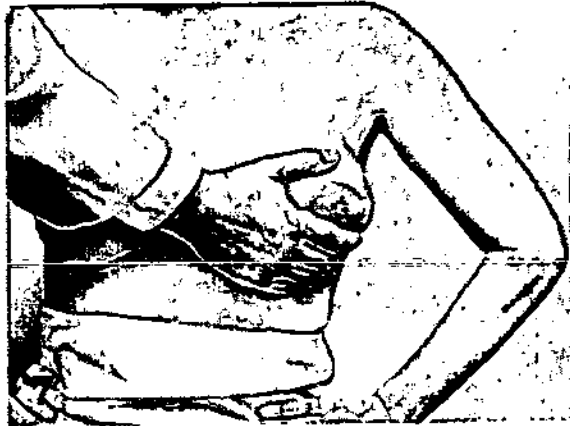
Εισολκή
Θηλής

Εικόνα 4.

Scanton

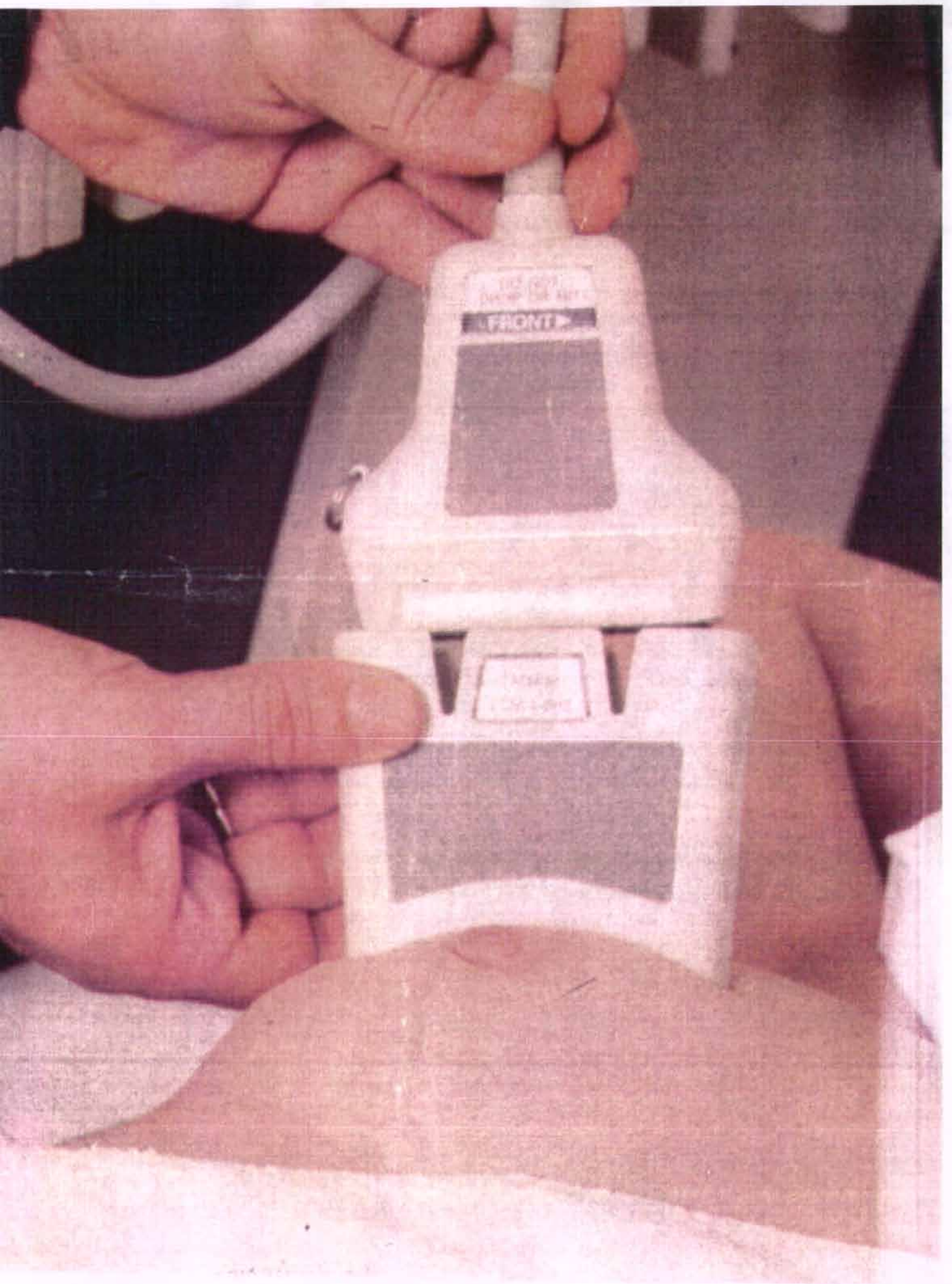


Εικόνα 5

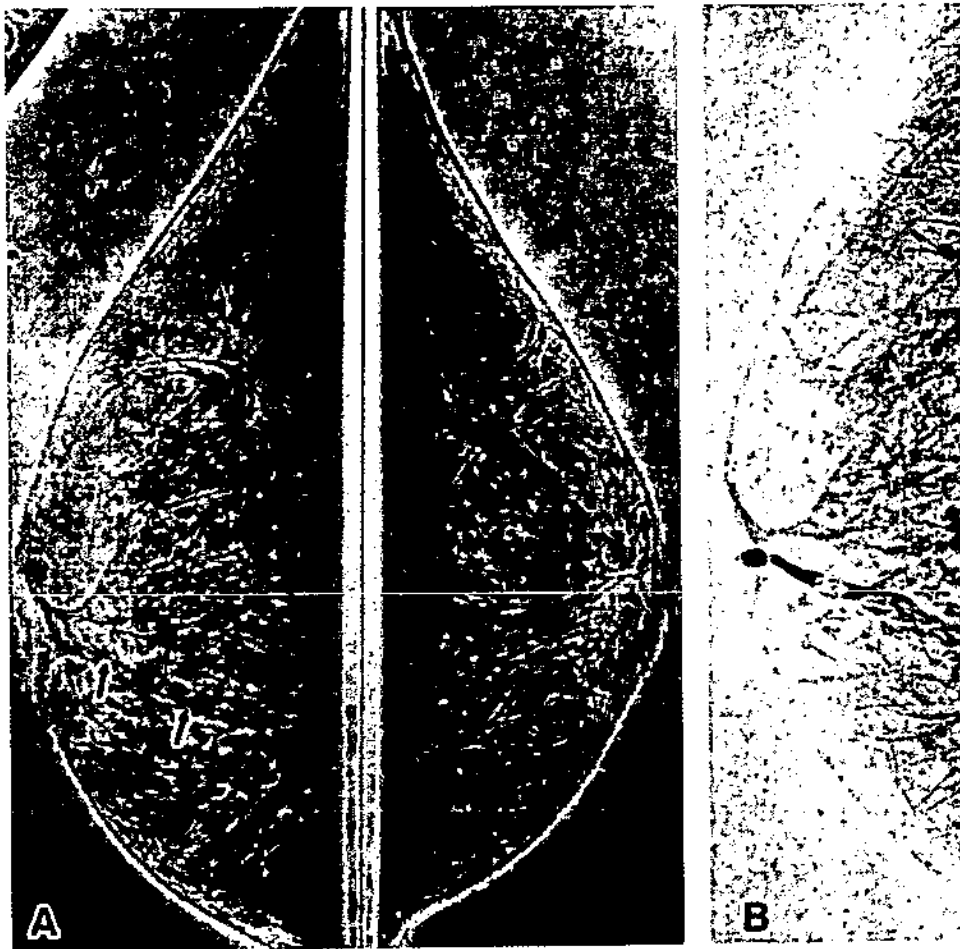




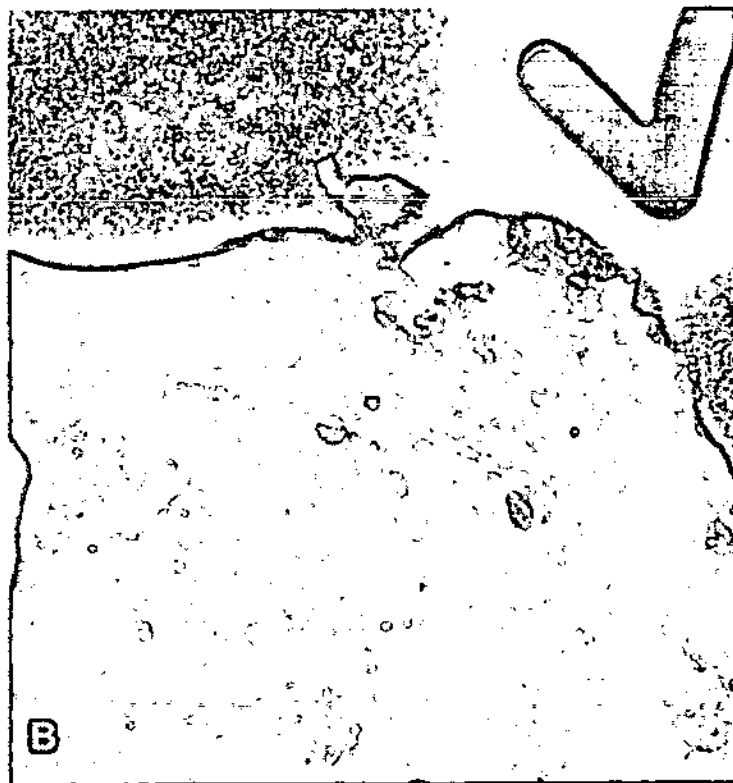
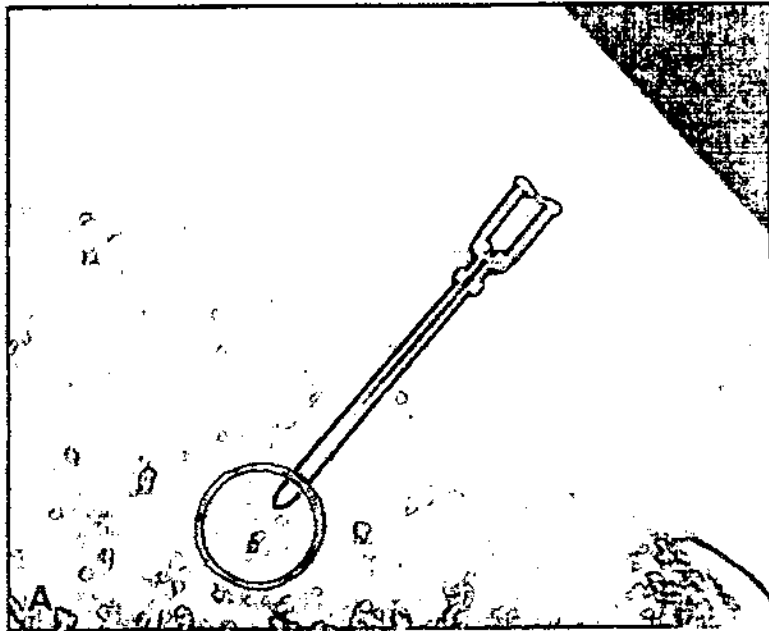
Εικόνα 6.



Εικόνα 7.

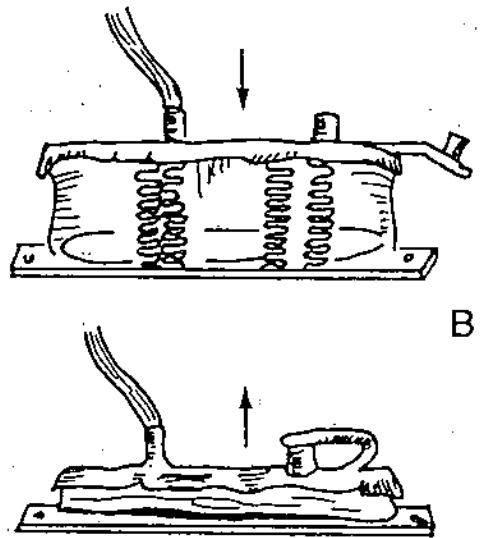
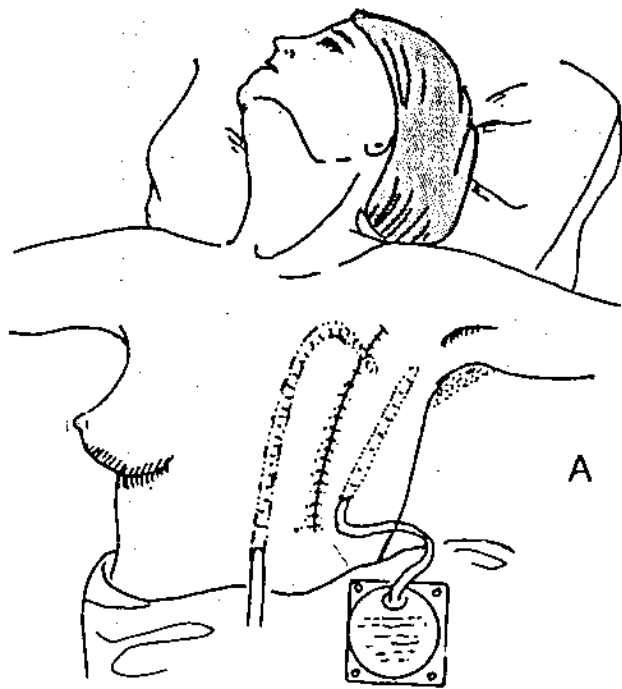


Εικόνα 8.



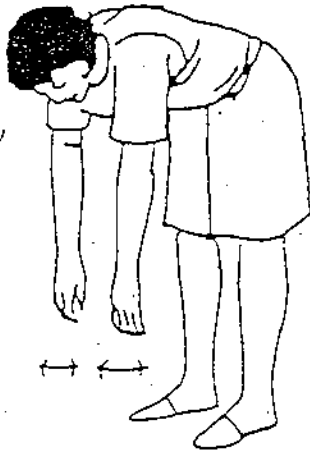
Εικόνα 9.



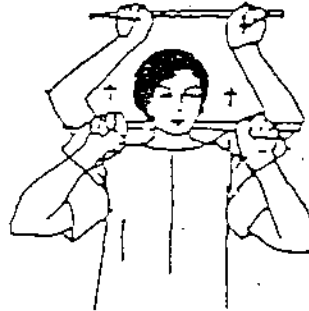


Εικόνα 10

Τα χέρια
κινούνται
χαλαρά και
ελεύθερα σαν
εκκρεμές

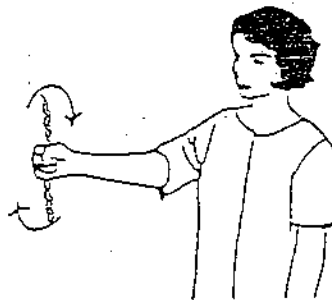


Α. ΕΚΚΡΕΜΕΣ



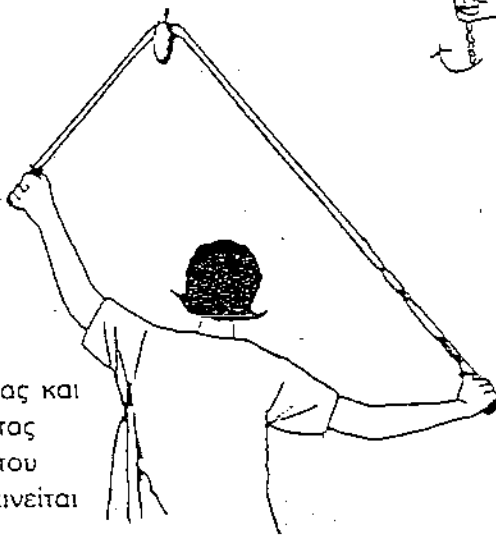
Οι βραχίονες υψώνονται
από το ύψος του λαιμού
ως πάνω από το ύψος
της κεφαλής

Β. ΥΨΩΝΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ
ΒΡΑΧΙΟΝΕΣ



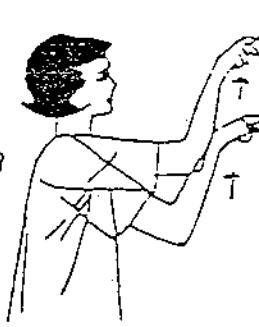
Το σχοινί, δεμένο στο
χερούλι της πόρτας το
γυρίζετε σε μικρούς
κύκλους

Γ. ΣΧΟΙΝΑΚΙ



Ανεβάζοντας και
κατεβάζοντας
τις άκρες του
σχοινιού κινείται
ο ώμος

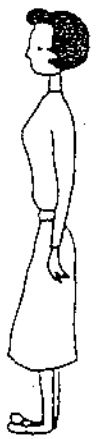
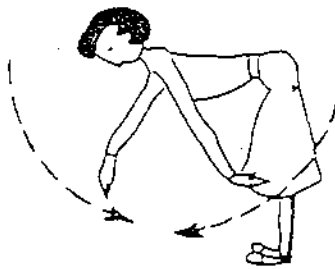
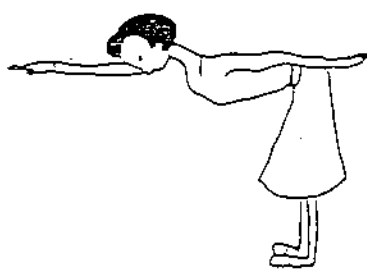
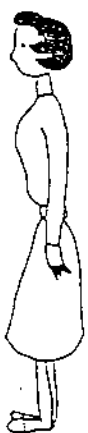
Δ. ΤΡΟΧΑΛΙΑ

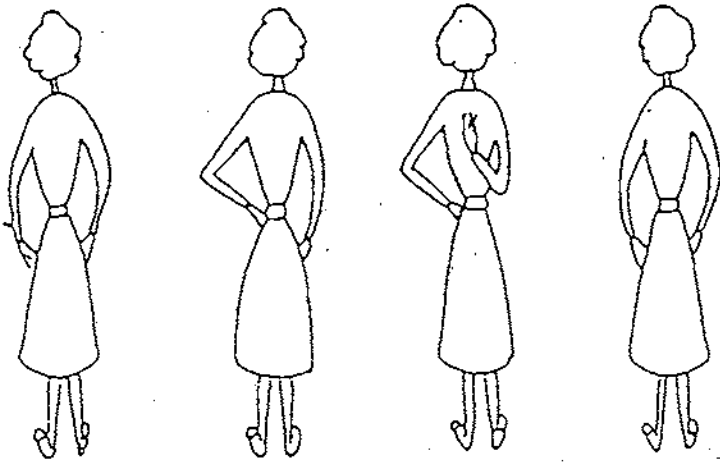


Τα χέρια αναρριχώνται
στον τοίχο όσο μπορούν
υψηλότερα

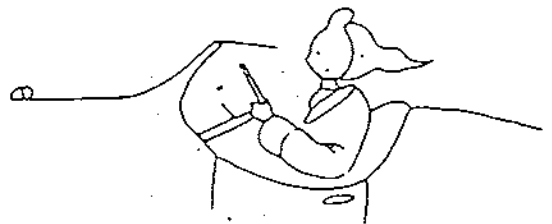
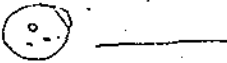
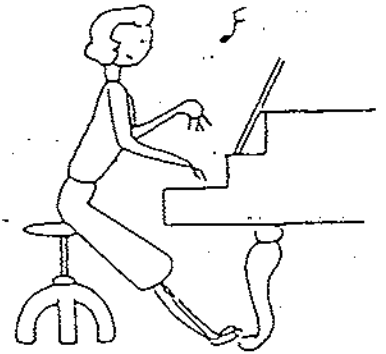
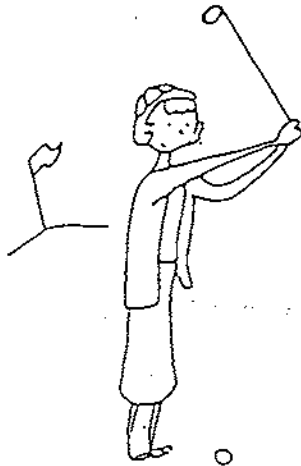
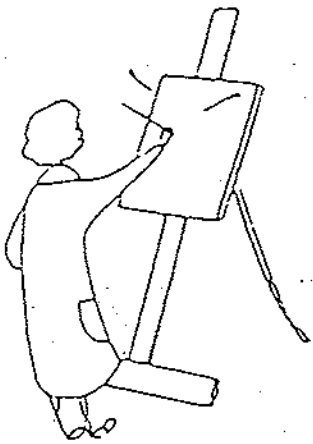
Ε. ΑΝΑΡΡΙΧΗΣΗ

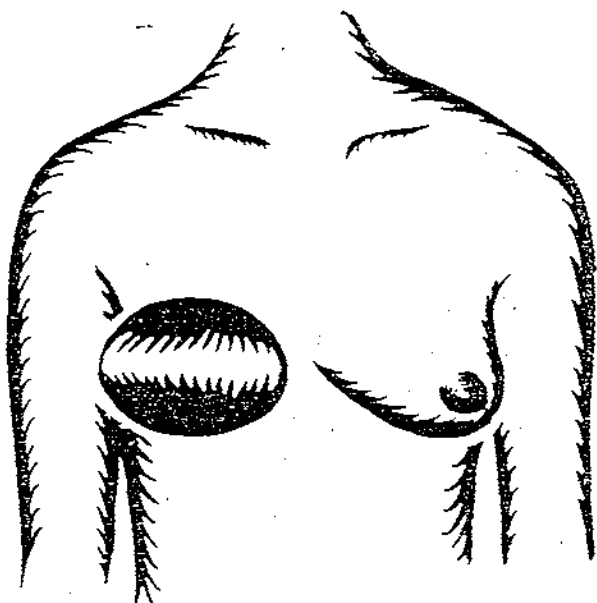
ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΣΑΝ ΚΟΥΠΙ



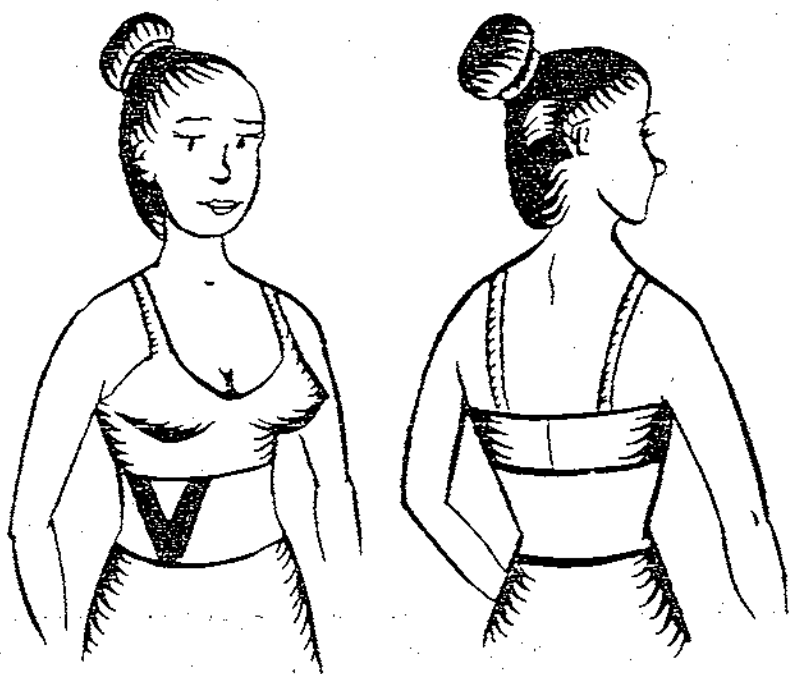


Ασχολείστε με ό,τι σας αρέσει, όπως πρώτα

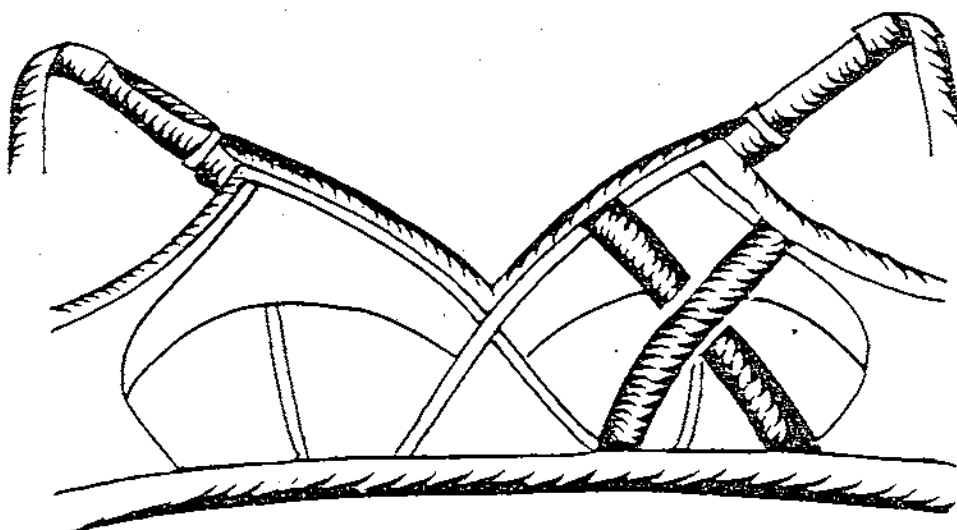




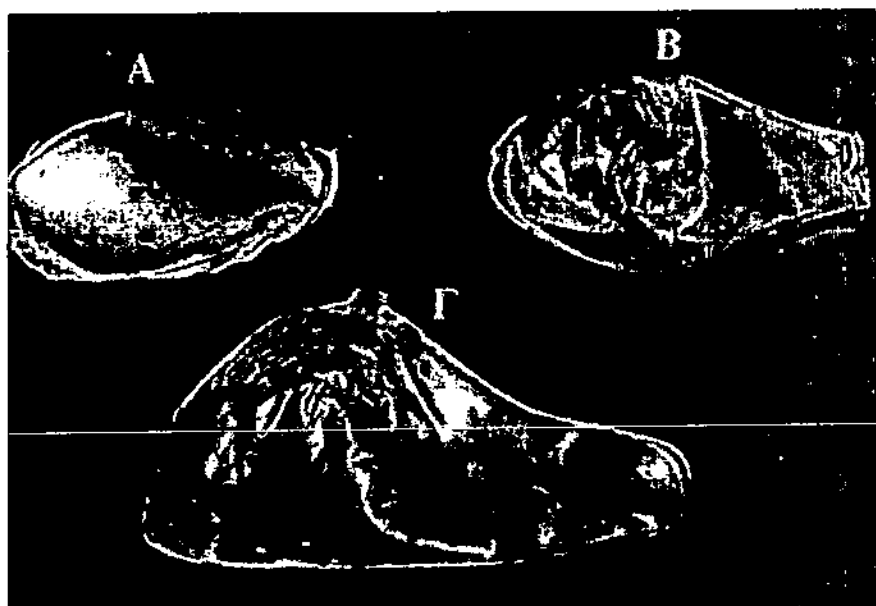
Σωστή τοποθέτηση της προσθήκης.

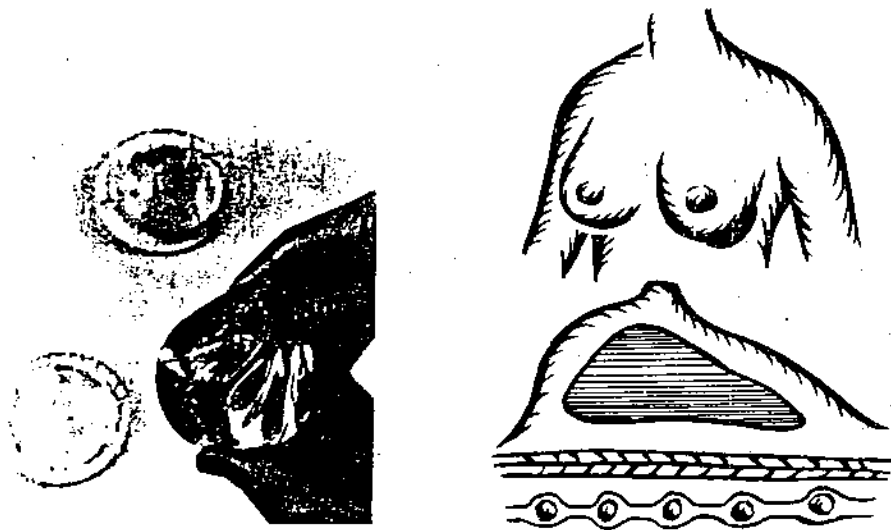


Υποστήριξη του στηθόδεσμου με λάστιχο σχήματος V.



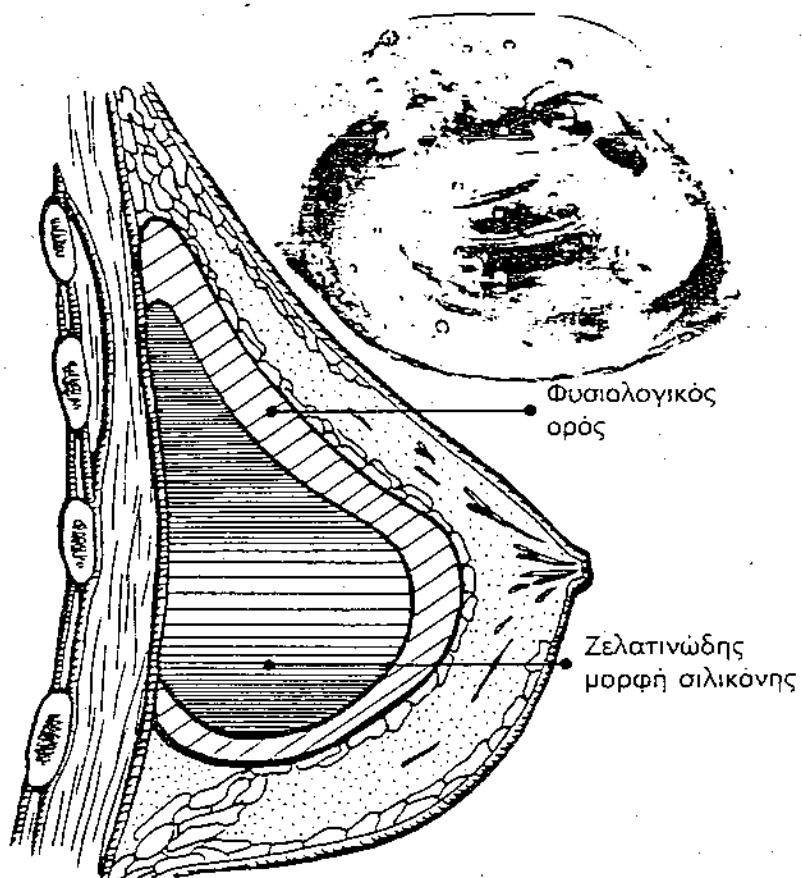
Σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες για να κρατούν την προσθήκη στη θέση της.



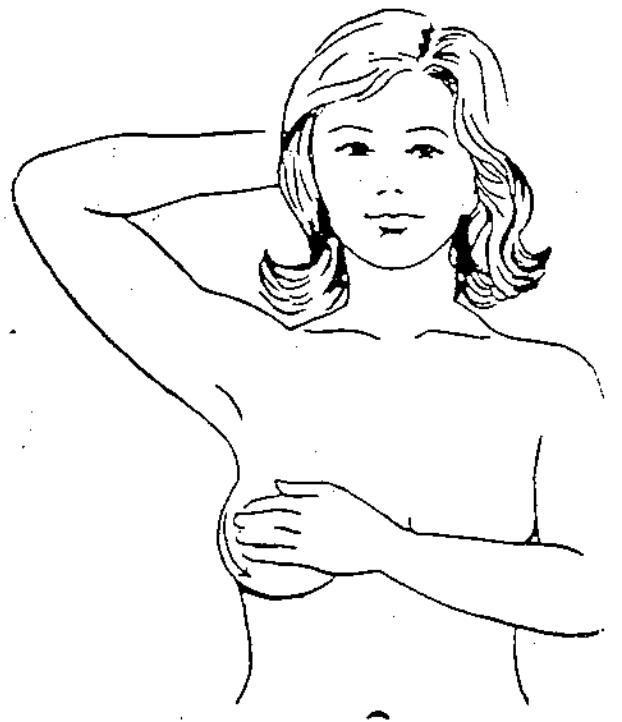
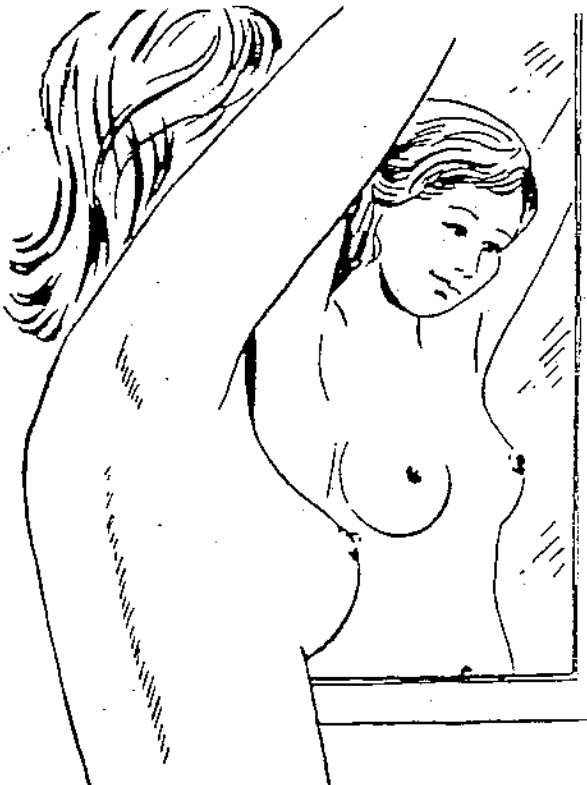
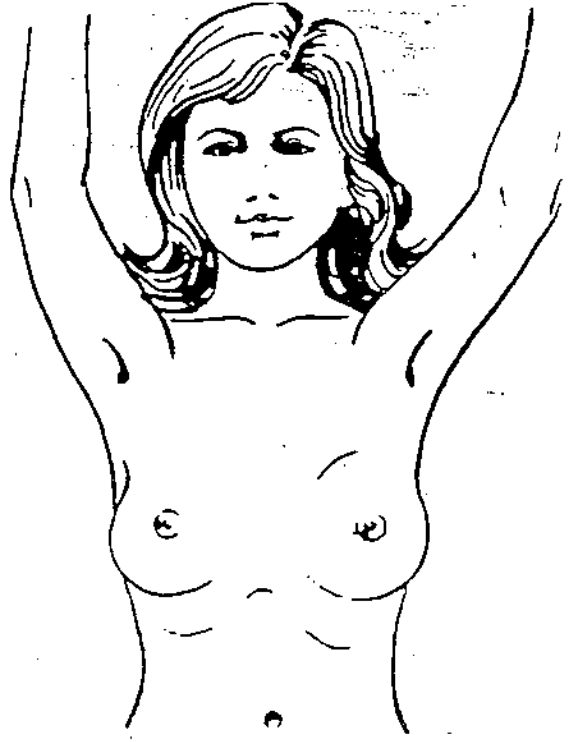
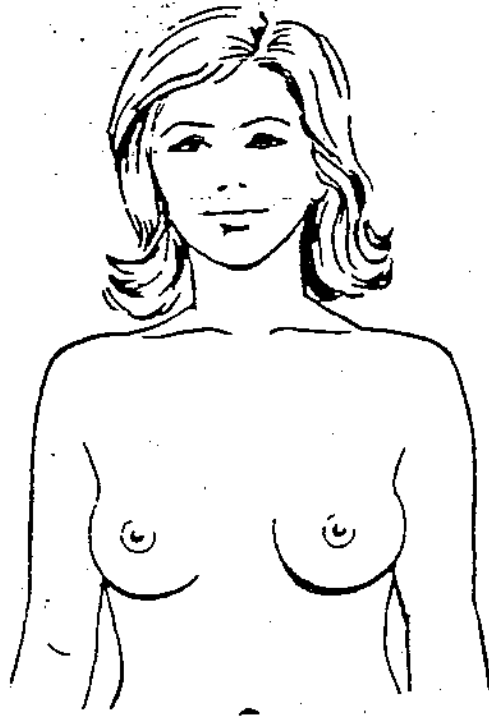


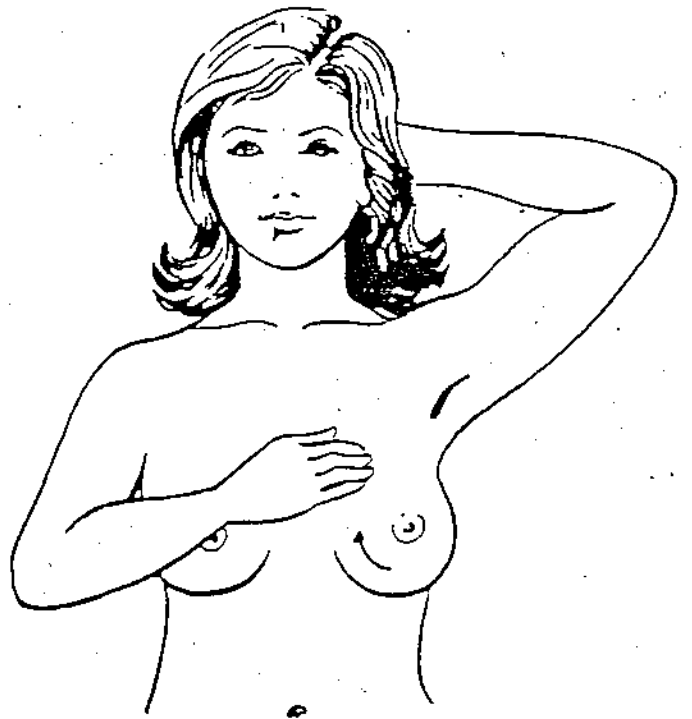
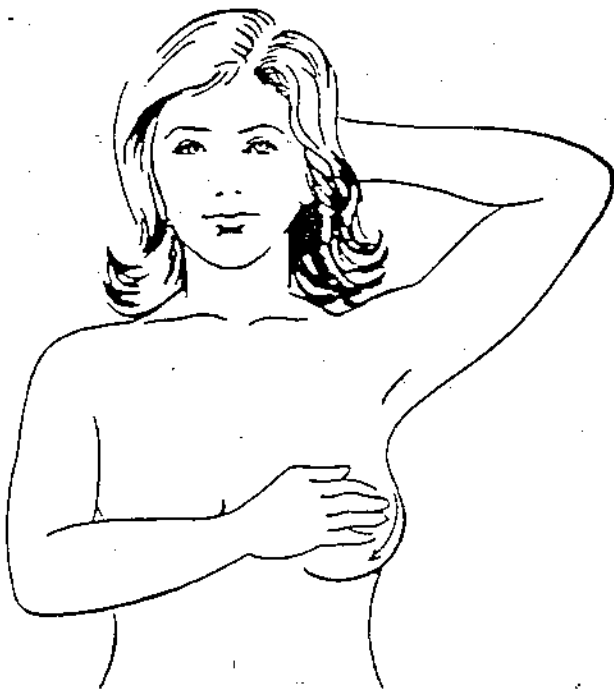
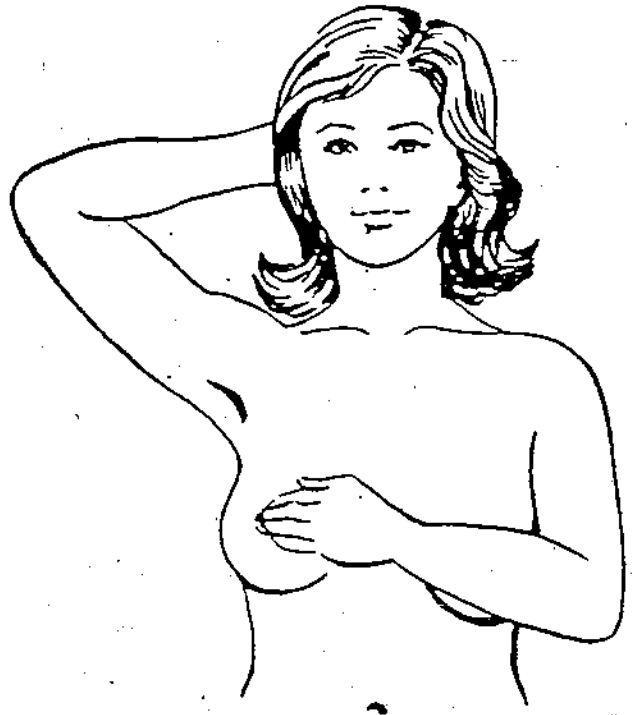
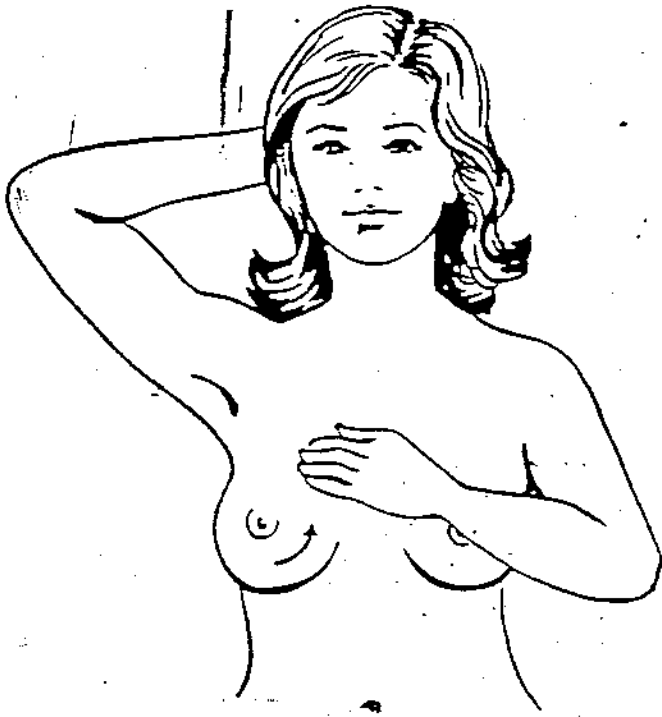
A

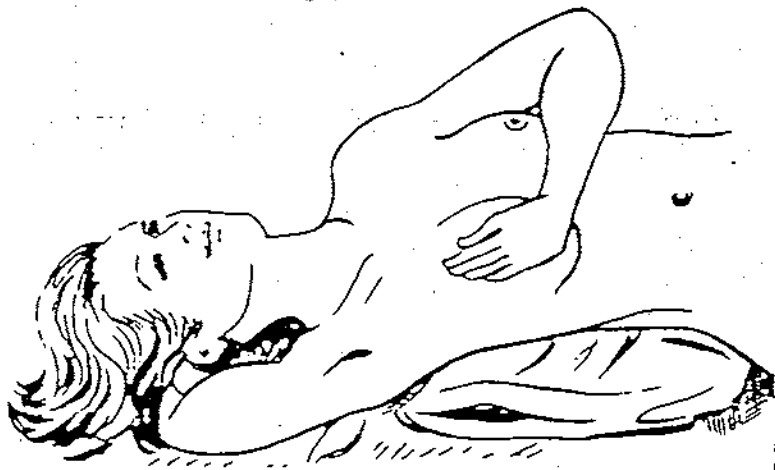
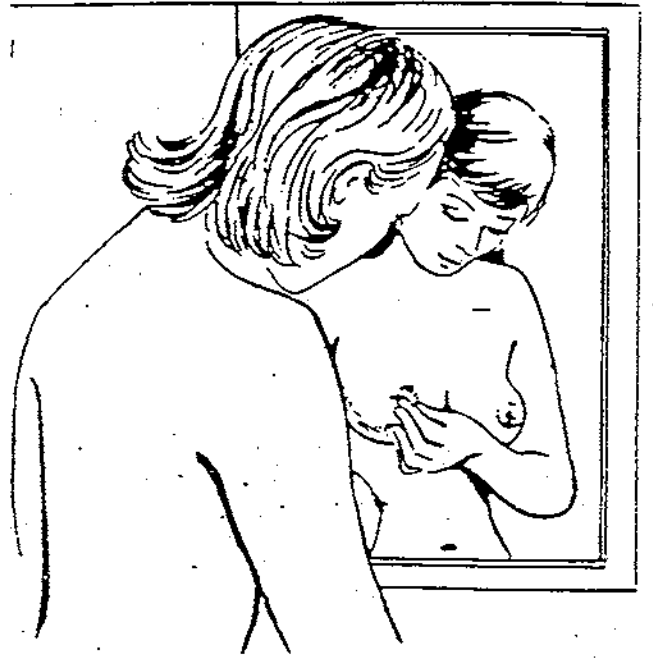
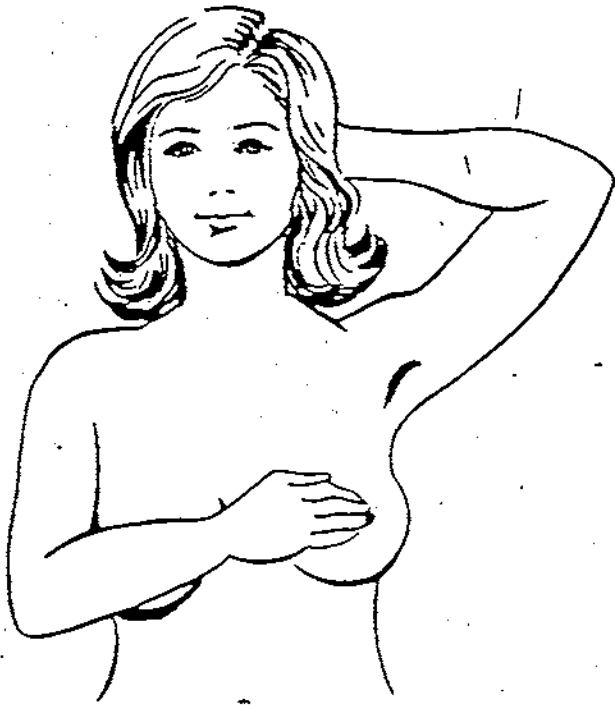
B



Εικόνα 13.







ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ADLERCRNTZ E., COLDIN B.R., DWYER J.T., WARRAM J.H., GORBACL S.L. Effect of diet on estrogen metabolism in women. *J. Steroid Biochemistry*, 1979.
- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε. Η εκπαιδευτική διάσταση της νοσηλευτικής. Εφαρμογή εις την νοσηλεία του καρκινοπαθούς. Ε' Πανελλήνιο Συνέδριο Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών, Ιωάννινα 1978.
- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ Κ., ΜΠΕΝΑΡΑΗΣ. Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας. Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1970.
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι. Φυσιολογία της γυναίκας. Επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.Ι. Επίτομη Χειρουργική και Ορθοπεδική. Έκδοση 5η, εκδόσεις Βασώνης Δ., Αθήνα 1986.
- DE SAXE B.M.: Breast at risk. *S.A. Jr. Med. J.* 47, 1973.
- ΖΑΜΠΑΚΟΣ Ι.: Εισαγωγή στη μορφοχειρουργική. Επίτομος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1981.
- ISARD J.: Breast diseases and correlation of images. Mammography-Thermography-Diaphanography. In: Biomedical Thermology Alan Liss Inc., New York 1981.
- ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ-ΜΟΥΖΑΚΑ Α.: Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού. *Ιατρική*, τόμος 47, τεύχος 1ο, σελ. 6-11, Ιανουάριος 1985.
- ΚΑΖΛΑΡΗΣ Ε.: Παθολογία νεοπλασμάτων. Επίτομος, έκδοση Λεοντιάδη, Αθήνα 1975.
- ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Π.: Χειρουργική. Τόμος 1ος, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 1987.
- KENNEDY B.J.: Breast Cancer. Editor Kennedy B.J., Series Editor Alvin M. Mauer, New York 1989.
- CLAUDIA WALLIS: A Puzzling plague what is it about the American way of life that cause breast cancer?. *TIME*, τόμος 137, τεύχος 2ο, Εβδομαδιαία Έκδοση, Magazine Company 1991, pp 343-354.
- ΚΟΝΔΑΚΗΣ Ε.: Στοιχεία Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Επίτομος, έκδοση Κονδάκης Ε., Πάτρα 1992.

- KONIAPH E.: Καρκίνος Μαστού. Επίτομος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991.
- ΚΟΣΜΙΑΗΣ Π.Α.: Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία. Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΗΣ Γ.: Σημειώσεις ακτινολογίας - ακτινοπροστασίας και ισοτόπων. ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα 1986, σελ. 38-44.
- KROL M.: The patient with cancer, In: Beyers M., Dudas S (eds). The Clinical Practice of Medical Surgical Nursing, 2nd ed. Little Brown and Co 1984, pp 263-273, 285-295, 297-298.
- LATHI R.: Applicability of Clinical examination monography and thermography to mass screening for breast cancer. University Turka, Finland 1977.
- LAWSON K.: Listening to patients. Nurs Time 76:1787-1788, 1980.
- LEIS JZ. H.P.: Presymptomatic diagnosis of breast cancer. Prog. Clin. Cancer, 4, 1970.
- ΛΙΣΣΑΙΟΣ Β.: Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, Αθήνα 1985.
- MAC MAHON B. COLEP, LINTLI et al.: Age of first birth and breast cancer risk. Bulletin WHO, volume 33, No 4, New York 1970, pp 209-221.
- MAC MAHON COLF P., BROWN J.P. et al.: Urine estrogens profiles of Asian and North American women. Internal J. Cancer, volume 14, No 1, New York 1974, pp 161-163.
- ΜΑΝΤΕΛΕΝΑΚΗΣ Σ.Ι.: Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας. Επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.
- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική. Ογκολογική Νοσηλευτική, τόμος Β', Μέρος 2ο, έκδοση 9η, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- MC DOWELL P.: Mastectomy and insertion of prostheses. 1 - The operation and its benefits, Nurs Times 76:1258-1260, 1980.
- PAPAIOANNOU A.: The etiology of human breast cancer. New York, Springer-Verlager, Berlin Heidelberg 1974.

- ΠΑΑΤΗ Χ.: Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον καρκίνο μαστού.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, τεύχος 1ο, τριμηνιαία έκδοση του Εθνικού
Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Ιανουάριος-Μάρτιος
1989, σελ. 62-70.
- ΡΗΓΑΤΟΣ Γ.: Χημειοθεραπεία. Ενημερωτικό φυλλάδιο, έκδοση
1η, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 2ος, μέρος
Β', έκδοση 1η - Πρωτότυπη ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
- ΤΖΩΡΑΚΟΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ Ε.: Χειρουργικές Παθήσεις του μαστού.
Επίτομος, εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
- ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι.: Επίτομος Χειρουργική. Τεύχος 2ο. Επιστημονικές
Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1976.
- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α.-ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: Προληπτική Ιατρική. Εκδόσεις
Γ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
- UNION INTERNATIONALE CONTRE LE CANCER.: Manual of Clinical
Oncology, 3rd ed., Springer-Verlag Berlin 1982, pp
48-50, 123-128, 191-205.
- HASKELL C.M., SPARKS, F.L., THOMPSON R.W.: Breast Cancer.
Cancer Treatment, W.B., Saunders Company, Philadelphia
1980.
- HINKAMP J.H.: The role of mammography in the diagnosis of
breast cancer. Am. J. Obstet. Gynecol., 1971.
- WINCHSTER P. DAVID. The diagnosis and Managment of breast
cancer, clinical Gynecology. Volume 1, No 26,
copyright by J.B. Lippincott Company Philadelphia-USA
1981, pp 1-10.

