

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΕΧΘΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΣΜΑΣΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία.

ΘΕΜΑ: "ΚΑΪΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ" .

Καθηγητής

ΠΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

Σπουδαστής

ΚΑΡΔΑΗ ΜΑΥΡΑ

Πάτρα Ιούλιος 1994.



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1227
----------------------	------

Αφιέρωση .....	
Πρόλογος .....	
Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ .	
Κεφάλαιο 1ο .....	1-13
- Ανατομία .....	
- Φυσιολογία .....	
- Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά .....	
- Ιστολογικοί τύποι καρκίνου .....	
Κεφάλαιο 2ο .....	14-30
- χαρακτηριστικά των όγκων .....	
- Μεταστάσεις του όγκου .....	
- Διάγνωση .....	
- Αίτια .....	
- Κλινική εικόνα .....	
- Εργαστηριακή μελέτη .....	
- Πρόληψη και αυτοεξέταση του μαστού .....	
Κεφάλαιο 3ο .....	31-42
- Θεραπεία .....	
Κεφάλαιο 4ο .....	43-48
- Νοσηλευτική διεργασία .....	
Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ .	
Κεφάλαιο 1ο .....	49-61
- Πρόλογος .....	
- Ψυχολογικά προβλήματα αρρώστου με καρκίνο του μαστού .....	
Κεφάλαιο 2ο .....	62-70
- Πρόλογος .....	
- Νοσηλευτική προεγχειρητική παρέμβαση .....	

Κεφάλαιο 3ο .....	71-75
- Πρόλογος .....	
- Αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο .....	
Κεφάλαιο 4ο .....	76-78
- Περιπτώσεις ασθενών .....	
Επίλογος .....	
Βιβλιογραφία .....	

Αφιέρωση.

" Την εργασία αυτή την αφιερώνω στον  
εαυτό μου για την υπομονή και τον συνεχή  
αγώνα μου να τελειώσω και εύχομαι όλο επι-  
τυχίες.

Με πολύ αγάπη την αφιερώνω στους  
γονείς μου Διονύσιο και Δωροθέα Κάρδαρη  
για τις συμβουλές τους την υπομονή και  
την αγάπη που μου έδειξαν και στον αγαπη-  
μένο μου αδερφό Δημήτρη και του εύχομαι  
πάντα επιτυχίες να έχει στη ζωή του " .

Όλα για το πτυχίο .

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

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

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο, ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ο καρκινοπαθής είναι γεμάτος κατάθλιψη, απελπισία, αγωνία και ανασφάλεια, από την πρώτη στιγμή της διαγνώσεως της ασθένειάς του.

Γι' αυτό και έχει την ανάγκη της νοσηλευτικής υποστήριξης και συμπαράστασης περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο ασθενή.

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

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ιο.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ.

Κατασκευή: Ο μαστός σύγκεται από 15 - 20 λοβία από αδενικό ιστό τα οποία περιβάλλονται από λίπος, στο οποίο σφείλει τη λεία περίμετρο και το πλείστο του όγκου του. Τα λοβία αυτά χωρίζονται από ινώδη διαφράγματα που εκτείνονται από τον υποδόριο ιστό προς την περιτονία του θωρακικού τοιχώματος.

Κάθε λοβίο εκβάλλει διαμέσου του γαλακτοφόρου πόρου στη θηλή η οποία περιβάλλεται από την κεχρωσμένη άλω. Η περιοχή αυτή εμποδίζεται από το λιπαρό έικριμα των αδένων της άλως του MONTGOMERY. Πρόκειται περί σμηγματογόνων αδένων οι οποίες μπορούν να σχηματίσουν σμηγματογόνες κύστεις, των οποίων στη συνέχεια είναι δυνατή η μόλυνση.

Γενικά ο έτερος των μαστών και συνήθως ο αριστερός είναι μέζον του δεξιού, το δε μέγεθος εξαρτάται από την ηλικία. Στην εφηβία οι μαστοί μεγαλώνουν όταν εμφανιστεί η εμμηνορροή και ακόμη περισσότερο μεγαλώνουν κατά τον θηλασμό, ενώ αντίθετα μετά την κλιμακτήριο ατροφούν. Στον μαστό διακρίνουμε την πρόσθια, οπίσθια επιφάνεια και περιφέρεια.

Η πρόσθια επιφάνεια: Είναι κυρτή, αποτελείται από δέρμα λείο και λεπτό. Στη μέση του δέρματος του μαστού προέχει η θηλή και γύρω από αυτή διαγράφεται η θηλαία άλω.

Η οπίσθια επιφάνεια: (Βάση) του μαστού, είναι επίπεδη βρίσκεται στο πρόσθιο πέταλο της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός, συνάπτεται με αυτό με συνδετικό ιστό.

Η περιφέρεια του μαστού: Αποτελείται από ινολιπώδη συνδετικό ιστό. Ο μαστός αν εξεταστεί μικροσκοπικά από έξω προς τα έσω εμφανίζει: το δέρμα και το περικαστικό λίπος εντός του οποίου βρίσκεται ο μαστικός αδένας.

Το δέρμα στη θηλή και στην άλω διαφέρει λόγω της βαθύτερης και ιδιαίτερης χροιάς του υπόλοιπου δέρματος του μαστού.

Η θηλαία άλω της οποίας η διάμετρος κυμαίνεται 3-4 εκ. και εμφανίζει ρυτιδώδη επιφάνεια. Ενδιάμεσα των ρυτιδών προέχουν γύρω από τη θηλή μικρά υποστρόγγυλα επάρματα τα αλωαία οζίδια, τα οποία μεγενθύνονται κατά την κύηση. Τα μεγαλύτερα των οζιδίων αυτών αντιστοιχούν σε σφιηγόνους αδένες, τα μικρότερα σε σμηματογόνους αδένες.

Η θηλή εμφανίζει σχήμα κυλινδρικό ή κωνικό, αντιστοιχεί στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα και σε απόσταση 10 εκ.μ. της μέσης γραμμής του σώματος.

Η θηλή εξωτερικώς αποτελείται από δέρμα, κεντρικά αποτελείται από τους γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι χωρίζονται μεταξύ τους από ινώδη ελαστικές δεσμίδες και λείες μυϊκές ίνες. Οι μυϊκές αυτές ίνες πορεύονται γύρω από τους πόρους και κατά μήκος ενδιάμεσα των πόρων και απολήγουν



στο δέρμα της περιφέρειας και της κορυφής της θηλής σε μικρούς ελαστικούς τενοντίπλους.

Το περιμαστικό λίπος σχηματίζει γύρω από τον μαστικό αδένα λιπώδες περίβλημα. Το λίπος αυτό είναι άφθονο επί της πρόσθιας επιφάνειας του μαστικού αδένα, ενώ επί της οπίσθιας επιφάνειας αυτού σχηματίζει λεπτό στρώμα. Αυτό διαιρείται σε λοβία δια των καθετήριων δεσμίδων, δια των δεσμίδων αυτών συνάπτεται το χόριο μετά της πρόσθιας επιφάνειας του μαστικού αδένα.

Ο μαστικός αδένας είναι διομοειδής, διακρίνεται από το περιμαστικό λίπος από την λευκή χροιά και την συμπαγή σύσταση. Περιβάλλεται από κάψα συνδετικού ιστού, εμφανίζει πρόσθια, οπίσθια επιφάνεια και περιφέρεια.

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα στην ώριμη γυναίκα είναι υπόκυρτος και ανώμαλος εμφανίζει ακρολοφίες σε μορφή πεταλοειδών προσεακωλών. Η ινώδης κάψα η οποία περιβάλλει τον μαστικό αδένα αντιστοιχεί προς τις ακρολοφίες αυτού συνάπτεται με τις καθετήριες δεσμίδες του μαστικού δέρματος, οι οποίες διαιρούν το μαστικό αδένα σε 15 - 20 λοβία.

Η οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένα συνάπτεται από το πρόσθιο πέταλο της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός από ινωλιπώδη συνδετικό ιστό.

Η περιφέρεια του μαστικού αδένος είναι ανώμαλη εμφανίζει συνήθως τρεις αποφύσεις, την έσω στερνική και δύο έξω (άνω, κάτω) μασχालιαές από τις οποίες η κάτω έξω προσεκβάλλει συνήθως προς την μασχάλη κατά μήκος του κάτω χείλους του μεζονος θωρακικού μυός και κοντά στους θωρακικούς λεμφαδένες της μασχάλης.

#### Λεμφική αποχέτευση.

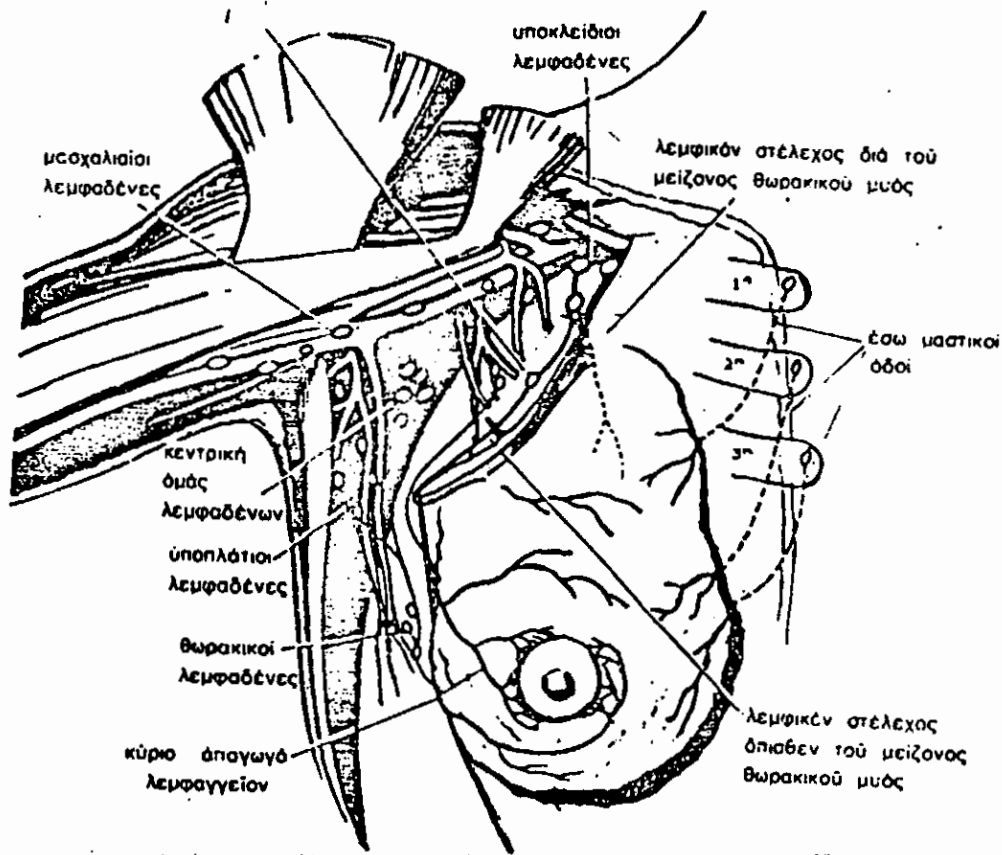
Η λεμφική αποχέτευση του μαστού όπως και οποιονδήποτε άλλου οργάνου ακολουθεί την οδό της αγγείωσης αυτού.

Έτσι λοιπόν πορεύεται:

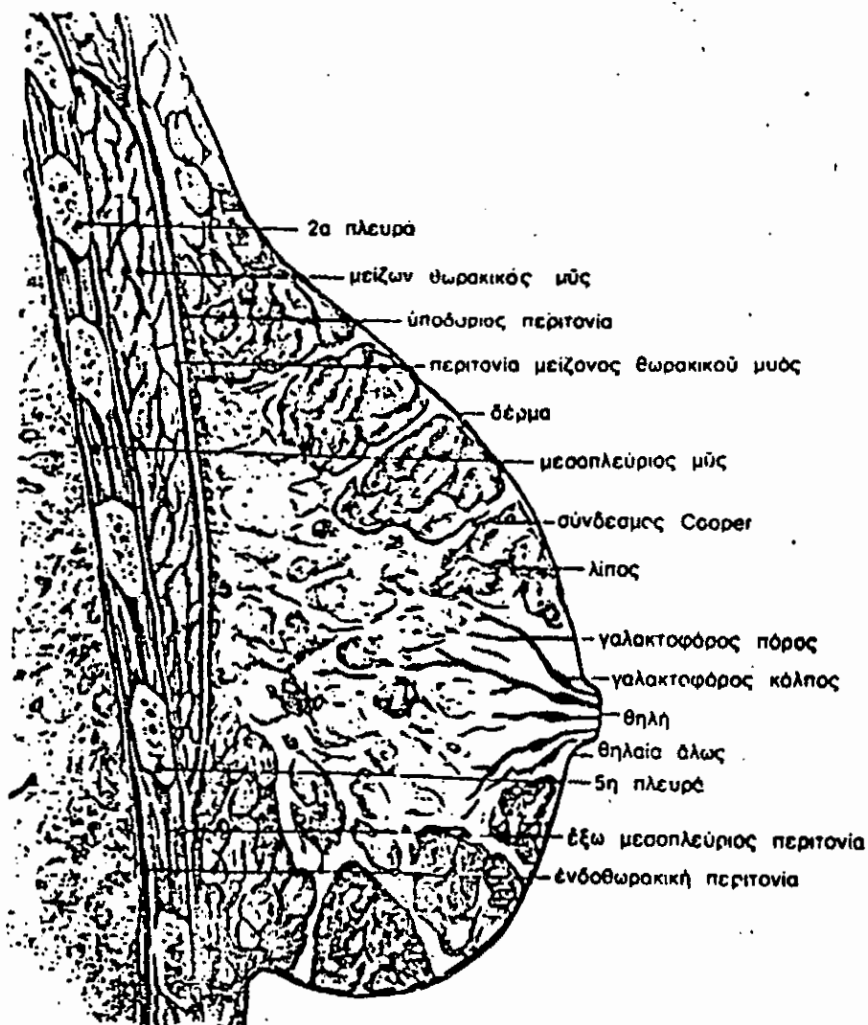
- α) Κατά μήκος των κλάδων των μασχάλιαζων αγγείων, προς τους μασχάλιαζους αδένες.
- β) Κατά μήκος των κλάδων των έσω μαστικών αγγείων, από λεμφικούς οι οποίοι διατρυπούν τον μεζονα θωρακικό μυ και διαπερνούν κάθε μεσοπλεύριο διάστημα προσάγονται στους κατά μήκος της έσω μαστικής αλυσού λεμφαδένας.

Αν και τα μεταξύ των μαστικών λοβών λεμφαγγεία επικοινωνούν ελεύθερα, εν τούτοις υπάρχει μια τάση το μεν έξω τμήμα του μαστού να αποχετεύει προς τη μασχάλη, το δε έσω τμήμα προς την όλυση των έσω μαστικών.

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2 - 6 μεσοπλεύριων νεύρων τους έσω μαστικούς κλάδους των 2 - 4 μεσοπλεύριων νεύρων, και από συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, την άλω και το παρέγχυμα. Στη θηλή του μαστού υπάρχουν οπτικά σωματίδια του MEISSNER



Ειμ: 1



Ειμ: 2

στα οποία καταλήγει πλούσιο δίκτυο νευρικών ινών. Η πλούσια αυτή νευροβριθεία της θηλής ερμηνεύει την διεγερτικότητα της η οποία αποδίδεται στην κατά ανάκλιση συστολή των λείων μυϊκών ινών αυτής.

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.

Οι μαστοί ή γαλακτοφόροι αδένες είναι αδενικά όργανα ικανά να παράγουν γάλα για την θρέψη του βρέφους. Εφόσον ο μαστικός ιστός είναι πολύ ευαίσθητος στις θηλικές ορμόνες, υφίσταται συνεχείς κυκλικές μεταβολές ανάλογες με εκείνες που συμβαίνουν συγχρόνως στο ενδομήτριο. Αλλά μόνο η κύηση, η γέννηση και ο θηλασμός του βρέφους επιτρέπουν στο μαστό να ολοκληρώσει την αποστολή που του ανέθεσε η φύση και μόνο υπό αυτές τις συνθήκες κατορθώνεται η πλήρης ανάπτυξη του οργάνου.

Το δέρμα που καλύπτει το μαστό μετατρέπεται στην επιφάνεια αυτού σε μια σκουρόχρωμη κυκλική περιοχή τη θηλαία άλω. Η άλω περιβάλλει την κεντρικώς κείμενη θηλή, στην περιφέρεια της οποίας υπάρχουν 12 - 25 μικρά στόμια, των γαλακτοφόρων πόρων. Κάθε πόρος εκτείνεται μέσα στην μαστική ουσία κατά τέτοιο τρόπο δενδροειδή με διακλαδώσεις. Οι διακλαδώσεις γίνονται προοδευτικά μικρότερες και τελειώνουν τελικά σε μια άθροιση κυττάρων το γαλακτικό αδέννα. Αυτά τα αδενικά κύτταρα είναι ενεργά στην παραγωγή του γάλακτος, που αποχετεύεται κατευθείαν στους γαλακτοφό-

ρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

Τα διαστήματα μεταξύ στα σαν τσαμπιά σταφυλιού αθροίσματα των γαλακτικών αδένων καταλαμβάνονται από ένα ανθεκτικό ινολιπώδη ιστό που λειτουργεί σαν ένα πλαίσιο προστατεύοντας τα γαλακτοπαραγωγά εξαρτήματα και διατηρώντας το σχήμα του μαστού.

Οι σύνδεσμοι του COOPER είναι ισχυρές δέσμες ινώδους ιστού, συνδεδεμένες στο ένα άκρο με το δέρμα, ακριβώς κάτω από την επιφάνεια του μαστού και στο άλλο με το θωρακικό τοίχωμα, λειτουργούν κρατώντας το μαστό από το θώρακα και παίζουν σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος του οργάνου. Εφόσον ο μαστός μεγαλώνει πολύ κατά την κύηση, το βάρος που πρέπει οι σύνδεσμοι να αιωρούν αυξάνεται σημαντικά, επομένως εάν δε διατηρηθεί καλή στήριξη των μαστών με τον κατάλληλο στηθόδεσμο, οι σύνδεσμοι διατείνονται ανεπίστρεπτα καταλήγοντες σε ένα πεσμένο μαστό.

Περίπου 90% των ιστών στο μαστό είναι του ινολιπώδους τύπου και μόνο λίγη ανάπτυξη των αδενικών ιστών φαίνεται. Αυτή η σχέση αναστρέφεται κατά την κύηση όπου τα γαλακτοπαραγωγά στοιχεία υπερτερούν και το πλαίσιο του συνδετικού ιστού είναι σχετικά αραιό.

Στον άντρα ο μαστός είναι ένας πρωτόγονος σχηματισμός που δεν είναι πολύ ευαίσθητος στις ορμονικές επιδράσεις και σπάνια αποτελεί τη θέση νέσων.

Κατά την εφηβεία, ο μαστός των αντρών μπορεί να εμφανίσει μια παροδική περίοδο ευαισθησίας, σχετιζόμενη

με μια τυπική μικρή αύξηση του μαστιχίου ιστού. Αυτό είναι μια τελείως φυσιολογική αυτοπεριοριζόμενη διαδικασία οφειλόμενη σε μεταβολές των σωματινών ορμονών και δε χρειάζεται ειδική θεραπεία.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.

Ο καρκίνος μαστού προκαλεί το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στις γυναίκες, μεγαλύτερο από κάθε άλλη κακοήθεια. Είναι γεγονός ότι η συχνότητα της νόσου είναι 5 φορές μεγαλύτερη στις χώρες της βορείου Αμερικής και της βορείου Ευρώπης από τη συχνότητα που παρατηρείται στις υποανάπτυκτες χώρες της Αφρικής και της Ασίας, ενώ οι χώρες της Ν. Αμερικής και Ν. Ευρώπης κατέχουν μέση θέση στη συχνότητα της νόσου.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, υπάρχουν όμως ορισμένοι παράγοντες που θα πρέπει κανείς να αναζητεί στο ιστορικό. Οι κύριοι επιδημιολογικοί επιβαρυντικοί παράγοντες της νόσου έχουν σχέση με την έμμηνο ρύση, την αναπαραγωγή της γυναίκας, το οικογενειακό ιστορικό και τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού.

Ειδικότερα έχει αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδος άρχισε σε μικρή ηλικία (κάτω των 10 ετών) ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία (άνω των 50 - 53 ετών).

Αντίθετα γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική

εξάρτηση των ωοθηκών, για διάφορους λόγους, παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού.

Γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία κάτω των 18 ετών παρουσιάζουν κατά 2/3 μειωμένο κίνδυνο από τις γυναίκες που γέννησαν μέχρι 30 ετών, ενώ οι γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία άνω των 30 ετών παρουσιάζουν ελαφρά μεγαλύτερο κίνδυνο από τις άτοκες.

Εξάλλου γυναίκες των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού, έχουν καρκίνο του μαστού, παρουσιάζουν 2 - 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού από το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτός γίνεται υψηλότερος όσο πιο νέα είναι η πάσχουσα καθώς και αν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος. Έτσι ο κίνδυνος είναι 40 φορές μεγαλύτερος, εφόσον πάσχει αδερφή προεμμηνόπαυσιακή από αμφοτερόπλευρο καρκίνωμα του μαστού.

Μια γυναίκα που έχει ήδη υποστεί θεραπεία στον έναν μαστό έχει πιθανότητα να αναπτύξει δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα, στον άλλο μαστό, σε ένα ποσοστό που ποικίλλει από 15 - 30%.

Τέλος είναι γεγονός ότι παρατηρείται 3 - 4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου σε γυναίκες, στις οποίες διαγνώσθηκε μια καλοήθης πάθηση του μαστού (επιθηλώση, μαιροκυστική μαστοπάθεια).

Επιτός όμως από τα ανωτέρω έχει φρεθεί αυξημένος κίνδυνος σε γυναίκες οι οποίες λαμβάνουν οιστρογόνα (2,5 μεγαλύτερος κίνδυνος) ή έλαβαν ιονίζουσα ακτινοβολία σε χαμηλή δόση (110 - 200 RADS). Αντίθετα φαίνεται ότι δεν

είναι επιβαρυντικός ο συνδιασμός οιστρογόνων - προγεστερόνης. Υπό έρευνα βρίσκεται ο επιβαρυντικός ρόλος της ρεζερπίνης, διαφόρων άλλων φαρμάκων, διαιτητικών παραγόντων, καθώς και χρωστικών των μαλλιών στην ανάπτυξη καρκινώματος στο μαστό. Ήξιλλου ουδεμία ενεργετική ή επιβαρυντική σχέση έχει βρεθεί μεταξύ της νόσου και του θηλασμού.

### ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Οι κακοήθεις όγκοι του μαστού συνήθως είναι επιθηλιακοί (αδενοκαρκινώματα) και σπανιότερα μη επιθηλιακοί (σαρκώματα, μελανώματα κ.ά.).

Τα αδενοκαρκινώματα παρουσιάζουν ποικιλία προελεύσεως και ιστολογικής εικόνας, μπορεί να είναι αμυγή ή να συνδιάζονται μεταξύ τους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού προέρχονται από το επιθήλιο των μικρών τελικών πόρων και των αδενουφελών.

Επίσης είναι δυνατό να αρχίζει από το επιθήλιο των αδενουφελών και να επεκτείνεται προς τους πόρους και το αντίθετο. Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε συμπαγείς και αδενικούς σχηματισμούς ανάλογα με το βαθμό κακοήθειάς του.

Το υπόστρωμα συνήθως εμφανίζει σπειρώδη αντίδραση και ποικίλου βαθμού λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις.



Μυελοειδές καρκίνωμα.

Είναι μικροκυτταρικός καλώς περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος, έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες, οι οποίες περιβάλλονται από πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές αθροίσεις.

Παρατηρούνται επίσης περιοχές νεκρώσεως του όγκου ενώ σπάνια στις περιπτώσεις γνήσιου μυελοειδούς καρκινώματος υπάρχει καρκίνωμα.

Συνήθως είναι καλής προγνώσεως.

Λοβιδιακό καρκίνωμα.

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιδιακού διηθητικού καρκινώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα.

Συνήθως παρατηρούνται βιηθήσεις του υποστρώματος με τη μορφή ενός σίχου κυττάρων, τα οποία, είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα.

Μερικές φορές τα καρκινωματώδη κύτταρα προσλαμβάνουν χαρακτηρισές σφραγιστήρος δακτυλίου. Στην περιφέρεια του όγκου δυνατόν να ανευρεθεί ενστία καρκινώματος.

Το λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα σε συχνότητα μέχρι 60% είναι πολυεστιακό ή και αμφοτερόπλευρο.

Βλεννώδες (κολλοειδές) καρκίνωμα.

Κύριο χαρακτηριστικό του όγκου είναι η παραγωγή

μεγάλης ποσότητας βλέννας από τα καρκινωματώδη κύτταρα τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς ή μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή.

Σωληνώδεις καρκίνωμα.

Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς. Το απομένον υπόστρωμα του όγκου εμφανίζει σιρλώδη αντίδραση.

Τα νεοπλασματικά κύτταρα συνήθως παρουσιάζουν μικρό βαθμό ατυπία και λίγες πυρηνοκινήσεις. Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας του σωληνώδους καρκινώματος είναι συνήθως I και το νεόπλασμα έχει συνήθως καλή πρόγνωση.

Αδενοκυστική καρκίνωμα.

Είναι πολύ σπάνιος όγκος και οι χαρακτήρες του είναι παρόμοιοι με το αδενοκυστικό καρκίνωμα των διελογόνων αδένων. Εντοπίζεται κυρίως κάτω ή κοντά στη θηλή και τα κύτταρα διατάσσονται σε μικρές κύστεις, οι οποίες περιέχουν βλέννα.

Η πρόγνωση είναι καλή.

Θηλώδεις καρκίνωμα.

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο μεγάλων πόρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές χωρίς συνήθως αγγειοσυνδετικό άξονα, εμφα-

νίζουν σχετικά ομοιομορφία και λίγες πυρηνοκινήσεις.

Κλινικώς παρουσιάζεται έγκριση από τη θηλή.

### Κ α ρ κ ι ν ο σ α ρ κ ω μ α .

Συνυπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος, τα κύτταρα του οποίου είναι ατρακτοειδή, πολλές φορές σε καρκίνωμα τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή και η ύπαρξη τους δεν σημαίνει ότι το νεόπλασμα είναι καρκινοσάρωμα.

### Ν ό σ ο ς τ ο υ P A G E T .

Συνήθως συνοδεύει το πορογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλής από καρκινοματώδη κύτταρα. Κλινικώς εμφανίζεται η θηλή από εφελκίδα. Η νόσος μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από ψηλαφητό όγκο. Οι ως άνω τύποι καρκινώματος αποτελούν αμιγείς μορφές. Σε ένα μεγάλο ποσοστό μπορεί να συνδιάζονται μορφές σε ένα όγκο.

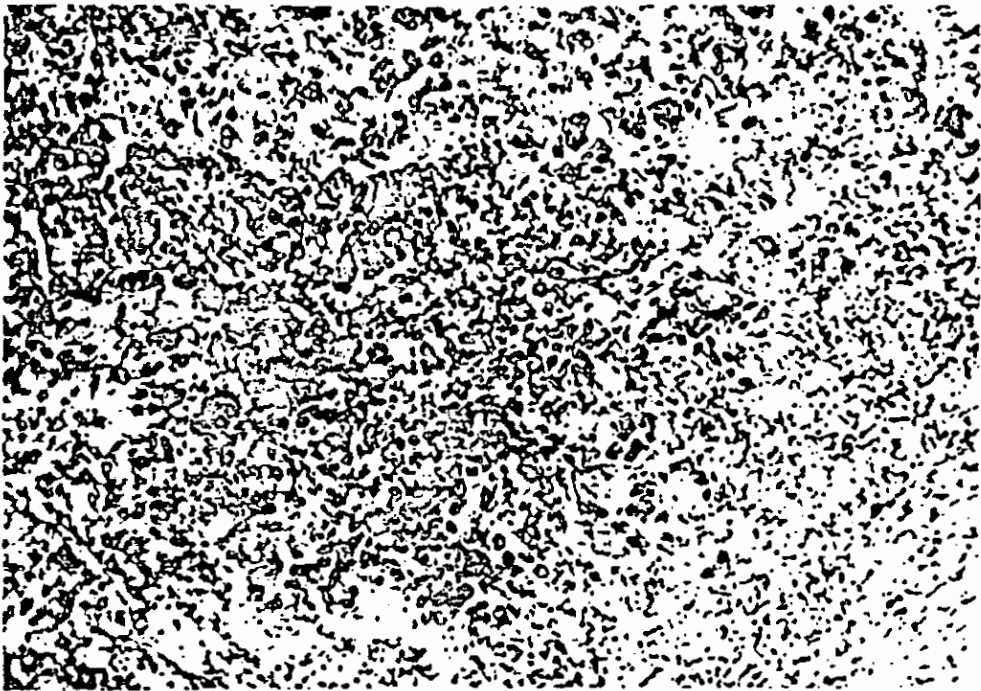
### Μ η ε π ι θ η λ ι α κ ο ς ό γ κ ο ι τ ο υ

### μ α σ τ ο ύ .

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω το φυλλοειδές κυστοσάρωμα μπορεί να παρουσιάζει κακοήθεις χαρακτηρισές λιπο-ινο-χονδροσαρκώματος.

Έχουν περιγραφεί και άλλοι σπάνιοι πρωτοπαθείς μη επιθηλιακοί κακοήθεις όγκοι, όπως λειομυοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, ραβδομυοσαρκώματα. Σπανιότατα λεμφώματα ή

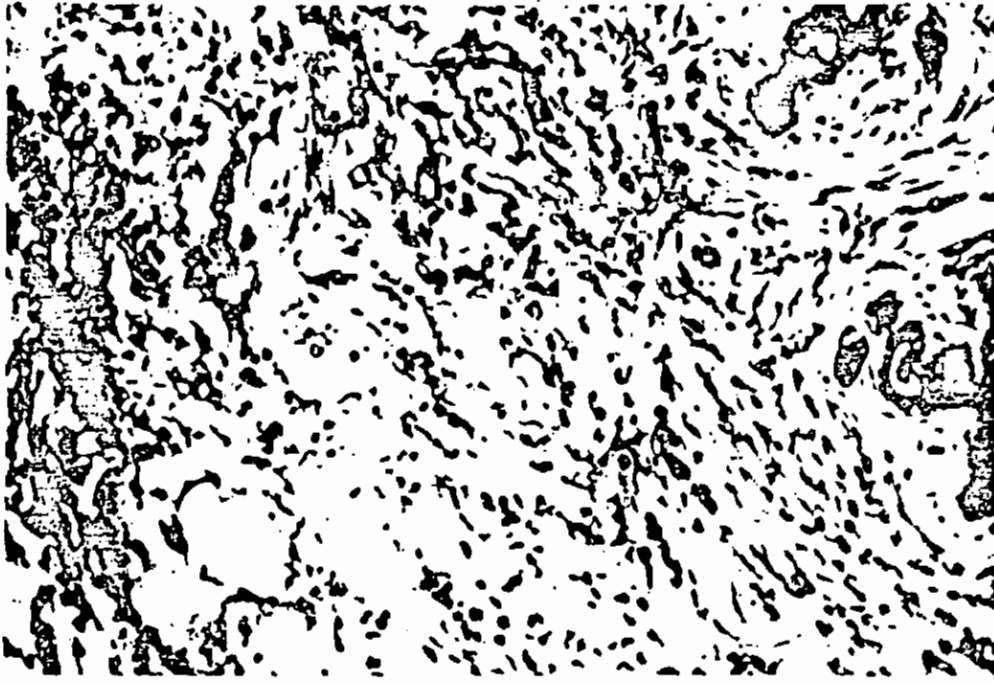
νόσος του HODGKIN και λευκαιμία δίνουν αρχικά την εικόνα ενός όγκου στο μαστό, ενώ είναι δυνατόν να παρατηρηθούν μεταστάσεις στο μαστό κατά τη διάρκεια των ανωτέρων νόσων.



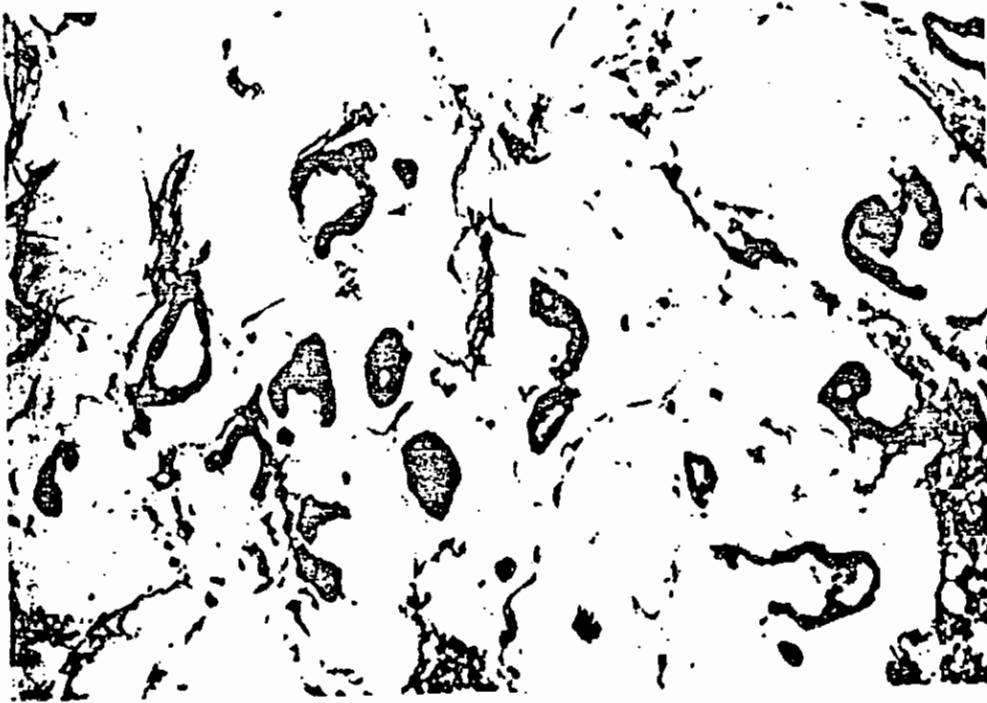
*Εικ. 3* Μυελοειδές καρκίνωμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι εὐμεγέθη και ἔχουν ἀσαφή κυτταροπλασματικά ὅρια. Παρατηροῦνται πικνές λεμφοκυτταρικές και πλάσματοκυτταρικές διηθήσεις τοῦ ὑποστρώματος.



*Εικ. 4* Ψαλοβιδιακὸ in situ καρκίνωμα. Μεγ. x 150.



Εικ. 4 Λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδη κύτταρα τα όποια διηθούν μεμονωμένα ή σε γραμμές. Μεγ. x 150.



Εικ. 5 Βλενώδες (κολλοειδές) καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδεις βλάστες μέσα σε λίμνες βλέννης. Μεγ. x 150.



Εικ. 6 Σωληνώδες καρκίνωμα. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν σωληνώδεις καρκινωματώδεις βλάστες. Μεγ. x 310.



Εικ. 7 Θηλώδες καρκίνωμα. Τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές. Μεγ. x 310.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ.

Ανάλογα με την αναπλασία του όγκου δηλ. το σχηματισμό σωλήνων, το μέγεθος των κακοήθων κυττάρων ή του πυρήνα, τον αριθμό των μιτώσεων και το βαθμό προσλήψεως της χρωστικής, οι όγκοι του μαστού κατατάσσονται σε τρεις βαθμούς κακοήθειας (GRADES).

Το  $G_1$  αντιπροσωπεύει το 2,50/ο, το  $G_2$  το 27ο/ο και το  $G_3$  το 70ο/ο περίπου των περιπτώσεων. Οι πυρήνες των κακοήθων κυττάρων επίσης παρουσιάζουν βαθμό κακοήθειας ανάλογη με τη διαφοροποίησή τους. Ο βαθμός I ( $G_1$ ) αντιπροσωπεύει τους αναπλαστικούς πυρήνες ενώ ο βαθμός 3 ( $G_3$ ) επισημαίνει τους καλώς διαφοροποιημένους πυρήνες κακοήθων κυττάρων.

Ο βαθμός διαφοροποίησης των κυττάρων και του πυρήνα τους έχει προγνωστική αξία και ανάλογη σχέση με τη διασπορά της νόσου καθώς και την επιβίωση της ασθενούς.

Άλλα χαρακτηριστικά των όγκων του μαστού, με τα οποία συνδυάζεται η πρόγνωση της νόσου είναι η ύπαρξη ή μη νεκρωτικών περιοχών στον όγκο, διότι όταν υπάρχει νέκρωση η πρόγνωση από ένα ασαφώς περιγεγραμμένο ανώμαλο υψής όγκο.

Η αντίδραση των κυττάρων εντός του όγκου, δηλ. η ύπαρξη και η πυκνότητα της λεμφοκυτταρικής και πλασματοκυτταρικής αντίδρασης του υποστρώματος μέσα στον όγκο φαί-



νεται ότι σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση, ενώ είναι εμφανές ότι διήθηση των λεμφαγγείων ή των αιμοφόρων αγγείων συνδιάζεται με χειρότερη πρόγνωση.

Έχει περιγραφεί επίσης ότι οι όγκοι που παράγουν εμβρυϊκές ουσίες από αποσυμπύκνωση των γόνων παρουσιάζουν χειρότερη πρόγνωση.

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των όγκων αποτελεί η πολυκεντρικότητα ή πολυεστιακή ανάπτυξη του όγκου. Είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί η αναλογία της πολυεστιακής ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού, η οποία κυμαίνεται από 10 - 66 % . Η προγνωστική αξία όμως μιας τέτοιας πολυεστιακής ανάπτυξης παραμένει προς το παρόν ακαθόριστη.

Καλύτερη πρόγνωση πιθανότατα υπάρχει στις περιπτώσεις που παρατηρείται ιστιοκίτωση των λεμφοκλάτων των λεμφαδένων.

Τέλος η πρόγνωση εξαρτάται από την εντόπιση του όγκου στα τεταρτημόρια του μαστού (πίνακας I) ενώ είναι ευθέως ανάλογη του αριθμού των προσβεβλημένων λεμφαδένων.

Πίνακας I.

Ποσοστιαία αναλογία υποτροπών.	Αρνητικοί	Θετικοί
	λεμφαδένες	λεμφαδένες
Άνω έξω τεταρτημόριο	17 %	63 %
" έσω "	25 %	59 %
Κάτω έσω "	22 %	55 %
" έξω "	26 %	70 %

### ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ.

Η Μετάσταση του καρκίνου του μαστού γίνεται η δια διατηθήσεως του γύρω υγιούς ιστού ή κατά μήκος και μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ή μέσα από το πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού. Τελευταία έχει δοθεί μεγάλη σημασία στη γνώση του τρόπου της μετάστασης των καρκινικών όγκων και όπως γράφεται παρακάτω, υποθέτουν ότι οι όγκοι μεταστανται κυρίως με λεμφικά ή αιματικά έμβολα. Η πρωτοπαθής εντόπιση αλλά και το μέγεθος του καρκίνου του μαστού έχει σημασία στον τρόπο μετάστασης, αλλά και στην πρόγνωση. Περίπου στο 48 - 50% εντοπίζεται στο άνω έσω και οι 15 - 20% στην κεντρική περιοχή (1 εκ. γύρω από τη θηλή) ενώ στο 3 - 5% είναι διάχυτη η ανάπτυξη του καρκίνου στο μαστό.

Η γνώση της μετάστασης του όγκου στους επιχώριους λεμφαδένες (μασχαλιαούς, υπεριλειδίους ή έσω μαστικούς) είναι μεγάλης σημασίας στην εκλογή του σωστού τρόπου θεραπείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού.

Το 40 - 50% των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν προσβολή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Η πιθανότητα προσβολής των αδένων μεγαλώνει όσο μεγαλύτερες μεταστάσεις έχει ο όγκος. Ο αριθμός διηθημένων είναι το σημαντικότερο προς το παρόν κριτήριο πρόγνωσης.

Έχει βρεθεί ότι η πρόγνωση είναι ίδια, όταν υπάρχουν 5 θετικοί στους 10 αδένες ή 5 θετικοί στους 30. Επομένως τονίζεται η μεγάλη σημασία της εξαιρέσεως από το χει-

ρούργου και της ανευρέσεως από τον παθολογοανατόμο όλων των λεμφαδένων της μασχάλης σε κάθε χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Η διήθηση των αδένων της έσω μαστικής είναι καιρό προγνωστικό σημείο. Η διάγνωση της διήθησης ή μη των αδένων της έσω μαστικής είναι εξαιρετικά δύσκολη. Στις συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις οι αδένες αυτοί δεν εξαιρούνται. Η εντόπιση των λεμφαδένων αυτών με ραδιενεργό ρήνιο ή κολλοειδές αντιμόνιο με λεμφοσπινθηρογράφημα δίνει τη δυνατότητα της σωστής ακτινοβολήσεως της αλυσίδας των αδένων της έσω μαστικής αλλά όχι τη διάγνωση της διήθησεως ή μη των αδένων αυτών.

Από τις εργασίες που έγιναν με τη βιοψία των αδένων της έσω μαστικής με 1000 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού προκύπτει ότι:

- α) Η προσβολή είναι συχνότερη, όταν ο όγκος εντοπίζεται στα έσω ή κεντρικά τμήματα του μαστού παρά όταν ο όγκος βρίσκεται στα έξω τεταρτημόρια του μαστού και
- β) Η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι πιο συχνή από τη διήθηση των αδένων της έσω μαστικής.

Όταν ο όγκος είναι διαμέτρου μικρότερος των 5 εκ. ανευρίσκονται στο 19<sup>ο</sup>/ο των περιπτώσεων διηθημένοι έσω μαστικοί λεμφαδένες ενώ όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 5 εκ. στο 37<sup>ο</sup>/ο.

Η διήθηση των υπερκλειδίων λεμφαδένων γίνεται συχνότερα μέσω των μασχαλιαίων λεμφαδένων και αποτελεί κριτήριο σοβαρής προγνώσεως, οι περιπτώσεις αυτές ανήκουν

στο στάδιο IV και είναι ανεγχείρητες.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις μπορούν να εμφανισθούν σε ποικίλα όργανων, με πιο συχνές εντοπίσεις το ήπαρ (65 %), τα οστά (60 - 70 %) τις ωθήριες (15 %), τον πνεύμονα (40 %), το δέρμα, τον εγκέφαλο, αλλά και το έντερο, το θυροειδή, το νεφρό, την καρδιά, το περικάρδιο κ.ά.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Στα 70 έως 80 % των περιπτώσεων η άρρωστη προσέρχεται στο γιατρό λόγω της παρουσίας μιας σιληρής περιγεγραμμένης μάζας στο μαστό. Εάν η μάζα είναι καθηλωμένη στο δέρμα ή στους εν τω βάθει μυς ή εάν υπάρχει οίδημα του δέρματος ή εισολική της θηλής, τότε είναι σχεδόν βέβαιη η παρουσία καρκίνου. Ωστόσο, τα 75 % όλων των παθήσεων του μαστού είναι καλοήθεις. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα (στα 45 % των περιπτώσεων) στο άνω έξω τεταρτημόριο του αδένου. Στα 75 % των περιπτώσεων εμφανίζεται στην κεντρική ή στην κάτω από τη θηλαία άλω μοίρα του μαστού, ενώ στο άνω έσω τεταρτημόριο βρίσκεται στα 15 % των περιπτώσεων και στο κάτω έσω τεταρτημόριο μόνο στα 5 % των περιπτώσεων. Μια κινητή μάζα με καλά καθορισμένα όρια σε γυναίκα κάτω από 30 ετών πολύ πιθανότερο να είναι ινοαδένωμα το οποίο είναι καλοήθης κατάσταση. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η λοιμώδης μαστίτιδα μπο-

ρεί να εκληφθεί από σφάλμα ως αδένωμα.

Δύο, όχι τόσο συχνές αλλά παρ'όλα αυτά σημαντικές κλινικές μορφές καρκίνου του μαστού είναι το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού και η νόσος του PAGET.

Στη φλεγμονώδη μορφή καρκίνου του μαστού υπάρχει τοπική αύξηση της θερμοκρασίας, ερυθρότητα και ορατός ερυσιπελατοειδής όζος. Ολόκληρος ο μαστός είναι συχνά σιληρυιμένος και σταθερός μέχρι σιληρός. Οι άρρώστες στις οποίες τίθεται η διάγνωση του φλεγμονώδους καρκίνου του μαστού έχουν συχνά ψηλαφητούς μασχαλιαίους και υπεριλεθιούς λεμφαδένες, καθώς και ενδελέξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων, ενώ η πρόγνωση τους είναι εξαιρετικά κακή. Στη νόσο του PAGET, οι ειζεματοειδείς εκδηλώσεις στην περιοχή της θηλής, μεταξύ των οποίων ο κνησμός, ο καύσος, η αποβολή υγρού και η αιμορραγία, σπαντούν μετά από σχετική μακρά περίοδο και η μάζα είναι ψηλαφητή στα δύο τρίτα των αρρώστων.

Μια άλλη μορφή κακοήθους νόσου του μαστού είναι το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα, ένα σπάνιο σάρκωμα που μπορεί να αναδυθεί από ένα ινοαδένωμα, αν και παρουσιάζεται συνήθως ως θερμή, ευαίσθητη, κυστική μάζα. Σε περίπτωση παρουσίας μιας μάζας στο μαστό, το αιματηρό έκκριμα από τη θηλή αποτελεί κλασικό σημείο του καρκίνου. Ωστόσο και το ενδοειφοριτικό θήλωμα που είναι καλοήθης βλάβη, συνδέεται από αιματηρό έκκριμα από τη θηλή αλλά χωρίς ψηλαφητή μάζα. Οι όγκοι αυτοί είναι εξαιρετικά μικροί, αλλά μπορούν να ανιχνευθούν με την εντόπιση της περιοχής, η οποία

όταν ψηλαφηθεί οδηγεί σε αιμορραγία από τη θηλή. Σπάνια τα σαρκώματα ή οι μη επιθηλιακές κακοήθεις νόσοι στις οποίες περιλαμβάνονται τα ινοσαρκώματα, τα λεμφοσαρκώματα, τα λιποσαρκώματα και τα αιμογγειοσαρκώματα, μπορεί να είναι υπεύθυνες για ψηλαφητές μάζες στο μαστό.

### ΑΙΤΙΑ

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού παραμένει άγνωστη μέχρι σήμερα, υπάρχουν όμως κάποιοι παράγοντες που πρέπει να αναζητηθούν. Οι κύριοι παράγοντες είναι η ηλικία της γυναίκας, το ιστορικό εμμηνορυσίας και αναπαραγωγικότητας, το οικογενειακό ιστορικό, διαιτητικές συνήθειες, η έκθεση του μαστού στην ιονίζουσα ακτινοβολία, τα διάφορα χημικά μέσα και το γεωγραφικό περιβάλλον.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.

Η ασθενής με καρκίνο του μαστού εμφανίζει συνήθως έναν βόλο στο μαστό. Η κλινική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση της τοπικής βλάβης και αναζήτηση εμφανών μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε

μακρινά σημεία. Σε ποσοστό 90 % οι όγκοι στο μαστό αναιαλύπτονται από την ίδια την ασθενή στη διάρκεια εσκεμμένης ή τυχαίας αυτοεξετάσεως ενώ στα υπόλοιπα 10 % κατά τη διάρκεια εξετάσεως από το γιατρό. Τα λιγότερα συχνά συμπτώματα είναι πόνος στο μαστό, έκκριση από τη θηλή, διάβρωση εισολική, διόγκωση ή κνησμός από τη θηλή και ερυθρότητα, γενικευμένη σκλήρυνση, διόγκωση ή ρικνωση του μαστού.

#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.

Γενικές: ακτινολογικός έλεγχος (πνεύμονα και μεσοθωρακίου για αποκλεισμό μετάστασης), αιματολογικές (για καθαρισμό ανιαμίας, T.K.E ασβεστίου και φωσφόρου για να δείξουν κάποια οστική μετάσταση). Εξέταση Παπανικολάου (εάν υπάρχει έκκριση υγρού από τη θηλή).

Ειδικές: ψηλάφηση, μαστογραφία, γαλακτογραφία, θερμογραφία, ξηρογραφία, υπερηχογράφημα, διαφανοσιδπηση, φλεβογραφία, σπινθηρογράφημα.

Διαγνωστικές επεμβάσεις: παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση βιοψία.

Η διερεύνηση του μαστού αρχίζει συνήθως με την αυτοεξέταση της ασθενούς και την κλινική εξέταση από το γιατρό.

Οι δυσκολίες όμως που αναφέρονται κατά την κλινική αξιολόγηση των νόσων του μαστού.

- Η σύγχυση που υπάρχει στο διαχωρισμένο μεταξύ καλοήθων και κακοήθων όγκων.
- Η σπουδαιότητα του πολυεστιακού καρκίνου.
- Η ανάγκη ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού σε πρώιμο στάδιο. Και τέλος
- Η ανεύρεση κριτηρίων που καθορίζουν την χειρουργισιμότητα ή μη του καρκίνου, έχουν δημιουργήσει ερέθισμα για την χρησιμοποίηση και άλλων μεθόδων παρακλινικών με απώτερο σκοπό να συμβάλλουν στην καλύτερη λεπτομερέστερη διάγνωση των νόσων του μαστού. Είναι γνωστό ότι η πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού (όταν δηλ. η νόσος περιορίζεται στο μαστό) έχει πολύ καλή πρόγνωση (5ετής επιβίωση 85<sup>ο</sup>/ο.) σε σύγκριση με την ανίχνευση του καρκίνου με μεταστάσεις στους επιχωρίους λεμφαδένες (5ετή επιβίωση 56<sup>ο</sup>/ο.).

Διάφοροι μέθοδοι έχουν προταθεί και έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για τη διάγνωση των νόσων του μαστού, κυρίως δε για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου.

Η Θερμογραφία που δοκιμάστηκε την προηγούμενη ΙΟετία δεν έδωσε τα αναμενόμενα ποθητά αποτελέσματα.

Είναι αβλαβής μεν αφού έχει το πλεονέκτημα της μη αιτινοβολίας της ασθενούς, βρέθει όμως μειονεκτημάτων.

Τα κυριότερα από αυτά είναι αφενός μεν η αδυναμία να ξεχωρίσει τις καλοήθεις βλάβες του μαστού, αφετέρου



δε, το πολύ υψηλό ποσοστό των ψευδώς θετικών ευρημάτων που μπορεί να φθάσει και να περάσει το 50 %/ο. Κατά τη θερμογραφία, υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήθη επεξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας της αυξημένης αιμάτωσης.

Η Υπερηχογραφή που χρησιμοποιείται τελευταία με πολύ επιτυχία για τη διερεύνηση ορισμένων οργάνων του σώματος δε φαίνεται ότι θα εκτοπίσει τη μαστογραφία από το προσηνιο παρότι είναι αβλαβής. Η δυσκολία της μεθόδου αυτής να διαχωρίσει ένα καλοήθη από έναν κακοήθη συμπαγή όγκο την καθιστά σχεδόν άχρηστη για την ανίχνευση του καρκίνου.

Η Ξηρογραφή είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά τη Ξηρογραφή παράγεται θετική εκτύπωση με εμφάνιση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την Ξηρογραφή.

Η Γαλακτογραφία γίνεται με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, υδατοδιαλυτής, κατά πρόκληση από το σημείο εκρίσεως από της θηλής του μαστού, ώστε σκιαγραφούνται οι γαλακτοφόροι πόροι. Ενδείκνυται επί εκκρίνοντος μαστού και

γενικώς εξεργασίας των πόρων.

Η Διαφανοσκόπηση γίνεται ως εξής: χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις φωτίζονται ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλασματος.

Η Φλεβογραφία ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται σύγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και η ανάπτυξη μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείει και την ύπαρξη μιας απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

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

Η Μαστογραφία: είναι μια σημαντική βοήθεια στην εξέταση των μαστών είναι η μαστογραφία χαμηλής δόσης η οποία πρέπει να γίνεται εκεί που επιτρέπεται και εκεί όπου επιβάλλεται. Επιβάλλεται δε εκεί όπου ο κλινικός ειδικός γιατρός έχει διαγνωστικό πρόβλημα, ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας.

Τονίζεται ότι εφόσον κλινικώς ανευρίσκεται μάζα που χρειάζεται χειρουργική διερεύνηση, μια αρνητική μαστογραφία δεν θα αποτρέψει την βιοψία.

Οι ενδείξεις της μαστογραφίας είναι πολλές. Θα αναφέρουμε πιο κάτω τις σπουδαιότερες από αυτές. Εκτός από τον κύριο στόχο της μαστογραφίας, δηλαδή την ανίχνευση του καρκίνου στο αρχικό στάδιο, όταν αιόμα δεν ψηλαφάται, η συμβολή της μαστογραφίας μπορεί να συνοψιστεί στα εξής σημεία:

- 1) Να επιβεβαιώσει την ύπαρξη μιας ψηλαφητής μάζας στο μαστό και να καθορίσει τη φύση αυτής προεγχειρητικά.
- 2) Να αποκλείσει ή να επιβεβαιώσει την ύπαρξη ενός κακοήθους όγκου σε ένα μαστό όπου ψηλαφούνται πλέον του ενός όγκου.
- 3) Να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος προληπτικού μαζικού ελέγχου, επί γυναικών τελείως ασυμπτωματικών που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.
- 4) Να διερευνήσει ένα φαινομενικά υγιή μαστό, όταν ψηλαφούνται σύστοιχα διογκωμένα μασχαλιαία γάγγλια υποπτά μεταστάσεως.
- 5) Να ελέγχει περιοδικά τον εναπομείνοντα μαστό σε γυναίκες με μαστεκτομή, αφού είναι γνωστό ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα προσβολής αυτού.
- 6) Να ανακουφίσει ψυχικά γυναίκες που πάσχουν από καρκινοφοβία.

Βιοψία: Εφόσον ανευρεθεί όγκος ή ογκίδια ύποπτα στην κλινική εξέταση ή τη μαστογραφία, πρέπει πάντοτε να δίνεται χειρουργική εξαίρεση επί υγιούς βάσης και βιοψία αυτών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μεγάλων όγκων μπορεί να γίνεται σφηνοειδής βιοψία. Εξαίρεση και βιοψία ενός ογκιδίου μπορεί να μη γίνει, εφόσον πρόκειται σαφώς για μικρό ινοδένωμα και η γυναίκα είναι κάτω των 25 ετών ή αν πρόκειται για κύστη, το υγρό της οποίας, δεν είναι αιματηρό.

Ο τρόπος εξαίρεσης ογκιδίου εξαρτάται από την εμπειρία του γιατρού. Πάντως σε ύποπτους για καρκίνο όγκους η εξαίρεση πρέπει να είναι οξεία και ευρεία είναι βαρύτερο σφάλμα να μένει τμήμα του όγκου μέσα στο μαστό μετά βιοψία.

Η παρακέντηση μόνο υποβοηθητικό διαγνωστικό ρόλο έχει (κύστικό ή συμπαγές), η δε κυτταρολογική εξέταση του υγρού ή των κυττάρων μόνο υποψία μπορεί να θέσει (κακοήθεια ή καλοήθεια), με κανένα δε τρόπο δεν εμποδίζει τη διενέργεια της χειρουργικής εξαίρεσης ενός ογκιδίου.

#### ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ.

Ο μαστός πρέπει να εξετάζεται κάθε 6 μήνες, ενώ

πολλοί γυναικολόγοι συνιστούν για το ίδιο διάστημα συνδιασμό 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 μαστός είναι διογκωμένος και αυτό μπορεί να αποκρύψει σημαντικές βλάβες ή μάζες, που ανευρίσκονται εύκολα μετά την εμμηνορρυσία. Η επισκόπηση των μαστών γίνεται κάπως από επαρκή φωτισμό με την ασθενή σε καθιστή θέση. Στην αρχή η ασθενής έχει τους βραχίονες στο πλάι και στη συνέχεια τους ανυψώνει πάνω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθεί, αν το δέρμα είναι λείο. Εξετάζονται συγκριτικά οι θηλές με τις άλω και δίνεται προσοχή σε τυχόν παρεκτόπιση 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 υπερκλειδούς χώρους σε προχωρημένες καταστάσεις δείχνει την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων. Γίνεται έλεγχος του δέρματος του μαστού πάνω και κάτω από την άλω για ανεύρεση αιδήματος που σημαίνει φλεγμονή, τραύμα ή εν τω βάθει καρκίνο του μαστού. Τα ερύθημα του δέρματος είναι ύποπτο για φλεγμονώδη καρκίνο. Οι υποδόριες φλέβες σπάνια είναι διογκωμένες και παρατη-

Βιοψία: Εφόσον ανευρεθεί όγκος ή ογκίδια ύποπτα στην κλινική εξέταση ή τη μαστογραφία, πρέπει πάντοτε να δίνεται χειρουργική ή εξαίρεση επί υγιούς βάσης και βιοψία αυτών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μεγάλων όγκων μπορεί να γίνεται σφηνοειδής βιοψία. Εξαίρεση και βιοψία ενός ογκιδίου μπορεί να μη γίνει, εφόσον πρόκειται σαφώς για μικρό ινοδένωμα και η γυναίκα είναι κάτω των 25 ετών ή αν πρόκειται για κύστη, το υγρό της οποίας, δεν είναι αιματηρό.

Ο τρόπος εξαίρεσης ογκιδίου εξαρτάται από την εμπειρία του γιατρού. Πάντως σε ύποπτους για καρκίνο όγκους η εξαίρεση πρέπει να είναι οξεία και ευρεία είναι βαρύτερο σφάλμα να μένει τμήμα του όγκου μέσα στο μαστό μετά βιοψία.

Η παρακέντηση μόνο υποβοηθητικό διαγνωστικό ρόλο έχει (κυστικό ή συμπαγές), η δε κυτταρολογική εξέταση του υγρού ή των κυττάρων μόνο υποψία μπορεί να θέσει (κακοήθεια ή καλοήθεια), με κανένα δε τρόπο δεν εμποδίζει τη διενέργεια της χειρουργικής εξαίρεσης ενός ογκιδίου.

#### ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ.

Ο μαστός πρέπει να εξετάζεται κάθε 6 μήνες, ενώ

ροούνται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου ή σε εγκυμοσύνη και αξιολογούνται ανάλογα.

**Ψηλάφηση.** Αυτή πρέπει να γίνεται από εξεταστή που είναι γνώστης των φυσιολογιών και παθολογιών μεταβολών του μαστού. Μια αμφοτερόπλευρη ινώδης σκλήρυνση που διαδράμει το μαστό ανευρίσκεται συχνά στην υπομαζική πτυχή σε μεγάλους κρεμασμένους μαστούς, ιδίως σε μεγάλες γυναίκες και δεν πρέπει να συγχέεται με κωμόθη όγκο. Πολλές ασθενείς πέρα από τη θηλή και την άλω παρουσιάζουν ένα μαλακό διάστημα, το οποίο συνέχεια με αδενικό ιστό πέρα από την περιφέρεια της άλω. Αυτό το φυσιολογικό εύρημα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν όγκος, ιδιαιτέρως στην περιοχή που αντιστοιχεί στα όρια της άλω. Η ψηλάφηση γίνεται αρχικά με την ασθενή σε καθοστή θέση. Δίδεται προσοχή στην υπερκλειδια χώρα στην μασχάλη και στο μαστό. Οι σιαλικοί αδένες βρίσκονται πέρα από το έσω τριτημόριο της κλειδας. 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. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες ανευρίσκονται ψηλαφητοί στα 2/3 των περιπτώσεων που έχει γίνει μετάσταση. Η ψηλάφηση του μαστού σε όρθια θέση ενδείκνυται σε στροφικούς και σε κρεμασμένους μαστούς.

Οι θηλές εξετάζονται με απαλή πίεση ανάμεσα στον δεξιό και στον αντίχειρα. Η ψηλάφηση σε κατακλιμένη θέση γίνεται σε όλες τις περιοχές του μαστού και είναι συμριπτική. Πρώτα η ασθενής έχει τους αριστερές ελαφρώς κεκαμμένους και τις καλάνες να ακουμπούν στους γλουτούς και ύστερα φέρνει τους βραχίονες πάνω από την κεφαλή ώστε οι μαστοί να απλωθούν στο θωρακικό τοίχωμα. 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.

Όταν τα ευρήματα συμφωνούν μπορεί να γίνουν διάφοροι χειρισμοί ώστε μια ανωμαλία να γίνει περισσότερο φανερή. Εάν ανυψωθεί ο βραχίονας της γυναίκας πάνω από το κεφάλι της ή εάν τα χέρια της γυναίκας ακινηθούν πίεση στους μηρούς της, οι θωρακικοί μύες συσπώνται σε ένα βαθμό, ώστε οι σύνδεσμοι του COOPER βραχύνονται και εμφανίζουν εισολκή του δέρματος πάνω από τον όγκο ή εισολκή της θήλης. Ένα άλλο σημείο είναι η επιβύθυνση του δέρματος, όταν ύποπτη περιοχή του μαστού ανυψώνεται επεζόμενη αριστερά από τα κλάγια. Σε περιπτώσεις όπου της όγκου κάτω από το δέρμα αντί να εμφανίζεται κυρτό στην ελεύθερη επιφάνειά του, από την τάση που ασκείται από τα χέρια του εξετάζοντα στο μαζικό αδένος, εμφανίζεται επίκεδο ή κοίλο. Ο παρύνος που αναπτύσσεται σε ενόδη πάχυνση ανάμεσα από τα λόβια του μαζικού αδένος όταν ανευρίσκεται εύκολα με άμεση ψηλάφηση ενώ ο παρύνος

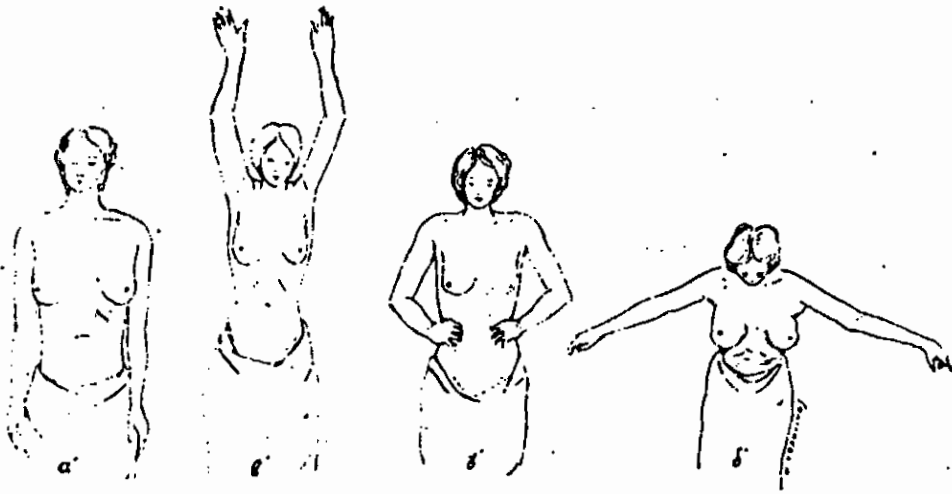


χειριστής μπορεί να βοηθήσει.

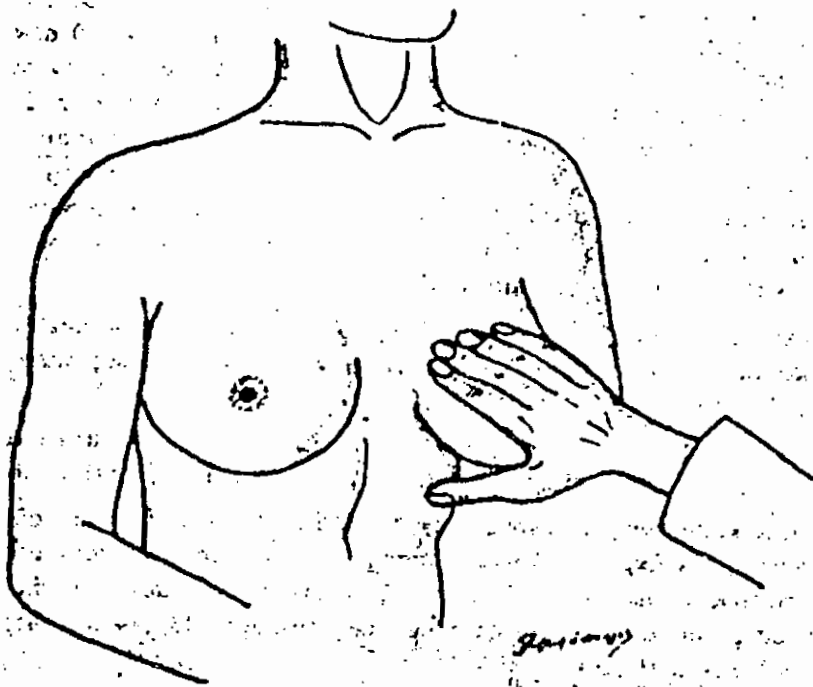
Αυτοεξέταση της γυναίκας.

Οι αρκίνοι του μαστού ανευρίσκονται σε ποσοστό πάνω από 90% από τις ώριμες τις έφηβες. 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 δε θα πρέπει να γίνεται κατά την περίοδο της εμμηνορρυσίας, αλλά μια εβδομάδα αργότερα.

Η επιθεώρηση των μαστών θα πρέπει να γίνεται μια - στή από τον καθ' ύλην, με καλό φωτισμό και τα χέρια σε τρεις διαδοχικές θέσεις, πάνω από το κεφάλι, κάτω από το κεφάλι και στο πλάγιο. Η ψηλάφηση του μαστού θα πρέπει να γίνεται με όπτια θέση, με το σθenoιχο του κρο - εξέταση μαστού χέρι τοποθετημένο κάτω από το κεφάλι, ενώ με τα δάκτυλα του αντίστοιχου χεριού ψηλαφείται με - θοδικό όλο ο μαστός. Πολλές φορές μικρές διογκώσεις μέσα στο μαστό ενιχνεύονται από τις γυναίκες μέσω του μπάνιο καθώς η ασπουνάδα βοηθάει το χέρι να γλιστρήσει πάνω στο μαστό. Αυτή εμπειρία θα πρέπει να συνιστάται, ώστε να αποτελεί μέρος της αυτοεξέτασης.



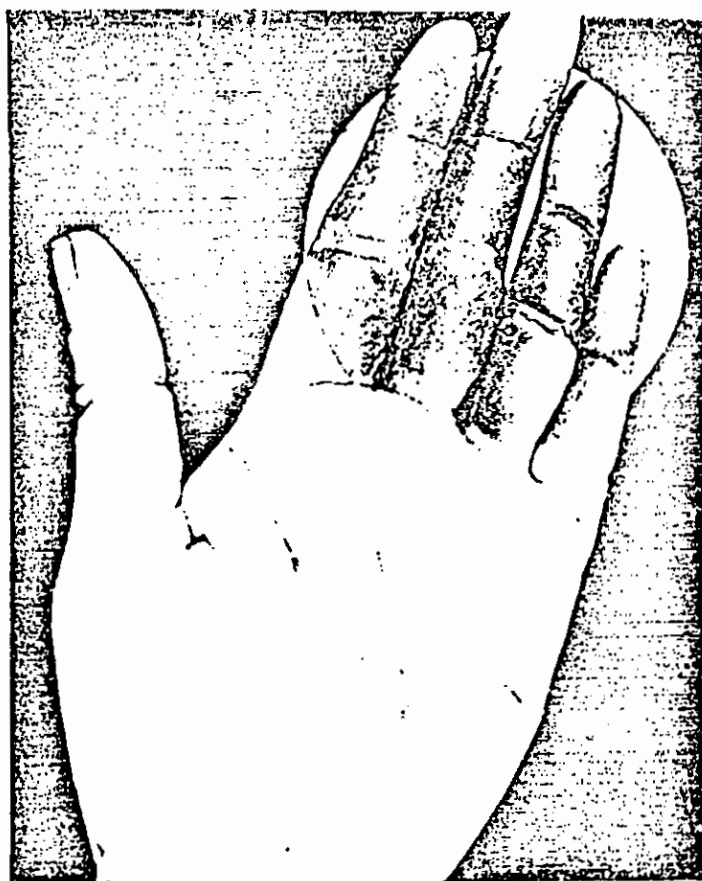
Εικόν 9. Κλινική εξέταση του μαστού διέ συσπόμεως και χαλαρώσεως του μείζονος θωρακικού μυός.



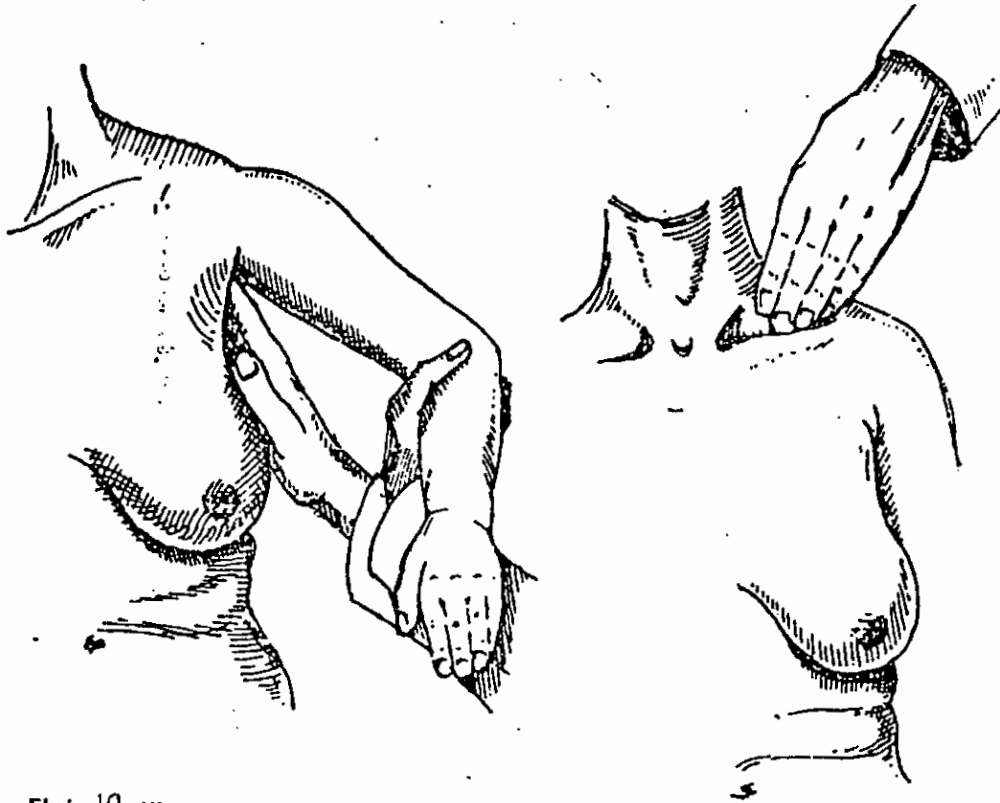
Εικόν 10 Κλινική εξέταση του μαστού διέ ψηλαφήσεως.



Εικ. 11. Αυτόεξέταση μαστού.



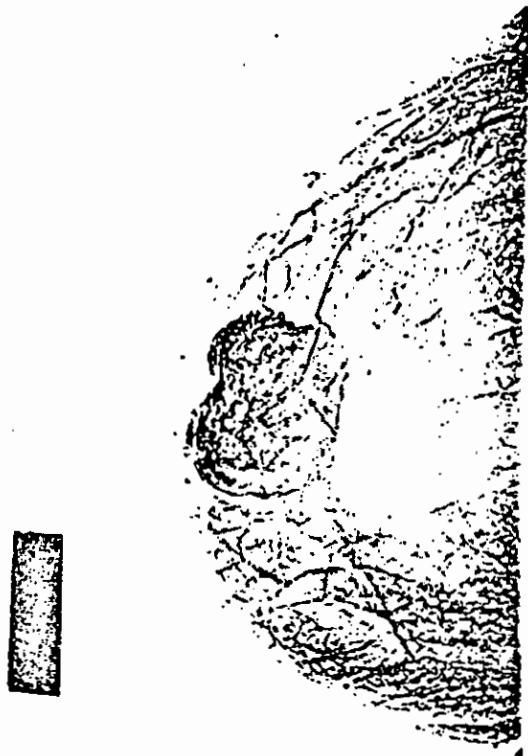
Εικ. 12. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με δάκτυλα τεντωμένα.



Εικών 12 Κλινική εξέταση κάσχοντος μαστού, διά ψηλάφησης μασχάλης και υπερεκλειδίου χώρας.



Εικ. 13 Ψηλάφηση τής μασχάλης.



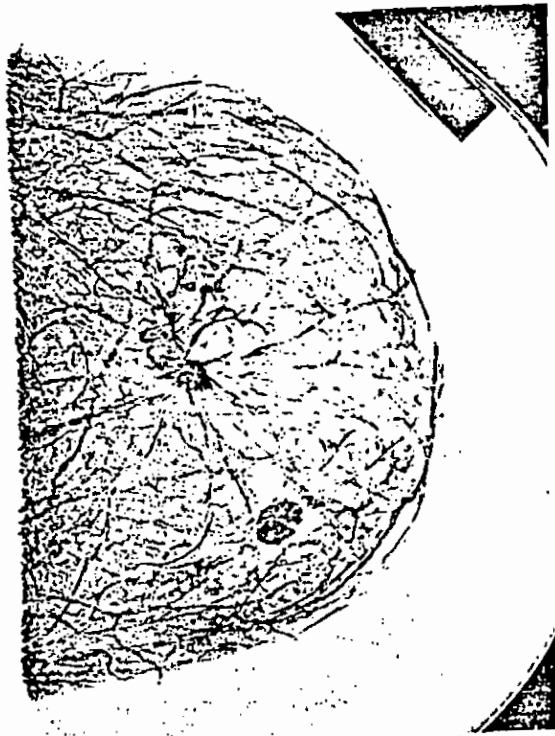
Εικ: 16. Εὐμεγέθους κύστις. Είναι φανερή  
ἡ ὅλως γύρω ἀπὸ τὴν κύστη.



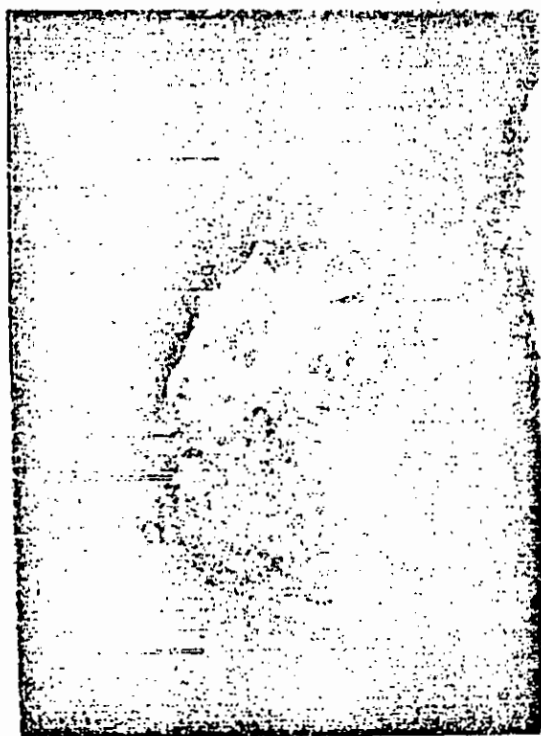
Εικ: 17. Πολλαπλές κύστεις. Μακροκυ-  
στική μαστοπάθεια.



Εικ. 18 Καρκίνος μαστού. Έμφανής εισολκή της θηλής και η πάχυνσις του δέρματος.



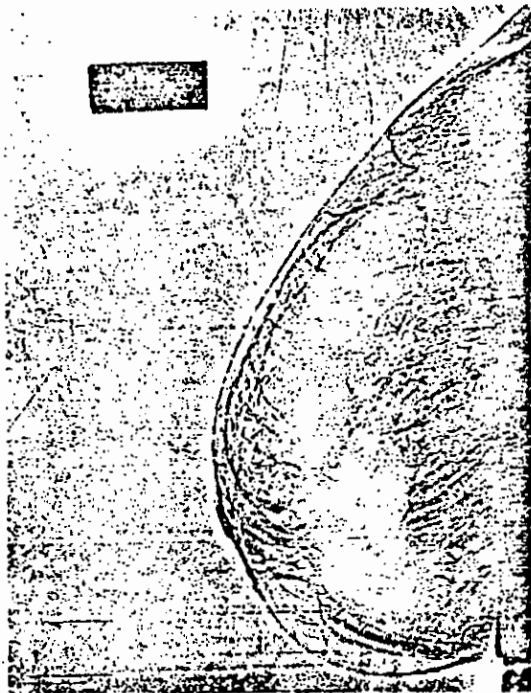
Εικ. 19 Διεστιακός καρκίνος.



Εικ. 20 Καρκίνος (άνω) και άποπτανώμενο ιναδένωμα (κάτω).  
(Μαστογραφία και Ξηρογραφία).



Εικ. 21 Συρρέουσες μικροαποιτανώσεις. Σημείο κακοήθειας.



Εικ. 22 Καρκίνος μαστού.





Εικ. 23. Άδρες άποτιτανώσεις. Σημείο καλοήθειας.



24 Άδρες διάσπαρτες άποτιτανώσεις. Σημείο καλοήθειας.



Εικ. 25. Καρκίνος· είναι έμφανής ή πάχυνσις του δέρματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 30.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Οι επιστήμονες υγείας που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο, έχουν σα κύριο στόχο τη θεραπεία του ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις της αρρώστιας, που πολύ συχνά έχουν σχέση με τη λειτουργία οργάνων και συστημάτων και την αιεραδότητά τους. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται αναφορικά με τη θεραπεία, στη φάση που γίνεται η διάγνωση της αρρώστιας συνήθως είναι κριτικές. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση του καρκίνου δεν υπάρχει θεραπεία.

Η αξιοποίηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων, που υπάρχουν σήμερα στη διάθεσή μας, σε σχέση με τη νοσηρότητα ή θνησιμότητα που δημιουργεί η θεραπευτική αγωγή συχνά είναι πολύ δύσκολη. Αν η θεραπεία δεν είναι δυνατό να επιτευχθεί, οι επιδιώξεις του γιατρού και της Νοσηλεύτριας θα πρέπει να είναι:

- 1) η πρόληψη νέων μεταστάσεων του καρκίνου
- 2) η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας και
- 3) η εξασφάλιση για τον άρρωστο μιας καλής ποιότητας ζωής για περισσότερο χρόνο.

Οι τρεις βασικοί μέθοδοι που εφαρμόζονται για την βοήθεια του αρρώστου με καρκίνο είναι η χειρουργική

η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία. Τέταρτη μέθοδος που καιάμα βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία. Ποτέ δε δικαιολογείται η επιλογή και εφαρμογή μιας θεραπείας καρκίνου χωρίς την κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της αρρώστιας. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Η κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις είτε σαν μόνη θεραπεία είτε σε συνδιασμό με τις άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της αρρώστιας, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.

## I. Χειρουργική θεραπεία.

Πριν από αρκετό χρονικό διάστημα η μόνη αποδεικτική εγχείρηση ήταν η ριζική μαστεκτομία και σε ορισμένες περιπτώσεις η υπερριζική μαστεκτομία. Σκοπός ήταν η εξαίρεση όλων των ιστών του μαστού, με την οκείψη ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν μια τοπική νόσος.

Τα τελευταία 30 χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται συντηρητικότερες χειρουργικές μέθοδοι με συνδιασμό τοπικής ακτινοβολήσεως όταν κρίνεται αναγκαία.

### Ριζική μαστεκτομή.

Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών

μυών (μειζών και ελάσσων μυς) ως και των αδένων της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομή αποτελεί την δεύτερη σε σειρά συχνότητας εφαρμοζόμενη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Το 1972 αποτελούσε το 45<sup>ο</sup>/ο των εγχειρήσεων για καρκίνο του μαστού, ενώ το 1977 το 22<sup>ο</sup>/ο σύμφωνα με στοιχεία του Αμερικανικού Κολεγίου, χειρουργών. Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομή μόνη θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65<sup>ο</sup>/ο των γυναικών με όγκους μέχρι 2 εκ. και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες ανέπτυξαν τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3 εκ. το ποσοστό υποτροπής είναι γύρω στο 85 - 90 <sup>ο</sup>/ο. Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί το ποσοστό υποτροπής πέφτει στο 25<sup>ο</sup>/ο. Τελευταίες έρευνες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπές σε ποσοστό 17<sup>ο</sup>/ο, ενώ με θετικούς σε ποσοστό 57<sup>ο</sup>/ο των περιπτώσεων.

#### Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή.

Η εγχείρηση εκτός από το μαστό, τους μύς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξάλειψη των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πτωχά και λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν.

#### Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Συνιστάται στην εξάλειψη του μαστού, των λεμφαδέ-

ων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός και διατήρηση του μεζονος θωρακικού μυός. Το 1942 τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία έγινε στο 26<sup>ο</sup>/ο των περιπτώσεων στις Η.Π.Α ενώ το 1977 το ποσοστό ανήλθε σε 58<sup>ο</sup>/ο και κατέστη η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας.

#### Απλή μαστεκτομία.

Η εγχείρηση συνιστάται στην αφαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων, γίνεται στα μικρά στάδια (I ή II) και εφόσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική.

#### Τμηματοεκτομία.

Η ογκεκτομία με καθορισμό της μασχάλης. Η πρώτη συνιστάται στην αφαίρεση του άμορλου που βρίσκεται ο όγκος και η δευτέρα στην εξαίρεση του όγιου επί υγιούς βάσεως (2 - 5 εκ. υγιής ιστός γύρω από τον όγκο). Απολουθεί από την ίδια ή άλλη τομή εξωτερική ακτινοβολήση. Οι συντηρητικές εγχειρήσεις έχουν αρχίσει και εφαρμόζονται όλο και περισσότερο από τους ογκολόγους.

Η εγχειρητική επέμβαση εντενδεδεικνυται στις παρακάτω καταστάσεις:

- α) φλεγμονώδης καρκίνος
- β) παραστερνικός όζος
- γ) οίδημα του μέλους
- δ) εκτεταμένο λεμφικό οίδημα του μαστού
- ε) εξέλιξη του δέρματος
- ζ) διήθηση του θώρακος υπό του όγιου.

## 2. Αιτινοθεραπεία.

Η θέση της αιτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού είναι ουσιαστική. Αναλύεται σαν:

- α) Κύρια θεραπεία του καρκίνου του μαστού
- β) Συμπληρωματική θεραπεία μετά μαστεκτομή
- γ) Κύρια θεραπεία για την αντιμετώπιση τοπικά προχωρημένου καρκίνου μαστού και
- δ) Θεραπεία μεταστατικής νόσου.

### A) Κύρια θεραπεία του καρκίνου μαστού.

Η αιτινοθεραπεία εδώ φιλοξενεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή. Πιστεύεται δηλ. ότι μετά από μια πολύ συντηρητική εγχείρηση ή και μετά από απλή βιοψία, αιτινοθεραπεία που εφαρμόζεται στον υπόλοιπο μαστό είναι ικανή να αποτρέψει την εμφάνιση τοπικής υποτροπής και οι ασθενείς να έχουν την ίδια επιβίωση, όπως μετά από μαστεκτομή. Πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

α. Η μέθοδος να εφαρμόζεται σε αρχικά στάδια  $T_1-T_2$  NO.MO. Η χειρουργική εκτομή πρέπει να δίνεται με μεγάλη σχολαστικότητα.

β. Η αιτινοθεραπεία πρέπει να γίνεται από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό. Απαιτείται εξωτερική αιτινοβολία με υπερδυναμική δράση για την αντινοβόληση ολόκληρου του μαστού και των περιτοχικών περιφερ-

δένικων περιοχών του και επιπρόσθετη ακτινοβόληση του υπόβαθρου του όγκου.

γ. Δια της βιοψίας πρέπει να αφαιρείται ολόκληρος ο όγκος και όχι μέρος αυτού.

δ. Δια της βιψίας ή άλλης τομής να γίνεται δειγματοληψία της μασχάλης. Δε γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός διότι δημιουργείται οίδημα του συστοίχου άνω άιρου.

B) Συμπληρωματική ακτινοθεραπεία μετά μαστεκτομή.

Καθιερώθηκε άμέσως αφού κατέστει αντιληπτό ότι λεμφαδενικές μεταστάσεις του καρκίνου μαστού αφορούσαν όχι μόνο τους μασχάλιαλους, αλλά και τους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας ως επίσης και της υπερκλειδίου και υποκλειδίου περιοχής.

Γ) Η θεραπεία του τοπικά προχωρημένου καρκίνου μαστού.

Στην κατηγορία αυτή υπάρχουν ασθενείς με όγκους  $T_{3B}-T_4$  N2; N3. Η θεραπεία αποτελεί ακόμα δυσεκκλυτο πρόβλημα. Οι τοπικές υποτροπές είναι πιο συχνές. Σύγχρονες θεραπευτικές τάσεις περιλαμβάνουν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας και ασιολούθως εμφύτευση ραδιενεργών πηγών. Εάν δεν επιτευχθεί πλήρης ύφεση πρέπει να θεωρηθεί το ενδεχόμενο της μαστεκτομής.

Δ) Θεραπεία μεταστατικής νόσου.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε οστικές μεταστά-

σεις προκειμένου να προκληθεί ύφεση του άλγους.

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε όλα τα στάδια θεωρητικά δόση 4000 RADS αποστειρώνει μικροσκοπικές εστίες, δόση 5000 - 5500 RADS μακροσκοπικές εστίες και 7 - 8000 RADS είναι δυνατό να αποστειρώνουν όγκους μεγάλης διαμέτρου. Η ακτινοβολία του μαστού εξ αποστάσεως γίνεται με ακτινοβολία γ ή αματιδική β.

Η εφαρμογή εξ επαφής ακτινοβολήσεως με εμφύτευση ραδιενεργού ιν γίνεται επειδή η δόση στην περιοχή του όγκου αυξάνεται σημαντικά στις 8 - 9000 RADS με αποτέλεσμα την πλήρη αποστείρωση της περιοχής από καρκινικά κύτταρα.

### 3. Ορμονοθεραπεία.

Σε ορμονοεξαρτώμενα καρκινώματα του μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, με την οποία πολλές φορές κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου.

Η ορμονοθεραπεία γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών είτε με εγχειρητική εξαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των Ωοθηκών, των επινεφριδίων και της υπόφυσης, για εξουδετέρωση ή και εξαφάνιση από την κυκλοφορία των ορμονών εκείνων που ασκούν επίδραση



πάνω στην ανάπτυξη του καρκίνου.

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

α. Αμφοτερόπλευρη σάλπιγγο - ωοθηκεκτομή.

- Είναι μέθοδος εκλογής της αρχικής θεραπείας, όταν η γυναίκα βρίσκεται στην προεμμηνοπαυσιακή ηλικία και έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού.
- Η ύφεση διαρκεί από 3 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια.
- Εάν εμφανιστούν σημεία επαναδραστηριοποίησης του όγκου, γίνεται παραπέρα ενδοκρινική θεραπεία (υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή).

β. Υποφυσεκτομή.

- Γίνεται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού.
- Η ύφεση διαρκεί από 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο I I/2).
- Σε εμφάνιση σημείων επαναδραστηριοποίησης της αύξησης του όγκου, εφαρμόζεται στην άρρωστη κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

γ. Επινεφριδεκτομή.

- Η αμφοτερόπλευρη επινεφριδεκτομή συνδυάζεται συνήθως με αμφοτερόπλευρη σάλπιγγο - ωοθηκεκτομή.
- Συνήθως συνιστάται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκί-

νο μαστού.

- Η ύφεση διαρκεί από 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια
- Γυναίκες στις οποίες έγινε ωθημεικτομή και επινεφριδεκτομή και εμφανίζουν σημεία υποτροπής, υποβάλλονται σε κυτταροτοξική χημειοθεραπεία.

δ. Ορμόνες.

- Οιστρογόνα

Πιο συχνά χορηγούνται σε γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο 5ή περισσότερα χρόνια μετά την εμμηνοπαυση και εμφανίζουν υποτροπή του καρκίνου του μαστού. Η διδουλική στιλβεστροδλη και η αιθυλική οιστροδιδλη είναι τα πιο συνηθισμένα οιστρογόνα που χρησιμοποιούνται. Οι υφέσεις διαρκούν 3 μήνες μέχρι μερικά χρόνια (I χρόνο). Με την αρχική έξαρση της νόσου η ορμονική θεραπεία διακόπτεται αμέσως. Η υποτροπή της νόσου μετά από ύφεση αντιμετωπίζεται με υποφυσεικτομή ή επινεφριδεκτομή.

- Ανδρογόνα

Χρήσιμα στο 20<sup>o</sup>/ο των γυναικών που βρίσκονται στη μεταεμμηνοπαυσιακή ηλικία. Οι υφέσεις διαρκούν 6 μήνες περίπου. Σε περίπτωση που η χορήγηση των ανδρογόνων δε φέρει κανένα ευνοϊκό αποτέλεσμα, δοκιμάζεται άλλο είδος ορμονοθεραπείας.

Παρενέργειες:

- α) Κατακράτηση νερού, που προλαμβάνεται με περιορισμό του νατρίου της δίαιτας και χρήση διουρητικών.
- β) Άρρενοποίηση

- Κορτικοστεροειδή

Είναι χρήσιμα σε συνδιασμό με:

- 1) Αντινοθεραπεία σε άρρωστες με μεταστάσεις στον εγκέφαλο.
- 2) Κυτταροτοξική χημειοθεραπεία σε άρρωστες με προχωρημένες μεταστάσεις στο ήπαρ και στον πνεύμονα.

#### 4. Κυτταροστατικά φάρμακα.

Η συστηματική θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα αποτελεί σημαντικό παράγοντα της αύξησης του ποσοστού επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Μπορεί να είναι μονοθεραπεία (με ένα φάρμακο) ή πολυχημειοθεραπεία (συνδιασμός 2 μέχρι επτά φαρμάκων), μπορεί να είναι προφυλακτική ή θεραπευτική.

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως σε γυναίκες προεμμηνοπαυσιακές με διηθημένους λεμφαδένες. Συνήθως αποτελείται από 6 - 12 σχήματα CMF (ENDOXYL, METHOTREXATE, 5 - FLUOROURACIL) υπάρχει βέβαια πληθώρα άλλων σχημάτων, τα οποία εφαρμόζονται, αλλά το CMF είναι το πιο γνωστό και καλύτερα διερευνημένο χημειοθεραπευτικό σχήμα.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια επίμονη αγωγή, λόγω της μακράς διάρκειας των συχνών επιπλοκών και της αυξημένης νοσηρότητας πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και να γίνεται προσπάθεια να εφαρμοστεί το 100<sup>ο</sup>/ο της δόσης

των φαρμάκων προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι πολύ δύσκολο να συγκεκριμενοποιηθούν. Για το στάδιο I το ΙΟετές ελεύθερο νόσου διάστημα κυμαίνεται μεταξύ 50 - 90% για το στάδιο II γύρω στο 40 - 70% για το στάδιο III στο 10 - 20% και για το στάδιο IV είναι 0 - 5%.

#### Το λεμφόδημα μετά μαστεκτομή.

Η ριζική μαστεκτομή παρακολουθείται, είτε αμέσως μετεγχειρητικώς είτε αργότερα, για λεμφόδημα του στήθους άνω άκρου. Η συχνότητα εμφάνισης του λεμφαδέματος αυτού ποικίλλει κατά διάφορες στατιστικές, όπως επίσης διαφέρει και ο βαθμός βαρύτητας του λεμφοιδήματος.

Για τον ασθενή, εκτός της αισθητικής πλευράς, το λεμφόδημα προκαλεί λειτουργικές διαταραχές και ψυχικά προβλήματα, η δε αντιμετώπιση του είναι αρκετά δυσχερής, η παραμονή του εγκυμονεί κινδύνους ανάπτυξης λεμφαγγειοσαρκώματος.

Αιτιολογία: Δεν είναι γνωστός ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της ανάπτυξης του λεμφοιδήματος, αλλά οι δύο βασικότεροι παράγοντες οι ευνοούντες την ανάπτυξη του λεμφοιδήματος αυτού είναι η λεμφική στάση και φλεγμονή.

Η λεμφική στάση είναι αποτέλεσμα είτε του χειρουργικού καθαρισμού της μασχάλης κατά την διάρκεια της

ριζικής μαστεκτομής και η μετά του αδένος αφαίρεση των επιχωρίων λεμφογαγγλίων, είτε η δια ακτινοβολίας καταστροφή αυτών και η ανάπτυξη ινώδους ιστού. Κατά καιρούς έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη λεμφοιδήματος η φλεβική στάση η παχυσαρμια, και η πειστική μεταγχειρητική επίθεση.

Θεραπεία: Δυστυχώς η πρόγνωση του λεμφοιδήματος μετά μαστεκτομής δεν είναι καλή. Η σωστή πρόληψη είναι περιορισμός της εκτάσεως της εγχείρησης και καταφυγή μάλλον προς την συντηρητική ριζική μαστεκτομή.

Απαραίτητο είναι να προειδοποιήσουμε την ασθενή προς αποφυγή κάθε κινδύνου που μπορεί να τους εκθέσει σε φλεγμονές.

Τέλος το ήπιο λεμφοίδημα αντιμετωπίζεται με σχετική ευκολία (έλεγχος φλεγμονής, διευρέως φάσματος αντιβιοτικών ελαστική ή διααεροθαλάου περιδεδση του αίρου, κινήτοποληση και φυσικοθεραπεία) οι δε χειρουργικές μέθοδοι επιφυλλάσσονται για τις βαρύτερες μόνο περιπτώσεις και μάλιστα με σχετική επιτυχία. Κορηγοόμε επίσης μικρές δόσεις διουρητικών φαρμάκων.

Το μεταγχειρητικό λεμφοίδημα, αφού αποκλείσει κανείς την τοπική υποτροπή θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε δύο τύπους:

- 1) Το αμέσως μετά την εγχείρηση,
- 2) Το δευτεροπαθές μήνας ή χρόνος μετά την εγχείρηση, το οποίο εμφανίζεται ως αποτέλεσμα φλεγμονής ή λοίμωξης του μέλους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

I) Πρόβλημα ασθενούς.

Ανάγκη ασφάλειας και κατανόησης από τα μέλη της ομάδας υγείας.

Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Δημιουργία ζεστού φιλικού και άνετου περιβάλλοντος για την ασθενή.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Διάλογος με την νοσηλεύτρια γιατρό και την κοινωνική λειτουργό, έτσι ώστε να λυθούν όλες οι απορίες της ασθενούς και να μπορέσει να καθυσηχάσει.

Εφαρμογή προγράμματος.

Αιρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών της ασθενούς και κατανόηση αυτών. Εξασφάλιση ενός άνετου περιβάλλοντος.

Επίτευξη αποτελέσματος.

Η ασθενή αισθάνεται εμπιστοσύνη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.

2) Πρόβλημα ασθενούς.

Θόβος και άγχος για το χειρουργείο.

Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Απομάκρυνση δυσάρεστων συναισθημάτων.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Διάλογος της ασθενούς με το γιατρό και νοσηλεύτρια, το χειρουργείο προγραμματίζει να γίνει το συντομότερο δυνατόν.

Εφαρμογή προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια και ο γιατρός λύνουν όλες τις απορίες της άρρωστης και τις εξηγούν ότι όλα θα πάνε καλά.

Επιτέμηση αποτελέσματος.

Η ασθενής είναι έτοιμη για το χειρουργείο σε αρκετά καλή ψυχολογική κατάσταση.

3) Πρόβλημα ασθενούς.

Πόνος.

Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Αναισθησία του πόνου με προσέγγιση της άρρωστης.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος. Μείωση παραγόντων που δημιουργούν ένταση.

Εφαρμογή προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια καθυσηχάζει και ηρεμεί την άρρωστη

Χορήγηση παυσίπονου I + B MEDAMOL.

Επίλυση αποτελέσματος.

Η άρρωστη αισθάνεται καλύτερα που ο πόνος άρχισε να υποχωρεί.

4) Πρόβλημα ασθενούς.

Δυσκοιλιότητα.

Διοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Εαήθεια για τον κανονικό ρυθμό κένωσης της άρρωστης.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Πρέπει σε συνεργασία με το γιατρό να χορηγηθούν σταγόνες γλυκερίνης και να γένει μικρός υποκλισμός.

Εφαρμογή προγράμματος.

Χορηγήθηκαν σταγόνες γλυκερίνης και την επόμενη ημέρα έγινε μικρός υποκλισμός.

Επίλυση αποτελέσματος.

Ρυθμίστηκε ο χρόνος κένωσης της άρρωστης με την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας.

5) Πρόβλημα ασθενούς.

Θυμός της άρρωστης για την οικογενειά της.



Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Ψυχική ηρεμία της άρρωστης.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Η νοσηλεύτρια συζητά με την άρρωστη και την ωθεί να δει την πραγματικότητα.

Εφαρμογή προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια καταλαμβάνει την άρρωστη και προσπαθεί με ηρεμία και διάλογο να την ενισχύσει ψυχολογικά.

Εκτίμηση αποτελέσματος.

Αποκαταστάθηκε η ψυχική ηρεμία της άρρωστης.

6) Πρόβλημα ασθενούς.

Δυσκολία κινήσεων.

Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Σταδιακή αποκατάσταση της άρρωστης.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Η άρρωστη διδάχτηκε τις απαραίτητες ασκήσεις που θα την βοηθήσουν να έλθει στη φυσική της κατάσταση και να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Εφαρμογή προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει ψυχολογικά την άρρωστη και την βοηθάει στις πρώτες ασκήσεις.

Επιτίμηση αποτελέσματος.

Σταδιακά μπόρεσε η άρρωστη να εκτελέσει όλες τις απαραίτητες κινήσεις.

7) Πρόβλημα ασθενούς.

Δυσκολία αποδοχής της μαστεκτομής.

Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Αποδοχή της θεραπευτικής της μαστεκτομής.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Συζήτηση με τον γιατρό και την νοσηλεύτρια για τη μαστεκτομή.

Ποιοποίηση προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια εμπυχώνει την ασθενή και προσπαθεί να τονώσει την πίστη και την ελπίδα της. Εξήγηση στην ασθενή για την αναγκαιότητα της μαστεκτομής και ότι υπάρχουν πολλά άτομα που ζούν άνετα και εργάζονται με μαστεκτομή.

Επιτίμηση αποτελέσματος.

Η άρρωστη αρχίζει σιγά - σιγά να αποδέχεται την μαστεκτομή.

8) Πρόβλημα ασθενούς.

Αλλαγή στην εμφάνιση και εκλογή τύπου τεχνητού  
μαστού.

Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης.

Βοήθεια της άρρωστης να αποδεχθεί την πραγματικότητα  
καλύτερη δυνατή εμφάνιση της άρρωστης.

Νοσηλευτικές ενέργειες.

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη και την  
ενθαρρύνει να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της.

Εφαρμογή προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη για την επιλογή  
της πρόσθετης τεχνητού μαστού, και της εξηγεί από  
που θα το προμηθευτεί. Επίσης η νοσηλεύτρια φροντί-  
ζει να ενθαρρύνει το συζυγό της για καλύτερη απο-  
δοχή της άρρωστης.

Εκτίμηση αποτελέσματος.

Επιτυχία καλής εμφάνισης και αποδοχή της πραγματι-  
κότητας.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι ο .

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ.

Στο κεφάλαιο αυτό θα μιλήσουμε για τα ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο μαστού το πώς πρέπει να τον αντιμετωπίσουμε και να τον στηρίζει ψυχολογικά η νοσηλεύτρια. Ακόμα τίθενται ορισμένα ερωτήματα όπως: 1) Ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται για την ασθένειά του;

2) Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον άρρωστο και την οικογένειά του;

### Ψυχολογικά προβλήματα αρρώστου με καρκίνο του μαστού

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επιρρασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από την φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Και αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αίσθημα μοναξιάς, ντροπής

και απογοητεύσεως.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο τις απόψεις αυτές, και αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαπιστώνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια απεισιδότητος.

Αλλά γιατί τόσος φόβος για τον καρκίνο; Η διάγνωση ενός μεγάλου εμφράγματος μυοκαρδίου δεν είναι περισσότερο ελπιδοφόρα από τον καρκίνο, και όμως ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα, απελπιζόμαστε για τον καρκίνο.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις. Ίδως για την αρρώστια η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Αντίμη θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να του συμπαρασταθούμε χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του δημιουργούμε μια αστεία ιστορία, τη στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι θέλουμε να απρίπτουμε ότι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλά αυτός είναι λανθασμένος τρόπος

αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη "καρκίνος" στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό "αν εσένα να σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστεια μου, φοβίζει και σοκάρει και εμένα (άρρωστος) . Αλλά αν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, είμαι και εγώ".

Η άρνηση της αποδοχής της διαγνώσεως της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής προγνώσεως. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.ά. Εκδηλώνεται κατά την ROSS (I 969) με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίσει να αντιλαμβάνεται

τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί, η φάση δε αυτή ονομάζεται της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μένος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος ο άρρωστος μπαίνει στην φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος στη φάση αυτή έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και έρχεται στη σιωπηλή παρουσιά τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.ά. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής εντίσεως. Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Αιδήμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ειλικρίειας και αισιοδοξίας.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας του ο άρρωστος με καρκίνο;

Η ερώτηση αυτή για τους αρρώστους έχει απασχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχολόγους, εγκληματολόγους και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Παι μεις τι θα απαντήσουμε; Θα του κρύψουμε την αλήθεια; πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τη διάγνωση της νόσου; πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής του;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή, και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέρουμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μπορούμε να τη χρησιμοποιούμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι παραστάσεις οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από την λέξη "καρκίνος" θα ρυθμίζουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα, "πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας";

Το ερώτημα λοιπόν αν θα πρέπει να ενημερώνεται ο άρρωστος για την αρρώστια του μπορεί να απαντηθεί με τρεις τρόπους: (1) ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο, (2) ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να μη γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο και (3) εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημέρωσης του αρρώ-



στου ότι πάσχει από καρκίνο.

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις, που μπορεί να έχουν στον άρρωστο όταν του γίνεται γνωστή η διάγνωση της αρρώστιας.

Η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από τους άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα από τον γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Η ενημέρωσή του για την αρρώστια, με τον τρόπο αυτό, αποτελεί τραυματική εμπειρία, κλονίζει την πίστη και την εμπιστοσύνη του στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Εφόσον ο άρρωστος αγνοεί την αρρώστια του, φυσικό είναι να μην ακολουθεί τη θεραπεία, που πολλές φορές ο δεν έχει λογική σύνδεση με τη διάγνωση της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του.

Αλλά αποτελεί ηθικό ίσως και νομικό πρόβλημα η απόκρυψη της διάγνωσης της αρρώστιας από τον καρκινοπαθή. Μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθάται από την ομάδα υγείας να πάρνει τις σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωσή του περιορίζονται οι αμφιβολίες και οι υπδνίες που έχει ο άρρωστος στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται στον άρρωστο και η διασάλευση της εμπιστοσύνης του στο προσωπικό της Ομάδας υγείας. Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και άρρωστοι

στις ΗΠΑ που ρωτήθηκαν αν θα ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι για την αρρώστια τους. Αλλά και η ενημέρωση του αρρώστου για την αρρώστια πολλές φορές προκαλεί σύγχυση, πανικό και μερικές φορές τον οδηγεί και στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία από τη διάγνωση της αρρώστιας δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν ο άρρωστος πάρει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες, και του εξηγηθούν όλες οι απόψεις της αρρώστιας, που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες.

Γενικά νομίζετε ότι αν η ενημέρωση του αρρώστου γίνει με πρόγραμμα στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβάσιμων φόβων τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ άλλων ενεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίηση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της αρρώστιας θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνιούνται τελείως την πάθησή τους και άλλοι πολύ περισσότεροι που δεν αρνιούνται την πάθησή τους, αλλά δεν έχουν την ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια, που σχετίζεται με αυτή. Σ' αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν τη ζητήσουν, πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχι-

αμό τους.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του αρρώστου και στο θέμα αυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και με αυτό το πνεύμα να χειρίζεται.

Δύο παράγοντες κυρίως είναι αποφασιστικοί στον αρρώστο να πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο. Πρώτος: Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει ο αρρώστος. Για να αποφασιστεί αν θα του λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της αρρώστιας; ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση του απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και το θάνατο.

Η συγκέντρωση πληροφοριών, κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσης ή όχι του αρρώστου για την διάγνωση της αρρώστιας.

Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν:

1. Εκτίμηση της δυνατότητας του αρρώστου να συνηθίσει και να δεχθεί τον αιροτηριασμό ενός μέλους.
2. Προσοχή σε γεγονότα της προηγούμενης ζωής του αρρώστου και μάλιστα σε όσα προκάλεσαν την ψυχική ένταση.
3. Ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια.
4. Προηγούμενη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και την αρρώστια. Ήλιος η άρνηση του αρρώστου να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει

ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας.

Δεύτερος: Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια του κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Δυστυχώς ο γιατρός να ανακοινώσει τη διάγνωση στον άρρωστο, ενώ ο ίδιος είναι γεμάτος αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια από φόβο μήπως κάποιος άλλος συνάδερφος ανακοινώσει την αλήθεια και έτσι χάσει τη φήμη του ως καλού γιατρού. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την αρρώστια του και γι' αυτό η ενημέρωσή του για την αρρώστια σίγουρα είναι καταστρεπτική.

Τα συναισθήματά μας και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απώθησεως είναι μεταβατικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξεως "καρμίνος" αντανάκλα σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά μας συναισθήματα απέναντι στην άρρωστη. Επιτακτική λοιπόν, είναι η ανάγκη το προσωπικό, που έχει αναλάβει τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρμινοπαθή να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη και τα παρόμοια. Πρέπει με τη συμπεριφορά του να δείχνει ότι νοσηλεύει άρρωστο που δεν έχει διαφορετική αρρώστια σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα που έχουν άλλοι άρρωστοι. Αλλά δυστηχώς σε πολλούς αρρώστους η συμπεριφορά του αρμόδιου προσωπικού είναι η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στον καρμίν-

νο που όχι σπάνια αφήνουν στον άρρωστο νοήματα όπως: έχεις καρβίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Εφόσον δεν έχω κάτι να αλλάξω στην προοπτική της αρρώστιας που σε παρακαλώ να μη με ενοχλείς. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις που δεν θεραπεύονται επειδή με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής, γι' αυτό σε παρακαλώ μη με ενοχλείς! κ.λ.π.

Για να γίνει η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον άρρωστο θεραπευτική πρέπει να γνωρίζουμε τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό μας.

Τι πρέπει λοιπόν να γνωρίζουμε για τον άρρωστο;

1. Το ρόλο του στην οικογένειά του.
2. Την μόρφωσή του.
3. Την αντίληψη που έχει για τον εαυτό του.
4. Την ωριμότητα της προσωπικότητάς του, μήπως είναι συναισθηματικά ασταθής. Την ικανότητα προσαρμογής σε προηγούμενες δυσκολίες αν έχει την ψυχική δύναμη να δεχθεί ολόκληρη την αλήθεια.
5. Το στάδιο της αρρώστιας.
6. Τις ερωτήσεις που κάνει (πρέπει να αφήσουμε τον άρρωστο να εκφράζει τις απορίες του, τους φόβους του, την αγωνία του, την επιθυμία να ενημερωθεί και το βάθος στο οποίο θέλει να προχωρήσει η ενημέρωση).
7. Την ανάγκη συνεργασίας στη θεραπεία του.
8. Το θρήσκευμά του.
9. Τις σχέσεις του με το γιατρό του.
10. Την προηγούμενη προσαρμογή του σε αρρώστια.

- 11. Αν αισθάνεται ή όχι ενοχή για την αρρώστια.
- 12. Την διάρκεια της αρρώστιας.
- 13. Τις ανάγκες του αρρώστου.
- 14. Την προηγούμενη εμπειρία με το θάνατο.
- 15. Τον τρόπο νοσηλείας του.
- 16. Το νόημα της παρούσας αρρώστιας για τον άρρωστο.
- 17. Την επιθυμία του αρρώστου να μάθει την αλήθεια κ. ά. ίσως σε καμιά άλλη ειδικότητα της ιατρικής με εξαίρεση του αρρώστου και της ιδιοσυγκρασίας του έχουν τόση σημασία όση στους καρμινολογούς.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για την οικογένεια του αρρώστου;

- 1. Ποιό είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
- 2. Την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στο άρρωστο.
- 3. Την οικονομική κατάσταση.
- 4. Την στάση της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια και την ιατρική περίθαλψη.
- 5. Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
- 6. Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
- 7. Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας.
- 8. Τις σχέσεις και την επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας.
- 9. Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια κ.ά.

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για τον εαυτό μας;

1. Τα αισθήματά μας απέναντι στην αρρώστια
2. Τα συναισθήματά μας απέναντι στο θάνατο.
3. Την φιλοσοφία μας για το θάνατο.
4. Το βαθμό επαφής που έχουμε αναπτύξει με τον άρρωστο.
5. Το βαθμός επαφής που έχουμε με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου.
6. Την εμπιστοσύνη, που ο άρρωστος τρέφει για μας.
7. Την δυνατότητα που έχουμε για το χειρισμό τέτοιου θέματος.

Η γνωριμία μας με τον άρρωστο, την οικογένειά του και τον εαυτό μας θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό του δύσκολου θέματος " η γνωστοποίηση της αρρώστιας καρκίνος στον άρρωστο ".

Τι να λεχθεί στον άρρωστο;

1. Η αιτιολογική φύση της αρρώστιας.
2. Το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου.
3. Η αισιόδοξη άποψη για την αρρώστια.
4. Η έκταση λεπτομερειών, που ζητά ο άρρωστος και οι δικοί του.

Πότε θα ειπωθούν στον άρρωστο οι παραπάνω πληροφορίες;

1. Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική ισορροπία.
2. Όταν μπορεί να δεχθεί τις πληροφορίες αυτές δημιουργικά.
3. Όταν ο προσωπικό έχει καλή επαφή μαζί του.

4. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του αρρώστου είναι καλές.

5. Όταν η απόφαση της ανακοίνωσης των παραπάνω πληροφοριών πάρθηκε αντικειμενικά.

6. Όταν υπάρχει κίνδυνος κάποιος αρμόδιος να τον ανακοινώσει τη διάγνωση.

Πώς να δοθούν οι παραπάνω πληροφορίες στον άρρωστο;

I. Με τον καλύτερο και καταλληλότερο, για κάθε άρρωστο τρόπο.

2. Σταδιακά και με άνεση χρόνου. Είναι επικύνδινο να δίδονται όλες οι πληροφορίες σε μια συνάντηση ή την ίδια μέρα.

3. Να παρακολουθείται η επίπτωση της ενημέρωσης στον άρρωστο και να υποβάσται ανάλογα.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφέρουμε την προεγχειρητική παρέμβαση που περιλαμβάνει ψυχολογική προετοιμασία, σωματική τόνωση κ.αλ. Έτσι ανάλογα με την ψυχοσωματική κατάσταση το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το περιβάλλον σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ακόμα αναφέρουμε τη νοσηλευτική μετεγχειρητική παρέμβαση και τι επιδιώκει. Και τέλος έχουμε τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και θεραπεία αυτών.

Νοσηλευτική προεγχειρητική παρέμβαση.

Η προεγχειρητική παρέμβαση περιλαμβάνει την:

- α. ψυχολογική προετοιμασία
- β. τη σωματική τόνωση
- γ. τις ειδικές και γενικές εξετάσεις
- δ. την καθαριότητα του ασθενούς
- ε. την εξασφάλιση του καλού ύπνου
- στ. την προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς με μετεγχειρητικές ασκήσεις.

Η εισαγωγή του και μόνο ιδιαίτερα σε αντικαρκινικό κλ. Νοσοκομείο αποτελεί προσωπική οδυνηρή εμπειρία. Σε αυτή την κρίσιμη καμπή της ζωής του επιχειρείται η πρώτη άμεση επαφή μαζί του. Για να μάθουμε το πως θα βοηθήσουμε τον άρρωστο, θα πρέπει πρώτα να μάθουμε να τον ακούμε τον άρρωστο. Ακούω με προσοχή σημαίνει αφιερώνω χρόνο, ολοκληρωτική συγκέντρωση της προσοχής και ευαισθησία για τα προβλήματα και τις εμπειρίες τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειά του.

Ανάλογα με την ψυχοσωματική κατάσταση, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, το βαθμό επίγνωσης της νόσου, τις προσδοκίες του αρρώστου και την αναμενόμενη συνεργασία από το περιβάλλον, σχεδιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αποβλέπουν σε:

- I) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια στο να διασκιρπίσει τα αισθήματα φόβου με:
  - α) Ακρόαση των ανυσηχιών.

β) Έμφαση στον σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.

γ) Αναζήτηση της υποστήριξης του συζύγου.

δ) Ενθάρρυνση και διαβεβαίωση.

2) Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού.

Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή, για αυτό και η νοσηλεύτρια προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο και τη βοηθά στο να εκφράσει τα αισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση γιατί δε θα μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο της σαν μητέρα. Η υποστήριξη της άρρωστης από τον ίδιο τον άνδρα της και την οικογένειά της θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

3) Μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

α) Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.

β) Εξασφάλιση αίματος, εάν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.

γ) Κορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανυσηχίων της άρρωστης.

4) Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.

Διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειά της σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την

εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα, και την διορθωτική πλαστική του μαστού.

Βοήθεια της άρρωστης και της οικογενείας της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους.

#### Ψοσηλευτική μετεγχειρητική παρέμβαση.

Η μετεγχειρητική παρέμβαση επιδιώκει: άμεσα

- α) την σωματική ανάνηψη
- β) την πρόληψη των επιπλοκών

Άμεσα λοιπόν έχουμε: Έντιξηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, επισκόπηση επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας. Ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη. Κορήγηση αναλγητικών μετά την ανάνηψη από την νάρκωση, για ανακούφιση του πόνου. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης στο κρεβάτι και βαθιών αναπνοών για την πρόληψη επιπλοκών. Αποφυγή της κλειστικής επίδεσης του τραύματος για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι αυτό και θα πρέπει να αδειάζεται

πριν γεμίσει τελείως. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχτευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

Πρόληψη λοίμωξης: Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρήεται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνεται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

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. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι. Σοφήγηση δίαιτας ανάλογα με την αντοχή και την προτίμηση της άρρωστης.

#### Μετεγχειρητικές επιπλοκές και θεραπεία αυτών.

Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του μαστού απαντούν συχνά αλγεινές και καταστροφικές βλάβες του σκελετού. Το σπινθηρογράφημα των οστών αποτελεί την πιο ευαίσθητη δοκιμασία ανίχνευσεως πρώιμων σημείων μεταστατικής νόσου, αλλά δεν έχει αποδεχθεί ωφέλιμο σε σχέση με το κόστος στις ασυμπτωματικές ασθενείς.

Κατά την παρακολούθηση της ασθενούς οι ακτινογραφίες των θέσεων όπου εμφανίζονται συμπτώματα κρίνονται χρήσιμες. Το σπινθηρογράφημα των οστών χρειάζεται μόνο όταν οι ακτινογραφίες είναι αρνητικές.

Η ακτινοβολία περιορισμένου πεδίου είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση του άλγους. Η έκταση της νόσου οι ανάγκες της ασθενούς σε ναρκωτικά και η γενική κατάσταση της υγείας θα πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά πριν να συστηθεί ακτινοβολία για την εξάλειψη του άλγους. Η πρόληψη των καταγμάτων σε οστά που φέρουν βάρος μπορεί επίσης να επιδιωχθεί με ακτινοβολία περιορισμένου πεδίου. Η συνολική δόση στην περίπτωση αυτή είναι γενικά 20 έως 40 Gy επί διάστημα 3 έως 4 εβδομάδων. Εάν η θέση προσβολής είναι ένα οστόν που φέρει βάρος και όταν η βλάβη είναι γύρω στα 2,5 cm ή μεγαλύτερη, τότε θα πρέπει να μελετάται η εκτέλεση σταθεροποιήσεως με εσωτερική καθήλωση ή σε μερικές περιπτώσεις η αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου οστού.

Εάν η ασθενής παραπονείται για ασφυαλγία, τότε θα πρέπει να εκτελείται προσεκτική νευρολογική εξέταση και εάν τα ευρήματα είναι αμφιλεγόμενα, τότε θα πρέπει να εκτελείται υπολογιστική τομογραφία και σε μερικές περιπτώσεις, μυελογραφία για να αποκλειστεί τυχόν συμπίεση του νωτιαίου μυελού από το παθολογικό κάταγμα ενός σπονδύλου ή τυχόν επινέμηση του επισκληρίδιου χώρου από τον όγκο. Η πρόληψη της παραλύσεως είναι πολύ προτιμότερη από τη θεραπεία της όταν θα έχει

πλέον εγκατασταθεί.

Υπερασβεστιαίμια. Σημαντικά αυξημένα επίπεδα ασβεστίου απαντούν στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού για πολλούς λόγους. Οι σκελετικές μεταστάσεις που οδηγούν σε καταστροφή των οστών, μπορεί να οδηγήσουν σε υπερασβεστιαίμια, αλλά η βαρύτητα της υπερασβεστιαίμιας δεν σχετίζεται απαραίτητα με την έκταση της οστικής καταστροφής. Η ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία, η αφυδάτωση και η ακινητοποίηση λόγω της αυξημένης οστικής απορρόφησης ασβεστίου, καθώς και η μακροχρόνια χρήση πρεδνιζόνης, μπορούν να προκαλέσουν επίσης υπερασβεστιαίμια σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων της ασθενούς δείχνει το επείγον της περίπτωσης και τα μέτρα τα οποία θα πρέπει να ληφθούν για να θεραπευτεί η υπερασβεστιαίμια. Στην άρρωστη η οποία είναι σχετικά ασυμπτωματική και παρουσιάζει μόνο ήπια αύξηση του ασβεστίου, η χορήγηση υγρών και ή διουρητικών, όπως είναι η φουρεσεμίδη, καθώς επίσης και η αύξηση του επιπέδου δραστηριότητας του αρρώστου, μπορεί να είναι επαρκή. Εάν η υπερασβεστιαίμια οφείλεται σε εξωγενείς ορμονικούς παράγοντες, τότε συνιστώνται τα γουκοκορτικοειδή. Σε όλες τις ασθενείς με τεκμηριωμένη υπερασβεστιαίμια θα πρέπει να αντικαθίστανται φάρμακα όπως οι θειαζίδες, τα αντιόξινα με ασβέστιο και λίθιο που επίσης έχει την τάση να αυξάνει επίπεδο ασβεστίου στον ορό. Θα πρέπει να γίνονται επίσης προσαρμογές της δόσης φαρμάκων, όπως η διγοξίνη των οποίων η δράση εξαρτάται από το ασβέστιο.

Στον καρκίνο του μαστού καθώς και σε άλλες κακοήθεις νόσους η θεραπεία του όγκου αποτελεί το δραστικότερο μέσο ελέγχου των επιπλοκών όπως είναι η υπερασβεστιαμία.

Επειδή τα αποτελέσματα μιας τέτοιας θεραπείας χρειάζονται ημέρες έως εβδομάδες για να φανούν, μπορεί να κριθεί απαραίτητη η χορήγηση μιθραμικίνης, 25 mg/kg σε ταχεία ενδοφλέβια έγχυση για την επίτευξη μειώσεως των επιπέδων του ασβεστίου, στις βαρύτερες περιπτώσεις. Το φάρμακο αυτό δρα συνήθως μειώνοντας το ασβέστιο στον ορό μέσα σε 48 ώρες από τη χορήγησή του και το αποτέλεσμα της δράσης αυτής διαρκεί επί μια εβδομάδα ή περισσότερο. Εάν όμως δεν επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα μέσα σ' αυτή τη χρονική περίοδο, θα πρέπει να χορηγηθεί η ίδια δόση. Αυτές οι δοσολογίες μιθραμικίνης σπάνια προκαλούν παρενέργειες.

Κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι μεταβολές στη συμπεριφορά ή οι ενδειξεις κρανιακής ή περιφερικής νευρολογικής βλάβης θα πρέπει να εγείρουν την πιθανότητα προσβολής του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού. Θα πρέπει να εκτελείται πλήρης νευρολογική εξέταση, αξονική τομογραφία και οσφυϊκή παρακέντηση και, όταν αποκαλύπτεται εντοπισμένη βλάβη, τότε η ακτινοθεραπεία ολοκλήρου του εγκεφάλου αποτελεί γενικά τη θεραπεία εκλογής. Θα πρέπει επίσης να εκτελείται κυτταρολογική εξέταση και καλλιέργεια του ΕΝΥ για τυχόν ευκαιριακές λοιμώξεις. Εάν υπάρχουν μεταστάσεις στη λεπτή μήνιγγα,



συνιστάται η ενδορραχιαία χορήγηση μεθοτρεξάτης.

Οφθαλμοί. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη αιτία οπισθο- και ενδοκογχικών μεταστάσεων. Η μείωση της οράσεως με ή χωρίς βλεφαρόπτωση σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού αποτελεί ένδειξη για παραπέρα έλεγχο. Οι ενδοκογχικές μεταστάσεις μπορεί να αποκλυπτούν με την προσεκτική βυθοσκόπική εξέταση, ενώ οι οπισθοκογχικές μεταστάσεις χρειάζονται διερεύνηση με υπολογιστική τομογραφία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε για την αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο. Είναι ένα ζήτημα για το οποίο έχει τελευταία γίνει πολύς λόγος. Θα εξηγήσουμε την έννοια της λέξεις αποκατάστασης και θα πρέπει να δούμε πιο ρόλο παίζουν ο οικονομικός και κοινωνικός παράγοντας στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο. Και τέλος θα αναφερθούμε στο μέλλον της ογκολογικής νοσηλευτικής και στην ανάγκη ειδικεύσεως του νοσηλευτικού προσωπικού.

Αποκατάσταση αρρώστου με καρκίνο.

Όλα όσα αναφέρθησαν πιο πάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκαταστάσεως του ατόμου με καρκίνο, για την οποία τελευταία γίνεται λόγος. Τι είναι όμως αποκατάσταση; Η έννοια της λέξης αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχθηκε. Και σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό η αποκατάσταση

αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας. Σήμερα όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει βιοψυχολογικές - όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής σήμερα, δηλαδή να μη κλαίει για το χθές και να μη τρέμει για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια και στη προκειμένη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά - που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη - αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διάγνωσης του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανόησης αωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο. Η υποστήριξη του αρρώστου στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίζει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα. Επειδή όμως στη φάση αυτή βοήθειας αποκατάστασης του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Πρέπει δηλαδή να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια

στην αποκατάστασή του. Επομένως όταν μιλάμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με τη διεικδή τους άποψη (1) το θετικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον άρρωστο και (2) την ανάγκη των ίδιων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπάρσταση και κατάρτιση. Η αποκατάσταση με τη σύγχρονη αυτή βάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει την ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτή τις αποκατάστασης θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκινολογία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Επομένως οι ειδικοί της ογκολογίας και της ογκολογικής νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στη σωστή αντιμετώπιση της τόσο μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς

την έννοια καρκίνοσ, σαν πρόβλημα και να κατευνθεί προς την αποκατάστασή του.

Έον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκατάστασης του αρρώστου με καρκίνο αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίσει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και με τα κέντρα ψυχο - κοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.

#### Το μέλλον της ογκολογικής Νοσηλευτικής.

Η νοσηλευτική βοήθεια αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της ειδικεύσεως αυτής του νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται πως:

- Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχολογικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.

- Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνεται και στο σπίτι του αρρώστου.

- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσιδιάσθησής βοήθειας και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και τους οικείους του.

- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας είναι κοινό ουσιαστικός.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην οργολογική νοσηλευτική οδήγησε στην ίδρυση κοινών οργολογικής νοσηλευτικής με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο.

I) ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ιστορικό υγείας:

Ασθενής με επάγγελμα οικιακά ηλικίας 63 ετών παντρεμένη με ένα παιδί πάσχει από καρκίνο μαστού. Δεν έχει κάνει προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, δεν καπνίζει, δεν υπήρξε ποτέ από την οικογενειάτης άτομο με καρκίνο μαστού ή άλλη κακοήθεια. Προηγούμενη πάθηση δεν υπήρχε, δεν γινόταν συχνή αυτοεξέταση μαστού. Το ανακάλυψε τυχαία και αμέσως πήγε στο γιατρό.

Διαγνωστικές εξετάσεις:

Μαστογραφία η οποία είναι θετική πριν τη χειρουργική επέμβαση έγινε βιοψία η οποία ήταν επίσης θετική. Ο άλλος μαστός μετά από μαστογραφία αποδείχθηκε αρνητικός προς κακοήθεια.

Εντόπιση:

Αριστερός μαστός, άνω δεξιό τεταρτημόριο.

Ιστολογικός τύπος:

Αμιγές διηθητικό παρογενές αδενωκαρκίνωμα.

Κλινική σταδιοποίηση:

Το κατατάσσουμε στο στάδιο I. Μέγιστη διάμετρος του όγκου 4,5εκ.όλοι οι αδένες αρνητικοί. T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.

Χειρουργική παρέμβαση:

Έγινε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, η οποία συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός.

### Προβλήματα άρρωστης:

Ψυχολογικά προβλήματα: Αδυναμία αποδοχής της μαστεκτομής. Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη, μεταβολή του σωματικού ατόμου, απαγοήτευση.

Η νοσηλεύτρια από μέρους της, επικεντρώνοντας τη φροντίδα της όχι σε αυτό που χάθηκε αλλά σε αυτό που έμεινε βοηθά την άρρωστη:

- Να προσαρμοσθεί στη νέα εικόνα.
- Να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή του.
- Να αποκτήσει αυτοπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, αυτοπεποίθηση.

Χρειάζεται χρόνος για να αναρρώσει και να ξεπεράσει την εμφάνισή του και την αίσθηση της εγχείρησης, καθώς επίσης την ανάγκη για ανεξαρτησία και προσωπική ταυτότητα.

## 2) ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ιστορικό υγείας:

Ασθενής ηλικίας 50 ετών επάγγελμα οικιακά παντρεμένη με δύο παιδιά. Δεν είχε κανένα πρόβλημα υγείας δεν κάπνιζε. Δεν υπήρξε άτομο από την οικογένειά της με καρκίνο μαστού ή άλλη κακοήθεια. Δεν γινόταν αυτοεξέταση μαστού δεν υπήρχε προηγούμενη πάθηση μαστού.

Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς.

Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει:

- α) Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο.
- β) Ο πόνος απουσιάζει.
- γ) Ερυθρότητα, υπεραιμία.
- δ) Εισοκλή της θηλής.



Διαγνωστικές εξετάσεις:

Μαστογραφία η οποία λέει τα εξής: μετά από μαστογραφικό έλεγχο και των δύο μαστών διαπιστώθηκε μεγάλου μεγέθους μάζα στο κέντρο του δεξιού μαστού με ασαφή και ακαθόριστα όρια.

Εντόπιση:

Δεξιός μαστός, κέντρο γύρο από τη θηλή καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του μαστού.

Ιστολογικός τύπος:

Λοβιδιακό καρκίνωμα.

Κλινική εικόνα:

Κατατάσσεται στο στάδιο III. Μέγιστη διάμετρος του όγκου 8 εκ.  
Αδένες θετικοί T<sub>3</sub> N<sub>2</sub> N<sub>0</sub>.

Χειρουργική παρέμβαση:

Ριζική μαστεκτομή η οποία συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού των θωρακικών μυών (μειζών και ελάσσων μυς) ως και των αδένων της μασχάλης. Ακολουθεί ακτινοβολία.

Προβλήματα άρρωστης.

Ψυχολογικά προβλήματα: Αδυναμία αποδοχής της μαστεκτομής θυμός, σύγχυση, μεταβολή του σωματικού ειδώλου. Απαγοήτευση.

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Ελπίζω με την παρούσα εργασία μου , να κατάφερα να περιγράψω το καρκίνο του μαστού Ca.

Είναι και από εμένα μία μικρή συμβουλή στη γυναίκα που χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα.

Κάθε μέρα που περνά γίνεται ένα όπλο , όσο αφορά την πρόληψη και την θεραπεία της με πιο συγχρονα μέσα,ώσπου να ελαττωθεί σημαντικά το πρόβλημα που απασχολεί ευρύ γυναικείο πληθυσμό.



- Αλιβιζάτου - Μοσχοβάκη, Ρεγγίνα, " Στοιχεία φυσιολογίας " Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1984.
- Αραβαντινός Διονύσιος: " Παθολογία της Γυναίκας " , Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγορίου Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- Βασώνη Δ.: " Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπαιδικής " 4η Έκδοση Αναθεωρημένη, Αθήνα 1985.
- Κατρίτση Επαμ. και Τσούρας Σωτήρης, " Μαθήματα Ανατομικής του Ανθρώπου " (Οστεολογία - Συνδεσμολογία) Τόμος Ι, Αθήνα.
- Κοσμίδης Π.Α: " Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία " Έκδοση 3η, Εκδόσεις Ιατρικές: Λίτσας, Αθήνα 1984.
- Σαχίνη - Καρδάση, Άννα, Πάνου Μαρία: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2ος Μέρος Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ ,Αθήνα 1985.
- Χρυσοσπάθη Γ - Γολεμάτη Χ. " Μαθήματα Χειρουργικής " , Μέρος 2ο, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1981.