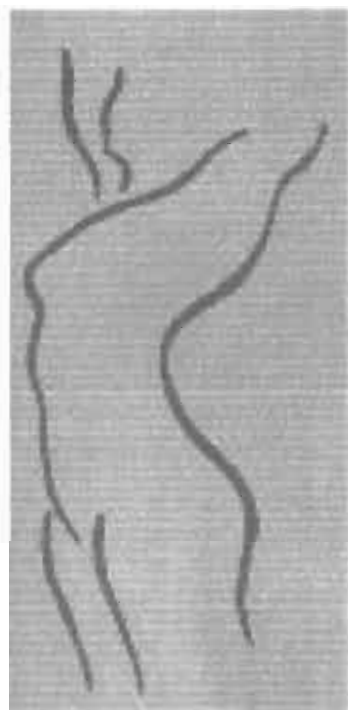


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ



ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΧΡΗΣΤΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ



ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΠΙΛΟΓΗΣ

3124

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| Πρόλογος | 5 |
| Εισαγωγή | 6 |
| Γενικό μέρος | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο | 8 |
| 1.1 Ιστορική αναδρομή | 8 |
| 1.2 Επιδημιολογία | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο | 15 |
| 2.1 Ανατομία του μαστού | 15 |
| 2.2 Φυσιολογία του μαστού | 18 |
| 2.3 Αγγείωση του μαστού | 23 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο | 25 |
| 3.1 Φλεγμονώδεις παθήσεις μαστού | 25 |
| 3.1.1 Οξεία μαστίτιδα | 25 |
| 3.1.2 Πλασματοκυτταρική μαστίτιδα | 25 |
| 3.1.3 Ειδικές φλεγμονές | 26 |
| 3.1.4 Λιποειδική νέκρωση | 26 |
| 3.2 Χρόνια κυστική μαστίτις | 26 |
| 3.3 Οξεία μικροβιακή μαστίτις | 27 |
| 3.4 Φυματιώδης μαστίτις | 28 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο | 29 |
| 4.1 Καλοήθειες παθήσεις του μαστού | 29 |
| 4.1.1 Ιναδένωμα μαστού | 29 |
| 4.1.2 Θηλώματα εκφορητικών πόρων μαστού | 30 |
| 4.1.3 Κύστεις μαστού | 30 |

| | | |
|-------------------------------|---|-----------|
| 4.1.4 | Νέκρωση του περιαδενικού λίπους μαστού | 32 |
| 4.1.5 | Κυστεοσάρκωμα του μαστού | 32 |
| 4.1.6 | Απόστημα μαστού | 33 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο | | 34 |
| 5.1 | Δυσπλασίες | 34 |
| 5.1.1 | Γυναικομαστίες | 34 |
| 5.1.2 | Υποπλασία μαστού | 35 |
| 5.1.3 | Πολυμαστία | 35 |
| 5.1.4 | Διάχυτος υπερτροφία του μαστού | 35 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο | | 37 |
| Καρκίνος Μαστού | | 37 |
| 6.1 | Προδιαθεσικοί παράγοντες | 38 |
| 6.2 | Διαγνωστικές μέθοδοι | 41 |
| 6.3 | Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού και η προτεινόμενη μέθοδος | 46 |
| 6.4 | Κλινική σταδιοποίηση του μαστού με το σύστημα T.N.M | 65 |
| 6.5 | Λιτολογία-Αρχικά συμπτώματα | 66 |
| 6.6 | Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει | 67 |
| 6.7 | Εντοπισμός | 68 |
| 6.8 | Εργαστηριακές εξετάσεις | 68 |
| 6.8.1 | Γενικές | 68 |
| 6.8.2 | Ειδικές | 69 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο | | 70 |
| 7.1 | Διαγνωστικές εξετάσεις | 70 |
| 7.1.1 | Μαστογραφία | 70 |
| 7.1.2 | Θερμογραφία | 71 |
| 7.1.3 | Ξηρογραφία | 72 |
| 7.1.4 | Υπερηχογράφημα | 72 |
| 7.1.5 | Διαφανοσκόπηση | 72 |

| | |
|---|------------|
| 10.1.5 Διδασκαλία της ασθενούς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο | 97 |
| 10.1.6 Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι | 98 |
| 10.2 Αυτοεξέταση μαστού | 101 |
| B ΜΕΡΟΣ | 103 |
| Περιστατικά | 103 |
| A ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ | 103 |
| B ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ | 120 |
| Επίλογος | 131 |
| Βιβλιογραφία | 132 |

Πρόλογος

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη δεύτερη μορφή καρκίνου για το γυναικείο πληθυσμό, με πρώτη τον καρκίνο του πνεύμονα. Αποτελεί το 30% των καρκίνων του γυναικείου πληθυσμού.

Ο Συστηματικός Προληπτικός Έλεγχος του Γυναικείου Πληθυσμού (περιλαμβάνει την Φυσική εξέταση και την Μαστογραφία) μπορεί να διαγνώσει έγκαιρα την κακοήθεια, με αποτέλεσμα η πενταετής επιβίωση να ξεπερνά το 90%. Ο καρκίνος του μαστού, λοιπόν, ανήκει στις περιπτώσεις που μπορούμε να μιλήσουμε, εφόσον έχουμε έγκαιρη διάγνωση, για ίαση του συντριπτικού ποσοστού της.

Το 90% των περιπτώσεων ανακαλύπτονται τυχαία από τις ασθενείς και η πρώτη επίσκεψη γίνεται δυστυχώς σε προχωρημένο στάδιο σε περισσότερο από το 1/3 των περιπτώσεων.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστός από τον Ιπποκράτη και συνεχίζει ως και σήμερα. Πέρασαν πολλά χρόνια για να καταφέρουμε να αντιμετωπίσουμε και να θεραπεύσουμε τον άρρωστο. Όμως, δεν καταφέραμε να εξαφανίσουμε την παρουσία του καρκίνου από τον γυναικείο πληθυσμό της γης. «Ελπίζουμε»

Ο ρόλος των νοσηλευτών-νοσηλευτριών πρέπει να επικεντρωθεί στην ενημέρωση της Ελληνίδας και στην διδασκαλία της αυτοεξέτασης του μαστού. Από την στιγμή της επαφής του νοσηλευτή με την πάσχουσα κρίνεται απαραίτητο και αναγκαίο να επιστρατεύσουμε την επιστημονική μας κατάρτιση και εξειδίκευση, αλλά και την ενεργό ψυχολογικά υποστήριξή μας.

Θεωρώ χρέος και καθήκον μου να επισημάνω την αξία της ενημέρωσης και διαφώτισης του κοινού, όπως επίσης και την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου.

Έτσι θα λύσουμε το πρόβλημα των γυναικών που υποφέρουν από τον καρκίνο του μαστού και θα καταφέρουμε να ανταλλάξουμε (όσο είναι δυνατό) το θάνατο με τη ζωή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η Γυναικολογία γεννήθηκε μαζί με τον άνθρωπο. Από την εποχή, που παρουσιάστηκε η πρώτη γυναίκα στον πλανήτη μας, και από τη στιγμή, που εμφανίστηκε η πρώτη σταγόνα αίματος της πρώτης εμμηνορρυσίας της. Γιατί, η πρώτη αυτή σταγόνα, δεν ήταν δυνατό, παρά να προκάλεσε απορίες και να αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης εκείνου του πρωτόγονου ανθρώπου. Αλλά, αν θελήσουμε να παρακολουθήσουμε την ιστορία της Γυναικολογίας μέσα στους αιώνες, θα βρούμε πως τα πρώτα ίχνη της παρουσίας της χάνονται μέσα στην αχλύ και στην αβεβαιότητα ενός πολύ μακρινού παρελθόντος. Και όσο πιο πίσω πηγαίνουμε τόσο πιο ισχνές και θολές είναι οι πληροφορίες μας.

Η αρρώστια πρωτοφανερώθηκε μαζί με τη ζωή. Και η Ιατρική, σαν τέχνη, που θεραπεύει τις αρρώστιες, παρουσιάστηκε όταν βρέθηκαν τα πρώτα γραπτά μνημεία της ανθρώπινης ζωής. Πολύ αργότερα, στα χρόνια του Ιπποκράτη, έφτασε σε περιοπή επιστήμης και εξυψώθηκε το κύρος και το γόητρο του ιατρικού επαγγέλματος. Ο επιστημονικός ογκόλιθος του Ιπποκράτη έπεσε μέσα στην υπέρλαμπρη πεντηκονταετία του χρυσού αιώνα του Περικλή. Η Ελλάδα γίνεται το κέντρο, όχι μόνο κάθε πνευματικής και καλλιτεχνικής δημιουργίας, αλλά και το λίκνο της επιστημονικής Ιατρικής. Τα συγγράμματα του Ιπποκράτη, που ο Σουΐδας τα ονόμασε «Θεού φωνάς», ανήκουν στο πάνθεο της σειράς των κλασικών έργων του αρχαίου Ελληνικού Πνεύματος. Προϋπήρχαν, βέβαια, ανατολίτικα (ινδικά και αιγυπτιακά) σπέρματα πολλών περιόδων, αλλά ο υγιής σπόρος του σοφού σπορέα, το κλίμα της Ελλάδας και η γονιμότητα του εδάφους της συντέλεσαν σε μια εύχυμη ωρίμανση και πλούσια καρποφορία, με την οποία και σήμερα τροφοδοτείται όλη η ανθρωπότητα. Σωστά, λοιπόν, ονόμασαν τον Ιπποκράτη «πατέρα της Ιατρικής».

«Πατέρας», όμως, της Γυναικολογίας πρέπει να θεωρηθεί ο Σωρανός ο Εφέσιος (98-138 μ.Χ.), ο επιφανέστερος γιατρός της Ρωμαϊκής εποχής. Έμπειρος και ευσυνείδητος, υπήρξε συγγραφέας πολλών έργων, από τα οποία κορυφαία θέση κατέχει το «Περί γυναικείων νοσημάτων». Επίσης, έγραψε ένα κεφάλαιο «Περί σπέρματος», που ανήκε, πιθανώς, στο τιτλοφορούμενο «Φυσικά περί ζωογονίας» έργο του, όπως και το «Περί μήτρας και γυναικείου αιδοίου».

Ειδικότερα, ο Σωρανός περιγράφει το γεννητικό σύστημα της γυναίκας, τις συζυγικές σχέσεις, τις θέσεις της μήτρας, το άνοιγμα του τραχήλου στη συνουσία και στην εμμηνορρυσία. Συμβουλεύει την έμφραξη του τραχηλικού στομίου με βαμβάκι και τη χρήση αλοιφών ή λιπαρών ουσιών, για την αποφυγή σύλληψης, και απαγορεύει την άμβλωση.

Μια ιστορική αναδρομή από τους προϊστορικούς χρόνους μέχρι τον αιώνα μας στην εισαγωγή αυτού του βιβλίου, θα αποτελούσε παρεμβολή, που θα πρόδιδε και το ύφος και την ιστορία της Γυναικολογίας, την με τόσους επιστημονικούς αστέρες και με τόσες χρονολογίες-σταθμούς πλουτισμένη. Έτσι, η ιστορία της Γυναικολογίας και η ιστορία της Μαιευτικής θα αποτελέσουν φιλοδοξία για ξεχωριστή εκδοτική παρουσίαση από μέρους μας, γιατί πιστεύουμε, πως κάθε γιατρός πρέπει να γνωρίζει, τουλάχιστον, την ιστορία της ειδικότητάς του.

Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης ιδρύθηκε το 1942 μέσα στα χρόνια της κατοχής. Πρώτος καθηγητής της Μαιευτικής και Γυναικολογίας εκλέχθηκε το 1942 ο Γεώργιος Τσουτσουλόπουλος, από το Δομοκό, που παρέμεινε στην έδρα ως τον πρόωρο θάνατό του, το 1963. Το 1960 εξέδωσε το σύγγραμμά του «Μαιευτικάί επεμβάσεις». Ο Τσουτσουλόπουλος πρέπει να θεωρηθεί ο θεμελιωτής της Μαιευτικής και Γυναικολογίας στη Βόρεια Ελλάδα και ο μεγάλος οραματιστής της Πανεπιστημιούπολης. Η κλινική του, όμως, ποτέ δεν στεγάσθηκε στην πανεπιστημιούπολη, αλλά στο Δημοτικό Μαιευτήριο, που έκλεισε πριν λίγα χρόνια, για να μεταφερθεί στο νέο Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», όπου στεγάζονται οι πανεπιστημιακές κλινικές.

Το Γεώργιο Τσουτσουλόπουλο διαδέχθηκε το 1964 ο Παναγιώτης Παναγιώτου, που προαναφέραμε ως διάδοχο του Ν. Λούρου στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας, ως το 1969.

Τον Παναγιώτου διαδέχθηκε το 1970 ο Δημήτριος Μαρουδής, γιος του καθηγητή Γεωργίου Μαυρουδή, από την Αθήνα. Το 1974 εξέδωσε τον πρώτο τόμο της «Μαιευτικής και Γυναικολογίας» και το επόμενο έτος, 1975, απεβίωσε πρόωρα.

Το 1973 δημιουργήθηκε δεύτερη έδρα Μαιευτικής και Γυναικολογίας και το 1977 Τρίτη, για την κάλυψη των αναγκών του εκπαιδευτικού παραρτήματος του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου στην Αλεξανδρούπολη, η λειτουργία του οποίου κράτησε ως το 1984 και το προσωπικό της επέστρεψε στη Θεσσαλονίκη.

Το κύτταρο

Είναι η μικρότερη μονάδα ζώσας ύλης. Είναι το υπόβαθρο για τη σύνθεση των ιστών και των οργάνων και ανανέωση αυτών. Είναι γνωστό ότι οι ζωντανοί οργανισμοί συνεχώς καταστρέφονται και αναπλάσσονται νέα κύτταρα, ανάλογα την διαφοροποίησή τους. Τα νευρικά κύτταρα διαφοροποιούνται πλήρως και όταν καταστραφούν δεν αναπλάσσονται, ενώ τα κύτταρα του αίματος συνεχώς αναπλάσσονται. Η ανάπλαση αυτή γίνεται με την διαίρεση των κυττάρων και οδηγεί σε πολλαπλασιασμό αυτών. Η διαδικασία αυτή καλείται μίτωση. Το κύτταρο επομένως βρίσκεται στη φάση της μίτωσης ή σε ενδιάμεση ηρεμία, η οποία θα οδηγήσει σε μίτωση ή όχι.

Οι γενετικοί χαρακτήρες μεταφέρονται στα χρωμοσώματα τα οποία κατά τη μεσόφαση είναι διάσπαρτα σε όλο τον πυρήνα και αναμειγμένα με την χρωματίνη, η οποία σχηματίζει περισσότερα πυρήνια. Η χρωματίνη συντίθεται με το δεσοξυριβοπυρηνικό οξύ (Δ.Π.Ο.). Στον πυρήνα και στα πυρήνια υπάρχουν ριβοπυρηνικό οξύ (Ρ.Π.Ο.) σε ρευστή μορφή πλούσια σε πρωτεΐνες.

Τα πυρηνικά οξέα Δ.Π.Ο. και Ρ.Π.Ο. συντίθενται σε νουκλεοτίδια τα οποία περικλείουν μια βάση πυριμιδίνης, συνδεδεμένη με πολυσακχαρίτες και πέντε άνθρακες, φωσφορυλιωμένης στη θέση 5'.

Το φολικό οξύ είναι βιταμίνη ανεξάρτητα της βιοσύνθεσης του πυρηνικού οξέος και προσφέρεται στα κύτταρα για τροφή. Αυτό μετατρέπεται κατά τη διάρκεια διαφόρων ενζυμικών μετατροπών στη δραστική ουσία, το φυλλικό οξύ ή φυλικό παράγοντα.

Κατά τη διαίρεση, το θυγατρικό κύτταρο λαμβάνει μια μητρική άλυσσο Δ.Π.Ο. και μια νεοκτηθείσα δράση της πολυμεράσης-Δ.Π.Ο. Ο γενετικός κώδικας του κυττάρου προσδιορίζεται από την επόμενη νέα θέση των τεσσάρων βάσεων του Δ.Π.Ο.

Το Δ.Π.Ο. αποτελείται από δύο αλυσίδες πολυνουκλεοτιδίων, συνδεδεμένο με δύο θέσεις μέσω υδρογόνου και αζωτούχων βάσεων. Η αδενίνη συνδέεται προς τη θυμίνη και η γουανίνη προς την κυτοσίνη. Το μοριακό βάρος του Δ.Π.Ο. είναι μεταξύ μερικών δεκάδων ή και εκατοντάδων εκατομμυρίων. Το μήκος μιας τέτοιας αλυσίδας είναι περίπου 30.000. Το Δ.Π.Ο. χρησιμεύει ως μήτρα (καλούπι) για τη σύνθεση του Ρ.Π.Ο. με τη βοήθεια της δράσεως μιας Ρ.Π.Ο.-πολυμεράσης που μεταφέρει τις γενετικές πληροφορίες των χρωμοσωμάτων στα ριβοσώματα.

Τα ριβοσώματα βρίσκονται μέσα στο κυτταρόπλασμα, αποτελούνται από Ρ.Π.Ο. και από λιποσώματα. Τα αμινοξέα συντίθενται εντός του κυττάρου. Ενεργοποιούνται με ειδικά ένζυμα και σχηματίζουν πεπτιδικές συνδέσεις, την ενέργεια τριφωσφορικής αδενοσίνης.

Η συσκευή του Golgi χρησιμεύει για την έκκριση κυρίως γλυκοπρωτεϊνών. Στο κυτταρόπλασμα, όμως εκτός των ριβοσωμάτων και της συσκευής Golgi υπάρχουν τα μιτοχόνδρια προσφέρουν ενέργεια στο κύτταρο. Τα λυσοσώματα περικλείουν υδρολυτικά ένζυμα.

Τα κύτταρα επενδύονται με μεμβράνη η οποία συντίθεται διπλής στιβάδας μορίων λιπιδίων που βρίσκονται μεταξύ δύο απλών στιβάδων μορίων πρωτεϊνών ενώ όλη η μεμβράνη καλύπτεται από γλυκοπρωτεΐνες στην τελική θέση των οποίων υπάρχει σιαλικό οξύ.

Το κύτταρο συνεχώς ανανεώνει την ουσία, από μέσα προς τα έξω και αντίθετα. Η ανανέωση αυτή των ουσιών είναι ενεργητική ή παθητική. Η μεταφορά αυτή των ουσιών ονομάζεται φαγοκυττάρωση.

Ο κυτταρικός κύκλος περικλείει δύο φάσεις: την μεσόφαση και την μίτωση. Η μεσόφαση περικλείει τις περιόδους μεταμίτωσης (G_1) της σύνθεσης Δ.Π.Ο. (S) της προμιτώσεως (G_2) και εκείνη της ηρεμίας (G_0).

Η G_1 παρεμβάλλεται μεταξύ του τέλους της μιτώσεως και της αρχής της συνθέσεως του Δ.Π.Ο., η περίοδος αυτή καλύπτει σχεδόν το ήμισυ του χρόνου διαίρεσεως. Κατά την περίοδο αυτή συντίθεται το Δ.Π.Ο., τα λευκώματα και τα ένζυμα τα οποία είναι απαραίτητα για την περίοδο S. S είναι περίοδος κατά την οποία το υπάρχον Δ.Π.Ο. διπλασιάζεται και συντίθεται νέο. Η σύνθεση εύκολα προσδιορίζεται εκ της ενσωμάτωσης ενός των συστατικών του της σεσημασμένης για ραδιοϊσοτόπου τριτωμένης θυμιδίνης.

Η περίοδος G_2 παρεμβάλλεται μεταξύ της S και της μιτώσεως και δεν διαρκεί πέραν του πέμπτου του χρόνου διαίρεσης. Η φάση της μιτώσεως (M), περιλαμβάνει τέσσερις περιόδους τις πρόφασιν, μετάφασιν, ανάφασιν και την τελόφασιν. Κατά την πρόφαση τα χρωμοσώματα διαιρούνται σε δύο χρωματίδια. Το χρωματίδιο αποτελείται κατά το ήμισυ του παλαιού Δ.Π.Ο. και το έτερον ήμισυ του νέου. Η σύνθεση του Ρ.Π.Ο. γίνεται στην αρχή της προφάσεως. Τα δύο πυρήνια κατευθύνονται προς τους πόλους του κυττάρου, στα κατοπτρικά άκρα και σχηματίζεται ο μίτος. Ο μίτος συνίσταται εξ αοράτων ινών και πρωτεϊνών. Μερικές ίνες κατευθύνονται προς των πυρήνιων προς την κυτταρική επιφάνεια και έπειτα συνδέουν τα δύο πυρήνια. Στο τέλος πλέον της πρόφασης τα χρωμοσώματα διαιρεμένα σε χρωματίδια συνδεδεμένα στο κεντοφόρο ή κινητοφόρο φέρονται στο μέσον του πυρήνα.

Ο αριθμός των χρωμοσωμάτων ποικίλει από είδος σε είδος, αλλά είναι σταθερά στα φυσιολογικά κύτταρα. Ο άνθρωπος φέρει 44 σωματικά δηλαδή 22 ζεύγη και δύο φυλετικά χρωμοσώματα XX επί της γυναίκας και XY επί του άνδρα δηλαδή 46 χρωμοσώματα.

Καρκινικό κύτταρο

Το καρκινικό κύτταρο πιστεύεται ότι έχει αυξημένη αναερόβιο γλυκολυτική δράση. Η χρησιμοποίηση του γαλακτικού οξέος στο καρκινικό κύτταρο. In vitro καλλιεργούνται καρκινικά κύτταρα καταναλίσκουν λιγότερο οξυγόνο, περισσότερα σάκχαρα και παράγουν περισσότερο γαλακτικό του φυσιολογικού.

Στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο αποδείχθηκε ότι περιέχουν περισσότερα γλυκοπρωτεΐδια τα οποία περιβάλλουν στην αυξημένη ποσότητα Ρ.Π.Ο. Παρατηρήθηκε

επίσης και έλλειψη ορισμένων πρωτεϊνών και ενζύμων και αντιθέτως η παρουσία ορισμένων ισοενζύμων τα οποία ενθymίζουν εμβρυϊκής προέλευσης.

Η καρκινογένεση πρέπει να αναζητηθεί σε συνδυασμό εξωγενών και ενδογενών αιτιών. Τα εξωγενή αίτια πρέπει να θεωρηθούν διάφορες εξωγενείς ουσίες ή βλαπτικοί παράγοντες όπως ιοί, πίσσα, μόλυνση του περιβάλλοντος, ανοσοκατασταλτικοί, ενώ ως ενδογενή η ανοσολογική καταπίεση της επαγρυπνήσεως ενός εκάστου ατόμου.

Επομένως η γνώση της βιοχημικής συμπεριφοράς του καρκινικού κυττάρου.

1.2 Επιδημιολογία

Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Η αιτιολογία είναι άγνωστη, υπάρχουν όμως ορισμένοι παράγοντες που θα πρέπει ο ιατρός πάντοτε να αναζητεί στο ιστορικό. Έτσι, η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη:

1. Σε ανύπανδρες γυναίκες
2. Σε παντρεμένες που δεν απέκτησαν παιδιά
3. Σε γυναίκες που παρουσίασαν φλεγμονές του μαστού (ινώδη κυστική μαστίτιδα, αποστήματα κ.λ.π.)
4. Σε γυναίκες που δεν θήλασαν τα παιδιά τους (συζητείται)
5. Σχέση με την έσω έκκριση, ώστε:
 - A. Η νόσος να λείπει τελείως προ της ήβης
 - B. Να αυξάνει κατά την κλιμακτήριο και
 - Γ. Σε ορισμένες περιπτώσεις υποχωρούν οι μεταστάσεις μετά από ωοθηκεκτομή, επινεφριδεκτομή ή υποφουσεκτομή
6. Συχνή στις γυναίκες που υπέστησαν εγχείρηση για πάθηση ωοθηκών, σε γυναίκες που ελάμβαναν οιστρογόνα ή αντισυλληπτικά φάρμακα
7. Τραύμα του μαστού
8. Κληρονομικότητα. Μικρή συμβολή. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες των οποίων οι μητέρες είχαν καρκίνο.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει σχετικά με την σχέση του καρκίνου του μαστού με την ανώμαλη έκκριση των ορμονών, όπως των οιστρογόνων, ανδρογόνων και κορτικοειδών, είναι όμως πρόωρο και δύσκολο να ερμηνεύσει κανείς τα αποτελέσματα της μετρήσεως διότι πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τις παραπάνω μετρήσεις. Επίσης στο Εδιμβούργο (Forrest) γίνεται Screening Test και προσδιορίζεται η υδροξυπρολίνη ούρων 24ώρου που θεωρείται σήμερα ότι αυξάνει στον αρχόμενο καρκίνο του μαστού.

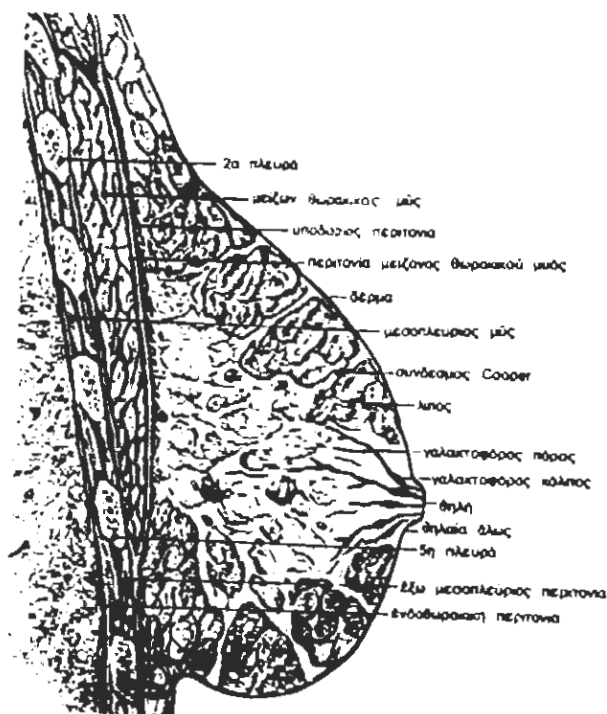
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ανατομία του μαστού

Ο μαστός βρίσκεται στην υποδόριο περιτονία της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, μεταξύ του πλαγίου χείλους του στέρνου και της πρόσθιας μασχάλιαίας γραμμής, από το 2^ο μέχρι το 6^ο-7^ο μεσοπλεύριο διάστημα.

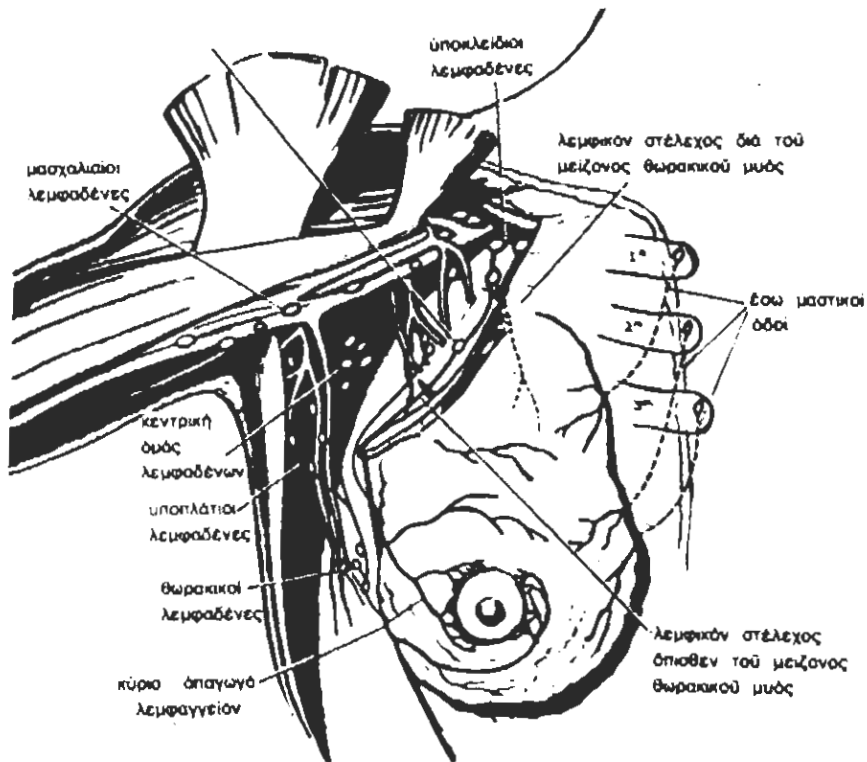
Το σχήμα του είναι κωνικό ή ημισφαιρικό ενώ, στο άνω έξω τεταρτημόριο, υπάρχει προσεκβολή προς την μασχάλιαία κοιλότητα, γνωστή ως ουρά του Spence.

Διακρίνονται μια *πρόσθια* και μια *οπίσθια* επιφάνεια στο μαστό, καθώς και η *περιφέρεια*. Η πρόσθια επιφάνεια φέρει τη *θηλή* και τη *θηλαία άλω*. Στην κορυφή της θηλής εκβάλλουν με 15-20 στόμια οι *γαλακτοφόροι πόροι*. Στη θηλαία άλω παρατηρούνται 10-15 μικρά επάρματα, γνωστά ως *αδένες του Montgomery*. Η οπίσθια επιφάνεια του μαστού έρχεται σε επαφή με την περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός.



Μαστός.

Ο μαστός αποτελείται από έξω προς τα μέσα από το δέρμα, το περιμαστικό λίπος και το μαζικό αδένα. Ο μαζικός αδένας διαιρείται σε 15-20 λοβούς από ινώδεις δεσμίδες (σύνδεσμος του Cooper). Οι λοβοί αυτοί διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή και τη θηλαία άλω. Κάθε λοβός έχει το δικό του γαλακτοφόρο πόρο, που, αφού σχηματίσει κάτω από τη θηλή ένα ανεύρυσμα, το γαλακτοφόρο πόρο, εκβάλλει από δικό του στόμιο στη θηλή. Οι γαλακτοφόροι πόροι μέσα στο λοβό διακλαδίζονται σε μικρότερους πόρους, καθένας από τους οποίους καταλήγει σε μία αδενοκυψέλη.



Μασχαλιαίοι και έσω μαστικοί λεμφαδένες και λεμφαγγεία του μαστού.

Εμβρυολογικά, τα λόβια του μαζικού αδένα δημιουργούνται από πάχυνση του έξω δέρματος κατά την 6^η περίπου εβδομάδα της κύησης. Η πάχυνση αυτή αφορά τη γαλακτική γραμμή από τη μασχάλη μέχρι το αιδοίο. Την 9^η εβδομάδα η πάχυνση υποχωρεί, εκτός από τη θωρακική περιοχή, όπου και θα σχηματισθεί στον 3^ο περίπου μήνα από συγκεντρώσεις πλακωδών κυττάρων του δέρματος, η θηλή και η θηλαία άλω.

Καταδύσεις των πλακωδών αυτών κυττάρων σχηματίζουν τους εκκριντικούς πόρους των λοβίων του μαζικού αδένου.

Όλοι οι μικροί πόροι επενδύονται από δίστοιβο επιθήλιο. Στους μικρούς αυτούς πόρους το επιθήλιο είναι κυβοειδές, ενώ στους μεγαλύτερους ο εσωτερικός στίχος αποτελείται από κυλινδρικά κύτταρα. Οι μεγαλύτεροι πόροι επενδύονται από ένα στίχο κυβοειδών κυττάρων, που περιβάλλονται από ασυνεχή στιβάδα επιμήκων ή τριγωνικών μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Όσο πλησιάζουν προς τη θηλή, οι πόροι παρουσιάζουν επιθήλιο, το οποίο πάλι γίνεται δίστοιβο και μεταπίπτει σε πολύστοιβο πλακώδες στη θέση εκβολής των γαλακτοφόρων πόρων στη θηλή.

Το στρώμα κάθε λοβού αποτελείται από τον *μεσολόβιο συνδετικό ιστό*, που είναι στηρικτικός, βρίσκεται ανάμεσα στις διακλαδώσεις των πόρων και έχει διαφόρου βαθμού περιεκτικότητα σε λιποκύτταρα, και το *ενδοφλέβιο στρώμα*, που αποτελεί το υπόστρωμα του αδενικού ιστού.

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

Οι *αρτηρίες* του μαστού προέρχονται από την *έξω μαστική αρτηρία*, που είναι κλάδος της πλάγιας θωρακικής, την *έσω μαστική*, τις μεσοπλευρικές αρτηρίες και κλάδους από τη *μασχαλιαία αρτηρία*. Οι φλέβες ακολουθούν τις αρτηρίες. Οι *φλέβες* του δέρματος του μαστού σχηματίζουν γύρω από τη θηλή δίκτυο, που εκβάλλει στη *μασχαλιαία* και *έσω μαστική φλέβα*.

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

Από τα λεμφικά πλέγματα εξορμούνται τα απαγωγά λεμφαγγεία του μαστού, προς τα πίσω μέσα από τους θωρακικούς μυς στην ομάδα των κορυφαίων μασχαλιαίων λεμφαδένων και προς τα έξω στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Προς τα έσω πορεύονται δια των έσω μαστικών αγγείων προς τους έσω μαστικούς λεμφαδένες και δι' ευθείας αναστομώσεως στον άλλο μαστό. Προς τα κάτω και έσω αναστομώνονται κάτω από την ξιφοειδή απόφυση με τα λεμφαγγεία της κοιλίας στην περιοχή του διαφράγματος. Προς τα άνω καταλήγουν στους υπερκλειδίους λεμφαδένες. Τέλος, υπάρχουν μεμονωμένα

λεμφικά αγγεία, που πορεύονται κατά μήκος των μεσοπλεύριων αγγείων, φερόμενα προς την σπονδυλική στήλη.

Οι λεμφαδένες του μαστού χωρίζονται σε τρεις ομάδες: α) τους *υπερκλείδιους* β) τους *μασχαλιαίους* και γ) τους *αδένες της έσω μαστικής αρτηρίας*. Χειρουργικά οι μασχαλιαίοι αδένες χωρίζονται σε τρία επίπεδα που καθορίζονται από τη σχέση τους προς τον ελάσσονα θωρακικό μυ.

Μια μικρή ομάδα λεμφαδένων μεταξύ του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός αποτελεί την ομάδα των λεμφαδένων του Rotter. Όλες οι ομάδες των λεμφαδένων του μαστού έχουν τεράστια σημασία στη διασπορά των κακοήθων όγκων του μαστού. Η ύπαρξη μεταστάσεων καρκινικών κυττάρων σε αυτούς καθορίζει την έκταση, το στάδιο και την πρόγνωση της νόσου.

2.2 Φυσιολογία του μαστού

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο. Αν και κατορθώσαμε να απομονώσουμε τέτοιους ορμονικούς παράγοντες, πρέπει να ομολογήσουμε, πως οι γνώσεις μας σχετικά με τους μηχανισμούς, που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού

Στους παράγοντες, που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν: ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε δηλαδή, πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

Υποθάλαμος. Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor). Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με τον μαστό.

Εκτός από την GnRH που έχει σχέση με την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και αυτές με την έκκριση των ωοθηκικών ορμονών, που συνδέονται στενά με το μαστό, δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

Υπόφυση. Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH), διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωοθήκης και του ωχρού σωματίου. Απόδειξη αυτού είναι το γεγονός, πως, μετά υποφυσεκτομία, προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών.

Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Προλακτίνη. Ο μαστός, που αποτελεί όργανο στόχο της προλακτίνης, δεν ασκεί, όπως οι γονάδες, παλινδρομη αλληλορύθμιση στην υπόφυση. Φαίνεται, όμως, πως η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει, δηλαδή, ένα είδος βραχείας παλινδρομής αλληλορύθμισης.

Η αύξηση της προλακτίνης εμποδίζει την έκκριση των εκλυτικών παραγόντων των γοναδοτρόπων ορμονών στον υποθάλαμο. Αυτό, προκαλεί ανωμαλία στην κατά ώσεις έκκριση της GnRH στις υποφυσικές γοναδοτρόπες ορμόνες, με αποτέλεσμα την αμηνόρροια ή διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου.

Η προλακτίνη, μαζί με τις οιστρογόνες ορμόνες, την προγεστερόνη, τα κορτικοειδή, την ινσουλίνη και την ωκυτοκίνη, προετοιμάζει τους μαστούς για τον θηλασμό, γι'αυτό τα επίπεδά της στην διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ψηλά. Δεν είναι, όμως, δυνατό να προκαλέσουν την έκκριση γάλακτος, γιατί είναι επίσης αυξημένα τα επίπεδα των οιστρογόνων ορμονών μετά τον τοκετό. Όταν αυτά πέσουν, ελευθερώνεται η δράση της προλακτίνης.

Αλλά και χωρίς εγκυμοσύνη εκκρίνεται προλακτίνη σε μικρή ποσότητα, που γίνεται μεγαλύτερη γύρω στη 2^η-4^η πρωινή ώρα. Η αιχμή αυτή φαίνεται, πως έχει σχέση με τη φάση του ύπνου.

Η υπερβολική αύξηση των οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων, δυνατό να προκαλέσουν καταστολή του υποθαλάμου, ελάττωση του ανασταλτικού παράγοντα της προλακτίνης και την εμφάνιση γαλακτόρροιας. Αντίθετη δράση έχει η προγεστερόνη.

Αν χορηγήσουμε οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη σε ζώα, που τους εξαιρέθηκε η υπόφυση, θα διαπιστώσουμε, πως δεν μπορούμε να προκαλέσουμε ανάπτυξη των μαστών τους, παρά μόνο, όταν χορηγήσουμε και μικρή ποσότητα προλακτίνης.

Η προλακτίνη, αν χορηγηθεί με ένεση στον ένα μόνο μαστικό αδένα, προάγει την ανάπτυξή του και την έκκριση γάλακτος μόνο από αυτόν. Καμιά άλλη ορμόνη της υπόφυσης δεν έχει τέτοια επίδραση.

Η προλακτίνη ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων ορμονών στο μαστό μέχρι τότε, που η γυναίκα θηλάσει. Στο θηλασμό, οι οιστρογόνες ορμόνες, που παράγονται στις ωοθήκες, δεν είναι απαραίτητες για τη διατήρησή του. Αντίθετα, όταν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις, αναστέλλουν την έκκριση γάλακτος, γιατί ανταγωνίζονται την προλακτίνη στους ορμονικούς υποδοχείς του μαστού.

Συμπερασματικά, η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στην διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει την σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ωκυτοκίνη. Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Άλλη γνωστή δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Ωοθήκες. Το γεγονός πως οι ωοθηκικές ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις:

1. Από τις αρχές του αιώνα αποδείχθηκε πως, αν κόψουμε τις ωοθήκες σε άνηθα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται. Επίσης, πως ο ευνουχισμός νεαρής γυναίκας εμποδίζει την ανάπτυξή τους, ενώ η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σ' αυτή τους αναπτύσσει.
2. Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνόρροιας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωοθηκικών ορμονών. Η υποστροφή των μαστών αρχίζει ύστερα από φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση.
3. Στην ωοθηκική αγενεσία (σύνδρομο Turner), οι μαστοί παραμένουν σε υποτυπώδη ανάπτυξη.
4. Η τοπική εφαρμογή οιστρογόνων ορμονών στο δέρμα των μαστών, προκαλεί την ανάπτυξή τους, που διατηρείται για αρκετό χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας.
5. Η τοπική εφαρμογή προγεστερόνης σε περιπτώσεις μασταλγίας, βελτιώνει την κατάσταση.
6. Σε περίπτωση καρκίνου του προστάτη, όταν χρησιμοποιηθούν οιστρογόνες ορμόνες, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους των μαστών του άνδρα.
7. Η χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων ορμονών προκαλεί την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και το σχηματισμό κύστεων.

Οι ορμόνες των ωοθηκών, που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Οιστρογόνες ορμόνες. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν τη γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς και την έκκριση της προλακτίνης.

Προγεστερόνη. Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών, και σε μεγάλες, έκκριση, που μοιάζει με πύαρ.

Θυρεοειδής αδένας. Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

Επινεφρίδια. Όπως και ο θυρεοειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

Πλακούντας. Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη.

Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωοθηκεκτομία μετά τον τρίτο ή τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε, πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Επίσης, αν σε πειραματόζωα εξαιρέσουμε τις ωοθήκες και βγάλουμε τα έμβρυά τους, χωρίς τον πλακούντα, η ανάπτυξη των μαστών δεν αναστέλλεται. Αν, όμως, εξαιρεθούν μαζί με τα έμβρυα και οι πλακούντες, τότε οι μαστοί γρήγορα υποστρέφονται.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς, γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς, είναι η *πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη (HPL)*. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει, όμως, και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

Νευρικό σύστημα. Αυτό, φαίνεται, πως έχει επίδραση στην ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.

Παρ'όλα αυτά αν απομονώσουμε το μαστό από τις νευρικές του συνάψεις ή τον μεταφυτέψουμε σε δέρμα, αυτός διατηρεί την εκκριτική του ικανότητα και ανταποκρίνεται στα ερεθίσματά του.

Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού.

Μεγάλες συγκινήσεις δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα.

2.3 Αγγείωση του μαστού

Αρτηρίες:

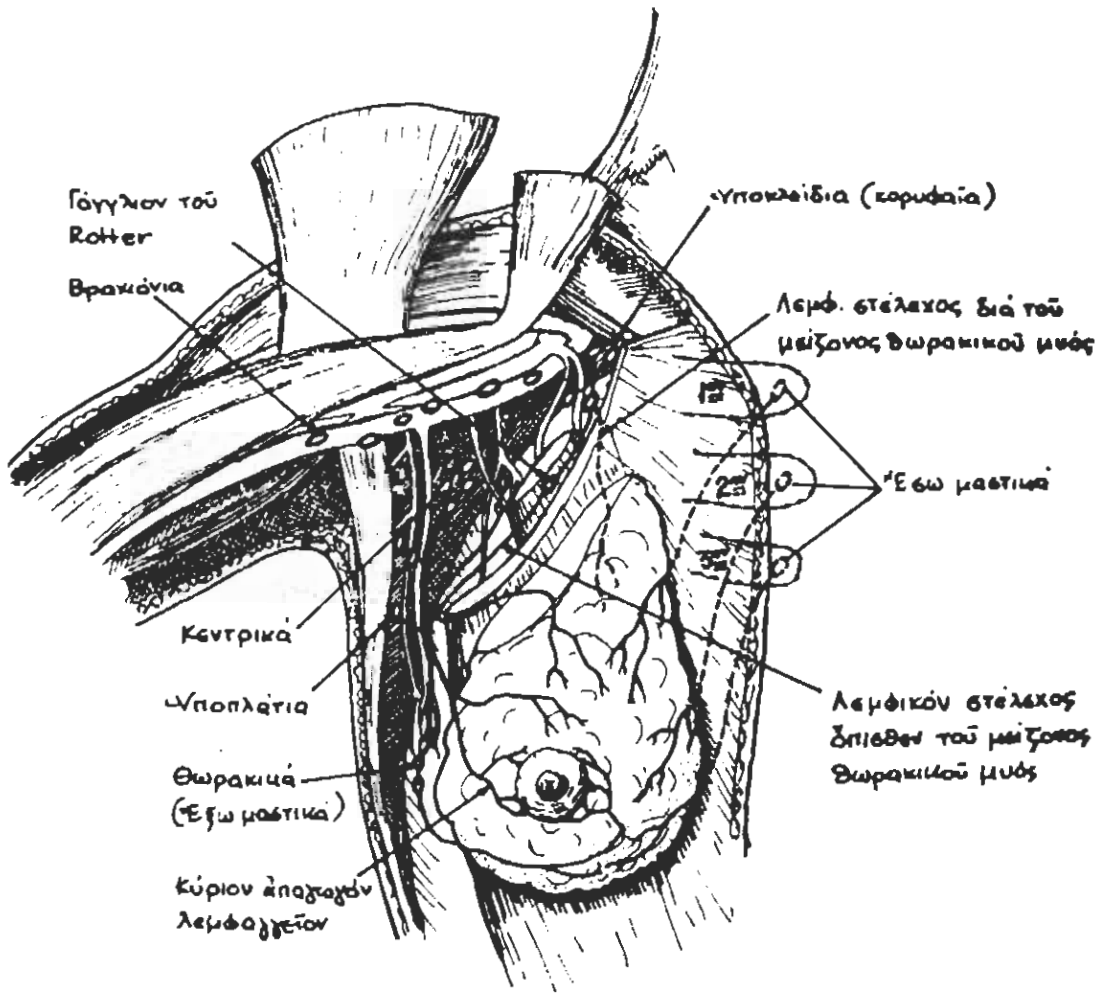
1. Κλάδοι εκ της Έσω μαστικής (50%)
2. Πλαγία Θωρακική Αρτηρία (εκ της μασχαλιαίας)
3. Ακρωμιοθωρακική Αρτηρία
4. Συμβάλλουν επίσης μασχαλικοί, μεσοπλευρικοί και υποπλάτιοι κλάδοι

Φλέβες:

1. Μεσοπλευρικές διατρηίνουσες προς την Έσω Μαστική Φλέβα (Αυτές αποτελούν και την κύρια οδό)
2. Κλάδοι της Μασχαλιαίας Φλέβας
3. Οπίσθιοι κλάδοι αναστομούμενοι μετά των μεσοπλευρίων. Ο τελευταίος τούτων αναστομούται προς τας σπονδυλικές φλέβας, ούτω δ' ερμηνεύονται μεταστάσεις τινές κατά τα σώματα των σπονδύλων, το ιερόν οστόν ή την πύελον άνευ μεταστάσεων εις τον πνεύμονα.

Λεμφική αποχέτευσις μαστού (κατά Turner-Warwick):

1. Δια των μασχαλιαίων (κατά 75%)
2. Δια των έσω μαστικών (κατά 20%)
3. Δια των παρά τις κεφαλές των πλευρών (κατά 5%)



Λεμφική παροχέτευσις του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Φλεγμονώδεις παθήσεις του μαστού

Η ποικιλία των παθήσεων του μαστού είναι σχετική με τα διάφορα στάδια της αναπύξης του μαστού και κατ' επέκταση ανάλογη με την ηλικία της γυναίκας.

3.1.1 Οξεία μαστίτιδα

Η οξεία μαστίτιδα συνήθως συμβαίνει σε πρωτότοκες γυναίκες τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας. Οφείλεται σε επιμόλυνση, μέσω των γαλακτοφόρων πόρων ή κατόπιν τραυματισμού της θηλής, μέσω του αίματος ή των λεμφαγγείων, συνήθως από χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο και καταλήγει στη δημιουργία φλεγμονής ή αποστήματος

Η οξεία μικροβιακή μαστίτιδα μοιάζει με το φλεγμονώδες καρκίνωμα, καθώς και με τη φυματίωση του μαστού ή με την πλασματοκυτταρική μαστίτιδα.

Η πάθηση δεν πρέπει να συγχέεται με την *υπεργαλακτοφορία*, που είναι απλώς συμφόρηση του μαζικού αδένου κι όχι φλεγμονή.

3.1.2 Πλασματοκυτταρική μαστίτιδα

Η πλασματοκυτταρική μαστίτιδα είναι μια σπάνια μορφή χρόνιας μαστίτιδας, η οποία παρατηρείται συνήθως σε γυναίκες πολύτοκες και σε ηλικία άνω των 40 ετών. Η φλεγμονώδης αντίδραση προκαλείται κυρίως από τη στάση και τη συμπίκνωση της εκκρίσεως του μαστού. Μερικές φορές η νόσος είναι πολυκεντρική και συνοδεύεται από πεπαχυμένους ψηλαφητούς πόρους, καθώς και διόγκωση των μασχαλαίων λεμφαδένων.

Στην ψηλάφηση η βλάβη εμφανίζεται σαν μια συμπαγής μάζα και στη μικροσκοπική εξέταση παρατηρούνται επιθηλιοειδή κύτταρα και πολυπύρηννα γιγαντοκύτταρα, πολυμορφοπύρηννα λευκοκύτταρα, ιστιοκύτταρα και πάρα πολλά πλασματοκύτταρα. Επούλωση και ίνωση της βλάβης μπορεί να οδηγήσει σε εισολκή της θηλής.

3.1.3 Ειδικές φλεγμονές

Οι χρόνιες ειδικές μαστίτιδες είναι κοκκιωματώδεις νόσοι και αποτελούν στις περισσότερες περιπτώσεις εκδήλωση συστηματικής νόσου όπως φυματιώσεως, σύφιλης, βλαστομυκώσεως και ακτινομυκητιάσεως.

3.1.4 Λιποειδική νέκρωση

Η λιποειδική νέκρωση οφείλεται συνήθως σε τραυματισμό του μαστού, μπορεί όμως να συνυπάρχει με καρκίνωμα, να οφείλεται σε ισχαιμία λόγω πίεσεως ή να οφείλεται σε προηγηθείσα βιοψία του μαστού.

3.2 Χρόνια κυστική μαστίτιδα

Αυτή είναι η πλέον συνήθης πάθηση του μαστού στις γυναίκες και φέρεται υπό διάφορες ονομασίες, ως νόσος του Schimmelbusch, κυστική νόσος του μαστού, ινοκυστική μαστίτις, χρόνια ενδιάμεσος μαστίτις, ιναδένωσις κ.λ.π. Πρέπει όμως να διαχωρίζεται αυτή από τις χρόνιες φλεγμονές του μαστού.

Αιτιολογία. Η αιτία της χρόνιας κυστικής μαστίτιδος δεν είναι γνωστή. Πιστεύεται ότι έχει σχέση με τον ωοθηκικό κύκλο και ότι είναι αποτέλεσμα της διαταραχής της φυσιολογικής υπαναχωρήσεως, η οποία ακολουθεί την έμμηνο ροή ή την κύηση, έτσι ώστε να επικρατεί η φύση της υπερπλασίας ως συνέπεια υπερισχύσεως των οιστρογόνων εξ ανεπαρκούς εκκρίσεως της προγεστερόνης. Άλλωστε τούτο συμβαίνει και για κάθε όργανο του σώματος το οποίο υπόκειται σε κυκλικές μεταβολές πολλαπλασιασμού (proliferation) και υποστροφής, ως π.χ. ο προστάτης και ο θυρεοειδής.

Συμπτώματα. Τα συμπτώματα συνίστανται κυρίως στην ύπαρξη ενός ή περισσότερων επώδυνων ογκιδίων στον έναν ή και τους δύο μαστούς. Συχνά ολόκληρος ο μαστός είναι επώδυνος, ο πόνος όμως αυτός είναι περιοδικός ή τουλάχιστον δεν έχει πάντοτε την ίδια ένταση, επιτείνεται δε κατά την εμμηνορρυσίαν ή ωορρηξίαν. Εινίοτε

παρατηρείται (εις το 10% των περιπτώσεων) και αυτομάτως ή μετά από πίεση των περι την άλω ιστών εκροή, συνήθως κιτρινωπού ή και ενίοτε αιματηρού υγρού από τη θηλή.

Όταν η εκροή είναι αιματηρή, συνήθως συνοπάρχει θήλωμα των εκφορητικών πόρων. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει πάντοτε να εκτελείται κυτταρολογική εξέταση του υγρού, διότι π ο λ λ έ ς φ ο ρ έ ς υ π ο κ ρ ύ π τ ε τ α ι κ α ρ κ ί ν ω μ α τ ω ν εκφορητικών πόρων.

Η χρόνια αυτή κυστική μαστίτιδα κατ' άλλους αποτελεί σημαντικό προδιαθετικό παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου (κατά τον Warren εις αναλογία 11,7%) κατ' άλλους όχι. Πάντως είναι αναγκαία η παρακολούθηση των ασθενών αυτών με μαστογραφία κ.λ.π., ανά διαστήματα.

Κλινική εικόνα. Κατά την ψηλάφηση ανευρίσκονται κατά περιοχές μικρές επώδυνες σκληρίες, δίκην κυνηγετικών χόνδρων. Παρά την χαρακτηριστική αυτή εικόνα, η διαφορική διάγνωση από το καρκίνωμα είναι μερικές φορές δύσκολη και απαιτεί έρευνα με μαστογραφία κ.λ.π., αλλά βασικώς με ιστολογική εξέταση. Ακόμη και η διαπίστωση, κατά την επέμβαση, της υπάρξεως κύστεων δεν αποκλείει την ύπαρξη του καρκίνου.

Θεραπεία. Ικανοποιητική θεραπεία δεν υφίσταται. Κατά την επώδυνη φάση χορηγούνται κατασταλτικά, ασπιρίνη κ.λ.π. Σε κάποιες περιπτώσεις χορηγούνται και ορμόνες. Η εγχείρηση συνήθως ενδείκνυται μόνον υπό τον τύπον της βιοψίας. Επί μεγάλων κύστεων ενδείκνυται η παρακέντηση και η εκκένωση αυτών, εάν όμως αυτές υποτροπιάσουν, απαιτείται η αφαίρεσή τους και η ιστολογική τους εξέταση.

3.3 Οξεία μικροβιακή μαστίτιδα

Αυτή είναι, ως επί το πλείστον, αποτέλεσμα οξείας στρυφίλοκοκκικής φλεγμονής. Συνήθως παρατηρείται κατά την γαλουχία και στο τέλος της κησεως. Η μόλυνση άρχεται από τη λύση της συνεχείας του δέρματος γύρω από τη θηλή και την άλω, με την παλίνδρομο επέκταση μιας επιπολής φλεγμονής κατά την φορά των πόρων (γαλακτοφορίτιδα) ή των λεμφαγγείων, που προσβάλλει και τους βαθύτερους ιστούς. Η κατάληξη συνήθως είναι ο σχηματισμός αποστήματος. Εκδηλώνεται τοπικά με

ερυθρότητα, διόγκωση αυτομάτως επώδυνης, αύξησης της τοπικής θερμοκρασίας και με γενικά φαινόμενα (ρίγους, πυρετού) κ.λ.π. Η θεραπεία συνίσταται στην χορήγηση των κατάλληλων αντιβιοτικών, αναλγητικών, και εις την επίθεση θερμών επιθεμάτων. Στην περίπτωση σχηματισμού αποστήματος συνιστάται η διάνοιξη. Η διάνοιξη πρέπει να είναι ευρεία και κυρίως σε γαλακτοφορίδα να αποκαλύπτει όλες τις εντός των διαφόρων λοβίων κρύπτες, αλλιώς δημιουργούνται τα τόσο επίμονα χρόνια διάσπαρα αποστήματα του μαστού. Εάν η φλεγμονή εμφανισθεί κατά την διάρκεια της γαλουχίας, συνιστάται η διακοπή του θηλασμού και η ανάσχεση της γαλακτοφορίας με τη χορήγηση ορμονών (Stilboestrol 10 mg ημερησίως) για μία εβδομάδα.

3.4 Φυματιώδης μαστίτιδα

Η πάθηση αυτή σπανίως παρατηρείται σήμερα. Συνήθως είναι δευτεροπαθής, δηλ. Προκαλείται με επέκταση της φυματίωσης από τον χόνδρο. Στην περίπτωση σχηματισμού φυματιώδους αποστήματος και αυτομάτου ρήξεως αυτού συνιστάται η εκτομή του συριγγώδους πόρου, όπως και η εκτομή της αποστηματικής κοιλότητας και του χόνδρου, σε συνδυασμό με την χορήγηση αντιβιοτικών και αντιφυματικών φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Καλοήθειες παθήσεις του μαστού

1. Ινοαδένωμα του Μαστού
2. Θηλώματα Εκφορητικών Πόρων του Μαστού
3. Νέκρωση του Περιαδενικού Λίπους Μαστού
4. Κυστοσάρκωμα του Μαστού
5. Έκκριση από τη θηλή του Μαστού
6. Απόστημα του Μαστού

4.1.1 Ινοαδένωμα μαστού

Οι καλοήθειες αυτοί όγκοι είναι συχνοί ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες. Σε αναλογία 1:200 ή 1: 100 αυτοί αναπτύσσονται βραδέως. Στην εγκομισμένη όμως η ανάπτυξή τους επιταχύνεται.

Η συνήθης ηλικία εμφάνισής τους είναι μεταξύ 15 και 30 ετών, ενώ μεταξύ των ηλικιών 35 και 55 ετών συχνότερες είναι οι κύστες του μαστού οι οποίες συχνά είναι επώδυνες.

Σε ποσοστό 20 έως 55% των περιπτώσεων πρόκειται για ινώδη κυστική μαστοπάθεια (ινοαδένωση), σε 15 έως 20 % των περιπτώσεων δε εμφανίζονται πολλαπλώς. Από απόψη αιτιολογίας ενοχοποιούμε την οιστρογονική διέγερση καθ' όσον εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες.

Το ινοαδένωμα δεν εμφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση, πλην όμως καθίσταται αυτό κάποιες φορές δυνατό, επί λήψεως οιστρογόνων.

Κλινικώς πρόκειται για στρογγύλη και λίαν ευκίνητη ψηλαφητή μάζα, ακτινολογικώς δε παρουσιάζεται ως σκίαση με ομαλή παρυφή.

4.1.2 Θηλώματα των εκφορητικών πόρων του μαστού και εκροή από τη θηλή

Το θήλωμα των εκφορητικών πόρων είναι ασυνήθης επεξεργασία, συνήθως μονήρης και μονόπλευρη, κάποιες φορές δε και πολλαπλή.

Τα θηλώματα είναι συνήθως μικρά μαλακά και εύθραυστα, σπανιότατα όμως είναι δυνατόν να λάβουν διαστάσεις μέχρι και 5 cm. Η διάκριση του καρκινώματος από το θήλωμα κατά την ταχεία βιοψία είναι δύσκολη. Η εξαλλαγή του θηλώματος προς καρκίνο είναι σπάνια πλην όμως είναι δυνατή η συνύπαρξη και των δύο καταστάσεων.

Εκροή από τη θηλή του μαστού είναι δυνατόν να προκαλέσουν οι εξής άλλες καταστάσεις εκτός του θηλώματος:

1. Καρκίνος
2. Δυσπλασία του μαζικού αδένου
3. Διάταση του εκφορητικού πόρου, ιδιαίτερα κατά την κλιμακτήριο.

Έτσι σήμερα εφ' όσον τα εργαστηριακά ευρήματα δεν θέσουν την διάγνωση εκτελείται διερεύνηση του πόρου είτε δια μήλης είτε με τη βοήθεια σκιαγραφικού διαλύματος που οδηγεί στην πηγή της εκροής.

Η έκκριση από τη θηλή του μαστού (εκκρίνων μαστός) δημιουργεί επίσης διαγνωστικό πρόβλημα, ιδιαίτερα σε γυναίκες άνω των 40 ετών, όταν υπάρχει υποψία καρκίνου. Γίς τα 30% των αρρώστων το αίτιο είναι θήλωμα του πόρου. Εν τούτοις και άλλα αίτια όπως η κυστική διάταση του πόρου, η κλιμακτήριος και ο πορογενής καρκίνος έχουν επίσης περιγραφεί.

Ο Atkins (1964) έχει συστήσει την εγχείρηση του πόρου του μαστού με ειδική λεπτή μήλη και την εξέταση του εκκρίματος της θηλής για την ανεύρεση αιμοσφαιρίνης.

4.1.3. Κύστεις μαστού

Οι κύστεις του μαστού εμφανίζονται κυρίως σε γυναίκες ηλικίας 30 έως 40 ετών (όρια 35-55 έτη).

Το μέγεθος των κύστεων ποικίλλει από 1 έως 2 χιλ. μέχρι διαμέτρου αρκετών εκατοστομέτρων. Μερικές φορές αυτές είναι πολλαπλές.



Κύστεις

Η κύστη ψηλαφείται ως στερεά, στρογγυλή μάζα, σαφώς αφορισζόμενη και μη συμφυόμενη μετά των πέριξ. Κάποιες φορές είναι επώδυνη κατά την ψηλάφηση, αυξάνει δε σε όγκο, όπως και οι λοιπές παθήσεις του μαστού κατά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Η διάγνωση της κύστης του μαστού τίθεται ασφαλώς, δια της μεθόδου της διαφανοσκοπήσεως με πλάγιο φωτισμό. Άλλη μέθοδος ασφαλούς διάγνωσης, κυρίως δε διάκρισης μεταξύ καλοήθους και κακοήθους επεξεργασίας κατά το μαστό, αποτελεί η θερμοσκόπηση και θερμογραφία. Πλην όμως δεν είναι δυνατή η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων από αυτή, εάν έχει προηγηθεί παρακέντηση της υπόπτου επεξεργασίας.

Εφ' όσον τεθεί η κλινική διάγνωση κύστεως του μαστού, υφίσταται ένδειξη παρακέντησης. Το υγρό είναι συνήθως διαυγές, μερικές φορές δε θολερό, σοκολατοχρόου ή πράσινης χροιάς. Μετά την παρακέντηση πρέπει να αποφεύγεται η ψηλάφηση του όγκου. Εάν παρά την αναρρόφηση υφίσταται σημαντική διόγκωση πρέπει

να επιχειρείται η εξαίρεση του όγκου και βιοψία. Η ασθενής μετά την παρακέντηση, πρέπει να παρακολουθείται υποχρεωτικά για ένα ή δύο μήνες. Γενικώς αρκούμαστε στην παρακέντηση όταν:

1. Το υγρό δεν είναι αιμορραγικό
2. Δεν υπάρχει ψηλαφητός όγκος μετά την παρακέντηση
3. Η κυτταρολογική είναι αρνητική και
4. Η μαστοακτινογραφία και ξηρογραφία είναι επίσης αρνητικές.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η παρακέντηση γίνεται πάντοτε με την ασθενή να βρίσκεται «εν κατακλίσει» και στο «κατωφερέστατον» μέρος. Συνήθως για διαγνωστικούς σκοπούς μετά την παρακέντηση εισάγεται ίση ποσότητα αέρα και λαμβάνεται νέα ακτινογραφία για πληρέστερο έλεγχο της παρυφής της κύστης.

4.1.4 Νέκρωση του περιαδενικού λίπους

Παρ' ότι πρόκειται για σπάνια νοσολογική οντότητα, η νέκρωση του λίπους ενέχει σπουδαιότητα διότι δεν είναι δυνατό να διαφοροδιαγνωσθεί από τον καρκίνο παρά μόνο με βιοψία. Πρόκειται για μάζα ψηλαφητή, με ή άνευ ευαισθησίας, λόγω δε της νέκρωσης και της συμπαρομαρτούσης ανάπτυξης συνδετικού ιστού, είναι δυνατό να έχουμε εισολκή του δέρματος ή της θηλής. Εκχύμωση είναι δυνατό επίσης να υπάρχει γύρω από τη μάζα πλην όμως επί 50% των ασθενών λείπει ιστορικό προηγηθέντος τραύματος.

Η βιοψία θεωρείται υποχρεωτική. Θεραπευτικός είτε προβαίνουμε σε διάνοιξη της πιθανής συλλογής είτε παρακολουθούμε την ασθενή, η δε νέκρωση άλλοτε μεν προχωρεί προς αυτόματη ίαση άλλοτε δε προς απόστημα.

4.1.5 Κυστεοσάρκωμα του μαστού

Το θηλώδες κυστεοσάρκωμα είναι σπάνιο νεόπλασμα του μαστού, απαντάται κυρίως στις γυναίκες, και αντιπροσωπεύει περίπου 0,4% όλων των νεοπλασμάτων του

μαστού. Περιγράφηκε το πρώτο από τον Muller το 1838. Υπάρχουν και άλλες ονομασίες.

Αυτό συνήθως είναι ετερόπλευρο, ευμεγέθες, και καταλαμβάνει ολόκληρο το μαστό. Οι εν λόγω όγκοι στερούνται μακροσκοπικών ευρημάτων, είναι περιγραπτοί, δεν διηθούν τους υποκειμένους μυσ, ούτε το δέρμα, αλλά λόγω τάσεως ρήγνυται ή υφίσταται διάβρωση. Η βιολογική συμπεριφορά τους είναι συνήθως καλοήθης. Η ευρεία τοπική αφαίρεση ή η απλή μαστεκτομή είναι η θεραπεία εκλογής.

4.1.6 Απόστημα του μαστού

Κατά την διάρκεια της γαλουχίας, είναι δυνατό να εμφανισθεί τοπική διήθηση στο μαστό με ερυθρότητα και ευαισθησία, δηλαδή απόστημα. Σε έγκαιρη διάγνωση, η διεργασία είναι δυνατό να υποστραφεί με τη διακοπή της γαλουχίας, από τον πάσχοντα μαστό και με χορήγηση αντιβίωσης. Συνήθως θύρα εισόδου μικροβίων κατά τον θηλασμό είναι η διάβρωση ή οι ραγάδες της θηλής. Η καλλίτερη θεραπεία είναι η προφύλαξη, να διατηρεί δηλαδή η μητέρα άσηπτη τη θηλή προ και μετά της γαλουχίας. Οι οξείες φλεγμονές του μαστού απαντούν συχνότερα κατά τους θερινούς μήνες. Οι γαλακτοφόροι πόροι άπαξ και μολυνθούν είναι τέλειο υλικό αναπτύξεως φλεγμονής και διαπύσεως.

Η χρόνια φλεγμονή του μαστού είναι σπάνια. Έχει όμως περιγραφεί και φυματίωση καθώς και ακτινομυκητίαση του μαστού.

Απόστημα στη θηλή είναι δυνατό να αναπτυχθεί και σε νέες ή μέσης ηλικίας γυναίκες, εκτός περιόδου γαλουχίας. Τα αποστήματα αυτά έχουν την τάση να υποτροπιάζουν μετά από απλή διάνοιξη και παροχέτευση, για αυτό και οριστική θεραπεία αποτελεί η εν ψυχρώ διερεύνηση και εξαίρεση των συλλεκτηρίων πόρων οι οποίοι διατηρούν τη φλεγμονή. Εκτός αυτής της κατάστασης οι φλεγμονές του μαστού, εκτός των περιόδων γαλουχίας, είναι λίαν σπάνιες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Δυσπλασίες

Αυτές διακρίνονται σε συγγενείς και επίκτητες. Οι συγγενείς ανωμαλίες του μαστού κάθε άλλο παρά σπάνιες είναι. Μία από αυτές είναι η απουσία του ενός ή και των δύο μαστών (αμαστία), γεγονός το οποίο είναι συχνότερο στους άνδρες. Η κατάσταση αυτή πολλές φορές συνοδεύεται από απουσία της στερνικής μοίρας του μείζονος θωρακικού μυός, όπως επίσης και από ατελή ανάπτυξη του θωρακικού τοιχώματος και του άνω άκρου.

Άλλοτε πάλι είναι δυνατό να παρατηρηθεί μονόπλευρη ή συχνότερα αμφοτερόπλευρη απουσία της θηλής του μαστού, οπότε οι πόροι αυτού εκβάλλουν εντός μικρού εντυπώματος στο κέντρο της άλω.

5.1.1 Γυναικομαστία

Ο μαστός του άρρενος μπορεί να διογκωθεί προσλαμβάνων μορφή μαστού παρθένου (γυναικομαστία). Η υπερπλασία αυτή συνήθως αφορά στο ινώδες υπόστρωμα και επομένως ο μαστός δεν έχει καμία λειτουργικότητα. Σπάνια, όμως, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις, στις οποίες παρατηρήθηκε γαλουχία σε άνδρες. Στις περιπτώσεις αυτές συνυπάρχει συνήθως και δυσπλασία των γεννητικών οργάνων.

Αιτιολογία. Τα αίτια είναι πολλά, αναλόγως δε διακρίνουμε γυναικομαστία:

1. Της εφηβικής ηλικίας, που είναι άνευ κλινικής σημασίας και υποχωρεί αυτομάτως εντός δύο χρόνων περίπου
2. Κατά την επανασίτιση από υποσίτιση (αιχμάλωτοι), διότι φαίνεται ότι η στέρηση πρωτεϊνών προκαλεί την έκλυση υποφυσιακών γοναδοτροπινών.
3. Σε υπογναθισμό υποφυσιακής αρχής, ατροφία των όρχεων, ευνουχισμό κ.λ.π.
4. Από διάφορα φάρμακα, όπως φαινοθειαζίνη, ρεζερπίνη, αμφεταμίνες, δακτυλίτιδα και ιδιαίτερα από χορήγηση ορμονών (οιστρογόνα, γοναδοτροπίνες).

5. Από ενδοκρινικές διαταραχές, όπως επίσης σε υπερ- ή υπο- θυρεοειδισμό, καρκίνο του προστάτη και κίρρωση του ήπατος.
6. Σε τροφοβλαστικά κ.λ.π. νεοπλάσματα (χοριοκαρκίνωμα όρχεος, νόσος Hodgkin, νεοπλάσματα υποφύσεως).

Εάν οι μαστοί σε γυναικομαστία είναι μεγάλοι και ενοχλητικοί μπορούν εύκολα να αφαιρεθούν.

5.1.2 Υποπλασία μαστού

Συνηθέστερα της γυναικομαστίας απαντάται η αντίθετη κατάσταση, οι περιπτώσεις δηλαδή κατά τις οποίες ο μαστός της γυναίκας δεν αναπτύσσεται κανονικά με την ήβη (μικρομαστία). Η ανωμαλία αυτή συνοδεύεται πολλές φορές και από ατελή ανάπτυξη του μείζονος θωρακικού μυός και των γεννητικών οργάνων.

5.1.3 Πολυμαστία

Η ύπαρξη υπεραρίθμων μαστών ή υπεραρίθμων θηλών (πολυθηλία) είναι σχετικώς συχνή και συχνότερα παρατηρείται στους άνδρες. Τα υπεράριθμα όργανα ανευρίσκονται κατά μήκος των δύο γαλακτοφόρων γραμμών. Έχουν όμως παρατηρηθεί σπάνια και στη μασχάλη, τον γλουτό, τον ώμο ή και τον μηρό. Οι μαστοί αυτοί είναι σχεδόν πάντοτε άνευ λειτουργίας, μπορούν όμως να προσβληθούν από καρκίνο. Εν τούτοις δεν χρήζουν ουδεμιάς θεραπείας και αφαιρούνται μόνο στις περιπτώσεις, στις οποίες είναι επώδυνοι ή προκαλούν δυσμορφία στους ασθενείς.

5.1.4 Διάχυτος υπερτροφία του μαστού

Αυτή κατατάσσεται στις επίκτητους δυσπλασίες, είναι περισσότερο συνήθης στις τροπικές χώρες και συνίσταται από τεράστια διόγκωση του μαστού, συνήθως

αμφοτερόπλευρη. Οφείλεται συνήθως σε υπερτροφία του μαζικού λίπους και του ινώδους υποστρώματος, ενώ ο μαζικός αδένας πολύ λίγο συμμετέχει. Οι μαστοί αυτοί είναι συνήθως επώδυνοι και άνευ λειτουργίας, η δε πάθηση άρχεται περίπου κατά την ήβη ή κατά τη διάρκεια της κύσεως και εξελίσσεται με το χρόνο, έτσι ώστε εν καιρώ οι μαστοί κατανούν τεράστιοι, κρέμονται έμπροσθεν της κοιλίας και προκαλούν πολλαπλές ενοχλήσεις, λόγω του μεγέθους και του βάρους τους. Η αιτιολογία της παθήσεως είναι άγνωστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^Ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι ο πλέον συχνός καρκίνος στις λευκές γυναίκες, και η κυρία αιτία θανάτου αυτών κατά τις ηλικίες των 40-55 ετών. Παρά την πρόοδο στα διαγνωστικά μέσα, η θνητότητα από τη νόσο εξακολουθεί να είναι υψηλή και σχετικά σταθερή για 30 χρόνια. Αν λάβει κανείς υπ' όψιν ότι η νόσος προσβάλλει τις γυναίκες σε μία ηλικία που είναι η πλέον γόνιμος (απασχολημένες ως μητέρες και ευρισκόμενες εις το maximum της αποδόσεώς τους ως εργαζόμενες), αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα του προβλήματος. Αν και στις βιοψίες μαστού η μία αποβαίνει θετική για καρκίνο, υπολογίζεται ότι 7% των γυναικών που γεννιούνται αναμένεται να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού κατά την διάρκεια της ζωής τους. Στην Αμερική υπολογίζεται ότι μία στις 17 γυναίκες (1:17) θα προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Ενώ υπάρχουν και άλλες αναλογίες, που είναι 1:20 ή 1:25. Περίπου 70 καρκίνοι μαστού αναφέρονται κατ'έτος στην Αμερική σε 100.000 γυναίκας.

Είναι ενδιαφέρον ότι στην Ιαπωνία η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι σχετικώς χαμηλή και από μερικούς αποδίδεται στην μικρή διάρκεια της ορμονικώς δραστηκής περιόδου, την υψηλή γονιμότητα των γυναικών, τον μακρό χρόνο θηλασμού, διαιτητικούς, ορμονικούς και γενετικούς παράγοντας.

Η σχέση των γυναικών προς τους άνδρες είναι περίπου 100:1.

Αμφοτερόπλευρος καρκίνος μαστού απαντάται σε ποσοστό 1%, αλλά έχει παρατηρηθεί ότι η συχνότητα αυτή αυξάνει αργότερα με την προσβολή του ενός μαστού.

Φαίνεται ότι εκτός της κληρονομικής και ορμονικής σχέσης παίζει ρόλο και η εντόπιση του όγκου. Όσες φορές εντοπίζεται στο έσω μέρος οι πιθανότητες προσβολής του δεύτερου μαστού αυξάνουν.

6.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, πιστεύεται, πως είναι οι παρακάτω:

1. **Κληρονομικότητα.** Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και αφορά σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δηλαδή μητέρα ή αδελφή. Έτσι, αν μία από αυτές πέρασε καρκίνο μετεμμηνοπαυσιακά, οι πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, είναι μία και μισή φορά περισσότερες. Αν τον πέρασαν προεμμηνοπαυσιακά, τότε αυτές φθάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσιακά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φθάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φθάνουν τις οχτώ φορές. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριό του.
2. **Φύλο.** Στους 100 καρκίνους του μαστού μόνο ο ένας αφορά τον άνδρα. Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (XXY).
3. **Γεωγραφική κατανομή.** Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν, πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στον Λυτικό κόσμο απ'ότι στην Αμερική, στην Ασία και στη Μέση Ανατολή. Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα απ'ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στην Νότια Αμερική και στην Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη. Επίσης, διαπιστώθηκε, πως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται επτά φορές συχνότερα στις Αμερικανίδες απ'ότι στις Γιαπωνέζες και πως, όταν οι Γιαπωνέζες μεταναστεύσουν στην Αμερική, στους απογόνους τους δεν υπάρχει αυτή η διαφορά.
4. **Ηλικία.** Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου των γυναικών 35-55 ετών. Δεν είναι συχνή η εμφάνισή του πριν την ήβη. Η συχνότητα ανεβαίνει μέχρι την εποχή της εμμηνόπαυσης, για να περιορισθεί μετά από αυτή. Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού κάτω από την ηλικία των 30 ετών εμφανίζεται σε συχνότητα, που δεν φτάνει το 1%, και στο 85% των περιπτώσεων η μέση ηλικία εμφάνισής του είναι των 40 ετών.

5. **Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης.** Η πρόωγη εμμηναρχή και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκε, πως συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, γιατί υπάρχουν στην περίπτωση αυτή περισσότεροι ανωοθυλακιωρρηκτικοί κύκλοι κι επομένως λιγότερη έκκριση προγεστερόνης, που προστατεύει το μαστό. Το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες, που πάσχουν από στειρώση, λόγω ύπαρξης πολυκυστικών ωοθηκών. Οι γυναίκες, που είχαν εμμηνορροσία παραπάνω από 40 χρόνια, έχουν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, από αυτές, που την είχαν 30 ή λογότερα χρόνια. Η ωοθηκεκτομία κοντά στην εμμηνόπαυση, και μάλιστα στις γυναίκες, που δεν απόκτησαν παιδιά, και σε αυτές που έπασχαν από πολυκυστικές ωοθήκες, κρίθηκε δικαιολογημένη για την προστασία της γυναίκας από τον καρκίνο του μαστού. Ο εγχειρητικός ευνουχισμός πριν από τα 40 χρόνια της γυναίκας ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 70-75% για τα πρώτα δέκα χρόνια. Μετά την δεκαετία η συχνότητα αυξάνει.
6. **Ηλικία πρώτου τοκετού.** Διαπιστώθηκε, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία της γυναίκας, που θα αποκτήσει το πρώτο της παιδί, και στον καρκίνο του μαστού. Αν αυτή γεννήσει το πρώτο της παιδί πριν από τα 20 χρόνια της ηλικίας της, τότε ο μαστός της προστατεύεται περισσότερο από τον καρκίνο σε σύγκριση με αυτή, που θα γεννήσει το πρώτο της παιδί μετά τα 35 χρόνια της. Ειδικότερα, οι πιθανότητες σε αυτή την περίπτωση τριπλασιάζονται. Η προστατευτική από τον καρκίνο επίδραση της πρώτης τελειόμηνης εγκυμοσύνης έχει σχέση με τον καρκίνο, που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40 ετών, γιατί η προστασία κρατάει για 15 περίπου χρόνια. Οι επόμενες μετά την πρώτη εγκυμοσύνη της γυναίκας, που γέννησε πριν από τα 35 χρόνια της, ή οι εκτρώσεις του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης, δεν επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.
7. **Ατεκνία.** Οι γυναίκες, που δεν γέννησαν, εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα καρκίνου του μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές, που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.
8. **Φύλο του πρώτου εμβρύου.** Πιστεύεται, πως, όταν το πρώτο έμβρυο είναι αρσενικό. Η γυναίκα προστατεύεται περισσότερο από καρκίνο στο μαστό της, λόγω των

εκκρινόμενων από το έμβρυο ανδρογόνων ορμονών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

9. **Αριθμός τοκετών.** Ενώ, όπως αναφέρθηκε, έχει σημασία η ηλικία της γυναίκας στον πρώτο της τοκετό, δεν διαπιστώθηκε, πως ο μαστός προστατεύεται από τον καρκίνο στις πολυτόκες.
10. **Θηλασμός.** Πιστεύαμε, πως ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα από καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία χρόνια η άποψη αυτή δεν θεωρήθηκε παραδεκτή. Σήμερα, όμως, δεχόμαστε την προστασία του θηλασμού και μάλιστα, πως, όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κρατήσει, τόσο η προστασία είναι μεγαλύτερη.
11. **Αμβλώσεις.** Οι διακοπές της εγκυμοσύνης, στο πρώτο τρίμηνό της, διαπιστώθηκε, πως αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου του μαστού.
12. **Ορμονικοί παράγοντες.** Η επίδραση των ορμονών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων απασχόλησε τους ερευνητές. Φάρμακα, που χορηγούνται για την αντιμετώπιση θυρεοειδοπαθειών, η λήψη οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων χωρίς προγεστερόνη, ενοχοποιήθηκαν για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Οι πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες, που τους χορηγήθηκαν οιστρογόνες ορμόνες, διπλασιάζονται. Το αντίθετο συμβαίνει, αν τους χορηγήθηκε προγεστερόνη. Σημασία, φαίνεται, πως έχει η σχέση οιστριόλης προς την οιστρόνη και την οιστραδιόλη. Αύξηση της σχέσης σημαίνει ελαττωμένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ενώ ελάττωσή της αυξημένες. Η αυξημένη παραγωγή οιστριόλης, που παρατηρείται στην εγκυμοσύνη, προστατεύει το μαστό από την καρκινογόνο δράση των δύο άλλων ορμονών. Η άποψη πως οι γυναίκες, που εμφανίζουν υπερπρολακτιναιμία, έχουν αυξημένες πιθανότητες προσβολής τους από καρκίνο του μαστού, δεν τεκμηριώθηκε.
13. **Άλλης εντόπισης καρκίνος.** Όταν εμφανισθεί καρκίνος στον ένα μαστό, υπάρχει πιθανότητα 8-10 φορές συχνότερα να αναπτυχθεί και στον άλλο. Επίσης, συχνότερα εμφανίζεται καρκίνος στον μαστό, όταν υπάρχει στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες και στο παχύ έντερο.
14. **Διαιτητικοί παράγοντες.** Πιστεύεται, πως οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από καρκίνο του μαστού. Παρατηρήθηκε, πως στο δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο σημειώθηκε αισθητή κάμψη εμφάνισης της πάθησης. Οι διαιτητικοί

παράγοντες υπεισέρχονται στη σύνθεση και στο μεταβολισμό των οιστρογόνων ορμονών, δηλαδή, το λίπος, και μάλιστα το ζωικό, οδηγεί σε αυξημένη μετατροπή της ανδροστενδιόνης σε οιστρόνη και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης από την υπόφυση και την παραγωγή χολικών αλάτων, που μεταβάλλουν την εντερική χλωρίδα, έτσι, ώστε να παράγονται καρκινογόνες ουσίες. Σε διαιτητικούς παράγοντες αποδόθηκε και η εμφάνιση καρκίνου στο παχύ έντερο, που σχετίστηκε θετικά, έστω και σε μικρό βαθμό, με τον καρκίνο του μαστού. Και η κατάχρηση οινοπνεύματος, φαίνεται, πως προδιαθέτει στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού, γιατί εμφανίζεται 1-1,5 φορά συχνότερα απ'ότι στο γενικό πληθυσμό, σε γυναίκες που πίνουν, παραπάνω από το συνηθισμένο, οινοπνευματώδη ποτά. Σε μεγαλύτερη, μάλιστα, συχνότητα εμφανίζεται σε γυναίκες, που έχουν επιβαρυνμένο το κληρονομικό τους με καρκίνο του μαστού.

6.2. Διαγνωστικές μέθοδοι

Ιστοληψία

Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική, την ακριβή διάγνωση της πάθησής του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή, διαφορετική σε κάθε περίπτωση.

Οι καλοήθειες επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθειες έχουν ανάγκη από εκτεταμένο ακρωτηριασμό του μαστού, που δεν πρέπει να εκτελείται, όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη. Η μέση λύση θεραπευτικής αγωγής. Δηλαδή η μερική ή απλή μαστεκτομία, στην οποία καταφεύγει ο χειρουργός, όταν βρίσκεται μπροστά σε δίλημμα, πρέπει να αποφεύγεται.

Περισσότερα αναφέρονται στις εγχειρήσεις.

Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων

Κατά την εκτέλεση ιστοληψίας και, όταν αυτή κρίνεται ύποπτη για καρκίνο και αποστέλλεται τεμάχιο της πάσχουσας περιοχής για ιστολογικό έλεγχο, είναι απαραίτητο τμήμα της βλάβης, να αποσταλεί στο εργαστήριο, για τον προσδιορισμό των ορμονικών υποδοχέων.

Τους ορμονικούς υποδοχείς τους προσδιορίζουμε, είτε στην πρωτοπαθή εστία του καρκίνου, είτε στις μεταστάσεις, που προκάλεσε, η δε παρουσία τους δείχνει ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο.

Σε συχνότητα 35-85% βρίσκουμε στον πρωτοπαθή καρκίνο του μαστού οιστρογονικούς υποδοχείς (ER+) και σε συχνότητα 35-60% προγεστερονικούς υποδοχείς (PR+). Η συχνότητα αυτή είναι μικρότερη στους υποδοχείς των μεταστάσεων.

Το ύψος της θετικότητας των υποδοχέων είναι ανάλογο με το βαθμό διαφοροποίησης των όγκων και του ιστολογικού τους τύπου.

Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων σημαίνει καλύτερη πρόγνωση. Έτσι, αν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς στις οιστρογόνες ορμόνες, τότε θα έχουμε θεραπευτικά αποτελέσματα στο 50-70% των περιπτώσεων. Αν, όμως, ο όγκος δεν έχει υποδοχείς, τότε σε συχνότητα 6-10%.

Το αποτέλεσμα του προσδιορισμού των υποδοχέων εκφράζεται σε Femtomoles (10^{-5} Moles) ανά mg κυτταροπλασματικής πρωτεΐνης. Θετικός είναι, όταν είναι πάνω από 7-10 Femtomoles/mg.

Η σημασία του ελέγχου συνίσταται στην κατεύθυνση της ορμονοθεραπείας. Δηλαδή, σε αρνητικό αποτέλεσμα, η ορμονοθεραπεία δεν ωφελεί.

Αν, αργότερα, συμβούν μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού, που είναι απρόσιτες σε ιστολογικό έλεγχο, και γνωρίζουμε αν η πρωτοπαθής εστία ήταν ορμονοεξαρτώμενη, τότε η απάντηση στη νέα ορμονοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε 90% των περιπτώσεων.

Εισρόφηση

Ο τρόπος αυτός ιστολογικού ελέγχου εφαρμόζεται από πολλά χρόνια, αλλά απέκτησε ευάριθμους μόνο οπαδούς. Διενεργείται με τοπική αναισθησία και με βελόνα παρακέντησης, που έχει μεγάλη διάμετρο.

Η βελόνα εισάγεται μέσα στη μάζα του όγκου και, όπως είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα, γίνεται εισρόφηση του περιεχομένου της και ύστερα επίστρωσή του σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονιμοποίηση και χρώση του. Αντί για βελόνα επινοήθηκε και η χρησιμοποίηση trocar.

Με τη μέθοδο αυτή ελάχιστες πληροφορίες μας παρέχονται σχετικές με τη διάταξη των κυττάρων και τη γενική αρχιτεκτονική της βλάβης. Αυτό είναι μειονέκτημα της μεθόδου.

Άλλο μειονέκτημά της είναι ότι, σε συνυπάρχουσες επεξεργασίες, είναι δυνατόν να εισροφήσουμε το περιεχόμενο κύστης και να την εκκενώσουμε, αλλά μικρή κακοήθης βλάβη, να μας διαφύγει. Ακόμη, είναι δυνατό, να διαφύγει της παρακέντησης μικρή καρκινική βλάβη, γιατί είναι δύσκολο να τη βρει η ακίδα της βελόνας, όταν μάλιστα αυτή είναι στο βάθος.

Η μέθοδος με την παρακέντηση και εισρόφηση δεν είναι μέθοδος εκλογής, γιατί, εκτός από τα παραπάνω μειονεκτήματά της, πολλές φορές, ενώ με αυτή παίρνουμε αποτελέσματα αρνητικά, η εξέλιξη των γεγονότων, και μάλιστα ο ιστολογικός έλεγχος με εκτομή της βλάβης, δείχνει το αντίθετο.

Ανάτρηση

Στη μέθοδο αυτή, αντί βελόνας και trocar χρησιμοποιούμε τρύπανο. Τότε, είναι δυνατό, να εξασφαλίσουμε καλύτερη δειγματοληψία της βλάβης, για μικροσκοπική της μελέτη. Υπάρχει, όμως, φόβος με τη μέθοδο αυτή να διαφύγει η ύπαρξη καρκινικής βλάβης μικρών διαστάσεων.

Παρακέντηση

Η παρακέντηση ψηλαφητού όγκου του μαστού γίνεται με λεπτή βελόνα για να διαπιστώσουμε εάν αυτός είναι κυστικός ή συμπαγής. Αφού σταθεροποιήσουμε τον όγκο με τα δάχτυλά μας, εισάγουμε τη βελόνα. Αν ο όγκος είναι κυστικός, η βελόνα θα εισέλθει εύκολα στην κοιλότητα της κύστης, αν είναι συμπαγής θα βρούμε αντίσταση στο πέρασμά της.

Αν αφαιρεθεί όλη η ποσότητα του υγρού, η κύστη εξαφανίζεται και αν η μαστογραφία που θα ακολουθήσει, δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέταση σε 2-3 μήνες δεν διαπιστώσει την επανεμφάνιση της κύστης, τότε δεν απαιτείται άλλος έλεγχος.

Ο κυτταρολογικός έλεγχος του αναρροφούμενου από την κύστη υγρού, δεν αποτελεί αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδο, για να κατευθύνουμε την αντιμετώπιση. Απαιτείται συμπληρωματικός έλεγχος.

Κυτταρολογικός έλεγχος

Από την εποχή, που ο Παπανικολάου, το 1928, ανακοίνωσε εργασία του για τη διάγνωση του καρκίνου της μήτρας με την εξέταση των κολπικών επιχρισμάτων, εμφανίσθηκαν περιοδικές δημοσιεύσεις για το ενδιαφέρον και τις δυσχέρειες που παρουσιάζει η αποφολιδωτική κυτταρολογία, τόσο του εκκρίματος του μαστού, όσο και του υγρού, που περιέχεται στις κύστες του.

Αργότερα, αποδείχθηκε, πως, ενώ η μελέτη των επιχρισμάτων επιτρέπει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και των θηλωμάτων του σε αξιολογη αναλογία, συμβαίνει καμιά φορά, τόσο τα θετικά, όσο και τα αρνητικά αποτελέσματα, να είναι λαθεμένα.

Κριτήρια κυτταρικής κακοήθειας. Αυτά βασίζονται στις μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου, δηλαδή της αύξησης του μεγέθους, της υπερχρωμίας και της ανώμαλης κατανομής της χρωματίνης σε σωρούς, ιδιαίτερα στην περιφέρεια.

Επίσης, το ακανόνιστο σχήμα των κυττάρων, οι αθροίσεις τους και η απώλεια της ατομικότητάς τους, είναι πρόσθετα κριτήρια κακοήθειας. Όλες αυτές οι μεταβολές είναι πιο έκδηλες σε προχωρημένες καταστάσεις.

Μειονεκτήματα των επιχρισμάτων του μαστού είναι πως δυνατό να δώσουν ψεύτικα θετικά (2%) ή αρνητικά (16%) αποτελέσματα, που οδηγούν το χειρουργό σε διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα.

Βιολογικοί δείκτες

Όπως σε κάθε εντόπιση καρκίνου, η ανίχνευσή του σε πρώιμο στάδιο και η έγκαιρη αντιμετώπισή του, αποτελεί στις ημέρες μας την πρώτη μας φροντίδα. Έτσι και για τον καρκίνο του μαστού η έγκαιρη ανακάλυψή του θα μας εξασφάλιζε ικανοποιητική επιβίωση της άρρωστης.

Δυστυχώς, όμως, ούτε η κλινική εξέταση, ούτε, όλες τις φορές, η μαστογραφία, ούτε άλλη διαγνωστική μέθοδος, μπορούν να ανακαλύψουν καρκινική μάζα πριν φθάσει τη διάμετρο του 1 εκ. Τότε, που αποτελείται από 10^9 κύτταρα, δηλαδή τότε, που η πάθηση, όπως θα αναφέρουμε παρακάτω.

Έτσι, για την έγκαιρη ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού ιδανική διαγνωστική μέθοδος θα ήταν εκείνη, που θα μπορούσε να ανιχνεύσει τον καρκίνο, πριν πάρει τις διαστάσεις του 1 εκ.

Από χρόνια, παρατηρήθηκε πως στον ορό του αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση, όταν συγκριθούν με τα ίδια προϊόντα υγιών ατόμων. Τα βιολογικά αυτά μόρια τα ονομάσαμε *βιολογικούς δείκτες*.

Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν δύο: το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η α-εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και «ογκοαναπτυξιακοί δείκτες». Αυτοί, δεν έχουν μόνο μεγάλη διαγνωστική αξία, αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας.

Δυστυχώς, όμως, όπως συμβαίνει και με άλλους δείκτες, και αυτοί οι δείκτες εμφανίζονται και εκεί, που δεν υπάρχει καρκίνος.

Από τους δύο δείκτες, αυτός, που συχνά χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη είναι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA). Οι φυσιολογικές τιμές του είναι 2-5 mg/ml. Πάνω από 5 mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού.

Οι τιμές από τον προσδιορισμό του μας βοηθάνε και στην εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, ψηλές τιμές του σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση, και χαμηλές τιμές του υψηλή διαφοροποίηση.

6.3. Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού και η προτεινόμενη μέθοδος

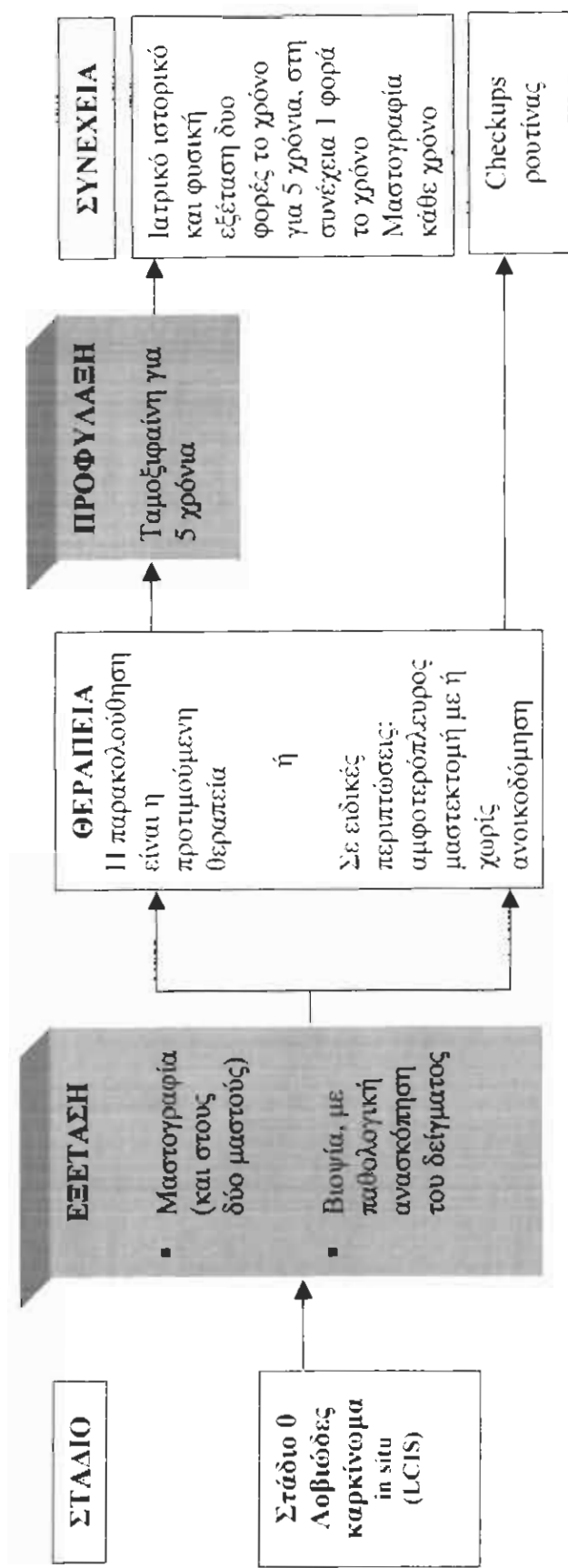
Τα «decision trees», ή οι αλγόριθμοι που αναφέρονται στις επόμενες σελίδες, παρουσιάζουν διαφορετικά στάδια της νόσου του καρκίνου του μαστού. Κάθε ένα από αυτά δείχνουν βήμα-βήμα πως ο ασθενής ή ο ιατρός μπορεί να φθάσει στις επιλογές που πρέπει να κάνει προκειμένου να ορισθεί η θεραπευτική αγωγή, για την κάθε περίπτωση.

Οφείλουμε να τονίσουμε ότι αυτές οι πληροφορίες δεν πρέπει να εφαρμόζονται χωρίς την αξιολόγηση του ιατρού ο οποίος γνωρίζει την κατάσταση, το ιατρικό ιστορικό και τις ατομικές προτιμήσεις.

Η συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές είναι η κατάλληλη εκλογή για τις γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, σε όποιο στάδιο της νόσου κι αν είναι. Η συμμετοχή σε τέτοιου είδους μελέτες δεν αποκλείει την χορήγηση όποιας άλλης ιατρικής φροντίδας χρειαστεί.

Οι NCCN οδηγοί ενημερώνονται συνεχώς, όσο νέα σημαντικά στοιχεία γίνονται διαθέσιμα. Για την επιβεβαίωσή του, ότι διαθέτει την πιο πρόσφατη έκδοση, κάποιος μπορεί να συμβουλευτεί τα web sites του ACS (www.cancer.org), ή του NCCN (www.nccn.org). Μπορεί επίσης να επικοινωνήσει με το NCCN στο 1-888-909-NCCN ή με το ACS στο 1-800-ACS-2345 για να ζητήσει τις πιο πρόσφατες πληροφορίες σχετικά με αυτούς τους οδηγούς ή τον καρκίνο γενικότερα.

**ΣΤΑΔΙΟ 0 ΜΗ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:
ΛΟΒΙΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΙΝ ΣΙΤΟΥ (LCIS)**



© 1999 by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

ΛΟΒΙΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU

Η εξέταση για το λοβιώδες καρκίνωμα in situ (LCIS) περιλαμβάνει την αμφοτερόπλευρη *μαστογραφία* – πρόκειται για X-ακτινοβολία και στους δύο μαστούς – η οποία πραγματοποιείται προκειμένου να εξακριβωθεί εάν υπάρχουν άλλες ανώμαλες περιοχές και στους δύο μαστούς. Η *παθολογική ανασκόπηση* (μια δεύτερη γνώμη σχετικά με την εξέταση του δείγματος που λαμβάνεται για βιοψία) πραγματοποιείται για να επιβεβαιωθεί ότι η ασθενής έχει LCIS κι όχι μεταστατικό καρκίνο ή το ότι πρόκειται για καλοήγη κατάσταση.

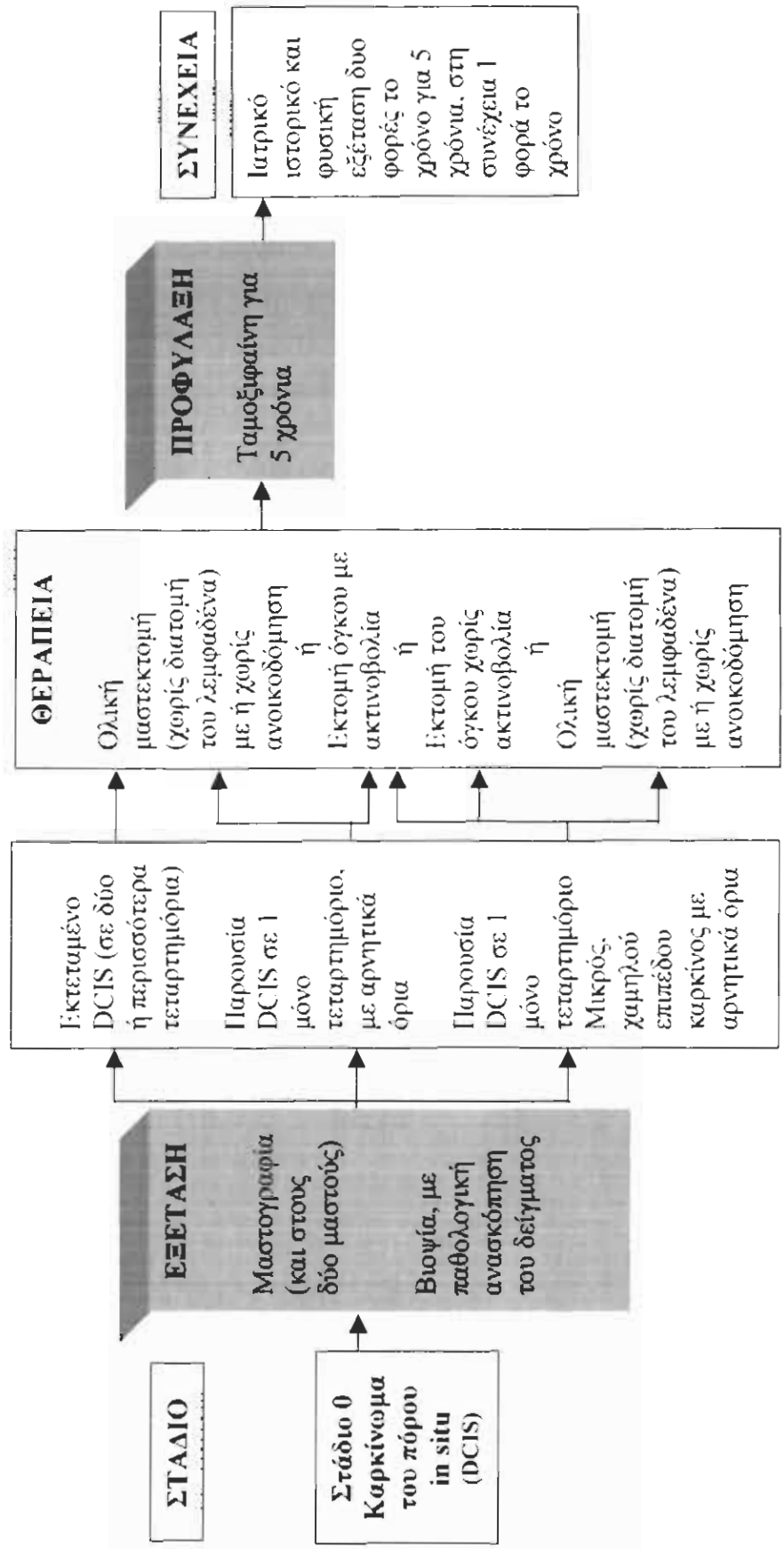
Η *παρακολούθηση* είναι η προτιμώμενη θεραπεία για το LCIS. Επιλέγεται για τη μεγάλη πλειοψηφία των γυναικών, στις οποίες έχει διαγνωσθεί LCIS, επειδή ο κίνδυνος να αναπτύξουν μεταστατικό καρκίνο είναι χαμηλός, και οι μεταστατικοί καρκίνοι που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης του LCIS είναι συνήθως μη επιθετικοί και μπορούν να επιδέχονται θεραπείας.

Σε ορισμένες γυναίκες, σε ειδικές περιπτώσεις οι οποίες σχετίζονται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μεταστατικού καρκίνου του μαστού – π.χ. εκτεταμένο οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού – καταλληλότερη αντιμετώπιση είναι η αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή. Ο ιατρός είναι εκείνος που θα βοηθήσει την ασθενή να αποφασίσει εάν θα πρέπει να ακολουθήσει αυτή τη θεραπεία. Μετά την μαστεκτομή, οι γυναίκες έχουν επιλογή για την άμεση ή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ανοικοδόμηση του μαστού τους.

Οι στρατηγικές για την προφύλαξη από τον καρκίνο του μαστού είναι πλέον τόσο σημαντικές όσο και οι μέθοδοι ανίχνευσης και θεραπείας της νόσου. Υπάρχουν αποδείξεις για την *ταμοξιφαίνη*, ένα αντιοιστρογονικό φάρμακο που έχει χρησιμοποιηθεί στην ορμονοθεραπεία του καρκίνου του μαστού, ότι μπορεί επίσης να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης μεταστατικού καρκίνου μετά τη διάγνωση LCIS. Η ταμοξιφαίνη, όταν χρησιμοποιείται σε τέτοιες περιπτώσεις, λαμβάνεται ημερησίως από του στόματος για 5 χρόνια.

Εάν επιλεγεί η παρακολούθηση ως πρωταρχική θεραπεία, η συνέχεια για τις γυναίκες με LCIS περιλαμβάνει τη λήψη *ιστορικού* και τη *φυσική εξέταση* κάθε 6 μήνες για 5 χρόνια, και μία φορά το χρόνο στη συνέχεια. Επίσης πρέπει να γίνεται μαστογραφία κάθε χρόνο.

**ΣΤΑΔΙΟ 0 ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ:
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΟΥ ΠΟΡΟΥ IN SITU (DCIS)**



© 1999 by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ IN SITU

Όπως και στην περίπτωση του LCIS, η εξέταση για το καρκίνωμα των πόρων in situ (DCIS) περιλαμβάνει *μαστογραφία* και των δύο μαστών, για να διευκρινισθεί ο βαθμός της εξάπλωσης του DCIS στους πόρους του μαστού και να ελεγχθεί εάν κι ο άλλος μαστός φέρει ανώμαλες περιοχές. Η *παθολογική ανασκόπηση* (μια δεύτερη γνώμη σχετικά με την εξέταση του δείγματος που λαμβάνεται για βιοψία) πραγματοποιείται για να πιστοποιηθεί ότι η ασθενής έχει DCIS κι όχι μεταστατικό καρκίνο ή το ότι πρόκειται για καλοήγη περίπτωση.

Εάν η μαστογραφία, η φυσική εξέταση ή η βιοψία δείξουν ότι δύο ή περισσότερα τεταρτημόρια πάσχουν από DCIS, η θεραπεία εκλογής είναι η μαστεκτομή. Το τεταρτημόριο συνιστά το ένα τέταρτο του μαστού.

Εάν το DCIS είναι πιο περιορισμένο (σε ένα μόνο τεταρτημόριο) και τα όρια είναι αρνητικά – αυτό σημαίνει ότι δεν βρέθηκε καρκίνος στα όρια της αρχικής χειρουργικής εκτομής – συνιστάται είτε ολική μαστεκτομή, είτε εκτομή του όγκου και ακτινοθεραπεία.

Η μαστεκτομή εξασφαλίζει τον πιο σίγουρο τρόπο τοπικού ελέγχου του DCIS. Μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι γυναίκες με DCIS, οι οποίες έχουν υποστεί εκτομή του όγκου και ακτινοθεραπεία, εμφανίζονται να έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο επιβίωσης σε σχέση με εκείνες που υπεβλήθησαν σε μαστεκτομή. Μετά την εκτομή του όγκου πρέπει να γίνεται μαστογραφία, προς επιβεβαίωση της πλήρους εκτομής του αφαιρούμενου όγκου.

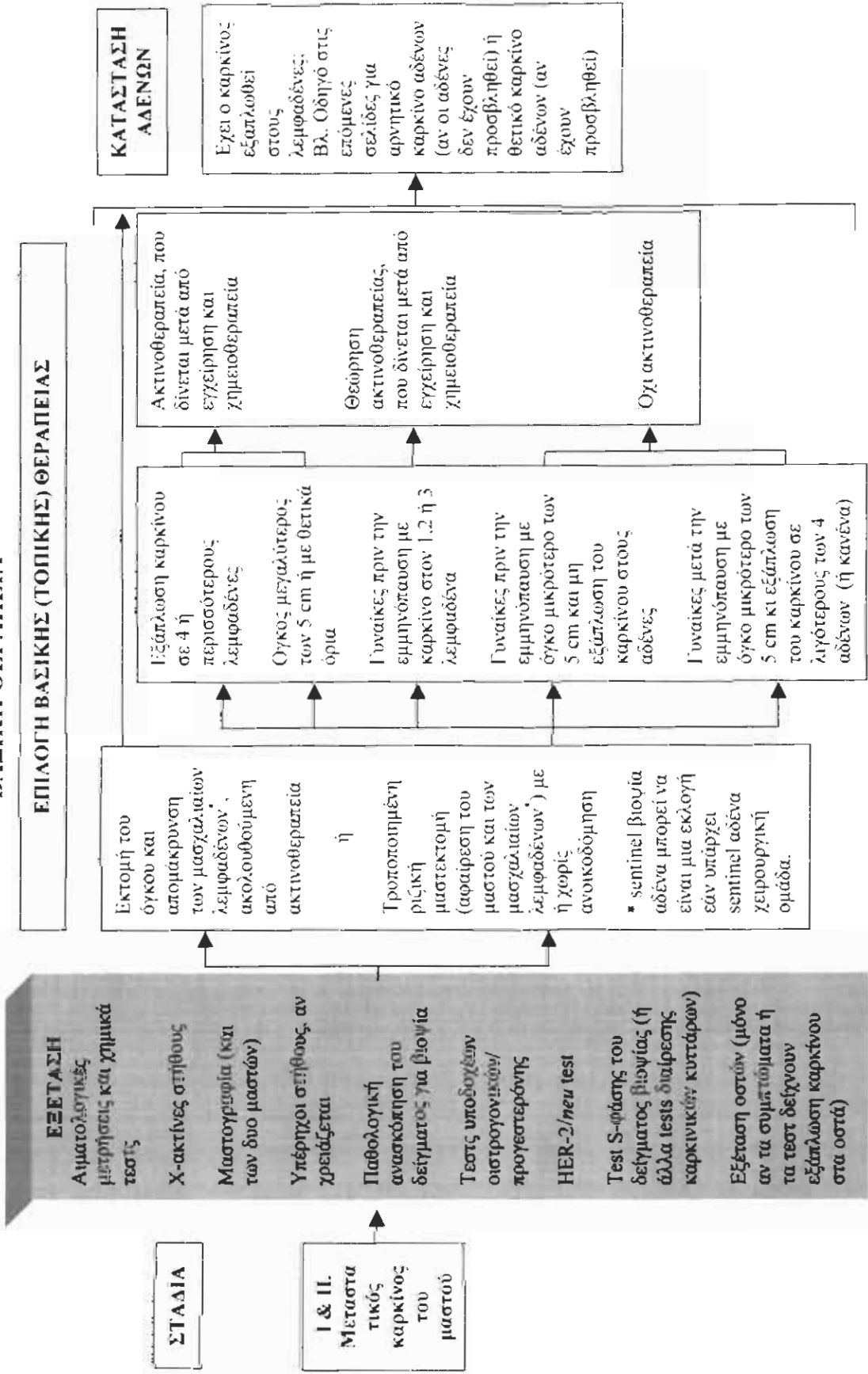
Εάν DCIS όγκος βρεθεί σε ένα μόνο τεταρτημόριο, -είναι πολύ μικρός (μικρότερος από το 1/2 του εκατοστόμετρου, ή το 1/5 της ίντσας) και χαμηλής βαθμίδας- τότε υπάρχουν τρεις επιλογές θεραπείας: (1) η ολική μαστεκτομή, (2) η εκτομή του όγκου με ακτινοθεραπεία, ή (3) η εκτομή του όγκου χωρίς ακτινοθεραπεία. Η τελευταία επιλογή είναι μάλλον αμφιλεγόμενη και δεν συνιστάται γενικότερα από τους ειδικούς στον καρκίνο του μαστού.

Σε όλες τις περιπτώσεις DCIS, οι γυναίκες που έχουν θεραπευτεί με μαστεκτομή δεν χρειάζεται να υποστούν διατομή του λεμφαδένα. Ακόμη, αυτές οι γυναίκες μπορούν να επιλέξουν για την άμεση ή μετά από κάποιο χρονικό διάστημα ανοικοδόμηση του μαστού τους.

Όπως και στην περίπτωση των γυναικών με LCIS, οι γυναίκες με DCIS μπορούν να λάβουν προληπτική θεραπεία με *ταμοξιφαίνη* μετά την αρχική τους θεραπεία. Αυτό το αντιοιστρογονικό φάρμακο μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης μεταστατικού καρκίνου του μαστού, μετά την αφαίρεση του DCIS.

Η συνήθης συνέχεια για τις γυναίκες που νόσησαν από DCIS περιλαμβάνει την λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση κάθε 6 μήνες για 5 χρόνια και στη συνέχεια 1 φορά ετησίως. Κάθε χρόνο, επίσης, πρέπει να γίνεται η εξέταση της μαστογραφίας.

ΣΤΑΔΙΑ I ΚΑΙ II ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΒΑΣΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



ΣΤΑΔΙΑ Ι ΚΑΙ ΙΙ

Οι οδηγίες για τα στάδια Ι και ΙΙ συνιστούν εξέταση η οποία περιλαμβάνει: μέτρηση ερυθρών κυττάρων και χημικά τεστς (ολική μέτρηση αίματος, μέτρηση αιμοπεταλίων, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας), μαστογραφία (X-rays) και στους δύο μαστούς, παθολογική ανασκόπηση (που αποτελεί μια επιπλέον γνώμη για το δείγμα που λαμβάνεται για βιοψία), τεστ για τους οιστρογονικούς υποδοχείς και τους υποδοχείς της προγεστερόνης. Οι εξετάσεις αυτές διευκρινίζουν εάν πρόκειται για ορμονοεξαρτώμενο όγκο, καθώς επίσης και τα σημεία στα οποία αυτός εκτείνεται. Το HER-2/*neu* τεστ βοηθά στην πρόγνωση της απόκρισης του όγκου σε διάφορα φάρμακα, ενώ ο έλεγχος S-φάσης, ή άλλα τεστ βιοψίας, διευκρινίζουν τον ρυθμό διαίρεσης των καρκινικών κυττάρων. Επίσης γίνεται και αξονική τομογραφία οστών, εάν αυτό δικαιολογείται από τα αποτελέσματα των άλλων εξετάσεων.

Η θεραπεία που προτιμάται για τις περισσότερες γυναίκες είναι αυτή της εκτομής του όγκου με ταυτόχρονη αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, που ακολουθείται από ακτινοθεραπεία, με την οποία διαφυλάσσονται οι μαστοί. Εάν υπάρχει ειδικευμένη χειρουργική ομάδα sentinel αδένων, τότε προτιμάται η επιλογή της βιοψίας «sentinel λεμφαδένων» από την αφαίρεση των περισσότερων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Αν ο sentinel αδένας – ο πρώτος λεμφαδένας στον οποίο μετατίθεται ο όγκος – είναι ελεύθερος καρκίνου, η ασθενής μπορεί να αποφύγει την επέμβαση στους άλλους λεμφαδένες καθώς και τις συνοδές παρενέργειες.

Σε ποιες, όμως, περιπτώσεις αποκλείεται η επιλογή της εκτομής του λεμφαδένα: Αυτός ο τύπος θεραπείας δεν εφαρμόζεται εάν:

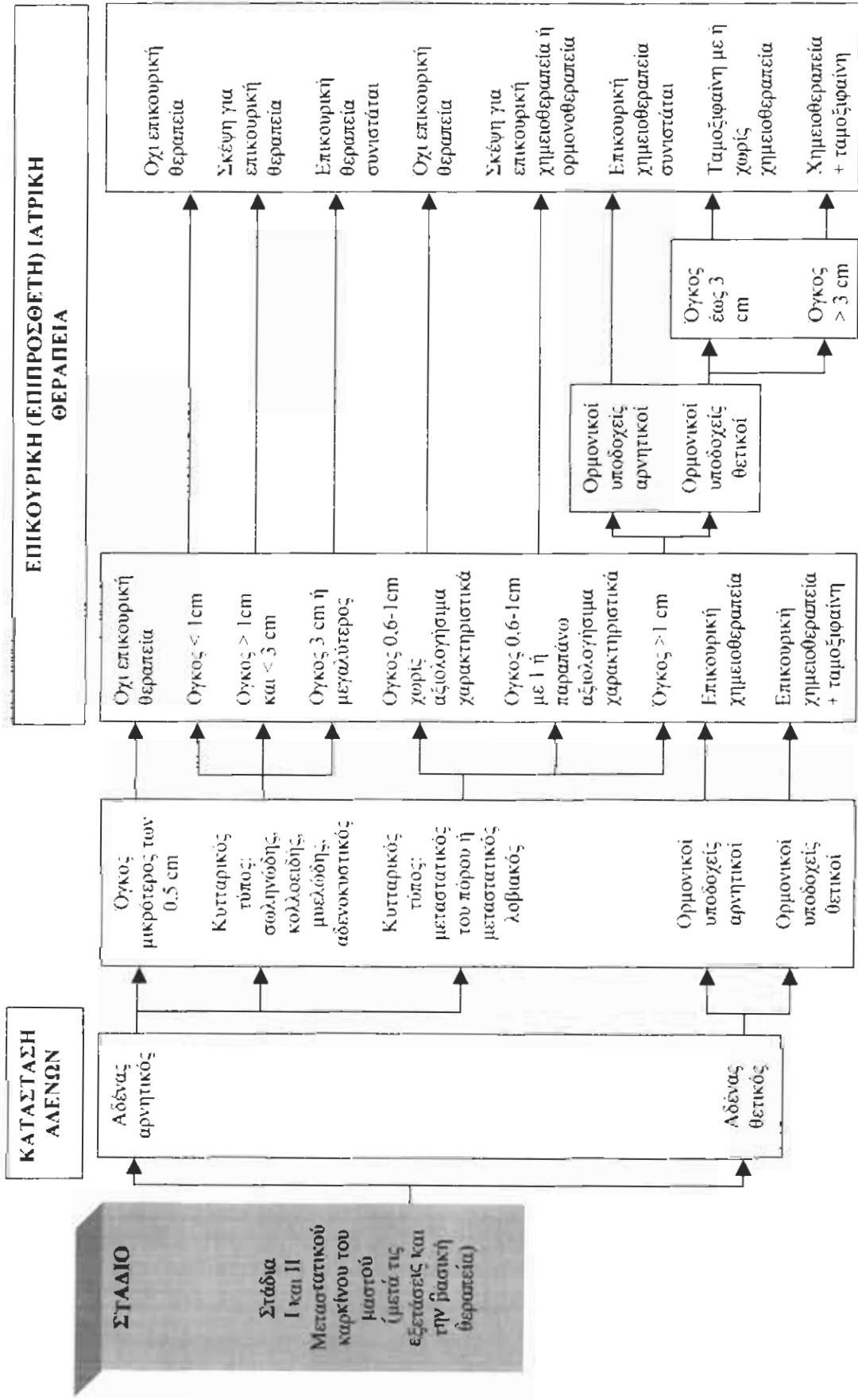
1. Έχει προηγηθεί ακτινοβόληση του μαστού
2. Στον ίδιο μαστό υπάρχουν δύο ή περισσότερες, μακριά μεταξύ τους, πάσχουσες από καρκίνο περιοχές
3. Ο καρκίνος έχει αφαιρεθεί ατελώς κατά την εκτομή ή επανεκτομή για βιοψία
4. Υπάρχει πάθηση του συνδετικού ιστού, η οποία καθιστά τους ιστούς ιδιαίτερα ευαίσθητους στις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και
5. Εάν απαιτείται ακτινοβόληση ενώ η ασθενής είναι έγκυος.

Θα πρέπει, τότε η ασθενής και ο ιατρός της να επιλέξουν, ως βασική θεραπεία, μια τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, ενώ οι οδηγοί δίνουν τις απαραίτητες πληροφορίες και συστάσεις για το αν μια ασθενής είναι υποχρεωμένη να λάβει ακτινοθεραπεία και/ή χημειοθεραπεία μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η μετά την χειρουργική επέμβαση ακτινοβολία και χημειοθεραπεία πρέπει να εφαρμόζονται όταν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί σε τέσσερις ή περισσότερους λεμφαδένες, ή όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος των 5 εκατοστών ή υπάρχουν θετικά όρια (δηλαδή όταν υπάρχουν ανώμαλα κύτταρα γύρω από τα όρια του όγκου).

Οι γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση, οι οποίες έχουν εξάπλωση του καρκίνου σε περισσότερους από τρεις λεμφαδένες, πρέπει να λαμβάνουν ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μετά την χειρουργική επέμβαση.

Οι γυναίκες δε πριν την εμμηνόπαυση, που έχουν όγκους μικρότερους των 5 εκατοστών αλλά ο καρκίνος δεν έχει εξαπλωθεί στους αδένες, καθώς και οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση στις οποίες ο όγκος είναι μικρότερος των 5 εκατοστών και φέρουν καρκίνο σε λιγότερους των τεσσάρων αδένες, δεν χρήζουν ακτινοβολίας.

ΣΤΑΔΙΑ I ΚΑΙ II ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ: ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ I ΚΑΙ II ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η απόφαση για την εφαρμογή επικουρικής χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας εξαρτάται από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, το μέγεθος του όγκου και τον ιστολογικό τύπο αυτού. Εάν οι αδένες είναι καθαροί, ή αρνητικοί, και ο όγκος είναι ίσος ή μικρότερος με 0,5 εκατοστά, η ασθενής δεν χρειάζεται επικουρική (μεταχειρουργική) θεραπεία. Επίσης, δεν χρήζουν επικουρικής θεραπείας οι ασθενείς, οι οποίες φέρουν σωληνοειδείς, κολλοειδείς, μυελώδεις, ή αδενοκυστικού τύπου όγκους, που είναι μικρότεροι σε μέγεθος του 1 εκατοστού. Όμως, αν ένας, τέτοιων τύπων, όγκος είναι σε διάμετρο από 1 έως 2,9 εκατοστά υποδεικνύεται στους ασθενείς και στους ιατρούς να *σκεφθούν* σχετικά με την επικουρική θεραπεία. Εάν ένας τέτοιος όγκος έχει αναπτυχθεί σε διάμετρο των 3 εκατοστών ή περισσότερο οι οδηγοί *συνιστούν* την επικουρική θεραπεία.

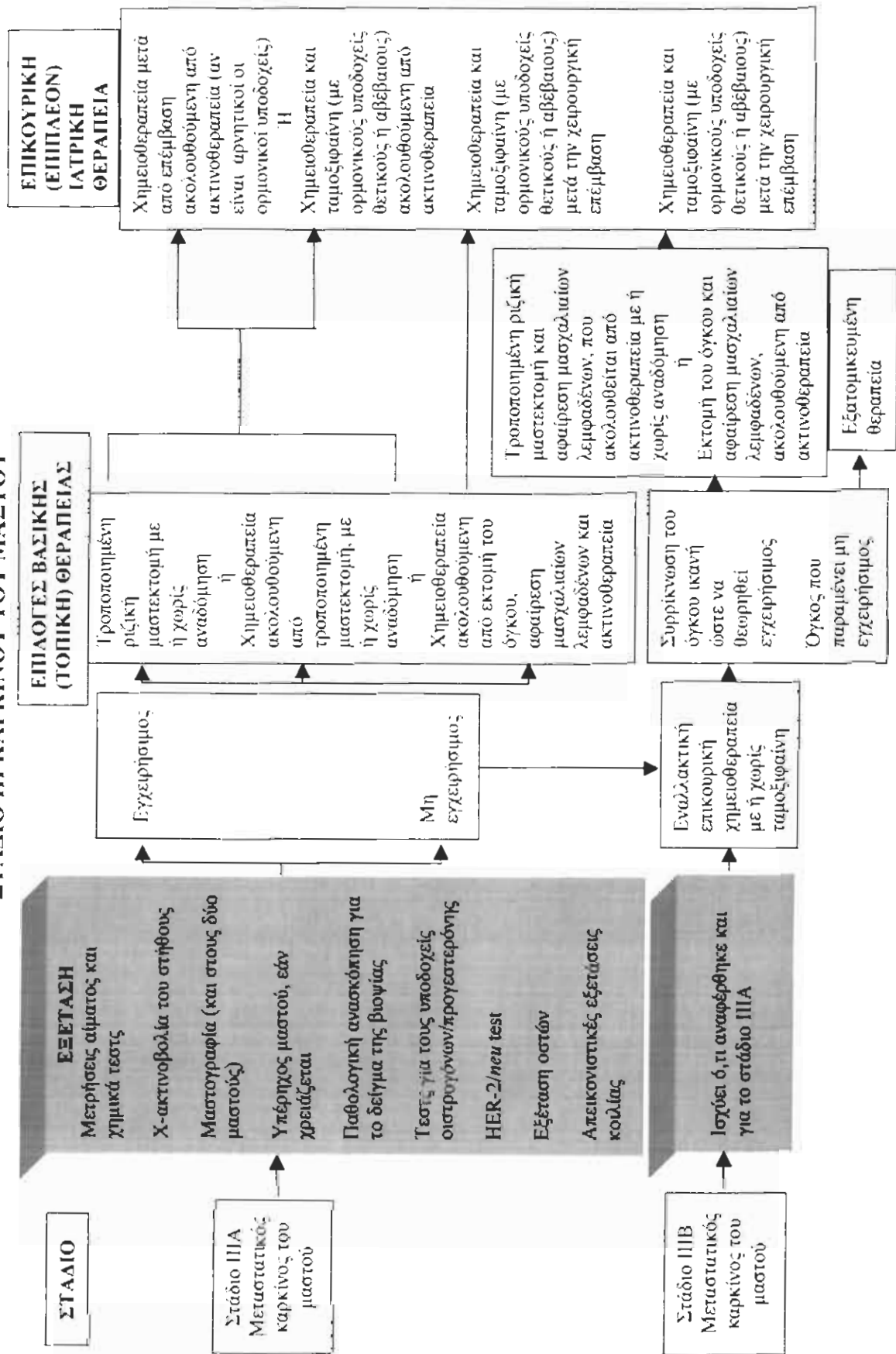
Για ασθενείς με αρνητικούς αδένες, οι οποίες πάσχουν από μεταστατικό του πόρου του μαστού ή μεταστατικό λοβιώδη καρκίνο, το NCCN συνιστά ότι: όταν ο όγκος είναι από 0,6 έως 1 εκατοστό χωρίς αξιολογήσιμα χαρακτηριστικά, όπως σε προχωρημένο στάδιο ή αγγειολεμφική μετάσταση (καρκίνος στα ερυθρά καν/ή τα λεμφαγγεία κοντά στα όρια του όγκου), ή υψηλά επίπεδα S-φάσης (ή αυξημένα επίπεδα στα αποτελέσματα εξετάσεων για το πόσο γρήγορα διαιρούνται τα καρκινικά κύτταρα), τότε δεν απαιτείται επικουρική θεραπεία. Όταν ο όγκος είναι από 0,6 έως 1 εκατοστό, αλλά έχει ένα ή περισσότερα αξιολογήσιμα χαρακτηριστικά, η ασθενής, μετά από συνεννόηση με τον ιατρό της, πρέπει να σκεφθεί για την λήψη επικουρικής χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας.

Στις περιπτώσεις όπου ο όγκος είναι μεγαλύτερος του 1 εκατοστού, αλλά οι εξετάσεις για τους ορμονικούς υποδοχείς αρνητικές, οι οδηγοί συμβουλεύουν να πραγματοποιηθεί εφαρμογή της επικουρικής θεραπείας. Από την άλλη πλευρά, αν ο όγκος αποδειχθεί θετικός, όσον αφορά τις δοκιμές για τους ορμονικούς υποδοχείς, υπάρχουν δύο πιθανότητες: (1) όταν είναι έως 3 εκατοστά συνιστάται η χορήγηση ταμοξιφαίνης (ένα αντιοιστρογονικό φάρμακο για ορμονοθεραπεία) με ταυτόχρονη ή όχι

χημειοθεραπεία και (2) όταν όγκος είναι μεγαλύτερος των 3 εκατοστών να χορηγούνται χημειοθεραπευτικά φάρμακα με ταμοξιφαίνη.

Για τις ασθενείς με αρνητικούς αδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς προτείνεται η χορήγηση επικουρικής θεραπείας, ενώ για αυτές που έχουν θετικούς ως προς τους ορμονικούς υποδοχείς όγκους συστήνεται η χορήγηση επικουρικής θεραπείας και ταμοξιφαίνης.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ



ΣΤΑΔΙΑ IIIA ΚΑΙ IIIB

Όπως και στα στάδια I και II της ασθένειας, οι εξετάσεις που συνιστώνται για τα στάδια IIIA και IIIB περιλαμβάνουν: μετρήσεις αίματος και χημικά τεστ (πλήρης αιματολογικός έλεγχος, μέτρηση αιμοπεταλίων, τεστ ηπατικής λειτουργίας), Χ-ακτινοβολήση στήθους (για έλεγχο πιθανής εξάπλωσης στους πνεύμονες), μαστογραφία και στους δύο μαστούς (Χ-ακτινοβολήση και στους δύο μαστούς), υπέρηχο στήθους (εάν χρειάζεται περαιτέρω διευκρίνηση των ευρημάτων), ανασκόπηση παθολογίας (που αποτελεί μια δεύτερη άποψη για το δείγμα προς βιοψία), τεστ για τους υποδοχείς οιστρογόνων/προγεστερόνης (τεστ για ορμονικούς υποδοχείς στο δείγμα προς βιοψία), και το HER-2 / neu test (που βοηθά στην πρόβλεψη της απόκρισης του όγκου σε κάποια φάρμακα). Επιπροσθέτως, οι οδηγοί θεραπείας του NCCN συνιστούν οστικό έλεγχο και CT, MRI, ή υπέρηχο κοιλίας. Μεταξύ των ειδικών, όμως, στον καρκίνο του μαστού δεν υπάρχει συμφωνία για το εάν μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού στο στάδιο III χρήζει ανάγκης αυτών των οστικών εξετάσεων.

Με βάση τις παραπάνω εξετάσεις στη συνέχεια, μπορεί να διευκρινισθεί από τους ιατρούς εάν μια χειρουργική επέμβαση μπορεί να απομακρύνει όλο τον όγκο (σε στάδιο III) από τον μαστό και τους γειτονικούς ιστούς. Εάν ναι, η ασθενής έχει τρεις επιλογές:

1) την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή (αφαίρεση του στήθους και των μασχαλιαίων λεμφαδένων), με ή χωρίς ανασύσταση του στήθους, 2) την εναλλακτική επικουρική χημειοθεραπεία (χορηγείται πριν από την χειρουργική επέμβαση), που ακολουθείται από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, με ή χωρίς ανασύσταση του στήθους, ή 3) την εναλλακτική επικουρική χημειοθεραπεία, η οποία ακολουθείται από εκτομή του όγκου (αφαίρεση του όγκου μόνο), απομάκρυνση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, και ακτινοθεραπεία του στήθους και των λεμφαδένων στην περιοχή του λαιμού (collarbone).

Όσον αφορά στις ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή, εάν ο όγκος αποδειχθεί αρνητικός για την ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων, η επικουρική θεραπεία περιλαμβάνει χημειοθεραπεία μετά την χειρουργική επέμβαση. Η ακτινοβολήση του στήθους και της περιοχής του λαιμού (collarbone) πρέπει να έπεται.

Οι ασθενείς που έχουν υποστεί εκτομή του όγκου είναι επίσης αναγκαίο να λαμβάνουν χημειοθεραπεία μετά την εγχείρησή τους. Και στις δύο όμως περιπτώσεις χειρουργικής επέμβασης, εάν η ασθενής είναι θετική για την ύπαρξη ορμονικών

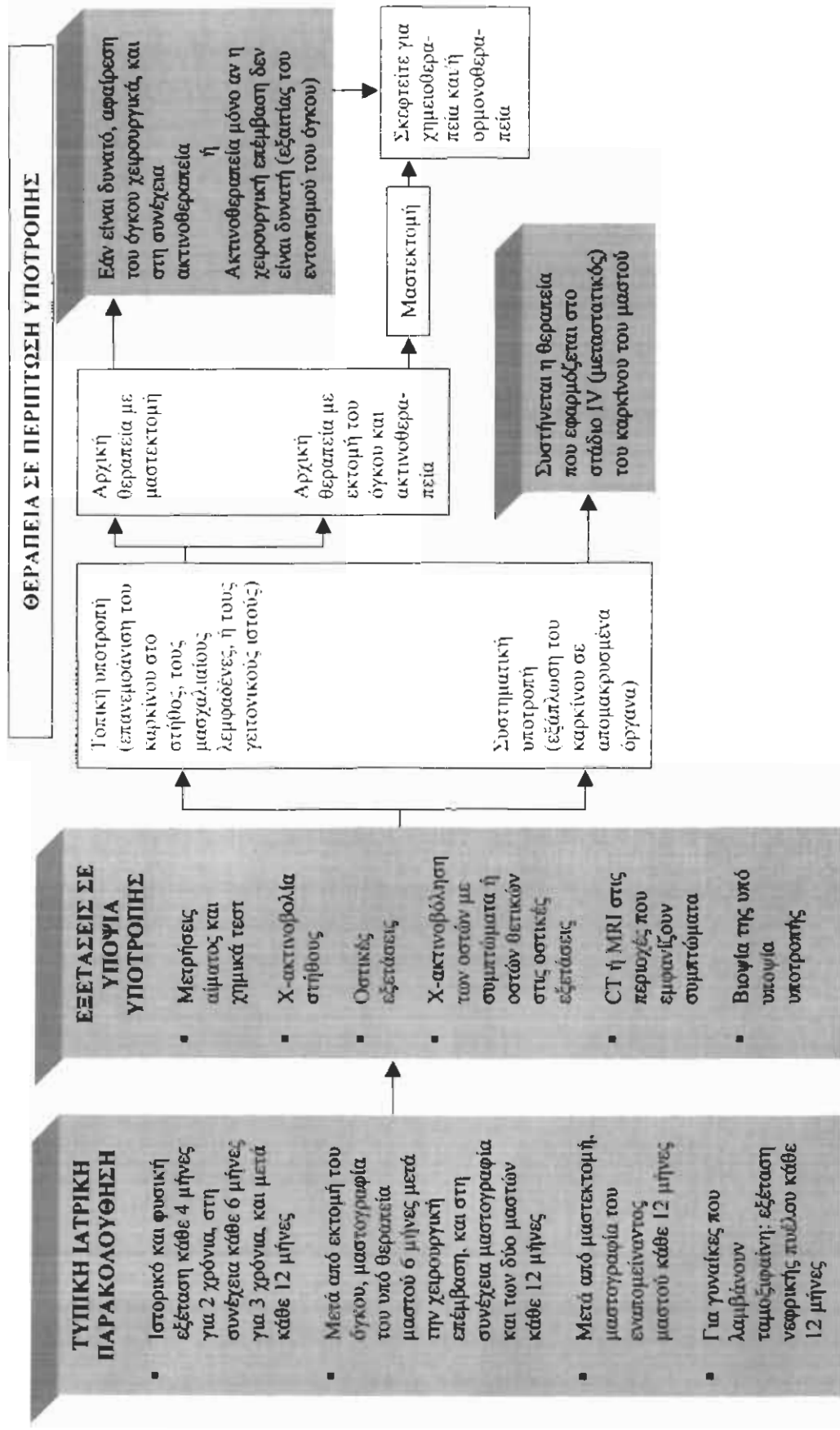
υποδοχέων ή αυτό δεν μπορεί να αποσαφηνισθεί (δεν καθίσταται γνωστό από τα τεστ), ως κατάλληλη κρίνεται η θεραπεία με το αντιοιστρογονικό φάρμακο ταμοξифαίνη.

Για τις περιπτώσεις όπου η σε στάδιο IIIA ασθένεια έχει εξαπλωθεί τόσο, ώστε να μην επιτρέπει την εφαρμογή της χειρουργικής επέμβασης, οι οδηγοί συνιστούν την ίδια θεραπεία που χορηγείται στις ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο IIIB της νόσου. Αυτή η θεραπεία βασίζεται στην εναλλακτική επικουρική χημειοθεραπεία, με ή χωρίς την συγχορήγηση της ταμοξифαίνης. Για τις ασθενείς που ανταποκρίνονται στην χημειοθεραπεία- δηλαδή προκαλείται συρρίκνωση του όγκου αρκετή ώστε αυτός να επιδέχεται εν συνεχεία χειρουργική αφαίρεση- οι οδηγοί συμβουλεύουν για τις εξής δύο επιλογές: 1) την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή και αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων που ακολουθούνται από ακτινοθεραπεία, με ή χωρίς αποκατάσταση του στήθους, ή 2) την εκτομή του όγκου και αφαίρεση των λεμφαδένων με συνοδεία στην συνέχεια ακτινοθεραπείας. Η δεύτερη αυτή επιλογή παραμένει υπό αμφισβήτηση από κάποιους ειδικούς στον καρκίνο του μαστού.

Για τις ασθενείς που ανταποκρίνονται στην εναλλακτική επικουρική χημειοθεραπεία, οι οδηγοί συμβουλεύουν για επιπρόσθετη χορήγηση χημειοθεραπευτικών μετά την χειρουργική επέμβαση. Όταν η κατάσταση για τους ορμονικούς υποδοχείς είναι θετική ή μη γνωστή, το NCCN προτείνει τη χορήγηση ταμοξифαίνης.

Τέλος, οι ασθενείς με καρκίνο του στήθους στο στάδιο IIIA ή IIIB, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται στην εναλλακτική επικουρική χημειοθεραπεία και των οποίων ο όγκος παραμένει μη εγχειρήσιμος, έχουν ανάγκη ειδικής, εξατομικευμένης θεραπείας.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ I, II ΚΑΙ III ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ



ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΣΤΑΔΙΟ I, II Η΄ III ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η τοπική ιατρική παρακολούθηση και επίβλεψη για όλες τις ασθενείς που είχαν μεταστατικό καρκίνο του μαστού, περιλαμβάνει τα ακόλουθα: τη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση κάθε 4 μήνες για 2 χρόνια, στη συνέχεια κάθε 6 μήνες για τα επόμενα 2 χρόνια, και τέλος μία φορά κάθε χρόνο.

Οι γυναίκες που έχουν υποστεί εκτομή του όγκου που έφεραν, πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφία του υπό θεραπεία μαστού 6 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση, και εν συνεχεία σε μαστογραφία και των δύο μαστών σε ετήσια βάση.

Οι γυναίκες στις οποίες είχε εφαρμοσθεί μαστεκτομή, πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφία για τον εναπομείναντα μαστό κάθε χρόνο μετά την επέμβαση. Οι οδηγοί, επίσης, συστήνουν κάθε χρόνο να πραγματοποιείται εξέταση της νεφρικής πύελου εάν οι γυναίκες αυτές έχουν ακολουθήσει θεραπεία με ταμοξιφαίνη.

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι εξετάσεις που πρέπει να γίνονται σε υποψία υποτροπής του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνουν πλήρη αιματολογικό έλεγχο, μέτρηση αιμοπεταλίων, δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας, Χ-ακτινοβολήση του στήθους και οστικές εξετάσεις. Στις περιπτώσεις όπου τα οστά παρουσιάζουν συμπτώματα (πόνος ή κατάγματα) ή παρουσιάζουν ανωμαλίες κατά την εξέτασή τους θα πρέπει, επίσης, να υφίστανται Χ-ακτινοβολήση ενώ, CT ή MRI πρέπει να εφαρμόζονται σε άλλες συμπτωματικές περιοχές. Ακόμη πρέπει να γίνεται βιοψία για κάθε ύποπτη μέσω των εξετάσεων για καρκίνο περιοχή.

Η υποτροπή μπορεί να είναι *τοπική*, δηλαδή ο καρκίνος επανεμφανίζεται στον μαστό, τους μασχαλιαίους αδένες, ή τους γειτονικούς ιστούς ή *συστηματική*, χαρακτηρισμός που αφορά στην εξάπλωση του καρκίνου σε απομακρυσμένα από το

μαστό όργανα. Στην περίπτωση της τοπικής υποτροπής, αν η γυναίκα αρχικά είχε θεραπευτεί με μαστεκτομή, ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί χειρουργικά (αν είναι δυνατή ή οριακή χειρουργική επέμβαση) και η γυναίκα αυτή στη συνέχεια θα πρέπει να λαμβάνει ακτινοθεραπεία, εάν δεν της είχε χορηγηθεί πριν. Αν ο εντοπισμός του όγκου είναι τέτοιος που δεν επιδέχεται χειρουργική αφαίρεση, η ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε ακτινοθεραπεία μόνο, αν ακτινοθεραπεία πριν δεν της είχε χορηγηθεί. Σε κάθε περίπτωση, το NCCN συστήνει να γίνεται σκέψη για χορήγηση χημειοθεραπείας και / ή ορμονοθεραπείας μετά την ακτινοθεραπεία.

Για μια γυναίκα που αρχικά είχε υποστεί εκτομή του όγκου και ακτινοθεραπεία, η τοπική υποτροπή θα οδηγήσει σε μαστεκτομή και στη συνέχεια πρέπει και πάλι να ληφθεί υπόψη η χημειοθεραπεία και/ ή η ορμονοθεραπεία.

Στην περίπτωση που η υποτροπή είναι συστηματική, η θεραπεία που συστήνεται είναι η ίδια που προτείνεται για τις ασθενείς με καρκίνο του μαστού στο στάδιο IV.

6.4 Κλινική σταδιοποίηση του μαστού με το σύστημα T.N.M.

| | | | |
|------------|----------------|----------------|-------------------------------|
| Στάδιο I | T ₁ | N ₀ | N ₁ M ₀ |
| Στάδιο II | T ₂ | N ₀ | N ₁ M ₀ |
| Στάδιο III | T ₃ | N ₀ | N ₁ M ₀ |
| | T ₁ | N ₂ | M ₀ |
| | T ₂ | N ₂ | M ₀ |
| Στάδιο IV | Κάθε T | | Κάθε NM ₁ |

όπου T= όγκος, N=αδένες, M=μετάσταση

T₁ ≤ 2cm

T₂ ≥ 2 ≤ 5 cm

T₃ > 5 cm

T₄ οποιοδήποτε μέγεθος με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα

N₀ Δεν υπάρχουν ψηλαφητοί αδένες

N₁ Κινητοί αδένες

N₂ Ακίνητοι αδένες

N₃ Υπερκλείδιοι ή υποκλείδιοι αδένες

M₀ Καμία μετάσταση απομακρυσμένη

M₁ Απομακρυσμένες μεταστάσεις

6.5 Αιτιολογία-Αρχικά συμπτώματα

Αιτιολογία

Η αιτιολογία είναι άγνωστη.

- Υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου μαστού διατρέχουν οι ανύπανδρες γυναίκες
- Οι στείρες γυναίκες
- Εκείνες με λιγότερο από 3 παιδιά
- Όσες απέκτησαν το πρώτο παιδί μετά τα 31 χρόνια τους
- Ιστορικό της νόσου
- Ο θηλασμός δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα του καρκίνου του μαστού
- Εμμηναρχία πριν από τα 12 (έτη) και εμμηνόπαυση μετά τα 55 (έτη)
- Γυναίκες που είχαν καταμήνιο κύκλο για 30 ή περισσότερα χρόνια

Συχνότητα

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται με συχνότητα 27% σε σχέση με τον καρκίνο κάθε άλλης εντόπισης. Μία στις δεκατρείς άρρωστες του γυναικολόγου, θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό σε κάποια εποχή της ηλικίας αυτής. Στην Ελλάδα, όπως και σε όλο τον κόσμο είναι ο συχνότερος καρκίνος στις γυναίκες. Μία στις 12 ελληνίδες θα εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της στη διάρκεια της ζωής της. Προσβάλλει 1500 γυναίκες το χρόνο.

Συμπτώματα

- Όγκος: Σε συχνότητα πάνω από το 80% κάνει την εμφάνισή του με τη μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια τη γυναίκα, λίγο πιο συχνά στον αριστερό μαστό.
- Πόνος: Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανιστεί ετερόπλευρα, σε γυναίκα που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες.

- Έκκριση θηλής: Η έκκριση από τη θηλή του μαστού που πάσχει εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου και αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18% πρόκειται για καρκίνο.
- Εισολκή δέρματος και θηλής: Η εισολκή του δέρματος ή της θηλής ή η εκτροπή του άξονα της θηλής αποτελούν παθογνωμικά σημάδια καρκίνου του μαστού.
- Άλλα συμπτώματα: φλεγμονή, οίδημα, βήχας, δύσπνοια, θωρακικός πόνος, ίκτερος, κοιλιακός πόνος, μετάσταση στην υπόφυση.

6.6 Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:

1. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
2. Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
3. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
4. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού
5. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα
6. Εισολκή της θηλής-οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή
7. Ορώδης ή αιματηρά έκκριση θηλής
8. Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλαιών αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)
9. Εξέλκωση κατά τη θηλή-οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας
10. Πόνος, συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια

6.7 Εντοπισμός

Αναλόγως της εντοπίσεως διακρίνουμε, όπως έχει ήδη αναφερθεί, καρκίνο του άνω έξω, άνω έσω κάτω έξω και κάτω έσω τεταρτημορίου και καρκίνο του κεντρικού τμήματος. Αυτή η κατάταξη είναι απαραίτητη όχι μόνο για λόγους απλής περιγραφής, αλλά και για λόγους προσδιορισμού της οδού μεταστάσεως αυτών. Τα του έξω ημιμορίου π.χ. μεθίστανται κυρίως προς τα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, ενώ τα του έσω προς τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια. Τα περί την Θηλήν, τέλος, μεθίστανται προς αμφοτέρες τις κατευθύνσεις.

6.8 Εργαστηριακές εξετάσεις

Τις εργαστηριακές εξετάσεις τις διακρίνουμε σε Γενικές και Ειδικές. Σε αυτές υπάγονται:

6.8.1 Γενικές

1. Ο ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονος και μεσοθωρακίου προς αποκλεισμό μεταστάσεων.
2. Οι αιματολογικές εξετάσεις. Από αυτές σημασία έχει ο καθορισμός τυχόν υπάρχουσας αναιμίας, ο προσδιορισμός της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων και οι αλλοιώσεις των τιμών του ασβεστίου και φωσφόρου, οι οποίες υποδηλώνουν την ύπαρξη οστικών μεταστάσεων.
3. Η κατά Παπανικολάου εξέταση, όταν υπάρχει έκκριση υγρού από τη θηλή (αιμορραγών μαστός).

6.8.2. Ειδικές

Σήμερα διαθέτουμε σειρά ειδικών εργαστηριακών εξετάσεων με τις οποίες είναι δυνατόν:

- Επί ψηλαφητής διογκώσεως να ορίσουμε με ποσοστό θετικότητας 80% περίπου, κατά πόσο αυτή είναι κακοήθης ή όχι
- Να ανακαλύψουμε, πέραν της τυχόν ψηλαφωμένης διογκώσεως, την ύπαρξη και άλλης εστίας στον ίδιο μαστό (πολυεστιακή εντόπιση), την συνύπαρξη νεοπλασίας και στον άλλο μαστό, και την ύπαρξη μεταστάσεων αλλαχού του οργανισμού.

Μετά τυχόν αφαίρεση του ενός μαστού να παρακολουθήσουμε την εξέλιξη και του άλλου, γνωστού όντος ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και στον άλλο μαστό ανέρχεται σε 30% περίπου.

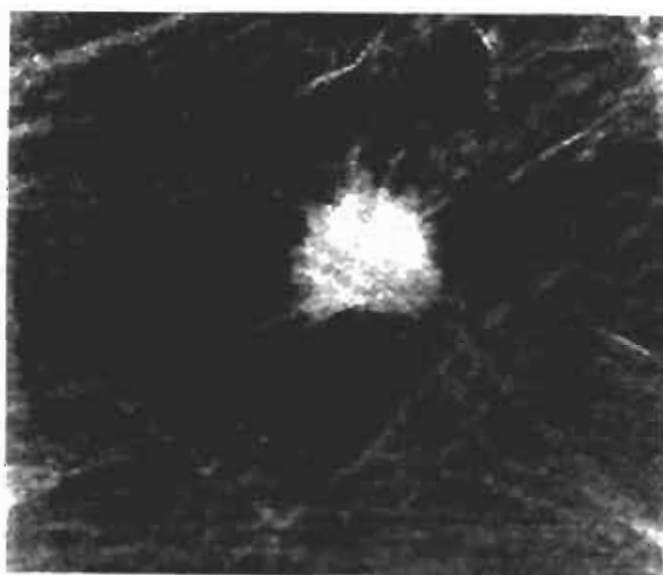
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο

7.1. Διαγνωστικές εξετάσεις

7.1.1. Μαστογραφία

Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο. Χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας παίρνει τρεις όψεις του μαστού:

1. κρانيουριαία
2. μεσοπλάγια
3. μασχαλιαία



Μαστογράφημα
Τοπική επένδυση καρκίνου μαστού

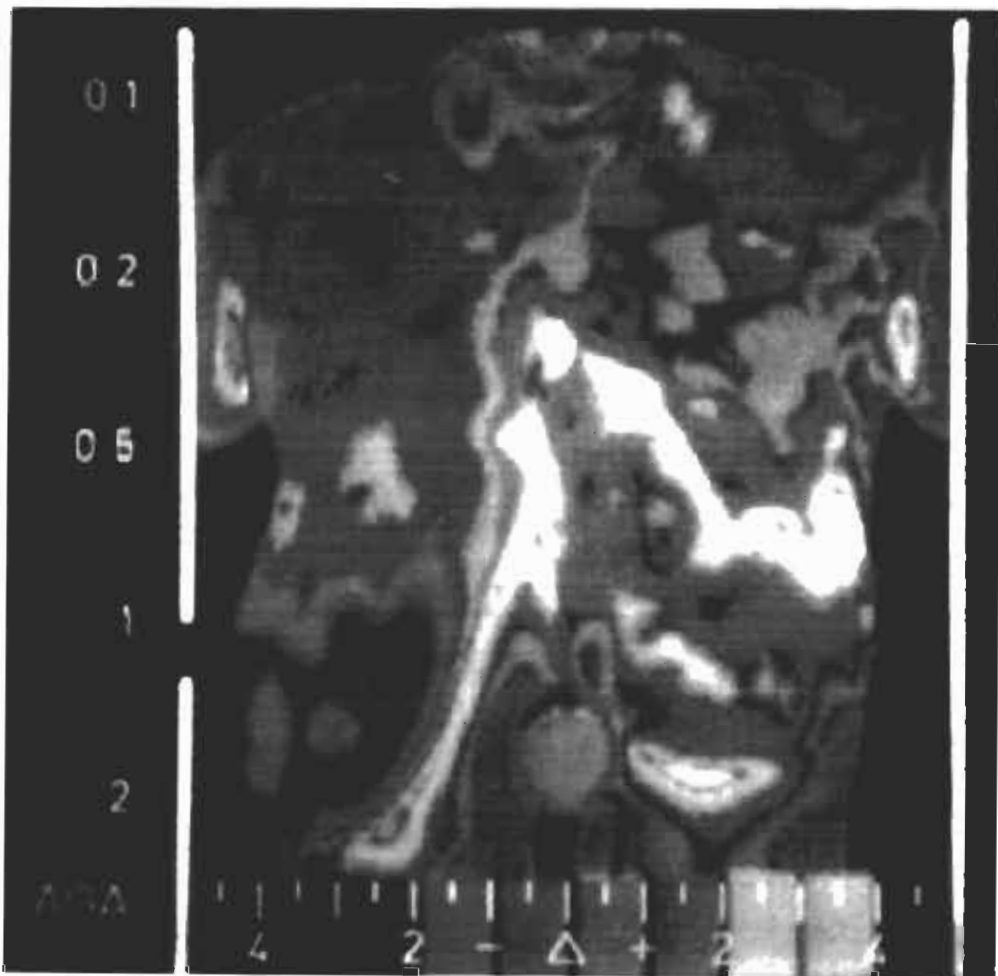
Η μεγαλύτερη αξία της μαστογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση ύποπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση ογκιδίου. Επομένως συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση.

- Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, που είναι αμφίβολης φύσης
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού
- Προηγούμενη βιοψία μαστού
- Πολύ μεγάλος μαστός όπου η εξέταση είναι πολύ δύσκολη

- Γυναίκα με μάζα στον ένα μαστό, για έλεγχο και του άλλου μαστού
- Καρκινοφοβία

7.1.2. Θερμογραφία

Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διαφορές θερμοκρασίας και βοηθά έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήγη επεξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας της αυξημένης αιμάτωσης



Θερμογραφήμα
Καρκινική δεξιά (κόκκινο χρώμα).

7.1.3. Ξηρογραφία

Είναι η αποτόπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτόπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία.

7.1.4. Υπερηχογράφημα

Είναι μια σύγχρονη, χαμηλού κόστους τεχνική, όπου ακόμη βρίσκεται στο στάδιο της αξιολόγησης.

7.1.5. Διαφανοσκόπηση

Χρησιμοποιώντας δυνατό, ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστεις φωτίζονται, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

7.1.6. Φλεβογραφία

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

7.1.7. Σπινθηρογράφημα

Ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις, πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

7.1.8. Βιοψία

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

7.1.9. Ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων

7.1.10. Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία

7.1.11. Γαλακτοφορογραφία

Γαλακτοφορογραφία είναι η μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους τους, για τον έλεγχο του εύρους της διαβατότητας, της τοπογραφίας και του σημείου έμφραξης του πόρου από τον όγκο, για την ευκολότερη χειρουργική του εξαίρεση.

7.1.12. Πνευμονοκυστεογραφία

Είναι η μαστογραφική απεικόνιση του μαστού ύστερα από παρακέντηση κύστης, αφαίρεση του περιεχομένου της και εμφύσηση αέρα μέσα στην κοιλότητά της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. Θεραπείες

Χρόνος επιβίωσης το 5ετές ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα.

Η κυριότερη αντίρρηση στο να λαμβάνεται ως μέτρο αξιολογήσεως της τοπικής θεραπείας η επιβίωση, είναι ότι αυτή δεν αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα της τοπικής θεραπείας, αλλά εξαρτάται ευθέως από την ύπαρξη υποκλινικών απομακρυσμένων μεταστάσεων (συστηματικής νόσου) την στιγμή της εφαρμογής της τοπικής θεραπείας. Επομένως η επιβίωση εξαρτάται περισσότερο από την επιλογή των περιπτώσεων, παρά από την εφαρμοσθείσα θεραπεία.

Το ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα (5ετές ή και 10ετές) αντικατοπτρίζει και αξιολογεί καλύτερα την εφαρμοσθείσα θεραπεία, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κύριος στόχος της θεραπείας δεν παραμένει η επιβίωση.

Παλαιότερα με βάση τις θεωρίες του Halstead και άλλων έμπειρων χειρουργών του μαστού η θεραπεία του καρκίνου του μαστού εστηρίζετο σε ορισμένες αρχές που περιγράφονται πιο κάτω. Τα τελευταία χρόνια ο Fischer αναθεώρησε τις υποθέσεις του Halstead μετά από την μεγάλη κλινική έρευνα με την συνεργασία 34 Πανεπιστημίων των ΗΠΑ.

8.1.1. Χειρουργική θεραπεία (Υπόθεση Halstead-Υπόθεση Fischer)

| Υπόθεση Halstead | Υπόθεση Fischer |
|---|--|
| 1. Οι όγκοι μεθίστανται κατά καθορισμένο τρόπο, ο οποίος βασίζεται σε μηχανικές συνθήκες | 1. Δεν υφίσταται καθορισμένος τρόπος διασποράς των όγκων. |
| 2. Τα κύτταρα των όγκων διέρχονται δια των λεμφαγγείων στους λεμφαδένες με κατ'ευθείαν επέκταση, πράγμα που δίνει αξία σε «en block» εξαίρεση των λεμφαδένων. | 2. Τα κύτταρα των όγκων διέρχονται με εμβολιασμό τα λεμφαγγεία, θέτουν έτσι εν αμφιβόλω την αξία της «en block» εξαίρεσεως των λεμφαδένων. |
| 3. Ο θετικός λεμφαδένας είναι δείκτης της διασποράς του όγκου και η κύρια αιτία της απομακρυσμένης μεταστάσεως. | 3. Ο θετικός λεμφαδένας είναι περισσότερο ένας δείκτης της σχέσεως όγκου-ξενιστή, η οποία επιτρέπει την ανάπτυξη μιας μεταστάσεως, παρά η |

| | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Οι επιχώριοι λεμφαδένες αποτελούν φραγμό για τη δίοδο των καρκινικών κυττάρων. 5. Οι επιχώριοι λεμφαδένες έχουν ανατομική σημασία. 6. Το αίμα (ροή του αίματος) έχει περιορισμένη σημασία για τη διασπορά του όγκου. 7. Ο όγκος είναι αυτόνομος από τον ξενιστή. 8. Ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού είναι τοπική νόσος. 9. Η έκταση και ο τρόπος της χειρουργικής επεμβάσεως είναι οι κύριοι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την επέμβαση. | <p>αιτία μιας απομακρυσμένης μεταστάσεως.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν είναι φραγμός στα καρκινικά κύτταρα. 5. Οι επιχώριοι λεμφαδένες έχουν βιολογική σημασία. 6. Το αίμα (ροή του αίματος) παίζει σημαντικό ρόλο στην διασπορά του όγκου. 7. Κάθε φάση της πορείας της νόσου επηρεάζεται από τη σχέση του συμπλέγματος όγκος-ξενιστής. 8. Ο χειρουργήσιμος καρκίνος του μαστού είναι συστηματική νόσος. 9. Η ποικιλία της τοπικής ή περιοχικής θεραπείας δεν είναι ικανές να επηρεάσουν την επιβίωση. |
|--|--|

Είναι φανερή η σημασία της 2ης, 6ης, 8ης και 9ης υποθέσεως του Fischer στην εφαρμογή της τοπικής θεραπείας, ενώ οι υποθέσεις 1η, 3η, 4η, 5η, 7η, 8η και 9η έχουν σχέση με την καλύτερη γνώση της ανοσολογικής συμπεριφοράς και δράσεως του όγκου και του ξενιστή.

Πριν από μερικά χρόνια η μόνη αποδεκτή εγχείρηση ήταν η *ριζική μαστεκτομία* και σε ορισμένες περιπτώσεις η *υπερριζική μαστεκτομία*. Ο σκοπός ήταν η en block εξαίρεση όλων των ιστών του μαστού (μαστός, μυς, λεμφαδένες), με τη σκέψη ότι ο καρκίνος του μαστού ήταν μια τοπική νόσος. Τα τελευταία 30 χρόνια άρχισαν να εφαρμόζονται συντηρητικότερες χειρουργικές μέθοδοι με συνδυασμό τοπικής ακτινοβολήσεως, όταν αυτή κρίνεται αναγκαία.

Επειδή τα αποτελέσματα των παραπάνω μεθόδων ήταν επίσης ικανοποιητικά, επικράτησε μια σύγχυση, στο ποια μέθοδος προσφέρει το καλύτερο αποτέλεσμα. Έτσι άρχισε η συγκριτική μελέτη των διαφόρων εγχειρητικών μεθόδων με *κλινικές δοκιμασίες* μετά από τυχαία επιλογή των ασθενών και συγκριτική στατιστική ανάλυση των παραμέτρων κάθε θεραπείας.

Αν και τα αποτελέσματα των κλινικών αυτών μελετών δείχνουν ότι δεν υπάρχει καμιά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφόρων εγχειρητικών μεθόδων, η μελέτη για τη σωστή εγχειρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνεχίζεται εντατικά με κύριο στόχο τον τοπικό και περιοχικό έλεγχο της νόσου.

Κατωτέρω αναλύονται οι κυριότερες εγχειρητικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

8.1.2 Ριζική μαστεκτομή

Το 1894 οι Halstead και Mayer περιέγραψαν τη *ριζική μαστεκτομία*, η οποία συνίσταται στην en block εξαίρεση του μαστού, των θωρακικών μυών (μείζων και ελάσσων μυς) ως και των αδένων της μασχάλης. Η ριζική μαστεκτομία αποτελεί τη δεύτερη σε σειρά συχνότητας εφαρμοζόμενη μέθοδο χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία. Το 1972 αποτελούσε το 45% των εγχειρήσεων για καρκίνο του μαστού, ενώ το 1977 το 22%, σύμφωνα με στοιχεία του Αμερικανικού Κολλεγίου Χειρουργών.

Εφ'όσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομία μόνη θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2 εκ. και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες ανέπτυξαν τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3 εκ., το ποσοστό υποτροπής πέφτει στο 25%.

Τελευταίες μελέτες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομία με αρνητικούς λεμφαδένες παρουσιάζουν υποτροπές σε ποσοστό 17%, ενώ με θετικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 57% των περιπτώσεων.

Τέλος η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, οίδημα του άνω άκρου και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.

Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομία

Η εγχείρηση εκτός από το μαστό, τους μυς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πολύ πτωχά κι όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομίας. Λίγοι χειρουργοί τη

συνιστούν και πολύ λίγες τέτοιες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα και στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα.

8.1.3. Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία

Περιεγράφη από τους Patey και Duson το 1948. Συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, των λεμφαδένων της μασχάλης και του ελάσσονος θωρακικού μυός και διατήρηση του μείζονος θωρακικού μυός. Ο Patey και αργότερα (1965) ο Handley απέδειξαν ότι το αποτέλεσμα της εγχειρήσεως ήταν εξίσου καλό με της ριζικής μαστεκτομίας, ενώ το κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα λόγω της διατηρήσεως του μυός καλύτερο.

Το 1972 τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία έγινε στο 26% των περιπτώσεων στις ΗΠΑ, ενώ το 1977 το ποσοστό ανήλθε σε 58% και κατέστη η πρώτη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού μέχρι και σήμερα.

8.1.4. Απλή μαστεκτομία

Η εγχείρηση συνίσταται στην αφαίρεση μόνο του μαστού κι όχι των λεμφαδένων, γίνεται στα μικρά στάδια (I και II) καρκίνου του μαστού κι εφ'όσον η μασχάλη είναι κλινικώς αρνητική. Δεν εφαρμόζεται από πολλούς, αν και όταν συνδυάζεται με ακτινοβόληση έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

8.1.5. Τμηματεκτομία ή ογκεκτομία με καθαρισμό της μασχάλης

Η πρώτη συνίστανται στην αφαίρεση του 4μορίου που βρίσκεται ο όγκος και η δεύτερη στην εξαίρεση του όγκου επί υγιούς βάσεως (2-5 εκατοστά υγιής ιστός γύρω από τον όγκο). Ακολουθεί από την ίδια ή άλλη τομή καθαρισμός της σύστοιχης μασχάλης και συνήθως τοπική εξωτερική ακτινοβόληση. Μερικοί κάνουν και εμφύτευση ραδιενεργού ιριδίου στην περιοχή του όγκου.

Οι συντηρητικές εγχειρήσεις έχουν αρχίσει και εφαρμόζονται όλο και περισσότερο από τους ογκολόγους, τώρα τελευταία και στη χώρα μας.

Από παλιά έγιναν προσπάθειες για την αποφυγή του ακρωτηριασμού της γυναίκας και διατήρηση του μαστού. Τα αποτελέσματα των πρώτων αυτών προσπαθειών ήσαν πτωχά και αμφιλεγόμενα και επειδή δεν έτυχαν κλινικής συγκρίσεως δεν έγιναν παραδεκτά από τους περισσότερους.

Μόνο τα τελευταία έτη η τελειοποίηση των μεθόδων ακτινοβολήσεως, αλλά κυρίως η καλύτερη γνώση της βιολογικής συμπεριφοράς του καρκίνου του μαστού, είχε ως αποτέλεσμα την επιβεβαίωση, ότι η εγχείρηση και η ακτινοβολία έχουν σκοπό μόνο τον τοπικό έλεγχο της νόσου, ενώ η επιβίωση εξαρτάται ευθέως από την ύπαρξη συστηματικής νόσου (δηλ. μικρομεταστάσεων), τη στιγμή της προσπάθειας για τον έλεγχο της τοπικής νόσου (βλέπε 9η υπόθεση του Fischer).

Έτσι σε συνδυασμό με το πτωχό κοσμητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα, αλλά και την ψυχολογική επιβάρυνση από τη ριζική μαστεκτομία, άρχισε μια προσπάθεια για την κλινική εκτίμηση μορφών θεραπείας, όπως είναι η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία, η ριζική μαστεκτομία, η υποδόρια μαστεκτομία, η τμηματεκτομία και η ογκεκτομία, ακολουθούμενες ή όχι από ακτινοβολήση.

Οι κλινικές αυτές έρευνες έχουν σκοπό την επιλογή θεραπείας που προσφέρει το μέγιστο τοπικό έλεγχο και καλλίτερη επιβίωση με την ελάχιστη λειτουργική, κοσμητική και ψυχολογική επιβάρυνση.

Βρέθηκε έτσι ότι οι μεγάλες επεμβάσεις δεν παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα από την απλή μαστεκτομία ή την ογκεκτομία, όταν οι τελευταίες συνδυάζονται με ακτινοβολία. Από τη σειρά των κλινικών ερευνών με τυχαία επιλογή ξεχωρίζουν οι μελέτες από το Guy's Hospital του Λονδίνου, του Fischer (NSABP Clinical Trial) και του Veronesi (Istituto dei Tumori Milano). Στο Guy's Hospital συνέκριναν τη ριζική μαστεκτομία με εξωτερική ακτινοβολήση με την ογκεκτομή με εξωτερική ακτινοβολήση, για τις ασθενείς του σταδίου I και βρήκαν ότι οι διαφορές επιβιώσεως (5ετής) και απομεμακρυσμένων μεταστάσεων δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά (76% προς 78% και 25% προς 22% αντιστοίχως). Για το στάδιο II τα αποτελέσματα ήταν σημαντικά καλύτερα στην ομάδα της ριζικής επεμβάσεως (70% προς 56%, και 30% προς 50% αντιστοίχως). Η μελέτη αυτή αποτέλεσε αντικείμενο έντονης κριτικής επειδή η δόση ακτινοβολήσεως και των δύο ομάδων ήταν ανεπαρκής (3000-3500 rads).

Εξ'άλλου τα αποτελέσματα της υπό τον Veronesi ομάδας μελέτης από το Μιλάνο, με τυχαία επιλογή, έδειξαν ότι η τμηματεκτομία ακολουθούμενη από εξωτερική ακτινοβολή παρουσίαζει σημαντικά μικρότερο ποσοστό τοπικών υποτροπών και απομακρυσμένων μεταστάσεων από τη ριζική μαστεκτομία, η διαφορά στην επιβίωση των δύο ανωτέρω ομάδων είναι ασήμαντη.

Υπάρχουν επίσης αξιόλογες μελέτες (όχι με τυχαία επιλογή) των Hellman και Harris, Pierquin, Galle, Syed κ.α. οι οποίοι με συνδυασμό σγκεκτομίας, εξωτερικής ακτινοβολήσεως και εμφυτεύσεως ραδιενεργού Ir^{192} , επέτυχαν ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσοσον όσον αφορά τον τοπικό έλεγχο της νόσου, όσο και την επιβίωση σε όλα τα στάδια.

8.2. Χημειοθεραπεία

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

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

Στη θεραπευτική χημειοθεραπεία έχει δοκιμαστεί πληθώρα φαρμάκων, καλύτερη ανταπόκριση υπάρχει στα σχήματα που περιέχουν αδριαμυκίνη, 5-φθοριουρακίλη, μεθοτρεξάτη, Melphalan, L-Pam, Thiotepa, Ογκοβίνη.

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια επίπονη αγωγή, λόγω της μακράς διάρκειας, των συχνών επιπλοκών και της αυξημένης νοσηρότητας. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα και να γίνεται προσπάθεια να εφαρμοσθεί το 100% της δόσεως των φαρμάκων, προκειμένου να υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τα αποτελέσματα της θεραπείας του καρκίνου του μαστού είναι πολύ δύσκολο να συγκεκριμενοποιηθούν. Λόγω της πολλαπλότητας της θεραπείας, των διαφορετικών αντιλήψεων και της υποκειμενοποίησης της θεραπείας από τους διάφορους ογκολόγους, διαφέρουν σημαντικά από κέντρο σε κέντρο.

Για το στάδιο I το 10ετές ελεύθερο νόσου διάστημα κυμαίνεται μεταξύ 50-90%, για το στάδιο II γύρω στο 40-70%, για το στάδιο III γύρω στο 10-20% και για το στάδιο IV 0-5%.

8.3. Ορμονοθεραπεία

Έχει αποδειχθεί ότι με την χορήγηση διαφόρων ορμονών είναι δυνατό να επιδράσουμε ευεργετικά σε εμφάνιση μεταστάσεων του καρκίνου του μαστού. Οι χρησιμοποιούμενες ορμόνες είναι τα ανδρογόνα, τα οιστρογόνα, τα κορτικοειδή και ακόμη η θυρεοειδική ορμόνη.

Α ν δ ρ ο γ ό ν α . Η θεραπεία δι'ανδρογόνων ορμονών εφαρμόζεται σε περίπτωση υποτροπής του καρκίνου του μαστού, σε άτομα νεαρά ή σε άτομα, εις τα οποία η έμμηνος ρύσις έχει καταπαύσει από χρόνο όχι μεγαλύτερο της πενταετίας σε ασθενείς οποιασδήποτε ηλικίας, των οποίων το προεξάρχον σύμπτωμα είναι ο πόνος ο προερχόμενος από οστικές μεταστάσεις. Σε αναλογία 25% έχουμε ευνοϊκή επίδραση, δηλ. υποχώρηση του πόνου και των οστεολυτικών επεξεργασιών. Το ευνοϊκό τούτο αποτέλεσμα απαιτεί θεραπείαν 6-8 εβδομάδων. Εάν, όμως, δύο μήνες μετά από την έναρξη της θεραπείας δεν έχει παρατηρηθεί η αναμενόμενη βελτίωση, η δι'ανδρογόνων ορμονών θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Τα χορηγούμενα σκευάσματα και η δόση αυτών είναι: Προπιονική τεστοστερόνη (Testosterone propionate) 100 mg ενδομυκώς τρις εβδομαδιαίως ή τεστοστερόνη βραδείας απορροφήσεως (Depot testosterone) 400 mg ενδομυκώς, εκάστην εβδομάδα, και η Fluoxymesterone 15 mg ημερησίως από του στόματος, και τα αναβολικά, π.χ. Durabolin 50 mg εβδομαδιαίως. Σε περίπτωση ευνοϊκής επίδρασης η θεραπεία μπορεί να περιορισθεί σε 200 mg Depot-τεστοστερόνης ανά 15ήμερον ή 15 mg Fluoxymesterone

ημερησίως από του στόματος. Η έντονη αυτή ορμονοθεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση μεταβολής των δευτερευόντων χαρακτήρων του φύλου.

Ο ι σ τ ρ ο γ ό ν α. Αυτά χορηγούνται μετά την πενταετίαν από την εμμηνόπαυση και κυρίως σε περιπτώσεις μεταστάσεων στα μαλακά μόρια. Η ευεργετική επίδραση επέρχεται μόνο με χορήγηση μεγάλων δόσεων, εξουδετερουμένης ούτω της υποφύσεως. Επί ορμονοεξαρτήσεως επέρχεται μέσα σε λίγες εβδομάδες επιθηλιοποίηση των εξηλωμένων επιφανειών και σμίκρυνση του μεγέθους των μεταστάσεων στους πνεύμονες, τα γάγγλια κ.λ.π. Εάν επιτευχθεί ευνοϊκό αποτέλεσμα, η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται επί μακρόν, δηλ. όσον εξακολουθεί η ευεργετική επίδραση, η οποία μπορεί να διαρκέσει για χρόνια.

Οιστρογονικά σκευάσματα στο εμπόριο κυκλοφορούν πολλά. Χρησιμοποιούμε την διαιθυλική στιλβεστρόλη (Diethyl stilbestrol) σε δόσεις 15 mg ημερησίως ή το Estinyl σε δόσεις μέχρι 3 mg ημερησίως.

Ο ρ μ ό ν ε ς τ ο υ θ υ ρ ε ο ε ι δ ο ύ ς. Είναι παραδεκτό πλέον ότι υπάρχει σχέση μεταξύ υποθυρεοειδισμού και γεννητικών καρκίνων.

Πράγματι, από διάφορες στατιστικές φαίνεται η ευεργετική επίδραση αυτής όσον αφορά στην πρόληψη των υποτροπών. Η διά θυροξίνης θεραπεία ρυθμίζεται με την παρακολούθηση της χοληστερίνης στο αίμα.

Γ λ υ κ ο κ ο ρ τ ι κ ο ε ι δ ή. Κατά προτίμηση χορηγούμε τα υδρογονωμένα παράγωγα της κορτιζόνης (Solucortef), αφού παρουσιάζουν εντονότερη γλυκοορμονική ιδιότητα και προκαλούν μικρότερη κατακράτηση Na και ύδατος.

8.4. Συστηματική Θεραπεία

Ο καρκίνος του μαστού πρέπει να θεωρείται από την αρχή συστηματική νόσος και όχι τοπική (υπόθεση 8 του Fischer). Επόμενο είναι να εφαρμόζεται συστηματική θεραπεία είτε προφυλακτική (επί μη εμφανούς νόσου ή μεταστάσεων) είτε θεραπευτική (επί εμφανούς νόσου ή μεταστάσεων). Η συστηματική θεραπεία γίνεται κυρίως με χημειοθεραπευτικά φάρμακα ή ορμονικά σκευάσματα. Υπό έρευνα είναι η

ανοσοθεραπεία η οποία θεωρητικά πολλά μπορεί να προσφέρει στο μέλλον στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Η περιγραφή κυτταροπλασματικών πρωτεϊνών (*υποδοχείς*), οι οποίες δεσμεύουν και μεταφέρουν ένα ορισμένο στεροειδές στον πυρήνα του κυττάρου, αποτελεί σημαντικότερη προσφορά στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Στην προκειμένη περίπτωση οι υποδοχείς για την οιστριόλη και για την προγεστερόνη έχουν την μεγαλύτερη κλινική σημασία. Οι όγκοι, οι οποίοι έχουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα, προσφέρονται για ορμονικούς χειρισμούς, εφ'όσον αυτό ενδείκνυται (ωοθηκεκτομία, αντιοιστρογόνα, προγεστερόνη, οιστρογόνα, ανδρογόνα) και έχουν καλύτερη πρόγνωση. Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες έχουν συχνότερα αρνητικούς υποδοχείς, ενώ οι μετεμμηνοπαυσιακές αντίθετα.

Σε προχωρημένες περιπτώσεις ο ορμονικός χειρισμός μπορεί να αφορά την υπόφυση ή και τα επινεφρίδια (υποφυσεκτομία, επινεφριδεκτομία ή φαρμακευτική επινεφριδεκτομία με αμινογλουταμιθιμίδη).

Η προφυλακτική ορμονοθεραπεία συνήθως γίνεται σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές με θετικούς λεμφαδένες. Χορηγούνται αντιοιστρογόνα (Tamoxifen), προγεστερόνη, διαιβυλοστυλβεστρόλη κ.α.

8.4. Ακτινοθεραπεία

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της *ιονίζουσας ακτινοβολίας* στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε όλα τα στάδια. Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι μπορούν να συνδυασθούν με προεγχειρητική ή μετεγχειρητική ακτινοβολήση. Θεωρητικά δόση 4000 rads αποστειρώνει μικροσκοπικές εστίες, δόση 5000-5500 rads μακροσκοπικές εστίες και 7-8000 rads είναι δυνατόν να αποστειρώσουν όγκους μεγάλης διαμέτρου.

Η ακτινοβολήση του μαστού εξ αποστάσεως γίνεται με *ακτινοβολία γ* (από μηχανήματα Καισίου, Κοβαλτίου, γραμμικό επιταχυντή ή ακόμη και συμβατική Röntgen) ή *σωματιδιακή β* (βητατρόνιον).

Ακτινοβολείται η περιοχή του μαστού (ή θωρακικού τοιχώματος εφ'όσον έγινε μαστεκτομία) και των επιχώριων λεμφαδένων (μασχαλιαίοι, υπερκλείδιοι, έσω μαστικοί)

με διάφορες τεχνικές και μετά κατάλληλο σχεδιασμό με σκοπό να δοθεί η πρέπουσα δόση (100%) στο κατάλληλο πεδίο με τη μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Η δόση που συνήθως μπορεί να δοθεί από απόσταση, είναι 4500-6000 rads συνήθως σε 25-30 συνεδρίες.

Η εφαρμογή της εξ επαφής ακτινοβολήσεως με εμφύτευση *ραδιενεργού Ir¹⁹²* γίνεται επειδή η δόση στην περιοχή του όγκου (στις περιπτώσεις που έχει διατηρηθεί ο μαστός) αυξάνεται σημαντικά στις 8-9000 rads, με αποτέλεσμα την πλήρη αποστείρωση της περιοχής από καρκινικά κύτταρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

Μεταστάσεις

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. Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχालιαίοι λεμφαδένες (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε, τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική του μοίρα. Αλλά, και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριό του, είναι δυνατό να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά.

Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο μικρότερη από 1 εκ., τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Αν είναι μέχρι 5 εκ., τότε σε συχνότητα 20% οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αν μεγαλύτερη από 5 εκ. τότε είναι διηθημένοι σε συχνότητα 38%.

Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη, όταν διηθηθούν οι υπερκλειδίιοι λεμφαδένες μέσω των μασχालιαίων, τότε που ο καρκίνος κατατάσσεται στο IV στάδιο και είναι ανεγγχείρητος.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από τον βαθμό κακοήθειας 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, όπως είναι η πυκνότητά του, η αιμάτωσή του, το λεμφικό του δίκτυο κ.λ.π.

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις:

- Στα οστά (συχνότερα της πύελου και στο μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%
- Στο συκώτι σε συχνότητα 65%
- Στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%
- Στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%
- Επίσης, σε μικρότερη συχνότητα, εμφανίζεται στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στην καρδιά

Αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του καρκίνου του μαστού (2%), τις περισσότερες φορές, φαίνεται πως αποτελεί λεμφική μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο. Αυτό αποδεικνύεται από την ομοιότητα του ιστολογικού τύπου του καρκίνου. Αν, όμως, οι δύο τύποι διαφέρουν, τότε μπορούμε να παραδεχθούμε τη συμπτωματική τους συνύπαρξη.

Οι μεταστάσεις δυνατό να είναι και τοπικές, δηλαδή να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού, που υποβλήθηκε σε θεραπεία, χειρουργική ή συντηρητική. Τέτοιες μεταστάσεις είναι μασχالياίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα και απαντώνται σε συχνότητα 7-30%.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α Μ Ε Ρ Ο Σ

Νοσηλευτική φροντίδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

10.1. Αποκατάσταση

10.1.1. Προεγχειρητική προετοιμασία

α. Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για την ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο

1. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια στο να διασκορπίσει τα αισθήματα του φόβου με:
 - I. Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της
 - II. Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού
 - III. Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μεταεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή
 - IV. Αναζήτηση της υποστήριξης του συζύγου
 - V. Ενθάρρυνση και διαβεβαίωση
2. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας του μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή, γι' αυτό και η νοσοκόμα προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο και τη βοηθά στο να εκφράσει τα αισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται την απόρριψη του άνδρα της ή να νιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει τον ρόλο της σαν μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον ίδιο τον άνδρα της και την οικογένειά της θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.
3. Μείωση του χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση

- I. Διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους
 - II. Εξασφάλιση αίματος, εάν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή
 - III. Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης
4. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλός καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχालιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για την πιθανή περίπτωση λήψης δέρματος που θα χρησιμοποιηθεί για πλαστική.

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

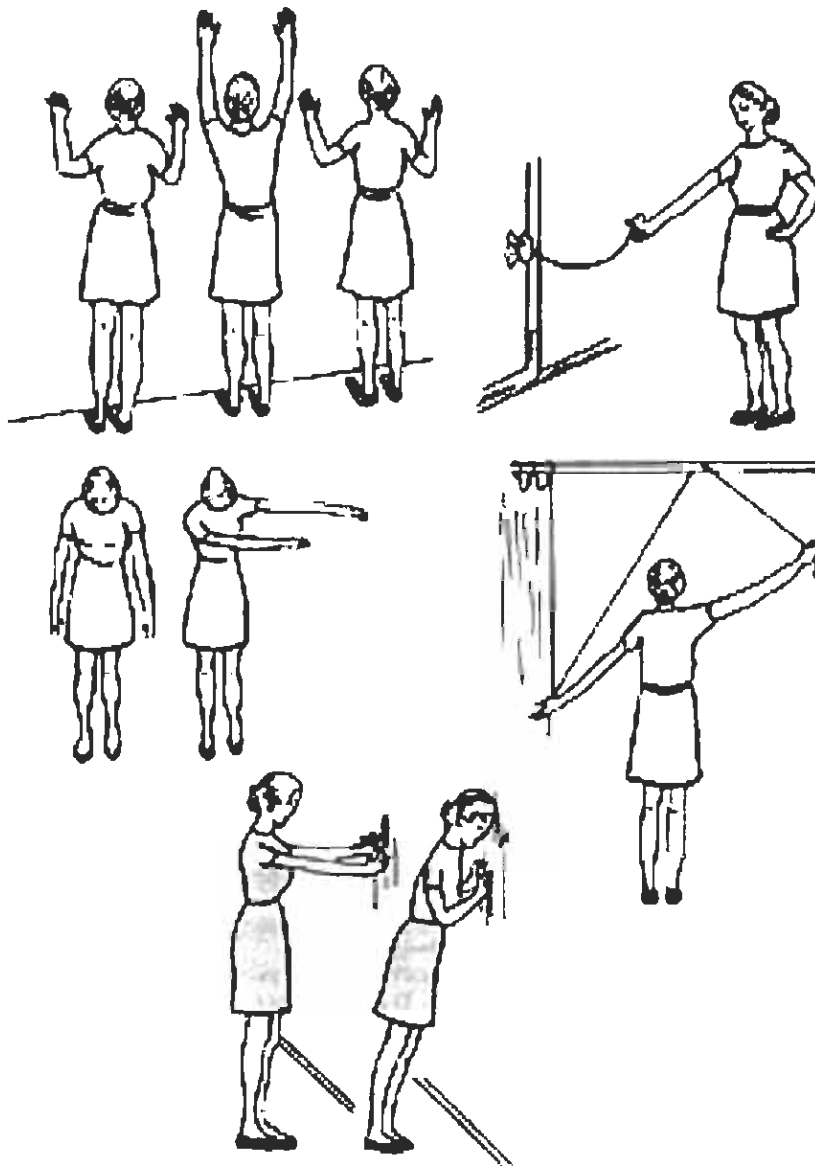
γ. Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειας της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους και τις ανησυχίες τους.

10.1.2. Μετεγχειρητική προετοιμασία

1. Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για τη διαπίστωση του Shock και της αιμορραγίας
2. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη
3. Χορήγηση αναλγητικών, μετά την ανάνηψη από την νάρκωση, για ανακούφιση του πόνου
4. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών
5. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος, αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων
6. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά.
7. Πρόληψη της λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομία η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων.
8. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Εάν το χέρι είναι ελεύθερο τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι, η βαρύτητα βοηθά στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοοιδήματος
9. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.
10. Χορήγηση διαίτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι.
11. Σχεδιασμός για έξοδο από το Νοσοκομείο.

10.1.3. Ασκήσεις

Οι ασκήσεις που συστήνονται από τον γιατρό μετά από ριζική μαστεκτομή και που αποβλέπουν στην εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση:



Ασκήσεις με το από χειρουργό.
Α - Ανάσπαση στον τράχηλο Β - Γενική στήριξη
Γ - Ασκηση ώμου Δ - Τραχεία Ε - Άρση βραχίονα
Ζ - Άρση βραχίονα

Σφίξιμο μπάλας

Είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Πέταγμα μπάλας

Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά την μπάλα που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.

Αναρρίχηση στον τοίχο

Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάχτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατόν. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο που έφθασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

Γύρισμα σκοινάκι

Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και το τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι ζυγίζει το σχοινάκι με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.

Αιώρηση χεριών

Χυλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο

στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Η νοσοκόμος στέκεται δίπλα στην άρρωστη όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

Τροχαλία

Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια να εφάπτονται στο πάτωμα.

Κούμπωμα κουμπιών πλάτης

Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.

Άγγιγμα μετώπου

Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση χεριών. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο, κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.

10.1.4. Διδασκαλία της άρρωστης πριν τη έξοδο από το νοσοκομείο

Ένα από τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να δίνει απαντήσεις στα διάφορα ερωτήματα της άρρωστης που πάσχει από καρκίνο τβου μαστού. Και ιδιαίτερα στα ερωτήματα που δημιουργούνται ύστερα από την εγχείρηση του μαστού.

Αρχικά η νοσηλεύτρια βοηθάει στην πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας, με την έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς μετά το πρώτο 24ωρο. Μπορεί η άρρωστη να μην θέλει να κάνει αυτές τις κινήσεις επειδή πονάει. Η νοσηλεύτρια, όμως, πρέπει να την πείσει, τονίζοντάς της τη σημασία των ασκήσεων αυτών χωρίς να την πιέζει. Η ασθενής ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων.

Η άρρωστη αυξάνει τις δραστηριότητές της σιγά-σιγά έτσι ώστε να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Η νοσηλεύτρια διδάσκει αρχικά απλές κινήσεις όπως: α) να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά β) να χτενίζει τα μαλλιά της δίχως όμως να σκύβει το κεφάλι της. Επίσης γίνεται η άσκηση «αναρρίχηση» των δακτύλων στον τοίχο με λυγισμένους αγκώνες και τοποθετώντας τις παλάμες στον τοίχο, ινώνοντας τους ώμους, ενώ τα πόδια της βρίσκονται κολλημένα στον τοίχο.

Η επόμενη άσκηση «γύρισμα σχοινάκι» είναι για την ωμοπλάτη. Στο χερούλι της πόρτας δένουμε ένα σχοινάκι από απόσταση 2 μέτρων. Η άρρωστη πιάνει χαλαρά την άκρη της ζώνης με το προσβεβλημένο χέρι και κάνει περιστροφικές κινήσεις με μικρούς κύκλους στην αρχή, κατόπιν όμως οι κύκλοι μεγαλώνουν και τέλος προσπαθεί οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο.

Οι «κινήσεις εκκρεμούς» είναι όταν η άρρωστη λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα έτσι ώστε να κινούνται χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.

Γίνονται και «κινήσεις του βραχίονα». Η ασθενής στέκεται όρθια, λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάχτυλά της πίσω στον τράχηλο. Κατόπιν φέρνει τους αγκώνες

μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν. Επαναφέρει τους βραχίονες στη θέση με τα δάχτυλα πίσω στον τράχηλο. Τέλος λύνει τα δάχτυλά της και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.

«Κινήσεις προς την πλάτη». Η ασθενής βάζει τα χέρια της σε ισορροπία και λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω από την πλάτη, έως ότου τα δάχτυλά της φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.

«Κινήσεις κουπιού». Λυγίζει η άρρωστη το σώμα της μπροστά κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα. Από τη θέση αυτή φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.

«Κινήσεις τροχαλίας». Παίρνει ένα σχοινί περίπου 3 μέτρων και το περνάει στο σίδερο του μπάνιου, αφού κάνει δύο κόμπους. Κρατά τους κόμπους που έχει το τέλος του σχοινού στις παλάμες της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων. Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι, ώστε καθώς το κατεβάζει να ανεβαίνει το χειρουργημένο χέρι όσο το δυνατόν πιο ψηλά.

Τέλος, υπάρχει και η «ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμά τους». Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα. Οι βραχίονες ανυψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής.

Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί την ασθενή να συμβουλευέται αυτή ή τον ιατρό, πριν προχωρήσει σε δυσκολότερη άσκηση, η οποία να χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια. Επίσης ενημερώνει την άρρωστη ότι, μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο, θα μπορεί να ασχολείται με ότι της αρέσει.

Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα, η σωματική της ακεραιότητα και ιδιαίτερα η διάθεση των μαστών της, βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει την ασθενή όχι μόνο να επανακτήσει την ψυχική της ισορροπία αλλά και να την οδηγήσει στη μετεγχειρητική αποκατάσταση της συμμετρίας της όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. Αυτή είναι δυνατόν να αποκατασταθεί με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο: Η προσθήκη πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο 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 στηθόδεσμό της, η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν. Για να κρατηθεί η 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.

Στο σπίτι: Ενημερώνεται η ασθενής να μην φοράει στενά ρούχα, αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Για να φορέσει μαγιό συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό. Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή κι ότι είναι απαραίτητο μέχρι να υποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση.

Εκτός από την προσωρινή προσθήκη έχουμε και τη μόνιμη προσθήκη η οποία εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως:

1. Επιθυμία της ασθενούς
2. Ηλικία: Συνήθως νεότερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού για ευνόητους λόγους
3. Μέγεθος του όγκου
4. Λεμφαδενική κατάσταση
5. Ιστολογική εικόνα
6. Βιολογική τοπική συμπεριφορά του όγκου
7. Σχήμα θεραπείας

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι:

α) Απλή τοποθέτηση εκθέματος σιλικόνης μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρροια μαστεκτομή.

Χρησιμοποιούνται σάκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη), που μπορεί να γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους. Η χρησιμοποίηση σάκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε

ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης.

Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά εκθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχωρων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο τον χειρουργό με φυσιολογικό ορό.

β) Αποκατάσταση με κρημνούς.

Η μεταφορά στην περιοχή της μαστεκτομής δέρματος καλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση, όταν η περιοχή αυτή παρουσιάζει προβλήματα, όπως πλατιά και καθηλωμένη ουλή, ατροφικό δέρμα, δέρμα υπό τάση. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:

1. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ
2. Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ
3. Διάφοροι άλλοι κρημνοί π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός

γ) Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών.

Δίνεται η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων.

δ) Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημό και μικροχειρουργική αναστόμωση.

Από τους πιο χρήσιμους κρημνούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται ο βουβωνικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και τέλος ο μείζων γλουτιαίος.

10.1.5. Διδασκαλία της άρρωστης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο

Η επιτυχημένη οικογενειακή και κοινωνική προσαρμογή ασθενούς με μαστεκτομή που μόλις επιστρέφει στο σπίτι της από το νοσοκομείο, δεν θα εξαρτηθεί μόνο από τις επιστημονικές γνώσεις και τις διαπροσωπικές δεξιότητες της νοσηλεύτριας, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως:

1. το στάδιο της νόσου και την πρόγνωση
2. την προσωπικότητα της ασθενούς
3. την οικονομική της κατάσταση
4. το μορφωτικό επίπεδο και
5. τη φιλοσοφία της για τη ζωή και το θάνατο.

Είναι πάντως γεγονός ότι η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει μια γυναίκα που δοκιμάζει την πιο οδυνηρή εμπειρία της ζωής της. Η νοσηλεύτρια σε αυτή τη φάση:

1. Παρέχει υποστήριξη ψυχολογική στην άρρωστη και τη βοηθά να απαλλαγεί από το αίσθημα του φόβου, της μειονεκτικότητας και της μοναξιάς
2. Δημιουργεί θετικό διαπροσωπικό κλίμα, με σκοπό την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, αισιοδοξίας και άνεσης
3. Παροτρύνει το στενό οικογενειακό περιβάλλον να της εξασφαλίζουν ζεστή, άνετη και γεμάτη στοργή ατμόσφαιρα
4. Ενισχύει το σύζυγο και τον υποστηρίζει να συμβιβαστεί και να αποδεχθεί το γεγονός, να πάρει θετική στάση επιδεικνύοντας κατανόηση και αγάπη
5. Διδάσκει την άρρωστη να φροντίζει το τραύμα της και την παροτρύνει να εξασφαλίζει καλό ύπνο, επαρκή ανάπαυση και καλή διατροφή
6. Προτρέπει την ασθενή να επισκέπτεται τον ιατρό και να κάνει τις συγκεκριμένες εξετάσεις σε ανάλογο χρόνο
7. Συστήνει τη βοήθεια τεχνητού, άνετου και ισορροπημένου στήθους και την ενισχύει να συμμετέχει στις κοινωνικές της εκδηλώσεις όπως πριν
8. Ενημερώνει την ασθενή να αποφεύγει τους τραυματισμούς, επειδή λόγω ανεπαρκούς λεμφικής παροχέτευσης είναι δυνατόν να εμφανιστούν φλεγμονές και λεμφοιδήματα που δύσκολα ανατάσσονται
9. Υποδεικνύει μέτρα και μέσα για τη φροντίδα του χεριού της.

10.1.6. Νοσηλεία καρκινοπαθούς στο σπίτι

Είναι γνωστό ότι ένα από τα προβλήματα στον τομέα της υγείας είναι η δυσκολία εύρεσης νοσοκομειακής κλίνης. Στα αντικαρκινικά νοσοκομεία, το πρόβλημα αυτό είναι ιδιαίτερα οξύ. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται η εφαρμογή νοσηλείας στο σπίτι μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου, παρέχοντας με αυτό τον τρόπο στο άτομο νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας. Ο βασικός σκοπός που επιδιώκει η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι:

1. Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες
2. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες που εκτός από την παρακολούθηση του ασθενούς, διδάσκουν, κατευθύνουν, παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες
3. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της
4. Η βοήθεια από τον ιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού ιατρού
5. Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων
6. Η παραμονή της ασθενούς σε γνώριμο και γνωστό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι:

1. Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς
2. Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων
3. Διυσύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας
4. Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.

Η πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει τη νοσηλεία, είναι να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει, για να μπορέσει να κάνει τη νοσηλευτική της διάγνωση και να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής. Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς που μπορεί και πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια της νοσηλείας.

Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να καταγράψει τη νοσηλευτική διάγνωση βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες. Να βρει τις πραγματικές ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, τον χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές.

Δεν παύει να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της για να μπορεί να τις αποκατατάσσει, όταν χρειάζεται. Τέλος αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι ο ρόλος της νοσηλεύτριας δεν είναι εύκολος. Η νοσηλεύτρια χρειάζεται να διαθέτει:

1. Ικανότητα, ώστε να τοποθετεί τον εαυτό της στη θέση του άλλου
2. Ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του ατόμου
3. Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας

Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους. Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες ζωής. Η είσοδος της νοσηλεύτριας στο σπίτι της ασθενούς φέρνει τέτοια ανακούφιση στην ασθενή και με την κατάλληλη περιποίηση και φροντίδα αντιμετωπίζει και βοηθάει σημαντικά στην ανάρρωσή της.

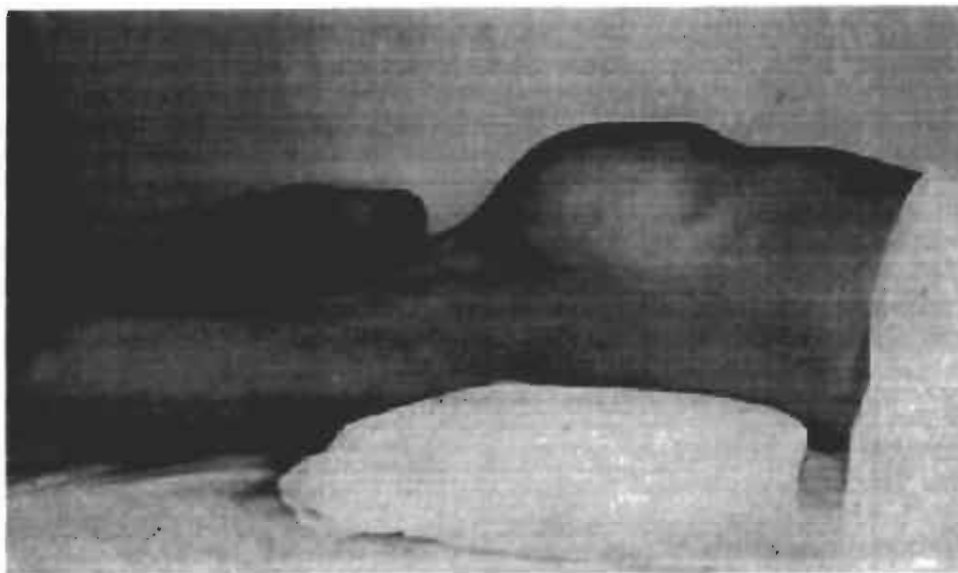
Πιο συγκεκριμένα η προσφορά της νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι σε ασθενή με μαστεκτομή έγκειται στα εξής:

1. Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης και της οικογένειας της και ενδυνάμωση των υπαρχόντων δεσμών
2. Βοήθεια της ασθενούς ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές της εργασίες και στις απαιτήσεις της οικογένειας της
3. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή

4. Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης
5. Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς
6. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς
7. Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου
8. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πως να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο
9. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις (το ονομαζόμενο check up) με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και που γενικότερα δίνουν τη σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς
10. Επίσης φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία που έχει καθορισθεί από τον ιατρό μετά την μαστεκτομή και παράλληλα διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι
11. Πολλές πράξεις μπορούν να αντικατασταθούν από μια κυλή συζήτηση. Στη φάση αυτή η ασθενής νιώθει μεγάλη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους της, τις αδυναμίες της, τα συναισθήματα της σε ένα έμπιστο πρόσωπο που να γνωρίζει την ασθένειά της. Και αυτό το πρόσωπο δεν είναι άλλο από τη νοσηλεύτρια που θα συζητήσει με την ασθενή. Θα την ακούσει προσεκτικά και κατόπιν θα την συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της.

10.2. Αυτοεξέταση μαστού

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



Σωστή θέση για ψηλάφηση και αυτοεξέταση

Η γυναίκα θα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι μια εβδομάδα μετά την περίοδο. Η αυτοεξέταση θα πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση. Η εξέταση αρχίζει με την επισκόπηση των μαστών μπροστά στον καθρέπτη. Με τα χέρια στα πλάγια του σώματος η γυναίκα θα πρέπει να παρατηρήσει τους μαστούς για ασυμμετρία, εισολκή του δέρματος, αλλαγής στο χρώμα ή εισολκή της θηλής. Επίσης παρατηρείται το σχήμα και το μέγεθος των μαστών. Κατόπιν σηκώνει τα χέρια ψηλά και επαναλαμβάνει την επισκόπηση μπροστά στον καθρέπτη για τα ίδια φυσικά σημεία.

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για τη διαπίστωση ασυνηθιστων ογκιδίων. Η ψηλάφηση θα πρέπει να γίνεται σε ύπτια θέση. Ένα μικρό

μαξιλάρι ή μια διπλωμένη πετσέτα τοποθετείται κάτω από τον ώμο της πλευράς που θα εξετασθεί. Με τον τρόπο αυτό ανυψώνεται η πλευρά αυτή του σώματος και ο μαζικός αδένας διανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Το χέρι της πλευράς που εξετάζεται τοποθετείται πλάγια προς τα κάτω και εξετάζεται ο μαστός με τα δάχτυλα του άλλου χεριού επίπεδα σ' αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ευγενική ψηλάφηση του μαζικού αδένου αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού, αφού οι περισσότερες αλλοιώσεις αρχίζουν από το τεταρτημόριο αυτό. Κατόπιν το χέρι ανυψώνεται πάνω από το κεφάλι και γίνεται μια πλήρης εξέταση του έσω ημίσεως του μαστού αρχίζοντας από το στέρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δαχτύλων το χέρι μετακινείται 2 cm προς τη θηλή και επαναλαμβάνεται η ίδια διαδικασία, μέχρις ότου ολοκληρωθούν τέσσερις τουλάχιστον κύκλοι. Όταν η εξέταση του μαστού ολοκληρωθεί, το μαξιλάρι τοποθετείται κάτω από τον αντίθετο ώμο και εξετάζεται ο άλλος μαστός ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο.

Β Μ Ε Ρ Ο Σ

Π ε ρ ι σ τ α τ ι κ ά

A Περιστατικό

Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Π.Ε.

Ημερομηνία εισαγωγής: 13-02-00

Βάρος: 60 Kgr

Ύψος: 1.67 m

Ηλικία: 30 ετών

Έτος γεννήσεως: 1970

Έγγαμη

Καταγωγή: Αθήνα

Πόλη: Ζωγράφου

Εξωτερικά Ιατρεία

Διάγνωση: Ογκίδιο μαστού

Οδηγίες εισαγωγής

Λιτία: Φυλλοειδής όγκος αριστερού μαστού (εξάκρινθής στο 15ήμερο)

Συμπτωματική αντιμετώπιση

Έλεγχος που πρέπει να γίνει στο Νοσοκομείο πριν την εγχείρηση:

- Ο συνήθης προεγχειρητικά
- CEA, CA 15-3

Πρακτικό εγχειρήσεως

Είδος: Τακτική

Κατηγορία: Άσηπτη

Βαρύτητα: Μικρή

Νάρκωση: Γενική

Αίμα: πλάσμα 350cc

Εγχείρηση: Μαστεκτομή απλή

Ευρήματα: Έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ύπερθεν της εξαιρεθείσας βλάβης και ανεύρεση λεμφαδένα Sentinel (αρνητικός για κακοήθεια)

Περιγραφή: Τομή δέρματος. Τελείται τυπική αριστερά μαστεκτομή. Λιμόσταση.

Έκπλυση. Τοποθέτηση 2 σωλήνων παροχέτευσης τύπου Jackson Pratt.

Σύγκλειση τραύματος. Συρραφή με ενδοδερμική ραφή.

Ταχεία Βιοψία: ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΟΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΑΚΟΗΘΗ

Σχόλια: Είχε προηγηθεί αφαίρεση και βιοψία του ογκιδίου από 15ημέρου, η οποία ανέδειξε θηλώδες κυστεοσάρκωμα.

Ανασκόπηση συστημάτων

Κεφαλή-τράχηλος

| ΩΧΡΟΤΗΣ | ΙΚΤΕΡΙΚΗ ΧΡΟΙΑ | ΟΡΑΣΗ | ΣΤΟΜΑ |
|---------|----------------|-------|-------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ |

Θώρακας-Πνεύμονες

| ΒΗΧΑΣ | ΑΠΟΧΡΕΨΗ | ΘΩΡΑΚΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ | ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ | ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ |
|-------|----------|-----------------|-----------|----------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ |

Καρδιά

Μαστοί

| ΡΥΘΜΟΣ | ΦΥΣΗΜΑ | ΟΓΚΙΔΙΟ | ΠΟΝΟΣ | ΕΚΚΡΙΜΑ |
|--------|--------|---------|-------|---------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ | ΟΧΙ | ΟΧΙ ✓ |

Γ.Ε.Σ.

| ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ | ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ | ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ |
|----------------|-----------|---------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ | ΟΧΙ ✓ |

Πρωκτός

| ΑΙΜΑ | ΚΝΗΣΜΟΣ | ΠΟΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΕΝΩΣΗ |
|-------------|----------------|------------------------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ |

Γενετικό

| ΕΚΚΡΙΜΑ | ΑΦΡΟΔΙΣΙΑ | ΚΗΛΕΣ | ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ |
|----------------|------------------|--------------|--------------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ |

Αντισυλληπτικά

| |
|------|
| ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ |

Μυοσκελετικά

| ΠΟΝΟΣ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ | ΠΟΝΟΙ | ΑΘΡΙΤΙΣ | ΚΡΑΜΠΕΣ |
|-----------------------------|--------------|----------------|----------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ |

Αγγεία

| ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΧΟΛΩΤΙΣ | ΚΙΡΣΟΙ | ΔΙΑΒΗΤΗΣ |
|--------------------------------|---------------|-----------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ |

Νευροψυχιατρικά

| Κ.Ε.Κ. | «Ε» | ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ |
|---------------|------------|---------------------------|
| ΝΑΙ | ΝΑΙ | ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ | ΟΧΙ✓ |

Εγκεφαλικό

| |
|------|
| ΝΑΙ |
| ΟΧΙ✓ |

Φυσική εξέταση

ΚΕΦΑΛΗΙ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ: Κ.Φ.

ΘΩΡΑΚΑΣ-ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ: Αναπνευστικό Ψιθύρισμα. Κ.Φ.

ΚΑΡΔΙΑ:Κ.Φ.

ΜΑΣΤΟΙ: Επισκόπηση:Μετεγχειρητική ουλή

ψηλάφηση: υπερθυλ. Αρ. Μαστού

Έκκριμα θηλής: Λεμφαδένες δεν ψηλαφούνται

Λοιπά: Δε μαστός Κ.Φ.

ΠΙΡΩΚΤΟΣ-ΟΡΘΟΣ: Κ.Φ.

ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ: Κ.Φ.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ: Κ.Φ.

ΑΓΓΕΙΑ: Κ.Φ.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ: Κ.Φ.

Εργαστηριακές εξετάσεις

| | Ημερομηνία | |
|--------------------------------|------------|-------|
| | 13-2 | 15-2 |
| Αριθμός Λευκών Αιμοσφαιρίων | 7900 | 10900 |
| Πολυμορφοπύρρηνα -Ουδετερόφιλα | 74 | 77.2 |
| -Ηωσινόφιλα | 22 | 0.6 |
| -Βασεόφιλα | | 0.1 |
| Λεμφοκύτταρα | | 17.3 |
| Μονοκύτταρα | | 4.8 |
| Αιματοκρίτης | 42.8% | 34.5% |
| Αιμοπετάλια | 205 | 101 |
| Ινωδογόνο | | |
| Ουρία | | |
| Σάκχαρο | 94 | |
| Χρόνος Προθρομβίνης | 19''/29'' | |
| Νάτριο | 140 | |
| Κάλιο | 4.7 | |
| Ασβέστιο | 10 | |
| Κρεατινίνη | 0.9 | |
| Αμυλάση | 192 | |
| Τρανσαμινάσες SGOT | 23 | |
| SGTP | 10 | |
| Χολερυθρίνη ολική | 0.6 | |
| Αιμοσφαιρίνη | | 11.9 |

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς έγινε λήψη ιστορικού Ζωτικών Σημείων και Προεγχειρητική Ετοιμασία.

ΑΠ: 120 / 90 mmHg Θ: 36.7° C Σ: 75 / min Αναπνοές: 14 / min

Χορηγήθηκε Sup. Γλυκερίνης και στη συνέχεια τοπική καθαριότητα για την ετοιμασία του χειρουργείου.

Κάρτα φαρμάκων

Augmentin 1.2 iv 1 x 3 [1gr + 200 mg = 1.2 gr]

Primperon amp. 10 mg 1 x 3

Pethid 0,05 mg per.os. 1 x 4 Ε.Π.

Zantac amp. 1 x 3

D / W 5% 1000 cc 1 x 1

I-R 1000 cc 1 x 1

Aerolin 1 x 4 [10 cc N / S – 5 σταγόνες]

Διαιτολόγιο

13-2 Ελαφρά (τσάι-φρυγανιές)

14-2 Υγρά (το βράδυ)

15-2 Ελεύθερα

16-2 Ελεύθερα

14-2 Το χειρουργείο

Χορηγήθηκε αντιβίωση (Augmentin 1.2) πριν από το χειρουργείο.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|--|---|---|
| 1. Πυρετός 38,2° C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Αντιμετώπιση του πυρετού. Επαναφορά στη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος μετά από ½ ώρα | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρέπει να εφαρμόσω ψυχρά επιθέματα ▪ Να χορηγήσω αντιπυρετικά φάρμακα | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εφάρμοσα ψυχρά επιθέματα ▪ Χορήγησα αντιπυρετικό φάρμακο (Aprotel lamp i.m. μετά από ιατρική οδηγία) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Υπήρξε βελτίωση της γενικής κατάστασης μετά την πτώση του πυρετού |
| 2. Έμετος | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πτώση του έμετου | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εφαρμογή αντιεμετικών φαρμάκων ▪ Αποφυγή του αιτίου | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγησα αντιεμετικό φάρμακο (Primperam lamp. i.m. Μετά από ιατρική οδηγία) ▪ Έγινε ο αερισμός | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες παρεμβάσεις επιτεύχθηκε η μείωση του έμετου και των δυσάρεστων συνεπειών |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών-Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|---|--|------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη εισρόφησης | <p>που προκαλεί τον έμετο όπως αερίζουμε το δωμάτιο προς αποφυγή διασάρευσις</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρέπει να βοηθήσουμε την ασθενή κατά τη διάρκεια του εμέτου να γείρει στο πλάι και στη συνέχεια πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας (αποφυγή στοματίτιδας) | <p>του δωματίου</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Βοήθεια της ασθενούς κατά τη διάρκεια του εμέτου. Πλύση της στοματικής κοιλότητας. | |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών-Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|---|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη τάσεως των ραμμάτων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Αν συνεχισθεί ο έμετος χρειάζεται να εφρμισθεί ρινοαστρικός καθετήρας ▪ Κατά τη διάρκεια του εμέτου πρέπει να υποστηρίζεται το πάσχον μέλος με το χέρι της ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Τοποθέτηση ρινοαστρικού καθετήρα ▪ Υποστήριξη του πάσχοντος μέλους | |
| 3. Δυσκολιότητα | <ul style="list-style-type: none"> ▪ φυσιολογική λειτουργία του εντέρου στο τρέχον 24ωρο | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Το διαιτολόγιο της ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τις πρώτες μεταγχειρητικές ημέρες ελαφριά | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Διασφαλισμα το διαιτολόγιο της ασθενούς με ελαφριές τροφές και φυτικές ίνες | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρατηρήθηκε βελτίωση της κένωσης του εντέρου |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|---|--|--|--|
| | | <p>τροφή με τσάι-φρυγανιές. Στη συνέχεια τροφοές με φυτικές ίνες</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Λόγω της ακινησίας των πρώτων ημερών μπορούμε να χορηγήσουμε ήπιο υποκλύσμο προς βελτίωση της κένωσης του εντέρου | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εφαρμόσθηκε υποκλύσμος (νερό + γλυκερίνη) | |
| 4. Πόνος που οφείλεται στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εξάλειψη του πόνου μετά από 1 ώρα | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εφαρμογή φαρμάκου κατά του πόνου | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε Pethidin 0,5 Ε.Π. 1x4 με ιατρική οδηγία | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρατηρήθηκε πτώση της έντασης του πόνου |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|---|---|---|
| 5. Πιθανή αφυδάτωση | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη αφυδάτωσης ▪ Πρόληψη ηλεκτρολυτικών διαταραχών και οξεοβασικής ισορροπίας | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Βελτίωση της θέσης έτσι ώστε να μη δημιουργεί περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης ▪ Η θέση η οποία συνιστάται ▪ Μείωση των εμέτων ▪ Χορήγηση παρεντερικών υγρών ▪ Χορήγηση φαγητών που περιέχουν νερό (π.χ. σούπες) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής βρίσκεται σε θέση, έτσι ώστε να μην δημιουργείται τάση στα ράμματα ▪ Μειώθηκαν οι έμετοι ▪ Χορηγήθηκαν υγρά L-R 1000cc 1x1 D/W 5% 1000cc 1x1 ▪ Διασφαλίσαμε υγρά από την τροφή | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δεν παρουσιάσθηκε αφυδάτωση |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|---|---|---|
| 6. Πιθανή επιμόλυνση τραύματος | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη φλεγμονών. Καθημερινή φροντίδα | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να χορηγηθεί αντιβίωση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία ▪ Να εφαρμοσθεί άσηπτη τεχνική για την καθημερινή περιποίηση του τραύματος και αλλαγή επιδέσμων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε αντιβίωση (Augmentin 1.2 mg 1x4 i.v.) με ιατρική οδηγία ▪ Άσηπτη τεχνική στο τραύμα (Betadine + φυσιολογικός ορός αποστειρωμένες γάζες-γάζες Fucidin-λαβίδες) ▪ Εφαρμόζεται καθημερινή περιποίηση του τραύματος και αλλαγή επιδέσμων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μειώθηκαν οι πιθανότητες λοίμωξης |

| Διατύπωση των προβλήμάτων και αναγών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|---|---|--|
| 7. Πιθανές πνευμονικές λοιμώξεις που οφείδονται στην χειρουργική επέμβαση | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη φλεγμονών των πνευμόνων ▪ Καθημερινή φροντίδα | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δειγματοληψία εκκρίματος για εργαστηριακό έλεγχο | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Εφαρμόσθηκε δειγματοληψία | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορήγηση άφθονων υγρών ▪ Χορήγηση Acrolin (10cc + 5 σταγόνες Acrolin με τη μέθοδο ομιχλοποιητή, για διάρκεια 10' σύμφωνα με ιατρική οδηγία) ▪ Έγκαυση | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά (per.os.) ▪ Χορηγήθηκε Acrolin | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Περιορίσαμε σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|--|---|--|--|---|
| 8. Πιθανή φλεβοθρόμβωση ή θρομβοφλεβίτιδα που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση και παρατεταμένη κατάκλιση | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και φλεβοθρόμβωσης | <p>κίνηση των κάτω άκρων προς αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενθάρρυνση για αποβολή βρογχικών εκκρίσεων ▪ Δειγματοληψία των εκκρίσεων για εργαστηριακό έλεγχο | <p>ασθενή</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ενθαρρύνουμε την ασθενή για αποβολή των εκκρίσεων ▪ Έγινε δειγματοληψία για εργαστηριακό έλεγχο | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δεν παρουσιάσθηκε φλεβοθρόμβωση και θρομβοφλεβίτιδα |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|--|--|---|---|--|
| 9. Ψυχολογική υποστήριξη | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη κατάθλιψης | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Βοήθεια της ασθενούς έτσι ώστε να μην υπάρχει το αίσθημα της κατωτερότητας και της ανασφάλειας ▪ Συνεχής συζήτηση της ασθενούς με τον νοσηλευτή ▪ Συνεχή απασχόληση της ασθενούς έτσι ώστε να ξεχνά το πρόβλημά της ▪ Εφαρμογή τηλεοπτικοκουστικών μέσων για ψυχαγωγία | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Βοηθήσαμε την ασθενή να μην έχει πρόβλημα με την εμφάνισή της ▪ Συνομιλούμε με την ασθενή ▪ Δημιουργούμε ενδιαφέροντα στην ασθενή ▪ Τοποθέτηση των οπτικοκουστικών μέσων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Σύμφωνα με τα παραπάνω βοηθήσαμε την ασθενή ψυχολογικά |

Β Περιστατικό

Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο: Π.Γ.

Ηλικία: 60

Επάγγελμα: Συνταξιούχος

Έτος γεννήσεως: 1940

Τόπος γεννήσεως: Στρέφι Ηλείας

Ημερομηνία εισαγωγής: 15-2-00

Εξετάσεις

Στατικό Σπινθηρογράφημα Οστών

- Έγινε Ε.Φ. χορήγηση 15ml 99mTc-MDP και ακολούθησε στατική απεικόνιση 3 ώρες αργότερα
- Κατά τη στατική απεικόνιση παρατηρείται ελαφρά αυξημένη δραστηριότητα στην περιοχή του δεξιού ισχιακού οστού, εύρημα πιθανότατα εκφυλιστικής αιτιολογίας (ischial bursitis)
- Συνιστάται εντοπισμένος ακτινολογικός έλεγχος για αποκλεισμό άλλης φύσης αιτιολογίας ευρήματος (αν και η πιθανότητα συσχέτισης με την αρχική νόσο είναι πολύ μικρή)
- Υπάρχουν ευρήματα μετωπιαίως υπερόστωσης
- Οι νεφροί αδρά απεικονίζονται με φυσιολογική θέση και μέγεθος
- Η ουροδόχος κύστη εμφανίζεται με παρεκτόπιση προς τα δεξιά

Συμπερασματικά: Παρατηρείται οστική βλάβη στο (δε) ισχιακό οστόν (πιθανότερα εκφυλιστικής αιτιολογίας), συνιστάται ακτινολογικός έλεγχος.

Κλινικές πληροφορίες: Ca μαστού

ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΞΕΤΑΣΗ UIS ΗΠΑΤΟΣ-ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ

Ήπαρ με φυσιολογικές διαστάσεις και ηπίως αυξημένη η ηχογένεια. Κυστικό μόρφωμα μέγιστης διαμέτρου 1,9 cm και αναγνωρίζεται στο Δχ. Λοβό του Ήπατος Ενδο και έξωηπατικά χοληφόρα χωρίς σημεία διάτασης
Χοληδόχος κύστη κενή λίθων και με φυσιολογικό πάχος τοιχώματος.
Μήτρα με διαστάσεις 6.8 x 3.7 x 2,5 εκατοστά και ηπίως ανομοιογενή ηχοδομή.
Υποηχογενές μόρφωμα 1,3 εκατοστά και τα σχετικά όρια αναγνωρίζονται στη μήτρα.

Παρούσα νόσος

Ασθενής, 60 ετών, υποβλήθηκε προ 2 μηνών σε εξέταση (μετά από τυχαίο σκιαγραφικό έλεγχο) όπου εντοπίστηκε μη ψηλαφητή βλάβη AP μαστού. Λόγω ανάδειξης μέσω της βιοψίας μιτωτικής εξεργασίας στο κάτω και άνω /4μόριο του μαστού και συγκεκριμένα πυρογενές διηθητικό καρκίνωμα gra/II

Φάρμακα

Nowask 5mg caps 1x1
Sup. Γλυκερίνης
Augmentin 1.2 mg 1x4
Clexane 20 mg
N/S 1000cc 1x1
Primperan amp.
Pethidine 50 mg E.II.
Bisolvon amp. 1x3
Aerolin (10cc φυσιολογικός ορός x 5 σταγόνες)
Fragmin 25000 I.U. 1x1

Διαιτολόγιο

15-2 Ελαφρά (φρυγανιές – τσάι)

16-2 Υγρά

17-2 Ελεύθερα

18-2 Ελεύθερα

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| | 15-2 |
| Αριθμός Λευκών αιμοσφαιρίων | 11.330 |
| ουδετερόφιλα | 75 |
| ηωσινόφιλα | 0,4 |
| Λεμφοκύτταρα | 22 |
| Μονοκύτταρα | 2,4 |
| Αιματοκρίτης | 45,4 |
| Αιμοσφαιρίνη | 15,6 |
| Αιμοπετάλια | 447 10 ³ |
| Ουρία | 29 |
| Σάκχαρο | 103 |
| Χρόνος Προθρομβίνης | 12,3 / 34,7 |
| Νάτριον | 140,6 |
| Κάλιον | 4,96 |
| Ασβέστιον | 10,36 |
| Κρεατινίνη | 0,7 |
| Αλκαλική Φωσφατάση | 60 |
| Τρανσαμινάση SGOT | 26 |
| SGTP | 26 |
| Χολερυθρίνη Ολική | 0,91 |
| Συνδεδεμένη | 0,12 |
| Ελεύθερα | 0,79 |
| Άλλες εξετάσεις γGT | 23 |
| LDH | 24 |

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων | Προγραμματισμός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων | Εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Προεγχειρητική ετοιμασία</i> | | | | |
| 1. Κένωση του εντέρου | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να χορηγηθεί στην ασθενή sup. Γλυκερίνης | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε sup. γλυκερίνης | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Υπήρξε κένωση του εντέρου μετά τη χορήγηση sup. γλυκερίνης |
| 2. Τοπική αντισηψία στην περιοχή της εγχειρήσεως | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη λοιμώξεως | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να γίνει τοπική καθαριότητα, ξύρισμα στην περιοχή της εγχειρήσεως και αντισηψία | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε τοπική καθαριότητα, ξύρισμα στην περιοχή της εγχειρήσεως και αντισηψία με Betadine | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έτοιμο εγχειρητικό πεδίο |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών-Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|---|---|---|
| 3. Ανάγκη παρακολούθησης και καταγραφής των Ζ.Σ. | <ul style="list-style-type: none"> Αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης της ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> Να ληφθούν τα Ζ.Σ. της ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> Ελήφθησαν τα Ζ.Σ. της ασθενούς Σφύξεις: 75/min Θερμοκρασία: 36,8°C Αρτηριακή πίεση: 120 / 70 mmHg Αναπνοές: 12/ min | <ul style="list-style-type: none"> Μέτρηση των Ζ.Σ. δεν παρατηρήθηκε καμία ανησυχητική ένδειξη |
| 4. Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης | <ul style="list-style-type: none"> Αποφυγή άγχους και ανακούφιση της ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί η ασθενής για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί. Να λυθούν όλες οι απορίες της. Να βρίσκεται σε ήρεμο περιβάλλον | <ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε η ασθενής για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί. Λύθηκαν οι απορίες της. Υπάρχει ήρεμο περιβάλλον. | <ul style="list-style-type: none"> Υπήρξε ύφεση του ψυχολογικού stress |

| Διατύπωση των προβλημάτων και αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ημέρα χειρουργείου | | | | |
| 5. Ανάγκη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής πριν το χειρουργείο | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη λοιμώξεων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να χορηγηθεί αντιβίωση, σύμφωνα με ιατρική οδηγία | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε αντιβίωση Augmentin 1.2 gr σύμφωνα με ιατρική οδηγία | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μειώθηκαν οι λοιμώξεις |
| 6. Αφαίρεση οδοντοστοιχίας | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Αποφυγή απόφραξης αεροφόρου οδού | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να αφαιρεθεί η οδοντοστοιχία της ασθενούς και να φυλάχτει | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε η λήψη της οδοντοστοιχίας και η φύλαξή της | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δεν υπήρξε πρόβλημα |
| 7. Αφαίρεση κοσμημάτων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη μεταφοράς μικροβίων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να αφαιρεθούν τα κοσμήματα της ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Αφαιρέθηκαν τα κοσμήματα της ασθενούς | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση μεταφοράς μικροβίων |
| 8. Ξεβάζσιμο των νυχιών | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρακολούθηση της μικροκυκλοφορίας του αίματος και της | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να γίνει το ξεβάζσιμο των νυχιών | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε το ξεβάζσιμο των νυχιών | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δεν υπήρξε πρόβλημα |

| Διατύπωση των προβλημάτων και αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|---|--|--|--|
| 9. Ντύσιμο της ασθενούς με τη χειρουργική ενδυσμασία | <ul style="list-style-type: none"> οξυγόνωσης των ιστών Αποφυγή μεταφοράς μικροβίων | <ul style="list-style-type: none"> Να εφαρμοσθεί η χειρουργική ενδυσμασία | <ul style="list-style-type: none"> Εφαρμόσθηκε η χειρουργική ενδυσμασία. Περιλαμβάνει παδονάρια-σκουφάκι χειρουργική ρόμπα | <ul style="list-style-type: none"> Έγινε η κατάλληλη ένδυση |
| 10. Ανάγκη λήψης Ζ.Σ. πριν το χειρουργείο | <ul style="list-style-type: none"> Για την εξακρίβωση της φυσιολογικής φυσικής κατάστασης της ασθενούς για σωστή διεκπεραίωση της εγχείρησης | <ul style="list-style-type: none"> Να γίνει λήψη Ζ.Σ. | <ul style="list-style-type: none"> Έγινε λήψη των Ζ.Σ. Αναπνοές: 15 /min Αρτηριακή πίεση: 130 / 80 mmHg Θερμοκρασία: 36,8°C Σφύξεις: 80 / min | <ul style="list-style-type: none"> Η κατάσταση της ασθενούς είναι καλή σύμφωνα με τα Ζ.Σ. |

| Διατύπωση των προβλημάτων και αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|--|---|--|---|--|
| <p>Νοσηλευτική διάγνωση</p> <ul style="list-style-type: none"> Μετεγχειρητική ημέρα | | | | |
| 11. Παραλαβή ασθενούς από το χειρουργείο | | | | |
| 12. Ανάγκη παρακολούθησης και καταγραφής των Ζ.Σ. | <ul style="list-style-type: none"> Έγκαιρη διαπίστωση απόκλισης και αξιολόγησης της φυσικής κατάστασης της ασθενούς κάθε 15΄ | <ul style="list-style-type: none"> Να ληφθούν τα Ζ.Σ. | <ul style="list-style-type: none"> Ελήφθησαν Ζ.Σ. Οι τιμές κυμάνθηκαν Θερμοκρασία: 36.4°C A.Π.: 120 / 80 mmHg Αναπνοές: 12 / min Σφύξεις: 80 / min | <ul style="list-style-type: none"> Η γενική κατάσταση της ασθενούς είναι καλή |
| 13. Μέτρηση των υγρών από τις παροχτεύσεις | <ul style="list-style-type: none"> Έλεγχος της κατάστασης των εκκρίσεων των υγρών | <ul style="list-style-type: none"> Να γίνει καταγραφή | <ul style="list-style-type: none"> Έγινε καταγραφή M: 70 cc Θ: 140 cc | |
| 14. Πιθανή ουρολοίμωξη | <ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη ουρολοίμωξης | <ul style="list-style-type: none"> Να γίνει τοπική καθαριότητα. | <ul style="list-style-type: none"> Έγινε τοπική καθαριότητα. | <ul style="list-style-type: none"> Δεν παρατηρήθηκε ουρολοίμωξη |

| Διατύπωση των προβλημάτων κι αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|--|---|--|
| 15. Πιθανή αφυδάτωση | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Πρόληψη αφυδάτωσης | <p>Χορήγηση άφθονων υγρών.</p> <p>Σύντομη αφαίρεση του ουροκαθετήρα</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να χορηγηθούν υγρά παρεντερικά | <p>Χορηγήθηκαν υγρά (παρεντερικώς)</p> <p>Θα αφαιρεθεί ο ουροκαθετήρας μετά την 1^η μετεγχειρητική ημέρα</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκαν οροί L-R 1000cc 1x1 ▪ N / S 1000cc 0,9% 1x1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δεν υπήρξαν στοιχεία αφυδάτωσης |
| 16. Ανάγκη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μείωση του πόνου σε μισή ώρα (30') ▪ Πρόληψη υπέρτασης σε 20' | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να χορηγηθεί Penthidin i.v. με ιατρική οδηγία ▪ Να χορηγηθεί Nowask με ιατρική | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε Penthidin E.I.I. 50 mg ▪ Χορηγήθηκε Nowask 5 mg 1x3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μειώσαμε τον πόνο ▪ Δεν παρατηρήθηκε υπέρταση |

| Διατύπωση των προβλημάτων και αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|---|---|---|--|
| 17. Ανάγκη διατήρησης σταθερού ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ηρόληψη λοιμώξεων ▪ Ηρόληψη υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας | <p>οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να χορηγηθεί Fraguim με ιατρική οδηγία ▪ Να γίνει συνεχής καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Χορηγήθηκε Fraguim 2500 I.U. 1x1 (υποδόρια) ▪ Έγινε η καταγραφή. Δεν υπήρχαν στοιχεία απόκλισης. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Μειώσαμε την πιθανότητα λοίμωξης ▪ Δεν παρατηρήθηκε υπερφόρτωση της κυκλοφορίας |
| 18. Ανάγκη χορήγησης τροφής με ειδικό διαιτολόγιο | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ηρόληψη δυσκοιλιοτήτας | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Το διαιτολόγιο της ασθενούς να περιλαμβάνει σούπες (Δίαιτα υδρική) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Η ασθενής έλαβε το συγκεκριμένο διαιτολόγιο | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Δεν εμφανίσθηκε δυσκοιλιοτήτα |

| Διατύπωση των προβλημάτων και αναγκών- Νοσηλευτική διάγνωση | Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας | Προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας | Εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας | Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων |
|---|--|--|--|------------------------------|
| 19. Ανάγκη συνεχούς μέτρησης της ποσότητας των υγρών των πυροχλεύσεων | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έλεγχος της ποσότητας των εκκρίσεων και της καλής λειτουργικότητας της αντλίας | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Να γίνει καταγραφή των εκκρίσεων και υγρών | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Έγινε καταγραφή των εκκρίσεων Μ: 50 cc Θ: 100 cc | |

Επίλογος

Εύχομαι η εργασία αυτή να αποτελεί όπλο γνώσης, τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για το ευρύ φάσμα του γυναικείου πληθυσμού που πλήττεται από αυτή την αρρώστια.

Υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης του καρκίνου όπως η χημειοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία, η ακτινοθεραπεία, η χειρουργική επέμβαση αλλά, σημαντικότερη και ουσιώδης είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση, η διαφώτιση του κοινού από τους έμπειρους επιστήμονες (ιατρούς-νοσηλευτές κ.α.) που αποτελεί χρέος μου για την υγεία του πληθυσμού (σωματική-πνευματική-ψυχολογική).

Οι ελπίδες μας όμως, δεν τελειώνουν εδώ, αλλά συνεχίζουν με την πίστη μας στην επιστήμη αλλά και την πίστη στο «Θεό».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ASHIKARI R., FARROW J.H. and O'HARA J.: "Fibroadenoma in the breast of juveniles", *Surg. Gynecol. Obstet.*, **132**, 259, 1971
2. AZZOPARDI J.G.: "Problems in Breast Pathology" Volume II in the series *Major Problems in Pathology*, Saunders Co. Ltd London 1979
3. ΑΡΑΒΑΝΤΙΔΟΥ Ι. Διονυσίου: «Παθολογία της γυναίκας». Εκδόσεις: Γ.Π.Παρισινού, ΑΘΗΝΑ, 1985
4. BARLOW J.J. et al.: "Adriamycin and bleomycin alone and in combination in gynecologic cancers", 1973
5. BENDICH A.: "Nucleic acids and genesis of cancers", *Bull. N.Y. Acad. Med.*, **37**, 661, 1961
6. BLOEM J.J. AM and MISERE J.F. MM: "Giant form of intraductal papilloma of the breast", *J. Pediatr. Surg.*, **6**, 65, 1971
7. CAPRARO U.J. and DEWHURST C.J.: "Breast disorders in childhood and adolescence", *Clin. Obstet. Gynecol.*, **18**, 25, 1975
8. COOK G.M.N.: "Glycoproteins in membranes", *Bid. Rev.*, **43**, 363, 1968
9. DANIEL V.A. and MATHEWS M.D.: "Tumors of the breast in adolescent", *Aemales Pediatrics*, **41**, 743, 1968
10. DISAIA P.J. and CREASMAN W.T.: "Clinical gynecologic oncology", Mosby. Co, Toronto 1981
11. ESCHER G.C.: "Diseases of the breast", *Clin. Obstet. Gynecol.*, **9**, 169, 1966
12. FISCHER B., WOLMARK N., REDMOND C. et al.: "Findings from NSABP Protocol. No B-04. Comparison of radical mastectomy with alternative treatments II. The clinical and biologic sragificance of medical central breast cancers", *Cancer*, **48**, 1863, 1981
13. GIBBS B.F. Jr, ROE R.D. and THOMAS D.F.: "Malignant cystosarcoma phyllodes in a prepubertal" *Femele Ann. Surg.*, **167**, 229, 1968
14. HAAGENSEN C.D.: "Diseases of the breast" 6th et. W.D. Saunders Phila 1977

15. HARRIS R.J., HELLMANS and SILEN W.: "Conservative. Management of breast cancer, new surgical and radiotherapeutic Techniques", Philadd. Phia J.B. Lippicicatt Co 1983
16. ΚΑΡΑΠΙΛΑΣ Ν.: «Σπινθηρογράφηση λεμφαδένων έσω μαστικής διακολλοειδούς ρηνίου (Re) επισημασμένου δια ραδιενεργού τεχνητίου (Συμβολή εις τον καθαρισμόν των ακτινοθεραπευτικών πεδίων επί καρκίνου του μαστού). Διατριβή επί διδακτορία.» ΑΘΗΝΑ 1981
17. LEVINTHD C., DAVIDSON P.F.: "Biochemistry of genetic Factors", *Ann. Rev. Biochem.*, **30**, 641, 1961
18. LESSER M.L., ROSEN P.P. KINNE D.W.: "Multicentri city in invensive breast cancer", *Surgery*, **91**, 234, 1982
19. ΜΑΖΙΑ D.: " Mitosis and the physiology of cell division" In: The cal, Vol.3p, 77, *N.Y. Acad. Press*, 1961
20. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α., ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.: «Γυναικολογία» Έκδοση 3^η, εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Μαρία Γρ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1994
21. ΠΛΑΤΗ Χ.: «Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στον καρκίνο μαστού». Νοσηλευτική τεύχος 1^ο, τριμηνιαία έκδοση του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών-Νοσηλευτών Ελλάδος. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ. Ιανουάριος-Μάρτιος 1989
22. VERONESI U., SACCOZZI R., DEL VECCHIO M. et al.: "Comparing radical mastectomy with quadrautectomy axillary dissection and radiotherapy with small cancers of the breast", *N. Engl. J. Med.*, **305**, 6, 1981
23. VERONESSI U., VALAGIUSSA P.: "Inefficacy of mammary made dissection in breast cancer surgery", *Cancer*, **47**, 170, 1981
24. ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι.: Επίτομος Χειρουργική, Τεύχος 2^ο, εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΙΝΑΙ, 1981
25. ΧΡΥΣΟΣΠΙΛΑΘΗ Π.Ι., ΓΟΛΕΜΑΤΗ Β.Χ.: Μαθήματα Χειρουργικής. Συνεργάτες της παρούσας: ΚΑΜΠΑΝΗΣ Ν.Σ., ΔΕΛΗΚΑΡΗΣ Π.Γ., ΑΘΗΝΑΙ 1975
26. ISRAEL PENN: "Second malignant neoplasm associated with immunosuppressive medications", *Cancer*, **37**, 1024, 1976

27. STEIN J.J.: "Virology, Immunology and Immunotherapy of malignant disease",
Cancer, **34**, 1343, 1974
28. ΣΛΧΙΝΗ ΑΝΝΑ-ΚΑΡΔΑΣΗ, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: «Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική» εκδόσεις ΒΙΓΓΑ Τόμος 2^{ος} Μέρος Β', ΑΘΗΝΑ, 1996
29. BENJAMIN O., ANDERSON M.D.- WILLIAM BENSINGER M.D.-ROBERT W.,
CARISON M.D.-CHARLES, COX M.D., NANCY DAVIDSON, M.D. STERHEN B.
EDGE M.D.et al.: NCCN. (NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER
NETWORK). AMERICAN CANCER SOCIETY:Breast Cancer. Treatmant
Guidelines for Patients VERSION II, June 1999
Internet: ACS(www.cancer.org), NCCN(www.nccn.org)

