

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ"

Υπεύθυνος Καθηγητής:

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΝΗΣ

Σπουδάστρια:

ΚΥΡΙΑΚΗ ΦΟΥΓΙΑ

ΠΑΤΡΑ, 23 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1236
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

2

- Γενικά	2
- Ανατομία	3 ✓
- Φυσιολογία	5 ✓
- Επιδημιολογία και αιτιολογία	6
- Γενετικοί παράγοντες	10
- Πρόληψη	13
- Ο ρόλος της νοσηλεύτρια στην πρόληψη του καρκίνου	15
- Σταδιοποίηση του καρκίνου	16
- Εντόπιση	17
- Κλινική εικόνα - Συμπτώματα	18 ✓
- Διάγνωση	20
- Κλινική διάγνωση	22
- Εργαστηριακή διερεύνηση	26
- Πρόγνωση	31
- Ιστολογικές μορφές καρκίνου μαστού	33
- Θεραπεία	33
- Επιπλοκές	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- Προεγχειρητική φροντίδα ασθενή που πρόκειται να κάνει μαστεκτομή	44
- Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενή μετά από μαστεκτομή	46
- Επιπλοκές	47
- Μετάσταση σε άλλα όργανα	48
- Παρέμβαση	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Περίπτωση πρώτη	50
- Περίπτωση δεύτερη	59

ΣΥΖΗΤΗΣΗ 66

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 68

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 69

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα στην ιατρική και ένα από τα πιο συναρπαστικά και ενδιαφέροντα θέματα στην επιστήμη και την έρευνα. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν "πρώτο" τον καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού Cancer.

- α) Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας
- β) Είναι ο καρκίνος που συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα
- γ) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφεί τα περισσότερα επιστημονικά άρθρα
- δ) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες βιοψίες
- ε) Είναι ο καρκίνος για τον οποίον έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες
- στ) Είναι ο καρκίνος για τον οποίο γίνονται οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σελίδες αυτές της πτυχιακής αυτής εργασίας αναφέρονται σ' ένα ευρύ γυναικείο θέμα τον καρκίνο του μαστού.

Αναζητώντας στα διάφορα βιβλία προσπάθησα να βρώ τις βασικές γνώσεις που πρέπει να έχει ο/η νοσηλεύτης-τρια για να μπορέσει να προσφέρει βοήθεια σε κάποιο τέτοιο άτομο που έχει καρκίνο όπου είναι οι μεγαλύτερες και σημαντικότερες ευθύνες. Εκτός όμως από αυτό θα πρέπει να υπάρξει και ψυχολογική υποστήριξη κατά τις διάφορες φάσεις της ασθένειάς του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΓΕΝΙΚΑ

Η φυσική ιστορία του καρκίνου του μαστού είναι συνήθως πολύ μεγάλη (παρατεταμένη), ώστε να θεωρείται από τα μεγαλύτερα προβλήματα δημόσιας υγείας σε γυναίκες, όπως και μερικοί άλλοι όγκοι (πχ. ο καρκίνος του θυρεοειδούς) σαν χρόνια κακοήθεια.

Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα φτάνει τις 1500 περιπτώσεις το χρόνο. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού φτάνει το 20%. Ακόμα υπολογίζεται ότι τη στιγμή της κακοήθους εξαλλαγής του πρώτου κυττάρου χρειάζεται περίπου 30 διαδοχικοί διπλασιασμοί και γύρω στα 7-8 χρόνια για να δημιουργηθεί όγκος που να αντιστοιχεί σε σφαίρα διαμέτρου 1 εκ.

Ο καρκίνος του μαστού επεκτείνεται διαμέσου των λεμφαγγείων και της αιματικής ροής. Οι λεμφαδένες δρουν σαν φίλτρο των κακοήθων κυττάρων που έχουν διαφύγει από την πρωτοπαθή εστία του όγκου. Εάν τα κακοήθη κύτταρα ξεπεράσουν το φίλτρο των μασχालιαίων λεμφαδένων φθάνουν και διηθούν τους υπερκλείδιους λεμφαδένες και από εκεί εισέρχονται στην φλεβική κυκλοφορία ακολουθώντας τις λεμφαγγειακές οδούς. Επίσης, τα κακοήθη κύτταρα μπορούν να μετακινηθούν προς τους έσω μαστικούς λεμφαδένες

και από εκεί στους λεμφαδένες του μεσοθωρακικού ή τους τραχηλικούς και από αυτούς στην φλεβική κυκλοφορία.

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

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί, αν διαγνωστεί έγκαιρα και γίνει η κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη ανίχνευση είναι το κλειδί της επιτυχημένης επιτυχίας και γίνεται με τη διαφώτιση των γυναικών για αυτοεξέταση των μαστών.

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

Σαν κακοήθης όγκος δίνει μεταστάσεις σε διάφορα όργανα, όπως στον άλλο μαστό, στους πνεύμονες, στο ήπαρ, στα οστά και στον εγκέφαλο.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

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

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

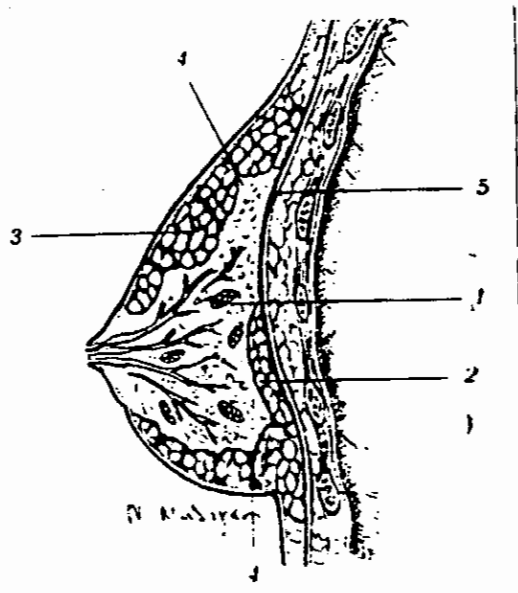
Το λεμφικό σύστημα επισημαίνεται σε τρεις περιοχές:

- στο δέρμα

- στη θηλη
 - στον αδένα τα δερματικά λεμφαγγεία αθροίζονται προς τα έξω και οδεύουν στην σύστοιχο μασχάλη τα λεμφαγγεία των έσω 4 μορίων μπορεί να οδεύσουν και προς την αντίστοιχο μασχάλη. Τα λεμφαγγεία της άλω και της θηλής αθροίζονται στο πλέγμα του Sargrey και εκβάλλουν:

- στους έσω λεμφικούς πόρους
- στους έξω λεμφικούς πόρους

Οι πόροι αυτοί συνενώνονται και οδεύουν προς τους πρόσθιους λεμφαδένες της μασχάλης.



Υφή φυσιολογικού μαστού (σχηματικά).

- 1) Μαζικός αδένας, 2) Εν τω βάθει λιπώδες στρώμα,
 3) Επιπολής λιπώδες στρώμα, 4) Ινώδεις ταινίες
 (σύνδεσμοι του Cooper), 5) Λιπώδες ιστός υπό την
 απονεύρωση.

Η ομάδα αυτή των λεμφαδένων δέχεται και τα λεμφαγγεία που εκπορεύονται από τον αδένα και ευρίσκεται στο ύψος της 3ης πλευ-

ράς. Στη συνέχεια η ομάδα αυτή παροχετεύει τη λέμφο στους κεντρικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που ευρίσκονται κάτωθεν της μασχαλιαίας φλέβας ενός λιπώδους ιστού.

Τα λεμφαγγεία της κεντρικής ομάδας οδεύουν προς τους εν τω βάθει λεμφαδένες της μασχάλης. Μια ομάδα αυτών ευρίσκεται στην πορεία της μασχαλιαίας φλέβας και άλλη όπισθεν της πλευροκορακοειδούς μεμβράνης που αποτελεί την κορυφαία ομάδα.

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

Μερικά λεμφαγγεία του άνω-έξω 4/μορίου καταλήγουν στην μασχάλη, ενώ τα λεμφαγγεία των έσω 4/μορίων πηγαίνουν στους λεμφαδένες που βρίσκονται κατα μήκος της έσω μαστικής αρτηρίας.

Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να ακολουθήσει την οδό προς τον άλλο μαστό και προς τους αντίστοιχους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Η συγγενής έλλειψη του μαστού είναι σπάνια (αμαστία). Μπορεί όμως να υπάρχει πολυμαστία και πολυθηλία.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

Οι φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές στους μαστούς γί-

νονται ιδιαίτερα εμφανείς με την έναρξη της εμμηνορυσίας και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Τη μεγαλύτερη ανάπτυξη τους, οι μαστοί παρουσιάζουν κατά την στιγμή του τοκετού και την περίοδο του θηλασμού, ενώ μετά την εμμηνόπαυση αρχίζουν να ατροφούν. Η υπέρμετρη διάγνωση στα νεαρά κορίτσια (παρθενική υπερτροφία) μπορεί να διορθωθεί με αισθητική εγχείρηση).

Κατά την εφηβεία η παρατηρούμενη υπερτροφία στους άνδρες (γυναικομαστία) είναι φυσιολογική. Στον ενήλικα τίθεται η υποψία όγκου. Το δέρμα που καλύπτει το μαστό καταλήγει σε μια σκουρόχρωμη περιοχή, τη θηλαία άλω. Στην επιφάνεια της άλω εκβάλλουν οι γαλακτοφόροι πόροι.

Κάθε πόρος χωρίζεται σε μικρούς κλάδους. Οι κλάδοι γίνονται προοδευτικά μικρότεροι και καταλήγουν σε ένα σύνολο κυττάρων, το γαλακτικό αδέννα.

Αυτά τα αδενικά κύτταρα ενεργούν για την παραγωγή του γάλακτος, που αποχετεύεται στους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

Στα μεταξύ διαστήματα των γαλακτικών αδένων υπάρχει λιπώδης ιστός που προστατεύει τα γαλακτοπαράγωγα εξαρτήματα και διατηρεί το σχήμα του μαστού.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Στην Ελλάδα όπως και στις περισσότερες χώρες του κόσμου ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες, ενώ στους άνδρες εμφανίζονται σπανιότερα.

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο με ένα μέσο όρο θνησιμότητας

1151 θανάτων ανά έτος ακολουθούμενος από τους καρκίνους στομάχου και πνεύμονα. Η θνησιμότητα του καρκίνου του μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης (22η ανάμεσα σε 26), ή της Β. Αμερικής, αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνησιμότητα στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής.

Διαχρονικά η θνησιμότητα από καρκίνο στην Ελλάδα αυξάνει κατά 4, ετησίως κατά μέσο όρο κατά την τελευταία 20ετία. Στους ειδικούς κατά δείκτες φαίνεται ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού αυξάνεται περισσότερο στις ηλικίες μεταξύ 45-65 ετών και είναι μεγαλύτερη στις αστικές παρά στις αγροτικές περιοχές.

Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι από τις γυναίκες που γεννήθηκαν το 1987 ένα 10% θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, κατά τη διάρκεια της ζωής του, ενώ ένα 3% θα πεθάνει από τον καρκίνο του μαστού. Αξίζει να σημειωθεί ότι στις ΗΠΑ ο καρκίνος του μαστού ήταν η αιτία θανάτου από καρκίνο στις γυναίκες μέχρι το έτος 1985, που ξεπεράσθηκε από τον καρκίνο του πνεύμονα και σήμερα αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου από καρκίνο.

Ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία πάνω από τα 35 χρόνια. Έτσι ο καρκίνος του μαστού κάτω από τα 25 είναι σπάνιος, μετά τα τριάντα εμφανίζει γοργή αύξηση της συχνότητας, εμφάνιση στα χρόνια της εμμηνόπαυσης παρουσιάζεται κάποια ύφεση και μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται σταθερά. Ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων καρκίνου του μαστού εμφανίζεται στις ηλικίες 40-75 ετών, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι του καρκίνου του μαστού μειώνονται στις ηλικίες 45-80 ετών.

Οι γνώσεις μας γύρω από την πραγματική αιτία ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού είναι ακόμη περιορισμένες. Σήμερα, ύστερα

διάφορες στατιστικές μελέτες είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε αρκετά γύρω από τους επιδημιολόγους παράγοντες που τοποθετούν τη γυναίκα στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι γενετικοί (φύλο, ηλικία, βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό), ορμονικοί (ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, ηλικία στον πρώτο τοκετό, θηλασμός, λήψη ορμονών κ.ά.), περιβαλλοντικοί (εθνικοί, κοινωνικοοικονομικοί, εκπαιδευτικοί, διαιτητικοί), μορφολογικοί εξωγενείς ή ιατρογενείς.

Επιδημιολογικούς παραγοντες που σχετιζονται με αυξηση ή ελαττωση του καρκινου του μαστου

Αυξηση

Ελαττωση

Γεωγραφικη κατανομη	Δυτικη Ευρωπη. Βορεια Αμερικη	Ιαπωνια , Ν.Αφρικη, Ινδια κ.α.
Ηλικια	Μεγαλες γυναικες)πανω απο 30 ετων)	Νεες γυναικες (κατω απο 20 ετων)
Τεκνοποιηση ατοκια	Ατοκια	Τεκνοποιηση κατω των 20 ετων
Ηλικια πρωτης τεκνοποιησης	Ανω των 35 ετων	Κατω των 20 ετων
Εναρξη εμμηνου ρυσης	Κατω των 13 ετων	Ανω των 16 ετων
Εμμηνοπαυση	Ανω των 50 ετων	Κατω των 45 ετων
Οικογενειακο ιστορικο	Οικογενειακο ιστορικο Ca μαστου	-
Διατροφη	Παχυσαρκια	-
Ιονισμενη ακτινοβολια	Ιονισμενη ακτινοβολια	-
Υπαρξη καλοθους νοσου	Ινωδης κυστικη μαστοπαθεια	-

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Φύλο: Η σχέση προσβολής από καρκίνο μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα.

Η συχνότητα πάντως καρκίνου του μαστού, σε άνδρες με σύνδρομο Klinefelter είναι 66 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού ανδρικού πληθυσμού και υπολογίζεται ότι το 3,3% των ανδρών με καρκίνο του μαστού, εμφανίζουν την χρωμοσωμιακή αναλογία.

Ηλικία: Η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε συναρτόση με την ηλικία. Ο καρκίνος του μαστού στη γυναίκα δεν εμφανίζεται πριν την ήβη. Κατά τον Rhomas (1984), μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μια συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η αύξηση έχει βραδύτερο ρυθμό.

Οικογενειακό ιστορικό: Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους εμφάνισε καρκίνο του μαστού, έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού από ότι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτοί οι πρώτου βαθμού συγγενείς έχει προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη.

Γυναικολογικό ιστορικό: Η πρώτη παρατήρηση ήδη από το 1700 ότι ο καρκίνος μαστού ήταν συχνότερος στις καλόγριες παρά στις υπόλοιπες γυναίκες οδήγησε προς την σκέψη ότι η τεκνοποιία πρέπει να ανέρχεται στην συχνότητα εμφάνισης της μορφής αυτής του καρκίνου. Αυτό πάντως που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι η ηλικία της πρώτης κύησης. Οι γυναίκες με το πρώτο τοκετό μετά τα

τα 35 έχουν διπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, σε σύγκριση με αυτό που γέννησαν πριν τα 20. Κύηση μάλιστα μετά τα 35 αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού ακόμα και σε σχέση με αυτόν των ατόκων γυναικών.

Η σημασία της μικρής ηλικίας κατά την πρώτη κύηση θεωρείται ότι σχετίζεται με ενδοκρινολογικούς παράγοντες που παράγουν χωρίς την ωρίμανση του μαστικού αδενά και δρουν έτσι προστατευτικά στο επιθήλιο του μαστού. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού, στις ανύπανδρες γυναίκες είναι 2,3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τις ανύπανδρες, ενώ αυτών που είχαν ή 2 τοκετούς είναι διπλάσιος από ότι σε γυναίκες που γέννησαν 3 ή περισσότερες φορές. Γυναίκες με εμμηναρχή πριν τα 12 έχουν 1,7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι αυτές που η έμμηνος ρύση άρχισε μετά τα 15, ενώ τέλος οι γυναίκες με συνολική διάρκεια καταμηνίων κύκλων πάνω από 30 χρόνια, έχουν 1,4 φορά μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, από ότι αυτές που η ολική διάρκεια των κύκλων τους δεν ξεπερνούσε τα 36 έτη.

Παχυσαρκία: Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Το αυξημένο βάρος (σωματικό) αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Ορμόνες- Φάρμακα - Διάφορες ουσίες: Μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού, σε συγκεκριμένες κατηγορίες γυναικών, όπως οι άτοκες γυναίκες, αυτές με ηλικία πρώτης κύησης άνω των 30

και αυτές με θετικό οικογενειακό ιστορικό. Συνδυασμός των οιστρογόνων με προγεστερόνη ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και θεωρείται σαν η ασφαλέστερη μέθοδος στη θεραπεία υποκατάστασης.

Ο ρόλος των αντισυλληπτικών σαν επιβαρυντικό παράγοντα για την αύξηση καρκίνου του μαστού, συζητείται ακόμη. Η μακροχρόνια λήψη τους πάντως (2-4 χρόνια), από μικρή ηλικία σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου, ιδιαίτερα όταν η χρήση τους προηγείται τον πρώτο τοκετό. Δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα αν η μακροχρόνια χρήση κάποιου φαρμάκου, τροφίμου ή καλλυντικού (όπως οι βαφές των μαλλιών), σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Ακτινοβολία: Ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας είναι συνάρτηση τόσο της δόσης όσο και του χρόνου έκθεσης στην Ro.

Παρατηρήσεις: Σύγχρονη εμφάνιση καρκίνου του μαστού έχει περιγραφεί σε συνάρτηση με λιπώματα, αγγειώματα, όγκους θυρεοειδοξυ και ανωμαλίες του νευρικού συστήματος, χωρίς όμως να έχει βρεθεί κάποια αιτιολογική συσχέτιση.

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

Ηλικία του πρώτου τοκετού: Η ηλικία της γυναίκας στην πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού. Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή. Αντίθετα, πιστεύεται ότι η τεχνική διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, ίσως επειδή ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση, θεωρία, την οποία υποστηρίζουν και αναλύουν με μαθηματικό τρόπο. οι Moolgaykar και συν. (1980).

ΠΡΟΛΗΨΗ

Για την ελάττωση και τον έλεγχο των κακοήθων νεοπλασμάτων πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισης τους καθώς και στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση.

Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενής και δευτερογενής.

Πρωτογενής πρόληψη

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

- προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες
- προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (πχ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανίου),
- υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε

θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα.

Δευτερογενής πρόληψη

Γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων - ασυμπτωμάτων, σιωπηρό στάδιο της εξέλιξης του και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

ΓΕΝΙΚΑ

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές - οικονομικοί λόγοι, φόβοι, η άγνοια, η προκατάληψη, το χάσιμο χρόνου κ.ά.

Η ανίχνευση στο λαμβάνον, δηλαδή το ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

- ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό ιστορικό)
- γενική φυσική κατάσταση
- πλήρης γυναικολογική εξέταση στην οποία συμπεριλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού και κολπικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου
- εξέταση μαστού
- ανίχνευση μικροσκοπικής αιματοουρίας
- γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού
- αιματολογικές εξετάσεις
- ακτινολογικός έλεγχος
- ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος

Οι εξετάσεις αυτές θα πρέπει να περιλαμβάνονται περιοδικά για να είναι αποτελεσματικές.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Περιλαμβάνει:

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του αμεσου περιβάλλοντος του,
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα στο άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες
- Παρατήρηση καταστάσεων και εκδηλώσεων (προκαρκινικές) στον εαυτό του και το περιβάλλον
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο
- Διαφώτιση του κοινού

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι η πρωτοπαθής και δευτεροπαθής πρόληψη του καρκίνου εξαρτάται από:

- 1) την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του.
- 2) το γιατρό επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και ομολογία εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων.
- 3) την νοσηλεύτρια η οποία κατά τη διαφώτιση του κοινού μεταφέρει το μήνυμα όπως ο καρκίνος είναι η μοναδική ασθένεια.
 - του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί
 - της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας, και
 - της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

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

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η προσεκτική σταδιοποίηση με την χρήση του κλινικού και χειρουργικού συστήματος, είναι χρήσιμη στον καθορισμό της πρόγνωσης του ασθενή και στη χορήγηση μιας κατάλληλης μορφής θεραπείας.

Διακρίνουμε τέσσερα στάδια:

Στάδιο 1.

Μικρή διάγνωση εντοπισμένη στο μαστό χωρίς διήθηση του δέρματος. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες όχι κλινικώς προσβεβλημένοι.

Στάδιο 2.

Εκτός από τη διάγνωση υπάρχει διήθηση του δέρματος και καθήλωση του όγκου στους θωρακικούς μύες.

Στάδιο 3.

Παρουσία ενός από τα 5 σημεία του προχωρημένου καρκίνου του μαστού.

Στάδιο 4.

Γενίκευση των μεταστάσεων.

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
Στάδιο 1	85%
Στάδιο 2	66%
Στάδιο 3	41%
Στάδιο 4	10%

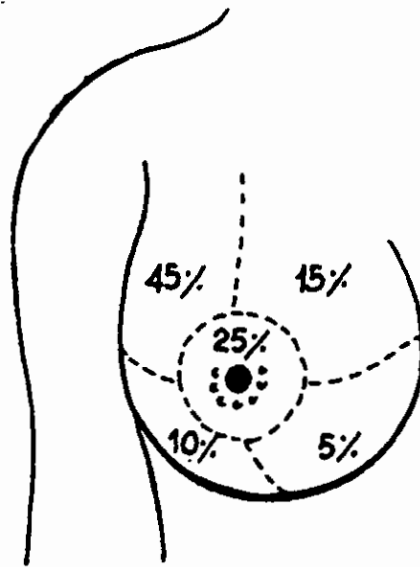
Σύμφωνα με τη στατιστική μελέτη του 1987.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ο καρκίνου του μαστού εντοπίζεται κυρίως στον αριστερό μαστό στο άνω και έξω τεταρτημόριο. Η αναλογία μεταξύ αριστερού και δεξιού μαστού είναι 1,14/1.

Ειδικότερα η εντόπιση καρκινώματος έχει ως εξής:

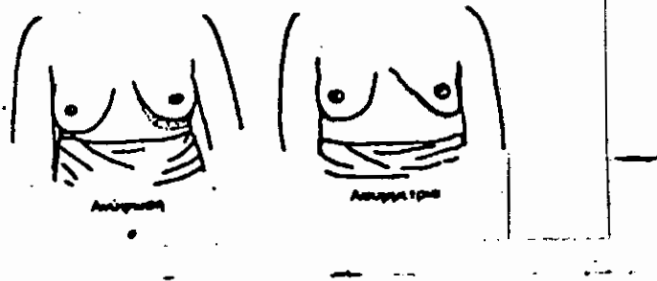
- Κεντρική ή θηλαία περιοχή	25%
- Άνω έξω τεταρτημόριο	45%
- Άνω έσω τεταρτημόριο	15%
- Κάτω έξω τεταρτημόριο	10%
- Κάτω έσω τεταρτημόριο	5%



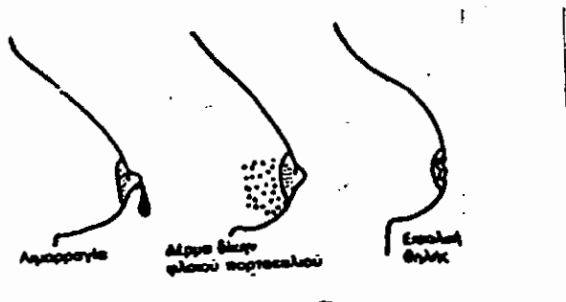
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Υπάρχουν πολλά σημεία που είναι ύποπτα και που μπορεί να βοηθήσουν για την σωστή διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Αυτά είναι:

- Ψηλαφητή μάζα που είναι επώδυνη, σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό. Στα 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτεται τυχαία από την ίδια την άρρωστη κατά την διάρκεια του μπάνιου της.
- Ορώδης ή αιματηρή έκκριση
- Ερυθρότητα υπεραιμία.
- Ασυμμετρία του προσβλημένου μαστού και ανύψωση αυτού.
- Εισολκή της θηλής (όταν εντοπίζεται ο όγκος κάτω από θηλή) αποτελεί άλλη κλινική εκδήλωση της νόσου. Χρειάζεται προσοχή να μη γίνει σύγχυση με παρόμοια εισολκή που παρουσιάζεται εκ γενετής ή μπορεί να οφείλεται σε οξείες παθήσεις του μαστού.



Σημεία υποπτία για καρκίνο (εικόνα Ιο)



Σημεία υποπταγία για καρκίνο -κλινικά συμπτώματα.

- Σε προχωρημένο στάδιο παρουσιάζεται ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων
- Ο πόνος δεν είναι συχνό αν και το 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο ενώ υπάρχει σε μεταστάσεις.
- Ακόμα μπορεί να παρουσιασθεί και πάχυνση του δέρματος από τον όγκο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πρώιμη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται με

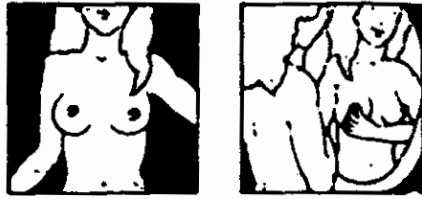
- α) αυτοεξέταση των μαστών
- β) κλινική εξέταση
- γ) εργαστηριακή διερεύνηση

Αυτοεξέταση μαστού

Αποβλέπει στην έγκαιρη διαπίστωση μιας ψηλαφητής μάζας στο μαστό από την ίδια τη γυναίκα. Στις περισσότερες περιπτώσεις του καρκίνου του μαστού (95%) ανακαλύπτονται από τις γυναίκες. Πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες πάνω από 30 χρόνων κυρίως.

Πρέπει η γυναίκα να κάνει αυτοεξέταση κάθε μήνα, τον ίδιο χρόνο και 7-10 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση, γιατί ο προεμμηνορρήςιος μαστός είναι διογκωμένος και μπορεί να αποκρύψει σημαντικές βλάβες ή μάζες που ανευρίσκονται εύκολα μετά την εμμηνορροσία.

Μετά την εξέταση αυτή η γυναίκα εξοικειώνεται με τον μαστό



Τοποθέτηση της γυναίκας μπροστά στον καθρέπτη και παρατήρηση των μαστών.



Σηκώνει τα χέρια και προσεχει αν υπάρχει ασυμετρία των μαστών.



Μετα ξαπλώνει και ψηλάφα τον κάθε μαστο κυκλικά.

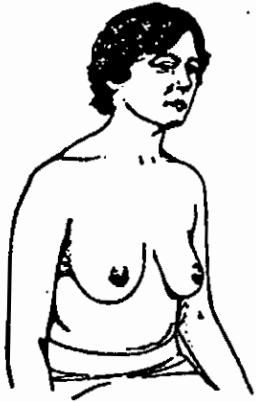
της και έχει τη δυνατότητα να δει οποιαδήποτε μεταβολή, αφού θα ξέρει και τις περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου που η πιο επικίνδυνη είναι και στο άνω έξω τεταρτημόριο και κάτω από την θηλή.

Σύμφωνα με αυτή την εξέταση η γυναίκα στέκεται γυμνή μπροστά στον καθρέφτη με τα χέρια κάτω και παρατηρεί τους μαστούς εάν υπάρχει συμμετρία, αλλαγή από την προηγούμενη εξέταση, αλλαγή σε μια θηλή ή έκκριση. Στη συνέχεια σηκώνει τα χέρια ψηλά και σκύβει λίγο και επισκοπεί αν υπάρχει συμμετρία και από αυτή τη θέση. Μετά ξαπλώνει και ψηλαφεί κυκλικά κάθε μαστό. Με το δεξί χέρι ψηλαφεί τον αριστερό μαστό με τεντωμένα τα τέσσερα δάκτυλα της από την περιοχή του στέρνου προς την έξω πλευρά. Τέλος, ψηλαφεί τις μασχάλες με τον ίδιο τρόπο.

Αν παρατηρήσει μια ανωμαλία, μια διόγκωση ή κάτι διαφορετικό από τον προηγούμενο μήνα πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό της.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

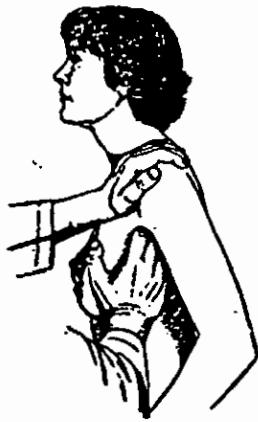
Για την κλινική διάγνωση, γίνεται εξέταση των μαστών από το γιατρό, μια εβδομάδα περίπου μετά την έμμηνο ρύση. Πρώτα, παίρνεται το ιστορικό υγείας της ασθενούς που δίνει σαφείς πληροφορίες, για την ηλικία της, το επάγγελμά της, την έναρξη και την παύση της εμμηνο ρύσεως καθώς και τις διαταραχές της. Εάν είναι έγγαμη ή όχι, τον αριθμό των φυσιολογικών τοκετών και αποβολών, την ηλικία που είχε την πρώτη κύηση. Αν είχε κάνει μακροχρόνια χρήση οιστρογόνων ή αν τώρα κάνει χρήση κάποιου φαρμάκου.



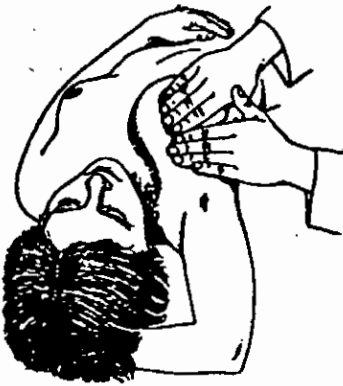
Τοποθέτηση της ασθενούς πρώτα με τα χέρια κάτω και μετά με τα
χέρια προς τα πάνω.



Τοποθέτηση της ασθενούς με τα χέρια στη μέση και τέλος ψηλάφηση
των υπερκλειδίων λεμφαδένων



Εξέταση της μασχάλης από τον γιατρό (εικόνα 6η)



Λεπτομερής εξέταση -ψηλάφηση των μαστών με ξαπλωμένη την αρρώστη και το χέρι κάτω από το κεφάλι. (εικόνα 7η)

Εξέταση της θηλής και συμπίεση της για την έξοδο απεκκρίσεως, (εικόνα 8η).

Επίσης παίρνονται πληροφορίες για προηγούμενες επεμβάσεις στους μαστούς της ασθενούς, τη σχέση της πάθησης με τον κύκλο της γυναίκας και τις τυχόν μεταβολές της με τη διάρκεια του κύκλου. Ελέγχεται η ύπαρξη πάθησης μαστού στα άλλα άτομα της οικογένειας. Αν έγινε θηλασμός πρόσφατα. Ακόμα αναζητούνται οι διαιτητικές της συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη).

Αρχικά, γίνεται η επισκόπηση των μαστών κάτω από επαρκή φωτισμό με την ασθενή σε καθιστική θέση, ή όρθια με τα χέρια στη μέση. Στην αρχή η ασθενής έχει τους βραχίονες στο πλάϊ και στη συνέχεια τους ανυψώνει πάνω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθούν τυχόν ανωμαλίες του δέρματος (πάχυνση, ερυθρότητα, οίδημα), εκκρίσεις ορώδεις ή αιματηρού ή γαλακτώδους υγρού).

Ακόμα γίνεται έλεγχος της μασχάλης και της υπερκλείδιας χώρας σε προχωρημένες μεταστάσεις δείχνει την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων, όπως και έλεγχος των υποδόριων φλεβών που ...σπάνια είναι διογκωμένες και παρατηρούνται σε προχωρημένο στάδιο του καρκίνου ή σε εγκυμοσύνη και αξιολογούνται ανάλογα.

Στη συνέχεια γίνεται η ψηλάφηση που αρχίζει από το άνω έσω τεταρτημόριο κύκλικά, καταλήγει στο άνω έξω και ολοκληρώνεται με την ψηλάφηση της θηλής και του κεντρικού τμήματος του μαστού.

Για την ανύψωση του μαστού ανυψώνονται τα χέρια πάνω από το κεφάλι ή με την τοποθέτηση μαξιλαριού στην ωμοπλάτη. Αυτό βοηθάει να διαπιστωθεί τυχόν έλλειψη κινητικότητας του μαστού ή υποδόριες συρρικνωτικές διεργασίες. Ο εξεταστής αρχίζει από το φυσιολογικό μαστό για να κάνει σύγκριση με τον μαστό που πάσχει.

Η τοποθέτηση των χεριών στη μέση προκαλεί την προβολή του με μείζωνα θωρακικό μυ. Μετά ψηλαφώνται οι μασχαλιαίοι και οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες, αφού η γυναίκα αφήσει ελεύθερο το σύστοιχο άνω άκρο.

Ακόμα γίνεται λεπτομερής ψηλάφηση των μαστών με ξαπλωμένη την άρρωστη και το χέρι κάτω από το κεφάλι. Τέλος, γίνεται εξέταση της θηλής και συμπίεση της για την έξοδο απέκκρισης. Για να αντιληφθεί ο γιατρός μια παραμικρή ανωμαλία σε κάποια περιοχή που παραλείφθηκε η εξεταζόμενη ξαπλώνει με τα χέρια πίσω από το κεφάλι.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

Για την ανίχνευση και ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού εφαρμόζονται πολλές μέθοδοι:

- μαστογραφία
- θερμογραφία
- Ξηρογραφία
- γαλακτογραφία
- παρακέντηση και κυτταρολογική εξέταση
- υπέρηχοι
- εργαστηριακές εξετάσεις αίματος
- βιοψία
- διαφανοσκόπηση

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό μηχανήμα το μαστογράφο. Ενισχύει την κλινική διάγνωση και την ανίχνευση λανθανόντων ασυμπτωματικών καρκινωμάτων του μαστού. Επομένως, συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση, περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Η μαστογραφία δεν θα πρέπει να επαναλαμβάνεται πάνω από μία φορά το χρόνο, ειδικά για τις γυναίκες που δεν βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, όπως και στις μικρές ηλικίες.

Όταν το φωτογραφικό απεικονιστικό υλικό είναι το ακτινογραφικό φιλμ τότε η μέθοδος ονομάζεται μαστογραφία, ενώ όταν χρησιμοποιείται ξηρογραφικό χαρτί ονομάζεται ξηρομαστογραφία. Σήμερα χρησιμοποιείται η μαστογραφία χαμηλής δόσης και η ξηρομαστογραφία.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκες αλουμινίου-σεληνίου. Βρίσκονται ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες. Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε γυναίκες πάνω από 50 χρόνων.

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες με μια φωτογραφική συσκευή και βοηθά στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Δυστυχώς, η αυξημένη θερμοκρασία - θερμότητα δεν είναι ειδική

για τον καρκίνο. Καλοήθεις καταστάσεις όπως η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, η αδένωση η επιθηλιακή υπερπλασία και οι ιστοί, που περιβάλλουν κύστεις μπορούν να προκαλέσουν αύξηση θερμοκρασίας.

Άλλες δυσκολίες στην εξέταση είναι ότι το θερμογραφικό προφίλ του μαστού επηρεάζεται από την έμμηνο ρύση, την κύηση, και δεν είναι όμοιο στους δύο μαστούς ώστε να υπάρχει κάποιο μέτρο σύγκρισης. Έτσι, δεν έχει καθιερωθεί σαν μέθοδος εκτίμησης της κατάστασης των μαστών.

ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ

Εγγυση σκιαστικού στους εκφορητικούς πόρους του μαζικού αδένου. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται εξαίρεση απεικόνισης του εξεταζόμενου πόρου ενώ διαγράφονται επίσης τυχόν εκτασίες, ενδοαυλικά ελλείμματα, απώθηση των πόρων και τυφλά άκρα.

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

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

ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΒΙΟΨΙΑ

Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή παίρνεται τεμάχιο ιστού είτε με αναρρόφηση είτε με τομή στο χειρουργείο ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Θεωρείται η πιο αξιόπιστη και ασφαλής μέθοδος διάγνωσης μιας τοπικής αλλοίωσης του μαστού.

Υπάρχουν δυο τεχνικές:

- Η βιοψία με βελόνα, και
- Η χειρουργική

Η πρώτη γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερο από 2 εκ. και να είναι επιφανειακός.

Η χειρουργική βιοψία γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία και μπορεί να αφορά τμήμα μόνο του όγκου ή τυχόν την καθολική εξαίρεσή του.

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Με δυνατό φως (ψυχρό), σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φω-

τίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες φωτίζονται, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Έτσι διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

ΑΣΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Έχει την ικανότητα να αποκαλύπτει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχαλιαίων όσο και των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων, καθώς και των εν τω βάθει μαστικών και οπισθομαστικών ιστών.

ΠΡΩΪΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Ο πρωτοπαθής όγκος αυξάνεται, οι επιχώριοι ιστοί, όπως το δέρμα και οι θωρακικοί μύες και τέλος το θωρακικό τοίχωμα διηθώντας και τελικά εμφανίζουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Η αυτόματη υποχώρηση του καρκίνου είναι σπάνια και παροδική. Δυστυχώς, παρατηρείται μεγάλη καθυστέρηση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, έλλειψη χρημάτων για θεραπεία, η απουσία πόνου, ελπίδα ότι η μάζα θα εξαφανισθεί και ο φόβος μπροστά στον ενδεχόμενο καρκίνο.

Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με το ότι ο καρκίνος του μαστού και μπορεί και πρέπει να αντιμετωπίζεται, ώστε να μην εγκαταλείπονται στην άγνοια και στην απελπισία, ενώ ο γιατρός από την πλευρά του θα πρέπει να παίρνει σοβαρά υ-

πόψη του ότι "οποιοδήποτε σημείο νόσου στο μαστό, μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο μέχρι αποδείξεως του εναντίον".

ΡΥΘΜΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Χαρακτηριστικό των κακοήθων όγκων είναι η ανάπτυξη. Ο ρυθμός της ανάπτυξης είναι αυτός που καθορίζει τη στιγμή που ο όγκος θα έχει φτάσει σε μέγεθος ικανό να γίνει αντιληπτός ή να προκαλέσει συμπτώματα.

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από 10^{13} κύτταρα. Ένας ανθρώπινος όγκος μεγέθους 1 ε.κ. περιέχει 1 δισεκατομμύριο (10^9) κύτταρα, ενώ για να προηγηθεί θάνατος από αυτόν θα πρέπει το σύνολο του όγκου να υπερβεί το 10^{12} κύτταρα.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη πρόγνωση του καρκίνου του μαστού και αυτοί είναι:

1) Διηθημένοι λεμφαδένες

Ασθενείς χωρίς διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους διηθημένους. Όταν υπάρχουν 1-3 διηθημένοι λεμφαδένες ή πενταετής επιβίωση των ασθενών είναι 62%, ενώ όταν είναι περισσότεροι από 4 το ποσοστό μειώνεται στο 32%

2) Όγκος ορμονοεξαρτώμενος ή όχι

Οι ορμονικά εξαρτώμενοι όγκοι είναι καλύτερης μορίας από τους μη εξαρτώμενους.

3) Ηλικία

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

4) Μέγεθος όγκου

Ασθενείς με όγκο διαμέτρου κάτω από 4 εκ. είναι καλύτερης πρόγνωσης από ασθενείς με όγκο μεγαλύτερης διαμέτρου.

5) Ιστολογικός τύπος όγκου

Οι διηθητικοί καρκίνοι έχουν χειρότερη πρόγνωση από τους καρκίνους τους υπολοίπους.

6) Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού

Είναι χειρότερης πρόγνωσης από τον εντοπισμένο καρκίνο στον ένα μαστό.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Υπάρχουν τέσσερις κύριες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού:

- ο διηθητικός εκφορητικών πόρων - NOS
- το λοβιδιακό καρκίνωμα
- το μυελοειδές
- το κολλοειδές ή βλεννώδες

Αυτές οι μορφές καρκίνου του μαστού μπορεί να εμφανισθούν και σε συνδυασμούς. Άλλες σπάνιες ιστολογικές μορφές καρκίνου του μαστού είναι:

- φλεγμονώδης
- η νόσος Paget
- ο αδενοκυστικός
- ο θηλωδης
- καρκινοσάρκωμα

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σταδίου 1 και 2 (χειρουργήσιμος καρκίνος), είναι διαφορετική από την αντιμετώπιση του σταδίου 3 και 4 (μη χειρουργήσιμος καρκίνος).

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού αποβλέπει από τη μία πλευρά στην απομάκρυνση του πρωτοπαθούς όγκου και των επιχώριων διηθημένων λεμφαδένων και από την άλλη στην καταπολέμηση των μακρυνών μεταστάσεων.

Μέσα θεραπείας που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό είναι:

- 1) χειρουργική θεραπεία
- 2) ακτινοθεραπεία
- 3) χημειοθεραπεία
- 4) ορμονοθεραπεία

ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΣΤΑΔΙΟ 1 ΚΑΙ 2

1) Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αντιμετώπιση γίνεται ανάλογα με την επέκταση της νόσου. Σε καρκινώματα κάτω από 1 εκ. σε διάμετρο, χωρίς πιθανή μεταστάση στους λεμφαδένες γίνεται ολική μαστεκτομή με αφαίρεση των γειτονικών λεμφαδένων, ενώ δεν αφαιρείται ο μείζονας θωρακικός μυς.

Μέχρι πρόσφατα η ριζική μαστεκτομή ήταν η αποκλειστική θεραπευτική επιλογή για τον καρκίνο του μαστού. Στη συνέχεια όμως άλλες εγχειρήσεις εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα.

Τα τελευταία αποτελέσματα αποφεύγονται ριζικές εγχειρήσεις με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

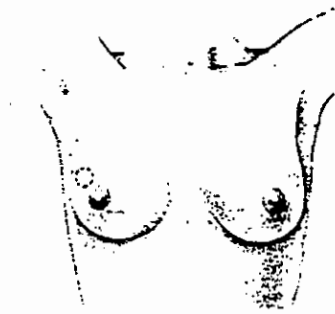
Ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει την αφαίρεση όλου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) και των αδένων και της μασχάλης. Εμφανίζει πολύ μικρό ποσοστό τοπικών υποτροπών (10-15%).

Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή: Περιλαμβάνει επιπλέον της ριζικής και την αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής. Συνιστάται σε περιπτώσεις εντόπισης του καρκίνου στο έσω ημιμόριο ή στο κέντρο του μαστού με διηθημένους τους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

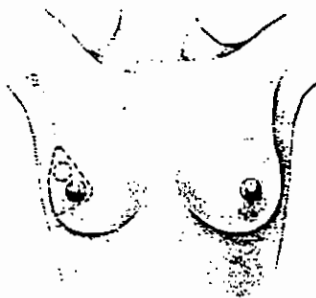
Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή: Χρησιμοποιείται στις περισσότερες ασθενείς. Η εγχείρηση διαφέρει από την ριζική στο ότι διασώζεται ο ελάσων θωρακικός μυς.

Διπλή μαστεκτομή: Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού χωρίς καθαρισμό της μασχάλης.

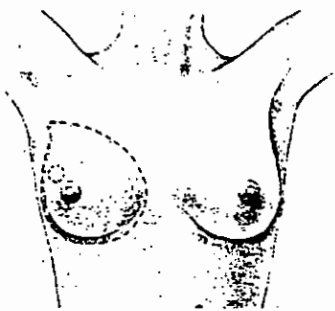
Τμηματική μαστεκτομή: Αυτή περιλαμβάνει είτε αφαίρεση ολόκληρου τεταρτημορίου (τεταρτημοριεκτομή), είτε αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, είτε τοπική αφαίρεση του πρωτοπαθή όγκου (ογκοεκτομή).



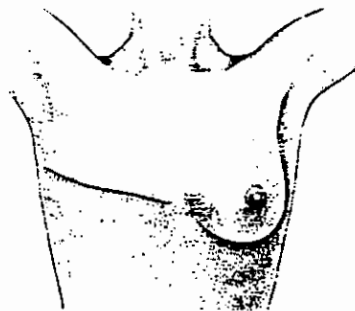
Ογκοτομή ή τυλεκτομή
Μονο ο όγκος αφαιρείται. Αυτό γίνεται όταν, οι όγκοι είναι μικροί. Είναι η λιγότερο παραβιαστική διαδικασία και ο μαστός θα φαίνεται σχεδόν απόλυτα φυσιολογικός.



ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ
Αφαιρούνται ο όγκος και ένα σημαντικό τμήμα του ιστού του μαστού που τον περιβάλλει όπως και το δέρμα και ο ιστός που βρίσκονται κάτω απ' αυτόν. Ο μαστός που επηρεάστηκε θα είναι μικρότερος μετά την επέμβαση.

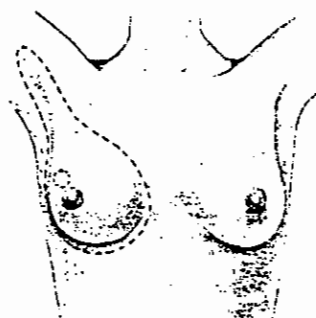
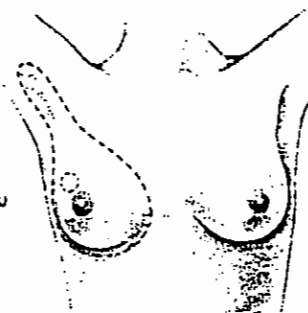


Απλή (ή ολική) μαστεκτομή
Αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός, χωρίς να πειραχτεί ο θωρακικός μυς και οι λεμφαδένες. Ο τελευταίος λεμφαδένας στον ίδιο το μαστό



λαμβάνεται για να εξεταστεί αν ο καρκίνος εξαπλώνεται. Αυτή είναι η πιο κοινή χειρουργική θεραπεία.

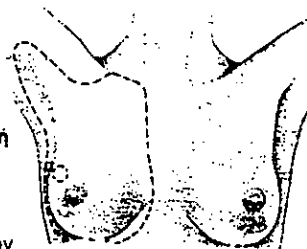
Τροποποιημένη ριζική
μαστεκτομή
Βασίζεται στην επέμβαση του
Halsted, αλλά οι θωρακικοί
μύες δεν αφαιρούνται.



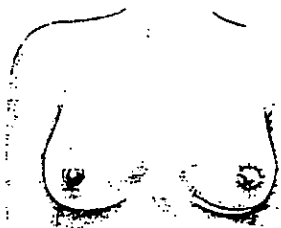
Ριζική μαστεκτομή
Αυτή η επέμβαση
τελειοποιήθηκε από το δόκτορα
Halsted το 1894 και καθώς
παραμορφώνει τόσο, σήμερα
χρησιμοποιείται σπάνια.
Περιλαμβάνει αφαίρεση όλων
των ιστών του μαστού, των
μασχαλαίων λεμφαδένων και

των θωρακικών μυών. Καθώς οι
θωρακικοί μύες του μαστού σας
βοηθούν στην κίνηση του
χεριού σας, η ελάττωση της
λειτουργίας του χεριού σας
μπορεί να είναι οριστικό
αποτέλεσμα αυτής της
επέμβασης.

Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή
 Αυτή δε γίνεται στη Βρετανία
 σήμερα. Είναι υπερβολικά
 παραμορφωτική και μερικές
 φορές περιλαμβάνει την
 αφαίρεση των πλευρών και των
 λεμφαδένων που
 κλείδωση.



Υποδόρια μαστεκτομή
 Ο εσωτερικός ιστός του μαστού
 αποσπάται, αφήνοντας την άλω
 και τη θηλή ανέπαφες και
 αρκετό δέρμα για να καλύψει
 ένα μόσχευμα σιλικόνης. Το
 μόσχευμα γίνεται συνήθως
 μερικούς μήνες αργότερα. Οι
 λεμφαδένες της μασχάλης
 μπορεί ν' αφαιρεθούν επίσης.
 Αυτή είναι μια πολύ ιδιαίτερη
 επέμβαση και δε γίνεται παντού
 στον κόσμο καθώς απαιτεί
 ειδικευμένους αισθητικούς
 χειρουργούς.



ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε μικρότερο βαθμό και σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων, γιατί δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη μεγαλύτερη επιβίωση. Έτσι ακολουθεί την απλή μαστεκτομή και την τμηματική.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συνιστάται σε ύπαρξη διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων 2-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Συνήθως δίνετια με κυκλικό τρόπο.

Ο χρόνος εφαρμογής της θεραπείας αυτής είναι 1-2 χρόνια, ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα. Σήμερα από πολλούς γίνεται συνδυασμός διαφόρων κυτταροστατικών φαρμάκων, ιδίως, σε ύπαρξη περισσότερων διηθημένων λεμφαδένων για καλύτερο αποτέλεσμα.

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε γυναίκες με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς και μεταεμμηνοπαυσιακές γίνεται συνδυασμός αντεοιστρογονικής ουσίας τομοξιφαίνης, με L-PAM ή 5-φλουοροουρακίλη για καλύτερο αποτέλεσμα αυτών των φαρμάκων.

ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Α. ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο τοπικά προχωρημένος καρκίνος αν και ανήκει στο στάδιο 3 είναι χειρουργήσιμος. Σαν πρώτη εκλογή γίνεται η ακτινοθεραπεία. Ο συνδυασμός όμως ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας φαίνεται αν αποτελεί ασφαλέστερο τρόπο αντιμετώπισης αυτού του καρκίνου.

1) Χειρουργική θεραπεία

Γίνεται ανακουφιστική αφαίρεση της καρκινικής μάζας ή και μαστεκτομή, πριν ή μετά από ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία.

2) Ακτινοθεραπεία

Μόνη της και σε υψηλές δόσεις προκαλεί τοπικό έλεγχο του προχωρημένου τοπικά καρκίνου του μαστού. Στη μεγαλύτερη δόση της ακτινοβολίας το ποσοστό ελέγχου φτάνει στο 78% του όγκου.

3) Χημειοθεραπεία

Διάφορα σχήματα κυτταροστατικών φαρμάκων έχουν επινοηθεί με ποικίλους τρόπους χορήγησης. Ένας τρόπος θεραπείας που η χημειοθεραπεία θεωρείται σαν αρχή αντιμετώπισης είναι ο ακόλουθος:

Εάν μετά την χημειοθεραπεία ο πρωτοπαθής όγκος εξαλειφθεί ή περιορισθεί στο ελάχιστο, ακολουθεί ακτινοβολία του μαστού, της μασχαλίας χώρας, περιοχής έσω μαστικής και υπερκλείδιας χώρας.

Εάν ο περιορισμός του όγκου είναι ακόμα μικρότερος γίνεται

απλή μαστεκτομή και μετά ακτινοβολία.

Εάν ο όγκος θεωρείται ανεγχείρητος, εφαρμόζεται ακτινοβολία του όγκου και των λεμφαδένων.

4) Ορμονοθεραπεία

Στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, όπως στο τάδιο 1 και 2.

B. ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΚΡΥΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Εκτός από περιορισμένες εξαιρέσεις, η θεραπεία στο στάδιο αυτό έχει χαρακτήρα παρηγορητικό.

1) Χειρουργική θεραπεία

Η νόσος είναι ανίατη με χειρουργικά μέσα, λόγω της διασποράς που έχει κάνει. Εφαρμόζεται μόνο για αφαίρεση της βλάβης, και διαπίστωση της μεταστατικής νόσου.

2) Ακτινοθεραπεία

Εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση:

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

3) Ορμονοθεραπεία

Η εκλογή της ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλιμακτήριο κατάσταση της ασθενούς. Έτσι διακρίνουμε 2 κατηγορίες, τις προεμμηνοπαυσιακές και τις μεταεμμηνοπαυσιακές ασθενείς.

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

Δεύτερη επιλογή είναι η υποφυσεκτομή ή επινεφριδεκτομή, εφόσον οι ασθενείς ανταποκρίθηκαν στην αρχική ορμονοθεραπεία, και παθαίνουν μετά υποτροπή.

Σε αποτυχία της ορμονοθεραπείας δίνονται χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Στις μεταεμμηνοπαυσιακές αρχικά χορηγούνται αντλιοιστρογόνα. Σε περίπτωση υποτροπής της νόσου δίνονται ανδρογόνα ή οιστρογόνα. Επινεφριδεκτομή ή αμινογλουτεθιμίδη εφαρμόζεται σε γυναίκες με καλή γενική κατάσταση και με περιορισμένη μετάσταση. Αφού αποτύχει η ορμονοθεραπεία χορηγείται πολυχημειοθεραπεία. Η επιλογή της ορμονοθεραπείας γίνεται και με τους ορμονικούς υποδοχείς. Η δυνατότητα ανταπόκρισης των καρκινικών κυττάρων στον ορμονικό ερεθισμό εξαρτάται από τον αριθμό και την κατάσταση των υποδοχέων που διαθέτουν για κάθε ορμόνη.

Πριν από λίγα χρόνια η χορήγηση ορμονοθεραπείας στον καρκίνο του μαστού ήταν καθαρά εμπειρική. Σήμερα όμως η γνώση και η δυνατότητα ανίχνευσης των υποδοχέων οιστρογόνων και προγεσταρόνης αποτελεί σημαντικό βήμα στον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής.

Οι υποδοχείς οιστρογόνων είναι ειδικές πρωτεΐνες που βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα των καρκινικών κυττάρων του μαστού.

Σε μικρότερο αριθμό απαντούν στον φυσιολογικό μαστό και

στις καλοήθεις παθήσεις του. Το 60% των ασθενών με θετικούς υποδοχείς οιστρογόνων ανταποκρίνεται στην ορμονοθεραπεία.

Το ποσοστό αυτό πέφτει στο 8-10% όταν οι υποδοχείς οιστρογόνων είναι αρνητικοί. Εκτός από τους υποδοχείς οιστρογόνων, στα καρκινικά κύτταρα ανιχνεύονται και υποδοχείς προγεστερόνης. Η πρόγνωση αυτών είναι καλύτερη.

Η ανταπόκριση των ασθενών στην ορμονοθεραπεία με θετικούς και τους δύο ορμονικούς υποδοχείς, ανέρχεται σε 75-80%. Όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι θετικοί χορηγείται ταμοξιφαίνη σε συνδυασμό με L-PAM ή 5-φλοφλουροουρακίλη.

4. Χημειοθεραπεία

Η πολυχημειοθεραπεία είναι πιο αποδοτική της ορμονοθεραπείας, γιατί επιτυγχάνεται καλύτερη ανταπόκριση, μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης, και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι δόσεις της θεραπείας εξαρτώνται από την ηλικία της ασθενούς και την λειτουργική κατάσταση του μυελού των οστών, ήπατος, και των νεφρών.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο του μαστού είναι γνωστό ότι εμφανίζονται καταστροφικές βλάβες του σκελετού, όπως κατάγματα, οσφυαλγία, παράλυση. Άλλες κύριες επιπλοκές είναι η υπερασβεστιαϊμία, οι μεταβολές της συμπεριφοράς και η μείωση της όρασης με ή χωρίς πτώση βλεφάρου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Κατά την προεγχειρητική φάση γίνεται ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο με την καλύτερη φυσική και ψυχολογική προσέγγιση.

1) Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή όσο μπορεί περισσότερο να διώξει τα αισθήματα φόβου και άγχους με τις ακόλουθες ενέργειες:

- α) Παρακολουθεί και ακούει με προσοχή τις ανησυχίες και τα προβλήματα της άρρωστης.
- β) Φροντίζει για την υποστήριξη του συζύγου και των άλλων μελών της οικογένειας μέχρι την τελευταία στιγμή που θα μπει στο χειρουργείο.
- γ) Φροντίζει να έρθει η άρρωστη σε επαφή με κάποια άλλη ασθενή, που ήταν στην ίδια κατάσταση και τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά.
- δ) Η νοσηλεύτρια συζητά μαζί της, για τα διάφορα προγράμματα αποκατάστασης και τη χρήση κάποιου τεχνητού μαστού.
- ε) Την εναθρύνει και την διαβεβαιώνει ότι όλα θα πάνε καλά.

2) Επειδή κάθε γυναίκα έχει διαφορετική προσωπικότητα για αυτό και δέχεται διαφορετικά την εγχείρηση. Έτσι, η νοσηλεύ-

τρια πρέπει να την αντιμετωπίζει ξεχωριστά σαν άτομο και την βοηθά να εκφράσει τα αισθήματά της. Μπορεί να φοβάται την αποδοχή του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, επειδή δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της σαν μητέρα, όταν πρέπει να θηλάσει το παιδί της. Σε αυτήν την περίπτωση καλείται ο σύζυγος της και ολόκληρη η οικογένεια της να την ενισχύσουν και να την στηρίξουν ψυχολογικά.

3) Η νοσηλεύτρια βοηθάει για την καλή κατάσταση της ασθενούς πριν από το χειρουργείο με τις παρακάτω ενέργειες:

- α) Φροντίζει για την καλή διατροφή της άρρωστης και ικανοποιεί όλες τις φυσικές ανάγκες.
- β) Σε περίπτωση ριζικής μαστεκτομής, φροντίζει για την εξασφάλιση αίματος
- γ) Χορηγεί υπνωτικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό για να ελαττώσει τις ανησυχίες της άρρωστης.

4) Γίνεται προετοιμασία δέρματος με το ξύρισμα της περιοχής που πάσχει και των δύο μαστών, γιατί η επίδεση του τραύματος περνά από την άλλη μασχάλη. Γίνεται καθαρισμός σχολαστικός στην περιοχή και γύρω από αυτήν σε μεγάλη έκταση.

Πολλές φορές επειδή η εγχείρηση γίνεται και πλαστική ξυρίζεται και ο μηρός για τυχόν λήψη δέρματος, και καθαρίζει με σαπούνι και όχι με αντισηπτικό, γιατί καταστρέφονται τα επιφανειακά κύτταρα.

5) Εξετάζει αν είναι ντυμένη σωστά με τα ρούχα του χειρουργείου. Τέλος, βοηθάει την άρρωστη και την οικογένειά της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους, καθώς και αναλύονται από την νοσηλεύτρια προβλήματα σχετικά με την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τον πόνο, την δραστηριότητα και τη διόρθωση της απώ-

λειας του μαστού.

Όλα αυτά βοηθούν στις καλύτερες σχέσεις μεταξύ τους.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Στην ανάνηψη ή προεγχειρητική νοσηλεύτρια μεταβιβάζει διεγχειρητικές πληροφορίες, όσον αφορά την εγχείρηση που έγινε, την εφαρμογή σωλήνων - καθετήρων κ.ά.

Η νοσηλεύτρια επιδιώκει να αποκτήσει ανεξαρτησία ή ασθενής να την ενισχύσει ψυχολογικά, την πρόληψη των επιπλοκών και την γρήγορη ανάνηψη.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να μετρά σε μικρά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία της άρρωστης και τον σφυγμό για την διαπίστωση του shock και της αιμορραγίας. Προσέχει συχνά την περιοχή του τραύματος για τυχόν αιμορραγία.

Ελέγχει την επίδεση του τραύματος να είναι καλή, σφικτή και όχι πολύ πιεστική και την ενοχλεί στην αναπνοή.

Ανακουφίζει τον πόνο της άρρωστης με την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, μετά από οδηγία του γιατρού. Την βοηθάει να αλλάζει συχνά θέσεις και την ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές για πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.

Ελέγχει την παροχέτευση του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας, παροχέτευσης συνδέεται με απορροφητική συσκευή HEMOVAC, και ελέγχει συχνά την λειτουργία της συσκευής. Επίσης παρατηρεί και αναγράφει την ποσότητα και το χρώμα των υγρών παροχέτευσης.

Τοποθετεί την άρρωστη σε θέση ημι-fowler με το ελεύθερο χέρι να ακουμπά σε μαξιλάρι. Έτσι αποφεύγεται το λεμφοίδημα. Με την μαστεκτομή ελαττώνεται η άμυνα του οργανισμού κατά των λοι-

μώξεων λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διατηρεί καθαρό το χέρι που πάσχει και να μην εκτελεί υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις για τυχόν είσοδο μικροβίων.

Βοηθάει την άρρωστη να σηκωθεί από το κρεβάτι όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Όταν σηκώνεται για πρώτη φορά, η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της, ότι μπορεί να χάσει την ισορροπία της εξαιτίας της απώλειας του μαστού.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει την άρρωστη στις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες να φάει, γιατί το ένα χέρι της δεν μπορεί να το χρησιμοποιήσει. Η διατροφή συνιστάται να είναι ανάλογη με την προτίμηση για τη διάθεση της άρρωστης, αφού πρώτα η νοσηλεύτρια ανακαλύψει τους παράγοντες που επηρεάζουν την καλή διαίτα.

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

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΠΡΟΛΗΨΗ Ή ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Το λεμφοίδημα παρουσιάζεται στο χέρι της προσβλημένης μεριάς παρό καλή λειτουργία της λέμφου, λόγω εξαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων στη ριζική μαστεκτομή. Η λοίμωξη καταπολεμάται δύσκολα, επειδή η αντίσταση του οργανισμού είναι ελαττωμένη.

Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει την άρρωστη να αποφεύγει τις εκδορές, τις αμυχές, τα τσιμπήματα, εγκαύματα και την χρήση δυνατών ουσιών, για να μην επιδεινώνεται το οίδημα από την εμφά-

νιση λοίμωξης. Να μην μεταφέρει βαρεια αντικείμενα με το χέρι, που πάσχει, να μην φορά κοσμήματα, να αποφεύγει την παρατεταμένη ηλιοθεραπεία και να περιποιείται το χέρι της καθημερινά με αλοιφή που της σύστησε ο γιατρός.

Για 4 μήνες κάνει μασάζ στο βραχίονα της πλευράς που πάσχει και τον ανυψώνει συχνά για να ελαττώσει το οίδημα. Επίσης, να μην γίνονται ενέσεις, εμβόλια, αιμοληψίες, λήψη αρτηριακής πίεσης σε αυτό το χέρι ούτε να φορά σφιχτά ρούχα. Αμα εμφανισθεί το λεμφοίδημα, η νοσηλεύτρια δίνει στην άρρωστη διουρητικά φάρμακα σε συνεργασία με το γιατρό.

ΜΕΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ

- * Στα οστά παρατηρούνται:
 - οστικοί πόνοι,
 - παθολογικά κατάγματα
 - δυσκολία στη βάδηση
- * Στους πνεύμονες:
 - πόνος
 - δυσφορία
 - δύσπνοια
- * Στο ήπαρ
 - ναυτία
 - έμετος
 - κοιλιακοί πόνοι
 - ανορεξία
 - απώλεια βάρους

- * ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ:
 - σπασμοί
 - παράλυση
 - διαταραχές όρασης

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- * Στα οστά:
 - ανακούφιση του πόνου με ναρκωτικά ηρεμιστικά
 - πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης
- * Στους πνεύμονες:
 - παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια
 - χορήγηση οξυγόνου
- * Στο ήπαρ:
 - παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια
 - μικρά και συχνά γεύματα
 - σε περίπτωση αδυναμίας της άρρωστης να φάει τρέφεται με τεχνητή διατροφή μέσω γαστροτομής.
- * ΣΤΟΝ ΕΓΚΕΦΑΛΟ:
 - εξασφάλιση άνεσης
 - πρόληψη τραυματισμού από πτώση
 - παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
 - παροχή υγιεινής φροντίδας του σώματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι .

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ

Η ασθενής ονομάζεται Βασιλική Ρέλλου και είναι ηλικίας 57 ετών και επαγγέλματος ιδιωτική υπάλληλος. Η ασθενής είχε εμμηναρχή 11 ετών, και είναι παντρεμένη και έχει 3 παιδιά, χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα αυγείας. Οι γονείς της έχουν πεθάνει.

Το πρώτο σύμπτωμα (προ ενός έτους), που την οδήγησε να επισκεφθεί τον γυναικολόγο της, ήταν μετά από αυτοεξέταση στο μαστό και σαφέστερα στον αριστερό μαστό παρατηρεί κάποιο όγκο. Αυτό ήταν και η αρχή από μια σειρά επισκέψεων και εξετάσεων στους γιατρούς για το πρόβλημά της. Ο γιατρός της συνέστησε ορισμένα φάρμακα (δεν γνωρίζουμε ποιά), και της είπε να κάνει και μια ακτινογραφία στο μαστό. Αφού είδε την ακτινογραφία της συνέστησε να εισαχθεί στο ΠΠΓΝΠ για έναν πλήρη και καλύτερο έλεγχο της κατάστασης.

Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο στις 10 Μαΐου 1992. Μετά από ακτινολογικό έλεγχο φάνηκε σκίαση στον αριστερό μαστό. Διαπίστωση των όλων εξετάσεων ήταν ότι είχε καρκίνο μαστού, μετά από συνεννόηση ήρθε στην κλινική για χειρουργική επέμβαση μα-

στεκτομής.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιμοσφαιρίνη	:	11
Αιματοκρίτης	:	35
Λευκά	:	7.000.000
Αιμοπετάλια	:	Κ.Φ.
Ουδετερόφιλα	:	75%
Λεμφοκύτταρα	:	4%
Μονοπύρνα	:	16%
Ομάδα αίματος	:	0 Rhesus (θετικό)
Ουρία	:	27%
Σφαιρίνες	:	2,1 gr/100 ml
Ουρικό οξύ	:	3,5 mgr/100 ml
T.K.E. αιμοσφαιρίων	:	IH 32 mm

Από τους γιατρούς του νοσοκομείου κρίθηκε ότι ήταν απαραίτητο να γίνει εγχείρηση. Ενημερώθηκε η ασθενής ότι πρέπει να χειρουργηθεί καθώς και το οικογενειακό της περιβάλλον.

Η ασθενής στεναχωρήθηκε αλλά το αντιμετώπισε αρκετά ήρεμα και ψύχραιμα. Σε αυτό βοήθησε πολύ η οικογένειά της και κυρίως ο άνδρας της. Αν και ενημερώθηκε ότι η γυναίκα του έπασχε από καρκίνο του μαστού αντιμετώπιζε την όλη κατάσταση με πολύ θάρρος.

Όλη η οικογένεια της, φρόντιζε έτσι ώστε να βρίσκεται πάντα κάποιος δίπλα της για να μην μένει μόνη της και για να την στηρίζει ψυχολογικά. Στην ίδια ασθενή είπαν ότι πρέπει να χειρουργηθεί για να της βγάλουν μια κύστη.

Με την ασθενή συζητούσαν οι νοσηλεύτριες της ηλικίας της σε κλίμα κατανόησης, ενδιαφέροντος, και αγάπης δίνοντας της ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους της, τις αγωνίες και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις της.

Η ασθενής κατάλαβε ότι ενδιαφέρονται γι' αυτήν και τις αντιμετώπισε πολύ καλά. Ήθελε μάλιστα να την ενημερώσουν για την πορεία της κατάστασης της μετά το χειρουργείο. Έτσι, εξήγησαν στην ασθενή ότι μετά την εγχείρηση θα φέρει θωρακική παρεχέτευση, ορό, Levin και της τόνισαν ότι θα πρέπει μόνη της και συνεχώς να παίρνει βαθειές αναπνοές για πρόληψη και αποφυγή αναπνευστικών επιπλοκών, να κάνει κινήσεις στο κρεβάτι (χέρια - πόδια). Της εξήγησαν γιατί θα έπρεπε να κάνει όλα αυτά και σε τί θα χρησίμευαν. Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της, πχ. θανάτου και μήπως η εγχείρηση δεν πετύχει. Μετά από συνεργασία με τον άνδρα της την καθησύχασαν.

ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το βράδυ της προηγούμενης ημέρας έγινε ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου και χορηγήθηκε Stedon των 5 mg για να μπορέσει η ασθενής να κοιμηθεί ήσυχα.

Το απόγευμα η νοσηλεύτρια επισκέφθηκε την ασθενή, για να δει την ψυχολογική της κατάσταση. Της εξήγησαν ότι δεν πρέπει να στεναχωριέται και ότι δεν πρόκειται να αντιμετωπίσει τίποτα άλλο παραπάνω εκτός από αυτό που είχαμε συναντήσει.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Η ασθενής μπήκε στο χειρουργείο στις 8:00 και βγήκε στις 11:30. Στην εγχείρηση βρέθηκε ένας όγκος διαμέτρου 0,6 εκ. περιπίου. Εγινε μαστεκτομή και η ιστολογική εξέταση έδειξε αδενοκαρκίνωμα μαστού.

Η ασθενής μετά την επέμβαση συνδέθηκε με την παροχή οξυγόνου γιατί ήταν ελαττωμένη η αναπνευστική εφεδρεία του άλγους της τομής και της ακινητοποίησης των θωρακικών μυών, της απώλειας αίματος και της ελαττωμένης πίεσης αυτής.

Η ασθενής μετά την επέμβαση έκανε μετάγγιση αίματος ακολουθούμενη με έγχυση. Ο βαθμός ροής δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 50-60 σταγόνες το λεπτό.

Εγινε παυσίπονη ένεση στην ασθενή Romidon γιατί πονούσε πολύ. Η ασθενής έφερε Levin, ορό Ringers 1000 cc και θωρακική παροχέτευση Bellow, που συνδέεται με απορροφητική συσκευή Hemovac

Το Levin προκαλούσε δυσφορία στην ασθενή. Της εξήγησαν σε τί της χρησιμεύει και της είπαν ότι θα πρέπει να κάνει υπομονή λίγες μέρες. Γινόταν συνεχής έλεγχος για την λειτουργία του κλειστού συστήματος παροχέτευσης. Παρακολουθούσαν συχνά ώστε να διατηρείται η βατότητα του σωλήνα. Γι' αυτό γινόταν συχνά αναρροφήσεις του σωλήνα για να μην αποφραχθεί από θρόμβους και ινική.

Σημειώθηκε επίσης το αρχικό επίπεδο του υγρού με λευκοπλάστ ώστε να μετριέται η ποσότητα και η ταχύτητα με την οποία έχανε υγρά. Αυτό χρησίμευσε για την αντικατάσταση των υγρών αυτών με ενδοφλέβιες εγχύσεις.

Ενθάρρυναν την ασθενή να αλλάζει συχνά θέση, να αναπνέει βαθειά και να βήχει σε συχνά χρονικά διαστήματα. Ο έλεγχος των

ζωτικων σημείων ήταν συχνός. Η πίεση του αίματος, ο σφυγμός κάθε μισή ώρα μετά την επέμβαση και ανά ώρα, κατά τη διάρκειά της πρώτης νύχτας.

Παράλληλα γινόταν έλεγχος του χαρακτήρα των αναπνοών της θερμοκρασίας, του χρώματος της ασθενούς και του βαθμού της συνείδησης της.

Προσεκτικός έλεγχος γινόταν για την αντιμετώπιση πρόωρων συμπτωμάτων ή ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Λεπτομερής έλεγχος γινόταν στα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Για να αντιμετωπισθεί καλύτερα η μετεγχειρητική κατάσταση της αρρώστου της χορηγήθηκε υπερλευκωματούχος δίαιτα για να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό, αρνητικό ανισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων ημερών χωρίς συνέπειες στον οργανισμό της.

Επίσης, της έγινε φυσιοθεραπεία, η οποία άρχισε από την πρώτη κιόλας εβδομάδα μετά την επέμβαση, για κινητοποίηση της χειρουργημένης πλευράς και του αντίστοιχου μέλους.

Διδάχθηκε πως να κάνει μόνη της τις κινήσεις. Πριν αρχίσει η φυσιοθεραπεία αφαιρέθηκαν το Levin και λίγες ημέρες αργότερα η παροχέτευση του. Μετά δύο εβδομάδες σταμάτησε και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Η ασθενής επειδή στην αρχή δεν ήξερε ότι έπασχε από καρκίνο μαστού, και επειδή ήταν απαραίτητο να κάνει χημειοθεραπεία μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο, ο γιατρός που την παρακολουθούσε της εξήγησε ότι θα έπρεπε να συνεχίσει τη θεραπεία με φάρμακα.

Ακόμα της εξήγησε ότι έπρεπε να επισκέφεται το νοσοκομείο περίπου κάθε μήνα για να παίρνει τα φάρμακα γιατί δίνονταν μόνο ενδοφλέβια.

Σε όλη τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο η ασθενής ήταν πολύ συνεργάσιμη και ακολουθούσε πάντα τις οδηγίες του γιατρού και των νοσηλευτριών.

Η ασθενής δεν ζήτησε περισσότερες πληροφορίες για την χημειοθεραπεία. Ικανοποιήθηκε με την εξήγηση που της δόθηκε από το γιατρό γιατί πίστευε ότι αυτή θα γινόταν για την καλύτερευση της υγείας της.

Την ημέρα που ήταν να φύγει της δώσαμε οδηγίες για να προλάβει τυχόν επιπλοκές και να προσπαθήσει, ώστε να βελτιωθεί η υγεία της.

Αυτές ήταν:

- το αίσθημα κόπωσης που πιθανόν να έχει θα της φύγει με την πάροδο του χρόνου
- να εκτελεί ασκήσεις που έκανε και στο νοσοκομείο
- δεν θα πρέπει να σηκώνει βάρος πάνω από 10 κιλά
- να σταματά κάθε δραστηριότητα που της προκαλεί κόπωση, βράχυνση της αναπνοής, ή θωρακικό πόνο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Η εισαγωγή στο νοσοκομείο και η επίγνωση ότι έχει καρκίνο δημιουργεί άγχος, αγωνία και φόβο</p>	<p>Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη την ασθένειά της Ελάττωση αγωνίας και άγχους</p>	<p>Συζήτηση με την άρρωστη για να της δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις</p>	<p>Η νοσηλεύτρια πρέπει να λύσει το πρόβλημα της άρρωστης βοηθώντας την να εξωτερικεύσει με διάλογο τα αισθήματά της και να ικανοποιηθεί όλες τις ανάγκες της. Της χορηγήθηκε για να ηρεμήσει 1 TAVOR</p>	<p>Η άρρωστη ηρέμησε, έπαψε να διακατέχεται από άσχημα συναισθήματα.</p>
<p>Καθαριότητα της άρρωστης</p>	<p>Διατήρηση της καθαριότητας της άρρωστης.</p>	<p>Προγραμματισμός για συχνή περιποίηση της κεφαλής της άρρωστης</p>	<p>Μπάνιο επί κλίνης της άρρωστης και λούσιμο του τριχωτού της κεφαλής Συχνή αλλαγή των ρούχων και των κλινοσκεπασμάτων της ώστε να είναι πάντα καθαρή.</p>	<p>Η ασθενής είναι καθαρή και νοιώθει άνετα.</p>
<p>Αίσθημα απελπισίας για το φόβο του επικείμενου θανάτου</p>	<p>Αλλαγή της άρρωστης από την σκέψη του θανάτου.</p>	<p>Υποστήριξη της άρρωστης ότι όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>Ψυχολογική ενίσχυση της άρρωστης. Η νοσηλεύτρια προτρέπει την άρρωστη να ασχοληθεί με νέα ενδιαφέροντα</p>	<p>Η ασθενής ελπίζει και αποβάλλει σταδιακά το φόβο του θανάτου.</p>
<p>Δυσπνοια</p>	<p>Ελλειψη της δύσπνοιας</p>	<p>Προγραμματισμός για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας</p>	<p>Χορήγηση οξυγόνου το πρώτο εξάωρο μετά το χειρουργείο</p>	<p>Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρωστης.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος και ένταση	Ανακούφιση του πόνου καθώς και προσπάθεια αντιμετώπισης της έντασης	Εξέταση των αιτιών που προκαλούν τον πόνο	Μείωση των παραγόντων που δημιουργούν ένταση στον άνθρωπο	Η άρρωστη ανακουφίστηκε από την μείωση του πόνου και αισθάνθηκε άνετα.
Θρεπτικό ανισοζύγιο	Διατήρηση επαρκούς θρέψης της άρρωστης	Ελεγχος των τροφών, που προτιμά η άρρωστη καθώς και εξασφάλιση των σωστών συνθηκών διατροφής.	Δίνονται στην άρρωστη τροφές που προτιμά. Οι τροφές πρέπει να είναι καλοσερβιρισμένες και το περιβάλλον καλό.	Η σωστή θρέψη οδηγεί την άρρωστη σε γρήγορη ανάρρωση.
Θλίψη και άγχος για την αναπηρία	Απομάκρυνση των άσχημων συναισθημάτων	Προγραμματίζουμε συνάντηση της ασθενούς με άτομο που έχει υποστεί μαστεκτομή και ζει και εργάζεται κανονικά.	Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τονώσει ψυχολογικά την ασθενή	Η άρρωστη αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά.
Περιποίηση κινήσεων και αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης	Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να δεχθούν την κατάσταση.	Διάλογος με την ασθενή και τους δικούς της	Ακρόαση όλων των ερωτημάτων αποριών, και ανησυχιών αυτής και κατανόηση τους.	Η ασθενής εκτελεί όλες τις ασκήσεις και άρχισε να αυτοεξυπηρετείται μόνη της.
Περιποίηση τραύματος και παρακολούθηση των παροχετεύσεων.	Πλήρης γνώση της περιποίησης για την αποφυγή κινδύνου λοίμωξης.	Διδασκαλία της άρρωστης για την περιποίηση και την προφύλαξη του τραύματος.	Η νοσηλεύτρια καθαρίζει το τραύμα καθημερινά και παρακολουθεί το χρώμα και την ποσότητα των παροχετευμένων υγρών. Η παροχέτευση είχε 50 CC.	Γρήγορη επούλωση του τραύματος και αποφυγή μόλυνσής του.

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΘΩΣ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΑΣ ΕΙΣΑΓΕΤΑΙ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ

Η ασθενής εισάγεται ένα μήνα περίπου μετά την εγχείρηση της. Νοσηλεύτρια επισκέφεται την ασθενή και της εξηγεί την όλη πορεία της διαδικασίας όσον αφορά την χημειοθεραπεία. Η ασθενής υποστηρίζεται ψυχολογικά και από ανήσυχη και αγωνιώδης μεταβάλλεται σε ήρεμη και ψύχραιμη.

Η ασθενής κατά την έγχυση παρουσίασε εμετούς και διαρροϊκές κενώσεις. Της δόθηκαν αντιεμετικά και αντιδιαρροϊκά φάρμακα.

Κατά την παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο φρόντιζε η νοσηλεύτρια για την καλή θρέψη της ασθενούς και παρακολουθούσε τη γενική της κατάσταση.

Η άρρωστη με το τέλος της χημειοθεραπείας παρέμεινε στο νοσοκομείο για μια ημέρα για παρακολούθηση και την επόμενη ξήλθε αφού ενημερώθηκε από το γιατρό για τη συνέχεια της θεραπείας της.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ

Η ασθενής ονομάζεται Κ. Παπαδοπούλου και είναι ηλικίας 54 ετών, επαγγέλματος καθηγήτρια φιλολογίας. Η ασθενής είναι παντρεμένη με 2 παιδιά, η μητέρα της έχει πεθάνει από ανακοπή, κι ο πατέρας της ζεί και είναι 81 ετών. Η ηλικία της εμμηναρχής ήταν στα 13 χρόνια της.

Η κυρία Παπαδοπούλου προ ενός έτους κατα την ψηλάφηση στο στήθος και συγκεκριμένα στον αριστερό μαστό, την έκανε να επισκεφθεί το γιατρό της, για να διαπιστωθεί τί ακριβώς είναι.

Μετά από εξετάσεις διαπιστώθηκε ότι, η κυρία είχε καρκίνο του μαστού (αριστερού) και έγινε η εισαγωγή της, κατόπιν συνηνευόσεως για την θεραπεία.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ

Λευκά	:	6.500.000
Ερυθρά	:	4.000.000
Αιματοκρίτης	:	37
Αιμοσφαιρίνη	:	12,2
Ουρία	:	35
Σάκχαρο	:	117
Κ	:	4
Ομάδα αίματος	:	A Rhesus (θετικό)
Ουρικό οξύ	:	5.0 mg%
Εγινε μαστογραφία		
Εγινε ακτινογραφία θώρακος		
Α.Π.	:	145/75 mmHg

Θερμοκρασία : 36,7°C

Σφύξεις : 73

Εγινε βιοψία ιστολογική και ήταν θετική. Μετά από τις διάφορες εξετάσεις που έγιναν και την συγκέντρωση τους καθορίστηκε η ημέρα και η ώρα της χειρουργικής επέμβασης, (μαστεκτομή).

Η ασθενής όταν έμαθε ότι έπρεπε να κάνει εγχείρηση στενοχωρήθηκε, φοβόταν και είχε άγχος. Ήταν ευερέθιστη, δεν μιλούσε καθόλου και όταν μιλούσε ξέσπαγε σε κλάματα.

Ο άνδρας της αν και έχει στενοχωρηθεί αντιμετώπιζε με ψυχραιμία την όλη κατάσταση, αν και γνώριζε ότι η σύζυγός του έπασχε από καρκίνο του μαστού.

Προσποιώταν στην σύζυγό του ότι αυτός ήταν σίγουρος ότι θα γινόταν καλά η σύζυγός του παρ' όλο που ήταν υποχρεωμένη να υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση.

Αυτός από την αρχή παρακάλεσε να μην μάθει η γυναίκα του τίποτα, (ότι δηλαδή πάσχει από καρκίνο του μαστού), γιατί δεν είχε τη δύναμη να το αντιμετωπισει. Γι' αυτό το λόγο της είπαν ότι πρέπει να χειρουργηθεί λόγω κάποιας κύστης που είχε στον μαστό της.

Οι συζητήσεις με την ασθενή ήταν σε κλίμα κατανόησης ενδιαφέροντος, και αγάπης δίνοντας τις ευκαιρίες να εκφράσει τους φόβους της, τις αγωνίες της και γενικά τα αισθήματα και τις σκέψεις της.

Η ασθενής ήθελε να την ενημερώνουν για την κατάσταση της μετά το χειρουργείο. Έτσι εξηγήθηκε στην ασθενή ότι μετά το χειρουργείο θα φέρει θωρακικές παροχετεύσεις, ορό Levin και τονίσθηκε ότι πρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές για την αποφυγή αναπνευστικών επιπλοκών. Ακόμα να κάνει κινήσεις που θα της διδάξουν κλπ.

Η ασθενής εξέφρασε τους φόβους της μήπως η εγχείρηση δεν πετύχει, αλλά από το νοσηλευτικό προσωπικό την ενημέρωσαν, την βοήθησαν, και προσπάθησαν να την καθησυχάσουν.

ΑΜΕΣΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το προηγούμενο βράδυ της εγχείρησης έγινε ξύρισμα του χειρουργικού πεδίου και χορηγήθηκε Stedon των 2 mg για να κοιμηθεί ήσυχα. Το απόγευμα η ασθενής ήταν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Ήταν ανήσυχη και αγωνιούσε. Της εξήγησαν ότι δεν πρόκειται να αντιμετωπίσει τίποτα άλλο παραπάνω εκτός από αυτά που της είχαν πει.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ

Η ασθενής μπήκε στο χειρουργείο στις 9:30 και νγήκε στις 11:30. Στην εγχείρηση βρέθηκε όγκος διαμέτρου 0,7 εκ. περίπου. Η ιστολογική εξέταση έδειξε αδenoκαρκίνωμα. Η ασθενής μετά την επέμβαση συνδέθηκε με την παροχή οξυγόνου, γιατί είναι ελαττωμένη η αναπνευστική εφεδρεία από το άλγος της τομής και της απώλειας αίματος και της ελαττωμένης πίεσης αυτής.

Η ασθενής μετά την επέμβαση έκανε μετάγγιση αίματος ακολουθούμενη με έγχυση. Ο βαθμός ροής δεν υπερβαίνει τις 50-60 σταγόνες το λεπτό.

Έγινε στην ασθενή παυσίπονη ένεση γιατί πονούσε πολύ. Η ασθενής έφερε Levin, ορό Ringers 1000 cc και μια θωρακική παροχέτευση Bellow. Το Levin προκαλούσε δυσφορία στην ασθενή. Η νο-

σηλεύτρια της εξήγησε σε τί της χρησίμευε το Levin και της είπε ότι θα πρέπει να κάνει υπομονή για 2-3 ημέρες.

Το κρεβάτι της ασθενούς ήταν χειρουργικά στρωμένο. Τοποθετήθηκε σε κατάλληλη θέση έτσι ώστε να μπορεί να αναπνέει και να μην πονάει.

Η νοσηλεύτρια ανά 2 ώρες κατά τη διάρκεια της πρώτης ημέρας και της πρώτης νύχτας μετά την επέμβαση παρακολουθούσε την ασθενή. Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων ήταν συχνός. Η πίεση του αίματος, ο σφυγμός και η αναπνευστική συχνότητα λαμβανόταν ανά μία ώρα κατά τη διάρκεια της πρώτης νύχτας.

Παράλληλα γινόταν έλεγχος του χρώματος της ασθενούς και του βαθμού συνειδήσεως της. Προσεκτικός έλεγχος γινόταν για την αντιμετώπιση πρόωρων συμπτωμάτων ή ανεπιθύμητων επιπλοκών.

Λεπτομερής έλεγχος γινόταν στα προσλαμβανόμενα υγρά και αποβαλλόμενα. Για να αντιμετωπισθεί καλύτερα η μετεγχειρητική κατάσταση της ασθενούς της χορηγήθηκε υπερλεκωματώχος δίαιτα για να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ανισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων ημερών χωρίς συνέπειες στον οργανισμό της.

Μετά από 2-3 ημέρες αφαιρέθηκαν η παροχέτευση του θώρακα, το Levin και σταμάτησε η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Την ημέρα που ήταν να φύγει της δόθηκαν οδηγίες για να προλάβει τυχόν επιπλοκές και να προσπαθήσει ώστε να βελτιωθεί και να αποκατασταθεί η υγεία της.

Αυτές είναι:

- Το αίσθημα κόπωσης που πιθανόν να έχει θα της φύγει με την πάροδο του χρόνου.
- Να εκτελεί ασκήσεις βαθειών εισπνοών κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων στο σπίτι.

- Να εκτελεί ασκήσεις ορθής στάσης του σώματος
- Να εκτελεί ασκήσεις που έκανε στο νοσοκομείο
- Δεν πρέπει να σηκώνει βάρος πάνω από 10 κιλά
- Να σταματά κάθε δραστηριότητα που της προκαλεί κόπωση, βράχυνση της αναπνοής ή θωρακικό πόνο.
- Να κάνει συχνά ιατρική εξέταση
- Να κάνει πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητας

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Εχει ανάγκη ασφάλειας και κατανόησης από τα μέλη της ομάδας υγείας	Δημιουργία ζεστού, φιλικού και άνετου περιβάλλοντος για την άρρωστη. Απομάκρυνση των σάχημων συναισθημάτων.	Διάλογος με τη νοσηλεύτρια και την κοινωνική λειτουργό, έτσι ώστε να λυθούν όλες οι απορίες της ασθενούς και να καθοριστούν οι ανάγκες της.	Ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών της ασθενούς και κατανόηση αυτών.	Η ασθενής αισθάνεται εμπιστοσύνη μέσα στο χώρο του νοσοκομείου.
Φόβος και άγχος για το χειρουργείο.	Απομάκρυνση των δυσάρεστων συναισθημάτων.	Διάλογος της ασθενούς με το γιατρό και την νοσηλεύτρια. Το χειρουργείο προγραμματίζεται να γίνει το συντομότερο δυνατό.	Η νοσηλεύτρια και ο γιατρός λύνουν όλες τις απορίες και της εξηγούν ότι θα πάνε όλα καλά.	Η ασθενής είναι έτοιμη για το χειρουργείο σε αρκετά καλή ψυχολογική κατάσταση.
Πόνος	Ανακούφιση του πόνου σε προσέγγιση της άρρωστης.	Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. Μείωση παραγόντων που δημιουργούν ένταση.	Η νοσηλεύτρια καθιστά ήρεμη την άρρωστη. Χορήγηση παυσίπονου I+B MEDAMOL.	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα που ο πόνος άρχισε να υποχωρεί.
Άγχος, αγωνία, κατάθλιψη	Βοήθεια της ασθενούς να δεχθεί την ασθένειά της.	Συζήτηση με την ασθενή πάνω σε ότι πρέπει να γνωρίζει για την ασθένειά της.	Ενθάρρυνση της ασθενούς. Της εξηγούν ότι όλα θα πάνε καλά.	Η ασθενής αποδέχεται την κατάστασή της.
Θυμός της ασθενούς για την οικογένειά της	Ψυχική ηρεμία της άρρωστης.	Η νοσηλεύτρια συζητά με την ασθενή και την ωθεί να δει την πραγματικότητα.	Η νοσηλεύτρια καταλαβαίνει την ασθενή και προσπαθεί με ηρεμία και διάλογο να την ενισχύσει.	Η ασθενής καταλαβαίνει ότι η οικογένειά της την αγαπάει και θέλει να την βοηθήσει με κάθε τρόπο.

D

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δυσκολία κινήσεων	Σταδιακή αποκατάσταση της ασθενούς.	Η ασθενής ενθαρρύνεται ψυχολογικά από την νοσηλεύτρια η οποία της διδάσκει ασκήσεις που θα την βοηθήσουν να έρθει στη φυσική της κατάσταση.	Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει ψυχολογικά την ασθενή και την βοηθάει στις πρώτες της ασκήσεις.	Σταδιακά η ασθενής μπόρεσε να εκτελέσει όλες τις απαραίτητες κινήσεις
Δυσκολία στην αποδοχή της μαστεκτομής	Αποδοχή της θεραπευτικής μαστεκτομής.	Συζήτηση με τον γιατρό και την νοσηλεύτρια για την μαστεκτομή.	Η νοσηλεύτρια εμπνέει την ασθενή και προσπαθεί να τυνώσει την πίστη και την ελπίδα της.	Η ασθενής άρχισε σιγά-σιγά να αποδέχεται την μαστεκτομή

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα παραπάνω περιστατικά που ανέφερα και στις 2 περιπτώσεις ο καρκίνος είχε παρουσιασθεί στον αριστερό μαστό, και στις δύο κυρίες η πορεία της νόσου, δεν μπορούμε να πούμε ότι ήταν άσχημη λόγω του ότι ο καρκίνος αντιμετωπίστηκε έγκαιρα και έτσι δεν είχαν το αποτέλεσμα που φοβούνται οι περισσότεροι ασθενείς (θάνατο).

Και οι δύο κυρίες μπήκαν στο νοσοκομείο για την χειρουργική θεραπεία αφού βρίσκονταν και τα δύο περιστατικά στο αρχικό στάδιο και γι' αυτό το λόγο και αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα. Βέβαια στην επιτυχία βοήθησαν και οι συγγενείς και στις δύο άρρωστες, αφού τους συμπαραστάθηκαν άμεσα και τους βοήθησαν να ξεπεράσουν αυτή τη δοκιμασία.

Αυτό βοήθησε όμως και το ότι και η κυρία Ρέλλου και η κυρία Παπαδοπούλου δεν ήξεραν όλη την αλήθεια από την αρχή, για τη νόσο που έπασχαν, γι' αυτό και ίσως βοήθησαν κι αυτές στην πορεία της θεραπείας.

Δεν μπορούμε να πούμε ότι ήταν αδιάφορες, αντίθετα όταν έμαθαν ότι θα έμπαιναν στο χειρουργείο, γιατί δεν μπορούσαν να βελτιώσουν την κατάσταση τους διαφορετικά, στενοχωρήθηκαν γιατί φοβήθηκαν για το αποτέλεσμα μήπως είναι το αντίθετο από αυτό που εύχονταν οι ίδιες και οι συγγενείς τους.

Στην ψυχολογική τους υποστήριξη δεν βοήθησαν οι συγγενείς μόνον, αλλά μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι σε αυτό βοήθησαν και το νοσηλευτικό προσωπικό και οι γιατροί. Ακόμα τις ενημέρωναν για την πορεία της νόσου και της θεραπείας, φυσικά μέσα στα πλαίσια, αφού δεν ήξεραν ακριβώς τί είχαν.

Πριν το χειρουργείο τις ενημέρωσαν για το τί θα γίνει και

πώς θα μπορέσουν να το ξεπεράσουν και να συνεχίσουν τη ζωή τους χωρίς πρόβλημα. Γι' αυτό το λόγο και μετά το χειρουργείο, τους είπαν, τί πρέπει να προσέχουν και από τί πρέπει να φυλλάγονται για να μην χειροτερέψει η κατάστασή τους. Ακόμα τους εξήγησαν ορισμένα σημεία που πρέπει να προσέχουν, για την αποφυγή ορισμένων επιπλοκών και να είχαν αντίθετα αποτελέσματα.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι και οι δυο κυρίες ήταν συνεργάσιμες με τους γιατρούς και γενικά με το προσωπικό και γι' αυτό αντίθετα της θεραπείας δεν υπήρξαν.

Αντίθετα, και οι δύο κυρίες τώρα δεν εμφανίζουν κανένα πρόβλημα και από τις συνεχείς εξετάσεις που κάνουν, ενώ αντίθετα συνεχίζουν τη ζωή τους όπως ήταν πρώτα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ελπίζω με την παρούσα εργασία μου, να κατάφερα να περιγράψω τον καρκίνο του μαστού. Κάθε ημέρα που περνά γίνεται ένα όπλο, όσον αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία της με πιο σύγχρονα μέσα, ώσπου να ελαττωθεί σημαντικά το πρόβλημα που απασχολεί ευρύ φάσμα γυναικείου πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: "Παθολογία της γυναίκας". Επίτομος (σελ.367-392), Έκδοση 1η, Γ. Παρισσιανός, Αθήνα 1985.
- ΑΡΑΒΑΝΤΙΝΟΣ Δ.Ι.: "Φυσιολογία της γυναίκας". Επίτομος (σελ.195-196), Έκδοση 1η, Γ. Παρισσιανός, Αθήνα 1985.
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.: "Επιτομή χειρουργικής και ορθοπεδικής" (σελ. 332-337), Έκδοση 5η, Αναθεωρημένη, Δ. Βασώνης, Αθήνα 1986.
- HARRISON T.R.: "Εσωτερική παθολογία", Τόμος Β' (σελ. 1048-1059) Μετάφραση Α. Βαγιωνάκης και Δ. Βαρώνος, Έκδοση 10η, Γ. Παρισσιανός, Αθήνα 1987.
- ΚΑΛΑΧΑΝΗΣ Ν.Γ. : "Χειρουργική", Νεοπλασματική νόσος, Τόμος Α', (σελ. 335-339), Έκδοση 1η, Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.
- ΚΑΠΟΠΟΥΛΟΣ Κ.: "Σοβιετική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια", Τόμος 3ος, (σελ. 198), Έκδοση 1η, Π. Αλεξάνδρου, Αθήνα 1981.
- LEONHARDT H. : "Εγχειρίδιο ανατομίας του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα", Εσωτερικά όργανα, Τόμος 2ος, (σελ. 320-332), Μετάφραση - Επιμέλεια Ν. Παπαδόπουλος, Έκδοση 1η, Λίτσας, Αθήνα 1985.
- ΛΟΥΒΡΟΥ-ΦΡΕΤΑΚΗ Ν., ΚΕΡΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Α., ΑΜΠΕΛΑ Κ., ΤΣΙΩΝΟΥ Χ. , ΜΙΝΑΡΕΖΖΗΣ Δ.: "Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού", "Ελληνική Ογκολογία", Τόμος 28, τεύχος 3, έκδοση τριμηνιαία, σελ. 236,238, Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1992.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος β', Μέρος 2ο, Έκδοση 11η, Έκδοση ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1989.
- ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ ΣΕΡΓΙΟΣ Ι.: "Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας" Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισσιανός, Αθήνα 1985.

- ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΑΚΗ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ: "Χημειοθεραπεία", Εκδο-
ση Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1989.
- ΜΠΑΦΑΛΟΥΚΟΣ Δ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Μ., ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗΣ Δ., ΒΑΡΘΑΛΙΤΗΣ Ι.,
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Α.: "Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα - Χαρακτη-
ριστικά της νόσου και θεραπεία", 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογ-
κολογίας Πρακτικά, Τόμος Α', Αθήνα 1989.
- ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΗΣ Ι.Α.: "Καρκίνος μαστού", Ελληνική Αντικαρκινική
Εταιρεία, σελ. 24-30, Αθήνα 1985.
- ΠΑΠΑΣΤΑΥΡΟΥ - ΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ ANNA: "Εγκαιρη διάγνωση στον καρκί-
νο του μαστού", "Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας", σελ. 241,
242, Αθήνα 1989.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: "Παθολογική και χειρουργι-
κή νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες", Τόμος 2ος, Μέροs
Β', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985.
- ΤΖΩΡΑΚΟΛΕΥΘΕΡΑΚΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ: "Χειρουργικές παθήσεις του μα-
στού", Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.
- ΧΡΥΣΟΣΠΑΘΗ Π.Ι., ΓΟΛΕΜΑΤΗ Β.Χ.: "Μαθήματα χειρουργικής", Μέροs
Β', Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1981.
- ΧΡΥΣΟΧΟΥ Μ.: "Δευτεροβάθμια πρόληψη για καρκίνο μαστού", Ελλη-
νική αντικαρκινική εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτή-
των "Ευρώπη κατά του καρκίνου", Σεμινάριο Νοσηλευτριών με
θέμα "Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου αποκατάστα-
ση του καρινοπαθούς", σελ. 11-21, Αθήνα 1991.

