

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: <<ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ>>

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
ΔΕΝΔΡΙΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΟΣΧΟΥ-ΚΑΚΚΟΥ-ΑΘΗΝΑ, Msc
ΚΑΘ. ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2000

AMERICAN
FOR THE

3360

Αφιερώνεται στους γονείς μου...





Περιοχόμενα	2
Πρόλογος Α. Σαχίνη-Καρδάση	8

Κεφάλαιο 1

Ανατομία αδένων μαστού 1

➤ Θέση μαστών	1
➤ Μορφολογία	1
➤ Υφή	2
➤ Αγγείωση του μαστού	4
➤ Λεμφικό σύστημα	5
➤ Νεύρωση του μαστού	5

Φυσιολογία του μαστού 5

➤ Εμβρυική ζωή	6
➤ Ήβη	6
➤ Εγκυμοσύνη	8
➤ Γαλουχία	8
➤ Εμμηνόπαυση	8

Κεφάλαιο 2

Ιστοπαθολογία και φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού 10

➤ Κατάταξη κακοηθών νεοπλασμάτων μαστού	10
➤ Λοβιακός μη διηθητικός καρκίνος	12
➤ Προγενής μη διηθητικός καρκίνος (IN SITU)	12
➤ Λοβιακός διηθητικός καρκίνος	13

➤ Πορογενής διηθητικός καρκίνος	13
➤ Καρκίνωμα του Paget	14
➤ Τρόποι επέκτασης του καρκίνου	15
• Λεμφική διασπορά	16
• Αιματογενής διασπορά	16

Κεφάλαιο 3

<u>Επιδημιολογία, Συχνότητα, Αιτιολογικοί παράγοντες Επιβίωση και</u>	
<u>Θνησιμότητα</u>	19
➤ Γεωγραφική κατανομή	20
➤ Εντόπιση	23
<u>Αιτιολογία Παράγοντες Κινδύνου</u>	23
➤ Ιογενείς παράγοντες	29
➤ Γενετικοί παράγοντες και οικογενειακό ιστορικό	30
➤ Χημικές ουσίες	33
➤ Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες	34
➤ Ορμονική παράγοντες	38
➤ Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες	40
➤ Μορφολογικοί παράγοντες	41
➤ Περιβαλλοντικοί παράγοντες	43

Κεφάλαιο 4

<u>Ταξινόμηση πρόληψη πρόγνωση</u>	46
➤ Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού	47
➤ Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού	48
➤ Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού	49
➤ Πρόληψη και προληπτικές διαδικασίες	49
➤ Ανακάλυψη των Αιτιολογικών παραγόντων	50
<u>Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψη</u>	51
➤ Δευτερογενής πρόληψη	52
➤ Κινητές μονάδες	54

- *Ιατρεία προκλινικής εξέτασης* 54

Κεφάλαιο 5

<i>Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του Κ.Μ</i>	56
➤ <i>Κλινική εξέταση</i>	57
<i>Πριν από την εξέταση, ο νοσηλευτής</i>	57
➤ <i>Ψηλάφηση</i>	59
➤ <i>Αυτοεξέταση Μαστού</i>	63

Κεφάλαιο 6

<i>Διαγνωστικές Εξετάσεις</i>	65
➤ <i>Νοσηλευτική φροντίδα κατά την διάρκεια των εξετάσεων</i>	65
<i>Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της κατά την περίοδο της διάγνωσης</i>	65
<i>Μαστογραφία</i>	66
➤ <i>Ξηρογραφία</i>	68
<i>Θερμογραφία</i>	69
<i>Υπερηχογραφία</i>	69
<i>Υπολογιστική Τομογραφία</i>	69
<i>Διαφανοσκόπηση</i>	70
<i>Γαλακτοφορογραφία</i>	70
<i>Πνευμοκυστεγραφία</i>	70
<i>Βιοψία</i>	71
➤ <i>Προεγχειρητική διδασκαλία</i>	71
➤ <i>Σχεδιασμός της διδασκαλίας</i>	72
➤ <i>Καθοδήγηση της ασθενούς</i>	72

Κεφάλαιο 7

Επικουρικές μετεγχειρητικές. Η μη επεμβατικές θεραπευτικές μέθοδοι στον καρκίνο του μαστού. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	77
<u>Χημιοθεραπεία</u>	<u>77</u>
Ανεπιθύμητες ενέργειες	78
Τρόποι χορήγησης των χημιοθεραπευτικών φαρμάκων	80
Κατηγορίες χημιοθεραπευτικών φαρμάκων	80
Ακτινοθεραπεία σε μεταστατική νόσο	83
Νοσηλευτική φροντίδα	86

Κεφάλαιο 8

<u>Χειρουργική θεραπεία του ΚΜ. Γενική Θεώρηση του καρκινοπαθούς ασθενή</u>	<u>87</u>
Χειρουργική θεραπεία	87
Μαστεκτομή	87
Προεγχειρητική σωματική προετοιμασία	91
Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	93
Εμφάνιση πόνου	93
Αιμορραγία	94
Επιπλοκές	95
Ορμονοθεραπεία	96
Γενικά χαρακτηριστικά του πόνου	99
Πόνος και καρκίνος	100
Αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο	101
Εκτίμηση του πόνου	103
Θεωρία για την οικογένεια	105
Νευρολογικές διαταραχές στον άρρωστο με καρκίνο	107
Ο άρρωστος με καρκίνο στην κοινότητα	109
Νοσηλευτική διεργασία Α'	114
Νοσηλευτική διεργασία Β'.	120

<i>Προτάσεις</i>	125
<i>Επίλογος</i>	131
<u><i>Βιβλιογραφία.</i></u>	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση του καρκίνου του μαστού αυξάνεται μέσα στον χρόνο, σε αντίθεση με τη σύγχρονη θεραπευτική που παραμένει μέχρι σήμερα ανίκανη να βοηθήσει μεγάλο αριθμό γυναικών. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεασθεί σημαντικά από το σύγχρονο πολιτισμό μας-αντισύλληψη, έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων και γαλουχίας, διατροφή-, ενώ συγχρόνως παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στην σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια, όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν.

Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας, σε σχέση με το μαστό της που δεν θα ήθελε ποτέ να στερηθεί είναι ένας από τους σοβαρότερους παράγοντες που θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίξει την προσπάθειά της για πρόωμη διάγνωση και συνεπώς και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για καλύτερη ενημέρωση γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση-μαστογραφία). Η κλινική πείρα μας πείθει ότι πολλές παραμελημένες περιπτώσεις φθάνουν στα νοσοκομεία για

θεραπεία με κύρια αιτία καθυστέρησης την άγνοια των γυναικών αυτών .

Ο νοσηλευτής πρέπει να μάθει να μπαίνει με διάκριση και λεπτομέρεια στην ζωή του ατόμου, με σκοπό να αντιληφθεί τις ιδιαίτερες ανάγκες του, να διαπιστώσει πώς συλλαμβάνει το ίδιο το άτομο τις ανάγκες του αυτές και να χρησιμοποιήσει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα και με συνεργασία και συνεννόηση με το ίδιο το άτομο. Για να καταφέρει αυτό, χρειάζεται προετοιμασία, για να αναπτύξει: α) δεξιότητες στην τέχνη της επικοινωνίας(παρατήρηση, συνέντευξη), β) καλλιέργεια κριτικής σκέψης για να μπορεί να εκτιμά τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου, να προγραμματίζει τη νοσηλευτική φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες αυτές, να αξιολογεί και να κρίνει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, να επαναπρογραμματίζει με βάση την αξιολόγηση αυτή.

Έχοντας υπόψη το ρητό που αναφέρει ότι <<η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη>>, καταλαβαίνουμε τη ζωτικότητα του παραπάνω πεδίου της νοσηλευτικής παρέμβασης και τη συμμετοχή της στην εμφάνιση και την εξέλιξη της νόσου.

Κεφάλαιο 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΑΔΕΝΩΝ ΜΑΣΤΟΥ

Θέση των μαστών

Στην έφηβη γυναίκα οι μαστοί είναι ημισφαιρικοί και βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, ανάμεσα στην 2^η-3^η και 6^η-7^η πλευρά και ανάμεσα από το χείλος του στέρνου και την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Η πραγματική όμως έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στοιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς τα έξω στο χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ.

Κάποτε ο μαστός εμφανίζει προεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι αυτό λέγεται και μασχαλιαία ουρά ή ουρά του Spencer.

Μορφολογία

Οι μαστοί αναπτύσσονται στην ήβη και ανήκουν στους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες. Αποτελούνται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσα τους μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός της άτοκης έχει σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή. Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, η απίσχναση κ.τ.λ. Στην ηλικιωμένη γυναίκα, το επάνω μέρος τους επιπεδώνεται, ενώ το κάτω από το βάρος τους κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι, ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή, που λέγεται υπομάστια πτυχή και που, καλλιτεχνικά, θεωρείται σημείο μαστού, που παρήκμασε.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στην διαμόρφωση τους, γιατί το λίπος της γυναίκας έχει την τάση να συγκεντρώνεται σε αυτούς. Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας. Ενώ δηλαδή στην άνηβη είναι μικρό, όταν εμφανισθεί εμμηνορρυσία μεγαλώνει για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στο θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε, και μάλιστα που θήλασε, μαλακή.

Είναι σημαντικό να τονισθεί πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερικά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει πολλές φορές να είναι μεγαλύτερος από το δεξιό. Για αυτό ο γιατρός, που υποψιάζεται νεοπλασματική εξεργασία στο μαστό, δεν πρέπει να συγχέει τις διαφορές του μεγέθους, που είναι αποτέλεσμα ανάπτυξης των μαστών, με εκείνες, που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών καμία φορά είναι αξιοσημείωτες (ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στην σύσταση τους, κατάσταση που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφηση για την ανακάλυψη όγκου σε αυτούς.

Υφή

Η υφή του μαστού έχει σημασία, γιατί εμφανίζει μεγάλες διαφορές, που βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια. Αυτό οφείλεται στην επίδραση ορμονών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και του ωοθηκικού κύκλου.

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα θα διακρίνουμε δύο επιφάνειες του, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρεια του

Πρόσθια επιφάνεια: Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα που στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στην γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες. Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή η θηλαία άλως που ξεχωρίζει από το υπόλοιπο δέρμα για την χροιά της. Στις ξανθές γυναίκες είναι ρόδινη, πιο σκούρο στις μελαχρινές και ακόμα πιο σκούρο σε όλες τις γυναίκες την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Οπίσθια επιφάνεια: Αυτή λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό. Στους μεγαλύτερους όμως μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυός και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυός και τον έξω λοξό της κοιλιάς μυ, στο ύψος της 5^η-6^η πλευράς.

Περιφέρεια: Αυτή είναι λεπτή και συνέχεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα.

Δέρμα: Αυτό διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτήν τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες. Η γνήσια θηλή θα σχηματιστεί εκ των άκρων των εκφορητικών πόρων κατά την εποχή της ήβης. Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4^η περίπου πλευράς, και αλλάζει στην ένηβη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυϊκών ινών, που είναι άφθονες στην περιοχή της. Μερικές φορές συμβαίνει η θηλή να είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει το θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή τότε λέγεται εισέχουσα. Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού

αδένα. Επίσης είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σε αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανακλαστική συστολή των λείων μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου, που την περιβάλλει. Στην θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα. ^(1,2) Η Θηλαία άλως, αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες. ⁽³⁾

Περιμαστικό λίπος: Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σε αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την πρόσθια και οπίσθια στιβάδα του.

Μαστικός αδένας: Αυτός έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες: την πρόσθια και την οπίσθια και την περιφέρεια.

Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

Αρτηρίες: Αυτές προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, το θωρακικό κλάδο της ακρωμιοθωρακικής, τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Φλέβες: Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με αυτές πολλές φορές συμβαίνει μετάσταση του καρκίνου. Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να

διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι: η έσω μαστική, η μασχαλιαία και οι μεσοπλευρίες φλέβες.

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδένων του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις. Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο, το μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

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

Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας: στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια. Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους. Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένα και προκαλούν σε αυτόν την ανάπτυξη του ή, αντίθετα, την υποστροφή του.

Εμβρυϊκή ζωή: ο μαστός αποτελεί προβολή , σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

Κατά την γέννηση. ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται ακόμη μερικές αδενοκυψέλες, αλλά αδενικά στοιχεία δεν κάνουν ακόμη την εμφάνιση τους.

Κατά την βρεφική ηλικία και λίγες μέρες μετά τη γέννηση, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από τη θηλή εκκρίνεται υλικό που έχει τη μορφή γάλακτος. Η παραπάνω έκκριση οφείλεται στην επίδραση μητρικών ορμονών, που πέρασαν μέσω του πλακούντα στο νεογνό.

Κατά την παιδική ηλικία οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά την γέννηση, υποχωρεί σε μία εβδομάδα περίπου.

Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται αγάλακτος ή παρθενικός μαστός και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό. Ειδικότερα στην ηλικία αυτήν εμφανίζεται μικρή υπέγερση της θηλής και αργότερα υπέγερση των μαστών και της θηλαίας άλω, που αυξάνει τη διάμετρό της. Στην συνέχεια, οι μαστοί διογκώνονται περισσότερο και η θηλαία άλως μεγαλώνει και χάνει το περίγραμμά της.

Ήβη: ανάμεσα στο 10-15^ο έτος της ηλικίας οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλως μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου. Η παραπάνω αύξηση οφείλεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, που επιμηκύνονται και διογκώνονται, κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών, και στην ανάπτυξη προεκβολών των πόρων, από τις οποίες τελικά σχηματίζονται οι αδενοκυψέλες

υπό την επίδραση της προγεστερόνης ιδιαίτερα στην ανάπτυξη του μαστού συμβάλλει η ύπαρξη συνδετικού ιστού γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες και η εναπόθεση λιπώδους ιστού. Έτσι με την έναρξη της εμμηνορρυσίας οι μαστοί είναι καλά σχηματισμένοι. Για να συμβούν όμως τα παραπάνω είναι απαραίτητη η παρουσία της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης. Οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων, η θυροξίνη και η ινσουλίνη δεν έχουν τόση σημασία στην ανάπτυξη του μαστού. Τις μέχρι την ήβη εξελικτικές διεργασίες του μαστικού αδένος οTurner τις ταξινομήσε σε πέντε στάδια, συνδυάζοντας αυτές με την τριχοφυΐα.

Αναπαραγωγική ηλικία: στην ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομητρίου. Ειδικότερα:

1) Στην προεμμηνορρυσιακή φάση οι μαστοί διογκώνονται γιατί διευρύνονται και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προεκβολές. Επίσης το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης ή ελαφρύ πόνο.

2) Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία, οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποστροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

3) Ο μαστός της ώριμης γυναίκας, που δεν θηλάζει, δεν έχει μόνο εκκριτική, αλλά και απορροφητική ικανότητα. Δηλαδή, αν εξετάσουμε ιστολογικά τα αδενικά λόβια, θα παρατηρήσουμε πως εμφανίζονται με την μορφή ωχρού, άμορφου υλικού, που περιέχει κυτταρικά συγκρίματα και λιποσφαίρια.

4) Οι μαστοί παίρνουν μέρος στον οργασμό με διόγκωση τους και αύξηση του μεγέθους των θηλών.

Εγκυμοσύνη: με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών και της προλακτίνης και στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδενοκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό. Τα κορτικοειδή και οι ορμόνες του θυρεοειδή αδένου βοηθάνε στην ανάπτυξη των λοβιδίων του μαστού. Η ινσουλίνη προκαλεί τη διαφοροποίηση των κυττάρων και συντηρεί αυτά, ώστε να εκκρίνουν γάλα. Η δράση της ινσουλίνης αυξάνει περισσότερο τις αδενοκυψέλες, διεγείρει τα εκκριτικά κύτταρα και αλλάζει την αγγείωση και την ποσότητα του λιπώδη ιστού του μαστού. Εκτός από την αύξηση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης και την επίδραση της ινσουλίνης στο μαστό της εγκύου, αυξάνει και η ελεύθερη κορτιζόλη και προλακτίνη.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης τα επιφανειακά κύτταρα γίνονται πύαρ και μετά τον τοκετό και την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα εκκρίνουν γάλα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η επανααρροφητική ικανότητα του μαστού διατηρείται. Έτσι εξηγείται η γαλακτοζουρία, που εμφανίζεται κάποτε στην εγκυμοσύνη. Αυτή προέρχεται από την απορρόφηση της γαλακτόζης από τον ίδιο το μαστικό αδένου. Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα των αδενοκυψελών αρχίζουν την έκκριση γάλακτος κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

Γαλουχία: στην γαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με την συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προλακτίνης της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα όμως της προλακτίνης.

Εμμηνόπαυση: στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς τη θηλή. Επίσης, ατροφία των

αδενοκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται για να γίνει λευκή. Πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, τότε που υπάρχουν μονοφασικοί κύκλοι, είναι δυνατόν οι μαστοί να διογκωθούν και να γίνουν ευαίσθητοι και επώδυνοι. Επίσης, τότε παρατηρούνται αλλοιώσεις των μαστών, που μοιάζουν με της ινοκυστικής μαστοπάθειας, με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης. Στο τελευταίο στάδιο της υποστροφής των μαστών, δηλαδή μετά το 50ο έτος, το στρώμα τους γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν⁽¹⁾.

Κεφάλαιο 2

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πλειονότητα των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού ξεκινά από το επιθήλιο των λοβίων και τους πόρους του αδένα. Και τα λοβιακά και τα πορογενή καρκινώματα μπορεί να παρουσιασθούν τόσο ως μη διηθητικά όσο και ως διηθητικά. Οι μη διηθητικοί όγκοι, κυρίως το μη διηθητικό λοβιακό κακόηθες νεόπλασμα του μαστού, είναι πολύ πιο συχνοί από ότι ίσως θα έπρεπε και πιθανόν να παραμένουν ασυμπτωματικοί για χρόνια η δεκαετίες.

Οι ιστολογικές υπερπλαστικές αλλοιώσεις των επιθηλιακών κυτάρων των πόρων και των λοβίων, που φυσιολογικά συνοδεύουν τον καρκίνο του μαστού, δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως αληθινές νεοπλασματικές μεταβολές. Οι αλλοιώσεις αυτές ποικίλλουν από απλή υπερπλασία μέχρι υπερπλασία με κυτταρική ατυπία, που πολλές φορές παίρνει τη μορφή γνήσιου μη διηθητικού καρκινώματος. Πρέπει να σημειωθεί ότι όλο αυτό το φάσμα των κυτταρικών μεταβολών μπορεί, και συνήθως έτσι συμβαίνει, να βρεθεί σε ένα και μόνο μαζικό αδένα.

Νεώτερη κατάταξη των κακοήθων νεοπλασμάτων του μαστού δείχνει τα εξής:

Κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Πορογενές μη διηθητικό (*in situ*)

- Ηλώδες
- Comedo
- Ηθμοειδές
- Πορογενές διηθητικό
- Μετά σκιρρώδους αντιδράσεως
- Θηλώδες

- *Comedo διηθητικό*
- *Μυελοειδές*
- *Βλεννώδες ή κολλοειδές*
- *Αδενοειδές κυστικό*
- *Καρκίνωμα εξ αποκρινών αδένων*

Λοβιακό

- *Μη διηθητικό (in situ)*
- *Διηθητικό ή μικροκυτταρικό*

PAGET

Κακοήθη μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα

- *Ινοσάρκωμα*
- *Λιποσάρκωμα*
- *Αγγειοσάρκωμα*
- *Λειομυοσάρκωμα*
- *Ραβδομυοσάρκωμα*
- *Λεμφαγγειοσάρκωμα*
- *Κακόηθες φύλλοειδες κυστεοσάρκωμα*

Διακρίνουμε δηλ. δύο τύπους επιθηλιακού καρκίνου:

A. Τον μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

B. Τον διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

Λοβιακός μη διηθητικός καρκίνος (IN SITU)

Η ανεύρεσή του είναι συνήθως τυχαία σε μαστούς που χειρουργούνται για μαστοπάθεια, γιατί δεν δίνει κλινικά ή μαστογραφικά σημεία. Η συχνότητα του σε υλικό από επεμβάσεις για καλοήθεις νόσους φθάνει περίπου σε 2%, αλλά ο αριθμός εξαρτάται από τον αριθμό των τομών που πάρθηκαν από το παρασκεύασμα. Παρουσιάζει πολυκεντρική ανάπτυξη σε ποσοστό 70% περίπου και είναι επίσης συχνά αμφοτερόπλευρο. Σημαντικότερος κίνδυνος είναι η ανάπτυξη διηθητικού λοβιακού καρκίνου από τον ίδιο μαστό (23%) ή από τον άλλο μαστό (10%).

Πορογενής μη διηθητικός καρκίνος (IN SITU)

Η διάγνωση του, αν και είναι πολύ δύσκολη σε ταχεία βιοψία, έχει μεγάλη σημασία, γιατί το ποσοστό ίασης σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ υψηλό. Εξάλλου μικροασβεστοποιήσεις που φαίνονται στη μαστογραφία και συνοδεύουν πολλές φορές τον πορογενή *in situ* καρκίνο οδηγούν σε βιοψία για την διάγνωση. Γι' αυτό, τα τελευταία χρόνια ο πορογενής *in situ* καρκίνος τείνει να πάψει να είναι τυχαίο εύρημα. Έχει ταχεία εξέλιξη προς διηθητικό καρκίνο σε ποσοστό 70% και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 1-3%. Εφόσον υπάρχει και κάποια μικρή διήθηση του στρώματος, η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων αυξάνεται σημαντικά.

Ο *comendo* είναι τύπος πορογενούς *in situ* καρκίνου, στον οποίο όμως έχει διαπιστωθεί ότι παρατηρούνται συχνότερα λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Λοβιακός διηθητικός καρκίνος

Το ποσοστό του είναι 5-10%. Η πιθανότητα αμφοτερόπλευρης ύπαρξης καρκίνου είναι μεγαλύτερη από ότι στον πορογενή καρκίνο. Επίσης, ο λοβιακός διηθητικός καρκίνος παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων και έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό οιστρογονικούς υποδοχείς, επομένως σε μεγαλύτερο ποσοστό ανταποκρίνεται στην ορμονοθεραπεία. Ο καρκίνος με κύτταρα τύπου σφραγιστήρος και ο ιστοκυτταροειδής καρκίνος είναι κατά κανόνα λοβιακός.

Πορογενής διηθητικός καρκίνος

Ορισμένοι τύποι πορογενούς καρκίνου έχουν καλύτερη πρόγνωση. Έτσι, το μυελοειδές καρκίνωμα έχει ποσοστό 5%. Είναι όγκος συνήθως περιγραπτός που παρουσιάζει μεγάλη λεμφοκυτταρική διήθηση γύρω από τις καρκινωμάτωδεις βλάβες. Με τη λεμφοκυτταρική διήθηση σχετίζεται και η καλή του πρόγνωση. Αν εξελιχθεί άσχημα, εξελίσσεται γρήγορα και σκοτώνει γρηγορότερα από άλλους καρκίνους. Η καλή του πρόγνωση σχετίζεται με τις περιπτώσεις, όπου περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Το μυελοειδές καρκίνωμα το συναντούμε σε ποσοστό 18% των αρρώστων αμφοτερόπλευρο. Τέτοια περίπτωση παρατηρείται συχνότερα σε γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Το διηθητικό <<comedo >>καρκίνωμα και ο βλεννοκαρκίνος του μαστού έχουν καλύτερη πρόγνωση. Το καρκίνωμα με έκκριση λιποειδών στα κύτταρά του μπορεί να συνδυάζεται με λοβιακό ή πορογενή διηθητικό καρκίνο και έχει πολύ κακή πρόγνωση. Σε δύο χρόνια από τη διάγνωση, 50% των αρρώστων πεθαίνουν.

Στον πίνακα παρουσιάζεται σε εκατοστιαία αναλογία η συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων τύπων καρκίνου του μαστού.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ποσοστιαία αναλογία της συχνότητας με την οποία εμφανίζονται διάφοροι τύποι καρκινωμάτων του μαστού.

ΤΥΠΟΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΟΣ	%
Πορογενές διηθητικό	78,1
Διηθητικό λοβιακό	8,7
Comedo	4,6
Μυελοειδές	4,3
Κολλοειδές	2,6
Θηλώδες	1,2
Άλλου τύπου	0,5

Καρκίνωμα PAGET

Το καρκίνωμα PAGET αποτελεί χαρακτηριστική εξέλιξη ενδοπορικού μη διηθητικού καρκινώματος, το οποίο εξαπλώνεται πολύ αργά στην επιδερμίδα της θηλής, στην θηλαία άλω και στο δέρμα της γύρω περιοχής.

ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥΤοπική διήθηση:

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ότι υπολογίζεται κατά την εγχείριση. Για το λόγο αυτό ο χειρουργός πρέπει να βγάζει αρκετά υγιή ιστό μαζί με τον όγκο. Η διήθηση είναι ευκολότερα, γιατί τα τελευταία έχουν ελαττωμένη συγκολλητικότητα, κάνουν αμοιβαδοειδείς κινήσεις και εκκρίνουν πρωτεολυτικά ένζυμα και άλλες λυτικές ουσίες.

Λεμφική διασπορά:

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με την λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τύπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται πρώτα στους επιχώριους λεμφαδένες και κατόπιν στους λοιπούς.

Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, περίπου 60-70% εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης. Σε αρκετό αριθμό περιπτώσεων, παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλείδιων, των υποκλείδιων και των έσω μαστικών λεμφαδένων. Εφόσον η καρκινωματώδης διήθηση διαπεράσει τον ηθμό, τον οποίο συνιστούν οι λεμφαδένες της μασχάλης και άλλων περιοχών, παρατηρείται εγκατάσταση μεταστάσεων στον υπεζωκότα, το περιτόναιο, τους βουβωνικούς και-στα προχωρημένα στάδια-σε όλους τους λεμφαδένες του σώματος.

Η λεμφική διασπορά του καρκίνου μετατρέπεται σε αιματογενή, όταν καρκινικά κύτταρα μέσω του θωρακικού πόρου μπουν στη φλεβική κυκλοφορία.

Αιματογενής διασπορά:

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Για την ανάπτυξη μεταστάσεων, απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η

εγκατάσταση και η ανάπτυξή τους στη νέα θέση . Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στην κυκλοφορία του αίματος, διηθώντας μικρές φλέβες ή, έμμεσα, με τη λεμφική κυκλοφορία.

Δια της αιματικής οδού, τα καρκινώματα του μαστού εγκαθίστανται κυρίως:

- Στους πνεύμονες
- Στο ήπαρ
- Στα οστά της σπονδυλικής στήλης και της λεκάνης
- Στον εγκέφαλο
- Στα επινεφρίδια
- Και άλλα όργανα.

Για την ερμηνεία της διασποράς των μεταστάσεων στα οστά χωρίς πνευμονικές μεταστάσεις, υποστηρήθηκε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπείρονται δια του παρασπονδυλικού φλεβικού δικτύου, το οποίο έχει απευθείας σύνδεση με το μαστό δια των μεσοπλεύριων αγγείων. Οι οστικές μεταστάσεις έχουν στις περισσότερες περιπτώσεις οστεολυτικό χαρακτήρα

Μαλακά μόρια	50	36
Αναπνευστι κό	47	75
Οστά	57	67
Ήπαρ	42	71
ΚΝΣ	26	30
Πεπτικό	8	35
Ενδοκρινείς αδένες	5	46
Ουροποιητι κό	1	22
Καρδιά	12	22
Οφθαλμοί	<1	<1

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συχνότερη εντόπιση μεταστάσεων στον ΚΜ.

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι πολύ συχνά συμμετέχουν τα ενδοκρινικά όργανα στη μεταστατική νόσο, αλλά το γεγονός αυτό σπανίως αποτελεί αιτία θανάτου.

Η λεμφαγγειακή διασπορά του νεοπλάσματος στους πνεύμονες είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού, παρά η παρουσία μάζας ή λεμφαδενικής νόσου μόνο ⁽⁴⁾.

Κεφάλαιο 3

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του ΚΜ και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.00 γυναίκες αντίστοιχα.

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι :

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.

2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν συμβαίνει κατά νεαρή ηλικία της γυναίκας.

3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.

4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωθήκης

5. Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με το καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων.

6. Η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.⁽⁴⁾

Γεωγραφική κατανομή

Ο καρκίνος του μαστού έχει θνησιμότητα στους άντρες 0 και στις γυναίκες 12. Είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εκτός από την Ιαπωνία και Ταϊβάν), καθώς και στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο περίπου 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65% -85% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50^ο έτος. Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως στην Βόρεια Ευρώπη ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από,τι στην Ασία και στη Αφρική. Στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από αλλά κράτη της Ευρώπης.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σπάνια σε ηλικία κάτω των 25 ετών, ενώ, η συχνότητα του αυξάνεται σταθερά, φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Στις ΗΠΑ, υπάρχει σταθερή αύξηση των περιπτώσεων, τέτοια που 1 στις 11 γυναίκες τελικά θα νοσήσει από ΚΜ σε κάποιο στάδιο της ζωής της.

Επίσης, από τους καρκίνους των γυναικών, ο ΚΜ αντιπροσωπεύει την << υπό αριθμόν ένα >> αιτία θανάτου. Η American Cancer Society υπολόγισε σε 110.000 τις περιπτώσεις ΚΜ το 1984.

Αυτό μπορεί να αντιπαρατεθεί με το συνολικό αριθμό 76.000 νέων περιπτώσεων καρκίνου.

Με βάση τα στοιχεία της Connecticut Cancer Registry :

(α) Η συχνότητα του ΚΜ είναι λίγο μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Εντούτοις, έχει αυξηθεί στις μαύρες κατά 25%

(β) Κάθε 15 λεπτά, 3 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται και μια γυναίκα πεθαίνει από ΚΜ στις ΗΠΑ.

(γ) Ο ΚΜ φαίνεται να είναι συχνότερος από τον αμέσως πλησιέστερο <<ανταγωνιστή>> του, τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης στον ΚΜ, ο οποίος διαγιγνώσκεται σε εντοπισμένο στάδιο, έχουν αυξηθεί από 78% στη 10ετία του 19940 σε 88% σήμερα. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική, αναμένονται ποσοστά ίασης μέχρι και 100%. Οι αριθμοί πενταετούς επιβίωσης δείχνουν ότι-όταν ο διηθητικός καρκίνος περιορίζεται στο μαστό-το ποσοστό ίασης είναι 88%. Αντίθετα, στην περιοχική εντόπιση πέφτουν απότομα στο 45%.

Όμως, η επιβίωση περιπτώσεων με καρκίνο μαστού είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων. Ως σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που έχουν εξετασθεί για την πιθανή επίδρασή τους στην επιβίωση, θεωρούνται η ηλικία, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου και το περιβάλλον.

Σε μια ερευνά (Love et al 1977) βρέθηκε ότι η επιβίωση τείνει να αυξάνεται με τη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η πενταετής επιβίωση ήταν 57,3% στην Βοστώνη της Μασαχουσέτης, 49,5% στην Γκλαμοργκάν της Ουαλίας, 41,9% στη Σλοβενία της Γιουγκοσλαβίας και 74,9% στο Τόκιο. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ επιβίωσης και ηλικίας πρώτου τοκετού ή και αριθμού τοκετών.⁽⁴⁾

Η επίδραση της ηλικίας στην επιβίωση έχει αρκετά ερευνηθεί, χωρίς όμως να υπάρχει ομοφωνία στα συμπεράσματα. Ο Haagensen, παραθέτοντας στοιχεία ασθενών μετά από τοπική ριζική μαστεκτομή δείχνει δεκαετή επιβίωση 40% για ηλικίες μικρότερες από 30 χρονών, με αντίστοιχη επιβίωση 60% για τις υπόλοιπες ηλικίες. Πιστεύει ότι ο ΚΜ στα νεαρά άτομα έχει ταχύτερη εξέλιξη και για λόγο αυτόν προσέρχονται για θεραπεία με μεγαλύτερους όγκους από ό,τι οι υπόλοιπες ηλικίες.

Με τα στοιχεία του συμφωνούν οι Smithers και Northmans, καταγράφοντας ο πρώτος 25% επιβίωση σε ηλικίες 21-30 χρονών, σε σύγκριση με το 36,5% των ηλικιών πάνω από 30 χρόνων. Σε άλλη μελέτη όμως (Treves et 1958), από στοιχεία 124 γυναικών ηλικίας κάτω από 31 χρόνων με τυπική ριζική μαστεκτομή, βρέθηκε 41% πενταετούς επιβίωση. Η επιβίωση αυτή, σε σύγκριση με 39% πενταετή επιβίωση από 13.000 περιπτώσεις του Memorial Hospital της Νέας Υόρκης, δείχνει ότι ο καρκίνος του μαστού στις νεαρές γυναίκες έχει την ίδια πρόγνωση με εκείνη στις ηλικιωμένες.

Γενικά, πιστεύεται ότι στην πενταετή επιβίωση δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των ποικίλων θεραπευτικών αγωγών, εφόσον αφορούν στο ίδιο στάδιο της νόσου. Στη δεκαετή όμως επιβίωση, οι διαφορές φαίνονται σημαντικές και υπερτερούν τα αποτελέσματα των ριζικών χειρουργικών τεχνικών

Διακρίνετε επίσης σε διάφορες μελέτες η σημαντικότητα που έχει για την επιβίωση το στάδιο της νόσου. Τα κλινικά στάδια του καρκίνου του μαστού, στοιχειοθετημένα με βάση τα κλινικά, σημεία, έχουν περιληφθεί ομόφωνα και από πολλά χρόνια στους σπουδαιότερους παράγοντες που επιδρούν στην επιβίωση.

Έτσι, με βάση το στάδιο της νόσου και ανεξάρτητα από θεραπευτική αγωγή, η πενταετής επιβίωση για το στάδιο 1 είναι κατά μέσον όρο 84,8%, ενώ για το στάδιο 2 68,3% (4.5.6)

Εντόπιση

Ως προς την ανατομική θέση του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής: κατά 47% ο καρκίνος προσβάλλει το άνω και έξω τεταρτημόριο, 14% το άνω και έσω, 7% το κάτω και έξω, 2% το κάτω και έσω, ενώ στο κέντρο της θηλής υπολογίζεται σε 22%. Υπάρχει πιθανότητα προσβολής και άλλου μαστού σε ποσοστό 20%. (4.5.6)

Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοήθων όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο ΚΜ είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών.

Τα τελευταία χρόνια, πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών, που σχετίζονται είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον ΚΜ. Η αιτιολογική σχέση (<<αιτία>>) στην επιδημιολογία θα μπορούσε να ορισθεί ως <<η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα και ενός νοσήματος, κατά την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντα ακολουθείται από μεταβολή της συχνότητας (σε ομαδική βάση) ή της πιθανότητας (σε ατομική βάση) του νοσήματος. Κάθε παράγων που σχετίζεται στατιστικώς με ένα νόσημα ονομάζεται <<παράγων κινδύνου>> για το νόσημα αυτό, είτε η συσχέτιση είναι αιτιολογική είτε δευτερογενής πλασματική.

Κατά συνέπεια, ένας παράγων κινδύνου μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ενός νοσήματος ή να συσχετίζεται πλασματικά με αυτό χωρίς να έχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία.

Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστασιακοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικώς σημαντική σχέση με τον ΚΜ κανέναν, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι ικανός (προρρητικός) παράγων, ούτε εξηγεί, το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Έτσι, η μόνη επί του παρόντος δυνατή προσέγγιση στην πρόληψη του ΚΜ διέρχεται μέσα από τη γνώση, την καταγραφή και τη συσχέτιση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και μεταβλητών που είναι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου. Ως τέτοιοι θεωρούνται :

1. Ιογενείς παράγοντες

2. Γενετικοί παράγοντες

- Οικογενειακό ιστορικό
- Φύλο
- Ηλικία
- Άλλοι παράγοντες

3. Χημικές ουσίες

4. Ιδιοσυστασιακοί παράγοντες

- Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης

- Τεχνητή εμμηνόπαυση
- Γάμος και τεκνοποίηση
- Θηλασμός

5. Ορμονικοί παράγοντες

- Οιστρογόνα
- Προγεστερόνη
- Προλακτίνη
- Στεροειδή των επινεφριδίων
- Εξωγενή οιστρογόνα

6. Εξωγενείς ή ιατρογενείς παράγοντες

- Ιοντίζουσα ακτινοβολία
- Ψυχολογικοί παράγοντες
- Ρεσερπίνη

7. Μορφολογικοί παράγοντες

- Προηγούμενα βιοψία
- Γενικά νοσήματα

- *Κακοήθειες νεοπλασίες*
- *Παθήσεις του μαστού*

8. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

- *Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί*
- *Εκπαιδευτικοί*
- *Διαιτητικοί.⁽⁴⁾*

ΠΙΝΑΚΑΣ

Παράγων	Κίνδυνος	
Φύλο	99 (γυναίκες)	: 1 (άνδρας)
Ηλικία	Προχωρημένη	> Νεαρή
Ηλικία εμμηναρχής	Νωρίτερα	> Αργότερα
Ηλικία εμμηνόπαυσης	Αργότερα	> Νωρίτερα
Ωοθηκεκτομή	Νωρίτερα	> Αργότερα
Τοκετός	Άτεκνη	> Πολύτεκνη
Ηλικία πρώτου τοκετού	Άνω των 35 χρ.	> Κάτω των 25 χρ.
Παχυσαρκία	Ναι	> Όχι
Ανωμαλία ΕΡ	Ναι	> Όχι
Βάρος	Αυξημένο	> Κανονικό ή ελαττωμένο
Ύψος	Υψηλές	> Κοντές
Φυλή	Καυκασία	> Κίτρινη
Συζυγική κατάσταση	Ανύπαντρες	> Παντρεμένες
Ιστορικό μαστού στην οικογένεια	Ναι	> Όχι
Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	Υψηλή	> Χαμηλή

ΠΙΝΑΚΑΣ

Παράγοντες κινδύνου	Ηλικία					
	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59	60 – 64	40 – 64
1. Οικογ. ιστορικό: Αρνητικό	0,91	0,91	0,89	0,88	0,67	–
Ένας ΚΜ	2,03	2,00	1,97	1,95	1,94	–
≥ Δύο ΚΜ	3,14	3,10	3,06	3,02	3,00	–
2. Ιστορικό κύησης: Αρνητικό						1,43
< 20 χρονών: 1η ή/και 2η						0,66
3η κύηση						0,33
20 – 24 χρονών: 1η ή/και 2η						0,94
3η κύηση						0,47
25 – 29 χρονών: 1η ή/και 2η						1,21
3η κύηση						0,61
30 – 34 χρονών: 1η ή/και 2η						1,49
3η κύηση						0,74
35+ χρονών: 1η ή/και 2η						1,76
3η κύηση						0,89
3. Καλοήθης νόσος μαστού: Ναι						3,57
Όχι						0,71
4. ΕΡ συνεχίζεται	1,11	1,26	2,11	2,97		
Εμμηνόπαυση φυσιολογική						
< 45 χρονών	0,37	0,41	0,54	0,68	0,68	
χρονών 45 – 49		0,84	0,88	1,10	0,95	
χρονών 50+			0,79	1,03	1,10	
Εμμηνόπαυση τεχνητή						
< 35 χρονών	0,25	0,27	0,27	0,34	0,28	
χρονών 35 – 39	0,47	0,52	0,54	0,68	0,46	
χρονών 40 – 44	0,70	0,78	0,59	0,74	0,39	
χρονών 45 – 49		0,56	0,77	0,97	0,45	
χρονών 50+			0,75	0,94	1,22	
5. Ετήσια εξέταση ή πρόσφατη αυτοεξέταση						0,83
						1,32

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΝΑΚΑΣ Καρκίνος του μαστού.

Παράγοντες κινδύνου	Φυσικά ευρήματα
<p>ήλυ (1:11), σπάνιο στους άνδρες ηλικία άνω των 40⁶⁶ οικογενειακό ιστορικό ΚΜ, ιδιαίτερα αν αφορά στη μητέρα, αδελφή ή θεία⁶⁶ γονιμικό ιστορικό ΚΜ⁶⁶ αλγήθηθ παθήθη μαστού: Χρόνια κυστική μαστίτιδα, ενδοποική θηλωμάτωση, ινοκυστική πάθηθη^{67,68} η τεκνοποίηση πρώτος τοκετός μετά τα 30 πρώμη εμμηναρχή αθυστερημένη εμμηνόπαυση υδρομητρικός καρκίνος νοσολογική ανεπάρκεια σαβήτης, παχυσαρκία, υπέρταση ήψη εξωγενών οιστρογόνων και αντιυπερτασικών παραγόντων πιθανώς, χρόνια επίδραση ψυχολογικού άγχους</p> <p><i>Περιβαλλοντικοί:</i> Ξυχρό κλίμα υτικό ημισφαίριο⁶⁴ ευκή φυλή ήψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο⁶⁴ έκθεση σε ιοντίζουσα ακτινοβολία ύσεις ατανάλωση λιπών με την τροφή⁶⁴</p>	<p>Συνήθως, ανακαλύπτονται από την ασθενή κατά την ΑΕΜ.</p> <p><i>Αλλαγές που παρατηρούνται κατά την επισκόπηση:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Μέγεθος, σχήμα, συμμετρία, εισολκή της θηλής. Παρατηρούνται κατά την επισκόπηση των μαστών μπροστά σε καθρέπτη (καθισμένη ή όρθια), με τα χέρια ανυψωμένα και τοποθετημέ- να πίσω από το κεφάλι. Αλλαγές του δέρματος, οίδημα, εμφάνιση εντυ- πωμάτων, δέρμα «δίκην φλοιού πορτοκαλιού». <p><i>Αλλαγές που παρατηρούνται κατά την ψηλάφηση:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Σε ύπτια θέση, έκκριση από τη θηλή κατά την πίεσή της. Ανακάλυψη διογκωμένων λεμφαδένων κατά την ψηλάφηση των μαστών, χρησιμοποιώντας κυκλι- κές, περιστρεφόμενες κινήσεις· ο καρκίνος ή οι όγκοι τείνουν να είναι σκληροί, με ακαθόριστο σχήμα και συνήθως εμφανίζονται στο άνω και έξω τεταρτημόριο.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Η νοσηλεύτρια επισημαίνει τους:

Παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού	Προστατευτικούς παράγοντες	Παράγοντες με μικρότερες πιθανότητες για καρκίνο του μαστού
<p>Όυλο: Θήλυ Ηλικία: Άνω των 40 ετών Δικ. ιστορικό: Μητέρα ή αδελφή με καρκίνο μαστού Ατομ. ιστορικό: Καρκίνος μαστού χειρουργηθείς εγκυμοσύνη: Όχι θηλασμός: Όχι</p>	<ul style="list-style-type: none"> Πρώτη έμμηνη ρύση σε ηλικία 12 ετών Εγκυμοσύνη προ των 25 ετών Θηλασμός 	<ul style="list-style-type: none"> Κυστική μαστίτιδα Οζώδης μαστός Υγρό από τη θηλή Παχυσαρκία Αρτηριακή υπέρταση Σακχαρώδης διαβήτης Καρκίνος σε άλλο μέρος του σώματος

ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού εξαρτάται από έναν παράγοντα που μεταφέρεται με το μητρικό γάλα στη διάρκεια του θηλασμού. Μέχρι το 1945, είχε αποδειχθεί ότι ο παράγων Bittner είχε χαρακτηριστικά ιού. Σήμερα, έχει βρεθεί ότι είναι ιός τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (*mouset mammary tumour virus*).

Σε μελέτες που έγιναν σε ανθρώπινο γάλα βρέθηκαν ενδείξεις τμημάτων ογκορναϊού (*oncornaivus*) σε σημαντικό ποσοστό γυναικών που είχαν στο κληρονομικό τους περιπτώσεις με καρκίνο του μαστού. Μορφολογικώς υπάρχουν πολλές ομοιότητες μεταξύ των ιών γάλακτος των καρκινοπαθών γυναικών και του MMTV καθώς και μεταξύ του RNA από καρκινικό ιστό μαστού γυναικών και RNA του MMTV.

Ανοσολογικές μελέτες έδειξαν την ύπαρξη ειδικών αντισωμάτων σε ποσοστό 60% στον ορό των γυναικών με καρκίνο του μαστού και σε ποσοστό 40% στον ορό των συγγενών τους, ενώ το ποσοστό σε κλινικά υγιείς γυναίκες χωρίς συγγενείς με ΚΜ ήταν 15%. Τα ειδικά αυτά αντισώματα δίνουν θετικές δοκιμασίες ανοσοφθορισμού με κύτταρα από τον ίδιο όγκο, με ομόλογους όγκους και με κύτταρα από καρκίνο μαστού ποντικών. Εξάλλου, αναφέρεται εξουδετέρωση της δράσεις του MMTV από ορό γυναικών με ΚΜ.

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί υπό την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων. ⁽⁴⁾.

ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε γενεαλογικά δένδρα για την επίπτωση ΚΜ αποδεικνύουν την κληρονομική επικράτηση της νόσου σε ειδικές οικογένειες. 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 φτάνουν τις τρεις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε μετεμμηνοπαυσιακά και από τους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις τέσσερις φορές. Αν ο καρκίνος εμφανίστηκε προεμμηνοπαυσιακά και στους δύο μαστούς, τότε αυτές φτάνουν τις οκτώ φορές. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του.

Η ανακάλυψη των γονιδίων BRCA1 και BRCA2, βοήθησε αναντίρρητα στη συλλογή αρκετών πληροφοριών γύρω από τη βιολογία του καρκίνου. Ο ρόλος πάντως των μεταλλάξεων στα ανωτέρω όσον αφορά την εξέλιξη της κακοήθειας και την επιβίωση, παρά τη μελέτη του θέματος από πολλούς, δεν έχει οριοθετηθεί επακριβώς λόγω αντικρουόμενων αποτελεσμάτων. (6,7,8.)

Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τον καρκίνο του μαστού από ό,τι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από τον καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλλων είναι 99 γυναίκες προς έναν άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (αραβικές, Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10:1 . (4.)

Ηλικία

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά στην πιθανότητα να πάθει ΚΜ. Κάτω των 25 ετών η νόσος είναι απόλυτα σπάνιος, μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν ΚΜ βρίσκονται σε αυτήν την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθεις , συνήθως ινοαδενώματα, σπανιότερα πολλαπλά θήλωματα η αδενώσεις .

Σε έρευνα που έγινε από τους Βασίλαρο, Παπαδιαμάντη et al στην Κλινική Μαστού του Μαιευτηρίου <<Μαρίκα Ηλιάδη>> (Δεκ. 1984), σε σύνολο 20 ασθενών με ΚΜ, 2 μόνον ήταν κάτω των 25 ετών

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών. Τότε η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί. Στην αρχή υπήρχε η βεβαιότητα ότι ο καρκίνος του μαστού σε νέες γυναίκες είχε πολύ χειρότερη εξέλιξη από ό,τι σε μεγαλύτερες.

Σε μια σημαντική σειρά από 35 γυναίκες κάτω των 30 χρόνων που μελετήθηκαν από τον Norrhw (1976), η πενταετής επιβίωση ήταν 56% και η δεκαετής 48%. Το συμπέρασμα ήταν ότι οι νέες αυτές γυναίκες είχαν ελαφρώς χειρότερη πρόγνωση από τις μεγαλύτερες. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και

εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Αν και η πιθανότητα του καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας στις γυναίκες των δυτικών χωρών, ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προσέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 54 ετών. Αυτό το παράδοξο εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες υποκύπτουν σε άλλες παθήσεις και έτσι μένουν λιγότερες στη ζωή, εκτεθειμένες στον κίνδυνο να πάθουν καρκίνο του μαστού.^(4.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εκατοστιαία αναλογία εμφάνισης ΚΜ κατά ηλικία σε σύνολο 20 γυναικών

Ηλικία	Αριθμός	%
20	0	0
21-25	2	10
26-30	18	90
Σύνολο	20	100

Άλλοι παράγοντες

Διαπιστώθηκε, πως όσο μεγαλύτερος είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού. Επίσης πως οι ψηλές γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τις κοντές, όπως συχνότερα προσβάλλονται οι γυναίκες αστικών τάξεων σε σύγκριση με τις γυναίκες αγροτικών. Ακόμη πιστεύεται πως η έντονη ψυχική δοκιμασία και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως της ρεσερπίνης σε μεγάλες δόσεις, μπορούν να θεωρηθούν αιτιολογικοί παράγοντες του καρκίνου του μαστού.

Γυναίκες, που εκτέθηκαν σε ακτινοβολία (Χιροσίμα), όπως και γυναίκες που έπασχαν από φυματίωση και υποβλήθηκαν σε συχνό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εμφανίζουν συχνότερα καρκίνο στο μαστό τους. Σε όσο μικρότερη ηλικία η γυναίκα εκθέτει τον εαυτό της στην ακτινοβολία, τόσο ο κίνδυνος να εμφανίσει καρκίνο στο μαστό της μεγαλώνει. Τη μεγαλύτερη ευαισθησία την εμφανίζει στην ηλικία των 10-19 ετών και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τέλος, εκφράστηκε η άποψη πως υπάρχει κάποιος ιός, που βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση, και ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γενετικών και ενδοκρινικών παραγόντων και προκαλεί καρκίνο στο μαστό. ⁽⁷⁾

ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Από το 1939 έχει αποδειχθεί η σχέση των πολυκλωνικών υδρογονανθράκων με την ανάπτυξη ΚΜ σε πειραματόζωα. Η ουσία μεθυλχολανθρένη δημιουργούσε ΚΜ σε θηλυκά ποντίκια, αμόλυντα από τον παράγοντα Bittner. Αρκούσε επάλειψη του δέρματος των πειραματόζωων με την ουσία για να αναπτυχθεί ο καρκίνος του μαστού. Έχει βρεθεί ότι και αρωματικές αμίνες έχουν παρόμοια δράση.

Στον άνθρωπο δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα ότι κάποια χημική ουσία σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη ΚΜ, αν και πολλά χημικά σκευάσματα έχουν ενοχοποιηθεί, παράδειγμα οι χημικές χρωστικές για τη βαφή των μαλλιών. (βρέθηκε μια διαφορά σε γυναίκες που χρησιμοποιούσαν, αλλά όχι σημαντική). Η διαφορά ήταν σημαντικότερη σε γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακές και μετά από χρήση για περισσότερα από 10 χρόνια. ⁽⁴⁾

ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ηλικία εμμηναρχής ή εμμηνόπαυσης

Η πρόωγη έναρξη της έμμηνης ρύσης και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις, η χρονική περίοδος των μονοφασικών (ανωορρηκτικών) κύκλων είναι αυξημένη, πράγμα που αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ανάπτυξης ΚΜ. Η ιδέα της ανεπάρκειας του ωχρού σωματίου ή των ανωορρηκτικών κύκλων στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο για πρώτη φορά υποστηρίχθηκε από έναν Ιταλό ενδοκρινολόγο, τον Gratarola (1964) και στη συνέχεια από έναν Γάλλο ενδοκρινολόγο, τον Mauvais Gasvis(1982).

Άλλες δύο σημαντικές μελέτες έγιναν η μια στο Νοσοκομείο Hohns Horkins από τους Cowan et al(1981) (αναφέρει κίνδυνο να αναπτυχθεί καρκίνος μαστού στην προεμμηνοπαυσιακή περίοδο 5,4 φορές μεγαλύτερο στις άτεκνες γυναίκες με φυσιολογικούς κύκλους) η άλλη στην Mayo Clinic (παρουσιάζει κίνδυνο να αναπτυχθεί ΚΜ 1,45 φορές μεγαλύτερο στην ομάδα των γυναικών με αποδεδειγμένους ανωορρηκτικούς κύκλους ή διαπιστωμένες πολυκυστικές ωοθήκες).

Μια πιο τελειοποιημένη μέθοδος για τη συσχέτιση της ηλικίας εμμηνόπαυσης με τον ΚΜ συνίσταται στον καθορισμό του σχετικού κινδύνου από τη νόσο από την άποψη της ηλικίας επέλευσης της φυσιολογικής εμμηνόπαυσης σε ασθενείς με τη νόσο και σε μάρτυρες. Βρέθηκαν εννέα τέτοιες εργασίες (με τεκμηριωμένη εκείνη των Τριχόπουλου-Mac Mahon-Cole, 1972). Το αποτέλεσμα και των 9 εργασιών ήταν ότι αν ο κίνδυνος ΚΜ σε γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση πριν την ηλικία των 45 λαμβάνεται σαν 1, αυξάνεται κατά μέσο όρο σε 1,6 για

γυναίκες, των οποίων η εμμηνόπαυση επέρχεται μεταξύ 50 και 54 ετών.^(4.)

Τεχνητή εμμηνόπαυση

Η ωοθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι ενδεχόμενου ΚΜ. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η προστατευτική επίδραση γίνεται έκδηλη, αφού περάσουν 10 περίπου χρόνια μετά την επέμβαση και διαρκεί για ολόκληρη την υπόλοιπη ζωή.

Τα τελευταία χρόνια μια σειρά μελετών έχει επιβεβαιώσει αυτήν την προστατευτική επίδραση της ωοθηκεκτομής (Levin 1964, Feinleib 1968, Τριχόπουλος 1972). Οι δύο πρόσφατες από αυτές τις μελέτες συμπεριέλαβαν στοιχεία μάλλον ειδικού ενδιαφέροντος. Ο Feinleib ανέφερε ότι μεταξύ 1.278 γυναικών που είχαν υποστεί αμφωθηκεκτομή πριν την ηλικία των 40 ετών, στο Free Hospital κατά την 20ετία 1920-1940, μόνον 6 ανέπτυξαν ΚΜ, αν και αναμενόταν να αναπύξουν 24. Στην εργασία για τους ασθενείς του Connecticut, που ανέφεραν οι Τριχόπουλος et al, η ωοθηκεκτομή μείωσε το σχετικό κίνδυνο του ΚΜ στα 2/3 για γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση μεταξύ 45 και 54 ετών. Αυτό το προστατευτικό αποτέλεσμα ήταν μεγαλύτερο σε γυναίκες, των οποίων η ωοθηκεκτομή έγινε όταν ήταν κάτω των 35 ετών. Σε αυτές ο κίνδυνος μειώθηκε στο 1/3. Η ωοθηκεκτομή μετά τα 50 δεν έχει προστατευτικό αποτέλεσμα. ^(4.).

Γάμος και τεκνοποίηση

Έχει διαπιστωθεί ότι η σχετική συχνότητα του ΚΜ είναι μεγαλύτερη στις άγαμες γυναίκες από ό,τι στις έγγαμες και μεγαλύτερη στις άτεκνες. Η εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία πιστεύεται ότι προστατεύει από καρκίνο του

μαστού. Γυναίκες που γέννησαν πριν την ηλικία των 20 χρόνων έχουν 1/3 της πιθανότητας να πάθουν ΚΜ σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν μετά την ηλικία των 35 ετών, όπου η πιθανότητα νοσήματος τριπλασιάζεται. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν για προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ότι η προστατευτική επίδραση που ασκεί ο τοκετός σε νεαρή ηλικία εξακολουθεί για όλη τη μετέπειτα ζωή. Επισημαίνεται ότι είναι δυνατή η κατά 30% μείωση της επίπτωσης ΚΜ σε έναν πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία πρώτης τελειόμηνης κύησης κατά πέντε χρόνια. Δεν έχουν όμως προστατευτική επίδραση οι υπόλοιπες τελειωμένες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν, ούτε και η διακοπή εγκυμοσύνης σε πολύ νεαρή ηλικία. Αντίθετα πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα ίσως διότι ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση.

Στην Ελλάδα μελέτη των Βασίλαρου *et al* (1982), η οποία θέλησε να δείξει τη σημασία του παράγοντος της τεκνοποίησης στη δημιουργία ΚΜ, είχε τα εξής αποτελέσματα: στις γυναίκες κάτω των 40 ετών βρέθηκαν 128 ΚΜ, ποσοστό 2,2%, ενώ στις γυναίκες άνω των 40 ετών 622, ποσοστό 14,6%.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι ο δείκτης κινδύνου στις γυναίκες άνω των 40 ετών αυξάνεται με την ηλικία και είναι σαφώς μεγαλύτερος στις άτεκνες σε σχέση με την ίδια ομάδα γυναικών με ένα ή περισσότερα παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: καρκίνος του μαστού σε 10.000 γυναίκες.

Ηλικία	Αριθμός Γυναικών	%	Αριθμός Καρκινωμάτων.	%
<40	5.750	58	128	2,2
>40	4.250	42	622	14,6
Σύνολο	10.000	100	750	7,5

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Αριθμός τοκετών κατά ηλικία και ΚΜ (Βασίλαρος) 1984. ⁽⁴⁾

Αριθμός τοκετών	Ηλικία	Αριθμός γυναικών	Αριθμός Καρκινωμάτων.	%	Δεκτής κινδύνου
>1	41-45	972	57	5,9	1,0
	46-50	789	83	10,5	1,8
	51-55	401	62	15,5	2,6
	>56	509	168	33,0	5,6
0	41-45	221	15	6,8	1,2
	46-50	196	22	11,2	1,9
	51-55	122	19	15,6	2,7
	>56	168	69	41,1	7,0

Θηλασμός

Η υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού απέναντι στον ΚΜ βασίστηκε στα ευρήματα των πρώτων κλινικοεπιδημιολογικών ερευνών και ενισχύθηκε από την αρνητική σχέση που παρατηρείται στις διεθνείς στατιστικές μεταξύ συχνότητας και διάρκειας θηλασμού από τη μια πλευρά και επίπτωσης της νόσου από την άλλη.

Αρκετές μελέτες στις ΗΠΑ, Ιαπωνία, Γαλλία και αλλού δείχνουν επίσης ότι οι διάφοροι δείκτες του θηλασμού είναι μικρότεροι μεταξύ των καρκινοπαθών (Karlsen et al 1966). Δύο πληρέστερες μελέτες (MacMahon και Feinleib 1960) έδωσαν αρνητικά ευρήματα όσον αφορά στο θηλασμό.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις διαφορές, διενεργήθηκε μεταξύ 1965 και 1968 με πρωτοβουλία του Επιδημιολογικού Τμήματος της Σχολής Δημόσιας Υγείας, της Σχολής του Harvard, διεθνής επιδημιολογική έρευνα πάνω στον ΚΜ.

Τα αποτελέσματα της ελεγχόμενης ανάλυσης ήταν γενικά και σταθερά ερευνητικά, ώστε να μπορεί να θεωρηθεί σχεδόν βέβαιο ότι ο θηλασμός δεν διαδραματίζει αξιόλογο ρόλο στην αιτιολογία του ΚΜ. ⁽¹⁾

ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Όπως έχει αναφερθεί, η ωθηκεκτομή μειώνει τον κίνδυνο να εμφανισθεί ΚΜ, όταν γίνεται σε γυναίκα ηλικίας κάτω των 40 ετών. Τα ποσοστά του μειωμένου κινδύνου φθάνουν το 49%, σε σχέση με τον κίνδυνο του γυναικείου πληθυσμού.

Οι ενδείξεις ωθηκεκτομής οδήγησαν στην έρευνα της επίδρασης διαφόρων ορμονών επί καρκίνου του μαστού και τα αποτελέσματα ήταν αξιόλογα. ⁽¹⁾

Οιστρογόνα

Από τις τρεις κύριες μορφές οιστρογόνων, η οιστρόνη και η οιστραδιόλη προάγουν τον καρκίνο του μαστού σε πειραματόζωα, ενώ η οιστριόλη μειώνει την προαγωγή αυτή.⁽¹⁾

Προγεστερόνη

Η σχέση της προγεστερόνης με τον καρκίνο του μαστού είναι σαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν σαν ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση, ενώ άλλες τη θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης.⁽¹⁾

Προλακτίνη

Με επιδημιολογικές έρευνες, έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με ΚΜ έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με μάρτυρες.

Στεροειδή των επινεφριδίων

Από τις στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια, τα ανδρογόνα παρουσιάζουν εν μέρει σήμερα μεγαλύτερο ενδιαφέρον για ΚΜ. Σε μεγάλη επιδημιολογική έρευνα βρέθηκε ότι πολύ χαμηλά επίπεδα ετιοχολανόλης συνοδεύονται με αυξημένο κίνδυνο για ΚΜ.

Εξωγενή οιστρογόνα

Σύμφωνα με την θεωρία του Korenman (1980), η πρώτη έκθεση του οργανισμού στα οιστρογόνα συμπίπτει με την περίοδο της μεγαλύτερης ευαισθησίας του μαστού, σε πιθανές προδιαθεσικές καρκινικές ουσίες.⁽¹⁾

ΕΞΩΓΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ιοντίζουσα ακτινοβολία

Η χρήση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας για ιατρικούς σκοπούς, καθώς και οι πληθυσμιακές ομάδες των πόλεων Ναγκασάκι και Χιροσίμα, έδωσαν το υλικό για πολλές εργασίες, οι οποίες απέδειξαν τον αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη ΚΜ σε γυναίκες, που είχαν δεχθεί δόσεις ιοντίζουσας ακτινοβολίας μεγαλύτερες από ένα όριο.

Η σχέση δόσης-απάντησης είναι γραμμική για δόσεις 50-1000 ραντς, ενώ μείωση του κινδύνου αναμένεται σε υψηλότερες δόσεις λόγω κυτταροκτονίας. Ο αυξημένος κίνδυνος παραμένει τουλάχιστον 40 χρόνια και ο λανθάνων χρόνος (ελάχιστος 8 χρόνια) φαίνεται να είναι αντίστροφα ανάλογος με τη δόση.

Όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά την έκθεση τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος. Η μεγαλύτερη ευαισθησία φαίνεται να παρατηρείται στην ηλικία 10-19 χρόνων. Ο μαζικός αδένας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην καρκινογόνο επίδραση της ακτινοβολίας αμέσως πριν και μετά την εμμηναρχή, όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μιτωτική δραστηριότητα του μαστού και στις δύο περιπτώσεις είναι υψηλή.

Οι πρώτες παρατηρήσεις για την καρκινογόνο επίδραση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας έγιναν σε γυναίκες με φυματίωση πνευμόνων..

Τελευταία, πιστεύεται ότι οι μικρές δόσεις ακτινοβολίας που εφαρμόζονται για τους διαγνωστικούς σκοπούς(μαστογραφία)μπορεί να είναι επικίνδυνες. Αυτό όμως δεν έχει τεκμηριωθεί. Παρά ταύτα, ορισμένοι πιστεύουν ότι προληπτικός περιοδικός έλεγχος συμπτωματικών γυναικών πρέπει να γίνεται μετά τα 45-50, ενώ, όταν

υπάρχουν συμπτώματα ή ευρήματα ύποπτα για κακοήθεια, ο ξηρομαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε οποιαδήποτε ηλικία, δεδομένου ότι η ακτινική επιβάρυνση της ασθενούς δεν είναι μεγαλύτερη απο εκείνη που δέχεται από οποιαδήποτε άλλη ακτινολογική εξέταση (στομάχου, βαριούχος υποκλυσμός κ.α.⁽⁴⁾).

Ψυχολογικοί παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές φαίνεται να συνοδεύονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδυνού αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.⁽⁴⁾

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Προηγηθείσα βιοψία

Η προηγηθείσα βιοψία στο μαστό θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδυνου, με εξαίρεση αυτή που γίνεται για ινοαδενώματα. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε από το 1984 και μέχρι σήμερα δεν διαφοροποιήθηκε πολύ.⁽⁴⁾

Γενικά νοσήματα

Φαίνεται ότι σε περιοχές που ενδημεί η ιωδοπενική βρογχοκήλη υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση για καρκίνο του μαστού. Ακόμη έχει βρεθεί υψηλό ποσοστό βασεόφιλης υπερτροφίας της υπόφυσης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, ενώ συγχρόνως αναφέρεται ανίχνευση υψηλών επιπέδων θυρεοειδοτροπικού ορμόνης. Η μυασθένεια φαίνεται επίσης ότι σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ΚΜ. Η θυμεκτομή ακολουθείται από μείωση της επίπτωσης.⁽⁴⁾

Κακοήθεις νεοπλασίες

Θετική σχέση παρατηρείται μεταξύ καρκίνου του μαστού και άλλων κακοήθων νεοπλασιών. Γυναίκες με καρκίνο του ενδομήτριου έχουν 1,2-2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού από ό,τι έχει ο γυναικείος πληθυσμός.

Ο καρκίνος των ωοθηκών, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένα, ο καρκίνος εντέρου, η οξεία μυελοκυτταρική λευχαιμία, το σάρκωμα των μαλακών μορίων σχετίζονται επίσης θετικά με καρκίνο του μαστού.

Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με καρκίνο σε ένα μεγάλο σιελογόνο αδένα έχουν το 1/4 της πιθανότητας να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού από ό,τι ο γενικός πληθυσμός.⁽⁴⁾

Παθήσεις του μαστού

Ο καρκίνος του μαστού έχει πολυκεντρική φύση, δηλαδή έχει την τάση να υποτροπιάζει στον ίδιο ή στον αντίθετο μαστό. Επομένως, γυναίκες που είχαν καρκίνο στον ένα μαστό διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν και δεύτερο καρκίνο. Έχει υπολογισθεί ότι το ποσοστό του κινδύνου αυτού ανέρχεται στο 20% των περιπτώσεων. Αλλά και καλοήθεις παθήσεις του μαστού σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου. Από το 1940 έχει μελετηθεί και αποδειχθεί αυτή η σχέση μετά από παρατηρήσεις ότι ο καρκίνος του μαστού εντοπίζεται στην ίδια θέση με προηγούμενη μαστίτιδα στο 87% των περιπτώσεων.

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρουν 2-7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με διαπιστωμένη κυστική νόσο. Η κυστική νόσος και ιδιαίτερα η ινοκυστική μαστοπάθεια με άτυπες επιθηλιακές υπερπλασίες, με πολλαπλή θηλωμάτωση, αυξάνει τον κίνδυνο νόσησης 2,5 φορές. Σε μελέτη που έγινε

στο νοσοκομείο <<Άγιος Σάββας>> (Πάτρα-Μάλλη 1982) και αφορούσε σε 749 περιπτώσεις με παρακολούθηση από 1-31 χρόνια, διαπιστώθηκε ανάπτυξη καρκίνου σε 47 γυναίκες σε χρονικό διάστημα 16 ετών, κατά μέσον όρο, από την πρώτη βιοψία στο μαστό. Βρέθηκε ακόμα ότι η Ελληνίδα με διαπιστωμένη κυστική νόσο ιστολογικώς έχει περίπου 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο στο μαστό σε σύγκριση με την συμπτωματική Ελληνίδα του γενικού πληθυσμού.

Ο ακριβής μηχανισμός της σχέσης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. Εντούτοις, δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν:

A) ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι προκαρκινική κατάσταση που προδιαθέτει σε κακοήθη εξαλλαγή, και

B) ότι κακοήθεις και καλοήθεις παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο⁽⁴⁾.

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εθνικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές και αστικές τάξεις. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο <<δυτικό κόσμο>>-Βόρεια Αμερική, Βορειοδυτική Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία, ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή, η Λατινική Αμερική και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλούς δείκτες. Η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν ενδιάμεση θέση. Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του μαστού είναι επταπλάσια στις Αμερικανίδες από ό,τι στις Γιαπωνέζες. Οι Γιαπωνέζες όμως μεταναστεύουν στην Αμερική και στους απογόνους τους η διαφορά αυτή

εξαλείφεται προοδευτικά, γεγονός που προδικάζει την ύπαρξη σημαντικού παράγοντος στο περιβάλλον ή στον τρόπο ζωής, που μεταβάλλει τη συχνότητα νόσησης.

Εκπαιδευτικοί παράγοντες

Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση με τις γυναίκες, στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια ⁽⁴⁾.

Διαιτητικοί παράγοντες

Η επίδραση της διατροφής στην ανάπτυξη του καρκίνου έχει πολλαπλά ερευνηθεί στα τελευταία είκοσι χρόνια. Στο εργαστήριο με βασικές ερευνητικές προσεγγίσεις πολλές μελέτες έχουν γίνει για το ρόλο που παίζει η διατροφή στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.

Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου του μαστού, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

Οι ΗΠΑ και η Β. Ευρώπη έχουν δείκτη συχνότητας καρκίνου του μαστού 5-6 φορές υψηλότερο από εκείνων των περισσότερων χωρών της Ασίας και της Αφρικής. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι οι διαφορές στους δείκτες συχνότητας μπορεί να σχετίζονται μερικώς με το διαιτολόγιο, ιδιαίτερα με την κατανάλωση ζωικού λίπους και πρωτεϊνών. Δεν έχει όμως ακόμη βρεθεί σαφής σχέση μεταξύ καρκίνου του μαστού και επιπέδων χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων και ολικών λιπιδίων στον ορό του αίματος.

Για γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών, υπάρχει μικρός ή καθόλου αυξημένος κίνδυνος, αλλά σε ομάδες ηλικίας 60-90 ετών η αύξηση του βάρους από τα 60 στα 70

χιλ ή και περισσότερο οφείλεται στην περίσσεια του βάρους ή στο λίπος του σώματος ή στις μυϊκές μάζες μόνο. Το αποτέλεσμα που προκύπτει από το υπερβολικό σωματικό βάρος στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι ανεξάρτητο του αποτελέσματος της ηλικίας εμμηναρχής, της ηλικίας κατά τον πρώτο τοκετό και της ηλικίας εμμηνόπαυσης.

Η άποψη ότι οι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη, τη σύνθεση και το μεταβολισμό των οιστρογόνων είναι πλέον γενικότερα αποδεκτή, π.χ ότι οι αποθήκες λίπους περιέχουν αρωματάση, ένζυμο που υπεισέρχεται στη μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα.^(4.9.)

Κεφάλαιο 4

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ-ΠΡΟΛΗΨΗ

Πολλές φορές τυχαία ή κατά την ψηλάφηση , μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε άλλου μεγέθους, κίνητη ή ακίνητη μάζα , ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης. Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ανακάλυψη, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά όψη φλοιού πορτοκαλιού, και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. Οι μασχαλιαίοι αδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης, καθώς και οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά (4.) Δεν είναι λίγα τα περιστατικά που ζητείται ιατρική βοήθεια με εξελκωμένο ογκίδιο και με πολλαπλές μεταστάσεις

Συγκεκριμένα , η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει....



Α: Ορώδη ή αιματηρή έκκριση.

Β: Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο.

Γ: 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.

Δ: Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού

Ε. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.

ΣΤ. Εισολκή της θηλής που οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους γύρω από την θηλή

Ζ. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής.

Η. Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο)

Θ. Εξέγκωση κοντά στη θηλή οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας

Ι. Πόνος συνήθως απουσιάζει από τα προχωρημένα στάδια⁽⁴⁾.

Ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού

Λέγοντας ταξινόμηση ή σταδιοποίηση του ΚΜ, εννοούμε τον ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκταση της.

Κατά την σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση: (α) των χαρακτηριστικών του πρωτοπαθούς καρκίνου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, (β) της προσβολής λεμφαδένων με κλινική εξέταση, λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία και (γ) για την ύπαρξη μεταστάσεων. Χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση.⁽⁴⁾

<i>T</i>	ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΟΓΚΟΣ	(TUMOR)
<i>N</i>	Επιχώρια λεμφαδενοπάθεια	(Nodes)
<i>M</i>	Μετάσταση	(Metastasis)

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού είναι κοινά αποδεκτή από την AJCC και την UICC. Ο ιστολογικός τύπος, αν και καθοριστικός, δεν περιλαμβάνεται στη σταδιοποίηση

Σταδιοποίηση:

ΣΤΑΔΙΟ	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
<i>O</i>	<i>Tis</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>I</i>	<i>T1</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>IIA</i>	<i>T0</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
	<i>T1</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
	<i>T2</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>IIB</i>	<i>T2</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
	<i>T3</i>	<i>N0</i>	<i>M0</i>
<i>IIIA</i>	<i>T0</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
	<i>T1</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
	<i>T2</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
	<i>T3</i>	<i>N1</i>	<i>M0</i>
	<i>T3</i>	<i>N2</i>	<i>M0</i>
<i>IIIB</i>	<i>T4</i>	<i>N0, N1, N2,</i> <i>N3</i>	<i>M0</i>
	<i>T1, T2, T3,</i> <i>T4</i>	<i>N3</i>	<i>M0</i>
<i>IV</i>	<i>T1, T2, T3,</i> <i>T4</i>	<i>N1, N2, N3</i>	<i>M1</i>

(B.).

Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Η πρόγνωση κάθε καρκίνου του μαστού καθορίζεται από το ρυθμό ανάπτυξής του.

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

Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν επιβίωση σε ποσοστό 50% και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου το ίδιο σε διάφορες χώρες. Επίσης ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά την ασθενή και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση :αν ο ΚΜ είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο ΚΜ είναι χειρουργήσιμος, η ασθενής έχει πιθανότητα να θεραπευτεί..

Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, κατά σειρά συχνότητας, είναι η πνευμονική ανεπάρκεια (26%), καρδιακή ανεπάρκεια (15%), άλλες επιπλοκές (20%)^(4,10,11.).

Πρόληψη και προληπτικές διαδικασίες

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικών αιτιολογικών παραγόντων (π.χ περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιοντίζουσα ακτινοβολία), η αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ

διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη), η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β)

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση ενός νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο (π.χ μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης⁽⁴⁾.

Ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές, μολονότι είναι αναγκαστικά μη πειραματικές (επιδημιολογικές). Οι έρευνες σε πειραματόζωα έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι πειραματικές και ένα σημαντικό μειονέκτημα, ότι ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα που υπόκεινται σε διάφορες καρκινικές επιδράσεις.

Ωστόσο, ο εργαστηριακός έλεγχος δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επιδημιολογική ή πειραματική αξιολόγηση της καρκινογενετικής ικανότητας των ύποπτων ουσιών, γιατί αρκετά συχνά παρέχει εσφαλμένα <<θετικά>> ή εσφαλμένα <<αρνητικά>> ευρήματα.⁽⁴⁾

*Εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης**Τέτοια προγράμματα είναι:*

- 1) Η υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου και ανδρικού πληθυσμού σχετικά με τον ΚΜ βοηθάει στην πρόληψη του, π.χ διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με τον ΚΜ.
- 2) Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων, σχετικά με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα. Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.

Για την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στην λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ, όπως τα ακολούθα:

- A. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας
- B. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ό έτος
- Γ. Η ίδρυση τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο
- Δ. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στην χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση
- E. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα
- Στ. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού

Ζ. Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον ΚΜ

Η. Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιοριστούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση

Θ. Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ. ⁽⁴⁾.

Δευτερογενής πρόληψη

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

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για τη σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στη δευτερογενή πρόληψη του ΚΜ. Πολλοί όμως λόγοι-και ιδιαίτερα οικονομικοί και τεχνικοί- κάνουν αδύνατον τον συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του ΚΜ στο γυναικείο πληθυσμό μιας χώρας, για αυτό, η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες υψηλού κίνδυνου.

Διαλογή (screening) είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων και ανωμαλιών,

με την εφαρμογή κλινικών, παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, φθηνά και γρήγορα.

Μαζική ή γενική διαλογή (mass screening) ονομάζεται η διαλογή που εφαρμόζεται στο σύνολο του πληθυσμού μιας περιοχής ή σε σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της.

Τα προγράμματα screening) βασίζονται στα εξής:

- Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά.
- Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου, σε όλες τις φάσεις της εξέλιξής του.
- Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα, καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου.
- Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους απαντάται επίδραση παραγόντων κινδύνου.

Μερικά κριτήρια, τα οποία πρέπει να ληφθούν υπόψη για την εκτίμηση της καταλληλότητας των προγραμμάτων περιοδικού προληπτικού ελέγχου, είναι ότι τα προγράμματα αυτά είναι:

- Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους.
- Δεν κοστίζουν ακριβά.
- Ακριβή στην πρώιμη εντόπιση.
- Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων.
- Ανώδυνα.
- Εφαρμοσμένα από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία⁽⁴⁾.

Κινητές μονάδες

Οι <<κινητές διαγνωστικές μονάδες>> είναι μια πιο αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, ιατρών, παραϊατρικού προσωπικού κ.α., που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα, που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμα σε αστικά κέντρα και ασχολούνται με:

1. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και
2. Τη διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση του ΚΜ.

Η προτίμηση στα χωριά και τις επαρχίες οφείλεται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης.

Ιατρεία προκλινικής εξέτασης

Τα ιατρεία για την συμπτωματική διάγνωση του ΚΜ στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνον ως σύμβουλοι. Έτσι, η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολόγιου. Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη

πάσχει από ΚΜ, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους^(4.).

Κεφάλαιο 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Όλοι γνωρίζουμε σήμερα ότι η πρόληψη του ΚΜ επιτυγχάνεται μέσα από τις υπηρεσίες της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμιας κυρίως, αλλά και δευτεροβάθμιας). Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή, αφού πρωτοστατεί στις υπηρεσίες φροντίδας για την υγεία, είναι πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και για αυτό στρατηγικός.

Ο νοσηλευτής, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στην διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρώιμη διάγνωση του ΚΜ, καθώς και στην καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Χρησιμοποιεί τακτικές και τρόπους, ώστε το μήνυμα της πρόληψης να ενσωματώνεται σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο, για να προάγει την υγεία του ατόμου. Όπως κάθε παιδεία, έτσι και η υγειονομική παιδεία, για να έχει απόδοση έχει ανάγκη από μεθοδολογία. Συνδέονται μοιραία στην υγειονομική διαφώτιση, σε κάθε πρόγραμμα πρόληψης, παράγοντες πολιτικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Χαρακτηριστικά στόχων -Διαθέσιμες υπηρεσίες -Μέσα προσέγγισης -Προσφορότερη κατανομή δαπανών <p>ΠΙΝΑΚΑΣ 8</p> |
|---|

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:
-Επιδημιολογικά δεδομένα
-Πιθανές στάσεις, ιστορικό δημόσιας υγείας
-Περιβαλλοντικά στοιχεία
-Επίδραση άμεση ή έμμεση στο χώρο της εργασίας
Πρότυπο αντικαρκινικής συμπεριφοράς

Προσέγγιση:

- Προσωπικού-γενικού χαρακτήρα
- Οικογενειακή προσέγγιση
- Εργασιακή προσέγγιση.

Κλινική εξέταση

Ως τα τελευταία χρόνια, η προσπάθεια στον έλεγχο των μαστοπαθειών είχε συγκεντρωθεί στην διάγνωση τους και τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Καμιά προσπάθεια δεν έγινε για την ανίχνευσή τους, και ιδιαίτερα του καρκίνου του μαστού, σε πρώιμο στάδιο.

Ο γιατρός, στην διάρκεια της κλινικής εξέτασης της άρρωστης, έχει την ευκαιρία να ανιχνεύσει νόσο στο μαστό της και όταν αυτή δεν έγινε ακόμη αντιληπτή. Οι ηλικιωμένες μάλιστα γυναίκες, τουλάχιστο κάθε εξάμηνο, πρέπει να ελέγχουν τους μαστούς τους, και ακόμη συχνότερα αυτές, που πέρασαν ινοκυστική μαστοπάθεια ή αναφέρουν στο κληρονομικό τους καρκίνο του μαστού.

Η κλινική εξέταση του μαστού περιλαμβάνει το ιστορικό της άρρωστης, την επισκόπηση και την ψηλάφηση των μαστών. (7.10.)

Πριν την εξέταση ο νοσηλευτής εξηγεί στην ασθενή τι πρόκειται να γίνει και της εμπνέει διάθεση συνεργασίας.

- Συνιστά να πάει στην τουαλέτα, για την κένωση της ουροδόχου κύστης, ώστε να διευκολύνει την εξέταση.
- Την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων που θα παρεμποδίζουν την εξέταση, την καλύπτει όμως, αν βρίσκεται σε ύπτια θέση με σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας, ώστε να μην εκτεθεί περισσότερο από ό,τι χρειάζεται. Με αυτόν τον τρόπο, ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς, που ελαττώνουν την ικανότητα της για συνεργασία κατά την εξέταση.
- Κλείνει τα παράθυρα για να μην κρυολογήσει και εξασφαλίζει απόλυτη ησυχία.
- Εξασφαλίζει καλό φωτισμό.
- Την πληροφορεί ότι ο γιατρός θα τη ρωτήσει για το ιστορικό της υγείας της, ώστε να ετοιμασθεί να απαντήσει.
- Την βοηθάει με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης

Ο νοσηλευτής τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχονται το σχήμα, το μέγεθος και η συμμετρία των μαστών, οι θηλές, κάθε εξέλκωση του δέρματος ή των θηλών, το χρώμα, οίδημα, εισολκή, του δέρματος ή των θηλών. Η εισολκή του δέρματος, η οποία οφείλεται σε βράχυνση των συνδέσμων του Cooper, φαίνεται καλύτερα, όταν η επισκόπηση γίνεται με υψωμένα χέρια.

Σπανίως, η εισολκή φαίνεται όταν η ασθενής με υψωμένα τα χέρια σκύψει προς τα εμπρός. Είναι ίσως το σπουδαίο σημείο που δεν το συναντούμε στις καλοήθεις παθήσεις, παρά σπανίως σε νέκρωση λίπους. Μπορεί να μας οδηγήσει να βρούμε έναν καρκίνο που δεν ψηλαφάτε εύκολα.

Το χρώμα και το οίδημα του δέρματος καθώς και η εξέλκωση μας βοηθούν στην πιθανή διάγνωση απλής φλεγμονής, φλεγμονώδους καρκίνου ή προχωρημένου καρκίνου του μαστού ή ακόμη και νόσο του Paget,, όταν υπάρχει εξέλκωση της θηλής^(4.)

Ψηλάφηση

Με την ψηλάφηση προσδιορίζουμε τη θέση του όγκου, το μέγεθός του, το σχήμα του, τη σύστασή του και το βαθμό κινητικότητας του.

Για την ψηλάφηση η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση. Με την ψηλάφηση ελέγχουμε:

-Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, σκληρίας ή πληρότητας

-Την ευαισθησία των θηλών

-Της εκκρίσεις των θηλών

-Τους υπερκλείδιους και μασχαλιαίους λεμφαδένες

Ο νοσηλευτής συμβουλεύει την εξεταζόμενη να ξαπλώσει και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από τον ώμο της. Το σύστοιχο χέρι τοποθετείται πάνω από το κεφάλι, ενώ το αντίστοιχο βρίσκεται κάτω, παράλληλα με το σώμα. Η ψηλάφηση πρέπει να γίνεται με την άκρη των δακτύλων και κυκλικά, αρχίζοντας από τη θηλή προς την περιφέρεια, ψηλαφούμε όλο το μαστό. Ο ΚΜ παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

Για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει ότι :

-Το άλγος και η ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του ΚΜ και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

-Οι εκκρίσεις συνήθως είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις, πολλές φορές, όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα των πόρων και σπανίως σε ενδοπορώδη καρκίνο. Συνήθως είναι ορώδεις ή γαλακτώδεις από αύξηση της προλακτίνης, που μπορεί να οφείλεται στην λήψη φαρμάκων (αντισυλληπτικών, ηρεμιστικών κ.τ.λ), πράσινης χροιάς σε κυστικές συνήθως μαστοπάθειες και αιματηρές σε μονήρη ή πολλαπλή θηλωμάτωση πόρου ή καρκίνου.

-Με την ψηλάφηση πρέπει επίσης να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων, που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και ο νοσηλευτής να κρατά με το αντίστοιχο χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ωμικής ζώνης. Για την ψηλάφηση της δεξιάς μασχάλης πρέπει να χρησιμοποιείται από τον νοσηλευτή, που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο.

-Επίσης, σωστό είναι, εκτός από τις μασχάλες, να εξετάζονται και οι υπερκλείδιοι χώροι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου του μαστού. (4,10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: διαδικασία ψηλάφησης της ασθενούς (Σαχίνη Πάνου 1985)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ	
Φάση προετοιμασίας και επιπολής εξέταση	
1. Πείτε στην ασθενή να βγάλει τα ρούχα της από τη μέση και πάνω και να στραφεί προς τον εξεταστή.	1. Παρέχει μια ευκαιρία επισκόπησης των μαστών για ασυμμετρία, ερυθρότητα θηλών, εισολκή θηλών, δέρμα που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού.
2. Πλύνετε τα χέρια	2. Ο μαστός είναι ευαίσθητος στο κρύο
Εξέταση	
Ψηλαφίστε την υπερκλείδια περιοχή.	1. Προσέξτε αν οι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, ακίνητοι, κινητοί ή δύσκολο να εντοπισθούν.
2. Ψηλαφίστε τους μασχालιαίους αδένες, κρατάτε το αντιβράχιο της ασθενούς στην αριστερή σας παλάμη, ενώ ελέγχετε τους αδένες με της ράγες των δεξιών σας δακτύλων. Επαναλάβετε το ίδιο και στην άλλη πλευρά.	2. Το ίδιο, όπως και πιο πάνω.
3. Βάλτε την ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια θέση. Τοποθετήστε ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από το δεξιό ώμο της.	3. Με τον τρόπο αυτόν ο μαζικός αδένας κατανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα.

<p>4. Με τα δάκτυλα επίπεδα στον μαστό, ψηλαφίστε ήπια το μαζικό αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο .</p>	<p>4. Τα ευαίσθητα δάκτυλα με ζυμωτικές κινήσεις μπορούν να ψηλαφίσουν ογκίδια που βρίσκονται μεταξύ του δέρματος και του θωρακικού τοιχώματος</p>
<p>.α Προχωρήστε σε κανονικό σχήμα κυκλικής εξέτασης του μαστού και επαναλάβετε την εξέταση του πρώτου τεταρτημορίου που εξετάσθηκε.</p>	<p>.α Η περιοχή αυτή ελέγχεται και για δεύτερη φορά, γιατί οι περισσότερες αλλοιώσεις του μαστού εντοπίζονται στο άνω και έξω τεταρτημόριο.</p>
<p>.β Επαναλάβετε την ίδια διαδικασία για τον άλλο μαστό.</p>	
<p>5. Ελέγξτε το χαλαρό μαστό για σκληρίες, εκροή υγρού από τη θηλή, σημεία μόλυνσης.</p>	<p>5. Ετοιμασθείτε να συλλέξετε δείγμα εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση, αν έχετε οδηγία.</p>
<p>6. Σημειώστε τα ευρήματα και ενημερώστε το γιατρό για την ανεύρεση ανωμαλιών.</p>	
<p>7. Εξηγήστε στην ασθενή πώς να κάνει την αυτοεξέταση .Ενθαρρύνετε την να υποβάλει ερωτήσεις, δώστε της τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια.</p>	<p>7. περίπου 95% των γυναικών ανακαλύπτουν μόνες τους τις ανωμαλίες του μαστού.</p>

ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

Μετά την επισκόπηση των μαστών ακολουθεί η ψηλάφηση για διαπίστωση ασυνήθιστων 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 εξεταστεί. 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 δάκτυλα του αλλού χεριού επίπεδα σε αυτόν. Η τεχνική απαιτεί ευγενική ψηλάφηση του μαστικού αδένα, 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 ήμισυ του μαστού, αρχίζοντας από το στήρνο. Μετά την ολοκλήρωση μιας κυκλικής κίνησης των δακτύλων, το χέρι μετακινείται 2cm προς την 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.

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

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

Ο νοσηλευτής θεωρείται το κατάλληλο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την ΑΕΜ και για τη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ο νοσηλευτής οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ.^(4,12)..

Κεφάλαιο 8

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, για αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου.

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο της σε αυτό το περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής:

1. Ενημερώνοντάς την για όλες τις εξετάσεις που θα υποβληθεί.
2. Εξηγώντας για ποιο σκοπό αποφασίστηκε η διενέργεια της εξέτασης
3. Ενημερώνει για τον τρόπο που θα γίνουν οι εξετάσεις και τον χρόνο διάρκειας
4. Ενημερώνει την άρρωστη για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις

Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της κατά την περίοδο της διάγνωσης.

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, του καρκίνου γενικότερα, δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στην δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων από τη διάγνωση, ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα

Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει την ασθενή και την οικογένεια σε αυτήν την αρχική φάση, πρέπει να γνωρίζει ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες στην αποτελεσματική προσαρμογή:

- Έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει τη φάση της αρρώστιας της συζύγου και μητέρας;
- Συζητάνε το θέμα ανοιχτά μεταξύ τους;
- Έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση;
- Ενθαρρύνονται μεταξύ τους;

Από την πρώτη κιόλας στιγμή της διάγνωσης, ο νοσηλευτής επηρεάζει με την στάση του το οικογενειακό περιβάλλον και συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία της προσαρμογής του.⁽⁴⁾

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Μαστογραφία είναι η ακτινολογική εξέταση των μαστών, στην οποία χρησιμοποιούνται λεπτόκοκκο φιλμ υψηλής διακριτικότητας και ακτίνες χαμηλής διαπερατότητας. (10) Αποτελεί τη μοναδική εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 χιλιοστών. Είναι εξέταση απλή, ανώδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες. Είναι απαραίτητη για την εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών και αναντικατάστατη στον πληθυσμιακό έλεγχο (Screening) για καρκίνο του μαστού.

Πληθυσμιακός έλεγχος είναι η μέθοδος ανίχνευσης μιας νόσου σε υγιή πληθυσμό με τη χρήση μιας ή περισσότερων εξετάσεων. Στην περίπτωση του μαστού η μαστογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής. Συνιστάται να γίνεται κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών. Σε νεότερες γυναίκες δεν έχει μέχρι σήμερα αποδειχθεί ότι η μαστογραφία μπορεί να ελαττώσει τη θνησιμότητα. Καλό είναι η γυναίκα στην ηλικία των 35-40 ετών να κάνει μία μαστογραφία αναφοράς.

Παρόλο που η μαστογραφία αποτελεί σήμερα τη μόνη εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει πρώιμα τον ΚΜ, η ευρεία χρήση του υπερηχογραφήματος και της παρακέντησης με

λεπτή βελόνη, μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου, μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά ακριβούς διάγνωσης.^(14.)

Για την αύξηση της διαγνωστικής ικανότητας πρέπει να γίνεται διπλή ανάγνωση των μαστογραφιών από δύο ακτινολόγους, οι οποίοι διαβάζουν ανεξάρτητα.^(15.)

Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα δεν μειώνουν την πίστη στις μαστογραφίες στις ΗΠΑ.^{(13,14,15,16).}

Νοσηλευτική φροντίδα-σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας

A. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς στις διαδικασίες της εξέτασης προς αποφυγή ή ανακούφιση του άγχους και της αγωνίας.

B. Προετοιμασία ψυχολογική-σωματική για την αποδοχή της εξέτασης χωρίς δυσάρεστα επακόλουθα.

Γ. Αναχαίτιση επιβαρυντικών για την πορεία της εξέτασης παραγόντων, όπως πόνου, ανησυχίας, αφυδάτωσης, καθώς και άλλων μεταβολικών νοσημάτων, π.χ ΣΔ.

Η φροντίδα των παραπάνω θα συντελέσει στο να διεξαχθεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η εξέταση, χωρίς να δημιουργήσει δυσάρεστα συναισθήματα, καθώς και να βοηθήσει την ασθενή στην ευκολότερη αποδοχή της και στην κατανόηση της σπουδαιότητάς της.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ενημερώνεται η ασθενής για τον τόπο και χρόνο διενέργειας της εξέτασης καθώς και για το σκοπό της.

1. Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειας της εξέτασης και για το ότι είναι αναίμακτη εξέταση που δεν προκαλεί πόνο.

2. Στην εμφάνιση έντονου άγχους και αγωνίας χορηγούνται ελαφρά ηρεμιστικά.

3. Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς.

4. Σε περίπτωση αφυδάτωσης ο νοσηλευτής φροντίζει για σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων.

5. Αν υπάρχουν άλλα νοσήματα π.χ Σ.Δ φροντίζουμε για την χορήγηση ινσουλίνης.

6. Ενημερώνει και καθυστεράζει τους συγγενείς.

Σε περίπτωση που ο νοσηλευτής ακολουθήσει την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο, μπορεί να βοηθήσει στην σωστή τοποθέτηση, σύμφωνα με τις διάφορες θέσεις, του μαστού στο μαστογράφο με σκοπό τη σωστή διενέργεια της εξέτασης⁽⁴⁾.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Η ξηρογραφία είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών. Ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων. Οι πλέον εξειδικευμένοι ακτινολόγοι μαστογραφίας πιστεύουν ότι μικροαποτιτανώσεις μπορεί να ανακαλύπτονται ευκολότερα στην ξηρογραφική πλάκα, αλλά οι μάζες ανακαλύπτονται ευκολότερα με το βελτιωμένο φιλμ.^(4,11)

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η θερμογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος με την οποία παίρνουμε φωτογραφία της θερμοκρασίας της επιφάνειας του μαστού με την βοήθεια του θερμογράφου. Στηρίζεται στην υπέρυθρη ακτινοβολία, που εκπέμπει φυσιολογικά το ανθρώπινο σώμα. Στο υπερκείμενο δέρμα της κακοήθους νεοπλασίας η θερμοκρασία ανεβαίνει 1-3C'. Η θερμογραφία προτιμάται συνδυασμένη με μαστογραφία. Η θερμογραφία, σε συνδυασμό με μαστογραφία, μπορεί να εφαρμοστεί σε γυναίκες, που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, για τον έλεγχο μετάστασης στον άλλο μαστό.⁽¹⁷⁾

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Η υπερηχογραφία είναι διαγνωστική μέθοδος που βασίζεται στους υπερήχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα, που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανakλούν σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει δύο διαφορετικούς ιστούς.

Επειδή οι υπέρηχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα ακτινοβολία και επειδή δεν έχει αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στην διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη⁽⁷⁾.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι μια ακτινοδιαγνωστική εξέταση, κατά την οποία φιλμ ραδίου και ένας υπολογιστής χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν υπάρχουσες ανωμαλίες στο μαστό. Συνήθως εκτελείται όταν η κλινική εξέταση και οι άλλες ακτινογραφίες δίνουν ασαφή εικόνα. Σε περίπτωση μεταστάσεων (ήπατος, εγκεφάλου), έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία και δίνει σαφέστερη εικόνα της έκτασης και του αριθμού των μεταστάσεων.⁽⁴⁾

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέθοδος χρησιμοποιείται εδώ και 50 χρόνια .Είναι διαγνωστική μέθοδος στην οποία με φωτεινή πηγή τοποθετημένη κάτω από το μαστό, μέσα σε σκοτεινό χώρο, πετυχαίνουμε την εντόπιση αλλοιώσεων του μαστού.

Η μέθοδος δεν θεωρείται αξιόπιστη όταν χρησιμοποιείται μόνη της. Είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με μαστογραφία. Ίσως αργότερα να βελτιωθεί με την χρησιμοποίηση ακτίνων Laser και να καθιερωθεί ως μέθοδος προληπτικού ελέγχου του μαστού. ^(6,7).

ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Γαλακτοφορογραφία είναι η μαστογραφική ή ξηρομαστογραφική απεικόνιση του μαστού, ύστερα από έγχυση υδατοδιαλυτής σκιαγραφικής ουσίας στους εκφορητικούς πόρους. Η γαλακτοφορογραφία έχει ένδειξη σε κάθε περίπτωση μαστού, που εκκρίνει χωρίς ψηλαφητή διόγκωση.

ΠΝΕΥΜΟΚΥΣΤΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΒΙΟΨΙΑ

Από την διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει ότι το 97% του πορογενούς ενδοεπιθηλιακού καρκινώματος ανιχνεύεται σε βιοψίες που γίνονται με βάση τα μαστογραφικά ευρήματα.

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαστικού αδένου έχουν περιγραφεί:

A. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση. με βελόνα Νο 17-18 προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20-50ML που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και αναρροφά υλικό. Αν μετά την αφαίρεση του υγρού παραμένει κάποια μάζα, πρέπει να ληφθεί με βιοψία τεμάχιο ιστού για μικροσκοπική εξέταση.

B. Η βιοψία με ολική εκτομή. Κατά τη διάρκεια των ετών που ακολουθούν μετά από μια κακοήθη νεοπλασματική εξεργασία ένα μικρό ποσοστό των ασθενών θα έχουν περαιτέρω αλλαγές στις μαστογραφίες και μερικές από αυτές θα είναι κακοήθεις κατά τη βιοψία με εκτομή.

Γ. Η βιοψία με τομή.

Κάθε μάζα στο μαστό θα πρέπει να θεωρείται κακοήθης μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο, συνήθως με βιοψία. Στην παραμικρή υποψία είναι προτιμότερη η βιοψία.

Η λιποειδική νέκρωση οφείλεται συνήθως σε τραυματισμό του μαστού από προηγούμενα βιοψία του μαστού. (4,17,18,19,20,21).

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

Ο νοσηλευτής παρέχει συναισθηματική-ψυχολογική υποστήριξη και προεγχειρητική διδασκαλία στην ασθενή και στην οικογένειά της. Κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής φροντίδας σε πολλά νοσοκομεία ο γιατρός και ο νοσηλευτής σχηματίζουν μια ομάδα με σκοπό την πληροφόρηση και τη διδασκαλία για την επερχόμενη εγχείρηση.

Ο νοσηλευτής για την διδασκαλία της ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιήσει διαφάνειες και ταινίες. Οφείλει επίσης να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε άλλο μέσο του επιτρέπεται για να πετύχει την όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της⁽⁴⁾.

Σχεδιασμός της διδασκαλίας

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει την υπάρχουσα γνώση της ασθενούς για την ακολουθούμενη διαδικασία από τυχόν προηγούμενα βιοψία. Μετά από συζήτηση με την ασθενή, προσδιορίζει την αντίληψή της για την τοπική και την γενική αναισθησία. Επιδεικνύει τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιάς αναπνοής και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων και βάζει την ασθενή να επαναλάβει τις ασκήσεις⁽⁴⁾.

Καθοδήγηση της ασθενούς

Πριν από την εγχείρηση:

1. Μετά την εγχείρηση πρέπει να βήχεις για την αποβολή των εκκρίσεων και να αναπνέεις βαθιά για την έκπτυξη των πνευμόνων, πράγματα τα οποία είναι ζωτικής σημασίας, μια και υποβλήθηκες σε αναισθησία

A. Βήξιμο: για να βήχεις σωστά πάρε βαθιά αναπνοή. Βήξε χρησιμοποιώντας τους κοιλιακούς μυς.

B. Διαφραγματική αναπνοή: Τοποθέτησε το χέρι σου πάνω στο στομάχι σου και εξέπνευσε με το στόμα. Θα αισθανθείς το στομάχι σου σφιγμένο. Να εισπνεύσεις χαλαρώνοντας το στομάχι σου και αφήνοντάς το μαζί με το χέρι σου να ανυψωθούν. Κράτησε το επάνω μέρος του θώρακα ακίνητο. Κατόπιν να εκπνεύσεις στις πλευρές. Πίεσε τις πλευρές, εκπνέοντας ταυτόχρονα. Να εισπνεύσεις απελευθερώνοντας τις πλευρές από την πίεση.

2. Ίσως σου δώσουν ένα υπνωτικό χάπι, το οποίο θα βοηθήσει να κοιμηθείς καλά. Επειδή όμως το υπνωτικό θα επιφέρει χαλάρωση και αδυναμία θα ανυψώσει ο νοσηλευτής τα προστατευτικά σίδερα του κρεβατιού της άρρωστης.

3. Μετά τα μεσάνυκτα θα ήταν καλύτερα να μην έτρωγες και να μην έπινες τίποτα

4. Επειδή δεν θα τρως και δεν θα πίνεις τίποτα, θα τοποθετηθεί ορός, είτε στο δωμάτιο σου το βράδυ πριν την εγχείρηση, είτε στο χειρουργείο το πρωί.

5. Ως προληπτικό μέτρο για την αποφυγή μόλυνσης, η περιοχή του σώματος, όπου θα γίνει η τομή για τη βιοψία, πρέπει να καθαριστεί καλά. Για αυτό θα σου ζητηθεί να κανείς ντους με ειδικό σαπούνι πριν από την εγχείρηση.

Το πρωί της εγχείρησης:

1. Ο νοσηλευτής θα σε ξυπνήσει νωρίς για να σου δώσει χρόνο να πλυθείς και να προετοιμασθείς.

2. Ο νοσηλευτής θα μετράει τη θερμοκρασία σου και την πίεση σου και θα παρακολουθήσει το σφυγμό και την αναπνοή σου.

3. Θα σου ζητηθεί να απομακρύνεις τεχνητή οδοντοστοιχία, φακούς επαφής ή οποιοδήποτε άλλο πρόσθετο αντικείμενο.

4. Δακτυλίδια, κοσμήματα, χρήματα, πιστωτικές κάρτες ή άλλα πολύτιμα αντικείμενα θα δοθούν στους συγγενείς σου ή στον νοσηλευτή για να τα φυλάξει.
5. Θα φορέσεις ποδιά χειρουργείου.
6. Αμέσως πριν φύγεις για χειρουργείο, πρέπει να ουρήσεις
7. Κατόπιν ο νοσηλευτής θα σου δώσει τα φάρμακα που πρέπει.
8. Στο χειρουργείο θα μεταφερθείς με φορείο, συνοδευόμενη από το φάκελο σου.
9. Κατά τη διάρκεια της εγχείρησης η οικογένεια σου και οι φίλοι σου μπορούν να σε περιμένουν στο δωμάτιο αναμονής.
10. Αφού τελειώσει η εγχείρηση, θα μεταφερθείς στο δωμάτιο ανανήψεως μέχρι να συνέλθεις εντελώς⁽⁴⁾.

Μετά την εγχείρηση

1. Αφού γυρίσεις στο θάλαμο νοσηλείας, ο νοσηλευτής θα ελέγχει συχνά την αρτηριακή πίεση, το σφυγμό και την αναπνοή σου
2. Ο νοσηλευτής θα επιμένει να γυρίζεις από πλευρά σε πλευρά, να βήχεις και να αναπνέεις βαθιά.
3. Αρχικά δεν θα σου επιτρέπεται να σηκώνεσαι από το κρεβάτι, εκτός αν υποβαστάζεσαι από τον νοσηλευτή

4. Πόνος: ελαφρός πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος, αλλά υπάρχουν τρόποι για την αντιμετώπισή του και για απαλλαγή της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα.

A. Χορηγούνται αναλγητικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

B. Συνίσταται στην ασθενή να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο.

Γ. Ενημερώνεται η ασθενής για μερικές ημέρες να αποφεύγει απότομες και βαριές κινήσεις με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς.

Δ. Αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων.

5. Εμφάνιση του μαστού: ενημερώνεται η ασθενής ότι αρχικά ίσως απογοητευθεί από τη θέα του μαστού της, αμέσως μετά την εγχείρηση, αλλά σε μερικούς μήνες θα γίνει καλύτερα

A. Γύρω από την τομή θα σχηματισθεί μια μελανιασμένη περιοχή. Αυτή εν συνεχεία θα γίνει γαλαζωπή-πράσινη και θα εξαφανισθεί περίπου σε 2 εβδομάδες.

B. Θα παρατηρηθεί στην εγχειρισμένη περιοχή ανομοιομορφία του δέρματος και της μάζας του μαστού, σαν να έχει <<ξεφουσκώσει>>. Σε έξι περίπου εβδομάδες λιπώδης ιστός θα αναπτυχθεί και θα γεμίσει την περιοχή, με αποτέλεσμα το μέγεθος και το σχήμα του μαστού να πάρουν τη φυσιολογική τους μορφή.

Γ. Η θηλή είναι δυνατόν να τραβηχτεί προς μια πλευρά, αλλά θα επιστρέψει στην κανονική της θέση σε έναν ή δύο μήνες.

Δ. Τα ράμματα της τομής θα αφαιρεθούν μία περίπου εβδομάδα μετά την εγχείρηση.

6. Η περιοχή γύρω από την τομή είναι δυνατόν να είναι μουδιασμένη. Η αισθητικότητα του μαστού θα επαναποκτηθεί μετά από 2 περίπου μήνες.

7. Η περιοχή της τομής πρέπει να εξετάζεται συχνά:

α. είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ελαφρά ερυθρότητα και φλεγμονή κατά μήκος της τομής ή λίγη έκκριση υγρού. Τα παραπάνω είναι φυσιολογικά. Αν όμως τα συμπτώματα αυτά γίνουν πιο έντονα ή παρατηρηθεί αιματική έκκριση, πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.

β η ουλή αρχικά έχει ερυθρό χρώμα, αλλά σταδιακά θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα.

8. στο μέλλον: η ασθενής συμβουλεύεται να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού. Αν παρατηρήσει κάποιον όγκο, θα πρέπει να φροντίσει για περαιτέρω διερεύνηση⁽⁴⁾.

Κεφάλαιο 7

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ Η ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

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

Α)ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία αποτελεί μια από τις πιο πρόσφατες μεθόδους θεραπείας του ΚΜ. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν το νεόπλασμα, όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη του και περιορίζουν τις διαστάσεις του.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση τους δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή

πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά, π.χ του μυελού των οστών. Η τοξικότητα εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Η εκλογή αυτής της μεθόδου θεραπείας καθορίζεται από τους εξής παράγοντες:

- A. από τη μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου
- B. από το στάδιο εξέλιξης της νόσου
- Γ. από την κατάσταση της ασθενούς
- Δ. από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας
- E. από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών
- Στ. από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο ⁽⁴⁾

Τα κυτταροτοξικά φάρμακα δεν διακρίνουν το φυσιολογικό από το καρκινικό κύτταρο και επομένως μπορεί να παρατηρηθούν ορισμένες παρενέργειες και τοξικά φαινόμενα από τη χρήση τους. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά, αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα του χημειοθεραπευτικού ασθενούς είναι πραγματικά μια πρόκληση για τους νοσηλευτές. ⁽²²⁾.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Ο νοσηλευτής ανήκει στο μέρος του προσωπικού του κλάδου υγείας το οποίο έρχεται άμεσα σε επαφή με τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας: αλωπεκία,

ναυτία, έμετοι, δερματικές αλλαγές, διάρροια, φθορά των αιμοφόρων αγγείων, διαταραχή της σεξουαλικής επιθυμίας, της αυτοεκτίμησης και του σωματικού ειδώλου μπορεί να έχουν καταστρεπτικές επιδράσεις στη σωματική, την ψυχοσυναισθηματική υγεία της ασθενούς. Οι ασθενείς πρέπει να κατανοούν ότι το άγχος και η ανησυχία για τα θεραπευτικά αποτελέσματα ή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών δεν βοηθούν την κατάσταση τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιώνεται ότι οι πιθανές ιατρογενείς ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν συζητηθεί με την ασθενή πριν την έναρξη της θεραπείας και ότι αμετάτρεπτες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η αμηνόρροια σε γυναίκες μεγαλύτερες των 40 ετών, έχουν κατανοηθεί και αξιολογηθεί. Επίσης πρέπει ο νοσηλευτής να δίνει στις ασθενείς να κατανοούν ότι είναι δυνατόν οι ανεπιθύμητες ενέργειες να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, αλλά θα επανέλθουν στο φυσιολογικό τρόπο ζωής τους, όταν η χημειοθεραπεία ολοκληρωθεί. ⁽⁴⁾.

Η καταλληλότερη στιγμή για απαραίτητη διδασκαλία και την ενημέρωση της ασθενούς είναι πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας. Διαλέγοντας την περίοδο που η ασθενής είναι λιγότερο αγχώδης, η διδασκαλία είναι πιο αποτελεσματική. Πρέπει ο νοσηλευτής να έχει υπόψη του ότι αυτές οι ασθενείς βρίσκονται ακόμη στην περίοδο ανάρρωσης από την σωματική και συναισθηματική καταπόνηση της μαστεκτομής και ότι η διδασκαλία αυτή δεν είναι δυνατόν να ουγκρατηθεί, αν διενεργείται σε περίοδο συναισθηματικής έντασης. Για το λόγο αυτόν, έντυπο υλικό είναι δυνατόν να συγκεντρωθεί από τον νοσηλευτή και να δοθεί στην ασθενή, προσφέροντάς της μεγάλη βοήθεια.

Συντονισμός της φροντίδας

Ο νοσηλευτής διευκολύνει κατά το δυνατόν την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, οικογένειας και προσωπικού,

προσφέροντας άριστη νοσηλευτική φροντίδα στην ασθενή. Είναι απαραίτητο για τον νοσηλευτή να συντονίζει τις ενέργειες των μελών της θεραπευτικής ομάδας, με σκοπό την παροχή διαρκούς φροντίδας. Οι καρκινοπαθείς κατά τη διάρκεια της πορείας μιας συνήθως μακρόχρονης θεραπείας εξυπηρετούνται τυπικά από μεγάλο αριθμό μελών της ομάδας υγείας και φροντίδας, με αποτέλεσμα ο προγραμματισμός και ο σχεδιασμός της ίδιας της φροντίδας να δυσχεραίνεται.⁽⁴⁾

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

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

- Ενδοφλεβίως-ενδαρτηριακώς(με έγχυση ή με απευθείας χορήγηση-bolus)
- Ενδομυϊκώς
- Ενδοκοιλιακώς (π.χ ενδουπεζωκοτική χορήγηση)
- Υποδορίως
- Από το στόμα
- Τοπικώς (τοποθετείται ειδικός καθετήρας στη μαστική αρτηρία, δια του οποίου γίνεται η έγχυση των φαρμάκων κατά διαστήματα. Γίνεται σε περιπτώσεις που δεν ενδείκνυται μαστεκτομή λόγω της προχωρημένης τοπικής κατάστασης και της παρουσίας μεταστάσεων)⁽⁴⁾.

Κατηγορίες χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

- A. Αλκυλιούντες παράγοντες
- B. Αντιμεταβολίτες
- Γ. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης

Δ. Αντιβιοτικά με δράση όμοια με τη δράση των αναστολέων της κυτταρικής μίτωσης

Ε. Ορμόνες: οιστρογόνα (αυξάνουν την πυκνότητα του μαστού στη μαστογραφία)

ανδρογόνα

προγεστερόνη

αντιοιστρογόνα

κορτικοστεροειδή

αμινογλουτεθιμίδη

(4.23).

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας:

1. Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για την βοήθειά του, σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου, ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο ό,τι έντυπη πληροφορία

υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας⁽²⁴⁾.

Πόσο συχνά γίνεται η χημειοθεραπεία:

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

A. Από τον τύπο της νεοπλασίας

B. Από το χρόνο που χρειάζεται ο οργανισμός για να απαντήσει θετικά στη χημειοθεραπεία

Γ. Από το πώς η ασθενής θα αντιμετωπίσει οποιαδήποτε ανεπιθύμητη ενέργεια

Δ. από τις συνυπάρχουσες παθήσεις

Γενικά, για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος ανάπαυσης. Αυτές οι περίοδοι βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.⁽⁴⁾

Φροντίδα Εργαζομένων στην ΝΔΚΦ

Το άτομο που δουλεύει με κυτταροστατικά φάρμακα εργάζεται με τεχνητό φως, κάτω από μηχανικό θόρυβο, έχοντας συγκεντρωμένο το βλέμμα του σε συγκεκριμένο σημείο για πολύ ώρα, κάνοντας συγχρόνως αριθμητικούς λογαριασμούς. Για να αποφεύγονται λάθη θα πρέπει το προσωπικό της μονάδας να έχει ελαστικό ωράριο, περισσότερη άδεια και ψυχολογική υποστήριξη.⁽²²⁾

(B) ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης μια από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του ΚΜ. Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπευτική του μαστού έχει ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία στον ΚΜ μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

A. ως το κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείριση

B. μετεγχειρητικώς, ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας εγχείρισης

Γ. επί ανεγχείρητων περιπτώσεων, όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης.

Δ. παρηγορητικά, επί μεταστάσεων ή υποτροπών.

E. για ακτινική στείρωση (καταστροφή των ωοθηκών με ακτινοβολήση).

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

✓ Το είδος της ακτινοβολίας

✓ Η δόση της ακτινοβολίας

✓ Ο ρυθμός δόσης

✓ Το είδος του ιστού

✓ Η οξυγόνωση του ιστού που είναι ανάλογη με την ακτινευαισθησία

✓ Η θερμοκρασία που έχει σχέση επίσης ανάλογη με την ακτινευαισθησία. Η θερμοκρασία επηρεάζει το βαθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού.^(1,19)

Ακτινοθεραπεία σε μεταστατική νόσο

Η συνεισφορά τις ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μεταστατικής νόσου είναι παραδεκτό από όλους ότι είναι σημαντική.

Οι οστικές μεταστάσεις, όταν εμφανίζονται, είναι ως επί το πλείστον επώδυνες και ιδιαίτερα σε οστεολυτικές περιπτώσεις, που συχνά προκαλούν παθολογικά κατάγματα. Η ακτινοθεραπεία προσφέρει βελτίωση ή πλήρη υποχώρηση του άλγους στο 90% των περιπτώσεων, πράγμα που δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί με άλλα μέσα. Επίσης, συμβάλλοντας στην επανασβέσωση της περιοχής της βλάβης, βοηθάει στην αποφυγή παθολογικών καταγμάτων, πράγμα όμως που απαιτεί μερικούς μήνες.

Οι περισσότερο συχνές οστικές μεταστάσεις εμφανίζονται στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στη λεκάνη και στα ισχία και είναι οι περισσότερο επικίνδυνες για την εμφάνιση παθολογικών καταγμάτων, επειδή η επίδραση του βάρους του σώματος είναι μεγαλύτερη στις περιοχές αυτές.

Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται είναι συνήθως 3.000 RADS. Με αυτή τη δόση συνήθως επιτυγχάνεται ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Ο τρόπος διεξαγωγής της ακτινοθεραπείας διαφέρει. Συνήθως δίνονται 200 RADS ημερησίως σε τρεις περίπου εβδομάδες, για να συμπληρωθεί η συνολική δόση όγκου των 3.000 RADS. Πολλές φορές όμως δίνεται εφάπαξ δόση 1.000 RADS περίπου. Επίσης είναι δυνατή η ακτινοβολήση τρεις η τέσσερις φορές την ημέρα, με συνολική δόση όγκου μικρότερη του συνηθισμένου.

Ανεξάρτητα όμως του τρόπου διεξαγωγής της ακτινοθεραπείας, εφόσον οι μεταστατικές εστίες

συμπεριλαμβάνονται μέσα στο ακτινοβολούμενο πεδίο, θα έχουμε πλήρη εξάλειψη ή βελτίωση του άλγους.

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται παρηγορητικώς σε εγκεφαλικές μεταστάσεις, που εμφανίζονται σε 10% των περιπτώσεων με προχωρημένη μεταστατική νόσο από καρκίνο του μαστού. 45% των ασθενών αυτών πεθαίνουν από εγκεφαλικές μεταστάσεις, ενώ 55% πεθαίνουν από μεταστάσεις εκτός του ΚΝΣ.

Η μέση διάρκεια ζωής, μετά την εμφάνιση εγκεφαλικών μεταστάσεων, είναι 4 μήνες, όμως σημαντικός αριθμός ασθενών παρουσιάζει μετά τη θεραπεία μεγάλη βελτίωση των τοπικών συμπτωμάτων με επιβίωση μέχρι 12 μήνες. Ακτινοβολείται ολόκληρος ο εγκέφαλος σε δόσεις όγκου 3.000 rads περίπου σε τρεις εβδομάδες.

Μια άλλη σοβαρή μεταστατική εντόπιση παρουσιάζεται στο νωτιαίο μυελό. Εκεί θεωρείται απαραίτητη η πεταλεκτομή και εν συνεχεία η ακτινοθεραπεία. Αλλά επειδή πολλές φορές η μεταφορά της ασθενούς σε ειδικό νευροχειρουργικό κέντρο δεν είναι εύκολη, γίνεται μόνο ακτινοθεραπεία με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Επίσης ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στις μεταστάσεις στο μεσοπνευμόνιο με σύνδρομο πίεσης της άνω κοίλης, όπου απαιτείται επίσης ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε νεοπλάσματα πιο προχωρημένα από το στάδιο 1, σε συνδυασμό με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. ⁽¹⁴⁾.

Ως γνωστόν οι ασθενείς που πρέπει να υποβληθούν σε ακτινοθεραπεία στην χώρα μας συχνά πρέπει να αναμείνουν αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι να αρχίσουν την αγωγή τους. Το πρόβλημα ήταν περισσότερο έντονο τα προηγούμενα χρόνια, αφού μόνο σε λίγα Δημόσια Νοσοκομεία υπήρχαν δυνατότητες για αυτήν τη μορφή αντιμετώπισης των κακοήθων νεοπλασιών. Νέες

ακτινοθεραπευτικές κλινικές σε περιφερειακά πανεπιστημιακά νοσοκομεία και είσοδος ιδιωτικών φορέων σε αυτό τον τομέα βελτίωσαν την κατάσταση. Παρ' όλα αυτά στα μεγάλα δημόσια νοσοκομεία η αναμονή των ασθενών εξακολουθεί να είναι μεγάλη. Το πρόβλημα δεν είναι όμως αποκλειστικά ελληνικό⁽²²⁾.

Νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που ο νοσηλευτής θα έλθει σε επαφή μαζί της. Από τη στιγμή αυτή ο νοσηλευτής με την αγάπη, το ενδιαφέρον, την κατανόηση της θέσης της ασθενούς και της γνώσεις θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στην ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αίσθημα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και ευθύνες του νοσηλευτή αναφέρονται:

A. στην ενημέρωση της ασθενούς για την θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για την θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να βρει την κατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας (και οπωσδήποτε πριν αυτή ολοκληρωθεί), ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να παρουσιαστούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη και αντιμετώπιση τους, των ατόμων, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για λήψη πληροφοριών

B. στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία

Γ. στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό του

Δ. στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία⁽¹⁾

Κεφάλαιο 3

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική εξαίρεση είναι η αρχαιότερη μέθοδος θεραπείας του καρκίνου του μαστού. . Αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχικών λεμφαδένων. Στην εποχή μας η πρόοδος της αντισηψίας και της νάρκωσης έχει ελαττώσει πολύ τους μετεγχειρητικούς κινδύνους από τη μαστεκτομή.

Υπάρχει κίνδυνος διασποράς της νόσου από χειρουργικούς χειρισμούς καθώς έχει δείξει η ερευνά. Για το λόγο αυτόν, κάθε επέμβαση στο μαστό πρέπει να σχεδιάζεται με ταχεία βιοψία, η οποία-αφού θα έχει προηγηθεί η συναίνεση της ασθενούς- θα δίνει το δικαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως, ανάλογα με το αποτέλεσμα⁽¹⁾.

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων είναι:

Μαστεκτομή

Για πρώτη φορά το 1890 πραγματοποιήθηκε η κλασική, έκτοτε ριζική μαστεκτομή κατά Halsted και Mayer. Συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Σημειώνεται ότι στις παραπάνω διεργασίες αφαιρούνται και το δέρμα και η θηλή.

Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια 1 και 2, σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετούνται στο τραύμα παροχетеύσεις συνεχούς αναρρόφησης. Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας.⁽¹⁾

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

Προτάθηκε το 1938 από τον Patey και Duson και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, του ελάσσονος θωρακικού μυός και στον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Όταν η διήθηση των λεμφαδένων είναι περιορισμένη, διατηρούμε τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Η εγχείριση προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στη μασχάλη⁽⁴⁾. Μετά ριζική μαστεκτομή το ποσοστό της επιβιώσεως μετά δεκαετία φτάνει το 80% χωρίς διηθημένους λεμφαδένες της μασχάλης και το 28% με διηθημένους⁽²⁴⁾.

Μερική μαστεκτομή

Η μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκου του μαστού μεγέθους 2 cm ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια, αλλά επειδή έχει επισημανθεί αλλαγή της θέσης της θηλής και της θηλαίας άλω, τελευταία η τομή γίνεται γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας. Με αυτήν αφαιρούνται τα πέριξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες⁽¹⁾.

Απλή μαστεκτομή

Η εγχείριση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού⁽⁴⁾.

Η προφυλακτική μαστεκτομή μειώνει σημαντικά τη συχνότητα καρκίνου του μαστού στις γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου, αναφέρουν έρευνες της κλινικής της Μινεσότα των ΗΠΑ . Αλλά οι ειδικοί προειδοποιούν ότι πριν μια γυναίκα εξετάσει το ενδεχόμενο να υποβληθεί σε αυτήν τη δοκιμασία πρέπει να αξιολογείται σωστά ο κίνδυνος. ⁽²³⁾.

*Νοσηλευτικές δραστηριότητες και παρεμβάσεις
Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα .*

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτόν η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στην διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με την μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.

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

αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διάγνωσης και θεραπείας.

Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και για να ανταποκριθεί ο ίδιος στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι :

α. Εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στην διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης. καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.

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

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

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

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

στ. Παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.

ζ. Διαβεβαιώνεται ότι ο συνδυασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και την φροντίδα που παρέχει το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και

ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.

Προεγχειρητική σωματική προετοιμασία

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

α. Διαπίστωση των φυσικών και θεραπευτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.

β. Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.

γ. Χορήγηση ηρεμιστικών για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης:

α. Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειαστεί.

β. Γίνεται ευπρεπισμός του χειρουργικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος.

γ. Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.

δ. Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης:

α. Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.

β. Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.

γ. Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊστάμενη.

δ. Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.

ε. Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.

στ. Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό της, ιατρικό και νοσηλευτικό⁽¹⁾.

Η προεγχειρητική ετοιμασία κατά την παραμονή και την ημέρα της εγχείρησης φαίνεται, εκ πρώτης όψεως, σαν μια σειρά μηχανικών πράξεων. Εν τούτοις, είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σημασίας, γιατί συμπληρώνει την όλη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς, την ετοιμάζει πλήρως για τη χειρουργική τράπεζα, επισφραγίζει το ενδιαφέρον του νοσηλευτή προς την πάσχουσα και την πείθει ότι πράγματι ο νοσηλευτής θα δείξει το ανάλογο ενδιαφέρον και μετά την εγχείρηση της.

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι ο νοσηλευτής πέτυχε στην προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής:

α. Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως άτομο.

β. Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.

γ. Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.

δ. Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχίσει και μετά την μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεαστούν από την μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.

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

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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

Ο νοσηλευτής μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη/αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.⁽¹⁾

Εμφάνιση πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στην μαστεκτομή ο πόνος οφείλεται στην χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης (κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac).⁽¹⁾

Ο νοσηλευτής:

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

β. Τοποθετεί την ασθενεί σε θέση ημι-Fowler, για την βελτίωση της αναπνοής.

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

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

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

στ. Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η ασθενής από το κρεβάτι. Ο νοσηλευτής την υποβαστάζει γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της, εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

ζ. Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.

η. Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν. ⁽¹⁾.

Αιμορραγία

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

Ο νοσηλευτής:

1. Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.

2. Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από τη μασχάλη και την πλάτη, γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω.

3. Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες.

4. Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, για αυτό και πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως.

5. Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για θερμιδική κάλυψη.

6. Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς.

7. Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.⁽¹⁾

Επιπλοκές

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί συνεχώς την ασθενή για την εμφάνιση επιπλοκών, όπως:

➤ Εξαγγείωση ορού. Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή και παρατηρείται κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας.

➤ Βέβαια οι τοποθετημένες κατά την εγχείρηση παροχετεύσεις εμποδίζουν τη συσσώρευση υγρών. Η τοποθέτηση παγοκύστης στο μαστό κάνει την ασθενή να αισθάνεται πιο άνετα. Επίσης, ενδείκνυται και η ακινητοποίηση του μαστού και μειωμένη δραστηριότητα γενικά.

➤ Φλεγμονή.

➤ Μη επούλωση της τομής⁽¹⁾.

ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η εφαρμογή της ενδοκρινικής θεραπείας στον καρκίνο του μαστού γίνεται γενικά σε προχωρημένες περιπτώσεις, που έχουν πιθανότητα για επιτυχία της θεραπείας, με άλλα λόγια που πληρούν κριτήρια ορμονοευαισθησίας. Ως κύρια κριτήρια ορμονοθεραπείας θεωρούνται οι ορμονικοί υποδοχείς.

Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε δυνατό να έχει ευεργετική επίδραση στην αρρώστια η χορήγηση ορμονών. Προτιμάται η χορήγηση της κιτρικής ταμοξιφαίνης, γιατί δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτή αναστέλλει την ανάπτυξη του καρκίνου, γιατί συνδέεται με τους υποδοχείς των κυττάρων. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, χορηγούμε ταμοξιφαίνη συμπληρωματικά ή για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων.

Στις ηλικιωμένες ασθενείς η ταμοξιφαίνη σε δόση 10ML την ημέρα προτιμάται, γιατί βελτιώνει την κατάσταση τους σε συχνότητα 50%, όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, και σε συχνότητα 30%, όταν αυτοί είναι άγνωστοι. Το θεραπευτικό της αποτέλεσμα φαίνεται μετά 4-6 εβδομάδες και διαρκεί 8-40 μήνες. Όσα μεγαλύτερη είναι η άρρωση, τόσο αυτό είναι ικανοποιητικό.

Στην θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του μαστού της ηλικιωμένης δυνατό να περιλαμβάνουμε και τα προγεστερονοειδή, γιατί προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδοτρόπων ορμονών από την υπόφυση. Προτιμάται η μεθυδροξυπρογεστερόνη ή η οξική μεγεστρόλη σε δισκία. Ορμονοθεραπεία δεύτερης ή τρίτης γραμμής γίνεται με

αμινογλουτεθιμίδη σε συνδυασμό με υδροκορτιζόνη, για την αναστολή της στεροειδογένεσης⁽⁵⁾.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Από τη στιγμή που η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, υψηλό καθήκον του νοσηλευτή είναι η διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες βέβαια δεν είναι πολύ συχνές.

Βασικά όλα τα ορμονικά σκευάσματα χορηγούνται από το στόμα, ώστε οι ασθενείς να έχουν τη δυνατότητα να συνεχίζουν τη θεραπεία στα σπίτι. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμφανισθούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους:

A. Προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου. Η αύξηση του μεγέθους του όγκου είναι δυνατόν να προκαλέσει φόβο στην ασθενή, η οποία αισθάνεται ότι με την ορμονική θεραπεία η νόσος χειροτερεύει. Ο νοσηλευτής διαβεβαιώνει την ασθενή ότι η επιταχυνόμενη αύξηση του μεγέθους του όγκου κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες της θεραπείας δεν υποδηλώνει ότι η θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική.

B. Εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση. Αναλγητικά και αντιστεροειδοδή είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για την ελάτωση και την αντιμετώπιση του πόνου αυτού.

Γ. Υπερασβεστιαϊμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν ότι υπερασβεστιαϊμία είναι δυνατόν να επισυμβεί πολύ γρήγορα. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμά της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής και άκαιρα σχόλια. Η μέτρηση των επιπέδων του ασβεστίου είναι απαραίτητη και η

γνώση και διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών⁽¹⁾.

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος είναι το πιο συχνό σύμπτωμα, για το οποίο οι ασθενείς αναζητούν ιατρική βοήθεια . Ο πόνος χωρίζεται σε οξύ, κακοήθη και χρόνιο. Ο πόνος μπορεί κλινικά να ταξινομηθεί με βάση τη χρονική περίοδο (οξύς ή χρόνιος), τη φυσιολογία (σωματικός ή νευροπαθητικός) και την αιτιολογία (ιατρικός ή ψυχογενής). Ο οξύς πόνος εμφανίζεται σαν ανταπόκριση σε μία ξαφνική εμφάνιση τραυματισμού, ασθένειας ή ιατρικών παρεμβάσεων. Ο οξύς πόνος έχει μία αναγνωρίσιμη πηγή. Οι ασθενείς με οξύ πόνο μπορούν συνήθως να δώσουν μία καθαρή περιγραφή του όσον αφορά τον εντοπισμό του, τον χαρακτήρα του και τη συχνότητα του. Αντικειμενικές ενδείξεις είναι παρούσες και ο πόνος συνήθως είναι κυκλικά επαναλαμβανόμενος (π.χ μετεγχειρητικός πόνος, οξύς τραυματικός πόνος). Υπάρχει θεραπεία και για το αίτιο που προκαλεί τον πόνο και για τον ίδιο τον πόνο. Ο κακοήθης πόνος εμφανίζεται σε προοδευτικές διαταραχές όπως είναι ο καρκίνος. Η πηγή του κακοήθους πόνου είναι ορμονική.

Πόνος που διαρκεί πάνω από έξι μήνες χαρακτηρίζεται ως χρόνιος. Σε ασθενείς με χρόνιο πόνο ο εντοπισμός, ο χαρακτήρας και η συχνότητα είναι συνήθως πιο ασαφή. Επειδή σημαντικές αλλαγές συμβαίνουν και στην ψυχολογική και στην κοινωνική και στην λειτουργική κατάσταση των ασθενών με χρόνιο πόνο, μία προσέγγιση με την συνεργασία εργαζομένων πολλών ειδικοτήτων είναι απαραίτητη. Ο χρόνιος πόνος είναι πόνος που έχει μεγάλη διάρκεια χωρίς απαραίτητα να εμπλέκεται με οργανικές κακώσεις ή πόνος που επιμένει ακόμη και όταν η οργανική ζημιά έχει θεραπευτεί. Για την αντιμετώπιση του πόνου οι νοσηλευτές θα πρέπει να καταλάβουν τη σχέση μεταξύ των ιατρικών, φυσικών και κοινωνικών του διαστάσεων και θα

πρέπει να δημιουργήσουν μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. ⁽²⁶⁾.

ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Το πρόβλημα πόνος: η αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο είναι ένα σημαντικό αλλά παραμελημένο πρόβλημα δημόσιας υγείας, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, ιδιαίτερα στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, είναι μια από τις τέσσερις προτεραιότητες ενός ευρύτερου προγράμματος του ΠΟΥ κατά του καρκίνου.

Ο ορισμός του πόνου από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου (*International Association for the study of pain*), θα μπορούσε να αποτελέσει σημείο αναφοράς: << Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα και μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία που συνοδεύει κάποια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται από το μέγεθος μιας τέτοιας βλάβης. Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός. Κάθε άτομο μαθαίνει τη χρήση της λέξης μέσω εμπειριών που σχετίζονται με τραυματισμούς κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής του. Είναι αναμφισβήτητα μια αίσθηση που αναφέρεται σε κάποια σημεία του σώματος αλλά είναι πάντα δυσάρεστη και ως εκ τούτου αποτελεί συναισθηματική εμπειρία>>.

Η αναγνώριση της σύνθετης φύσης του πόνου από καρκίνο διευκολύνει την κατανόηση της αιτιολογίας του συνεχιζόμενου ανυπόφορου πόνου, σε καρκινοπαθείς ασθενείς, παρά τη συνεχή επίταση της αναλγητικής θεραπείας. Ο ανυπόφορος ισχυρός πόνος σχετίζεται πολλές φορές με σειρά άλλων συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν διαταραχές του ύπνου, ελάττωση της όρεξης, μείωση της πνευματικής συγκέντρωσης και συμπτώματα καταθλιπτικής φύσεως

Αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο

Εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς: για την εκτίμηση του πόνου του ασθενούς, πρέπει να προσδιορισθεί ο περιορισμός της δραστηριότητας που επιβάλλεται από τον πόνο, η ακριβής διάρκεια ήρεμου ύπνου και ο βαθμός ανακούφισης που είχε επιτευχθεί από προηγούμενη φαρμακευτική θεραπεία ή αναλγητικές επεμβάσεις. Ο χαρακτηρισμός πόνου ως ήπιου, μέτριου ή ισχυρού παρέχει μια βάση για την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας. Οι επίσημες κλίμακες πόνου μπορεί να αποδειχθούν βοηθητικές, αλλά δεν είναι ουσιαστικής σημασίας. Ο καθορισμός της έντασης του πόνου μπορεί να βοηθηθεί από την υποβολή ερωτήσεων προς τον ασθενή, με τις οποίες θα επιζητείται η συσχέτιση του παρόντος πόνου με προηγούμενες εμπειρίες, όπως για παράδειγμα με πονόδοντους, με τον πόνο του τοκετού, με μετεγχειρητικούς πόνους ή με μυϊκές κράμπες.

Τα αίτια του πόνου μπορούν να διακριθούν στις παρακάτω ομάδες:

1. Πόνος που οφείλεται στον ίδιο τον καρκίνο, που είναι και το συχνότερο αίτιο.

2. Πόνος που προκαλείται από τη θεραπεία (π.χ. χρόνιοι μετεγχειρητικοί πόνοι στις ουλές, μεταχημειοθεραπευτική στοματίτιδα).

3. Πόνος που οφείλεται σε εξασθένιση (π.χ. δυσκοιλιότητα, έλκη από την κατάκλιση).

4. Πόνος που οφείλεται σε αίτια άσχετα με τον καρκίνο (π.χ. μυοπροσωπικοί πόνοι, οστεοαρθρίτιδα).⁽²²⁾

Ο καρκινικός πόνος δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά στους ηλικιωμένους. Η θεραπεία του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο περιπλέκεται από φόβους για εθισμό και επιδράσεις στην νοητική κατάσταση. Για να προσδιοριστεί εάν ο πόνος αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά σε ηλικιωμένους καρκινοπαθείς, οι ερευνητές μίας μελέτης ανέλυσαν δεδομένα από βάση δεδομένων για τη χρήση φαρμάκων σε ασθενείς που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας. Η μελέτη περιορίστηκε σε 13.625 ασθενείς άνω των 65 ετών με διάγνωση καρκίνου. Κλινικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων των αναφορών των ίδιων των ασθενών σχετικά με τον πόνο, συλλέχθηκαν από το προσωπικό των οίκων ευγηρίας. Καθημερινός πόνος αναφέρθηκε στο 38% των ασθενών 65ως74 ετών, στο 29% των ασθενών 75 ως 84 ετών και στο 24% των ασθενών άνω των 84 ετών. Από τους ασθενείς με καθημερινό πόνο, το 26% δεν λάμβαναν κανένα αναλγητικό φάρμακο. Οι ασθενείς ήταν λιγότερο πιθανόν να λάβουν αναλγησία αν ήταν άνω των 85 ετών, αν ανήκαν σε μειονοτικές ομάδες, αν παρουσίαζαν διανοητική εξασθένηση ή αν χρησιμοποίησαν πάνω από δύο άλλα φάρμακα.

Παρόλο που χρειάζεται προσοχή στην χρήση αναλγητικών φαρμάκων, αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι οι γιατροί είναι υπερβολικά συντηρητικοί στην χρήση αναλγησίας σε ηλικιωμένους. Το πιο ανησυχητικό εύρημα είναι ότι ο πόνος αντιμετωπιζόταν λιγότερο επιθετικά στους μαύρους από ό,τι στα άτομα της λευκής φυλής. ⁽²⁷⁾

Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο: μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο περιλαμβάνει τους εξής τρεις τομείς: εκτίμηση του πόνου, θεραπευτική στρατηγική και συνεχής φροντίδα.

Εκτίμηση του πόνου

Η εκτίμηση του πόνου είναι ένα ζωτικής σημασίας προκαταρκτικό βήμα στη διαδικασία της ικανοποιητικής αντιμετώπισης του πόνου από καρκίνο. Περιλαμβάνει την κατανόηση όχι μόνο των φυσικών αλλά και των ψυχολογικών, πνευματικών, διαπροσωπικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων που συνθέτουν τον ολικό πόνο του αρρώστου. Η ευθύνη αυτής της εκτίμησης εναπόκειται πρωταρχικά στο γιατρό. Τα κύρια βήματα για την κλινική εκτίμηση του πόνου από καρκίνο περιγράφονται στην συνέχεια. Η άγνοια τους αποτελεί βασική αιτία λαθεμένης διάγνωσης και ανεπαρκούς αντιμετώπισης του πόνου:

1) Αποδοχή των αιτιάσεων του ασθενούς αναφορικά με τον πόνο

2) Εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς: για την εκτίμηση της έντασης του πόνου του ασθενούς, πρέπει να προσδιορισθεί ο περιορισμός της δραστηριότητας που επιβάλλεται από τον πόνο, η ακριβής διάρκεια ήρεμου ύπνου και ο βαθμός ανακούφισης που είχε επιτευχθεί από προηγούμενη φαρμακευτική θεραπεία ή αναλγητικές επεμβάσεις. Ο χαρακτηρισμός του πόνου ως ήπιου, μέτριου ή ισχυρού παρέχει μια βάση για την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας. Οι επίσημες κλίμακες πόνου μπορεί να αποδειχθούν βοηθητικές, αλλά δεν είναι ουσιαστικής σημασίας. Ο καθορισμός της έντασης του πόνου μπορεί να βοηθηθεί από την υποβολή ερωτήσεων προς τον ασθενή, με τις οποίες θα επιζητείται η συσχέτιση του παρόντος πόνου με προηγούμενες εμπειρίες, όπως για παράδειγμα με πονόδοντους, με τον πόνο του τοκετού, μετεγχειρητικούς πόνους ή με μυϊκές κράμπες.

3) Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Οι πληροφορίες σχετικά με προηγούμενες νόσους, με το παρόν επίπεδο άγχους, κατάθλιψης, με τάσεις αυτοκαταστροφής, καθώς και με το βαθμό της λειτουργικής ανικανότητας βοηθούν στον καθορισμό ομάδων ασθενών, οι οποίοι ενδεχομένως χρειάζονται μια ειδικότερη ψυχολογική υποστήριξη. Κατάθλιψη παρατηρείται συνήθως στο 25% των καρκινοπαθών. Άλλα συνήθη ψυχιατρικά σύνδρομα απαντώνται επίσης στους καρκινοπαθείς που υποφέρουν από πόνο. Ο καθορισμός αυτών των συνδρόμων είναι ένα σημαντικό μέρος της συνολικής εκτίμησης της εικόνας του ασθενούς

4) Λεπτομερές ιστορικό αναφορικά με τον πόνο

5) Προσεκτική φυσική εξέταση. Στην εκτίμηση του ασθενούς με στάδιο προχωρημένου καρκίνου, ένα λεπτομερές ιστορικό και μια προσεκτική φυσική εξέταση ίσως αποδειχθούν αρκετά για τον προσδιορισμό των αιτιών του πόνου και για την ευκολότερη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας.

6) Οδηγίες και προσωπική επίβλεψη για την εφαρμογή της απαιτούμενης διαγνωστικής διερεύνησης. απαιτείται σε περιπτώσεις που υπάρχουν αμφιβολίες σχετικά με την αιτία του πόνου ή όταν η απόφαση για την παραπέρα αντικαρκινική θεραπεία εξαρτάται από την ακριβή εντόπιση της νόσου. Αν, στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο, δεν αντιμετωπίζεται το ενδεχόμενο της εφαρμογής αντικαρκινικής θεραπείας ο ρόλος της διαγνωστικής διερεύνησης είναι περιορισμένος. Η θεραπεία με αναλγητικά φάρμακα, ακόμα και κατά την διάρκεια της διερεύνησης των αιτιών του πόνου, συχνά βελτιώνει σημαντικά την δυνατότητα συμμετοχής του ασθενούς στις απαραίτητες διαγνωστικές διαδικασίες. Δεν

υπάρχει καμία ένδειξη που να υποστηρίζει τη διακοπή της χορήγησης των αναλγητικών κατά τη διάρκεια της διερεύνησης των αιτιών του πόνου. Η αντιμετώπιση του πόνου δεν αποκρύπτει την διάγνωση των αιτιών του.

7) Θεώρηση εναλλακτικών μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου κατά τη διάρκεια της αρχικής εκτίμησης. Αν και η φαρμακευτική θεραπεία είναι το κύριο μέσο για την αντιμετώπιση του πόνου από καρκίνο, διάφορες εναλλακτικές μέθοδοι προσθέτουν σε ορισμένες μορφές σημαντική ανακούφιση. Για παράδειγμα οι ασθενείς με επώδυνες οστικές μεταστάσεις ανακουφίζονται σημαντικά ή και πλήρως με την τοπική ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.

8) Εκτίμηση του βαθμού ελέγχου του πόνου μετά την έναρξη της θεραπείας. Στους ασθενείς που παρουσιάζουν ανταπόκριση στη θεραπεία μικρότερη από την αναμενόμενη ή σε εκείνους που παρατηρείται έξαρση του πόνου, είναι αναγκαία η επανεκτίμηση των αιτιών του πόνου καθώς και της θεραπευτικής στρατηγικής ⁽²⁸⁾.

Θεωρία για τη οικογένεια

Τα άτομα που συμπεριλαμβάνονται στον όρο <<οικογένεια>> επηρεάζονται από την αναπηρία ή από την αδυναμία ενός από τα μέλη της, αλλά επηρεάζουν και την πορεία της φροντίδας, και επομένως το ποσοστό αποκατάστασης.

Ο βαθμός στον οποίο χρειάζεται να επιστρατευτούν χρόνος, ενέργεια, χρήματα κ.τ.λ από τους επαγγελματίες υγείας, που ανήκουν στην ομάδα αποκατάστασης, προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής, εξαρτάται από το βαθμό στον οποίο η οικογένεια έχει μάθει να προσαρμόζεται σε καταστάσεις κρίσης, καταστάσεις, δηλαδή, που απαιτούν κάποιες αλλαγές ρόλων από τα μέλη της, κάποιες αλλαγές

συνηθειών, διάθεση μεγαλύτερου χρόνου ή άλλων πηγών για τη βοήθεια του πάσχοντος μέλους. Ακόμη, η διάθεση των περιορισμένων πάντοτε πηγών από τα μέλη του προσωπικού υγείας θα εξαρτηθεί από την ικανότητα των μελών της οικογένειας να αποφεύγουν συγκρούσεις μεταξύ τους, να καταλήγουν σε αποφάσεις, να κατανέμουν τις εργασίες και γενικά να υιοθετούν συγκεκριμένους ρόλους ο καθένας και να επικοινωνούν αποτελεσματικά μεταξύ τους. Συχνοί ρόλοι των μελών της οικογένειας χρειάζεται να αλλάξουν, και συγκεκριμένα μέλη της να αλλάξουν τρόπο ζωής. Έτσι για παράδειγμα, η σύζυγος ενός καρκινοπαθή ελεύθερου επαγγελματία ίσως χρειαστεί να αναλάβει το ρόλο να είναι η κύρια πηγή εισοδήματος για την οικογένεια, ενώ τα παιδιά τους να αναλάβουν τις οικιακές εργασίες.

Έτσι λοιπόν, η ανταπόκριση του καθενός μέλους σε αυτές τις απαιτήσεις και κυρίως η συνισταμένη αυτών των ανταποκρίσεων, επηρεάζει τη λειτουργία της οικογένειας και την υγεία του καθενός μέλους της ξεχωριστά. Και βέβαια ο χρόνος που πάντοτε χρειάζεται για να ανταποκριθούν τα άτομα σε αυτές τις απαιτήσεις, και αυτό είναι κάτι που πρέπει να το έχουμε πάντοτε υπ'όψιν μας όσοι ασχολούμαστε με την αποκατάσταση. Βλέπουμε δηλαδή το πώς η έννοια της αποκατάστασης επεκτείνεται και στην οικογένεια, ως αποκατάσταση της διαταραγμένης, εξαιτίας του γεγονότος της ασθένειας, λειτουργίας και ισορροπίας της. Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται ευθύς εξ αρχής στην ομάδα αποκατάστασης, από την φάση σχεδιασμού της φροντίδας.

Τα παρακάτω αποτελούν τόσο δικαιώματα όσα και υποχρεώσεις της οικογένειας κατά τη διαδικασία της αποκατάστασης..

✓ Επαρκής γνώση των διαστάσεων της χρόνιας ασθένειας και της αναπηρίας .

✓ Συνεχής επανεκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς. Τα μέλη της οικογένειας εξ αιτίας αυτής ακριβώς της ιδιότητάς τους έχουν τη δυνατότητα να εκτιμούν την κατάσταση του ασθενούς, μέσα σε κάποια πλαίσια βεβαίως, και εφ' όσον είναι επιδεκτικοί κάποιας διδασκαλίας και έχουν διδαχθεί να το κάνουν.

✓ Επαρκής γνώση της χρησιμότητας αλλά και του τρόπου που επιδρούν στον άρρωστο τους οι διάφορες τεχνικές που έχουν διδαχθεί για να τον βοηθούν.

✓ Επίδειξη των τεχνικών από πεπειραμένο λειτουργό υγείας και απάντηση σε όλες τις απορίες τους.

✓ Επιβεβαίωση των ελπίδων τους και κατανόηση των φόβων τους για το μέλλον, καθώς και αναζήτηση της πηγής αυτών.

✓ Βοήθεια στο να δουν τις δυνατότητες για βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου τους.

✓ Παροχή πληροφοριών για προοπτικές απασχολήσεις η και εκπαίδευσης ακόμη, για άλλες πηγές υπηρεσιών από την κοινότητα ή την πολιτεία.

✓ Παροχή ευκαιριών για επαφή και κοινωνική συναναστροφή με άλλες οικογένειες που αντιμετώπισαν στο παρελθόν, ή και αντιμετωπίζουν τώρα παρόμοια προβλήματα.⁽²⁹⁾

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Νευρολογικά προβλήματα συμβαίνουν συχνά σε αρρώστους με καρκίνο. Το 17% όλων των αρρώστων ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου στις ΗΠΑ παρουσίαζαν νευρολογικά σημεία ή/και συμπτώματα τέτοια που χρειάστηκαν νευρολογική εκτίμηση από ειδικό.

Τα νευρολογικά σύνδρομα που οφείλονται σε ενδοκρινικές ανωμαλίες ή σε διαταραχές ύδατος και ηλεκτρολυτών είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία νευρολογικών κλινικών εκδηλώσεων. Οι πιο συχνές διαταραχές σε αυτήν την κατηγορία είναι η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, η υπερασβεστιαμία και οι διαταραχές του νατρίου (απρόσφορη έκκριση ADH. υπερνατρίαemia).

Τα αγγειακής αιτιολογίας νευρολογικά σύνδρομα είναι επίσης συχνά, με ποσοστό 13% σε νεκροτομικό υλικό.. Είναι φανερό ότι τα αίτια αυτά είναι σαφώς διαφορετικά από αυτά που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό: σηπτικά και νεοπλασματικά έμβολα,. διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, αιμορραγία οφειλόμενη στον όγκο , απόφραξη σηραγγώδους κόλπου και υπαραχνοειδής αιμορραγία είναι τα κυριότερα από τα αίτια που οφείλονται απευθείας στον όγκο και είναι υπεύθυνα για το 50% των περιπτώσεων⁽³⁰⁾.

Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε τη ζωή του ανθρώπου και σαν χρόνια νόσος θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος θα πρέπει να μάθει να ζει μαζί του, ενώ θα συνεχίζει το βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής. Η διάσταση του προβλήματος <<καρκίνος>> δεν περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση της αρρώστιας αυτής, αλλά εξίσου σοβαρά προβληματίζει και η ποιότητα ζωής των ατόμων που προσβάλλονται από αυτήν. Μεγάλη σημασία στην επανένταξη των αρρώστων παίζει η οικογένεια. Αποτελεί το βασικό δομικό στοιχείο της κοινωνίας μας, τα μέλη της οποίας αποτελούν ένα δυναμικό μικροσύστημα που βρίσκεται σε μία συνεχή εξέλιξη μέσα στο χώρο. Η οικογένεια μπορεί ανάλογα με τα προβλήματα των μελών της να διαφοροποιείται, ώστε να στηρίζει ενεργά τα μέλη της στη δύσκολη στιγμή. Έτσι και σε περίπτωση μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, όπως ο καρκίνος, η οικογένεια μπορεί να ενεργοποιηθεί και να αποτελέσει ένα τυπικό σύστημα υποστήριξης του αρρώστου, που, μαζί με το άτυπο σύστημα παροχής φροντίδας, δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί από ανάλογο κρατικό σύστημα παροχής υγειονομικών φροντίδων.

Σημαντικό ρόλο παίζει η επαγγελματική αποκατάσταση, γιατί η πλειονότητα των ασθενών με παρατεταμένη επιβίωση ή ίαση δεν επανέρχονται ποτέ πια στο εργασιακό περιβάλλον. Αυτό οφείλεται συνήθως σε άλλοτε άλλης έκτασης και βαρύτητας προβλήματα που

παρεμβαίνουν αρνητικά στην διαδικασία ομαλής επιστροφής στο εργασιακό περιβάλλον. Πολύ συχνά η κατάσταση αυτή μπορεί να αντιστραφεί με τα διατιθέμενα σήμερα μέσα αποκατάστασης και επανένταξης αλλά τις περισσότερες φορές τα μέσα αυτά υποχρησιμοποιούνται ή και αγνοούνται πλήρως. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία του γιατρού και της ομάδας να αναγνωρίζει τα προβλήματα του άρρωστου και στην άγνοια τους για διατιθέμενα μέσα και ενδεχόμενα στην αμέλειά τους να προτείνουν και να υποστηρίζουν ενεργά την πλήρη εκμετάλλευση των μέσων αποκατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο ή από το οικογενειακό του περιβάλλον ή τον ασφαλιστικό φορέα. Διαβλέπει κανείς σ'όλες τις περιπτώσεις το <<σύνδρομο της ημερομηνίας λήξεως>>

Άλλη σημαντική βοήθεια είναι η κατ'οίκον νοσηλεία του πόνου.

Προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα, το κόστος της νοσηλείας είναι πολύ φθινό και ο ασθενής αλλά και η οικογένεια του μένουν περισσότερο ικανοποιημένοι. Σε νοσήματα, που αναγκάζουν τους ασθενείς να παραμένουν στο σπίτι, ο πόνος είναι το σοβαρότερο σύμπτωμα, για αυτό η κατάλληλη αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητη παροχή καλής φροντίδας. Έχει τονιστεί πρόσφατα ότι οι βασικοί στόχοι της θεραπευτικής αγωγής των ασθενών με μακροχρόνιες παθήσεις είναι η εξασφάλιση ποιότητας ζωής, που περιλαμβάνει την ψυχοκοινωνική και λειτουργική επάρκεια. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου με την κατ'οίκον νοσηλεία απαιτεί οργάνωση μιας υπηρεσίας διαφορετικής από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν ένα επιτυχημένο πρόγραμμα κατ'οίκον αντιμετώπισης του πόνου χρόνιων νοσημάτων όπως ο καρκίνος είναι:

➤ Στενή συνεργασία όλων όσων παρέχουν υπηρεσίες υγείας (γενικών γιατρών-νοσοκομειακών ιατρών) και κατ

οίκον επισκεπτόμενων νοσηλευτών, ώστε να ενημερώνονται συνεχώς αποτελεσματικά.

➤ Συνεχή επικοινωνία που στηρίζεται στην εκτίμηση της πορείας του πόνου με ειδικές μεθόδους.

➤ Ειδική εκπαίδευση για να εξασφαλιστεί υψηλού βαθμού κατάρτιση και επαγγελματική αφοσίωση.

➤ Αποσαφήνιση του ρόλου κάθε μέλους της ομάδας, ώστε να ανταποκρίνεται στις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενούς και της οικογένειάς του.

Απαραίτητη είναι η παρουσία θεραπευτικής ομάδας και η συνεργασία μεταξύ των μελών της.⁽¹⁴⁾

Καρκίνος του μαστού: Επιπτώσεις στην ψυχοσωματική οντότητα της γυναίκας

Από έρευνα προέκυψε ότι η συναισθηματική φόρτιση μπορεί να μειωθεί κατά πολύ με τη σωστή νοσηλευτική προσέγγιση των ασθενών, που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, μεταγγίζοντάς τους ανθρώπινο ενδιαφέρον και κατανόηση. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται στο να αναζητούν να μάθουν την αλήθεια προκειμένου να βοηθήσουν θετικά τον πληγωμένο εαυτό τους. Ο νοσηλευτής όταν νοσηλεύει αρρώστους με καρκίνο, θα πρέπει να θυμάται την ομολογία ενός καρκινοπαθούς: <<Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά, χωρίς πανικό. Στην αρχή είναι δύσκολο να ανοιχτείς μαζί τους>>

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είναι πολύ σημαντικός και συνίσταται στο να την βοηθήσει να αντιμετωπίσει τη νόσο και τις συνέπειές της κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Πως πρέπει να προσφέρεται νοσηλεία στο σπίτι

- 1. Πρωταρχική υποχρέωση του νοσηλευτή 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 του διάγνωση, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και της συνθήκης της ζωής, να ερευνήσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και την κάλυψη που μπορεί να του παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου*
- 2. Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς που μπορεί και πρέπει να παίξει πρωταρχικό ρόλο στην διάρκεια της νοσηλείας, είτε με τη συμπαράσταση είτε με τη συμμετοχή και προσφορά βοήθειας μετά από τη διδασκαλία της υπεύθυνης για τη φροντίδα*
- 3. Να καταγράψει τη νοσηλευτική διάγνωση. Η νοσηλευτική διάγνωση πρέπει να είναι επιστημονικά βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής, και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες, συνθήκες και κοινωνικά πλαίσια που μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της νοσηλείας.*
- 4. Να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα περέχονται αυτές*
- 5. Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης, ώστε σε περίπτωση που εμφανιστεί κάποιο νέο πρόβλημα να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειες του, σε συνεργασία πάντα με την βοήθεια των άλλων μέλλων της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδος, π.χ του χειρουργού της κοινωνικής λειτουργού.*

6. Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών του, για να μπορεί να τις ανακατατάσσει, όταν χρειάζεται.
7. Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Είναι αντιληπτό ότι ο τρόπος εφαρμογής της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι βασίζεται ιδιαίτερα στην ικανότητα και στην συνείδηση του νοσηλευτή, ο ρόλος του οποίου δεν είναι εύκολος. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να διαθέτει:

- α) ικανότητα ώστε να τοποθετεί τον εαυτό του στην θέση του άλλου
- β). ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του ατόμου
- γ). την ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας.

Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες ζωής, που περιμένουν σαν άγγελο προστάτη τους τον νοσηλευτή. Η είσοδος του νοσηλευτή στο σπίτι της ασθενούς φέρνει τέτοια ανακούφιση σε αυτήν, που αναρωτιέται κανείς πώς μία ήρεμη και ήσυχη γυναίκα ξεφωνίζει από τους πόνους όλη μέρα.

Ο ψυχολογικός παράγων επομένως είναι σημαντικός για την ασθενή και σε αυτό βοηθάει ο νοσηλευτής της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι. Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους. Μπαίνουμε έτσι στο κοινωνικό έργο που μπορεί να παράγει ο νοσηλευτής, ώστε να βοηθήσει την ασθενή. Με τον τρόπο που μπορεί να μη θιγεί το περιβάλλον, κάνει προσπάθειες να τους πείσει ότι έστω και από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να δείξουν αγάπη και να τη φροντίζουν. Έτσι ο νοσηλευτής της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι ασκεί και το κοινωνικό του έργο.⁽⁴⁾

Α' Περιστατικό.

Όνοματεπώνυμο:	M. A
Ηλικίας:	47ετών.
Επάγγελμα	Οικιακά.
Τόπος κατοικίας	Θεσπρωτικό Πρεβέζης.
Ημερ. εισόδου	11/6/2000.
Διάγνωση εισόδου	Ογκίδιο μαστού.
Οικογενειακό ιστορικό:	δεν είχε κανένα πρόβλημα υγείας, δεν κάπνιζε.
Προηγούμενη πάθηση μαστού:	Καμία, ανακαλύφτηκε τυχαία
Διαγνωστικές εξετάσεις:	Μαστογραφία: ανώμαλη υφή του παρεγχύματος. Άτυπα κύτταρα ύποπτα για νεόπλασμα. Ακτινογραφία
Εντόπιση.	Άνω και έξω τεταρτημόριο δεξιού μαζικού αδένα
Χειρουργική επέμβαση:	Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΛΟΓΗΣΗ ΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ- ΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
ς, κατάθλιψη, μη ή μαστεκτομής.	Θα πρέπει ο νοσηλευτής να βοηθήσει την άρρωστη στο να απόδ εχθεί την ασθένεια της και μάλλον την απώλεια του μαστού. Να λύσει τυχόν απορίες της άρρωστης.	Προσπάθεια Του νοσηλευτή να λύσει τα προβλή- ματα της άρρωστης μέσω του διαλόγου ικανοποιώντας όλες της ανάγκες της.	Η άρρωστη αποδέχεται την μαστεκτομή και αναχωρεί για το χειρουργείο σε κατάσταση ηρεμίας.
ς.	Ανακούφιση της άρρωστης από τον πόνο.	Ενημέρωση του Θεράποντος ιατρού για τον πόνο της άρρωστης, χορήγηση παυσίπνου φαρμάκου.	Ο πόνος πέρασε και η άρρ- ωστη αναπαύτηκε και κοιμήθηκε.
νοια.	Αποκατάσταση αναπνοής.	Συχνός καθαρισ- μός της στοματικής κοιλότητας με βαμβάκι και γλωσσοπίεστρο. Συμβουλές στην άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές για την γρήγορη απονάρκωσή της. Σωστή Διατήρηση της υγρασίας του	Διευκόλυνση της αναπνοής της άρρωστης.

		δωματίου, και καλού αερισμού του δωματίου.	
ία-εμετοί.	<p>Συνεχής παρακολούθηση της άρρωστης για την συχνότητα και την ποσότητα των εμεσμάτων καθώς και του χαρακτήρα των εμεσμάτων.</p> <p>Συχνή καθαριότητα για την πρόληψη κακοσμίας των εμεσμάτων.</p> <p>Παρακολούθηση της ασθενούς κατά την διάρκεια των εμετών για τον κίνδυνο εισροφή-σεως.</p>	<p>Η ναυτία και ο εμετός οφείλονται στην επίδραση των αναισθητικών φαρμάκων στο γαστρεντερικό σύστημα.</p> <p>Συνήθως τα συμπτώματα υποχωρούν στο πρώτο 24ωρο, για αυτό αποφεύγεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.</p>	Αποκατάσταση της περισταλσης του γαστρικού σωλήνα.
άτωση της νούς από ύς.	<p>Ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και με την οδηγία του γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.</p> <p>Αναγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Ενθάρρυνση της άρρωστης να πίνει πολλά υγρά μετά την αποκατάσταση της γαστρεντερικής λειτουργίας.</p>	<p>Η αφυδάτωση οφείλεται σε διάφορα αίτια για αυτό η σωστή ποσότητα υγρών είναι απαραίτητη.</p>	Ρύθμιση των εξωκυττάρων υγρών του οργανισμού.

	<p>Συνεργασία με των διαιτολόγο για την ρύθμιση της διατροφής της άρρωστης.</p>		
<p>ύμα-Παροχέτευση.</p>	<p>Η περιοχή του τραύματος είναι πολύ ευαίσθητη προς μολύνσεις. για αυτό πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην περιοχή παροχέτευσης.</p>	<p>Στην καθημερινή νοσηλεία ο νοσηλευτής πρέπει να καθαρίζει με χλιαρό νερό και σαπούνι την περιοχή του τραύματος.. Παράλληλα παρατηρεί τις παροχетеύσεις για την σωστή λειτουργία τους. Έλεγχος συστήματος συλλογής υγρών για χρώμα και για ποσότητα των υγρών .Η ολική ποσότητα συστήματος συλλογής παροχетеυτικών υγρών δεν ξεπερνά την ποσότητα των 45CC.</p>	<p>Επιτυχία της γρήγορης επούλωσης του τραύματος, χωρίς κανένα κίνδυνο λοίμωξης της περιοχής.</p>
<p>ωση αστηριοτήτων της ωσης.</p>	<p>Βοήθεια στην άρρωση να αυτοεξυπηρετείται.</p>	<p>Από την 5^η μέρα νοσηλείας αρχίσαμε να δείχνουμε στην άρρωση τις ασκήσεις που σταδιακά αυξάνονταν. Όταν πονούσε η άρρωση</p>	<p>Η άρρωση άρχισε να αυτοεξυπηρετείται.</p>

		<p>δεν πιεζόταν να συνεχίσει την άσκηση. Με αυτόν τον τρόπο η άρρωση άρχισε να πλένεται και να χτενίζεται μόνη της. Κατά την διάρκεια των ασκήσεων ο νοσηλευτής παρατηρούσε για τυχόν εμφάνιση λεμφοιδήματος.</p>	
<p>ήσεις και απορί- τό την άρρωση κά με την επαν- ά της στην ολογική αθημερινή της και αν θα μπο- ει να συνεχίσει άγγελμα της.</p>	<p>Διάλογος με την άρρωση σχετικά με τις προφυλάξεις του τραύματος και του λεμφοιδηματικού χεριού. Παρότρυνση για συνέχιση των ειδικών ασκήσεων έως την πλήρη αποκατάσταση και πλήρη λειτουργι- κότητα των μυών καθώς και την κινητικότητα του σύστοιχου ώμου. Συστάσεις για την αποκατάσταση του σωματικού ειδώλου. Βοήθεια για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή της άρρωστης και ενημερώνεται από τον νοσηλευτή ότι μπορεί να συνεχίσει την οποιαδήποτε δραστηριότητα με την οποία ασχολούντ</p>	<p>Όλες οι πληροφορίες που δίνουμε στην άρρωση την βοηθούν στην επανένταξη της κοινωνία.</p>	<p>Η ασθενής μετά την τελευταία ενημέρωση που έγινε από τον νοσηλευτή είναι πλέον έτοιμη να βγει από τον χώρο του νοσοκομείου και να ζήσει μια πλήρους φυσιολογική ζωή.</p>

αν πριν την επέμβαση και ότι βρίσκεται σε θέση να συνεχίσει να έχει τα σχέδια της για το μέλλον.

Να αποφεύγει όσο είναι δυνατόν τα μικροτραύματα στο αντίστοιχο άκρο, τα μικροατυχήματα όπως π.χ αιχμηρά αντικείμενα.

B' Περιστατικό

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

Α. Κ.

Τόπος κατοικίας

Πάλαιρος .

Ημερομηνία εισόδου

9/6/2000.

Ημερομηνία εξόδου

30/6/2000.

Κύρια ευρήματα: Ψηλαφητό μόρφωμα (ΑΡ)μαστού (άνω-έξω τεταρτημόριο)με εισολκή δέρματος.

-Μαστογραφία άμφω (6/6/2000): ΔΕ μαστός στο έξω τεταρτημόριο με πυκνή περιοχή με δυσπλαστικούς πόρους και ινωδωσυνδετικό ιστό ΑΡ μαστός: άνω έξω τεταρτημόριο με σκίαση διαστάσεων 35/30 χιλ με σχήμα σφαιρικό, ασαφές περίγραμμα και προεκβολές αυτού καθώς και απασβεστώσεις.

Διάγνωση: Αποτιτάνωση αγγείων σε αμφοτέρους τους μαστούς

βιοψία: θετική για κακοήθεια- Ca. (ΑΡ) μαστού.

Εφαρμοσθείσα θεραπεία-επέμβαση

(12-6-2000) Γενική αναισθησία. Ογκίδιο αρ μαστού. Ταχεία βιοψία(+)

Μαστεκτομή (αρ).

Λεμφαδενικός καθαρισμός μασχάλης σύστοιχα.

Απόγευμα της ίδιας ημέρας: Αιμάτωμα, διάνοιξη του χει/κού τραύματος. πλύση-αιμόσταση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ
(Προ βιοψίας) Άγχος της άρρωστης για αναμενόμενη βιοψία.	Ο νοσηλευτής παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και προεγχειρητική διδασκαλία στην ασθενή και στην οικογένεια της. Κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής φροντίδας, ο σκοπός είναι η πληροφόρηση και η διδασκαλία για την επερχόμενη εγχείρηση. Ο νοσηλευτής προσδιορίζει την αντίληψη του για την τοπική και γενική αναισθησία.	Ο νοσηλευτής για να μειώσει σε σημαντικό βαθμό το άγχος για την βιοψία χρησιμοποιεί βοηθητικά μέσα, όπως διαφάνειες και ταινίες. Επίσης χρησιμοποιεί οποιοδήποτε άλλο διαθέσιμο μέσο που του επιτρέπεται, για να πετύχει την όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση και διδασκαλία της ασθενούς και της οικογένειάς της.	Η ασθενής με την πληροφόρηση που έγινε με βοηθητικά μέσα, είναι εντελώς έτοιμη για την αναμενόμενη χειρουργική επέμβαση.
(προ βιοψίας) Διδασκαλία της άρρωστης για αποτελεσματική αναπνοή.	Ενημερώνεται η άρρωστη για τεχνικές παραγωγικού βήχα, για εύκολη αποβολή των εκκρίσεων, και για βαθιές αναπνοές για την έκπτυξη των πνευμόνων.	Ο νοσηλευτής επιδεικνύει τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιές αναπνοές και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων και βάζει την ασθενή να επαναλάβει τις ασκήσεις	Η ασθενής κατανόησε την τεχνική αποτελεσματικής αναπνοής και είναι έτοιμη να αντιμετωπίσει το αναμενόμενο πρόβλημα.
Μετά την βιοψία η άρρωστη παρουσίασε ελαφρύ πόνο στην περιοχή της τομής.	Μείωση του πόνου.	Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό για υπάρχων πόνο της ασθενούς. Με ιατρική	Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός. Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα. Ο πόνος της

		<p>οδηγία χορηγούμε αναλγητικά φάρμακα. Συνιστάμε στην ασθενή να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο, ενημερώνουμε την ασθενή να αποφεύγει απότομες και βαριές κινήσεις με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς, συνιστάμε στην άρρωστη να αποφεύγει αλλαγές θερμοκρασίας από ζέστη στο κρύο για την αποφυγή σύσπασης των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων από βιοψία.</p>	<p>άρρωστης πέρασε.</p>
<p>Προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς για ριζική μαστεκτομή μετά από ένδειξη της βιοψίας που έγινε.</p>	<p>Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης</p>	<p>Ο νοσηλευτής καθησυχάζει την άρρωστη για το επικείμενο χειρουργείο και την πείθει να αποδεχθεί την μαστεκτομή</p>	<p>Η ασθενής ηρέμησε και αποδέχθηκε την ιδέα της μαστεκτομής</p>
<p>Η ασθενής παρουσίασε κατάθλιψη, αδυναμία και αγωνία με όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα άγνωστου και της διαταραχής</p>	<p>Ο νοσηλευτικός σκοπός είναι να καταπολεμήσει όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που παρουσίασε η άρρωστη.</p>	<p>Ο νοσηλευτής για να μειώσει όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα πρέπει να δείξει τους χώρους στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης όπου</p>	<p>Η άρρωστη μετά από φιλική πλέον επικοινωνία έδειξε την ετοιμότητά της για την χειρουργική επέμβαση.</p>

του σωματικού ειδώλου.		θα δείξει και τα μηχανήματα που μπορούν να προκαλέσουν φόβο στην άρρωστη. ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την άρρωστη να εκφράζει τα συναισθήματά της και τους φόβους της.	
Μετεγχειρητικά η άρρωστη παρουσίασε σοκ	Ο νοσηλευτής βοηθάει την άρρωστη να ξεπεράσει το σοκ.	Ενημέρωση του θεράποντος ιατρού Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε τέταρτο της ώρας και αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση της ασθενούς κάθε 3ωρες όλο το 24ωρο. Συνεχής έλεγχος του κάτω ιματισμού της άρρωστης για τυχόν αιμορραγία στην οπίσθια πλευρά της ασθενούς. Έλεγχος παροχέτευσης για την ποσότητα και το χρώμα των παροχετεύσεων. Με ιατρική οδηγία εξασφάλιση ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών.	Επιτυχής αντιμετώπιση του σοκ. Εξασφάλισαμε την ενδοφλέβια έγχυση των υγρών. Αποκαταστάθηκ αν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης.
Η ασθενής παρουσίασε έντονο πόνο στην περιοχή της επέμβασης	Σκοπός του νοσηλευτή είναι να μειώσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα τον πόνο.	Ενημερώνεται ο ιατρός. Ο νοσηλευτής εκτιμά την ένταση και τον τύπο του πόνου. Χορηγούνται με οδηγία του ιατρού αναλγητικά	Ενημερώθηκε ο θεράπων ιατρός, χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα, ελέγχθηκαν τα παροχετευτικά σωληνάρια. Η ασθενής ξεπέρασε τον

		φάρμακα. Ελέγχονται παροχετευτικά συστήματα για τυχόν απόφραξη τους.	πόνο.
Η ασθενής παρουσίασε διάρροια.	Να σταματήσουν η διαρροϊκές κενώσεις και να αναπληρωθεί ο οργανισμός με υγρά. Κίνδυνος μείωσης καλίου στον οργανισμό.	Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά φάρμακα με οδηγία του ιατρού. Χορήγηση άφθονων υγρών για την αντικατάσταση χαμένων υγρών που χάθηκαν. Δίνουμε τροφές στην άρρωστη που περιέχουν κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια και πατάτες.	Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Δόθηκαν πολλά υγρά από το στόμα σε μορφή τσάι. Δόθηκαν στην άρρωστη μπανάνες για αύξηση του καλίου στον οργανισμό. Αποκαταστάθη ε αποκαταστάθη ε η εντερική λειτουργία.
Αλλαγή στην εμφάνισή της και εκλογή τύπου τεχνητού μαστού.	Βοήθεια της άρρωστης και της οικογένειάς της να αποδεχθούν την πραγματικότητα . Δίνουμε συμβουλές για την καλύτερη εμφάνισή της.	Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την άρρωστη να αποδεχθεί την απώλεια του μαστού της. Βοηθάμε την άρρωστη στην εκλογή του τεχνητού μαστού. Για ευκολία τον πρώτο καιρό η άρρωστη μπορεί να χρησιμοποιήσει κανονικό στηθόδεσμο με μαλακό υλικό μέσα. Συζητάμε με το σύζυγο της άρρωστης σχετικά με το θέμα τεχνητής πρόσθεσης, έτσι ώστε να δεχτεί πιο εύκολα.	Εξασφάλιση καλής εμφάνισης της άρρωστης και καλής αποδοχής της πραγματικό- τητας.

ΠΡΟΤΑΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟΥ Η ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ

Την τελευταία δεκαετία εδόθη μεγαλύτερη έμφαση στις κατ'οίκον νοσηλείες σε ολόκληρη την Ευρώπη και ιδιαίτερα όσον αφορά τους καρκινοπαθείς ασθενείς, οι οποίοι πρέπει να λάβουν παρηγορητικές θεραπείες. Αυτή είναι και η πρόσφατη σύσταση της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας, ότι δηλαδή οι ογκολογικοί ασθενείς πρέπει να μπορούν να λάβουν παρηγορητικές θεραπείες στο σπίτι τους εάν το επιθυμούν.

Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα παγκόσμια την δεύτερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Υπολογίζονται παγκόσμια (πηγή Π.Ο.Υ.) ότι γύρω στο 2000 θα υπάρχουν 5.000.000 θάνατοι κατά έτος. Ένας περίπου υπολογισμός για τα ελληνικά δεδομένα είναι άνω των 10.000 θανάτων κατά έτος, δηλαδή στην Δυτ. Ελλάδα, η οποία έχει σαν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη τα δύο περιφερειακά νοσοκομεία, δηλαδή Π.Π.Γ.Ν.Π. στο Ρίο και το Π.Γ.Ν.Π. <<ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ>> της Πάτρας, ο αριθμός θανάτων υπολογίζεται στους 1.300 κατά έτος (δεν υπάρχουν καθόλου στατιστικά στοιχεία της περιφέρειάς μας). Ο αριθμός αυτός των ασθενών πεθαίνει είτε στα παραπάνω νοσοκομεία είτε στο σπίτι τους.

Η αντιμετώπιση λοιπόν των ασθενών σε προχωρημένο η τελικό στάδιο του καρκίνου δεν είναι δυνατό να γίνεται εξ'ολοκλήρου από τα νοσοκομεία, λόγω έλλειψης κλινών αφενός και αφετέρου λόγω υψηλού κόστους.

Η εκρηκτική αύξηση του κόστους νοσηλείας των τελευταίων ετών κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα όλης της Ευρώπης και της Αμερικής και ως εκ τούτου και το ελληνικό. Για αυτό υπάρχει και η τάση σήμερα εξασφάλισης μίας εναλλακτικής μορφής περίθαλψης με το

μικρότερο δυνατό κόστος, ώστε να δίνεται η δυνατότητα μεγαλύτερου αριθμού ασθενών χωρίς να είναι απαραίτητη η δημιουργία νέων νοσοκομειακών ομάδων ή η επέκταση παλαιότερων (πρόσφατη σύσταση Π.Ο.Υ.).

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μία εναλλακτική μορφή περίθαλψης για χρόνιους πάσχοντες και ιδιαίτερα για τους ογκολογικούς ασθενείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου. Στην Ελλάδα ο θεσμός της κατ'οίκον νοσηλείας ογκολογικών ασθενών εφαρμόζεται από τα αντικαρκινικά νοσοκομεία <<ΜΕΤΑΞΑ>> και <<ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ>> μόνο.

ΣΤΟΧΟΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.

Οι καρκινοπαθείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου που έχουν εξαντλήσει όλους τους θεραπευτικούς χειρισμούς και χρειάζονται μόνο νοσηλευτική φροντίδα ή συμπτωματική υποστηρικτική αγωγή αποτελούν μια ειδική κατηγορία ασθενών, κατηγορία από την οποία αργά ή γρήγορα περνούν η ολότητα περίπου των ογκολογικών ασθενών. Για αυτό το λόγο:

1. Η παροχή στον καρκινοπαθή ολοκληρωμένης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο γνώριμο και φιλόξενο οικογενειακό του περιβάλλον είναι επιθυμία του.

2. Παράλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη αυτού και της οικογένειάς του.

3. Αυξημένη ανάγκη για καλύτερη διακίνηση ογκολογικών αρρώστων με στόχο:

A) Αφ'ενός την αποασυλοποίηση των ασθενών από συνθήκες νοσοκομείου

B) Αφ'ετέρου δε απελευθέρωση πολύτιμων νοσοκομειακών κρεβατιών και μείωση κόστους

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ.

Η Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. αποτελεί μια ευέλικτη και μικρή ιατρονοσηλευτική υπηρεσία, που έχει στόχο την παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων στο σπίτι του ογκολογικού ασθενούς.

Αποτελείται:

1. Από έναν γιατρό, κατά προτίμηση Ογκολόγο-Παθολόγο.

2. Τρεις νοσηλευτές-νοσηλεύτριες

3. Πλαισιώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγο, εθελοντές στήριξης ογκολογικών ασθενών .

Η χωροταξική της ευθύνη υπολογίζεται για την πόλη των Πατρών και τα προάστια της.

Πρέπει να εξυπηρετείται σε σχέση με τον πληθυσμό της πόλης από σύνολο τρία αυτοκίνητα, ένα για κάθε νοσηλευτή, τα οποία θα οδηγούνται από τον ίδιο. Ο επιστημονικός υπεύθυνος της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. (ιατρός) παρακολουθεί, ελέγχει και συντονίζει τις δραστηριότητες της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ, με σύγχρονη εκτίμηση της πορείας των αρρώστων :

A) Μέσω των φακέλων νοσηλείας

B) Μέσω των πληροφοριών των νοσηλευτών.

Γ) Άμεσης τηλεφωνικής επικοινωνίας

Η προϊστάμενη ρυθμίζει και ελέγχει τα προγράμματα λειτουργίας, ώστε να εξασφαλίζεται πλήρης παρακολούθηση και νοσηλευτική κάλυψη, κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε όλους τους ογκολογικούς ασθενείς, επισκέψεις και νοσηλευτική κάλυψη, εξατομικευμένες ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός χωριστά, σε συνεννόηση με τον επιστημονικό υπεύθυνο γιατρό

Οι νοσηλευτές καλύπτουν όλες τις ανάγκες του αρρώστου, βάσει των υπάρχοντων ιατρικών οδηγιών, οι δε νοσηλευτικές φροντίδες και οδηγίες παρέχονται επί 24 ωρου βάσεως.

Λειτουργία εξωτερικού ιατρείου-αρχείου της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ_

Η επισκέπτρια υγείας με την βοήθεια γραμματέως καλύπτει όλη την κίνηση του εξωτερικού ιατρείου της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ , που εδώ μπορεί να συμπίπτει με το εξωτερικό ογκολογικό ιατρείο, που έχει τα ιστορικά των ασθενών και γνωρίζει πλήρως την κατάσταση και τις ανάγκες νοσηλείας και κατευθύνει ανάλογα, μετά από συνεννόηση, αν ο ασθενής θα παραμείνει στο σπίτι του ή θα μεταφερθεί στο νοσοκομείο για συγκεκριμένο λόγο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΟΥΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Χρόνιος πόνος και η πορεία του
2. Προβλήματα διατροφής- πεπτικού
3. Προβλήματα αναπνευστικού
4. Τραύματα -κατακλίσεις

5. Λοιμώξεις ουροποιητικού

6. Προβλήματα καθετήρων

7. Προβλήματα κολοστομιών, ουρητηροστομιών και γενικότερα δερματολογικά προβλήματα.

8. Αιμοληψίες

9. Η.Κ.Γ.

10. Υπερηχογράφημα (ύπαρξη ιατρού)

11. Λήψη καλλιέργειας ούρων

12. Όροι-παρεντερική σίτιση

13. Παρηγορητική ,ελαφρά χημειοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Με αυτόν τον τρόπο η Κ.ΟΝ.ΟΓ.ΑΣ. μπορεί να προσφέρει:

1) Στον άρρωστο ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα υπό συνθήκες νοσοκομείου με ταυτόχρονη ψυχολογική υποστήριξή του.

2) Στην οικογένεια προσφέρει ψυχολογική, ηθική, υλική υποστήριξη για να μπορέσει να αντιμετωπίσει το χρόνιο πρόβλημα με δύναμη μέχρι το τέλος (μην ξεχνούμε την οικονομική επιβάρυνση για μόνιμη συνοδεία του ογκολογικού ασθενούς από κάποιον δικό του, που πρέπει για αυτό να

αφήσει την εργασία του, κόστος που δεν έχει υπολογιστεί στα οφέλη της κατ οίκον νοσηλείας στον συγκριτικό πίνακα της Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. του νοσοκομείου <<ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ>>.

Αν λοιπόν συνυπολογιστεί, υπολογίζεται περίπου 18.000.000. κάθε έτος, πράγμα που κατά επέκταση μειώνει δραματικά το ετήσιο κόστος Κ.Ο.Ν.ΟΓ.ΑΣ. της δεδομένης μελέτης του νοσοκομείου <<ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ>>

3) στα νοσοκομεία της περιφέρειας καλύτερη διακίνηση ασθενών με ταυτόχρονη απελευθέρωση σημαντικού αριθμού κρεβατιών για τις συνεχώς ολοένα αυξανόμενες ανάγκες τους.

4) Στην πολιτεία προσφέρει σημαντικό οικονομικό όφελος, που προκύπτει από το πολύ μικρότερο κόστος νοσηλείας στο σπίτι, έναντι του υψηλού και με γεωμετρική πρόοδο αυξανόμενου κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο ⁽³¹⁾.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τι μπορεί να κάνει ένας νοσηλευτής όπου υπάρχουν τόσα άγνωστα για αυτόν και όπου μεγάλο μέρος της ευθύνης και της απόφασης ανήκει σε άλλους;

Σε μια εποχή, σε κάθε εποχή όπου οι πνευματικές και ανθρωπιστικές αξίες ακόμα και η ζωή έχουν υποβιβαστεί και η σημασία της αμφισβητείται, ποια είναι τα ηθικά στηρίγματα που θα βοηθήσουν και τον νοσηλευτή να ανταποκριθεί σε αυτές τις νέες όσο και παλιές ηθικές υποχρεώσεις της δουλείας του;

Μόνο αυτοί που δεν έζησαν κοντά στον άρρωστο, που με αγωνία περιμένει το αποτέλεσμα μίας εξέτασης, που μένει ξάγρυπνος, λουσμένος στον ιδρώτα την προηγούμενη νύχτα, μιας εγχείρησης, που αισθάνεται απογυμνωμένος και εγκαταλειμμένος μέσα στην αναμονή μίας αβέβαιης εξέλιξης της αρρώστιάς του, που περιμένει κάθε πρωί τον γιατρό ή τον νοσηλευτή να διαβάσει μέσα στα μάτια τους, στον τόνο της φωνής τους, στην συμπεριφορά τους τη βαρύτητα της κατάστασής του, που αισθάνεται σωματικά και ψυχικά μειωμένος, ξεχασμένος από τους άλλους, που τα μάτια του είναι υγρά, το στόμα του στεγνό και το σώμα του ανίκανο να υπακούσει σε αυτήν τη λίγη θέληση που του απομένει.

Ένας νοσηλευτής που ενδιαφέρεται κάνει το τμήμα του να διαφέρει.

Κάθε φορά που ο καθένας μας αποφασίζει να μείνει να παλέψει από το να αδιαφορήσει και να φύγει, δημιουργεί ένα παράδειγμα ήθους, αξιοπρέπειας και κοινωνικής ένταξης, που θα κάνει την απόφαση πιο εύκολη για αυτούς που θα ακολουθήσουν...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπανικολάου Ν.: Γυναικολογία, 3^η έκδοση
Εκδόσεις: "Γρ. Παρισιανός", Αθήνα 1994.
2. Μαυρουδη Δ.Γ.: Μαγικευτική και γυναικολογία, τόμος
πρώτος. Θεσσαλονίκη 1974.
3. Παπανικολάου Ν.: Μαστολογία,
Θεσσαλονίκη 1989.
4. Κονιάρη Ε.: Καρκίνος του μαστού νοσηλευτική
παρέμβαση, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ Αθήνα. 1991
5. Τριχόπουλος Δ, Τριχοπούλου Αντωνία.: Προληπτική
ιατρική, Εκδόσεις: Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1986.
6. Παπανικολάου Νίκος.: Γυναικολογική γηριατρική
Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1993
7. Παπανικολάου Ν.: Γυναικολογία Τρίτη έκδοση,
Εκδόσεις: Γρ. Παρισιανός Αθήνα 1994.
8. Ρηγάτος Γ.: Εγκόλπιο Ογκολογίας,
Εκδόσεις : ASCENT, Αθήνα 1999.
9. Αντωνία Τριχοπούλου, Σταύρος Μπεσμπέας: Διατροφή και
καρκίνος, Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία επιτροπή
ευρωπαϊκών κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του καρκίνου"
Αθήνα 1991.
10. Παπανικολάου Ν.: Γυναικολογία, Β' έκδοση,
Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1986.
11. Τούσης Δ: Πρόληψη Έγκαιρη Διάγνωση και Διαφυγή από
Καρκίνο, Τεύχος πρώτο, βιβλίο δεύτερο, Ελληνική εταιρεία
προληπτικής ιατρικής (Ε.Ε.Π.Ι),
Εκδόσεις: Αθήνα 1980.
12. Σαχίνη Καρδάση Α.: Παθολογική και χειρουργική
νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες, Τομος 2^{ος} /Μέρος Β'
Εκδόσεις: ΒΗΤΑ-medical arts, Αθήνα 1996.

13. Παπαδημητρίου Γ.Δ., Ανδρουλάκης Γεώργιος Α.: Αρχές Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Α', Εκδόσεις:Κ.Παρισινού, Αθήνα 1996.
14. Λιόση Μ.: Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Εκδόσεις Αθήνα 1998.
15. Πατέρας Χ.: Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Εκδόσεις: Αθήνα 1999.
16. Τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα δεν μειώνουν την πίστη στις μαστογραφίες, MEDICAL EXPRESS, Τεύχος 71, Εκδόσεις: Ιατρικής Πληροφορικής, Αθήνα Ιανουάριος 2000.
17. Σμπαρούνης Χαράλαμπος Ν.: Γενική Χειρουργική Τόμος Β'. Εκδόσεις', UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1990.
18. Λούρου Ν.: Μαιευτική και Γυναικολογία, Εκδόσεις:Γρ. Παρισιανού, Αθήνα.
19. Malian Dollinder, MD..., Errest Rosenbaum, MD και Greg Cable.: Ο καρκίνος και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση, Εκδόσεις: Κάτοπτρο, Αθήνα 1991.
20. Αραβαντινού Δ.Ι.: Παθολογία της Γυναίκας, Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1985.
21. Αραπαντόνη - Δαδιώτη Π.: Ο ρόλος του παθολογοανατόμου των ψηλαφητών αλλοιώσεων του μαστού. Ογκολογική Ενημέρωση, Τεύχος 4, Εκδόσεις: GARAMOND .Γ.Ντακαλέση, Αθήνα 1999.
22. Μόσχου Κάκκου Α.: Ογκολογική Νοσηλευτική Εκδόσεις: ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1999.
23. Ογκολογία, Medical Express, Τεύχος 52, Αθήνα-Φεβρουάριος 1998.
24. Μαλγαρινού Μ.Α.Κωνσταντινίδου, Σ.Φ.: Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική Τόμος Β' Μέρος 2^ο, Έκδοση 17^η Εκδόσεις: "Η Ταβίθα" Αθήνα 1995.

25. ΠΕΡΙΣΚΟΠΙΟ: Ακτινοθεραπεία

"Ογκολογική Ενημέρωση" Τεύχος 1, Αθήνα Ιανουάριος-Μάρτιος 1999.

26. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψύχο-Ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Εκδόσεις: Αθήνα 1998.

27. Medical Express .Τεύχος 58 Οκτώβριος 1998.
Ιδιοκτησία: Μ. Πιτσιλίδης ΕΠΕ.

28. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

"Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας" Εκδόσεις: ΒΗΤΑ .medical arts. Αθήνα.

29. Καλογιάνη Α.: Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών , Τόμος Α'. Αθήνα 1998.

30. Μπαφαλούκος, Μελά Κ.: Συμπόσια 21^ο ετήσιο πανελλήνιο ιατρικό συνέδριο <<Επιπτώσεις των κακοηθών νεοπλασμάτων και της θεραπείας τους στα διάφορα συστήματα>>
Εκδόσεις: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
Αθήνα 1995

31. Γκινόπουλος Π. Ανέκδοτος πρόταση,
Πάτρα- Απρίλιος 2000.

