

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΜΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ : ΜΠΕΡΔΕΚΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1)
2)
3)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1989

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΜΒΛΟΓΗΣ	1617
---------------------	------



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ανατομία 3-7

φυσιολογία 8-9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Θα μαστού ΙΟ

Χαρακτηριστική επιδημιολογία II

Κύτταρο,καρκίνος Ι2-Ι3

Ιστολογικοί τύποι Ι4-22

Χαρακτηριστικά των όγκων 23-24

Διασπορά του όγκου 25-26

Σταδιοποίηση του καρκίνου 27-28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Διάγνωση 29-46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θεραπεία 47-54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Νοσηλευτικές διεργασίες 55-57

Προεγχειρητική παρέμβαση 60 και Μεταγχειρητική παρέμβαση 60

Επιπλοκές 64- 65

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περιπτώσεις και νοσηλευτικές διεργασίες περιπτώσεων 66-73

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αποτελεί ως γνωστόν το τελικό στάδιο των σπουδών μου στο τμήμα της Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Φυσικά ένας βασικότερος σκοπός της είναι η λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής. Θα ήταν όμως λάθος άνετην θεωρούσα μόνο ως αναγκαίο μέσο λήψης πτυχίου. Έτσι για μένα αποτέλεσε μια μοναδική ευκαιρία για αναλυτική εξέταση και κατανόηση ενός ενδιαφέροντος ιατρικού θέματος, και ουσιαστικά είναι ο "καθρέπτης" της φοίτησής μου στα Τ.Ε.Ι. και στο χώρο του Νοσοκομείου.

Όμως η σπουδαιότητά της δεν έγκειται μόνο στα γνωστικά οφέλη που αποκόμισα αλλά και στην προσπάθεια "προσέγγισης" του θέματος, με βάση τα προσωπικά μου κριτήρια, αλλά και βοηθούμενη φυσικά από την σχετική βιβλιογραφία. Ακολούθησα δε ένα γενικό πλαίσιο παρουσίασης ιατρικών θεμάτων σύμφωνα με αυτά που εδιδάχθηκα κατά την φοίτησή μου, και θέλω να πιστεύω ότι έκανα την καλύτερη δυνατή προσπάθεια. Για την επιλογή του θέματος :

Πιστεύω ότι είναι ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα και επίκαιρο ο "Καρκίνος Μαστού". Ησημαντικότητα της νόσου, η εκ φύσεως ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει αλλά και οι προοπτικές που υπάρχουν από τον τομέα της πρόληψης ήταν για μένα ερεθίσματα που άξιζε ο καθένας να ερευνησει. Πράγματι ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών που προσέρχονται καθημερινά στα Νοσοκομεία, έχουν την ατυχία να βρίσκονται σε προχωρημένες μορφές καρκίνου, έχουν το τραγικό προνόμιο να γνωρίζουν ότι η "επιβίωσή τους" θα περιορισθεί σε λίγος ίσως μήνες, χωρίς ίσως να έχουν υποψιαστεί κάτι κατά τό πρόσφατο παρελθόν.

Είναι πράγματι κρίμα να πεθαίνει κανείς, ενώ ήταν δυνατόν να επιζήσει. Η σωστή ενημέρωση και πρόληψη είναι ικανή να μειώσει αισθητά το ποσοστό θνησιμότητας. Έτσι πρώτη μας φροντίδα, πρέπει να είναι η μαζική ενημέρωση και προσέγγιση του θέματος και προς αυτό το σκοπό εντάσσεται, έστω με την μικρή της δυνατότητα, η παρακάτω εργασία μου.

Ευχαριστώ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Κ Ε Φ Α Λ Ο Ι Ο Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο μαστός της γυναίκας υπέρκειται της 2ης μέχρι της 6ης πλευράς. Τα δυο τρίτα αυτού κείνται επί του μεζωνος θωρακικού μυός, το ένα τρίτο επί του προσθίου οδοντωτού, ενώ το κάτω έσω χείλος αυτού υπερέχει μόλις του άνω χείλους της θήκης του ορθού κοιλιακού μυός μέχρι την μέση μασχαλιαία γραμμή.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ : Ο μαστός σύγκεται από 15-20 λοβία από αδενικό ιστό τα οποία περιβάλλονται από λίπος, στο οποίο οφείλει την λεία περίμετρο και το κλειστό του όγκου του. Τα λοβία αυτά χωρίζονται από ινώδη διαφράγματα που εκτείνονται από υποδόριο ιστό προς την περιτονία του θωρακικού τοιχώματος 'σύνδεσμοι COOPER'. Κάθε λοβίο εκβάλλει διαμέσου του γαλακτοπόρου πόρου στην θηλή η οποία εκβάλλει από την κεχρωσμένη άλω.

Στο 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 άλως.

Η οπίσθια επιφάνεια : βάση του μαστού, είναι επίπεδη και βρίσκεται στο πρόσθιο κέταλο της περιτονίας του μεζωνος θωρακικού μυός, συνάπτεται με αυτό με συνδετικό ιστό.

Η περιφέρεια : του μαστού αποτελείται από ινολιπώδη συνδετικό ιστό. Ο μαστός αν εξεταστεί μακροσκοπικά από έξω προς τα μέσα εμφανίζει : το δέρμα και το περιμαστικό λίπος

εντός του οποίου βρίσκεται ο μαστικός αδένας. Το δέρμα στη θηλή και άλω διαφέρει λόγω της ιδιαίτερης χροιάς του υπόλοιπου μαστικού δέρματος.

Η θηλαία άλω : της οποίας η διάμετρος κυμαίνεται 3-4 εκ. μ. εμφανίζει ρυτιδώδη επιφάνεια. Ενδιάμεσα των ρυτίδων προέχουν γύρω από την θηλή μικρά υποσφύγγυλα επαρματα τα αλωαία οζίδια, τα οποία μεγενθύνονται κατά την κύηση. Τα μεγαλύτερα των οζιδίων αυτών αντιστοιχούν σε οσμηγόνους αδένες, τα μικρότερα σε σμηματογόνους αδένες.

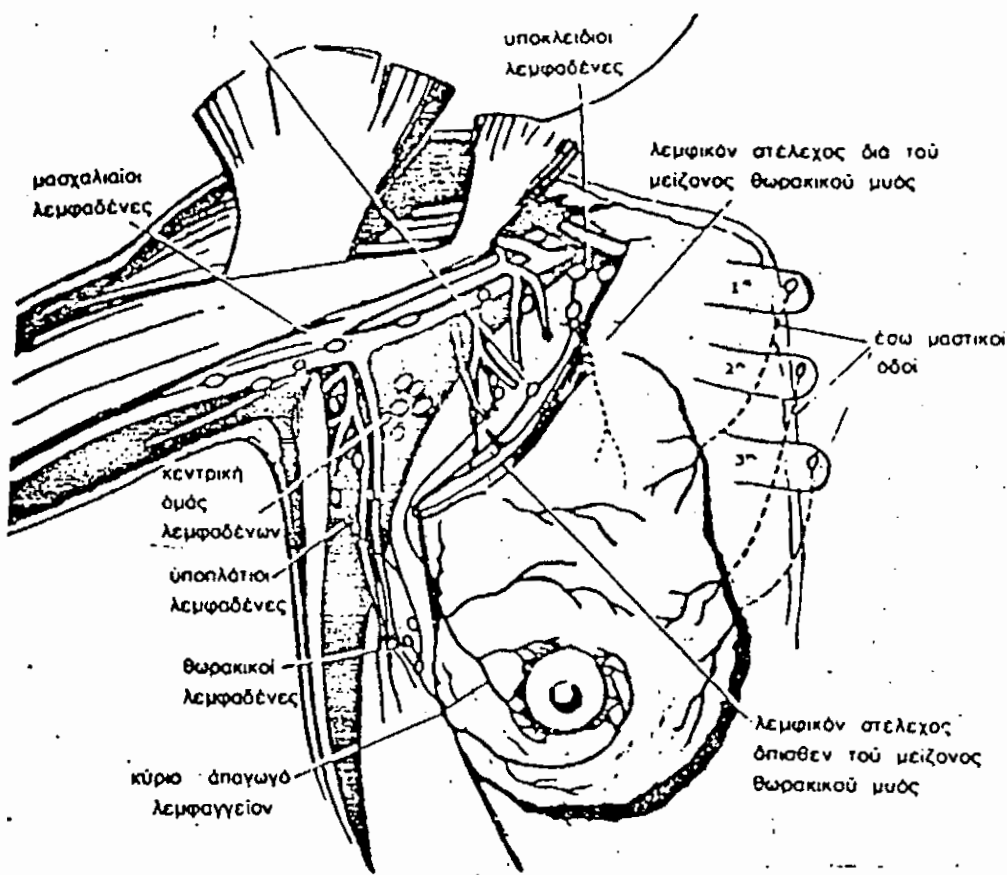
Η θηλή : εμφανίζει σχήμα κυλινδρικό ή κωνικό αντιστοιχεί στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα και σε απόσταση 10εκ. μ. της μέσης γραμμής του σώματος.

Η θηλή εξωτερικώς αποβελείται από δέρμα κεντρικά αποτελείται από τους γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι χωρίζονται μεταξύ τους από ινώδη ελαστικές δεσμίδες και λεβες μυικές ίνες. Οι μυικές 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 ελαστικού τενοντίσκους.

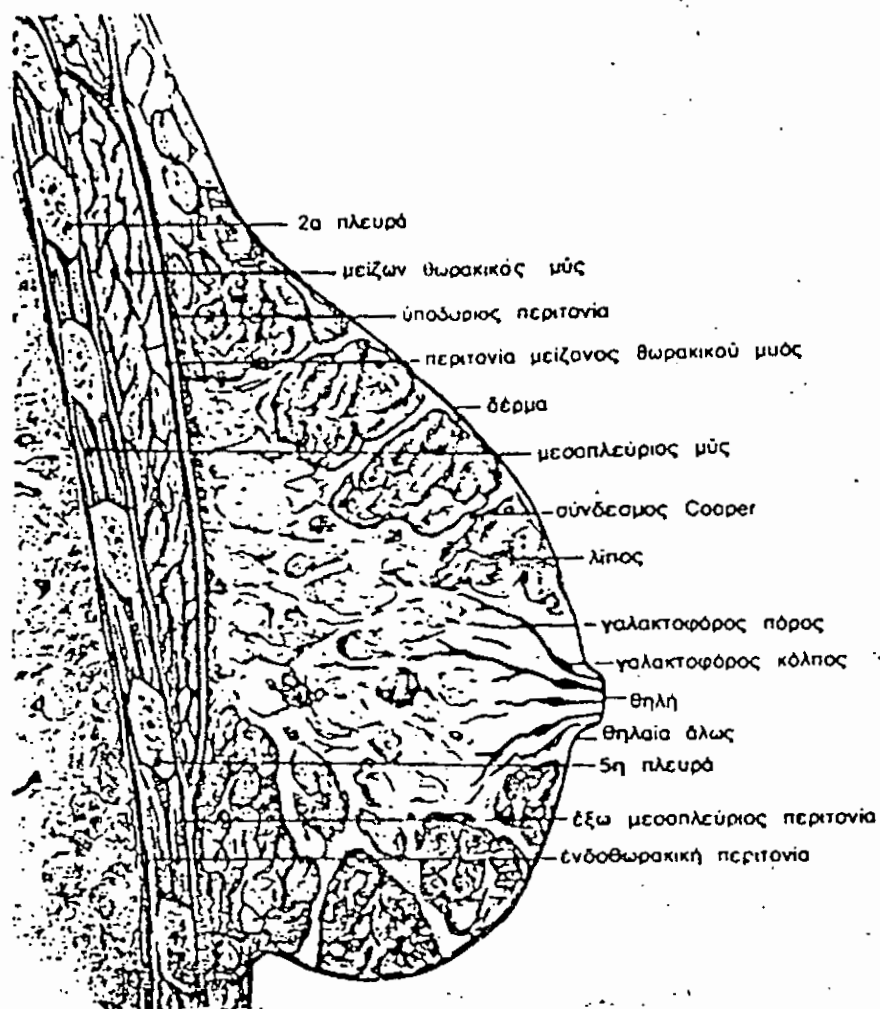
Το περιμαστικό λίπος : σχηματίζεται γύρω από τον μαστικό αδένά λιπώδες περίβλημα. Το λίπος αυτό είναι άφθονο επί τη προσθίας επιφάνειας του μαστικού αδένά, ενώ επί της οπίσθιας επιφάνειας αυτού σχηματίζεται λεπτό στρώμα.

Αυτό διαιρείται σε λοβία δια των καθεκτηρίων δεσμίδων.

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



Εικ: 1



Εικ: 2

Η πρόσθια επιφάνεια του μαστικού αδένος : δτην ώριμη γυναίκα και είναι υπόκυρτος και ανώμαλος εμφανίζει ακρολοφίες σε μορφή πεταλοειδών προσεκβολών. Η ινώδης κάψα η οποία περιβάλλει τον μαστικό αδένος αντοίστοιχα προς τις ακρολοφίες αυτού συνάπτεται με τις καθεκτήριες δεσμίδες του μαστικού δέρματος, οι οποίες διαιρούν το μαστικό αδένος σε 15-20 λοβία.

Η οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένος : συνάπτεται απο το πρόσθιο πέταλο της περιτονίας του μείζωνος θωρακικού απο εν ινωλιπώδη συνδετικό ιστό.

Η περιφέρεια του μαστικού αδένος : είναι ανώμαλη εμφανίζει συνήθως τρεις αποφύσεις, την έσω στερνική και δυο έξω άνω, κάτω μασχαλιαίες, απο τις οποίες η κάτω έξω προσεκβάλλει συνήθως προς την μασχάλη κατά μήκος του κάτω χείλους του μείζωνος θωρακικού μυός και κοντά σφους θωρακικούς λεμφαδένες της μασχάλης.

1. Πρόσθιοι-βρίσκονται εν τω βάθει του μείζωνος θωρακικού μυός.

2. Οπίσθιοι-κατά μήκος των αγγείων υπο της ωμοπλάτης.

3. Πλάγιοι-κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας.

4. Κεντρικοί-εντός του μασχαλιαίου λίπους.

6. Κορυφαίοι-όπισθεν της κλείδας στην κορυφή της μασχάλης.

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται απο τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλευρίων νεύρων, και απο έσω μαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευρίων νεύρων, και απο συμπαθητικά δίκτια στο δέρμα, την άλω και το παρέγχυμα. Η πλούσια αυπή νευροβριθεία της θηλής ερμηνεύει την διεργητικότητα της η οποία αποδίδεται στην κατα ανάκληση συστολή των λείων μυικών ινών.

Αγγείωση :

1. Απο την μασχαλιαία αρτηρία μέσω της πλάγους θωρακικής καιβτης ακρωμιοθωρακικής.

2α

2. Απο την έσω μαστική αρτηρία μέσω των διατριτώντων αυτής κλάδων.

3. Απο τις μεσπλεύριες αρτηρίες μέσω των πλάγιων διατριτώντων αυτών κλάδων.

Η φλεβική αποχέτευση τελείται απο τις αντολοστοιχες προς τι αρτηρίες φλέβες.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ

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, υφίστανται συνεχείς κυκλικές μεταβολές ανάλογες με εκείνες που συμβαίνουν συγχρόνως στο ενδομήτριο. Αλλά μόνο η κύηση ή γέννηση και ο θηλασμός του βρέφους επιτρέπουν στο μαστό να ολοκληρώσει την αποστολή που του ανέθεσε η φύση και μόνο υπο αυτέςστις συνθήκες κατορθώνεται η πλήρης ανάπτυξη του οργάνου.

Το δέρμα καλύπτει το μαστό και μετατρέπεται στην επιφάνεια αυτού σε μια σκουρόχρωμη κυκλική περιοχή τη θηλαία άλω. Η άλως περιβάλλει την κεντρικώς κείμενη θηλή άλω, στην επιφάνεια της οποίας υπάρχουν 15-25 μικρά στόμια των γαλακτοφόρων πόρων. Κάθε πόρος εκτείνεται μέσα στην μαστιχούσια κατά τέτοιο τρόπο δενδροειδή με διακλαδώσεις. Οι διακλαδώσεις γίνονται προοδευτικά μικρότερες και τελειώνουν τελικά σε μια άθροιση των κυττάρων, το γαλακτικό αδέννα. Αυτά τα αδενικά κύτταρα είναι ενεργά στην παραγωγή του γάλακτος, που αποχετεύεται κατευθείαν στους γαλακτοφόρους πόρους και έτσι φτάνει στην επιφάνεια της θηλής.

Τα διαστήματα μεταξύ στα 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.

ΕΦΘΣΘΗ-

Εφόσον ο μαστός μεγαλώνει πολύ κατά την κύηση, το βάρος που πρέπει οι σύνδεσμοι να αιωρούν, αυξάνεται σημαντικά

επομένως εάν δεν διατηρηθεί καλή στήριξη των μαστών με το κατάλληλο στηθόδεσμο, οι σύνδεσμοι διατείνονται ανεπίσρεπτα καταλήγοντας σε ένα πεσμένο μαστό.

Περίπου 90% των ιστών στο μαστό είναι του ινολιπώδους τύπου και μόνο λίγη ανάπτυξη των αδενικών ιστών φαίνεται.

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

Ca μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συνηθέστερη κακοήθεια και π αιτία θανάτου στις γυναίκες, σε ηλικία 40-45 ετών. Υπολογίζεται ότι το 7% των γυναικών που γεννιούνται αναμένεται να προσβληθούν απο καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους. Στην Αμερική υπολογίζεται ότι μια στις 17 γυναίκες θα προβληθεί απο καρκίνο του μαστού. Περί που 70καρκίνοι μαστού αναφέρονται κάθε χρόνο στην Αμερική σε 100.000 γυναίκες. Στην Ιαπωνία η συχνότητα του καρκίνου είναι σχετικά χαμηλή και απο μερικούς αποδίδεται στην μικρή διάρκεια αρμονικής δραστητικής περιόδου την υψηλή γονιμότητα των γυναικών, διαιτητικούς οροτικούς και γενετικούς παράγοντες.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ

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

Ειδικότερα έχει αποειχθεί ότι ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος σε γυναίκες που η περίοδος άρχισε σε μικρή ηλικία ή άνω των 10 ετών ή σταμάτησε σε μεγάλη ηλικία ή άνω των 50-53 ετών. Αντίθετα γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική εξαίρεση των ωοθηκών για διάφορους λόγους παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού.

Εξάλου γυναίκες των οποίων συγγενείς πρώτου βαθμού, έχουν καρκίνο του μαστού, από το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτός γίνεται υψηλότερος όσο πιο νέα είναι η πάσχουσα, καθώς και καιάν ο καρκίνος είναι αμφοτερόπλευρος. Έτσι ο κίνδυνος είναι 40 φορές μεγαλύτερος, εφόσον πάσχει αδερφή προεμμηνοπαυσιακή από αμφοτερόπλευρο καρκίνωμα του μαστού. Μια γυναίκα που έχει ήδη υποστεί θεραπεία στον ένα μαστό, έχει πιθανότητα να αναπτύξει δεύτερο πρωτοπαθές καρκίνωμα, στον άλλο μαστό, σε ένα ποσοστό που ποικίλει 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 (επιθηλίωση, μακροκροκυστική μαστοπάθεια).

ΚΥΤΤΑΡΟ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να εξηγήσουν τ την γενετική προέλευση του καρκίνου, όπως α) ότι ένας καρκίνο γόνος γενετικός παράγοντας περνάει απο τους γονείς στους απογόνους β) ότι κάποια βλάβη του D/N/A συμβαίνει σε κάποιο στάδιο της δημιουργίας του οργάνου γ) απο στοιχεία του περιβάλλοντος όπως η υπερϊώδης ακτινοβολία του ήλιου, ιονίζουσα ακτινοβολία δ) απο ορισμένα φυσικά και χημικά στοιχεία φεγμένα απο τον άνθρωπο κ.λ.π.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η ταξινόμηση για να γίνει πιο αντικειμενική πρέπει ν να χωρισθεί σε :

- α) κλινική
- β) ιστολογική

ΚΛΙΝΙΚΗ : Διακρίνουμε 4 στάδια. 1. Νεοπλάσματα μέχρι 2CM προ το δέρμα ή τους υποκείμενους μυς και κατα συνέπεια κινητα που έχουν εντόπιση στο παρέγχυμα του αδένα και δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους αδένες της μασχάλης. 2. Νεοπλάσματα με ίδια χαρακτηριστικά αλλά και με διηθημένους τους αδένες τη μασχάλης.

Μεοπλάσματα μεγάλα με συμφύσεις στους μυς και το δέρμα το οποίο παρουσιάζει αλλοίωση (μορφή φλούδας πορτοκαλιού) οίδημα ή και εξελκώσεις καθώς και διηθημένους αλλά ευκίνητους στους αδένες της μασχάλης.

4) Τα παραπάνω και ακόμα ότι ο όγκος καθηλώνεται στους θωρακικό υς μυς. Επίσης είναι διηθημένοι οι μασχαλιαίοι και υπερκλειδίοι αδένες και μπορεί να υπάρχουν μακρυνές μεταστάσεις έστω κι αν η πρωτοπαθής εστία είναι μικρή.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μ Υ Ε Λ Ω Δ Ε Σ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α

Είναι μικροκυστικός καλώς περιγεγραμμένος όγκος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα έχουν σαφή κυτταροπλαστικά όρια (συγκίττα), διατάσσονται σε συμπαγείς καρκινωματώδεις βλάστες οι οποίες περιβάλλονται από πυκνός λεμφοκυτταρικός αθροίσμας. Συνήθως είναι καλής προγνώσεως (εικ. 3)

Λ Ο Β Ι Δ Ι Α Κ Ο Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α

Το κυριότερο χαρακτηριστικό του λοβιδιακού διηθητικού καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως παρατηρούνται διηθήσεις του αερώστου υποστώματος με την μορφή ενός στίχου κυττάρου, τα οποία είναι μικρού μεγέθους και συνήθως ομοιόμορφα. Το λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα σε συχνότητα μέχρι 60% είναι πολυεστικό ή και αμφοτερόπλευρο (εικ. 4).

Β Λ Ε Η Ν Ω Δ Ε Σ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α

Κυριο 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. (εικ. 5)

Σ Ω Λ Η Ν Ω Δ Ε Σ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α

Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδες σχηματισμούς. Τα νεοπλασματικά κύτταρα συνήθως παρουσιάζουν μικρού βαθμού ατυπία και λίγες πυροκινησίες. Ο ιστολογικός βαθμός κακοήθειας είναι συνήθως I και το νεόπλασμα έχει συνήθως πρόγνωση καλή(εικ.6)

Α Δ Ε Ν Ο Κ Υ Σ Τ Ι Κ Ο Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α

Είναι πολύ σπάνιος όγκος και οι χαρακτήρες είναι παρόμοιοι με το αδενοκυστικό καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων. Η πρόγνωση είναι καλή.

Θ Η Λ Ω Δ Ε Σ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ω Μ Α

Το αμιγές θηλώδες είναι σπάνιο και αναπτύσσεται από το επιθήλιο μεγάλων πόρων τα καρκινωματώδη κύτταρα σχηματίζουν θηλές.Κλινικώς παρουσιάζεται έκκριση από την θηλή.(εικ. 7)

Ν Ο Σ Θ Σ Τ Ο Υ Ρ Α Γ Ε Τ

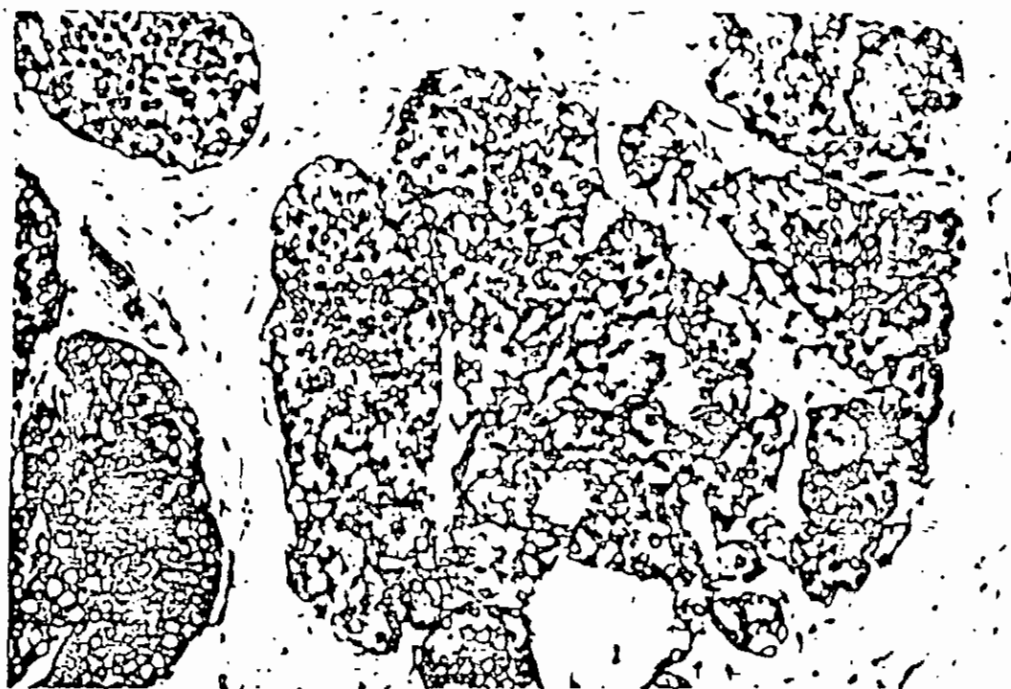
Συνήθως συνοδεύει το πτογενές καρκίνωμα και αντιπροσωπεύει διήθηση της επιδερμίδας της θηλης από καρκινωματώδη κύτταρα. Η θηλή επικαλύπτεται από έκζεμα(εικ. 8)

Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ Α Ρ Κ Ω Μ Α

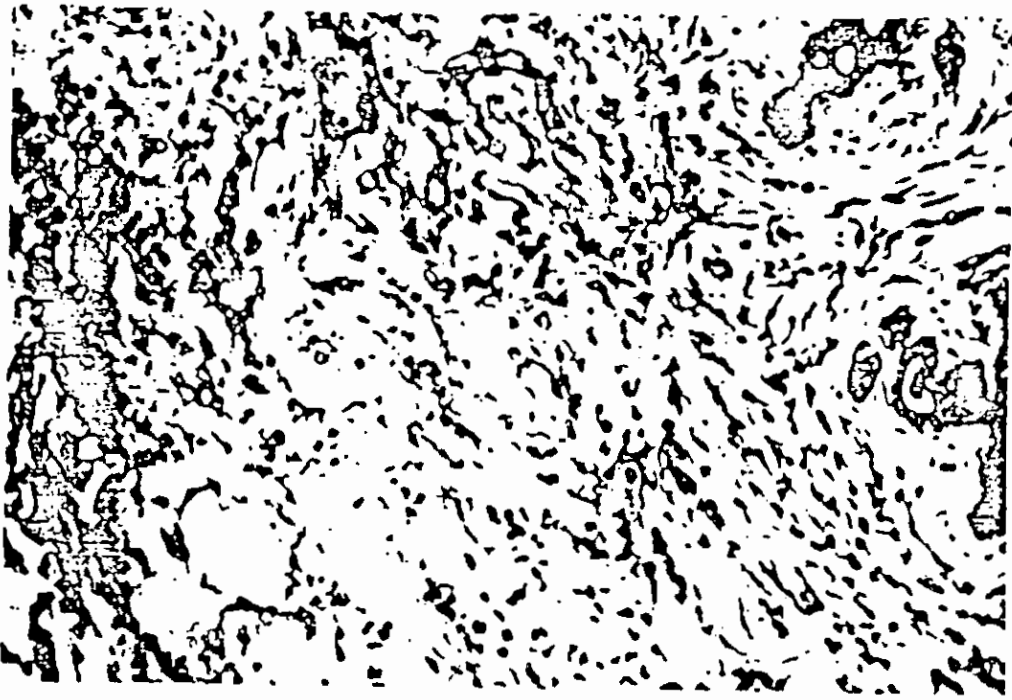
Συνύπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος, τα κύτταρα του οποίου είναι ατρακτοειδή.



Εικ. 3 Μυελοειδές καρκίνωμα. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι εύμεγθη και έχουν άσαφη κυτταροπλασματικά όρια. Παρατηρούνται πυκνές λεμφοκυτταρικές και πλασματοκυτταρικές διηθήσεις του υποστρώματος.



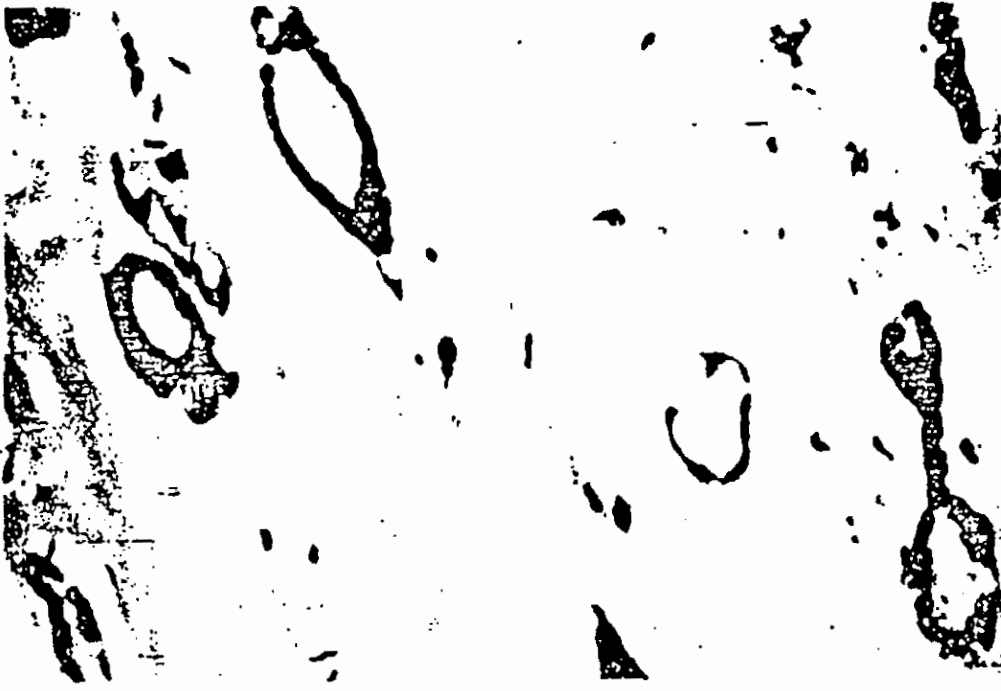
Εικ. Ψαλοβιδιακό in situ καρκίνωμα. Μεγ. x 150.



Εικ. 4β Λοβιδιακό διηθητικό καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδη κύτταρα τα ό-
σια διηθούν μεμονωμένα ή σε γραμμές. Μεγ. x 150.



Εικ. 25 Βλενώδες (κολλοειδές) καρκίνωμα. Παρατηρούνται καρκινωματώδεις βλάστες μέ-
σα 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.



Είκ. 8 Νόσος Paget θηλής μαστού. Μέσα στην επιδερμίδα διακρίνονται καρκινοματώδη κύτταρα, μερικά από τα όποια έχουν διαυγές πρωτόπλασμα. Μεγ. x 150.

Π Ι Ν Α Κ Κ Α Σ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΤΥΠΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Αμιγρές διηθητικό πορογενές αδеноκαρκίνωμα	52,6
Μυελοειδές καρκίνωμα	6,2
Λοβιδιακό καρκίνωμα	4,9
Βλενωδές καρκίνωμα	2,4
Σωληνώδες καρκίνωμα	1,2
Αδενοκυστικό καρκίνωμα	0,4
Θηλώδες καρκίνωμα	0,3
Καρκινοςάρκωμα	0,1
PAGET	2,3
Συνδιασμού διηθητικού πορογενούς με άλλο είδος αδενοκαρκινώματος	28,0
Συνδιασμοί άλλων αδενοκαρκινωμάτων	1,6
<hr/>	
Σύνολο	100,0

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

Ο βαθμός διαφοροποιήσεως των κυττάρων και του πυρήνα τους έχει προγνωστική αξία και ανάλογη σχέση με την διασπορά της νόσου καθώς και την επιβίωση της ασθενούς. Αλλα χαρακτηριστικά των όγκων του μαστού, με τα οποία συνδέεται η πρόγνωση της νόσου, είναι η ύπαρξη ή μη νεκρωδικών περιοχών στο όγκο, διότι όταν υπάρχει νέκρωση επιβαρύνεται. Ένας καλώς περιγεγραμμένος κακοήθης όγκος φαίνεται ότι παρουσιάζει καλύτερη πρόγνωση από ένα σαφώς περιγεγραμμένο ανώμαλο υφής όγκο.

Η αντίδραση των κυττάρων εντός του όγκου, φαίνεται ότι σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση, ενώ είναι εμφανές ότι διήθηση των λεμφαγγείων ή των αιφόρων αγγείων συνδέεται με χειρότερη πρόγνωση.

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

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

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΩΓΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ

	Αρνητικοί	και	Θετικοί
Ανω έξω τεταρτημόριο	17%	λεμφαδένες	63%
Ανω έσω τεταρτημόριο	25%		59%
Κάτω έσω τεταρτημόριο	22%		55%
Κάτω έξω τεταρτημόριο	26%		70%

ΔΙΑΣΠΟΡΑ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ

Η διασπορά του καρκίνου του μαστού γίνεται ή δια διηθήσεως του γύρω υγιούς ιστού ή κατά μήκος και μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ή μασά από το πλούσιο λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού. Τελευταία έχει δοθεί μεγάλη σημασία στη γνώση του τρόπου της διασποράς των καρκινικών όγκων, και οι όγκοι μεθίστανται κυρίως με λεμφικά ή αιματικά έμβολα. Η πρωτοπαθής εντόπιση αλλά και το μέγεθος του καρκίνου του μαστού έχει σημασία στο τρόπο διασποράς, αλλά και στη πρόγνωση.

Περίπου το 48-50% εντοπίζεται στο άνω έξω, σε 5% κάτω έξω σε 15% άνω έξω και οι 15-20% στην κεντρική περιοχή ενώ στο 3-5% είναι διάχυτη η ανάπτυξη του καρκίνου στο μαστο (εικ. 5). Η γνώση της διασποράς του όγκου στους επιχώριους λεμφαδένες, (μασχαλιαίους, υπερκλείδιους ή έξω μαστικούς) είναι μεγάλης σημασίας στη εκλογή του σωστού τρόπου θεραπείας των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Το 40-50% των γυναικών με καρκίνο του μαστού παρουσιάζουν προσβολή των μασχαλιαίων αδένων. Η πιθανότητα προσβολής των αδένων μεγαλώνει όσο μεγαλύτερες διαστάσεις έχει ο όγκος, ο αριθμός διηθημένων λεμφαδένων είναι το σημαντικότερο προς το παρόν κριτήριο πρόγνωσης.

Η διήθηση των αδένων της έξω μαστικής είναι κακό προγνωστικό στοιχείο. Η διαγνωση της διηθήσεως ή μη των αδένων της έξω μαστικής περιοχής είναι εξαιρετικά δύσκολη. Στις συνήθεις χειρουργικές επεμβάσεις οι αδένες αυτοί δεν εξαίρεούνται. Η εντόπιση των λεμφαδένων αυτών με ραδιοενεργό ρήνιο δίνει την δυνατότητα της σωστής ακτινοβολήσεως της αλυ-

σίδας των αδένων της έσω μαστικής, αλλά και όχι την διάγνωση της διηθήσεως ή μη των αδένων αυτών.

Απο τις εργασίες που έγιναν με την βιοψία των αδένων αυτών της έσω μαστικής σε 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 έσω η τεταρτημόρια του μαστού και β) η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είναι πιο συχνή απο την διήθηση των αδένων της έσω μαστικής.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις μπορούν να εμφανιστούν σε ποικιλία οργάνων με πιο συχνές εντοπίσεις το ήπαρ 65% τα οστά 60-70% τις ωθήκες 15% τον πνεύμονα 40% το δέρμα, το εγκέφαλο αλλα και το έντερο θυροειδή, νεφρό, την καρδιά, το περικάρδιο κ, α.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

T- Πρωτοπαθής όγκος

TI- Όκος μεγίστης διαμέτρου 2εκ. ή και λιγότερης

α) Ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζωνος θωρακικού ή του μύ.

β) Ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ξ το μύ.

T2- Όγκος μεγίστης διαμέτρου άνω των 2εκ. αλλά κάτω των 5εκ.

α) Ο όγκος δεν είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζωνος θωρακικού ή του μύ.

^{T3}
β) Ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία του μείζωνος θωρακικού ή του μυ.

β) Ο όγκος είναι καθηλωμένος στην περιτονία ή το μύ.

T4- Όγκος οποιασδήποτε διαμέτρου που διηθεί το θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.

α) Καθήλωση προς το θωρακικό τοίχωμα

β) Οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δορυφόρα δερματικά οζίδια στον ίδιο μαστό.

γ) Τα δυο ανωτέρω

δ) Φλεγμονώδες καρκίνωμα.

N -επιχώριοι λεμφαδένες

N0- μη ψηλαφητοί ομόπλευροι λεμφαδένες

N1- ψηλαφητοί κίτρινοι ομόπλευροι λεμφαδένες

α) Κλινικά μη διηθημένοι

β) Κλινικά διηθημένοι

N2- ομόπλευροι, διηθημένοι λεμφαδένες, καθηλωμένοι μεταξύ τους ή με άλλους σιτούς.

N3- ομόπλευροι υπερκλειδίοι λεμφαδένες ή οίδημα του άνω

άρου.

M- μεταστάσεις

MO- καμιά ένδειξη μεταστάσεως

MI- απομακρυσμένες μεταστάσεις(περιλαμβάνεται και το δέρμα έξω από την περιοχή του μαστού).

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στάδιο I : Μάζα εντοπισμένη στον μαστο όλοι οι αδένες αρνητα

T1α No ή N1α Mo -T1β No ή N1α Mo

Στάδιο II : Μάζα εντοπισμένη στον μαστο μασχαλιαίοι αδένες

θετικοί.

T1α, T1β N1β, Mo -T2α ή T2β, No N1α N1β Mo

Στάδιο III : Μάζα μαστικού τοπικά εκτεταμένη μασχαλιαίοι

υπερκλείδιοι και έξω μαστικοί αδένες θετικοί

T1α, T1β N2 Mo -T2β, T2α N2 Mo
T3α, T3β No, N1α ή N1β Mo

Στάδιο IV : Απομακρυσμένες μεταστάσεις

T4 κάθε N κάθε M KΛΘE M κάθε T κάθε N MI.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ : Το μεγαλύτερο ποσοστό πρατηρείται του 40-50ου έτ. της ηλικίας και κατά δεύτερο λόγο του έτ. 50-60ου. Εμμηνόπαυση εμφανίζονται πολλά νεοπλάσματα. Χρόνο εμφάνιση κάθε καθησρέρξη προσελεύσης σε γιατρό κάνει την πρόγνωση βαρύτερη. Ασθενείς με κλινικές εκδηλώσεις μικρότερες του μήνα παρουσιάζουν διηθήσεις των μασχαλιαίων αδένων σε ποσοστό μικρότερο του 50%, ενώ αν έρθουν αργότερα το ποσοστό ανεβαίνει στο 75%. Εντόπιση του ογκιδίου. Επάγγελμα της ασθενούς.

Οικογενειακή ιστορικό. Προηγούμενη πάθηση του μαστού. Ιστορικό λήψης αντισυληπτικών. Θηλασμός πρόσφατα. Η αυτοεξέταση των μαστών έχει αποδειχθεί ότι είναι ο καλύτερος τρόπος έγκαιρης διαγνώσεως ενός όγκου του μαστού. Αυτή μπορεί να γίνεται 5-10 ημέρες μετά την έμμηνο ρύση. Εφόσον η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση συνιστάται να γίνεται μια καθορισμένη μέρα του μήνα.

Τρόποι αυτοεξετάσεως υπάρχουν πολλοί :

Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγές στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επίσης παρατηρεί το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επιδρόπηση μπροστά στον καθρέπτη, για τα ίδια φυσικά σημεία. (εικ. 9)(εικ. 10)

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για την διαπίστωση ασυνήθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξεταστεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαστικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και εξετάζεται ο μαστός με τα δάχτυλα του άλλου χεριού επίπεδα σε ζ αυτόν.

Η τεχνική απαιτεί ψηλάφηση του μαστικού αδένος αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό. Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρη εξέταση του μαστού, αρχίζοντας από το στήθος. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2CM προς την θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία μέχρι να ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από το αντίθετο ώμο και εξετάζεται και ο άλλος μαστός ακριβώς κατά το ίδιο τρόπο. Θα πρέπει να τονιστούν οι άρρωστη περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από την θηλή.

Η εξέταση των μαστών από τον ιατρό ή την νοσηλεύτρια πρέπει να γίνεται την 5-10 ημέρα μετά την έμμηνο ρύση. Μετά την επισκόπηση που γίνεται με δυνατό φως για τυχόν ανωμαλίες του δέρματος, των μαστών, της θηλής, εισολκή έκζεμα, αυτόματη έκκριση αρχίζει η ψηλάφηση από τους υπερκλείδιους χώρους και το θυροειδή, ακολούθως ψηλαφώνται τα άνω ήμισυ και των δύο

μαστών, αρχίζοντας απο το μη πάσχοντα μαστό, καθώς και οι μαστοί αδρώς.

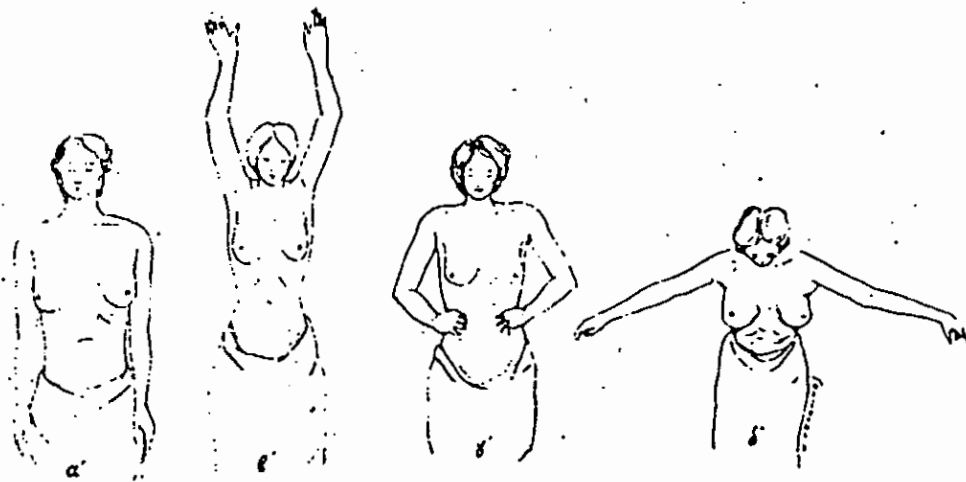
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΜΕΛΕΤΗ : Διάφοροι μέθοδοι έχουν προταθεί και έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την διάγνωση των νόσων των μαστών κυρίως δε για την πρόωπη διάγνωση του καρκίνου.

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ-που δοκιμάστηκε την προηγούμενη Ιοετία δεν έδωσε τα αναμενόμενα ποθυτά αποτελέσματα. Είναι αβλαβής μεν αφού έχει το πλεονέκτημα της μη ακτινοβολήσεως του ασθενούς.

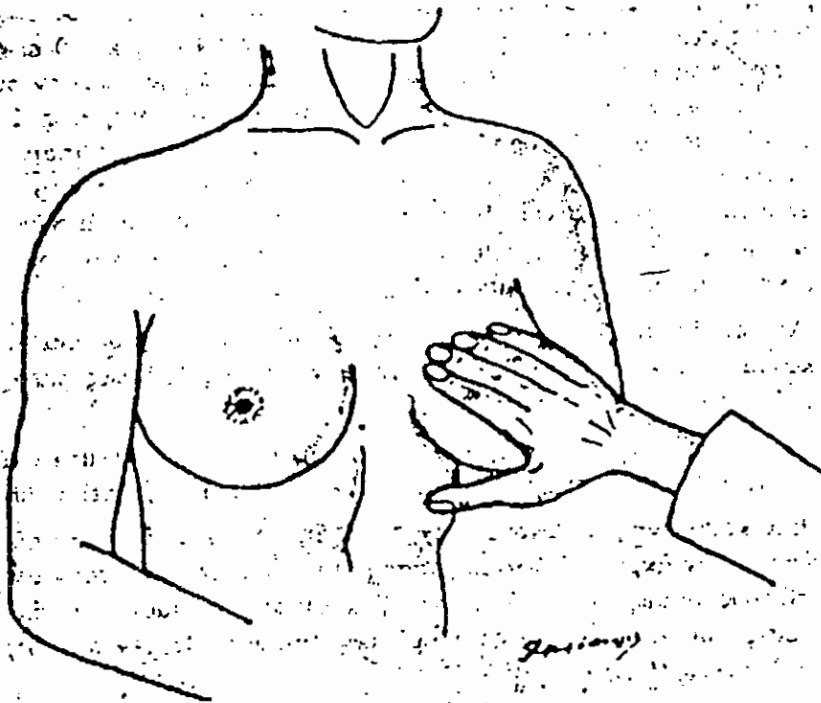
Τα κυριότερα απο αυτλα είναι μεν η αδυναμία να ξεχωρίσει τις καλοήθειες βλάβες του μαστού αφετέρου δε, το πολύ υψηλό ποσοστό των ψευδώς θετικών ευρημάτων που μπορεί να φθάσει και να περάσει το 50%. Σε κακοήθη επεξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριτική θερμή περιοχή εξαιτίας της αυξημένης αιμάτωσης.

ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ -που χρησιμοποιείται τελευταίς με πολύ επιτυχία για την διερεύνηση ορισμένων οργάνων του σώματος, δε φαίνεται ότι θα εκτοπίσει την μαστογραφία απο το περασκήνιο παρίτι είναι αβλαβής . Η δυσκολία της μεθόδου αυτής να διαχωρήσει ένα καλοήθη απο ένα κακοήθη συμπαγή όζο, της αντικαθιστά σχεδόν άχρηστη για την ανίχνευση του καρκίνου.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ-είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα απο σελήνθο αντι της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με εμφάνιση σε διάφορες πλάκες. Ισνώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία.



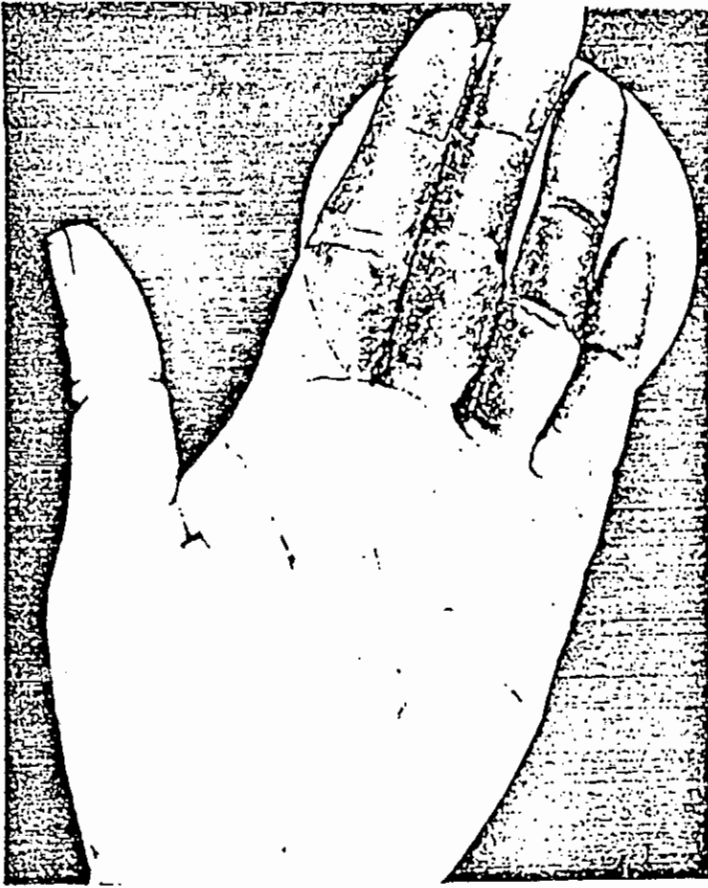
Εικών 9. Κλινική εξέταση του μαστού διὰ συσπάσεως και χαλαρώσεως του μείζονος θωρακικού μυός.



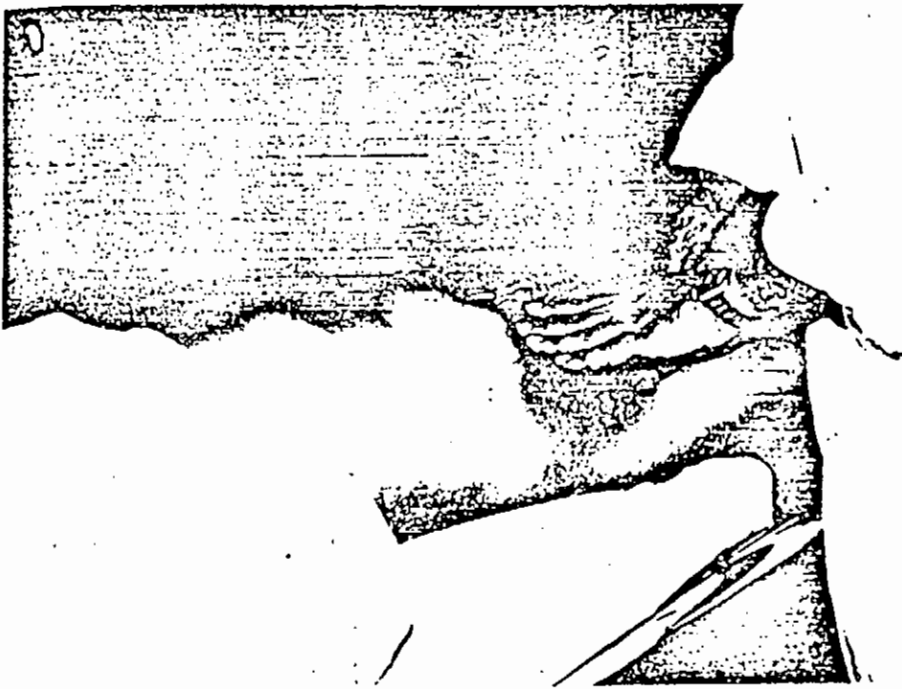
Εικών 10 Κλινική εξέταση του μαστού διὰ ψηλαφήσεως.



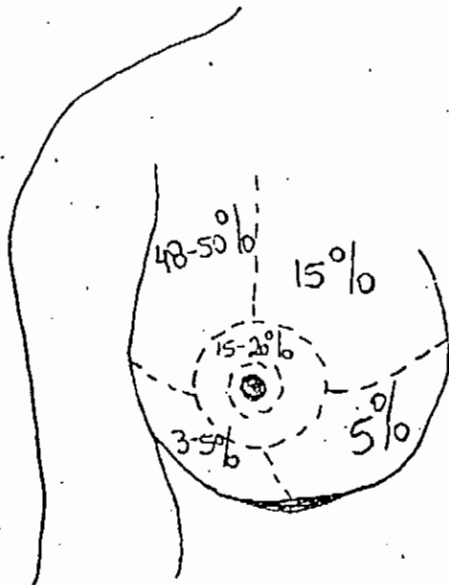
Εικ. 11 Αὐτοεξέταση μαστοῦ.



Εικ. 12 Ἡ ψηλάφηση πρέπει νά γίνεται μέ δάκτυλα τεντωμένα.



Εικ.: 14. Ψηλάφηση του μαστού σε ύπτια θέση.



Εικ.: 15

ΓΑΛΑΚΤΟΓΡΑΦΙΑ -γίνεται με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, υδατοδιαλυτής, κατὰ προτίμηση απο το σημείο εκρίσεως, απο της θηλής του μαστού, ώστε σκιαγραφούνται οι γαλακτοφόροι ποροι. Ενδείκνυται επι εκμρίνοντος μαστού και γενικώς επεξεργασίας των πόρων

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ-γίνεται χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φώς σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις-φωτίζονται ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Έτσι διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ -ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλιων, γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης αυτών είναι ενδεικτική πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογάγγλιων, χωρίς όμως να αποκλείει την ύπαρξη μιας απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη των μεταστάσεων.

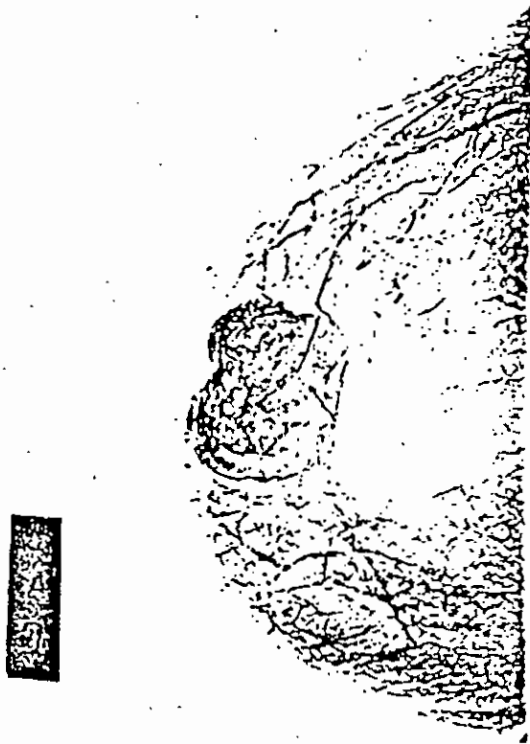
ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ -ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.



Εικ. 15α Καρκίνος μαστού.



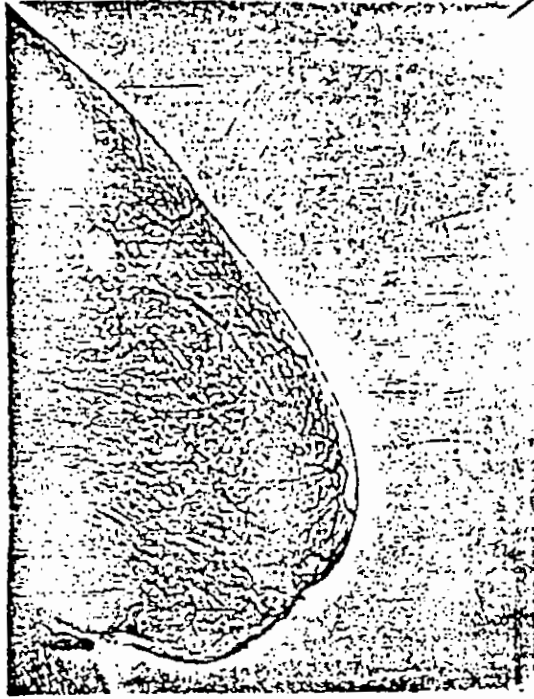
Εικ. 15β Αποιτανωμένο ιναδένομα.



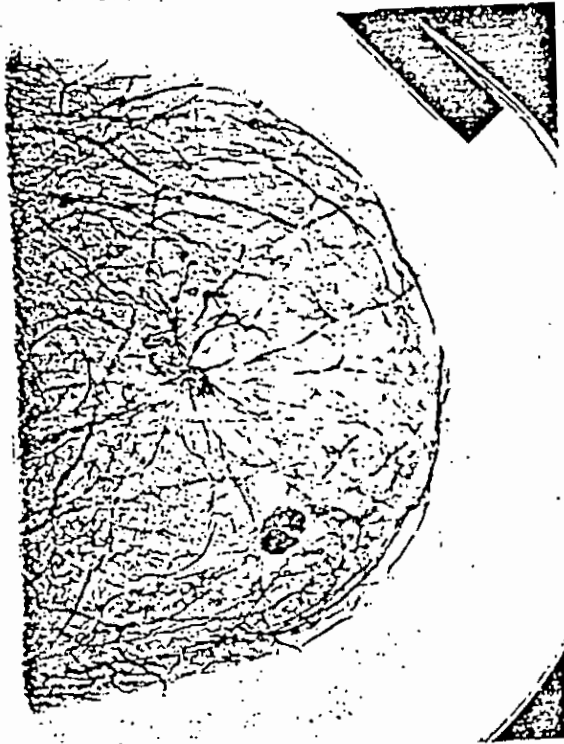
Εικ: 16. Εύμεγθης κύστις. Είναι φανερή
ή άλως γύρω από την κύστη.



Εικ: 17. Πολλαπλές κύστεις Μακροκυ-
στική μαστοπάθεια.



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

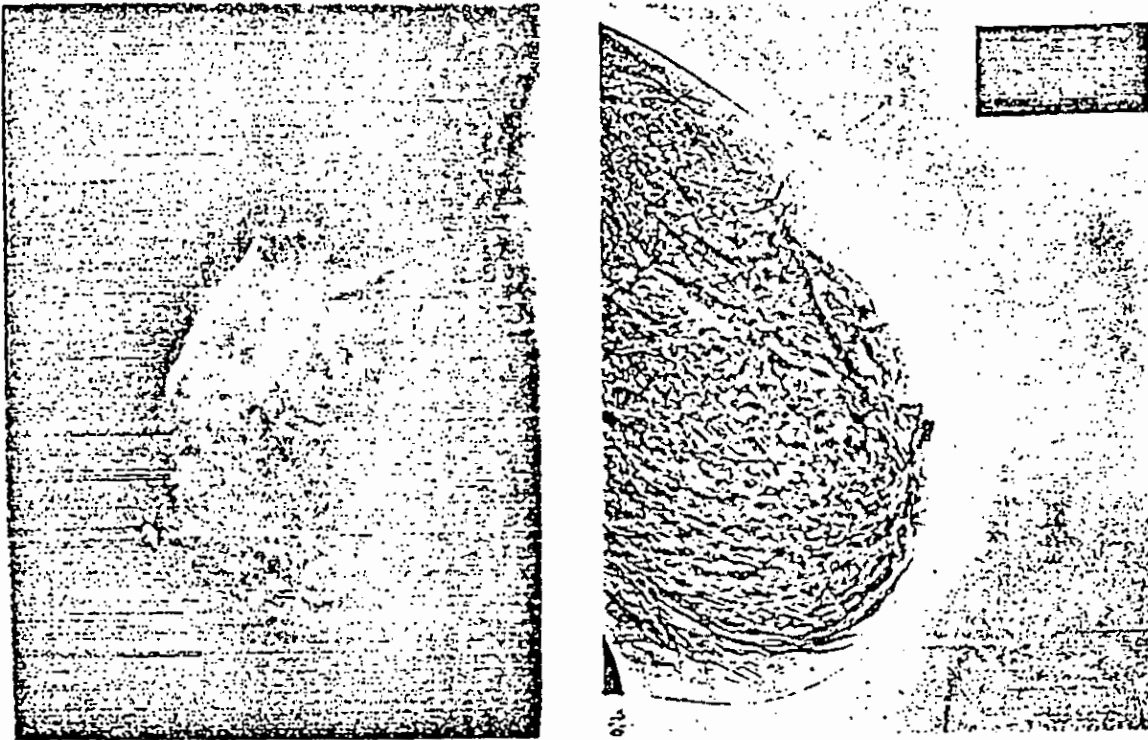


Εικ. 19 Διεστιακός καρκίνος.

Η ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ -είναι μια σημαντική βοήθεια στην εξέταση των μαστών είναι η μαστογραφία χαμηλής δόσης η οποία πρέπει να γίνεται εκεί που επιτρέπεται και εκεί όπου επιβάλεται, όταν ο ειδικός γιατρός έχει πρόβλημα, ανεξάρτητα από την ηλικία της γυναίκας.

Οι ενδείξεις μαστογραφίας είναι πολλές θα αναφέρουμε όμως τις πιο σπουδαίες. Εκτός από την ανίχνευση του μαστού(καρκίνου) όταν ακόμα δεν ψηλαφάται, η συμβολή της μαστογραφίας μπορεί να συνοφιστεί στα εξής σημεία :

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

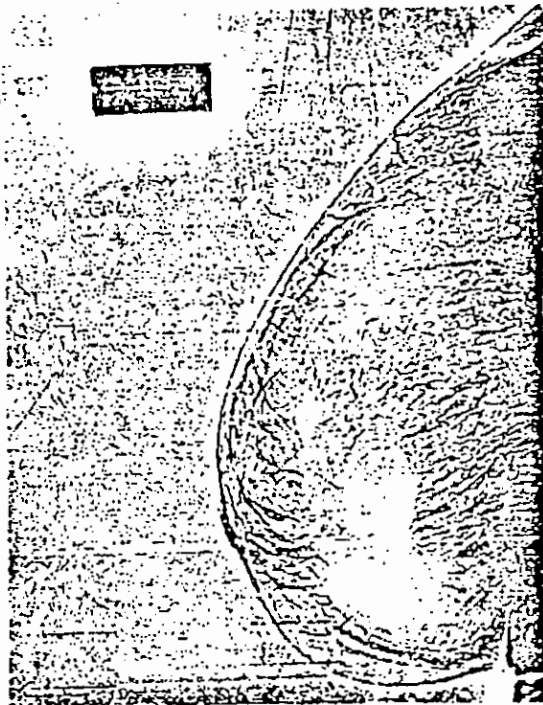


Εικ. 20 Καρκίνος (άνω) και άποτιτανωμένο ιγαδένωμα (κάτω).
(Μαστογραφία και Ξηρογραφία).

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



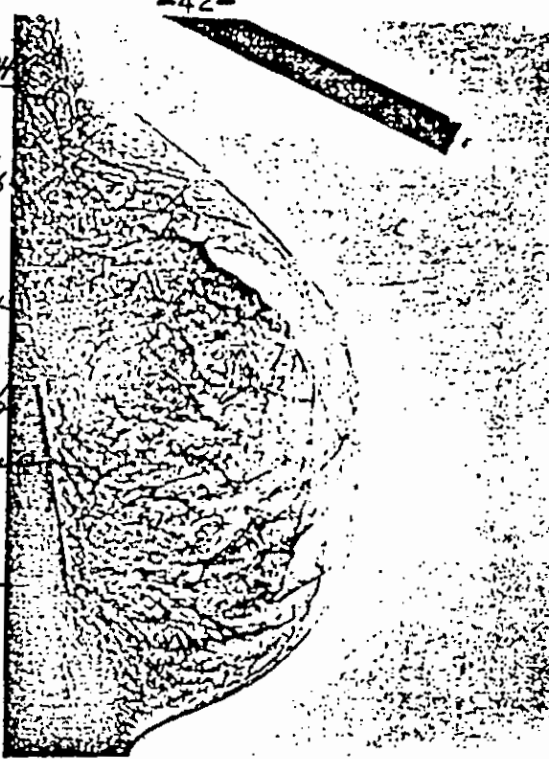
Εικ. 21 Συρρέουσες μικροακανθώσες. Σημείο κακοήθειας.



Εικ. 22 Καρκίνος μαστού.

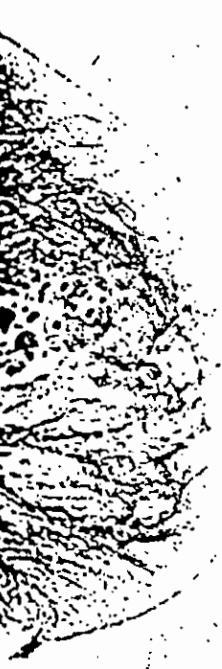
ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓ
ΚΑΛΟΗΘΕΙΑ ΜΟΡΦΗ

- παθοργιακή εκκρίσι
 - (εκκρίσεις από
 - μπαλιτικού ερεθισμ
 - από θωρακική φάσμα
 - από νεφροορμονια
 - αίμα, από φάρμακα
- φλεγμονώδαι παθ
 - σοφεία ή χρόνια
 - μυσιτίδα, κύστει
 - μαστό, ινώδης
 - κυστική μαστοπάθια



- Άδρες παθήσεις του μαστού
- καρκινώδεις
 - νέκρωση γάλακτος
 - νόσος του Mondor
 - υπερτροφία μαστού
 - μαστοδυνία
 - εμμηνορροϊκές και γερμιακές κύστεις.

Εικ. 23. Άδρες αποτιτανώσεις. Σημείο καλοήθειας.



24 Άδρες διάσπαρτες αποτιτανώ
Σημείο καλοήθειας.

Εικ. 25. Καρκίνος: είναι εμφανής η πάχυνσις του δέρματος.

ΒΙΟΨΙΑ

Εφόσον ανευρεθεί όγκος ή ογκίδιο ύποπτο στην κλινική εξέταση ή τη μαστογραφία πρέπει πάντοτε να γίνεται χειρουργική εξαίρεση επί υγιούς βάσεως και βιοψία αυτού.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μεγάλων όγκων μπορεί να γίνεται σφηνοειδής βιοψία. Εξαίρεση και βιοψία ενός ιναδένωμα και η γυναίκα είναι κάτω των των 25 ετών ή εάν πρόκειται για κύστη, δεν είναι αιματηρό.

Ο τρόπος εξαιρέσεως ογκιδίου εξαρτάται απο την εμπειρία του ιατρού. Πάντως σε υποπτους για καρκίνο όγκους ή εξαίρεση πρέπει να γίνεται οξεία και ευρεία. Είναι βαρύτατο σφάλμα να μείνει τμήμα του όγκου μέσα στο μαστό μετά την βιοψία.

Η Παρακέντηση μόνο υποβοηθητικό μέσο και έχει 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 εξαίρέσεως ενός ογκιδίου.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΦΟΡΑΣ

Η εξέταση του μαστού μπορεί να ανακαλύψει :

1) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση

2) Ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο

3) Ερυθρότητα υπεραιμία ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.

4) Ασύμμετροι ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.

5) Εισολκή δέρματος πάνω από την μάζα.

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

7) Ορώδη ή αιματηρά έκκριση θηλής.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Εφόσον διανωστέ η υπάρχει υποψία για καρκίνο του μαστού η ασθενής υποβάλλεται σε υποβάλλεται σε ένα προεγχειρητικό ή προ θεραπευτικό έλεγχο.

Ο έλεγχος αυτός έχει σκοπό : α) της προθεραπευτικής εκτίμησης της γυναίκας) για χειρουργικής επέμβασης, ακτινοβολία, χημειοθεραπεία κ.τ.λ. και β) την εκτίμηση της γενικής κατάστασής του οργανισμού που θα εκτιμηθεί και

και συγριτικά στο μέλλον κατά την διάρκεια της παρακολουθήσεως.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ--

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει τρεις στόχους :

α) τον τοπικό και περιοχικό (επιχώριοι λεμφαδένες) έλεγχο του όγκου β) την επιβίωση , γ) Την αποδοχή της πραγματικότητας απο την ασθενή.

Είναι φανερό ότι η τοποική θεραπεία (εχχείρηση θωρακικού τοιχώματος και των επιχώριων λεμφαδένων απο τον όγκο. Δεν μπορεί όμως κανείς να είναι σίγουρος για την πλήρη αποστείρωση του όγκου εκτός εαν κατά την διάρκεια της παρακολουθήσεως δεν παρουσιασθεί κάποια καρκινική εστία στην περιοχή που θεραπεύτηκε. Εαν εμφανιστεί κάποια κάποια καρκινική εστία, τότε αυτό λέγεται τοπική υποτροπή και αποτελεί το μέτρο αποτυχίας της εφαρμοσθείσας τοπικής θεραπείας.

Είναι γνωστό ότι 40% των γυναικών με μη ψηλαφητούς μασχαλιαίους λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπή στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Επομένως μπορεί να θεωρηθεί ότι τα 2/3 των ασθενών με μεταστάσεις στους λεμφαδένες δεν παρουσιάζουν κλινική εκδήλωση της νόσου στην μασχάλη. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι το 15% των ασθενών που υποβλήθησαν σε απλή μαστεκτομία παρουσιάζουν πολυεστιακή ανάπτυξη του όγκου σε άλλα τεταρτημόρια. Ενώ σε γυναίκες που υπέστησαν τμηματεκτομή, για καρκίνο του μαστού μόνο ένα 5% ανέπτυξαν άλλη εστία στον υπολειπόμενο μαστό. Και στις περιπτώσεις αυτές τα 2/3 των ασθενών δεν ανέπτυξαν κλινική ένδειξη υποτροπής,

Πολλές γυναίκες πεθαίνουν απο απομακρυσμένες μεταστάσεις μετά μεγάλο χρονικό διάστημα απο την τοπική θεραπεία (10, 20 και 30

εμφανής ο πιθανός ρόλος του ανοσολογικού συστήματος και της ανοσο-λογικής εποπτείας στον καρκίνο του μαστού ο οποίος μάλιστα θεωρείται απο κολλούς λογενοούς προελεύσεως . Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι για να αξιοποιηθεί η επιβίωση απαιτείται ΙΟετής περίοδος, ενώ άλλοι επειδή οι περισσότερες τοπικές ή περιοχικές υποτροπές συμβαίνουν τα πρώτα 5 χρόνια μετά την αρχική θεραπεία, προτείνουν σαν υπολατάστατα της ΙΟετούς επιβίωσης το 5ετές ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα. Το ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα (5ετές ή και ΙΟετές) αντικατοπτρίζει και αξιολογεί καλύτερα την εφαρμοσθείσα θεραπεία, χωρίς αυτό να συμβαίνει ότι κύριος σκοπός και στόχος της θεραπείας δεν παραμένει η επιβίωση.

Παλαιότερα με βάση τις θεωρίες των χειρουργών εμπειρών του μαστού η θεραπεία του καρκίνου του μαστού εστηρίζοτο σε ορισμένες αρχές που περιγράφονται πιο κάτω. Τα τελευταία χρόνια οι εμπειροί χειρουργοί μετα απο κλινική έρευνα με την συνεργασία 34 Πανεπιστημίων των Η.Π.Α αναθεώρησαν ορισμένες θεωρίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πρίν απο αρκετό χρονικό διάστημα η μόνη αποδεκτή εγχείρηση ήταν η ριζική μαστεκτομία. Σκοπός ήταν η εξαίρεση όλων των ιστών του μαστού, με την σκέψη ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν μια τοπική νόσος. Τα τελευταία 30 χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται συντηρικές χειρουργικές μέθοδοι με συνδυασμό τοπικής ακτινοβολήσεως όταν κρίνεται αναγκαία.

Στην συνέχεια αναλύονται οι κυριότερες εγχειρητικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

Η ριζική μαστεκτομία αποτελεί την δεύτερη σε σειρά συχνότητας εφαρμοσμένη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία.

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομία μόνη θεωρείται ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2εκ. κι περισσότερους απο 4 θετικούς λεμφαδένες ανέπτυξαν τοπική η συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3εκ. το ποσοστό υποτροπής είναι γύρω στο 85-90%.

Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί το ποσοστό υποτροπής πέφτει στο 25%. Τελευταίες έρευνες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά απο ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπές σε ποσοστό 17%, ενώ με θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 57% όλων των περιπτώσεων.

ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

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.

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

Η εγχείρηση εκτός απο το μαστό τους μυς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτε λείσματα της όμως είναι πτωχά και λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΙΑ

Συνιστάται στην εξαίρεση του μαστού των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός και την διατήρηση του μείζωνο θωρακικού μυός. Το 1942 τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία έγινε στο 26% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ ενώ το 1977 το ποσοστό ανήλθε σε 58% και έγινε η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας.

ΤΜΗΜΑΤΕΚΤΟΜΙΑ

Η ογκεκτομία συνιστάται στη αφαίρεση του 4 μορίου που βρίσκεται ο όγκος και η δεύτερη στην εξαίρεση του όγκου επι υγιούς βάσεω (2-5εκ.υγιής ιστός γύρω απο τον όγκο). Και ακολουθεί εξωτερική ακτινοβολήση.

Οι συντηρητικές εγχειρήσεις έχουν αρχίσει και εφαρμόζονται όλο και περισσότερο απο τους ογκολόγους.

ΥΗ Εγχείρηση αντενδείκνυται στις παρακάτω καταστάσεις :

- α) Οίδημα του μέλους
- β) Φλεγμονώδης καρκίνος

- γ) Παραστερνικός όζος
- δ) Εκτεταμένο λεμφικό οίδημά του μαστού
- ε) Εξάλκωση του δέρματος
- ζ) Διήθηση του θώρακος υπο του όγκου.

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού η ακτινοθεραπεία είναι ουσιαστική. Γιατί :

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

Α. ΚΥΡΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ακτινοθεραπεία φιλοδοξεί να αντικαταστήσει την μαστεκτομή.

Πρέπει να τηρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις :

α. Η μέθοδος να εφαρμόζεται στα αρχικά στάδια T1-T2 N0,M0.

β. Η ακτινοθεραπεία πρέπει να γίνεται από έμπειρα χέρια και σε κέντρα με σύγχρονο εξοπλισμό. Απαιτείται εξωτερική ακτινοβολία με υπερδυναμική δάσμη για ακτινοβολήση ολοκλήρου του μαστού, και των περιοχικών λεμφαδενικών περιοχών και επιπρόσθετη ακτινοβολήση του υπόβαθρου του όγκου.

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

δ. Δια της ίδιας ή άλλης τομής να γίνεται δειγματοληψία της μασχάλης δεν γίνεται λεμφαδενικός καθαρισμός γιατί δημιουργείται οίδημα.

Β. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΟΜΗ

Αρχισε να γίνεται ακτινοθεραπεία όταν έγινε αντιληπτό ότι οι λεμφαδενικές μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού αφορούσαν όχι μόνο της μασχालιάους, αλλά και τους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας ως επίσης της υποκλειδίου και υπερκλειδίου περιοχής.

Γ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται ασθενείς με όγκους T3β-T4N2M3 Σύγχρονη θεραπευτικέςτάσεις περιλαμβάνουν υψηλές δόσεις ακτινοβολίας και ακολούθως εμφύσηση ραδιενεργών πηγών . Εάν δεν επιτευχθεί πλήρης ύφεση πρέπει να θεωρηθεί το ενδεχόμενο της μαστεκτομής.

Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η Ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε οστικές μεταστάσεις 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 4000ράντζ αποστειρώνει μικροσκοπικές εστίες. Η ακτινοβολία εξ αποστάσεως γίνεται με ακτινοβολία γ . ή σωματιδιακή β.

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Ορμονοθεραπεία γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών είτε με εγχειρητική εξαίρεση ορισμένων ενδοκρινικών αδένων, όπως των ωοθηκών, των επινεφριδίων και της υποφυσης για εξουδετέρωση ή και για εξαφάνιση ορισμένων ορμονών εκείνων που ασκούν επίδραση πάνω στην ανάπτυξη του καρκίνου. Το είδος της ορμονικής θεραπείας εξαρτάται από την ηλικία της άρρωστης.

ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

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 μόνο φάρμακο ή πολυοχημειοθεραπεία -συνδυασμός δύο έως επτά φαρμάκων επίσης μπορεί να είναι προφυλακτική ή θεραπευτική. Η προφυλακτική χημειοθεραπεία γίνεται συνήθως σε γυναίκες προεμμηνόπαυσιακές με διηθηθιμένους λεμφαδένες.

Η Χημειοθεραπεία αποτελεί μια επίπονη αγωγή λόγω της μακράς διάρκειας των συχνών επιπλοκών και της αυξημένης νοσηρότητας. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και να γίνεται προσπάθεια να εφαρμοστεί το 100% της δόσεως του φαρμάκου προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα της θεραπείας είναι πολύ δύσκολα.

Για το στάδιο ένα I κυμαίνεται μεταξύ 50-90%

δύο II κυμαίνεται μεταξύ 40-70%

τρία III κυμαίνεται μεταξύ 10-20%

στάδιο IV είναι 0-5% .

ΤΟ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η Ριζική μαστεκτομή παρακολουθείται, είτε αμέσως μεταχειρηθικώς είτε αργότερα, για λεμφοίδημα του συστοίχου άνω άκρου. Η συχνότητα εμφάνισης του λεμφοιδήματος αυτού ποικίλλει κατά διάφορες στατιστικές, επίσης διαφέρει και ο βαθμός βαρύτητας του λεμφοιδήματος. Για τον ασθενή, εκτός της αισθητικής πλευράς το λεμφοίδημα προκαλεί λειτουργικές διαταραχές και ψυχολογικά προβλήματα και η αντιμετώπισή τους είναι αρκετά δυσχερής.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ -Δεν είναι γνωστός ο ακριβής μηχανισμός της αναπτύξεως του λεμφοιδήματος αυτού και δυο βασικότεροι παράγοντες αυτού είναι η λεμφική στάση και η φλεγμονή.

Η λεμφική στάση είναι αποτέλεσμα είτε του χειρουργικού καθαρισμού της μασχάλης κατά την διάρκεια της ριζικής μαστεκτομής. Κατά καιρούς έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη λεμφοιδήματος η φλεβική στάση -συνέχεια απολινώσεως, διατομή, αποφράξεως, πιέσεως, θρομβοφλεβίτιδα της μασχαλιαίας φλέβας-η παχυσαρκία, και η πιεστική μεταχειρητική επίδραση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ-Δυστυχώς η πρόγνωση του λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή δεν είναι καλή.

Η σωστή πρόληψη είναι περιορισμός της εκτάσεως της εγχειρήσεως και καταφυγή μάλλον προς (αποφυγή) την συντηρητική ριζεκτομή. Απαραίτητο είναι να προειδοποιήσουμε την ασθενή προς αποφυγή κάθε κινδύνου που μπορεί να τους επιφέρει φάρμακός. Το ήπιο λεμφοίδημα αντιμετωπίζεται

με σχετική ευκολία -έλεγχος φλεγμονής, δια ευρέως φάσματος αντι-βιοτικών ελαστική περίδεση του άκρου, κινητοποίηση και φυσικοθεραπεία-οι δε χειρουργικές μέθοδοι επιφυλάσσονται για τια βαρύτερες μόνο περιπτώσεις και μάλιστα με σχετική ευκολία και επιτυχία. Χρησιμεύει με επίσης μικρές δόσεις διουρητικών φαρμάκων.

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

α) Το αμέσως μετά την εγχείρηση

β) Το δευτεροπαθές μήνας ή χρόνος μετά την εγχείρηση το οποίο εμφανίζεται ως αποτέλεσμα φλεγμονής ή λοίμωξης του μέλους'.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Η εμφάνιση της Νοσηλευτικής σαν επάγγελμα, προσδιορίζει τη ύπαρξη συγκεκριμένης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Σε μια σύνθετη κοινωνία όπως η σημερινή η νοσηλευτική αποτελεί μέρος ενός συστήματος φροντίδας υγείας και διαφοροποιείται και εξειδικεύεται σε μοναδικό ρόλο. Η νοσηλευτική είναι μια πολύπλοκη ανθρώπινη δραστηριότητα που βοηθά το άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα στην διατήρηση της υγείας και βελτίωσής της, με ειδική αναφορά στην κάλυψη των βασικών βιολογικών, ψυχικών, κοινωνικών αναγκών.

Η νοσηλευτική εκτιμά :

Α. Την έκταση της φροντίδας των ελλείψεων.

Β. Το βαθμό στον οποίο το άτομο, την οικογένεια, ή η κοινότητα μπορούν να συμπληρώσουν τις ελλείψεις.

Γ. Την έκταση στην οποία είναι απαραίτητη η παρέμβασή της.

Η Νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σύμφωνα με τις αρχές τις διεργασίες παίρνει συγκεκριμένες μορφές ανάλογα με το είδος της ανάγκης την έντασή της τις δυνατότητες αντίδρασης του το χώρο που βρίσκεται ο άρρωστος, το είδος τις δομικές σταθερές του αρρώστου.

Παραμένοντας δίπλα στον άρρωστο όλο το 24ωρο ο νοσηλευτής έχει σαν αποστολή :

Την μελέτη των αναγκών

Την εκτίμηση των δυνατοτήτων κάλυψής του με αυτοφροντίδα ή με βοήθεια από το περιβάλλον του.

Την κάλυψη των αδυναμιών με νοσηλευτικές φροντίδες

Την επαναφορά του στην φυσιολογική κατάσταση και αυτονομία

Την εξασφάλιση συνθηκών απο πλευράς ατόμου και περιβάλλοντος
ώστε να διευκολυνθεί το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο.

Την νοσηλεία του αρρώστου κάτω απο συνθήκες ασφάλειας και αξιοπρέ-
πειας και την παροχή συναισθηματικής κάλυψης για μείωση του άγχους
εξαιτίας της νόσου και των συνεπειών της.

Οι νοσηλείες που αποφασίζονται απο τους θεράποντες γιατρούς περι-
λαμβάνονται στην νοσηλευτική φροντίδα για την εφαρμογή τους. Η
παρακολούθηση του αρρώστου γίνεται υπεύθυνα απο το νοσηλευτή που
μεταφέρει πολύτιμες πληροφορίες του στο γιατρό και στους άλλους
επαγγελματίες υγείας. Μέσα στο πλαίσιο που δημιουργήσαμε ως δούμε
τα φυσικά προβλήματα της άρρωστης με Ca μαστού και την νοσηλευτική
της αντιμετώπισης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- α) Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης του καρκίνου
- β) θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη
- γ) Φόβος θανάτου

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΙΔΩΛΟΥ ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΘΥΛΗΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΖΥΓΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΧΡΟΝΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Οι αντιμενικοί σκοποί αποβλέπουν :

- α. Στην βοήθεια να αποδειχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού.
- β. Ελαχιστοποίηση της αγωνίας και του άγχους.
- γ. Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειας της να αποδειχθούν την πραγματικότητα.
- δ. Μείωση του κινδύνου υποτροπής της νόσου.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η Προεγχειρητική παρέμβαση περιλαμβάνει την

- α. Ψυχολογική προετοιμασία
- β. Την 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 σε μεταγχειρητικές ασκήσεις.

Η Εισαγωγή της και μόνο σε αντικαρκινικό Νοσοκομείο αποτελεί προσηπική 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 έρρωστο θα πρέπει πρώτα να 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 οικογένειάς 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 :

- α. εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια στο να διασκορπίσει τα αισθήματα φόβου με :
- 1. εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης του συζύγου
- 2. ακρόαση των ανησυχιών
- 3. έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.

4. ενθάρτυση και διαβεβαίωση

β. βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή, γιαυτό και η νοσηλεύτρια προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο και την βοηθά στο να εκφράσει τα αισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται τη απόρριψη του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση γιατί δεν μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο της σαν γυναίκα και σαν μητέρα. Η υποστήριξη της άρρωστης και την οικογένειά της θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

γ. μείωση του χρόνου αναμονής πριν από τη χειρουργική

1. διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.

2. εξασφάλιση αίματος εάν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.

3. χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

δ. προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και κολλομαθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.

Διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειάς της σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού τα αισθήματα μετά την μαστεκτομή τον πόνο την δραστηριότητα και την διορθωτική πλαστική του μαστού.

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

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα επιδιώκει :

Άμεσα α) Την σωματική ανάνηψη

β) Την πρόληψη επιπλοκών

Άμεσα λοιπόν έχουμε : Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, επισκόπηση επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμοραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη. Χορήγηση αναλγητικής μετά την ανάνηψη από την νάρκωση, για ανακούφιση του πόνου. Ευθάρρυνση αλλαγής θέσης στο κρεβάτι και βαθιών αναπνοών για την πρόληψη επιπλοκών. Αποφυγή της πιεστικής επίδεσης του τραύματος για να μην εμποδίζεται η εκπτυξη των πνευμόνων.

Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γιαυτό και θα πρέπει να αδειάζεται πριν γεμίσει τελείως. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

ΠΡΟΣΑΥΞΗ ΛΟΙΜΩΣΗΣ : Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβεβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις για αποφυγή εισόδου των 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. Εγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης.

Ετοιμασία του συζύγου για παροχή της συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του. Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση. Οι ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του άγκωνα πηλνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για την πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων. Η άρρωστη πιθανόν να απορρίπτει τις ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η νοσηλεύτρια σε αυτή την περίπτωση θα-εξηγήσει την σπουδαιότητα των ασκήσεων. Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μην αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις. Η άρρωστη ενθαρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή στάση του σώματος αλλά βοηθά στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

Για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών, και για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρρωστης μετά από ριζική μαστεκτομή οι ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό είναι :

- Σφίξιμο μπάλας-βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού
- Πέταγμα μπάλας-βελτιώνει την έκταση του προσβεβλημένου.
- Αναρρίχηση στον τοίχο-προάγει την έκταση του προσβεβλημένου .
- Αιώρηση χεριών-χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών.
- Κούμπωμα κουμπιών στην πλάτη.

Η άρρωστη ανεβοκατεβάσει και τα δυο της χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπία της μπλούζας της.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα εμδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων, ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα. Ανάγνωση των σημείων φλεγμονής-πόνος ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα. Ήπιο μασάζ της επούλωσης τομής με βούτηρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Επειδή στην ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάζει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέυσης της λέμφου.

Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει :

α. να αποφεύγονται στο χέρι αυτά τα κοψίματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δείγματα εντόμων, τα εγκαύματα, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη.

β. οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχτηκαν.

γ. στον βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μεταχειρητικά για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

δ. ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για την πρόληψη του εξαρτημένου οιδήματος.

ε. το χέρι και η χειρουργική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη της λάμψης.

στ. να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων να αποφεύγεται για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΕΣΗΣ ΤΕΧΝΙΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ

Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή του τεχνητού στήθους. Η άρρωστη συμβουλευεται να φορέι κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίσει μαλακό υλικό που να μην κολλά στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος η άρρωστη ενημέρωνεται για τους διάφορους τρόπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει την γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης για ενθάρρυνση και αποδοχή.

Γίνεται :

- α. αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος
- β. εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση -έλεγχος προόδου ασκήσεων.
- γ. εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
- δ. αξιολόγηση της ψυχολογικής προσαρμογής της άρρωστης.
- ε. διαπίστωση πιθανής υποτροπής.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Τοπική υποτροπή

2. Εκτίμηση

αγκίδιο στο θωρακικό τοίχωμα στην περιοχή της τομής.

3. Παρέμβαση

Ετοιμασία της άρρωστης για παραπέρα διαγνωστικές εξετάσεις, βοήθεια στην ετοιμασία για ακτινοθεραπεία.

β. Μετάσταση σε άλλα όργανα - οστά, πνεύμονες, ήπας, εγκέφαλος-

4. Εκτίμηση

α) οστά-οστικοί πόνοι

β) δυσκολία στην βάδιση

γ) απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας.

δ) πόνους πνεύμονες-πόνος, δυσφορία, δύσπνοια

ε) ναυτία, έμετοι, ανορεξία, απώλεια βάρους

στ) εγκεφαλο-σύγχυση, παράλυση, διαταράχες όρασης.

5. Παρέμβαση

α) οστά-ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, αναλγητικά ηρεμιστ.

β) πρόληψη των καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Να γίνει ακινητοπ

οίηση καταγμάτων εάν συμβούν.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Εξαρτάται απο πολλούς παράγοντες η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού κυρίως απο :

-το στάδιο εξελίξεως

-τον τύπο του καρκίνου

-την ανοσοβιολογική άμυνα και αντίσταση, τους γενετικούς παράγοντες

Η αρχική θεραπεία έχει σχέση με την πορεία της νόσου και φαίνεται

ότι οι ριζικές εγχειρήσεις έχουν καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα

όταν οι αδένες της μασχάλης είναι διηθημένοι. Ασθενείς με καρκί-

μαστού πρέπει να παρακολουθούνται για πολλά έτη, για την πιθανότητα

τα μεταστάσεως-υποτροπής-και στον άλλο μαστό.

Τα χρονικά διαστήματα είναι 3-6μήνες, η εξέταση είναι ακτινογραφία

του θώρακος, γενική αίματος, καθίζηση ερυθρών, αλκαλική φωσφατάση,

υδροξυπρολίνη ούρων σπινθηρογραφήματα ήπατος και οστών κ.α.

ΕΙΔΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΜΕΤΑΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής επιδιώκει :

Εμμεσα να αποκτήσει ανεξαρτησία ασθενής και να την ενισχύσει ψυχολογικά.

Άμεσα επιδιώκει την πρόληψη των επιπλοκών, και την γρήγορη ανάνηψη.

Το έργο του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας μεταχειρητικά είναι :

-αλλαγή θέσης και βαθιές αναπνοές για την πρόληψη των αναπνευστικών επιπλοκών.

-μέτρηση ζωτικών σημείων για διαπίστωση SHOCK ή αιμορραγίας δηλαδή παίρνουμε στην ασθενή το σφυγμό, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία.

-παρακολουθούμε την παροχέτευση του τραύματος.

-χορηγούμε αναλγητικά για τον πόνο

-πρόληψη της λοίμωξης γιατί αυξάνεται ο αριθμός των λοιμώξεων εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει την άρρωστη

α. να αποδειχθεί την αναπηρία της

β. να αποκτήσει αυτοπεποίθηση, αυτοπευθυνότητα

γ. να προσαρμοστεί στην νέα εικόνα

Επίσης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο γίνεται κατάλληλη διδασκαλία.

Απο μέρους του νοσηλευτή γίνεται :

α.ετοιμασία συζύγου για παροχή χρήσιμων πληροφοριών για υποστήριξη της συζύγου του.

β.ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.

γ.βοήθεια της άρρωστης για εκτέλεση καθητικών ασκήσεων.

δ.Φροντίδα τραύματος-συχνό πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

ε.χρήση πρόσθεσης-τεχνικού στήθους-

ζ.γίνεται ενημέρωση της άρρωστης μετά την επούλωση του τραύματος για τους τύπους της πρόσθεσης. Η πρόσθεση πρέπει να έχει το ίδιο μέγεθος και σχήμα, βάρος με το άλλο στήθος.

Όταν γίνει ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με την φυσική φροντίδα μπορεί να προάγει την ανεξαρτησία, να προωθήσει την αυτοφροντίδα και να ενισχύσει την θέληση της ασθενούς.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΝΟΜΑ -Μεγαλοοικονόμου Ιωάννα

ΗΛΙΚΙΑ-41

ΠΑΓΓΕΛΜΑ-Οικιακά

ΥΖΥΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-Πανρεμένη

ΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ-Εχει υποστεί μόνο μια χειρουργική επέμβαση-ινομύω
α.Δεν Καπνίζει.

ΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ-Δέν υπήρχε άτομο αποτην οικογένεια της με καρ
ίνο μαστού.

ΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ ΜΑΣΤΟΥ-Καμιά.Δεν γινόταν συχνά αυτοεξέταση μασ
ού ,το ανακάλυψε τυχαία.

ΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-Η εξέταση του μαστού αποκαλύπτει

Ανώδυνο σκληρό μη κινητό ογκίδιο

Ο πόνος απουσιάζει

ΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ-Μαστογραφία θετική
-βιοψία "

ΝΤΟΠΙΣΗ-Αριστερός μαστός,άνω δεξιό τεταρτημόριο.

ΕΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ-Αμιγές αδενοκαρκίνωμα-πορογενές-

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΗΤο κατατάσσουμε στο στάδιο I Μέγιστη διάμετ
ρος του όγκου 3.8 εκ.Ολοι οι αδένες αρνητικοί ΤΙ Νομο

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-Εγινε ριζική μαστεκτομή.στην οποία έγινε
εξάιρεση του μαστού,των λεμφαδένων της μασχάληςκαι του ελλάσωνος
θωρακικού μυός και διατήρηση ενός θωρακικού μυός.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ-Ψυχολογικά προβλήματα(αδυναμία αποδοχής της μα
στεκτομής,θυμός,κατάθλιψη ,μεταβολή του σωματικού ειδώλου.

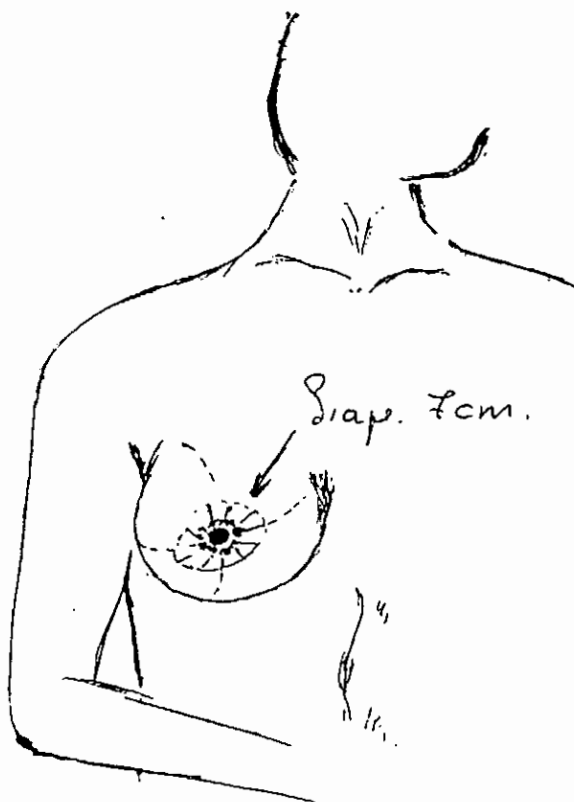
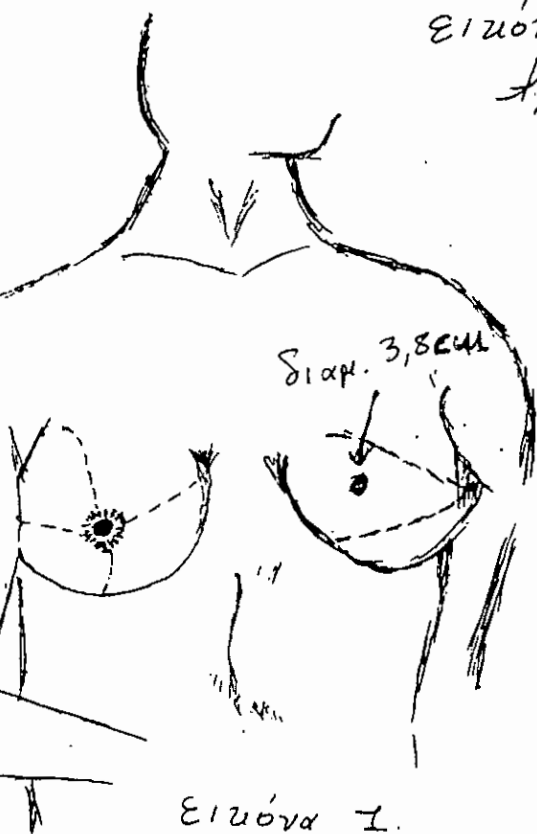
ΣΥΝΕΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η νοσηλεύτρια απο μέρους της προσπαθεί :

α. να προσαρμοσθεί η ασθενής στην νέα εικόνα

β. να αποκτήσει αυτοπευθυνότητα, αυτοπεποίθηση, φυσική και συναισθηματική επάρκεια.

Εικόνα Ι. Περίπτωση Πρώτη
Αριστερός μαστός ανω δεξιό
τεταρτημόριο.



Εικόνα Β. Περίπτωση Δεύτερη
Δεξιός μαστός και
παιδί γυρνάει προς
την θηλή.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ-Κοντιζιά Ζωή

ΗΛΙΚΙΑ-38

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ-Ιδιωτική υπάλληλος

ΣΥΖΥΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-Παντρεμένη, με δύο παιδιά.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ-Δεν έχει πρόβλημα υγείας, δεν καπνίζει, έχει κανονική περίοδο.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ-Δεν υπήρχε άτομο με καρκίνο μαστού.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ-Καμιά. Η ίδια δεν είχε υποψιαστεί κάτι με την αυτοεξέταση που έκανε μόνη της.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ-Η εξέταση έδειξε (ανώδυνο μη κινητό ογκίδιο, δεν υπάρχει πόνος, υπάρχει ερυθρότητα, εισολκή της θηλής.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ-Μαστογραφία θετική (μια μάζα με ακαθόριστα κ και ασαφή όρια.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ-Δεξιός μαστός, καταλαμβάνει και μέρος γύρω από την θηλή.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ-Λοβιδιακό καρκίνωμα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ-Κατατάσσεται στο τρίτο στάδιο IIB διάμετρος 7ε
T3N2M0

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-Ριζική μαστεκτομή, επίσης ακολουθεί και ακτινοβολία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΗΣ-Ψυχολογικά προβλήματα (απογοήτευση, αδυναμία αποδοχής της αναπηρία της.

Επίσης κατάθλιψη και σύγχυση επικρατεί στο ψυχολογικό της κόσμο, γιαυτό σαν σημαντικό έργο του ψοσηλευτή είναι να την βοηθήσει πρώτα ψυχολογικά, για να μπορεί να φέρει σε πέρας την υπόλοιπη ζωή της

ΠΙΝΑΚΑΣ

α. ΕΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΩΝ-Μεγαλοικονόμου Ιωάν.-Κοντιζά Ζωή

β. ΗΛΙΚΙΑ - 41 - 38

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΩΘΗΚΩΝ- έχει περίοδο -έχει περίοδο

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ -ινομύωμα -δενέχει εγχειρηστεί

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- Κανέννας δεν είχε καρκίνο μαστού.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΠΑΘΗΣΗ -καμία -καμία

ΑΛΛΟΣ ΜΑΣΤΟΣ -αρνητικός -αρνητικός

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ -θετική -θετική

ΕΝΤΟΠΙΣΗ -αριστερός μαστός -δεξιός μαστός

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ -Τ1Ν0Μ0 -Τ3Ν2Μ0

ΘΕΡΑΠΕΙΑ -ριζική μαστεκτομή -ριζική μαστ. και ακτιν.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να αντιλαμβάνεται :

- α. την έκταση των ελλείψεων
- β. το βαθμό στο οποίο το άτομο η οικογένεια ή κοινότητα μπορούν να συμπληρώσουν τις ελλείψεις.

Οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής βοηθούν στοχεύοντας στην παραγωγή και μεγιστοποίηση της αυτοφροντίδας. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει την κατάσταση στο χώρο του και αποφασίζει μέτρα για την ασφάλεια και υγιεινή στο περιβάλλον του αρρώστου. Να έχει τον χρόνο να ασχοληθεί με τον άρρωστο μα του μιλήσει, να τον ανακουφίσει να τον καθησυχάσει, να τον προετοιμάσει ψυχολογικά αυτόν και το οικογενειακό του περιβάλλον για αποδοχή της αναπηρίας του. Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις η εισαγωγή του αρρώστου στο αντικαρκινικό αποτελεί οδυνηρή εμπειρία για τον άρρωστο γιαυτό χρειάζεται ιδιαίτερη υποστήριξη.

Για να βοηθήσουμε τον ασθενή μας πρέπει να τον ακούμε προσωπικά δηλαδή οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποβλέπουν :

- α. συμπλήρωση βιοψυχικών, κοινωνικών, πνευματικών αναγκών του αρρώστου
- β. ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων για το χειρουργείο, και πρέπει ο ίδιος να συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να γίνει.
- γ. μέριμνα για καλή και άνετη διαμονή στο νοσοκομείο.
- δ. συντονισμό με προεγχειρητικό έλεγχο.

Τέλος γίνεται διδασκαλία της άρρωστης και της οικογένειας της σχετικά με είδος της επέμβασης την εμφάνιση του θώρακα μετά την εγχείρηση

και το αίσθημα μετά την μαστεκτομή-το πόνο-.

Επίσης κατά την προεγχειρητική φροντίδα της αδερφή φροντίζει :

α.αφείρεση κοσμημάτων

αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχείων

κένωση ουροδόχου κύστεως

προνάρκωση μισή ώρα πριν την εγχείρηση

ξεβάφει τα νύχια και καταγράφει τα ζωτικά σημεία .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΡΑΒΑΝΤΙΑΝΟΣ (ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ) ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΑΘΗΝΑ 1984

ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ -ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΟΥ (ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΑΡΑΔΟΣΕΩΝ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗ Β

ΓΑΡΔΙΚΑΣ ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ Δ ΤΟΜΟΣ Α

ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ (ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕΡΟΣ Β ΑΘΗΝΑ 1981

ΚΑΤΡΙΩΝΗ-ΤΣΟΥΡΑΣ (ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΤΟΜΟΣ Α ΑΘΗΝΑ 1984

ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ (ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ) ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ
ΑΘΗΝΑ 1983

ΣΑΧΙΝΗ -ΚΑΡΔΑΣΗ (ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ)
ΝΟΣ. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ) ΤΟΜΟΣ Β ΑΘΗΝΑ 1985

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

« Τεθειώνοντας, θεωρώ μόνιμη υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω θερμώς, τον υπεύθυνο Καθηγητή της ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ Κ.Ε.Ν ΠΑΠΟΥΤΣΑΚΗ ΣΠΥΡΙΔΩΝ για την προσφορά βιβλιογραφικού υλικού, καθώς επίσης και του διδάσκοντά Λαρού και τις Καθηγήτριά της Νοσηλεύτικη γιατί γνωστώς ωφέλη και την σχετική πέρα που ανέπτυξα στο χώρο των Τ.Ε.Ι και του Νοσοκομείου»

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ
ΜΠΑΤΔΕΚΑ ΤΟΥ ΚΟΝ/ΝΟΥ
ΔΕΣΠΟΙΝΑ

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

