

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΓΑΒΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

κα Π. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

ΠΑΤΡΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1996

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ: ΓΑΒΑΚΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

κα Π. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

ΠΑΤΡΑ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1996

ΑΦΙΘΜΟΙ
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ

1962

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Φυσιολογία μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Αιτιολογία-προδιαθεσικοί παράγοντες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νεοπλάσματα του μαστού-Μεταστάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Κλινική εικόνα - Συμπτώματα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Σταδιοποίηση καρκίνου του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Διάγνωση - Διαγνωστικές εξετάσεις

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Πρόγνωση - Θνησιμότητα

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Θεραπεία

α) Χειρουργική

β) Ακτινοθεραπεία

γ) Χημειοθεραπεία

- δ) Ορμονοθεραπεία
- ε) Ανοσοθεραπεία

Γ' ΜΕΡΟΣ :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας και η σημασία του στον καρκίνο του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις και τη διάγνωση ασθενούς με καρκίνο μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην χημειοθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ακτινοθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 16

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση ασθενούς με καρκίνο μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 17

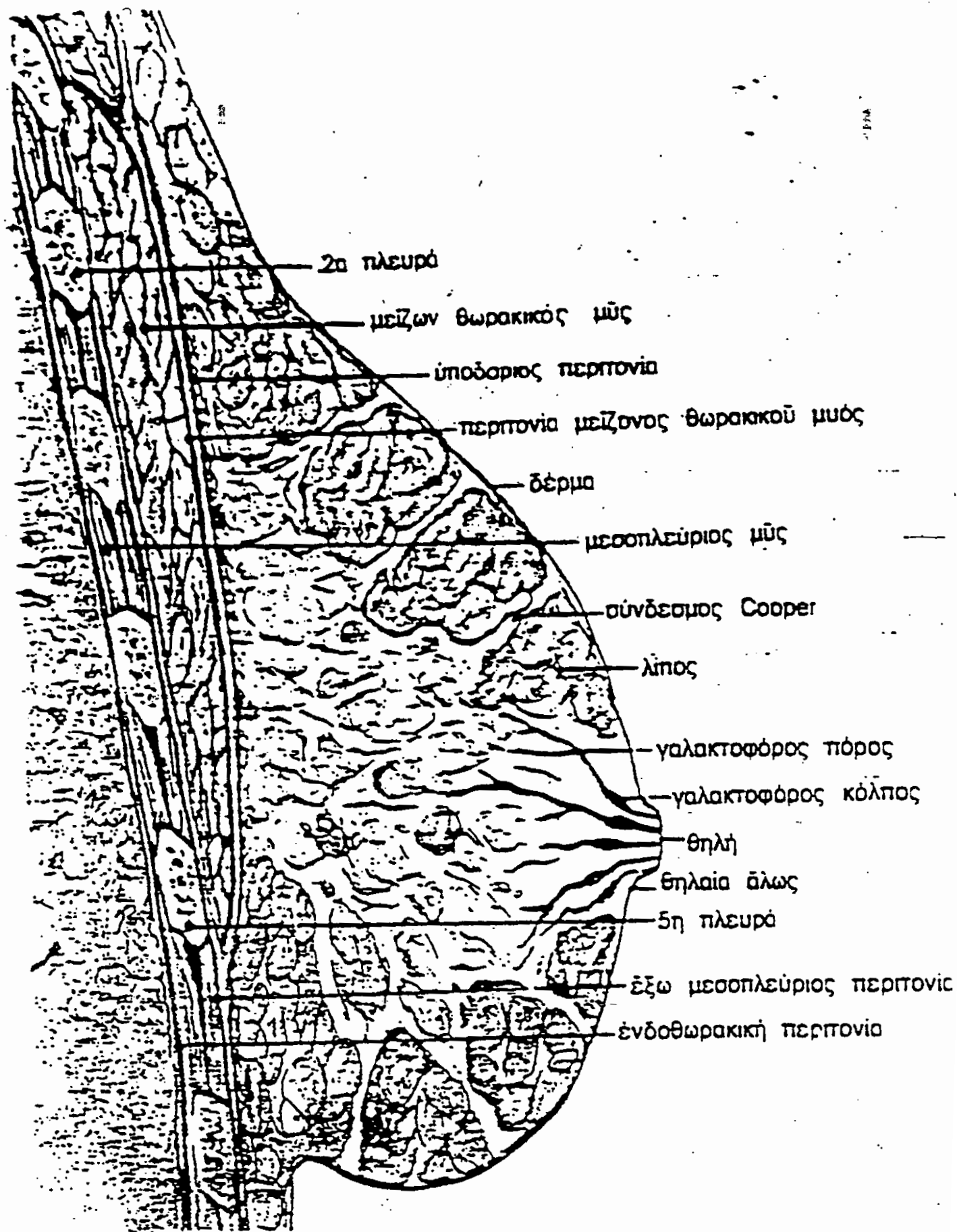
Πρόγραμμα για το προληπτικό έλεγχο του καρκίνου και του καρκίνου μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18

Νοσηλευτική διεργασία

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



Μαστός.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Τα τελευταία χρόνια όλος ο κόσμος έχει ευαισθητοποιηθεί στο θέμα του καρκίνου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η Ευρώπη και η Αμερική κηρύσσουν τον πόλεμο κατά του καρκίνου. Ο αγώνας είναι θεμητός και πολλοί είναι αυτοί που ελπίζουν σε αποτελέσματα. Οι πιθανότητες θεραπείας κυμαίνονται σήμερα στο 50% περίπου των ασθενών.

Ειδικότερα για τον καρκίνο μαστού, που είναι και το θέμα με το οποίο θα ασχοληθούμε στην εργασία μας είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου που πλήττει τις γυναίκες. Καθοριστικό ρόλο στην επιλογή του θέματος αυτού και του πνεύματος που διακατέχει την εργασία επαιξε το ότι θα μπορούσε η ασθένεια του καρκίνου μαστού να προληφθεί από το να θεραπευτεί.

Αντικειμενικοί σκοποί της εργασίας είναι:

1. Να αναλυθεί το θέμα του καρκίνου μαστού και να κατανοηθεί ότι η συχνότητα της εμφάνισης του είναι δυνατό να περιοριστεί χάρη στις συνδιασμένες προσπάθειες πρόληψης και θεραπείας.
2. Να τονιστούν τα πρώτα ενδεικτικά σημεία του καρκίνου μαστού με σκοπό την πρώιμη ανίχνευση και πρόψηψη.
3. Να παρουσιαστεί ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τή στη θεραπεία του καρκίνου μαστού και ιδίως στην πρόληψη και ανίχνευσή του.

Η μελέτη χωρίζεται σε τρία μέρη:

Α' μέρος: Αναφέρονται στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του γυναικείου μαστού· επίσης η επιδημιολογία, τα αίτια και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της ασθένειας, κλινική εικόνα, διάγνωση, διαγνωστικές εξετάσεις, στάδια.

Β'μέρος: Περιλαμβάνονται η θεραπεία, η νοσηλευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση.

Γ'μέρος: Περιλαμβάνονται η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο του μαστού, καθώς και ο επίλογος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φυσιολογικό κύτταρο κάθε οργανισμού έχει δύο βασικούς στόχους.

Ο πρώτος είναι να παράγει ενέργεια βοηθώντας τη λειτουργία του οργάνου, στο οποίο ανήκει και ο δεύτερος είναι ν'αναπαραχθεί.

Ο χρόνος της αναπαραγωγής δηλ. της μετώσης είναι διαφορετικός σε κάθε ομάδα κυττάρων.

Στον πυρήνα κάθε κυττάρου υπάρχουν τα χρωμοσώματα, τα οποία αποτελούνται από μία βασική γενετική ύλη, το D.N.A. Τα κύτταρα του ανθρώπου περιέχουν 46 χρωμοσώματα 23 από κάθε γονιό. Σε μια ορισμένη στιγμή που τα χρωμοσώματα παίρνουν μια ειδική διάταξη χωρίζονται στη μέση και οι δυο ομάδες των νέων 46 χρωμοσωμάτων απωθούνται η καθεμιά στην απέναντι άκρη του κυττάρου, το οποίο ακόλουθα διαιρείται σε δύο (2) θυγατρικά κύτταρα.

Είναι δυνατόν σε μια ειδική φάση του κύκλου του κυττάρου το D.N.A να υποστεί βλάβη. Κάθε βλάβη του D.N.A δεν καταλήγει σε καρκίνο. Αποτέλεσμα όμως αυτής της βλάβης, μπορεί να κάνει το κύτταρο να αναπράγεται ταχύτερα από το γειτονικό φυσιολογικό. Αυτή η ανωμαλία θα δημιουργήσει ένα νεόπλασμα που μπορεί και πάλι να μην είναι καρκίνος.

Όταν ένα νεόπλασμα έχει την ικανότητα να επεκτείνεται καταστρέφοντας τα υγιή κύτταρα, καθώς επίσης να μεταναστεύει σε άλλα μέρη του σώματος δημιουργώντας μεταστάσεις τότε είναι καρκίνος.

Καρκίνος θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση, πολλαπλασιασμό και τη διασπορά ανώμαλων κυττάρων που οδηγούν στη δημιουργία όγκου και μεταστάσεων (μετάσταση είναι η κινητοποίηση, εγκατάσταση και ανάπτυξη νέων όγκων σε άλλες περιοχές του σώματος).

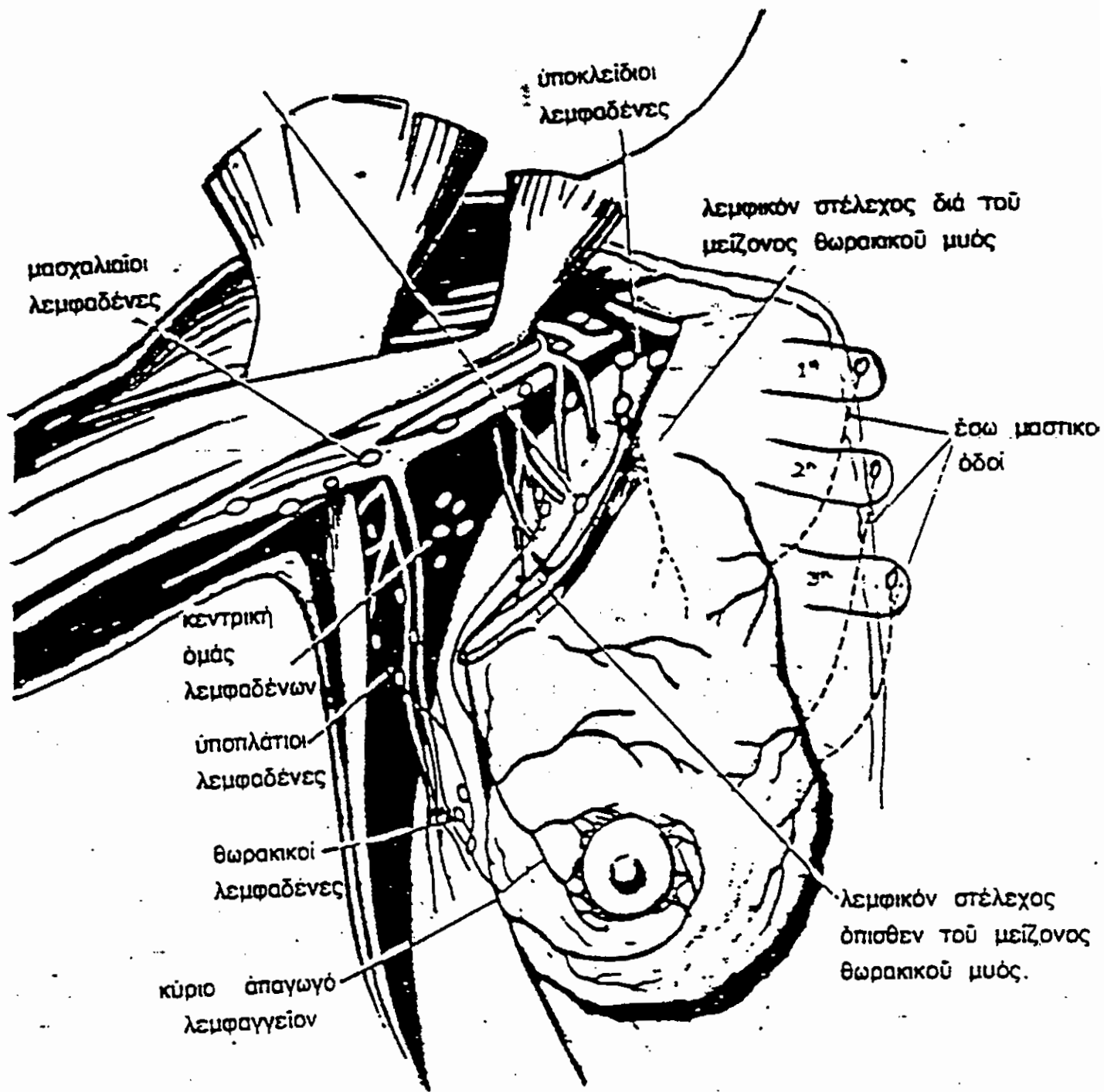
Για άγνωστες αιτίες ορισμένα κύτταρα του οργανισμού μεταβάλλονται δομικά. Τα ανώμαλα αυτά κύτταρα πολ/νται γρήγορα.

Στην αρχή μένουν εντοπισμένα σε ορισμένη περιοχή σώματος όπου εξασκούν πίεση στους γειτονικούς ιστούς. Καθώς η κατάσταση εξελίσσεται τα ενοπλ. κύτταρα εάν είναι κακόηθη διηθούν τους γειτονικούς ιστούς και χρησ. θρεπτικές τους ουσίες.

Ακόμη μπαίνουν στα αγγεία για να εγκατασταθούν οι άλλες ανατομικές δομές αιθρ. σώματος.

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος γυναικείος καρκίνος και η κυριότερη αιτία θανάτου καρκινοπαθών στη χώρα μας. Σημαντικότερο ρόλο στον αγώνα κατά του καρκίνου του μαστού εκτός της λεπτομερούς ενημέρωσης του Ιατρικού και Νοσηλευτικού κόσμου γύρω από τις διαγνωστικές και θεραπευτικές εξελίξεις παίζει και η διαφώτιση του κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους.

Ο καρκίνος μαστού εμφανίζεται με διόγκωση καθώς και με διήθηση της θηλής, με διάταση των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο. Μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί εγκαίρα και αν η ασθενής ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του γιατρού και του Νοσηλευτικού προσωπικού.



Μασχαλιαίοι και έσω μαστικοί λεμφοδένες και λεμφαγγεία του μαστού.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

Ανατομία του μαστού

Ο μαστός βρίσκεται στην υποδόρια περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα μεταξύ στέρνου και πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής, από την 2η μέχρι και την 6η-7η πλευρά.

Ο μαστός έχει σχήμα κωνικό ή ημισφαιρικό ενώ στο άνω έξω τεταρτημόριο υπάρχει προεκβολή προς τη μασχαλιαία κοιλότητα γνωστή ως ουρά του SPENGE.

Αποτελείται από έξω προς τα μέσα α) από το δέρμα, περιμαστικό λίπος (υποδόριο) και γ) το μαστικό αδένια.

Οι μαστοί είναι κινητοί στο θώρακικό τοίχωμα στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και συμμετρικοί στο σχήμα και στη θέση τους.

Μεταβολές στην κινητικότητα ή στην ασυμμετρία των μαστών ή της θέσης των θηλών οφείλονται συνήθως σε παθηση του μαστού (π.χ. καρκίνος).

Η θηλή του μαστού είναι κυλινδρική ή κωνική προβολή ύψους 10-15μμ. που αντιστοιχεί περίπου κάτω από το κέντρο του μαστού. Στην κορυφή της θηλής εκβάλλουν με 15-20 στόμια οι γαλακτοφόροι πόροι (εκφορητικοί πόροι).

Όταν η θηλή εμφανίζεται επίπεδη η εισέρχουσα τότε το νεογνό δεν μπορεί να θηλάσει.

Η θηλή περιβάλλεται από τη θηλαία άλω. Στη θηλαία άλω παρατηρούνται 15 μικρά επάρματα, που είναι γνωστά ως αδένες του MONTGOMERY.

Η θηλή και η θηλαία άλως έχουν βαθύτερη και ιδιαίτερη χροιά που διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα και ιδιαίτερα μετά τον τοκετό, ενώ η κορυφή της θηλής δεν είναι χρωστική.

Ο μαστικός αδένας διαιρείται σε 15-20 λοβούς, και είναι αδένες του δέρματος που έχει στενή λειτουργική σχέση με τα γεννητικά όργανα. Οι λοβοί είναι σμηματογόνοι αδένες των οποίων η έκκριση αυξάνεται κατά τη γαλακτοφορία.

Αγγεία και νεύρα του μαστού

1. Αρτηρίες

Οι αρτηρίες του μαστού προέρχονται από την έξω μαστική αρτηρία που είναι κλάδος της πλάγιας θωρακικής, την εσωμαστική, τις μεσοπλευρίες αρτηρίες και κλάδους από της μασχαλιαία αρτηρία.

2. Φλέβες

Οι φλέβες ακολουθούν τις αρτηρίες. Οι φλεβες του δέρματος του μαστού σχηματίζουν γύρω απ'τη θηλή δίκτυο, που εκβάλλει στη μασχαλιαία και εσωμαστική φλέβα.

3. Λεμφοφόρα αγγεία

Τα λεμφαγγεία του μαστού σχηματίζουν δύο πλέγματα, το επιφανειακό (θηλή-άλως-δέρμα) και το εν βάθει το οποίο συγκλίνει προς τη θηλή του μαστού, όπου αναστομώνονται με το επιπολής λεμφικό πλέγμα.

Τα λεμφοφόρα αγγεία αποτελούν οδοί μεταστάσεων των καρκινωμάτων του μαστού. Τα λεμφικά αγγεία οδεύουν προς: 1) την μασχαλιαία κοιλότητα (στον υγιή μαστό περίπου το 75% της λέμφου).

2) δια μέσου του μείζονος θωρακικού μυός προς τους μικρούς λεμφαδένες ανάμεσα στους δύο θωρακικούς μυς.

3) δια μέσου του θωρακικού τοιχώματος, προς τους παραστερνικούς λεμφαδένες (κατά μήκος των μαστικών αγγείων).

4. Η αισθητική νεύρωση

Τα νεύρα του μαστού προέρχονται από τους έξω μαστικούς κλάδους των 2-6 μεσοπλευριών νεύρων, τους εσωμαστικούς κλάδους των 2-4 μεσοπλευριών νεύρων και από συμπαθητικά δίκτυα στο δέρμα, τη θηλή, την άλω και το παρέγχυμα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

Φυσιολογία του μαστού

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία με διπλό τρόπο: α) σαν μέσο πρόκλησης του άνδρα για σεξουαλική δραστηριότητα και β) σαν μέσο διατροφής του νεογνού. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένου ως την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργική αποστολή του που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και την λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες στόχους. Οι ενδοκρινικές επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων που βρίσκονται στη μεμβράνη και στον πυρήνα κυττάρων του αδενικού επιθηλίου του διαμέσου και του λιπωδους ιστού.

Από όλες τις ορμόνες η προλακτίνη φαίνεται ότι ασκεί κυρίαρχη επίδραση στα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού αλλά αυτή εκδηλώνεται κύρια σε συνεργεία με τα οιστρογόνα και την προγεστερόνη.

Η προλακτίνη είναι υπεύθυνη για την έναρξη και τη διατήρηση της γαλουχίας, ενώ προκαλεί την παραγωγή γάλακτος ελέγχοντας τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος, της καζεΐνης.

Τα οιστρογόνα επιδρούν στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμύκνωση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

Η αυξητική ορμόνη και η ινσουλίνη είναι αναγκαίες για τη συνεργαστική τους δράση με την προλακτίνη, ενώ η παρουσία γλυκοκορτικοειδών και θυροειδικων ορμονών φαίνεται απαραίτητη για τις περισσότερες φάσεις ανάπτυξης και λειτουργίας του μαστού.

Η βιολογική δράση των ορμονών μεταβάλλεται με πολυάριθμους παράγοντες, όπως είναι η μεταβολή της ορμονοέκκρισης κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου.

Κάθε διαταραχή της ενδοκρινικής ισορροπίας είναι δυνατό να εκδηλώνεται με μεταβολές στη μορφολειτουργική κατάσταση του αδένου.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ του αδένου και της ενδοκρινικής δραστηριότητας, που φθάνει σε βαθμό πλήρους εξάρτησης.

Σε κάθε ενδοκρινοπάθεια θα πρέπει να εκτιμάται η μορφολειτουργική κατάσταση του μαστού, ενώ σε προβλήματα του μαστού απαραίτητα πρέπει να διερευνάται η δραστηριότητα του ενδοκρινικού συστήματος.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα, περισσότερες από 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού και 700 πεθαίνουν από αυτόν. Οι αντίστοιχοι αριθμοί στις ΗΠΑ είναι πολύ μεγαλύτεροι. Η πιθανότητα μιας Ελληνίδας να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σ'όλη τη διάρκεια της ζωής της είναι 3,5% ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας ξεπερνά το 7%. Η εντόπιση της ασθένειας στο μαστό, αποτελεί το 50% όλων των καρκίνων στη γυναίκα.

Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Έτσι η επίπτωση της νόσου είναι 6πλάσια στην Β.Ευρώπη και στη Β.Αμερική, παρά στην Απω Ανατολή. Από μελέτες που έγιναν σε μετανάστες, βρέθηκε ότι οι διεθνείς αυτές διακυμνάσεις δεν οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες αλλά στις διαφορές του περιβάλλοντος και των συνηθειών που επικρατούν στις διάφορες χώρες.

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες οικονομικές τάξεις και στις αστικές περιοχές, ενώ το είδος του επαγγέλματος δε φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Εμφανίζει κάποτε τάσεις συρροής σε ορισμένες οικογένειες. Είναι συχνότερος σε γυναίκες ψηλές και παχύσαρκες. Διάφοροι διαιτητικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για τη συσχέτιση αυτή (το ολικό λίπος της τροφής, το βοδινό ή μοσχάρισιο κρέας κλπ), αλλά δεν υπάρχουν ακόμα αξιόπιστα στοιχεία.

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά καρκίνου μαστού

- 1) Οι διαφορές στη συχνότητα του Κ.Μ από χώρα σε χώρα αφορούν κυρίως τις προχωρημένες ηλικίες (πάνω από 55 χρόνων).
- 2) Η κληρονομική επιβάρυνση φαίνεται ότι αφορά τον καρκίνο του μαστού.
- 3) Η αυξημένη συχνότητα συνύπαρξης του καρκίνου του μαστού με τους καρκίνους της ωοθήκης, του ενδομητρίου και του παχέως εντέρου.
- 4) Η πρώτη τελειώμενη εγκυμοσύνη εφόσον σημειωθεί πριν το 30ο έτος δρα προστατευτικά απέναντι στο ενδεχόμενο μελλοντικής προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η προστασία που παρέχεται είναι τόσο μεγαλύτερη όσο η ηλικία της γυναίκας είναι μικρότερη.
- 5) Ο θηλασμός δεν παρέχει ουσιαστική προστασία ακόμα κι όταν παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα και συνοδεύεται από αμηνόρροια.
- 6) Η έναρξη της εμμηνορρυσίας σε πολύ νεαρή ηλικία και η καθυστέρηση της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης, συνδιάζονται με σημαντική ύξηση της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο. Η προκλητή εμμηνόπαυση δρα προστατευτικά και η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη, όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση.

Υψηλό των ποσοστών ανάπτυξης ΚΜ διατρέχουν ανύπαντρες, στείρες με λιγότερα από 3 παιδιά όπως απόκτησαν το 1 παιδί μετά 34 χρόνια, η μητέρα ή αδελφή είχαν Ca μαστού ιστορικό καλοήθους πάθησης η καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια περίοδος τους εμφανίστηκε πριν από 12 χρόνων και σταμάτησε μετά 55.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4

Αιτιολογία - Προδιαθεσικοί Παράγοντες

Η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού παραμένει αγνώστη, υπάρχουν όμως ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι βοηθούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Το φύλο: Η συχνότητα προσβολής είναι 99 γυναίκες και 1 άντρας.
- 2) Φυσικά καρκινογόνα: Οι ηλιακές ακτίνες, καθώς και η υπερβολική έκθεση σ'αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.
- 3) Χημικά καρκινογόνα: Αυτά είναι: Πίσσα, νικέλιο, αμίαντος, χρώμιό, πού παίρνουμε άμεσα ή έμμεσα από το περιβάλλον.
Χημικές ενώσεις ερχόμενες σε επαφή με κύτταρα ερεθίζουν προκαλώντας μεταλλαγή και κακοήθη νεοπλάσματα.
- 4) Κληρονομικότητα
- 5) Ορμονικοί παράγοντες: Τα οιστρογόνα από τις ωοθήκες θεωρούνται παράγοντες παραγωγής κυττάρων με εξαλλαγή σε καρκίνο.
- 6) Ανοσολογικοί μηχανισμοί: Μπορεί να επηρεασθούν αρνητικά από φάρμακα, ορμόνες, διαίτα και άλλες καταστάσεις ψυχογενούς μορφής.
- 7) Προύπαρξη καλοήθων νόσων
- 8) Αντισυλληπτικό χάπι: Το αντισυλληπτικό χάπι ανάλογα με τη σύνθεσή του επιδρά ποικιλοτρόπως στο μαστό της γυναίκας. Αυτό μπορεί να έχει καταστροφικές επιδράσεις στον μαστό, από την μακροχρόνια χρήση του.

9) Η πρόιμη εμμηναρχή

10) Η τεχνητή εμμηνόπαυση

11) Η διατροφή: Ενοχοποιείται η τροφή πλούσια σε λίπη, και σε τριγλυκερίδια. Έχει αποδειχτεί ότι ο μεταβολισμός των λιπιδίων και της χοληστερόλης έχουν σχέση με την προώθηση της καρκινογένεσης στον μαστό. Επίσης σχέση με την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού φαίνεται ότι έχει και η διατροφή δυτικού τύπου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5

Νεοπλάσματα του μαστού - Μεταστάσεις

Τα νεοπλάσματα του μαστού τα διακρίνουμε σε καλοήθη και κακοήθη.

Τα καλοήθη είναι:

α) Ινοαδένωμα

Είναι όγκος περιγεγραμμένος, με ελαστική σύσταση και ευκίνητος στη ψηλάφηση.

Αναπτύσσεται κυρίως κατά την ήβη, την εγκυμοσύνη και την εμμηνόπαυση. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μεγαλώσει γρήγορα.

Οφείλεται στη δράση των οιστρογόνων και σε ειδική τοπική υπεραισθησία του ιστού, εναντι των οιστρογόνων.

Το ινοαδένωμα όταν έχει διαμετρο μεγαλύτερη των 10 CM ονομάζεται γιγαντιαίο ινοαδένωμα.

Κακοήθης εξαλλαγή σε ινοαδένωμα σπάνια παρατηρείται και συνήθως παίρνει τη μορφή λοβιδιακού καρκινώματος.

β) Το αδένωμα

Είναι περιγεγραμμένος όγκος με τους ίδιους μακροσκοπικούς χαρακτήρες με το ινοαδένωμα. Μικροσκοπικά αποτελείται κυρίως από αδενικούς σχηματισμούς και από ελάχιστο συνδετικό υπόστρωμα.

Είναι καλοήθης όγκος και αναπτύσσεται συνήθως στη διάρκεια της γαλουχίας.

γ) Το θήλωμα

Αναπτύσσεται από το επιθήλιο μεγάλων πόρων. Συνήθως έχουμε εκκρίση από τη θηλή, η οποία μπορεί να είναι αιματηρή.

δ) Νόσος του PAGET

Η βασική βλάβη συνίσταται σε καρκίνωμα που βρίσκεται στους γαλακτοφόρους πόρους της θηλής και του μαστού.

Ο όγκος μπορεί να μην είναι ψηλαφητός.

Η ασθενής νιώθει κνησμό ή καύσο στη θηλή, κλινικώς λοιπόν εμφανίζεται ως έκζεμα, και η θηλή επικαλύπτεται από εφελκίδα. Το καρκίνωμα δεν είναι σύνηθες. Αποτελεί το 3% όλων των καρκίνων του μαστού.

Η θεραπεία των καλοήθων παθήσεων του μαστού συνήθως είναι χειρουργική και συνίσταται στην αφαίρεση της παθολογικής εστίας.

Η συντηρητική θεραπεία δεν έχει αποδώσει.

Κοκοήθεις όγκοι

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

Τα αδενοκαρκινώματα έχουν ποικίλλη προέλευση και ιστολογική εικόνα. Μπορεί να συνδυάζονται μεταξύ τους ή να είναι αμιγή.

A) Μυελωειδές καρκίνωμα

Είναι όγκος μικροκυστικός και μακροκυστικός, περιγεγραμμένος. Τα καρκινωματώδη κύτταρα είναι πολύ μεγαλύτερα από εκείνα άλλου τύπου καρκινώματος και έχουν σαφή κυτταροπλασματικά όρια (συγκύτια). Παρατηρούνται περιοχές νεκρώσεως του όγκου, και συνήθως είναι καλής προγνώσεως.

B) Βλεννώδες (κολλοειδές) καρκίνωμα

Ο όγκος παράγει μεγάλη ποσότητα βλέννας από τα καρκινωματώδη κύτταρα, τα οποία διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματι-

σμούς ή είναι μεμονωμένα και συνήθως παρατηρούνται μέσα σε λίμνες βλέννας . Η πρόγνωση σχετικά είναι καλή.

Γ) Σωληνώδες καρκίνωμα

Τα καρκινωματώδη κύτταρα διατάσσονται σε σωληνώδεις σχηματισμούς. Τα νεοπλασματικά κύτταρα συνήθως παρουσιάζουν μικρού βαθμού ατυπία, και το νεόπλασμα έχει συνήθως καλή πρόγνωση.

Δ) Λοβιδιακό καρκίνωμα

Χαρακτηριστικός είναι ο τρόπος με τον οποίο διατάσσονται τα καρκινωματώδη κύτταρα. Συνήθως έχουμε διηθήσεις του υποστρώματος με τη μορφή ενός στίχου κυττάρου, τα οποία είναι ομοιόμορφα και μικρού μεγέθους. Στην περιφέρεια του όγκου είναι δυνατό να βρεθεί εστία IN SITU καρκινώματος, αντίθετα με το μυελοειδές καρκίνωμα.

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

Ε) Καρκινোসάρκωμα

Είναι η συνήπαρξη καρκινώματος και σαρκώματος του οποίου τα κύτταρα είναι ατρακτοειδή.

Μη επιθηλιακοί όγκοι του μαστού

Υπάρχουν σπάνια πρωτοπαθείς μη επιθηλιακοί όγκοι όπως λειομυοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα και ραβδομυοσαρκώματα.

Πίνακας διαφόρων καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων ως προς το σχήμα, περίβλημα, μέγεθος κ.λ.π.

	<u>Καλοήθη νεοπλάσματα</u>	<u>Κακοήθη νεοπλάσματα</u>
Σχήμα	Κυκλικό ωοειδές	Ποικίλο, ανώμαλο, κερατοειδές, αιχμηρό.
Περίβλημα	Κανονικό, λείο, καλό	Ανώμαλο, ακανόνιστα, περιγεγραμμένο.
Μέγεθος	Ίδιο με τη ψηλαφώμενη μάζα	Διαφορετικό από την ψηλαφώμενη μάζα.
Οι γύρω ιστοί	Εντοπισμένοι χωρίς προεκβολές	Ιστοί διηθημένοι εισολκή θηλής.
Δευτερεύοντα σημεία	Κανένα	Συνήθως υπάρχουν

Συχνότητα της νόσου

Οι καλοήθειες παθήσεις του μαστού και οι ηλικίες κατά τις οποίες εμφανίζονται, συνήθως είναι οι εξής:

Ινοκυστική νόσος 20-25 ετών

Ινοαδένωμα 20-29 ετών

Επιθηλίωμα του πόρου 35-45 ετών

Αντίθετα ο καρκίνος του μαστού, παρατηρείται κυρίως κατά ή μετά την εμμηνόπαυση.

Ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός στον αριστερό μαστό κατά 10% έναντι του δεξιού και η συνηθέστερη εντόπιση του είναι στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού με ποσοστό 50%.

Καλοήθη	Κακοήθη
Ωριμα κύτταρα	κακοήθη
αναπτύσσονται με αργό ρυθμό	άωρα
εγκυστημένα	ταχύ
δε διηθούν γύρω ιστούς	ποτέ
παραμένουν εντοπισμένα στην	τους διηθούν
περιοχή που πρωτοδημιουργήθηκαν	μεταστάσεις
δεν υποτροπιάζουν μετά αφαίρεση	μπορεί να υποτροπιάσουν
δημιουργούν ανωμαλίες εξαιτίας	επιδρούν στη γενική
εξάσκησης πίεσης	κατάσταση του οργάνι- σμού.

Μεταστάσεις

Οι μεταστάσεις γίνονται:

A) Λεμφογενώς: προς τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια. Η λεμφογενής μετάσταση γίνεται στην ανώτερη μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στους πνεύμονες.

B) Αιματογενώς

Η Αιματογενής κατάσταση γίνεται στην κατώτερη μοίρα της σπονδυλικής στήλης, τα οστά της λεκάνης, τα οστά του εγκεφάλου και το ήπαρ.

Τα όργανα που υφίστανται μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού είναι:

Οστά: 70% (σπόνδυλοι-πύελο-πλευρές-κρανίο)

Πνεύμονες: Σε ποσοστό 66%

Ήπαρ: Σε ποσοστό 61%

Κεντρικό νευρικό σύστημα: Σε ποσοστό 25%

Θυροειδή : Σε ποσοστό 20%

Νεφρούς : Σε ποσοστό 15%

Στομάχι-Οισοφάγος-Εντερο: Σε ποσοστό 16%

Ωοθήκες-Υπόφυση: Σε ποσοστό 1-2%.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 6

Κλινική εικόνα - Συμπτώματα

Ο καρκίνος του μαστού συνήθως εμφανίζεται σαν ογκίδιο στη μάζα του μαστού.

Στα αρχικά στάδια το ογκίδιο είναι σκληρό, ανώδυνο, κίνητο.

Με το πέρασμα του χρόνου το ογκίδιο γίνεται μεγαλύτερο και καθλώνεται στους γύρω ιστούς, μένοντας ακίνητο.

Μπορεί όμως το πρώτο σύμπτωμα να είναι και η παρουσία ερυθρότητας στη θηλή. Το δέρμα γίνεται σκληρό, ερυθρό και ολόκληρος ο μαστός διογκώνεται ή ακόμα μπορεί να συρρικνωθεί.

Σε προχωρημένα στάδια, είναι δυνατόν ο μαστός να εμφανίσει δερματική εξέλκωση και να εμφανιστεί πόνος και τέλος να προσβληθούν αδένες στη σύστοιχο μασχάλη.

Τα σημεία ύποπτα για καρκίνο μαστού είναι:

1. Ορώδης ή αιματηρή έκκριση από τη θηλή
2. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα
Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
3. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού.
4. Εισολκή της θηλής
Οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
5. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα του μαστού
6. Εξέλκωση της θηλής που οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξ αιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων.

7. Ακίνητοποίηση των μαστών και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
8. Πόνος αυτός συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7

Σταδιοποίηση καρκίνου μαστού - Μέθοδος θεραπείας

Κλινικά ανατομικά

Αντιμετώπιση

Στάδιο I

Μάζα εντοπισμένη στον μαστό, όλοι οι αδένες αρνητικοί.

Ριζική μαστεκτομή προτιμάται από τους περισσότερους Αμερικανούς χειρουργούς. Μερικοί προτιμούν απλή μαστεκτομή και ακτινοβολία. Άλλοι προτιμούν απλή μαστεκτομή χωρίς ακτινοβολία.

Στάδιο II

Μάζα εντοπισμένη στον μαστό, μασχαλιαίοι αδένες θετικοί.

Προτιμάται η ριζική μαστεκτομή με ή χωρίς μετεγχειρητική ακτινοβολία.

Στάδιο III

Μάζα μαστού τοπικά εκτεταμένη, μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι και έσω μαστικοί αδένες θετικοί.

Η κατάσταση αυτή θεωρείται ανεγχείρητη. Η παρέμβαση εξαρτάται από την έκταση:

1. Απλή μαστεκτομή με ακτινοβολία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία.
2. Ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία.

Στάδιο IV

Απομακρυσμένες μεταστάσεις

Η παρέμβαση εξαρτάται από την εντόπιση της μετάστασης (οστά, μαλακά μέρια κ.λ.π.).

1. Ακτινοθεραπεία για αρχική αλλοίωση.
2. Ορμονοθεραπεία α) συστηματική, β) χειρουργική.
3. Χημειοθεραπεία.

Τα σημερινά συστήματα κλινικής ταξινόμησης του καρκίνου μαστού, σκοπό έχουν:

- 1) Να βοηθήσουν στην επιλογή καλύτερης μεθόδου θεραπείας για τον ασθενή.
- 2) Να προσδιορίσουν την πρόγνωση.
- 3) Να συγκρίνουν τα αποτελέσματα διαφόρων προγραμμάτων θεραπείας.
- 4) Να διευκολύνουν την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας και τέλος.
- 5) Να προσφέρουν στη συνεχή έρευνα του καρκίνου.

Η σταδιοποίηση των περιπτώσεων πρέπει να γίνεται μόνο βάσει κλινικών κριτηρίων και να γίνεται αποκλειστικά πριν την έναρξη της θεραπείας, η οποία να μη μεταβάλλεται από τα αποτελέσματα της παθολογοανατομικής εξέτασης.

Οι διάφορες κλινικές ταξινομήσεις που έχουν περιγραφεί και που καθορίζουν ορισμένα στάδια προγνωστικά για την επιβίωση των ασθενών βασίζονται σε ορισμένους παράγοντες.

7) Οι κλινικοί παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την επιβίωση των ασθενών με καρκίνο μαστού είναι:

- 1) Μέγεθος όγκου
- 2) Διήθηση δέρματος (εξέλκωση, οίδημα)
- 3) Καθήλωση του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα
- 4) Παρουσία ψηλαφητών μασχαλιαίων λεμφ. αδένων
- 5) Παρουσία ψηλαφητών υπερκλειδίων λεμφαδένων
- 6) Φλεγμονώδης καρκίνος
- 7) Παρουσία διάχυτων μεταστάσεων

Παθολογοανατομικοί τύποι του καρκίνου μαστού

Η συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού μπορεί να συχρητιστεί με την ιστολογική εικόνα της βλάβης.

Με βάση την κυτταρική διαφοροποίηση και διεισδυτικότητα διακρίνονται τέσσερις τύποι καρκίνου του μαστού.

- 1) Οι βλάβες του τύπου I, σπάνια εμφανίζουν μεταστάσεις (ποσοστό 13% των περιπτώσεων εμφανίζουν θετικούς λεμφαδένες της μασχάλης).
- 2) Οι καρκίνοι του τύπου II όπως εκπροσωπούνται από διεισδυτικούς, αλλά σχετικά καλά διαφοροποιημένους όγκους, και εμφανίζουν κάπως συχνότερα μεταστάσεις. (ποσοστό 34% εμφανίζουν θετικούς λεμφαδένες της μασχάλης).
- 3) Οι βλάβες των τύπων III και IV είναι γενικά καρκίνοι (διαφοροποιημένοι) που εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση για μετάσταση (55-60% θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες).

Η σχετική συχνότητα των διάφορων παθολογοανατομικών τύπων (τύπος I 1,5% τύπος II 15% τύπος III 65% και ο τύπος IV 15%) είναι τέτοια, ώστε ποσοστό περίπου 80% των όγκων

του μαστού ανήκουν στον διεισδυτικό συχνά μεταστατικό τύπο.

Η επιβίωση ελαττώνεται προοδευτικά με την αύξηση της τάσεως για μετάσταση.

Η θεραπεία των μη διεισδυτικών (IN SITU) καρκίνων του μαστού είναι αμφισβητήσιμη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8

Διάγνωση - Διαγνωστικές εξετάσεις

Μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού

1. Αυτοεξέταση 2. Επισκόπηση 3. Ψηλάφηση

Η αυτοεξέταση που φέρει να γίνεται κάθε μήνα είναι δυνατόν να εντοπίσει πολύ μικρούς καρκίνους, έως και 1,5 εκατ. περίπου.

Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται σ'όλη τη διάρκεια της ζωής και συστηματικά κάθε μήνα 5-6 μέρες μετά την εμμηνορρυσία από την ίδια τη γυναίκα.

Η αυτοεξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη.

Η ασθενής σε θέση καθημένου με τους βραχίονες στο πλάϊ και στη συνέχεια ανάταση, ελέγχει με προσεκτική παρατήρηση και καλό φωτισμό παθολογικές μεταβολές στο μέγεθος και στο περίγραμμα του μαστού, μικρές εισολκές της θηλής και ελαφρό οίδημα, ερυθρότητα, εισολκή του δέρματος.

Η ασυμμετρία των μαστών καθώς και η εισολκή του δέρματος γίνονται περισσότερο φανερά με την ανάταση των χεριών, ή με την εφαρμογή πίεσης με τα χέρια στα ισχία με τρόπο που να συστέλλονται οι θωρακικοί μύες.

Με την ψηλάφηση που γίνεται με τη γυναίκα ξαπλωμένη σε υπτία θέση ελέγχουμε:

1. Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, σκληρία ή πληρότητα.
2. Την ευαισθησία των μαστών 3. Τις εκκρίσεις των θηλών
4. Τους μασχαλιαίους ή υπερκλείδιους λεμφαδένες.



Ἡ ψηλάφηση πρέπει νά γίνεται μέ δάκτυλα τεντωμένα.



Αὐτοεξέταση μαστοῦ.

Κατά την ψηλάφηση η γυναίκα είναι ξαπλωμένη με ένα μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα κατω από τον ώμο της πλευράς που θα εξετάσει. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαστικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα.

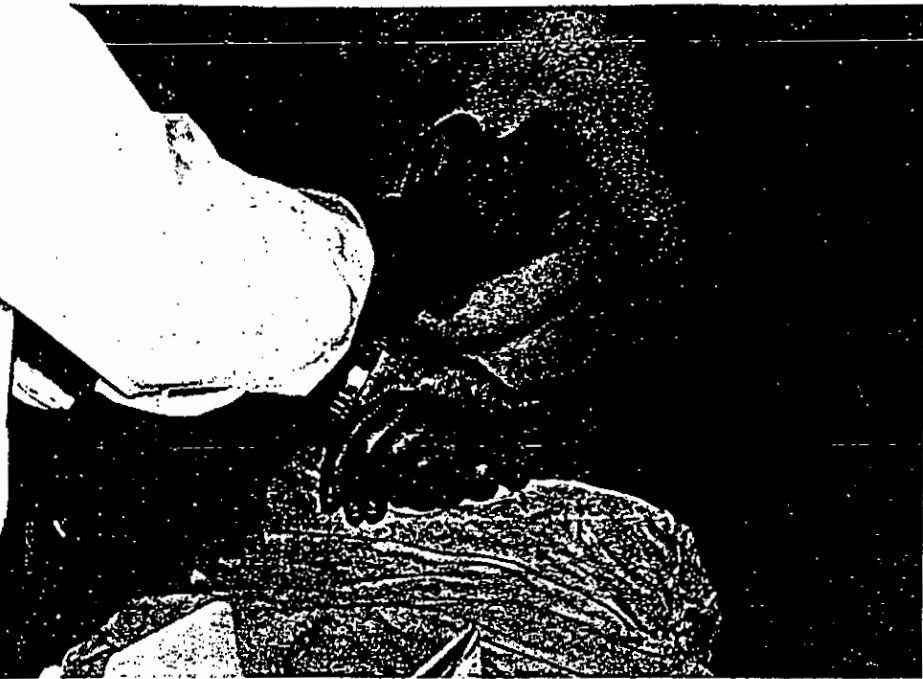
Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται πρέπει να είναι πλάγια προς τα κατω. Κατόπιν φέρνοντας το άλλο χέρι επίπεδα του μαστού που εξετάζεται, αρχίζει την δηλάφηση του μαστικού αδένου με τα δάχτυλα του χεριού της, ξεκινώντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από κει.

Στη συνέχεια η γυναίκα παραμένοντας στην ίδια (υπτία) θέση, και ανυψώνοντας το χέρι της πλευράς που εξετάζεται πάνω από το κεφάλι και το αντίστοιχο να βρίσκεται κάτω παράλληλα με το σώμα, να εξετάζει το έσω μισό του μαστού, αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων της, να μετακινεί το χέρι της 2CM από τη θηλή και να ξανακάνει τις ίδιες κινήσεις, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι.

Όταν η εξέταση από αυτή την πλευρά του σώματος τελειώσει, τότε να μετακινήσει το μαξιλάρι ή την πετσέτα από τον αντίθετο ώμο και να εξετάσει με τον ίδιο τρόπο τον άλλο μαστό.

Αν η αυτοεξέταση γίνεται συστηματική και με τον σωστό τρόπο, τότε θα έχουμε επιτυχή πρόγνωση της ασθένειας και ασφαλής επιτυχή έκβαση της.

Αν εντοπιστεί κάποιο παθολογικό εύρημα είτε με την επισκόπηση είτε με την αυτοεξέταση τότε γίνεται προσπάθεια να τεθεί η τελική διάγνωση.



Ψηλάφηση τῆς μασχάλης.



Ψηλάφηση τοῦ μαστοῦ σὲ ὑπτία θέση.

Η διάγνωση περιλαμβάνει

- 1) την κλινική εξέταση, η οποία γίνεται από τον γιατρό και αφορά την επισκόπηση και την ψηλάφηση
- 2) Τις εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες χωρίζονται σε: 1) Γενικές
2) Ειδικές

Κύριος σκοπός τους δεν είναι μόνο η ανάδειξη των ψηλαφητών όγκων, αλλά και η ανίχνευση των κακρίνων, οι οποίοι δεν είναι ψηλαφητοί,

Γενικές

- α) Ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό των μεταστάσεων.
- β) Αιματολογικός έλεγχος, μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης ερυθρών, που αποτελεί δείκτη για την πρόγνωση και την πορεία της νόσου.

Ειδικές

1) Η μαστογραφία

Είναι ειδική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Από έρευνες τα τελευταία χρόνια αποδείχτηκε ότι η μαστογραφία είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος στην ανίχνευση πρώιμων μορφών καρκινωμάτων τα οποία θεωρητικά τουλάχιστον, έχουν καλύτερη πρόγνωση.

Παίρνονται τρεις όψεις μαστού:

- α) Κρανιοουριαία β) Μεσοπλάγια γ) Μασχαλιαία

Στη μαστογραφία απεικονίζονται διάφορες παθολογικές καλοήθειες ή κακοήθειες επεξεργασίες του μαστού, καθώς και ανιχ-

νευονται μικρά καρκινώματα του μαστού, όταν βρίσκονται στο αρχικό στάδιο χωρίς να υπάρχει κανένα υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Η μαστογραφία ενδείκνυται:

- 1) Σε περιπτώσεις που ψηλαφάται όγκος ευκίνησης με καλοήθεις κλινικούς χαρακτήρες.
- 2) Σε οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού
- 3) Σε πολύ μεγάλους μαστούς που δεν επιτρέπουν την ικανοποιητική ψηλάφηση.
- 4) Αν υπάρχουν στο μαστό ένας ή περισσότεροι όγκοι, όπου επιβάλλεται βιοψία, ή μαστογραφία καθορίζει το ακριβές σημείο που πρέπει να γίνει.
- 5) Για έλεγχο και του άλλου μαστού, αν υπάρχει μάζα στον ένα μαστό.
- 6) Σε αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας σε ύπαρξη μεταστάσεων από καρκίνο.
- 7) Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού.
- 8) Καρκινοφοβία.

Η μαστογραφία επιτρέπεται να γίνεται σε νέες γυναίκες και να αποτελεί περιοδικό προληπτικό έλεγχο, και σε πολλά διαγνωστικά κέντρα σήμερα είναι εξέταση ρουτίνας.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού από την ιονίζουσα ακτινοβολία έχει υπερεκτιμηθεί, με τις νεώτερες όμως τεχνικές μειώνεται η ποσότητα της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας.

2) Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες.

Με την ξηρογραφία διαπιστώνονται ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες.

3) Διαφανοσκόπηση

Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαστικός αδενας. Οι κύστες φωτίζονται, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει διαφανής. Μ' αυτό τον τρόπο διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

4) Θερμογραφία

Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης.

Σε κακοήθη επεξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας της αυξημένης αιμάτωσης.

5) Φλεβογραφία

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας, με γενική νάρκωση ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου.

Φυσιολογικά οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και η ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτική πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείει και την ύπαρξη μιας απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

6) Σπινθηρογράφημα

Ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

7) Βιοψία

Τεμάχιο ιστού παίρνεται είτε με αναρρόφηση, είτε με τομή μετά από τοπική ή γενική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.

8) Υπερηχογράφημα

Είναι μια σύγχρονη χαμηλού κόστους τεχνική που ακόμα βρίσκεται στο στάδιο της αξιολόγησης.

9) Μυελόγραμμα

Βεβαιώνει την ύπαρξη κακοήθων κυττάρων στο μυελό των οστών.

10) Παρακέντηση

Παρακεντώντας ένα ψηλαφητό μόρφωμα του μαστού δύο είναι οι στόχοι μας.

α) Να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι κυστικός οπότε αφαιρούμε το υγρό, και το στέλνουμε για κυτταρολογική εξέταση.

β) Να πάρουμε με τη βελόνα λίγο ιστό και κύτταρα για μελέτη.

Διαφορική διάγνωση

Τα επόμενα σημεία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τη διαφορική διάγνωση του καρκίνου του μαστού:

- 1) Δυσπλασία του μαστού (κυστική νόσος)
- 2) Ινοαδένωμα
- 3) Ενδαυγικό θήλωμα
- 4) Διεύρυνση των γαλακτοφόρων πόρων

5) Νέκρωση

Η διαφορική διάγνωση πρέπει να επιβεβαιώνεται με βιοψία, με αναρρόφηση, από κύστη ή με παρατήρηση από την ασθενή μέχρι την εξαφάνιση του ογκου μέσα σε χρονικό διάστημα λίγων εβδομάδων.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9

Πρόγνωση - Θνησιμότητα

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως το στάδιο εξελίξεως, τον τύπο του καρκίνου, την ανοσοβιολογική άμυνα και αντίσταση του οργανισμού καθώς και τους γεννητικούς παράγοντες.

Γενικά η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού καθορίζεται από την πιθανή διήθηση των αδένων της μασχάλης και της έσω μαστικής. Οι αδένες της μασχάλης υπολογίζονται μέχρι 60. Όταν φαιρούνται προσεχτικά από τη μασχάλη και ο παθολογοανατόμος με υπομονή τους εξετάζει θα βρει μεταστάσεις εκεί που ενδεχομένως δε θα υπήρχαν. Αυτό το σημείο βέβαια έχει προγνωστική αξία.

Αλλά και η έρευνα των τριών μεσοπλευρίων κατά την πορεία της έσω μαστικής βοηθάει στην πρόγνωση γιατί σε καρκίνο του μαστού, του έσω τριτημορίου, μερικές φορές υπάρχουν μεταστάσεις στους αδένες της έσω μαστικής.

Όταν οι αδένες της μασχάλης δεν είναι διηθημένοι τότε η επιβίωση φθάνει το 80%. Εάν είναι διηθημένοι 1-3 αδένες τότε φθάνει τα 60%. Όταν υπερβαίνουν τους διηθημένους αδένες τότε είναι περίπου 30%.

5ετής επιβίωση καρκίνου μαστού εμ βάση τα στάδια

1ο στάδιο 75-80%

2ο στάδιο 65-70%

3ο στάδιο 25-50%

4ο στάδιο 0%

Β' Μ Ε Ρ Ο Σ
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 10

Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει δύο στόχους:

- α) τον τοπικό και περιοχικό (επιχώριοι λεμφαδένες) έλεγχο του όγκου και
- β) την επιβίωση

Κατά τα τελευταία δέκα χρόνια η θεραπεία έχει αλλάξει σημαντικά. Οι αλλαγές αυτές δεν περιορίζονται μόνο στα ειδικά αντικαρκινικά κέντρα, αλλά και στα κέντρα, στα οποία υπάρχει ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του καρκίνου μαστού.

Οι θεραπευτικές επιλογές που ακολουθούνται είναι:

1. Χειρουργική
2. Χημειοθεραπεία
3. Ακτινοθεραπεία
4. Ορμονοθεραπεία
5. Ανοσοθεραπεία

Καθώς και συνδιασμός αυτών π.χ. χειρουργική και ακτινοθεραπεία.

Α. Χειρουργική αντιμετώπιση

Ο ρόλος της χειρουργικής στον καρκίνο του μαστού, δεν μπορεί να είναι υπό συνεχή επανεκτίμηση.

Οι αλληλοσυγκρουόμενες προτιμήσεις των χειρουργών οφείλονται στην άγνοια που υπάρχει για τη βιολογική συμπεριφορά της νόσου σε κάθε συγκεκριμένο άρρωστο, σε κάθε συγκεκριμένη στιγμή.

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού εξακολουθεί να εξελίσσεται και σήμερα προσφέρεται ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών επιλογών.

Σε μεγάλο ποσοστό οι επεμβάσεις που προτιμούνται σήμερα με στόχο την ίαση είναι:

- 1) Ριζική μαστεκτομή
- β) Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή
- γ) Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
- δ) Απλή μαστεκτομή
- ε) Τμηματεκτομή ή ογκεκτομία με καθαρισμό της μασχάλης.

στ) Υποδόρριος

A. Ριζική μαστεκτομή

Η ριζική μαστεκτομή είναι η μεγαλύτερη χειρουργική επέμβαση που μπορεί να γίνει στα μαλακά μέρη του ανθρώπινου σώματος και αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός, οι θωρακικοί μύες και ταυτοχρόνως καθαρίζεται η κοιλότητα της μασχάλης από όλους τους λεμφαδένες που περιέχει.

Αποτελεί την κλασική μέθοδο για την θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Η επέμβαση αυτή προορίζεται για τις εξής περιπτώσεις.

- α) Για εκείνες που δεν έχει περάσει ακόμα τα όρια του μαστού ή το πολύ έχει προχωρήσει μέχρι τον πρώτο λεμφικό σταθμό, τους λεμφαδένες της μασχάλης.
- β) Για εκείνες των όγκων, στους οποίους η ιστολογική εξέταση απέδειξε ότι αρχίζει κακοήθη εξαλλαγή, μετατρέπονται δηλαδή σε καρκίνο.

Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται αν αφαιρεθεί όλος

ο μαστός μαζί με το υγιές δέρμα που βρίσκεται πάνω του, οι δύο μύες, ο μείζων και ελάσσων θωρακικός, μέχρι το βάθος της εξωτερικής επιφάνειας της θωρακικής κοιλότητας, καθώς και όλο το λίπος και οι λεμφαδένες της μασχάλης.

Η επέμβαση γίνεται με ενδοτραχειακή νάρκωση. Η ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένη στο χειρουργικό κρεβάτι με τη ράχη, ενώ η ωμοπλάτη της που αντιστοιχεί στην πλευρά της εγχειρήσεως είναι ελαφρά ανασηκωμένη και ο βραχίονας της απλωμένος στα πλάγια, σε ορθή γωνία με τον κορμό.

Η πιο συνηθισμένη τομή του δέρματος γίνεται σε σχήμα ρακέτας του τένις.

Το ωοειδές τμήμα της περιλαμβάνει τον μαστό ενώ η λαβή της φθάνει στον βραχίονα, ακολουθώντας την πορεία του μείζονος θωρακικού προς την κατάληξη του στο βραχιόνιο αυτό.

Έτσι ανοίγει και ο δρόμος προς την κοιλότητα της μασχάλης, στην οποία θα διαδραματιστεί ένα σημαντικό μέρος της εγχειρήσεως.

Οι επιπλοκές της ριζικής μαστεκτομής είναι:
Αμεσες και απώτερες.

Αμεσες: Πνευμοθώρακας

Διατομή μασχαλιαίων στελεχών

Συλλογή λεμφικού υγρού

Διαπύση τραύματος

Σχηματισμός εκτεταμένου αιματώματος

Απώτερες: Παράλυση μυών της χειρουργηθείσας περιοχής
Οίδημα του άνω άκρου των συστοίχων μυών της
χειρουργηθείσας περιοχής.

Β. Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή

Συνίσταται στην επιπλέον αφαίρεση και των εσω μαστικών λεμφαδένων, για βλάβες του μαστού που εντοπίζονται προς τα έσω, είτε στο κέντρο του, καθώς και για όγκους που σχετίζονται με θετικούς λεμφαδένες της μασχάλης, εξαιτίας των μεταστάσεων. Τα αποτελέσματα της είναι πολύ φτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα και στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα.

Γ. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Γίνεται ολική μαστεκτομή και εκτομή των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Περιλαμβάνει την αφαίρεση του μαστού και της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός, και όλων των λεμφαδένων της μασχάλης.

Η επέμβαση έχει την ίδια έκταση με τη τυπική ριζική μαστεκτομή, εκτός από τη διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός.

Το αποτέλεσμα της εγχείρησης είναι εξίσου καλό με τη ριζική μαστεκτομή, ενώ το αισθητικό και λειτουργικό καλύτερο. Έτσι έγινε η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού μέχρι και σήμερα.

Δ. Απλή μαστεκτομή

Συνίσταται στην αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, χωρίς όμως να θίγονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Η εγχείρηση γίνεται στα μικρά στάδια (I ή II) του καρκίνου μαστού και εφόσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική. Δεν εφαρμόζεται από πολλούς αν και όταν συνδυάζεται με ακτινοβόληση έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

Ε. Τμηματεκτομή ή ογκεκτομία

Η τμηματεκτομή συνίσταται στην αφαίρεση του τεταρτημορίου που βρίσκεται ο όγκος και η εγκεκτομία στην εξαίρεση του όγκου σε υγιή βάση (2-5 εκατοστά υγιούς ιστός γύρω από τον όγκο). Ακολουθεί από την ίδια ή άλλη τομή καθαρισμός της σύστοιχης μασχάλης και συνήθως τοπική εξωτερική ακτινοβόληση.

Μερικοί κάνουν και εμφύτευση ραδιενεργού ιριδίου στην περιοχή του όγκου.

ΣΤ. Υποδόρροια μαστεκτομή

Σε περιπτώσεις μη διηθητικού καρκίνου του μαστού είναι δυνατόν να γίνει υποδόρροια μαστεκτομή. Αφαιρείται μόνο ο μαζικός ιστός, διατηρώντας το δέρμα του μαστού. Το δημιουργούμενο κενό συμπληρώνεται από μόσχευμα σιλικόνης, το δε αποτέλεσμα είναι άριστο.

Είναι δυνατόν όμως ένας όγκος να είναι ανεγχείρητος.

Τα κριτήρια βάσει των οποίων ο όγκος θεωρείται ανεγχείρητος είναι:

- Εξαπλωμένο οίδημα του δέρματος πάνω από το μαστό
- Οζίδια στο δέρμα, πάνω από το μαστό
- Καρκίνος με μορφή φλεγμονώδη

- Οζίδιο κοντά στο στήρνο
- Διαγνωσμένες μεταστάσεις στους υπερκλείδιους λεμφαδένες
- Οίδημα του βραχίονα
- Εξελκώσεις του δέρματος
- Οίδημα του δέρματος περιορισμένης εξάπλωσης
- Νεοπλασία στις πλευρές
- Απομακρυσμένες μεταστάσεις
- Μασχαλιαίοι λεμφαδένες που έχουν μέγεθος μεγαλύτερο από 2,5 CM διάμετρο
- Μασχαλιαίοι λεμφαδένες που συμφύονται με το δέρμα

2. Ακτινοθεραπεία

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού, σ'όλα τα στάδια.

Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι πιο ευαίσθητα στην ακτινοβολία, γιατί πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό και πολλά βρίσκονται στη φάση της μίτωσης, η οποία είναι η πιο ευαίσθητη διαίρεση του κυττάρου στην ακτινοβολία. Μερικές τους μορφές νεκρώνονται εντελώς, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων επανορθώνονται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η ακτινοθεραπεία φέρνει ριζικά αποτελέσματα ενώ σε άλλες μόνο παρηγορητικά.

Στον καρκίνο μαστού η ακτινοβολία χρησιμοποιείται σαν συμπληρωματική της χειρουργικής για τον τυπικό έλεγχο της νόσου, και χρησιμοποιείται και σαν βασική θεραπεία σε τοπικά προχωρημένους καρκίνους ανεγχείρητους, αλλά χωρίς μεταστάσεις σε άλ-

λλα μέρη του σώματος. Επίσης χρησιμοποιείται για ακτινική στείρωση, και για θεραπεία μεταστατικής νόσου (ανακουφιστική) ιδιαίτερα σε οστικές μεταστάσεις.

Τρόποι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας

α) Ενδοϊστική: Γίνεται ενδοϊστικά εμφύτευση ραδιενεργού υλικού (ιρίδιο) με μορφή βελονών

β) Τηλεθεραπεία

Που και πότε χρησιμοποιείται η ακτινοθεραπεία

α) Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται όταν τα κακοήθη νεοπλάσματα βρίσκονται στο αρχικό στάδιο, και δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Κατά 75% ο όγκος σμικρύνεται και δεν υπάρχουν υποτροπές.

β) Σε συνδιασμό με τη χειρουργική.:

Προεγχειρητικά, για να εμποδίσει την μετάσταση και να βοηθήσει τη χειρουργική αφαίρεση.

Μετεγχειρητικά όταν η πρωτοπαθής αλλοίωση αφαιρείται.

γ) Σαν βοηθητικό μέσο για την υποχώρηση συμπτωμάτων.

δ) Σε οστικές μεταστάσεις του μαστού, για την ελάττωση του πόνου και να προστατεύσει από κάταγμα το οστό με τη μετάσταση.

ε) Η ακτινοβολία επίσης χρησιμοποιείται και για στείρωση (ακτινική ωθηκεκτομή)

Μετά από μαστεκτομή για αποστείρωση όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ή ο όγκος εντοπίζεται στο έσω ημιμόριο του μαστού.

Λίγα αποτελέσματα η ιονίζουσα ακτινοβολία έχει σε εντοπισμένα κακοήθη νεοπλάσματα, καθώς και σε εκείνα του αίματος και των λεμφικών αξόνων.

Οι επιπλοκές της ακτινοβολίας είναι:

- α) Οι πρώϊμες και όψυμες, που χαρακτηρίζονται σαν σωματικές.
- β) Οι γενετικές.
- α) Οι σωματικές είναι: 1) Τοπικές βλάβες του δέρματος (ακτινο-δερματίτιδες) που δέχονται άμεσα την ακτινοβολία.
- 2) Αλλωπεκία που παρουσιάζεται μετά από 2-3 εβδομάδες.
- 3) Αλλοιώσεις του αίματος και του αιμοποιητικού ιστού, λευκοπενία, αιμοραγίες.
- 4) Λευχαιμία
- 5) Αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης
- β) Οι γενετικές: Οφείλονται στις μεταλλάξεις των χρωμοσωμάτων και γονιδίων των γεννητικών κυττάρων.

3. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αρχίζει με το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο και είναι ένα από τα πρώτα φάρμακα, που χρησιμοποιήθηκαν στον καρκίνο γενικά και στον καρκίνο του μαστού ειδικά.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο μαστού διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες.

Σε αυτή που σκοπό έχει να αντιμετωπίσει ήδη διαπιστωμένες μεταστάσεις (αποδεδειγμένη νόσος) και σ' αυτή που στοχεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου . δηλαδή τη χειρουργική.

Αυτή έχει σκοπό να καταστρέψει τις μη ορατές αλλά υπαρκτές μικρομεταστάσεις που ευθύνονται για την υποτροπή της νόσου. Επίσης να αυξήσει την επιβίωση, κ' ονομάζεται Προφυλακτική χημειοθεραπεία.

Στους ασθενείς με καρκίνο μαστού εφαρμόζεται:

- α. Προληπτικά, για την πρόληψη μεταστάσεων σε συνδιασμό με ακτινοθεραπεία.
- β. σε σπλαχνικές μεταστάσεις
- γ. σε γενικευμένο καρκίνο σε όγκους που δεν είναι ορμονοεξαρτώμενοι.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα του καρκίνου διακρίνονται στις παρακάτω ομάδες:

1. Αλκυλιούντα φάρμακα:

Δρούν σαν κυτταροτοξικά & μεταλλαξιογόνα.

Η εκλεκτική τους δράση παρουσιάζεται σε κύτταρα που πολλαπλασιάζονται με γρήγορο ρυθμό. Σταματούν τον κύκλο κυρίως στη φάση της προμίτωσης, πράγμα που οδηγεί σε καταστολή του ανοσοβιολογικού μηχανισμού. Δρούν διεγερτικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Στα αλκυλιούντα φάρμακα περιλαμβάνονται:

- α. BUSULFAN (MYLERAN)
- β. CYCLOPHOSPHAMIDE
- γ. MELPHALAN (ALKERAN)
- δ. THIOTEPA

Παρουσιάζουν τοξικές εκδηλώσεις όπως: καταστολή του μυελού των οστών, αλωπεκία, γυναικομαστία, στείρωση, ανορεξία, αιμοραγική κυστίτιδα.

2. Αντιμεταβολίτες:

- α. FLUOROURACIL (5-FU)

β. METHOTREXATE

γ. MERCOPTOPURINE (PURINETHOL)

Οι τοξικές εκδηλώσεις που εμφανίζουν είναι:
εξελκώσεις στόματος κ' γαστρεντερικού σωλήνα, στοματίτιδα, δερματίτιδα, νευρολογικές διαταραχές, τοξική βλάβη ήπατος, οστεοπόρωση.

3. Φυτικά αλκαλοειδή:

Αυτά βρέθηκαν ότι έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων στο στάδιο της μετάφρασης.

Στην κατηγορία περιλαμβάνονται:

α. VINCRISTINE SULFATE (OUCOVIN)

β. VINBLASTINE SULFATE

Προκαλούν: περιφερειακή νευροπάθεια, νευραγγίες, καταστολή του μαστού των οστών, αλωπεκία, στοματίτιδα, βαριά δυσκοικιότητα που οδηγεί στον παραλυτικό ειλεό.

4. Αντιβιοτικά:

α. DOXORUBICIN (ADRIAMYCIN)

β. DAUNORUBICIN

γ. MITHRAMYCIN

Οι τοξικές εκδηλώσεις τους είναι: τοξική βλάβη στον καρδιακό μύ, στον υποδόριο ιστό, στον μυελό των οστών. Επίσης υποασβεστιαίμια, αλωπεκία, στοματίτιδα, θυλακίτιδα.

5. Ορμόνες:

α. CORTISONE

β. TESTOSTERONE

Προκαλούν: κατακράτηση νερού, υπέρταση, υπερασβεστιαίμια, αρρενοποίηση, μητρορραγία, αύξηση της συχνότητας αγγειακών επεισοδίων.

Ιδιαίτερα για τον καρκίνο του μαστού τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι:

A. Η κυκλοφωσραμίδη (ENDOXAN-CYTOXAN)

Αυτή παρουσιάζει τις λιγότερες παρενέργειες κ'εμφανίζει αν-
ταπόκριση για αρκετούς μήνες στο 30% των περιπτώσεων.

Ο τρόπος χορήγησης της έχει ως εξής:

1. Δόση εφόδου: Χορηγούνται στις πρώτες ημέρες ενδοφλέβια (IV) και στην ημερήσια δόση 10 MG/KG βάρους σώματος.
2. Δόση συντήρησης: Χορηγούνται από το στόμα 50-100 MG ημερησίως.

B. FLUOROYRACIL (5-FU)

Είναι τοξικότερο από την κυκλοφωσραμίδη. (10% θάνατοι από παρενέργειες).

Χορηγείται ενδοφλέβια ως εξής:

7,5 MG/KG βάρους σώματος/ημερησίως για 10 μέρες. Η δόση επαναλαμ-
βάνεται κάθε μήνα.

Γ. Κορτικοστεροειδή

Κυρίως χορηγούνται σε εγκεφαλικές ή προχωρημένες πνευμονικές μεταστάσεις. Η επίδραση τους αν κ' βραχεία διάρκειας είναι στο 25% των ασθενών, θεαματική κ' επιτρέπει την εν συνέχεια χορήγηση των άλλων χημειοθεραπευτικών.

Δόσεις: κορτιζόνη 100 MG τρεις φορές την ημέρα

10 MG τέσσερις φορές την ημέρα

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δρουν σε γρήγορα πολλαπλασια-
ζόμενους ιστούς. Δεν είναι λοιπόν ειδικά φάρμακα, και γιαυτό προ-
σβάλλουν και φυσιολογικούς ιστούς όπως το πεπτικό, αιμοποιητικό,
γυνάδες κ.λ.π. Επομένως η χημειοθεραπεία έχει άμεση τοξικότητα
στο γαστρεντερικό, όπου η διάρροια, η ναυτία και οι εμετοί στην

αρχή της θεραπείας είναι συχνοί αλλά και παρενέργειες που φαίνονται αργότερα. Όπως καρδιοτοξικότητα, τοξικότητα από το Κ.Ν.Σ, δερματίτιδες, λευκοπανία, θρομβοκυτταροπενία, στοματίτιδα, αλωπεκία. Έχει ακόμη επιπτώσεις ψυχολογικές, κοινωνικές και ψυχολογική σημασία.

Ακόμη η χημειοθεραπεία αντεδεικνύεται σ' όλη τη διάρκεια της κύησης.

2. Ενδοφλέβια χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων-Τρόποι προφύλαξης
Η χορήγηση Χημειοθεραπευτικών φαρμάκων γίνεται ανάλογα με τον τύπο κάθε κυτταροστατικού:

- α. Μέσα σε ορισμένη ποσότητα φυσιολογικού ορού για τη διάλυση του φαρμάκου.
- β. Διαμέσου της συσκευής του ορού (λαστιχάκι)
- γ. Απ' ευθείας στη φλέβα με βελόνα και σύριγγα.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την άρρωση για:

- 1. Τη διατήρηση σταθερής και με αργό ρυθμό ροής του ορού, έτσι ώστε να πέσει στον καθορισμένο χρόνο.
- 2. Πιθανές αντιδράσεις: ναυτία, εμετοί.
- 3. Εξαγγείωση φαρμάκου στους ιστούς.

Σε περίπτωση εξαγγείωσης η νοσηλεύτρια πρέπει να χορηγήσει:

- α. Ειδικό αντίδοτο (αν υπάρχει)
- β. Φυσιολογικό ορό για να αραιωθεί η συγκεντρωση του φαρμάκου που έχει εξαγγειωθεί.
- γ. Υδροκορτιζόνη για να ελατωθεί η φλεγμονώδης αντίδραση π.χ. της ADRIAMYCIN

δ. Τοπική εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.

Τα προληπτικά μέτρα χειρισμού των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι:

- Καλά αεριζόμενο και φωτιζόμενο δωμάτιο για την ετοιμασία των φαρμάκων.
- Περιορισμός στο ελάχιστο ατόμων στο χώρο ετοιμασίας των φαρμάκων.
- Απαγόρευση καπνίσματος, διατήρησης και χρήσης τροφών και ποτών
- Βεβαίωση για το είδος και τη δόση των φαρμάκων. Η δόση πρέπει να είναι πάντα απόλυτα ακριβής.
- Πλύσιμο των χεριών πριν και μετά τη νοσηλεία.
- Χρησιμοποίηση μπλούζας, γαντιών, μάσκας. Κατά τη διαδικασία της διάλυσης και αναρρόφησης.
- Αλλαγή γαντιών που έχουν τρυπηθεί.
- Έλεγχος της ακεραιότητας των φιαλιδίων ή της φύσιγγας πριν χρησιμοποιηθούν.
- Χρησιμοποίηση υλικού μιας χρήσεως
- Αλλαγή βελόνας σε κάθε περίπτωση
- Χορήγηση των φαρμάκων σύμφωνα με τις εσώκλειστες οδηγίες του φαρμάκου.
- Δύο κυτταροστατικά φάρμακα να μην αναμειγνύονται σε μια σύριγγα.
- Σε περίπτωση πτώσης σταγόνας φαρμάκου στα χέρια ή στο πρόσωπο πλύσιμο αμέσως με άφθονο νερό και σαπούνι για την απομάκρυνση του φαρμάκου.

Σαν συμπέρασμα μπορεί να ειπωθεί ότι οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στη χημειοθεραπεία ζούν κατά πιθανότητα περισσότερο και καλύτερα από εκείνους που δεν ανταποκρίνονται. Αλλά κανένας

δεν έχει αποδείξει ότι με τη χημειοθεραπεία έχουμε αυξήσει την επιβίωση ή έχει αλλάξει η πορεία της αρρώστειας στον καρκίνο και ειδικότερα στον καρκίνο μαστού. Τα αποτελέσματα της πρέπει να θεωρούνται στις περισσότερες περιπτώσεις, ανακουφιστικά μόνο. Γι' αυτό η ποιότητα της ζωής της άρρωστης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στη θεραπευτική απόφαση.

4. ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμοθεραπεία του καρκίνου του μαστού άρχισε εμπειρικά στα τέλη του περασμένου αιώνα με την εισαγωγή της ωθηκεκτομής, αναπτύχθηκε όμως εξαιρετικά ώστε και σήμερα παρά τις εξαιρετικές προόδους της κυτταροστατικής χημειοθεραπείας να κατέχει πρώτη θέση στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Τα γενικά κριτήρια της ορμονοθεραπείας είναι:

1. Ηλικία και έμμηνος ρύση
2. Βιολογικά χαρακτηριστικά του όγκου
 - α. Ιστολογική μορφή
 - β. Βαθμός διαφοροποίησης
 - γ. Ταχύτητα ανάπτυξης
3. Άλλοι παράγοντες όπως π.χ. δεύτερη νόσος
4. Φαρμακολογικά κριτήρια και προϋποθέσεις-αντενδείξεις

Οι μέθοδοι της ορμονοθεραπείας στον καρκίνο μαστού είναι:

1. Ωθηκεκτομή

Είναι μέθοδος εκλογής της αρχικής θεραπείας όταν η γυναίκα βρίσκεται στην προεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού. Γνωρίζοντας ότι οι όγκοι του μαστού είναι ορμονο-

εξαρτώμενοι από τις ορμόνες που παράγουν οι ωθήκες, γίνεται αφαίρεση ωθηκών στις περιπτώσεις που υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες. Ακόμη στις περιπτώσεις προχωρημένου καρκίνου με μεταστάσεις στο σκελετό και μαλακά μέρη.

Επίσης σε άτομα πριν την εμμηνόπαυση και δέκα χρόνια μετά απ' αυτή.

Η ύφεση διαρκεί από 3 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο ένα χρόνο).

Εάν εμφανιστούν σημεία επαναδραστηριοποίησης του όγκου, γίνεται παραπέρα ενδοκρινική θεραπεία. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η αφαίρεση ή η ακτινοβολία των ωθηκών είναι η πιο πρόσφορη μέθοδος παρηγορητικής θεραπείας γυναικών που πάσχουν από προχωρημένο καρκίνο του μαστού πριν ή μετά την εμμηνόπαυση.

2. Επινεφριδεκτομή

Εφαρμόζεται σε ασθενείς που βρίσκονται στην μεταεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού.

Η ύφεση διαρκεί από 6 μήνες μέχρι αρκετά χρόνια (κατά μέσο όρο 1,5).

3. Υποφυσεκτομή

Εφαρμόζεται και αυτή σε ασθενείς που βρίσκονται στην μεταεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο μαστού.

Σε εμφάνιση σημείων επαναδραστηριοποίησης του όγκου εφαρμόζεται κυτταροτοκική χημειοθεραπεία.

Οι παραπάνω εγχειρήσεις είναι μεγάλες και δραστικές με αξιόλογο ποσοστό θνησιμότητας. Η Αμερικάνικη ιατρική εταιρεία δίνει ποσοστό μετεγχειρητικής θνησιμότητας 10% σε επινεφριδεκτομή και υποφυσεκτομή.

Οι χρησιμοποιούμενες ορμόνες είναι:

Ανδρογόνα ή αντιοιστρογόνα

Είναι συνθετικά φάρμακα που πιστεύεται ότι ανταγωνίζονται τους οιστρογονουποδοχείς.

Φέρονται με την ονομασία TAMOXIFEN και το εμπορικό όνομα NOLVADEX. Δίνονται σε δόση 20-40 MG. Εφόσον υπάρχει ανταπίκριση, χορηγούνται επί μήνες.

Οι κυριότερες παρενέργειες είναι: α) Αιματολογικές και αφορούν τα ερυθρά-λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια.

β) Υπερασβεστιαϊμία και κατακράτηση νερού. Προλαμβάνονται με περιορισμό του νατρίου, με δίαιτα και με χρήση διουρητικών.

γ) Αρρενοποίηση, ανάπτυξη δευτερογενών χαρακτηριστικών του άνδρα, στη γυναίκα.

Τα αντιοιστρογόνα δίνονται σε προεμμηνοπαυσικές ασθενείς ή μετά από ωθηκεκτομή.

Η ανταπόκριση φτάνει στο 20-30%.

Οιστρογόνα

Χορηγούνται σε γυναίκες που εμφάνισαν καρκίνο πέντε ή και περισσότερα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση και σε περιπτώσεις μεταστάσεων στα μαλακά μέρια.

Ευεργετική επίδραση έχουν όταν χορηγούνται μεγάλες δόσεις. Η δαιθυλική στιλβεστρόλη και η αιθυλική οιστραδόλη είναι τα πιο συνηθισμένα οιστραγόνα που χρησιμοποιούνται.

Οι υφέσεις διαρκούν 3 μήνες μέχρι μερικά χρόνια. Οι παρενέργειες που υπάρχουν είναι:

κατακράτηση υγρών, οιδήματα, υπέρταση, καρδιοπάθεια, μητρορραγία.

Κορτικοστεροειδή

Είναι χρήσιμα σε συνδυασμό με:

- α) ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με μεταστάσεις στον εγκέφαλο.
- β) Κυτταροτοξική θεραπεία σε ασθενείς με προχωρημένες μεταστάσεις στο ήπαρ και στον πνεύμονα.

5. ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πιθανότητα ότι η αύξηση ενός όγκου επηρεάζεται από ανοσολογικούς παράγοντες έχει απασχολήσει τους ερευνητές από παλιά. Ιδιαίτερα όμως την τελευταία δεκαετία η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε περισσότερο με την συγκέντρωση στοιχείων από πειράματα ή από την κλινική πείρα.

Η ανοσοθεραπεία στηρίζεται στη θεωρία, ότι ο καρκίνος δίνει την εντύπωση ότι αναπτύσσεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα των οποίων το ανοσοβιολογικό σύστημα είναι σε καταστολή. Ο κύριος σκοπός της θεραπείας είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου στα κύτταρα του καρκίνου. Στόχος της ανοσοθεραπείας είναι η πρόληψη του καρκίνου, με ανοσοποίηση του ατόμου κατά των καρκινικών κυττάρων.

Γενικά η ανοσοθεραπεία είναι στο στάδιο της έρευνας και δεν εφαρμόζεται σ' όλα τα κέντρα θεραπείας.

Γ' Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Ξ Α Λ Λ Ι Ο 11

Νοσηλευτική Αντιμετώπιση

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας και η σημασία του στο καρκίνο μαστού

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη αφιερωμένη στη φροντίδα του ανθρώπου, υπηρετεί την υγεία και κατά συνέπεια τη ζωή.

Είναι εκτέλεση έργου που για την άσκηση του χρειάζεται ο συνδιασμός της νοσηλευτικής μόρφωσης και της προσωπικότητας της νοσηλεύτριας.

Η νοσηλεύτρια έχει τη δυνατότητα μέσα από τις γνώσεις της να αναλάβει ενεργό ρολο στην ενημέρωση, πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Η ενημέρωση θα πρέπει να αρχίσει αρχικά από την κοινότητα και την οικογένεια.

Με επισκέψεις στο σπίτι, μέσα από τη συζήτηση η νοσηλεύτρια μπορεί να αξιολογήσει τις πιθανότητες που έχει μια γυναίκα να αναπτύξει καρκίνο μαστού.

Μπορεί να τονίσει τη σημασία της πρόληψης για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου μαστού και να δώσει πληροφορίες για τις εξετάσεις, τονίζοντας τη σημασία της μαστογραφίας.

Στόχος της είναι η ευαισθητοποίηση των γυναικών στο θέμα της υγείας τους και η απομάκρυνση του φόβου και της αγωνίας που οδηγούν στην αμέλεια και αδιαφορία.

Επειδή η νοσηλεύτρια από τη φύση της δουλειάς της βρίσκεται σε περισσότερη επαφή με την άρρωστη από οποιοδήποτε άλλο, άτομο επωμίζεται ρόλο θεραπευτικό και κοινωνικό.

Γι'αυτό πρέπει η κατάρτιση και η συνεχώς επιμόρφωση της να είναι τόσο ατομική της ανάγκη όσο και υποχρέωση της σ'ένα συνεχώς εξελισσόμενο τομέα όπως η πρόληψη, ανίχνευση και θεραπεία του καρκίνου μαστού.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

1. Άμεσοι

- α. Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού.
- β. Ελαχιστοποίηση της αγωνίας και του άγχους.

2. Μακροπρόθεσμοι

- α. Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να αποδεχθούν την πραγματικότητα.
- β. Μείωση του κινδύνου υποτροπής της νόσου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 12

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις και τη διάγνωση ασθενούς με καρκίνο μαστού

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά τις διαγνωστικές εξετάσεις είναι πολύ σημαντικός και έχει μεγάλη σημασία, όχι μόνο για τη διάγνωση και πορεία της θεραπείας, αλλά και για τη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς στην αντιμετώπιση της ασθένειάς της.

Η γυναίκα που έρχεται να εξταστεί υποψιαζόμενη ότι πάσχει από καρκίνο μαστού, χρειάζεται χρόνο για να προσαρμοστεί αρχίζοντας από τις εξετάσεις διάγνωσης και χρόνο για να γνωρίσει τα μέσα θεραπείας και τις επιπλοκές που τυχόν θα παρουσιαστούν.

Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα δώσει απαντήσεις, θα εξηγήσει, θα συμβουλευσει, θα υποστηρίξει και θα ανακουφίσει την ασθενή.

Με το δικό της προσωπικό τρόπο θα εξηγήσει στη γυναίκα απλά και κατανοητά τη σημασία του ιστορικού, της επισκόπησης και της ψηλάφησης για τη διάγνωση της ασθένειας.

Ακόμη την πληροφορεί για τις εξετάσεις που θα ακολουθήσουν το σκοπό και τον τρόπο που πρέπει να γίνουν. Μπορεί να απαιτηθούν ειδικότερες εξετάσεις όπως: ακτινολογικές, σπινθηρογράφημα, θερμογραφία, μαστογραφία κ.ά.

Μέσα στα καθήκοντα της είναι, να συνεργαστεί με το γιατρό για τη σωστή διεξαγωγή και λήψη των εξετάσεων, συμβάλλοντας και η ίδια με τις παρατηρήσεις της στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Πρωταρχικό όμως καθήκον και λείος τις νοσηλεύτριες είναι η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. Με το ειλικρινές ενδιαφέρον της, το σεβασμό της προσωπικότητας της ασθενούς, την αγάπη και τη συνεχή της παρουσίας κατά τη διάρκεια των εξετάσεων με το διάλογο και την υποστήριξη συμβάλλει στην ανακούφιση και στην καθυσύχαση της ασθενούς.

Δίνοντας της πληροφορίες για το σκοπό και την εκτέλεση των εξετάσεων της, βοηθάει, στην καλύτερη διεξαγωγή τους και στην κατανόηση τους.

Με το τρόπο αυτό η ασθενής συνεργάζεται καλύτερα και απαιτείται λιγότερος χρόνος.

Γιατί αισθάνεται γύρω της ανθρώπους που ενδιαφέρονται πραγματικά για την ανακούφισή της, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας της.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 13

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου μαστού

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου μαστού είναι συνήθως βαρειά και οι εγχειρήσεις μεγάλες, ακρωτηριαστικές, με βιολογικές, αισθητικές και λειτουργικές επιπτώσεις.

Ανεξάρτητα από το επίπεδο εκτέλεσης της εγχείρησης, η όλη εκβαση της ασθενούς θα εξαρτηθεί από το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας που θα έχει πριν και μετά την εγχείρηση.

Η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, που πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτικό προσωπικό, περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς.

A. Προεγχειρητική ετοιμασία

Αρχίζει από την ημέρα που εισάγεται η ασθενής στο χειρουργικό τμήμα και διακρίνεται:

1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

1) Τόνωση του ηθικού

Η ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση κατέχεται από φόβο, ανησυχία, αγωνία. Τα αισθήματα αυτά μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη ακόμη και σε οικονομικά προβλήματα. Η τόνωση του ηθικού της ασθενούς πετυχαίνεται με το να

ανακαλύψει και να ικανοποιήσει η νοσηλεύτρια τις προσωπικές ανάγκες της ασθενούς και να καταλάβει, σε ποιά θέση βρίσκεται.

Η τόνωση του ηθικού έχει σαν σκοπό να βοηθήσει την ασθενή να ξεπεράσει ορισμένα προβλήματα όπως:

Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης

Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή γι' αυτό και η νοσηλεύτρια την προσεγγίζει ξεχωριστά σαν άτομο και τη βοηθά στο να εκφράσει τα αισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της σα μητέρα. (να θηλάσει το παιδι της).

Το πρόβλημα της μετεγχειρητικής αν^απηρίας

Η ασθενής που πρόκειται να υποστεί εγχείρηση μαστεκτομής διακατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ακούσει προσεκτικά τα προβλήματά της, να δώσει έμφαση στο σχεδιασμό ενός επιτυχημένου προγράμματος αποκατάστασης και να τονίσει την αισθητική αποκατάσταση με τη χρήση τεχνητού μαστού.

Οικογενειακά προβλήματα

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί οπωσδήποτε διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής ζωής. Βασικό είναι να έχει την ψυχολογική υποστήριξη του συζύγου της που τη βοηθά να ξεπεράσει πολλά προβλήματα. Τα ερωτήματα που τη βασανίζουν είναι πολλά και εξαρτάται από την ηλικία της, το αν έχει παιδιά ή όχι.

Ο φόβος του πόνου και του θανάτου

Η νοσηλεύτρια τονώνει ψυχολογικά την άρρωστη, εξηγώντας της την μεγάλη πρόοδο της χειρουργικής και πως να αντιμετωπίσει τον πόνο.

Σωματική τόνωση

Πριν από τη χειρουργική επέμβαση στο μαστό πρέπει η άρρωστη να μην είναι εξαντλημένη, ιδιαίτερα αν ο καρκίνος μαστού είναι σε προχωρημένο στάδιο. Γι' αυτό χρειάζεται καλή θρέψη της ασθενούς, με ιδιαίτερη προσοχή στο διαιτολόγιο της το οποίο πρέπει να είναι πλούσιο σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και βιταμίνες.

Ακόμη η σωματική τόνωση μπορεί να γίνει με μεταγγίσεις αίματος ή σακχαρούχους ορούς.

Διάφορες εξετάσεις

Πριν την επέμβαση γίνεται γενικός έλεγχος όλων των συστημάτων του οργανισμού με σκοπό την επιτυχία της επέμβασης και να προληφθούν επιπλοκές.

Η ασθενής που θα ειρουργηθεί εξετάζεται από:

- | | |
|---------------|-------------------|
| α) Χειρουργό | β) Παθολόγο |
| γ) καρδιολόγο | δ) αναισθησιολόγο |

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται είναι:

1. Γενική αίματος
2. Ακτινογραφία θώρακα
3. Ηλεκτροκαρδιογράφημα
4. Χρόνος ροής και πήξης του αίματος

5. Ομάδα RHESUS αίματος
6. Σάκχαρο, ουρία αίματος
7. Γενική ούρων

Επίσης την παραμονή της επέμβασης γίνεται:

- κένωση του εντερικού σωλήνα γιατί προκαλεί δυσχέρεια στην εγχείρηση και μετεγχειρητικά δημιουργεί μετεωρισμό.
Πετυχαίνεται με τη χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων και καθαρτικού υποκλυσμού.
- καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα
- προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές αναπνευστικές ασκήσεις και ασκήσεις άκρων.

Την προηγούμενη της εγχείρησης η δίαιτα της ασθενούς είναι ελαφρά και 6 ώρες πριν την επέμβαση παύει και η λήψη υγρών.

2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Προετοιμάζεται το δέρμα με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας.

Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού για την πιθανή περίπτωση λήψης δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική.

3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Τη λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων
- Την κένωση της ουροδόχου κύστης
- Την απαλλαγή της άρρωστης από οδοντοστοιχίες και κοσμήματα
- Την κατάλληλη ενδυμασία της ασθενούς για το χειρουργείο.

Η πλήρης προεγχειρητική ετοιμασία πέρα από τη σωματική περιλαμβάνει και την ψυχολογική ώστε να αποδεχτεί η ασθενής την αναπηρία της, να δίνει μεγαλύτερη σημασία στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα της, να πιστεύει ότι η ζωή της μετά την επέμβαση θα έχει νόημα και σκοπό και ότι η κοινωνία θα της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

Η νοσηλεύτρια μένει κοντά στην ασθενή μέχρι να μπει στο χειρουργείο. Την προετοιμάζει με την καλύτερη σωματική και ψυχολογική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία, ελπίδα, πίστη και εμπιστοσύνη στο χειρουργό και τη νοσηλεύτρια του χειρουργείου.

Προνάρκωση

Γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την έγχείρηση. Το είδος της προ-νάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση των εκκρίσεων του βλενογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνιστάται στην ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι. Τους επισκέπτες η ασθενής τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα τη μετεγχειρητική περίοδο επιδιώκει:

- α) Αμεσα: Τη σωματική ανάνηψη και την πρόληψη επιπλοκών
- β) Μακροπρόθεσμα: Ν'αποκαταστήσει την ασθενή σε ρεαλιστικό επίπεδο ανεξαρτησίας.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο τμήμα.

Στην αρχή η ασθενής χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση μέχρι να ανανήψει πλήρως από τη νάρκωση.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για:

- Την τοποθέτηση της ασθενούς σε ύπτια θέση, με στροφή της κεφαλής προς το ένα πλάγιο, για την επαρκή αιμάτωση του εγκεφαλου, την πρόληψη ολίσθησης της γλώσσας προς το φάρυγγα και εισρόφηση των εμεσμάτων προς την τραχεία.
- Τη συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και τη συστηματική παρατήρηση των αντιδράσεων της ασθενούς.

Μ' αυτό τον τρόπο η νοσηλεύτρια προλαμβάνει ή αντιμετωπίζει έγκαιρα τυχόν επιπλοκές από τη νάρκωση δηλαδή ασφυξία, άπνοια, καταπληξία (SHOCK).

Μετά την πλήρη ανάνηψη από το απόγευμα και μετά η νοσηλεύτρια φροντίζει για:

- Τη χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του πόνου
- Την εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού γιατί οι παράμετροι αυτοί είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση του SHOCK και της αιμοραγίας.
- Την επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμοραγίας ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
- Την αλλαγή θέσης και βαθιών αναπνοών για πρόληψη των αναπνευστικών επιπλοκών
- Την παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή HEMOVAC. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, για αυτό και θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως.

- Τον έλεγχο συχνά της λειτουργίας της συσκευής ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση.

Τον έλεγχο και την αναγραφή της ποσότητας και του χρώματος των παροχετευομένων υγρών της συσκευής.

- Τον έλεγχο της επίδεσης του τραύματος, ώστε να αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

- Την πρόληψη λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται σ' αυτό υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις, ούτε φλεβοκεντήσεις, για την αποφυγή εισόδου μικροβίων.

- Την τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημιFOWLER. 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.

- Τη χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης, κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.

- Την έγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι. Μετά από 24-48 ώρες η άρρωστη σηκώνεται από το κρεβάτι και η νοσηλεύτρια τη συνοδεύει γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να παρεμποδιστεί η πίεση στο τραύμα.

- Την παρακολούθηση της ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών, για την εξασφάλιση ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη της ασθενούς. Φροντίζει ο ορρός να εφαρμόζεται στο αντίθετο χέρι που έγινε η επέμβαση και παρακολουθεί συνεχώς τον ορρό και τη φλέβα που εφαρμόστηκε

- Τη φροντίδα του τραύματος.

Η νοσηλεύτρια κατά την αλλαγή του τρύματος της μαστεκτομής, τηρεί αυστηρά τις αρχές ασηψίας, και αντισηψίας. Εξηγεί στην ασθενή τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας και πως το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα, ενδέχεται να έχει ελιωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.

φροντίζει επίσης να γίνεται ήπιο πλύσιμο, προσεκτικό στέγνωμα και μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Αυτά γίνονται με την έγκριση του γιατρού.

Η θέα του τραύματος, όταν διαπιστώνεται η έλλειψη του μαστού ωθεί την ασθενή στη βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Καταλαμβάνεται από φόβο, απογοήτευση και μπορεί ακόμη και να λιποθυμήσει. Για να μην αντικρύσει η ασθενής το τραύμα από την πρώτη αλλαγή, η νοσηλεύτρια αφαιρεί τα μαξιλάρια και στρέφει το κεφάλι της προς την αντίθετη πλευρά από το τραύμα. Μέχρι να φύγει η ασθενής από το νοσοκομείο, πρέπει να έχει δει το τραύμα ώστε όταν πάει στο σπίτι της, να έχει εξοικειωθεί μ'αυτό με την βοήθεια την αγάπη και τη φροντίδα της νοσηλεύτριας.

- Την πρόληψη και αντιμετώπιση της λεμφοιδήματος.

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

1. Ν' αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα κοίματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
2. Ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς να ανυψώνεται για την πρόληψη του εξαρτημένου οιδήματος.
3. Στο βραχίονα της προσβεβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
4. Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη της λοίμωξης.
5. Ν' αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφικτών ενδυμάτων για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
6. Για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν δουρητικά και η χρήση δαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών

Η άρρωστη μετά το χειρουργείο μπορεί να παρουσιάσει ορισμένες μετεγχειρητικές δυσχέρειες.

Αυτές οφείλονται στη γενική νάρκωση και στην εγχείρηση της μαστεκτομής. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τις αντιληφθεί έγκαιρα και να ανακουφίσει την ασθενή.

Αυτές είναι:

Πόνος : Ο μετεγχειρητικός πόνος μετά από μαστεκτομή ξεκινάει από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες. Ο πόνος οφείλεται στο τραύμα (τομή - απαγωγή - συρραφή ιστών) γι' αυτό και χορηγούνται αναλγητικά μετά από εντολή γιατρού. Για την ανακούφιση της ασθενούς η νοσηλεύτρια οφείλει.

- α) Να εντοπίσει τον πόνο
- β) Να διαπιστώσει αν είναι συνεχής, διαλείπων, αμβλύς ή οξύς
- γ) Να διαπιστώσει αν ακτινοβολεί και προς τα που αν έχει σχέση με την αναπνοή και αν επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ) Να καταγράψει τις διαπιστώσεις της και να της γνωστοποιήσει στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

Εμετός: Εξαιτίας της νάρκωσης η άρρωστη παρουσιάζει ναυτία και εμετό. Η νοσηλεύτρια φροντίζει να τοποθετήσει το κεφάλι της ασθενούς στο πλαϊό για να προλάβει την εισρόφηση. Ακόμη μετά από εμετό φροντίζει:

- α) να διατηρεί τον ιματισμό καθαρό
- β) να καθαρίζει το στόμα της ασθενούς με λίγο νερό.

Δίψα: Λόγω της απώλειας μεγάλης ποσότητας υγρών μετά τη μαστεκτομή. Χορηγούνται υγρά μετά την αποκατάσταση της περισταλτικότητας του εντέρου.

Ανησυχία

Δυσφορία: Οι αιτίες που δημιουργούν στην άρρωστη ανησυχία και δυσφορία είναι:

- α) βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος
- β) επίσχεση ούρων

γ) μετεωρισμός και λόξιγκας

δ) αυπνία

Διάταση του εντέρου

Η διάταση μπορεί να προκληθεί από:

α) την επίδραση του ναρκωτικού που προκαλεί αδράνεια του εντέρου.

β) την ανεπαρκή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα προεγχειρητικά

γ) την ακινησία της ασθενούς

δ) τη λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια.

Η νοσηλεύτρια για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζει σωλήνα αερίων. Ακόμη μετακινεί συχνά την άρρωστη πάνω στο κρεβάτι.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών

Επιλογές από το κυκλοφορικό

1. Αιμοραγία

Η αιμοραγία μετά από μαστεκτομή μπορεί να είναι εσωτερική ή εξωτερική. Η ασθενής παρουσιάζει τα ακόλουθα συμπτώματα:

Ανησυχία, άγχος, δίψα, δέρμα κύρο και ωχρό. Ο σφυγός της είναι μικρός και συχνός, η θερμοκρασία πέφτει, οι αναπνοές είναι συχνές και βαθιές. Με τη συνέχιση της αιμορραγίας ελαττώνονται, η κεντρική φλεβική πίεση, η αρτηριακή πίεση, καθώς και ο αιματοκρίτης. Τα χείλη και οι επιπεφυκότες είναι ωχροί.

Στην εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων η νοσηλεύτρια:

α. Τοποθετεί την άρρωστη σε θέση κατάρροπη (θέση TRENDELEBURG)

β. Χορηγεί μορφίνη για να ηρεμήσει η ασθενής μετά από ιατρική εντολή.

γ. Φροντίζει για την εξασφάλιση αίματος. Αν δεν υπάρχει διαθέσιμο αίμα, δίνεται πλάσμα ή υποκατάστατο του, φυσιολογικό διά-

λυμμα χλωριούχου νατρίου ή γλυκόζης.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχάσει, ότι η ταχεία χορήγηση μπορεί να αυξήσει την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.

2. SHOCK

Αποτελεί μια από τις πιο βασικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Τα κύρια συμπτώματα είναι:

- Συχνές επιπόλαιες αναπνοές
- συχνός και νηματοδειδής σφυγμός
- δέρμα και βλενογόνοι ωχροί
- άκρα ψυχρά
- μειωμένο επίπεδο συνείδησης
- πτώση αρτηριακής πίεσης
- υποθερμία

Για να αντιμετωπίσει το SHOCK η νοσηλεύτρια:

- α. Τοποθετεί την άρρωστη σε ύπτια θέση με τα κάτω άκρα ανηψωμένα.
- β. Καλεί αμέσως το γιατρό
- γ. Παρακολουθεί συνεχώς τα ζωτικά σημεία ώσπου να σταθεροποιηθούν.
- δ. Εξασφαλίζει την επαρκή οξυγόνωση της ασθενούς
- ε. Φροντίζει για την θέρμανση της ασθενούς με την προσθήκη ελαφρών καλυμμάτων και θερμοφώρας.
- στ. Χορηγεί αίμα
- ζ. Χορηγεί υγρά ενδοφλεβίες (φυσιολογικό διάλυμα χλωριούχου νατρίου, RINGERS, DEXTROSE).

Επιπλοκές από το τραύμα

1. Αιμάτωμα

Στην ασθενή με μαστεκτομή η αιμοραγία πολλές φορές μπορεί να γίνεται πάντα αντιληπτή. Στματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επώλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούνε μερικά ράμματα του τραύματος.

2. Μόλυνση

Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων όπως και στη μαστεκτομή ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να κάνουν μόλυνση είναι το κολοβακτηρίδιο του κυανού πυου, ο στρεπτόκοκκος και άλλα.

Σημαντικό ρόλο στην προληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Αυξάνεται η συχνότητα των σφύξεων, η θερμοκρασία και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οιδηματώδες και ζεστό.

Θεραπευτικά γίνεαι διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα.

Μπορεί να γίνει και έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση, καθώς και χορήγηση ειδικής αντιβίωσης, μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.

Επιπλοκές σε άλλα όργανα μετά από μετάσταση

Πριν και μετά τη μαστεκτομή είναι δυνατόν να γίνουν μεταστάσεις σε άλλα όργανα της ασθενούς όπως, στα οστά, το ήπαρ, τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο.

1. Οσιά

Σ' αυτή την περίπτωση παρατηρούνται στη νοσθενή οστικοί πόνοι παθολογικά κατάγματα, δυσκολία στη βάδιση απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για:

- α. Την ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο, με τη χορήγηση νακρωτικών ή αναλγητικών φαρμάκων και ηρεμιστικών.
- β. Την πρόληψη καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης και συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις να μην σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- γ. Την ακινητοποίηση των καταγμάτων αν συμβούν

2. Ηπαρ

Τα κύρια συμπτώματα που εμφανίζονται στην ασθενή είναι:

Ασκίτης, δυσφορία, δύσπνοια, κοιλιακοί πόνοι, ναυτία, έμετοι ανορεξία, απώλεια βάρους.

Στην περίπτωση αυτή, γίνονται:

- α. Παρακέντηση κοιλίας για την ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.
- β. Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών
- γ. Τεχνητή διατροφή μέσω γαστροστομίας ή πλήρους παρεντερική διατροφή, σε περίπτωση που η ασθενής αδυνατεί να φάει.
- δ. Χορήγηση διουρητικών
- ε. Μικρά και συχνά γεύματα.

3. Πνεύμονες

Τα συμπτώματα της ασθενούς είναι:

Πόνος, δυσφορία, δύσπνοια

Κύριο καθήκον της νοσηλεύτριας είναι:

α. Να εξασφαλίσει την επαρκή οξυγόνων της ασθενούς με τη χορήγηση οξυγόνου.

β. Να προετοιμάσει όλο το απαραίτητο υλικό που θα χρειαστεί για παρακέντηση θώρακα, προς ανακούφιση της ασθενούς από τη δυσφορία και τη δύσπνοια.

4. Εγκέφαλος

Τα κύρια συμπτώματα που παρατηρούνται σε ασθενή με μετάσταση στον εγκέφαλο είναι:

Σύγχυση, διαταραχή της ισορροπίας του σώματος, παράλυση, σπασμοί, διαταραχές της όρασης.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει κυρίως για:

α. Την πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόληψη βλάβης κατά την διάρκεια των σπασμών.

β. Την παρακολούθηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

γ. Την εξασφάλιση άνεσης της ασθενούς

δ. Την παροχή υγιεινής φροντίδας του σώματος της ασθενούς

ε. Την εξασφάλιση επαρκούς διαίτας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 14

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία είναι μία από τις τρεις βασικές θεραπείες στον καρκίνο μαστού. Είναι βασικό να εφαρμόζεται με αυστηρή διαδικασία ώστε να εξασφαλίζεται η ασθενής και να παίρνει το σωστό φάρμακο, στη σωστή δόση με το σωστό τρόπο. Χρειάζεται λοιπόν να τονιστούν ορισμένες προϋποθέσεις για τη σωστή διάλυση και χορήγηση των κυτταροστατικών φαρμάκων, την προφύλαξη του προσωπικού και τις παρενέργειες των φαρμάκων.

Όλα τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, όπως προαναφέραμε προκαλούν αυτία, εμετο, ανορεξία και κατάστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επίδρουν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα. Ορισμένα προκαλούν διάρροια ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Αλλά πάλι επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες, ενώ πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των υχιών. Τέλος αλλα δρουν τοξικά σε διάφορα όργανα όπως, οι νεφροί το ήπαρ, και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Επομένως οι ασθενείς που κάνουν χημειοθεραπεία έχουν ανάγκη από υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα στην οποία περιλαμβάνονται τα εξής:

1. Χορήγηση αντιεμετικών πριν τη θεραπεία
2. Επαρκής υδάτωση
3. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας
4. Γεύματα συχνά και μικρά. Δίαιτα ελαφρά, πλήρης σε θρεπτικές

ουσίες και βιταμίνες.

5. Προσεκτική φροντίδα του στόματος .
6. Προστασία της ασθενούς από μολύνσεις
7. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία
8. Προσοχή στις εκδηλώσεις, που δείχνουν τοξική επίδραση στο Κ.Ν.Σ.
9. Βοήθεια της ασθενούς να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σώματος της (αλωπεκία, υπερχρωση) και των προβλημάτων από το γεννητικό σύστημα.
10. Χρειάζεται προσοχή ώστε να μην έρθει το φάρμακο σε επαφή με το δέρμα της ασθενούς και να μην γίνει διήθηση των ιστών με το φάρμακο.

Μία απο τις κύριες ευθύνες τής νοσηλεύτριας είναι η ακριβής χορήγηση του φαρμάκου και στη συνέχεια η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του. Ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει στη χορήγηση της χημειοθεραπείας είναι πολύ σημαντικός.

Πρέπει να έχει επαρκείς γνώσεις όχι μόνο για τα φάρμακα και την ασθένεια αλλά να γνωρίζει καλά τις επιπλοκές και τις παρενέργειες που προκαλούνται από την τοξικότητα των φαρμάκων. Έτσι την εμπιστεύεται όχι μόνο η ασθενής που δέχεται τη χημειοθεραπεία αλλά και το ιατρικό προσωπικό με το οποίο συνεργάζεται.

Γνωρίζοντας τις παρενέργειες των φαρμάκων υποστηρίζει ψυχολογικά την άρρωστη και τη βοηθάει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της.

Σε ασθενή που έχει ακολουθήσει ένα ορισμένο θεραπευτικό σχήμα, μπορεί να συστηθεί σημειοθεραπεία και μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο. Μπορεί δηλαδή να έρχεται να κάνει χημειοθεραπεία στο νοσοκομείο και να φεύγει μετά το τέλος αυτής.

Εδώ η νοσηλεύτρια έχει την ευθύνη της υπόδειξης και της βοήθειας της ασθενούς. Πρέπει ο ασθενής να ενημερωθεί για το σκοπό της θεραπείας - αν δεν τον γνωρίζει - και για τα ενοχλήματα που προκαλούν τα φάρμακα. Όταν η ασθενής γνωρίζει τα ενοχλήματα, δέχεται καλύτερα τη θεραπεία.

Επειδή η ασθενής δεν θα βρίσκεται στο περιβάλλον του νοσοκομείου, ώστε ν'αναφέρει αμέσως τα διάφορα ενοχλήματα, η νοσηλεύτρια πρέπει:

1. Να γνωστοποιήσει στην ασθενή ποιά ενοχλήματα θα είναι αναπόφευκτα (αλωπεκία κ.ά).
2. Να συστήσει στην ασθενή την λήψη αντιεμετικών, υπακτικών αναλογα με το είδος και το βαθμό του ενοχλήματος. (ναυτία, δυσκοιλιότητα).
3. Να συστήσει στην ασθενή να τρέφεται με γεύματα μικρά και συχνά.
4. Να της πει ότι πρέπει να παρατηρεί ασυνήθιστες εκδηλώσεις από το σώμα της όπως αιμορραγία, στα ούρα ή στα κόπρανα.
5. Να διδάξει την ασθενή καλό καθαρισμό του στόματος με μαλακά υλικά για την αποφυγή ερεθισμού της στοματικής κοιλότητας και να κάνει χρήση ήπιων καταπραϋντικών, που επαλείφουν τον βλεννογόνο και μειώνουν τον ερεθισμό.

Κάθε φορά που η ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία πρέπει να υποστηρίζεται ψυχολογικά και ιδιαίτερα για το πρόβλημα της αλωπεκίας. Χρειάζεται ενημέρωση και ακτανόηση ό-τι το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί - προσωρινά μέχρι τα μαλλιά να ξαναβγουν - με την εφαρμογή μιας ανάλογης περού-

κας ή μαντηλιού, βρίσκονιας έτσι ένα μέθο αποκατάστασης.

Ακόμη η νοσηλεύτρια πρέπει να συνεργάζεται με τα υπόλοιπα μέλη των ομάδων υγείας καθώς και με την οικογένεια της ασθενούς με σκοπό την ανάπτυξη από κοινού, ενός σωστού προγράμματος αποκατάστασης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 15

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι δύσκολη θεραπεία. Για την αποδοχή της από την άρρωστη είναι απαραίτητη η ενημέρωσή της, για τη φύση το σκοπό και τις παρενέργειές της. Έτσι η νοσηλεύτρια προβαίνει σε αντιμετώπιση των γενικώς παρενεργειών και επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας πριν την ακτινοθεραπεία είναι:

1. Να ενημερώσει την άρρωστη για τον τρόπο που γίνεται η ακτινοθεραπεία.
2. Να την διαβεβαιώσει πως η ακτινοθεραπεία γίνεται για το καλό της.
3. Να την ενημερώσει για τις παρενέργειες ώστε να είναι έτοιμη να τις δεχθεί.
4. Να οδηγήσει την ασθενή στο χώρο όπου γίνονται οι ακτινοθεραπείες και να ελέγξει αν η άρρωστη έχει το σήμα που καθορίζει ακριβώς το σημείο που γίνονται.

Κατά την αρχική εκθεση της περιοχής του μαστού στην ακτινοβολία παρατηρείται ερυθρότητα, απολέπιση και κνησμός του δέρματος. Επίσης η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ναυτία, εμμέτους και διάρροια.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μετά την ακτινοθεραπεία είναι:

1. Να ελεγχεί το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολήθηκε για δερματίτιδα, και να καθησυχάσει την ασθενή ότι η ακτινική δερματίτιδα είναι ακίνδυνη και να πάρει τα απαραίτητα μέτρα όπως:
 - α. Να αποφύγει τη χρήση ερεθιστικών ουσιών.
 - β. Να καθαρίσει την περιοχή με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
2. Να χορηγήσει στην ασθενή ηρεμιστικά, αντιεμετικά, αντιδιαρ-

ροικά φάρμακα όταν εμφανιστεί έμετος, ναυτία διάρροια,

3. Να εφαρμόσει στη νακτινοβολημένη περιοχή ουδέτερες κρέμες σύμφωνα με ιατρική εντολή

4. Να υποδείξει στην άρρωστη να κάνει συχνές εξετάσεις αίματος για διαπίστωση λευκοπενίας, θρομβοπενίας.

Ακόμη η άρρωστη χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη για τόνωση του ηθικού της με σκοπό τη καλή αντιμετώπιση των δυσάρεστων αντιδράσεων της ακτινοθεραπείας.

Η οικογένεια της αρρωστης πρέπει να ενημερωθεί για να τη βοηθήσει να ανταπεξέλθει.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 16

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στην αποκατάσταση ασθενούς με
καρκίνο μαστού

Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της γυναίκας με μαστεκτομή είναι η αποκατάσταση. Η επαναφορά της δηλαδή στην κοινωνία και η είσοδος της ξανά στη ζωή από την οποία είχε απομακρυνθεί.

Η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στην αποκατάσταση της ασθενούς στο νοσοκομείο. Της διδάσκει τρόπους με τους οποίους θα κερδίσει την παλιά της θέση στη ζωή. Η νοσηλεύτρια ενθαρρύνει την ασθενή για ερωτήσεις και της παρέχει χρήσιμες απαντήσεις.

Ακόμη προετοιμάζει το σύζυγο ώστε να παρέχει την απαραίτητη συγκινησιακή υποστήριξη στη σύζυγό του. Επίσης βοηθάει την άρρωστη στην εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Αυτές αρχίζουν 24 ώρες μετά την επέμβαση τόσο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ακήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου.

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μην αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

Οι ασκήσεις που συστήνονται είναι οι εξής:

σφίξιμο μπαλας, πέταγμα μπάλας, αναρρίχηση στον τοίχο, γύρισμα σχοινάκι, αιώρηση χεριών, τροχαλία, κούμπωμα κουμπιών πλάτης, αγγιγμα μετώπου.

Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των ασκήσεων η νοσηλεύτρια βρίσκεται δίπλα στην άρρωστη για να την ενθαρρύνει να την υποστηρίξει ψυχολογικά αλλά και για να παρακολουθεί την σωματική της κατάσταση. Στην αρχή η ασθενής θα είναι αρνητική στην εκτέλεση γιατί θα αισθάνεται πόνο αλλά η νοσηλεύτρια θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών και θα παροτρύνει την άρρωστη να τις συνεχίσει μέσα στα όρια αντοχής της.

Ακόμη θα της διδάξει ορισμένες καθημερινές φροντίδες για το λεμφοιδηματικό χέρι όπως:

- να φοράει ελαστικό γάντι όταν ασχολείται με τη μαγειρική καθαριότητα ή πλύσιμο πιάτων
- να φοράει δακτυλήθρα όταν ράβει ή κεντάει
- να βάζει κρέμα λανολίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα
- να μην επιτρέπει να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι
- να μην κρατάει το τσιγάρο μ'αυτό το χέρι και να μη κόβει αγκαθωτά φυτά
- να μην πλησιάζει ζεστό φουρνο μ'αυτό το χέρι
- να μη αφήνει να παίρνουν αίμα και να κάνουν ένεση σ'αυτό το χέρι.

Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους)

Η αλλαγή στη σωματική ακεραιότητα και εμφάνιση της ασθενούς με καρκίνο μαστού είναι συχνό πρόβλημα, που απαιτεί τη σωστή αντιμετώπιση. Ακρωτηριασμός ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλωπεκία, καχεξία, κακοσμία, κ.ά.

Διαφοροποιούν την εμφάνισή της, δημιουργούν αναπηρίες, και επηρεάζουν την ιδέα που έχει για τον εαυτό της. Η νοσηλεύτρια συχνά πρώτη θα έλθει σε επαφή με την άρρωστη που προσπαθεί να αποδεχτεί και να μάθει να ζει με τις μεταβολές που έχουν παρουσιαστεί στο σώμα της. Ακόμη της δίνει πληροφορίες και την εκπαιδεύει στους νέους τρόπους ζωής και τεχνικές αυτοφροντίδας.

Η ασθενής που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης. Αρχικά η ασθενής συμβουλευεται να φορά κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό που δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Η τιράντα του στηθόδεσμου θα πρέπει να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος.

Παρακολούθηση

Μετά την επιλογή και εφαρμογή της θεραπείας, ακολουθεί η περίοδος της παρακολούθησης. Σκοπός της παρακολούθησης είναι:

- α) Να εκτιμηθεί η ανταπόκριση στη θεραπεία που εφαρμόστηκε

β) Και να εξασφαλιστεί και να διατηρηθεί το καλύτερο κλινικό αποτέλεσμα. Αυτό πετυχαίνεται με την έγκαιρη ανακάλυψη και θεραπεία των τοπικών και συστηματικών υποτροπών της νόσου.

Μετά την πρωταρχική θεραπεία οι ασθενείς με CA μαστού πρέπει να παρακολουθούνται για ολόκληρη τη ζωή τους για δύο λόγους: για την ανίχνευση των υποτροπών και την παρακολούθηση του άλλου μαστού για το ενδεχόμενο εμφάνισης καρκινώματος και στον άλλο μαστό. Οι τοπικές και μαρκινές μεταστάσεις εμφανίζονται συνήθως μέσα στα πρώτα τρία χρόνια. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα η γυναίκα εξετάζεται κάθε 3-4 μήνες. Από κει και πέρα η εξέταση γίνεται κάθε 6 μήνες μέχρι τη συμπλήρωση 5 χρόνων και μετά κάθε 6-12 μήνες.

Κ Ε Φ Λ Λ Α Ι Ο 17

Πρόγραμμα για τον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου και του καρκίνου μαστού .

Εκείνο που είναι παραδεκτό από όλους σήμερα είναι ότι ο καρκίνος μπορεί να προκληθεί από διάφορους γνωστούς παράγοντες. Επομένως οι ενέργειες για τη πρόληψη του καρκίνου έχουν κατά συνέπεια αναπτυχθεί με επίκεντρο αυτούς τους παράγοντες. Δηλαδή:

- Την καταπολέμηση του καπνίσματος
- Την προστασία από καρκινογόνους παράγοντες όπως εκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες, ραδιενέργεια, χημικές ουσίες στην εξάσκηση του επαγγέλματος.
- Τη βελτίωση της διατροφής
- Το συστηματικό εντοπισμό και την πρώιμη ανίχνευση όπως στον καρκίνο μαστού και στον καρκίνο τραχήλου μήτρας που είναι οι συχνότερες μορφές όγκου στις γυναίκες.

Ειδικά οι γυναίκες αυτές, αποτελούν αντικείμενο ειδικού προγράμματος στόχος του οποίου είναι η ανταλλαγή εμπειριών και η πρώιμη ανίχνευση.

Διαπρεπείς καρκινολόγοι έχουν καταρτίσει ένα περιορισμένο αριθμό απλών κανόνων που είναι σε θέση να περιορίσουν σημαντικά τους επικίνδυνους παράγοντες πρόκλησης του καρκίνου.

Το πρόγραμμα για τον προληπτικό έλεγχο πρέπει να στραφεί σε τέσσερις τομείς-κλειδιά, εκείνα της πρόληψης, της ενημέρωσης και της διαπαιδαγώγησης για τα θέματα υγείας και της εκπαί-

δευσης του υγειονομικού και νοσηλευτικού προσωπικού και των ερευνών για τον καρκίνο. Για να στεφθεί με επιτυχία αυτό το πρόγραμμα χρειάζεται η κινητοποίηση πολυάριθμων φορέων και ιδίως των ενώσεων και συνδέσμων για την καταπολέμηση του καρκίνου, του υγειονομικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και των μέσων μαζικής επικοινωνίας.

Στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές ερευνητικές προληπτικές ελέγχου για τη φυσική και μαστογραφική εξέταση ασυμπτωματικών γυναικών. Με τον έλεγχο αυτόν αποκαλύπτονται εξι περιπτώσεις καρκίνου σε κάθε 1000 γυναίκες, και ακόμη ότι η αντίχνευση του καρκίνου μαστού πριν την επέκτασή του στους λεμφαδένες της μασχάλης αυξάνει σε μεγάλο βαθμό τις πιθανότητες επιβίωσης.

Το 84% των γυναικών αυτών εμφανίζουν 5ετή επιβίωση. Οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες πρέπει εκτός από την ετήσια εξέταση του μαστού να υποβάλλονται και σε μαστογραφία γιατί σ'αυτές τις γυναίκες ο ετησιος προληπτικός έλεγχος μπορεί ν'αποκαλύψει πρώιμες βλάβες και να βελτιώσει το ποσοστό επιβίωσης.

Εκτός από αυτές θα πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφία μια φορά το χρόνο οι γυναίκες που οι αδερφές τους ή οι μητέρες τους είχαν αμφοτερόπλευρο προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού.

Καθώς επίσης οι γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό, ή στο ενδομήτριο, εκείνες που εμφανίζουν ορισμένες προκακοήθεις βλάβες, όπως άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου, ή θηλωμάτωση.

Η χρησιμότητα του προληπτικού ελέγχου με μαστογραφία σε νέες γυναίκες δεν έχει αποδειχθεί.

Τα προγράμματα λοιπόν του προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού, στα οποία ενεργό μέρος θα πάρει και η νοσηλεύτρια, πρέπει να στραφούν όχι μόνο στην ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση του κοινού αλλά και στα μέτρα που θα λάβει η πολιτεία για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Τέτοια μέτρα είναι:

1. Η ειδική εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών, που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
2. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο έτος.
3. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα
4. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο
5. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του Αντικαρκινικού αγώνα
6. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η συμμετοχή της στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.
7. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης αυτών που ασχολούνται με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.
8. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών στην ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 18

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Πρώτη κλινική περίπτωση

Κυριακή Ζαλόκωστα

Η ασθενής είναι ηλικίας 50 ετών. Στα 20 χρόνια της εργάστηκε για 5 έτη σε βαριά βιομηχανία έως ότου παντρεύτηκε. Έχει δύο παιδιά, έναν γιό 23 ετών και μια κόρη 21. Έκτοτε ασχολείται με τα οικιακά. Έχει υποβληθεί σε 2 χειρουργεία, ένα για αφαίρεση χοληδόχου κύστεως σε ηλικία 30 ετών και στα 45της, της έγινε αφαίρεση κύστεων από την δεξιά ωθήκη της.

Ήταν καπνίστρια για 20 χρόνια με μέσο όρο 30 τσιγάρα την ημέρα. Η μητέρα της πέθανε από φυματίωση στα 35 χρόνια της, ενώ ο πατέρας της ζει. Έχει δύο αδελφούς και μια αδελφή η οποία παρουσίασε προ ενός έτους ινομύωμα στην μήτρα. Η ίδια προ τριμήνου παρουσίασε όγκο στο δεξιό μαστό της. Της έγινε δεξιά ριζική μαστεκτομή και ωθηεκτομή. Αμέσως μετά υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία.

Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1. Η ασθενής είναι ανήσυχη και κατέχεται από άγχος και αγωνία για την πορεία της υγείας της μετά την μαστεκτομή, καθώς και αποδοχή της μαστεκτομής.</p>	<p>1. Βοήθεια να ελαττωθεί η αγωνία και το άγχος καθώς και βοήθεια να αποδεχτεί την καινούρια κατάσταση του σώματός της.</p>	<p>1.α) Διάλογος με την ασθενή. β) Διάλογος με το οικογενειακό της περιβάλλον γ) Χορήγηση ηρεμιστικού.</p>	<p>1.α) Γίνεται διάλογος με την ασθενή, ακούει η νοσηλεύτρια τα άγχη και τους φόβους της ασθενούς βοηθώντας την έτσι να εξωτερικεύσει την αγωνία της, της δίνει λύσεις για την εξωτερική της εμφάνιση όπως η πλαστική χειρουργική και ο τεχνητός μαστός. β) Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τους συγγενείς της ασθενούς και τους εξηγεί τις φοβίες της ίδιας για την εμφάνισή της καθώς και δίνει οδηγίες για την κατάλληλη συμπεριφορά τους απέναντί της. γ) Χορήγηση Stedon tabl. IXI</p>	<p>1. Αν και οι φοβίες της ασθενούς δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθούν πλήρως εντούτοις, η ασθενής είναι πιο ήρεμη για ν'αντιμετωπίσει και το χειρουργείο και την μαστεκτομή.</p>
<p>2. Σωματική ατονία και εξάντληση της ασθενούς.</p>	<p>2. Τόνωση του οργανισμού.</p>	<p>2. Κατάλληλη διατροφή και τόνωση της ασθενούς με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών</p>	<p>2. Δίδεται τροφή πλούσια σε πρωτεΐνες, βιταμίνες και υδατάνθρακες, γίνονται αιματολογικοί έλεγχοι για αναμία και δίδονται Dextrose 5% 1000 cc 1 X 2.</p>	<p>2. Τόνωση του οργανισμού.</p>

Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3. Μετεγχειρητικός πόνος.	3. Απομάκρυνση πόνου.	3. Εντοπισμός πόνου και των χαρακτηριστικών του.	3. Ενημέρωση του γιατρού για τα χαρακτηριστικά του πόνου και μετά από δική του εντολή χορήγηση PETHIDINE AMP IM εφ'άπαξ.	3. Ανακούφιση από τον πόνο.
4. Δύσπνοια	4. Εξάλειψη της δύσπνοιας.	4. Ενημέρωση του γιατρού για την δύσπνοια και για την αναγκαίοτητα χορήγησης O ₂ .	4. Ενημερώνεται ο γιατρός για τα χαρακτηριστικά της δύσπνοιας και δίνει εντολή για χορήγηση O ₂ 3 lit/min.	4. Διευκόλυνση της αναπνοής του ασθενούς.
5. Αποφυγή μόλυνσης του τραύματος και παρακολούθηση της παροχέτευσης.	5. Μείωση του κινδύνου της λοιμώξεως του τραύματος.	5. Περιποίηση της περιοχής του τραύματος και συνεχής παρακολούθηση της παροχέτευσης.	5. Καθαρισμός με ήπιο αντισηπτικό διάλυμα και χλιαρό νερό της περιοχής του τραύματος. Παρακολούθηση της συσκευής, το χρώμα και την ποσότητα των παροχέτευμένων υγρών η οποία ήταν 65 cc.	5. Αποφυγή της μόλυνσης του τραύματος.

Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
6. Εμετοί κατά την χημιοθεραπεία.	6. Διακοπή εμετών.	6. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.	6. Η νοσηλεύτρια χορηγεί διαίτα με τροφή ελαφριά, θρεπτική και βιταμινούχα, πολλά υγρά καθώς και μετά από εντολή γιατρού γίνεται PRIMPERAN amp IM εφ'άπαξ.	6. Οι εμετοί σταμάτησαν και η ασθενής αισθάνεται καλύτερα.

Δεύτερη κλινική περίπτωση

Παναγιώτα Τσίγκρα

Η ασθενής είναι 45 ετών. Ασχολείται με τα οικιακά. Έχει δύο παιδιά, έναν γιό 27 ετών και μια κόρη 24. Εδώ και 5 έτη είναι χωρισμένη. Περιστασιακή καπνίστρια τα τελευταία 12 χρόνια. Δεν έχει χειρουργηθεί ποτέ στο παρελθόν. Η μητέρα της πέθανε 60 ετών από καρδιακή ανακοπή και ο πατέρας της από τροχαίο ατύχημα. Έχει 5 αδελφές δύο εκ των οποίων έχουν υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή, η μία δεξιά και η άλλη στον αριστερό μαστό. Η ίδια παρουσίασε κακοήγη όγκο στον αριστερό μαστό. Υποβλήθηκε σε αριστερή μαστεκτομή. Δεν υποβλήθηκε σε άλλη θεραπεία.

Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
<p>1. Η ασθενής διακατέχεται από φόβο για την εικόνα του σώματός της μετά το χειρουργείο, είναι ιδιαίτερα ανήσυχη και σε υπερένταση.</p>	<p>1. Να ελαττωθεί το άγχος και η ανησυχία της ασθενούς.</p>	<p>1. Συζήτηση με την ασθενή, με το οικογενειακό της περιβάλλον και παροχή ψυχιατρικής βοήθειας.</p>	<p>1. Συζητούμε με την ασθενή για τις επιλογές που έχει μετά το χειρουργείο για την διόρθωση της εικόνας του σώματός της. Ειδοποιώμε ψυχίατρο γιατί η ασθενής είναι ιδιαίτερα αγχώδης ο οποίος της χορηγεί Stedon tabl. 5 mg εφ'άπαξ και ενημερώνουμε τους συγγενείς για τον τρόπο που πρέπει ν' αντιμετωπίζουν την ασθενή.</p>	<p>1. Η ασθενής μετά την χορήγηση του υπνωτικού χαπιού είχε ήσυχο βράδυ.</p>
<p>2. Μετεγχειρητικοί εμετοί.</p>	<p>2. Διακοπή εμετών.</p>	<p>2. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων και τοποθέτηση καθετήρος LEVIN.</p>	<p>2. Ο γιατρός κάνει την τοποθέτηση του LEVIN. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει από πριν την ασθενή να είναι ηρεμη και να συμμετέχει στην τοποθέτηση του LEVIN. Βοηθά τον γιατρό στην όλη διαδικασία και ύστερα τακτοποιεί την ασθενή.</p>	<p>2. Με την τοποθέτηση του καθετήρος LEVIN οι εμετοί σταμάτησαν.</p>

Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
3. Ισορροπία ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.	3. Αποφυγή της διαταραχής των υγρών του οργανισμού της ασθενούς.	3. Χορήγηση υγρών.	3. Μετά από εντολή του θεράποντος ιατρού η νοσηλεύτρια χορήγησε DEXTROSE 5% 1000 cc IXI και ύστερα NORMAL 0,9% 1000 cc IXI.	3. Σωστή ενυδάτωση της ασθενούς.
4. Δυσκοιλιότητα.	4. Να βοηθήσουμε την ασθενή να αποκτήσει κανονικό ρυθμό των κενώσεων.	4. Να χορηγηθούν φάρμακα κατά της δυσκοιλιότητας.	4. Δόθηκαν σταγόνες γλυκερίνης στην ασθενή την 5 μετεγχειρητική ημέρα χωρίς να υπάρξει αποτέλεσμα. Την επομένη της έγινε υποκλυσμός FLIT-ENEMA. Ύστερα καθορίστηκε διαιτολόγιο πλούσιο σε ίνες και παρακολούθηθηκε για καθημερινές κενώσεις.	4. Η ασθενής δεν παρούσιασε άλλο πρόβλημα κένωσης του εντέρου μετά από τον υποκλυσμό.

Πρόβλημα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
5. Φόβος και απογοήτευση με την θέα του τραύματος.	5. Τόνωση ώστε να συνηθίσει στην θέα του τραύματος και να δεχθεί την έλλειψη του μαστού.	5. Τις πρώτες ημέρες αποφεύγει η νοσηλεύτρια να δει η ασθενής την χειρουργική περιοχή κατά την διάρκεια των αλλαγών του τραύματος και σταδιακά την συνηθίζουμε στην θέα του.	5. Τις πρώτες φορές κατά την αλλαγή του τραύματος η νοσηλεύτρια γυρίζει την κεφαλή της ασθενούς προς την αντίθετη πλευρά αφαιρώντας και τα μαξιλάρια. Σιγά σιγά την αφήνει να κοιτά όσο θέλει και αντέχει, έτσι ώστε μέχρι να φύγει από το νοσοκομείο, να έχει εξοικωθεί με την θέα του τραύματος της.	5. Η ασθενής σιγά σιγά συνηθίζει στην καινούρια σωματική εικόνα της και εξοικιώνεται με το πρόβλημά της.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Απ'όλα όσα αναφέραμε δεν είναι δύσκολο να συμπεράνει κανείς το πόσο σημαντική είναι η προσφορά της Νοσηλευτικής στον καρκίνο του μαστού. Καθοριστικό ρόλο παίζει επίσης και η νοσηλευτική παρουσία.

Επισημάναμε λοιπόν ότι ο καρκίνος του μαστού:

1. Είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου, που πλήττει τις γυναίκες.
2. Τις μεγάλες προόδους που έχουν σημειωθεί τα τελευταία χρόνια.
3. Τον καθοριστικό ρόλο της πρόληψης που είναι ο κυριότερος παράγοντας αποφυγής της ασθένειας.

Η φροντίδα του ανθρώπου και η προσφορά υπηρεσίας είναι τα ιστορικά και ιδεολογικά θεμέλια της Νοσηλευτικής.

Αυτά εκφράζουν οι σύγχρονοι νοσηλευτές-τριες οι οποίοι θέλουν να ασκούν τη Νοσηλευτική σαν τρόπο φροντίδας με αυτονομία και να προσφέρουν υπηρεσίες χωρίς υποτέλεια.

Στη χώρα μας οι περισσότεροι νοσηλευτές-τριες σπουδάζουν στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ), μετά την κατάργηση των ανώτερων νοσηλευτικών σχολών του Υπουργείου Υγείας και μικρότερο ποσοστό στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ελπίζουμε ότι γρήγορα θα λειτουργήσουν τμήματα Νοσηλευτικής και στα άλλα Πανεπιστήμια της χώρας μας ώστε, σταδιακά να υπάρχει μια κατηγορία πτυχιούχων νοσηλευτών και πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Έτσι πιστεύουμε ότι θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά το πρόβλημα έλλειψης νοσηλευτών και θα βελτιθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής και των νοσηλευτριών στον καρκίνο μαστού περιλαμβάνουν:

1. Πρόληψη του καρκίνου μαστού με την εκπαίδευση & διδασκαλία υγιεινών συνηθειών ζωής και υγιεινής συμπεριφοράς.
2. Έγκαιρη ανίχνευση με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων & με την ενθάρρυνση ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.
3. Έλεγχος του πόνου με τη χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων στην κατάλληλη ώρα και την απαιτούμενη δόση για την πρόληψη του καρκίνου μαστού.
4. Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρενεργειών θεραπείας με τις σωστές παρεμβάσεις.
5. Φυσική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη της διάρκειας της νόσου με την ανάπτυξη διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων.
6. Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, σπίτι, ειδικά ιδρύματα κλπ με την υποστηρικτική νοσηλεία και βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας της ασθενούς σ'όλη την περιοχή της ασθένειας.

Τί μπορεί να κάνει μια νοσηλεύτρια σε μια ασθένεια όπως ο καρκίνος του μαστού, όπου υπάρχουν τόσα άγνωστα γι'αυτή και όπου ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης και απόφασης ανήκει σε άλλους;

Σε μια εποχή όπου οι πνευματικές και ανθρωπιστικές αξίες ακόμα και η ζωή έχουν υποβιβαστεί και η σημασία της αμφισβητείται, ποιά είναι τα ηθικά στηρίγματα που θα βοηθήσουν και τη νοσηλεύτρια ν'ανταποκριθεί σ'αυτές τις νέες όσο και παλιές ηθικές υποχρεώσεις της δουλειάς της; Μόνο αυτοί που δεν έζησαν κοντά στην άρρωστη που με αγωνία περιμένει το αποτέλεσμα μιας

εξέτασης, που μένει ξάγρυπνη, λουσμένη στον ιδρώτα την προηγούμενη νύχτα της εγχείρησης, που περιμένει κάθε πρωί τη νοσηλεύτρια να διαβάσει μέσα στα μάτια της, στον τόνο της φωνής της, στη συμπεριφορά της, την βαρύτητα της κατάστασής της, που αισθάνεται σωματικά και ψυχικά μειωμένη, δεν θα μπορούσαν να καταλάβουν τί σημαίνει ενδιαφέρον και προσωπική συμμετοχή σ' αυτό που είναι επίσης μια δουλειά για τη νοσηλεύτρια.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. Δ. Αραβαντινού: Παθολογία της γυναίκας, Αθήνα 1985
2. Πρακτικά 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1985
3. Α. Γεωργιάκη - Κ. Νάνου: Νοσηλευτική Ι., Αθήνα 1986
4. Ιατρική μηνιαία έκδοση ιατρικών σπουδών, Αθήνα Ιανουάριος 1986
5. Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου Ογκολογίας, Αθήνα 1982
6. Ιατρική μηνιαία έκδοση, Αθήνα Ιανουάριος 1985
7. Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Αθήνα 1989
8. Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας, Αθήνα 1988
9. Χρυσοσπάθη - Γολεμάτη: Μαθήματα Χειρουργικής, Αθήνα 1985
10. Σεμινάρια καρκίνου μαστού Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Αθήνα 1985
11. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία: Βασικές γνώσεις στη νοσηλεία του καρκινοπαθούς, 1983
12. Μ. Μαλγαρινού - Σ. Κωνσταντινίδου: Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β', Αθήνα 1987
13. Αφροδίτη Ραγιά: Βασική Νοσηλευτική, Αθήνα 1987
14. Δ. Βασώνη: Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής, 5η έκδοση, Αθήνα 1986
15. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία: οδηγός αντικαρκινικής χημειοθεραπείας, Αθήνα Ιανουάριος 1983
16. Δ. Αραβαντινού: Φυσιολογία της γυναίκας, Αθήνα 1985
17. Ελευθερία Αθανάτου: Κλινική Νοσηλευτική - Χορήγηση φαρμάκων αρχές και μέθοδοι, Αθήνα 1989.-