

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : <<Καρκίνος μαστού. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική θεραπεία.>>



**Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Εφαρμογών
κ. Φιδάνη Αικατερίνη**

**Σπουδάστρια
Αγγελούλου Ευαγγελία**

Πάτρα 2000

ΡΙΘΜΟΣ
ΣΤΑΘΜΗΣ

3007

*Στην μητέρα μου
και στον Γιώργο.*

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	7
1.1. Ανατομία του μαστού	7
1.1.1. Αγγείωση του μαστού	8
1.1.2. Λεμφική αγγείωση του μαστού	9
1.1.3. Νεύρωση του μαστού-μύες	10
1.2 Φυσιολογία του μαστού	11
1.3 Ιστολογική ταξινόμηση των καρκινωμάτων του μαστού	14
1.3.1 Διηθητικά καρκινώματα	14
1.3.2. Μη διηθητικά καρκινώματα	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	17
2.1. Παθογένεια καρκίνου μαστού-αιτιολογικοί παράγοντες	17
2.1.1 Ισογενείς παράγοντες	17
2.1.2. Γενετικοί παράγοντες	17
2.1.3 Ιδιοσυστατικοί παράγοντες	18
2.1.4. Ορμονικοί παράγοντες	19
2.1.5. Περιβαλλοντικοί παράγοντες	20
2.1.6 Διαιτητικοί παράγοντες	21
2.1.7. Εξωγενείς η ιατρογενείς παράγοντες	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	23
3.1. Επιδημιολογία, συχνότητα, επιβίωση, θνησιμότητα	23
3.2. Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου μαστού	24
3.3 Κλινική εικόνα καρκίνου του μαστού	25
3.4. Πρόγνωση του καρκίνου μαστού	26
3.4.1. Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση	26
3.4.2. Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση	26
3.5. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού	27
3.5.1. Εργαστηριακή διερεύνηση	27
3.5.2. Κλινική εξέταση	30
3.6. Μεταστάσεις καρκίνου του μαστού	33
3.7. Επιπλοκές καρκίνου μαστού	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	35
4.1. Πρόληψη του καρκίνου του μαστού	35
4.1.1. Πρωτογενής Πρόληψη	35
4.1.2. Δευτερογενής Πρόληψη	36
4.1.3. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού	37
4.2. Παθήσεις Μαστού	40
4.2.1. Καλοήθειες παθήσεις μαστού	40

4.2.2. Κακοήθεις παθήσεις μαστού	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	46
5.1. Θεραπευτικές μέθοδοι	46
5.1.1. Χημειοθεραπεία	46
5.1.2. Ακτινοθεραπεία	48
5.1.3. Ορμονοθεραπεία	52
5.1.4. Χειρουργική θεραπεία	55
5.2. Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή-ενδύματα.	58
5.3. Αποκατάσταση λειτουργικότητας μετά από μαστεκτομή	60
5.4. Φυσιοθεραπευτική παρέμβαση	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	63
6.1. Νοσηλευτικές δραστηριότητες – παρεμβάσεις στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού	63
6.1.1. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χημειοθεραπεία	63
6.1.2. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία	66
6.1.3. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χειρουργική θεραπεία	71
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	82
7.1. Εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική θεώρηση με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.	82
7.1.1. Νοσηλευτική Διεργασία	84
Κλινική Περίπτωση (Α)	85
Κλινική Περίπτωση (Β)	91
7.1.2. Προτάσεις – Λύσεις	99
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102

Πρόλογος

Η λέξη καρκίνος ακόμα και σήμερα που η εξέλιξη της επιστήμης και ειδικότερα της ιατρικής έχει τόσο προχωρήσει, συνεχίζει και προκαλεί φόβο, άγχος και αγωνιά στον άνθρωπο και αυτό γιατί παραμένουν αδιευκρίνιστες οι αιτίες που τον προκαλούν και τα θεραπευτικά μέτρα φαντάζουν περίπλοκα.

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που βάζουν <<πρώτο>> τον καρκίνο του μαστού τα απαρίθμησε ο Grant πριν από 23 χρόνια, εκδότης τότε του περιοδικού CANCER.

- Είναι ο πιο θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας.
- Είναι ο καρκίνος που πιο συχνά ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα.
- Είναι ο καρκίνος για τον οποίο έχουν γίνει και γίνονται οι περισσότερες ακτινογραφίες και βιοψίες.
- Είναι ο καρκίνος για τον οποίον γίνονται οι περισσότερες ακτινοθεραπείες και χημειοθεραπείες.
- Είναι ο καρκίνος για τον οποίο υπάρχει και εφαρμόζεται η μεγαλύτερη ποικιλία ενδοκρινικών θεραπειών.
- Είναι ο καρκίνος με την πιο έντονη ετερογένεια του κυτταρικού πληθυσμού.
- Είναι ο πιο φοβερός καρκίνος για τον οποίο έχουν γραφτεί τα περισσότερα άρθρα.
- Είναι ο καρκίνος που η θεραπεία του έχει προκαλέσει πάντα τις περισσότερες διχογνωμίες.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει μια εικόνα του πως πρέπει να νοσηλευτεί η ασθενής με καρκίνο του μαστού σε όλες τις φάσεις της αρρώστιας της, προκλινική, κλινική, διαγνωστική, θεραπευτική μετά τη μαστεκτομή, πως γίνεται η ψυχολογική προσέγγιση και υποστήριξη αυτής της ασθενούς και στα αρχικά και στα τελικά στάδια της νόσου της, αλλά και τους στόχους και τις παρεμβάσεις της προληπτικής νοσηλευτικής. Έχοντας υπόψη το ρητό που αναφέρει ότι << η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη>> καταλαβαίνουμε τη ζωτικότητα του παραπάνω πεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης και τη συμμετοχή της στην εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που μαστίζει κυριολεκτικά τον ανθρώπινο πληθυσμό εδώ και αρκετά χρόνια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα θεωρείται ως η δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στην Ελλάδα.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο ενώ αρκετοί είναι αυτοί που αναγκάζονται να ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους με μια μόνιμη αναπηρία. Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους ο καρκίνος του μαστού, ο πλέον συχνός και θανατηφόρος καρκίνος της γυναίκας, απορροφά το μεγαλύτερο μέρος της βασικής και κλινικής έρευνας από όλους τους άλλους κακοήθεις όγκους. Αν και δε θεωρείται γυναικολογική διαταραχή, οι γυναίκες μόλις διαπιστώσουν κάποιο ογκίδιο στο μαστό καταφεύγουν στο γυναικολόγο. Ο καρκίνος του μαστού μπορεί να θεραπευτεί αν διαγνωστεί έγκαιρα και ακολουθήσει η κατάλληλη θεραπεία. Τη στρατηγική αντιμετώπισης του γυναικείου καρκίνου του μαστού σήμερα χαράζει η ογκολογική ομάδα γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει ανάγκη συνεργασίας θεραπείας από πολλές ειδικότητες.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας σε σχέση με το μαστό της, που δε θα ήθελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίζει στην προσπάθεια της για πρώιμη διάγνωση και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που η συχνότητα έχει μειωθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια χάρη στη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Η κλινική πείρα μας πείθε ότι παραμελημένες περιπτώσεις αφορούν στα νοσοκομεία για θεραπεία με κύρια αιτία καθυστέρησης την άγνοια γυναικών αυτών.

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας που πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στη ζωή του ατόμου προκειμένου να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα σε συνεργασία με το ίδιο το άτομο. Αυτό θα το καταφέρει χάρη στη δεξιότητα που θα ανάπτυξη στην τέχνη της επικοινωνίας και στην καλλιέργεια της κριτικής τέχνης για να μπορεί να εκτιμά τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου.

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ανατομία του Μαστού

Ο Μαστός

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Ο μαστός υπάρχει και στα δυο φύλα αν και στον άνδρα παραμένει ανενεργός. Στη γυναίκα αναπτύσσεται και μετά την ήβη και φθάνει στη μέγιστη του ανάπτυξη κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών της κύησης και της γαλουχίας. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.¹

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Εκτείνονται από το πλάγιο χείλος του στερνού ως την πρόσθια μασχαιαία γραμμή, ανάμεσα στη 2^η – 3^η και 6^η – 7^η πλευρά. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150 – 200 γραμμάρια αλλά στη γαλουχία μπορεί να φτάσει τα 400 – 500 γραμμάρια. Συνήθως ο αριστερός μαστός είναι μεγαλύτερος από το δεξιό. Το άνω έξω τμήμα του εκτείνεται από τα άνω και έξω στην κατεύθυνση της μασχάλης σχηματίζοντας τη λεγόμενη <<μασχαιαία ουρά>> η <<ουρά του spence>>.²

Κάθε μαστός εμφανίζει στην πρόσθια επιφάνεια μια κεντρική κυκλική περιοχή διαμέτρου 15-35 χιλ.. Τη θηλαία άλω, το δέρμα της οποίας περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Τα αλωαία οζίδια που παράγονται από τους σμηγματογόνους αδένες λέγονται φυμάτια του Montgomery.

Στο κέντρο της άλω προέχει κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, η θηλή, όπου συνήθως βρίσκεται κάτω από το κέντρο του μαστού και αντίστοιχα στο 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα. Έχει χρώμα ροζ ή ανοικτό καφέ ή πιο σκούρο και στην κορυφή της υπάρχουν τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένος.

Κάθε μαστός βρίσκεται ανάμεσα στα δυο πέταλα (επιπολής και εν τω βάθει) της επιπολής περιτονίας του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένος.

Το δέρμα του μαστού είναι λεπτό ώστε διακρίνονται οι φλέβες κάτω από αυτό ενώ διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα του σώματος και στην περιοχή της θηλής και της άλω όπου δεν υπάρχουν τρίχες και ιδρωτοποιοί αδένες άλλα άφθονη χρωστική και σμηγματοποιοί αδένες.³

Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους. Είναι άφθονο στην πρόσθια επιφάνεια του αδένος μεταξύ των καθετήρων δεσμίδων ενώ στην οπίσθια είναι ελάχιστο. Το περιμαστικό λίπος απουσιάζει στην περιοχή που αντιστοιχεί στη θηλή και στη θηλαία άλω.

Ο μαστικός αδένος διαιρείται με τους συνδέσμους του Cooper σε 15-20 λοβούς καθένας από τους οποίους χωρίζεται σε μικρότερα λόβια. Εμφανίζει δυο επιφάνειες, πρόσθια, και οπίσθια και μια περιφέρεια. Η πρόσθια επιφάνεια είναι υπόκυρτη και

ανώμαλη και εμφανίζει εντυπώματα, βοθρία και ακρολοφίες. Η οπίσθια επιφάνεια είναι υπόκοιλη και βρίσκεται επάνω από την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και του πρόσθιου οδοντωτού. Η περιφέρεια του μαστικού αδένου εμφανίζει τρεις αποφύσεις, μια στερνική και δυο μασχάλιαιες (άνω και κάτω).

Ο μαστικός αδένου αποτελεί σύνθετο σωληνοκυψελοειδή αδένου και συνίσταται από 15-20 λοβούς ανώμαλου σχήματος που φέρονται ακτινοειδώς από τη θηλή προς την περιφέρεια. Ινώδη διαγράμματα διαχωρίζουν τους λοβούς και τους διαιρούν σε διάφορου μεγέθους λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται : α) από ένα γαλακτοφόρο πόρο που εκβάλλει με δικό του τρήμα στη θηλή β) από διάφορο αριθμό λοβίων που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο και γ) από αδενοκυψέλες ⁴ Κάθε γαλακτοφόρος πόρος συνίσταται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο, ενώ πριν εκβάλλει στη θηλή διευρύνεται και σχηματίζει το γαλακτοφόρο κόλπο μέσα στο οποίο αθροίζεται το γάλα. Οι αδενοκυψέλλες αποτελούνται από ένα βασικό υμένα και ένα στίχο αδενικών κυττάρων (κυβοειδών η κυλινδρικών).

Η μασχάλιαία κοιλότητα.

Η μασχάλιαία κοιλότητα έχει σχήμα τετράπλευρης πυραμίδας με τέσσερα τοιχώματα, κορυφή και βάση. Το πρόσθιο τοίχωμα της πυραμίδας σχηματίζεται από το μείζονα και ελάσσονα θωρακικούς μυς με τις περιτονίες τους και το πλάγιο χείλος του μείζονα θωρακικού να σχηματίζει την πρόσθια μασχάλιαία πτυχή. Το οπίσθιο τοίχωμα σχηματίζεται από την ωμοπλάτη και το μυϊκό σύστημα της ωμοπλάτης. Το έσω τοίχωμα σχηματίζεται από το θωρακικό τοίχωμα και τον πρόσθιο οδοντωτό με την περιτονία του που το καλύπτουν. Το έξω τοίχωμα διαμορφώνεται από τη σύγκλιση των τενόντων των μυών οι οποίοι σχηματίζουν την πρόσθια και οπίσθια μασχάλιαία πτυχή και τις καταλύσεις τους στα χείλη της αύλακας του δικέφαλου του βραχιόνιου αστού. Η κορυφή της μασχάλιαίας είναι τυφλή, τριγωνική και σχηματίζεται από τα οστέινα μέρη των τριών μείζονων τοιχωμάτων, την κλείδα, την ωμοπλάτη και την πρώτη πλευρά. Η βάση είναι η αμφίκοιλη μασχάλιαία κοιλότητα και το έδαφος της σχηματίζεται από τη μασχάλιαία περιτονία.

1.1.1 Αγγείωση του μαστού

Η αγγείωση του μαστού επιτυγχάνεται με τις αρτηρίες, τις φλέβες και τα λεμφαγγεία.

A. Αρτηρίες

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού

- 1) Η έσω μαστική αρτηρία. Οι διατριτρώντες κλάδοι της έσω μαστικής συμβάλουν στο 50 % της συνολικής αιμάτωσης. ⁴
- 2) Η πλάγια θωρακική αρτηρία. Αυτή εκφύεται από τη μασχάλιαία αρτηρία, πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ ή από την ακρωμοθωρακική ή την υποπλάτιο αρτηρία, περνάει από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και φτάνει ως το οδοντωτό μυ και το δέρμα του μαστού. ²
- 3) Ο έσω κλάδος της ακρωμοθωρακικής αρτηρίας, κλάδου επίσης της μασχάλιαίας που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυός και παρέχει αίμα

στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού. Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν και οι πλάγιοι διατριπαινόντας κλάδοι των μεσοπλευρίων αγγείων καθώς και κλάδοι της υποπλάτιας αρτηρίας (θωρακοραχιαία). Όλες οι παραπάνω αρτηρίες σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλλες.

B. Φλέβες

Ο μαστικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Η φλεβική οδός είναι σημαντική στη μελέτη του καρκίνου του μαστού, γιατί :

- α) Οι μεταστάσεις συχνά γίνονται δι' αυτής της οδού.
- β) Η λεμφική οδός, που έχει ιδιαίτερο ρόλο στις μεταστάσεις, ακολουθεί τις φλέβες. Το αίμα απάγεται από τους μαστούς και το θωρακικό τοίχωμα με τρεις ομάδες εν τω βάθει φλεβών.

Έσω μαστικές φλέβες

Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες.²

Μασχालιαίες φλέβες

Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.²

Μεσοπλευρίες φλέβες

Η τρίτη οδός φλεβικής παροχέτευσης από τους μαστούς είναι μέσω των μεσοπλευρίων φλεβών. Αυτές οι φλέβες επικοινωνιών με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα.²

1.1.2 Λεμφική αγγείωση του μαστού

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένα και καταλήγει στα μασχالياία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια.

Ως καλύτερη περιγραφή και κατάταξη θεωρείται αυτή των Poiriew και Cunco, η οποία υιοθετήθηκε και από τον Rouviere. Σύμφωνα με αυτήν υπάρχουν 6 ομάδες μασχالياίων λεμφαδένων.

- A) Έξω μαστικά λεμφογάγγλια.
- B) Ωμοπλατιαία λεμφογάγγλια.
- Γ) Κεντρικά λεμφογάγγλια.
- Δ) Διαθωρακικά λεμφογάγγλια.
- E) Λεμφογάγγλια της μασχالياίας φλέβας.
- Στ) Υποκλείδια λεμφογάγγλια. (κορυφαίοι λεμφαδένες)
- Z) Λεμφική οδός της έσω μαστικής.

Σπουδαίο ρόλο στη λεμφική παροχέτευση του μαστού κατέχει η έσω μαστική λεμφική οδός. Η οδός αυτή αρχίζει από τα προπερικαρδιακά λεμφογάγγλια, τα οποία συλλέγουν λέμφο από την πρόσθια κάτω επιφάνεια του ήπατος, από την πρόσθια μοίρα του διαφράγματος, από την άνω μοίρα του ορθού κοιλιακού μυός και της θήκης του και από το κάτω και έσω τμήμα του μαστού. Αν μεταστάσεις από καρκίνο του μαστού διηθήσουν λεμφαδένα της έσω μαστικής αλυσίδας στο 1^ο και το 2^ο

μεσοπλεύριο διάστημα, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εισόδου μεταστατικών εμβολών στη φλεβική κυκλοφορία.⁵

1.1.3 Νεύρωση του μαστού – Myes

Οι μύες που έρχονται στη χειρουργική του μαστού είναι οι :

- 1) μείζονος θωρακικός μυς που νερώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.
- 2) ελλάσσονας θωρακικός μυς που νερώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα.
- 3) πρόσθιος οδοντωτός μυς που νερώνεται από το μακρύ θωρακικό νεύρο (νεύρο του Bell).
- 4) πλατύς ραχιαίος που νερώνεται από το θωρακοραχιαίο νεύρο.
- 5) καρακοβραχιόνιος μυς που νερώνεται από το μυοδερματικό νεύρο.
- 6) έξω λοξός κοιλιακός μυς.

Ο μαστός νερώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} – 6^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} – 4^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου.

1.2 Φυσιολογία του μαστού

Ο μαστός είναι εξωκρινής αδένας με πρωταρχική λειτουργία την έκκριση γάλακτος και γίνεται πλήρως λειτουργικός μόνο κατά την εγκυμοσύνη. Μετά από τον τοκετό αλλά και κατά την εμμηνόπαυση παρουσιάζει παλινδρόμηση με ατροφία των παρεγχυματικών του στοιχείων και ποικίλου βαθμού εναπόθεση λίπους. Κατά συνέπεια σε ένα μεγάλο τμήμα της ζωής του ο μαστός βρίσκεται σε κατάσταση ανάπαυσης.¹

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Ο μαστός στο σύνολο του παριστά τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, καθεμία από τις οποίες έχει το δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος πριν εκβάλλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διερεύνηση που ονομάζεται γαλακτοφόρος κόλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές η κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δυο στιβάδες κυβοειδών η κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται σε βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανακλαστικό). Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνουρση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.

Εμμηνος ρυση

Ο γυναικείος μαστός βαθμιαία αυξάνει σε μέγεθος, αρχίζοντας από την 8^η μέρα του κύκλου, ενώ ο όγκος του πριν την εμμηνόρρυσια μπορεί να αυξάνει ως 50%. Η αύξηση αυτή του μεγέθους του μαστού δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί που οφείλεται, αλλά μέρος αυτής αποδίδεται σε ενδολοβιακό οίδημα και υπεραιμία. Υποστηρίζεται ότι υφίσταται και πολλαπλασιασμός του παρεγχύματος με εμφάνιση νέων λοβίων, τα οποία κατά την εμμηνόρρυσια υποστρέφονται και υφίστανται ίνωση. Με την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης τόσο η αγγειακή συμφόρηση όσο και το οίδημα αρχίζουν να υποχωρούν και ο μαστός φθάνει ξανά στο μικρότερο μέγεθος του κατά την 8^η μέρα του κύκλου.

Εμμηνόπαυση

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρεια τους προς τη θηλή. Επίσης ατροφία των αδενοκυψέλων και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους, Πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, τότε που υπάρχουν μονοφασικοί κύκλοι, είναι δυνατόν οι μαστοί να διογκωθούν και να γίνουν ευαίσθητοι και επώδυνοι. Επίσης τότε παρατηρούνται αλλοιώσεις των μαστών, που μοιάζουν με τις ινοκυστικής μαστοπάθειας, με η χωρίς κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης. Μετά το 50ο έτος το

στρώμα των μαστών γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν.^{2,4}

Γαλουχία

Στη γαλουχία η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστο της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης της προλακτίνης και της κορτιζόνης, ιδιαίτερα όμως της προλακτίνης.⁴

Σήμερα το αληθινό ερέθισμα της γαλουχίας θεωρείται η μετά τον τοκετό πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης, ενώ παράλληλα τόσο η προλακτίνη του πλάσματος όσο και η ανάπτυξη του μαστού είναι επαρκείς για να προωθήσουν την έκκριση γάλακτος. Το ερέθισμα από τη θηλή πρέπει να μεταφερθεί στον εγκέφαλο ώστε να διεγερθεί η έκκριση της προλακτίνης και της οξυτοκίνης από την υπόφυση. Η οξυτοκίνη προκαλεί σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων και έκκριση γάλακτος, ενώ η προλακτίνη προάγει τη σύνθεση του γάλακτος στις αδενοκυψέλες των λοβίων του μαστού.¹

Ορμόνες

Ωκυτοκίνη: Η ορμόνη αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στην οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Κύρια δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.⁴

Προλακτίνη: Η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαμορφοποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος. Η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Η αύξηση της προλακτίνης εμποδίζει την έκκριση των εκλυτικών παραγόντων των γοναδοτρόπων ορμονών στον υποθάλαμο. Η προλακτίνη, μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα κορτικοειδή, την ινσουλίνη και την ωκυτοκίνη, προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό. Επίσης ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων ορμονών στο μαστό μέχρι τότε που η γυναίκα θηλάσει. Η προγεστερόνη αναστέλλει την αύξηση του αριθμού των υποδοχέων προλακτίνης.

Η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL) που μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος της περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα της έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.

Οιστρογόνα: Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση της προλακτίνης κυρίως, και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν

επίδραση στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.⁵

Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη των κυστιδίων κατά το τελικό άκρο των πόρων. Προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαζικού αδένα, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκριτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρα τους.⁵

Ινσουλίνη: Η ινσουλίνη παίζει ρόλο στη σύνθεση των λιπιδίων των κύτταρων του μαστού, ρυθμίζοντας τη μεταφορά γλυκόζης στα κύτταρα.

Τα κορτικοστεροειδή είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για τη διατήρηση της γαλουχίας. Ευνοούν την άθροιση καζεΐνης στα κύτταρα του μαστού, όταν ο μαστός εκτίθεται στη δράση της προλακτίνης.

Οι προσταγλαδίνες πιστεύεται ότι δρουν σαν ένας από τους ανασταλτικούς παράγοντες της γαλουχίας πριν από τον τοκετό.

1.3 Ιστολογική ταξινόμηση του καρκινωμάτων του μαστού

Η ιστολογική ταξινόμηση των νεοπλασμάτων έχει την έννοια της προσπάθειας αναγνώρισης διαφόρων ιστολογικών τύπων, που ενδεχόμενα συνοδεύονται από διαφορετική βιολογική συμπεριφορά. Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων.

Η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων συνεχώς συμπληρώνεται με νέα στοιχεία που προκύπτουν από κλινικοπαθολογικές και αναδρομικές μελέτες πολλών περιπτώσεων. Μεγάλη απήχηση βρήκε πρόσφατα η ταξινόμηση του Fisher που θεωρείται αρκετά εμπειριστατωμένη αλλά και εύχρηστη. Ο Fisher διαίρεσε τα καρκινώματα του μαστού σε διηθητικά και μη διηθητικά.

Καρκινώματα του μαστού **Ιστολογική Ταξινόμηση**

1) Διηθητικά καρκινώματα

1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.
2. Μυελοειδές
3. Διηθητικό λοβιακό
4. Βλεννώδες
5. Σωληνώδες
6. Θηλώδες
7. Νόσος Paget

2) Μη διηθητικά καρκινώματα του μαστού.

1. Ενδοσωληνώδες
2. Ενδοεπιθηλιακό (in situ) των λοβίων.

1.3.1 Διηθητικά καρκινώματα

1. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Ο τύπος αυτού του καρκίνου αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκινωμάτων του μαστού. Εντοπίζεται συχνότερα στον αριστερό μαστό. Παρατηρείται συχνότερα και στους άνδρες. Η συχνότητα του κυμαίνεται από 52%-84% όλων των καρκινωμάτων του μαστού.

Το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων έχει τη μορφή κεντρικής πυκνής σκληρίας με ανώμαλο περίγραμμα που περιβάλλεται από ακτινωτές προεκβολές με ομιχλώδη όρια και τους γύρω ιστούς να είναι διηθημένοι. Όταν φτάσει τα 3εκ εμφανίζει ίνωση, οίδημα, πάχυνση του δέρματος και έλξη του δέρματος της θηλής. Η πρόγνωση δεν είναι καλή και οι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες της μασχάλης είναι συχνά εκτεταμένες.²

2. Μυελοειδές καρκίνωμα.

Η καλή πρόγνωση του μυελοειδούς καρκινώματος σχετίζεται με τις περιπτώσεις, όπου περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Η συχνότητα της νεοπλασίας κυμαίνεται από 5 – 7 % των κακοηθών νεοπλασίας του μαστού. Παρατηρείται συχνότερα γύρω στην ηλικία των 45 –50 ετών με τη μορφή μαλακού περιγεγραμμένου όγκου διαστάσεων 5 –10εκ που μοκίζει με απόστημα.²

Μακροσκοπικά ο όγκος είναι σφαιρικός. Αναπτύσσεται κατά κανόνα στο βάθος του μαστού. Εμφανίζει μικρή πιθανότητα μετάστασης στους επιχώριους λεμφαδένες.

3. Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα.

Η συχνότητα του κυμαίνεται από 5 – 10%. Εμφανίζεται σαν μια περιοχή μη φυσιολογικής πάχυνσης. Είναι σε μεγαλύτερη αναλογία πολυεστιακό στον ομόπλευρο ή στον ετερόπλευρο μαστό.

Η πρόγνωση δεν είναι πολύ καλή. Ο λοβιακός διηθητικός καρκίνος παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων και έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό οιστρογονικούς υποδοχείς.

4. Βλεννώδες καρκίνωμα.

Ο τύπος αυτού του καρκινώματος του μαστού προκαλεί ξεχωριστό ενδιαφέρον, γιατί είναι γνωστό από παλιά, ότι έχει καλή πρόγνωση και εμφανίζεται συχνότερα σε μεγάλη ηλικία.

Χαρακτηριστικό είναι η παρουσία βλέννης που πιστεύεται ότι συνδυάζεται με καλύτερη πρόγνωση. Η συχνότητα του κυμαίνεται στο 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια.

Η εξέλιξη του όγκου είναι βραδεία και οι μεταστάσεις εμφανίζονται σε προχωρημένες φάσεις.

5. Σωληνώδες καρκίνωμα.

Το σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού είναι ένας πολύ σπάνιος τύπος καρκινώματος. Αποτελεί το 1 – 2% όλων των καρκινωμάτων του μαστού. Έχει πολύ καλή πρόγνωση, σπάνια προκαλεί μεταστάσεις αλλά και όταν προκαλέσει αυτές είναι περιορισμένες και εντοπίζονται στους χαμηλότερους μασχαλιαίους λεμφαδένες.

6. Θηλώδες καρκίνωμα

Το διηθητικό Θηλώδες καρκίνωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα. Ο όγκος εμφανίζεται συνήθως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και είναι καλά περιγραμμένος.

Μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από τη θηλή. Η πρόγνωση του είναι καλή και οι μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια σπάνια.

7. Νόσος Paget

Η νόσος του Paget περιγράφηκε πρώτη φορά από τον Paget. Εμφανίζεται σε ποσοστό 1% όλων των ασθενών με καρκίνο του μαστού. Η νόσος αυτή εμφανίζεται με τη μορφή εκζέματος της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άλω σε γυναίκες άνω των 40 ετών και δε συνοδεύεται από ψηλαφητό όγκο. Δυνατό να συνοδεύεται από αιματηρή έκκριση της θηλής. Έχει βραχεία εξέλιξη και η πρόγνωση της εξαρτάται από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων τους λεμφαδένες.⁸

1.3.2 Μη Διηθητικά καρκινώματα του μαστού

1. Ενδοσωληνώδες

Το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα σπάνια συνοδεύεται από κλινικά συμπτώματα και συχνά αποτελεί τυχαίο ιστολογικό εύρημα σε τμήματα του μαστικού αδένα που αφαιρούνται για άλλες αλλοιώσεις.

Μακροσκοπικά στην *in situ* μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι συχνά πολυεστιακό ή εκτεταμένο. Στη διηθητική του μορφή αποτελεί συμπαγή, σκληρής σύστασης όγκο, διάμετρο 2 – 4εκ και καταλαμβάνει σαν πλάκα σχεδόν ολόκληρο το μαστικό αδένα.

Τα ενδοσωληνώδη καρκινώματα αναπτύσσονται βραδέως και έχουν την ευνοϊκή πρόγνωση.

2. Ενδοεπιθηλιακό (*in situ*) των λοβίων.

Παρουσιάζει πολυκεντρική ανάπτυξη σε ποσοστό 70% περίπου και είναι επίσης συχνά αμφοτερόπλευρο και πολυεστιακό. Ανακαλύπτεται τυχαία σε τμήμα εκτομές και καλοήθεις παθήσεις του μαστού.

Οι καρκίνοι *in situ* περιορίζονται στο ενδοεπιθήλιο που επενδύει τους εκφορητικούς λοβούς.

Μακροσκοπικά δε σχηματίζει ψηλαφητό όγκο και για το λόγο αυτό δεν αναγνωρίζεται εύκολα κλινικά.

Η πρόγνωση του *in situ* λοβιακού καρκινώματος είναι καλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Παθογένεια καρκίνου μαστού - Αιτιολογικοί παράγοντες

2.1.1 Ιογενείς Παραγοντες

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Ο παράγοντας αυτός ονομάστηκε Bittner η <<ίος που προκαλεί όγκους στους μαζικούς αδένες των ποντικών>>. Η ανακάλυψη αυτή τροφοδότησε την υπόθεση ότι κάποιος ιός ευθύνεται για τον καρκίνο του μαστού του ανθρώπου. Η ανεύρεση σε ανθρώπινο γάλα τμημάτων ογκορναϊού με δραστικότητα αναστροφής τρανσκριπτάσης και ΟΝΑ που μπορεί να υβριδοποιηθεί με τον ογκογόνο ιό καρκίνου μαστού του ποντικού, ενίσχυσε την υπόθεση ότι κάποιος ογκογόνος ιός μεταδίδεται κατά τον θηλασμό.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. Εξάλλου, η ανίχνευση σε όρο ασθενών με καρκίνου μαστού ενός αντισώματος έναντι του καρκίνου του μαστού του ποντικού, ενισχύει την υπόθεση της ιογενούς συμμετοχής στον καρκίνο μαστού.

2.1.2 Γενετικοί Παραγοντες

Οικογενειακό Ιστορικό

Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους εμφάνισε καρκίνο μαστού έχουν διπλάσια ως τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού. Ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος, αν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή αν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη. Αν η μητέρα ή η αδελφή πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου είναι μια και μισή φορά περισσότερες. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά τότε αυτές φτάνουν τις τρεις φορές.

Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα όσο και η αδελφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτανε το 50%.

Σήμερα είναι δυνατόν να υπολογιστεί ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου μαστού στους συγγενείς της ασθενούς με βάση την ηλικία που διαγνώστηκε νόσος και την αμφοτερόπλευρη ή όχι εντόπιση.

Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο μαστού απ' ότι

οι άνδρες. Στους 100 καρκίνους μόνο ο ένας αφορά στον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο KlineFelter(χχv).²

Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο, όσον αφορά την πιθανότητα να πάθει καρκίνο μαστού. Ο καρκίνος του μαστού είναι εξαιρετικά σπάνιος πριν από τα 20 χρόνια. Από την ηλικία των 20 χρονών παρατηρείται μια βαθμιαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου μέχρι περίπου την ηλικία των 50 χρονών.

Σωματομετρικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, το βάρος σώματος και διάφοροι δείκτες που συνδέουν το βάρος με το ύψος, συσχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού, τουλάχιστον στις γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας. Αντίθετα, άλλες εργασίες διαπιστώνουν ότι κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο το βάρος του σώματος φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την εμφάνιση της νόσου. Ορισμένες εργασίες δείχνουν ακόμα αυξημένο κίνδυνο προσβολής στις υψηλότερες γυναίκες, αλλά δεν είναι σαφές αν το ύψος συνδέεται με τη νόσο κατά τρόπο ανεξάρτητο από το βάρος.

Άλλοι παράγοντες

Όπως είναι γνωστό, υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ομάδων αίματος και διαφόρων κακοηθών νοσημάτων. Είναι πια βέβαιο ότι οι γυναίκες ομάδος αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από καρκίνο μαστού. Έχει αποδειχτεί υπεροχή της ομάδος A κατά 7 – 8%.

Τέλος από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφανίσεως δευτέρου πρωτοπαθούς καρκίνου στο άλλο μαστό σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο μαστού στο παρελθόν. Παρουσιάζεται επίσης αυξημένη συχνότητα συνυπάρξεως καρκίνου μαστού με καρκίνου ωοθήκης, ενδομήτριου και παχέος εντέρου.

2.1.3 Ιδιοσυστασιακοί Παράγοντες

Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.

Είναι γνωστό ότι η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωθυλακιορρηκτικοί κύκλοι και επομένως λιγότερη έκκριση προγενεστερόνης, που προστατεύει το μαστό.²

Το 1971, από έρευνες που έγιναν αποδείχτει ότι η πρόωγη εμμηναρχή συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου μαστού. Γυναίκες που είχαν εμμηναρχή σε μεγάλη σχετικά ηλικία (μεγαλύτερη των 15 ετών) έχουν λιγότερες πιθανότητες προσβολής από τη νόσο σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό.

Επίσης, όσο η εμμηνόπαυση έρχεται σε προχωρημένη ηλικία τόσο το ποσοστό προσβολής από καρκίνο μαστού αυξάνεται σε αντίθεση με τις γυναίκες που έχουν εμμηνόπαυση σε μικρή ηλικία.

Γάμος και τεκνοποίηση

Έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού στις ανύπαντρες γυναίκες είναι 2 με 3 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τις παντρεμένες. Μεταξύ των έγγαμων είναι μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προασπίζει από καρκίνο του μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρονών έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν καρκίνο μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η πρώιμη ηλικία τοκετού είναι σημαντικός προασπιστικός παράγοντας κυρίως για προεμμηνοπαυστικές γυναίκες.⁵

Η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή.

Διακοπή κύησης

Η διακοπή κύησης δεν φαίνεται να είναι παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού. Υπάρχουν, όμως, διάφορες εργασίες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι Rick et al το 1981 βρήκαν αυξημένο κίνδυνο στις γυναίκες που έκαναν έκτρωση σε νεαρή ηλικία και πριν να έχουν τεκνοποίηση. Επίσης, αργότερα οι Χατζημιχαήλ και συν., το 1981 με μια ανάλογη εργασία απέδειξαν, ότι πραγματικά υπάρχει αυτός ο κίνδυνος.

Θηλασμός

Τα τελευταία χρόνια, η άποψη ότι ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού δε θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως δεχόμαστε τη προστασία του θηλασμού και μάλιστα πως όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει, τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.

Αντισυλληπτικά και εξωγενή οιστρογόνα

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, η λήψη ορμονικής αντισύλληψης συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου μαστού. Εντούτοις σειρά από μελέτες που μέχρι σήμερα είχαν αντικείμενο τη συσχέτιση λήψης αντισυλληπτικών δισκίων και καρκίνου μαστού δεν απέδειξαν θετική συσχέτιση. Αντίθετα διαπιστώθηκε ότι υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης της νόσου σε ορισμένες υποομάδες γυναικών, όπως σε αυτές που παρουσιάζουν και δεύτερο σημαντικό παράγοντα κινδύνου (άτεκνες, γυναίκες με ινοκυστική νόσο, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού κτλ.) όπως επίσης σε γυναίκες που έκαναν χρήση της αντισύλληψης σε πολύ μικρή η πολύ μεγάλη ηλικία.

2.1.4 Ορμονικοί Παράγοντες.

Είναι γνωστό ότι σχεδόν όλες οι ορμόνες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του γυναικείου μαστού. Ποιες από αυτές εκτός των οιστρογόνων επιδρούν στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού είναι άγνωστο.

Οιστρογόνα

Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόλη και η οιστραδιολη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα ενώ η οιστρόλη μειώνει την παραγωγή αυτή.⁵

Προλακτίνη

Ο ρόλος της προλακτίνης ως αιτιολογικού παράγοντα στον καρκίνο μαστού παραμένει άγνωστος. Θα ήταν δυνατό να ενοχοποιηθεί αν η τιμή της στις καρκινοπαθείς γυναίκες είναι υψηλή.

Υπάρχουν όμως δυο καταστάσεις στη ζωή της γυναίκας που συνδυάζονται σταθερά με αύξηση της στάθμης της προλακτίνης στον οργανισμό : η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός. Αν δεχόμασταν ότι τα αυξημένα επίπεδα προλακτίνης σχετίζονται με εμφάνιση καρκίνου μαστού, θα έπρεπε η εγκυμοσύνη και ο θηλασμός να συνδυάζονται με αύξηση της πιθανότητας προσβολής, πράγμα βέβαια που δεν συμβαίνει.

Στεροειδή των επινεφριδίων

Από τις στεροειδής ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τη σχέση τους με τον καρκίνο του μαστού. Ο κύριος τρόπος μέτρησης των ανδρογόνων στον άνθρωπο είναι με τη μέτρηση των μεταβολιτών τους που εκκρίνονται με τα ούρα. Έχει βρεθεί ότι γυναίκες με καρκίνο μαστού έχουν μειωμένη τιμή των μεταβολιτών αυτών στα ούρα.

Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο μαστού είναι ασαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν ως ορμόνη που προάγει τη καρκινογένεση, ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιφιστρογονικής δράσης της.⁵

2.1.5 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί

Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις στις διάφορες χώρες του κόσμου. Είναι συχνότερος στο Δυτικό κόσμο απ' ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίστηκε πέντε φορές συχνότερα απ' ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα απ' όλα τα' άλλα κράτη.⁴

Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες απ' ότι στις Γιαπωνέζες. Στις Γιαπωνέζες όμως που μετανάστευσαν στην Αμερική και στους απογόνους η διαφορά αυτή εξαλείφεται προοδευτικά.²

Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Διαπιστώθηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια.

2.1.6. Διαιτητικοί παράγοντες

Κατανάλωση λίπους.

Η συσχέτιση του καρκίνου του μαστού με τον τρόπο θρέψης έχει διερευνηθεί τα τελευταία χρόνια. Στο τέλος της δεκαετίας του 60 παρατηρήθηκε ότι δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και λιπαρά και πλούσια σε φυτικές ίνες ή γενικά διαιτολόγιο τύπου ανατολικών χωρών μπορεί να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁶

Είναι δυνατόν η σύγχρονη δίαιτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης. Τέλος έχει παρατηρηθεί παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού, όπως και ψηλές γυναίκες σε σχέση με τις κοντές και οι γυναίκες των αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες των αγροτικών.

Καφές

Έχει διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης καρκίνου του μαστού και λήψης μεθυλοξανθινών (καφές, τσάι, κόκα-κόλα, και σοκολάτα). Όπως είναι γνωστό το 90% περίπου του γυναικείου πληθυσμού κάνει χρήση αυτών των ουσιών. Αν και υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις, φαίνεται πως δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος στις καταναλώτριες μεθυλοξανθινών. Αντίθετα, άλλες εργασίες αναφέρουν μια προστατευτική δράση των μεθυλοξανθινών στο μαστικό αδένα.

Αλκοόλ

Η λήψη αλκοολούχων ποτών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ. Ενώ η κατανάλωση 1-3 αλκοολούχων πόρων ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1,3 φορές, η κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νέες γυναίκες παρά στις ηλικιωμένες. Δεν υπάρχει καμία εξήγηση της αύξησης αυτής του κινδύνου στις αλκοολικές γυναίκες.

Επίσης, είναι δυνατόν η λήψη αλκοόλ, με τις μικρές αλλοιώσεις που προκαλεί στο ήπαρ να επηρεάζει το μεταβολισμό και η δράση του αλκοόλ να ασκείται δια μέσου ορμονικών διαταραχών.

Κάπνισμα

Το κάπνισμα αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διάφορων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη.

Έτσι έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού.

2.1.7 Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες.

Ακτινοβολία

Η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Υπάρχει αύξηση του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που ακτινοβολήθηκαν στο θώρακα (φυματίωση πνευμόνων) και στις γυναίκες που πήραν ακτινοβολία από ατομική βόμβα (Χιροσίμα, Ναγκασάκι)

Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της στην ακτινοβολία, τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της μεγαλώνει. Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει στην ηλικία των 10 –19 ετών και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.^{2,4}

Ο ρόλος των χαμηλών δόσεων που χορηγούνται κατά τη μαστογραφία σε νεαρές γυναίκες δεν έχει απόλυτα διευκρινισθεί, αλλά γενικά εκτιμάται ότι είναι μικρότερο από το αναμενόμενο όφελος.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες – ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής. 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Επιδημιολογία, συχνότητα, επιβίωση, θνησιμότητα

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, καθώς και στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ο έτος, στη συνέχεια όμως παραμένει στο ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίσεως του είναι μεταξύ 45 και 59 ετών ενώ μετά την ηλικία των 65 εμφανίζει προοδευτική μείωση. Η εμφάνιση του σε ηλικίες μικρότερες των 30 ετών είναι εξαιρετικός σπάνια.^{10,20}

Η θνητότητα από καρκίνο μαστού στη χώρα μας είναι χαμηλή σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρώπης ή της Β. Αμερικής αλλά είναι υψηλότερη από την αντίστοιχη θνητότητα στην Ιαπωνία και στις υπόλοιπες χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο έχουμε περίπου 3000 νέες περιπτώσεις καρκίνου μαστού. Οι θάνατοι εισέρχονται στους 1200 το χρόνο. Η θνητότητα είναι μεγαλύτερη στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει δυο επιβαρυντικούς παράγοντες : α) Ιστορικό καρκίνου του μαστού σε εξ αίματος συγγενείς και β) καρκίνο του μαστού στο ίδιο άτομο στο παρελθόν. Η παχυσαρκία, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστερημένη εμμηνόπαυση και η γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία συνδυάζονται με αυξημένη πιθανότητα προσβολής από καρκίνο μαστού.³

Το 1964 περίπου 10 γυναίκες ανά 100.000 πληθυσμού εμφάνισαν τη νόσο, το 1980 18-19 γυναίκες εμφάνισαν καρκίνο μαστού. Μέχρις ότου γίνει δυνατή η πρόληψη του καρκίνου του μαστού, η μεγαλύτερη ελπίδα για τον έλεγχο της νόσου είναι η πρόωμη ανίχνευση, η διάγνωση και η θεραπεία.¹¹

3.2 Κλινική σταδιοποίηση καρκίνου μαστού

Οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανισμένου καρκίνου του μαστού βρίσκονται μεταξύ του 45^{ου} και 55^{ου} έτους της ηλικίας. Και οι νεότερες γυναίκες όμως και μάλιστα κάτω των 35 ετών είναι δυνατόν να παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού ο οποίος μπορεί να είναι κακοηθέστερος και με ταχύτερη εξέλιξη. Κάτω των 20 ετών ο καρκίνος είναι εξαιρετικά σπάνιος.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της θεραπευτικής τακτικής καθώς και για την πρόγνωση της νόσου. Κυρίως αφορά στον καθορισμό της έκτασης της νόσου με κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις μιας και από την έκταση της θα εξαρτηθεί και το είδος θα ακολουθήσει (τοπική ή συστηματική).

Στον καρκίνο του μαστού η σταδιοποίηση η οποία είναι κυρίως κλινική στηρίζεται στα αποτελέσματα της φυσικής εξέτασης και στα εργαστηριακά και ακτινολογικά ευρήματα. Υπάρχουν διάφορα συστήματα σταδιοποίησης, τα οποία είναι χρήσιμα στην επιλογή της θεραπείας, στην εκτίμηση της πρόγνωσης και στη σύγκριση των αποτελεσμάτων διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων.¹²

Το πλέον αναγνωρισμένο σύστημα σταδιοποίησης είναι το σύστημα TNM. Από τα στοιχεία που λαμβάνονται υπ' όψη, το μέγεθος του όγκου (T) και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (N) εκτιμώνται κυρίως κλινικώς, ενώ η ύπαρξη μεταστάσεων (M) με παρακλινικές εξετάσεις οι οποίες στην καθημερινή πράξη περιλαμβάνουν : ακτινογραφία θώρακος, αλκαλική φωσφάταση, υπερηχοτομογραφία ήπατος, C.E.A. και σπινθηρογράφημα σκελετού.³

Με το συσχετισμό των τριών παραμέτρων του T.N.M συστήματος διακρίνουμε 4 στάδια κλινικής σταδιοποίησης του καρκίνου του μαστού.

Κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού

Στάδιο I: Ο πρωτοπαθής όγκος έχει μέχρι 2cm διάμετρο. Οι λεμφαδένες της μασχάλης δεν είναι ψηλαφητοί και δε δίνουν την εντύπωση ότι περιέχουν μεταστάσεις. Στο στάδιο αυτό εμφανίζονται οι ασθενείς σε ποσοστό 55 – 70 %.¹⁸

Στάδιο II: Ο πρωτοπαθής όγκος έχει μέχρι 5 cm με διηθημένους άλλα κινητούς λεμφαδένες, δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων και η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 20 – 25 %.¹⁸

Στάδιο III: Ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5cm η είναι καθλωμένος στο θωρακικό τοίχωμα η υπάρχει προσβολή του δέρματος. Οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες εμφανίζονται διηθημένοι και δεν υπάρχουν ενδείξεις απομακρυσμένων μεταστάσεων. Η συχνότητα εμφάνισης του σταδίου αυτού είναι 10%.¹⁸

Στάδιο IV Πέρα από τον πρωτοπαθή όγκο υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις. Συχνά ο καρκίνος μεθίσταται πολύ πρώιμα σε απομακρυσμένες θέσεις και η μεταστατική διασπορά δεν ακολουθεί κανένα προβλέψιμο πρότυπο. Το στάδιο αυτό εμφανίζεται με συχνότητα 10%.¹⁸

3.3 Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού.

Πολλές φορές, τυχαία η κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε άλλου μεγέθους, κινητή η ακίνητη ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης.

Εάν δε ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισόλκη της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο.

Το πιο συνηθισμένο σημείο του καρκίνου μαστού είναι ψηλαφητή μάζα 77%. Η μάζα αυτή συνήθως είναι ανώδυνη σκληρή, στερεά που δύσκολα διαχωρίζεται από τον υπόλοιπο μαστό.

Η ορώδη η αιματηρή έκκριση της θηλής είναι το δεύτερο συνήθως κλινικό σημείο του καρκίνου μαστού.

Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα, υπό μορφή φλοιού πορτοκαλιού λόγω απόφραξης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα.

Εισόλκη του δέρματος πάνω από τη μάζα αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο και οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper από τον όγκο.

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

Ο πόνος συνήθως απουσιάζει εκτός από τα προχωρημένα στάδια όπου ένα 20% περίπου των γυναικών μπορεί να αναφέρουν κάποιο ενόχλημα που να έχει σχέση με τον καρκίνο.

Η ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού καθώς η ακινητοποίηση του μαστού και η διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων αποτελούν άλλες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου.

Σε σπανιότερες εκδηλώσεις κάποιος μασχαλιαίος αδένας η οίδημα του ώμου η οστικός πόνος μπορεί να αποτελούν την πρώτη κλινική εκδήλωση.

3.4 Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά την ασθενή και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση : αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η όχι. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει πιθανότητα να θεραπευθεί αν δεν είναι χειρουργήσιμος, όχι.⁵

3.4.1 Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.

- α) Τοπικοί έκταση του όγκου
 - β) Καθήλωση του όγκου
 - γ) Οίδημα
 - δ) Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος.
 - ε) Παρουσία δορυφόρων οξειδίων.
 - στ) Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού.
 - ζ) Γεωγραφική θέση του όγκου.
 - η) Προσβολή της θηλής.
- Βαρύτερη είναι η πρόγνωση, όταν ο καρκίνος εμφανίζεται σύγχρονος και στους δυο μαστούς.⁵

3.4.2 Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση.

- α) Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
- β) Ρυθμός αύξησης του όγκου.
- γ) Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή.
- δ) Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες.
- ε) Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς.⁵

Άνδρες με καρκίνο μαστού έχουν σχεδόν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος για τον οποίο η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άνδρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα.

Στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν και παράγοντες των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι α) Ηλικία της γυναίκας : εμφάνιση του καρκίνου του μαστού σε ηλικία των 30 ετών έχει πολύ καλή πρόγνωση β) προφυλακτική στείρωση και γ) κύηση . Η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και πρόγνωση κακή.

3.5 Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

3.5.1 Ενοαστηριακή διερεύνηση

A) Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι ειδική ακτινογραφική τεχνική του μαστού με φωτόνια χαμηλής ενέργειας σε ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας.¹³

Η μαστογραφία είναι η μόνη αξιόπιστη μέθοδος στην ανίχνευση του καρκίνου του μαστού πριν ο όγκος μπορέσει να γίνει ψηλαφητός στο μαστό. Μεγαλώνοντας αργά ο καρκίνος στους μαστούς μπορεί να προσδιοριστεί με μαστογραφία τουλάχιστον 2 χρόνια πριν επεκταθεί και αποκτήσει μέγεθος που μπορεί να ανιχνευτεί με ψηλάφηση.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διάφορων παθολογικών καλοηθών και κακοηθών εξεργασιών. Κυρίως, όμως είναι η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Συχνότερες ενδείξεις εκτέλεσης μαστογραφίας είναι:

- 1) Στον προληπτικό έλεγχο.
- 2) Σε υγιείς γυναίκες, που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρημένο με καρκίνο και πάσχουν από καρκινοφοβία.
- 3) Σε κύστη του μαστού μετά από παρακέντηση, για τον έλεγχο κακοήθους βλάβης.
- 4) Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά.
- 5) Σε ασθενείς χωρίς ψηλαφητό όγκο.
- 6) Σε μεγάλους μαστούς, όταν δεν είναι εύκολη η ψηλάφηση τους.
- 7) Σε γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.
- 8) Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.
- 9) Σε κάθε περίπτωση ψηλαφητού όγκου του μαστού.

Η μαστογραφία δεν πρέπει να εκτελείται : 1) Σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών γιατί οι μαστοί σ' αυτή την ηλικία είναι ακτινευαίσθητοι 2) Σε έγκυες λόγω της ακτινοβολίας και 3) σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 40 ετών που δεν εμφανίζουν κάτι το παθολογικό από τους μαστούς, ούτε επιβαρύνονται με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού.⁴

B) Ξηρογραφία

Πρόκειται για μια άλλη αξιόλογη ακτινολογική εξέταση του μαστού. Ξηρογραφία είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Είναι μέθοδος “ξηρά” και διαφέρει της μαστογραφίας μόνο στον τρόπο επεξεργασίας της εικόνας.

Η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών. Ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.

Το ποσοστό της διάγνωσης του καρκίνου σε έμπειρα χέρια με την ξηρομαστογραφία ανέρχονται στο 90%.

Γ) Θερμογραφία

Η θερμογραφία είναι απλή και αβλαβής διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με την βοήθεια του θερμογράφου. Η διαγνωστική της αξία σχετίζεται με όγκους που αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό. Αντίθετα σε όγκους που αναπτύσσονται με αργό ρυθμό μας δίνει πολλές λαθεμένες εικόνες.

Θα μπορούσε η θερμογραφία να αποτελέσει ιδανική μέθοδο προληπτικού ελέγχου του μαστού. Δεν καθιερώθηκε όμως γιατί δεν εντοπίζει όγκους διαμέτρου μικρότερης των 2 εκ.

Εμφανίζει μεγάλο ποσοστό ψευδώς θετικών ευρημάτων γεγονός που την κάνει να θεωρείται σήμερα περιορισμένης διαγνωστικής αξίας. Γι αυτό δεν προτιμάται ως μόνη διαγνωστική μέθοδος αλλά πάντα συνδυασμένη με μαστογραφία.

Δ) Υπερηχογραφία

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος, που βασίζεται στους υπέρηχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρήσουν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια που χωρίζει δυο διαφορετικούς ιστούς.^{2,4}

Στο μαστό η υπερηχογραφία είναι χρήσιμη για την διάκριση μεταξύ κυστών και συμπαγών όγκων. Με ποσοστό ακρίβειας 95° προσδιορίζει τη φύση (καλοήθεια – κακοήθεια) μιας συμπαγούς μάζας.

Η μέθοδος εμφανίζει αδυναμία στην αποκάλυψη μικρών λανθανόντων καρκινωμάτων και δεν χρησιμοποιείται για μαζικό έλεγχο συμπτωματικών γυναικών.

Η υπερηχογραφία όπως και η θερμογραφία βρίσκει κυρίως εφαρμογή σε νέες γυναίκες όπου δεν εφαρμόζεται η μαστοξηρογραφία.

Ε) Πνευμοκυστογραφία.

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα η αερίων στο μαστό, για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα. Η μέθοδος χρησιμοποιείται για να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι προσκολλημένος πάνω στο θωρακικό τοίχωμα η στο δέρμα έπειτα από διήθηση. Ακολούθως εκτελείται μαστογραφία η ξηρογραφία.

ΣΤ) Γαλακτοφορογραφία

Η σκιαγράφιση του πάσχοντος πόρου γίνεται μετά από έγχυση υδατοδιάλυτου σκιαγραφικού διαμέσου των πόρων της θηλής. Με την μέθοδο αυτή μπορούμε εύκολα να διαγνώσουμε διευρυμένους η εμφραγμένους γαλακτοφόρους πόρους από ανάπτυξη νεοπλασίας μέσα σε αυτούς.

Η εξέταση αυτή γίνεται όταν υπάρχει εκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση.

Z) Κυτταρολογική εξέταση

Η κυτταρολογική εξέταση υλικού που έχει ληφθεί αποτελεί γενικά προεγχειρητική μέθοδο για τη διάγνωση των αλλοιώσεων του μαστού. Παρέχει πολύτιμη βοήθεια στην ανίχνευση καρκινικών κυττάρων, ύποπτο έκκριμα της θηλής του μαστού ή υγρού παρακέντησης μιας κυστικής βλάβης.

Η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται από 70 – 92,6 %. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η σωστή κυτταρολογική διάγνωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως ο σωστός τρόπος λήψης και ο τύπος του νεοπλασματος.

H) Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα.

Αποτελεί μια απλή, ασφαλής και οικονομική μέθοδος για άμεση διάκριση των κυστεων από τις συμπαγές μάζες. Με τη βοήθεια λεπτής βελόνας σε σύριγγα 10 εκ. αναρρόφονται κύτταρα από την ύποπτη βλάβη. Η αναρρόφηση γίνεται μετά από παρακέντηση του όγκου και με διαδοχικές έλξεις του εμβόλου (5-8 φορές). Με αυτόν τον τρόπο λαμβάνεται μεγάλος αριθμός κυττάρων. Το ποσοστό των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων της μεθόδου αυτής δε ξεπερνά το 10 %.

Θ) Ανοικτή βιοψία

Οι περισσότερες μάζες απαιτούν ανοικτή βιοψία και ιστολογική εξέταση για να τεθεί η οριστική διάγνωση. Σήμερα αυτή γίνεται με τοπική η γενική αναισθησία απ' όπου αφαιρείται ολόκληρη πάντοτε ο όγκος και στέλνεται για ιστολογική εξέταση. Επειδή όμως, πραγματοποιείται κυρίως διερεύνηση καλοηθών βλαβών και παραμένει μια ουλή, υπάρχουν σημαντικές αισθησιακές επιφυλάξεις.⁸

I) Βιοψία δια βελόνης (TRUCUT)

Υπό τοπική αναισθησία και με ειδική βελόνα παίρνονται μικρά τμήματα του όγκου από δυο διαφορετικά σημεία. Η ακρίβεια της μεθόδου εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου. Όσο μεγαλύτερος είναι ο όγκος τόσο αυξάνεται το θετικό διαγνωστικό αποτέλεσμα της μεθόδου. Για καρκίνους μεγέθους πάνω από 2 εκ. το αποτέλεσμα είναι θετικό πάνω από 75% των περιπτώσεων.

IA) Αξονική Τομογραφία

Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου. Έχει την ικανότητα να ανακαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δε γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Συμβάλει στη διάγνωση κακοηθών παθήσεων του μαστού στις οποίες διακρίνεται υπέρ-συγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.²

Κύρια είναι η συμβολή της στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 2-3 mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία, για να αποδείξει την ύπαρξη της η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm.²

Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος διαλογής σε προσυμπτωματικό έλεγχο εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας στην οποία εκθέτει το μαστό. Αλλά μειονεκτήματα της είναι η αδυναμία της να αποκαλύψει μικροασβεστώσεις, η ταυτόχρονη ακτινοβολήση τμημάτων του θώρακος, το υψηλό κόστος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκτέλεση της.

3.5.2 Κλινική Εξέταση

Ως τα τελευταία χρόνια, η προσπάθεια στον έλεγχο των μαστοπαθειών είχε συγκεντρωθεί στη διάγνωση τους και τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Καμία προσπάθεια δεν έγινε για την ανίχνευση του σε πρώιμη στάδιο.²

Στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης ο γιατρός έχει την ευκαιρία ν' ανιχνεύσει νόσο στο μαστό της ακόμα και όταν αυτή δεν έγινε αντιληπτή.⁴

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το ιστορικό της άρρωστης, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών.

α) Ιστορικό

Η προσεκτική λήψη του κατάλληλου ιστορικού της ασθενούς συμβάλλει στη διαγνωστική διερεύνηση κάθε πάθησης του μαστού. Η ασθενής ερωτάται για κάθε στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με το πρόβλημα στο μαστό της και ιδιαίτερα αν παρουσιάζει οποιοδήποτε σύμπτωμα η αν διαπίστωσε οποιαδήποτε μεταβολή στη συνήθη φυσιολογική κατάσταση του μαστού (εισόλκη η παραμόρφωση της θηλής, ψηλαφητό ογκίδιο). Αναζητούνται επίσης από το ιστορικό τυχόν τραύμα στο μαστό, κι αν έχει γίνει μαστογραφία στο παρελθόν και αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.

Τέλος λαμβάνεται λεπτομερές γυναικολογικό ιστορικό σχετικά με περίοδο ενώ σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ενδιαφέρει η ηλικία διακοπής της περιόδου. Επίσης λαμβάνονται πληροφορίες για τον αριθμό των τοκετών και την ηλικία κατά την πρώτη εγκυμοσύνη καθώς και για το θηλασμό και τη χρήση αντισυλληπτικών.

β) Επισκόπηση

Η επισκόπηση γίνεται με καθισμένη όρθια την άρρωστη η με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένου στο πλάι η πάνω από το κεφάλι της η τις παλάμες της τοποθετημένες πάνω στα ισχία της.⁴

Με την επισκόπηση κατατοπιζόμαστε σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών. Ο εξεταστής παρακολουθεί προσεκτικά για τα ακόλουθα: συμμετρία των μαστών και των θηλών, οίδημα, ανωμαλίες της θηλής, ανωμαλίες του δέρματος των μαστών φλεγμονή, ύπαρξη διογκώσεων στους υπερκλείδους βόθρους και στις μασχालιαίες κοιλότητες, ομαλότητα της περιμέτρου των μαστών και τέλος τυχόν διόγκωση στην επιφάνεια του μαστού.

Όταν τα άνω άκρα κρέμονται χαλαρά προς τα κάτω οι θηλές των μαστών βρίσκονται στο ίδιο ύψος και στην ίδια απόσταση από τη μέση γραμμή. Σε όγκους η θηλή μετακινείται μερικές φορές προς την πλευρά του όγκου. Οι φυσιολογικοί μαστοί είναι σχεδόν ίσου μεγέθους. Σε πολλές όμως γυναίκες ο ένας μαστός είναι μεγαλύτερος. Υποπτη είναι η διαφορά μεγέθους όταν πριν οι μαστοί ήταν ίσοι. Το δέρμα φυσιολογικού μαστού δεν παρουσιάζει πουθενά εισόλκη η αλλοίωση ενώ στον μαστό με καρκίνο έχει την εμφάνιση φλοιού πορτοκαλιού. Επίσης η συμμετρία των μαστών δεν πρέπει να αλλάζει όταν τα χέρια σηκωθούν ομοιόμορφα.¹⁴

γ) Ψηλάφηση

Η ψηλάφηση του μαστού έχει σκοπό την ανακάλυψη των ανωμαλιών του, της σύστασης του και τη διαπίστωση ύπαρξης όγκου καθώς και τους χαρακτήρες του.

Για την ψηλάφηση του μαστού με σκοπό την εξέταση της συστάσεως του και την ανεύρεση διογκώσεων η ασθενής κατακλίνεται υπτίως ώστε ο μαστός να απλώνεται πάνω στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα με τη μορφή επίπεδης και λεπτής στιβάδας. Στην περίπτωση πολύ μεγάλων μαστών η εξέταση γίνεται καλύτερα με τοποθέτηση κάτω από τον ωμό της πλευράς που εξετάζεται ένα μαξιλάρι και σηκώνοντας το χέρι της γυναίκας πάνω από το κεφάλι της.³

Η ψηλάφηση αρχίζει από το άνω και έσω τεταρτημόριο, ακολουθεί τη φορά των δεικτών ρολογιού και καταλήγει στο άνω έξω τεταρτημόριο και τέλος στην ουρά του μαστού. Η ψηλάφηση γίνεται με λεπτούς χειρισμούς με τα δάκτυλα τεντωμένα σε όλη την πιθανή έκταση του μαστού και από την περιφέρεια προς την περιοχή της θηλής.

Εάν η άρρωστη παραπονείται για έκκριση από τη θηλή προσπαθούμε να την προκαλέσουμε πιέζοντας την περιοχή της θηλαίας άνω με το δάκτυλο από την περιφέρεια προς το κέντρο γύρω γύρω. Με αυτόν το τρόπο εντοπίζουμε και τη θέση της βλάβης.³

Τέλος η ψηλάφηση συμπληρώνεται με την εξέταση των μασχαλιαίων κοιλοτήτων και της υπερκλειδιαίας χώρας.

δ) Αυτοεξέταση.

Η τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού έχει αποδειχτεί πολύτιμο μέσο έγκαιρης διαπίστωσης του καρκίνου του μαστού. Η πείρα έχει δείξει ότι τα 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση ενός ογκίδιου γίνει σε πρώιμο στάδιο, η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτηρία στο 70%-80% περιπτώσεων.³

Θα πρέπει να τονιστούν στην άρρωστη οι περιοχές μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης του καρκίνου, κυρίως στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού και κάτω από τη θηλή.

Οι λόγοι για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ είναι α) φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου στο μαστό. β) η έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειας της. γ) Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ και δ) Σεμνοτυφία η και ενόχληση.⁵

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν προγεστερονικά σκευάσματα, συνίσταται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μηνός.⁷

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Σκοπός της είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις καθώς και με οπτικά – ενημερωτικά μέσα.

Ως γυναίκα, η νοσηλεύτρια ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες τις υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της

Καρκίνος μαστού. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική θεραπεία.

ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση της νόσου.⁵

Η μέθοδος αυτοεξέτασης του μαστού είναι αποτελεσματική μόνον εάν γίνεται σωστά και σε κανονικά διαστήματα.

3.6 Μεταστάσεις καρκίνου μαστού.

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από την κακοήθεια του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα που τις περιβάλλει. Επίσης από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου.²

Είκοσι με είκοσι πέντε τις εκατό (20%-25%) των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού θα αντιμετωπίσουν προβλήματα σχετιζόμενα με το νευρικό σύστημα (πχ. εγκέλαδος κτλ).

Η αντιμετώπιση των μεταστάσεων στον εγκέφαλο περιλαμβάνει χορήγηση δεξαμεθαζόνης αμέσως μετά τη διάγνωση και ακτινοθεραπεία. Χειρουργική αντιμετώπιση ενδείκνυται μόνο όταν υπάρχουν διαγνωστικές αμφιβολίες, όταν η εστία είναι χειρουργικά προσπελάσιμη ή όταν ο όγκος δεν είναι ακτινοευαίσθητος ή τα συμπτώματα παραμένουν μετά την ακτινοθεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί επίσης μεταστάσεις στα οστά σε συχνότητα 70%. Οι οστικές μεταστάσεις όταν είναι εντοπισμένες ακτινοβολούνται αλλιώς αντιμετωπίζονται με συστηματική, ενδοκρινική θεραπεία ή χημειοθεραπεία. Το πρόβλημα με τις οστικές μεταστάσεις είναι ο πόνος και τα κατάγματα.

Μεταστάσεις στο μυελό των οστών έχει το 55% περίπου των γυναικών με οστικές μεταστάσεις διαγνωσμένες με απλή ακτινογραφία ή σπινθηρογραφία οστών. Σε γυναίκες χωρίς οστικές μεταστάσεις βρίσκονται μεταστάσεις του μυελού με ειδικές ευαίσθητες ανοσοιστοχημικές χρώσεις. Η μεταστατική νόσος στο μυελό των οστών πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία.¹

Οι πνευμονικές μεταστάσεις είναι τριών ειδών :

1) Οζίδια. Η οζιδιακή μορφή των μεταστάσεων έχει πολύ καλή ανταπόκριση στη χημειοθεραπεία.

2) Λεμφαγγειακή διασπορά. Στον πνεύμονα είναι δύσκολο να επιβεβαιωθεί και γενικά θεωρείται κακής πρόγνωσης. Η μεταστατική νόσος των πνευμόνων πρέπει να αντιμετωπίζεται με συστηματική θεραπεία.

3) Κακοήθης υπεζωκοτίνη συλλογή. Παρουσιάζεται σε μεγάλο ποσοστό γυναικών με μεταστατική όσο. Εάν είναι ασυμπτωτική δεν χρειάζεται ειδική αντιμετώπιση. Θέμα αντιμετώπισης μπαίνει από τη στιγμή που αρχίζει να γίνεται συμπτωματική. Η καλύτερη αντιμετώπιση τότε είναι η παροχέτευση της συλλογής με τη βοήθεια συστήματος κλειστής παροχέτευσης θώρακα και στη συνέχεια έγχυση σκληρυντικών ουσιών.¹

Επίσης, μεταστάσεις σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται στις ωθήκες, στο δέρμα, στους νεφρούς και στην καρδιά.

Οι μεταστάσεις δυνατό να είναι και τοπικές δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητικοί ή συντηρητικοί. Τέτοιες μεταστάσεις είναι μασχαλιαίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα.

3.7 Επιπλοκές

Μετά τη θεραπεία σε καρκίνο του μαστού παρατηρείται πτώση της άμυνας του οργανισμού λόγω ανοσοκαταστολής και η ασθενής εμφανίζει ευαισθητοποίηση στις λοιμώξεις.

Η εμφάνιση υπερασβεστιαμίας, λόγω οστεολυτικών μεταστάσεων που παρατηρείται στη καρκινοπαθή ασθενή εκδηλώνεται με πολυδιψία, πολουρία και ναυτία και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση ορών, κορτικοειδών και Mithramcine.

Εκτός από αυτές τις επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν, η ασθενής μπορεί να εμφανίσει ανορεξία και καχεξία σε προχωρημένα στάδια, δερματομυοσιτιδα και ερπητοειδους δερματίτιδα καθώς και πόνο από τις μεταστάσεις. Τέλος, σε γυναίκες οι οποίες γνώριζαν την πάθηση τους διαπιστώθηκαν συμπτώματα κατάθλιψης και άλλες ψυχολογικές αντιδράσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Η πρόληψη του καρκίνου μαστού.

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται : σε δυο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ionίζουσα ακτινοβολία) η αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (πχ διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή η προγεστερονική κάλυψη) η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κτλ) κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εμφανίζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο. (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτοζένους πρόληψη ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντιστοιχών αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της άξιας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.

4.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από εξώνεις παράγοντες άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης τα οποία είναι :

α. Η υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο μαστού βοηθάει στην πρόληψη του, πχ. οι διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον καρκίνο μαστού.

β. Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (πχ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων , σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

γ. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνής κανονισμούς.

Για την εφαρμογή των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού, όπως τα ακόλουθα:

α. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.

β. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο έτος.

γ. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.

δ. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.

ε. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.

Στ. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.

ζ. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού.

η. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωση των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν των καρκίνο του μαστού.

θ. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.⁵

4.1.2 Δευτερογενής πρόληψη

Όταν δεν υπάρχουν ή δεν έχουν εφαρμοσθεί μέτρα για την πρωτογενή πρόληψη, η επίδραση του αιτιολογικού παράγοντα στον άνθρωπο δημιουργεί μια αλυσίδα από βλάβες, που οδηγούν τελικά στην εμφάνιση της νόσου, η οποία εκδηλώνεται με υποκειμενικά συμπτώματα και αντικειμενικά σημεία. Η μετάβαση της ασθενούς στο γιατρό γίνεται κατά κανόνα αφού εκδηλωθεί η νόσος και τότε μπορεί να είναι πολύ αργά γιατί οι βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες. Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανισθούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε βαριές και μερικές φορές ανίατες μορφές. Επομένως η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο.⁵

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου μαστού. Πολλοί όμως λόγοι και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας, γι αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να παει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.α. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για πρόληψη.

Η πρώιμη πρόληψη σε γυναίκα με καρκίνο μαστού είναι αμφιλεγόμενη διότι η μακροπρόθεσμη επιβίωση πλεονεκτεί στην ανίχνευση μικρών ογκίδων, όμως σε πρώτο στάδιο δεν καταφέρνεται. Οι καλύτεροι τρόποι για πρώιμη πρόληψη είναι αυτοί του ACS. Αυτούς τους εξηγούμε με συντομία παρακάτω :

1. Μηνιαία αυτοεξέταση για όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση θα έπρεπε να κάνουν αυτήν την εξέταση 5 μέρες μετά το τέλος της περιόδου. Μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να κάνουν αυτοεξέταση την ίδια ημέρα κάθε μήνα.

2. Φυσική εξέταση θα πρέπει να γίνεται από ένα γιατρό κάθε 3 χρόνια για γυναίκες μεταξύ 20 και 40 ετών και κάθε χρόνο για γυναίκες άνω των 40 ετών.

3. Μαστογραφία οι μέθοδοι τωρινής μαστογραφίας χρησιμοποιούν ειδικό εξοπλισμό με φιλμ και οθόνη και αποκαλύπτει το μαστό σε 0,02 CGy σε δυο όψεις. Η ψηφιογραφία αυξάνει αυτή τη διπλή όψη σε τριπλή όψη. Αν εκτεθείς σε ακτινοβολία 1

CGy τότε αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσεις καρκίνου μαστού σε συχνότητα έξι άτομα ανά 1.000.000 πληθυσμού.

α. Ετήσιες μαστογραφίες έχει αποδειχτεί ότι μειώνουν τη θνησιμότητα του καρκίνου μαστού σε γυναίκες άνω των 50 ετών..

β. Η μέθοδος ACS προτείνει να γίνεται μια μαστογραφία σε γυναίκες ηλικίας 35-39 χρόνων και μαστογραφία κάθε 1 η 2 χρόνια σε ειδικές γυναίκες ηλικίας 40-49 ετών και μια ετησίως σε γυναίκες 50 ετών και άνω.

γ. Η μέθοδος NCI δεν κάνει καμία πρόταση για μαστογραφία πριν τα 50 χρόνια αλλά προτείνει ετήσια μαστογραφία μετά τα 50.¹⁵

Προσυμπτωματικός έλεγχος

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Όταν η γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση. Όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα, γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα.

Συνεπώς, το μεγαλύτερο βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλευση υγιών γυναικών για το σκοπό αυτό. Η κινητοποίηση όμως φυσιολογικών γυναικών δεν είναι καθόλου εύκολη και η δυσκολία αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται από τους φορείς που πρόκειται να διενεργήσουν τον έλεγχο. Πρέπει συνεπώς να δημιουργηθούν κίνητρα για το σκοπό αυτό και τα ερεθίσματα για την προσέλκυση των γυναικών πρέπει να είναι συχνά.

Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει :

- α) Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό)
- β) Γενική φυσική εξέταση.
- γ) Κλινική εξέταση (επισκόπηση, ψηλάφηση)
- δ) Αιματολογικές εξετάσεις.
- ε) Ακτινολογικές εξετάσεις (μαστογραφία)

Επίσης να παραλείψουμε να σημειώσουμε τη μεγάλη συμβολή της αυτοεξέτασης του μαστού (ΑΕΜ) η οποία είναι περισσότερο αποδεκτή από τις γυναίκες.

4.1.3. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην πρόληψη του καρκίνου μαστού.

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι αυτό στρατηγικός.

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόληψη του καρκίνου του μαστού, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμαθείας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του

ατόμου. Όμως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί.

1.Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη

Στην πρωτογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου μαστού. Μπορεί να κάνει παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας, να παίρνει διαιτολόγια, να βλέπει τις παρεκκλίσεις, αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντες για τον καρκίνο μαστού. Συνιστά στην αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.

Εφαρμόζει μέτρα αυτοπροστασίας, σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτίθεται σε καρκινογόνους παράγοντες. Στοχεύει να διαμορφώσει νέα πρότυπα συμπεριφοράς στην απομάκρυνση των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για τη βελτιώσει των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής οι υγιεινές συνθήκες και τα προληπτικά μέτρα κατά του καρκίνου να γίνονται συμπεριφορά, στάση, πεποίθηση.

Τονίζει ιδιαίτερα τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό, αποδεικνύονται στατιστικώς τη σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες που προσήλθαν στο στάδιο I με ποσοστό θεραπείας 90%, σε αντίθεση με εκείνες που προσήλθαν στο στάδιο IV με ποσοστό θεραπείας 24%.

Είναι τραγικό ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν αρκετό χρόνο πριν να συμβουλευθούν ένα γιατρό από τότε που ανακαλύπτουν πιθανά συμπτώματα καρκίνου μαστού και ακόμα καθυστερούν αρκετό καιρό, για να αποφασίσουν τη βιοψία και τη θεραπεία.

Στόχος της νοσηλεύτριας που έρχεται σε επαφή με το γυναικείο πληθυσμό είναι με ένα καλό ιστορικό να προσπαθήσει να εντοπίσει τους παράγοντες που είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε μια τέτοια καθυστέρηση, να ανιχνεύσει τα αίτια που τους δημιουργούν και να τους αναχαιτίσει με τη σωστή διδασκαλία και ενημέρωση. Τέτοιοι παράγοντες είναι : κοινωνικοί-οικονομικοί, ψυχολογικοί και μορφωτικοί.

2. Ειδικές δραστηριότητες στη δευτερογενή πρόληψη.

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη μεγάλη συμβολή της νοσηλεύτριας στα εξής θέματα :

- α. Λήψη καλού ιστορικού.
- β. Κλινική εξέταση.
- γ. Αυτοεξέταση του μαστού.

α. Είναι σαφές ότι - όπως σε κάθε πάθηση έτσι και στις παθήσεις του μαστού - πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή.

Με την λήψη καλού ιστορικού, η νοσηλεύτρια μπορεί να βγάλει συμπεράσματα για την κατάσταση της εξεταζόμενης και να μάθει να εκτιμά την αντίληψη των εξεταζόμενων γυναικών για τα προβλήματα τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

β. Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική είναι και μια καλή κλινική εξέταση για την πρώιμη διάγνωση της νόσου. Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια:

- Εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.
- Εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία και καλό φωτισμό.
- Την προστατεύει με παραβάν, ώστε να μην εκτεθεί. Με αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει η και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς.
- Τη βοηθά με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης.
- Συνιστά να παει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολυνθεί η εξέταση.
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό υγείας της

γ. Όπως γνωρίζουμε, οι περισσότεροι καρκίνοι του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Γι αυτό ένας καλός τρόπος για να φθάσει κανείς στην ανακάλυψη νέων περιπτώσεων και σε πρωϊμότερα στάδια, είναι η αυτοεξέταση, η οποία είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο.

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την βοήθεια ΑΕΜ και για την στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα της υπαίθρου στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.⁵

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού με επιμορφωτικά σεμινάρια και συγκεντρώσεις, καθώς και με οπτικά - ενημερωτικά μέσα.

4.2 Παθήσεις μαστού

4.2.1. Καλοήθειες Παθήσεις.

I Φλεγμονώδεις παθήσεις

1. Οξεία (πυώδης) μαστίτιδα

Παρατηρείται στην εφηβική και ολόκληρη την αναπαραγωγική ηλικία. Πύλη εισόδου των μικρόβιων (συνήθως σταφυλόκοκκος ή στρεπτόκοκκος) είναι είτε μικροτραυματισμοί της θηλής ή οι γαλακτοφόροι πόροι. Η φλεγμονή αρχικώς εκδηλώνεται ως κυτταρίτιδα (ερυθρότης του δέρματος- οίδημα - πόνος) η οποία στη συνέχεια είναι δυνατόν να αποστηματοποιηθεί.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συστηματική (ενδοφλέβια) χορήγηση αντιβιοτικών και εφαρμογή τοπικώς υγρής θερμότητας. Εάν η φλεγμονή αποστηματοποιηθεί, παροχετεύεται ευρέως το συντομότερον.

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής του θηλασμού. Εάν η θηλή εμφανίσει ρωγμή, τότε ο θηλασμός σταματά, γίνεται κένωση του μαστού και εφαρμογή τοπικώς αντισηπτικών μεθόδων.

2. Χρόνια μαστίτιδα.

Η παραμέληση - εξαιτίας αμέλειας, φόβου ή προσδοκίας δράσης της συντηρητικής αγωγής - της διανοίξεως ενός αποστήματος του μαστού, οδηγεί σε χρονιότητα αυτού και έχουμε δει και αποστήματα που υπερβαίνουν τη διάρκεια του εξαμήνου, που οδηγούν σε πολλαπλή επιβάρυνση της πάσχουσας γυναίκας. Πολλαπλά αποστήματα είναι δυνατό να παροχετευτούν με μια τομή στην περιφέρεια της θηλαία άλω και να υπάρξει ανάγκη γενικότερης κάλυψης της ασθενούς με αντιβιοτικά, τονωτικά και αιμοποιητικά σκευάσματα.¹⁶

Πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη το εγγονός άτι δεν αποκλείεται να υπάρξει ανάπτυξη καρκίνου μαστού κατά τη διάρκεια χρόνιας μαστίτιδας συμπτωματικώς ή ως αποτέλεσμα αυτής ή να υπάρξει υπόκρυψη καρκίνου κάτω από το επιφανειακό απόστημα.

Χρόνια μαστίτιδα με αποστηματοποίηση είναι δυνατό να προκύψει μετά από οποιονδήποτε τραυματισμό του μαστού.¹⁶

3 Άσηπτη νέκρωση λιπώδους ιστού.

Είναι πάντα αποτέλεσμα τραυματισμού του μαστού ή χρόνιας πίεσεως σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Συμβαίνει συνήθως σε μεγάλους κρεμασμένους μαστούς και συχνά ο τραυματισμός είναι τόσο επιπόλαιος που δεν αναφέρεται από την άρρωστη στο ιστορικό. Ο τραυματισμός προκαλεί αιμορραγία και η οργάνωση του αιματώματος, στη συνέχεια, άσηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού, ο οποίος φιλοξενούσε το αιμάτωμα.

Στο μαστό ψηλαφιέται μάζα σκληρή με ασαφή όρια, επώδυνη, η οποία όμως δεν μεταβάλλει μέγεθος με το χρόνο. Εκτός του τελευταίου χαρακτηριστικού, η ομοιότητα της με τον καρκίνο τόσο κλινικός όσο και μαστογραφικώς είναι πολύ μεγάλη, αφού συχνά υπάρχουν τόσο εισολκή του δέρματος, όσο και αποτιτανώσεις. Ασφαλής διάγνωση γίνεται μόνο με την αφαίρεση και βιοψία της μάζας.

4 Θηλαίο συρίγγιο. (γαλακτοκήλη)

Η γαλακτοκήλη είναι μια κύστη γεμάτη με γάλα η οποία πιθανότητα σχηματίζεται από υπερδιάταση ενός γαλακτοφόρου πόρου σε γυναίκες οι οποίες διακόπτουν το θηλασμό απότομα. Συνεπώς εντοπίζεται στα άνω τεταρτημόρια του μαστού προς το κέντρο αλλά πέρα από το όριο της θηλαίας άλω. Αν αναρροφηθεί γαλακτώδες υγρό πρόκειται για γαλακτοκήλη και πρέπει να αδειάσει πλήρως γιατί η πλήρης αναρρόφηση του περιεχομένου της αποτελεί και τη θεραπεία της.¹

Μόνιμη θεραπεία επιτυγχάνεται χειρουργικά με την αφαίρεση ολόκληρου του γαλακτοφόρου πόρου μαζί με τμήμα του μαζικού αδένου.

5. Υπερφόρτωση μαστών.

Η υπερφόρτωση των μαστών αποτελεί συχνή επιπλοκή της γαλουχίας, παρατηρείται 24-48 ώρες μετά την έναρξη της και οφείλεται σε συμφόρηση της.²

6. Επώδυνες θηλές.

Πρόκειται για παθολογική κατάσταση της γαλουχίας, που συνίσταται στο επίπονο του θηλασμού και εμφανίζεται με την έναρξη της γαλουχίας. Πρόκειται για μικρές αβαθείς αμυχές του δέρματος, επιπόλαιες ή τυπικές ραγάδες. Ο θηλασμός είναι τόσο επώδυνος, ώστε καθίσταται αδύνατος.

Θεραπευτικά συνίσταται διακοπή του θηλασμού η χρησιμοποιείται «ασπίδων» των θηλών, καθαρισμός της θηλής με αντισηπτικά, σε ορισμένες περιπτώσεις τεχνητή αφαίρεση του γάλακτος.

7. Εκτασία πόρου η παρεκτασία.

Μπορεί να παρουσιαστεί σαν έκκριμα θηλής, εισολκή θηλής η ογκίδιο. Πρόκειται για υποξεία φλεγμονή του εκφορητικού συστήματος του μαζικού αδένου, στο τμήμα που βρίσκεται κάτω από τη θηλαία άλω, η οποία (φλεγμονή) οδηγεί δευτεροπαθώς σε διάσταση των πόρων.

Ιστολογικός δεν έχουμε προνεοπλασματικές αλλοιώσεις και βλέπουμε ένα ηωσινοφιλικό υλικό να γεμίζει τους πόρους μαζί με ίνωση και διάταξη των πόρων.

Θεραπευτικά αφαιρείται η προσβεβλημένη περιοχή του αδένου μαζί με τους αντιστοίχους γαλακτοφόρους πόρους.¹⁷

8. Γαλακτόρροια

Η γαλακτόρροια προκύπτει γενικώς από έλλειψη της φυσιολογικής ανασταλτικής δράσεως του υποθάλαμου στην απελευθέρωση της προλακτίνης. Ορισμένα φάρμακα (όπως ψυχοτρόπα, αντιεμετικά, ρεζερπίνη) μπορούν να αυξήσουν την απελευθέρωση της προλακτίνης.

Με τον όρο γαλακτόρροια πρόκειται για εκροή γάλακτος από το στήθος γυναικών. Όταν η έκκριση είναι γαλακτώδης η λευκή, υποτίθεται ότι περιέχει φυσιολογικά συστατικά γάλακτος. Αιματηρές εκκρίσεις των μαστών υποδηλώνουν κακοήθεια.

Η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση της αιτίας του αυξημένου επιπέδου της προλακτίνης με αφαίρεση η καταστολή του υποφυσιακού όγκου, διακοπή των υπεύθυνων φαρμάκων η διόρθωση του υποθυρεοειδισμού. Η βρωμοκρυπτίνη μπορεί

να προκαλέσει εξαφάνιση της γαλακτορροίας ακόμη και αν τα επίπεδα της προλακτίνης στο πλάσμα είναι φυσιολογικά.¹⁷

II. Συγγενείς Παθήσεις του μαστού

1. Εισολκή της θηλής.

Οφείλεται σε μικρότερη ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων σε σχέση με τον υπόλοιπο αδένα με αποτέλεσμα να έλκεται από αυτούς η θηλή προς τα πίσω. Η αποκατάσταση είναι δύσκολη. η διατήρηση των γαλακτοφόρων πόρων για το ενδεχόμενο μελλοντικού θηλασμού δε δίνει καλά αποτελέσματα. Για να έχουμε πιθανότητες επιτυχίας οι γαλακτοφόροι πόροι πρέπει να κοπούν στη βάση της θηλής και να υποστηριχθεί η θηλή με τεμάχια χόνδρου από το αυτί τα οποία εισάγονται και καθηλώνονται σ' αυτήν. Απορρόφηση του χόνδρου οδηγεί σε αποτυχία της μεθόδου.¹

2. Ασυμμετρία

Αφορά το μέγεθος των μαστών και μπορεί να έχουμε ελαφρά μέχρι εκσεσημασμένα διάφορα μεγέθους των μαστών. Πάθηση συχνή. Σπάνια κανείς θα απαιτήσει περιορισμό του μέγεθος του μεγαλύτερου μαστού με πλαστική επέμβαση.

3. Υπεράριθμοι μαστοί (πολυμαστία) η θηλές (πολυθηλία)

Οι υπεράριθμοι μαστοί η θηλές εντοπίζονται κατά μήκος της γαλακτικής γραμμής μεταξύ μασχαιαίας και βουβωνικής χώρας. Οι συχνότητες θέσεις εντόπισης είναι ακριβώς κάτω από την πτυχή του φυσιολογικού μαστού η στη μασχάλη. Η εντόπιση είναι συνήθως ετερόπλευρη αλλά ενίοτε μπορεί να είναι και αμφοτεροπλευρη.¹

Οι υπεράριθμοι μαστοί, δηλαδή η ανάπτυξη περισσότερων μαστών με πλήρη λειτουργική δραστηριότητα, που απαντώνται σε συχνότητα 1%, υπόκειται στους νόμους και τις παθήσεις των φυσιολογικών μαστών. Έτσι μπορεί να παρουσιάσουν γαλακτοφορία ινοαδενώματα, κύστεις, καρκίνο, μαστίδα κλπ.

Η πολυθηλία απαντάται τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες, παρά στους άνδρες, συχνότερα αριστερά και είναι φαινόμενο κληρονομικό. Υπάρχουν δυο (2) η περισσότερες θηλές σε φυσιολογική κατά τα άλλα θηλαία άλω και κάθε μια απ' αυτές συνδέεται με ένα τμήμα του συστήματος των γαλακτοφόρων πόρων.

4. Μεγαλομαστία.

Μεγαλομαστία είναι η πάνω από τα φυσιολογικά όρια ανάπτυξη του λίπους και του ινώδους υποστρώματος των μαστών που μπορεί να οφείλεται είτε σε υπέρμετρη διόγκωση τους είτε σε διάχυτη υπερτροφία τους. Παρατηρείται είτε κατά την ήβη, είτε κατά τους πρώτους μήνες της κήσεως, είτε σε πολύτοκες γυναίκες όπου συνοδεύεται από τη κάθοδο των μαστών πολύ χαμηλότερα από τη κανονική θέση τους.

5. Γυναικομαστία

Η αύξηση του μαστού στους άνδρες και στις γυναίκες προκαλείται μέσο των οιστρογόνων και η διόγκωση των μαστών στους άνδρες πιστεύεται ότι προκύπτει από τις διαταραχές της φυσιολογικής σχέσεως των ενεργών ανδρογόνων προς τα οιστρογόνα η από αυξήσεις του σχηματισμού των οιστρογόνων.

Η γυναικομαστία προσβάλλει συχνότερα τον αριστερό μαστό. Σε ποσοστό λιγότερο από 50% των ανδρών με γυναικομαστία δε βρίσκεται αιτία. Σε αυτούς τους ασθενείς η αύξηση των οιστρογόνων είναι παροδική η παραμένει μη ανιχνεύσιμη. Σε άλλες περιπτώσεις προκύπτει γυναικομαστία από σημαντικές ενδοκρινικές διαταραχές στις οποίες περιλαμβάνεται ανεπάρκεια στην παραγωγή της τεστοστερόνης η στη δράση της, αύξηση της παραγωγής οιστρογόνων η φάρμακα.¹⁷

III. Ινοκυστική Μαστοπάθεια

Η κύρια παθολογοανατομική οντότητα που έχει σχέση με τον καρκίνο του μαστού είναι η Ινοκυστική μαστοπάθεια. Η Ινοκυστική μαστοπάθεια είναι ιστολογική διάγνωση και τέτοια διάγνωση δεν πρέπει να τίθεται μόνο από την κλινική εξέταση και τη μαστογραφία. Οι παθολογοανατόμοι θεωρούν ότι ο διαχωρισμός μεταξύ «κανονικού» και καρκίνου αρχίζει στη φάση του πολλαπλασιασμού των κύτταρων, μετά εξελίσσεται σε άτυπα των κύτταρων και φθάνει στον καρκίνο.

Προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της πάθησης είναι η καθυστερημένη εμμηνόρραχη, η ψυχική υπερένταση και το άγχος, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της γυναίκας, η κατάχρηση πομάτων πλούσιων σε μεθυλξανθίνες, η αγαμία η ατεκνία η απόκτηση ενός μόνο παιδιού, η παρατεταμένη υπεροιστρογοναιμία και τέλος η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων.²

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί παράγοντα κινδύνου όταν παρατηρούνται άτυπα κύτταρα. Ιστολογικά χαρακτηρίζεται παρουσία κύστεων 2-3 mm. Η νόσος είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι μια στις 10 γυναίκες έχει κλινική ένδειξη της νόσου. Η συνήθης ηλικία προσβολής είναι εκείνη των 30-45 ετών η συχνότητα καρκίνου του μαστού στις γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη ινοκυστική μαστοπάθεια είναι διπλάσια από το γενικό γυναικείο πληθυσμό.¹⁶

IV. Νεοπλάσματα

1. Ινοαδένωμα

Το ινοαδένωμα είναι ο συνηθέστερος καλοήθης όγκος των νεαρών γυναικών. Παρατηρείται στην ηλικία 21-25 ετών και στο 15% των περιπτώσεων είναι πολλαπλά. Ιστολογικά αποτελείται από μεγάλη αύξηση ινώδους συνδετικού ιστού με ανώμαλη ανάπτυξη πόρων και λοβίων. Αναπτύσσεται βραδέως και συνήθως δεν ξεπερνά σε μέγεθος τα 3 mm. Το μέγεθος τους μπορεί να αυξηθεί κατά την κύηση, τη γαλουχία και πριν την εμμηνόπαυση. Αν παραμένουν πολύ καιρό χωρίς να αφαιρεθούν υφίστανται υαλοειδή εκφύλιση και σύμπτυση προς τους γύρω ιστούς.³

Στην κλινική εξέταση πρόκειται για σκληρό, κινητό, λείας περιμέτρου, ανώδυνο όγκο, διαμέτρου 3-4 εκ που δε συνοδεύεται από αδenoπάθεια και είναι δύσκολο να διακριθεί από τις απλές ινώδεις κύστες.¹⁶

Η μαστογραφία δεν είναι εύκολο να γίνεται στις νέες γυναίκες, οι οποίες κυρίως παρουσιάζουν τα ινοαδενώματα. Η διαγνωστική ακρίβεια του υπερηχογραφήματος είναι περιορισμένη στη διαφορική διάγνωση μεταξύ ινοαδενώματος και καρκίνου μαστού. Σήμερα μόνο η παρακέντηση και η κυτταρολογική εξέταση θεωρείται ασφαλής μέθοδος για την τεκμηρίωση της διάγνωσης του ινοαδενώματος.

Η θεραπεία εκλογής του ινοαδενώματος είναι η απλή εξαίρεση του με τομή ανάλογη προς την περιοχή του μαστού όπου βρίσκεται.

2. Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα

Το φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα είναι σπάνιος τύπος νεόπλαστος του μαστού. Παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες μέσης ηλικίας. Αποτελεί το 10% όλων των ινοεπιθηλιακών όγκων του μαστού.

Μορφολογικά αποτελεί μια μεγάλη μάζα, ογκώδη, με διάμετρο 15cm. Αναπτύσσεται γρήγορα χωρίς να διηθεί τους παρακείμενους ιστούς η το υπερκείμενο δέρμα.

Μακροσκοπικά είναι όγκος συμπαγής, οζώδης, καλά περιγεγραμμένος παρεκτοπισμός κατά την ψηλάφηση. Μικροσκοπικά δείχνει έντονη υπερπλασία των κυττάρων του στρώματος με υπερμεγέθεις επιθηλιακούς σχηματισμούς.¹

Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Εάν δεν αφαιρεθεί πλήρως υποτροπιάζει τοπικώς. Η εκτομή ως εκ τούτου πρέπει να είναι ευρεία και επί υγιών ιστών. Συνήθως η απλή μαστεκτομή γίνεται αναγκαία εξ' αιτίας του μεγέθους του όγκου. Εάν ο όγκος υποτροπιάσει τοπικώς, επιχειρείται νέα χειρουργική αφαίρεση του όγκου.³

3. Ενδοσωληνωδες θήλωμα.

Πρόκειται για καλοήγη υπερπλαστική εξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων που εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε γυναίκες ηλικίας 40-50 χρονών, ενώ πριν τα 30 και μετά τα 60 είναι σπάνια. Αποδίδεται στην εκλεκτική δράση στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων αγνώστου αιτιολογικού παράγοντα με αποτέλεσμα ερεθισμό και υπερπλασία. Υποθέσεις που αναφέρονται σε μηχανικό ερεθισμό, μικροβιακούς παράγοντες ή λίμνασης εκκρίσεων μέσα στους πόρους δεν στηρίζονται σε επαρκή αποδεικτικά στοιχεία. Η θεραπεία των θηλωμάτων είναι εγχειριτική και συνίσταται στην εξαίρεση της βλάβης.²

4.2.2. Κακοήθεις παθήσεις μαστού.

A. Νόσος του Paget

Πρόκειται για την ιδιότυπη και σπάνια μορφή καρκίνου του μαστού. Αρχίζει σαν μια υγρή εκζεματοειδής βλάβη στη θηλή η οποία είναι εξέρυθρη και πεπαχυσμένη. Η επιφάνεια της βλάβης μπορεί να είναι είτε λεπιδωτή και ξερή είτε υγρή με εξίδρωση υγρού. Στην αρχή κάτω από τη θηλή δε ψηλαφάται διόγκωση αλλά αυτό συμβαίνει τελικώς σε προχωρημένες φάσεις της νόσου.

Η πρόγνωση είναι εξαιρετικώς καλή, σε αντίθεση με αλλά καρκινώματα του δέρματος που αναπτύσσεται στο μαστό. Στην ουσία πρόκειται για ενδοαυλικό καρκίνωμα που αναπτύσσεται σε μικρότατους πόρους της θηλής και προσβάλλει τόσο προς την επιφάνεια όσο και προς το βάθος.⁷

Η θεραπεία στη νόσο Paget είναι ίδια όπως και στους υπόλοιπους τύπους καρκίνου. Το ίδιο ισχύει και για τη σταδιοποίηση της βλάβης.

B. Σαρκώματα

Τα σαρκώματα συνήθως παρουσιάζονται σαν μεγάλες μάζες οι οποίες δεν είναι καθλωμένες στο δέρμα ή τους εν τω βάθει ιστούς, δίνουν σπάνια λεμφαδεβικές μεταστάσεις και μεθίσταται αιματογενώς με προτίμηση τους πνεύμονες, οστά και ήπαρ. Η μαστογραφία δίνει εικόνες συμβατές με καλοήθεις βλάβες όπως κύστεις ή ινοαδενώματα.

Ο συχνότερος τύπος σαρκώματος είναι το κυστοεοσάρκωμα αν και σπανιότερα αναφέρεται η ύπαρξη λιποσαρκινώματος, λειομυοσαρκώματος, ραβδομυοσαρκώματος, λεμφοσαρκώματος.

Όλες οι θεραπευτικές μέθοδοι έχουν δοκιμαστεί, χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αλλά η πρόγνωση είναι πολύ φτωχή.¹

Γ. Φλεγμονώδες καρκίνος.

Αποτελεί μια πολύ επιθετική και θανατηφόρα μορφή καρκίνου. Τα καρκινικά κύτταρα είναι πολύ αδιαμορφοποιητά με εκτεταμένη διήθηση των λεμφαγγείων. Εξ' αιτίας της αποφράξεως των λεμφαγγείων προκαλείται στον πάσχοντα μαστό ερυθρότητα, πόνος και οίδημα. Ο μαστός είναι ζεστός και παρουσιάζει συμπτώματα οξείας φλεγμονής. Εκτός των λεμφαγγείων διηθούνται οι επιπολής φλέβες και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Συνήθως εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες κατά την περίοδο της γαλουχίας. Η πρόγνωση είναι πολύ κακή και κάθε είδους θεραπεία είναι συνήθως ανίκανη να αντιμετωπίσει τη νόσο.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Θεραπευτικές μέθοδοι.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική. Τη συντηρητική θεραπεία αποτελούν η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, ενώ τη χειρουργική οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στο μαστό καθώς και η ορμονοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει και στοιχεία συντηρητικής παρέμβασης (π.χ. χορήγηση ορμονών).

Ποτέ δεν δικαιολογείται η επιλογή και η εφαρμογή μιας θεραπείας χωρίς κυτταρολογική ή ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Οι εξετάσεις αυτές θα δώσουν πληροφορίες για τον καθορισμό όχι μόνο του είδους, αλλά και του τρόπου της θεραπείας. Κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ένδειξης, είτε ως μόνη θεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλες, ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, το βαθμό διαφοροποίησης, την έκταση της νόσου, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.

5.1.1. Χημειοθεραπεία

Η χημειοθεραπεία αποτελεί τη θεραπεία εκλογής αγιά τη μεταστατική νόσο με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, σε ασθενείς με ταχείς εξελισσόμενη νόσο β) με ηπατικές ή πνευμονικές μεταστάσεις, όταν τα κύτταρα δεν εκφράζουν οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και όταν αποτυγχάνει η ορμονική θεραπεία, και γ) στη βαριά μορφής μεταστατική νόσο η οποία απειλεί τη ζωή της ασθενούς, στην οποία μεταξύ των άλλων χρειαζόμαστε γρήγορη ανακούφιση από τα συμπτώματα. Η μέση επιβίωση από την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι 12 με 30 μήνες.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη του και περιορίζουν τις διαστάσεις του. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα στις ωσθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται : α) από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου. Β) από την κατάσταση της ασθενούς γ) από το στάδιο εξέλιξης της νόσου. δ) από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας ε) από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών και στ) από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δυο βασικές κατηγορίες.:

1) Σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα όγκου. (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και

2) Σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων (αποδεδειγμένης γενικευμένη νόσος).⁵

1. Προφυλακτική χημειοθεραπεία

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε τη χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή

των μη ορατών μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση της ελευθέρου νόσου μεσοδιαστήματος, την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.⁵

Η προφυλακτική χημειοθεραπεία χορηγείται σήμερα στους περισσότερους ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπάρχοντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν, με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. Ορισμένες ασθενείς που δεν παρουσιάζουν προφανείς μεταστάσεις κατά το χρόνο της επέμβασης αλλά είναι υψηλού κινδύνου για τέτοιες μικρομεταστάσεις, μπορούν ν' απαλλαγούν από τη νόσο.⁶

Ένας τρόπος θεραπείας του καρκίνου του μαστού που η χημειοθεραπεία θεωρείται σαν αρχικό είδος θεραπείας είναι ο ακόλουθος:

1. Εάν μετά από τη χημειοθεραπεία ο πρωτοπαθής όγκος εξαλειφθεί η περιορισθεί κάτω από 2 εκ τότε ακολουθεί ακτινοβολία μαστού, μασχαλαίας χώρας, της περιοχής της έσωμαστικής και υπερκλείδας χώρας. Στην περίπτωση που οι μαστοί είναι μεγάλοι σε μέγεθος, για να διευκολυνθεί η ακτινοβολία, προηγείται απλή μαστεκτομή.

2. Εάν όμως ο περιορισμός του όγκου είναι μικρότερος, τότε εκτελείται απλή μαστεκτομή και ακολουθεί κατά τα γνωστά ακτινοβολία.

3. Εάν ουσιαστικά δεν προκληθεί καμία ελάττωση του όγκου, ο δε όγκος θεωρείται τεχνικά ανεγχειρητος, τότε εφαρμόζεται ακτινοβολία στην περιοχή του όγκου και των λεμφαδένων.

Η χημειοθεραπεία μπορεί όχι μόνο να προηγείται αλλά και να ακολουθεί την ακτινοθεραπεία. Συνδυασμός χημειοθεραπείας με BCG είχε σαν αποτέλεσμα αύξηση της πενταετούς επιβίωσης.

2. Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού

Ως γενικευμένο καρκίνο μαστού εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται χωρίζονται στις εξής κατηγορίες :

α) Αλκυλιούντες παράγοντες : αυτά επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου (π.χ. χλωραβουκίλη, μεφαλάνη κτλ).

β) Αντιμεταβολίτες : υποκαθιστούν τους μεταβολίτες. δρουν στη φάση του καρκίνου που γίνεται η σύνθεση του DNA. Τέτοια φάρμακα είναι μεθοτρεξατη, 5-φλουουρακίλη κτλ.

γ) Αναστολές της κυτταρικής μίτωσης : (πχ. Θεική βιντεσίνη κτλ) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

δ) Αντιβιοτικά με δράση όμοια με τη δράση των αναστολέων της κυτταρικής μίτωσης (πχ. Κρυσταλλική μιτομυκίνη, υδροχλωρική αδριαμυκίνη κτλ)

ε) Ορμόνες : χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου, επειδή πιστεύεται ότι η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού (πχ οιστρογόνα, ανδρογόνα κτλ).⁵

Τρόποι χορήγησης του χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι δυνατόν να χορηγηθούν με τους εξής τρόπους:

- Ενδοφλεβίως – ενδαρτηριακώς.
- Ενδομυκώς
- Ενδοκοιλιακώς (πχ. Ενδουπεζωκοτική)
- Υποδορίως.
- Από το στόμα
- Τοπικώς.

Οι συσκευές χορήγησης ποικίλλουν ανάλογα με το φάρμακο και τη μέθοδο χορήγησης. Έτσι, χημειοθεραπευτικά τα οποία όταν χορηγούνται ενδαγγειακώς υπάρχει κίνδυνος εξαγγείωσης και ιστικής νέκρωσης, πρέπει να χορηγούνται διαλυμένα μέσα σε ορούς Dextrose 5% 250cc, πράγμα που βοηθάει τη μεγαλύτερη αραιώση του φαρμάκου έτσι που, αν συμβεί κάποια εξαγγείωση ή τοξική δράση στους τοπικούς ιστούς, να είναι περιορισμένη.⁵

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία

Η διάρκεια και η συχνότητα της χημειοθεραπείας εξαρτώνται από έναν αριθμό παραγόντων, οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την ασφάλεια της ασθενούς.

- α) Από τον τύπο της νεοπλασίας.
- β) Από τον χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία.
- γ) Από το πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια.
- δ) Από τις συνυπάρχουσες παθήσεις (καρδιακή ανεπάρκεια, ηπατική βλάβη κτλ).

Γενικά, για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος ανάπαυσης. Η περίοδος ανάπαυσης είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας. Αυτές οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.

Η χημειοθεραπεία δυνατό να προκαλέσει ναυτία, εμετό, αλωπεκία η οποία είναι παροδική, διάρροια, στοματίτιδα, κοκκοκυτταραιμία, δευτεροπαθή αμηνόρροια στο 1/3 των περιπτώσεων μικρή αύξηση του βάρους του σώματος, ελάττωση της σεξουαλικότητας, ανσοκαταστολή στην αρχική της φάση κτλ.

Επίσης δυνατόν να επιβραδύνει την επούλωση του τραύματος λόγω καταστολής των ινοβλαστών, να ελαττώσει την άμυνα του οργανισμού της άρρωστης στην επίδραση λοιμογόνου παράγοντα και τέλος να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση, λόγω πτώσης των αιμοπεταλίων.⁴

5.1.2 Ακτινοθεραπεία

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοαντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση.²

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού δεν φαίνεται να παρατείνει τη ζωή της άρρωστης. Κάποτε, εμποδίζει την καλή επούλωση του τμήματος και άλλες φορές προκαλεί νέκρωση των ιστών, που ακτινοβοληθήκαν, και ρίκνωση τους. Επίσης

προκαλεί εγκαύματα και ελαττώνει τη συστηματική αντικαρκινική αντίδραση του οργανισμού. Ακόμα δυνατό να προκαλέσει αίσθημα κόπωσης, αδιαθεσία, ναυτία, εμετό και λευκοπένια.⁴

Γενικά, τις περισσότερες φορές, η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται με τη χρησιμοποίηση ακτινοβολίας ή ακτινών Rontagen η είναι σωματιδιακή β.

Η ακτινοθεραπεία έχει ένδειξη σε ασθενείς με μεγάλο μέγεθος όγκους που διηθούν το δέρμα ή τους υποκειμενικούς ιστούς, καθώς επίσης και σε ασθενείς με μεταστάσεις στον εγκέφαλο, τους οφθαλμικούς κόγχους, τους σπόνδυλους, τα μηριαία οστά και σε μόνηρες επώδυνες οστικές μεταστάσεις όπου επιτυγχάνεται σε μεγάλο ποσοστό ανακούφιση από τον πόνο.¹²

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν προεγχειρητική, μετεγχειρητική, στην αντιμετώπιση τοπικά προχωρημένης ανεγχείρητης νόσου και παρηγορητικά στις απομακρυσμένες μεταστάσεις και τοπικές υποτροπές.

1. Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η προεγχειρητικής ακτινοθεραπεία μπορεί να μετατρέψει όγκους οριακούς από άποψη χειρουργικής εκτομής σε πλήρως εξαιρέσιμους όγκους (με το μηχανισμό της συρρίκνωσης του όγκου) και παράλληλα να αποστειρώσει το πεδίο της μαστεκτομής και να ελαττώσει τη λεμφαδενική διήθηση. Επίσης το αποτέλεσμα της προεγχειρητικής ακτινοβολίας όπως τουλάχιστον προκύπτει από μελέτες σε ασθενείς που υπέστησαν ριζική μαστεκτομή είναι ότι ελαττώνει την εμφάνιση τοπικής η επιχώριας υποτροπής. Η χορήγηση 45 με 50 Gy στα επιχώρια λεμφαγγεία και τους ιστούς του θωρακικού τοιχώματος ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες κάθε ασθενούς αποδεικνύεται ότι προλαμβάνει την υποτροπή στα 90% με 95% των ασθενων που είναι προδιαθετιμένες σε τέτοιες υποτροπές. Με βάση τα παραπάνω βρίσκει εφαρμογή και σε όγκους σταδίου III.¹

2. Μετεγχειρητική Ακτινοθεραπεία

Πολυάριθμες αναδρομικές μελέτες έχουν δείξει ότι η χρησιμοποίηση μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας, ελαττώνει την εμφάνιση τοπικής η επιχώριας υπότροπης.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία για τον καρκίνο μαστού καθιερώθηκε αμέσως μόλις έγινε αντιληπτό ότι λεμφαδενικές μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού αφορούσαν όχι μόνο τους μασχαλιαίους αλλά και στους αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας, καθώς και της υπερκλειδίας και της υποκλειδίας περιοχής.

Χρειάζεται προσεκτική επιλογή των ασθενών οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών υπότροπων ώστε να ακτινοβοληθούν αυτές πραγματικά οι οποίες θα ωφεληθούν.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δίνεται σε δόσεις όγκου 5.000 Rads περίπου σε 5 εβδομάδες. Συνήθως συνίσταται ακτινοβολήση των κορυφαίων μασχαλιαίων, υπερκλειδίων, και εσωμαστικών λεμφαδένων σε γυναίκες με ιστολογικά θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή με τον πρωτοπαθή όγκο κεντρικά η στα έσω τεταρτημόρια του μαστού. Το θωρακικό τοίχωμα θα ακτινοβοληθεί μόνο αν έχουμε μεγάλο όγκο, διήθηση από τον όγκο του δέρματος του μαστού η του θωρακικού τοιχώματος και εκτεταμένη λεμφαδενική προσβολή. Επίσης μετεγχειρητική

ακτινοβολία επιβάλλεται όταν τα όρια της χειρουργικής εκτομής είναι ανεπαρκή, υπάρχει υποψία παραμονής νόσου ή υπάρχει πολυεστιακή νόσος.¹

Η ακτινοθεραπεία πρέπει να χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και όχι να περιμένουμε την εμφάνιση υποτροπών διότι τότε αντιμετωπίζονται μόνο σε ποσοστό 50-70%. Όλες οι μελέτες τονίζουν το απαραίτητο της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Τώρα, με την τάση που υπάρχει να εγκαταλειφθεί η ριζική μαστεκτομή και την όλο συχνότερη εφαρμογή λιγότερο ριζικών επεμβάσεων, ο ρόλος της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας γίνεται όλο και περισσότερο σημαντικός.

3. Ακτινοθεραπεία στον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού.

Τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού εννοούμε βασικά το στάδιο III (III_A και III_B) και για μεν το στάδιο III_A (όγκοι T_{3a}, N₀, M₀) όπου ο καρκίνος του μαστού θεωρείται χειρουργήσιμος, η χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας μπορεί να γίνει είτε προεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά όπου επιτυγχάνουμε καλύτερη αποστείρωση του πεδίου μας από μικροσκοπική νόσος.¹

Το M.D Anderson Hospital διαιρεί τον τοπικά προχωρημένο καρκίνο του μαστού σε δυο κατηγορίες: κλινικά ανεγχείρητο αλλά τεχνικά εξαιρεσιμo και εξαιρεσιμo χωρίς ασφάλη (υγιή) όρια. Και στις δυο περιπτώσεις γίνεται χειρουργική επέμβαση και ακολουθεί ακτινοθεραπεία με δόσεις 5000 rads στο μαστό, όπου επιτυγχάνεται τοπικός έλεγχος της νόσου στο 72% των περιπτώσεων.¹

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου καρκίνου του μαστού έχει δυο συνισταμενες : 1) οριστική αντιμετώπιση τη νόσου μετά από βιοψία και 2) επικουρική ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή.

Εκτός της τοπικής θεραπείας στις ασθενείς αυτές, πρέπει να γίνεται και συστηματική θεραπεία προς αντιμετώπιση των υπάρχουσων μεταστάσεων και αυτές είναι η χημειοθεραπεία και οι διάφοροι ορμονικοί χειρισμοί. Πολλές φορές, στις τοπικά προχωρημένες περιπτώσεις, γίνεται ακτινοθεραπεία προεγχειρητικώς, με σκοπό τη βελτίωση των τοπικών ευρημάτων και χειρουργική επέμβαση, η οποία πριν από την ακτινοβολήση δεν μπορούσε να γίνει.⁵

4. Ακτινοθεραπεία στις τοπικές υποτροπές και τη μεταστατική νόσο.

Ο αριθμός των τοπικών υποτροπών μετά από εγχείρηση ανέρχεται στο 20-25% των περιπτώσεων. Το ποσοστό των τοπικών υποτροπών εξαρτάται από το μέγεθος του όγκου, τον αριθμό των διηθημένων αδένων και φυσικά από τον τύπο της εγχείρησης. Μεγάλοι όγκοι, περισσότερο διηθημένοι αδένες, λιγότερο ριζική εγχείρηση, εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό τοπικής υποτροπής.

Τοπικές υποτροπές της νόσου μετά από μαστεκτομή μπορεί να αντιμετωπίσουν παρηγορητικά με ακτινοθεραπεία η οποία αποσκοπεί απλά στην ανακούφιση της άρρωστης για τον υπόλοιπο χρόνο ζωής της, παρ' ότι έχει αναφερθεί στατιστικά καλύτερη επιβίωση των γυναικών.¹

Δόσεις τουλάχιστον 6.000 rads απαιτούνται για την αντιμετώπιση ογκίδων υποτροπής διαμέτρου 1-3 cm. Όσο ογκωδέστερη η υποτροπή τόσο μεγαλύτερη η απαιτούμενη δόση για τον έλεγχο της. Εφ' όσον υπάρχει λεμφαδενική υποτροπή, υποτροπή στο θωρακικό τοίχωμα, βραχύ ελεύθερο νόσου διάστημα και προχωρημένο στάδιο στην αρχική διάγνωση, η πρόγνωση γενικά είναι κακή.¹

Η συνεισφορά της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου είναι σημαντική.

Η συνηθέστερες θέσεις όπου έχουμε σημαντικά οφέλη από τη χρησιμοποίηση της ακτινοθεραπείας είναι οι μεταστάσεις στο σκελετό (90% των ασθενών έχουν κάποια ανακούφιση και 50% πλήρη εξαφάνιση του πόνου.) και στο Κ.Ν.Σ. (35% - 72% εμφανίζουν πλήρη ανακούφιση από τα συμπτώματα.)

Οι οστικές μεταστάσεις, οι οποίες εμφανίζονται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στη λεκάνη και στα ισχία, είναι ως επί το πλείστον επώδυνες και περισσότερο επικίνδυνες για την εμφάνιση παθολογικά καταγμάτων.⁵

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται παρηγορητικός σε εγκεφαλικές μεταστάσεις, που εμφανίζονται σε 10% των περιπτώσεων με προχωρημένη μεταστατική νόσο από καρκίνο του μαστού. 45% των ασθενών πεθαίνουν από εγκεφαλικές μεταστάσεις ενώ 55% πεθαίνουν από μεταστάσεις εκτός ΚΝΣ. Η μέση διάρκεια ζωής είναι 4 μήνες. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται και στις οστικές και στις εγκεφαλικές μεταστάσεις είναι 3000rads.⁵

Μια άλλη μεταστατική εντόπιση παρατηρείται στο νωτιαίο μυελό όπου είναι απαραίτητη η πεταλεκτομή και η ακτινοθεραπεία. Τέλος, μεταστάσεις μπορούν να γίνουν και στο μεσοπνευμόνιο με σύνδρομο πίεσης της άνω κοίλης.⁵

Ανεπιθύμητες ενέργειες από την ακτινοθεραπεία.

Τις ανεπιθύμητες ενέργειες τις διακρίνουμε σε δυο κατηγορίες.

- α) Συστηματικές όπου χαρακτηρίζονται από γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση, ναυτία, εμετούς, ανορεξία, απώλεια βάρους, δεκατική πυρετική κίνηση και
- β) Τοπικές όπου διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Πρώιμες επιπλοκές :

A) Ακτινοδερματίτιδα :

Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας και την ακτινοευασθησία του δέρματος. Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας : α) ερυθρηματώδης β) φυσαλιδώδης γ) εσχαροποιητική

B) Ανασταλτική επίδραση στο μυελό

Τα μητρικά κύτταρα του μυελού των οστών είναι πολύ ακτινοευαίσθητα με αποτέλεσμα την εμφάνιση καθολικής αναστολής των διαιρέσεων των μητρικών κυττάρων. Έχουμε μεγάλη μείωση του αριθμού των κυκλιοκυττάρων, λεμφοκυττάρων, ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων. Όλα αυτά οδηγούν σε θροβοπένια, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Γ) Δυσκαταποσία- δυσφαγία, ναυτία, εμετός, διάρροια, κόπωση, αδυναμία. Η διάρροια προκαλεί έντονη αφυδάτωση η οποία μαζί με εμετό προκαλεί μεγάλη απώλεια βάρους.

Δ) Ξηροστομία που οφείλεται σε αρνητική επίδραση της ακτινοβολήση στους αδένες της παρωτίδας που εκκρίνουν το σίελο.

Όψιμες επιπλοκές

A) Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε. Το δέρμα γίνεται λεπτό και ατροφεί. Αυτά αποφεύγονται με καλό καταμερισμό των δόσεων.

B) Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και ιστών.

Γ) Αλωπεκία. Η αλωπεκία αρχίζει να εμφανίζεται 2-3 εβδομάδες μετά την έκθεση στην ακτινοβολία.

Δ) Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου.

E) Λευκαμία

ΣΤ) Μεταλλάξεις

Z) Πολυτερηδονισμός. Οφείλεται στη μείωση του σιέλου λόγω ξηροστομίας. Ο σίελος περιέχει ειδικά ένζυμα που προστατεύουν τα δόντια από την τερηδόνα. Λόγω ελλείψεως αυτού του ένζυμου εμφανίζεται πολυτερηδονισμός.⁵

5.1.3.Ορμονοθεραπεία

Οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και διατήρηση του φυσιολογικού μαζικού ιστού, ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία, με επακόλουθο η κυτταροκινητική ενός όγκου του μαστού να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πυκνότητα και τις σχέσεις ορισμένων υποδοχέων.

Τα ορμονοεξαρτώμενα κύτταρα περιέχουν ορμονοϋποδοχείς στο κυτταρόπλασμα τους για κάθε ορμόνη, η οποία επηρεάζει την ανάπτυξη και τη λειτουργία τους.

Η ένδειξη για τη σωστή εφαρμογή της ορμονοθεραπείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. :

α) Από την ύπαρξη ή μη ορμονοϋποδοχέων. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η ορμονική θεραπεία αποδίδει μόνο στο 8-10% των ασθενών με αρνητικούς υποδοχείς.

β) Από την χρονική περίοδο που η ασθενής παραμένει ελεύθερη συμπτωμάτων.

Ασθενής με βραχύ μεθοδιάστημα μικρότερο από ένα χρόνο, μεταξύ της πρωτοπαθούς θεραπείας και της επακόλουθης μεταστατικής νόσου, δεν αποτελούν ένδειξη για αποτελεσματική ορμονική θεραπεία. Αντίθετα σε ασθενείς με μεγάλο ελεύθερο ενοχλημάτων μεσοδιάστημα (πάνω από πέντε χρόνια) υπάρχει μεγαλύτερη ανταπόκριση στην ορμονική θεραπεία.

γ) Από τη θέση της μεταστατικής νόσου.

Μεταστατική νόσος που εντοπίζεται στα μαλάκα μόρια, το δέρμα, τους επιχώριους, λεμφαδένες, την υπεζωκοτική κοιλότητα και τα οστά, έχει πιο καλή ανταπόκριση στην ορμονοθεραπεία. Αντίθετα, μεταστάσεις που εντοπίζονται στα σπλάχνα ανταποκρίνονται καλύτερα στη χημειοθεραπεία.

δ) Από την ηλικία της ασθενούς.

Η ορμονική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική στις μεγαλύτερες σχετικά γυναίκες απ' ό,τι στις νεότερες. Τα αντιοιστρογόνα βρίσκουν καλύτερη ανταπόκριση στις αμέσως μεταεμμηνοπαυσιακές.

ε) Από την ανταπόκριση στην προηγούμενη θεραπευτική αγωγή. Ασθενείς με καλή ανταπόκριση σε μια μορφή π.χ. ορμονοθεραπείας αναμένεται ότι θα έχουν εξίσου καλή ανταπόκριση και σε μια άλλη μορφή ορμονικής θεραπείας.

Κατά την εφαρμογή της συστηματικής θεραπείας στο διεσπαρμένο καρκίνο του μαστού πρέπει να τηρούνται επίσης τα ακόλουθα:

- α) Η εφαρμογή μιας μόνο θεραπευτικής αγωγής σε δεδομένο χρόνο.
- β) Η αλλαγή της αγωγής που εφαρμόζεται επιτρέπεται μόνο όταν η νόσος είναι σε εξέλιξη και ποτέ όταν είναι στάσιμη.

Η επιλογή της κατάλληλης ορμονικής θεραπείας γίνεται με βάση την κλινική κατάσταση της ασθενούς. Προς το σκοπό αυτό διακρίνουμε δυο μεγάλες κατηγορίες ασθενών, τις προεμμηνοπαυσιακές που περιλαμβάνονται και γυναίκες. ένα χρόνο από της τελευταίας έμμηνου ρύσεως, και τις μετά εμμηνοπαυσιακές που περιλαμβάνονται στις υπόλοιπες.

Οι ορμόνες που χρησιμοποιούνται στην ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι :

1) Αντιοιστρογόνες ορμόνες

Οι αντιοιστρογόνες ορμόνες ανήκουν στις στεροειδείς ορμόνες και έχουν την ιδιότητα να ανταγωνίζονται τις οιστρογόνες ορμόνες σε κυτταρικό επίπεδο.

Από τις αντιοιστρογονικές ορμόνες που χρησιμοποιούμε η κύρια ορμόνη είναι η ταμοξιφαίνη, η οποία έχει αποδειχτεί ασφαλής και αποτελεσματική. Χορηγείται συνήθως σε δόση 20 με 40 mg τη μέρα. Έχει χρόνο ζωής παρατεταμένο και χρειάζεται παρακολούθηση του ασβεστίου της άρρωστης.

Η ταμοξιφαίνη δεν έχει σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, γι αυτό η διακοπή της θεραπείας είναι ασυνήθιστη. Είναι δυνατό να διαταράξει την εμμηνορρυσία, να προκαλέσει δευτεροπαθή αμηνόρροια η να προκαλέσει διάρροια, κοιλική υπερέκκριση, κνησμό στο αιδοίο, ζάλη, κεφαλαλγία και πόνο στα οστά.⁴

Η ταμοξιφαίνη έχει αντικαταστήσει πλήρως τις άλλες ορμόνες ως πρώτο ορμονοθεραπευτικό φάρμακο στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σε όγκους θετικούς η με κλινικές ενδείξεις που προδικάζουν ορμονική απάντηση.⁵

Εκτός από τη ταμοξιφαίνη δοκιμάστηκε η χορήγηση της ναφοξιδίνης και της κιτρικής κλομιφαίνης στην αντιμετώπιση γενικευμένου καρκίνου του μαστού. Όμως, δεν έτυχαν γενικής επιδοκιμασίας, γιατί έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες που αφορούν περισσότερο στο δέρμα, στο συκώτι και στο γαστρεντερικό σύστημα.

2) Οιστρογόνες ορμόνες.

Η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών συστήνεται ιδιαίτερα σε αδενοκαρκίνωμα, όταν έχουν περάσει παραπάνω από 5 χρόνια από την τελευταία εμμηνοπαυσία. Οι οιστρογόνες ορμόνες δρουν στην υπόφυση, αναστέλλοντας την έκκριση των γοναδοτροπών ορμονών. Αυτή η αναστολή δε συμβαίνει πάντοτε, γι αυτό έχουμε κάποτε έξαρση της πάθησης.⁴

Τα οιστρογόνα είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο από όλες τις άλλες ομάδες φαρμάκων για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Το πιο εύχρηστο φάρμακο είναι η διαιθυλοστιλβεστρόλη σε δόση 15mg τη μέρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της χρονιάς χορήγησης οιστρογόνων περιλαμβάνουν μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση νατρίου, αιμορραγία, ακράτεια ουρών και αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας.

3) Ανδρογόνες ορμόνες.

Οι ανδρογόνες ορμόνες χορηγούνται περισσότερο σε προχωρημένες μεταστάσεις

Και ιδιαίτερα σε οστικές και σε γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση η 2-3 χρόνια μετά την τελευταία εμμηνορρυσία και σε αυτές που υποβλήθηκαν σε ωθηκτεκτομία. Δε χορηγούνται στο αδενοκαρκίνωμα του μαστού του άνδρα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αρρενοποίηση, αύξηση της σεξουαλικής επιθυμίας, κατακράτηση νατρίου και ερυθροκυττάρωση.

Η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σε θετικούς οιστρογόνους υποδοχείς προκαλεί ανταπόκριση στη θεραπεία σε συχνότητα 10%. Η ύφεση εμφανίζεται μετά 4-12 εβδομάδες.⁴

4) Προγεστερονοειδή

Στη θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του μαστού μπορούμε να περιλάβουμε και τα προγεστερονοειδή, γιατί προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδότροπων ορμονών από την υπόφυση.

Απ αυτά προτιμάμε τη χορήγηση της μεδροξυπρογεστερόνης(MPA). Οι υψηλές δόσεις της στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι παρεμποδίζουν τη δράση των γοναδοτροπίνων της υπόφυσης, ελαττώνουν τα επίπεδα της οιστροδιόλης, της τεστοτερόνης, της ACTH και της υδροκορτιζόνης προκαλούν πτώση των επιπέδων της τριωδοθυρονίνης (T3) και της θυροξίνης (T4) ενώ αυξάνουν τα επίπεδα της θυροειδοτροπών ορμόνης (TSH). Τα επίπεδα της προλακτίνης δε μεταβάλλονται, της αυξητικής ορμόνης (GH) παραμένουν σταθερά ή μειώνονται.⁵

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της MPA είναι γενικά ελαφρές και συνοψίζονται σε ιδρώτες, κολπόρροια, αύξηση του σωματικού βάρους, λεπτό τρόμο, κράμπες και δημιουργία αποστημάτων στους γλουτους από τις ενδομυϊκές ενέσεις. Συγχρόνως, όμως έχουμε πρόσθετα επιθυμητά αποτελέσματα : την ελάττωση του πόνου, την αναβολική ενέργεια και την καλύτερη αντοχή του αιμοποιητικού ιστού στη χημειοθεραπεία.⁵

5) Αμινογλουτεθιμίδη

Την αμινογλουτεθιμίδη τη χορηγούμε σε γενικευμένο καρκίνο του μαστού και ιδιαίτερα σε άρρωστες, που είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία ή ορμονοθεραπεία με ταμοξιφαινη. Δίνεται αρχικά σε δόση 250mgx2 τη μέρα και για δυο εβδομάδες και στη συνέχεια αν δεν υπάρχει πρόβλημα τοξικότητας αυξάνεται στην πλήρη ημερήσια δόση των 250mgx4. Τις 2 πρώτες εβδομάδες δίνεται και θεραπεία υποκατάστασης με υδροκορτιζόνη 100mg τη μέρα και στη συνέχεια ελαττώνεται στα 40mg τη μέρα. Η υδροκορτιζόνη αποτρέπει υπερέκκριση ACTH από την υπόφυση, πράγμα που θα μπορούσε να οδηγήσει σε υπερκερασμό της επινεφριδικής αναστολής.¹

Η χορήγηση αμινογλουτεθιμίδης έχει θεραπευτική ανταπόκριση σε συχνότητα 53%. Ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν ο ίλιγγος, η ναυτία, οι αλλεργικές αντιδράσεις, η ανορεξίακτλ, που εμφανίζονται στην αρχή της θεραπείας, αλλά αργότερα υποχωρούν.⁴

6) Η ωθηκοεκτομή εκτελείται σε άρρωστες με προοδευτικά εξελισσόμενη μεταστατική νόσο, όταν η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνορρυσιακή της ηλικία η είχε την τελευταία εμμηνορρυσία όχι περισσότερο από ένα χρόνο.⁴

Αν οι ορμονικοί υποδοχείς του όγκου ήταν θετικοί, τότε η εκτέλεση ωθηκεκτομίας είναι αποτελεσματική σε συχνότητα 65%, αν όμως αρνητικοί, τότε μόνο σε συχνότητα 3%.⁴

Για τη νοσηλεύτρια, η ωθηκεκτομή παρουσιάζει τα εξής προβλήματα: Η ασθενής αντιμετωπίζει το θέμα της στέρησης και χάνει κάθε ελπίδα για να αποκτήσει παιδί. Η νοσηλεύτρια μπορεί να τονίσει ότι η εξασφάλιση της υγείας είναι εκείνο που προέχει και να επιστρατεύσει το οικογενειακό περιβάλλον για υποστήριξη. 5

Από πλευράς νοσηλείας, η ωθηκεκτομή παρουσιάζει τα προβλήματα μιας απλής επέμβασης κοιλιάς και δεν παρουσιάζει επιπλοκές. 5

7) Επινεφριδεκτομή- Υποφουσεκτομή

Η χρησιμοποίηση των σημερινών αντισταθμιστικών φάρμακων, η επιτυχία αναίμακτης κατάργησης της εκρηκτικής δραστηριότητας των επινεφριδίων με τη χορήγηση αμινογλουταμιδίου και δεξαμεθαζόνης εξοστράκισαν την υποφουσεκτομή και επινεφριδεκτομή στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.⁴

Και οι δυο εγχειρήσεις παρουσιάζουν το μειονέκτημα της υψηλής εγχειρητικής θνητότητας και της μετεγχειρητικής νοσηρότητας, καθώς και τις μόνιμες διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος που απαιτούν θεραπεία αντικατάστασης. Γι αυτό, σήμερα δεν εφαρμόζονται πλέον, αφού έχουν αντικατασταθεί από φαρμακευτικές θεραπείες καταστολής οιστρογόνων, με αμινογλουτεθιμίδη, αντισταθμιστικά και άλλες συμπληρωματικές ορμόνες, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.⁵

5.1.4. Χειρουργική Θεραπεία.

Από την εποχή του Halsted (1894) που περιέγραψε τη γνωστή μέθοδο της ριζικής μαστεκτομής, επί 7 δεκαετίες περίπου η εγχειρητική αυτή ήταν η θεραπεία εκλογής για ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού.

Εν συνέχεια όμως άλλες εγχειρήσεις, λιγότερο ριζικές, εφαρμόστηκαν για ένα καλύτερο κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, χωρίς να υστερούν της ριζικής μαστεκτομής ως προς την επιβίωση.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να διαγράφεται μια τάση προς λιγότερο ριζικές εγχειρήσεις, με σκοπό τη διατήρηση του μαστού και την αποφυγή ως εκ τούτου του φυσικού και ψυχικού ακρωτηριασμού σε γυναίκες με καρκίνο σε πρώιμο στάδιο.

α. Ριζική μαστεκτομή (Halsted)

Η ριζική μαστεκτομή περιλαμβάνει την αφαίρεση ολόκληρου του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζονα και ελάσσονα) καθώς και καθορισμό της μασχάλης, όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών, εμφανίζει δε το μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών. Προτιμάται και σήμερα σε ειδικές περιπτώσεις είτε επί μεγάλου όγκου είτε επί όγκου που διηθεί το μείζονα θωρακικό μυ.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευση συνεχούς αναρρόφησης. Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό αισθητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και μεγάλα ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα.⁴

Παραλλαγές της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλειδίων λεμφαδένων. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, εκτός από το μαστό, τους μύς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματα της όμως είναι πολύ φτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής.⁵

β. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αποτελεί σήμερα την εγχείρηση εκλογής για τον καρκίνο του μαστού. Περιλαμβάνει ολική αφαίρεση του μαστού, αφαίρεση της περιτονίας του μείζονα θωρακικού μυός και καθαρισμό της μασχάλης. Μερικοί προτιμούν τη διατομή της κατάφυσης η και αφαίρεση του ελάσσονα θωρακικού μυός για διευκόλυνση του λεμφαδενικού καθαρισμού της μασχάλης.

Η εγχείρηση αυτή προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, γιατί δε διαπιστώθηκε διαφορά επιβίωσης στις άρρωστες, σε σύγκριση με τη ριζική μαστεκτομή, γιατί το αισθητικό της αποτέλεσμα είναι καλύτερο και γιατί δε δημιουργεί ψυχολογικά προβλήματα στη γυναίκα επειδή δίνει τη δυνατότητα ανάπλασης του μαστού.¹

Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια και έτσι επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αισθησιακό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί με την τομή αυτή να φοράει φορέματα ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά. Μεταξύ μαστεκτομής και ανασύστασης του μαστού, αφήνουμε διάστημα 4-6 μηνών.⁵

γ. Υποδόρια μαστεκτομή - Αηλη μαστεκτομή

Η υποδόρια η προφυλακτική μαστεκτομή περιλαμβάνει αφαίρεση του αδενικού ιστού του μαστού με διατήρηση του δέρματος, του υποδόριου ιστού και του συμπλέγματος θηλής-θηλαίας άλω με σκοπό την άμεση ή απώτερη αποκατάσταση του μαστού.

Ενδείξεις της θεωρούνται η γενικευμένη ινοκυστική νόσος, προκαρκινωματώδεις καταστάσεις του μαστού, ισχυρό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού και η βαριά μαστοδυνία.¹

Η εγχείρηση αποβλέπει στην αφαίρεση του προκαρκινωματώδους ή επώδυνου ιστού του μαστού και στη δημιουργία ενός αισθητικά αποδεκτού μαστού.

Μια άλλη χρησιμότητα της απλής μαστεκτομής είναι η αντιμετώπιση τοπικής υποτροπής στο μαστό καθώς και η αφαίρεση ευμεγεθών όγκων του μαστού σε ασθενείς με απομακρυσμένες μεταστάσεις απλώς και μόνο για να διευκολυνθεί ο τοπικός έλεγχος της νόσου.¹

δ. Μερική μαστεκτομή.

Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2cm ή και μικρότερων, εφαρμοσμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια και αφαιρούνται τα περίξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες.⁵

ε. Ογκεκτομή

Η ογκεκτομή ενδείκνυται σε ασθενείς με εντοπισμένες μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συχνά δεν ξεπερνούν τα 3cm σε μέγεθος. Η τομή γίνεται ακριβώς πάνω από τη μάζα του όγκου. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή κατά την εγχείρηση για να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος. 5

Η εκλογή μιας από τις παραπάνω επεμβάσεις, θα εξαρτηθεί ύστερα από τη σωστή αξιολόγηση όλων των κλινικών και των εργαστηριακών ευρημάτων. Σήμερα οι πιο επικρατέστερες είναι οι συντηρητικές εγχειρήσεις. Η επιλογή του γιατρού θα εξαρτηθεί και από τη φύση της νόσου, τη φύση της θεραπείας και την ανθρώπινη φύση.

5.2 Χρήση προσθηκών μετά από μαστεκτομή - ενδυμασία

α. Προσωρινή προσθήκη

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, που είναι σύμβολα θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστήριξη τη μασεκτομείσα ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία, αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκαταστήσει με τη χρησιμοποίηση προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.⁶

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφάλειας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δυο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό.

Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού – και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμο της – η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν.

Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.

Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει επίσης να μακρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δυο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.²

Στο σπίτι: Αυτό είναι το πρώτο βήμα της γυναίκας έξω από το νοσοκομείο και κάθε προσπάθεια της αποσκοπεί στο να επανακτήσει τη θηλυκότητα της. Ενημερώνεται η ασθενής να μη φοράει στενά ρούχα, ή άλλα ρούχα που να την κολακεύουν. Συνιστάται να φοράει ριγέ μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

Για να φορέσει μαγιό, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού καμένου στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό.

Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εάν αυτή ενδείκνυται).⁵

β. Μόνιμη προσθήκη

Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα.

- i. Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.
 - ii. Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά τη μαστεκτομή, συνήθως μετά από 6-12 μήνες.
 - iii. Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη ούλη.
 - iv. Συνιστάται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και γι αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισης του.
- Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

1. **Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης** μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή από το χειρουργό μετά την τοποθέτηση τους στο μαστό. Χρησιμοποιούνται σακκοί από αδρανές υλικό (σιλικόνη) που μπορεί να γεμίζονται ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, π.χ. Dextran η ακόμα και φυσιολογικό ορρό.

Η χρησιμοποίηση σάκκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης.

Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή διχωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερειακός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο το χειρουργό με φυσιολογικό ορρό.

2. **Αποκατάσταση με κρημνούς.** Η μεταφορά της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα όπως πλατιά και καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, μετακτινικές αλλοιώσεις, δέρμα υπό τάση κλπ.

Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι :

α. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.

β. Κρημνοί από τον ορθόκοιλιακό μυ.

γ. Διάφοροι άλλοι κρημνοί π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.

3. **Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών.** Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στη περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοσθεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

Οι λόγοι είναι οι εξής:

- Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότυπο που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κλπ.)

- Δε δημιουργείται δευτερογενές έλλειμμα σε άλλες περιοχές.

- Δε δημιουργούνται λειτουργικά ελλείμματα από τη χρήση μυών σε μυοδερματικούς η μυϊκούς κρημνούς.

- Δεν δημιουργούνται άλλες ουλές.

- Υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής του μεγέθους και του σχήματος με την κατάλληλη επιλογή του διατατήρα και του βαθμού διάτασης.

-Μικρή επιβάρυνση της ασθενούς διότι :

1) Οι επεμβάσεις είναι βραχύχρονες

2) Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη

3) Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές.

4. **Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημό και μικροχειρουργική αναστόμωση.** Από τους χρήσιμους κρημνούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται ο βουβωνικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και τέλος ο μείζων γλουτιαίος.⁵

5.3 Αποκατάσταση λειτουργικότητας μετά από μαστεκτομή.

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Οι κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι, ανάλογα με την έκταση της νόσου τα αποτελέσματα από περιορισμένη εκτομή και ακτινοθεραπεία πλησιάζουν αυτά της τροποποιημένης ριζικής και ριζικής μαστεκτομής.

Η καλύτερη θεραπεία για καρκίνο του μαστού είναι ασαφής, αλλά η θεραπεία εκλογής οφείλει να εξαρτάται από την προκύπτουσα ποιότητα ζωής.

Όταν συγκρίνεται η έκβαση της αποκατάστασης λειτουργικότητας μετά από διαφορετικές εγχειρήσεις για καρκίνο μαστού προκύπτει ότι η ριζική μαστεκτομή οδηγεί σε σοβαρές αλλαγές στάσης, συχνή ελάττωση του εύρους της κίνησης και της ισχύος στον ώμο και συχνά χρόνιο λεμφοίδημα. Με τη χρήση περισσότερων συντηρητικών επεμβάσεων, η παραμόρφωση που οφείλεται στην απώλεια του θωρακικού μυός και ρίκνωση της χειρουργικής ουλής μειώνεται. Μερικά πράγματα εν τούτοις δεν έχουν αλλάξει. Το 1976 ο Rollard και συν καθόρισαν ότι η εύκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας σε όλες τις μορφές της θεραπείας για καρκίνο μαστού είναι σημαντικότερος παράγοντας στην επίτευξη καλύτερης κινητικότητας του ώμου.

Άλλωστε δεν υπάρχουν μαρτυρίες ή τεκμηρίωση για διάσπαση του τραύματος όταν γίνει πρώιμη κινητοποίηση του άκρου μετεγχειρητική, πράγμα που ενισχύει την άποψη για αναγκαιότητα της πρώιμης έναρξης φυσιοθεραπείας. Επειδή οι άρρωστες που χειρουργούνται για καρκίνο μαστού μένουν τουλάχιστον για 5 μέρες στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο, γίνεται δυνατή η άμεση μετεγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας με την παράλληλη εξοικείωση του θεραπεύονται γιατρού στο θέμα ο οποίος πρέπει να έχει άμεσο ενδιαφέρον σ' αυτό.⁵

5.4 Φυσιοθεραπευτική παρέμβαση

Υπάρχουν τέσσερα βασικά σημεία για τα οποία έχει αναγνωριστεί ότι η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία στα άτομα που έχουν χειρουργηθεί για καρκίνο του μαστού: στάση, εύρος της κίνησης, ισχύς και λεμφοίδημα.

1. Στάση : Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι εκ των προτέρων για ενδεχόμενες αλλαγές στη στάση του σώματος που μπορούν να συμβούν μετά από μαστεκτομή. Αν και οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο παραμορφωτικές, οι ασθενείς μπορεί ακόμη να αναπτύξουν ασυμμετρία η οποία εξαρτάται από την έκταση στην εγχείρησή τους. Όπως είναι δυνατόν να συμβεί με οποιοδήποτε χειρουργικό τραύμα, η ασθενής μπορεί να παρουσιάσει “προστατευτική” ακινητοποίηση κύρια προς το μέρος της δυσανεξίας και κάμψη του κορμού. Ακόμη και με τις παροχετεύσεις τοποθετημένες στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο, είναι σημαντικό ότι η ασθενής πρέπει να είναι ενήμερη της κακής στάσης και πρέπει να οδηγηθεί στη διόρθωσή της. Οι διδασκόμενες ασκήσεις περιλαμβάνουν την πωγωνιαία κάμψη με ραχιαία έκταση, ανάσπαση και έσω έλξη της ωμοπλάτης ενθαρρύνεται η φυσική αιώρηση του άκρου. Όταν γίνεται μεταφορά αντικειμένων, ιδανικό είναι να χρησιμοποιούνται και τα δυο χέρια.^{2,9}

Εκτός διαφορετικής συμβουλής του χειρουργού, δε θα πρέπει να μεταφέρεται βάρος πάνω από 2,5 kg με το πάσχον άκρο για μια περίοδο μέχρι 8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση. Καθώς τα άνω και κάτω άκρα συσχετίζονται στενά, ένα οσφυϊκό μαξιλάρι μπορεί να βοηθήσει για δραστηριότητες σε καθημερινή θέση συνδυασμό με ρύθμιση του ύψους της καρεκλάς και του τραπέζιου ώστε να επιτρέπουν καλή υποστήριξη του κορμού όταν η ασθενής χρησιμοποιεί το πάσχον άνω άκρο. Οι ασθενείς πρέπει να διδάσκονται από το φυσιοθεραπευτή τους πως θα αποκτήσουν καλές συνήθειες στάσης του σώματος.⁹

2. Εύρος κίνησης : Η προοπτική μελέτη έχει δείξει ότι ασθενείς που υφίστανται μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία έχουν επιτύχει καλύτερο εύρος κίνησης και επιστρέφουν νωρίτερα στην προεγχειρητική τους κατάσταση από τους ασθενείς που δεν έκαναν θεραπεία. Αναφέρει ότι στους 3 μήνες που ακολουθούν την εγχείρηση, οι ασθενείς που είχαν άμεση φυσιοθεραπεία μετά την εγχείρηση εξασφάλισαν ένα πλεονέκτημα παραπάνω από αυτούς που δεν είχαν υποστεί. Όταν οι φυσιοθεραπευτές αρχίζουν το μετεγχειρητικό πρόγραμμα εξάσκησης πρέπει να δίνονται συχνές οδηγίες στους ασθενείς εφόσον παροχετεύεται ακόμη το τραύμα. Ενώ η παροχέτευση είναι μέσα, προσαγωγή και απαγωγή του ώμου επιτρέπονται μέχρι 90 βαθμούς στην προσβληθείσα περιοχή. Μετά την αφαίρεση της παροχέτευσης, πλήρης κίνηση του ώμου πρέπει να είναι εφικτή μέσα σε δυο έως τέσσερις εβδομάδες από μαστεκτομή. Πιστεύεται ότι αυτή η χρονική περίοδος επιτρέπει την πλήρη κινητοποίηση και εμποδίζει την πρόκληση επιπλοκής από το τραύμα, που οφείλεται μερικές φορές στην πολύ επιθετική άσκηση. Δίνονται προσεκτικές οδηγίες για μετεγχειρητικές ασκήσεις ώστε να αποτραπούν ενδεχόμενες κινήσεις υποκατάστασης.¹⁹

Παραδείγματα διδασκόμενων ασκήσεων περιλαμβάνουν :

1) Κάμψη και απαγωγή του ώμου (κίνηση αναρρίχησης σε τοίχο με τα άνω άκρα.)

- 2) Χέρια πίσω από τον αυχένα και όρθια κεφαλή με τους αγκώνες να κινούνται αργά προς τα μέσα και έξω.
- 3) κίνηση σκουπίσματος της ράχης με πετσέτα.
- 4) κινήσεις κουπιού
- 5) γύρισμα σχοινάκι
- 6) κινήσεις τροχαλίας.¹⁹

Επιπροσθέτως οι ασθενείς ενθαρρύνονται στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους για να μπορέσουν να επανακτήσουν την πλήρη κινητικότητα.

Μόλις αφαιρεθούν τα ράμματα να αρχίσει η κινητοποίηση του δέρματος στο προσβληθέν θωρακικό τοίχωμα. Η εφαρμογή απαλών αλλά σταθερών μαλάξεων πάνω και γύρω από την επιφάνεια της ουλής μπορεί να προλάβει τη δημιουργία συμφύσεων στο όριο μαλακών μορίων και ουλής και έτσι η κινητικότητα των γύρω ιστών και των άνω άκρου μπορεί να βοηθηθεί.

Ομαδικές δραστηριότητες επίσης βοηθούν αυτούς τους ασθενείς στο να φέρουν εις πέρας τους κινητικούς της σκοπούς. Δραστηριότητες όπως χορός, οργανωμένα προγράμματα και ασκήσεις στο νερό έχουν δείξει ευνοϊκά αποτελέσματα.

3. Μυϊκή ισχύς: Όταν οι φυσιοθεραπευτές δουλεύουν με ασθενείς καρκίνο του μαστού πρέπει να αποβλέπουν σε ειδική μυϊκή ενίσχυση καθώς και σε βελτίωση της γενικής κατάστασης. Επιπροσθέτως στην άμεση μετεγχειρητική φυσιοθεραπεία οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να επωφεληθούν από ένα πρόγραμμα ασκήσεων για όλη τη μετεγχειρητική περίοδο ακόμη και κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας, με τροποποιήσεις όπου είναι αναγκαίες.

Οι ειδικοί μύες που αφορούν τη μαστεκτομή είναι ο μείζων θωρακικός, πλατύς ραχιαίος, και πρόσθιος οδοντωτός. Αν και οι αλλαγές στη χειρουργική τεχνική έχουν επιστρέψει τη διατήρηση αυτών των μυών, η δυσχρηστία και η μείωση στη κινητικότητα κάνουν ακόμα πιο αναγκαία τη διδασκαλία ασκήσεων. Παραδείγματα για ειδικές ενισχυτικές ασκήσεις περιλαμβάνουν σπρώξιμο με τα χέρια στον τοίχο (κάμπεις) με προοδευτική μετάβαση σε κάμπεις επί του εδάφους για την ενίσχυση του προσθίου οδοντωτού και τη χρήση προοδευτικά αυξανόμενων βαρών για την ενίσχυση του πλατέας ραχιαίου μυός. Τονίζεται η σημασία της συνέχισης του προγράμματος άσκησης στο σπίτι και δίνονται οδηγίες για μια σειρά αναγκαίων ασκήσεων που δεν χρειάζονται εξοπλισμό και γυμνάζουν τρεις περιοχές – κλειδιά για σωστή στάση (παράστημα), κινητικότητα και μυϊκή ενίσχυση.³

4. Λεμφοίδημα. Το λεμφοίδημα όταν παρουσιαστεί, εξακολουθεί και σήμερα να είναι δύσκολο στη θεραπεία. Ειδικά μέτρα βρέθηκαν χρήσιμα για τη μείωση της συνόδου διόγκωσης, του άκρου, περιλαμβάνουν συμπίεση μιας μικρής μαλακής μπάλας ανύψωση του άκρου και απαλή άλλα συμπαγή μάλαξη του άνω άκρου με κατεύθυνση από την περιφέρεια προς το κέντρο.

Όταν επιτύχουμε στο άκρο την επιθυμητή μείωση της διόγκωσης του τότε είναι αναγκαία η εφαρμογή μιας θήκης (μαζί με γάντι) πίεσης προκειμένου να διατηρηθεί μαλακό το μέλος. Σήμερα υπάρχει μια πληθώρα πιστικών ενδυμάτων που είναι διαθέσιμα στο εμπόριο. Τα πιο άνετα φαίνεται να είναι αυτά χωρίς ραφή και με τρισδιάστατη ύφανση. Για να έχουμε μακρόχρονη μείωση της διόγκωσης του άνω άκρου, πρέπει οπωσδήποτε να φοριέται μια θήκη και γάντι.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Νοσηλευτικές δραστηριότητες – παρεμβάσεις Στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού

6.1.1. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χημειοθεραπεία

A. Μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

Μπορούμε να χωρίσουμε τα μέτρα ασφαλείας σε 2 φάσεις:

A. Τη φάση παραγωγής, η οποία αφορά στο υγειονομικό προσωπικό κυρίως. Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει πληροφορίες σχετικά με τα χειριζόμενα φάρμακα, όσον αφορά στη δοσολογία, στη διατήρηση τους και στη σταθερότητα, στον τρόπο χορήγησης, στις ανεπιθύμητες ενέργειες και στους κινδύνους από την έκθεση σε αυτά. Η έκθεση του προσωπικού κατά τη διάλυση και τη χορήγηση τους είναι δυνατόν να προκαλέσει καρκινογένεση. Κατ' αρχήν, πρέπει να αναφερθούν οι οδοί μόλυνσης, οι οποίες είναι :

I. Το δέρμα : δηλαδή, η άμεση επαφή του φαρμάκου με το δέρμα

II. Η αναπνευστική οδός, δηλαδή η εισπνοή και η λήψη αερο διασκορπισμένων σωματιδίων των φαρμάκων.

Σε αυτή τη φάση, κάθε φαρμακευτική εταιρία μπορεί να περιορίσει τον αεροδιασκορπισμό σωματιδίων των φαρμάκων κατά τη διάλυση τους (αυτά δηλαδή που συσκευάζονται υπό τη μορφή σκόνης).⁴

B. Τη φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης των φαρμάκων. Αυτή αφορά στην ασθενή και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

I. Μετρά ασφαλείας για τον ασθενή.

Η φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και, εάν είναι δυνατόν, ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων ανεπιθύμητων ενεργειών σε βάρος της ασθενούς.

Πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση της νοσηλεύτριας για την ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία και την ενθάρρυνση της για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών. Οι ασθενείς χρειάζεται να γνωρίζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων και το τι μπορούν να κάνουν για να τις εμποδίσουν ή να τις μειώσουν. Η ασθενής διδάσκεται πώς να αναγνωρίζει σημεία και συμπτώματα φλεγμονής ή αιμορραγίας. Η ασθενής πρέπει να εξοικειωθεί με τη χημειοθεραπεία και τα διαστήματα επανάληψης της σύμφωνα με το πρωτόκολλο.²

Κατά την έναρξη και τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής απαιτείται προσεκτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων όπως π.χ. δοκιμασία ουρών για pH σε θεραπεία με μεθοτρεξάτη (δηλαδή, αφού αλκαλοποιηθούν τα ούρα με διττανθρακική σόδα ελέγχεται η αποβολή του φαρμάκου με τα ούρα.)

Δώδεκα ώρες πριν από τη χορήγηση νεφροτοξικών φαρμάκων αρχίζει η ενυδάτωση (με ορούς) της ασθενούς και συνεχίζει επι 12 ώρες μετά.

Γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα της ασθενούς πριν από την έναρξη της θεραπείας, ιδίως όταν το φάρμακο είναι καρδιοτοξικό. π.χ. Adriblastina.

Απαιτείται η παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης και ηλεκτρολυτικής ισορροπίας (σε διάρροια, εμετούς και απώλεια ουρών) της ασθενούς. Γι' αυτό, γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών της.

Προσοχή στην ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, τα οποία πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί).

Να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο αν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρειαστούν για τη θεραπεία. Πρέπει να δοθεί προσοχή ώστε να μη βγαίνουν τα φάρμακα την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα)

Να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων, όπως π.χ. για τη μεθοτρεξάτη η λευκοβορίνη. Φάρμακα για την αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών, αντιεμετικά, αντιδιαρροϊκά, γλυκονικό ασβέστιο και χλωριούχο μαγνήσιο για την αντιμετώπιση σπασμών. Ακόμη, αντίδοτα για νέκρωμα φλεβών π.χ. θειικό νάτριο.

Μερικά από τα κυτταροστατικά φάρμακα δημιουργούν εκδορές και, όταν φύγουν από τη φλέβα, δημιουργούν εξέλκωση ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή σε όλη τη διάρκεια της χορήγησης τους και, αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας, η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια έγχυση φαρμάκων, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι:

- Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω, εκτός αν προσέξει, ώστε να δημιουργείται περίπου ίση πίεση έξω και μέσα στα φιαλίδια.
- Εάν είναι γνωστό ότι ένα φάρμακο προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για υποδόρια έγχυση είναι μικρότερος.
- Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.
- Το σημείο της έγχυσης προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκράνιος βόθρος.
- Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.
- Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται, π.χ. θρομβοφλεβιτιδία, τραύμα, ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος. Επίσης, στο χέρι από την πλευρά που έχει γίνει η μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.
- Για το καλό όλων, συνίσταται να μη γίνεται απόπειρα φλεβοκεντηση με τη βελόνα από το ίδιο πρόσωπο από 3 φορές. Είναι προτιμότερο να συνεχίσει άλλο άτομο.
- Κατά την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων, πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνα Νο. 21 ή 23 G.
- Πάντα πριν από ενδοφλέβια έγχυση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου, χορηγούμε φυσιολογικό ορό και παρακολουθείται η περιοχή για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό παει ενδοφλεβίως, αρχίζει έγχυση του φαρμάκου.

- Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
- Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.
- Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να μπορεί να ξεχωρίζει μεταξύ αυτού και της αίσθησης του καύσωνα που προκαλείται από την έγχυση.
- Αν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.
- Κατά τη χορήγηση, γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκεντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης, όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνο, ερυθρότητα οίδημα στο σημείο φλεβοκεντησης, μη επιστροφή του αίματος στη σύριγγα, αν εφαρμόσουμε αναρρόφηση.
- Η νοσηλεύτρια, σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα, ενεργεί ως εξής:
 - α. Βγάζει αμέσως τη βελόνα.
 - β. Σκεπάζει το σημείο με παγάκια.
 - γ. Ενημερώνει το γιατρό.
 - δ. Χορηγεί 100 mg υδροκορτιζόνης υποδόριος στο σημείο που υποπτεύεται την έγχυση του χημειοθεραπευτικού (εντολή γιατρού)
- Απλώνει κρεμά υδροκορτιζόνης 1%. Συνεχίζει να βάζει την κρέμα 2 φορές την ημέρα, μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.
- Ενημερώνει επίσης των ασθενή να τοποθετεί η ίδια παγάκια για 10 min σε περιοδικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ωρου και να αναφέρει τις αλλαγές.
- Μέτρα ασφάλειας για το υγειονομικό προσωπικό.⁵

Στη φάση προετοιμασίας και χορήγησης των χημειοθεραπευτικών υπάγονται και τα μέτρα ασφάλειας που πρέπει να λαμβάνει το υγειονομικό προσωπικό που χειρίζεται τα κυτταροστατικά φάρμακα, για να απαλλαγεί από τις μεταλλαξιογόνες και τις καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω του.

Στις περιπτώσεις που τα κυτταροστατικά φάρμακα ετοιμάζονται στα νοσοκομεία, σε ορόφους ή στα εξωτερικά ιατρεία, πρέπει να υπάρχει διαφανές διάφραγμα μεταξύ εργαζομένου και χώρου προετοιμασίας. Ο ιδεώδης τρόπος είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο, όπου υπάρχει ανεμιστήρας με αέρα που βγαίνει με κάθετη κατεύθυνση προς τα έξω, και ακόμη η διαδικασία αυτή να γίνεται σε ειδικό χώρο που το προσωπικό χειρίζεται μόνο χημειοθεραπευτικά φάρμακα.⁵

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ορόφους, η νοσηλεύτρια πρέπει να φορά:

- Πλαστικά γάντια κατά τη διάλυση, που να αλλάζονται κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.
- Προστατευτικά γυαλιά κατά τη διάλυση.
- Μάσκα κατά τη διάλυση.
- Πλαστική ποδιά κατά τη διάλυση και κατά την έγχυση του φαρμάκου στη φλέβα.

Τα χέρια πρέπει να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια καθώς και μετά την αφαίρεση τους.

Σε περίπτωση μόλυνσης του δέρματος, πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και αν εκτεθούν τα μάτια, πρέπει να πλένονται με άφθονη ποσότητα νερού.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται επίσης στην απόρριψη των απεκκριμάτων των ασθενών που μπορεί να περιέχουν αν αλλοιώτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες. Τα κυτταροστατικά φάρμακα η απεκκρίνονται από τα ούρα ή από τα κόπρανα ή και από τα δυο.

Επίσης, έχει αναφερθεί φάρμακο στο μητρικό γάλα, πχ. Endoxan. Καλό είναι οι επίτοκες νοσηλεύτριες να αποφεύγουν όλες τις φάσεις χρήσης των κυτταροστατικών φαρμάκων, ειδικά τους πρώτους μήνες της κύησης, για την αποφυγή τερατογεννήσεων.⁴

Όλα τα μολυσμένα υλικά, όπως μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων, αχρησιμοποίητα φάρμακα, πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία με κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΑΠΟΡΡΙΜΜΑΤΑ».

B. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή χημειοθεραπείας.

A. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας, στην οποία συμμετέχει η ασθενής και η οικογένεια της) προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθεια της ως ενιαίας οντότητας, που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

B. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία σε μικρό θάλαμο, ετοιμάζονται για την αντιμετώπιση επιλοκών και, προκειμένου για ειδικό τμήμα, εξοικειώνεται με τη χρήση του εξοπλισμού, όπως της άσηπτης κλίνης και περιορίζει στο τμήμα της το επισκεπτήριο στο ελάχιστο.

Γ. Η νοσηλεύτρια βεβαιώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.

Δ. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς, για να δεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της.

E. Προσφέρεται στην ασθενή ότι έντυπη πληροφορία.

Στ. Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα. Κλπ. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων ακτινογραφικών ή χημειοθεραπείας.¹²

6.1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία

Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή μαζί της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την αγάπη, το ενδιαφέρον, την κατανόηση της θέσης της

ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αναφέρονται :

- Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και επικίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρει την κατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας (και οπωσδήποτε πριν αυτή ολοκληρωθεί), ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθυμητών ενεργειών που πρόκειται να εμφανισθούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη και την αντιμετώπιση τους και των ατόμων, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για τη λήψη πληροφοριών.
- Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.
- Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για :

- α. Το είδος της ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.
 - β. Την ακριβή θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία .
 - γ. Το σκοπό της ακτινοβολήσης (θεραπευτικό ή ανακουφιστικό)
 - δ. Τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιόλογη πως αντίλαμβάνεται η ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας, επισημαίνει τα προβλήματα και τις ανάγκες της ασθενούς και με βάση αυτές θέτει τους σκοπούς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις.

Διδασκαλία

- α. Ενημερώνεται η ασθενής για τις αναμενόμενες και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες τις ακτινοθεραπείας, επίσης δίνονται συμβουλές για την καλύτερη δυνατή συνεργασία και τη συμβολή της ασθενούς στην ακτινοθεραπεία, και το σχεδιασμό της φροντίδας.
- β. Παρέχει η νοσηλεύτρια έντυπο πληροφοριακού υλικό από ακτινολογικό τμήμα και, αν είναι δυνατόν, ενισχύει την προφορική διδασκαλία.
- γ. Παρέχει γραπτές οδηγίες για τη φροντίδα του δέρματος τις διατροφικές τροποποιήσεις, την ώρα που έχει καθορισθεί η κάθε συνεδρία, τη φαρμακευτική αγωγή.

Διατροφή

- α. Επισημαίνεται η αναγκαιότητα της διατήρησης των διατροφικών συνήθειων, μια πρόσθετη χορήγηση τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την αντοχή του οργανισμού στην ακτινοθεραπεία.
- β. Ενθαρρύνονται τα μικρά και συχνά γεύματα. Εκτός των τροφών υψηλής θερμιδικής αξίας, χορηγούνται και συμπληρωματικές τροφές, οι οποίες παρέχουν πρόσθετες θερμίδες και πρωτεΐνες που συμβάλλουν στην ανασύσταση των καταστραμμένων ιστών.

- γ. Ενθαρρύνεται η επαρκής λήψη υγρών. Οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών είναι αυξημένες και απαιτείται αυξημένη χορήγηση υγρών για αποβολή των άχρηστων ουσιών.
- δ. Ζυγίζει καθημερινά την ασθενή και συγκρίνει τα αποτελέσματα μεταξύ τους, αλλά και αντίστοιχα πριν από την έναρξη της θεραπείας.
- ε. Χορηγεί αναλγητικά και αντιεμετικά φάρμακα περίπου δυο ώρες πριν από το γεύμα. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητά τους.
- στ. Γνωστοποιεί στην ασθενή ότι η λήψη κρύων τροφών μπορεί να βοηθήσει στην αναισθητοποίηση και στην ανακούφιση του πόνου της στοματικής κοιλότητας. Για την αντιμετώπιση στοματοφαρυγγικού πόνου, ο οποίος παρεμποδίζει όχι μόνο τη λήψη τροφής, αλλά και την ομιλία, συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει όλες εκείνες τις ουσίες, όπως καπνό και οιοπνευματώδη, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση της. Η τροφή να λαμβάνεται κρύα (σε θερμοκρασία δωματίου). Όχι καυτή η παγωμένη.
- ζ. Διδάσκει στην ασθενή τεχνικές για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. Συνιστά τη χρησιμοποίηση μαλακής οδοντόβουρτσας καθώς και τη χρήση οδοντιατρικού νήματος. Φροντίζει, ώστε τα χείλη να παραμένουν υγρά.
- η. Χορηγεί αναλγητικά (π.χ τοπικώς xylocaine) και αντιβιοτικά (με εντολή γιατρού).
- θ. Η νοσηλεύτρια ελέγχει και παρακολουθεί καθημερινά τις εργαστηριακές τιμές των ηλεκτρολυτών, της κρεατινίνης, του αζώτου κ.λ.π.

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- α. Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- β. Ενημερώνεται η ασθενής να μην ξαπλώνει στην περιοχή δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματιτίδα.
- γ. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματιτίδα, διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.
- δ. Η ασθενής ενημερώνεται ότι η περιοχή η οποία ακτινοβολείται είναι σημειωμένη με ειδικό μελάνι. Για τον προσδιορισμό της περιοχής αυτής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ποτέ αυτοκόλλητες ταινίες.
- ε. Η περιοχή αυτή πρέπει να διατηρείται κατά το δυνατόν στεγνή.
- στ. Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.
- ζ. Προστατεύεται από τον ήλιο και το κρύο (αέρας κ.α.). Αποφεύγεται η έκθεση της περιοχής στην ηλιακή ακτινοβολία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά και ένα χρόνο μετά από το τέλος της. Σε αντίθετη περίπτωση, χρησιμοποιεί αντηλιακό με δείκτη προστασίας μεγαλύτερο από 15.
- η. Το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται ελέγχεται καθημερινά από τη νοσηλεύτρια για ερύθημα, κνησμό, αφυδάτωση, παρουσία φλυκταινών και απολέπιση
- θ. Όσον αφορά στη διάρροια, η νοσηλεύτρια εκτιμά την ποιότητα και τη συχνότητα των κοπράνων.
- ι. Παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά, το βάρος και την ηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφυδάτωση, μείωση του βάρους και διαταραχή των ηλεκτρολυτών είναι αποτέλεσμα της διάρροιας.

Προετοιμασία της ασθενούς για έξοδο.

- α. Παρέχει στην ασθενή κατάλογο με τις ακριβείς ημερομηνίες κάθε συνεδρίας και των συναντησεων με το γιατρο.
- β. Ενημερώνει την ασθενή σχετικά με αλλαγές στο διαιτολόγιο και στη λήψη τροφής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- γ. Εκτιμά και αξιολογεί τις ανάγκες φροντίδας της ασθενούς στο σπίτι.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Το ραδιοϊσότοπο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι Ir-192. Για την τοποθέτηση του (με μορφή βελόνων, ελασμάτων η κόκκων), η ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο.

Η ασθενής ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της. Μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου, η ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, η ασθενής απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με υποδιπλασιασμό ελαχιστοποιείται η ραδιενεργός δράση του – χρόνος υποδιπλασιασμό Ir-192=74 ημέρες) η να αφαιρεθεί.

Η νοσηλεύτρια, πριν φτάσει ακόμα στην ασθενή για την εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της και στον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων της, ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς : (α) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), (β) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), (γ) τον τρόπο χορήγησης της (ενδοιστικώς), (δ) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (ε) το σημείο εφαρμογής και (στ) τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί. Επίσης, οφείλει να γνωρίζει το είδος της ακτινοβολίας που θα εκπέμπει (β και γ ακτίνες).

Νοσηλευτικές ενέργειες και παρεμβάσεις.

Διδασκαλία

- α. Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή τις διαδικασίες που ακολουθούνται και το τι πρέπει να περιμένει η ασθενής.
- β. Εξηγούνται στην ασθενή απαραίτητες προφυλάξεις, οι οποίες πρέπει να παρθούν μετά την εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου εμφυτεύματος, συμπεριλαμβανόμενων της απομόνωσης και του περιορισμού των επισκεπτών.
- γ. Ενθαρρύνεται η συνομιλία και η έκφραση φόβων, συναισθημάτων και ανησυχιών.

Διατροφή

- α. Ενθαρρύνει την ασθενή να περπατά, για να παρεμποδίσει τις διαταραχές στην κένωση του εντερικού σωλήνα η διαταραχές στην ούρηση.
- β. Παρακολουθεί και ελέγχει την παρεντερική χορήγηση υγρών η οποία σκοπεύει στην καλή ενυδάτωση της ασθενούς, ενθαρρύνει επίσης τη λήψη υγρών από το στόμα, ενώ ταυτόχρονα καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά για τη διατήρηση της ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- γ. Ελέγχει και παρακολουθεί την περιοχή του δέρματος, κάτω από την οποία βρίσκεται το εμφύτευμα, για την εμφάνιση σημείων φλεγόμενης (οιδήματος, πόνου, ερυθρότητας, αύξησης της θερμοκρασίας).

Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών

- α. Παρατηρεί την ασθενή για σημεία πόνου και έλλειψη άνεσης, όπως κόπωση, εξάντληση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, υψηλή συχνότητα σφυγμών.
- β. Χορηγεί αναλγητικά (με εντολή γιατρού), εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.
- γ. Παρέχει φροντίδα για τη σωστή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.

Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη αυτοφροντίδας.

- α. Η ασθενής τοποθετείται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς, τουαλέτα, λουτρό. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται η ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό και γιατί εφαρμόζεται.
- β. Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο φάκελο της ασθενούς τοποθετείται η ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- γ. Η νοσηλεύτρια που νοσηλεύει ασθενή με ραδιοϊσοτοπικό εμφύτεμα φέρει πάνω της ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει τη έκθεση στην ακτινοβολία και δεν πρέπει να το μοιράζεται με το άλλο προσωπικό. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί δέχθηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται από το χώρο της ακτινοβολίας. Επίσης όλο το προσωπικό που εργάζεται σ' αυτό το χώρο φοράει τέτοιο μετρητή, ο οποίος ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς.
- δ. Περιορίζει τους επισκέπτες. Δεν αφήνει παιδιά κάτω των 16 ή έγκυες γυναίκες να επισκεφθούν την ασθενή ή να προσφέρουν οποιαδήποτε άλλη φροντίδα. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15min/ 24ωρο.
- ε. Κατά την προσφορά νοσηλείας στην ασθενή, η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνο, για τον εαυτό της, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται η ασθενής. Κατά την προσέγγιση της ασθενούς, φοράει μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.
- στ. Η νοσηλεύτρια ταΐζει την ασθενή ή τη βοηθάει να φάει καθαρίζει το πρόσωπο και τα χέρια της ασθενούς και προσφέρει περιποίηση του στόματος πριν και μετά τα γεύματα.
- ζ. Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς προγραμματίζεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε διαφορετικά καθήκοντα και παρεμβάσεις να διεκπεραιώνονται στις καθορισμένες επισκέψεις της νοσηλεύτριας.
- η. Η νοσηλεύτρια ελέγχει όλο τον ιματισμό του κρεβατιού και της ασθενής για εξακριβώσει, αν η πηγή ακτινοβολίας είναι στη θέση της. Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που εμφυτεύτηκε η τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του ασθενούς ή στο δάπεδο, πρέπει να πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- θ. Ποτέ δεν πρέπει να πιάνεται ραδιενεργός πηγή με γυμνά χέρια.
- ι. Η ασθενής προετοιμάζεται ψυχικά και συναισθηματικά για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.

- Γίνεται (με εντολή γιατρού) προκαταρτική χορήγηση φάρμακων (αναλγητικών-ηρεμιστικών κ.λ.π) περίπου μια ώρα πριν από την αφαίρεση.
- Δίπλα στο κρεβάτι υπάρχουν ειδικές μακριές λαβίδες και γάντια.
- Υπάρχει ακόμη δίπλα στο κρεβάτι ο ειδικός μεταφορέας της πηγής μετά την αφαίρεση της.
- Εξηγούνται στην ασθενή οι ακολουθούμενες διαδικασίες και απαιτούνται ερωτήσεις.

ια. Η ασθενής τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δυσχεραίνεται η αφαίρεση του ραδιοϊσοτόπου.

ιβ. Σημειώνεται η ώρα της αφαίρεσης του εμφυτευματος. Παρακολουθείται ταυτόχρονα η ανταπόκριση της ασθενούς.

ιγ. Ενημερώνονται οι τεχνικοί του τμήματος ραδιοϊσοτόπων να πάνε στο τμήμα για απομάκρυνση και τη μεταφορά της πηγής.

- Βοηθείται η ασθενής να σηκωθεί και να περπατήσει να κάνει ένα ντους και να δεχθεί επισκέψεις.
- Διαβεβαιώνεται η ασθενής ότι από τη στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία.

Φροντίδα μετά την έξοδο της ασθενούς.

α. Διδάσκεται η ασθενής να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.

β. Καθοδηγείται να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου χρησιμοποιώντας αντηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας. (10-15).

γ. Ενημερώνεται ότι φλεβοκεντησεις και λήψεις της αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να γίνονται στον αντίστοιχο βραχίονα. Γνωστοποιείται ακόμη ότι, παροδικά, απότομοι πόνοι, διάχυτοι στο στήθος, θα οφείλονται στην ακτονοβοληση και στην αύξηση του ερεθισμού των θωρακικών μυών και είναι δυνατόν να εμφανίζονται περιοδικά μέχρι και ένα χρόνο μετά. Διδάσκονται επίσης από τη νοσηλεύτρια ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.

δ. Συμβουλεύεται τέλος να συνεχίσει των υπερλευκωματουχα διαίτα. Αν κριθεί απαραίτητο , η νοσηλεύτρια παραπέμπει την ασθενή σε διαιτολόγιο.

6.1.3. Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χειρουργική θεραπεία.

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

Ο σκοπός της εγχειρητικής στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός η περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση η και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για τον λόγο αυτόν, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στη διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψύχο-συναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση η την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο

σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανότητες της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με τη μετεγχειρητική αποκατάσταση τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματα της, επηρεάζεται από την σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και τη θέληση για την αυτοσυγκράτηση της, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διόγκωσης και θεραπείας.

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

α. Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς συμπεριλαμβανόμενης της αντίδρασης αυτής στη διόγκωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.

β. Προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος της εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενής και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.

γ. Εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς συμπεριλαμβανόμενων των παθολογικών εξεργασιών.

δ. Εκτιμά το επίπεδο άγχος της ασθενούς σχετικά με διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματα της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.

ε. Προσδιορίζει το επίπεδο κατανόησης της ασθενούς σχετικά με τις πληροφορίες που της δίνονται για την εγχείρηση τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν και τους χώρους που θα βρει κατά τη διάρκεια της εγχείρησης αλλά και αμέσως μετά από αυτήν.

στ. Διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά τη διαπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

α. Αμφιβολίες για τη διάγνωση.

Η υποψία του καρκίνου του μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτό, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για τη διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και της εξηγεί ότι, και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη καρκίνου μαστού, μπορεί να γίνει καλά με

τα μέσα, τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται, είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την επιδεινούμενη θεραπεία κατά το καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

β. Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η σκέψη ότι είναι ενδεχόμενο να πάσχουν από καρκίνο του μαστού φέρνει αντιμέτωπες τις ασθενείς με την σκληρή πραγματικότητα, δηλ. με την απειλή της σωματικής τους αρτιμέλειας. Η αφαίρεση του μαστού είναι μια από τις περιπτώσεις εκείνες, κατά τις οποίες ο αναπόφευκτος ουρωτηριασμός δημιουργεί έντονο ψυχικό κλονισμό.

Η νοσηλεύτρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνιά την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου.

- Κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.
- Εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο, τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- Εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών. επαναλαμβάνει/επαναπροσδιορίζει αυτά που έχουν λεχθεί, αν αυτό κριθεί απαραίτητο.
- Παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.
- Ο σχεδιασμός της φροντίδας είναι τέτοιος που να επιτρέπει καθημερινά για τουλάχιστον 15 λεπτά στη νοσηλεύτρια να κάθεται να ακούσει τις απόψεις και τα συναισθήματα της ασθενούς για την κατάσταση της. Εκτιμά επίσης την προσαρμογή της ασθενούς στην πιθανότητα αφαίρεσης του μαστού.
- Περιλαμβάνει στη διδασκαλία της θέματα, όπως ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών, λήψη αναπauτικών θέσεων, ανακούφιση του πόνου, ασκήσεις του χεριού (σύστοιχου με τη μαστεκτομή) τοποθέτηση παροχετεύσεων.
- Στο τέλος επανεξετάζει τι έχει διδαχθεί, σε τι έχει ενημερωθεί η ασθενής και σε τι όχι. Ανακαλύπτει και λύνει απορίες και παρανοήσεις, που πιθανόν να έχει η ασθενής.

γ. Δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας.

Η ασθενής και η οικογένεια της θα χρειασθεί να καθοδηγηθούν σχετικά με τη φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών.

Η νοσηλεύτρια :

- Καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί το μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος, και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- Διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.
- Διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3-4 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.
- Συμβουλεύει την ασθενή να αποφύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες (π.χ. τροχάδην, τένις) για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

- Τη συμβουλεύει να αποφεύγει οποιοδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού.
- Η νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης, τα οποία οφείλονται στην δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων (π.χ. άρνηση να κοιτάξει την περιοχή της τομής, να λάβει μέρος σε δραστηριότητες αυτοφροντιδας κ.λ.π)

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία.

Μετά το πέρας των διαγνωστικών και των εργαστηριακών εξετάσεων, γίνεται προετοιμασία της ασθενούς για το χειρουργείο. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση με:

- α. Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
- β. Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντιστοίχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος. Ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- γ. Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του έντερου.
- δ. Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης :

- α. Λαμβάνεται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία, της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- β. Συνίσταται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- γ. Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνικές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊστάμενη.
- δ. Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
- ε. Η ασθενής φοράει ρούχα του χειρουργείου.
- στ. Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της (ιατρικό και νοσηλευτικό).

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εντούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την προετοιμάζει πλήρως για την χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας προς την πάσχουσα και την πείθει, ότι πράγματι η νοσηλεύτρια θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής.

- α) Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως άτομο.
- β) Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.
- γ) Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.
- δ) Πιστεύει ότι η ζώνη της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα

επηρεασθούν από τη μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

ε) Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στον χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς μετά μαστεκτομή αποτελεί συνέχεια της προεγχειρητικής φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή, κατά την οποία η ασθενής επανέρχεται από το χειρουργείο στο νοσηλευτικό τμήμα. Η φροντίδα είναι πολύπλευρη και πολυμερής και θεωρείται μια από τις σοβαρότερες και πλέον υπεύθυνες εργασίες της νοσηλεύτριας.

Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη /αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Εμφάνιση πόνου.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού των όρων και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac).

Η νοσηλεύτρια :

α.) Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί /εκτιμά τα επιθυμητά η ανεπιθύμητα αποτελέσματα τους (οποίος λόγω της τομής διαρκεί για 1-2 εβδομάδες, αλλά ορισμένες ασθενείς έχουν διαρκή πόνο και παραισθησία της σύστοιχης με τη μαστεκτομή πλευράς, για μεγαλύτερο διάστημα.)

β) Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler, για τη βελτίωση της αναπνοής.

γ) Χρησιμοποιεί μαξιλάρια, για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα. Όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση.

δ) Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενή, σηκώνοντας την η τραβώντας την από τους ώμους. Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινεί το σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο. Υποστηρίζει το θώρακα κατά τη διάρκεια του βήχα με ένα ή δυο μαξιλάρια.

ε) Λόγω του πόνου και της πιεστικής επίδεσης του τραύματος και ορισμένες φορές και του σύστοιχου βραχίονα επί του θώρακος, η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να βήξει για να αποβάλει πτύελα. Κινδυνεύει έτσι να πάθει υποστατική πνευμονία. Η νοσηλεύτρια τη διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φάρμακου.

στ) Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδίσει η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι, η

νοσηλεύτρια την υποβαστάζει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

ζ) Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίζει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.

η) Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.

Αιμορραγία

Ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση. Για το λόγο αυτόν, γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας.

Η νοσηλεύτρια :

α. Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

β. Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και του επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει επιδεσμικό υλικό επί του τραύματος να διατηρείται καθαρό.

γ. Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση αιμορραγίας και shock (ταχύς και κυματοειδής σφυγμός, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αυξημένες και άτακτες αναπνοής.)

δ. Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος (αναρροφητική συσκευή Hemovac). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι αυτό και πρέπει να αδειάζετε, προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετεύσεων υγρών από τη συσκευή ελέγχοντας και αναγράφονται καθημερινά, μια θα χρησιμεύσουν στο χειρουργό ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης. Όταν τα παροχετευόμενα υγρά είναι 50-100cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητική, το αναφέρει στο γιατρό.

ε. Παρακολουθεί των ενδοφλέβια χορήγηση όρων για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το πόσο των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας (σε αιμορραγία το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στα νεφρά μειώνεται, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία των νεφρών και την εμφάνιση ολιγουρίας).

στ. Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης.), οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.

ζ. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.

Φροντίδα του τραύματος και πρόληψη φλεγμονής.

Η νοσηλεύτρια τηρεί τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει :

α. Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.

β. Σημείωση ότι το πρόσφατο επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.

γ. Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διενεργήσει της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση γιατρού)

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση σημείων φλεγμονής:

α. Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση της θερμοκρασίας)

β. Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύων. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό.

γ. Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.

δ. Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος η ευαισθησία.

Η θέα του τραύματος, η οπτική δηλαδή διαπίστωση της έλλειψης του μαστού ωθεί την ασθενή σε βαθύτερη συνειδητοποίηση της αναπηρίας της. Η ασθενής καταλαμβάνεται από απογοήτευση, υπάρχει ακόμη και ο φόβος να λιποθυμήσει. Η νοσηλεύτρια, για να μην αντικρίσει η ασθενής από την πρώτη αλλαγή τον ακρωτηριασμό της, αφαιρεί τους επιδέσμους και στρέφει το κεφάλι της προς το αντίθετο μέρος του τραύματος. Η νοσηλεύτρια όμως έχει καθήκον να βοηθήσει την ασθενή βαθμιαία και πριν φυσικά βγει από το νοσοκομείο, να αντικρίσει το τραύμα της, ώστε πηγαίνοντας σπίτι της να είναι πλέον εξοικειωμένη με αυτό και με τη φροντίδα του, χάρη στην αγάπη και την προσωπική φροντίδα της νοσηλεύτριας.

Πρόληψη η και αντιμετώπιση λεμφοιδηματος.

Μετά από ριζική η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεφογγειων με αποτέλεσμα της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη, λόγω μειωμένης αντίστασης του οργανισμού σε αυτήν.

Πρόληψη λοίμωξης.

α. Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση όρων στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάτι από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό η στη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού. Στο νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια τοποθετεί στο κρεβάτι της ασθενούς κάρτα με τη συμπίεση «προσοχή λεμφοιδηματικό χέρι» ώστε να αποφεύγονται από το υπόλοιπο προσωπικό ενέσεις, αιμοληψίες κ.α.

β. Να αποφεύγεται τα καψίματα κατά τα μαγειρέμα. Κατά την επαφή με το φούρνο να φορά προστατευτικά γάντια.

γ. Προσοχή στα μαχαίρια της κουζίνας, στο σιδέρωμα, στο ράψιμο-κέντημα (να φορά δακτυλήθρα)

δ. Προκειμένου να κόβονται παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λονολινης για να διατηρούνται μαλακές. Προσοχή στο κόψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών.

ε. Πρέπει να προσεχονται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρεματα να πλένονται με σαπούνι και αντισηπτικό.

στ. Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι.

ζ. Να περιμένει για τη χρησιμοποίηση αποτριχωτικής μηχανής (ξυραφιού), κρεμών η αποσμητικών στη μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, τη συγκατάθεση του γιατρού. Έως ότου επουληθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρείται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητα της είναι μειωμένη. Έχουμε την εμφάνιση αιμωδιών (ορισμένες μπορεί να διαρκέσουν και μήνες), λόγω τραυματισμού η της τομής νεύρων κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Πρόληψη οιδήματος

α. Καθημερινή άσκηση του χεριού, ωμού – αγκώνα - καρπού και δάκτυλων, όπως έχει καθορισθεί από το γιατρό.

β. Αποφυγή ανύψωσης βάρους (τσάντας, βαλίτσας) με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα με τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση η υπάρχουν ενδείξεις για λοίμωξη.

γ. Συνίσταται συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου, αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα /π.χ. με την τοποθέτηση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμβου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.

δ. Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι. Να αποφεύγεται η σάουνα και το εντατικό μασάζ (μαλάξεις).

ε. Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού (π.χ. σφιχτά ρολόγια, φορέματα με λάστιχο στα μανίκια, σφιχτά δακτυλίδια).

στ. Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα. Αν πρέπει η ασθενής να παραμένει για πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας.

ζ. Συνίσταται άμεση επίσκεψη του γιατρού, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα η οίδημα στο χέρι.

Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος, που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή. Αναφέρονται διάφορες φοβίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- i. Ότι το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει η ασθενής να δώσει εξηγήσεις, κάτι βέβαια που θα της είναι δυσάρεστο.
- ii. Δυσκολίες στο ταίριασμα των ρούχων.
- iii. Αλλαγές στον τρόπο ζωής. Μείωση της κινητικότητας και των κοινωνικών συναναστροφών.
- iv. Φόβος ότι η νόσος χειροτερεύει.

Μια επεξηγητική στάση από την πλευρά της νοσηλεύτριας και θα καθησύχαζε το άτομο και θα προλάμβανε τη χειροτέρευση του οιδήματος.

Διαταραχή του σωματικού ειδώλου – μείωση αυτοεκτίμησης

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί προβλήματα στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτουποτιμησης, αϋπνίας, άγχος.

Απαραίτητο είναι να αποδεχθεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρύψει τη δυσμορφία της από τους άλλους.

Η νοσηλεύτρια

α. Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματα της. (π.χ Πως αισθάνεσαι σήμερα; Πως τα πας; Μου φαίνεσαι λίγο αναστατωμένη/θλιμμένη. Είσαι; κ.α.) Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα η την επιθετικότητα της ασθενούς.

β. Συγκεντρώνει στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της.

γ. Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και πως πιστεύει η ασθενής ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.

δ. Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας της απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ε. Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται η ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτουποτιμηση τους. Η νοσηλεύτρια βοηθάει τη οικογένεια της ασθενούς να αποδεχθεί τέτοιες αλλαγές και να αποφύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.

στ. Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να ακούσει, να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτουποτιμησης.

ζ. Παρέχει χρόνο προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών.

η. Παραμένει δίπλα στον ασθενή ακόμη κι αν δε θέλει να μιλήσει.

θ. Συζητά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένεια της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντας τους να την υποστηρίζουν ενισχύοντας την ελαστικότητα της και την αξία της. Τους βοηθάει να αποδεχθούν, να καταλάβουν και να βοηθήσουν την ασθενή.

ι Ενημερώνει το χειρουργό σχετικά με τις πληροφορίες που έχουν δοθεί στην ασθενή σχετικά με τη δυνατότητα ανασύστασης του μαστού.

ια Τονίζει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς – ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.

ιε Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατό περισσότερο και να ακολουθήσει το ρυθμό της ζωής.

ιγ Διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού. Της εξηγεί ότι οι ασθενής που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μονή που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

Διατροφή

Μέχρι την πλήρη ανάληψη και την παύση της ναυτίας και των εμετών, χορηγούνται όροι. Εν συνέχεια, δίνονται υγρά από το στόμα και σύντομα αρχίζει η κανονική διατροφή. Συνίσταται υπερλευκωματουχος δίαιτα για τη διευκόλυνση της επούλωσης τους τραύματος, φρούτων και λαχανικών για την τακτική λειτουργία του εντέρου και άφθονων υγρών για να εξασφαλίζεται επαρκώς διούρηση.

Η ψυχική ένταση και το άγχος που έζησε και εξακολουθεί να ζει η ασθενής της δημιουργούν μειωμένη διάθεση για τη λήψη τροφής. Εξάλλου, η αδυναμία της ασθενούς να χρησιμοποιηθεί το ένα χέρι επειδή ακινητοποιείται πρόσκαιρα ο βραχίονας, την καθιστά αδύναμη να τρωει μόνη της. Η νοσηλεύτρια υποβοηθάει την ασθενή κατά το φαγητό, ώστε να τρωει με το ένα χέρι. Ιδιαίτερα κατά τις πρώτες μέρες, η νοσηλεύτρια δεν αφήνει ποτέ το φαγητό στην ασθενή, όταν δεν μπορεί να παραμείνει η ίδια, αν προηγουμένως δεν εξασφαλίζει τον άνθρωπο που θα της το χορηγήσει.

Ειδικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 Εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική θεώρηση με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.²¹

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι.

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.²²

Νοσηλευτική Διεργασία

Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Κλινική περίπτωση Α

Όνομα ασθενούς : ΑΕ

Ηλικία ασθενούς : 35

Διάγνωση εισόδου : Καρκίνος δεξιού μαστού

Ημερομηνία εισαγωγής : 14.10.99

Η ασθενής εισήλθε στη χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Ρίου Πατρών. Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στο δεξιό της μαστό, διαστάσεων 1x1 cm ,χωρίς άλλα συνωδά ευρήματα.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς περιγράφει την περίπτωση ως εξής, με σαφή όρια, διαστάσεων 1x1 cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής αναφέρει ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ η καπνού, δεν είναι παχύσαρκη, και το οικογενειακό της ιστορικό είναι ελεύθερο. Είναι παντρεμένη, έχει μια κόρη και δυο γιους. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 13 χρονών.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και εμετός για τη διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 15.10.99. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 26.10.1999. Εκδόθηκαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή.

Καρκίνος μαστού. Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τη χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και τη χειρουργική θεραπεία.

SUP Γλυκερίνης	1x1 (προεγχειρητικά)
7L Fraxiparine	1x1 (επι 4 ημέρες μετεγχειρητικά)
AMP Pethidine	(μετεγχειρητικά)
D/N 50% 1000cc	1x1 (1 ^η μετεγχειρητική ημέρα)
L-R 1000cc	1x1 (1 ^η μετεγχειρητική ημέρα)
Δίαιτα ελεύθερη	

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Άγχος, φόβος, κατάθλιψη (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Μείωση του άγχους, της αγωνιάς και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. <input type="checkbox"/> Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς. <input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ηθική και ψυχολογική τόνωση. <input type="checkbox"/> Επίσκεψη στους χώρους του χειρουργείου. <input type="checkbox"/> Γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής. <input type="checkbox"/> Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές. <input type="checkbox"/> Χορήγηση μοχαλαρωτικού, με εντολή Ιατρού, προς αποφυγή του άγχους. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της. <input type="checkbox"/> Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους του χειρουργείου και της κλινικής. <input type="checkbox"/> Συζητήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία. <input type="checkbox"/> Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μοχαλαρωτικό τανor +b 2,5 mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Περιορίστηκε το άγχος και υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή, λόγω της ψυχολογικής τόνωσης και της χορήγησης του μοχαλαρωτικού φάρμακου.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Πόνος (Μετεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης. <input type="checkbox"/> Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Χορήγηση αναλγητικών, με ιατρική εντολή, και συχνή λήψη ζωτικών σημείων. <input type="checkbox"/> Εξασφάλιση σωστής θέσης στο κρεβάτι. <input type="checkbox"/> Έλεγχος της λειτουργικότητας της pack και του υλικού της παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε Nubain amp 3mg σε 150cc D/W 5% 1/2x2 για τη μείωση του πόνου. <input type="checkbox"/> Έγινε λήψη ζωτικών σημείων και κυρίως πριν από τη χορήγηση διότι το Nubain προκαλεί πτώση της αρτηριακής πίεσης. <input type="checkbox"/> Δόθηκε σωστή θέση στο κρεβάτι και ελέγχθηκε η παροχέτευση για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. 	<p>Με τη χορήγηση ½ Nubain μειώθηκε ο πόνος από μισή ώρα και η ασθενής ένοιωσε ανακούφιση. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονταν διαρκώς σε φυσιολογικά όρια. Συνεχώς παρακολουθούνταν η παροχέτευση και δεν υπήρχε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Αναπνευστική δυσχέρεια (βήχας, δυσφορία) λόγω ανεπαρκούς αερισμού. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Επαρκής αερισμός της ασθενούς. <input type="checkbox"/> Πρόληψη ατελεκτασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να αναπνέει βαθιά. <input type="checkbox"/> Έλεγχος των ζωτικών σημείων κυρίως της αναπνοής ως προς το είδος καθώς και της θερμοκρασίας. <input type="checkbox"/> Συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Έγινε διδασκαλία της ασθενούς να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές μετά την επέμβαση με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας. <input type="checkbox"/> Εξασφαλίστηκε επαρκής αερισμός, έγινε λήψη των Ζ.Σ., και κυρίως του βάθους των αναπνοών και της θερμοκρασίας για τυχόν άνοδο. Με την συχνή έγερση της ασθενούς από το κρεβάτι αποφεύχθηκε η συμφόρηση του αναπνευστικού συστήματος από τις εκκρίσεις. 	<p>Με τη διδασκαλία η ασθενής κατάφερε να βήχει και να επιτευχθεί επαρκής αερισμός. Η ασθενής συνεργάστηκε άψογα στις αναπνοές και στις ασκήσεις τον βήχα με αποτέλεσμα τα ζωτικά σημεία να παραμένουν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΙΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Λεμφοίδημα Δεξιού άνω άκρου. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Πρόληψη λεμφοιδήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Τοποθέτηση στο κάτω μέρος του κρεβατιού ειδικής ενημερωτικής πινακίδας. <input type="checkbox"/> Ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς. <input type="checkbox"/> Ανάρτηση του άνω άκρου. <input type="checkbox"/> Συνεννόηση με φουσιοθεραπευτή για την έναρξη των ασκήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Τοποθετήθηκε ειδική ενημερωτική πινακίδα στο κάτω μέρος του κρεβατιού. <input type="checkbox"/> Έγινε ενημέρωση του φακέλου της ασθενούς σχετικά με το σύμπτωμα που προέκυψε. <input type="checkbox"/> Κατά τη διάρκεια της νύχτας τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι. <input type="checkbox"/> Έγιναν ασκήσεις όπως έκταση-κάμψη των δάκτυλων, υπτιασμός-πρηνισμός του πήχεως. <input type="checkbox"/> Επίσης, κατόπιν συμφωνίας του γιατρού, έγινε απαγωγή και κινητοποίηση του βραχίονα. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Με τις ειδικές ασκήσεις που έγιναν στην ασθενή από το φουσιοθεραπευτή, η ασθενής ένοιωσε καλύτερα εφόσον επιτεύχθηκε καλύτερη κινητοποίηση του προσβεβλημένου χεριού. Επίσης επιτεύχθηκε και ο βασικός στόχος αφού υπήρξε σταδιακή υποχώρηση του λεμφοιδήματος.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> □ Έγινε επίσκεψη από το φουσιθεραπευτή και έναρξη ασκήσεων. □ Αποφεύχθηκε η λήψη αρτηριακής πίεσης και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς. 	

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Αλλαγή σωματικού ειδώλου (απώλεια ενός μαστού) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Να αποδειχτεί η ασθενής την καινούργια της εικόνα στον λιγότερο δυνατό χρόνο και με το μικρότερο ψυχικό κόστος. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ενημέρωση των συγγενών για την αποδοχή της ασθενούς. <input type="checkbox"/> Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς έτσι ώστε να ελαττωθεί το άγχος και η ανησυχία. <input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε άλλη ασθενή με παρόμοιο πρόβλημα. <input type="checkbox"/> Τοποθέτηση περούκας αν χρειάζεται. <input type="checkbox"/> Ενημέρωση για τη χρήση προθικών μετά από μαστεκτομή καθώς και για την ενδυμασία της.. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ενημερώθηκαν οι συγγενείς σχετικά με τη μεταβολή της σωματικής της εικόνας. <input type="checkbox"/> Επισχύθηκε ψυχολογικά και έγινε τόνωση του ηθικού της. <input type="checkbox"/> Η ασθενής επισκέφθηκε άλλη ασθενή μετά το χειρουργείο όπου είχε το ίδιο πρόβλημα και ενθαρρύνθηκε. <input type="checkbox"/> Τοποθετήθηκε περούκα για μικρό χρονικό διάστημα. <input type="checkbox"/> Ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο χρήσης των προσθικών και σχετικά με την ενδυμασία της. 	<p>Η ασθενής έδειξε να αποδέχθηκε το χειρουργικό αποτέλεσμα: Ακολούθησε και τήρησε όλες τις οδηγίες που τις δόθηκαν. Έδειξε μεγάλη κατανόηση και υπομονή, πράγμα που τη βοήθησε να στηρίξει τον εαυτό της ψυχολογικά</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Βοήθεια αποδοχής της από το κοινωνικό περίγυρο της 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Έγινε προσπάθεια να προσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον της. 	<p>Η τοποθέτηση της προσωρινής προσθήκης ενίσχυσε την αυτολεπείωση της και την έκανε να ανησυχεί λιγότερο για το τι εικόνα θα δείξει στους άλλους</p>

Κλινική Περίπτωση Β

Όνομα ασθενούς : Κ.Δ.

Ηλικία ασθενούς: 43 χρόνων

Διάγνωση εισόδου: Καρκίνος αριστερού μαστού.

Ημερομηνία διάγνωσης: 6.10.1999

Η ασθενής ανακάλυψε τυχαία πριν ένα χρόνο ένα ογκίδιο στον αριστερό μαστό.

Πριν έξι μήνες υποβλήθηκε σε μαστογραφία που έδωσε την εικόνα ινοαδενωματος.

Στο ενδιάμεσο διάστημα το ογκίδιο μεγάλωσε σε μέγεθος και η επανάληψη του παρακλινικού ελέγχου έδειξε εικόνα ύποπτη για κακοήθεια.

Η ασθενής δεν κάνει χρήση αλκοόλ η καπνού, πάσχει από αρτηριακή υπέρταση.

Είναι παντρεμένη και έχει δυο κόρες. Έναρξη έμμηνου ρύσεως 14 ετών.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και αίματος. Η αρτηριακή πίεση ήταν 170mmHg.

Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου μετά από 3 μέρες. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε κάποια προβλήματα τα οποία όμως αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως με αποτέλεσμα να πάρει εξιτήριο σε 8 ημέρες. Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή.

SUP Γλυκερινης	1x1 (προεγχειρητική)
FL Fraxiparine	1x1, 1cc (αντιπηκτική αγωγή)
Tab Stedon	1x1, 7,5mg (προεγχειρητικά – ηρεμιστικό)
Amp Pethidine	ΕΠ (1/2) (ηρεμιστικό)
Amp Primperan	1x1 (αντιεμετικό)

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Φόβος, κατάθλιψη, άγχος (προεγχειρητικά) λόγω της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Μείωση του άγχους, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων. <input type="checkbox"/> Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς. <input type="checkbox"/> Ενθάρρυνση ως προς την ασθένεια. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ηθική και ψυχολογική τόνωση. <input type="checkbox"/> Επίσκεψη σε άλλους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα. <input type="checkbox"/> Γνωριμία με το προσωπικό και τους χώρους της κλινικής. <input type="checkbox"/> Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από τους νοσηλευτές. <input type="checkbox"/> Χορήγηση μυοχαλαρωτικού, με εντολή Ιατρού, προς αποφυγή του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ενισχύθηκε ψυχολογικά η ασθενής και έγινε τόνωση του ηθικού της. <input type="checkbox"/> Έγινε γνωριμία με το προσωπικό και τους ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα. <input type="checkbox"/> Συστήθηκαν και λύθηκαν όλες οι απορίες γύρω από την επέμβαση και τη μετεγχειρητική πορεία. <input type="checkbox"/> Το προηγούμενο βράδυ του χειρουργείου χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικό steden+b 2,5 mg 1x1 για την εξασφάλιση καλού ύπνου με εντολή του αναισθησιολόγου. 	<p>Περιορίστηκε το άγχος της ασθενούς. Με τη χορήγηση του μυοχαλαρωτικού φάρμακου και με τη ψυχολογική τόνωση που της έγινε, υπήρξε καλύτερη αποδοχή της επέμβασης από την ασθενή. Η γνωριμία της με το προσωπικό και τους ασθενείς καθώς και οι διάφορες συζητήσεις μαζί της, την βοήθησαν</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα</i> <i>Νοσηλευτική</i> <i>διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
				να απαλλαγθεί από το φόβο που την κατέβαλε και έτσι να περιοριστεί και το άγχος της.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Πόνος, ανησυχία (μετεγχειρητικά) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Μείωση του πόνου και εξασφάλιση άνεσης. <input type="checkbox"/> Σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Χορήγηση αναλγητικών, με ιατρική εντολή, ανάλογα με τον τύπο και την ένταση του πόνου. <input type="checkbox"/> Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων. <input type="checkbox"/> Σωστή τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι. <input type="checkbox"/> Έλεγχος του τραύματος. <input type="checkbox"/> Έλεγχος της λειτουργικότητας της παροχέτευσης Red-o-Pack και του υλικού της παροχέτευσης. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε ½ Amb Pethidine 100mg 1x1 για τη μείωση του πόνου. <input type="checkbox"/> Έγινε συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων. <input type="checkbox"/> Η ασθενής τοποθετήθηκε σε σωστή θέση στο κρεβάτι. <input type="checkbox"/> Έγινε έλεγχος του τραύματος και της παροχέτευσης για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. 	<p>Ο πόνος μειώθηκε μετά μιση ώρα από τη χορήγηση ½ amp Pethidine και η ασθενής ένιωσε ανακούφιση. Παρακολουθούνταν συνεχώς η παροχέτευση και δεν υπήρξε καμία ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονταν διαρκώς στα φυσιολογικά επίπεδα. Η μετεγχειρητική πορεία της νόσου εξελίχθηκε ομαλά και ανώδυνα.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΑΤIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Εμφάνιση αιμορραγίας από τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Πρόληψη της αιμορραγίας. <input type="checkbox"/> Έλεγχος της παραχέτευσης υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα. <input type="checkbox"/> Αυστηρός έλεγχος των προσλαμβανόμενων υγρών για τυχόν πρόληψη αφυδάτωσης. <input type="checkbox"/> Έλεγχος σημείων εμφάνισης αίματος στο επιδερμικό υλικό. <input type="checkbox"/> Χορήγηση L/R 1000ccx2 προς αναπλήρωση του όγκου των υγρών. <input type="checkbox"/> Άσηπτη τεχνική κατά την τεχνική της IV χορηγήσεως. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Έγινε συχνή λήψη των ζωτικών σημείων αρτηριακή πίεση, σφίξεις, αναπνοές, θερμοκρασία ακόμα και το χρώμα δέρματος. <input type="checkbox"/> Έγινε συχνός έλεγχος των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για την διατήρηση του ισοζυγίου. <input type="checkbox"/> Ελέγχθηκε το επιδερμικό υλικό για τυχόν εμφάνιση σημείων αιμορραγίας. <input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε L/R 1000ccx2 <input type="checkbox"/> Τηρήθηκε η άσηπτη τεχνική κατά τη φλεβοκέντηση και αποφεύχθηκε η φλεγμονή στην περιοχή. 	<p>Υπήρξε σωστή νοσηλευτική φροντίδα που αυτό βοήθησε στο να διατηρηθούν τα ζωτικά σημεία. Με τη συχνή και σωστή παρακολούθηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα σημείο αφυδάτωσης. Με τη σωστή νοσηλεία που τη παρήχθε αποφεύγεται η αιμορραγία, η αφυδάτωση.</p> <p>Εξασφαλίστηκε γρήγορη και ανώδυνη ανάρρωση της.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ Σ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Αύξηση της θερμοκρασίας (38,7° C) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος. <input type="checkbox"/> Πρόληψη λοίμωξης. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς κάθε τρεις ώρες. <input type="checkbox"/> Ανάρτηση του δελτίου τριωρης θερμομέτρησης και καταγραφή της θερμοκρασίας. <input type="checkbox"/> Συχνός έλεγχος του τραύματος. Αλλαγή του επιδεσμικού ολικού με άσηπτη τεχνική. <input type="checkbox"/> Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. <input type="checkbox"/> Χορήγηση αντιπυρετικών φάρμακων, με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Έγινε συχνή παρακολούθηση της θερμοκρασίας άνω τριωρο έγινε καταγραφή της θερμοκρασίας στο δελτίο τριωρης θερμομέτρησης. <input type="checkbox"/> Έγινε συχνός έλεγχος του τραύματος και αλλαγή του επιδεσμικού ολικού με άσηπτη τεχνική. (set αλλαγής) <input type="checkbox"/> Χορηγήθηκε αντιπυρετικό, απρ Aprotel M 1x2. <input type="checkbox"/> Εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα. 	<p>Με τον συχνό έλεγχο της θερμοκρασίας και τη σωστή περιποίηση του τραύματος με την εφαρμογή άσηπτης τεχνικής βοήθησαν σημαντικά στη μείωση και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. Η ασθενής με τη χορήγηση του αντιπυρετικού και των ψυχρών επιθεμάτων ένοιωσε μεγάλη ανακούφιση..</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<input type="checkbox"/> Φλεγμονή του τραύματος.	<input type="checkbox"/> Εξάλειψη της φλεγμονής. <input type="checkbox"/> Άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος.	<input type="checkbox"/> Παρακολούθηση του τραύματος για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αύξηση θερμοκρασίας, μη σύγκλειση των χειλέων του τραύματος. (σημεία φλεγμονής). <input type="checkbox"/> Συχνός έλεγχος της τομής. Αλλαγή του επιδεσμικού υλικού με άσηπτη τεχνική. <input type="checkbox"/> Έλεγχος της λειτουργικότητας της Pack και του υλικού της παροχέτευσης.	<input type="checkbox"/> Έγινε συχνή παρακολούθηση του τραύματος για πρόληψη της φλεγμονής. <input type="checkbox"/> Έγινε συχνή λήψη παρακολούθηση της τομής και αλλαγή του επιδεσμικού υλικού πάντα με άσηπτη τεχνική. <input type="checkbox"/> Έγινε εκτίμηση του είδους και του ποσού της παροχέτευσης. <input type="checkbox"/> Η τομή πάντοτε διατηρούνταν στεγνή μετά την περιποίηση της με άσηπτη τεχνική.	Με τη νοσηλευτική φροντίδα εξασφαλίστηκε η πρόληψη των σημείων της φλεγμονής τόσο στο τραύμα όσο και στην παροχέτευση.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Εργαστήριο

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>Ανάγκες -προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<input type="checkbox"/> Διατήρηση της τομής στεγνής.		

Προτάσεις – Λύσεις

Μέσα από τη ζωή μπορεί κανείς να αντιληφθεί την ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει για την Γυναίκα ο καρκίνος του μαστού, ενός οργάνου όχι μόνο λειτουργικού αλλά και ιδιαίτερα συμβολικού. Γι' αυτό:

Η γυναίκα κάθε ηλικίας πρέπει να εντάξει μέσα στις δραστηριότητες της και την *αυτοεξέταση του μαστού*, η οποία είναι εύκολη, ανέξοδη και χωρίς κανένα κίνδυνο. Η ΑΕΜ θα την βοηθήσει στην πρώιμη ανίχνευση ανωμαλιών οι οποίες θα διερευνηθούν στη συνέχεια από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η μαστογραφία είναι χρήσιμη στη γυναίκα κυρίως μετά την εμμηνόπαυση, γιατί η διαγνωστική της αξία είναι τότε μεγαλύτερη, αλλά επίσης πριν από την εμμηνόπαυση, γιατί ο αθροιστικός κίνδυνος για την ενδεχόμενη καρκινογένεση πριν την εμμηνόπαυση είναι ουσιαστικότερος.

Στα μέτρα για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνονται και οι «*κινητές διαγνωστικές μονάδες*» που είναι μια πιο αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Οι κινητές μονάδες πρέπει να πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία η ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό:

- την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και
- τη διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η *ίδρωση προληπτικών ιατρείων* σε δήμους και κοινότητες. Τα ιατρεία για τη ασυμπτωτική διάγνωση του καρκίνου του μαστού στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους σε νοσηλευτικό προσωπικό. Γιατροί υπάρχουν μόνο ως σύμβουλοι. Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δε βλέπουμε δηλ. αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο του μαστού αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.

Για την πρόληψη του καρκίνου μαστού η πολιτεία οφείλει να εφαρμόσει *προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης* για την υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού «σχετικά με τον καρκίνο μαστού καθώς και για την προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων.

Γνωρίζοντας το σπουδαίο ρόλο της γυναίκας ως συζύγου και ως μητέρας είναι αξιόλογο να τονισθεί η υποχρέωση της πολιτείας να οργανώσει *ομιλίες* στο γενικό πληθυσμό με *προληπτικό χαρακτήρα* κατά την ημέρα της γιορτής της γυναίκας και της μητέρας.

Η *διδασκαλία των μαθητριών* γυμνάσιου και λυκείου θα συμβάλλει στην ολοκλήρωση του προληπτικού μας αγώνα για τον καρκίνο του μαστού και θα ανοίξει νέους ορίζοντες, θα δημιουργήσει καινούργιους προβληματισμούς στο γυναικείο πληθυσμό σχετικά με τη σπουδαιότητα του μαστού και την προστασία του από τους καρκινογόνους παράγοντες.

Οι κοινωνίες όλων των εποχών έμαθαν τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της άλλοτε σαν μέσο έκφρασης της μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας.

Τα προβαλλόμενα κατά καιρούς πρότυπα απαιτούσαν και έκαναν ίσως ευτυχισμένες τις γυναίκες άλλοτε με μεγάλο στήθος και άλλοτε με μικρό. Ποτέ όμως δεν θα προσβληθεί κανένα μοντέλο που να αγνοεί το στήθος και πολύ περισσότερο να απαιτεί ένα μαστό.

Ακόμα και στην περίπτωση των Αμαζώνων, ο ακρωτηριασμός του μαστού, ήταν σύμβολο θυσίας και απάρνησης θηλυκότητας τους και υιοθέτηση ενός ανδρικού μοντέλου συμπεριφοράς.

Αντιπροσωπεύοντας λοιπόν μαστοί για τη γυναίκα αισθήματα και συμβολισμούς, συνειδητούς και υποσυνείδητους, φυσικό είναι να την εμποδίζουν συναισθηματικά να δεχτεί ακόμη κι αυτή την «θεραπευτική προσβολή».

Επίλογος

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια ανασκόπησης του όλου θέματος σχετικά με τις υπάρχουσες απόψεις που αφορούν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με καρκίνο του μαστού.

Βέβαια το θέμα δεν καλύφθηκε πλήρως αλλά πιστεύεται ότι έγινε μια ικανοποιητική παρουσίαση των πολύπλοκων προβλημάτων και τονίστηκε ιδιαίτερα η σημασία της Εξατομικευμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας που πρέπει να παρέχεται στην ασθενή. Η άρτια κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη των στόχων, αλλά η ουσία της Νοσηλευτικής Φροντίδας βρίσκεται στην ικανότητα της Νοσηλεύτριας να συλλαμβάνει και να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του ασθενή η την ικανότητα του να διαπραγματεύεται με προβλήματα που δημιουργούνται εξαιτίας της απειλής της υγείας του.

Η ικανότητα της Νοσηλεύτριας να αναγνωρίζει τα σημεία συμπεριφοράς είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εκπλήρωση του ρόλου της.



Βιβλιογραφία

1. Τζωρακοελευθεράκης Ε. «Χειρουργικές παθήσεις του μαστού», Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Λιτσας, Αθήνα 1992.
2. Παπανικολάου Ν. «Γυναικολογία». Έκδοση 3^η, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρ, Αθήνα 1994. Σελ 437-502.
3. Παπαδημητρίου Γ, Ανδρουλάκης Γ. «Αρχές γενικής χειρουργικής», τόμος Α, έκδοση 1^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρ, Αθήνα 1989 σελ. 311-328.
4. Παπανικολάου Ν. «Μαστολογία». Έκδοση 2^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Θεσσαλονίκη 1989, σελ 60-471.
5. Κονιάρη Ε. «Καρκίνος του μαστού, Νοσηλευτική Παρέμβαση», επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Β, Αθήνα 1991.
6. Malin Dollinger, MD, Ernest H. Rosenbaum, MD, και Christopher Benl, MD, «Ο καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση : ένας οδηγός για όλους». Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ 297-323.
7. Lawrence M. Teirney, Tr, Stephen J, McPhee, Maxine A Papadakis. «Medical Diagnosis & Treatment», 34th Edition, 1995.
8. Jay R. Harris, Monica Morrow, Gianni Bonadonna. «Cancer: Principles & Practice of Oncology». Fourth Edition, edited by Vincent T. Devita, Jr, Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1993.
9. Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci Kasper. «Principles of Internal Medicine» Volume 2, Thirteen Edition, edited by Harrison's, 1991.
10. Τριχοπούλου Α., Τριχοπούλος Δ. «Προληπτική Ιατρική», Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Αθήνα 1986 σελ 49.
11. Δημόπουλος Ν.Ι «Θέματα Γενικής Ιατρικής». Εκδοτής Ασκληπιάδες, Αθήνα 1992.
12. «Cancer: Principles and Practice of Oncology» edited by Vincent J. Devita et al ed , 1993.
13. Σαχινη – Καρδάση Α, Πάνου Μ, «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 2^{ος}, Μέρος Β, Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις Β, Αθήνα 1996.
14. Prof. Dr. Med. Dr Phil. Herbert Lippert «Ανατομική», Έκδοση 5^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ, Αθήνα 1993.
15. Charles M. Haskell and Dennis A. Casciato, «Breast Cancer» 4th Edition, Philadelphia 1995.
16. Παναγιώτου Π.Π. «Σύγχρονος Γυναικολογία», Έκδοση 4^η , Εκδόσεις Β, Αθήνα 1973.
17. Braunwald, Isselbacher, Peterdort, Wilson, Martin, Fauci, «Εσωτερική Παθολογία», Έκδοση 11^η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ, Αθήνα 1990.
18. Μουτσόπουλος Χ. «Παθολογία» Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 5^η, Ιατρικές Εκδόσεις Λιτσας, Αθήνα 1989.
19. Guiseppe Cilia, Antonio Mancuso «LA SALUTE DEL SENO» Brain Edizion, Roma.
20. Home Medical Advisor «Breast Cancer».

Copyright 1991-1997, Dr. Schueler's Health Informatics, Inc.

Copyright 1997, TLC Properties Inc., a subsidiary of the Learning Company, Inc. page 1.

21. Κυριακίδου Ε. «Κοινωνική Νοσηλευτική», Έκδοση «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α., Αθήνα 1995, σελ. 103.
22. Σαββόπουλου Γ. «Βασική Νοσηλευτική Μια βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση». Έκδοση «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α., Αθήνα 1996, σελ. 115.