

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΗΣ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Ι. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΣ

ΠΑΤΡΑ, 1988

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΝΔΕΙΞΗΣ 1224 Β



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος	
Ανατομία του μαστού	σελ. 1
Τι είναι καρκίνος	3
Αιτίες μαστεκτομής	5
Καρκίνος μαστού	6
Χειρουργική θεραπεία της νόσου	15
Νοσηλευτική φροντίδα	26
Προδιαθεσιακοί παράγοντες	33
Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή	35
Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή	36
Ολική απλή μαστεκτομή	37
Ευρεία τμηματεκτομή	38
Καρκίνος του μαστού σε εγκυμοσύνη ή γαλουχία	39
Καρκίνος του μαστού στους άνδρες	39
Χημειοθεραπεία	43
Ακτινοθεραπεία	44
Ανάπλαση του μαστού	45
Ο ρόλος της κοινων.λειτουργού	48
Περιστατικά	49
Βιβλιογραφία	

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία μου είναι μια μικρή αναφορά στο τεράστιο πρόβλημα που απασχολεί πολλές γυναίκες της εποχής μας στη μαστεκτομή. Είναι ένα θέμα που σε όλο τον κόσμο γίνεται αντικείμενο συνεχούς έρευνας και κλινικών προσπαθειών και οι σχετικές δημοσιεύσεις ακολουθούν ένα ρυθμό πολύ γρήγορο, ανάλογο με την πρόοδο που παρουσιάζεται στην ιατρική σ' αυτό τον τομέα.

Διαμέσου της εργασίας αυτής θέλησα να τονίσω τα τελευταία επιτεύγματα της ογκολογίας, επίσης την αρμονική συνεργασία όλων των ειδικοτήτων, που στόχος τους είναι ο καρκίνος του μαστού και η επαναφορά της γυναίκας, χωρίς κανένα πρόβλημα, αισθητικό ή ψυχολογικό, στην κοινωνία.

Επίσης θέλησα να τονίσω ότι η σωστή αντιμετώπιση του καρκίνου είναι πάντα πρόληψη και στη συγκεκριμένη περίπτωση η αυτοεξέταση.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστος ευρίσκεται εντός της επίπολης περιτονίας του θωρακικού τοιχώματος. Εκ των άνω προς τα κάτω εκτείνεται από τον 2ον μέχρι τον 6ον πλευρικό χόνδρο οριζοντίως του χείλους του στέρνου, μέχρι της μέσης μασχαλιαίας γραμμής. Προέκταση του μαστού, γνωστή ως μασχαλιαία επέκταση ή ουρά του μαστού, εκτείνεται προς τα άνω και έξω, κατά μήκος του κάτω χείλους του μείζονος θωρακικού προς την μασχάλη, όπου και φθάνει προς τα άνω μέχρι της 3ης πλευράς. Η προέκταση αυτή σε αντίθεση με τον υπόλοιπο μαστό, ευρίσκεται στην εν τω βάθει περιτονία.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ

Τα εκκριτικά στοιχεία του αδένου βρίσκονται μέσα σε πυκνό ινώδες στρώμα και διατάσσονται σε λοβία που αθροίζονται στους λοβούς του μαστού (15-20 περίπου), που διατάσσονται ακτινοειδώς. Κάθε λοβός αποχετεύεται με ένα εκφορητικό πόρο, που σχηματίζεται από τη συνένωση των πόρων των λοβίων. Οι πόροι των λοβών καταλήγουν στη θηλή του μαστού. Ο αδένου δεν καλύπτεται ολόκληρος από κάψα, οι λοβοί χωρίζονται μεταξύ τους με ατελή ινώδη διαφράγματα και έτσι συνεχίζουν το ινώδες υπόστρωμα του αδένου. Ταινίες από ινώδες ιστό, φέρονται από το υπόστρωμα προς το δέρμα - "σύνδεσμοι του Cooper" - και προς την εν βάθει περιτονία. Οι ταινίες αυτές συνδέονται από λεμφαγγεία, τα οποία έχουν σημασία για την διασπορά του καρκινώματος.

ΑΓΓΕΙΩΣΗ

Οι αρτηρίες που αρδεύουν το μαστό είναι η πλάγια θωρακική από τη δεύτερη μοίρα της μασχαλιαίας, επίσης κλάδοι της εσωμαστικής και οι έξω κλάδοι της δεύτερης, τρίτης και τέταρτης μεσοπλευρίου αρτηρίας. Οι φλέβες, οι οποίες σχηματίζουν δίκτυο από τη θηλή, αποχετεύουν κυρίως από τη μασχαλι-

αία και την εσω μαστιική φλέβα.

Λεμφαγγεία. Τα εκκριτικά νησίδια του μαστού περιλαμβάνονται από πλέγμα μικρών λεμφαγγείων. Αυτά επικοινωνούν μεταξύ τους με αγγεία, τα οποία βρίσκονται εν τω βάθει, με μεγάλα λεμφικά πλέγματα της εν τω βάθει επιφανείας του αδένου. Τα λεμφαγγεία που αποχετεύουν την επιφάνεια του δέρματος επικοινωνούν κατ'ευθείαν με το υποθηλιακό πλέγμα και τα λεμφαγγεία που συνοδεύουν τους συνδέσμους του Cooper με τα λεμφικά αγγεία του υποστρώματος του αδένου. Όσο στα επιπολή, τόσο και στα εν τω βάθει πλέγματα, ξεκινούν λεμφαγγεία που οδηγούν στους επιχώριους λεμφαδένες.

Μασχαλιαίοι λεμφαδένες. Η κοιλότητα της μασχάλης είναι γεμάτη με λεμφαδένες, όλοι τους δέχονται λεμφική αποχέτευση, αμέσως ή εμμέσως από το μαστό. Η διάταξή τους είναι ακανόνιστη, χωρίζονται όμως αυθαίρετα σε πέντε ομάδες. Η πρόσθια ομάδα βρίσκεται στους θωρακικούς μυς και σχηματίζει το πρόσθιο τοίχωμα της μασχάλης. Η οπίσθια ομάδα βρίσκεται στο πίσω μέρος της μασχάλης, κατά μήκος των υποπλατίων αγγείων. Η έξω ομάδα βρίσκεται στο ανώτερο τμήμα του βραχίονα. Η κεντρική ομάδα λεμφαδένων βρίσκεται μέσα στο λίπος του κέντρου της μασχαλιαίας κοιλότητας, δέχεται λεμφαγγεία και από τις αναφερθείσες ομάδες. Η κορυφαία ομάδα βρίσκεται στην κορυφή της μασχαλιαίας κοιλότητας, στο διάστημα μεταξύ του ελάσσονος θωρακικού και της κλείδας. Δέχεται λεμφαγγεία τόσο από τις αρχικές ομάδες, όσο και από την κεντρική ομάδα.

Άλλοι σχετιζόμενοι λεμφαδένες. Τα υπερκλείδια γάγγλια βρίσκονται στο κατώτερο τμήμα του οπίσθιου τραχηλικού τριγώνου και ανήκουν στην κατώτερη ομάδα τραχηλικών γαγγλίων, δέχονται λεμφαγγεία από τα κορυφαία μασχαλιαία γάγγλια, όπως και από τα εσω μαστικά.

Τα εσω μαστικά γάγγλια (πρόσθια μεσοθωρακικά ή παραστερνικά) βρίσκονται παραπλεύρως στην ομώνυμη αρτηρία, η συνήθης διάταξη είναι κατά ζεύγη.

Τι είναι καρκίνος

Άρρώστεια που δεν γνωρίζουμε την αρχική της αιτία και που εκδηλώνεται σαν μικρός όγκος, στην αρχή χωρίς πόνους. Ο όγκος δημιουργείται σε ορισμένο μέρος του σώματος από κύτταρα που πολλαπλασιάζονται ταχύτερα από τα άλλα κύτταρα του σώματος και έχει την τάση να μεγαλώνει απεριόριστα, να εισδύει στους γύρω γερούς ιστούς, να μεταναστεύει σε άλλα μέρη του σώματος, και τέλος να σκοτώνει τον άρρωστο από εξάντληση και καχεξία και με φοβερούς πόνους. Αν ο όγκος δεν αφαιρεθεί ή καταστραφεί έγκαιρα, τότε γίνονται μεταστάσεις καρκινικών κυττάρων προς άλλα μέρη του σώματος, όπου δημιουργούνται νέοι όγκοι.

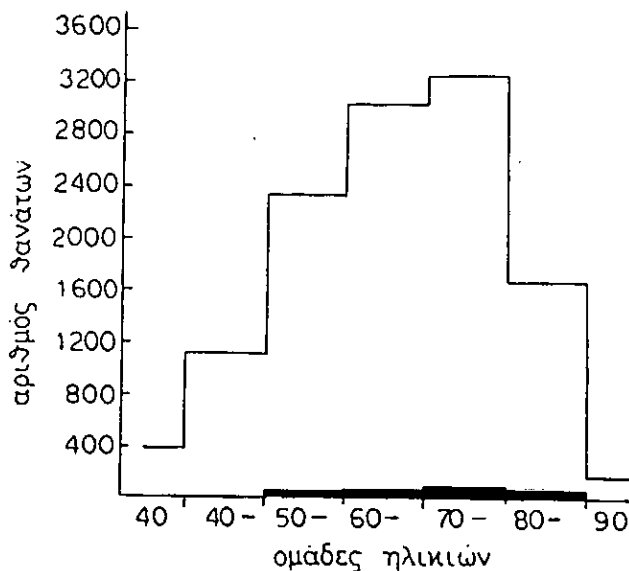
Επιδημιολογικά δεδομένα

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες και ιδιαίτερα στις γυναίκες στην κοινωνική τους ακμή, δηλαδή ανάμεσα στα 40-45 χρόνια. Με βάση τις εξελίξεις των ετών 1970-1980, όπως παρουσιάζονται στα δελτία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, μπορεί κανείς να κάνει για το έτος 1989 τις προβλέψεις που περιλαμβάνονται στον πίνακα Ι.

	ΕΛΛΑΣ	Η.Π.Α.
Πληθυσμός σε εκατομμύρια	10	215
Νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού	2.300	124.000
Θάνατοι από καρκίνο του μαστού	1.300	41.000
ανά 1 εκατομμύριο πληθυσμού		
νέες περιπτώσεις κ. μαστού	230	576
θάνατοι από κ. μαστού	130	190
ανά 100 περιπτώσεις καρκίνου (γενικά) γυναικών		
καρκίνος μαστού	25	26
ανά 100 γυναίκες που πεθαίνουν από καρκίνο (γενικά)		
καρκίνος μαστού	16	18
Σύνολο περιπτώσεων καρκίνου (γενικά)	20.000	900.000

Στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες της Ευρώπης και της Β.Αμερικής, σε 100 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε γυναίκα, αναλογούν λιγότερο από 2 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού σε άνδρα. Έτσι για τους επιδημιολογικούς αριθμούς, μιλώντας για καρκίνο του μαστού γενικά, εννοούμε τον καρκίνο του μαστού της γυναίκας.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει από χώρα σε χώρα. Γενικά στη Β.Αμερική και στη Δ.Ευρώπη μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι γύρω στις 800-1100 περιπτώσεις ανά 1 εκατομμύριο θηλυκού πληθυσμού. Μετανάστες από χώρες με χαμηλή επίπτωση καρκίνου σε χώρες με υψηλή επίπτωση, τείνουν στις γενεές μετά τη δεύτερη να έχουν μεγαλύτερη επίπτωση, πράγμα που σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις επίπτωσης από χώρα σε χώρα δεν οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες, αλλά στις διαφορές του περιβάλλοντος, των συνηθειών και άλλων συνθηκών ζωής. Γεγονός είναι ότι για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό γυναικών ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνεται με την ηλικία σταθερά από τα 35 και πάνω. Καρκίνος του μαστού κάτω από τα 25 είναι σπάνιος. Πίνακας II.



θάνατοι από καρκίνο του μαστού στη Δ.Γερμανία

Α Ι Τ Ι Ε Σ Μ Α Σ Τ Ε Κ Τ Ο Μ Η Σ

1. Καλοήθη νεοπλάσματα και κύστεις.

Ορισμένες καλοήθειες νόσοι του μαστού θεραπεύονται με ασφάλεια, με τοπική τομή. Αυτή γίνεται ακτινοειδώς από τη θηλή, λόγω του κινδύνου τομής γαλακτοφόρων πόρων. Άλλοι χειρουργοί υποστηρίζουν την τοξοειδή τομή.

2. Ιναδένωμα.

Το νεόπλασμα αυτό, συνήθως είναι μικρό και περιγεγραμμένο, μπορεί να αφαιρεθεί χωρίς κακώσεις του γύρω μαστικού ιστού.

3. Ινοκυστική νόσος. Η εγχείρηση ενδείκνυται εάν η ασθενής αισθάνεται ενοχλήσεις ή εάν δεν είναι βέβαιος ο αποκλεισμός της κακοήθειας. Οι κύστεις ή οι ινοκυστικές αλλοιώσεις βρίσκονται συνέχεια ιστού και δεν μπορούν να αφαιρεθούν όπως το ιναδένωμα και κατά κανόνα αφαιρείται με ελλειψοειδή τμήμα μαστικού ιστού (μερική μαστεκτομή). Η τομή γίνεται ακτινοειδής, ώστε να αποφεύγεται περιττή καταστροφή του συστήματος των λοβίων. Ο σχηματισμός αιματώματος είναι συχνός, συνιστάται η παροχέτευση για 24-48 ώρες, εκτός εάν η κοιλότητα είναι μικρή και μπορεί να καταργηθεί με ραφές.

4. Ενδαυλικό θήλωμα. Τούτο ευρίσκεται συνήθως μέσα στους μείζονες γαλακτοφόρους πόρους στο βάθος της θηλής, δημιουργεί πολλές φορές ορώδη ή οροαιματηρή έκκριση από τη θηλή. Η παλαιά αντίληψη, ότι αυτό αποτελεί προκαρκινική αλλοίωση, δεν γίνεται πλέον παραδεκτή. Ο όγκος ψηλαφάται ή εντοπίζεται εμμέσως, στις 80% των περιπτώσεων. Αυτό εντοπίζεται σε ένα πόρο. Εάν είναι δυνατή η εντόπιση γίνεται επέμβαση. Ο διεστάμενος πόρος εντοπίζεται με εισαγωγή ευθείας βελόνας, η οποία διέρχεται μέσα στην κοιλότητα του πόρου. Γίνεται τομή ακτινοειδής, ενώ η βελόνα παραμένει στη θέση της. Πολλές φορές συνιστάται η απλή μαστεκτομή, σε γυναίκες μετά τα 40.

Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ Μ Α Σ Τ Ο Υ

Διάγνωση, κλινική εξέταση

Ο μαστός είναι ένα σημαντικό όργανο για την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία της γυναίκας. Σε πολλές περιπτώσεις ο φόβος για μια ενδεχόμενη μαστεκτομή, γίνεται αιτία για να καθυστερήσει η επίσκεψη της ασθενούς στο γιατρό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πρόοδο της νόσου και απώλεια πολύτιμου χρόνου. Η κλινική εξέταση αποτελεί το βασικότερο για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Παρόλο που όλοι αντιλαμβάνονται την αξία ενός καλού ιστορικού, εν τούτοις πολλοί γιατροί κάνουν το σφάλμα και αρχίζουν την ψηλάφηση του μαστού, χωρίς να πάρουν αρκετές πληροφορίες από την άρρωστη. Οι πληροφορίες αυτές αποτελούν τις πρώτες βάσεις και μπορούν να κατευθύνουν τις υποψίες του εξεταστή, αλλά αργότερα θα τον βοηθήσουν να δώσει τις κατάλληλες οδηγίες για την παρακολούθηση του αρρώστου.

Από τους κυρίως επιβαρυντικούς παράγοντες, οι οποίοι πρέπει πάντοτε να περιλαμβάνονται στη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού, είναι:

- α) η ηλικία
- β) το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού
- γ) η ηλικία κατά την οποία ολοκληρώθηκε η πρώτη κύηση
- δ) το ιστορικό του καρκίνου στον άλλο μαστό
- ε) σαν επιβαρυντικός παράγοντας λιγότερο ισχυρός, μπορεί να θεωρηθεί η ενωρίς έναρξη και επιβραδυνόμενη διακοπή της εμμήνου ρύσεως.

Κλινική εξέταση

Η προσεκτική κλινική εξέταση είναι το σημαντικότερο στοιχείο της διάγνωσης. Συνήθως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σαν σκληρή και ανώδυνη μάζα με ανώμαλη επιφάνεια. Ελαφρά καθήλωση ή εισολκή του δέρματος ή της θηλής, είναι ενδεικτικά στοιχεία κακοήθειας, το ίδιο και σε περίπτωση αλλοίωσης της θηλής ή οιδήματος ή εξέλκωση του δέρματος. Ο κάθε γιατρός ακολουθεί το δικό του σύστημα σε κάθε περίπτωση.

Η άρρωστη γυμνή από τη μέση και πάνω, ξαπλώνει ανάσκελα

και φέρνει τα χέρια σε ανάταση με λυγισμένους αγκώνες, έτσι ώστε οι μαστοί να απλώσουν όσο το δυνατόν περισσότερο. Καλό είναι η εξέταση να αρχίσει από τον άλλο μαστό, έτσι ώστε να αντιληφθεί ο εξεταστής την φυσιολογική σύσταση των μαστών της και να αποκτήσει βάση για σύγκριση με τον μαστό που πάσχει.

Ο εξεταστής καλύπτει ολόκληρη την επιφάνεια με το σύστημα που εκείνος διαλέγει, ψηλαφώντας σημαντικά με τα δάκτυλα και των δύο χεριών, συνήθως με κυκλικές κινήσεις και ελαφρά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα.

Η εξέταση συμπληρώνεται με εξέταση στις μασχάλες, τους υπερκλείδιους βόθρους, τραχηλικές χώρες, θυρεοειδή, συκώτι. Για την διαγνωστική ακρίβεια της κλινικής εξέτασης, πάντοτε λαμβάνεται υπ'όψιν το ιστορικό του ασθενή και κυρίως η ηλικία και η κληρονομικότητα.

Η βιοψία ενός ευρήματος στο μαστό ενδείκνυται γενικά σε όλες τις περιπτώσεις, στις οποίες υπάρχει ένδειξη από το ιστορικό, την κλινική εργαστηριακή εξέταση (δηλ. μαστογραφία, θερμογραφία) ή οποιοδήποτε συνδυασμό τους.

Νοσηλευτική φροντίδα- Αυτοεξέταση

Στον αγώνα κατά του καρκίνου, η κάθε γυναίκα πρέπει να παίζει το ρόλο της, μαθαίνοντας να εξετάζει τον εαυτό της, έτσι ώστε να ανακαλύψει όσο γίνεται πιο έγκαιρα τον καρκίνο, που πιθανόν να αναπτυχθεί στο μαστό της. Επειδή τους περισσότερους καρκίνους (90% περίπου) τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες, αλλά τις περισσότερες φορές αργά, υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι η διδασκαλία για αυτοεξέταση μπορεί να οδηγήσει πραγματικά σε έγκαιρη διάγνωση και σωτηρία πολλών γυναικών.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητος και η βοήθεια είναι ουσιώδης. Η νοσηλεύτρια πρέπει να πείσει τις γυναίκες ότι πρέπει να αυτοεξετάζονται κάθε μήνα. Σημασία έχει η εξοικείωση της γυναίκας με τους μαστούς της, έτσι ώστε η τυχόν διαφορά που θα παρουσιαστεί από την εξέταση ενός μηνός στον άλλο, να γίνει αμέσως αντιληπτή. Όπως μια γυναίκα είναι απόλυτα εξοικειωμένη με το πρόσωπό της,

γιατί το βλέπει κάθε μέρα στον καθρέπτη και οποιαδήποτε αλλαγή αμέσως γίνεται αντιληπτή, έτσι θα γίνει και με τους μαστούς της, μετά από πολλές μηνιαίες εξετάσεις.

Η νοσηλεύτρια κάνει τη διδασκαλία της στις γυναίκες, τονίζοντας πάντα, πότε και με ποιόν τρόπο να κάνουν την αυτοεξέταση του μαστού τους. Οι πιο κατάλληλες μέρες για γυναίκες που έχουν έμμηνο ρύση, είναι μετά πάροδο 3 με 4 μέρες από την περίοδο. Και για τις γυναίκες που δεν έχουν έμμηνο ρύση, αυτές πρέπει να συνηθίσουν να αυτοεξετάζονται μια ορισμένη μέρα κάθε μήνα, π.χ. την πρώτη μέρα κάθε μήνα, ή μια άλλη μέρα που τους είναι εύκολο να τη θυμούνται κάθε μήνα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να τονίσει στις γυναίκες τον τρόπο με τον οποίο θα εξετάζονται, τονίζοντας κυρίως τη θέση, την ημέρα και τους χειρισμούς που θα κάνει η γυναίκα.

Από τους πιο πολλούς τρόπους που έχουν χρησιμοποιηθεί για αυτοεξέταση, ο απλούστερος και ίσως ο καλύτερος είναι ο εξής:

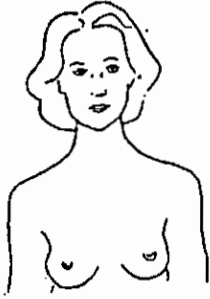
Το πρωί της προκαθορισμένης ημέρας η γυναίκα ξεκινά με επισοκόπηση εμπρός στον καθρέπτη με κατεβασμένα και σηκωμένα ρια. Τυχόν εισολκή δέρματος ή θηλής μονόπλευρα ιδίως, αλλαγή της χροιάς της θηλής, διαφορετική κίνηση των μαστών κατά την ανάταση των χεριών, διαφορετικό μέγεθος και σχήμα είναι αυτά που πρέπει να προσέξει.

Μετά ξαπλώνει χωρίς προσκέφαλο και με το δεξί χέρι κάτω από το κεφάλι, ψηλαφεί τον δεξιό της μαστό με το αριστερό της χέρι. Εξετάζει συστηματικά όλη την επιφάνεια του μαστού σε δύο ή τρεις ζώνες νοερές, από έξω προς τα μέσα κατά προτίμηση σε κλινική ψηλάφηση στην καθεμία από αυτές τις ζώνες. Μετά κάνει το αντίθετο για τον άλλο μαστό.

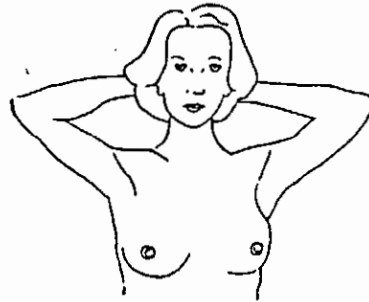
Πάντως σημασία δεν έχει η σειρά, αλλά ο τρόπος εξέτασης, η επαφή των δακτύλων της με τον μαστό της, ώστε πιέζοντας τον μαζικό αδένα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα, να μην της ξεφύγει ψηλαφητή σκληρία.

Είναι ευκολονόητη η μεγάλη σημασία της σωστής ενημέρωσης των γυναικών, και η συμβολή της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Η νοσηλεύτρια, αφού κάνει την διδασκαλία, πρέπει να κάνει επιλογή των γυναι-

κών, σε ομάδες υψηλού κινδύνου ή χαμηλού κινδύνου, έχοντας πάντοτε υπ' όψιν το ιστορικό και την κλινική εξέταση της κάθε γυναίκας.



Σχήμα 1



Σχήμα 2



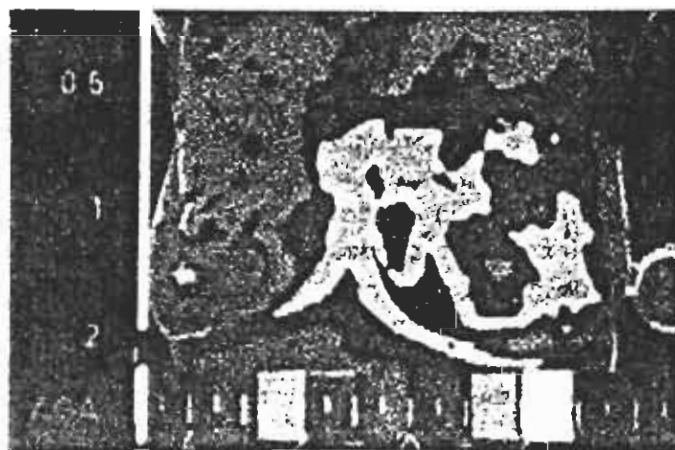
Σχήμα 3

Εργαστηριακές Μεθόδους

Οι διάφορες παθήσεις του μαστού και ειδικότερα ο καρκίνος είναι ένα σύνθετο πρόβλημα, που η επίλυσή του ξεπερνά τα όρια μιας ορισμένης ειδικότητας και καλύπτει όλους τους χώρους της ιατρικής και άλλων επιστημών. Χειρουργική, χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία δεν ελάττωσαν τη θνησιμότητα τα τελευταία χρόνια. Ο καλύτερος τρόπος για να ελαττωθεί η θνησιμότητα, είναι η έγκαιρη ανακάλυψη της ασθένειας, σε αυτό συμβάλλουν η κλινική εξέταση, ο εργαστηριακός έλεγχος και η απεικονιστική εξέταση του μαστού. Σημαντική ήταν η συμβολή της τεχνολογικής πρόοδου τα τελευταία χρόνια στον τομέα της Διαγνωστικής και της Ακτινολογίας. Νέες μέθοδοι απεικόνισης του μαστού κάνουν την εμφάνισή τους και πολλές παλιότερες ξαναπαρουσιάστηκαν βελτιωμένες ηλεκτρονικά. Μερικές απ' αυτές εφαρμόζονται ήδη στον έλεγχο του μαστού, ενώ άλλες βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο.

1. Θερμογραφία

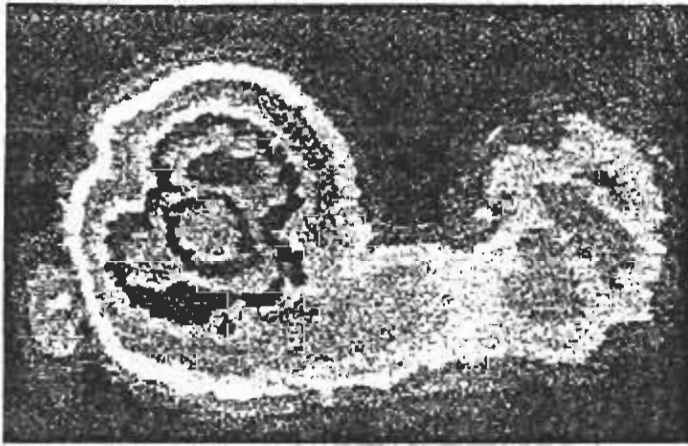
Δίνει μια φωτογραφική αναπαράσταση της θερμικής κατάστασης του μαστού, βασισμένη στην υπέρυθη ακτινοβολία που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στηρίζεται στο ότι το δέρμα του μαστού που βρίσκεται πάνω από έναν κακοήθη όγκο, είναι 1-3°C θερμότερο από τις άλλες περιοχές του. Οι θερμογράφοι, συσκευές κατάλληλες να απεικονίζουν τέτοιες μικρές διαφορές ή μεταβολές της θερμικής κατάστασης των μαστών, τελειοποιήθηκαν ηλεκτρονικά. Η θερμογραφία είναι ιδανική μέθοδος ελέγχου, επειδή είναι απλή στην εκτέλεση και αβλαβής για τον ανθρώπινο οργανισμό. Η δυνατότητα όμως να καταγράψει αλλοιώσεις περιορίζεται αποκλειστικά σε όγκους διαμέτρου πάνω από 2 cm. Το στρώμα λίπους που υπάρχει στο παρέγχυμα επενεργεί σαν μόνωση, ώστε όταν μικρά καρκινώματα που παράγουν θερμότητα, βρίσκονται βαθειά στο μαστό, το στρώμα αυτό την εμποδίζει να φθάσει στην επιφάνεια.



2. Διαφανογραφία

Είναι όρος που χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει νέες προσθήκες σε μια παλιά τεχνική προβολής φωτός διαμέσου του μαστού, δηλαδή της διαφανοσκόπησης. Η διαφανοσκόπηση χρησιμοποιείται από τότε που ανακαλύφθηκε η ηλεκτρική φωτεινή πηγή. Η μέθοδος είναι απλή. Μια φωτεινή πηγή τοποθετείται στο κάτω μέρος του μαστού, σ'ένα απόλυτα σκοτεινό εξεταστήριο και ο εξεταστής μπορεί να παρατηρήσει τμηματικές διαφορές στη φωτει-

νότητα που δημιουργούνται από βλάβες μέσα στο μαστικό παρέγχυμα. Μια τηλεοπτική μηχανή λήψης μεταφέρει την εικόνα σ'ένα υπερευαίσθητο διερευνητή, που αφού την επεξεργασθεί μπορεί να την αποτυπώσει σε χαρτί. Η αύξηση της αγγείωσης που συνοδεύει τους νεόπλαστους ιστούς μειώνει τη φωτεινή μετάδοση, επειδή το αίμα ενεργεί σαν φίλτρο στο ερυθρό και υπέρυθρο τμήμα του φάσματος. Αντίθετα οι κυστικές βλάβες ενισχύουν τη φωτεινότητα δημιουργώντας μια καλὰ περιγεγραμμένη φωτεινή περιλοχή. Η χρησιμοποίηση μεθόδων περιορισμού της διάχυσης συνδυασμένων με καλύτερες πηγές φωτός (χαμηλής ενέργειας) πιθανόν να τελειοποιήσουν τη διαφανογραφία και να την καθιερώσουν σαν κύρια μέθοδο εξέτασης του μαστού.



3. Υπερηχοτομογραφία

Βασίζεται στην ιδιότητα των υπερήχων να μεταδίδονται με διαφορετική ταχύτητα στους διάφορους ιστούς και να ανακλώνται ανάλογα με την πυκνότητα των ιστών αυτών. Αυτή είναι η αρχή της μετατροπής του ηχητικού κύματος σε οπτική εικόνα. Ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας που παράγονται από τη δόνηση ενός κρυσταλλικού πομποδέκτη, διοχετεύονται στο μαστό και ανακλώνονται από τους ιστούς πίσω στον πομποδέκτη, όπου μετατρέπονται σε ηλεκτρικά σήματα που παράγουν μια τομοειδή απεικόνιση των υλικών, από τα οποία πέρασε ο ήχος, επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, η συμβολή τους στη διάγνωση είναι σημαντική. Οι υπέρηχοι όμως σπάνια μπορούν να διακρίνουν αλλοιώσεις μικρότερες από 1 και μικροασβεστώ-

σεις, γεγονός που μειώνει την εφαρμογή στον προληπτικό έλεγχο

4. Αξονική τομογραφία

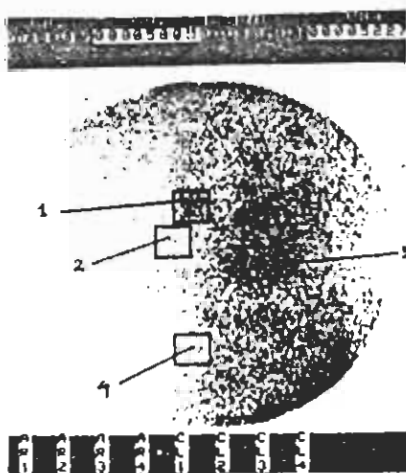
Παρουσιάζει εγκάρσιες τομές του σώματος χάρη στην κλινική περιστροφή μιας λυχνίας ακτίνων X γύρω από αυτό. Ιστός που περιέχει κακοήγη όγκο, παρουσιάζει υπερσυγκέντρωση σκιαστικού στις μετά την έγχυση λήψεις. Ευαίσθητοι διερευνητές μεταφέρουν τα στοιχεία από τις μεταβολές της ακτινικής δέσμης στον υπολογιστή, ο οποίος τα επεξεργάζεται και μας πληροφορεί για τα χαρακτηριστικά της βλάβης.

5. Μαγνητική απεικόνιση

Στηρίζεται στο φαινόμενο του Πυρηνικού Μαγνητικού Συντονισμού, σύμφωνα με το οποίο όταν ορισμένοι ατομικοί πυρήνες τοποθετηθούν σ' ένα μαγνητικό πεδίο και διεγερθούν από ραδιοκύματα, επανειπέμπουν μερική από την ενέργεια που απορρόφησαν με μορφή ραδιοκυμάτων. Το βασικό πλεονέκτημα είναι ότι δεν χρησιμοποιεί ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, στο σημερινό όμως στάδιο υπάρχουν πολλοί περιορισμοί στην εφαρμογή τους.

6. Σπινθηρογράφημα

Είναι μια νέα μέθοδος έρευνας του καρκίνου του μαστού. Η μέθοδος έχει τη δυνατότητα να καταδείξει κακοήθεις αλλοιώσεις γιατί παρατηρείται συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου στη βλάβη. Η εφαρμογή της όμως περιορίζεται μόνο σε κλινικά αντιληπτές αλλοιώσεις.



7. Μαστογραφία

Χαρακτηρίζει τη μέθοδο, η οποία χρησιμοποιεί την ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, για να απεικονίσει τα φυσιολογικά και παθολογικά στοιχεία από τα οποία αποτελείται ο μαστός. Όταν το φωτογραφικό υλικό που χρησιμοποιείται για την απεικόνιση είναι το ακτινογραφικό film, η μέθοδος ονομάζεται " μαστογραφία " , ενώ όταν χρησιμοποιείται ξηρογραφικό χαρτί, ονομάζεται " ξηρομαστογραφία ". Η μαστογραφία τα τελευταία χρόνια τελειοποιήθηκε με την τεχνική " χαμηλής δόσης ". Με την τεχνική αυτή κατορθώθηκε να παραχθούν εικόνες καλύτερης ποιότητας, με μικρότερη δόση ακτινοβολίας κατά 6-9 φορές.

Η μαστογραφία βοηθάει πολύ στην πρόγνωση του καρκίνου, κυρίως τα τελευταία χρόνια με την τελειοποίηση της εικόνας. Κατ'αυτόν τον τρόπο έχει 25-30% μείωση της θνησιμότητας και αύξηση 17% του ποσοστού πενταετούς επιβίωσης. Επίσης, σε αντίθεση με τη σπανιότητα των κλινικών ευρημάτων, στις μαστογραφίες εμφανίζονται, πρώιμα, αρκετά ακτινολογικά σημεία κακοήθειας που δεν γίνονται αντιληπτά στην κλινική εξέταση. Τέτοια σημεία είναι οι επασβεστώσεις, η διαταραχή της αρχιτεκτονικής του παρεγχύματος, η πάχυνση του δέρματος και η ασύμμετρη εμφάνιση των πόρων και των αγγείων.

Η μαστογραφία και η κλινική εξέταση πρέπει να θεωρηθούν συμπωματικοί κι όχι ανταγωνιστικοί τρόποι μελέτης του μαστού. Η μαστογραφία είναι κατ'εξοχήν μέθοδος προληπτικού ελέγχου, γιατί έχει την ικανότητα να σκιαγραφεί περιοχές μικροασβεστώσεων. Οι επασβεστώσεις αυτές συνδέονται συχνά με κακοήθεις αλλοιώσεις και είναι η μόνη ένδειξη της ασθένειας στο αρχικό στάδιο.



Ποιές εξετάσεις και πότε

Ο καρκίνος του μαστού είναι μια πολύ συχνή νεοπλασματική νόσος, που απασχολεί ειδικές κλινικές ομάδες, που βοηθούνται κυρίως από την κλινική εξέταση, τις διάφορες μεθόδους απεικόνισης και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Στις διάφορες φάσεις της νόσου, οι εργαστηριακές εξετάσεις συμβάλλουν:

- α) στην προεγχειρητική γενική εκτίμηση
- β) στη διαπίστωση οργανικών βλαβών από πιθανές μεταστάσεις στα αντίστοιχα όργανα
- γ) για να εκτιμηθεί η πορεία της νόσου χρησιμοποιώντας βιοχημικούς δείκτες

Ιδιαίτερα για την πρώτη και δεύτερη περίπτωση οι συνηθισμένες χρήσιμες και απαραίτητες εξετάσεις περιλαμβάνουν εξετάσεις αίματος για τα έμμορφα στοιχεία και τα ανοσοβιολογικά χαρακτηριστικά των ερυθρών, τις παραμέτρους πήξης του αίματος και τις κύριες παραμέτρους βιοχημείας του ορού.

Πρόκειται για τις συνηθισμένες αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις του αίματος και των ούρων, δηλαδή: λευκά και τύποι λευκών, αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, αιμοπετάλια, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, ομάδα αίματος, μηχανισμός πήξης αίματος, γλυκόζη, ουρικό οξύ, K^+ , Na^+ , Ca^{++} , λευκώματα, γενική ούρων, τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση και HBsAg. Αυτές είναι οι εργαστηριακές εξετάσεις που επιβάλλονται για λόγους τακτικούς, κατά τις διάφορες φάσεις χειρισμού ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Φυσικά ο περιορισμός ή η επέκταση των εξετάσεων αυτών είναι θέμα πείρας του κλινικού και βεβαιότητας της εκάστοτε διάγνωσης ή μεταβολής.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κλινική ταξινόμηση

Θεωρείται συνήθως αναγκαία η ύπαρξη κλινικής μεθόδου ταξινόμησης του σταδίου της νόσου, για τον καθορισμό της καλύτερης μεθόδου θεραπείας. Η μέθοδος βασίζεται στην κλινική εξέταση, στην ακτινολογική εξέταση και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Κατά καιρούς εφαρμόστηκαν πολλοί τρόποι αντιμετώπισης καρκίνου του μαστού και των μεταστάσεων. Το 1930 η τυπική θεραπεία ήταν η κλασσική ριζική εγχείρηση του Halsted που περιλαμβάνει την εκκαθάριση της μασχάλης. Αργότερα, εκτός της κλασσικής ριζικής μαστεκτομής αφαιρούν και τους έσω μαστικούς λεμφαδένες με θωρακοτομή, επίσης τους υποκλείδιους με αφαίρεση της κλείδας. Το 1960 η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου, εφάρμοσε ένα τρόπο αντιμετώπισης του καρκίνου, δοκιμαστικά για 5 χρόνια, κάνοντας την εξής ταξινόμηση των νεοπλασμάτων:

Στάδιο I

Όγκος κάτω των 5 εκ. διάμετρο. Απουσία δερματικής καθήλωσης. Απουσία καθηλώσεως των μυών. Αψηλάφητοι μασχαλιαίοι αδένες. Θεραπεία: Τοπική μαστεκτομή συνδυαζόμενη με ακτινοθεραπεία.

Στάδιο II

Όγκος κάτω των 5 εκ. διάμετρο. Απουσία δερματικής καθηλώσεως αλλά με ψηλαφητούς λεμφαδένες στη σύστοιχη μασχάλη. Θεραπεία: Τοπική μαστεκτομή συνδυαζόμενη με ακτινοθεραπεία.

Στάδιο III

Όγκος μεγαλύτερος των 5 εκ. διάμετρο, πλήρης καθήλωση του δέρματος, πλήρης διήθηση του δέρματος γύρω από τον όγκο, ψηλαφητοί και ακίνητοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, ή ψηλαφητοί υποκλείδιους λεμφαδένες. Θεραπεία: Η ριζική μαστεκτομή αντεδεικνύεται, συνήθως εφαρμόζεται απλή μαστεκτομή και ακτινοθεραπεία, είτε προ είτε μετεγχειρητικά.

Στάδιο IV

Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων διαφόρων μορφών και των επιχωρίων γαγγλίων. Θεραπεία: Η θεραπεία είναι κατ'ανάγκη μόνο παρηγορική. Απλή μαστεκτομή για αφαίρεση εξηλωμένων μαζών ακτινοθεραπεία για ανακούφιση του πόνου. Η πρόοδος της αρρώ-

ΜΑΣΤΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο:

Ήλικία:

Φύλλον:

Α.Γ.Μ.

Α.Μ.Ν.

Ήμερομηνία

ΕΞΕΤΑΣΙΣ ΜΑΣΤΟΥ Κλινική εξέταση νασου πρὸ τῆς πρώτης θεραπείας ἀποηψατογ.

Περιλαμβάνει εγρήματα κατοπιν τῆς κλινικῆς καὶ ἀκτινολογικῆς εξέτασως

Πρὸ τῆς εἰσαγωγῆς

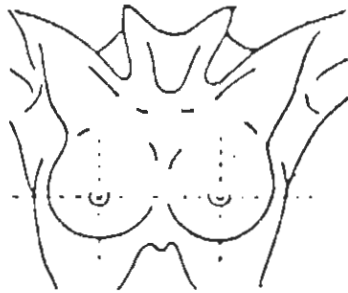
Εἰς Θ.Π.

Ἐξέτασας Ἰατρός

Ήμερομηνία

ΕΝΤΟΠΙΣΙΣ ΚΑΙ ΜΕΓΕΘΟΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ

ΕΞΕΤΑΣΙΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΟΓΚΟΥ



ΜΕΓΕΘΟΣ	ΕΠΕΚΤΑΣΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΔΕΡ	ΚΟΙΛΩΣΙΣ (ή ἔλξη) τῆς θῆλης	ΚΟΙΛΩΣΙΣ (ή ἔλξη) τοῦ ἀρεόλου	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΣΤΑΔΙΟΝ
Μὴ ψηλάφηται					T0
Ὅχι ἄνω τῶν 2 ἐκ. <input type="checkbox"/>	Ὅχι σημαντικὴ ἐπέκτασις τοῦ δέρματος <input type="checkbox"/>	Ὅχι <input type="checkbox"/>	Ὅχι <input type="checkbox"/>		T1a
Ἄνω τῶν 2 ἐκ ἀλλ' ἄρα τερὰν τῶν 3 ἐκ. <input type="checkbox"/>		Ὅχι <input type="checkbox"/>	Ὅχι <input type="checkbox"/>		T1b
Ἄνω τῶν 3 ἐκ. <input type="checkbox"/>		Ὅχι <input type="checkbox"/>	Ὅχι <input type="checkbox"/>		T2a
Ὅγκος αἰσθητὸς μεγέθους	Διηθήσις <input type="checkbox"/> Ρεσμ <input type="checkbox"/> Πλήρ. καθήλωσις <input type="checkbox"/> δ'οσπλησις <input type="checkbox"/> Οἰδήμα <input type="checkbox"/> Δερματικά <input type="checkbox"/> Ἐξέλκωσις <input type="checkbox"/> Ὄξιδια <input type="checkbox"/>		Ὅχι <input type="checkbox"/>		T2b
			Ὅχι <input type="checkbox"/>		T3a
			Ὅχι <input type="checkbox"/>		T3b
			Ὅχι <input type="checkbox"/>		T4a
			Ὅχι <input type="checkbox"/>		T4b

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΙ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΣ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙΑΣ

Καρκίνωμα IN SITU, μὴ διηθητικὸν ἐνδοσμηκτινῶδες ἢ νόσος τοῦ PAGET τῆς θηλῆς ἀνευ ὄγκου.

ΜΕΤΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Οἰδήμα ἢ ὄξιδια	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΣΤΑΔΙΟΝ
----------------	------------	-----------------	------------	---------

TIS

Μὴ ψηλάφ. Μὴ ψηλάφ. Δὲν ὑπάρχει

Νόσος τοῦ PAGET τερὰν τῆς θηλῆς

Ψηλάφηται Μὴ θεωροῦμεν ὅτι περιέχουν ὄγκον

Ἐλξίς θηλῆς

ἄλλα κινιτοὶ Θεωροῦμεν ὅτι περιέχουν ὄγκον

Ἐλξίς δερματος ἢ εἰσαόκη

Καθήλωσιν. Καθήλωσιν. ὁ εἰς εἰς ἄλλον

Ἐπιχωρίαι λέμφοσύνες

Ψηλάφηται Ὅχι

ἱστολογικῶς ἀρνητικοί

ἱστολογικῶς θετικά

ΑΠΟΜΕΜΑΚΡΥΣΜΕΝΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Δὲν ὑπάρχει ἐνδείξις ὅπου μεταστάσεων

ἱστολογικὴ διαγνώσις:

Διηθήσις δερματος ευρείως M1a

.....

Ὑπάρχουν ἀπομεμακρυσμέναι μεταστάσεις

.....

Ἐπιχωρίαι λέμφοσύνες M1b

Ἄλλα ὄργανα (διευκρινίσις) M1c

ΕΓΧΕΙΡΗΣΙΣ ΔΙΕΝΕΡΓΗΘΕΙΑΣ: Τοπικὴ ἐξαιρέσις

Ἄλλη μαστεκτομή

Ἄλλη

Ριζικὴ μαστεκτομή

Ήμερομηνία

Ἐγχείρησις

Οἱ κατωθὶ ἱστοὶ ἀφαιρέθησαν:

(1) Ὁ ὄγκος μόνον (2) Ὁ μαζικός ὄγκον (3) Δέρμα περιλάμβανον τὴν θηλήν (4) Μείζων θωρ. μῦς

(5) Ἐλάσσων θωρ. μῦς (6) Ἐν τῷ βαθεῖ περιτόνῳ τοῦ προσθίου ἀδοντιοῦ, ἐξω λαζῶ καὶ ἄνω ἀρθρῶ κοιλ. μύες

(7) Περιεχομένον μασχαλῆς (8) Ὑπερκείμενοι λέμφοσύνες (9) Λέμφοσύνες ἐσω μαστικῆς

ΚΑΤΕΓΟΡΙΑ

I, II, III

ΣΤΑΔΙΟΝ

στιας μπορεί να ανασταλεί με ορμονοθεραπεία, με αφαίρεση ενδοκρινών αδένων ή με χορήγηση αντιμιτωτικών φαρμάκων ή με συνδυασμό όλων αυτών.

Στη σημερινή εποχή χρησιμοποιείται ένα σύστημα αντιμετώπισης και ταξινόμησης των νεοπλασμάτων που στηρίζεται σε τροποποιήσεις που έγιναν από τη Διεθνή ένωση κατά του καρκίνου και είναι γνωστό σαν T.N.M (Tumor, Nodes, Metastases).

Σταδιοποίηση κατά το T.N.M σύστημα

A. Πρωτοπαθής όγκος (T)

T.X. Όγκος που δεν μπορεί να εκτιμηθεί

T.O Καμιά ένδειξη για ύπαρξη όγκου

T.I.S Paget θηλής χωρίς προσδιορισμο όγκο

T₁ Όγκος μικρότερος ή ίσος με 2 εκ.

α) Μη καθηλωμένος στην υποκείμενη περιτονία ή στους μυσ

β) Καθηλωμένος στην υποκείμενη περιτονία ή στους μυσ

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

α) Μη καθηλωμένος στην υποκείμενη περιτονία ή στους μυσ

β) Καθηλωμένος στην υποκείμενη περιτονία ή στους μυσ

T₃ Όγκος μεγαλύτερος από 5 εκ.

α) Μη καθηλωμένος στην υποκείμενη περιτονία ή στους μυσ

β) Καθηλωμένος στην υποκείμενη περιτονία ή στους μυσ

T₄ Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

α) Όγκος καθηλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα

β) Οίδημα

γ) Όλα τα παραπάνω

δ) Φλεγμονώδες καρκίνωμα

B. Λεμφογάγγλια (N)

N₁ Κινητά σύστοιχα μασχαλιαία λεμφαγγεία

- N_2 Καθηλωμένα σύστοιχα μασχαλιαία λεμφαγγεία
 N_3 Σύστοιχα υπερκλείδια ή υποκλείδια λεμφογάγγλια ή οίδημα

Γ. Μεταστάσεις (M)

- M_0 Απουσία απομεμακρυσμένων μεταστάσεων
 M_1 Παρουσία απομεμακρυσμένων μεταστάσεων

Μεταστάσεις

Μετά την κλινική εξέταση με την οποία προσδιορίζουμε το Tumor και τα περιοχικά λεμφαγγεία, προσπαθούμε να προσδιορίσουμε την ύπαρξη ή μη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Κάνουμε τις εξής εξετάσεις:

- α) Μαστογραφία και των δύο μαστών για το ενδεχόμενο ύπαρξης όγκου στον άλλο μαστό
- β) Ακτινογραφία θώρακος
- γ) Πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος
- δ) Σπινθηρογραφικός ιστοτοπικός έλεγχος του ήπατος και των οστών

Η αξία των σπινθηρογραφημάτων σε ασυμπτωματικούς ασθενείς έχει γίνει αντικείμενο συζητήσεων. Έχει αποδειχθεί με μελέτες ότι σε ασυμπτωματικούς ασθενείς, το ποσοστό των θετικών σπινθηρογραφημάτων οστών είναι 0% για το στάδιο I, 4% για το στάδιο II και 16-25% για το στάδιο III. Όσον αφορά το σπινθηρογράφημα του ήπατος, η συχνότητα θετικότητας είναι μικρότερη και αυτό διότι η μεταστατική εστία στο ήπαρ είναι ορατή στο σπινθηρογράφημα, εφόσον είναι μεγαλύτερη από 2 εκ. Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου δεν είναι απαραίτητο σε ασυμπτωματικούς ασθενείς.

Αρχή Θεραπείας

Για ένα περίπου αιώνα η θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιοριζόταν στην ριζική εκτομή της εστίας και των επιχωρίων λεμφαδένων σε συνδυασμό με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Πρόσφατα φάνηκε καθαρά από μελέτες ότι ριζική αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου και των λεμφαγγείων ή τοπική ακτινοθεραπεία δεν συμβάλλει σημαντικά στην επιβίωση των ασθενών. Αυτό είναι αποτέλεσμα των παρακάτω παραγόντων:

- α) Λανθάνουσες απομακρυσμένες μεταστάσεις μπορεί να γίνουν γρήγορα με ή χωρίς την κατάληψη των λεμφογαγγλίων
- β) Τέτοιες μεταστάσεις δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθούν με τα υπάρχοντα μέτρα

γ) Πρώιμη χημειο-ορμονο θεραπεία μπορεί να αυξήσει την επιβίωση αρκετών ασθενών

Η χειρουργική διάγνωση

Συχνά είναι αδύνατο μετά βεβαιότητας να γίνει ο κλινικός διαχωρισμός μεταξύ μιας απλής εξογκώσεως και ενός κακοήθους νεοπλασματος στα αρχικά στάδια. Σε αυτή την περίπτωση χρησιμοποιούμε τους παρακάτω τρόπους για την σωστή διάγνωση, γιατί η αναμονή είναι καταστρεπτική:

α) Παρακέντηση

Έχει αξία μόνο σε διογκώσεις για τις οποίες υπάρχει η υπόνοια ότι είναι κυστικές, οπότε η αναρρόφηση υγρού επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Με την απαιτούμενη αγωγή σπάνια σχηματίζονται πάλι.

β) Βιοψία με βελόνα

Ο όρος δηλώνει ιστολογική εξέταση υλικού ιστού, το οποίο αφαιρείται με βελόνα. Επειδή το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει το καρκίνωμα, η μέθοδος θεωρείται ότι δεν είναι επιτυχής.

γ) Βιοψία για ιστολογική εξέταση

Η εξέταση προϋποθέτει αναπόφευκτη καθυστέρηση πριν από την οριστική διάγνωση και υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτό μπορεί να επιβαρύνει την πρόγνωση. Αυτό πιθανώς οφείλεται στη διάνοιξη λεμφικών χώρων και οιμοφόρων αγγείων κατά την αφαίρεση του ιστού, έτσι ελεύθερα καρκινικά κύτταρα διασπείρονται με τη μορφή νεοπλασματικών εμβόλων, μέχρι την εκτέλεση της μαστεκτομής. Οι κίνδυνοι αυτοί πρέπει να γίνουν δεκτοί, η ιστολογική διάγνωση πρέπει να γίνεται στον ελάχιστο χρόνο (εάν είναι δυνατόν εντός 48 ωρών) προ της μαστεκτομής.

Η χειρουργική στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού

Η χειρουργική έπαιξε και παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Η βιοψία για ιστολογική επιβεβαίωση και καθορισμό του νεοπλάσματος είναι τελείως απαραίτητη. Ο λεμφογαγγλιακός καθαρισμός της μασχάλης είναι επιβεβλημένος, διότι μας δίνει χρήσιμες πληροφορίες, τόσο για το στάδιο της νόσου, όσο και για την επιλογή της μετεγχειρητικής θεραπείας. Έχει αποδειχθεί με μελέτες, ότι αν περισσότερα από τρία λεμφογάγγλια είναι θετικά, η πρόγνωση της νόσου είναι κακή και στην περίπτωση αυτή, συμπληρωματική χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία βελτιώνουν την πρόγνωση. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι ο λεμφογαγγλιακός καθαρισμός σαν χειρουργικός χειρισμός δεν συμβάλλει άμεσα στην επιβίωση. Για το λόγο αυτό περιοριζόμαστε συνήθως στον καθαρισμό του πρώτου και του δεύτερου επιπέδου λεμφογαγγλίων, αγνοώντας το τρίτο επίπεδο.

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του μαστού είναι:

1. Η ριζική μαστεκτομή
2. Η εκτεταμένη ριζική και υπερριζική μαστεκτομή
3. Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
4. Η ολική (απλή) μαστεκτομή
5. Η ογκεκτομή
6. Η ευρεία τμηματεκτομή με ή χωρίς καθαρισμό της μασχάλης
7. Η υποιάψιος μαστεκτομή με ή χωρίς καθαρισμό της μασχάλης

Η ριζική μαστεκτομή

Η εγχείρηση αυτή περιγράφηκε για πρώτη φορά από τους W. Halsted και W. Meyer το 1984. Γίνεται η αφαίρεση του μαστού και του υπερκείμενου δέρματος μαζί με τον μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ και το περιεχόμενο της μασχάλης. Από μελέτες που αφορούσαν τις υποτροπές και την πενταετή επιβίωση, προέκυψε ότι η κλασική ριζική μαστεκτομή, που ονομαζόταν θεραπευτική, είναι κάτι λιγότερο από ικανοποιητική σαν θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Η διαπίστωση ότι 65% των ασθενών με θετικά μασχαλιαία λεμφογάγγλια ανέπτυξαν υποτροπή της νόσου μέσα στην πενταετία, τονίζει την ανεπάρκεια της θεραπευτικής

αυτής μεθόδου. Η νοσηρότητα της ριζικής μαστεκτομής (λεμφοίδημα, παραμόρφωση, δυσκινησία άνω άκρου) είναι σημαντική. Τα προβλήματα αυτά γίνονται περισσότερο απaráδεκτα, όταν συναντώνται σε ασθενείς που δεν έχουν θεραπευτεί με την εγχείρηση αυτή. Η πενταετής επιβίωση για το στάδιο I είναι 80-85% και για το στάδιο II είναι 60%.

Η κλασική επέμβαση της ριζικής μαστεκτομής κατά Halsted περιλαμβάνει την αφαίρεση των εξής στοιχείων: 1) του μαστού, μετά του δέρματος που βρίσκεται πάνω στον όγκο, περιλαμβανομένης απαραιτήτως και της θηλής, 2) ολόκληρο το σύστημα των λεμφογαγγλίων της μασχάλης με τα λεμφαγγεία που συνοδεύουν το μαστό. Τα στοιχεία αυτά μπορούν να αφαιρεθούν μόνο με πλήρη εκκαθάριση του λίπους της μασχάλης, 3) της στερνοπλευρικής μοίρας του μείζονος θωρακικού, ολόκληρου του ελάσσονος θωρακικού, του άνω τμήματος της απονευρώσεως του έξω λοξού και των προσθίων οδοντωμάτων του προσθίου οδοντωτού. Αν ο όγκος βρίσκεται κοντά στο ανώτερο χείλος του μαστού πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο μείζων θωρακικός.

Τεχνική της εγχείρησης

Η προετοιμασία του δέρματος περιλαμβάνει μεγάλη περιοχή του κορμιού, που βρίσκεται από τη γραμμή της θηλής του κάθε μαστού, μέχρι τη μέση γραμμή της ράχης και από τη βάση του τραχήλου μέχρι τον ομφαλό. Κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως ο βραχίονας τοποθετείται σε στήριγμα ή κρατείται με βοήθεια σε απαγωγή.

Τομή

Η τομή συνήθως εκτελείται σε σχήμα ελλείψεως και περιβάλλει τη θηλή και το δέρμα κοντά στο νεόπλασμα, εκτελείται συνήθως στο κεντρικό τμήμα του μαστού. Κατά συνέπεια ο άξονας της ελλείψεως εξαρτάται από τη σχέση του όγκου προς τη θηλή. Η μεγαλύτερη διάμετρος της ελλείψεως πρέπει να είναι τουλάχιστον 10 εκ. Η τομή επεκτείνεται προς τα επάνω μέχρι του κέντρου του τένοντος του μείζονος θωρακικού και προς τα κάτω, μέχρι της ξιφοειδούς αποφύσεως. Η προς τα άνω επίκταση της τομής δεν πρέπει να βρίσκεται πολύ κοντά στη μασχαλιαία, διότι είναι δυνατόν να δημιουργηθεί κακή ουλή.

Διαίρεση των θωρακικών μυών και εικαθάριση της μασχάλης

Το ανώτερο τμήμα της τομής συνεχίζει σε βάθος και οι δερματικοί κρημνοί διαχωρίζονται έτσι ώστε να εμφανιστεί όλο το πλάτος του μείζονος θωρακικού, ο οποίος καλύπτει τη μασχάλη, μέχρι και του απονευρωτικού εδάφους της μασχάλης. Γίνεται τομή κατά μήκος του άνω χείλους της περιτονίας, η οποία καλύπτει το μείζονα θωρακικό, αυτή αποκολλάται προς τα κάτω μέχρι του σημείου της ενώσεως της στερνικής και κλειδικής μοίρας του μυός. Η στερνική μοίρα διαιρείται κοντά στο σημείο της καταφύσεως και το τμήμα του μυός στρέφεται προς τα μέσα. Εάν ο όγκος βρίσκεται κοντά στο πάνω χείλος του μαστού αφαιρείται ολόκληρος ο μείζων θωρακικός. Τα θωρακικά νεύρα και οι κλάδοι της ακρομιοθωρακικής αρτηρίας, οι οποίοι βρίσκονται στην εντω βάθει επιφάνεια του μυός αλινονονται και τέμνονται. Εν συνεχεία αποκαλύπτεται ο ελλάσσονας θωρακικός και η θωρακοκλειδική ταινία. Ο μυς αυτός διαιρείται στο σημείο της κατάφυσής του και στρέφεται προς τα μέσα. Κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας και η πλάγια θωρακική αρτηρία, οι οποίες βρίσκονται κατά μήκος του άνω και κάτω χείλους του μυός αντίστοιχα, απολίνονται. Η κοιλότητα της μασχάλης έχει πλέον αποκαλυφθεί και αρχίζει η παρασκευή του περιεχομένου της. Η απονευρωτική θήκη των μασχαλιαίων αγγείων ανοίγεται από της κλείδας μέχρι του κάτω χείλους του πλατέος ραχιαίου. Το κατώτερο τμήμα της θήκης και ολόκληρο το λίπος με τους λεμφαδένες που βρίσκονται κάτω και προς τα μέσα της φλέβας, τέμνονται. Η κορυφαία ομάδα των λεμφαδένων, η οποία βρίσκεται στο λίπος της έσω επιφάνειας της μασχαλιαίας φλέβας και ακριβώς κάτω από την κλείδα αφαιρείται, όπως επίσης αφαιρούνται και οι έξω ομάδες των γαγγλίων, οι οποίες βρίσκονται προς τα μέσα πλευρά της φλέβας χαμηλότερα. Η απογύμνωση συνεχίζεται προς τα κάτω, μέχρι πλήρους εικαθάρισεως των μυών οι οποίοι σχηματίζουν το οπίσθιο και το έσω τοίχωμα της μασχάλης από το λίπος, τον ινώδη συνδετικό ιστό και τους αδένες. Κατά το στάδιο αυτό της απογύμνωσης αναγνωρίζονται και προστατεύονται το νεύρο του πλατέος ραχιαίου στο πίσω τοίχωμα και το νεύρο του προσθίου οδοντωτού στο έσω τοίχωμα. Οι ανώτεροι κλάδοι της μασχαλιαίας αρτηρίας

και οι αντίστοιχες φλέβες συνήθως απολίνονται. Τα υποπλατιά αγγεία διατηρούνται μόνο εάν το λίπος που περιλαμβάνει την οπίσθια ομάδα λεμφογαγγλίων μπορεί να εμκαθαρισθεί εύκολα. Το βροχιονομεσοπλεύριο νευρικό στέλεχος διαιρείται κατά την ανόδυσή του από το δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα. Εν συνεχεία τοποθετείται υγρό θερμό οθόνιο στη μασχάλη για τη διάρκεια της υπόλοιπης εγχείρησης.

Αφαίρεση του μαστού και των θωρακικών μυών

Τα χείλη του δέρματος ανασπώνται από το κεντρικό και κατώτερο τμήμα της τομής. Αρχικά αποκολλάται μαζί με το δέρμα και λεπτό στρώμα της επίπολης περιτονίας. Οι κρημνοί ανασπώνται προς τα έξω, μέχρι του κάτω χείλους του πλατέος ραχιαίου και προς τα έσω, μέχρι του χείλους του στέρνου και προς τα κάτω, μέχρι αποστάσεως 7-10 εκ. κάτω από την ξιφοειδή απόφυση. Εν συνεχεία ανοίγεται η εν τω βάθει περιτονία από τη μασχάλη προς τα κάτω, κατά μήκος του κάτω χείλους του πλατέος ραχιαίου και η τομή αυτή γίνεται κάτω από το μαστό τουλάχιστον 10 εκ. από το όριο του νεοπλάσματος. Η περιτονία και το λίπος εμκαθαρίζονται από το διάστημα μεταξύ του πλατέος ραχίου και του προσθίου οδοντωτού, επίσης συνεχίζεται η εμκαθάριση μέχρι εμφάνισης του νεύρου. Οι οδοντώσεις του μυός που βρίσκονται μπροστά από το νεύρο, πρέπει να αφαιρούνται. Η αφαίρεση συνεχίζεται τώρα προς την πλευρά των πλευρών, ενώ η μάζα των ιστών που περιλαμβάνει το μαστό, την περιτονία και τους θωρακικούς μυς ανασπάται προς το εσωτερικό. Εν συνεχεία οι πλευρές και οι πλευρικοί χόνδροι απογυμνώνονται από τους θωρακικούς μυς και των ανωτέρων ινών του έξω λοξού κοιλιακού μυός. Οι εξω κλάδοι των μεσοπλευρίων αρτηριών παρουσιάζονται κατά το στάδιο αυτό της επέμβασης, ενώ οι κλάδοι της εσω μαστικής αρτηρίας παρουσιάζονται όταν η επέμβαση πλησιάσει προς το στέρνο. Το ανώτερο τμήμα της θήκης του ορθού κοιλιακού αφαιρείται προς τα κάτω μέχρι του επιπέδου της τομής της περιτονίας. Τελικά τέμνονται οι στερνικές ίνες του μείζονα θωρακικού, ενώ η τομή της εν τω βάθει περιτονίας, η οποία αποτελεί το τελευταίο συνδετικό στρώμα γίνεται κατά μήκος του στέρνου

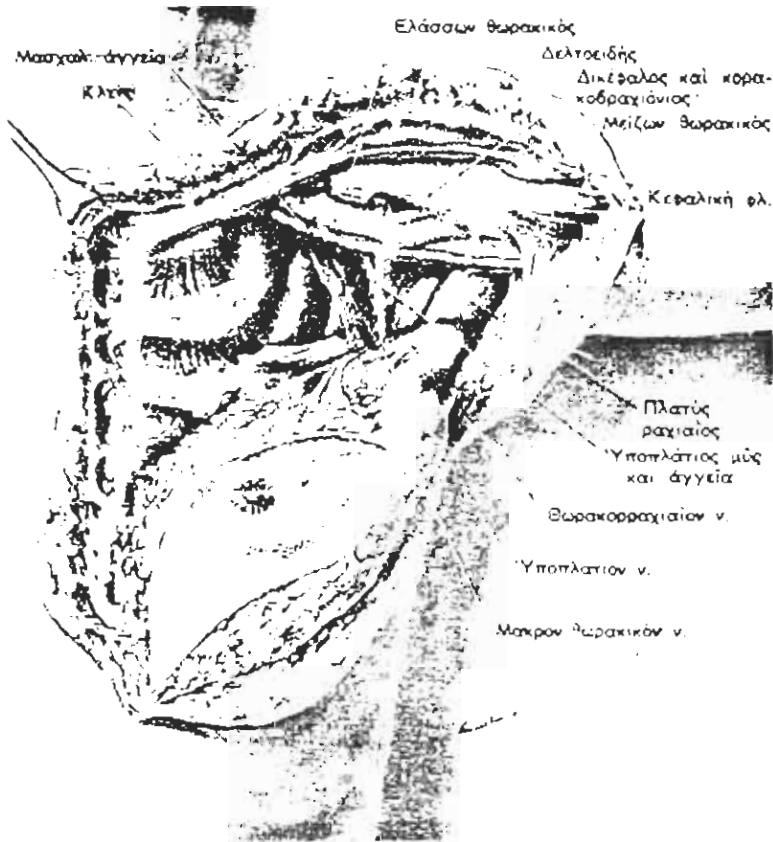
της αντίθετης πλευράς. Γίνεται τελική έρευνα στις περιοχές στις οποίες είναι πιθανό να έχει παραληφθεί λίπος, ή λεμφαδένες, όπως π.χ. στην κορυφή της μασχάλης, στην αύλακα μεταξύ του έσω και οπισθίου τοιχώματος και κατά μήκος των μασχαλιαίων αγγείων. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για την επιμελή αιμόσταση. Όλα τα μεγαλύτερα αγγεία πρέπει να απολιώνονται, ενώ τα μικρότερα ελέγχονται με θερμοπληξία.

Σύγκλιση του τραύματος

Οποιοδήποτε έλλειμα του δέρματος καλύπτεται με μόσχευμα μερικού πάχους από την πρόσθια επιφάνεια του μηρού. Τοποθετείται παροχетеυτικός σωλήνας ψηλά στη μασχάλη και φέρεται προς τα έξω, ή διαμέσου μικρής οπής, διαμέσου του οπισθίου κρημνού. Τοποθετούνται άφθονες γάζες και εκτελείται στέρα επίδεση πάνω στο θωρακικό τοίχωμα, προς αποφυγή σχηματισμού αιματώματος. Εάν η παροχέτευση συνδεθεί με αναρρόφηση ή φιάλη κενού, η πιεστική επίδεση είναι δυνατόν να παραληφθεί.

Μετεγχειρητική αγωγή

Η ασθενής τοποθετείται σε ημικαθεστηκυία θέση με το βραχίονα να στηρίζεται σε προσκέφαλα και σε μέτρια απαγωγή. Η παροχέτευση αφαιρείται μετά από 48ωρο, οπότε και εκτελείται η πρώτη αλλαγή. Η μετεγχειρητική ακτινοβολία, όταν χρησιμοποιείται κατά σύστημα και προφυλακτικά πρέπει να αρχίζει άμα επουλωθεί το τραύμα. Τεντωμένοι δερματικοί κρημνοί, περιοχές με δερματικά μόσχευματα και περιοχές που έχουν επουλωθεί ελάχιστα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην ακτινοβολία, όταν υπάρχουν τέτοιου είδους συνθήκες η θεραπεία απαιτεί καθυστέρηση ή μείωση της δόσεως.



Εικ. 185

Έκτοκος της ἀφαιρέσεως των ιστών κατά την ριζικήν μικροτομήν

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Προεγχειρητική φροντίδα

Κύριος ρόλος της νοσηλεύτριας, είναι πρώτα να βοηθήσει την ασθενή ψυχολογικά να αντιμετωπίσει κυρίως την ανίατη αρρώστια του καρκίνου, και να αντιμετωπίσει την ψυχική καταστροφή που συνοδεύει την έλλειψη του μαστού. Γιατί η έλλειψη αυτή σχεδόν πάντοτε προκαλεί μια ελάττωση της αυτοπεποίθησης μια παραμόρφωση της αυτοεικόνας που έχει ο κάθε άνθρωπος για τον εαυτό του και μια σημαντική πτώση του αισθήματος της ελκυστικότητας που προκαλεί στους άλλους. Είναι μια αρρώστια, που παρουσιάζεται κυρίως σε μια περίοδο της ζωής, όπου οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις της γυναίκας είναι πολύ ενεργές. Για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε η ασθενής να της εμπιστευτεί τους φόβους και τις ανησυχίες της, έτσι ώστε να την ενθαρρύνει και να τη διαβεβαιώσει για την ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή της στη μαστεκτομή.

Η νοσηλεύτρια, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης αρχίζει την προεγχειρητική φροντίδα. Φροντίζει για την εξασφάλιση αίματος εάν παραστεί ανάγκη, να υπάρχει στην Τράπεζα αίματος του νοσοκομείου για την ασθενή. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και για την προσθία επιφάνεια του μηρού, για την πιθανή περίπτωση λήψης δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική. Λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση συστηματική της θερμοκρασίας. Σε περίπτωση που δεν παρουσιάζονται στις φυσιολογικές τιμές αμέσως η νοσηλεύτρια ανακοινώνει στο γιατρό της ασθενούς το πρόβλημα. Συνιστάται από την προηγούμενη να μην έχει φάει καθόλου το πρωί και από την προηγούμενη πολύ ελαφρά. Το βράδυ χορηγούνται πολλές φορές ελαφρά υπνωτικά ή ελαφρά αγχολυτικά για αντιμετώπιση και μείωση των ανησυχιών και φόβων της άρρωστης.

Ανάλογα με την ακριβή ώρα της εγχείρησης, η νοσηλεύτρια κατόπιν εντολής του αρμόδιου γιατρού, κάνει την προνάρκωση και φορά στον ασθενή τη ρόμπα του χειρουργείου. Έχει φροντί-

σει να παραλάβει τα προσωπικά της αντικείμενα (τεχνητές οδο-
ντοστοιχίες, χρυσάφια κ.λ.π) αφού τα τοποθετήσει σε φάκελο,
τα παράδίδει στην προϊσταμένη του τμήματος. Την προηγούμενη
ή την ίδια μερα της επέμβασης - ανάλογα με την ακριβή ώρα της
εγχείρησης - η νοσηλεύτρια φροντίζει να αντιμετωπίσει τις φυ-
σικές ανάγκες της ασθενούς, δηλ. λουτρό καθαριότητας, υποκλι-
σμός, γενικά περιποίηση του σώματος.

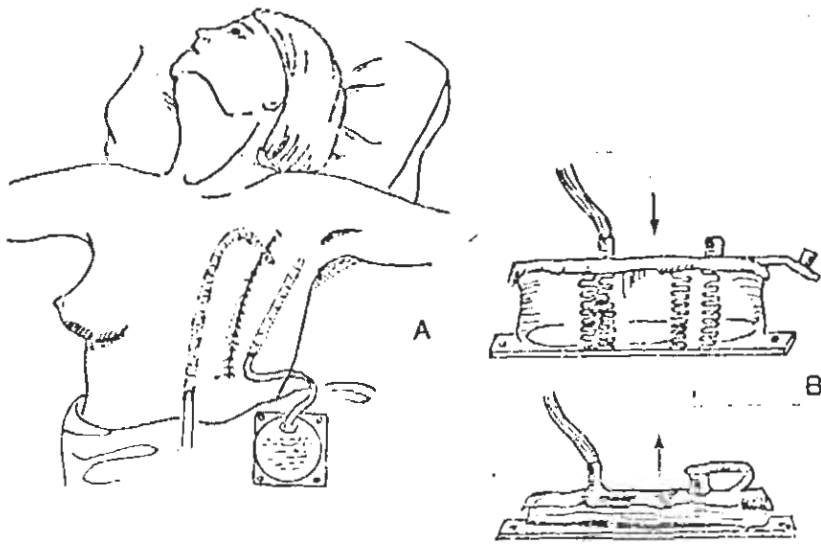
Μετεγχειρητική φροντίδα

Όταν η ασθενής μεταφερθεί από το χειρουργείο στο κρεβάτι
της, αμέσως η νοσηλεύτρια φροντίζει να πάρει τα ζωτικά σημεία
διότι η εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού είναι
πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση του shock και της αιμορ-
ραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη. Χο-
ρηγούνται αναλγητικά μετά την ανάνηψη από τη νάρκωση για ανα-
κούφιση του πόνου.

Αφού συνέλθει η ασθενής από τη νάρκωση η νοσηλεύτρια την
ενθαρρύνει για αλλαγή θέσεως και τη διδάσκει να αναπνέει βα-
θιά, ώστε να μην υπάρχουν προβλήματα αναπνευστικά αργότερα.

Η νοσηλεύτρια πολύ συχνά παρακολουθεί την επίδεση του
τραύματος, αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση για να μην ε-
μποδίζεται η σωστή λειτουργία των πνευμόνων.

Παρακολουθούνται πολύ συχνά οι παροχετεύσεις του τραύματος
Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συ-
σκευή λεμονας. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητι-
κής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και θα πρέπει να αδειάζει
προτού γεμίσει εντελώς. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχε-
ται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η
ποσότητα και το χρώμα των παροχετευομένων υγρών της συσκευής
ελέγχονται και σκιαγραφούνται.



Γιαρρέτευση τραύματος μαστοτομής.

Α. Χύσιση υγρών με απορρόφηση με Ηεπιούας.

β. Η αντιμετώπιση της Ηεπιούας προκαλεί αιματορραγή.

Βασική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι να προφυλάξει την ασθενή από κάθε είδους λοίμωξη. Διότι σε μια ριζική μαστεκτομή, ή άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις, ούτε φλεβοκεντήσεις, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

Η ασθενής τοποθετείται σε θέση ημι-Fowler. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την ασθενή να κάνει την πρώτη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να παρεμποδιστεί η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, η νοσηλεύτρια τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

Το διαιτολόγιο της ασθενούς πρέπει να είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και υδατάνθρακες, αρκετά πλούσιο και α-

νάλογα με τις προτιμήσεις της ασθενούς. Η ώρα του φαγητού είναι οι πρώτες στιγμές που αισθάνεται η ασθενής την αναπηρία της. Τότε η νοσηλεύτρια - τουλάχιστον κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες - να διδάξει στην ασθενή πως να χρησιμοποιεί μόνο το ένα χέρι, και εάν χρειαστεί να τη βοηθήσει να φάει τα πρώτα της γεύματα μετά τη μαστεκτομή.

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η καθαριότητα της ασθενούς, η συχνή περιποίηση του σώματος (λουτρό επί κλίνης, περιποίηση ράχως κ.λ.π.) προλαμβάνει τη δημιουργία κατακλίσεων, κυρίως σε παχύσαρκα άτομα, ή γυναίκες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Η δημιουργία κατακλίσεων, οπωσδήποτε είναι αιτία λοιμώξεων που θα επιδεινώσουν τη θέση της ασθενούς.

Σιγά-σιγά θα πρέπει να βοηθήσει η νοσηλεύτρια την ασθενή στην εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου, μετά την επέμβαση, στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η νοσηλεύτρια θα τονίσει την σπουδαιότητα των ασκήσεων και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια της ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.λ.π.

α) οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μην αισθάνεται καμία δυσχέρεια στις κινήσεις.

β) εάν έχει γίνει πλαστική, ή η τομή έχει κλειστεί, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται σιγά-σιγά.

γ) 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 στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

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

Σφίξιμο μπάλας: Είναι μια απλή άσκηση που βοηθάει στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα, ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Πέταγμα μπάλας: Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα που είναι δεμένη σε 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 τους 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 ευλιγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρα. Η άρθρωση στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει έναν κόμπο και το τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο 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.

Κούμπωμα κουμπιών πλάτης: Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς, και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρθρωση ανεβοκατεβάζει και τα δυο της χέρια πίσω στην πλάτη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

Υπάρχουν ακόμη πάρα πολλά είδη ασκήσεων για να βοηθήσουν την ασθενή στην αποκατάσταση -όσο είναι δυνατόν- της υγείας της.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε να μάθει η ασθενής τις ασκήσεις από το Νοσοκομείο και όταν επιστρέψει στο σπίτι της να συνεχίσει, έως ότου η κατάστασή της να είναι ικανοποιητική.

Διδάσκει πως να περιποιείται το τραύμα, ώστε να μην υπάρχουν αργότερα επιπλοκές. Επεξηγεί για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας. Ενημερώνει ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων. Πρέπει να διατηρείται καθαρό, να πλένεται με χλιαρό νερό και να στεγνώνεται προσεκτικά. Πρέπει να γίνεται μασάζ της επουλωμένης τομής για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Πρέπει να μάθει να αναγνωρίζει αμέσως τα ανησυχητικά σημεία, δηλαδή πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα και αμέσως να ενημερώνει το γιατρό.

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

Για την πρόληψη του λεμφοοιδήματος θα πρέπει:

(α) Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα καψίματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δήγματα εντόμων, τα εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορουπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.

(β) Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται όπως διδάχτηκαν από τη Νοσηλεύτρια.

(γ) Στο 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 σχολαστικά καθαρά για πρόληψη της λοίμωξης.

(στ) Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

(ζ) Για την αντιμετώπιση του λεμφοοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίε-

σης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο, εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

Όταν η ασθενής φεύγει από το Νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια τονίζει τη σπουδαιότητα του μετανοσοκομειακού check-up, κυρίως σε διάστημα 2 μηνών. Όταν έλθει η ασθενής για απλή εξέταση στο γιατρό, η νοσηλεύτρια αξιολογεί την επούλωση του τραυματος, εκτιμάει την προσπάθεια για αποκατάσταση- έλεγχος προόδου ασκήσεων. Αξιολογεί την ψυχοκοινωνική προσαρμογή της άρρωστης. Διαπιστώνει πιθανή υποτροπή.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Κυήσεις και θηλασμός

Η ηλικία της πρώτης κύησης έχει παρατηρηθεί ότι έχει σημασία στη συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Γυναίκες με πρώτο τοκετό πριν τα 18 έχουν το 1/3 της πιθανότητας που έχουν γυναίκες με πρώτο τοκετό μετά τα 30 να πάθουν καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που έχουν πρώτο τοκετό μετά τα 30, έχουν πιθανότητα παρεμφερή με εκείνες που δεν έχουν ποτέ κύηση και τοκετό. Ο συνολικός αριθμός των τοκετών και η ηλικία εκτός από τον πρώτο, δεν φαίνεται να έχουν άμεση σχέση, παρόλο που έμμεσα, από το γεγονός δηλαδή ότι γυναίκες που αρχίζουν νωρίς έχουν και περισσότερους τοκετούς, τελικά ο αριθμός επιδρά ευνοϊκά. Ενώ ο θηλασμός, δε φαίνεται να έχει σημασία, άσχετα με τον αριθμό και τη διάρκεια.

2. Συγγένεια

Θυγατέρες μητέρων που έχουν καρκίνο του μαστού έχουν πιθανότητα τριπλάσια να πάθουν καρκίνο του μαστού. Μάλιστα, αν οι μητέρες εμφάνισαν τον καρκίνο σε σχετικά νέα ηλικία, ή αν είχαν αμφοτερόπλευρο καρκίνο, τότε ο κίνδυνος είναι 9 φορές μεγαλύτερος. Έχει υποστηριχθεί ότι σημαντικό ποσοστό περιπτώσεων καρκίνου του μαστού εμφανίζονται αθροιστικά σε ορισμένες οικογένειες.

3. Παθήσεις του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι τριπλάσια συχνότερος σε γυναίκες με κυστική μαστοπάθεια, παρόλο που αυτό μερικές φορές αμφισβητείται. Καρκίνος του μαστού που ιάθηκε, σημαίνει μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθει πρωτοπαθή καρκίνο ο άλλος μαστός.

4. Έμμηνος ρύση

Η ωοθηκιοτομή γενικά ελαττώνει την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Γυναίκες με πρώιμη μηνार्χή και όψιμη εμμηνόπαυση, με άλλα λόγια γυναίκες των οποίων η ολική διάρκεια κύκλων ήταν μεγάλη, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν

καρκίνο του μαστού.

5. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Φαίνεται ότι η παχυσαρκία παίζει το ρόλο της έμμεσα, μέσω των συνεχώς αυξημένων οιστρογόνων του αίματος, λόγω συνθέσεως των με αρωματοποίηση της ανδροστενοδιόνης στο περιφερικό λίπος. Στο πειραματικό επίπεδο, δίαιτα πλούσια σε λίπη προάγει την καρκινογένεση καρκίνου στο μαστό.

6. Ορμόνες

Η μακροχρόνια θεραπεία με οιστρογόνα για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης, αυξάνει την πιθανότητα καρκίνου του μαστού. Η μακροχρόνια χρήση συνδυασμών οιστρογόνων-προγεστερόνης σε μικρές δόσεις, όπως γίνεται στα αντισυλληπτικά, συζητείται ακόμη για το αν αυξάνει ή όχι την πιθανότητα του καρκίνου του μαστού, με μεγαλύτερη, όπως φαίνεται απόκλιση προς την άποψη ότι δεν την επηρεάζει.

7. Φάρμακα και διάφορες ουσίες

Δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι η χρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου ή τροφίμου ή καλλυντικού σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καρκίνου του μαστού.

8. Ακτινοβολία

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού, όπως φαίνεται από τη σχετικά συχνότερη ανάπτυξη σε γυναίκες που επέζησαν από την ατομική καταστροφή στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι και στις γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία κάποτε στη ζωή τους για άλλο λόγο. Ο μαστός θεωρείται σαν ένας από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς του ανθρώπινου σώματος και η έκθεσή του σε ακτινοβολία, ιδιαίτερα σε νεανική ηλικία, πρέπει να αποφεύγεται.

Η ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ (ΥΠΕΡ-ΡΙΖΙΚΗ)

Η υπερ-ριζική μαστεκτομή είναι αποτέλεσμα παρατηρήσεων, ότι και άλλα λεμφογάγγλια, εκτός από τα μασχαλιαία, προσβάλλονται από τη νόσο. Ο Turner-Warwick χορηγώντας στο μαστό κολλοειδές διάλυμα χρυσού και μια χρωστική, παρατήρησαν ότι το 75% της λέμφου που αφήνει το μαστό πηγαίνει στα σύστοιχα μασχαλιαία λεμφογάγγλια και η υπόλοιπη παροχετεύεται κυρίως στην άλυσσο της εσωμαστικής αρτηρίας, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό πηγαίνει στα αντίστοιχα οπίσθια μεσοπλεύρια λεμφογάγγλια. Το σημαντικότερο εύρημα είναι ότι τα λεμφογάγγλια της μασχάλης και της εσωμαστικής, παίρνουν λέμφο από όλα τα τεταρτημόρια του μαστού. Ο Handley έκανε βιοψίες στην άλυσσο της εσωμαστικής σε 1000 γυναίκες και βρήκε θετικά λεμφογάγγλια σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων. Ο Margottini άρχισε συστηματικά την εγχείρηση αυτή το 1948. Δεκαπέντε χρόνια αργότερα, το 1963, ανακοίνωσε τα αποτελέσματά του επί 900 ασθενών. Η πενταετής και δεκαετής επιβίωση δεν διέφερε σημαντικά από εκείνη της ριζικής μαστεκτομής. Σε μια προσπάθεια να καθοριστεί η αξία της ριζικής και υπερ-ριζικής μαστεκτομής, οργανώθηκε από τον Lacour και τους συνεργάτες του, το 1963 μια μελέτη, με την οποία πήραν μέρος πολλά νοσοκομεία. Η μελέτη αυτή περιελάμβανε 1453 ασθενείς με όγκους. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής: σε 750 ασθενείς με υπερ-ριζική μαστεκτομή, η δεκαετής επιβίωση ήταν 53% και σε 730 ασθενείς με υπερ-ριζική μαστεκτομή η δεκαετής επιβίωση ήταν 50%. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και ο Veronesi σε άλλη μελέτη 735 ασθενών. Μπορούμε να πούμε ότι η υπερ-ριζική μαστεκτομή δεν υπερέχει σημαντικά της ριζικής μαστεκτομής από απόψεως θεραπευτικής.

Η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση αυτή συνιστάται στην αφαίρεση του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα και το περιεχόμενο της μασχάλης, χωρίς να αφαιρούνται ο μείζων και ο ελάσσων θωρακικοί μυς. Η εγχείρηση αυτή είναι απόρροια των ανατομικών μελετών του Patly και του Dyson από το Λονδίνο. Οι ερευνητές αυτοί απέδειξαν ότι η εν τω βάθει περιτονία έχει πολύ λίγα ή καθόλου λεμφαγγεία και συνεπώς δεν αποτελεί σημαντικό υπόστρωμα για την εξάπλωση της νόσου. Ένας από τους μεγαλύτερους υποστηρικτές της εγχείρησης αυτής ήταν ο Handley, που το 1965 ανακοίνωσε τα αποτελέσματά του σε 200 ασθενείς που είχαν ως εξής: 76% των ασθενών του στάδιο I και 57% των ασθενών του στάδιο II επιζούσαν στην πενταετία. Και άλλες μελέτες επιβεβαίωσαν την αξία της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής, η οποία έγινε και η θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού από το 1975 και μετά.

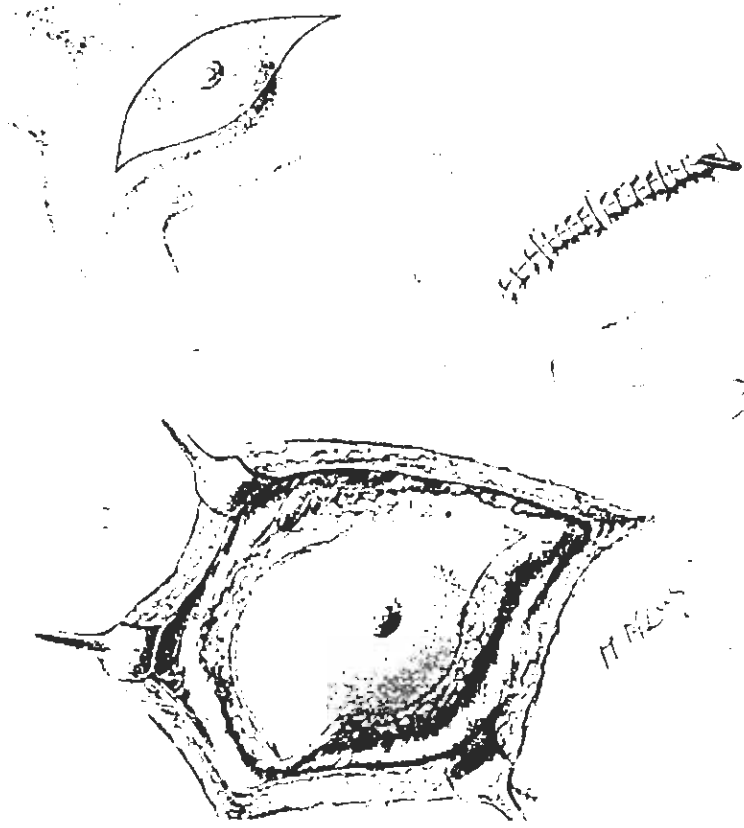
ΟΛΙΚΗ (ΑΠΛΗ) ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση αυτή συνιστάται στην αφαίρεση του μαστικού αδένου και του υπερκείμενου δέρματος, με τη δημιουργία κρημνών, που εκτείνονται από την κλείδα μέχρι το πλευρικό τόξο και από τη μέση στερνική γραμμή μέχρι τον πλατύ ραχιαίο μυ. Συναφαιρείται η ουρά του μαστού και η περιτονία των μυών, ενώ το περιεχόμενο της μασχάλης δεν προσβάλλεται χειρουργικώς. Στην αποδοχή της μεθόδου αυτής συνέβαλαν οι μελέτες του Mc Whirter από το Εδιμβούργο, που βασίστηκαν σε παρατηρήσεις και αποτελέσματα ασθενών που υποβλήθηκαν στην εγχείρηση αυτή και ακτινοθεραπεία από το 1941 μέχρι το 1945. Ο Mc Whirter υπαινίχθηκε ότι οι λεγόμενες ριζικές επεμβάσεις, όχι μόνο δεν απάλασαν τον ασθενή, αλλά απεναντίας επιτείνουν την λεμφαγγειακή διασπορά.

Σήμερα η απλή μαστεκτομή δεν είναι αποδεικτική εγχείρηση, διότι δεν μας δίνει πληροφορίες για το status των λεμφαγγείων της μασχάλης και τη δυνατότητα μετεγχειρητικής σταδιοποίησης της ασθενούς, που είναι τόσο σημαντική. Γύρω στα 1970 έγινε αντιληπτό διεθνώς ότι πρέπει αφενός μεν να ξεφύγουμε από τον λαβύρινθο των πολλών χειρουργικών μεθόδων και αφετέρου να καταλήξουμε σε μια αποτελεσματική χειρουργική μέθοδο, στηριγμένη σε συστηματικές και εμπειροστατωμένες μελέτες. Έτσι μεταξύ 1971 και 1974, Ινστιτούτα των Η.Π.Α και Καναδά μελέτησαν τα αποτελέσματα σε μια σειρά 1765 ασθενών και απέδειξαν ότι:

1. Σε ασθενείς με κλινικώς αρνητική μασχάλη, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην επιτυχία μιας οποιασδήποτε θεραπείας. Στα 5 χρόνια, η αναλογία εμφάνισης μεταστάσεων είναι περίπου η ίδια στα τρία σκέλη και η επιβίωση περίπου η ίδια.
2. Σε ασθενείς με κλινικώς θετική μασχάλη, επίσης δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά, όσον αφορά στις υποτροπές και στην επιβίωση.

Έτσι αρχίζει μια νέα εποχή, με λιγότερο ριζικές επεμβάσεις, λιγότερες ανατομικές δυσμορφίες, καλύτερη ποιότητα ζωής και καλύτερη πιθανότητα πενταετούς και δεκαετούς επιβίωσης.



ΕΥΡΕΙΑ ΤΜΗΜΑΤΕΚΤΟΜΗ (ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ)

Η εγχείρηση αυτή σκοπό έχει να περισώσει το μαστό. Συνιστάται στην ευρεία αφαίρεση του τεταρτημορίου που περιέχει τον όγκο, μαζί με το υπερκείμενο δέρμα. Με άλλη τομή γίνεται ταυτόχρονα και ο λεμφογαγγλιακός καθαρισμός της μασχάλης. Υπάρχουν πολλές μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, που υποστηρίζουν την αξία της εγχείρησης αυτής για ορισμένους όγκους, αλλά πιο ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα της μελέτης του Fisher στις Η.Π.Α.

Η μελέτη αυτή περιελάμβανε 1108 ασθενείς. Τα κριτήρια εισόδου των ασθενών στη μελέτη ήταν τα παρακάτω:

1. Ο όγκος να περιορίζεται στο μαστό και τη μασχάλη
2. Ο όγκος να είναι ίσος ή μικρότερος από 4 εκ.
3. Ο μαστός να είναι ικανοποιητικού μεγέθους, ώστε να μπορεί να γίνει κοσμητικά η αποκατάστασή του
4. Ο όγκος να είναι κινητός και χωρίς διήθηση του δέρματος
5. Ο όγκος να μην είναι κάτω από τη θηλαία αλω

Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ακόμη ότι το 95% των τοπικών υποτροπών εμφανίστηκαν στην πρώτη πενταετία και ήταν 24% των περιπτώσεων που δεν υποβλήθηκαν σε ακτινοθεραπεία και 6% από αυτές που ακτινοβολήθηκαν μετεγχειρητικά.

Εδώ και έξη μήνες μετά την ανακοίνωση των αποτελεσμάτων από τον Fisher και τους συνεργάτες του, εφαρμόζεται σε όλα τα αντικαρκινικά νοσοκομεία της Ελλάδας, σύμφωνα με τα κριτήρια του Fisher. Έτσι εφαρμόζεται ευρεία τμηματεκτομή και καθαρισμός μασχάλης για μικρούς όγκους και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία μαστού και χημειοθεραπεία, όταν τα γάγγλια είναι θετικά.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ Ή ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Όταν η νεοπλασία εξακριβωθεί στη φάση της εγκυμοσύνης, ή της γαλουχίας είναι συνήθως πολύ προχωρημένη.

Θεραπευτικώς εφαρμόζονται οι ίδιοι χειρισμοί που θα εφαρμόζονταν εάν δεν υπήρχε εγκυμοσύνη ή γαλουχία. Η διακοπή της κύησης και η ορμονική αλλαγή που ακολουθεί, δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλουν στην επιβίωση.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

Το καρκίνωμα του μαστού στον άνδρα είναι ασυνήθης νόσος: αποτελεί μόνο το 1% των καρκινωμάτων του μαστού και 1,5% όλων των κακοηθων όγκων στους άνδρες. Παρόλη την πρόοδο που έχει γίνει κατά τα πρόσφατα χρόνια στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα, μέσω των πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων και της επιθετικής στάσης απέναντι σ'όλα τα συμπτώματα από τον μαστό, τέτοια βελτίωση δεν έχει γίνει στον καρκίνο του μαστού στον άνδρα. Υπάρχει ακόμα διάχυτα διαδεδομένη η παρανόηση ότι ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα ανευρίσκεται σχεδόν πάντοτε σε προχωρημένο στάδιο κατά τη διάγνωσή του και ότι έχει χειρότερη πρόγνωση απ'εκείνο στη γυναίκα. Πρόσφατες όμως απόψεις από τη βιβλιογραφία και εμπειρία, φαίνεται ότι επιβεβαιώνουν την άποψη ότι ο καρκίνος του μαστού έχει την ίδια εξέλιξη και εμφάνιση και στον άνδρα και στη γυναίκα.

Η στερεότυπος εμφάνιση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα, που παρουσιάζεται μόνο σαν προχωρημένο και χωρίς ελπίδα πρόβλημα, δεν είναι πάντοτε πραγματική και θα πρέπει να απορριφθεί. Πάντως ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα, μπορεί να διαγνωσθεί και να αντιμετωπιστεί σε αρχόμενο στάδιο, με εξαίρετη πρόγνωση και ίαση. Υπάρχει κάθε λόγος να υιοθετήσουμε επιθετική διαγνωστική προσέγγιση στους άνδρες με συμπτώματα από το μαστό, όπως ακριβώς γίνεται και στις γυναίκες, με την προοπτική να ανακαλύψουμε τη νόσο στην προδιηθητική της φάση.

Οι γιατροί δεν θα πρέπει να ξεχνούν την προσεκτική εξέταση των μαστών στους άνδρες και τη σοβαρή αξιολόγηση όλων των

συμπτωμάτων από το μαστό - ιδίως το δυσοίωνο και σιωπηρό σύμ-
πτωμα - έκκριση της θηλής - γεγονός που θα οδηγήσει στην κα-
λύτερη πρόγνωση για τους άνδρες ασθενείς με καρκίνο του μα-
στού.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνήθως σε χειρουργήσιμα στάδια συνιστάται η τροποποιη-
μένη ριζική μαστεκτομή (μαστεκτομή και λεμφαδενεκτομή της μα-
σχάλης), ή συνηθέστερα ριζική μαστεκτομή, ιδίως όταν υπάρχει
διήθηση της υποκείμενης περιτονίας και μυός. Θεραπεία των
λεμφαδένων της εσω μαστικής με εκτομή ή ακτινοβολία ενδείκνυ-
ται, διότι οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του μαστού
στον άνδρα, ευρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης μεταστάσεων στους
λεμφαδένες αυτούς. Συνεπώς οι πλείστοι των ασθενών αυτών που
θεραπεύονται με ριζική τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, είναι
υποψήφιοι για ακτινοβολία εσω μαστικής και υποκλείδιας χώρας.
Πολλοί πιστεύουν ότι η ριζική χειρουργική και ακτινοβολία, πε-
ρισρίζει τη νόσο καλύτερα από τη ριζική χειρουργική και έχει
ως αποτέλεσμα μικρότερη νοσηρότητα από το άκρο και ώμο, πλεο-
νέκτημα που είναι σημαντικό για τον εργαζόμενο άνδρα. Μετά
περιορισμένη όμως χειρουργική θεραπεία, η ακτινοβολία θα πρέ-
πει να χορηγείται στο θωρακικό τοίχωμα, μαστό, μασχάλη και
λεμφαδένες, εσωμαστική και υπερκλείδιας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΑΚΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πάνω από το 70% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού είναι είτε από την αρχή, είτε αργότερα, μια γενικευμένη νόσος που χρειάζεται συστηματική αντιμετώπιση. Η θεραπευτική τακτική του προχωρημένου καρκίνου του μαστού αποκτά ιδιαίτερη σημασία από το γεγονός ότι πρόκειται για ένα όγκο που προσφέρει κλίμακα ολόκληρη από δυνατότητες ενδοκρινών και χημειοθεραπευτικών χειρισμών με σημαντικές πιθανότητες επιτυχίας. Η αλληλοδιαδοχή των θεραπειών πρέπει να σχεδιάζεται κατά τρόπο που πετυχαίνεται κάθε φορά, ανάλογα με τις προϋποθέσεις το μεγαλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα, τόσο σε ποιότητα, όσο και σε διάρκεια. Γενικός κανόνας πάντως είναι ότι οι ενδοκρινικοί χειρισμοί προηγούνται απέναντι στην κυτταροστατική χημειοθεραπεία και επίσης οι ενδοκρινικοί χειρισμοί όταν πετυχαίνουν, προσφέρουν ευκολότερα και καλύτερα αποτελέσματα, σε συνδυασμό βέβαια και με την εντόπιση των μεταστάσεων.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χειρουργική αφαίρεση ενδοκρινών αδένων

ωθηκεκτομή
επινεφριδεκτομή
υποφυσεκτομή

Φαρμακευτική Ορμονοθεραπεία

ανδρογόνα
οιστρογόνα
γεσταγόνα
γλυκοκορτικοειδή

Αντιορμόνες

αντιοιστρογόνα

Φάρμακα που αναστέλλουν τη σύνθεση στεροειδών

αμινογλουτεθιμίδη

Φάρμακα που αναστέλλουν την έκκριση LH
μπουσερελίνη

1. Ωοθηκιοτομή

Η αμφοτερόπλευρη ωοθηκιοτομή στις προεμμηνοπαυστικές ασθενείς, υπήρξε από τις πρώτες μεθόδους συστηματικής θεραπείας του προχωρημένου καρκίνου του μαστού. Σε ασθενείς με ορμονοεξαρτώμενους όγκους ή απάντηση φθάνει το 60%, ενώ για μη επιλεγμένες περιπτώσεις, κυμαίνεται γύρω στο 30%. Η απάντηση είναι πιθανότερη σε ασθενείς πάνω από τα 35 μέχρι και ένα χρόνο μετά την εμμηνόπαυση και έχει συνήθως διάρκεια 9-12 μήνες.

2. Επινεφριδιοεκτομή

Η επινεφριδιοεκτομή όταν εφαρμοζόταν άλλοτε σε ασθενείς που είχαν απαντήσει σε προηγούμενο ενδοκρινικό χειρισμό, έδινε απάντηση σε ποσοστό 50%, ενώ σε μη επιλεγμένα περιστατικά 30-40%. Η επέμβαση αυτή για προχωρημένο καρκίνο έχει εγκαταληφθεί μετά την εισαγωγή της αμινογλουτεθιμίδης.

3. Υποφυσεκτομή

Η επέμβαση αυτή χρησιμοποιόταν άλλοτε σαν εναλλακτικός χειρισμός με την επινεφριδιοεκτομή, ενώ τώρα δεν εφαρμόζεται.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος της χημειοθεραπείας στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού, θεωρείται καθιερωμένος από το γεγονός του σημαντικού ποσοστού των θεραπευτικών απαντήσεων, καθώς επίσης και από το γεγονός ότι ασθενείς που απαντούν στη χημειοθεραπεία, παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιβίωση από όσες δεν απαντούν.

Παρόλο που δεν υπάρχει καμία εργαστηριακή εξέταση που να προδικάζει την απάντηση του προχωρημένου καρκίνου του μαστού, στη χημειοθεραπεία υπάρχουν διάφοροι κλινικοεργαστηριακοί παράγοντες που την επηρεάζουν σημαντικά.

Έτσι η κακή γενική κατάσταση, η αναιμία, η θρομβοκυτταροπενία, η διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας, προηγηθείσα ακτινοθεραπεία και προηγηθείσα χημειοθεραπεία, καθώς και η βαρύτητα της διασποράς είναι αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες. Αντίθετα το μεγάλο ελεύθερο νόσου διάστημα, η καλή γενική κατάσταση και η μη προσβολή του ήπατος είναι καλοί προγνωστικοί παράγοντες.

Η αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας δεν επηρεάζεται από την ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, το είδος της εγχείρησης που είχε γίνει στο παρελθόν, το στάδιο της νόσου, την εποχή της διάγνωσης στο παρελθόν, καθώς και την ύπαρξη έμμηνου ρύσης ή εμμηνόπαυσης του ασθενούς.

Αυτονόητοι παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της χημειοθεραπείας, είναι το είδος του χρησιμοποιούμενου συνδυασμού, η κατάλληλη χρονική συχνότητα της χορήγησης και η δόση των φαρμάκων.

Η μονοθεραπεία δεν έχει σήμερα θέση στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του μαστού. Σήμερα χρησιμοποιούνται συνδυασμοί 3-4 κυτταροστατικών φαρμάκων, κυρίως τα εξής:

1. "Cooper"

κυκλοφωσφαΐδη	2mg/kg	p.o			
μεθοτρεξάτη	0,7mg/kg/εβδ	IV	X	8	εβδ
5-φθοριουρακίλη	12mg/kg/εβδ	IV			
βινκριστίνη	35mg/kg/εβδ	IV	X	4-5	εβδ
πρεδνιζόνη	0,75mg/kg/ημ				

2. CMT Μιλάνο

κυκλοφωσφαμίδη	100mg/ημ	p.o	ημέρες 1-14
μεθοτρεξάτη	30-40mg	IV	κάθε 28 ημέρες
5-φθοριουρακίλη	400-600 mg	IV	ημέρες 1,8

3. CFP Mayo

κυκλοφωσφμίδη	150mg/ημ	p.o	X	5 ημέρες
5-φθοριουρακίλη	300 mg/ημ	IV	X	5 ημέρες κάθε 6 εβδομ.
πρεδνιζόλη	30mg/ημ		X	7 ημέρες

Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η προσφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι μεγάλη και ουσιαστική. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, που σε συνδυασμό με συντηρητική χειρουργική επέμβαση αντικαθιστά τη μαστεκτομή. Μετά από ακτινοβολία, τα καρκινικά κύτταρα υφίστανται σημαντικές μορφολογικές αλλοιώσεις και τελικά αποσυντίθενται και εξαφανίζονται. Η αξία της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας μετά από μαστεκτομή είναι ακόμα αντιφατική, αν και έχει χρησιμοποιηθεί για περισσότερες από οκτώ δεκαετίες. Υπάρχει συμφωνία ότι ελαττώνει την συχνότητα των τοπικών και λεμφαδενικών υποτροπών, αλλά οι γνώμες είναι αντίθετες για το ευνοϊκό αποτέλεσμα στην επιβίωση.

Για τον προγραμματισμό ακτινοθεραπείας έχει σημασία η θέση του πρωτοπαθούς όγκου και ο αριθμός των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων και η ηλικία του ασθενούς. Όταν ο αριθμός των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων υπερβαίνει τους τέσσερεις, η νόσος θεωρείται σαν γενικευμένη.

Ο συνδυασμός συντηρητικής χειρουργικής επέμβασης και μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας για καρκίνο του μαστού στα στάδια I και II, κερδίζει γενική παραδοχή σαν εναλλακτική λύση προς τη μαστεκτομή. Εκτός από την ικανοποιητική επιβίωση 88% έως 95% για το στάδιο I και 60-80% για το στάδιο II και τον τοπικό έλεγχο της νόσου 95% διατηρείται ο μαστός και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι άριστο.

ΑΝΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Ο γυναικείος μαστός αποτελεί ένα από τα πρώτα σύμβολα της θηλυκότητας. Είναι ίσως το πιο βασικό στοιχείο της ελκυστικότητας μιας γυναίκας. Για το λόγο αυτό, πολλές από τις ασθενείς πριν τη μαστεκτομή, δίδουν την ίδια βαρύτητα, τόσο στην απειλή της ζωής τους από τον καρκίνο, όσο και στον τραυματισμό της θηλυκότητάς τους από τον ακρωτηριασμό του μαστού τους.

Γυναίκες πάνω από 50 χρονών, συνήθως αποδέχονται την έλλειψη του μαστού με μικρότερες συναισθηματικές διαταραχές, καθώς τα κοινωνικά προβλήματα που απορρέουν από την έλλειψη είναι μικρότερα. Οι νεότερες γυναίκες, σε ένα μεγάλο ποσοστό τους, δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον για την πιθανότητα ανάπλασης του μαστού, καθώς τα προβλήματα είναι σημαντικότερα και η χρήση εξωτερικών προσθέσεων προβληματική.

Η άποψη που κατά παράδοση επικρατεί σε μια σημαντική μερίδα των γενικών χειρουργών, είναι ότι η ανάπλαση του μαστού μετά την μαστεκτομή, είναι μια περιττή και όχι απαραίτητη επέμβαση και ότι δεν συμπεριλαμβάνεται στα πρώτα ενδιαφέροντα της ασθενούς. Πολλές φορές μάλιστα, γυναίκες που ζητούν την ανάπλαση, οδηγούνται στο να αισθάνονται σαν "αχάριστες" προς τον χειρουργό και τη χειρουργική που τους έσωσε τη ζωή.

Η επιλογή των ασθενών, υποψηφίων για ανάπλαση, γίνεται με κριτήρια που μπορούν να συνψισθούν σε δύο σημεία: Πρώτα απ' όλα η έντονη επιθυμία της ασθενούς και δεύτερον η μορφή και το στάδιο του καρκινώματος, κλινικά και παθολογοανατομικά. Ο πλαστικός χειρουργός πριν καταλήξει σε οριστικές αποφάσεις, θα πρέπει να μελετήσει το ιστορικό της ασθενούς και καλό θα είναι να συζητήσει με τον γενικό χειρουργό που έκανε τη μαστεκτομή, σχετικά με τον τύπο της αρχικής επέμβασης, τα εγχειρητικά ευρήματα και τη μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς.

Ο ενδεδειγμένος χρόνος για αποκατάσταση θα πρέπει να είναι το ελάχιστο δύο χρόνια μετά τη μαστεκτομή, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό τοπικών υποτροπών του καρκίνου εμφανίζεται στα δύο πρώτα χρόνια.

Οι πρώτες προσπάθειες αναπλάσεως του μαστού ξεκίνησαν στις αρχές του αιώνα μας, αλλά η ευρύτερη πραγματοποίηση, έγινε από τους πλαστικούς χειρουργούς στην δεκαετία του '50. Την τελευταία δεκαετία οι αλματώδεις εξελίξεις της πλαστικής χειρουργικής και η δημιουργία νέων υλικών τεχνολογικώς προηγμένων έδωσαν τη δυνατότητα ανατύξεως αρκετών νέων τεχνικών, με πολύ καλά αποτελέσματα.

Τα προβλήματα που πρέπει να λυθούν για τη δημιουργία ενός νέου μαστού επιγραμματικά είναι:

- α. Αναπλήρωση του ελλειπόντος δέρματος
- β. Αναπλήρωση του πιθανόν ελλείποντος μείζονος θωρακικού μυός
- γ. Δημιουργία του απαραίτητου όγκου για το νέο μαστό
- δ. Ανάπλαση της θηλής στο νέο μαστό
- ε. Επίτευξη συμμετρίας με τον υπάρχοντα μαστό

στ. Άμεσο αποτέλεσμα με το πολύ δύο επεμβάσεις

Σε μικρό αριθμό περιστατικών όπου δεν έχει αφαιρεθεί ο μυς και η ποσότητα του εναπομείναντος δέρματος είναι ικανοποιητική, η τοποθέτηση ενός ενθέματος σιλικόνης είναι συνήθως αρκετή για τη δημιουργία του νέου μαστού. Στην πλειονότητα όμως των περιστατικών όπου υπάρχει σημαντική έλλειψη δέρματος ή και μυός, η τοποθέτηση ενός ενθέματος μόνο, αν τελικά καταστεί δυνατόν, θα δώσει αποτελέσματα αισθητικώς απογοητευτικά. Στα περιστατικά αυτά θα πρέπει να αντικατασταθεί το ελλείπον δέρμα ή και ο μυς με ιστούς παραπλήσιας υφής, από άλλα μέρη του σώματος. Αυτό γίνεται εφικτό, μεταφέροντας τους ιστούς που χρειάζονται από την πλάτη, ή από το κατώτερο μέρος της κοιλιάς. Έτσι έχοντας δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις η δημιουργία του νέου μαστού ολοκληρώνεται με την τοποθέτηση ενός ενθέματος σιλικόνης.

Η όλη διαδικασία συμπληρώνεται με τη δημιουργία νέας θηλής και την τροποποίηση του άλλου μαστού, εάν αυτός είναι μεγάλος ή πτωτικός, ώστε να αποκατασταθεί απόλυτη συμμετρία στο στήθος της γυναίκας.

ΠΡΟΘΕΣΕΙΣ

Προς το παρόν υπάρχουν δύο τύποι μαστωδών προθέσεων, που και οι δύο αποτελούνται από ένα θύλακα (σάκο) από ελαστόμερο σιλικόνης που μοιάζει με μπαλόνι από διαφανές καουτσούκ και γίνεται ανεκτό πάρα πολύ καλά από τους ζωντανούς ιστούς.

Στον πρώτο τύπο (τύπο Κρουιν) που πήρε το όνομά του από το δημιουργό του, πρόκειται για ένα σάκο κλειστό, γεμάτο από πηκτώδη σιλικόνη με μορφή πάστας. Υπάρχει σε πολλά σχήματα και μεγέθη, με ρανίδες στρογγυλές και εφοδιασμένες ή όχι, με παστίλιες από ντάκρον, που επιτρέπουν την στερέωση της πρόθεσης, δημιουργώντας προσκολλήσεις με το βαθύτερο επίπεδο.

Στον δεύτερο τύπο το φουσκωτό (τύπος Αρίων) απ' το όνομα του Γάλλου χειρουργού που τον επινόησε, το μπαλόνι είναι άδειο και εφοδιασμένο μ' ένα σωλήνα για το γέμισμά του, απ' το οποίο εισάγουμε φυσιολογικό ορό όταν η πρόθεση έχει τοποθετηθεί στη θέση της. Στη συνέχεια ο σωλήνας φράζεται με ένα μικρό πλαστικό πώμα κι εγκολπώνεται σ' ένα μικρό κοίλο κώνο στην κάτω πλευρά της πρόθεσης.

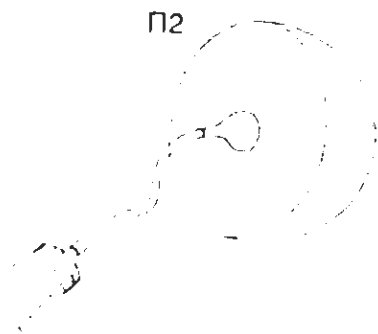
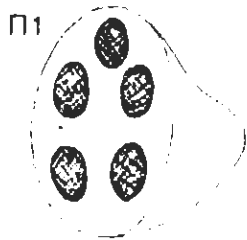
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ :

Δυνατότητα να φουσκώσουμε κατά βούληση και με τρόπο ανόμοιο τους δύο μαστούς

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ :

Μπορεί να καταστραφούν από σπάσιμο, ύστερα από ένα βίαιο χτύπημα

προθέσεις



Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος της κοινωνικής λειτουργού, αλλά και γενικότερα των κοινωνικών υπηρεσιών είναι να υποστηρίξουν την προσπάθεια της μαστεκτομής πρώτα και μετά της οικογένειας, ώστε να αποδεχθούν την πράξη της μαστεκτομής ως αναγκαία. Οι κοινωνικές υπηρεσίες πρέπει να ενισχύσουν τις προσπάθειες των μαστεκτομημένων, για αποκατάσταση και κοινωνική ενσωμάτωση, ώστε αυτές να επιστρέψουν στην κοινωνία, σε όσο το δυνατόν συντομότερο χρόνο μετά την εγχείρηση.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να προωθήσουν προγράμματα ευαισθητοποίησης για την πληροφόρηση των Ελληνίδων και των Ελλήνων πολιτών, που να τους πληροφορούν στα πεδία:

- α) της πρόληψης
- β) θεραπείας
- γ) αποκατάστασης και κοινωνικής ενσωμάτωσης των μαστεκτομημένων

Μόνο με την ειλικρινή πληροφόρηση είναι δυνατόν να ελευθερωθεί η μαστεκτομημένη γυναίκα από το βάρος της προκατάληψης.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1ο

Η κ.Β, ηλικίας 55 ετών, μητέρα 2 παιδιών και έχοντας στο ιστορικό της οικογένειάς της, μητέρα και δίδυμη αδελφή με καρκίνο του μαστού. Εργαζόταν στη Δ.Γερμανία για 35 χρόνια σε εργοστάσιο χρωμάτων. Δεν είναι καπνίστρια.

Παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία και ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης των μαστών διαπίστωσε ένα μικρό όγκο σε μέγεθος ρεβυθιού στον αριστερό της μαστό. Ανέφερε ότι για πολλά χρόνια ήταν αρκετά παχύσαρκη.

Αφού εξετάστηκε λεπτομερώς από το γιατρό των εξωτερικών ιατρείων, εισήχθη στο νοσοκομείο για περαιτέρω εξετάσεις. Έγιναν εξετάσεις αίματος, ούρων, ακτινογραφία θώρακος, σάκχαρο, Τ.Κ.Ε αυστραλιανό αντιγόνο. Η ασθενής, την τρίτη ημέρα, από την είσοδό της στο νοσοκομείο, υποβλήθηκε σε μαστογραφία. Η εξέταση αυτή απέδειξε ότι υπάρχει καρκίνος μόνο στον αριστερό μαστό. Ύστερα από συγκατάθεση της ασθενούς αποφασίστηκε να γίνει ριζική μαστεκτομή.

Η ημέρα της εγχείρησης καθορίστηκε αφού έγιναν πρώτα οι ακόλουθες εξετάσεις: γενική αίματος, αιμοπετάλια, Τ.Κ.Ε, έλεγχος πήξης αίματος, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό οξύ, γλυκόζη, αλκαλική φωσφατάση, τρανσαμινάσες, γενική ούρων, αυστραλιανό αντιγόνο, ομάδα αίματος, λευκώματα, ηλεκτρολύτες. Η εγχείρηση έγινε χωρίς κανένα πρόβλημα, έγινε ριζική μαστεκτομή, αφαιρέθηκε ο μαστός με το υπερκείμενο δέρμα, ο μείζονας και ο ελάσσονας θωρακικός μυς και το περιεχόμενο της μασχάλης. Η βιοψία απέδειξε ότι ο όγκος ήταν σφαιρικός, με διάμετρο 3 εκ. και μέση διάμετρο 2,5 εκ. έχει χαρακτηριστικά σαφή όρια. Το κέντρο του όγκου ήταν κυστικό. Το καρκίνωμα χαρακτηρίστηκε σαν μυελοειδές.

Στην ασθενή χορηγήθηκαν παυσίπονα, αντιπυρετικά, αντιφλεγμονώδη και αντιβιοτικά. Η ανάρρωση ήταν εύκολη, χωρίς κανένα πρόβλημα.

Η ασθενής μετά 10 ημερών εξήλθε από το νοσοκομείο, αφού της συνεστήθη να παρουσιαστεί στα εξωτερικά ιατρεία μετά 15 ημερών για γενικές εξετάσεις και συνέχεια της θεραπείας (ακτινοβολία, χημειοθεραπεία κ.λ.π).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2ο

Η κ.Π, 31 ετών δεν είναι μητέρα και έχοντας στο οικογενειακό της ιστορικό μητέρα με μαστεκτομή χωρίς άλλη εξέλιξη. Εργάζεται σαν διοικητικό προσωπικό σε μονάδα πετρελαίων για 4 χρόνια. Είναι καπνίστρια, ξεπερνά τα 30 τσιγάρα ημερησίως, είναι εξαιρετικά αγχώδες άτομο.

Παρουσιάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία και ανέφερε ότι αισθάνεται έντονη εξάντληση, έχει χάσιμο βάρους που δεν είχε συμβεί ξανά στο παρελθόν, δεν είναι παχύσαρκο άτομο. Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης αντιλήφθηκε ψηλαφητό όγκο σε πολύ μικρό μέγεθος, ιδιαίτερα ανησύχησε από τη θηλή του μαστού, που είναι ανώμαλη και εξελκωμένη.

Ο ιατρός των εξωτερικών ιατρείων επιβεβαίωσε τους φόβους της, την επομένη εισήλθε στο νοσοκομείο για γενικές εξετάσεις. Αφού έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις και μαστογραφία, όπως επίσης αξονική τομογραφία, διαπιστώθηκε όγκος μικρής διαμέτρου, δηλ. 2 εκ. και μέση διάμετρο 1,5 εκ. και καμιά κακοήγη αλλοιωση σε άλλες απομακρυσμένες περιοχές του μαστού.

Τα αποτελέσματα ανακοινώθηκαν στην ασθενή, που παρουσίασε έντονα ψυχολογικά προβλήματα. Η αρμόδια ομάδα ιατρών ανακοίνωσε στην ασθενή ότι επιβάλλεται απλή μαστεκτομή και εν συνεχεία για μικρό χρονικό διάστημα ακτινοβολία. Η ασθενής αντέδρασε πολύ έντονα, ύστερα όμως από μία συνάντηση με τον ψυχίατρο του νοσοκομείου δέχθηκε να κάνει την επέμβαση.

Αφού έγιναν οι πρώτες απαραίτητες εξετάσεις αίματος, Τ.Κ.Ε σάκχαρο, γενική ούρων, ομάδα αίματος, έγινε η χειρουργική επέμβαση χωρίς κανένα πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Έγινε αφαίρεση του μαστικού αδένου και του υπερκείμενου δέρματος με τη δημιουργία κρημών, που εκτείνονται από την κλείδα μέχρι το πλευρικό τόξο και από τη μέση στερνική γραμμή μέχρι το πλατύ ραχιαίο μυ. Έγινε αφαίρεση της ουράς του μαστού, ενώ δεν προσβλήθηκε χειρουργικώς το περιεχόμενο της μασχάλης.

Η βιοψία απέδειξε ότι πρόκειται για τη νόσο του Paget, διότι εκτός του μικρού όγκου στις ιστολογικές αλλοιώσεις της

θηλής, υπήρχε η παρουσία μεγάλων νεοπλασματικών κυττάρων, με άφθονο διαυγές πρωτόπλασμα με πυρήνες σχετικά μικρούς βαθυχρωματικούς.

Η μετεγχειρητική κατάσταση ήταν πολύ ικανοποιητική. Η ασθενής μετά από δύο εβδομάδες άρχισε να αισθάνεται όπως πριν την επέμβαση, με τη βοήθεια της φυσικοθεραπεύτριας.

Η ομάδα των αρμόδιων ιατρών θα αποφασίσει σε πόσο χρόνο θα αρχίσουν την ακτινοβολία.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3ο

Η κ.Ν, ηλικίας 65 ετών, μητέρα 4 παιδιών, έχοντας όλες τις κυήσεις μετά τα 26 χρόνια. Χωρίς καμιά περίπτωση καρκίνου του μαστού στο οικογενειακό ιστορικό της. Εργασία οικιακά. Δεν είναι καπνίστρια και ούτε ήταν ποτέ. Πριν από 5 χρόνια είχε εγχειριστεί στο ίδιο νοσοκομείο και αφαιρέθηκαν όλα τα γεννητικά όργανα, λόγω κακοήθων όγκων στη μια ωοθήκη. Δέχθηκε ακτινοβολία για 18 μήνες και παρουσιαζόταν τακτικά κάθε εξάμηνο στην αρχή και μετά κάθε χρόνο για γενικές εξετάσεις.

Εισήχθηκε στο νοσοκομείο για τις απαραίτητες γενικές εξετάσεις και ανέφερε στον αρμόδιο γιατρό, ότι το τελευταίο εξάμηνο παρουσίασε στον αριστερό μαστό μικρούς στην ένταση πόνους, και έντονο συναίσθημα θερμότητας, σε συγκεκριμένα σημεία του μαστού. Αφού έγιναν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις, έγινε μαστογραφία, όπως επίσης θερμογραφία και αξονική τομογραφία, διαπιστώθηκε όγκος περιγεγραμμένος με έντονες αλλοιώσεις σε απομακρυσμένες περιοχές του μαστού.

Εντός 2 ημερών, αφού έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις, γενική αίματος, γενική ούρων, σάκχαρο, Τ.Κ.Ε, ομάδα αίματος, έγινε η επέμβαση. Έγινε εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, δηλαδή αφαίρεση του μαστού και του υπερκλειμένου δέρματος μαζί με τον μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ, καθαρισμό από το περιεχόμενο της μασχάλης και καθαρισμός των λεμφογαγγλίων της εσωμαστικής αρτηρίας.

Η βιοψία απέδειξε θηλώδες καρκίνωμα, διότι ο όγκος ήταν περιγεγραμμένος, αφοριζόταν από κάψα, παρουσίαζε διάμετρο 4 εκ. Σε διατομή ήταν κυστικός με αιμορραγικές περιοχές.

Η μετεγχειρητική κατάσταση της ασθενούς ήταν ικανοποιητική, σε διάστημα 2 εβδομάδων ένιωθε αρκετά καλά, το τραύμα είχε επουλωθεί και άρχισε τη χημειοθεραπεία.

Ένας έντονος βήχας και μια φοβερή δύσπνοια άρχισαν να παρουσιάζονται αμέσως μετά. Η κλινική εικόνα έδειχνε καθαρά μετάσταση στους πνεύμονες. Πραγματικά η ακτινογραφία θώρακος και η αξονική τομογραφία απέδειξαν μετάσταση στον αριστερό πνεύμονα. Η ασθενής απεβίωσε μετά 2μήνου.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Καρκίνος του μαστού - Εισηγήσεις από την Ημερίδα για τον
Καρκίνο του Μαστού έτος 1987

Αρχές Νοσηλευτικής - Σαχίνη έτος 1980

Αισθητική Χειρουργική - Dr.Jean-Paul Lintilhac έτος 1975

Χειρουργική Τεχνική - El.Farqu Harson έτος 1970

- Προσωπική συνέντευξη με Κώστα Παπαϊωάννου, Πλαστικό Χειρουργό
- Άρθρα από εφημερίδες και περιοδικά

