

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΘΕΜΑ: "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ"**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:  
ΚΛΕΙΔΕΡΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ: 10/9/1993



ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

937

**Α φ ι έ ρ ω σ η**

Αφιερώνω την πτυχιακή μου  
εργασία στους γονείς μου με  
αγάπη και ευγνωμοσύνη.

**Ε υ χ α ρ ι σ τ ί ε ς**

Στην αρχή της εργασίας μου θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτρια Κα Παπαδημητρίου Μαρία, για την βοήθειά της στην ολοκλήρωση της εργασίας μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
Αφιέρωση	I
Ευχαριστίες	II
Πίνακας περιεχομένων	III
Πρόλογος	IV

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Εισαγωγή	1
Καρκίνος του μαστού	2
Επιδημιολογία και αιτιολογία	<u>3</u>
Στατιστική	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

Ανατομία	13
Φυσιολογία	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Σταδιοποίηση - μεταστάσεις καρκίνου μαστού	20
Κλινική εικόνα - Συμπτώματα	24
Διάγνωση	<u>25</u>
Πρόγνωση	<u>31</u>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Ειδικές μορφές καρκίνου του μαστού (Καρκίνος μαστού στον άνδρα - Καρκίνος μαστού στην παιδική ηλικία).	34
Ειδικά προβλήματα στον καρκίνο μαστού (εγκυμοσύνη και Ca μαστού)	36
Θεραπεία	37

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Πρόληψη - ανίχνευση του καρκίνου και ο ρόλος της Νοσηλεύτριας	42
Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαγνωστικές εξετάσεις Ca μαστού (μαστογραφία - υπολογιστική τομογραφία- βιοψία)	45

## ✱ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Χημειοθεραπεία - Νοσηλευτική παρέμβαση	53
Ακτινοθεραπεία - Νοσηλευτική παρέμβαση	57
Η Νοσηλευτική κατά τη χειρουργική επέμβαση	59

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

Νοσηλευτική συμβολή στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής αρρώστου με καρκίνο	68
Νοσηλευτική παρέμβαση στην φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας (Μαστεκτομή)	73
Ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αντιδρά- σεις και ο ρόλος της Νοσηλευτικής	75
Σχεδιασμός για έξοδο από το Νοσοκομείο	77
Υγειονομική διαπαιδαγώγηση	77

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

Περιπτώσεις ασθενών με Ca μαστού	82
Νοσηλευτική φροντίδα αυτών εφαρμόζοντας την μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας	82
Προτάσεις - Συμπεράσματα	91

	Σελίδα
Επίλογος	94
Βιβλιογραφία	95

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Από στατιστικές των τελευταίων χρόνων, έχει αποδειχθεί, ότι ο καρκίνος έχει προοδευτική άνοδο. Θεωρείται η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ο καρκίνος δεν διαλέγει όταν κτυπά ούτε κοινωνικές τάξεις ούτε ηλικίες ούτε κατοίκους πόλεων ούτε κατοίκους χωριών. Σ' όλα τα στάδια της ασθένειας έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενείς κάθε ηλικίας, όπου ο καθένας θέλει τη δική του μεταχείριση, όπως επίσης αντίστοιχη μεταχείριση χρειάζονται και οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων.

Σκοπός της εργασίας μου είναι να δώσω μια μικρή γενική εικόνα του θέματος "καρκίνος του μαστού" δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου. Ο καρκίνος του μαστού καταδικάζει πολλές γυναίκες σε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, επειδή βρίσκονται σε προχωρημένα στάδια. Με την σωστή ενημέρωση και πρώιμη διάγνωση μπορεί να μειωθεί σημαντικά το ποσοστό θνησιμότητας.

Στην εργασία μου θα τονίσω το ρόλο της νοσηλεύτριας που είναι πολύ σημαντικός, και δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντιθέτως, οι επιδιώξεις τους αποβλέπουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα. Ακόμη η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Johannes Muller το 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσεως του καρκίνου.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοήθες ή κακοήθες. Το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Το κακοήθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής στον οργανισμό, που διασκορπίζονται, μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Για να γίνει ένα νέο νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο ένα τουλάχιστο εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει (10 μήνες περίπου), ώστε από αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματιστεί το ογκίδιο αυτό.

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η φυσική ιστορία του καρκίνου του μαστού είναι συνήθως πολύ μεγάλη (παρατεταμένη) ώστε να θεωρείται όπως και μερικοί άλλοι όγκοι (π.χ. ο καρκίνος του θυροειδούς) σαν χρόνια κακοήθεια. Υπολογίζεται ότι τη στιγμή της κακοήθους εξαλλαγής του πρώτου κυττάρου χρειάζονται περίπου 30 διαδοχικοί διπλασιασμοί και γύρω στα 7-8 χρόνια για να δημιουργηθεί όγκος που να αντιστοιχεί σε σφαίρα διαμέτρου 1cm.

Ο καρκίνος του μαστού επεκτείνεται διά μέσου των λεμφαγγείων και της αιματικής ροής. Οι λεμφαδένες δρουν σαν φίλτρο των κακοήθων κυττάρων που έχουν διαφύγει από την πρωτοπαθή εστία του όγκου. Εάν τα κακοήθη κύτταρα ξεπεράσουν το φίλτρο των μαχαλιαίων λεμφαδένων φθάνουν και διηθούν τους υπερκλείδιους λεμφαδένες και από εκεί εισέρχονται στην φλεβική κυκλοφορία ακολουθώντας τις λεμφαγγειακές οδούς. Επίσης τα κακοήθη κύτταρα μπορούν να μετακινηθούν προς τους έσω μαστικούς λεμφαδένες και από εκεί στους λεμφαδένες του μεσοθωρακίου ή τους τραχηλικούς και απ' αυτούς στη φλεβική κυκλοφορία.

Οι μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού μπορεί να εντοπιστούν σε μεγάλο αριθμό οργάνων. Τα στοιχεία που έχουμε για τις πιθανότητες προσβολής διαφόρων οργάνων προέρχονται από νεκροτομικές μελέτες.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι γνώσεις μας γύρω από την πραγματική αιτία ανάπτυξης του καρκίνου στο μαστό είναι ακόμη περιορισμένες. Σήμερα, ύστερα από διάφορες στατιστικές μελέτες είμαστε σε θέση να 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.

Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι γενετικοί (φύλο, ηλικία, βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό), ορμονικοί (ηλικία, εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, ηλικία στον πρώτο τοκετό, θηλασμός, λήψη ορμονών κ.α.), περιβαλλοντικοί (εθνικοί, κοινωνικοοικονομικοί, εκπαιδευτικοί, διαιτητικοί), μορφολογικοί, εξωγενείς ή ιατρογενείς.

Γενετικοί παράγοντες: Φύλο. Η σχέση προσβολής από καρκίνο μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες : 1 άνδρας.

Ηλικία. Η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία. Καρκίνος μαστού στη γυναίκα δεν εμφανίζεται πριν 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.

Οικογενειακό ιστορικό. Το γεγονός ότι ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει οικογενή χαρακτήρα παρατηρήθηκε ήδη από τον προηγούμενο αιώνα (Broca) και αρκετές σύγχρονες επιδημιολογικές μελέτες επιβεβαίωσαν την παρατήρηση αυτή. Αυξημένος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό.

Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή παρουσίασε καρκί-

νο του μαστού έχουν 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο, ενώ βρέθηκε ασθενέστερη συσχέτιση όταν καρκίνος μαστού υπήρχε στη θεία ή στη γιαγιά. Αν ο καρκίνος του μαστού στη μητέρα ή την αδελφή παρουσιάσθηκε πριν την εμμηνόπαυση και ήταν αμφοτερόπλευρος, ο κίνδυνος αυτός οκταπλασιάζεται ή και δεκαπλασιάζεται.

Άλλοι παράγοντες. Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση καρκίνου του μαστού με τη γενετικά προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο 55 ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών, χρωσωμάτων. Τέλος από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα (8-10 φορές) εμφάνισης δεύτερου πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο μαστού στο παρελθόν. Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης καρκίνου μαστού με καρκίνους ωοθήκης, ενδομητρίου και παχέος εντέρου.

Από διάφορες στατιστικές μελέτες προκύπτει επίσης ότι οι παχύσαρκες και οι υψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Οι Juzet και συν. (1978, 198) διαπίστωσαν σε βαθμό ουσιαστικά σημαντικό την ευεργετική επίδραση του πρώτου άρρενος εμβρύου στην επιβίωση των γυναικών με καρκίνο μαστού· αντίθετα οι Janerich και συν. (1980), αυτήν του θήλεος εμβρύου. Περαιτέρω μελέτη και διερεύνηση χρειάζονται ακόμη οι παράγοντες που έχουν σχέση με την καθημερινή κατανάλωση οινοπνεύματος, τη χορήγηση οιστρογόνων κατά την κλιμακτήριο, την διακοπή της κυήσεως στο 1ο τρίμηνο, την βαφή των μαλλιών, την αμυγδαλεκτομή κ.α.

Ορμονικοί παράγοντες: Ηλικία στην εμμηναρχή ή εμμηνόπαυ-

ση. Η πρόωγη έναρξη της εμμήνου ρύσεως και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζεται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις η χρονική περίοδο των μονοφασικών (ανωορρηκτικών) κύκλων είναι αυξημένη, πράγμα που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Άλλες δύο σημαντικές μελέτες, η μια στο John Hopkins από τους Cowan και συν. (1981) αναφέρει κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού στην προεμμηνόπαυση 5,4 φορές μεγαλύτερο στις άτεκνες γυναίκες με ανωορρηκτικούς κύκλους σε σύγκριση με άτεκνες γυναίκες με φυσιολογικούς κύκλους και η άλλη στην Mayo clinic παρουσιάζει κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού 1,45 φορές μεγαλύτερο στην ομάδα των γυναικών με αποδεδειγμένους ανωορρηκτικούς κύκλους ή με διαπιστωμένες πολυκυστικές ωοθήκες.

Αντίθετα η τεχνητή διακοπή της εμμήνου ρύσεως (χειρουργική αφαίρεση ωοθηκών) φαίνεται να δρα προστατευτικά και η προστατευτική αυτή δράση είναι τόσο μεγαλύτερη, όσο νωρίτερα γίνει η επέμβαση.

Ηλικία στον πρώτο τοκετό. Η ηλικία της γυναίκας στην πρώτη τελειώμηνη εγκυμοσύνη φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη την μετέπειτα ζωή. Αντίθετα, πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, ίσως επειδή ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση, θεωρία την οποία υποστηρίζουν και αναλύουν με μαθηματικό τρόπο οι Moolgavkar και συν. (1980).

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

Λήψη ορμονών. Η δράση των χορηγουμένων ορμονών στο επιθήλιο του μαστικού αδένου μελετάται σήμερα επισταμένως από πολλούς ερευνητές. Φαίνεται να ενοχοποιούνται η θυρεοειδοπάθεια, η λήψη οιστρογόνων δίχως προγεστερονική κάλυψη κατά την κλιμακτήριο, η ανεπάρκεια του ωχρού σωματίου, οι μονοφασικοί κύκλοι κ.α. Για την χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών οι γνώμες διίστανται. Η εκτίμηση της ασφάλειας που παρέχουν τα αντισυλληπτικά χάπια κατά της καρκινογένεσης είναι πολύ δύσκολο έργο. Και αυτό επειδή για να μπορέσει κάποιος να κάνει μια παρόμοια εκτίμηση πρέπει να γνωρίζει απόλυτα τον λαμβάνοντα χρόνο που μεσολάβησε από την πρώτη έκθεση της γυναίκας στον παράγοντα αυτό, μέχρι την στιγμή που θα αναπτυχθεί η συγκεκριμένη κακοήθεια.

Ενδογενείς ορμόνες. Επιδημιολογικές μελέτες και πειράματα στα ζώα έχουν αποδείξει ότι τα οιστρογόνα διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες. Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί. Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικά και στον αστικό πληθυσμό.

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.

Διαιτητικοί. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις παχύσαρκες γυναίκες, χωρίς όμως να έχει βρεθεί σαφής σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και επιπέδων χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων και ολικών λιπιδίων στον ορό του αίματος. Η άποψη ότι οι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν την στάθμη, την σύνθεση και το μεταβολισμό των οιστρογόνων είναι πλέον γενικότερα αποδεκτή.

Μορφολογικοί παράγοντες. Προηγηθείσα βιοψία .

Παρόλο ότι η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται από πολλούς ως παράγοντας αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού, εν τούτοις δεν έχει διαλευκανθεί πλήρως ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που μεσολαβεί. Εξαίρεση παρουσιάζει η βιοψία που γίνεται για τα ιοναδενώματα.

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρω 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου μαστού σε γυναίκες με διαπιστωμένη κυστική νόσο. Η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπεροπλασίες με πολλαπλή θηλωμάτωση αυξάνουν τον κίνδυνο νοσήσεως 2,5 φορές.

Υπάρχουν δύο πιθανές εξηγήσεις : 1) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια αυτή καθ' εαυτή είναι προκαρκινική κατάσταση που ή προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή ή είναι πρόιμη εκδήλωση της κακοήθους εξαλλαγής. 2) ότι καλοήθεις και κακοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο.

Τον κίνδυνο επίσης αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και στους σιελογόνους αδένες.

Παρεγχυματικός τύπος. Ο Wolfe ανέπτυξε ένα μαστογραφικό

σύστημα διαχωρίζοντας τους μαστούς σε 4 τύπους με βάση την ακτινολογική εικόνα, ελέγχοντας τρία βασικά δομικά στοιχεία στις μη καρκινοπαθείς γυναίκες.

Σήμερα, πιστεύεται ότι τον ακτινομορφολογικό τύπο καθορίζουν και άλλοι παράγοντες, μεταξύ των οποίων και η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο τοκετό.

#### Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

Στους εξωγενείς παράγοντες την μερίδα του λέοντος κατέχει η ακτινοβολήση του μαστού με υψηλή δόση ακτινοβολίας, καθώς και γυναίκες που λόγω φυματίωσης υποβλήθηκαν σε επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων.

Τέλος, για την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού σήμερα ενοχοποιείται η χρόνια ψυχική έκταση της γυναίκας.

#### Σ Τ Α Τ Ι Σ Τ Ι Κ Η

Σήμερα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 28% όλων των καρκίνων στις γυναίκες. Στη χώρα μας κάθε χρόνο περισσότερες από 1600 γυναίκες προσβάλλονται από τη νόσο και από αυτές οι 850 περίπου πεθαίνουν. Η συχνότητά του στην Ελλάδα αυξάνει με ένα ρυθμό γύρω στο 4-5% ετησίως. Υπολογίζεται ότι 7% των γυναικών που γεννούνται αναμένεται να προσβληθούν από καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Φαίνεται ότι είναι πάθηση των αναπτυγμένων χωρών αφού η συχνότητά του στην Βόρεια Αμερική, Βόρεια Ευρώπη και Αυστραλία είναι βλάσια συγκριτικά με άλλες χώρες χαμηλότερου βιοτικού επιπέδου. Στην Αμερική υπολογίζεται ότι μια στις 17 γυναίκες (1:17) θα προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Ενώ υπάρχουν και



άλλες αναλογίες όπως 1:20 ή 1:25. Περίπου 70 καρκίνοι μαστού αναφέρονται το χρόνο στην Αμερική σε 100.000 γυναίκες.

Είναι ενδιαφέρον ότι στην Ιαπωνία η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι σχετικά χαμηλή και από μερικούς αποδίδεται στην μικρή διάρκεια της ορμονικής δραστητικής περιόδου, την υψηλή γονιμότητα των γυναικών, το μακρό χρόνο θηλασμού, διαιτητικούς ορμονικούς και γενετικούς παράγοντες.

Σχέση γυναικών προς άνδρες είναι περίπου 1000:1.

Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού απαντά σε 1%, αλλά έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα αυτή αυξάνει αργότερα με την προσβολή του ενός μαστού.

Παρόλες τις διαγνωστικές και θεραπευτικές προόδους που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία 30 χρόνια το ποσοστό επιβίωσης ελάχιστα μόνο αυξήθηκε.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΙΩΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΑ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΕΤΟΣ

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ													ΑΝΔΡΕΣ			85+ Σύνολο	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79		80-84
1961	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	4	-	-	-	1	5
1962	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
1963	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	6
1964	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	3	1	1	1	2	1	-	8
1965	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	2	2	1	-	-	10
1966	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	3	3	1	1	3	-	8
1967	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	2	2	1	1	1	-	11
1968	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	1	1	-	1	-	-	4
1969	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	3	-	-	7
1970	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	16
1971	1	-	-	-	-	-	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	-	10
1972	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	22
1973	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22
1974	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
1975	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
1976	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
1977	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24
1978	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
1979	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
1980	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
1981	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
1982	1	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
1983	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
1984	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
1985	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑ													ΓΥΝΑΙΚΕΣ			85+ Σύνολο		
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	65-69	70-74	75-79	80-84			
1961	-	-	-	-	-	1	4	13	22	33	25	28	2	41	19	20	14	15	241
1962	-	-	-	-	-	3	4	22	22	49	54	29	36	40	30	19	17	10	335
1963	-	-	-	-	1	3	7	18	34	33	49	52	41	38	39	31	19	11	376
1964	-	-	-	1	1	3	6	31	33	44	63	43	43	39	31	23	21	12	412
1965	-	-	-	-	2	3	11	30	37	35	53	55	54	59	28	31	24	15	439
1966	-	-	-	-	4	4	8	22	27	37	56	45	50	47	34	30	24	10	394
1967	-	-	-	-	1	4	19	28	42	54	65	58	75	34	36	33	20	518	
1968	-	-	-	-	1	3	14	30	46	56	70	69	53	57	40	27	20	545	
1969	-	-	-	-	1	3	17	28	55	67	60	84	73	67	42	36	30	14	578
1970	-	-	-	-	1	5	10	20	41	57	78	79	77	77	57	46	34	17	600
1971	-	-	-	-	-	2	11	35	54	61	65	70	72	75	72	47	25	22	611
1972	-	-	-	-	-	6	15	40	72	97	84	85	95	84	76	42	33	24	753
1973	-	-	-	1	-	5	12	89	66	67	81	98	89	90	75	46	28	18	728
1974	-	-	-	-	-	4	13	37	56	74	81	83	92	85	84	35	26	20	690
1975	-	-	-	-	1	4	10	31	60	92	92	86	97	83	70	66	28	30	750
1976	-	-	-	2	1	8	7	36	67	109	91	94	105	111	77	69	44	27	848
1977	-	-	-	-	5	16	16	37	64	101	124	97	101	98	99	68	36	31	877
1978	-	1	-	-	2	17	25	65	65	91	143	100	115	120	87	85	52	31	934
1979	-	-	-	-	1	4	23	30	102	102	124	112	113	128	104	89	58	31	993
1980	-	-	-	1	2	5	16	23	83	103	145	130	129	128	118	93	52	43	1071
1981	-	-	-	-	5	22	25	64	115	115	150	137	137	128	113	102	72	44	1073
1982	-	-	-	-	2	4	20	37	72	101	148	151	127	133	144	110	76	46	1171
1983	-	-	-	-	2	4	12	35	50	110	127	165	124	123	128	107	95	48	1130
1984	-	-	-	-	1	4	12	40	73	119	150	166	120	129	133	123	77	51	1188
1985	-	-	-	-	1	7	14	39	61	97	143	161	136	131	154	111	88	52	1195

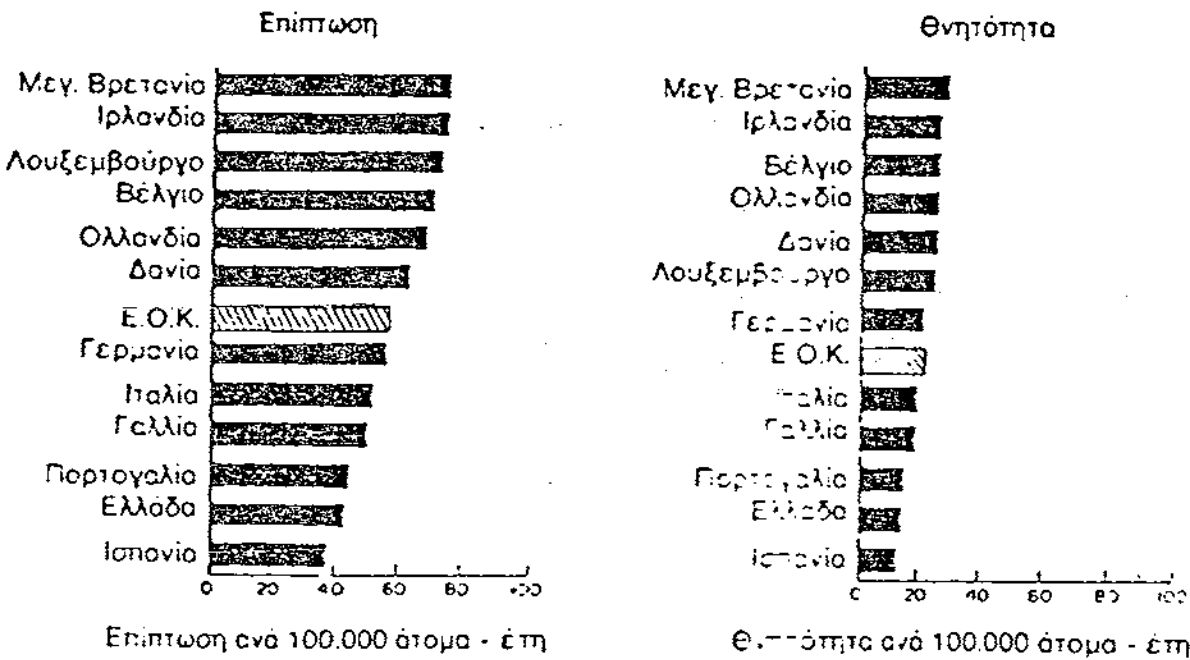
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ

ΕΤΟΣ	Ηλικία														Ανδρες			
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1961	-	-	-	-	-	-	-	0.36	-	-	-	-	-	3.74	-	1.69	-	5.26
1962	-	-	-	-	-	-	-	0.34	-	-	-	-	-	-	1.16	-	-	
1963	-	-	-	-	-	-	-	0.33	-	-	0.42	0.95	-	-	2.36	-	-	
1964	-	-	-	-	-	-	-	-	0.46	1.26	-	0.94	0.79	-	1.16	5.42	-	
1965	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.42	0.46	1.07	1.48	-	3.17	-	-	
1966	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.56	1.06	1.53	-	1.06	7.94	5.85	
1967	-	-	-	-	-	-	-	0.32	-	-	-	1.76	1.02	1.36	1.00	-	5.32	
1968	-	-	-	-	-	-	-	0.31	0.45	0.41	0.49	-	0.57	-	4.46	-	-	
1969	-	-	-	-	-	-	-	0.32	0.62	0.37	0.83	0.46	1.74	1.67	3.01	4.84	-	
1970	0.26	-	-	-	-	-	-	0.32	0.31	0.35	0.88	0.56	1.74	1.67	3.01	4.84	-	
1971	-	-	-	-	-	-	-	0.33	0.31	1.36	0.94	1.83	3.84	1.53	1.37	2.35	6.67	
1972	-	-	-	-	-	-	0.40	0.33	0.94	0.32	0.49	0.91	0.54	1.53	1.37	2.35	6.67	
1973	-	-	-	-	-	-	0.40	-	-	-	0.50	1.39	1.56	3.70	2.31	2.31	6.54	
1974	-	-	-	-	-	-	-	-	0.31	1.18	0.50	1.39	1.56	3.70	2.31	2.31	6.54	
1975	-	-	-	-	-	-	-	0.36	0.62	0.71	1.41	3.33	1.56	4.44	4.44	4.40	9.58	
1976	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.71	1.41	3.33	1.56	4.44	4.44	4.40	9.58	
1977	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.32	0.45	0.50	1.53	0.66	7.34	2.11	3.15	
1978	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.45	0.50	1.53	0.66	7.34	2.11	3.15	
1979	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.50	1.53	0.66	7.34	2.11	3.15	
1980	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.50	1.53	0.66	7.34	2.11	
1981	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.96	-	2.01	3.15	
1982	0.27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.82	-	1.82	-	
1983	-	-	-	-	-	-	-	0.37	0.30	0.31	0.39	-	-	0.59	-	-	2.92	
1984	-	-	-	-	-	-	-	-	0.31	0.31	0.36	-	-	0.59	-	1.51	2.87	
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	0.32	0.31	0.34	-	-	0.58	1.65	-	2.81	

ΕΤΟΣ	Ηλικία														Γυναίκες			
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1961	-	-	-	-	-	0.26	1.09	4.57	9.28	12.46	10.61	13.20	14.76	15.59	17.15	26.11	33.02	51.72
1962	-	-	-	-	-	0.80	1.10	7.22	9.20	19.13	22.04	13.48	19.79	28.57	26.18	25.23	36.80	35.21
1963	-	-	-	-	-	0.81	1.94	5.57	13.91	13.49	19.38	23.82	21.96	25.75	33.94	39.90	39.58	39.15
1964	-	-	0.28	-	0.32	0.85	1.65	9.18	12.95	18.68	24.75	27.49	22.40	25.05	27.56	27.85	42.34	44.12
1965	-	-	-	-	0.68	1.18	2.21	6.20	9.73	15.91	20.51	24.41	27.23	36.92	24.52	38.60	46.33	58.59
1966	-	-	-	-	-	1.18	2.21	6.20	9.73	15.91	20.51	24.41	27.23	36.92	24.52	38.60	46.33	58.59
1967	-	-	-	-	-	1.25	3.07	7.90	15.41	22.99	25.89	24.36	36.41	26.67	27.62	39.22	65.61	68.89
1968	-	-	-	-	-	0.99	3.07	8.48	13.22	23.28	29.14	28.03	25.33	32.87	48.46	43.48	52.33	68.03
1969	-	-	-	-	-	1.04	4.80	7.87	16.57	26.70	25.95	23.90	34.34	37.49	30.59	40.13	53.96	48.28
1970	-	-	-	-	-	1.91	3.07	5.81	12.14	21.19	32.97	29.70	34.89	38.08	38.46	51.57	54.23	39.53
1971	-	-	-	-	-	0.78	3.45	10.38	15.81	22.76	27.27	27.49	31.14	38.80	44.01	43.30	52.55	51.17
1972	-	-	-	-	-	2.08	5.13	11.85	21.28	33.41	35.79	34.58	40.37	41.85	48.01	43.30	52.55	51.17
1973	-	-	-	-	-	1.65	4.31	9.57	19.52	28.33	33.86	41.33	36.84	44.16	45.51	45.10	44.80	37.42
1974	-	-	-	-	-	1.30	4.84	11.21	16.62	23.19	35.87	37.49	44.16	45.51	45.10	44.80	37.42	40.16
1975	-	-	-	-	-	0.33	2.71	9.55	17.74	28.02	35.55	37.64	39.48	39.11	40.37	57.14	44.80	58.94
1976	-	-	-	-	-	2.57	3.47	11.34	19.63	32.51	33.43	41.14	43.03	50.96	43.21	56.65	68.54	52.53
1977	-	-	-	-	-	1.61	5.31	12.14	18.66	29.78	43.10	41.94	42.17	43.81	54.64	52.55	54.46	60.55
1978	-	-	-	-	-	0.65	5.33	8.55	18.96	26.63	46.92	42.55	49.93	52.36	47.46	62.78	74.29	60.90
1979	-	-	-	-	-	1.29	7.00	10.50	21.64	29.76	38.86	46.34	50.36	55.15	55.97	63.85	76.62	60.90
1980	-	-	-	-	-	0.58	4.80	7.91	24.37	29.25	43.41	51.42	57.46	54.26	61.88	64.49	64.44	83.01
1981	-	-	-	-	-	1.50	6.64	8.86	18.63	34.48	43.69	44.09	46.99	48.78	57.74	75.50	87.91	94.42
1982	-	-	-	-	-	0.58	6.10	11.79	22.66	28.34	42.39	54.06	56.27	58.36	71.61	73.24	84.26	88.97
1983	-	-	-	-	-	1.18	3.65	10.74	16.50	31.07	35.91	55.50	54.20	55.81	61.69	70.16	99.89	89.72
1984	-	-	-	-	-	1.15	1.66	11.98	24.88	33.97	42.28	52.87	46.79	59.67	62.56	79.51	77.86	92.22
1985	-	-	-	-	-	1.99	4.27	11.66	20.79	28.27	40.19	49.31	55.53	61.27	71.66	70.39	85.35	91.07

Πίνακας 5.4. Υπολογιζόμενη μέση ετήσια θνητότητα 1980-1984 ανά 100.000 γυναικών, κατά ομάδες ηλικιών, ταξινομημένη με τη σειρά θνητότητας

0-44 ετών		45-64 ετών		≥ 65 ετών	
Λουξεμβούργο	6.3	Μ.Βρετανία	83.3	Δανία	159.7
Μ.Βρετανία	5.5	Ιρλανδία	78.3	Ολλανδία	158.5
Βέλγιο	5.1	Βέλγιο	74.3	Μ.Βρετανία	153.1
Γερμανία	4.9	Δανία	72.7	Βέλγιο	142.6
Δανία	4.6	Ολλανδία	72.4	Λουξεμβούργο	134.4
Ιταλία	4.4	Λουξεμβούργο	67.4	Ιρλανδία	129.2
Ολλανδία	4.3	ΕΟΚ	59.8	Γερμανία	123.3
ΕΟΚ	4.3	Γερμανία	59.7	ΕΟΚ	118.2
Ιρλανδία	4.2	Ιταλία	54.9	Γαλλία	113.5
Ελλάδα	4.0	Γαλλία	53.7	Ιταλία	104.2
Πορτογαλία	4.0	Πορτογαλία	44.5	Ελλάδα	69.0
Γαλλία	3.3	Ελλάδα	43.3	Πορτογαλία	68.0
Ισπανία	3.2	Ισπανία	38.4	Ισπανία	63.6



Εικ. 5.2. Υπολογιζόμενη επίπτωση και θνητότητα του γυναικείου καρκίνου μαστού.<sup>8</sup>

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

### Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α

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

Η θέση του μαστού : Η βάση του μαστού εκτείνεται μεταξύ 2ης και 6ης πλευράς στο κάθετο επίπεδο και από το έξω όριο του στέρνου μέχρι σχεδόν τη μέση μασχαλιαία γραμμή στο εγκάρσιο επίπεδο και στο ύψος του τέταρτου πλευρικού χόνδρου.

Μεταξύ μαστού και εν τω βάθει θωρακικής περιτονίας παρεμβάλλεται γαλαρός συνδετικός ιστός ο οποίος σχηματίζει το λεγόμενο οπισθομαστικό χώρο και επιτρέπει στο μαστό να έχει κάποια δυνατότητα κίνησης πάνω στην εν τω βάθει θωρακική περιτονία. Ενίοτε, σε φυσιολογικά άτομα είναι δυνατόν να έχουμε μικρές προσεκβολές αδενικού ιστού στους μυς διά μέσον της εν τω βάθει θωρακικής περιτονίας.

Η θηλή του μαστού βρίσκεται συνήθως κάτω από το κέντρο του μαστού και αντιστοιχεί στο τέταρτο μεσοπλευρικό διάστημα στις άτοκες γυναίκες. Η βάση της θηλής περιβάλλεται από δισκοειδή περιοχή δέρματος με χρώμα ροζ έως σκούρο ανάλογα με την φυλή και την εγκυμοσύνη.

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 θηλαία άλω περιέχει πολλούς σηµατογόνους 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.

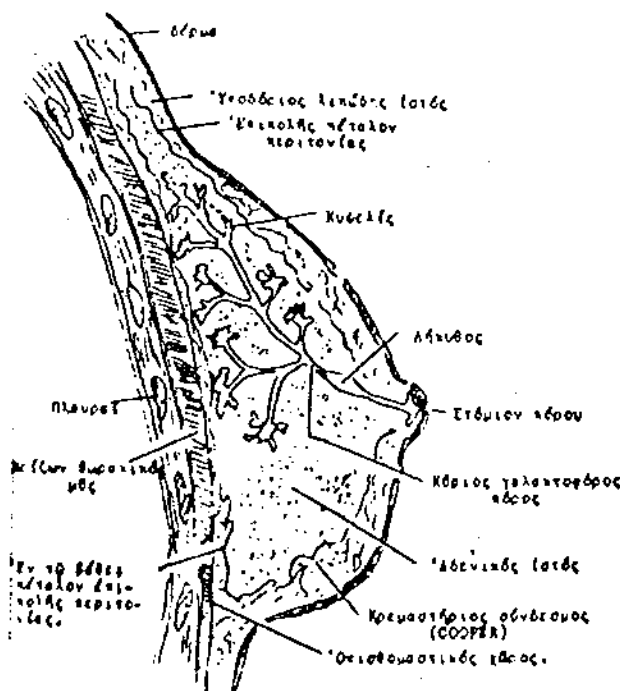
Κάτω από το δέρμα της θηλής και της θηλαίας άλω δεν υπάρχει λίπος.

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 αδένου, καλύπτεται δε από δέρμα.

Ο μαστός περιέχει : 1) Αδενικό ιστό τύπου κυψελιδοσωληνώδους (παρέγχυμα), 2) ινώδη ιστό που συνδέει τους λοβούς του (στρώμα), 3) μεσολόβιο λιπώδη ιστό.

Ο μαζικός αδένας σχηματίζεται από 15-20 λοβούς, καθένας από τους οποίους αποτελεί μια ανώμαλη πυραμίδα από αδενικό ιστό με την κορυφή προς την θηλή και τη βάση προς τη περιφέρεια. Κάθε λοβός περιέχει πολλά λόβια τα οποία κρατούνται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό, ο οποίος επίσης χρησιμεύει για τη στήριξη αγγείων και πόρων. Το λόβιο σχηματίζεται από ένα αριθμό κυψελίδων που εκβάλλουν σε κοινό πόρο και ο λοβός από ένα αριθμό λοβίων που εκβάλλουν επίσης σε κοινό πόρο το γαλακτοφόρο πόρο.

Στον άνδρα ο μαστός είναι ατελώς ανεπτυγμένος και σχηματίζεται από μικρούς πόρους (χωρίς κυψελίδες) και μικρή ποσότητα στηρικτικού ινολιπώδους ιστού. Ελαφρά διόγκωση μπορεί να παρουσιαστεί στην ήβη αλλά είναι παρόδικο (λόγοι ορμονικοί).



1. Σχηματισμός φυσιολογικού μαστού

Η αιμάτωση του μαστού είναι πλούσια. Λόγω της κεντρικής του θέσης στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ο μαστός δέχεται αρτηριακούς κλάδους από τη μασχालιαία και την έσω θωρακική (μαστική αρτηρία), οι οποίες βρίσκονται στην περιφέρειά του, οι οποίοι έχουν ακτινοειδή κατανομή στον αδένα. Οι αρτηρίες δεν σκιαγραφούνται στην μαστογραφία, εκτός εάν υπάρχει εναπόθεση αλάτων ασβεστίου στα τοιχώματά τους.

Οι κυριότεροι κλάδοι μπαίνουν στο μαστό από το άνω έσω ή άνω έξω όριό του. Ανάλογα ισχύουν και για την φλεβική απαγωγή του αίματος μέσω της μασχालιαίας και έσω θωρακικής (μαστική φλέβα).

Τα νεύρα του μαστού είναι τα δερματικά νεύρα της πρόσθιας

περιοχής του θώρακα. Τα νεύρα του μαστού περιλαμβάνουν αισθητικές και συμπαθητικές ίνες.

### Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο, πρώτα σαν μέσο πρόκλησης του άρρενος για σεξουαλική δραστηριότητα και κύρια σαν μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ωρισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου μέσω των σταδίων εξέλιξεως μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών, ορμονικών παραγόντων για τους οποίους αποτελεί ένα από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα κυττάρων και αδενικού επιθηλίου και τον διαμέσου και λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυροειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή.

Και επειδή η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό η ανάπτυξη και λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας έκφραση της δραστηριότητας του ενδοκρινικού της συστήματος, κύρια όμως της έκκρισης προλακτίνης από την αδενού-



πόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.

Από όλες τις ορμόνες με μαστοτρόπο δράση, η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά στοιχεία του μαστού, αλλά αυτή εκδηλώνεται κύρια σε συνέργεια με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργιστική δράση κύρια της προλακτίνης και λιγώτερο της αυξητικής ορμόνης.

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

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες κύρια για την συνεργιστική τους δράση με την προλακτίνη, ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυροειδικών ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις της ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού. Ειδικά για τις θυροειδικές ορμόνες θυροξίνη και τριιωδοθυρονίνη επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθογένεια προβλημάτων του αδένου αφού η συχνότητα θυροειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη.

Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της εκκρίσεως των ενδοκρινικών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού.

Έτσι κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου, με την βαθμιαία αύξηση της έκκρισης οιστρογόνων από

το θυλάκιο που ωριμάζει, και της προγεστερόνης από το χωρόσωμάτιο, ο μαστός υφίσταται αλλαγές και την εικόνα ηρεμίας αμέσως μετά την περίοδο και κατά την πρώτη φάση του κύκλου ακολουθεί κατάσταση αυξημένου μεγέθους, μεγαλύτερης ευαισθησίας και ψηλότερης θερμοκρασίας κατά την ωχρινική και προεμμηνόρρυσιακή φάση. Οι μεταβολές αυτές εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή και σταματούν μετά την εμμηνόπαυση. Κατά την τελευταία αυτή φάση, η διακοπή της ωθηκικής λειτουργίας και η ελάττωση έκκρισης των οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης οδηγεί στον χαρακτηριστικό τύπο μαστού της μετεμμηνόπαυσιακής ηλικίας, με την έκδηλη και βαθμιαία υποστροφή όλων των στοιχείων μέχρι της καταλήσεως στη γεροντική μορφή του μαστού.

Από την εκτίμηση της σχέσης γεννητικών ορμονών και μαστού, γίνεται εύκολα αντιληπτό γιατί η περίοδος της πιο μεγάλης λειτουργίας δραστηριότητας του αδένος συμπίπτει με την δημιουργικότερη εκδήλωση από το γεννητικό σύστημα, δηλαδή την κύηση και τις ενδοκρινικές μεταβολές που παρουσιάζονται σε αυτή.

Η προλακτίνη, έχει την ευθύνη για την έναρξη αλλά και διατήρηση της γαλουχίας στη γυναίκα μετά τον τοκετό. Η έκκριση της υποφυσιακής αυτής ορμόνης με την επίδραση του πλακουντιακού οιστρογόνου, αυξάνει από το δεύτερο μήνα της κύησης και βαθμιαία, ώστε η συγκέντρωσή της να φθάνει από το μέσο της κύησης στο εικοσαπλάσιο περίπου εκείνης των μη εγκύων γυναικών.

Η μορφολογική και λειτουργική κατάσταση του μαστού ρυθμίζεται καθοριστικά από την ισορροπία των πολλαπλών ορμονικών επιδράσεων που δέχεται ο αδένος. Έτσι κάθε διαταραχή της εν-

δοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένου.

Συμπερασματικά, από τα στοιχεία που παρουσιάσθηκαν για την φυσιολογική λειτουργία του μαστού αλλά και για τις διαταραχές του, διαφαίνεται η στενή σχέση του αδένου με την γενικότερη ενδοκρινική δραστηριότητα, που φθάνει σε βαθμό πλήρους και απόλυτης εξάρτησης.

Συνεπώς στα πλαίσια της σχέσης αυτής, σε κάθε ενδοκρινολογική πάθηση θα πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού απαραίτητα πρέπει να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

Σ Τ Α Δ Ι Ο Π Ο Ι Η Σ Η

Η σταδιοποίηση είναι απαραίτητη για να βοηθήσει στην επιλογή της καλλιτέρας μεθόδου θεραπείας σε κάθε ασθενή, να προσδιορίσει την πρόγνωση, να συγκρίνει τ' αποτελέσματα διαφόρων προγραμμάτων θεραπείας, να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών και να προσφέρει στην συνεχή έρευνα του καρκίνου.

TNM - Κλινική Σταδιοποίηση

T - πρωτοπαθής όγκος.

Υπάρχουν στο μαστό τρία στοιχεία, τα οποία προσδιορίζουν τον όγκο (T), το μέγεθος, η καθήλωση στο δέρμα και η διήθηση της υποκειμένης περιτονίας.

T<sub>0</sub> - Μη διηθητικός καρκίνος και νόσος του PAGET της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο.

T<sub>1</sub> - Απουσία εμφανούς πρωτοπαθούς όγκου.

T<sub>1</sub> - Όγκος μεγαλύτερου διαμέτρου μέχρι 2 εκ.

T<sub>1a</sub> - Χωρίς διήθηση του υπερκειμένου δέρματος και χωρίς καθήλωση στους υποκειμένους μυς και το θωρακικό τοίχωμα.

T<sub>1b</sub> - Καθήλωση στην υποκειμένη απονεύρωση ή μυς.

T<sub>2</sub> - Όγκος διαμέτρου 2-5 εκ.

T<sub>2a</sub> - Χωρίς καθήλωση στον υποκείμενο μυ ή την απονεύρωση.

T<sub>2b</sub> - Με καθήλωση στον υποκείμενο μυ ή την απονεύρωση.

T<sub>3</sub> - Όγκος μεγαλύτερος από 5 εκ. στην μεγαλύτερα του διάμετρο.

T<sub>3a</sub> - Χωρίς καθήλωση στον υποκείμενο μυ ή την απονεύρωση.

T<sub>3b</sub> - Με καθήλωση στον υποκείμενο μυ ή την απονεύρωση.

- τ4 - Ογκος οιοδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.
- τ4α - Καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα.
- τ4β - Οίδημα (φλοιός πορτοκαλιού). Εξέλκωση του δέρματος του μαστού, δορυφόρα δερματικά οζίδια που βρίσκονται στον ίδιο μαστό.
- τ4C - Και τα δύο τα παραπάνω.
- τ4D - Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού.
- N - Λεμφαδένες της περιοχής.
- NO - Δεν ψηλαφώνται οι επιχώριοι λεμφαδένες.
- NI - Κινητά σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.
- N1α - Οι λεμφαδένες θεωρούνται, ότι δεν περιέχουν μεταστάσεις.
- N1β - Οι λεμφαδένες θεωρούνται, ότι περιέχουν μεταστάσεις.
- N2 - Εύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες με μεταστάσεις συμφυόμενοι μεταξύ τους ή καθηλωμένοι στα γύρω όργανα.
- N3 - Σύστοιχοι υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι λεμφαδένες με μεταστάσεις ή οίδημα του βραχίονος.
- M - Μεμακρυσμένες μεταστάσεις.
- MO - Δεν υπάρχουν εμφανείς μεμακρυσμένες μεταστάσεις.
- MI - Παρουσία μεταστάσεων, οι οποίες έχουν διαπιστωθεί με την κλινική ή παρακλινική εξέταση.

Από τον συσχετισμό των τριών αυτών στοιχείων του TNM συστήματος διακρίνονται 4 στάδια με πολλές πιθανές υπομάδες.

Σ Τ Α Δ Ι Α

Στάδιο I	τ1α	NO, N1α	
	τ1β	NO, N1α	MO
Στάδιο II	τ0	N1β	
	τ1α	N1β	
	τ1β	N1β	MO
	τ2α, τ2β	NO, N1α, N1β	
Στάδιο III	τ1α, τ1β	N2	MO
	τ1α, τ2β	N2	MO
	τ3α, τ3β	NO, N1, N2	MO
Στάδιο IV	τ4	Οποιοδήποτε N	οποιοδήποτε M
	οποιοδήποτε τ	N3	οποιοδήποτε M
	οποιοδήποτε T	οποιοδήποτε N	M1

Ενα άλλο σύστημα κλινικής σταδισποίησης είναι του πανεπιστημίου COLUMBIA, του οποίου τα στάδια Α έως Δ είναι παρόμοια προς το TNM σύστημα.

Στάδιο Α - όγκος στο μαστό χωρίς οίδημα, εξέλκωση ή καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες όχι κλινικώς προσβεβλημένοι.

Στάδιο Β - Όγκος στο μαστό χωρίς οίδημα του δέρματος, εξέλκωση ή καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα.

Στάδιο C - Παρουσία ενός από τα 5 σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού:

- 1) οίδημα του δέρματος περιορισμένης εκτάσεως (ολιγότερο του 1/3 του δέρματος του μαστού).
- 2) εξέλκωση του δέρματος.
- 3) στερεά καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα.

- 4) ευρεία προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων.
- 5) καθήλωση των μασχαλιαίων λεμφαδένων στο υπερκείμενο δέρμα ή στα υποκείμενα όργανα της μασχάλης.

Στάδιο D - Όλες οι ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο.  
Άλλη σταδιοποίηση είναι η διάκριση της παθήσεως σε:

- IN SITU - Ιστολογικός κακοήθης παρογενής ή λοβιακός όγκος χωρίς ένδειξη μικροδιήθησεως.
- Εκτετατοί - Όγκος ο οποίος περιορίζεται πλήρως μέσα στον μαστικό αδένα.
- Περιοχική - Επέκταση του όγκου στους παρακείμενους ιστούς ή τα μασχαλιαία γάγγλια ή και στα δύο.
- Μεταστατική - Με μεταστάσεις σε άλλα όργανα ή ιστούς ή λεμφαδένες εκτός από τους συστοίχους μασχαλιαίους.

#### Μεταστάσεις καρκίνου μαστού

1. Λεμφογενείς : τρεις οδοί  
Μασχάλη 75%  
Εσω μαστική 20%  
Κεφαλαί πλευρών 5%
2. Αιματογενείς (οστά, πνεύμονες κ.λ.π.)
3. Κατά συνέχειαν ιστού (θωρακικό τοίχωμα)

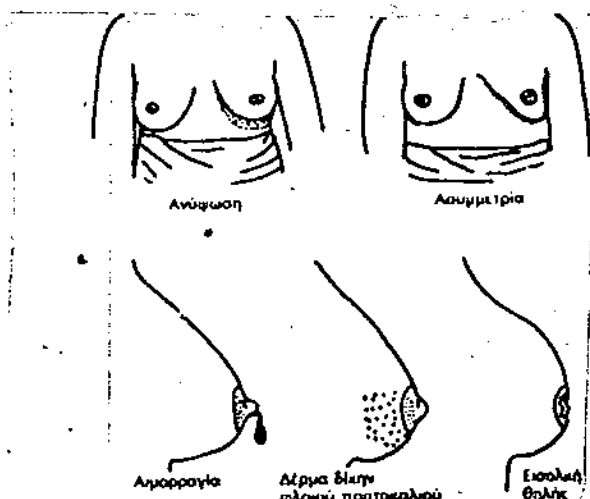
### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Σημεία ύποπτα για καρκίνο του μαστού που μπορεί να αποκαλύψει η εξέταση του μαστού είναι:

- 1) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση.
- 2) Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο.
- 3) Ερυθρότητα, υπεραϊμία, ανομοιόμορφο οίδημα.

Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλικού στα εκτυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σημηματογόνων αδένων.

- 4) Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού.
- 5) Εισολική δέρματος πάνω από τη μάζα.
- 6) Εισολκή της θηλής - οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
- 7) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση θηλής.
- 8) Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
- 9) Εξέλκωση κατά τη θηλή - οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας.
- 10) Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από προχωρημένα στάδια.



Σχ. 2 Ύποπτα σημεία για καρκίνο



## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρόωμη ανακάλυψη καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται με τις εξής διαγνωστικές μεθόδους:

1. Ιστορικό
2. Κλινική Εξέταση
3. Μαστογραφία ή Μαστοακτινογραφία
4. Ξηρογραφία
5. Θερμογραφία
6. Γαλακτογραφία
7. Παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση
8. Υπέρηχοι
9. Ραδιοϊσοτοπικό Scanning
10. Εργαστηριακές εξετάσεις αίματος, όπως και προσδιορισμός υδροξυπρολίνης ούρων 24ώρου
11. Βιοψία

Φυσική εξέταση μαστών. Ο μαστός πρέπει να εξετάζεται κάθε 6 μήνες, ενώ πολλοί γυναικολόγοι συνιστούν για το ίδιο διάστημα συνδυασμό γυναικολογικής εξέτασης με εξέταση του μαστού. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου λόγω οικογενειακού ιστορικού, η εξέταση επιβάλλεται κάθε 3 μήνες, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κυστική νόσος.

Η εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται την εβδομάδα μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Ο λόγος είναι ότι προ της εμμηνορρυσίας ο μαστός είναι διογκωμένος και αυτό μπορεί να αποκρύψει σημαντικές βλάβες ή μάζες που ανευρίσκονται εύκολα μετά την εμμηνορρυσία.

Η επισκόπηση των μαστών γίνεται κάτω από επαρκή φωτισμό

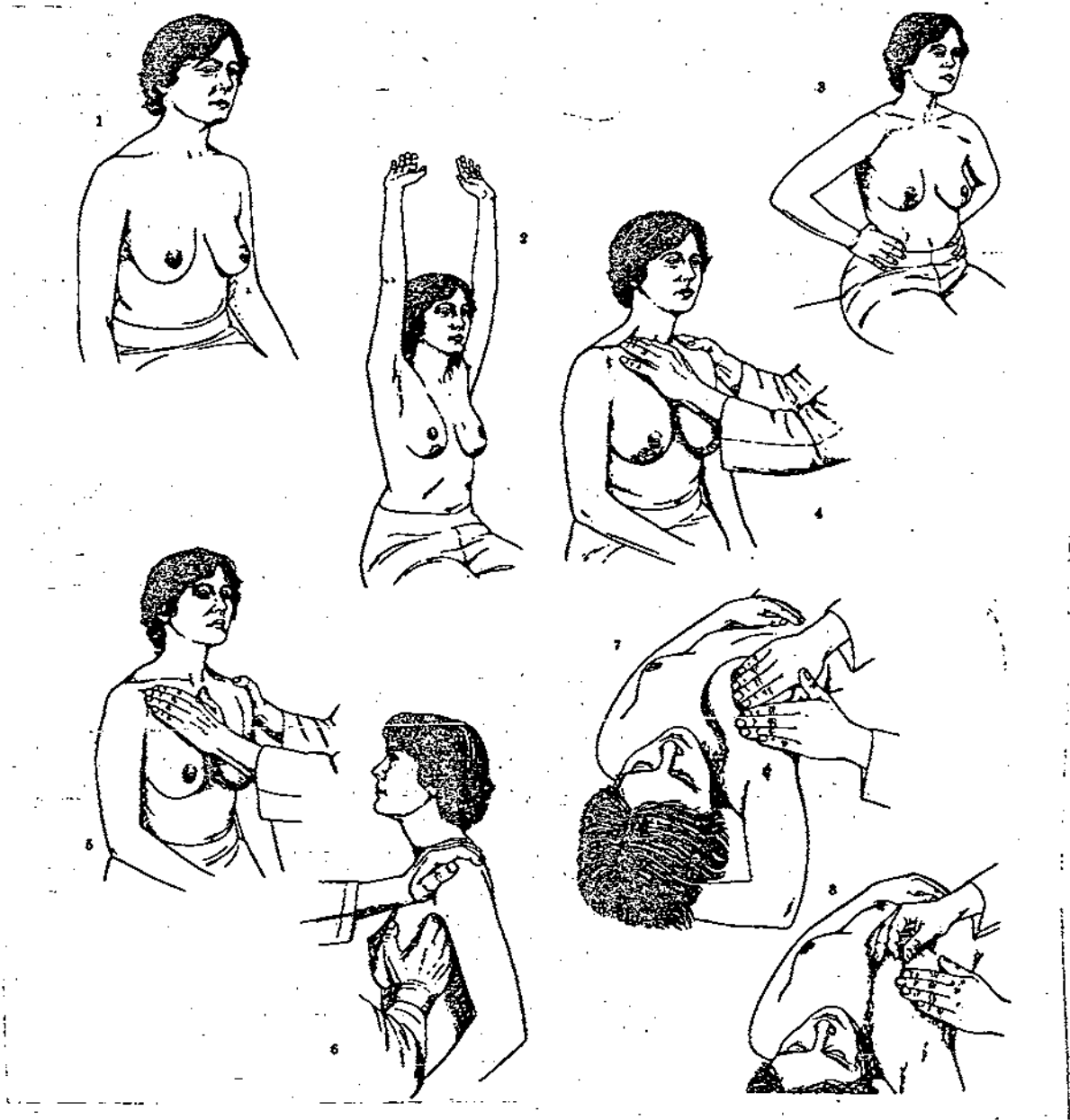
με την ασθενή σε καθιστική θέση. Στην αρχή η ασθενής έχει τους βραχίονες στο πλάι και στην συνέχεια τους ανυψώνει πάνω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθεί, αν σχηματίζονται εντυπώματα στην περιφέρεια και αν το δέρμα είναι λείο. Εξετάζονται συγκριτικά οι θηλές με τις άλω και δίνεται προσοχή σε τυχόν παρεκτόπισή τους συνήθως προς την πλευρά μιας βλάβης. Η βλάβη της θηλής μπορεί να σημαίνει νόσο του Paget, καλοήθες έκζεμα, ή άλλες βλάβες. Αυτόματη έκκριση από τις θηλές σημαίνει συνήθως σωληνώδη όγκο. Ο έλεγχος της μασχάλης και της υπερκλείδιας χώρας σε προχωρημένες μεταστάσεις δείχνει την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων. Γίνεται έλεγχος του δέρματος του μαστού πάνω και κάτω από την άλω για την ανεύρεση οιδήματος που σημαίνει φλεγμονή τραύμα ή εν τω βάθει καρκίνο του μαστού. Το ερύθημα του δέρματος είναι ύποπτο για φλεγμονώδη καρκίνο. Οι υποδόριες φλέβες σπάνια είναι διογκωμένες και παρατηρούνται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου ή σε εγκυμοσύνη και αξιολογούνται ανάλογα.

Ψηλάφηση .1) Η εξέταση των μαστών αρχίζει με επισκόπηση της άρρωσης που κάθεται απέναντι στον εξεταστή. Ασυμμετρία μαστών προέρχουσες φλέβες και μεταβολές του δέρματος μπορεί να αποτελούν σημεία της πάθησης. 2) Η ανύψωση των χεριών πάνω από το κεφάλι, οπότε ανυψώνεται και το στήθος.

Αυτό βοηθάει να διαπιστωθεί τυχόν έλλειψη κινητικότητας του μαστού ή υποδόριες συρρικνωτικές εξεργασίες. 3) Η τοποθέτηση των χεριών στη μέση προκαλεί την προβολή του μείζονα θωρακικού μυ.

Ανώμαλες προσφύσεις στην υποκείμενη περιτονία ή στο δέρμα μπορούν να προκαλέσουν διάταση ή πτύχωση του δέρματος. 4) Ψηλά-

ψηση των υπερκλειδίων λεμφαδένων. 5) Ψηλάφηση για τυχόν διό-  
γκωση των υπερκλειδίων λεμφαδένων. 6) Εξέταση της μασχάλης.  
7) Λεπτομερής ψηλάφηση των μαστών με ξαπλωμένη την άρρωστη  
και το χέρι κάτω από το κεφάλι. 8) Εξέταση της θηλής και συ-  
μπύεσή της για την έξοδο απέκκρισης.



Αυτοεξέταση της γυναίκας. Ο καρκίνος του μαστού ανευρίσκεται σε ποσοστό πάνω από 30% από τις ίδιες τις άρρωστες. Το γεγονός ότι πολλοί τύποι καρκίνου δεν είναι εύκολο να διαγνωστούν στα αρχικά στάδια, δεν πρέπει να αποθαρρύνει τη μέθοδο αυτή. Η αυτοεξέταση του μαστού δεν θα πρέπει να γίνεται κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας, αλλά μια εβδομάδα αργότερα.

Η επισκόπηση των μαστών θα πρέπει να γίνεται μπροστά από τον καθρέπτη, με καλό φωτισμό και τα χέρια σε τρεις διαδοχικές θέσεις πάνω από το κεφάλι, πίσω από το κεφάλι και στα πλάγια.

Η ψηλάφηση του μαστού θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση, με το σύστοιχό του προς εξέταση μαστού χέρι τοποθετημένο κάτω από το κεφάλι, ενώ με τα δάκτυλα του αντίστοιχου χεριού ψηλαφάται μεθοδικά όλος ο μαστός. Η γυναίκα θα πρέπει να γνωστοποιεί έγκαιρα στο γιατρό κάθε ύποπτο εύρημα, που δεν υπήρχε την προηγούμενη εξέτασή της.

Ακτινοδιαγνωστικές μέθοδοι. Έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια στην ακτινοδιαγνωστική, ώστε να αποφεύγεται η έκθεση του μαστού στην ακτινοβολία -X, ενώ παράλληλα έχουν αναπτυχθεί άλλες διαγνωστικές μέθοδοι όπως η θερμογραφία και η υπερηχογραφία.

Η βελτίωση των ακτινογραφικών μεθόδων με ακτίνες -X, όπως η μαστογραφία και η ξηρογραφία, που χαρακτηρίζονται και από μικρή ακτινοβολία του μαστού αποτελούν σημαντικά βοηθήματα για τη διάγνωση. Δεν υπάρχουν ξεκαθαρισμένα στοιχεία για την καρκινογόνο δράση της ακτινοβολίας -X πάνω στον μαστό. Η γαλακτογραφία (έγχυση σκιαστικού στους εκφορητικούς πόρους του μαστικού αδένου) έχει περιορισμένη αξία στον καθορισμό της θέσης επεξεργασιών που εντοπίζονται ενδιάμεσα από τους εκφορητικούς

πρόους.

Η αξιοπιστία της μαστογραφίας είναι σημαντική, όχι όμως απόλυτη. Φυσιολογική μαστογραφία σε ασθενή με ψηλαφητή μάζα σημαίνει παραπέρα διερεύνηση με αναρροφητική ή εγχειρητική βιοψία. Από την άλλη μεριά η μαστεκτομία δεν θα πρέπει να γίνεται με θετικά ευρήματα μόνο από τη μαστογραφία. Η αξία της είναι μειωμένη για ηλικίες, κάτω από 40 χρόνια. Η μαστογραφία δεν θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πάνω από μια φορά το χρόνο, ειδικά για τις γυναίκες που δεν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και στις μικρές ηλικίες. Η μαστογραφία θα πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες, στις οποίες θα γίνει βιοψία και στον υγιή μαστό των γυναικών, που έχουν εμφανίσεις καρκίνου του άλλου μαστού. Ακόμη θα πρέπει να γίνεται στις περιπτώσεις αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, όπως γυναίκες με κληρονομικό ιστορικό, με βιοψίες που δείχνουν άτυπες υπερπλασίες και με προηγούμενη κυστική νόσο του μαστού.

Για τη διαφορική διάγνωση της διάχυτης οζώδους πάχυνσης του μαστού χωρίς μεγάλες μάζες η κλινική εξέταση και η μαστογραφία δεν μπορούν να προσφέρουν πολλά εκτός από την πολυεστιακή βιοψία. Γενικά σε μικρές ύποπτες βλάβες συνιστάται συνεχής κλινική παρακολούθηση, με τη χρήση όλων των εργαστηριακών διαγνωστικών μέσων και τη βιοψία.

Η κυτταρολογική εξέταση υγρού από τη θηλή του μαστού μετά από έκθλιψη του μαζικού αδένου έχει αξία μόνο στις περιπτώσεις, που ανευρίσκονται καρκινικά κύτταρα και θα πρέπει να συνδυάζεται με βιοψία. Επί αρνητικού αποτελέσματος δεν θα πρέπει να αποκλείεται ο καρκίνος.

Η θερμογραφία παράγει εικόνες που βασίζονται στην ακτινοβόληση θερμότητας από την επιφάνεια του μαστού. Ετσι αποκα-

λύπτονται θερμές περφοχές που προκαλούνται από κακοήθεις επεξεργασία. Η θερμότητα που παράγεται από τους περισσότερους καρκίνους του μαστού είναι μεγαλύτερη από τους γύρω ιστούς και αναγεται από το φλεβικό δίκτυο, που εμφανίζεται και πιο θερμό από το αρτηριακό. Αρχικά η εφαρμογή της θερμογραφίας συνάντησε μεγάλο ενθουσιασμό, αλλά σήμερα δε θεωρείται η πιο κατάλληλη μέθοδος, γιατί έχει υψηλό ποσοστό σφάλματος επί θετικού ή αρνητικού αποτελέσματος.

Η υπερηχοτομογραφία του μαστού για τη διάγνωση των όγκων έχει πάρει μια σημαντική θέση ανάμεσα στις εργαστηριακές διαγνωστικές μεθόδους και πιστεύεται ότι θα υπάρξει εξέλιξη με τις νέες τεχνικές.

Αυτό το φυσιολογικό εύρημα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν όγκος ιδιαίτερα στην περιοχή που αντιστοιχεί στα όρια της άλω. Η ψηλάφηση γίνεται αρχικά με την ασθενή σε καθιστική θέση. Δίδεται προσοχή στην υπερκλειδία χώρα, στη μασχάλη και στο μαστό. Η ψηλάφηση των υπερκλειδίων χώρων γίνεται συγκριτικά και με τις άκρες των δακτύλων. Η μασχάλη εξετάζεται με το βραχίονα της ασθενούς, που στηρίζεται στο ελεύθερο χέρι του εξεταστού με σκοπό να χαλαρώσουν οι θωρακικοί μύες. Τα δάκτυλα του εξεταστού τοποθετούνται στην κορυφή της μασχάλης και η ψηλάφηση γίνεται από πάνω προς τα κάτω στο θωρακικό τοίχωμα. Μασχαιαίοι λεμφαδένες ανευρίσκονται ψηλαφητοί στα 2/3 των περιπτώσεων, που έχει γίνει μετάσταση. Η ψηλάφηση του μαστού σε όρθια θέση ενδείκνυται σε ατροφικούς και σε κρεμάμενους μαστούς. Οι θηλές εξετάζονται με απαλή πίεση ανάμεσα στον δείκτη και στον αντίχειρα. Η εξέταση των μεγάλων και κρεμασμένων μαστών διευκολύνεται με την τοποθέτηση ενός μικρού μαξιλαριού

κάτω από τους ώμους, ώστε οι μαστοί να έρθουν πάνω στο θωρακικό τοίχωμα και να γίνει πιο εύκολη η εξέταση.

## Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Γενικά θεωρείται ότι ασθενείς με μικρό σε μέγεθος όγκο χωρίς ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση. Αυτό είναι όμως μια κλινική αξιολόγηση, χωρίς ιστολογικά δεδομένα για τούτο και δεν αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την πρόγνωση της νόσου. Φαίνεται όμως ότι κάποιοι παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού και αυτοί είναι:

1. Διηθημένοι λεμφαδένες. Η ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων επηρεάζει την πρόγνωση. Ασθενείς χωρίς διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση (πενταετής επιβίωση 78%) από ασθενείς με διηθημένους λεμφαδένες (πενταετής επιβίωση 46%).

Ο αριθμός επίσης των διηθημένων λεμφαδένων επηρεάζει διαφορετικά την πρόγνωση. Επί υπάρξεως 1-3 διηθημένων λεμφαδένων η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 62%, ενώ επί υπάρξεως περισσότερων των τεσσάρων διηθημένων λεμφαδένων μειώνεται στο 32%. Μικρομεταστάσεις, διαμέτρου μικρότερης των 2 χιλ. σε μικρό αριθμό λεμφαδένων (1-3) δεν φαίνεται να επηρεάζουν την πρόγνωση.

2. Εάν ο όγκος είναι ορμονοεξαρτώμενος ή όχι. Φαίνεται ότι οι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι είναι καλύτερης πρόγνωσης.

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

4. Μέγεθος του όγκου. Ασθενείς με όγκους διαμέτρου μεγαλύτερης των 4 εκ. έχουν πιά κακή πρόγνωση από ασθενείς με όγκους μικρότερης διαμέτρου.

5. Ιστολογικός τύπος του όγκου. Διηθητικοί καρκίνοι χωρίς ιδιαίτερα ιστολογικά χαρακτηριστικά έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους υπόλοιπους καρκίνους.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την πρόγνωση είναι οι ακόλουθοι:

1. Διήθηση αγγείων (φλεβών), νεύρων, λεμφαγγείων.

Η διήθηση των φλεβών και η συνεπεία αυτής είσοδος καρκινικών κυττάρων στην κυκλοφορία μειώνει σημαντικά την πενταετή επιβίωση.

2. Διήθηση του δέρματος και της θηλής.

3. Συνύπαρξη του όγκου με εξελικτική ινώδη κυστική μαστοπάθεια.

4. Αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού.

5. Υπαρξη υποκλινικών μεταστάσεων.

6. Καρκίνος έσω ημιμορίου του μαστού. Μπορεί να έχει διηθήσει τους έσω μαστικούς λεμφαδένες, ενώ οι μασχαλιαίοι να μην διηθούνται.

Πενταετής επιβίωση

Πενταετής και δεκαετής επιβίωση, ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι ιστολογικά και τον αριθμό των διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδέ-

δένων στον χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Μασχαλιαίοι λεμφαδένες

Επιβίωση (%)

(Ιστολογικά)



	Πενταετής	Δεκαετής
χωρίς διηθημένους αδένες	78	65
1-3 διηθημένοι αδένες	62	35
1-3 διηθημένοι αδένες	32	13

---

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

### ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ. Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα αποτελεί παραλλαγή μιας νόσου η οποία κατά τά άλλα συνδέεται με το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Είναι θεμελιωδώς ταυτόσημος προς το γυναικείο καρκίνο μαστού με τη διαφορά ότι είναι πολύ λιγότερο συχνός, εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία, αναπτύσσεται συστηματικά πίσω από τη θηλή και είναι περισσότερο ορμονοευαίσθητος.

Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα έχει επίπτωση που ισοδυναμεί με το 1% αυτής που απαντάται στη γυναίκα και μέση ηλικία διάγνωσης 10 χρόνια μεγαλύτερη από τη γυναίκα. Έτσι η σχέση άνδρα προς γυναίκα είναι περίπου 1:100 και η ηλικία εμφάνισης συνήθως μετά τα 60. (με φάσμα από 25 έως 93 ετών).

Στις ΗΠΑ αποτελεί το 0,3-1,5% όλων των καρκίνων του άνδρα και το 0,6-0,9% του συνόλου του καρκίνου μαστού.

Υπάρχουν σήμερα μερικά στοιχεία που συνηγορούν για πιθανότητες οικογενούς διανομής του καρκίνου του ανδρικού μαστού. Επίσης η γυναικομαστία σύμφωνα με κάποιες ενδείξεις μπορεί να προδιαθέτει σε καρκίνο του ανδρικού μαστού. Περισσότερο όμως φαίνεται ότι προδιαθέτουν καταστάσεις που προκαλούν υπεροιστρογονισμό όπως π.χ. η βιλαρζίαση.

Κλινικά η νόσος παρουσιάζεται όπως στη γυναίκα με τη διαφορά ότι συχνά αφορά λιγότερο καλά και μπορεί να διηθεί την υποκείμενη θωρακική περιτονία ή τους μύς λόγω της μικρής μάζας του ανδρικού μαστού.

Παθολογοανατομικά δεν υπάρχουν διαφορές από τη γυναίκα

εκτός ότι στον άνδρα δεν συναντάται το λοβιακό καρκίνωμα *in situ*. Ορμονικοί υποδοχείς υπάρχουν στο 84% περίπου των περιπτώσεων.

Ο καρκίνος του ανδρικού μαστού παρουσιάζεται συνήθως σε πιο προχωρημένο στάδιο από ότι στη γυναίκα. Αυτό δημιούργησε την εσφαλμένη εντύπωση ότι ο καρκίνος του ανδρικού μαστού έχει χειρότερη πρόγνωση από της γυναίκας. Όμως, συγκρίνοντας την επιβίωση κατά στάδια, αυτή είναι ίδια με της γυναίκας.

Η αντιμετώπιση του καρκίνου του ανδρικού μαστού είναι ανάλογη με αυτού της γυναίκας και τον πρώτο λόγο έχει η μαστεκτομή. Η μεταστατική νόσος είναι επίσης ανάλογη (οστά 48%, μαλακά μόρια 60%, διάφορες σπλαχνικές εντοπίσεις όπως το ήπαρ). Το υψηλό ποσοστό παρουσίας ορμονικών υποδοχέων δίνει την δυνατότητα ορμονικών χειρισμών με πρώτο απ' όλους την ορχεκτομή, η οποία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τη μεταστατική νόσο καθώς δίνει αντικειμενική ανταπόκριση υψηλότερη απ' ότι η ωοθηκεκτομή στη γυναίκα (50%-60%) με μέση διάρκεια 12 μήνες (3 έως και 40 μήνες). Το επόμενο βήμα είναι η επινεφριδεκτομή (χειρουργική ή φαρμακευτική) ενώ η υποφυσεκτομή τείνει να εγκαταλειφθεί καθώς ανάλογα με αυτή αποτέλεσμα δίνουν τα αντιοιστρογόνα και οι άλλοι ορμονικοί παράγοντες.

Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών δεν υπάρχουν ακόμη μεγάλες σειρές που να έχει χρησιμοποιηθεί επικουρική χημειοθεραπεία.

## ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Είναι εξαιρετικά σπάνιος. Οι περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα δεν υπερβαίνουν τις 50. Οι μισές από αυτές αφορούσαν την προ της ήβης ηλικία και οι περισσότεροι από τους καρκίνους της ηλικίας αυτής ήταν του τύπου του "εκκριτικού καρκινώματος".

Η αντιμετώπισή τους, έγινε με τοπική εκτομή ή απλή μαστεκτομή και όλοι πλην ενός επέζησαν.

Στην εφηβική ηλικία οι καρκίνοι ήσαν παρεμφερείς με αυτούς που συναντούμε στους ενήλικες. Η αντιμετώπιση έγινε με τοπική εκτομή έως ριζική μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία και το 50% επέζησε. Είναι πιθανό ότι τουλάχιστον η ομάδα της εφηβικής ηλικίας χρειάζεται αντιμετώπιση ταυτόσημη με αυτή των ενηλίκων.

Τρεις από τους προ της ήβης καρκίνους μαστού και 2 της εφηβείας αφορούσαν αγόρια, ποσοστό 12% και είναι βέβαια πολύ μεγαλύτερο απ' ότι των ενηλίκων.

Ο καρκίνος του μαστού στην ομαδική ηλικία παρουσιάζεται σαν ένα ογκίδιο ανώδυνο, μονόπλευρο το οποίο δημιουργεί πολλά διαγνωστικά προβλήματα. Η μαστογραφία δεν βοηθάει λόγω της πυκνότητας του μαστού.

Στενή παρακολούθηση με ενδεχόμενη βιοψία στον κατάλληλο χρόνο είναι το πρώτο και βασικό βήμα στην αντιμετώπισή του.

## ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

### ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Η εγκυμοσύνη δεν μεταβάλλει την επιβίωση στον καρκίνο

του μαστού σε σχέση με μη εγκύους γυναίκες της ίδιας ηλικίας (2% με 3% των καρκίμων μαστού παρουσιάζονται στην εγκυμοσύνη ή γαλουχία). Η σχετική εντύπωση για κακή έκβαση του καρκίνου του μαστού σε έγκυες γυναίκες προήλθε βασικά από το γεγονός ότι τα αναφερόμενα κακά αποτελέσματα οφείλονται σε καθυστέρηση της έναρξης θεραπείας μέχρις ότου να τερματισθεί φυσιολογικά η εγκυμοσύνη και να γίνει βιοψία του όγκου του μαστού. Άμεση βιοψία συνιστάται σε όλες τις εγκύους που παρουσιάζουν ογκίδιο στο μαστό και αν αποδειχθεί καρκίνος άμεση αντιμετώπιση. Τυχόν διακοπή της εγκυμοσύνης θα συνεκτιμηθεί με το στάδιο της νόσου, την προβλεπόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση το χρόνο της κύησης και την επιθυμία της εγκυμονούσας ασθενούς.

Περίπου 7% των γόνιμων γυναικών θα έχουν μία ή δύο εγκυμοσύνες μετά από μαστεκτομή για καρκίνο του μαστού.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνηγορούν για επιβάρυνση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού από μελλοντική εγκυμοσύνη. Η ιατρική συμβουλή πάνω στο θέμα αυτό πρέπει να βασίζεται στην πρόγνωση της νόσου όταν παρουσιάστηκε και είναι δυνατόν να είναι επιφυλακτική από το στάδιο II και μετά. Επίσης πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη οι διάφορες ψυχολογικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες της άρρωστης αλλά και του συζύγου της.

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος του μαστού δημιουργείται με πολυεστιακή ανάπτυξη και παραμένει ως καθορισμένη διόγκωση για αρκετό καιρό. Σταδιακά η νόσος διηθεί και μεδίσταται με τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία στους επιχώριους λεμφα-

δένες και σε ολόκληρο το σώμα. Περίπου τα 3/4 της λέμφου καταλήγουν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο κίνδυνος για διασπορά στους έσω μαζικούς λεμφαδένες αυξάνεται, όταν ο όγκος αναπτύσσεται κοντά στο στήρνο και όταν έχουν ήδη γίνει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Όταν οι λεμφαδένες δεν είναι κατειλημμένοι η εξαίρεση ή η παραμονή τους δεν επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Κίνδυνος υπάρχει να παραμείνουν μικρές εστίες καρκίνου σε λεμφαδένες που κλινικά φαίνονται ελεύθεροι. Η χειρουργική αντιμετώπιση γίνεται ανάλογα με την επέκταση της νόσου. Σε καρκινώματα κάτω από 1cm σε διάμετρο, χωρίς πιθανή μετάσταση στους λεμφαδένες γίνεται ολική μαστεκτομία με αφαίρεση των γειτονικών λεμφαδένων, ενώ δεν αφαιρείται ο μείζοντας θωρακικός μυς.

Σε διηθητικούς καρκίνους, που έχουν διάμετρο πάνω από 2cm και εντοπίζονται στο έξω ημιμόριο του μαστού γίνεται ριζική μαστεκτομία κατά Halsted. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομία με αφαίρεση των έσω μαζικών λεμφαδένων γίνεται σε περιπτώσεις που υπάρχει η πιθανότητα να έχουν διηθηθεί οι αδένες αυτοί, όπως π.χ. σε μέγалоμεγέθεις καρκίνους που εντοπίζονται προς τα έξω ημιμόριο του μαστού και υπάρχει κλινική υποψία για τη συμμετοχή των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Η ακτινοθεραπεία εξατομικεύεται με βάση την πιθανότητα μετάστασης στο θωρακικό τοίχωμα ή τους λεμφαδένες. Σχεδόν όλες οι ασθενείς με μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και ριζική μαστεκτομία, ακτινοβολούνται μετεγχειρητικά με κοβάλτιο 60 (4.500 rads σε 5 εβδομάδες) στους έσω μαζικούς λεμφαδένες.

Με τη θεραπευτική αυτή προσέγγιση αναφέρονται τα παρα-

κάτω αποτελέσματα για 10ετή επιβίωση.

- α) Ριζική μαστεκτομία σε μικρή ανάπτυξη του καρκίνου: 5ετής επιβίωση 98% και 10ετής 95%.
- β) Απλή μαστεκτομία σε διηθητικό καρκίνο: 10ετής επιβίωση 54%, ενώ το 51% είναι ελεύθερο από τη νόσο.
- γ) Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομία σε διηθητικό καρκίνο: 10ετής επιβίωση 62%, ενώ το 60% εμφανίζεται ελεύθερο από τη νόσο στο χρόνο αυτό.

Τα ίδια ποσοστά επιβίωσης παρατηρούνται και στις γυναίκες που δεν έχουν προσβληθεί οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Από τα περισσότερα κέντρα μαστού αναφέρεται ότι οι εκτεταμένες επεμβάσεις δίνουν μεγαλύτερα ποσοστά επιβίωσης στις περιπτώσεις, που υπάρχουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Οι συντηρητικές επεμβάσεις αποτέλεσαν σημείο ενθουσιασμού και αμφιγνομίας κατά την τελευταία δεκαετία. Στα ικανοποιητικά αποτελέσματα με μερική μαστεκτομία και ακτινοβολήση για το στάδιο I, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και ο κίνδυνος που υπάρχει από τη θεραπευτική ακτινοβολήση. Από τις διάφορες μελέτες που υπάρχουν, φαίνεται ότι η συχνότητα ιατρογενούς ανάπτυξης καρκίνου στο παρέγχυμα του μαστού είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερη, όταν ο μαστός ακτινοβολείται.

Ακτινοβολήση του μαστού επιχειρείται και στις περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του μαστού, εκτός από τις περιπτώσεις, που συμπληρώνει τη χειρουργική θεραπεία. Πάντως μέχρι σήμερα το αποτέλεσμα της ακτινοβολήσης αμφιλέγεται όταν χορηγείται ως αρχική θεραπεία μετά την μαστεκτομία, γιατί δεν έχει αποδειχθεί, ότι συμβάλλει στη μεγαλύτερη επιβίωση.

Η ορμονική εξάρτηση του μαστού από τα στερεοειδή είναι γνωστή από πολύ παλιά και θεραπευτικά επιχειρήθηκε η ωθηκεκτομία, ακόμη στη συνέχεια και η επινεφριδεκτομία, στις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Από το 1970 άρχισε η έρευνα των υποδοχέων των κακοήθων όγκων, που έχουν ορμονική εξάρτηση. Εφόσον τα οιστρογόνα είναι μειωμένα στις μετεμμηνοπαυσιακές άρρωστες, οι ακόρεστοι υποδοχείς θα πρέπει να είναι περισσότεροι σε αυτές από τις προεμμηνοπαυσιακές. Ακόμη η παρουσία των προγεστερονικών υποδοχέων είναι ένα σημείο ύπαρξης ορμονοεξαρτώμενου όγκου, όπως και η παρουσία των γλυκοκορτικοστεροειδών. Έτσι η χορήγηση ανδρογόνων αποκτά ουσιαστική θεραπευτική αξία για την κλινική και αντικειμενική βελτίωση της νόσου και την ανακούφιση του πόνου από τις οστικές μεταστάσεις.

Για την ώρα, η ωθηκεκτομία επιχειρείται σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς. Η επινεφριδεκτομία, που παρουσιάζει πολύπλοκα προβλήματα επιχειρείται σπανιότερα και μόνο σε περιπτώσεις αποτυχίας της χημειοθεραπείας μετά από ωθηκεκτομία, οι αντι-οιστρογονικές ουσίες, όπως η ταμοξιφαίνη, προκαλεί μερικές φορές υποχώρηση της μεταστατικής νόσου.

Η χορήγηση χημειοθεραπείας, με μονοθεραπεία ή με συνδυασμό φαρμάκων φαίνεται να βελτιώνει το χειρουργικό αποτέλεσμα. Ιδιαίτερα επιτυχής θεωρήθηκε η χορήγηση συνδυασμένης χημειοθεραπείας στο στάδιο III και IV. Με μονοθεραπεία τα ποσοστά ύφεσης της νόσου κυμαίνονται στα 20-30%, μετά από τις έρευνες των 5 τελευταίων χρόνων το πιο σημαντικό μήνυμα είναι ότι τα ποσοστά ύφεσης αναφέρονται στο 50-60% με πλήρη ύφεση όχι μεγαλύτερη από 15-20%.



Γενικά η συνδυασμένη χημειοθεραπεία πιστεύεται σήμερα, ότι παρέχει το μεγαλύτερο ποσοστό πλήρους και μερικής ύφεσης και αυξάνει το χρόνο επιβίωσης. Ως "χρυσός συνδυασμός" αναφέρεται από τους περισσότερους χημειοθεραπευτές ο συνδυασμός CMF ή CMFP. Η Αδριαμυκίνη με ή χωρίς CMF αποτελεί ισοτίμη εκλογή.

Συμπερασματικά φαίνεται, ότι δεν υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο θεραπείας. Η θεραπεία εξατομικεύεται και το είδος της επέμβασης καθορίζεται και από την παθολογοανατομική εικόνα την ώρα του χειρουργείου.

Για καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα χρειάζεται η στενή συνεργασία της άρρωσης του γυναικολόγου, του χειρουργού, του ακτινοθεραπευτή, του παθολογοανατόμου, του χημειοθεραπευτή και του ενδοκρινολόγου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5ο

**ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ**

Η προσπάθεια ελέγχου των κακοήθων νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως τους καθώς και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση.

Η πρόληψη είναι πρωτογενής και δευτερογενής.

Πρωτογενής πρόληψη: Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου και τα οποία είναι:

1. Υγεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του.
2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου), γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.
3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνές κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της χρήσεως του DDT εντομοκτόνου, με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση.

Δευτερογενής πρόληψη: Γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα δηλαδή κατά την περίοδο (λαμβάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των

άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων - ασυμπτωμάτων, σιωπηρό στάδιο της εξελίξεώς του - και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές - οικονομικοί λόγοι, ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο χρόνου κ.α.

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή. Η ανίχνευση στο "λαμβάνον" δηλαδή ασυμπτωματικό, στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
2. Γενική φυσική εξέταση (αναζήτηση λεμφαδένων κ.α.).
3. Ορθο-σιγμοειδοσκόπηση.
4. Πλήρης γυναικολογική εξέταση στην οποία συμπεριλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού και κολπικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου.
5. Εξέταση μαστού.
6. Δεπτομερής ΩΡΛική εξέταση.
7. Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματουρίας.
8. Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού.
9. Αιματολογικές εξετάσεις.
10. Ακτινολογικός έλεγχος.

## 11. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- Διαφώτιση του κοινού.

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου εξαρτάται:

1. Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του.

2. Από το γιατρό επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και ομολόγηση εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφριών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων.

3. Από τη νοσηλεύτρια η οποία κατά την διαφώτιση του κοινού μεταφέρει το μήνυμα όπως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστεια:

- του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί
- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και

- της ανόδου της εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

4. Από την πολιτεία. Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρησή τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς προλήψεως του καρκίνου.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

#### Ca μαστού

##### 1) Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς κατά την μαστογραφία

Πριν τον μαστογραφικό έλεγχο είναι απαραίτητη η νοσηλευτική αξιολόγηση των προβλημάτων της ασθενούς, και ο προγραμματισμός και εκτέλεση της αντιμετώπισής τους.

#### Εκτίμηση - αξιολόγηση προβλημάτων

- α. Υπαρξη αναπηρίας ή όχι.
- β. Υπαρξη μεταβολικού νοσήματος.
- γ. Αφυδάτωση.
- δ. Πόνος
- ε. Υπαρξη άγχους και αγωνίας.
- στ. Ανάγκη ενημέρωσης και κατατόπισης ασθενούς.

#### Σκοποί Νοσηλευτικής Παρέμβασης

- α. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς προς αποφυγή του άγχους και της αγωνίας.
- β. Προετοιμασία για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.

- γ. Αντιμετώπιση προβλημάτων του οργανισμού επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης π.χ. πόνος, σακχαρώδης διαβήτης, αφυδάτωση.

#### Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- α. Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο, το χρόνο και τον σκοπό της εξέτασης.
- β. Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναίμακτη και χωρίς πόνο εξέταση.
- γ. Σε έντονο άγχος ή κρίση άγχους χορηγούνται αναλγητικά - ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- δ. Σε περίπτωση αναπηρίας η εξέταση γίνεται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύσει την ασθενή και να την υποστηρίξει σε όλη την διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά του ασθενούς γίνεται με καρέκλα.
- ε. Σε περίπτωση αφυδάτωσης, κατόπιν ιατρικής εντολής, φροντίζουμε για την σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με την χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων.
- στ. Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζουμε για την χορήγηση ινσουλίνης και την τήρηση του διαιτολογίου της άρρωστης. Σκόπιμο είναι τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο πρόγραμμα για εξέταση.
- ζ. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνει και καθυστεράει τους συγγενείς της γυναίκας για την εξέταση, την ασφάλειά της, τους κινδύνους και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

## 2) Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς κατά την Υπολογιστική τομογραφία

### Προετοιμασία ασθενούς πριν την εξέταση

α. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνεται για τις τυχόν αλλεργίες της εξεταζομένης σε ιωδιούχα σκευάσματα και να το αναφέρει στον γιατρό πριν την ενδοφλέβια έγχυσή τους.

β. Σε πολύ ανήσυχες ασθενείς είναι δυνατόν, κατόπιν ιατρικής εντολής, να γίνει νάρκωση για την καλύτερη διεξαγωγή της εξέτασης.

γ. Η εξέταση ιωδιούχων σκευασμάτων γίνεται ενδοφλεβίως και πολύ αργά.

δ. Πριν την εξέταση η νοσηλεύτρια ενημερώνει την γυναίκα για τον τρόπο της εξέτασης, τον χρόνο (45' - 60') και τον τόπο διάρκειάς της.

### Φροντίδα ασθενούς μετά την εξέταση

α. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αναμένει αλλεργική αντίδραση αν η ασθενής είναι αλλεργική στα σκευάσματα ιωδίου. Ναυτία, έμετος, ερυθρότητα, κνησμός ή αναπνευστική δυσχέρεια πρέπει να αναφέρονται αμέσως στον γιατρό.

β. Το σημείο της ενδοφλέβιας έγχυσης παρακολουθείται για σημεία φλεγμονής (ερυθρότητα, οίδημα, πόνο, θερμότητα). Σε ύποπτη επιφάνεια, τοποθετούμε πάγο και ενημερώνουμε τον γιατρό.

γ. Σε τακτά χρονικά διαστήματα ελέγχουμε το ειδικό βάρος των ούρων της ασθενούς, έως ότου βεβαιωθούμε ότι το χορηγούμενο σκεύασμα έχει απεκκριθεί εντελώς.

δ. Η χορήγηση ενδοφλέβιων ακτινοσκοπιών ουσιών μπορεί να προκαλέσει υποθερμία, ενώ στην λήψη τους από το στόμα οφείλονται οι διάρροιες που εμφανίζει ένα μεγάλο ποσοστό εξεταζομένων γυναικών. Απαραίτητη κρίνεται η λήψη υγρών, εκτός αν αντεδεικνυται για άλλους λόγους.

### 3) Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υπόκειται σε βιοψία

Η νοσηλευτική φροντίδα σ' αυτή την φάση δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην κατάλληλη προετοιμασία και υποστήριξη της ασθενούς και των οικείων της.

#### Προεγχειρητική φροντίδα

Η βιοψία εκτός από διαγνωστική εξέταση, είναι μια χειρουργική επέμβαση και έτσι αντιμετωπίζεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς λοιπόν, ακολουθεί τα στάδια της νοσηλευτικής αντιμετώπισης, κάθε χειρουργικού ασθενή: προεγχειρητικό, διεγχειρητικό (που αποτελεί ευθύνη των νοσηλευτών του χειρουργείου), μετεγχειρητικό.

#### α. Προεγχειρητική διδασκαλία

Η νοσηλεύτρια παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στην γυναίκα και την οικογένειά της κατά την διάρκεια τη προεγχειρητικής φροντίδας.

Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης οποιοδήποτε άλλο μέσο επιτρέπεται για την πληρέστερη ενημέρωση και διδασκαλία των ενδιαφερομένων.

Αν η ασθενής έχει εμπειρία προηγούμενης βιοψίας ή άλλης επέμβασης συζητούμε μαζί της το γεγονός και λύνουμε τυχόν απορίες της. Αν δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία, εξηγούμε με



απλά λόγια την όλη διαδικασία, από την νάρκωση έως τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και διδάσκουμε στην γυναίκα τις τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιάς αναπνοής, και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων που θα χρειαστούν μετά την επέμβαση για την αποβολή των εκκρίσεων και την έκπτυξη των πνευμόνων.

### Προεγχειρητική προετοιμασία

Την προηγούμενη της επέμβασης οι νοσηλευτές του τμήματος φροντίζουν για την καθαριότητα του σώματος της ασθενούς. Γίνεται λουτρό με ειδικό σαπούνι είτε από την ίδια την γυναίκα ή αν δεν μπορεί εκείνη αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Επειδή από το προηγούμενο της εξέτασης βράδι η ασθενής δεν κάνει να παίρνει τίποτα από το στόμα ούτε νερό, τοποθετείται ορός για την υποστήριξη του οργανισμού, και την πρόληψη αφυδάτωσης. Επίσης, την παραμονή χορηγούνται υπακτικά φάρμακα, για την κένωση του εντέρου ή διενεργείται καθαρτικό υποκλισμός.

Συνήθως οι ασθενείς έχουν άγχος για την επέμβαση και δεν μπορούν να κοιμηθούν. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την εξασφάλιση καλού ύπνου με κάποιο ελαφρύ υπνωτικό φάρμακο κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

Το πρωϊνό της επέμβασης γίνεται η λήψη των ζωτικών σημείων (σφύξεις, θερμοκρασία, πίεση, αναπνοή), απομακρύνονται όλα τα πρόσθετα αντικείμενα που φέρει η άρρωση και παραδίδονται προς φύλαξη στους συγγενείς ή την προϊσταμένη του τμήματος. Πριν φύγει για το χειρουργείο η ασθενής πρέπει να ουρήσει. Αμέσως μετά διενεργείται η προνάρκωση, κατόπιν οδηγίας, του αναισθησιολόγου και δίνονται οδηγίες στην ασθενή να παραμείνει στο κρεβάτι έως ότου μεταφερθεί με φορείο στο χειρουργείο.

### β. Μετά την εγχείρηση (Μετεγχειρητικό στάδιο)

Μόλις η ασθενής γυρίσει από το χειρουργείο στον θάλαμο της κλινικής που νοσηλεύεται, γίνεται ο απαραίτητος έλεγχος των ζωτικών σημείων, σκοπός και επαναλαμβάνεται κάθε 15', 30' ή 60' min, ανάλογα με την κατάσταση της άρρωστης και την τακτική της κλινικής. Μετά την σταθεροποίηση της κατάστασης της ασθενούς η λήψη των ζωτικών σημείων γίνεται κάθε 3 ώρες.

Η ασθενής δεν επιτρέπεται να σηκωθεί από το κρεβάτι τουλάχιστον τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες, ενθαρρύνεται όμως να γυρίσει από πλευρά σε πλευρά, να βήχει και να αναπνέει βαθιά όπως διδάχθηκε πριν την μεταφορά της στο χειρουργείο. Αν παρόλ' αυτά η ασθενής επιμένει να σηκωθεί πρέπει οπωσδήποτε να υποβαστάζεται από την νοσηλεύτρια αρχικά και κάποιο μέλος της οικογενείας της αργότερα.

Τα κύρια προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουμε μετά την βιοψία είναι ο πόνος, η εμφάνιση του μαστού, και η έλλειψη της αισθητικότητάς του, που προβληματίζουν έντονα την γυναίκα, και η φλεγμονή που ίσως παρουσιάσει η τομή.

Πόνος : ελαφρός πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος και αντιμετωπίζεται εύκολα ως εξής:

- α) Χορηγούνται αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής.
- β) Συνιστάται στην ασθενή να φορά υποστηρικτικό επίδεσμο όλο το 24ωρο.
- γ) Ενημερώνεται η γυναίκα και οι συγγενείς της, να αποφεύγει απότομες και βαριές κινήσεις (άρση βάρους, σπρώξιμο) με σύστοιχο της βιοψίας χέρι.
- δ) Αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των θηλών, και τράβηγμα των ραμμάτων.

Εμφάνιση του μαστού : ενημερώνεται η ασθενής ότι αρχικά ίσως απογοητευθεί από την θέα του μαστού της, αργότερα όμως η εμφάνισή του θα καλυτερέψει αισθητά. Η διαδικασία αυτή θα διαρκέσει μερικούς μήνες.

Φλεγμονή : η περιοχή της ουλής πρέπει να εξετάζεται συχνά γιατί είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ελαφρά ερυθρότητα και φλεγμονή κατά μήκος της ουλής ή λίγη έκκριση υγρού. Αυτά είναι φυσιολογικά. Αν όμως τα συμπτώματα γίνουν εντονότερα ή παρατηρηθεί αιματηρή έκκριση, πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.

Η ουλή αρχικά έχει ερυθρό χρώμα, σταδιακά όμως θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα του δέρματος.

Αισθητικότητα : η περιοχή γύρω από την τομή ή όλος ο μαστός πιθανόν να είναι μουδιασμένη. Η απώλεια αυτή της αισθητικότητας παρότι προβληματίζει έντονα την γυναίκα είναι προσωρινή. Η αισθητικότητα συνήθως αποκαθίσταται 2 μήνες μετά την επέμβαση και η ασθενής ενημερώνεται από πριν γι' αυτό, ώστε να μην ανησυχεί άδικα.

Μετά την βιοψία η ασθενής συμβουλεύεται να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού ή να επισκέπτεται γι' αυτό τον ιατρό της. Αν παρατηρήσει οποιοδήποτε όγκο ή αλλαγή πρέπει να το αναφέρει αμέσως και να μην αμελήσει την περαιτέρω διερεύνησή του.

Η αντίδραση των γυναικών στη βιοψία του μαστού ποικίλλει. Νέες γυναίκες, υψηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και γυναίκες με μικρούς μαστούς συνήθως στεναχωρούνται περισσότερο από τις άλλες γυναίκες για τις δυσμορφίες του μαστού τους.

Από την στιγμή που θα τεθεί η τελική διάγνωση, ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει να ενσωματώσει τρόπους

βοήθειας της ασθενούς, να αντιμετωπίσει τις οικογενειακές αντιδράσεις, την απουσία από την δουλειά, και τα προβλήματα που θα επιφέρει η πιθανή αλλαγή της σωματικής εικόνας της γυναίκας που υφίσταται μαστεκτομή και νιώθει ανάπηρη.

Η θέση η δική μας σ' αυτό το στάδιο, είναι απαραίτητο να επιτρέπει στην γυναίκα να μας εμπιστευθεί και να συνεργαστεί μαζί μας για την θεραπεία της, αντλώντας μέσα από εμάς δύναμη και κουράγιο για να προχωρήσει.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6ο

### ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την αποσχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ενεργητική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3. Εκφράζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του αρρώστου να αποδεχθεί εφαρμοστεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας τον βαθμό κινητικότητας τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ακτινογραφιών, ή χημειοθεραπείας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ  
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

1. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

1.1. Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός, 2) μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, 3) Η έγκαιρη διάγνωση λοιμώξεως έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνει σηψαιμικές εκδηλώσεις.

1.2. Θρομβοπενία.

- α) Παρακολουθούνται 1) τα αιμοπετάλια, 2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, 3) η αρτηριακή πίεση του αίματος.
- β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες, 1) οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιέσεως σε κάποιο σημείο του σώματος πρέπει να είναι μικράς διάρκειας, 2) περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις, 4) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα προλήψεως αιμορραγίας.
- γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα σώματος.

1.3. Αναιμία

α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, β) βοηθείται ο άρρωστος με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο, γ) αποφυγή κοπώσεως, δ) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού, ε) περιορισμός απώλειου αίματος.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές

2.1. Ναυτία, εμέτους.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία της

ναυτίας και των εμέτων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων, 2) προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.α.α 3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα, 4) διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψεως.

### 2.2. Διάρροια/Σύσταση κοιλιακών μυών.

Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών· περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα. Χορηγούνται φάρμακα που αναστέλλουν την διάρροια, 2) χορήγηση πολλών υγρών, 3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών, 4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περίνεου, για την πρόληψη ερεθισμού.

### 2.3. Στοματίτιδα - έλκη ( πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.

Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές, 2) επάλειψη χειλέων με γλυκερίνη.

Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία στοματίτιδας με συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής χλιαρής τροφής.

### 3. Νευροτοξικότητα

Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας.

#### 4. Ωτοτοξικότητα

Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

#### 5. Ηπατοτοξικότητα

Ενημερώνεται ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

#### 6. Νεφροτοξικότητα

Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

#### 7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση λευκών αιμοσφαιρίων. Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις και αναβάλλεται αν είχε προγραμματιστεί να γίνει η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

#### 8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων.

Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά τη θεραπεία δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για τη πρόληψη τερατογενέσεως.

#### 9. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μανδήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφανίσεώς της



## 10. Αλλαγές στο δέρμα.

Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος τις αλλαγές στο χρώμα που υπάρχουν.

Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνεχείας του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

### ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστό της. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται: 1) στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία, 2) στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία, 3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και 4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν και μετά τη θεραπεία.

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και των τεχνικών που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη ιστών υγείων και κυττάρων. Σε περιπτώσεις επιπλοκών λαμβάνονται τα εξής μέτρα:

Σε ακτινοδερματίτιδα,

Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται. Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών. Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό. Τυποθετούνται στη περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή. Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.

ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών, ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και για αυτά επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντιδράσεως δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους ή νοσηλεύτριας μετά από εντολή ιατρική.

Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα. Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή αν αυτό δεν είναι δυνατόν γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμικής αξίας. Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες καλύψεως των φυσικών του αναγκών. Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια λόγω ευαισθησίας του βλενογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία:

Χορηγούνται αντιδιαρροικά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού. Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια - χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολείμματα).

## Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Το χειρουργείο είναι από τις σημαντικότερες και πιο νευραλγικές μονάδες του Νοσοκομείου, είναι ο χώρος μέσα στον οποίο σβήνουν ή αναζωπυρώνουν ή φουντώνουν εξαρχής οι τελευταίες σπίθες ελπίδες που κρατούν εκεί οι άρρωστοι για τους οποίους υπάρχει η υποψία του καρκίνου και όχι μόνο.

Σίγουρα το χειρουργείο και ειδικά Αντικαρκινικού Νοσοκομείου είναι ο χώρος με το μεγαλύτερο ψυχολογικό stress για το προσωπικό του. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια, πολύτιμοι συνεργάτες του χειρουργείου αξιολογούν νοσηλευτικές ανάγκες προγραμματίζουν, οργανώνουν, συντονίζουν, δίδουν φροντίδα στον άρρωστο, εκτιμούν τα αποτελέσματα και συντελούν καθοριστικά στην επιτυχημένη εκτέλεση και έκβαση της εγχείρησης.

Η εργασία περιλαμβάνει τρία στάδια:

α) Προεγχειρητική νοσηλεία και προετοιμασία του αρρώστου στο χειρουργικό τμήμα.

β) Διεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου στο χειρουργείο.

γ) Μετεγχειρητική νοσηλεία και αποκατάσταση στο χειρουργικό τμήμα.

Η νοσηλευτική του χειρουργείου είναι μέρος της χειρουργικής νοσηλευτικής. Έχει εκτός από την επιστημονική και τεχνική και μία ψυχοκοινωνική διάσταση ενδιαφέρουσα και μοναδική και την ολοκληρώνει μαζί με την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα. Οι παράμετροι της ψυχοκοινωνικής χειρουργικής είναι:

- Ο σεβασμός της αξίας της ζωής και των δικαιωμάτων του αρρώστου.

- Η προσωπική γνωριμία και εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.

- Η αντιμετώπιση των νοσηλευτικών διλημάτων με γνώμονα τις ανθρωπιστικές ηθικές αρχές της Νοσηλευτικής δεοντολογίας.

- Η ελάττωση του ψυχικού stress του αρρώστου προεγχειρητικά και κυρίως μέσα στο χώρο του χειρουργείου όπου αυξάνεται ακόμα περισσότερο και στη συνέχεια σε όλο το διάστημα νοσηλείας του.

Ο άρρωστος δεν έρχεται στο χειρουργείο σαν ένας μαστός που χρειάζεται αφαίρεση, έρχεται σαν μια ψιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα μοναδική και αδιαίρετη.

Νοσηλευτικές επιστημονικές έρευνες απέδειξαν ότι η προεγχειρητική ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου, μαζί με την πληροφόρησή του για την εγχείρηση, καθώς και η μετεγχειρητική ψυχολογική του φροντίδα έχουν σημαντική επίδραση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, στον καλύτερο ύπνο, στον υψηλό ηθικό στη συνεργασία για την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών και όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη συντόμευση της παραμονής του αρρώστου από τη νοσηλεύτρια του χειρουργείου. Έτσι ο άρρωστος αισθάνεται ότι γνωρίζει κάποιον στο χειρουργείο και τον ίδιο ότι τον γνωρίζει κάποιος.

Ακόμη, συνιστάται και η μετεγχειρητική επίσκεψη του αρρώστου από τη νοσηλεύτρια του χειρουργείου, για να διαπιστώσει τις μετεγχειρητικές συνθήκες που δημιουργήθηκαν από την ευαισθησία του αρρώστου και την εγχείρηση, το επίπεδο προσαρμογής του και τις ανάγκες του για ειδική νοσηλευτική φροντίδα. Έτσι δημιουργείται το κλίμα που η Διπλωματούχος λειτουργεί σαν εκπρόσωπος του αρρώστου.

Ο προσδιορισμός των τριών φάσεων της Περιεγχειρητικής Νοσηλεύτριας.

#### Α. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Η φάση αυτή αρχίζει από την ώρα που αποφασίζεται η εγχείρηση, μέχρι την ώρα που ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργικό τραπέζι. Στο νοσηλευτικό τμήμα που επισκέπεται η Νοσηλεύτρια συζητεί με τον άρρωστο και την οικογένειά του και κάνει την εκτίμηση της κατάστασής τους.

Η συζήτηση τηρείται σε αυστηρά νοσηλευτικά όρια και δίνει έμφαση στην ικανοποίηση των ειδικών αναγκών κάθε αρρώστου.

Η Νοσηλεύτρια συμπληρώνει κάρτα πληροφοριών των αναγκών αυτών και σχεδιάζει την ειδική φροντίδα που απαιτείται στο χειρουργείο. Διδάσκει επίσης τον άρρωστο και εξηγεί τις φάσεις της εγχείρησης προειδοποιεί στο τι αναμένεται, πληροφορεί τους συγγενείς δίνει συμβουλές για τη μετεγχειρητική αγωγή και τονίζει την ανάγκη της συνεργασίας του.

Η διδασκαλία αυτή θα πρέπει να γίνεται με λόγια κατανοητά να αποφεύγονται όσο γίνεται οι επιστημονικοί όροι. Δεν απαντά σε άμεσες ιατρικές ερωτήσεις, ενθαρρύνει όμως τον άρρωστο να ζητήσει περισσότερες λεπτομέρειες για την εγχείρηση.

Παρατηρείται ότι ο άρρωστος πολλές φορές έχει ανάγκη να μιλήσει και να εξωτερικεύσει τους φόβους του, απ'ότι πραγματικά θέλει να ακούσει. Κύριος στόχος λοιπόν είναι να ηρεμήσει ο άρρωστος.

- Εκτιμά το επίπεδο αντίληψης του αρρώστου
- Ελέγχει τον φάκελλο και το προεγχειρητικό δελτίο.
- Αναγνωρίζει τον άρρωστο.
- Επαληθεύει το σημείο της εγχείρησης, εξετάζει εάν το χειρουργικό πεδίο είναι καθαρό και εάν είναι ντυμένος σωστά με τα ρούχα του χειρουργείου.

- Δίνει ψυχολογική υποστήριξη και
- Ενημερώνει τα μέλη της χειρουργικής ομάδας για ειδικές ανάγκες, αν υπάρχουν.

Η αξία της προεγχειρητικής επίσκεψης και διδασκαλίας είναι ανυπολόγιστη για τον άρρωστο.

Από μελέτες παρατηρήσεις και αξιολογήσεις αρρώστων και συγγενών, διαπιστώθηκε ότι η σωστή πληροφόρηση και η προεγχειρητική διδασκαλία δεν ελαττώνει μόνο την προεγχειρητική ανησυχία τους, αλλά και βοηθά τον άρρωστο να συνεργαστεί καλύτερα, στη μετεγχειρητική φάση. Σηκώνεται νωρίτερα από το κρεβάτι, χρειάζεται λιγότερα παυσίπονα, αναπνέει, βήχει και ανέχεται καλύτερα τους σωλήνες άρα οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι λιγότερες και το ηθικό του υψηλό.

Οι άρρωστοι συχνά θεωρούν την νοσηλεύτρια σαν άτομο που ενδιαφέρεται γι'αυτούς και σαν λιγότερο επικίνδυνο από τα άλλα μέλη του προσωπικού υγείας και έτσι είναι περισσότερο επιδεκτικοί στη διδασκαλία από νοσηλεύτρια.

#### **Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ**

Σ'αυτή τη φάση που είναι και η κύρια ευθύνη της, η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια του χειρουργείου φροντίζει την διατήρηση της ασφάλειας του αρρώστου ως εξής:

- Η υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο, γίνεται από την προεταμμένη ή την υπεύθυνο η οποία πρέπει να υποδέχεται τον άρρωστο ήρεμα και ευγενικά. Ο άρρωστος σχηματίζει την πρώτη εντύπωση από την εμπειρία του στο χειρουργείο, από το τρόπο που του γίνεται η υποδοχή.

- Δεν θα πρέπει να αφήσουμε μόνο του τον άρρωστο, μέχρι να μπει στην αίθουσα του χειρουργείου. Η αγωνία, η στενοχώρια, ο φόβος όλων των ημερών κορυφώνεται σ' αυτή ακριβώς την ώρα ένα χαμόγελο, μια ευγενική χειρονομία νομίζω ότι είναι ό,τι καλύτερο γι' αυτόν.

- Οι συνομιλίες και οι κινήσεις του προσωπικού του χειρουργείου πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο, ώστε να δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ηρεμίας για τον άρρωστο. Σπουδαιότερο ακόμη είναι: Να μη συζητούνται από το προσωπικό θέματα προσωπικά ή θέματα που αφορούν άλλους αρρώστους, γιατί είναι δυνατόν να παρεξηγηθούν από τον άρρωστο που περιμένει.

- Ακόμη, κατά την μεταφορά και τοποθέτηση στο χειρουργικό τραπέζι, έχει ηθική υποχρέωση το προσωπικό να μεταχειρίζεται τον άρρωστο με σεβασμό και αξιοπρέπεια.

- Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά του κρατώντας του το χέρι, υποστηρίζοντας τον ψυχολογικά μέχρι να πάρει νάρκωση και σίγουρα νιώθει ασφαλής.

- Όταν μεταφερθεί στο χειρουργικό τραπέζι, επιβλέπει τη σωστή τοποθέτησή του σύμφωνα με την προεγχειρητική εκτίμηση που έχει κάνει, έτσι ώστε να υπάρχει λειτουργική ελευθερία στο σώμα του και επιβλέπει για τη διατήρησή του μέχρι το τέλος της επέμβασης.

- Ο κίνδυνος εγκατάλειψης χειρουργικού υλικού (γάζα, βελόνα, εργαλείο) στο σώμα του αρρώστου είναι πολύ συχνός, γι' αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει τη σωστή καταμέτρηση εργαλείων, βελόνων, γαζών πριν και μετά το τέλος της εγχείρησης, οι καταμετρήσεις αυτές αναγράφονται στο δελτίο νοσηλείας του χειρουργείου και υπογράφονται. Οι γάζες θα πρέπει να έχουν ακτινοσκοπική κλωστή για να ανιχνεύονται ακτινολογικώς σε περίπτωση απώλειας.

- Η χειρουργική διαθερμία πρέπει να ελέγχεται για περίπτωση βλάβης στα καλώδια και στις πλάκες γείωσης ή και λάθους κατά την σύνδεση ή και το χειρισμό και να εφαρμόζεται σωστά στο άρρωστο.

- Απαιτείται να γίνεται γενικός έλεγχος της αποστείρωσης των αντικειμένων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στην επέμβαση, εξετάζοντας την ένδειξη των ειδικών δεικτών και ταινιών αποστείρωσης.

- Η εργαλειοδότρια καθώς και το υπόλοιπο team χειρουργείου θα πρέπει να τηρούν τους όρους της άσκησης τεχνικής καθ' όλη την διάρκεια της επέμβασης προς αποφυγή μετεγχειρητικών μολύνσεων.

- Η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει ώστε να υπάρχει η απαραίτητη ηρεμία ο σωστός τρόπος συμπεριφοράς απ' όλους μέσα στη χειρουργική αίθουσα και γενικά όλες οι ενέργειες της να αποσκοπούν στην καλύτερη διεκπεραίωση της εγχείρησης, ώστε να παρέχεται στον άρρωστο η μεγαλύτερη ασφάλεια.

- Επιβλέπει τις φυσιολογικές λειτουργίες, π.χ. μεγάλη απώλεια υγρών, λειτουργία καθετήρων, παροχετεύσεων κλπ.

- Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή απ' όλο το προσωπικό (Νοσηλευτικό - Ιατρικό) για να μην υπάρξει ο κίνδυνος της εγχείρησης σε λάθος σημείο του σώματος. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει σωστή αναγνώριση του οργάνου ή της περιοχής και να γίνει η ανάλογη τοποθέτηση στο χειρουργικό τραπέζι.

- Ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή θα πρέπει να δίδεται σχετικά με τα παρασκευάσματα των αρρώστων. Είναι πολύ εύκολο να μπερδευτεί το παρασκεύασμα κάποιου αρρώστου μ' αυτό κάποιου άλλου, ή ακόμα και να χαθεί ή να πεταχθεί από το τραπέζι εργαλειοδοσίας. Επίσης δεν πρέπει να πετιέται κανένας ιστός από το τραπέζι εργαλειοδοσίας, χωρίς προηγουμένως να έχει ερωτηθεί ο χειρουργός.



- Θα πρέπει να καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο τα απαραίτητα στοιχεία της εγχείρησης (καταμετρήσεις γαζών, εργαλείων, ονόματα χειρουργών και αναισθησιολόγων, νοσηλευτών, ώρα έναρξης και τέλος της εγχείρησης), αλλά και όλη η διεγχειρητική φροντίδα που δόθηκε.

#### Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

- Στην ανάληψη η περιεγχειρητική νοσηλεύτρια μεταβιβάζει διεγχειρητικές πληροφορίες το προσωπικό, όσον αφορά την εγχείρηση που έγινε την εφαρμογή σωλήνων - καθετήρων κλπ.

- Εξηγεί αναπηρίες από την εγχείρηση και αδυναμίες.

- Αναφέρει το προεγχειρητικό επίπεδο του αρρώστου.

- Ενημερώνει για ιδιαιτερότητες συσκευών που εφαρμόστηκαν αν υπάρχουν.

- Επικοινωνεί με το προσωπικό της ανάληψης παρακολουθεί και ενημερώνεται για την αντίδραση του αρρώστου, κατά την παραμονή του στο χώρο της ανάληψης.

Στο νοσηλευτικό τμήμα αργότερα, σε κάποια άλλη μέρα:

- Αξιολογεί τα αποτελέσματα ή την αποτυχία των νοσηλευτικών πράξεων στο χειρουργείο.

- Ανιχνεύει την ικανοποίηση του αρρώστου, την μετεγχειρητική ψυχολογική του κατάσταση.

- Δίδει συμβουλές για την έξοδό του και συμπεριφορά στο σπίτι. Αυτή σε γενικές γραμμές είναι η ολοκληρωμένη και σωστή περιεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα που δίδεται στον άρρωστο που πρόκειται να υποβληθεί σε κάποια χειρουργική επέμβαση.

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

### A. Τοπική υποτροπή

#### 1) Εκτίμηση

α) Ογκίδιο στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής.

#### 2) Παρέμβαση

α) Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα διαγνωστικές εξετάσεις,

β) Βοήθεια στην ετοιμασία για ακτινοθεραπεία

### B. Μετάσταση σε άλλα όργανα (οστά, πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλο).

#### 1. Εκτίμηση

##### α) Στα οστά:

- Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα

- Δυσκολία στη βάδιση

- Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

##### β) Στους πνεύμονες

- πόνος

- δυσφορία, δύσπνοια

##### γ) Στο ήπαρ:

- ασκίτης, δυσφορία, δύσπνοια

- ναυτία, έμετοι

- κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία, απώλεια βάρους

##### δ) Στον εγκέφαλο

- σύγχυση διαταραχή της ισορροπίας του σώματος

- σπασμοί, παράλυση, διαταραχές όρασης

#### 2. Παρέμβαση

##### α) 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.

β) Στους πνεύμονες: - Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από την δυσφορία και τη δύσπνοια, επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί.

- Χορήγηση οξυγόνου

γ) Στο ήπαρ: - Παρακέντηση κοιλιάς για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.

- Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.

- Μικρά και συχνά γεύματα.

- Τεχνητή διατροφή μέσω γαστροστομίας ή πλήρης παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η άρρωστη αδυνατεί να φάει.

δ) 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.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η δικαίωση της ύπαρξής μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του Νοσηλευομένου για να τον βοηθήσουμε να προσαρμοστεί ενεργητικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια.

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική - ψυχική - πνευματική - κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητός του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, ν' αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ σκοπός της αποκατάστασής του είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του, με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξαρτησής του, ανεξάρτητα απ' το προσδόκιμο επιβίωσης.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες ν' αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με το δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα 'ναι ποιοτική για εκείνον.

Η δυνατότητα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του, προϋποθέτει

την ενεργητική συμμετοχή του ιδίου του αρρώστου, της οικογένειάς του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών κ.α. που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασή του.

Η 24ώρη θέση της Νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με την ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα.

Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο - φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και η εισαγωγή στο Νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους: τον φόβο του αγνώστου και του απροσδόκητου, του παρόντος και του μέλλοντος, των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν, του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας και του θανάτου. Η μεγαλύτερη ανάγκη που εκφράζεται από τους αρρώστους, σε αυτή τη φάση, είναι η πληροφόρηση.

Η ανάγκη μακρόχρονης επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η ανακάλυψη της υποτροπής ή εμφάνιση μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, όλα και καθένα χωριστά, είναι μια ακόμη ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο, είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις. Ορι-

σμένοι άρρωστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστια υπομονετικά, ηρωικά, πνευματικά. Μερικοί μελεχολούν και απογοητεύονται, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση ανευθυνότητα και παλιωδρόμηση σε παθολογικούς ή παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς.

Είγouρα η ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ είναι δυσκολότερη από τη ΣΩΜΑΤΙΚΗ. Δυστυχώς, συχνά δεν εκτιμάται και δεν ενθαρρύνεται στην κλινική πράξη αν και διάφοροι οδηγοί διευκολύνουν και σπυτελούν στην καλύτερη Νοσηλευτική Ψυχοκοινωνική αξιολόγηση.

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ που περιλαμβάνει καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό Νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διαπιστώθηκαν.

Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ του προγράμματος και οι ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΒΙΒΙΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ. ΜΕΛ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σ'όλα τα μέλη της οικογένειάς να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ'ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές του, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνησει εκείνο που έχασε.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ - ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ. Οχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, ο μορφασμός, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιολογηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος.

Α Νοσηλευτές ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν τον φροντίζουν με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, φροντίδα, συμμετοχή.

Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της καταστάσεώς του, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματα του και να ζητά βοήθεια.

Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος του προγράμματος. Κάθε νοσηλεύτης οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου, είτε συμβάλλοντας στις προσπάθειες των μελών της, είτε με αυτόνομες αρμοδιότητες. Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες: α) εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου, β) εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου και γ) εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης πόνου.

Άλλος σημαντικός στόχος του Νοσηλευτικού προγράμματος είναι η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. Η οικογένεια πρέπει να έχει διπλό ρόλο τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετοχος στην φροντίδα του αρρώστου. Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.

Στο τέλος ο/η Νοσηλευτής -τρια επιχειρεί την ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ που εφαρμόθηκαν και ανάλογα συνεχίζει, τροποποιεί ή επαναθεωρεί το πρόγραμμα, ανζητώντας τον καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Ο Συμβουλευτικός ρόλος της Νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες ή σε οργανωμένα προγράμματα καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αρρώστεια ή τη θεραπεία.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του Νοσηλευτή σαν συντονιστής που συμβάλλει στην διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας.

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι με ειδικές ομάδες.

Και τέλος, ανεξάρτητα αν η αρρώστια είναι ιάσιμη, ελεγχόμενη, ή τελικού σταδίου, κάθε άρρωστος με καρκίνο δικαιούται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ικανός να είναι ο εαυτός του, όσο το δυνατόν περισσότερο.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ  
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΩΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ  
ΣΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η ριζική ή η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελούν ακόμη και σήμερα επεμβάσεις εκλογής. Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, έλλειψη αυτοεκτίμησης, αυπνίες και άγχος.

Είναι μια πραγματικότητα που τη φέρνει αντιμέτωπη με μια αρρώστια που είναι συνυφασμένη με το φόβο και την αβεβαιότητα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό σήμερα η γυναίκα προχωράει στο χειρουργείο απορροϊμάστη συναισθηματικά και υποχρεώνεται έτσι να δεχθεί παθητικά ό,τι γίνεται στο σώμα της. Είναι όμως απαραίτητο να αποδεχθεί τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή, να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους άλλους. Η Νοσηλεύτρια:

α) Παρέχει την ευκαιρία στη γυναίκα έκφρασης των συναισθημάτων της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματά της. Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέγονται. Δε λαμβάνει προσωπικά υπ' όψη της το θυμό, την ευερεθιστικότητα ή την επιθετικότητα.

β) Επικεντρώνεται στα συναισθήματά της και προσπαθεί να

αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της.

γ) Καθορίζει τη σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας σώματος και το πως πιστεύει ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.

δ) Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις του ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής της εικόνας σώματος.

ε) Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της. Αν αυτή ντρέπεται ή αρνείται για την αλλαγή τότε παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας θα βρεί πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα ανυψώσει την αυτοεκτίμησή της.

στ) Παρέχει χρόνο προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών.

ζ) Γνωστοποιεί ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνονται τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να ακούσει να συμπαρασταθεί και να βοηθήσει να αντιμετωπιστεί το μέλλον.

η) Παραμένει δίπλα της, αν το επιθυμεί, ακόμη και αν εκείνη δε θέλει να μιλήσει.

θ) Συζητά την προσαρμογή της με την οικογένειά της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίξουν ενισχύοντας την ελκυστικότητά της και την αξία της τους βοηθάει να την αποδεχθούν να την καταλάβουν και να τη βοηθήσουν.

ι) ενημερώνει το χειρουργό σχετικά με τις πληροφορίες που έχουν δοθεί και από ποιόν, για τη δυνατότητα ανασύστασης του μαστού.

ια) Εξαιρεί τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της: ψυχική, δύναμη, χαρίσματα, αξίες.

ιβ) Υποστηρίζει και στηρίζει την επιθυμία της να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της όπως πρώτα.

ιγ) Διδάσκει κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού. Εξηγεί ότι γυναίκες που έχουν προβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

#### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα αποτελεί απειλή για την εικόνα σώματος με αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, αποκρουστική και ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα.

Αισθάνεται ότι έχει απορριφθεί από το περιβάλλον της, υποβιβασμένη, σεξουαλικά ακρωτηριασμένη. Σε μερικές περιπτώσεις οδηγείται και σε διαταραχή της οικογενειακής ενοχής.

Προκαλείται διαμάχη μεταξύ της μέχρι τώρα εικόνας που είχε για το σώμα της και της τρέχουσας πραγματικότητας. Καλείται ως μοναδικό πρόσωπο να ανταποκριθεί σε δύο διαφορετικούς ρόλους. Από τη μια η μάνα, η σύζυγος, η εργαζομένη που ζει μια φυσιολογική ζωή, αντιμετωπίζοντας τα καθημερινά προβλήματα του σπιτιού, της εργασίας, της κοινωνίας, συνάπτοντας σχέσεις αναλαμβάνοντας ευθύνες, και από την άλλη η ακρωτηριασμένη, ζώντας με τον καρκίνο της, υποβαλλόμενη σε θεραπείες, αντιμετωπίζοντας το φόβο του αγνώστου, την κόπωση, την εξασθένηση την απογοήτευση.

Πρωταρχικός σκοπός για την επανένταξή της στην οικογένεια, στην εργασία, στην κοινωνία είναι να οδηγηθεί στην αναγνώριση, έκφραση και αντιμετώπιση της θλίψης και στενοχώριας και την οποία έχει καταληφθεί:

Η Νοσηλεύτρια:

α) Αναγνωρίζει την εξατομικευμένη ανταπόκριση στα παραπάνω συναισθήματα.

β) Την βοηθάει να καταλάβει ότι ο μαστός που έχασε δεν αποτελούσε το όλον της σωματικής της οντότητας και πολύ περισσότερο δεν αποτελούσε μέρος της ψυχικής, πνευματικής και συναισθηματικής της σφαίρας, των αξιών και των επιδιωξεών της.

γ) Διαθέτει ευαισθησία και κατανόηση. Διδάσκει τα φυσιολογικά επίπεδα θλίψης, στενοχώριας, έτσι ώστε να την οδηγήσει σε ρεαλιστικές προσδοκίες.

δ) Ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων σχετικά με την απώλεια του μέλους του σώματος και της λειτουργίας του, το αίσθημα πληρότητας και θηλυκότητας που παρείχε στο παρελθόν, με σκοπό να προαγάγει την αποδοχή και να μειώσει την άρνηση.

ε) Της επιτρέπει να κλάψει, αν αισθάνεται την ανάγκη.

στ) Βρίσκεται σε εγρήγορη όσον αφορά την αναγνώριση σημείων κατάθλιψης (π.χ. απομόνωση, αδυναμία έκφρασης συναισθημάτων).

ζ) Δεν ενθαρρύνει φαντασιώσεις και ψεύτικες ελπίδες για ανασύσταση και πλήρη αποκατάσταση του μαστού, εφόσον αυτές δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.

η) Παρέχει τον απαραίτητο χρόνο που χρειάζεται για να διέλθει απ' αυτή τη διαδικασία της θλίψης.

θ) Συμπεριλαμβάνει την οικογένεια στη διαδικασία αποδρομής από τα συναισθήματα και προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα με διδασκαλία - ενημέρωση, έτσι ώστε να βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τυχόν αλλαγές συμπεριφοράς.

ι) οδηγεί στην αναζήτηση βοήθειας από τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

## ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

### ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΠΗΔΑΓΩΓΗ

Πριν την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο η Νοσηλεύτρια, ενθαρρύνει την άρρωστη για ερωτήσεις και παρέχει χρήσιμες απαντήσεις. Ετοιμάζει τον σύζυγο για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.

Βοηθάει την άρρωστη κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η Νοσοκόμος θα τονίσει την σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κλπ.

α) Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μη αισθάνεται καμμία δυσχέρεια στις κινήσεις.

β) εάν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται και να αυξάνει σιγά-σιγά.

γ) θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

δ) Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος αλλά βοηθά και στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

Οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικό-

τητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση, είναι οι παρακάτω:

Σφύξιμο μπάλας, είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στο δυναμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας.

Πέταγμα μπάλας, βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά την μπάλα που είναι δεμένη στο ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

Αναρρίχηση στον τοίχο. Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο όσο είναι δυνατόν. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας του ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση.

Γύρισμα σχοινάκι, είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Με τετωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινάκι με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά - σιγά μεγαλώνουν ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

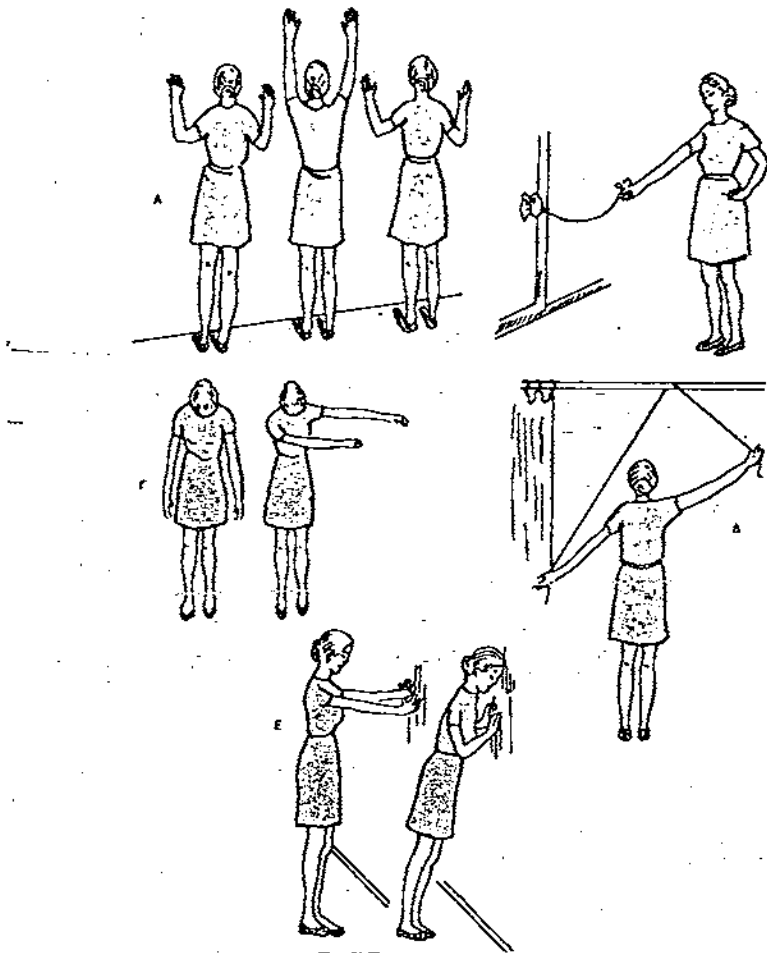
Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τετωμένους τους αγκώνες. Η Νοσοκόμος στέκεται δίπλα στην άρρωστη, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία, ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι

σχοινί, μήκους 3 μέτρων, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται.

Κούμπωμα κουμπιών πλάτης. Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της.

Αγγιγμα μετώπου. Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση χεριών. Σιγά - σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.



Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.

Α. Αναρίχηση στον τοίχο. Β. Γύρισμα σχοινάκι, Γ. Αιώρηση χεριών, Δ. Τροχαλία, Ε. Αγγιγμα μετώπου

Η Νοσηλεύτρια επεξηγεί στην άρρωστη για την βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας. Σημειώνει ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων. Χρειάζεται ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα . Ηπιο μασάζ με βούτυρο κακάου για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Αναγνώριση σημείων φλεγμονής - πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα, ενημέρωση του γιατρού για την παρουσία τους.

Πρόληψη ή αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος.

Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει:

α) Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα κοψίματα, οι αιμαχές, τα εγκαύματα, τα δείγματα εντόμων, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.

β) Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχτηκαν.

γ) Στον βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

δ) Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για την πρόληψη του εξαρτημένου οιδήματος.

ε) Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται καθαρά για πρόληψη της λοίμωξης.

στ) Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων.

ζ) Για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδος συμπίεσης.



Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης. Αρχικά η άρρωστη συμβουλεύεται να φορέει κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί) που δέχεται κολλά πάνω στο τραύμα. Για να κρατηθεί η πρόχειρη αυτή πρόσθεση στην κανονική της θέση μπορεί να προσαρμοστεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα "V" στο κάτω άκρο του στηθοδέσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, και να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δε θα πρέπει να φορεθεί, αν δε το επιτρέψει ο γιατρός.

Τονισμός της σπουδαιότητας του μετανοσοκομειακού check-up για:

- 1) Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος
- 2) Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση - έλεγχος προόδου ασκήσεων.
- 3) Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
- 4) Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.
- 5) Διαπίστωση πιθανής υποτροπής

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8ο

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι πληροφορίες αυτές πάρθηκαν με τη βοήθεια του Νοσηλευτικού ιστορικού, ιατρικού και μετά από συζήτηση με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

Ιστορικό 1ο

Όνομα : Πετροπούλου Αρχόντω

Ηλικία: 57 ετών

Πόλη - Χωριό : Ν. Ηλείας

Επάγγελμα : Αγρότισσα

Ημερομηνία εισόδου : 21-3-93

Ημερομηνία εξόδου : 5-4-93

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Ασθενής 56 χρ. το καλοκαίρι σε προγραμματισμένο έλεγχο κινητής μονάδος αναφέρει εύρημα 2 ψηλαφητά ογκίδια δεξιού μαστού. Ακολούθως έγινε έλεγχος. (Μαστογραφία, Scanning οστών, C-τ), ο οποίος ανέδειξε ύπαρξη ενός ογκιδίου στο άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού με χαρακτηριστικά πιθανότατα καλοήθεια (όρια περιγεγραμμένα δεν συμφύεται με το τοίχωμα ή το δέρμα). Στα πλαίσια των ευρημάτων αυτών όπως και της ύπαρξης μεταστάσεων στο κρανίο Scanning οστών) η ασθενής, ακολούθησε ορμονοθεραπεία.

ΚΥΡΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ Η ΣΗΜΕΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΙΣΗΛΘΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

Ca (δεξ. ) μαστού.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ:

- 2 ογκίδια δεξ. μαστού - άνω έξω τεταρτημόριο (στάδιο IV).
- Οστικές μεταστάσεις στο κρανίο.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Η ασθενής 56 χρόνων προσέρχεται για χειρουργική αντιμετώπιση παρηγορητική (τουαλέτας) Ca δεξ. μαστού στάδιο IV (T<sub>2</sub> NOM).

ΠΛΑΝΟ - Νέα μαστογραφία για να συγκριθεί με την προηγούμενη.

Χειρουργική αντιμετώπιση

22-3-93 . Σήμερα η ασθενής θα υποβληθεί σε νέα μαστογραφία για σύγκριση με την προηγούμενη.

26-3-93. Αναμονή για χειρουργείο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Ca δεξ. μαστού  
(δύο ογκίδια)

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Ca δεξ. μαστού  
στάδιο (IV)

Νάρκωση : γενική

Επέμβαση: Απλή μαστεκτομή δεξιά τοποθέτηση θωρακικού και μασχαλιαίου ROP

29-3-93 : Ημέρα χειρουργείου

Ανάκυψη καλή

31-3-93 : Χωρίς πρόβλημα

Αφαίρεση θωρακικού Red - o - Pack Sonal το μασχαλιαίο έχει σύνολο 50cc.

Προβλήματα άρρωστης	Νοσηλευτική αντιμετώπιση	Αιτιολόγηση	Αξιολόγηση
Φόβος και αγωνία για τη χειρουργική επέμβαση. Δυσκολία να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της.	Απαντάμε σε κάθε απορία της άρρωστης σχετικά με την εγχείρηση εξηγούμε για την βελτίωση ιατρικών και νοσηλευτικών μέσων, και πως χιλιάδες γυναίκες επανήλθαν στις προηγούμενες δραστηριότητές της.	Η τόνωση του ηθικού είναι απαραίτητη γιατί οι ασθενείς με φόβο και κατάρτιση συχνά έχουν μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως Shock κ.α.	Η άρρωστη μετά την συναισθηματική υποστήριξη είναι έτοιμη να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της.
Παρακολούθηση της άρρωστης μέχρι να αναήψει.	Τοποθέτηση της άρρωστης σε ύπτια θέση, συνεχής λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή.	Με τη συνεχή παρακολούθηση εκτιμούμε την άρρωστη και προλαμβάνουμε κάθε επιπλοκή.	Εξασφάλιση ψυχικής και σωματικής ασφάλειας της άρρωστης μέχρι να αναήψει.
Πόνος στην περιοχή του τραύματος.	Ενημέρωση από την άρρωστη για το χαρακτήρα του πόνου. Κορήγηση αναλγητικών μετά από ιατρική εντολή.	Ο πόνος οφείλεται στο τραύμα.	Ανακούφιση της άρρωστου από τον πόνο μετά την κορήγηση των αναλγητικών.
Μεγάλη αποβολή εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα.	Τοποθετείται η άρρωστη σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι. Ενθαρρύνουμε την άρρωστη να βήχει για την αποβολή εκκρίσεων.	Η άρρωστη χρειάζεται διαρκή παρακολούθηση για τον κίνδυνο εισροφίσεως.	Μείωση των εκκρίσεων και ανακούφιση της άρρωστου.
Δυσφορία της άρρωστου από την πολύ πιεστική επίδεση του τραύματος.	Καλάρωση της επίδεσης για την ανακούφιση της άρρωστης.	Η πολύ πιεστική επίδεση εμποδίζει την έκπτυξη των πνευμόνων.	Η ασθενής δηλώνει ότι αναπνέει πιο άνετα μετά από τη χαλάρωση της επίδεσης.
Τραύμα - Παροχέτευση.	Καθημερινά καθαρισμός με χλιαρό νερό και σαπουνι. Παράλληλα παρατηρούμε	Πρόληψη μόλυνσης της τραυματικής χώρας.	Επιτυχία γρήγορης επούλωσης του τραύματος.

την παροχέτευση, το χρώμα και την πο-  
σότητα των υγρών και αν λειτουργεί σω-  
στά η συσκευή. Θωρακικό Red-a-Pack 50  
ml. Μασχαλαίο σύνολο 50 cc.

Ανεπαρκή αποβολή ούρων.

Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλο-  
μένων υγρών. Μέτρηση ποσότητας των ού-  
ρων και τη συχνότητα των ουρήσεων. Μέ-  
τρηση βάρους της ασθενούς.

Η ανεπαρκής αποβολή ούρων πιθανόν να ο-  
φείλεται στην αυξημένη φείδρωση λόγω του υποερ-  
θυροειδισμού.

Έλεγχος και ρύθμιση λει-  
τουργίας του αδένα.

Διατροφή.

Πρόληψη απώλειας σωματικού βάρους.

Φροντίδα για την καλή διατροφή της άρρωστης, ανακαλύπτοντας τους παρά-  
γοντες που την επηρεάζουν.

Ικανοποίηση της άρρωστης και διατήρηση του σωματι-  
κού βάρους.

Πυρετός έως 38,2°C.

Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού. Τρίω-  
ρη λήψη θερμοκρασίας. Γίνεται προσπά-  
θεια αποβολής των εκκρίσεων και κινη-  
τοποίησης της ασθενούς.

Η αύξηση της θερμοκρα-  
σίας οφείλεται σε ανα-  
πνευστική αιτιολογία. Πίπεδα.

Επαναφορά της θερμοκρα-  
σίας σε φυσιολογικά ε-  
πίπεδα.

Έναρξη κινήσεων για το δε-  
ξιό χέρι.

Ενθάρρυνση της αρρώστου να αυτοεξετη-  
ρετείται: (βούρτσισμα δοντιών-χτένι-  
σμα).

Μετά από την επέμβαση του Νοσηλευτικού προ-  
σωπικού και ειδικού  
φυσιοθεραπευτή ανέλα-  
βε την έναρξη κινήσεων  
και ασκήσεων για το χέ-  
ρι της.

Ιστορικό 2ο

Όνομα: Αγγελή Ευγενία

Ηλικία: 67 ετών

Πόλη-χωριό : Ν. Μεσσηνίας

Επάγγελμα : Αγρότισσα

Ημερομηνία εισόδου : 23-3-93

Ημερομηνία εξόδου : 5-4-93

- Εμμηναρχή 14 χρόνων, εμμηνόπαυση 48 χρόνων
- δύο φ.τ. ο πρώτος σε ηλικία 31 χρόνων
- όχι θηλασμοί

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Ασθενής 67 ετών που είχε χειρουργηθεί για μη ψηλαφητή βλάβη αριστερού μαστού άνω έξω τεταρτημόριο, προ μηνός (17-2-93) με ταχεία βιοψία αρυπτική. Επανεισάγεται για (ογκεκτομή) ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή μετά την ιστολογική απάντηση.

Διάχυτο πορογενές διηθητικό Ca Grade III.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ:

- Διάχυτο πορογενές διηθητικό grade III
- Ηπια υπέρταση

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ=

Ασθενής 67 χρόνων με ογκεκτομή στο άνω έξω τεταρτημόριο αρ.μαστού (17-2-93) προσέρχεται για ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή μετά την ιστολογική απάντηση.

Διάχυτο πορογενές διηθητικό grade III 24-3-93.

Προεγχειρητική διάγνωση Ca αρ. μαστού

Νάρκωση γενική

Εγχείρηση ριζική τροποποιημένη αριστερή μαστεκτομή.

Επέμβαση τοποθέτηση 2 R.O.P.

5-4-93 13η ΜΗ.

ROP δίνει ελάχιστη ποσότητα, αιμοδυναμικά σταθερή.

Ημερομηνία εισόδου 8-4-93.

ΚΥΡΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ Η ΣΗΜΕΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΙΣΗΛΘΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σέρωμα στη θέση αφαίρεσης θωρακικού R.O.P. ΧΜΘ

ΑΡΧΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ:

Καλή γενική κατάσταση και θρέψη.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ασθενής ηλικίας 67 ετών με Ca αρ. μαστού προσέρχεται 1 εβδομάδα μετά το εξιτήριο της για αφαίρεση σερώματος στην περιοχή του θωρακικού ROP και για ΧΘΠ.

14-5-93.

Επανεισαγωγή για ΧΜΘ και εξιτήριο

21-5-93 επανεισαγωγή για ΧΜΘ με το ίδιο σχήμα.

14-6-93 επανεισαγωγή για ΧΜΘ με το ίδιο σχήμα.

21-6-93 λόγω χαμηλών λευκών αιμοσφαιρίων λόγω ΧΜΘ και ακτινοβολίας.

Δεν έγινε επανεισαγωγή.

Προβλήματα άρρωστης

Ναυτία και έμετοι.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση

- Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού για την ναυτία και τον έμετο. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.
- ΕΛΕΓΧΟΣ Ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- Διατήρηση της αρρώστου καθαρός μετά από τους εμέτους.
- Εξασφάλιση καλής θρέψης της ασθενούς.
- Συμπλήρωση του νοσηλευτικού ιστορικού για την ποσότητα, συχνότητα και το χαρακτήρα των εμέτων.

Πτώση αρτηριακής πίεσης.

Προβλήματα σχέσεων με την οικογένεια και το σύζυγο.

Απότομη πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων ( $3-200/\text{mm}^3$ ).

Αιτιολόγηση

Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται γιατί μπορεί να γίνει αλλαγή στο θεραπευτικό σχήμα. Ανακούφιση της αρρώστου από την κακοσμία.

- Οι συχνοί έμετοι δημιουργούν αποστραφή.

Συνεχής λήψη Α-Π, αναπνών και σφυγμών.

Ελεγχος του τραύματος μήπως αιμορραγεί.

Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να αποδεχθούν την πραγματικότητα.

-Ενημερώνουμε το γιατρό.

-Γίνεται συχνή λήψη της θερμοκρασίας

Αξιολόγηση

Ανακούφιση της ασθενούς από τη ναυτία και τους εμέτους και λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής.

Η επαναφορά ΑΠ στα φυσιολογικά επίπεδα και μη εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων.

Επαναφορά της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και απόδοσης της άρρωστης στα ανώτερα εφικτά επίπεδα.

Μετά από συνεχή παρακολούθηση της αρρώστου



του σώματος.

-Κάνουμε σχολαστικό έλεγχο του δέρματος και των κοιλοτήτων της άρωστού για την εμφάνιση λοίμωξης.

Ξεπνοή διακοπή της άρωσης. Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη έπεξεργασία. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σπυλαιμικές εκδηλώσεις.

Η άρωση πρέπει να σιτίζεται κανονικά, γιατί η ελλειψής λήψη τροφής οδηγεί στην μείωση της καλής φυσικής κατάστασης.

Ανορεξία. Απώλεια βάρους.

Καθημερινό ζύγισμα της ασθενούς. Προγραμματισμός μικρών και συχνών γευμάτων σε συνεργασία με την άρωση για το περιεχόμενο και την ώρα. Ενθάρρυνση της άρωσης να σιτίζεται επαρκώς.

Η άρωση κατανόησε τη σημασία της σωστής διατροφής και καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για συνεργασία.

Απώλεια μαστού και επιλογή σωστού τύπου τεχνητού.

Ενθάρρυνση της άρωσης να αποδεχθεί την πραγματικότητα.

Αρτια εμφάνιση της άρωσης.

Η νοσηλεύτρια ενίσχυσε ψυχολογικά την άρωση και διέλυσε το άγχος της. Της είπε να φορέσει στηθόδεσμο που θα το γέμιζε με κάποιο μαλακό υλικό (μαλλί) και μετά την ενημέρωσε για τους τύπους τεχνητού πρόσθετου και

από που μπορεί να την  
προμηθευτεί. Ο σύζυγος  
ενθαρρύνεται να συνο-  
δεύσει την γυναίκα του  
στην αγορά για ενθάρ-  
ρυνση και αποδοχή.

### ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθεια και αιτία θανάτου στις γυναίκες και μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία.

Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης θεραπείας και γίνεται με τη διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών, η οποία πρέπει να γίνεται σε κανονικά διαστήματα (κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση) ακόμα και από την παιδική ηλικία.

Θα πρέπει να γίνει σωστή διαφώτιση για τον καρκίνο από την παιδική ηλικία, η οποία θα αποτελεί μέσο πετυχημένης διαφωτίσεως και των μεγάλων.

Να χρησιμοποιηθούν μέσα διαφωτίσεως του κακού όπως αγγελίες από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και τη τηλεόραση, ενημέρωση από το Νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Μάθετε τον "Ευρωπαϊκό Κώδικα Πρόληψης του καρκίνου" και φροντίστε να το μάθουν και άλλοι κοντά σας, και τα παιδιά σας που αγαπάτε, φίλοι, συγγενείς, γνωστοί και άλλοι.

### ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- Μην καπνίζετε
- Μην κάνετε κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών
- Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο
- Ακολουθείτε τις οδηγίες υγιεινής και ασφάλειας ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας
- Τρώτε συχνότερα φρούτα και λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.
- Αποφεύγετε την παχυσαρκία και περιορίστε τις τροφές που εί-

ναι πλούσιες σε λιπαρά.

- Επισκεφθείτε το γιατρό σας αν παρατηρήσετε αφύσικη αιμορραγία ή ογκίδιο ή αλλαγή στο μέγεθος και το χρώμα σε ελιά του δέρματος
- Επισκεφθείτε τον γιατρό σας αν έχετε επίμονα ενοχλήματα, όπως παρατεταμένο βήχα ή βραχνάδα φωνής, ή αν παρατηρήσετε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου ή αδικαιολόγητο αδυνάτισμα.
- Οι γυναίκες κάνετε τεστ Παπανικολάου για έλεγχο της μήτρας.
- Εξετάζετε τακτικά τους μαστούς σας - αν είναι δυνατόν κάνετε περιοδικά μαστογραφία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 50 ετών.

**ΜΗΝ ΣΕΧΝΑΤΕ : ΟΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ  
ΕΙΝΑΙ ΙΑΣΙΜΕΣ ΑΝ ΕΝΤΟΠΙΣΤΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ**

Αλλά και ο ρόλος της Νοσηλευτικής θα πρέπει να είναι ευρύς, ουσιαστικός και μοναδικός.

Συμπερασματικά οι δραστηριότητες των Νοσηλευτριών θα πρέπει να περιλαμβάνουν:

- Πρόληψη του καρκίνου με τη διδασκαλία υγιεινών συνηθειών ζωής.
- Εγκαιρη ανίχνευση προκαρκινωματικής αλλαγής ή ασυμπτωματικής νόσου
- Οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
- Έλεγχο επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρενεργειών θεραπείας
- Έλεγχο του πόνου με τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων
- Φυσική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη της άρρωστης και της οικογένειάς της.

- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, σπίτι, με την υποστηρικτική νοσηλεία και βοήθεια των συγγενών.
- Έρευνα που να αποσκοπεί στην προαγωγή ποιότητας ζωής της άρρωστης σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος του μαστού αντιπροσωπεύει το 26-28% όλων των καρκίνων της γυναίκας και το 18-19% των θανάτων γυναικών από καρκίνο. Παρά τις θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στα τελευταία 30 χρόνια, η θνησιμότητα από καρκίνο μαστού δεν μειώθηκε σχεδόν καθόλου σε κανένα μέρος του κόσμου. Το γεγονός αυτό κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη της προλήψεως της νόσου.

Για το λόγο αυτό το πρώτο σημείο που τονίζω στην εργασία μου είναι η σημασία της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης, ώστε να περιοριστεί ο αριθμός των ασθενών.

Καρκίνο, σε οποιαδήποτε φάση εκδήλωσης, δικαιούνται να έχουν φροντίδα και υποστήριξη από σωστά εκπαιδευμένους και επιδέξιους νοσηλευτές.

Το δεύτερο σημείο στο οποίο αναφέρομαι είναι: η οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που εκτείνεται σε όλες τις φάσεις του καρκίνου, από τη διάγνωση μέχρι τη θεραπεία ή τη βοήθεια για ειρηνικό θάνατο με τη σωστή αντιμετώπιση και σωστή νοσηλεία για θεραπεία και αποκατάσταση.

Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να παρέχει συνεχή ενίσχυση και συναισθηματική υποστήριξη στην ασθενή με Ca μαστού και επαναφορά της στην προηγούμενη κατάστασή της μετά από την μαστεκτομή.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ Π.Χ.: "Καρκίνος του μαστού", "Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας", έκδοση Δ.Σ. ΕΟΠΕ, σελ. 12-13, Οκτώβριος 1988.

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Π.Π.: "Συμπληρωματική θεραπεία στον πρώιμο καρκίνο", "Ελληνική ογκολογία", τόμος 25, τεύχος 4, έκδοση τριμηνιαία, σελ. 287,289, Οκτ.-Δεκ. 1989.

ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ-ΜΟΥΖΑΚΑ ΛΥΔΙΑ: "Επιβαρυντικοί παράγοντες στον καρκίνο μαστού", "Ελληνική ακτινολογία", Ειδικό αφιέρωμα μαστός 1, τόμος 18, Αριθμ. 3-4, έκδοση τρίμηνη της ελληνικής ακτινολογικής εταιρείας, σελ. 137-142, Ιούλιος - Δεκέμβριος 1987.

ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ Α.: "Νοσηλευτική μέριμνα του αρρώστου στο χειρουργείο", "Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία επιτροπή ευρωπαϊκών κοινοτήτων", "Ευρώπη κατά του καρκίνου", Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα "Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον Καρκινοπαθή", σελ. 30-41, Αθήνα 1991.

ΚΟΝΙΑΡΗ ΕΥΔΟΣΙΑ : "Νοσηλευτική παρέμβαση στην φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο μαστού", Εθνικός σύνδεσμος διπλωματούχων Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος, τομέας ογκολογικής Νοσηλευτικής, Ημερίδα "Αλλαγή της σωματικής εικόνας μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκίνο", σελ. 73-80, Αθήνα 1992.

ΚΟΝΙΟΥΡΗ ΕΥΔΟΣΙΑ : "Καρκίνος μαστού-Νοσηλευτική παρέμβαση", Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.

ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗ ΚΛΕΑ, ΔΟΝΤΑΣ ΝΙΚΟΣ, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. PETER BOYL: "Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα 1960-1985", Ελληνική Αντικαρκινική εταιρεία, εργαστήριο Υγιει-

νής και επιδημιολογίας, Αθήνα 1990.

ΚΥΠΑΡΡΙΣΣΙΑΔΗΣ ΠΑΝ.: "Μαθήματα ακτινοθεραπευτικής ογκολογίας",  
Ιωάννινα 1990.

ΛΟΥΒΡΟΥ-ΦΕΡΤΑΚΗ Ν., ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΑΜΠΕΛΑ Κ., ΤΣΙΩΝΟΥ Χ.,  
ΜΙΝΑΡΕΖΖΗΣ Δ.: "Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκί-  
νο του μαστού", "Ελληνική ογκολογία", τόμος 28, τεύχος 3,  
έκδοση τριμηνιαία, σελ. 236,238, Ιούλ.-Σεπτ. 1992.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Νοσηλευτική Παθολογική  
Χειρουργική", τόμος Β', μέρος 2ο, έκδοση 11η, έκδοση ΤΑ-  
ΒΙΘΑ, Αθήνα 1989.

ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ ΣΕΡΓΙΟΣ Ι.: "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας",  
επιστημονικές εκδόσεις Γρήγοριος και Παρισάκος, Αθήνα  
1985.

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΑΚΗ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ: "Χημειοθεραπεία", έκδοση  
Β', εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989.

ΜΠΑΦΑΛΟΥΚΟΣ Δ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Μ., ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ Δ., ΒΑΡΘΑΛΙΤΗΣ Ι.,  
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α.: "Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα - Χαρα-  
κτηριστικά της νόσου και θεραπεία", 5ο Πανελλήνιο συνέ-  
δριο ογκολογίας πρακτικά, τόμος Α', σελ. , Αθήνα  
1989.

ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΗΣ ΙΑ.: "Καρκίνος μαστού", Ελληνική αντικαρκινική  
εταιρεία, σελ. 24-30, Αθήνα 1985.

ΠΑΠΑΣΤΑΥΡΟΥ-ΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ ANNA: "Εγκαιρη διάγνωση στον καρκίνο  
του μαστού", "Θέματα Παθολογίας ογκολογίας", σελ. 241,  
242, Αθήνα 1989.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: "Παθολογική και χειρουργική  
Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες", τόμος 2ος, Μέ-  
ρος Β', εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985.



ΤΖΩΡΑΚΟΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ: "Χειρουργικές παθήσεις του μαστού",  
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.

ΧΡΥΣΟΣΠΑΘΗ Π.Ι. - ΓΟΛΕΜΑΤΗ Β.Χ.: "Μαθήματα χειρουργικής", Μέ-  
ρος δεύτερο, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1981.

ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Μ.: "Δευτεροβάθμια πρόληψη για καρκίνο μαστού", Ελ-  
ληνική αντικαρκινική εταιρεία επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινο-  
τήτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου", Σεμινάριο Νοσηλευτριών  
με θέμα "Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου απο-  
κατάσταση του καρκινοπαθούς", σελ. 11-21, Αθήνα 1991.

