

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2000-01**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική παρέμβαση στη
ψυχοσωματική υποστήριξη του ατόμου»**



Υπεύθυνη Καθηγήτρια : Δημοπούλου Ειρήνη

Σπουδάστρια : Παλληκάρη Χρυσάνθη

Πάτρα 2001

17. SMOI
MEWONE 1 3828

Αφιερώνεται :

Στους γονείς μου

Γιώργο και Σοφία

Στον αδελφό μου

Παύλο

Στον αρραβωνιαστικό μου

Αποστόλη

Στην καθηγήτριά μου

κ. Δημοπούλου,

για την πολύτιμη βοήθεια

και υποστήριξή τους.

•

Στην ατέλειωτη λίστα των
γυναικών που πολεμούν, πολέμησαν,

ΝΙΚΗΣΑΝ ή ΕΧΑΣΑΝ.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ. 6

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ. 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ. 12

1.1 Εμβρυϊκή προέλευση και ανάπτυξη του μαστού.....σελ. 12

1.2 Ανατομικά στοιχεία.....σελ. 13

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ. 22

2.1 Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.....σελ. 22

2.2 Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας.....σελ. 26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ Κ.Μ.....σελ. 31

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....σελ. 33

2.1 Διεθνής κατανομή.....σελ. 34

2.2 Συχνότητα – Νοσηρότητα.....σελ. 34

2.3 Επιβίωση.....σελ. 36

2.4 Θνησιμότητα.....σελ. 37

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....σελ. 38

3.1 Ιογενείς παράγοντες.....σελ. 39

3.2 Γενετικοί – βιολογικοί παράγοντες.....σελ. 40

3.3 Παράγοντες που συνδέονται με την αναπαραγωγή.....σελ. 42

3.4 Ορμονικοί παράγοντες.....σελ. 43

3.5 Μορφολογικοί παράγοντες.....σελ. 44

3.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....σελ. 45

3.7 Άλλοι παράγοντες.....σελ. 46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ. 49

1.1 Καρκίνος του μαστού : μια εξελικτική παθολογοανατομική βλάβη....σελ. 49

1.2 Ρυθμός αύξησης του όγκου – Κυτταροκινητική νεοπλασματικών

κυττάρων.....σελ.	50
1.3 Τρόποι επέκτασης καρκίνου του μαστού.....σελ.	52
1.4 Σημασία διηθημένων λεμφαδένων.....σελ.	53
1.5 Σχηματισμός δευτεροπαθών εστιών.....σελ.	53
1.6 Συστηματική νόσος.....σελ.	53
2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ.	54
2.1 Ιστοπαθολογική ταξινόμηση.....σελ.	55
2.2 Κλινική σταδιοποίηση.....σελ.	58
2.3 Ταξινόμηση ανάλογα με το ρυθμό ανάπτυξης του όγκου.....σελ.	60
2.4 Ταξινόμηση με βάση τον βαθμό κακοήθειας.....σελ.	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ.	63
1.1 Πρωτογενής πρόληψη.....σελ.	63
1.2 Δευτερογενής πρόληψη.....σελ.	63
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ Κ.Μ...σελ.	65
2.1 Ειδικές δραστηριότητες στην πρωτογενή πρόληψη.....σελ.	65
2.2 Ειδικές δραστηριότητες στην δευτερογενή πρόληψη.....σελ.	66
3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....σελ.	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....σελ.	78
2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ.	79
2.1 Κλινική διάγνωση.....σελ.	80
2.2 Εργαστηριακή διάγνωση.....σελ.	83
2.3 Εγχειρητική διάγνωση.....σελ.	90
2.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....σελ.	91
3. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....σελ.	101
3.1 Καλοήθειες παθήσεις του μαστού.....σελ.	102
3.2 Φλεγμονώδεις παθήσεις του μαστού.....σελ.	102
3.3 Μεσοπλεύριος νευραλγία.....σελ.	103

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.	105
1.1 Είδη θεραπευτικών μεθόδων.....σελ.	105
1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση στις θεραπευτικές μεθόδους.....σελ.	131
2. ΣΗΜΑΣΙΑ ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ	
ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....σελ.	161

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

1. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....σελ.	164
1.1 Τοπικο- περιοχική υποτροπή.....σελ.	164
1.2 Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.....σελ.	165
1.3 Αντιμετώπιση μεταστάσεων.....σελ.	167
2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....σελ.	169

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.....σελ.	174
1.1 Στάδια της νόσου και ψυχολογική παρέμβαση.....σελ.	174
2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....σελ.	184
2.1 Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο.....σελ.	184
2.2 Ενίσχυση αυτοεκτίμησης της άρρωστης.....σελ.	185
3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....σελ.	185
3.1 Ατομική ψυχοθεραπεία.....σελ.	185
3.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία.....σελ.	186

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....σελ.	189
1.1 Τι είναι η νοσηλεία στο σπίτι – σκοποί.....σελ.	189
1.2 Πώς πρέπει να προσφέρεται η κατ' οίκον νοσηλεία.....σελ.	190
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ	
ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ.....σελ.	191
2.1 Σωματική φροντίδα και εξασφάλιση άνεσης.....σελ.	191
2.2 Συναισθηματική υποστήριξη της καρκινοπαθούς και της οικογένειάς	
της.....σελ.	194

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.....σελ.	197
1.1 Σωματική αποκατάσταση.....σελ.	197
1.2 Ψυχολογική αποκατάσταση.....σελ.	200
1.3 Επαγγελματική αποκατάσταση.....σελ.	202
2. ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....σελ.	202

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

1. 1^η Κλινική περίπτωση	σελ. 205
2. 2^η Κλινική περίπτωση.....σελ.	220

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.	237
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.	241
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.	245
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....σελ.	250

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Από τη στιγμή που σαν γυναίκα παραδέχτηκα ότι διατρέχω ιδιαίτερο κίνδυνο ζωής από τον καρκίνο του μαστού και αφότου πείσθηκα ότι έγκαιρα πρώτη εγώ η ίδια μπορώ να τον διαγνώσω ή να τον υποψιαστώ με την αυτοεξέτασή μου και στη συνέχεια, όταν πίστεψα ότι έτσι μπορώ ασφαλώς να διαφύγω κάθε κίνδυνο ζωής από τον καρκίνο αυτό, από τότε αισθάνομαι πλέον σε πλήρη ηρεμία. Δεν τον φοβάμαι πλέον. Πείσθηκα ότι έχω όλον τον καιρό να θεραπευτώ, όταν απλούστατα είμαι σε θέση αποτελεσματικά να τον αντιμετωπίσω».

Η ομολογία αυτή αποτελεί μια ισχυρή και θετική απάντηση στο πρόβλημα που λέγεται καρκίνος του μαστού. Οπωσδήποτε είναι η πιο σοβαρή απειλή για τη ζωή της σύγχρονης γυναίκας. Πρόκειται για ένα χρόνιο νόσημα, το οποίο συχνά συνεπάγεται ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, τοξικές φαρμακευτικές θεραπείες, σε αρκετές περιπτώσεις πόνους και τελικά θάνατο, παρά τις προόδους που αναμφισβήτητα έχουν σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Η πορεία του καρκίνου του μαστού συνεπάγεται ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς, όσο και στο περιβάλλον τους. Φυσικά, δεν πρέπει να αγνοηθεί ότι σοβαρές επιπτώσεις συνεπάγεται το νόσημα και επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς.

Η ομολογία αυτή, συνεπώς δεν είναι τίποτε άλλο παρά μια πρόσκληση να οργανώσουμε τον αγώνα εναντίον του καρκίνου του μαστού στην κοινωνία μας. Εναντίον της αρρώστιας που κυριαρχεί ως ένας μόνιμος φόβος. Αποκαλύπτει πόσο επιτακτική είναι η ανάγκη να εργαστούμε στο πεδίο της πρόληψης, όπου την ευθύνη για περισσότερο από το 40% των νεοπλασμάτων έχουν το κάπνισμα, η διατροφή, και γενικά παράγοντες που έχουν σχέση με την καθημερινή ζωή μας. Τα συστήματα υγείας έχουν σίγουρα τη μεγάλη ευθύνη για την οργάνωση μιας αποτελεσματικής πρόληψης, ιδιαίτερα στον τομέα της δευτερογενούς πρόληψης, με την ανάπτυξη προγραμμάτων ανίχνευσης του καρκίνου του μαστού στον πληθυσμό. Επίσης, αποκαλύπτει ότι η ευθύνη επεκτείνεται και στην αποτελεσματική θεραπεία με όλα τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα.

Παράλληλα, εμπεριέχει ένα ελπιδοφόρο μήνυμα: την διαπίστωση πως σήμερα δεν υπάρχει η ΑΓΝΟΙΑ που υπήρχε παλιότερα σχετικά με την αιτιογένεια, την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι προσπάθειες των οργανωμένων κοινωνιών, αλλά και των συστημάτων υγείας έχουν κατορθώσει να

περάσουν τα μηνύματα για την έγκαιρη διάγνωση και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Μια δεύτερη διαπίστωση είναι ότι ενώ στο άκουσμα της λέξης καρκίνος υπάρχει μια πρωτοφανής κατάρρευση στη δομή της ανθρώπινης προσωπικότητας, ωστόσο το συναίσθημα του φόβου έχει αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό από μια διάθεση ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ κατά του καρκίνου.

Είναι φανερό λοιπόν, που ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα θέμα – πρόκληση. Σκοπός της εργασίας « Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική παρέμβαση στη ψυχοσωματική υποστήριξη του ατόμου», είναι η σωστή και ολοκληρωμένη απόδοση του νοσήματος αυτού, δίνοντας έμφαση στην δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης και στην νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του μαστού.

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στην θεραπεία και να αντιμετωπίζει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

Πράγματι, η καταπολέμηση του καρκίνου είναι τόσο βιολογική όσο και ψυχολογική μάχη, επειδή οι επιπτώσεις εκτείνονται πιο πέρα από τις σωματικές βλάβες.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου του και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την αξιολόγηση, ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως, οι ανάγκες και οι ικανότητές του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια.

Τέλος, η εργασία αυτή θα τονίσει το ρόλο της νοσηλεύτριας που είναι πολύ σημαντικός και δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντίθετα οι επιδιώξεις της αποβλέπουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΟΡΙΣΜΟΣ : Καρκίνος είναι ο γενικός όρος που περιγράφει την ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων. Ανάμεσα στα 50.000 ή περισσότερα χωριστά γονίδια του σώματος, υπάρχουν περίπου 100 που μπορεί να λειτουργήσουν ανώμαλα, δημιουργώντας κύτταρα εκεί που δεν πρέπει. Τα γονίδια αυτά, γνωστά σαν ογκογενή, ενεργοποιούνται από ένα συνδυασμό παραγόντων.

Η ταχεία κυτταρική ανάπτυξη δεν είναι πάντοτε συνώνυμη της κακοήθειας. Είναι γνωστές φυσιολογικές καταστάσεις, όπου οι ιστοί του σώματος αναπτύσσονται πολύ πιο γρήγορα απ' ό τι συνήθως. Από ένα μόνο κύτταρο αναπτυσσόμαστε μέσα σε 9 μήνες σε έναν τέλειο άνθρωπο. Με τον ίδιο τρόπο, όταν υποστούμε κάποιον τραυματισμό και χρειάζεται γρήγορη αποκατάσταση και αντικατάσταση των τραυματισμένων ιστών, ο οργανισμός μας μπορεί να παράγει πολλά νέα κύτταρα μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Όταν κάθε τέτοια εκδήλωση ανάπτυξης ή επούλωσης ολοκληρωθεί, μια ομάδα γονιδίων δίνει εντολή στον οργανισμό να καταστείλει την ανάπτυξη. Το καρκινικό κύτταρο όμως, δεν υπακούει στους κανόνες αυτούς. Η αλλαγή στο γενετικό του κώδικα, συνεχίζει την αναπαραγωγή του και τα καρκινικά κύτταρα εξακολουθούν να διαιρούνται ανεξέλεγκτα.¹

Με τον όρο «καρκίνος μαστού» εννοούμε την εμφάνιση νεοπλασματος, κακοήθους εξεργασίας στον γυναικείο κυρίως μαστό. Το νεόπλασμα συνήθως ανακαλύπτεται από την ίδια τη γυναίκα, όταν αυτή αντιληφθεί την ύπαρξη κάποιου ογκιδίου στο στήθος της ή παρατηρήσει αλλαγές στο δέρμα, την θηλή, το μέγεθος ή την θέση του μαστού. Τυχόν ρύση επίσης αιματηρή ή ορώδης, από την θηλή του μαστού οδηγεί την γυναίκα στον γυναικολόγο, αν και επιστημονικά η νόσος δεν κατατάσσεται στις γυναικολογικές παθήσεις.²

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε καλοήθη και κακοήθη. Τα κακοήθη αποτελούν ένα ιδιόρρυθμο πληθυσμό κυττάρων μη φυσιολογικής μορφολογίας, που χαρακτηρίζονται από άτυπο, άσκοπο και αυτόνομο πολλαπλασιασμό, με άγνωστη

αιτιολογία. Τα καλοήθη αποτελούνται από κύτταρα φυσιολογικής μορφολογίας που σχηματίζουν περιγεγραμμένους όγκους.

Οι διαφορές μεταξύ καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων καθώς και η ταξινόμηση των νεοπλασμάτων ανάλογα με τον ιστό που προέρχονται, φαίνεται στους παρακάτω πίνακες.³

Διαφορές μεταξύ καλοήθων και κακοήθων νεοπλασμάτων	
Καλοήθη	Κακοήθη
<ul style="list-style-type: none"> - Έχουν κύτταρα ώριμα - Είναι περιγεγραμμένα και περιβάλλονται από κάψα - Πολλαπλασιάζονται με αργό ρυθμό - Δεν διηθούν τους γύρω ιστούς - Δεν κάνουν μεταστάσεις - Δεν υποτροπιάζουν - Δημιουργούν τοπική βλάβη λόγω πίεσης 	<ul style="list-style-type: none"> - Έχουν κύτταρα ώριμα - Δεν είναι περιγεγραμμένα , δεν έχουν κάψα - Πολλαπλασιάζονται με ταχύ ρυθμό - Διηθούν τους γύρω ιστούς - Κάνουν μεταστάσεις - Συχνά υποτροπιάζουν - Διηθούν και καταστρέφουν τους γύρω ιστούς και επηρεάζουν τη γενική κατάσταση του αρρώστου

Πίνακας 1

Ταξινόμηση νεοπλασμάτων ανάλογα με τον ιστό που προέρχονται (Αντιπροσωπευτικά παραδείγματα)		
Ιστός	Καλοήθες	Κακοήθες
<ul style="list-style-type: none"> • Επιθηλιακός ιστός • Επιθήλιο αδένων • Συνεκτικός ιστός Ινώδης Οστικός • Αιμοφόρα αγγεία • Μυϊκός ιστός • Αιμοποιητικός ιστός Λεμφαδενοειδής Πλασματοκύτταρα • Νευρικός ιστός Νευρογλοιακά κύτταρα Μήνιγγες • Μελαχρωστικά κύτταρα 	Θήλωμα, μυρμηγκία, πολύποδες Αδένωμα Ίνωμα Οστέωμα Αιμαγγείωμα Μύωμα Γλοίωμα Μηνιγγείωμα Σπίλος (ελιά)	Καρκίνωμα Αδενοκαρκίνωμα Ίνωσάρκωμα Οστεοσάρκωμα Αιμαγγειοσάρκωμα Μυοσάρκωμα Κακοήθες λέμφωμα Πολλαπλούν μύελωμα Γλοιωβλάστωμα Μηνιγγικό σάρκωμα Κακοήθες μελάνωμα

Πίνακας 2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη του ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα εκτός από λίγες εξαιρέσεις παραμένει ανενεργός, ενώ στη γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και τη εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργιών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.⁴

1.1 ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η καταβολή των μαστών, αν και θα χρησιμοποιηθούν πολλά χρόνια μετά τη γέννηση, πραγματοποιείται πριν από την καταβολή των άλλων αδένων του δέρματος.⁵ Ειδικότερα, η καταβολή τους παρουσιάζεται την έκτη εμβρυϊκή εβδομάδα με τη μορφή εξωδερμικής πάχυνσης κατά μήκος επιμήκους γραμμής. Η πάχυνση αυτή ονομάζεται μαστική ακρολοφία.⁶

Η μαστική ακρολοφία ή γαλακτοφόρος γραμμή εκτείνεται από τις ρίζες των άνω άκρων μέχρι και τις ρίζες των κάτω, δηλαδή αρχίζει από το μέρος της μασχάλης και τελειώνει στους βούβωνες.⁵ Μέχρι την 9^η εμβρυϊκή εβδομάδα έχουν ατροφήσει τα 2/3 αυτής, ενώ στο τμήμα που βρίσκεται στη θωρακική περιοχή αναπτύσσονται 5-6 οζίδια, τα μαστικά λοφίδια, που αποτελούν τις καταβολές των μαστών. Κατά τον 5^ο εμβρυϊκό μήνα, από κάθε καταβολή αναπτύσσονται 15-20 συμπαγείς δοκίδες, οι οποίες φέρονται σε βάθος, στο υποκείμενο χόριο, σχηματίζοντας έτσι τους γαλακτοφόρους εκφορητικούς πόρους. Το ελεύθερο άκρο των γαλακτοφόρων πόρων διευρύνεται και διακλαδιζόμενο σχηματίζει τους λοβούς. Κατά τον 7^ο ή 8^ο εμβρυϊκό μήνα οι πόροι κυλαινόμενοι αποκτούν αυλό. Η θηλή του μαστού διαπλάσσεται από την ελεύθερη επιφάνεια της αρχικής του καταβολής. Επομένως, η τέλεια ανάπτυξη του εκκριτικού συστήματος των μαστών δεν πραγματοποιείται στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής, αλλά μόνο στο τέλος της, όταν οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν σχηματισθεί και καλυφθεί από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο.

Ο αριθμός των μαστών διαφέρει στο κάθε είδος θηλαστικού, γιατί εξαρτάται από τον αριθμό των νεογνών. Έτσι, στον άνθρωπο έχουμε ένα ζευγάρι μαστών, που αντιστοιχεί στο τέταρτο ζευγάρι των πολύμαστων ζώων. Επίσης, παρατηρούνται και διάφορες ανωμαλίες ανάπτυξης. Σ' αυτές ανήκουν η αμαστία (έλλειψη του ενός ή και των 2 μαστών), η μικρομαστία (παραμονή σε παιδική κατάσταση), η μακρομαστία (υπερμεγέθης ανάπτυξη), ενώ στους άνδρες η μεγάλη ανάπτυξη των μαστών ονομάζεται γυναικομαστία. Η αύξηση του αριθμού των μαστών (υπερμαστία) είναι σπάνια, πιο συνηθισμένη είναι η υπερθηλία (ύπαρξη υπεράριθμων θηλών), συνήθως στη θέση της μαστικής ακρολοφίας.⁷

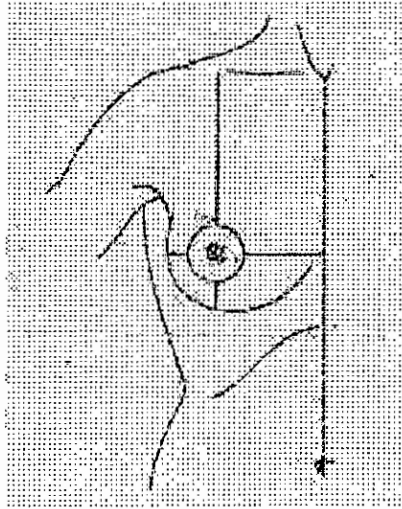
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ (ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ).

Ο μαστός βρίσκεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από το πλάγιο χείλος του στέρνου ως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή και τελειώνει στην 2^η ή 3^η μέχρι την 6^η ή 7^η πλευρά.

Το κεφαλοουριαίο μήκος του είναι κατά μέσο όρο 10-12εκ., ενώ το πάχος του αδένου φτάνει τα 3-5εκ. Το βάρος του μαστού κυμαίνεται από 150-200γραμ., αλλά στη γαλουχία μπορεί να φτάσει τα 400-500γραμ.⁷ Η πραγματική όμως έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη γιατί αυτός επεκτείνεται με τη μορφή λεπτής στιβάδας, προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή και προς τα έξω στο έσω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Κάποτε ο μαστός εμφανίζει προσεκβολές από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι' αυτό λέγεται και μασχαλιαία ουρά ή ουρά του Spence.⁵

Για λόγους τοπογραφικούς, ο μαστός χωρίζεται σε 5 τμήματα : το κεντρικό που περιλαμβάνει τη θηλή και την άλω, και τέσσερα τεταρτημόρια, τα άνω έσω και έξω και τα κάτω, έσω και έξω.⁸



Εικόνα 1. Τοπογραφική διαίρεση του μαστού
σε τεταρτημόρια

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Οι μαστοί αποτελούνται από 2 ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους τον μεσομάστιο κόλπο. Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία, η απίσχναση κτλ. Τότε, το επάνω μέρος του επιτεδώνεται, ενώ το κάτω, από το βάρος, κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι, ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή, που λέγεται υπομάστια πτυχή.

Είναι σημαντικό να τονισθεί πως οι δυο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει πολλές φορές να είναι μεγαλύτερος από τον δεξιό. Γι' αυτό και ο γιατρός, που υποψιάζεται νεοπλασματική εξεργασία στο μαστό, δεν πρέπει να συγχέει τις διαφορές μεγέθους, που είναι αποτέλεσμα ανάπτυξης των μαστών, με εκείνες που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις.

ΥΦΗ

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δυο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρειά του.

Πρόσθια επιφάνεια: Η πρόσθια επιφάνειά του, υπόκυρτη, είναι ανώμαλη, με επάρματα και εντυπώματα, και συνδέεται με καθεκτήριες δεσμίδες με το υπερκείμενο δέρμα (σύνδεσμος του Cooper). Η πρόσθια επιφάνεια αποτελείται από το δέρμα, που

στο φυσιολογικό μαστό ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει στη γυναίκα που θηλάζει να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που οι δυο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για την χροιά τους. Στις μελαχρινές γυναίκες είναι αμαυρές, στις ξανθές ρόδινες και αμαυρότερες σ' όλες κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης.

Οπίσθια επιφάνεια: Λέγεται και βάση του μαστού, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό.

Περιφέρεια: Η περιφέρειά του δεν είναι αυστηρώς κυκλωτερή, αλλά φέρει μια απόφυση προς την μασχαλιαία κοιλότητα. Είναι λεπτή και συνδέεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.⁵

Στην κατασκευή του, ο μαστός, είναι σύνθετος σωληνο-κυψελώδης αδένας. Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδένα.⁸

Δέρμα: Διαφέρει στις διάφορες περιοχές και εμφανίζει κεντρικά τη θηλή και γύρω από αυτή τη θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σημηματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

- **Θηλή:** Έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην άτοκη αντιστοιχεί στο ύψος της 4^{ης} πλευράς και αλλάζει στην έφηβη γυναίκα γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λειών 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 σ' αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στο θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανakλαστική συστολή των λειών μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου που την περιβάλλει. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων.

- **Θηλαία άλως:** Αυτή αποτελεί κυκλωτερή ζώνη γύρω από τη θηλή, έχει διάμετρο 15-35χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες που διακρίνονται σε

ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στη θηλή και στην άλω και λέγονται αλωαίοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί είναι περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα.

Περιμαστικό λίπος: Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ' αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε την πρόσθια στιβάδα του, που είναι παχιά, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια, και την οπίσθια στιβάδα, που είναι λεπτή, περίπου 1εκ.

Μαστικός αδένας: Έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σ' αυτόν δυο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, και την περιφέρεια. Ο μαστικός αδένας αποτελείται από τους λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους και τις αδενοκυψέλες.

- **Λοβοί:** Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίον εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή. Στη θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι, που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο πόρο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες.

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς σε λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται από 10-100 λοβία. Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψέλων, που εκβάλλουν σε κοινό πόρο.

Κάθε λοβός αποτελείται :

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με δικό του τμήμα στην θηλή.
2. Από διάφορο αριθμό λοβίων, που εκβάλλουν στο δικό τους γαλακτοφόρο πόρο.
3. Από αδενοκυψέλες.

Τα παραπάνω στοιχεία περιβάλλονται από συνδετικό ιστό.

- **Εκφορητικοί πόροι:** Διευλάνουν τη θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. Όπως αναφέρθηκε, ανέρχονται σε 15-20.

- **Γαλακτοφόροι πόροι:** Αυτοί είναι τόσοι, όσος είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπισή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή. Από την τελική μοίρα των γαλακτοφόρων πόρων διαπλάσσονται οι αδενοκυψέλες, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων. Η σε βάθος ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων εξαρτάται από την παρουσία του λιπώδη ιστού.

Στον ώριμο μαστό, οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν διάμετρο 2-4χιλ. και αποτελούνται εσωτερικά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που οι πυρήνες του κατανέμονται σε διάφορα επίπεδα, έτσι ώστε να δίνουν την εντύπωση πολύστιβου κυλινδρικού επιθηλίου. Έξω από το επιθήλιο υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα που στηρίζονται πάνω στη βασική μεμβράνη, ενώ έξω από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και από τη βασική μεμβράνη υπάρχει υποεπιθηλιακός ιστός, που είναι πλούσιος σε κολλαγόνα ινίδια και λεμφαγγεία. Τέλος, έξω από τον επιθηλιακό ιστό υπάρχει ο ελαστικός χιτώνας, που διακόπτεται εκεί που αρχίζουν οι αδενοκυψέλες, αν και πιστεύεται πως ο χιτώνας αυτός περιβάλλει και τις αδενοκυψέλες. Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και ελαστικός χιτώνας συμβάλλουν στην έκθλιψη του γάλακτος κατά το θηλασμό.

- **Γαλακτοφόροι κόλποι:** Είναι περίπου 20, αποτελούν ανευρύσματα που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς. Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο ανεπτυγμένοι στο μαστό που θηλάζει, και φέρουν το έκκριμά τους στη θηλή με τους εκφορητικούς πόρους.
- **Αδενοκυψέλες:** Αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένου και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Στην εσωτερική επιφάνεια καλύπτονται από μονόστιβο κυβικό επιθήλιο, που στηρίζεται πάνω στο δίκτυο των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί το λοβό του αδένου. Στην κύηση και στη γαλουχία, οι αδενοκυψέλες διατείνονται τόσο, ώστε το στρώμα της βασικής μεμβράνης και των επιθηλιακών κυττάρων να λεπτύνεται, ωσότου εξαφανιστεί. Επίσης, αναπτύσσονται νέες κυψελίδες και τριχοειδείς γαλακτοφόροι πόροι, που διατείνονται και εμφανίζουν εκκριτική λειτουργία.

Οι τελικές διακλαδώσεις των γαλακτοφόρων πόρων, μαζί με τις αδενοκυψέλες, αποτελούν τη μικρότερη λειτουργική μονάδα του μαστικού αδένου.⁵

ΑΓΓΕΙΩΣΗ

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

Αρτηρίες

Τρεις είναι οι κύριες αρτηρίες του μαστού : 1) οι διατριαινόντες κλάδοι της έσω μαστικής, που από το 1^ο, 2^ο, 3^ο και 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα πλάγια από το στήρνο διαπερνούν το μείζονα θωρακικό μυ και φθάνουν στο χείλος του μαστού συμβάλλοντας στο 50% της συνολικής του αιμάτωσης, 2) η πλάγια θωρακική αρτηρία, κλάδος της μασχαλιαίας, που πορεύεται κατά μήκος του έξω χείλους του ελάσσονα θωρακικού μυός και αποτελεί τη 2^η μεγαλύτερη πηγή αίματος και 3) ο έσω κλάδος της ακρωμιοθωρακικής αρτηρίας, κλάδου επίσης της μασχαλιαίας, που πορεύεται μεταξύ του μείζονα και του ελάσσονα θωρακικού μυός.

Στην αιμάτωση του μαστού συμβάλλουν οι μεσοπλεύριες αρτηρίες και η υποπλάτιος αρτηρία, που αποτελεί τον μεγαλύτερο κλάδο της μασχαλιαίας αρτηρίας, ονομάζεται και θωρακορραχιαία και δεν συμβάλλει σημαντικά στην αγγείωση του μαστού.

Φλέβες

Ο μαστικός αδένας έχει πλούσιο αναστομωτικό δίκτυο επιφανειακών φλεβών. Οι φλέβες αυτές διατείνονται κατά την εγκυμοσύνη, ενώ μερικές φορές γίνονται ιδιαίτερα εμφανείς σε περιοχές υπερκείμενες νεοπλασμάτων. Η πλειονότητα των επιφανειακών φλεβών καταλήγει στην έσω μαστική φλέβα. Οι εν τω βάθει φλέβες του μαστού έχουν σε γενικές γραμμές ανάλογη πορεία με αυτή των αρτηριών.⁴

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί μ' αυτές, πολλές φορές συμβαίνουν μεταστάσεις 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 2 τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη. Οι εν τω βάθει φλέβες απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε 3

ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλευρίων φλεβών.

Διατριταίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής

Αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα φλεβών που απάγουν αίμα από το μαστό προς την ανώνυμη φλέβα. Αυτή η οδός οδηγεί κατευθείαν στα πνευμονικά τριχοειδή και έτσι δημιουργείται οδός για καρκινικές μεταστάσεις από τους μαστούς στους πνεύμονες.

Μασχαλιαία φλέβα

Δέχεται μικρές φλέβες από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την εν τω βάθει αρτηρία του μαστού. Μέσω της μασχαλιαίας το αίμα καταλήγει στο τριχοειδικό δίκτυο των πνευμόνων και έτσι δημιουργείται η 2^η μεταστατική οδός για τους πνεύμονες.

Μεσοπλευρίες φλέβες

Η τρίτη σημαντική οδός φλεβικής παροχέτευσης. Αυτές οι φλέβες επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στην άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν τρίτη οδό μετάστασης σ' αυτούς.

Σπονδυλικές φλέβες

Παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες. Αυτό συμβαίνει γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάγουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, στους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό, και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του.⁵

ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΑ

Ένα πλούσιο λεμφικό πλέγμα παροχετεύει το δέρμα και το μαζικό αδένα και καταλήγει στα μασχαλιαία και στα της έσω μαστικής λεμφογάγγλια. Υπάρχουν 53 λεμφογάγγλια στη μασχαλιαία κοιλότητα και κατά μήκος των αρτηριών και φλεβών.

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.

Λεμφαγγειακή οδός από το μαστό στη μασχάλη

Γίνεται με δυο στελέχη, το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματός του. Επίσης, στη μασχάλη φτάνει η λέμφος με δυο άλλες οδούς τη θωρακική και την οπισθοθωρακική.

Οι λεμφαδένες της μασχάλης προσβάλλονται συχνότερα από μεταστάσεις και γι' αυτό είναι περισσότερο σημαντικοί. Ανάλογα με τη θέση που βρίσκονται, ξεχωρίζουν στις παρακάτω ομάδες :

- Έσω μαστικούς ή βραχιόνιους, που ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού.
- Έσω μαστικούς ή θωρακικούς.
- Οπίσθιους ή υποπλάτιους, που βρίσκονται στο μασχάλαιο χείλος της ωμοπλάτης.
- Κεντρικούς, που βρίσκονται μέσα στο λίπος της κοιλότητας της μασχάλης. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις.
- Κορυφαίους ή υποκλείδιους.

Οι παραπάνω ομάδες των λεμφαδένων της μασχάλης φέρουν τη λέμφο στους υποκλείδιους λεμφαδένες ή στη φλεβώδη γωνία. Όταν γίνονται μεταστάσεις, αυτές αρχίζουν από τους κατώτερους και έρχονται προς τους ανώτερους λεμφαδένες της μασχάλης και από εκεί στους υπερκλείδιους.

- Υπερκλείδιους, που βρίσκονται πάνω από την κλείδα.

ΜΥΕΣ – ΝΕΥΡΩΣΗ

Οι μύες που ενέχονται στην χειρουργική του μαστού είναι οι: 1) μείζονας θωρακικός, 2) ελάσσονας θωρακικός, 3) πρόσθιος οδοντωτός, 4) πλατύς ραχιαίος, 5) υποπλάτιος και 6) η απονεύρωση του έξω λοξού και του ορθού κοιλιακού μυός.

Ο μείζονας θωρακικός εμφανίζει κλειδική μοίρα, στερνοκλειδική και κοιλιακή μοίρα. Οι μοίρες αυτές μπορούν να διαχωριστούν χειρουργικά, γεγονός που έχει

μεγάλη σημασία τόσο στην τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, όσο και στην αποκατάσταση του μαστού όταν χρησιμοποιούνται κρημνοί από αυτό το μυ. Ο μείζονας θωρακικός μυς νευρώνεται από τα έξω πρόσθια θωρακικά νεύρα.

Ο ελάσσονας θωρακικός βρίσκεται κάτω από τον μείζονα. Νευρώνεται από τα έσω πρόσθια θωρακικά νεύρα. Ο πρόσθιος οδοντωτός μυς, παίζει σημαντικό ρόλο στη σταθεροποίηση της ωμοπλάτης στον κορμό. Νευρώνεται από το μακρό θωρακικό νεύρο (νεύρο του Bell). Παράλυσή του καταλήγει σε «πτερυγοειδή ωμοπλάτη».

Ο πλατύς ραχιαίος εμφανίζει σπονδυλική, λαγόνια και πλευρική μοίρα. Νευρώνεται από το θωρακορραχιαίο νεύρο. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια διατήρησης του πλατύ ραχιαίου μυ, τόσο για να αποφευχθεί έκπτωση λειτουργικότητας, όσο και για να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί σε πιθανή μεταγενέστερη χειρουργική αποκατάσταση του μαστού. Ο υποπλάτιος μυς νευρώνεται από τα υποπλάτια νεύρα. Ο έξω λοξός κοιλιακός σηματοδοτεί τα κάτω όρια της μαστεκτομής και έχει σημασία στην πλαστική αποκατάσταση.

Ο μαστός νευρώνεται από τους έξω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} – 6^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου καθώς και από τους έσω μαστικούς κλάδους του 2^{ου} – 4^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου. Συμπαθητικά νεύρα που φέρονται κατά μήκος της πλάγιας θωρακικής και μεσοπλεύριων αρτηριών διανέμονται στο δέρμα, στις λείες μυϊκές ίνες της θηλής, της άλω, στα αγγεία και στο παρέγχυμα του μαστού. Το έσω δερματικό νεύρο του βραχίονα κατέρχεται πάνω στον υποπλάτιο μυ και τον τένοντα του πλατύ ραχιαίου και κατά τη βάση της μασχαλιαίας κοιλότητας αναστομώνεται με τον πλάγιο διατριταίνοντα κλάδο του 2^{ου} μεσοπλεύριου νεύρου, το οποίο νευρώνει το δέρμα της βάσης της μασχαλιαίας κοιλότητας.

Αισθητικές ίνες του πόνου πορεύονται με το 2^ο – 6^ο μεσοπλεύριο νεύρο, υπάρχουν όμως αναστομώσεις με τη 2^η – 3^η αυχενική ρίζα και το βραχιόνιο πλέγμα. Έτσι ο πόνος από τις παθήσεις του μαστού μπορεί να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, τη μασχάλη, τον ώμο, την έσω επιφάνεια του άνω άκρου ή και σε ολόκληρο το τοίχωμα του ημιθωρακίου. Όγκοι εντοπίζονται μόνο στο παρέγχυμα, το οποίο στερείται αισθητικές ίνες του πόνου, είναι ανώδυνοι.⁴

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι, ο μαστός στο σύνολό του παριστάνει τη συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, καθεμιά από τις οποίες έχει τον δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια τη δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαστικού αδένα υπόκειται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.⁹

2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο μαστός στη γυναίκα εξυπηρετεί την αναπαραγωγική διαδικασία, κυρίως ως μέσο εξωμήτριας υποστήριξης του νεογνού για ορισμένες από τις ανάγκες του. Η βιολογική αυτή αποστολή επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη του αδένα μέσω των σταδίων εξέλιξης μέχρι την τελική μορφή του και με την προετοιμασία για την κύρια λειτουργία-αποστολή του, που είναι η γαλουχία.

Ο μαστός για την ανάπτυξη και τη λειτουργία του εξαρτάται αποκλειστικά από την επίδραση πολλαπλών ορμονικών παραγόντων, για τους οποίους αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους αδένες-στόχους. Οι ενδοκρινείς επιδράσεις γίνονται δυνατές από την παρουσία ειδικών υποδοχέων, που βρίσκονται στη μεμβράνη και τον πυρήνα των κυττάρων και του αδενικού επιθηλίου και του διάμεσου και λιπώδους ιστού. Τέτοιοι υποδοχείς έχουν απομονωθεί για την προλακτίνη, τα οιστρογόνα, την προγεστερόνη, την αυξητική και τις θυρεοειδικές ορμόνες, την ινσουλίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Η ενδοκρινική δραστηριότητα χαρακτηρίζεται από καθορισμένες χρονικά μεταβολές, γι' αυτό, η ανάπτυξη και η λειτουργική κατάσταση του μαστού αποτελεί σε κάθε φάση της ζωής της γυναίκας, έκφραση του ενδοκρινικού της συστήματος κυρίως όμως, της έκκρισης προλακτίνης από την αδενούπόφυση και των στεροειδών ορμονών του φύλου από τις ωοθήκες.¹⁰

Διαπιστώνουμε λοιπόν πως ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο. Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένα δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ

Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor). Η προλακτίνη είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό. Εκτός από την GnRH, που έχει σχέση με την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και αυτές με την έκκριση των ωοθηκικών ορμονών, που συνδέονται στενά με το μαστό, 2 άλλες ορμόνες που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

ΥΠΟΦΥΣΗ

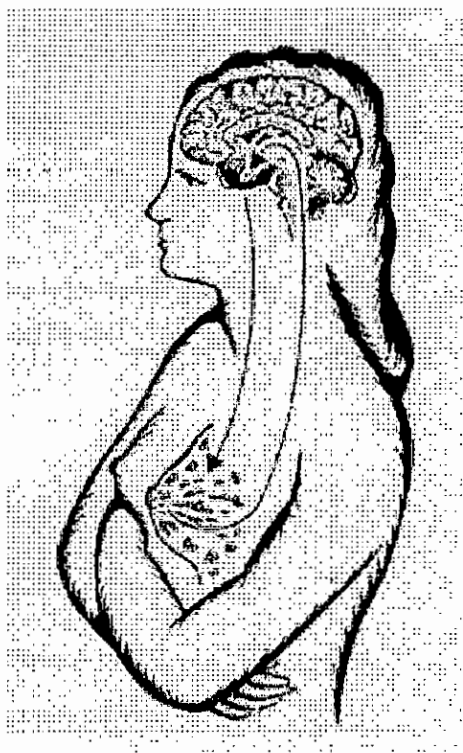
Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωοθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH), διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωοθήκης και του ωχρού σωματίου. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η **προλακτίνη** και η **ωκυτοκίνη**.

Προλακτίνη. Η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος και προετοιμάζει τους μαστούς για το θηλασμό.⁵

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

Η ωκυτοκίνη συμμετέχει στη διαδικασία απέκκρισης του γάλακτος με τον εξής τρόπο: Όταν το νεογνό θηλάζει, αισθητικές ώσεις που οδεύουν με σωματικά νεύρα περνούν στο νωτιαίο μυελό και μετά στον υποθάλαμο, προκαλώντας έκκριση ωκυτοκίνης. Η ορμόνη αυτή φθάνει με την κυκλοφορία του αίματος στους μαστούς, όπου προκαλεί συστολή των μυοεπιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλουν τα εξωτερικά τοιχώματα των αδενοκυψελών, με αποτέλεσμα έκθλιψη του γάλακτος που περιέχουν οι αδενοκυψέλες στους γαλακτοφόρους πόρους. Έτσι, μέσα σε 30sec–1min

από τη στιγμή που το νεογνό θα αρχίσει να θηλάζει, αρχίζει η απέκκριση του γάλακτος.¹⁰



Εικόνα 2. Ο μηχανισμός έκκρισης γάλακτος η ατομύζηση της θηλής προκαλεί νευρικό ερέθισμα, που επιφέρει την έκκριση ωκυτοκίνης από την υπόφυση, η οποία, φθάνοντας στο μαστό με την κυκλοφορία του αίματος, προκαλεί την έκκριση γάλακτος.

ΩΟΘΗΚΕΣ

Οι ωοθηκικές ορμόνες επιδρούν στους μαστούς, ενώ αυτές που συνδέονται στενότερα με το μαστό είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Οιστρογόνες ορμόνες

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην ανάπτυξη και τη λειτουργία του μαστού είναι πολύπλοκος και απαιτεί τη συνεργική δράση της προλακτίνης κυρίως και λιγότερο της αυξητικής ορμόνης. Με την παρουσία αυτών, τα οιστρογόνα ασκούν επίδραση στο αδενικό επιθήλιο, προάγοντας την ανάπτυξη του εκφορητικού συστήματος με επιμήκυνση και πάχυνση των γαλακτοφόρων πόρων.

Συγκεκριμένα, τα οιστρογόνα προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε υψηλές δόσεις αναστέλλουν τη

γαλουχία. Στο μαστικό αδένα ενώνονται με ειδικούς υποδοχείς στο κυτταρόπλασμα και στη συνέχεια το σύμπλεγμα ορμόνη-υποδοχέας μετακινείται στον πυρήνα. Οι υποδοχείς των οιστρογόνων είναι ειδικοί και δεν αντιδρούν με άλλες ορμόνες. Φαίνεται ότι οι μεγάλες ποσότητες οιστρογόνων καταλαμβάνουν τους υποδοχείς της προλακτίνης στα κύτταρα του μαστικού αδένα και έτσι σταματούν τη γαλουχία.

Προγεστερόνη

Η προγεστερόνη μαζί με τα οιστρογόνα και την προλακτίνη προάγει την ανάπτυξη του μαστού. Εμποδίζει την άθροιση εκείνων των ενζύμων που είναι απαραίτητα για την τελική διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστού, ώστε αυτά να είναι ικανά για παραγωγή γάλακτος. Η προγεστερόνη συνεπώς προκαλεί αύξηση του μεγέθους των λοβίων του μαστικού αδένα, πολλαπλασιασμό των αδενοκυψελών και εμφάνιση εκκρηκτικών χαρακτηριστικών στα κύτταρά τους.¹¹

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ

Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης. Ειδικά, για τις θυρεοειδικές ορμόνες θυροξίνη και τριωδοθυρονίνη, επικρατεί η άποψη ότι σχετίζονται και με την παθολογία προβλημάτων του αδένα, αφού η συχνότητα θυρεοειδοπάθειας σε καλοήθεις μαστοπάθειες και νεοπλάσματα του μαστού έχει βρεθεί σημαντικά αυξημένη.

ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

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

ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ

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

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

ορμόνες του πλακούντα αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL).

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Διαταραχές του Ν.Σ. στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, δείχνουν πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός που επιδρά στους μαστούς.

Το Ν.Σ. ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Μεγάλες συγκινήσεις δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα.

2.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούνται 2 στάδια. Στο 1^ο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο 2^ο 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 σ' αυτόν την ανάπτυξή του ή αντίθετα, την υποστροφή του.

ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΖΩΗ

Ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

ΓΕΝΝΗΣΗ

Ο μαστός είναι ο ίδιος και στα 2 φύλα. Εκτός από τους γαλακτοφόρους πόρους και μερικές αδενοκυψέλες, δεν παρατηρούνται κυστίδια, ινώδης και λιπώδης ιστός.

ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Από τη θηλή εκκρίνεται υλικό, που έχει τη μορφή γάλακτος, γεγονός που οφείλεται, όπως αναφέρθηκε ήδη, στην

επίδραση μητρικών ορμονών που πέρασαν μέσω του πλακούντα στο νεογνό (γάλα μαγισσών).

ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται αγάλακτος ή παρθενικός και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό. Στην ηλικία αυτή εμφανίζεται μικρή υπέγερση των μαστών και της θηλαίας άλω, που αυξάνει τη διάμετρό της.

ΗΒΗ

Ανάμεσα στο 10^ο –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. Με την ενήβωση, αυξάνεται αισθητά η παραγωγή υποφυσιακών γοναδοτροπινών, προάγεται η παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και προλακτίνης και αρχίζει βαθμιαία η ανάπτυξη αδενικού ιστού (θηλαρχή), όπως και η απόθεση λίπους και η ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Συνέπεια των φυσιολογικών μεταβολών της έκκρισης των ενδοκρινών αδένων είναι οι αυξομειώσεις του μεγέθους, της ευαισθησίας, της θερμοκρασίας και της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού.

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι μεταβολές αυτές που εισάγονται με την ενήβωση, επαναλαμβάνονται ανελλιπώς κατά την αναπαραγωγική ζωή. Ειδικότερα :

- Στην **προεμμηνορρυσιακή** φάση οι μαστοί διογκώνονται (διευρύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές). Επίσης, το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης ή ελαφρύ πόνο.
- Όταν αρχίσει η **εμμηνορρυσία**, οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποστρόφη τους γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιωρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Με την επίδραση των ορμονών των ωοθηκών, 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 ν' αποτελείται από αδενικό ιστό. Η ινσουλίνη προκαλεί τη διαφοροποίηση των κυττάρων και τα συντηρεί, ώστε να εκκρίνουν γάλα. Ακόμη, στο μαστό της εγκύου, αυξάνεται και η ελεύθερη κορτιζόλη και η προλακτίνη.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης τα επιφανειακά επιθηλιακά 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 απορρόφηση της γαλακτόζης από τον ίδιο τον μαστικό αδένα. Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα των αδενοκυψελών αρχίζουν την έκκριση γάλακτος κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

ΓΑΛΟΥΧΙΑ

Η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με την συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης και ιδιαίτερα της προλακτίνης.

Η απουσία παραγωγής γάλακτος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλεται στην κατασταλτική επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται σε τεράστιες ποσότητες από τον πλακούντα και που υπερισχύουν απολύτως πάνω στις γαλακτογόνες επιδράσεις της προλακτίνης και του πλακουντικού γαλακτογόνου. Ωστόσο, αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού, η απότομη εξαφάνιση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης του πλακούντα (ο οποίος δεν υπάρχει πια) από την κυκλοφορία επιτρέπει στην προλακτίνη της υπόφυσης της μητέρας να αναλάβει το φυσικό γαλακτογόνο ρόλο της και έτσι, μέσα σε 2-3 ημέρες, οι μαστοί αρχίζουν να εκκρίνουν όχι πια πρωτόγαλα, αλλά πλήρες γάλα σε άφθονη ποσότητα.

Μετά τη γέννηση του νεογνού και μέσα στις επόμενες εβδομάδες, η βασική τιμή της έκκρισης προλακτίνης επανέρχεται στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα. Κάθε φορά, ωστόσο, που η μητέρα θηλάζει το μωρό της νευρικές ώσεις που οδεύουν από τις θηλές προς τον υποθάλαμο προκαλούν την έκκριση ενός κύματος προλακτίνης

που δεκαπλασιάζει τη συγκέντρωσή της και διαρκεί περίπου μια ώρα. Η προλακτίνη αυτή επιδρά στους μαστούς και εξασφαλίζει την παραγωγή του γάλακτος που θα χρειαστεί για τον επόμενο θηλασμό. Αν αυτό το κύμα προλακτίνης δεν υπάρχει ή αν ανασταλεί εξαιτίας βλάβης του υποθαλάμου ή της υπόφυσης ή αν δεν συνεχιστεί ο θηλασμός, οι μαστοί μέσα σε λίγες ημέρες χάνουν την ικανότητα να παράγουν γάλα. Αντίθετα, αν το παιδί εξακολουθήσει να θηλάζει, η παραγωγή γάλακτος μπορεί να συνεχιστεί, ακόμα και για μερικά χρόνια, αλλά ο ρυθμός της ελαττώνεται σημαντικά μέσα στους επόμενους 7-9 μήνες.¹⁰

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

Κατά την εμμηνόπαυση ξεκινά μια σταδιακή εξαφάνιση των λοβίων. Το παρέγχυμα και το ινώδες υπόστρωμα του μαστού μεταπίπτουν βαθμιαία σε μια ομοιογενή μάζα. Καθώς το αδενικό στοιχείο υποχωρεί ο λιπώδης ιστός αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα ο μαστός να διατηρεί το εξωτερικό σφαιρικό περίγραμμα.

Πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, τότε που υπάρχουν μονοφασικοί κύκλοι, είναι δυνατό 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.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ
2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού άρχισε να μαστίζει την ανθρωπότητα από αρχαιοτάτων χρόνων. Είναι μάλιστα πιθανό να υπήρχε και πριν από την εμφάνιση του ανθρώπου και να προσέβαλε τα ζώα της εποχής εκείνης, όπως φαίνεται από όγκο που βρέθηκε πάνω σε οστό ουράς δεινόσαυρου, ο οποίος έζησε πριν από εκατομμύρια χρόνια.¹³

Το πρώτο γραπτό μνημείο είναι ο περίφημος κώδικας του Χαμουραμί, που γράφτηκε σε πλίνθους το 2000π.Χ και αναφέρει τη νόσο ως εξής :

«Έλκος ανιάτου αγνώστου αιτίας επί του οποίου πάσα θεραπεία αποτυγχάνει».

Ανατρέχοντας και σε άλλες πηγές του παρελθόντος, διαπιστώνουμε πλήθος αναφορών στον καρκίνο του μαστού. Ο πατέρας της ιστορίας ο Ηρόδοτος, περιγράφει μια περίπτωση νόσου που μπορεί να ταυτισθεί απόλυτα με τον καρκίνο του μαστού. Συγκεκριμένα, σημειώνει για την Ατούσα, κόρη του Κύρου και γυναίκα του Δαρείου, ότι είχε ένα μικρό όγκο στο μαστό που τον έκρυβε, μέχρις ότου έφτασε να γίνει γενικευμένη νόσος.

Οι πρώτες επιστημονικές πηγές στις οποίες μπορούμε να ανατρέξουμε προκειμένου να κάνουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή σχετικά με τον καρκίνο του μαστού είναι τα «Ιπποκρατικά κείμενα» :

«Στους ηλικιωμένους δημιουργούνται κρυφοί και επιπολείς καρκίνοι, οι οποίοι όμως φθάνουν μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς».

Ο Ιπποκράτης παρατήρησε επίσης, ότι κατά την εμμηνόπαυση ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα. Αναφέρει: «Όταν φθάσει η εποχή αυτή, τότε οι μαστοί ατροφούν και το μέγεθός τους ελαττώνεται. Σ' αυτούς τους μαστούς αναπτύσσονται σκληρά ογκίδια, άλλα μεγαλύτερα και άλλα μικρότερα. Τα ογκίδια αυτά ποτέ δεν παρουσιάζουν διαπύηση, συνεχώς όμως γίνονται σκληρότερα και μετά από χρόνο, από αυτά εκφύονται κρυφοί καρκίνοι».

Στην Ιπποκράτεια συλλογή αναφέρονται ακόμη και τα συμπτώματα της νόσου (πρώιμα και όψιμα), καθώς και η αιτιολογία και η θεραπεία της, σύμφωνα με την άποψη των Ελλήνων ιατρών της αρχαιότητας. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι το «πικρό στόμα».

Ως προς την αιτιολογία, οι Έλληνες ιατροί συμφωνούν : ο Ca αποτελείται από το καρκινογόνο μελαγχολικό χυμό, που αλλοιώνει τη σύσταση του αίματος και το κάνει μελανό, ερεθιστικό και όξινο. Ο χυμός αυτός, όταν δρα ολιγοχρόνια προκαλεί κακοήθη όγκο.

«Τους καρκίνους η μέλανα εργάζεται».

«Και μάλιστα ο Ca από μελαγχολικόν γίνεται χυμόν».

Υπεύθυνη λοιπόν για τον Ca είναι η «μέλαινα χολή» ή αλλιώς ο «μελαγχολικός χυμός», όπως υποστήριζαν τόσο ο Ιπποκράτης, όσο και ο Γαληνός.

Αλλά και η Ρωμαϊκή και η Αραβική ιατρική, διατηρούν τις ίδιες Ιπποκρατικές αντιλήψεις. Οι Βυζαντινοί γιατροί απέδιδαν τη γέννηση του Ca στη μελαγχολία.

Στην θεραπευτική αγωγή του καρκινοπαθούς, τόσο οι Ιπποκρατικοί, όσο και ο Γαληνός, καθώς επίσης και οι Αιγύπτιοι, συμπεριλάμβαναν τη διαίτα, τα φάρμακα και τη χειρουργική επέμβαση.

Ο Γαληνός υποστήριζε: «Αλλ' αρχόμενον γενναίσθαι, ιασάμεθα πολλάκις το πάθος τούτο», δηλαδή ότι η νόσος μπορούσε να θεραπευτεί στα αρχικά στάδια, κυρίως διαιτητικά και φαρμακευτικά. Ήταν ο πρώτος που χορήγησε καθαρικά φάρμακα σε πάσχοντες από Ca, με σκοπό την αποκάθαρση του πάσχοντα από τον μελαγχολικό χυμό και την παρεμπόδιση αθροίσεως αυτού στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η διαιτητική αγωγή περιλάμβανε την κατανάλωση χόρτων, λαχανικών και γάλακτος ενώ αντίθετα την αποφυγή δύσπεπτων και λιπαρών κρεάτων. Επί αποτυχίας των 2 αυτών θεραπευτικών μεθόδων, εφαρμοζόταν η χειρουργική μέθοδος, η οποία, σύμφωνα πάντοτε με τις απόψεις του Γαληνού, για να είναι αποτελεσματικά θα έπρεπε να ήταν ριζική, δηλαδή να αφαιρούνται όλες οι ρίζες του όγκου.

Τα αρχαία κείμενα που σώζονται μέχρι σήμερα, είναι αδιάψευστοι μάρτυρες του αγώνα του ανθρώπου ενάντια στον Ca και μας αποδεικνύουν πως πρέπει να βαδίσουμε στο δρόμο της έρευνας και του αγώνα προς την απόλυτη ίαση του καρκίνου του μαστού, στο δρόμο που άνοιξαν οι πρόγονοί μας. Εξάλλου, οι απόψεις των προγόνων μας και των σύγχρονων ιατρών σε ότι αφορά την νόσο και τη θεραπεία της, συμπορεύονται και με τον τρόπο αυτό επιβεβαιώνεται η θεωρία πως μέσα από το παρελθόν διδασκόμαστε το παρόν και το μέλλον.¹⁴

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Κατά το 2^ο ήμισυ του 20ου αιώνα ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας του γυναικείου πληθυσμού, στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Η νόσος παρουσιάζει διεθνώς τάσεις συνεχούς αύξησης, γεγονός που διευρύνει τη σημασία της και την αναγορεύει πλέον στο μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα υγείας των γυναικών. Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, τόσο γιατί αναφέρεται σε ένα μεγάλο πρόβλημα δημόσιας υγείας, όσο και γιατί συμβάλλει στην κατανόηση των πολυάριθμων παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή της.¹⁵

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.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρόωμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στη λειτουργία της ωοθήκης.
5. Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του σώματος της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινών νοσημάτων.
6. Η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.

Στις ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την 1^η θέση σαν αιτία θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 115 θανάτων ανά έτος. Στη χώρα μας κύρια προβλήματα είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και του στομάχου για τους άνδρες και ο καρκίνος του μαστού και του στομάχου για τις γυναίκες. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού και του καρκίνου του πνεύμονα αυξάνει συνεχώς στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες, 15.500 άνδρες και 11.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο.¹⁶

Συνεπώς πρόκειται για τον πιο συνηθισμένο καρκίνο στις γυναίκες, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα.¹⁷

5 Συνήθεις καρκίνοι στις γυναίκες	
Μαστού	29%
Παχέος εντέρου / ορθού	15%
Πνεύμονα	11%
Μήτρας	9%
Λεμφώματα / Μυελώματα	5%

Πίνακας 3.

2.1 ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο καρκίνο των γυναικών στις αναπτυγμένες χώρες. Οι υψηλότεροι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας από τη νόσο παρατηρούνται σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης και ακολούθως στις ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία. Ενδιάμεσοι δείκτες παρατηρούνται στις χώρες της Ν. και Αν. Ευρώπης, ενώ οι χαμηλότεροι στην Αφρική και Ασία.

Μέσα στον Ευρωπαϊκό χώρο, η νοσηρότητα και θνησιμότητα αυξάνουν από ανατολή προς δύση και από νότο προς βορρά. Οι υψηλότερες τιμές παρατηρούνται στη Μεγάλη Βρετανία, την Ιρλανδία και τις κάτω χώρες, ενώ οι χαμηλότερες στις νότιες Μεσογειακές χώρες.

2.2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ / ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με στοιχεία από σειρά ευρωπαϊκών αρχείων νεοπλασιών, περί το 1980, η επίπτωση της νόσου (ετήσιος αριθμός κρουσμάτων ανά 100.000 γυναίκες), στην Ευρώπη κυμαινόταν μεταξύ 35 και 72 κρουσμάτων.

	Επίπτωση
Ολλανδία	71,6
Σκωτία	64,3
Αγγλία	54,0
Δανία	63,1
Γαλλία (Ras Rh.)	62,4
Γερμανία (Αμβούργο)	58,0
Ιταλία (Βαρέζε)	59,6
Ιταλία (Ραγκούσα)	46,7
Ισπανία (Σαραγόσα)	34,7
Ισπανία (Ναβέρα)	38,7

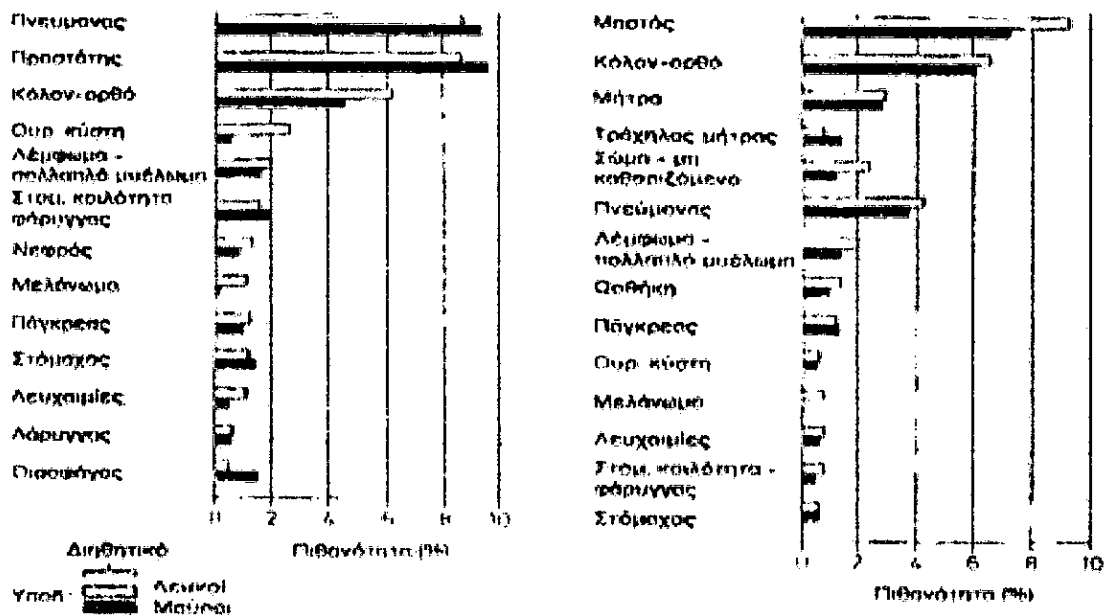
Πίνακας 4. Ετήσια επίπτωση καρκίνου μαστού ανά 100.000 γυναίκες σε ορισμένες περιοχές της Ευρώπης περί το 1980.

Τα τελευταία χρόνια η επίπτωση σε ορισμένες χώρες της βορειο-δυτικής Ευρώπης, της Β. Αμερικής και στην Αυστραλία, φτάνει στο επίπεδο των 100 νέων κρουσμάτων ανά 100.000 γυναίκες. Σύμφωνα με την American Cancer Society, κατά το 1990 εκδηλώθηκαν στις ΗΠΑ 150.000 νέα κρούσματα, αριθμός που αντιστοιχεί σε μια επίπτωση 103 / 100.000 γυναίκες. Τα νέα περιστατικά του καρκίνου του μαστού αντιπροσωπεύουν στις ΗΠΑ 28% του συνόλου των νεοδιαγνωσθέντων καρκίνων σε γυναίκες.

Σε διαχρονικό επίπεδο, η επίπτωση της νόσου παρουσιάζει σε όλες τις χώρες σημαντική αύξηση. Περί το 1960, η πιθανότητα μιας γυναίκας να προσβληθεί κατά τη διάρκεια της ζωής της από καρκίνο του μαστού ήταν 1:20, ενώ το 1980 1:10, δηλαδή διπλάσια. Μέχρι πρόσφατα η αύξηση αφορούσε σχεδόν αποκλειστικά την ηλικία μετά την εμμηνόπαυση, αλλά κατά την τελευταία κυρίως δεκαετία διαπιστώνεται αύξηση και στην προεμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Σημαντική αύξηση της νοσηρότητας φαίνεται ότι παρατηρείται και στη χώρα μας. Μολονότι ακριβή στοιχεία δεν υπάρχουν, υπολογίζεται ότι στο 2^ο μισό της δεκαετίας του 1970, είχαμε ετησίως στην Ελλάδα περί τα 150 νέα κρούσματα της νόσου, ενώ σήμερα ο αριθμός αυτός είναι διπλάσιος.¹⁵

Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στις ΗΠΑ, τόσο για τους άνδρες, όσο και για τις γυναίκες, φαίνεται στο σχήμα που ακολουθεί:¹⁸



Σχήμα 1. Πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στις ΗΠΑ.

Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, 1 στις 10 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού.

Εξάλλου, με βάση τα στοιχεία της Connecticut Cancer Registry, για το 1973:

α) Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Εντούτοις, έχει αυξηθεί στις μαύρες κατά 25%. β) Κάθε 15', 3 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται και μια γυναίκα πεθαίνει από καρκίνο του μαστού στις ΗΠΑ. γ) Ο καρκίνος του μαστού φαίνεται να είναι συχνότερος από οποιαδήποτε μορφή καρκίνου και έχει διπλάσια σχεδόν συχνότητα από τον αμέσως πλησιέστερο «ανταγωνιστή» του, τον καρκίνο του παχέος εντέρου.¹⁰

2.3 ΕΠΙΒΙΩΣΗ

Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης στον καρκίνο του μαστού, ο οποίος διαγιγνώσκεται σε πρώιμο εντοπισμένο στάδιο, έχουν αυξηθεί από 78% στη 10ετία του 1940 σε 88% σήμερα. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική, αναμένονται ποσοστά ίασης μέχρι και 100%.

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 έρευνα (Love et al 1977) βρέθηκε ότι η επιβίωση τείνει να αυξάνεται με τη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

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 καρκίνος του μαστού στα νεαρά άτομα έχει ταχύτερη εξέλιξη και για το λόγο αυτόν προσέρχονται για θεραπεία με μεγαλύτερους όγκους από ότι οι υπόλοιπες ηλικίες.

Διακρίνεται επίσης στις 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 τη θεραπευτική αγωγή, η πενταετής επιβίωση για το στάδιο I είναι κατά μέσο όρο 84,8% ενώ για το στάδιο II

68,3%. Σε άλλη εργασία, αναφέρεται 5ετής επιβίωση 79% για το στάδιο I και 61% για το στάδιο II. Εκτός από το κλινικό στάδιο έχουν μελετηθεί και τα επιμέρους κλινικά ευρήματα για την πιθανή επίδρασή τους στην επιβίωση. Πιστεύεται επίσης ότι η επιβίωση μειώνεται, όταν η διήθηση στη μασχαλιαία κοιλότητα αφορά σε περισσότερους από 3 λεμφαδένες.¹⁰

2.4 ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Στις χώρες της Δυτ. Ευρώπης και της Β. Αμερικής, ο καρκίνος του μαστού ευθύνεται για το 18-20% των θανάτων γυναικών από καρκίνο και για το 4,5% του συνόλου των θανάτων γυναικών. Το 1987, η προτυποποιημένη (ως προς τον παγκόσμιο πληθυσμό) θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού έφτανε συνολικά στην Ευρώπη τους 28,9 θανάτους / 100.000 γυναίκες. Στη Δυτ. Ευρώπη ο δείκτης κυμαινόταν από 20,8 στην Ελλάδα, μέχρι 41,5 / 100.000 στη Μ. Βρετανία (πίνακας 5) Στις ΗΠΑ σημειώθηκαν κατά το 1994 44.000 θάνατοι από καρκίνο του μαστού, δηλαδή 30,3 θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες.

	1970	1987	Μεταβολή (%)
Αυστρία	26,5	32,0	20,8
Γαλλία	24,3	28,3*	16,5
Γερμανία	27,6	33,1	19,9
Ελλάδα	13,6	20,8*	52,9
Ισπανία	14,1	21,0**	48,9
Ιταλία	24,7	29,1**	17,8
Μ. Βρετανία	37,1	41,5	11,9
Ολλανδία	38,0	37,7*	-0,8
Σουηδία	26,8	25,2*	-6,0

* 1986

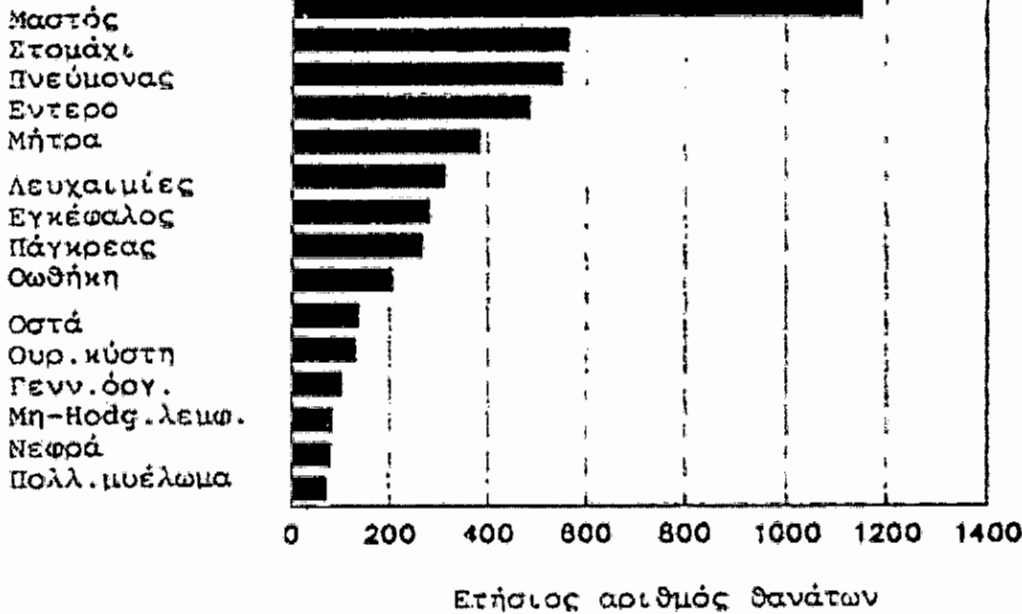
** 1985

Πίνακας 5. Προτυποποιημένη θνησιμότητα (/ 100.000) από καρκίνο μαστού σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες 1970, 1987.

Η χώρα μας παρουσιάζει τον υψηλότερο ρυθμό αύξησης (πίνακας 5). Την πενταετία 1986-1990 συνέβησαν συνολικά στην Ελλάδα 6.300 θάνατοι γυναικών από καρκίνο του μαστού, δηλαδή 1260 κατά μέσο όρο ετησίως, που αποτελούν το 17,2% όλων των θανάτων γυναικών από καρκίνο ή το 2,8% του συνόλου των θανάτων γυναικών.¹⁵

Σύμφωνα με άλλες πηγές, ο ετήσιος αριθμός θανάτων από καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα, κατά την πενταετία 1981-1985, φαίνεται στο παρακάτω σχήμα:¹⁹

Εντόπιση



Σχήμα 2. Κατάταξη των 15 συχνότερων κακοηθών νεοπλασμάτων διαφόρων εντοπίσεων ως προς τον μέσο ετήσιο αριθμό θανάτων που προκάλεσαν στις γυναίκες, στην Ελλάδα κατά την πενταετία 1981-1995.

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όπως συμβαίνει και στην πλειονότητα των κακοήθων όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοητή μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενετικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες ορισμένων ηλικιών.¹⁰ Ωστόσο, νέες ενδείξεις και εμπειριστατωμένες έρευνες, έχουν αυξήσει σημαντικά τις γνώσεις μας. Σήμερα, είναι γνωστό ότι οι γοναδικές μεταλλάξεις ευθύνονται για το 5-10% όλων των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού. Έχουν αναγνωρισθεί 3 είδη γονιδίων, των οποίων οι μεταλλάξεις μπορούν να μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο. Αυτά είναι :

α) τα ογκογονίδια, τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στην κυτταρική ανάπτυξη και τον κυτταρικό πολλαπλασιασμό,

β) τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, τα οποία αναστέλλουν τη μη φυσιολογική κυτταρική ανάπτυξη και

γ) τα γονίδια επιδιόρθωσης του DNA, τα οποία επιδιορθώνουν τυχόν γονιδιακές βλάβες και επομένως είναι ικανά να αναστείλουν την καρκινογένεση.

Μελέτες σε ασθενείς με θετικό οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, έδειξαν ότι μεταλλάξεις σε ογκοκατασταλτικά γονίδια, ευθύνονται για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού στην πλειοψηφία των ατόμων αυτών.

Εκτός από τις μεταλλάξεις στα προαναφερθέντα γονίδια, η καρκινογένεση, μπορεί να πραγματοποιηθεί ως αποτέλεσμα αλληλοεπίδρασης συγκεκριμένων εξωτερικών παραγόντων. Πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών, που σχετίζονται, είτε ως παράγοντες κινδύνου είτε ως δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες, με τον καρκίνο του μαστού.²⁰

Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά με ένα νόσημα, ονομάζεται «παράγων κινδύνου» για το νόσημα αυτό, είτε η συσχέτιση είναι αιτιολογική είτε δευτερογενής πλασματική. Άρα ένας παράγοντας κινδύνου μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα ή να σχετίζεται με αυτό χωρίς να έχει οποιαδήποτε αιτιολογική σημασία.

Παρόλο που γενετικοί, ιδιοσυστασιακοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική σχέση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας, είτε μόνος είτε σε συνδυασμό με άλλους, δεν είναι ικανός προρρητικός παράγων, ούτε εξηγεί το μηχανισμό γένεσης της νόσου. Ωστόσο, παράγοντες που τοποθετούν τη γυναίκα στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, θεωρούνται :

3.1 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το 1936, ο Bittner βρήκε ότι στα ποντίκια η ανάπτυξη καρκίνου του μαστού εξαρτάται από ένα 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 Β τύπου RNA και αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως MMTV (Mouse Mammary Tumor Virus).

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 καρκίνο μαστού ήταν 15%. Τα ειδικά αυτά αντισώματα δίνουν θετικές δοκιμασίες

ανοσοφθορισμού με κύτταρα από τον ίδιο όγκο, με ομόλογους όγκους και με κύτταρα από καρκίνο του μαστού ποντικών. Εξάλλου, αναφέρεται εξουδετέρωση της δράσης του MMTV από ορό γυναικών με καρκίνο του μαστού.¹⁰

Όλα αυτά, αποτελούν ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε κάποιο ιό, ο οποίος βρίσκεται σε λανθάνουσα κατάσταση και ενεργοποιείται κάτω από την επίδραση διαιτητικών, γεννητικών και ενδοκρινικών παραγόντων.¹⁵

3.2 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τόσο οι παλαιότερες, όσο και οι πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν σταθερά ότι οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή προσβλήθηκαν από τη νόσο, έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τις γυναίκες χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η πιθανότητα μάλιστα, είναι μεγαλύτερη αν έχουν προσβληθεί 2 συγγενείς πρώτου βαθμού. Σε σχετική μελέτη διαπιστώθηκε ότι σε γυναίκες των οποίων τόσο η μητέρα, όσο και μια αδελφή παρουσίασαν τη νόσο, η πιθανότητα προσβολής μέχρι την ηλικία των 65 ετών έφτανε το 50%. Επιπλέον, φαίνεται ότι τα κρούσματα που συνδέονται με κληρονομικό ιστορικό εκδηλώνονται 15-20 χρόνια νωρίτερα από ότι τα υπόλοιπα.

Από παλαιότερη μελέτη προέκυπτε ότι αν στη συγγενή 1^{ου} βαθμού η νόσος είχε εκδηλωθεί πριν την εμμηνόπαυση, τότε η πιθανότητα προσβολής ήταν ακόμη μεγαλύτερη. Εντούτοις από πιο πρόσφατες μελέτες η σχέση αυτή δεν επιβεβαιώνεται.²¹

Επίσης, διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριό του.

Οι γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού εμφανίζουν τη νόσο σε νεαρότερη ηλικία και συχνά αμφοτερόπλευρα. Αυτές έχουν συχνά ομάδα αίματος O, εμφανίζουν κυστική μαστοπάθεια και κύστει ωοθήκης. Ασθενείς της ίδιας κατηγορίας, στις οποίες η διάγνωση γίνεται σε μεγαλύτερη ηλικία, έχουν συνήθως ομάδα αίματος A και πάσχουν συχνά από σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και ανωμαλίες της μήτρας.²²

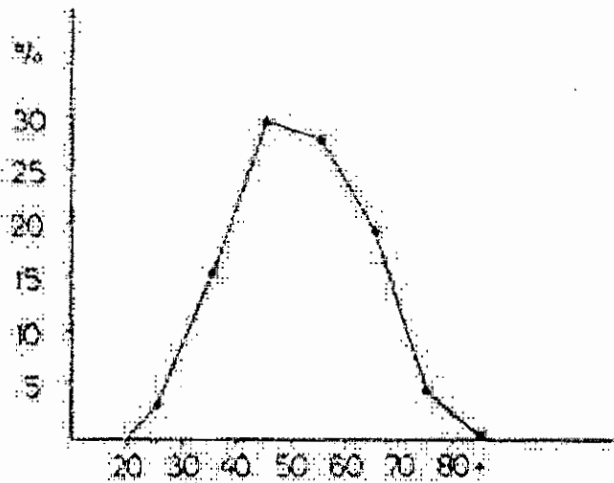
ΦΥΛΟ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σχεδόν αποκλειστικά γυναικείο νόσημα. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των 2 φύλων είναι 99 γυναίκες : 1 άνδρας, σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (π.χ. Αν. Αφρική, Αραβικές), ανέρχεται σε 10 : 1.²³ Συχνότερα εμφανίζεται σε όσους πάσχουν από σύνδρομο Klinefelter (XXY).⁵

ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσον αφορά την πιθανότητα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι πολύ σπάνια μόνο 0,2% εκείνων που αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού βρίσκονται σε αυτήν την ομάδα ηλικίας. Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών, οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύονται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθειες, συνήθως ινοαδενώματα, σπανιότερα πολλαπλά θηλώματα ή αδενώσεις. Σε έρευνα που έγινε από τους Βασίλαρο, Παπαδιαμάντη et al στην κλινική Μαστού του Μαιευτηρίου «Μαρίκα Ηλιάδη», σε σύνολο 20 ασθενών με καρκίνο του μαστού, 2 μόνο ήταν κάτω των 25 ετών.

Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 και 30 ετών.



Σχήμα 3. Ηλικία κατά τη διάγνωση.

ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, το βάρος σώματος και διάφοροι δείκτες που συνδέουν το βάρος με το ύψος (π.χ. Δείκτης Μάζας Σώματος – ΒΜΙ κ.α), σχετίζονται

θετικά με τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού, τουλάχιστον στις γυναίκες μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας. Αντίθετα, άλλες εργασίες διαπιστώνουν ότι κατά την προεμμηνοπαυσιακή περίοδο το βάρος του σώματος φαίνεται να συνδέεται αρνητικά με την εμφάνιση της νόσου. Ορισμένες εργασίες δείχνουν ακόμη, αυξημένο κίνδυνο προσβολής στις υψηλόσωμες γυναίκες, αλλά δεν είναι σαφές αν το ύψος συνδέεται με τη νόσο κατά τρόπο ανεξάρτητο από το βάρος.

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τόσο οι παλαιότερες όσο και οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η γέννηση του πρώτου παιδιού (ή πρώτη τελειόμηνη κύηση) σε ηλικία άνω των 35 ετών αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Αντίθετα, η πρώτη τελειόμηνη κύηση σε ηλικία κάτω των 30 ετών δρα προστατευτικά απέναντι στη νόσο, και η προστασία είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία κατά τον πρώτο τοκετό. Ας σημειωθεί ότι οι μη τελειόμηνες κυήσεις (εκτρώσεις ή αποβολές), δεν φαίνεται να παρέχουν καμία προστασία.

ΗΛΙΚΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η προχωρημένη ηλικία γέννησης του τελευταίου παιδιού συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, ανεξάρτητα από την ηλικία γέννησης του πρώτου παιδιού.²¹

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΥΗΣΕΩΝ

Οι άτεκνες γυναίκες έχουν συνολικά 50% μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο απ' ότι εκείνες με παιδιά. Ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών ασκεί μια προστατευτική δράση ανεξάρτητη από την ηλικία πρώτου τοκετού. Σύμφωνα μάλιστα με μια μελέτη, ο σχετικός κίνδυνος σε γυναίκες με 5 ή περισσότερες τελειόμηνες κυήσεις σε σχέση με τις γυναίκες με μια κύηση είναι 0,6.

Η προστατευτική δράση αναφέρεται μόνο στα κρούσματα που εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών. Αντίθετα, 2 τουλάχιστον μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μεγάλος αριθμός παιδιών μπορεί να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού στις νεότερες ηλικίες.

ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑ – ΑΤΕΚΝΙΑ

Δεν υπάρχει συμφωνία κατά πόσο η στειρότητα και η ατεκνία οφειλόμενη σε ορμονικές διαταραχές συνδέεται με αύξηση ή ελάττωση της πιθανότητας προσβολής.²³ Ορισμένες μελέτες δεν διαπιστώνουν καμία θετική ή αρνητική συσχέτιση, ενώ κάποιες άλλες διαπιστώνουν μικρή αύξηση του κινδύνου. Σύμφωνα με άλλες πηγές, οι γυναίκες που δεν γέννησαν εμφανίζουν αυξημένη τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, αλλά μικρότερη από αυτές που γέννησαν το πρώτο τους παιδί μετά τα 35 χρόνια.⁵

ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Στο παρελθόν είχε υποστηριχθεί ότι η διάρκεια θηλασμού δεν επηρεάζει ή συνδέεται με μικρή μείωση της πιθανότητας εμφάνισης της νόσου. Τα τελευταία όμως χρόνια, πιστεύεται πως υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της διάρκειας του θηλασμού και προσβολής από καρκίνο του μαστού.²¹

3.4 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗΣ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ

Η πρόωμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση φαίνεται να συνδυάζονται με την αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο. Οι Couan και συν. κατέληξαν ύστερα από έρευνα στο συμπέρασμα πως ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στην προεμμηνόπαυση είναι 5,4 φορές μεγαλύτερος σε άτεκνες γυναίκες με ανωορρηκτικούς κύκλους σε σύγκριση με άτεκνες γυναίκες με φυσιολογικούς κύκλους. Η τεχνητή διακοπή της εμμήνου ρύσεως (χειρουργική αφαίρεση ωοθηκών) φαίνεται να δρα προστατευτικά και μάλιστα όσο νωρίτερα γίνει η επέμβαση η δράση αυτή είναι μεγαλύτερη. Η συσχέτιση της προσβολής από καρκίνο του μαστού και των ηλικιών εμμηνόπαυσης και εμμηναρχής φαίνεται στον παρακάτω πίνακα :²⁴

Οιστρογονική δραστηριότητα	Συγκριτικός κίνδυνος
1. Εμμηναρχή πριν το 12 ^ο έτος	
Εμμηναρχή πριν το 13 ^ο έτος	2
2. Φυσική εμμηνόπαυση πριν τα 45	0,73
Φυσική εμμηνόπαυση μετά τα 55	1,48

3. Τεχνητή εμμηνόπαυση πριν τα 35	0,36
Τεχνητή εμμηνόπαυση μεταξύ 35-44	0,65
Τεχνητή εμμηνόπαυση μετά τα 55	1,48

Πίνακας 6. Ενδοκρινικοί παράγοντες και καρκίνος του μαστού.

ΛΗΨΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

Συνδέεται με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Εντούτοις, σειρά από άλλες μελέτες συγκλίνουν στην άποψη ότι η ορμονική αντισύλληψη δεν αυξάνει την πιθανότητα προσβολής, ανεξάρτητα από τη δόση, το είδος του οιστρογόνου και της προγεστερόνης και το χρόνο που μεσολάβησε από την τελευταία χρήση. Αύξηση διαπιστώνεται σε υποομάδες γυναικών, όπως σ' αυτές που παρουσιάζουν και 2^ο σημαντικό παράγοντα κινδύνου (άτεκνες, με ινοκυστική νόσο, οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού κλπ.), όπως επίσης και σε γυναίκες που έκαναν χρήση της αντισύλληψης σε πολύ μικρή ή πολύ μεγάλη ηλικία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΛΗΨΗ ΟΡΜΟΝΩΝ

Ασαφείς ή αντιφατικές παραμένουν οι ενδείξεις και για το ρόλο των οιστρογόνων που χορηγούνται για ιατρικούς λόγους. Η συνεχής λήψη οιστρογόνων για 15-20 χρόνια αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού σε 1,5 ως 2, ενώ άλλες πηγές αμφισβητούν την συσχέτιση αυτή.

ΕΝΔΟΓΕΝΕΙΣ ΟΡΜΟΝΕΣ

Η πιθανή αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου των ενδογενών ορμονών και των μεταβολιτών τους με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού μελετάται ήδη από δεκαετίες. Ευρήματα δείχνουν ότι η οιστραδιόλη και η βιολογική ενεργή προλακτίνη πιθανώς να διαδραματίζουν κάποιο αιτιολογικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου.¹⁵

3.5 ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΚΑΛΟΗΘΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς ανέφεραν 2 μέχρι 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 αυξάνουν τον κίνδυνο νοσήσεως 2,5 φορές. Σε μελέτη που έγινε στο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» βρέθηκε ότι η Ελληνίδα με διαπιστωμένη κυστική νόσο ιστολογικά έχει 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με την ασυμπτωματική Ελληνίδα του γενικού πληθυσμού.

Ο ακριβής μηχανισμός της συσχέτισης μεταξύ της ινοκυστικής νόσου και του καρκίνου του μαστού δεν έχει εξακριβωθεί. 2 πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν : α) ότι η ινοκυστική νόσος είναι αυτή καθ' εαυτή προκαρκινική κατάσταση, και β) ότι καλοήθειες και κακοήθειες παθήσεις του μαστού έχουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ορμονικό στοιχείο.

ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣ ΒΙΟΨΙΑ ΣΤΟ ΜΑΣΤΟ

Θεωρείται παράγοντας αυξημένου κινδύνου.²³

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

Γυναίκες με καρκίνο στον ένα μαστό έχουν 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο στον άλλο μαστό, ένα τοις εκατό από αυτές τις γυναίκες αναπτύσσουν κάθε χρόνο καρκίνο στον άλλο μαστό. Τον καρκίνο επίσης αυξάνει η ύπαρξη καρκίνου σε άλλο όργανο και ιδιαίτερα στο ενδομήτριο, στο παχύ έντερο και στους σιελογόνους αδένες.²⁴

3.6 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΕΘΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ

Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις και στις αστικές. Μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου παρουσιάζεται στο λεγόμενο «Δυτικό Κόσμο», όπως Βόρεια Αμερική, ΒΑ Ευρώπη και Αυστραλία, ενώ αντίθετα η Αφρική, η Μέση Ανατολή και η Ασία παρουσιάζουν χαμηλό δείκτη νοσήσεως. Η Λατινική Αμερική, η Νότια και η Ανατολική Ευρώπη κατέχουν μια ενδιάμεση θέση.²³

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ

Σχολική μόρφωση που ξεπερνά τα 16 χρόνια τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε σχέση με τις γυναίκες στις οποίες η εκπαίδευση δεν ξεπερνά τα 12 χρόνια. Προκύπτει επομένως, πως όσο μεγαλύτερος

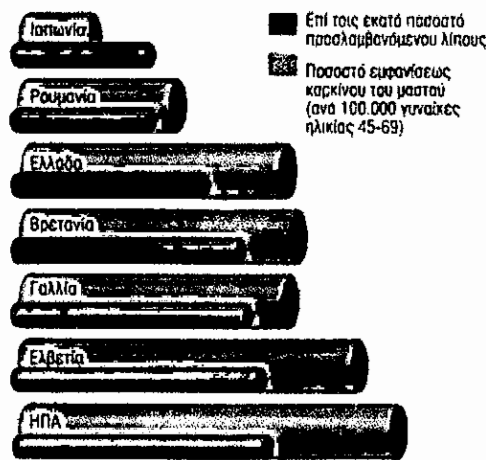
είναι ο χρόνος σπουδών της γυναίκας, τόσο αυξάνεται και η συχνότητα του καρκίνου του μαστού.⁵

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ

Πρόσφατες μελέτες διαπιστώνουν θετική συσχέτιση της νόσου με τη λιπιδιακή πρόσληψη, την πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών και τη συνολική κατανάλωση κρέατος. Ασαφή είναι τα ευρήματα σχετικά με τον πιθανολογούμενο προστατευτικό ρόλο των βιταμινών Α, Ε και β-καροτίνης και της ρετινόλης.²¹

Πληθυσμοί με υψηλή κατανάλωση λίπους έχουν αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού και αυξημένη θνησιμότητα από αυτόν. Τα αποτελέσματα ερευνών που έγιναν μεταξύ του Κέντρου Μαστού «Μαρίκα Ηλιάδη» και της 1^{ης} Χειρουργικής Κλινικής του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Ινστιτούτου Πειραιώς, ήταν τα εξής: οι τιμές χοληστερόλης υπήρξαν σημαντικά υψηλότερες στις καρκινοπαθείς σε σύγκριση με τις μη καρκινοπαθείς.²⁵

Στο ίδιο συμπέρασμα συνηγορούν και άλλες μελέτες, οι οποίες συσχετίζουν το ποσοστό του προσλαμβανόμενου λίπους και του ποσοστού εμφάνισης καρκίνου του μαστού ανά 100.000 γυναίκες ηλικίας 45-69 ετών.²⁶



Σχήμα 4. Ποσοστά καρκίνου του μαστού ανά τον κόσμο.

3.7 ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Έχει διαπιστωθεί μια περίεργη σχέση καρκίνου του μαστού με τη γενετικά προσδιοριζόμενη σύσταση της κυψελίδας του αυτιού, με το φαινόμενο SS ομάδων αίματος, με ισοένζυμα ερυθρών αιμοσφαιρίων και ζωνών χρωμοσωμάτων.

Περαιτέρω μελέτη και διερεύνηση χρειάζονται ακόμη οι παράγοντες που έχουν σχέση με την καθημερινή κατανάλωση οινοπνεύματος, τη βαφή μαλλιών, την αμυγδαλεκτομή κ.α.²³

Αν και υπάρχουν στοιχεία που καθιστούν θετική τη συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης καφέ και εμφάνισης καρκίνου του μαστού, καθώς και με κάπνισμα, οι περισσότερες ενδείξεις συγκλίνουν στο ότι δεν υπάρχει πραγματική συσχέτιση με τους παράγοντες αυτούς. Αντίθετα, φαίνεται ότι και μέτρια ακόμη σωματική άσκηση μπορεί να διαδραματίσει προστατευτικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου, δρώντας πιθανότατα μέσω του ορμονικού συστήματος της γυναίκας.²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

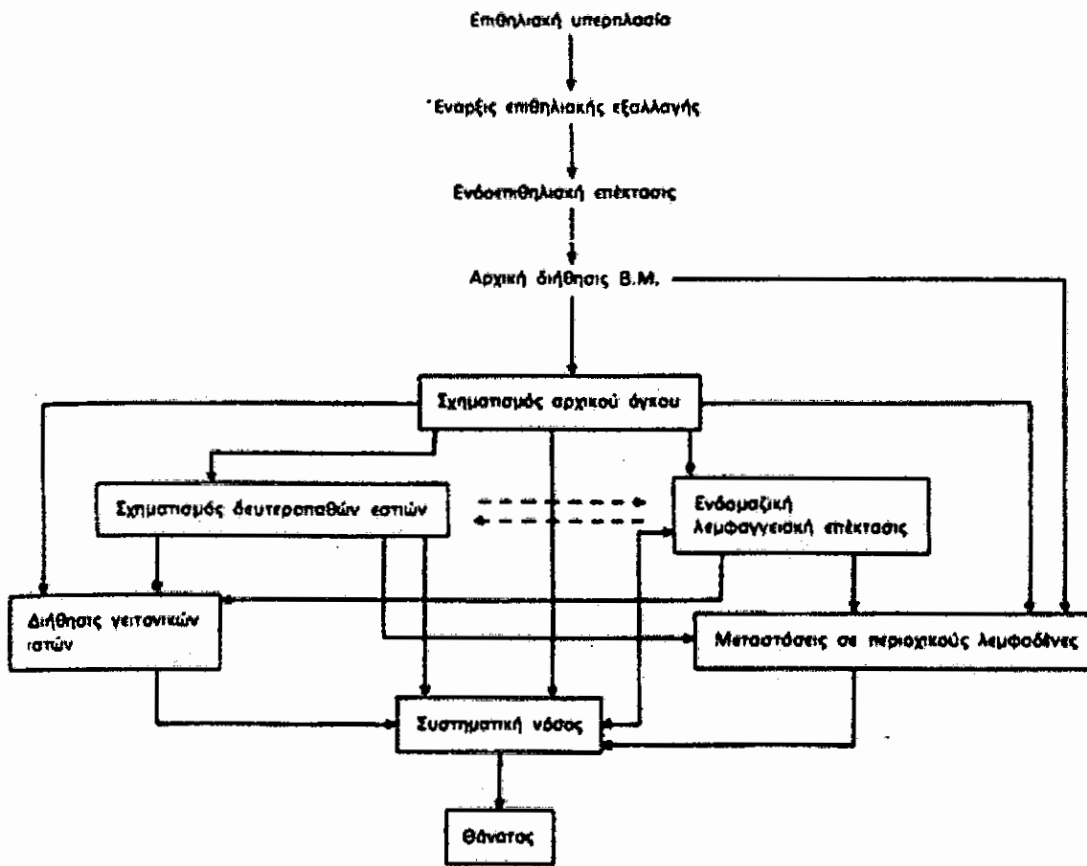
1. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ : ΜΙΑ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΒΛΑΒΗ

Ο μαστικός αδένας κάθε άλλο παρά ένα στατικό άθροισμα κυττάρων είναι. Υπό την επίδραση διαφόρων ερεθισμάτων αυξάνεται πολύ γρήγορα κατά την περίοδο της εμμηναρχής, μεταβάλλεται περιοδικά κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας, υπερπλάσσεται φυσιολογικά κατά την κύηση και τη γαλουχία και βαθμιαία ατροφεί μετά την εμμηνόπαυση. Σ' ένα τέτοιο δραστήριο κυτταρικό πληθυσμό οι ευκαιρίες για εξαλλαγή και νεοπλασματικό πολλαπλασιασμό κυττάρων δεν είναι αμελητέες.

Ο καρκίνος του μαστού φυσιολογικά συνοδεύεται από υπερπλαστικές αλλοιώσεις των επιθηλιακών κυττάρων, των πόρων και των λοβίων, που ιστολογικά δεν μπορούν να χαρακτηρισθούν σαν αληθινές νεοπλασματικές μεταβολές. Οι αλλοιώσεις αυτές ποικίλουν από απλή υπερπλασία μέχρι υπερπλασία με κυτταρική ατυπία, που πολλές φορές παίρνει τη μορφή γνήσιου μη διηθητικού καρκινώματος (σχήμα 5). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλο αυτό το φάσμα των κυτταρικών μεταβολών μπορεί, και συνήθως έτσι συμβαίνει, να βρεθεί σ' ένα μόνο μαζικό αδένα.

Όταν εγκατασταθεί η νεοπλασματική εξαλλαγή, η νόσος επεκτείνεται αρχικά στο επιθήλιο πολύ πριν το διηθήσει. Αυτό είναι ένα κοινό φαινόμενο σε όλους τους τύπους του ενδοεπιθηλιακού καρκίνου. Παρ' όλα αυτά μεταξύ ασθενών με μη διηθητικό καρκίνο του μαστού υπάρχει μια μικρή αλλά σταθερή αναλογία θετικών λεμφαδενικών μεταστάσεων περίπου 6-9%. Με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο έχει αποδειχτεί ότι υπάρχουν χάσματα στη βασική μεμβράνη των μαζικών πόρων δια των οποίων μπορεί να διαφύγουν με αμοιβαδοειδείς κινήσεις νεοπλασματικά κύτταρα προς τους γειτονικούς ιστούς. Όταν δραπετεύουν τα κύτταρα από την ενδοεπιθηλιακή τους θέση είναι ήδη πρόσφορα σε λεμφαγγειακή διασπορά στους επιχώριους λεμφαδένες μια και τα ενδομαζικά λεμφαγγεία είναι τοποθετημένα παράλληλα στους μαστικούς πόρους.



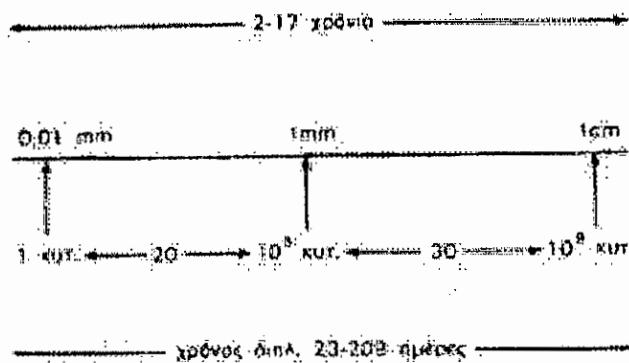
Σχήμα 5. Φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού.

Μέχρι το σημείο αυτό η εξέλιξη του καρκίνου του μαστού είναι κατά κανόνα κοινή και με πολύ μικρές διαφορές μεταξύ των διαφόρων περιπτώσεων. Όταν όμως διαμορφωθεί ο όγκος του διηθητικού νεοπλασματος, εμφανίζεται μια πολυδιάστατη βιολογική συμπεριφορά. Με την αύξηση του καρκινικού φορτίου, η πιθανότητα εξωμαστικής επέκτασης και μεμακρυσμένων μεταστάσεων αυξάνεται προοδευτικά, ενώ η πιθανότητα αποτελεσματικού ελέγχου της νόσου μειώνεται ουσιαστικά. Πολύ λίγα είναι γνωστά για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εξέλιξη του καρκίνου του μαστού από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής, μέχρι το σχηματισμό της νεοπλασματικής μάζας. Υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι ο χρόνος αυτός ποικίλει αν και στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παρατεταμένος.

1.2 ΡΥΘΜΟΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Έχει υπολογισθεί ότι ο χρόνος διπλασιασμού για τον καρκίνο του μαστού κυμαίνεται από 23-209 ημέρες με βάση διάφορες μελέτες τα νεοπλασματικά κύτταρα,

ανάλογα με τον χρόνο διπλασιασμού, μπορούν να ταξινομηθούν σε ταχέως αναπτυσσόμενα, (χρόνος διπλασιασμού < 75 ημέρες) και βραδέως αναπτυσσόμενα (χρόνος διπλασιασμού > 150 ημέρες). Μια ενδιάμεση κατηγορία περιλαμβάνει κύτταρα που διπλασιάζονται μεταξύ 75 και 150 ημερών. Αν λάβουμε υπόψη ότι ένα νεοπλασματικό κύτταρο που το μέγεθός του είναι περίπου 10 μικρά, αποκτά διαστάσεις 1mm μετά από 20 διαιρέσεις και 1εκ. μετά από 30 διαιρέσεις, αντιλαμβάνεται κανείς ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα δυνατόν να προϋπάρχουν από 2 μέχρι 17 χρόνια, πριν από την κλινική διάγνωση.



Σχήμα 6. Κινητική καρκίνου του μαστού.

Εξάλλου, έχει αποδειχτεί πειραματικά ότι ο όγκος τρέφεται με διάχυση όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων που τον αποτελούν δεν υπερβαίνει τις 100.000. Μετά από το στάδιο αυτό η διατροφή του νεοπλάσματος γίνεται από νεόπλαστα τροφοφόρα αγγεία, για τη δημιουργία των οποίων τα ίδια τα κύτταρα του όγκου εκκρίνουν μια ειδική ουσία (tumor- angiogenesis factor – TAF). Μοιραία επομένως, η εμφάνιση αγγείων στον όγκο είναι συνυφασμένη με το ενδεχόμενο μεταστάσεων. Φαίνεται τελικά ότι η ανάπτυξη του νεοπλάσματος είναι το τελικό αποτέλεσμα του ρυθμού διπλασιασμού των κυττάρων αφ' ενός και παραγόντων ανασταλτικών της αύξησεως αφ' ετέρου.

Το αυξητικό δυναμικό του καρκίνου του μαστού ποικίλει, μια και ο χρόνος διπλασιασμού των κυττάρων που παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις. Έτσι, ορισμένες φορές συμπεριφέρεται σαν ένα πολύ επιθετικό νεόπλασμα που μεθίσταται σε πολύ βραχύ χρονικό διάστημα από τη διάγνωσή του και προκαλεί γρήγορα το θάνατο, ενώ άλλοτε συμπεριφέρεται σαν μια χρόνια νόσο που είναι συμβατή με

πολλές δεκαετίες επιβίωσης ακόμη και αν η οποιαδήποτε αρχικώς εφαρμοσθείσα θεραπεία έχει αποτύχει να εκριζώσει τον καρκίνο. Επομένως, η αναζήτηση συσχετισμού μεταξύ της κινητικής των νεοπλασματικών κυττάρων και της πορείας της νόσου μετά την αρχική θεραπεία παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Σαν δείκτης της κινητικής των νεοπλασματικών κυττάρων χρησιμοποιείται ο δείκτης σημάσεως.

Ο δείκτης σημάσεως είναι το κλάσμα των νεοπλασματικών κυττάρων που βρίσκεται στη φάση συνθέσεως του DNA του κυτταρικού κύκλου.²⁷

1.3 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τοπική διήθηση

Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ότι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Για το λόγο αυτό μαζί με τον όγκο πρέπει να εξαιρείται και αρκετός υγιής ιστός. Η διήθηση είναι ευκολότερη σε χαλαρούς ιστούς, οι οποίοι διηθούνται εύκολα από τα νεοπλασματικά κύτταρα.

Λεμφική διασπορά

Τα καρκινώματα έχουν μεγάλη τάση να διασπείρονται με τη λεμφική κυκλοφορία. Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών αθροίσεων κυττάρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τρόπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Οι μεταστάσεις αναπτύσσονται πρώτα στους επιχώριους λεμφαδένες και κατόπιν στους υπόλοιπους. Η λεμφική διασπορά του καρκίνου μετατρέπεται σε αιματογενή, όταν τα καρκινικά κύτταρα μέσω του θωρακικού πόρου μπουν την φλεβική κυκλοφορία.

Αιματογενής διασπορά

Για την ανάπτυξη μεταστάσεων, απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσταση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και η ανάπτυξή τους στη νέα θέση.²⁸

1.4 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΙΗΘΗΜΕΝΩΝ ΛΕΜΦΑΔΕΝΩΝ

Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού, μέχρις ενός βαθμού, εξαρτάται από την κλινική και την παθολογοανατομική συμμετοχή των επιχώριων αδένων στη νόσο. Γενικά η υποτροπή συνδέεται άμεσα με τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων. Η απουσία διηθημένων αδένων συνοδεύεται από 12% αποτυχία στη θεραπεία, η παρουσία μέχρι 3 θετικών αδένων από 28%, ενώ περισσότεροι από 4 διηθημένοι αδένες ανεβάζουν το ποσοστό της αποτυχημένης θεραπείας σε 60%.

Πρέπει πάντοτε να εξετάζεται το ενδεχόμενο μικρομεταστάσεων (όγκος <2mm) σε μικροσκοπικώς ελεύθερους αδένες. Έχει βρεθεί ότι 30% των μικροσκοπικώς ελεύθερων μασχαλιαίων αδένων περιέχουν τέτοιες μεταστάσεις.

1.5 ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΩΝ ΕΣΤΙΩΝ

Στον καρκίνο του μαστού, η πιθανότητα για πολυκεντρική ανάπτυξη *in situ* καρκινώματος είναι μεγάλη, αλλά η εξαλλαγή και η ανάπτυξη διηθητικού καρκινώματος είναι σχετικά μικρή. Ο φόβος ότι το *in situ* καρκίνωμα μπορεί να εξελιχθεί σε διηθητικό καρκίνο είναι δικαιολογημένος, αλλά δεν είναι εμπειρικά τεκμηριωμένος.

1.6 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Όπως αναφέρθηκε, ο όγκος τρέφεται με διάχυση όταν τα νεοπλασματικά κύτταρα δεν υπερβαίνουν τις 100.000. Συγχρόνως όμως με την ανάπτυξη της αγγείωσης του όγκου, υπάρχει και το ενδεχόμενο της ανάπτυξης μεταστάσεων.

Μερικά κύτταρα εγκαθίστανται σε μακρινούς ιστούς σε λανθάνουσα μορφή και αναπτύσσονται σε άλλο χρόνο σε κλινικώς έκδηλες μεταστάσεις. Τελευταία, αναφέρθηκε ότι 88% των γυναικών που νόσησαν από καρκίνο του μαστού και παρακολούθηθηκαν από την αρχή της νόσου μέχρι το τέλος της ζωής τους τελικά πέθαναν από μεταστατική νόσο. Οι μεταστάσεις αυτές, εκδηλώνονται βαθμιαία, αλλά σταθερά, κάθε χρόνο, σκοτώνοντας ακόμη και μετά 20-30 χρόνια από την αρχική θεραπεία.

Στους πίνακες που ακολουθούν αναφέρονται τα συχνότερα αίτια θανάτου σε μια σειρά ασθενών καθώς και η συχνότερη εντόπιση των μεταστάσεων (σε νεκροτομικό υλικό).

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση ότι πολύ συχνά συμμετέχουν τα ενδοκρινικά όργανα, αλλά σπάνια αυτό αποτελεί αιτία θανάτου. Η διασπορά του

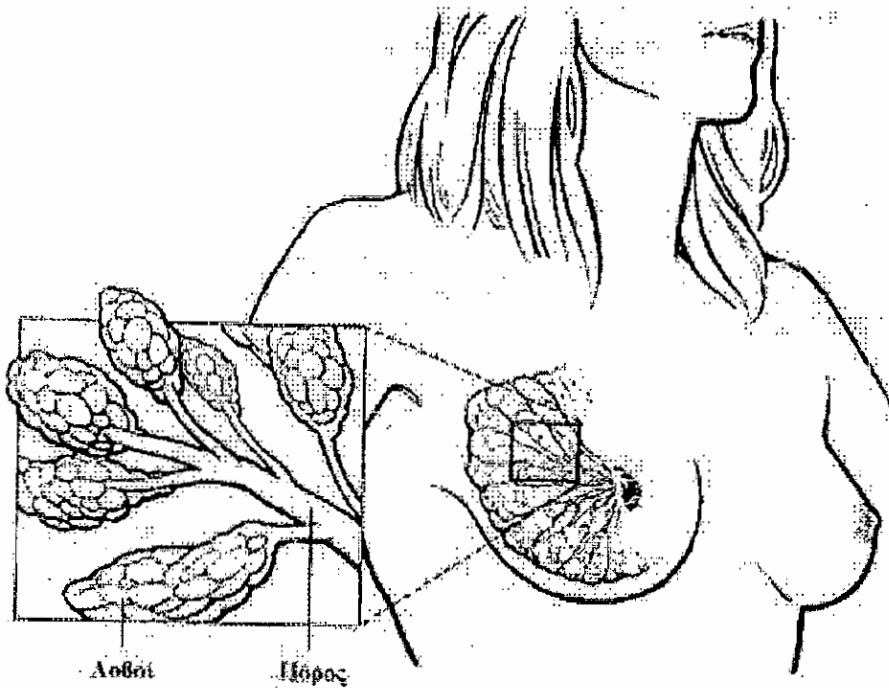
νοσήματος στους πνεύμονες είναι η κύρια αιτία θανάτου, παρά η παρουσία μάζας ή λεμφαδενικής νόσου μόνον.¹⁰

Αιτία	%
Πνευμονική ανεπάρκεια	26
Καρδιακή ανεπάρκεια	15
Αιμορραγία	9
Έκπτωση ΚΝΣ	9
Λοιμώξεις	24
Ηπατική ανεπάρκεια	14
Υπερασβεστιαμία	2

Πίνακας 7. Αίτια θανάτου στον καρκίνο του μαστού.

2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Γενικά διακρίνονται 2 τύποι καρκίνου του μαστού. Οι λοβιακοί καρκίνοι, οι οποίοι εξορμούν από τους πολλούς μικρούς σάκους του μαστού που παράγουν το γάλα και οι καρκίνοι των εκφορητικών πόρων, οι οποίοι είναι πολύ συχνότεροι και αναπτύσσονται στο σύστημα των σωληνίσκων που μεταφέρουν το γάλα από τους λοβούς στη θηλή. Ανάμεσα στις δυο μεγάλες κατηγορίες υπάρχουν τουλάχιστον 30 ιστολογικοί τύποι, όπως φαίνονται στο μικροσκόπιο. Περίπου οι μισοί είναι διηθητικοί καρκίνοι των εκφορητικών πόρων, επεκτείνονται δηλαδή μέσω του τοιχώματος του πόρου. Το 28% αποτελούν συνδυασμούς των διηθητικών καρκίνων των εκφορητικών πόρων και άλλων τύπων που περιλαμβάνουν το βλενωδές και θηλώδες και το λοβώδες καρκίνωμα.²⁹



Εικόνα 3. Δομές του φυσιολογικού μαστού στις οποίες μπορεί να αναπτυχθεί καρκίνος.

2.1 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Υπήρξαν πολλές προσπάθειες ιστοπαθολογικής ταξινόμησης των καρκινωμάτων του μαστού, αφού και από παλιά είχε αναγνωριστεί η προγνωστική σημασία των ιστολογικών και μορφολογικών χαρακτηριστικών τους. Σήμερα, υπάρχει η ελπίδα ότι η ανακάλυψη καινούργιων παραμέτρων προγνωστικής σημασίας θα μπορέσει να οδηγήσει σε μια ακόμη πιο εμπεριστατωμένη και εκλεπτυσμένη μέθοδο ταξινόμησης. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού, οι κυριότερες από τις οποίες είναι :

Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ FOOTE ΚΑΙ STEWART που έχει επικρατήσει

- I Καρκίνος της θηλής
 Νόσος του Paget
- II Καρκίνος των πόρων
 - A. Μη διηθητικός
 - 1. Θήλωση
 - 2. Comedo
 - B. Διηθητικός

1. Θηλώδης
2. Comedo
3. Με άφθονα ινώδη στοιχεία (σκίρρος)
4. Μυελοειδής με λεμφοκυτταρική διήθηση

III Καρκίνος των λοβίων

A. Μη διηθητικός

B. Διηθητικός³⁰

Η ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ AUKERMAN ΚΑΙ ROSAI σύμφωνα με την οποία, οι όγκοι κατατάσσονται σε 4 τύπους, ανάλογα με την τάση που έχουν να διηθούν και να δίνουν μεταστάσεις :⁸

Τύπος I (μη διηθητικό)

Πορογενές in situ καρκίνωμα (με χωρίς Paget).

Πορογενές in situ θηλώδες καρκίνωμα.

Λοβιακό καρκίνωμα in situ.

Τύπος II (διηθητικό – περιγεγραμμένα όρια – σπάνιες μεταστάσεις)

Αμιγές βλεννώδες καρκίνωμα.

Σωληνώδες καρκίνωμα.

Διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα.

Μυελοειδές καρκίνωμα.

Τύπος III (διηθητικό – συχνές μεταστάσεις)

Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων NOS.

Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα.

Πορογενές in situ καρκίνωμα με διήθηση.

Σημ: πρόκειται για τα καρκινώματα που δεν ανήκουν στους τύπους I, II και IV.

Τύπος IV (διηθητικό – αδιαφοροποίητο καρκίνωμα)

Όγκοι που διηθούν αιμοφόρα αγγεία ανεξάρτητα από ιστολογικό τύπο.

Υπάρχουν επίσης μερικές μορφές καρκίνου πολύ σπάνιες, όπως :

Το λιποεκκριτικό καρκίνωμα

Αποτελεί ιδιαίτερο τύπο καρκινώματος του μαστού και χαρακτηρίζεται από μεγάλη ποσότητα ουδέτερων λιποειδών, που αποτελούν προϊόν εκκρίσεως των εν λόγω κυττάρων.³¹

Ο αμφοτερόπλευρος πρωτοπαθής όγκος

Τα παθολογοανατομικά στοιχεία που τον χαρακτηρίζουν είναι η ανάπτυξη του μέσα στο παρέγχυμα του μαστού και όχι στο λιπώδη ιστό, ο διαφορετικός ιστολογικός τύπος συγκριτικά με τον καρκίνο του άλλου μαστού και τόσο η διηθητική του μορφή, όσο και η ύπαρξη στοιχείων in situ καρκινώματος.³²

Το καρκίνωμα του έκτοπου μασχαλαίου μαστού, όπου έχει περιγραφεί περίπτωση ασθενούς ηλικίας 45 ετών με έκτοπους μαστούς και στις δυο μασχαλαίες χώρες και η ανάπτυξη καρκινώματος σε ένα απ' αυτούς.³³

Από τους διάφορους παθολογοανατομικούς τύπους, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν η νόσος του Paget και το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού.

ΝΟΣΟΣ PAGET

Εμφανίζεται με τη μορφή εκζέματος της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άλω, σε γυναίκες άνω των 40 ετών. Δυνατό να συνοδεύεται από αιματηρή έκκριση της θηλής.³⁰

ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Κύρια επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι η ειδική εντόπισή της σε γυναίκες με μεγάλους μαστούς, ενώ συνήθως η μορφή αυτή δεν εμφανίζεται κατά την κύηση. Παρουσιάζει ταχύτερη εξέλιξη από οποιαδήποτε άλλη μορφή νεοπλασματος του μαστού. Ιστοπαθολογικά το φλεγμονώδες καρκίνωμα μαστού μπορεί να εμφανίζει χαρακτηριστικά όλων των άλλων τύπων καρκινώματος του μαστού, με σταθερό κοινό στοιχείο την απόφραξη των λεμφαγγείων του δέρματος από καρκινικά έμβολα, που προκαλούν την ερυθρότητα και το οίδημα του δέρματος του μαστού.³⁴

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Ο όρος σταδιοποίηση αναφέρεται στην κατάταξη του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την ανατομική έκταση της νόσου.³⁵ Είναι το σύνολο των κλινικών, εργαστηριακών, εγχειρητικών, παθολογοανατομικών ή άλλων διαδικασιών που αποσκοπούν στον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης ενός κακοήθους νεοπλασματος. Ο προσδιορισμός αυτός συμβάλλει :

- στο σχεδιασμό της θεραπευτικής πρακτικής
- στον προσδιορισμό της πρόγνωσης της νόσου
- στην αξιολόγηση της θεραπευτικής αγωγής
- στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ερευνητικών ομάδων, ώστε να συνεκτιμώνται συγκρίσιμες καταστάσεις.³⁶

Από τα συστήματα κλινικής σταδιοποίησης που υπάρχουν, (Manchester, TNM, Columbia) το TNM έχει καθιερωθεί και χρησιμοποιείται ευρέως.⁸ Από τα στοιχεία που λαμβάνονται υπόψη, το μέγεθος του όγκου (T) και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (N), εκτιμώνται κυρίως κλινικώς, ενώ η ύπαρξη μεταστάσεων (M) με παρακλινικές εξετάσεις, οι οποίες στην καθημερινή πράξη περιλαμβάνουν ακτινογραφία θώρακος, αλκαλική φωσφατάση, υπερηχοτομογραφία ήπατος, C.E.A και σπινθηρογράφημα σκελετού. Το TNM σύστημα έχει ως εξής :

T. Πρωτοπαθής όγκος	
T_{is}	Προ- διηθητικό καρκίνωμα (in situ), μη διηθητικό ενδοπορικό, η Paget's νόσος της θηλής χωρίς ψηλαφητό όγκο. Σημείωση: Η νόσος Paget's συνοδευόμενη με ψηλαφητό όγκο κατατάσσεται σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου. Σημείωση: Εντυπώματα δέρματος ή εισολκή θηλής ή οποιαδήποτε άλλη δερματική βλάβη, εκτός εκείνων στο T ₄ Μπορεί να υπάρχουν στα T ₁ , T ₂ ή T ₃ χωρίς να επηρεάζουν την ταξινόμηση.
T₁	Όγκος ≥ 2 cm.
T_{1a}	Χωρίς καθήλωση στην περιτονία ή μυς.
T_{1b}	Με καθήλωση στην περιτονία ή μυς.
T₂	Όγκος διαμέτρου > 2 cm μέχρι 5cm.
T_{2a}	Χωρίς καθήλωση στην περιτονία ή μυς.
T_{2b}	Με καθήλωση στην περιτονία ή μυς.
T₃	Όγκος μεγαλύτερος των 5cm.
T_{3a}	Χωρίς καθήλωση στην περιτονία ή μυς.
T_{3b}	Με καθήλωση στην περιτονία ή μυς.

<p>T₄ Όγκος οιουδήποτε μεγέθους με άμεση διήθηση θωρακικού τοιχώματος ή δέρματος</p> <p>Σημείωση: Θωρακικό τοίχωμα περιλαμβάνει: πλευρές, μεσοπλεύριους μύες και πρόσθιο οδοντωτό μυ (αλλά όχι το μείζονα θωρακικό μυ).</p> <p>T_{4a} Με καθήλωση στο θωρακικό τοίχωμα.</p> <p>T_{4b} Με οίδημα, διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού (peau d'orange) ή δορυφόρα δερματικά οζίδια, περιορισμένα στον ίδιο μαστό.</p> <p>T_{4c} Όλα τα παραπάνω (T_{4a} + T_{4b})</p> <p>Σημείωση: Περιπτώσεις φλεγμονώδους καρκινώματος θα πρέπει να αναφέρονται σαν ξεχωριστή ομάδα.</p> <p>T_z Δεν απαντώνται τα ελάχιστα απαραίτητα στοιχεία να προσδιορισθεί η πρωτοπαθής εστία.</p>										
<p>N. Περιοχικοί λεμφαδένες</p> <p>N₀ Ανηλάφητοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες σύστοιχα προς τη βλάβη.</p> <p>N₁ Ευκίνητοι σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες.</p> <p>N_{1a} Λεμφαδένες όχι κλινικά ύποπτοι.</p> <p>N_{1b} Λεμφαδένες κλινικά ύποπτοι.</p> <p>N₂ Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες καθηλωμένοι μεταξύ τους ή σε άλλους ιστούς και διηθημένοι από την νόσο.</p> <p>N₃ Σύστοιχοι υπερκλειδίιοι λεμφαδένες διηθημένοι από νόσο ή οίδημα του βραχίονα.</p> <p>N₄ Δεν υπάρχουν τα ελάχιστα στοιχεία για να προσδιοριστούν οι επιχώριοι λεμφαδένες.</p>										
<p>M. Απομακρυσμένες μεταστάσεις</p> <p>M₀ Δεν υπάρχει ένδειξη απομακρυσμένης νόσου.</p> <p>M₁ Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.</p> <p>M₂ Δεν υπάρχουν τα απαραίτητα ελάχιστα στοιχεία για να προσδιορισθεί η παρουσία Απομακρυσμένων μεταστάσεων.</p> <p>Η κατηγορία M₁ μπορεί να υποδιαιρεθεί σύμφωνα με την παρακάτω σημείωση:</p> <table border="0"> <tr> <td>Pulmonary (πνευμονικές) : PUL</td> <td>Bone marrow (μυελός των οστών) : MAR</td> </tr> <tr> <td>Ossous (οστικές) : OSS</td> <td>Pleura (υπεζωκότας) : PLE</td> </tr> <tr> <td>Hepatic (ηπατικές) : HEP</td> <td>Skin (δερματικές) : SKI</td> </tr> <tr> <td>Brain (εγκεφαλικές) : BRA</td> <td>Eye (οφθαλμολογικές) : EYE</td> </tr> <tr> <td>Lymph nodes (λεμφαδενικές) : LYM</td> <td>Other (άλλες) : OTH</td> </tr> </table>	Pulmonary (πνευμονικές) : PUL	Bone marrow (μυελός των οστών) : MAR	Ossous (οστικές) : OSS	Pleura (υπεζωκότας) : PLE	Hepatic (ηπατικές) : HEP	Skin (δερματικές) : SKI	Brain (εγκεφαλικές) : BRA	Eye (οφθαλμολογικές) : EYE	Lymph nodes (λεμφαδενικές) : LYM	Other (άλλες) : OTH
Pulmonary (πνευμονικές) : PUL	Bone marrow (μυελός των οστών) : MAR									
Ossous (οστικές) : OSS	Pleura (υπεζωκότας) : PLE									
Hepatic (ηπατικές) : HEP	Skin (δερματικές) : SKI									
Brain (εγκεφαλικές) : BRA	Eye (οφθαλμολογικές) : EYE									
Lymph nodes (λεμφαδενικές) : LYM	Other (άλλες) : OTH									

Πίνακας 8. TNM Προθεραπευτική κλινική ταξινόμηση.

Σύμφωνα με το TNM σύστημα, η κλινική σταδιοποίηση έχει ως εξής:

Στάδιο I : T μέχρι 2cm διάμετρο, χωρίς ψηλαφητούς λεμφαδένες στη μασχάλη, χωρίς μεταστάσεις (T₁, N₀ ή N_{1a}, M₀).

Στάδιο II: Όγκος μέχρι 5cm με διηθημένους, αλλά κινητούς λεμφαδένες, χωρίς συστηματικές μεταστάσεις (T₁ ή 2, N₀ ή 1_a ή 1_b, M₀).

Στάδιο III: Όγκος πάνω από 5cm ή T₄ με λεμφαδένες διηθημένους, χωρίς συστηματικές μεταστάσεις (κάθε T, κάθε N, M₀).

Στάδιο IV: Οποιοδήποτε T ή N με M₁.³⁰

	T ₀	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
N ₀	STAGE I				
N ₁	STAGE I				
N ₂	STAGE II				
N ₃	STAGE III				
M ₁	STAGE IV				

Σχήμα 7. Κλινική σταδιοποίηση (stage).

2.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΡΥΘΜΟ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ

ΚΑΛΩΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΟΓΚΟΙ

Μικροσκοπικά, μερικά καρκινικά κύτταρα δείχνουν να μοιάζουν πολύ με τα κύτταρα του φυσιολογικού ιστού από τον οποίο προέρχονται. Τα κύτταρα αυτά ονομάζονται καλώς διαφοροποιημένα και οι όγκοι καλώς διαφοροποιημένοι.

ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΟΙ ΟΓΚΟΙ

Υπάρχουν και όγκοι που μοιάζουν λίγο ή και καθόλου με τον φυσιολογικό ιστό από τον οποίο προέρχονται. Φαίνονται περισσότερο πρωτόγονοι ή ανώριμοι και μερικές φορές κάθε άλλο παρά δίνουν την εικόνα κάποιου ειδικού ιστού. Οι όγκοι αυτοί αποκαλούνται αδιαφοροποίητοι ή φτωχής διαφοροποίησης.

2.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Ο βαθμός κακοήθειας προσδιορίζεται ανάλογα με την εμφάνιση των κακοηθών κυττάρων. Έτσι, προκύπτουν οι παρακάτω βαθμοί :

- G₁, που εμφανίζεται σε συχνότητα 3%.
- G₂, που εμφανίζεται σε συχνότητα 27%.
- G₃, που εμφανίζεται σε συχνότητα 70%.

Το σύστημα αυτό κατάταξης αλληλοσυμπληρώνεται με το σύστημα, το οποίο στηρίζεται στη διαφοροποίηση. Οι όγκοι χαρακτηρίζονται ως **υψηλής κακοήθειας** (άωροι, φτωχά διαφοροποιημένοι, γρήγορα αναπτυσσόμενοι, και επιθετικοί), και **χαμηλής κακοήθειας** (ώριμοι, καλά διαφοροποιημένοι, αργά αναπτυσσόμενοι και λιγότερο επιθετικοί).²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε 2 κατηγορίες: Σε μέτρα πρωτογενούς πρόληψης που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν στη νόσηση και τελικά στο θάνατο, και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης, που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.³⁷

1.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψη περιλαμβάνουν :

- α. Την υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του γυναικείου πληθυσμού σχετικά με τον καρκίνο του μαστού (π.χ. διατροφή και Ca).
- β. Την προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. γυναικών που εργάζονται σε ακτινολογικά εργαστήρια), με τη λήψη ειδικών μέτρων.
- γ. Την προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα.

Για την εφαρμογή των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στη λήψη των παρακάτω μέτρων :

- α. Την προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο έτος.
- β. Την ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- γ. Την ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα.
- δ. Την αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόλησή της σε πρόγραμμα διδασκαλίας του κοινού.

1.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον **προσυμπτωματικό έλεγχο**. Κύριος σκοπός του ελέγχου είναι η ανίχνευση ανωμαλιών. Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει :

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

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε τη μεγάλη συμβολή της αυτοεξέτασης του μαστού (ΑΕΜ), η οποία θα αναπτυχθεί παρακάτω.

Οι κινητές διαγνωστικές μονάδες, σε απομακρυσμένα χωριά ή σε αστικά κέντρα, είναι μια αποδοτική προληπτική μέθοδος για Ca. Προσφέρουν :

- α. Ενημέρωση για την πρόληψη καρκίνου του μαστού και για τις σημερινές θεραπευτικές μεθόδους.
- β. Τη δωρεάν διενέργεια κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση καρκίνου του μαστού.

Τα ιατρεία προκλινικής διάγνωσης, βοηθούν στο να εντοπιστούν οι γυναίκες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Πραγματοποιείται με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου από την εξεταζόμενη.¹⁰

Φως στον ορίζοντα αρχίζει να φαίνεται με τις έρευνες για το εμβόλιο που επινόησε η κ. Αποστολοπούλου που συνεχίζεται η εφαρμογή του σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού στην Ελλάδα. Δεν κρύβει την αισιοδοξία της για την οριστική αντιμετώπιση του καρκίνου.

Ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος και αντίδραση στα καρκινικά κύτταρα χωρίς παρενέργειες.

Προϋποθέσεις εφαρμογής εμβολίου σε γυναίκες :

- Όλες οι ασθενείς θα πρέπει να είναι μετεμμηνοπαυσιακές με καρκίνο του μαστού ούτε πολύ πρώιμο ούτε πολύ προχωρημένο.
- Να έχουν θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς και 1 στις 4 διηθημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες.
- Όλες οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν χειρουργηθεί για την αφαίρεση καρκινικών όγκων και να ακολουθούν θεραπεία με αντιοιστρογόνα.³⁸

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η νοσηλεύτρια :

- Γνωστοποιεί τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, αλλά και τους προστατευτικούς στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού (πίνακας 9).³⁸

Η νοσηλεύτρια επισημαίνει τους :		
Παράγοντες υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού.	Προστατευτικούς παράγοντες.	Παράγοντες με μικρότερες πιθανότητες για καρκίνο του μαστού
Φύλο: θήλυ Ηλικία: Άνω των 40 ετών Οικ. Ιστορικό: Μητέρα ή αδελφή με καρκίνο του μαστού Ατομ. Ιστορικό: Καρκίνος μαστού χειρουργηθείς Εγκυμοσύνη: Όχι Θηλασμός: Όχι	<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 • Οξώδης μαστός • Υγρό από τη θηλή • Παχυσαρκία • Αρτηριακή υπέρταση • Σακχαρώδης διαβήτης • Καρκίνος σε άλλο μέρος του σώματος

Πίνακας 9. Προστατευτικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού

- Παρεμβαίνει στις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας και συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης, ενώ υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών Α και C.
- Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντός του και προωθεί την υιοθέτηση υγιεινών έξεων.
- Τονίζει τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και της έγκαιρης προσέλευσης στο γιατρό.
- Προσπαθεί να εντοπίσει τα αίτια καθυστερημένης προσέλευσης (κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, έλλειψη μόρφωσης, ψυχολογικοί παράγοντες) και να αναχαιτίσει τους παράγοντες αυτούς.
- Προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις και προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου.

2.2 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στις δραστηριότητες δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου του μαστού, η νοσηλεύτρια φροντίζει για :

ΤΗ ΛΗΨΗ ΚΑΛΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Η νοσηλεύτρια, προκειμένου να συγκεντρώσει πληροφορίες για την ασθενή. Ενδιαφέρεται για την ηλικία, τεκνοποίηση, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης κτλ. Επίσης, προβαίνει σε ειδικές ερωτήσεις, όπως :

- α. ποιο είναι το κύριο σύμπτωμα
- β. πότε εμφανίστηκε
- γ. πώς εξελίχθηκε
- δ. πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό

Παράλληλα, πρέπει να μάθει :

- α. αν υπάρχει ιστορικό τραύματος
- β. ποια η σχέση των συμπτωμάτων με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο
- γ. αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης

ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

A. Φάση προετοιμασίας. Η νοσηλεύτρια :

- εξηγεί στην ασθενή τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί
- την προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση των ενδυμάτων της από τη μέση και πάνω
- εξασφαλίζει ησυχία και καλό φωτισμό
- τη βοηθάει να λάβει κατάλληλη θέση.

B. Εξέταση

- **Επισκόπηση:** Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τη γυναίκα σε καθιστή θέση και ελέγχει το σχήμα, μέγεθος, και τη συμμετρία των μαστών, τις θηλές, κάθε εξέλκωση δέρματος ή θηλών, το χρώμα, οιδήματα, εισολκή της θηλής.
- **Ψηλάφηση:** Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τη γυναίκα σε ύπτια θέση και ελέγχει :
 - α. την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα
 - β. την ευαισθησία των θηλών
 - γ. τις εκκρίσεις των θηλών

δ. τους υπερκλειδίδιους ή μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Η νοσηλεύτρια 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.

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

Με την ψηλάφηση πρέπει να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και τη νοσηλεύτρια 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 τη νοσηλεύτρια που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο. (πίνακας 10).

Επίσης, εκτός από τις μασχάλες, η νοσηλεύτρια εξετάζει και τους υπεκλειδίδιους χώρους καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό.

Νοσηλευτική ενέργεια	Αιτιολόγηση ενέργειας
Φάση προετοιμασίας και επιπολής εξέταση.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Πείτε στην ασθενή να βγάλει τα ρούχα της από τη μέση και πάνω και να καθίσει αναπαυτικά με το πρόσωπό της προς τον εξεταστή. 2. Πλύνετε τα χέρια σας με χλιαρό νερό και στεγνώστε τα μπορείτε να βάλετε ταλκ, εάν τα αισθάνεστε να κολλούν. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρέχει μια ευκαιρία επισκόπησης των μαστών για ασυμμετρία, ερυθρότητα, ερεθισμό θηλών, εισολκή θηλών, δέρμα που μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού. 2. Ο μαστός είναι ευαίσθητος στο κρύο.
Εξέταση	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ψηλαφίστε την υπερκλειδία περιοχή. 2. Ψηλαφίστε τους μασχαλιαίους αδένες κρατάτε το αντιβράχιο της ασθενούς στην αριστερή σας παλάμη, ενώ ελέγχετε τους αδένες με τις ράγες των δεξιών σας δακτύλων. Επαναλάβετε το ίδιο και στην άλλη πλευρά. 3. Βάλτε την ασθενή να ξαπλώσει σε ύπτια 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Προσέξτε, αν οι λεμφαδένες είναι διογκωμένοι, ακίνητοι, κινητοί ή δύσκολο να εντοπισθούν. 2. Το ίδιο, όπως και πιο πάνω. 3. Με τον τρόπο αυτόν, ο μαζικός αδένας

<p>θέση. Τοποθετήστε ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από το δεξιό ώμο της.</p> <p>4. Με τα δάκτυλα επίπεδα στον μαστό, ψηλαφίστε ήπια το μαζικό αδένα, αρχίζοντας από το άνω και έξω τεταρτημόριο.</p> <p>α. Προχωρήστε σε κανονικό σχήμα κυκλικής εξέτασης του μαστού και επαναλάβετε την εξέταση του πρώτου τεταρτημορίου που εξετάσθηκε.</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>6. Σημειώστε τα ευρήματα και ενημερώστε το γιατρό για την ανεύρεση ανωμαλιών.</p> <p>7. Εξηγήστε στην ασθενή πώς να κάνει την αυτοεξέταση. Ενθαρρύνετέ την να υποβάλει ερωτήσεις δώστε της τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια.</p>	<p>κατανέμεται ομοιόμορφα πάνω στο θωρακικό τοίχωμα.</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. Η περιοχή αυτή ελέγχεται και για δεύτερη φορά, γιατί οι περισσότερες αλλοιώσεις του μαστού εντοπίζονται στο άνω και έξω τεταρτημόριο.</p> <p>5. Ετοιμασθείτε να συλλέξετε δείγμα εκκρίματος για κυτταρολογική εξέταση, αν έχετε εντολή.</p> <p>6.</p> <p>7. Περίπου 95 % των γυναικών ανακαλύπτουν μόνες τους τις ανωμαλίες του μαστού.</p>
--	--

Πίνακας 10. Διαδικασία ψηλάφησης ασθενούς .

ΤΗΝ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΗΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ (ΑΕΜ)

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

Οι λόγοι, για τους οποίους συνήθως οι γυναίκες εγκαταλείπουν την ΑΕΜ, είναι :

- α. Φόβος και άγχος για την ανεύρεση καρκίνου στο μαστό.
- β. Έλλειψη γνώσης για την ΑΕΜ και εμπιστοσύνης σχετικά με τον τρόπο διενέργειάς της.
- γ. Άγνοια της εξαιρετικής σημασίας της μηνιαίας ΑΕΜ, ως απαραίτητου στοιχείου της γνώσης της φυσικής κατάστασης της αυτοεξεταζόμενης.
- δ. Σεμνοτυφία ή / και ενόχληση.

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

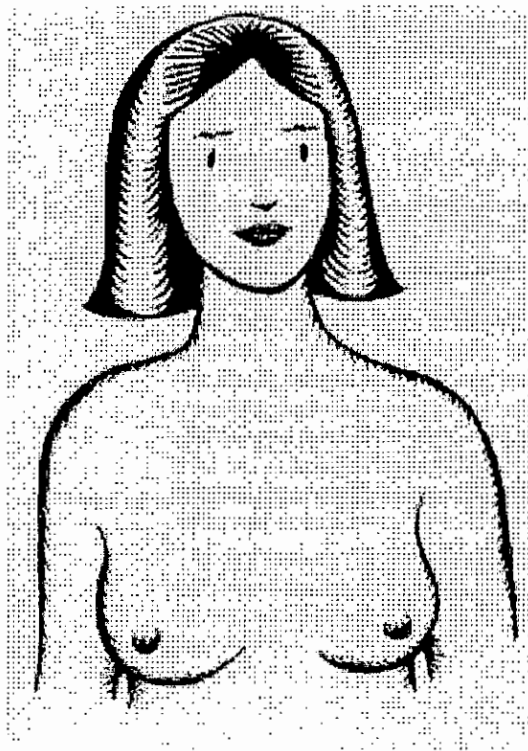
Σημειώνονται τα πλεονεκτήματα της ΑΕΜ, δηλαδή ότι :

- α. Είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού.
- β. Είναι εύκολη στην εφαρμογή της.
- γ. Είναι ακίνδυνη.
- δ. Δεν κοστίζει τίποτε χρειάζονται μόνον 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχτούν καθοριστικά.
- ε. Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της.

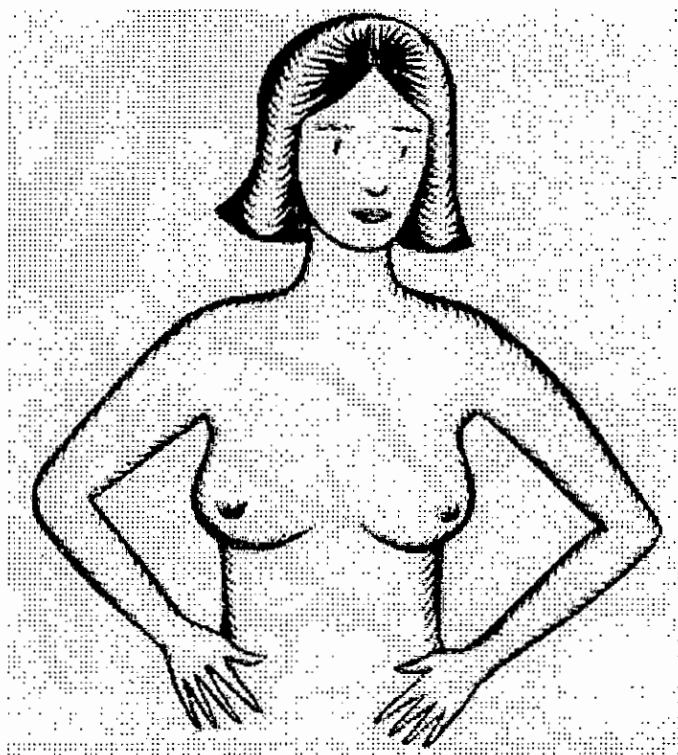
Η νοσηλεύτρια οφείλει επίσης να ενημερώνει το κοινό για το κάθε πότε και ποιες ιδιαίτερα γυναίκες πρέπει να κάνουν ΑΕΜ. Έτσι :

- α. Κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθει για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει.
- β. Οι γυναίκες που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου πρέπει να εφαρμόζουν πιο συχνά την ΑΕΜ. Έχει πράγματι υπολογισθεί ότι, όταν οι γυναίκες έχουν κληρονομικό του καρκίνου του μαστού, βαριά ινοκυστική μαστοπάθεια ή είναι πάνω από 40 ετών εφαρμόζουν την ΑΕΜ σε ποσοστό 68%, 50% και 44% αντίστοιχα.
- γ. Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα.

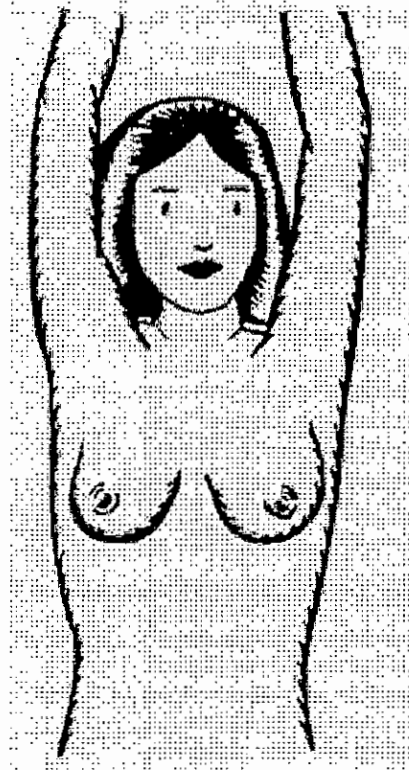
Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά χάπια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη ημέρα του νέου κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών.¹⁰



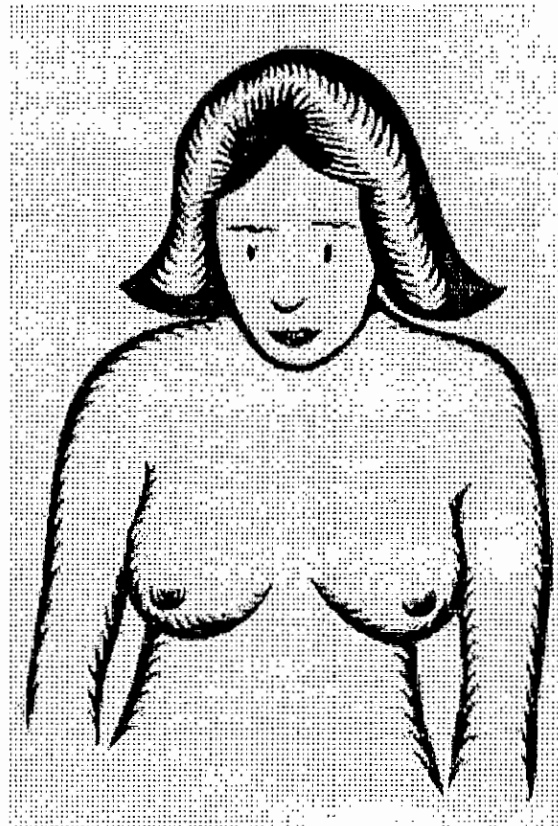
Εικόνα 4α. Σταθείτε όρθια με τα χέρια κάτω.



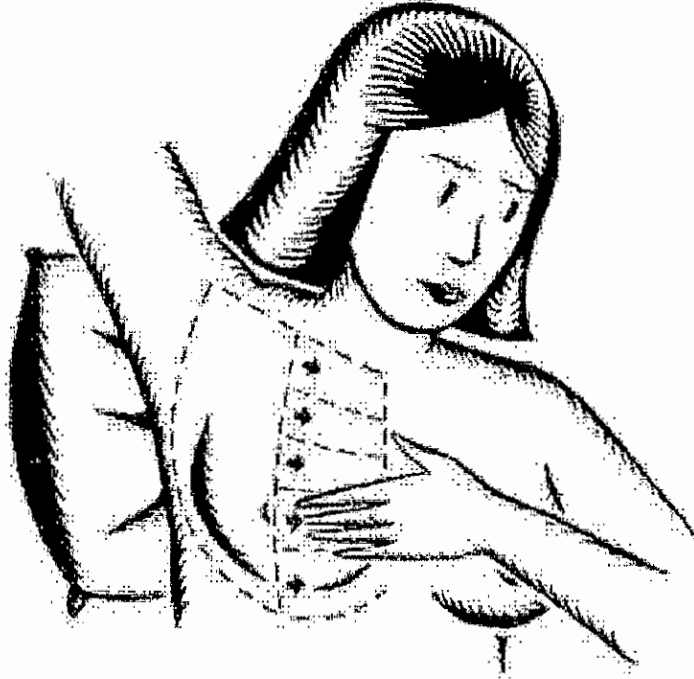
Εικόνα 4β. Με τα χέρια στη μεσολαβή, σφίξτε το θώρακα και τους βραχίονες, πιέζοντας σφικτά τα χέρια πάνω στη λεκάνη.



Εικόνα 4γ. Με τα χέρια στη θέση ανάτασης



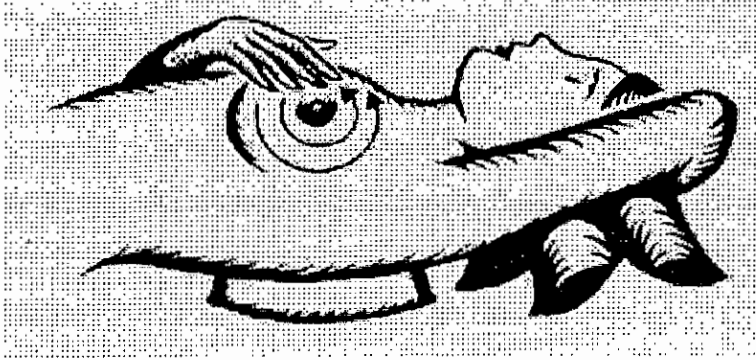
Εικόνα 4δ. Κλίνετε προς τα εμπρός.



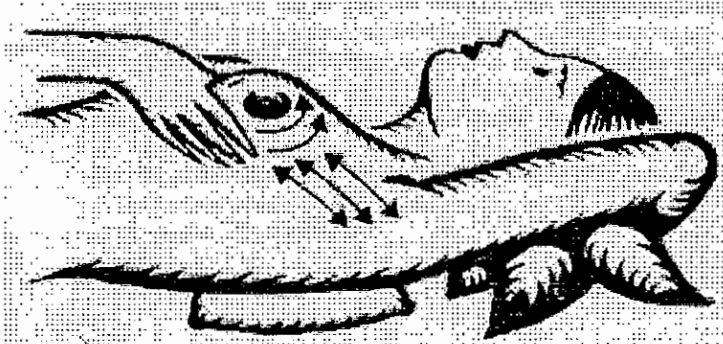
Εικόνα 4ε. Ψηλαφήστε το έσω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω, σύμφωνα με το σχέδιο



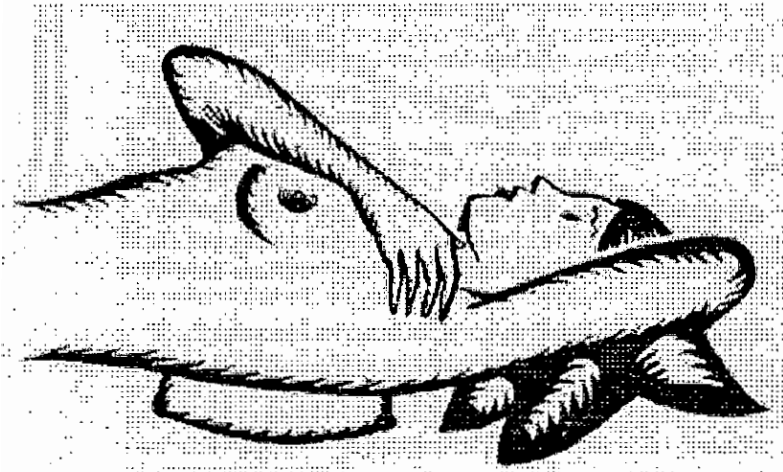
Εικόνα 4στ. Ψηλαφίστε το έξω ημιμόριο του μαστού, από πάνω προς τα κάτω, όπως δείχνει το σχέδιο.



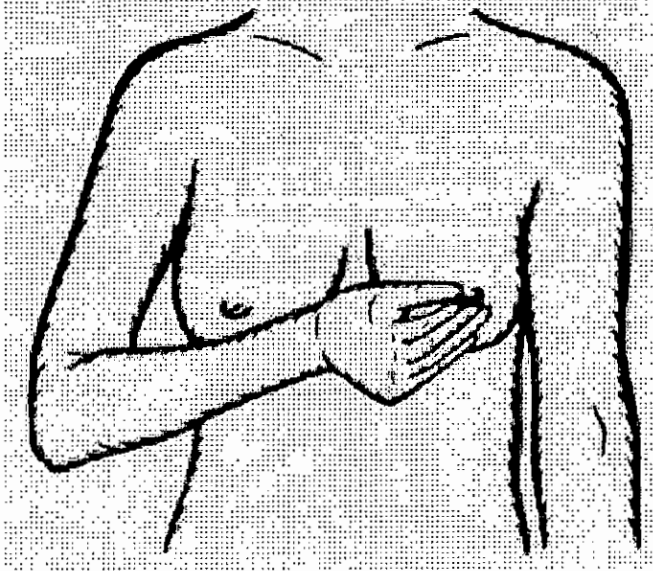
Εικόνα 4ζ. Ψηλαφίστε το μαστό κυκλικά, σε ομόκεντρους νοητούς κύκλους και από την περιφέρεια προς τη θηλή.



Εικόνα 4η. Μην παραλείψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιοχή μεταξύ μαστού και μασχάλης.



Εικόνα 4θ. Ψηλαφίστε προσεκτικά τη μασχάλη.



Εικόνα 41. Εξέταση της θηλής κατά την αυτοεξέταση του μαστού.

3. ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η λεπτομερής εξέταση των μαστών πρέπει να αποτελεί τμήμα της κλινικής εξέτασης ρουτίνας και περιλαμβάνεται στο ετήσιο γυναικολογικό τσεκ-απ. Υπάρχουν καλά τεκμηριωμένες μέθοδοι που συμβάλλουν να ανακαλυφθεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού.

Εξειδικευμένοι γιατροί και νοσηλευτές μπορούν να διδάξουν τη **μηνιαία αυτοεξέταση των μαστών**. Στις περισσότερες χώρες υπάρχουν ειδικά κέντρα όπου διδάσκονται οι γυναίκες πώς να πραγματοποιούν αυτήν τη ζωτικής σημασίας εξέταση. Είναι πολύ πιο πιθανό ότι κάποιες αλλαγές στο στήθος θα τις ανακαλύψει νωρίτερα η ίδια η γυναίκα παρά κάποιος που την εξετάζει σπανιότερα.¹⁸

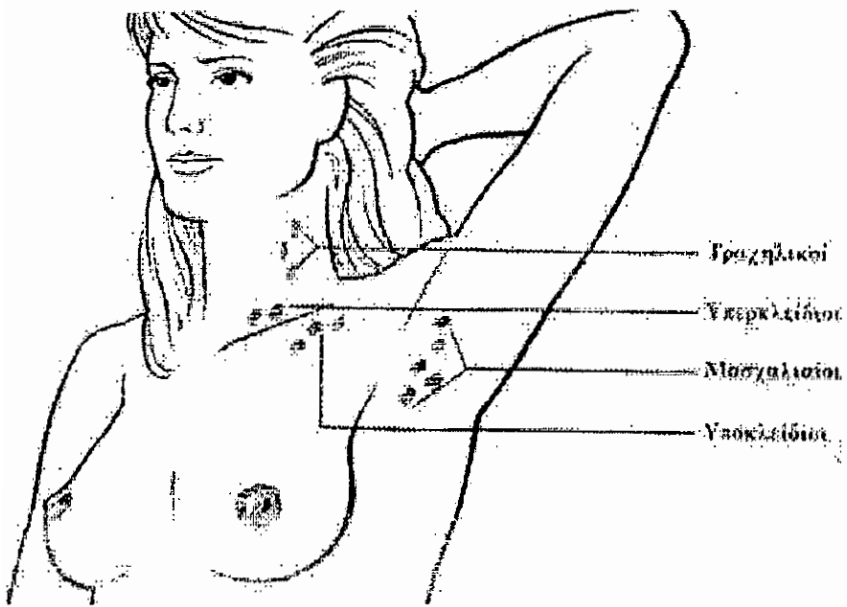
Με την αυτοεξέταση εντοπίζονται μάζες στο μαστό αρκετών γυναικών, δεν πρόκειται όμως για καρκίνο αφού το 90% των διογκώσεων στο μαστό είναι καλοήθειες. Όμως με την αυτοεξέταση ανακαλύπτεται νωρίτερα ο καρκίνος, οπότε πολλαπλασιάζονται οι πιθανότητες ίασης και διατήρησης του μαστού.

Μαστογραφία (ακτινογραφία μαστού με χαμηλές δόσεις ακτινοβολίας) για κάθε φαινομενικά υγιή γυναίκα. Η εξέταση αυτή είναι φθηνή, γρήγορη, απλή και ασφαλής. Είναι πλέον ευρέως παραδεκτό ότι με την μαστογραφία ανακαλύπτεται ο καρκίνος έως και ένα χρόνο πριν γίνει ψηλαφητός. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία συνιστά σε κάθε γυναίκα να κάνει μια μαστογραφία αναφοράς ανάμεσα στα

35 και 40 χρόνια της, μεταξύ 40 και 49 ετών να κάνει μαστογραφία κάθε χρόνο ή κάθε δεύτερο χρόνο, και κατόπιν κάθε χρόνο. Αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή άλλοι παράγοντες κινδύνου, συνιστάται μαστογραφία αναφοράς σε μικρότερη ηλικία, και μετά τα 40 επανάληψη κάθε χρόνο.

Ο μικρότερος όζος που μπορεί να ψηλαφηθεί είναι περίπου 1 εκατοστό και περιέχει ένα δισεκατομμύριο καρκινικά κύτταρα. Με τις μαστογραφίες ρουτίνας αποκαλύπτονται μικρότεροι καρκίνοι που η διάμετρός τους δεν υπερβαίνει το 0,5 εκατοστό. Σύμφωνα με μία μελέτη του 1987, η πενταετής επιβίωση ήταν κατά 22% μεγαλύτερη για όσους καρκίνους διαγνώστηκαν με μαστογραφία σε σύγκριση με όσους διαγνώστηκαν μετά την εμφάνιση κάποιου όζου. Σήμερα, με τη μαστογραφία ανακαλύπτονται καρκίνοι μαστών σε γυναίκες το 60% των οποίων έχουν αρνητικούς για κακοήθεια μασχαλιαίους λεμφαδένες, ενώ πριν από 10 χρόνια το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 50%. Οι μικρότεροι καρκίνοι απαιτούν απλούστερη και λιγότερη εκτεταμένη θεραπεία.

Έχει εκφραστεί κάποια ανησυχία για τον κίνδυνο που απορρέει από τις επανειλημμένες ακτινολογικές εξετάσεις. Το δυνητικό όφελος που προκύπτει, όμως, είναι πολύ μεγαλύτερο. Η δόση της ακτινοβολίας σε μια μαστογραφία είναι σήμερα 10 φορές μικρότερη απ' ό τι πριν από είκοσι χρόνια, είναι δε μικρότερη του ποσού της κοσμικής ακτινοβολίας που παίρνει κανείς κατά τη διάρκεια ενός αεροπορικού ταξιδιού. Ο κίνδυνος να προκληθεί καρκίνος από τη μαστογραφία είναι ίσος με τον κίνδυνο να πάθει κανείς καρκίνο του πνεύμονα αν καπνίσει ένα μόνο τσιγάρο.²⁹



Εικόνα 5. Σημαντικοί περιοχικοί λεμφαδένες στον καρκίνο του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ
3. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού στην αρχή μπορεί να είναι ασυμπτωματικός και ανακάλυψή του να γίνει σε τυχαία ψηλάφησης του. Τις περισσότερες φορές εμφανίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα :

α) Όγκος

Σε συχνότητα πάνω από 80% κάνει την εμφάνισή του με τη μορφή όγκου, που σε αναλογία 90-95% των περιπτώσεων, γίνεται αντιληπτός από την ίδια τη γυναίκα, λίγο πιο συχνότερα στον αριστερό μαστό.⁵ Πρόκειται για ένα ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο.

Επομένως, η εμφάνισή του στον μαστό, στην πέμπτη δεκαετία της ζωής της γυναίκας, και ιδιαίτερα στο άνω και έξω τεταρτημόριο, πρέπει να θεωρηθεί καρκίνος.³⁹

β) Πόνος

Ο πόνος θα οδηγήσει τη γυναίκα στο γιατρό σε συχνότητα 10% και είναι ύποπτος για καρκίνο, όταν εμφανισθεί ετερόπλευρα σε γυναίκα, που δεν βρίσκεται σε εμμηνόπαυση και δεν παίρνει οιστρογόνες ουσίες. Πόνοι προκαλούνται και από μεταστάσεις στα οστά.⁵

γ) Έκκριση από τη θηλή

Η έκκριση από τη θηλή του μαστού που πάσχει, εμφανίζεται σε συχνότητα 8% περίπου, και, αν είναι αιματηρή, σε συχνότητα 18%, πρόκειται για καρκίνο.³⁰

δ) Εισολκή δέρματος

Η εισολκή του δέρματος αποτελεί παθολογικό σημάδι του καρκίνου του μαστού. Καθώς ο όγκος αυξάνει σε μέγεθος και διηθεί το γειτονικό αδενικό ιστό, η συνοδός ίνωση συρρικνώνει τους συνδέσμους του Cooper, με αποτέλεσμα τη χαρακτηριστική έλξη του δέρματος.

ε) Αλλοιώσεις του δέρματος

Εκτός από την έλξη του δέρματος, ο καρκίνος του μαστού μπορεί να αλλοιώσει το φυσιολογικό σφαιρικό περίγραμμα του μαστού, ευθειάζοντάς το κατά θέσεις, με αποτέλεσμα την απώλεια της συμμετρίας των 2 μαστών.⁴⁰

Άμεση διήθηση του δέρματος εμφανίζεται σαν μεμονωμένη πεπαχυσμένη πλάκα. Άλλες φορές διάταση των επιφανειακών φλεβών υποδηλώνει την ύπαρξη καρκίνου. Καθώς ο όγκος μεγαλώνει επέρχεται απόφραξη των λεμφαγγείων, με επακόλουθο, οίδημα δέρματος, ενώ οι σύνδεσμοι του Cooper που παραμένουν προκαλούν την όψη «φλοιού πορτοκαλιού». Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται επίσης δορυφόρα οζίδια στο δέρμα, εξέλκωση ή ρίκνωση ολόκληρου του μαστού

στ) Αλλοιώσεις της θηλής

Από κλινική άποψη 2 είναι οι συνηθισμένες εκδηλώσεις από τη θηλή που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού : η εισολκή της θηλής και η νόσος του Paget. Η εισέχουσα θηλή αρκετές φορές είναι καλοήθης. Όταν όμως οφείλεται σε καρκίνο, η θηλή είναι καθηλωμένη, δεν καθίσταται δυνατή η ανάσπασή της και η προσεκτική εξέταση συνήθως αποκαλύπτει μάζα στο μαστό.

Το 1874, ο Sir Jamer Paget πρώτος περιέγραψε εκζεματοειδή, διαβρωτική νόσους της θηλής. Η νόσος του Paget μοιάζει με δερματίτιδα της θηλής και συνοδεύεται από συμπτώματα, όπως κνησμός, αίσθημα καύσου και νυγμοί στην πάσχουσα περιοχή. Όσον αφορά την εισολκή της θηλής, αποτελεί σύμπτωμα που υποδηλώνει την παρουσία Ca κάτω από τη θηλή ή στη γειτονική της περιοχή. Η έλξη αυτή της θηλής είναι κατ' αρχήν αποτέλεσμα της αντιδραστικής ανάπτυξης συνδετικού γύρω από τη νεοπλασία, στην προσπάθεια του οργανισμού να περιχαρακώσει, να απομακρύνει τον Ca. Σ' ένα δεύτερο χρονικό στάδιο ο συνδετικός αυτός ιστός μεταπίπτει σε ουλώδη ιστό, που σε συνέχεια συρρικνώνεται, με συνέπεια την εισολκή της θηλής.³⁰

ζ) Μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια

Ήδη το 1907 ο Halsted παρατήρησε, ότι διόγκωση των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων μπορεί να είναι και το μόνο σημείο «αφανούς»καρκίνου του μαστού. Λιγότερο πάντως από 1% των περιπτώσεων εκδηλώνεται με αυτόν τον τρόπο.²⁹

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παρά τις απαισιόδοξες σκέψεις και προβληματισμούς που δημιουργεί η παθοφυσιολογία της νόσου, γεγονός παραμένει, τουλάχιστον στατιστικά, ότι η αντιμετώπιση του Ca είναι τόσο πιο αποτελεσματική, όσο αυτός έχει ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια, όσο δηλαδή πιο μικρός είναι, όσο λιγότερο έχει προχωρήσει στα

επιχώρια λεμφογάγγλια, στους γύρω ιστούς, στο δέρμα και φυσικά πριν κάνει μεταστάσεις.⁴¹

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μόνο το 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση. Η κλινική εξέταση του ύποπτου για καρκίνο του μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση.⁵

Η σωστή εξέταση περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την οποία ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση του μαστού και της μασχάλης.

ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Με το ιστορικό παίρνουμε πληροφορίες για την πάθηση που αναφέρει η άρρωστη. Ο αριθμός των πληροφοριών αυτών και η αξία του εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τον εξεταστή και τον τρόπο εξέτασης. Η ηλικία της γυναίκας, το περιβάλλον της, η επαγγελματική της δραστηριότητα, ο κοινωνικός κύκλος, η οικογενειακή της κατάσταση, οι παθήσεις που παρουσίασε στο παρελθόν, οι τυχόν μαστικές συμφορήσεις που έχουν σχέση με την έμμηνο ρύση, η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, μαστοπάθειες που τυχόν πέρασε στο παρελθόν, αποτελούν σημαντικές πληροφορίες.

Ακόμη, θα πληροφορηθούμε για πιθανές εγχειρήσεις που προηγήθηκαν και έχουν σχέση με το μαστό (ωθηκεκτομή, υστερεκτομία κτλ.) και θα αναζητήσουμε την αιτία που ανάγκασε την άρρωστη να επισκεφτεί το γιατρό.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Μετά τη λήψη του ιστορικού της άρρωστης επισκοπούμε τους μαστούς της, συγκρίνοντας αυτούς μεταξύ τους. Η επισκόπηση γίνεται με καθισμένη ή όρθια την άρρωστη ή με το κορμί της να γέρνει προς τα εμπρός και με τους βραχίονες κρεμασμένους στο πλάι ή πάνω από το κεφάλι της. Με την επισκόπηση, που γίνεται κάτω από άπλετο φωτισμό, κατατοπιζόμαστε σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των μαστών (δηλαδή αν είναι μικροί και παρθενοικοί ή μητρικοί και λιπώδεις)

Με την επισκόπηση εξετάζονται :

- **Περίμετρος**

Παρακολουθώντας την από την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή ως εκεί που εξαφανίζεται, στη μέση γραμμή, ανωμαλίες ή διαγνώσεις αποκαλύπτουν τη θέση της βλάβης.

- **Δυσαναλογία**

Οφείλεται σε ανωμαλία της ανάπτυξης. Η διαφορά στο μέγεθος των 2 μαστών μπορεί να είναι περισσότερο αισθητή λόγω μείωσης του μεγέθους του μαστού από ακτινοβολίες ή χειρουργικές επεμβάσεις.

- **Δέρμα**

Εξετάζεται για ανεύρεση ερυθρότητας ή οιδήματος ή ακόμη και διηρυσμένων φλεβών ή αγγειωμάτων, υπερκερατώσεως κτλ.

- **Υποδόριες φλέβες**

Διαγράφονται διευρυμένες από αυξημένη προσαγωγή αίματος, όταν το νεόπλασμα αναπτύσσεται γρήγορα.

- **Ερυθρότητα του δέρματος, οίδημα, εισολκή του δέρματος και της θηλής**

Εξετάζονται επίσης και επισκοπούνται, για τυχόν νεοπλασία.

ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Η αιτία της ψηλάφησης του μαστού είναι ιδιαίτερα σημαντική και προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού πρέπει να έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω :

- Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας **η ακριβής έκταση του αδένα** γιατί λεπτό στρώμα του είναι δυνατό να φτάσει ως την κλείδα ή ως το στέρνο ή ακόμη και ως το έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μυ. Τότε, μικρός όγκος που βρίσκεται μέσα σ' αυτά τα όρια, μπορεί να εκληφθεί ως καλοήθης υποδόρια βλάβη, που δεν έχει σχέση με το μαστικό αδένα, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για Ca.
- **Το μέγεθος του όγκου**, που θα ψηλαφηθεί, εξαρτάται από την ηλικία του και την εξελικτικότητά του. Δεν πρέπει να λησμονηθεί πως ο όγκος που ψηλαφήθηκε είναι ένα περίπου εκατοστό μεγαλύτερος από τον πραγματικό, γιατί μεσολαβεί ο υπόλοιπος μαστικός αδένας.
- **Η σύσταση του όγκου**, δεν είναι πάντα εύκολο να καθορίσει και τη φύση του. Τα περισσότερα καρκινώματα έχουν ξυλώδη σύσταση, αλλά και ένα επασβεστωμένο ιναδένωμα μπορεί να έχει την ίδια σύσταση. Το θηλώδες καρκίνωμα έχει μαλακή

σύσταση. Νέκρωση ή αιμορραγική τήξη στο κέντρο του καρκινωματώδους όγκου δυνατό να προσδώσουν σ' αυτόν κυστική σύσταση.

- **Ο βαθμός κινητικότητας** του όγκου, ίσως αποτελεί το καλύτερο διαγνωστικό σημάδι στον καθορισμό της φύσης του. Τα καρκινώματα, λόγω της διηθητικής τους τάσης, είναι καθηλωμένα.
- **Ο ακριβής καθορισμός της θέσης** του όγκου στο μαστό έχει διαγνωστική αξία, γιατί ανάλογα με αυτή μεταβάλλεται και το ποσοστό διήθησης των έσω μαστικών λεμφαδένων, που τόση σημασία έχουν στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού. Η διαίρεση του μαστού σε τμήματα διευκολύνει στον καθορισμό της φύσης του όγκου.

Έτσι, σε συχνότητα 55% περίπου, ο Ca προτιμάει το άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού. Δεύτερη θέση έχει η κεντρική μοίρα του και τρίτη το άνω και προς τα μέσα τεταρτημόριό του.

Η ψηλάφηση του μαστού αρχίζει με την ψηλάφηση της υπερκλειδιάς χώρας, ύστερα της μασχάλης και τελευταία του ίδιου του μαστικού αδένου.

Ψηλάφηση της υπερκλειδιάς χώρας

Οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες βρίσκονται στη συμβολή της έσω σφαγίτιδας με την υποκλειδία φλέβα και γίνονται ψηλαφητοί, όταν αποκτήσουν ικανό μέγεθος, στο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδή μυ.

Από τη στιγμή που αυτοί θα γίνουν ψηλαφητοί, εκείνοι που βρίσκονται στο κέντρο, έχουν κιάλας προσβληθεί. Γι' αυτό και η πρόγνωση διαγράφεται κακή και η θεραπευτική αγωγή επηρεάζεται, διότι πρέπει να επιδιώκεται μάλλον με ακτινοβολίες και χημειοθεραπεία, παρά με ριζική χειρουργική επέμβαση.

Ψηλάφηση της μασχάλης

Με την ψηλάφηση της μασχάλης δεν καθορίζουμε μόνο τον αριθμό, αλλά και τη σύσταση και την κινητικότητα των λεμφαδένων, πρέπει να γίνει επισκόπηση της άκρας χειρός, του βραχίονα και ιδιαίτερα των πλευρών για την ανακάλυψη κωλύματος στη φλεβική ή στη λεμφική κυκλοφορία. Διευρυσμένες φλέβες στην ράχη του χεριού ή οίδημα στο βραχίονα αποδεικνύουν την ύπαρξη τέτοιου κωλύματος.

Ψηλάφηση του μαστικού αδένα

Η φυσιολογική υφή του μαστού κάνει αυτόν να εμφανίζεται οζώδης στην ψηλάφηση και σε ορισμένες περιπτώσεις φυσιολογικών μεταβολών, τα οζίδια αυτά εμφανίζονται πιο διογκωμένα. Η ταυτόχρονη ψηλάφηση των μαστών, βοηθάει στην ακριβέστερη ανακάλυψη αλλοιώσής τους.

Τα συμπεράσματα του κλινικού ελέγχου παραμένουν πάντοτε βασικά. Γι' αυτό πρέπει ο εξεταστής σ' αυτόν να στρέφει το ενδιαφέρον του. Έτσι, δεν θα αντικατασταθεί ο κλινικός έλεγχος από τον ιστολογικό που τείνει να τον εκτοπίσει.⁵

2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στον εργαστηριακό έλεγχο, για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές, σπινθηρογραφικές κλπ.

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων σε όλους τους ασθενείς πρέπει να γίνεται ο συνηθισμένος γενικός αιματολογικός έλεγχος και μέτρηση της Τ.Κ.Ε. Η τελευταία, μολονότι ποτέ αλάνθαστη από μόνη της, αποτελεί συνήθως ευαίσθητο δείκτη, τόσο για την πρόγνωση, όσο και για την πορεία της νόσου.⁴² Επίσης, γίνονται και άλλες βιοχημικές εξετάσεις για να ελεγχθεί η λειτουργία άλλων οργάνων και να βρεθούν τυχόν μεταστάσεις.²⁹ Με τις εξετάσεις αυτές, κρίνεται έμμεσα η πληρότητα της υγείας του ατόμου, π.χ. ύπαρξη αναιμίας και θρομβοπενίας είναι δυνατό να προκαλείται από τοξική επίδραση και κατάληψη του μυελού των οστών από τη νόσο. Ο έλεγχος των τρανσαμινάσεων, της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης είναι επίσης απαραίτητος.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ – ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ

Παλαιότερα, δεν υπήρχαν παθογνωμικοί βιολογικοί δείκτες, δηλαδή ουσίες που ανιχνευόμενες να προδίδουν την ύπαρξη καρκίνου του μαστού, πριν γίνει κλινικά αντιληπτός. Ορισμένες όμως, ουσίες, όπως το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η φερριτίνη και άλλες ουσίες του ορού, διάφορα ανοσολογικά σύμπλοκα, η υδροξυπρολίνη των ούρων, οι υποδοχείς οιστρογόνων, ή συνθέστερα ο συνδυασμός τους, αποτελούσαν αρκετά αξιόπιστους προγνωστικούς παράγοντες.⁴² Από τότε μέχρι σήμερα, παρατηρήθηκε πως στον ορό του αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν

βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση, όταν συγκριθούν με τα ίδια προϊόντα υγιών ατόμων. Τα βιολογικά αυτά μόρια ονομάστηκαν βιολογικοί δείκτες.

Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, μας ενδιαφέρουν 2 : το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και «ογκοαναπτυξιακοί δείκτες». Οι φυσιολογικές τιμές του CEA είναι 2-5mg/ml. Πάνω από 5mg/ml είναι ενδεικτικές μεταστατικής νόσου του μαστού. Επομένως, το CEA μας βοηθάει τόσο στη διάγνωση, όσο και στη σταδιοποίηση του καρκίνου, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπών ή μεταστάσεων.⁵

Επίσης, ο προσδιορισμός των οιστρογονικών υποδοχέων αποτελεί πλέον αναπόσπαστο τμήμα της ιατρικής πρακτικής στον καρκίνο του μαστού, διότι έχει αποδειχθεί ότι τα καρκινώματα που έχουν υποδοχείς και μάλιστα σε υψηλά επίπεδα, έχουν καλύτερη πρόγνωση και καλύτερη ανταπόκριση στην ενδοκρινική αντιμετώπιση. Τους ορμονικούς υποδοχείς, τους προσδιορίζουμε είτε στην πρωτοπαθή εστία του Ca, είτε στις μεταστάσεις που προκάλεσε, ενώ η παρουσία τους δείχνει ορμονοεξαρτώμενο Ca. Εκτός, από την αξία του σαν προγνωστικού δείκτη, ο προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων βοηθάει στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Όγκοι με χαμηλή περιεκτικότητα σε υποδοχείς είναι συνήθως πιο ευαίσθητοι σε χημειοθεραπεία και λιγότερο σε κάποιο ορμονικό χειρισμό.⁴³

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας.³⁹ Η μαστογραφία είναι η κυριότερη σήμερα διαγνωστική μέθοδος, η οποία μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά όχι μόνο στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, αλλά και όλων των άλλων καλοσηθών παθήσεων. Ο σκοπός μας με τη μαστογραφία είναι να αποδοθεί η μορφολογία, η θέση και η έκταση της βλάβης, πράγμα που είναι απόλυτα συνδεδεμένο με την επιλογή της θεραπείας, αλλά και με τον καθορισμό της πρόγνωσης της νόσου.⁴⁴

• Τεχνική

Στηρίζεται στη διαφορετική διαπερατότητα από τις ακτίνες των φυσιολογικών ή παθολογικών ανατομικών στοιχείων του μαστού. Οι μαστογράφοι παράγουν ειδικής

ποιότητας ακτινοβολία και με τη βοήθεια ειδικών ακτινογραφικών πλακών απεικονίζουν με λεπτομέρειες τα διάφορα στοιχεία των μαστών, όπως το δέρμα, το λίπος, τους πόρους, συνδετικό ιστό ή και πρόσθετα παθολογικά στοιχεία, όπως οι αποπιτανώσεις.⁴¹ Η λήψη των μαστογραφημάτων γίνεται με τη βοήθεια ειδικών επιμηκυσμένων πιεστικών κώνων, που το άνοιγμά τους έχει σχήμα νεφρού, για να προσαρμόζονται καλύτερα στην κυρτότητα του θωρακικού τοιχώματος.⁵

• Ενδείξεις και περιορισμοί μαστογραφίας

Κύριος σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοήθων και κακοήθων επεξεργασιών του μαστού, κυρίως όμως είναι η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίδουν κανένα υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Αναλυτικότερα, η μαστογραφία ενδείκνυται :

- Στον προληπτικό έλεγχο. Μαστογραφικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε κάθε γυναίκα ηλικίας 35-40 ετών. Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος, η μαστογραφία μπορεί να επανεκτελείται σε 2-3 εξάμηνα μέχρι την ηλικία των 50 ετών. Μετά από αυτή την ηλικία πρέπει να επανεκτελείται κάθε χρόνο.
- Σε υγιείς γυναίκες, που έχουν οικογενειακό αναμνηστικό βεβαρημένο με Ca και πάσχουν από καρκινοφοβία.
- Σε κλινικά διαπιστωμένο Ca, όπου δίνει πληροφορίες για την ορθότητα της κλινικής διάγνωσης, την κατάσταση του πάσχοντος, αλλά και του άλλου μαστού, το μέγεθος του Ca, τη μορφή και το βαθμό επέκτασης στους γύρω ιστούς και το δέρμα, το αποτέλεσμα της θεραπείας σε ανεγχείρητο Ca.
- Σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία Ca, ο αμφοτερόπλευρος έλεγχος βοηθάει στην ανίχνευση καρκίνου του μαστού, αφού πάντοτε στο μαστογραφικό έλεγχο γίνεται συγκριτική μελέτη και των 2 μαστών.⁴¹
- Μεγάλοι, πυκνοί και συμπαγείς μαστοί δεν επιτρέπουν την ικανοποιητική ψηλάφηση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η μαστογραφία αποτελεί την κύρια διαγνωστική μέθοδο.
- Εάν υπάρχουν στο μαστό ένας ή περισσότεροι όζοι όπου επιβάλλεται η βιοψία, η μαστογραφία καθορίζει το ακριβές σημείο όπου θα πρέπει να γίνει.
- Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, εάν παραδεχτούμε αυτή αποτελεί έδαφος, πάνω στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί Ca ευκολότερα. Μια τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο.

- Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη του όγκου.
- Τέλος ο ρόλος της μαστογραφίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την παρακολούθηση των γυναικών με μαστεκτομή, για τη διάγνωση καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του εναπομείναντα μαστού. Από μελέτη που έγινε κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων ετών στο τμήμα της Μαστογραφίας του Νοσοκομείου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Αθηνών προέκυψε πως ποσοστό 84,6% των γυναικών που προσήλθαν στο Νοσοκομείο δεν παρουσίασε ιδιαίτερα μαστογραφικά ευρήματα, ενώ από 15,4% με ύποπτα ευρήματα αποδείχθη τελικώς ότι το 7,7% έπασχε από Ca στον εναπομείναντα μαστό.⁴⁴

Διαγνωστικές δυσχέρειες παρατηρούνται στον ακτινολογικό έλεγχο των μικρών και δυσπλαστικών μαστών. Η εικόνα του μαστού σε μια μαστογραφία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και βασικά από τη σύσταση των μαστών. Οι ακραίες φυσιολογικές καταστάσεις είναι από τη μια μεριά οι μαστοί με έντονη υπερπλασία των αδενικών στοιχείων, όπως σε νέα άτομα και από την άλλη η υποστροφή των αδενικών στοιχείων και αντικατάστασή τους από λίπος, όπως συμβαίνει σε ηλικιωμένα άτομα. Είναι φανερό ότι δύσκολα κανείς διαπιστώνει την ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων στον πρώτο τύπο και πολύ πιο εύκολα στο δεύτερο.⁴¹

• Ακτινολογικά σημεία

Η ακτινολογική εικόνα του καρκίνου του μαστού τις περισσότερες φορές είναι χαρακτηριστική, με παθολογικά σημεία, που επιτρέπουν την τελική διάγνωση.

Το κύριο χαρακτηριστικό εύρημα στον Ca είναι η συμπαγής μάζα. Η καρκινική αυτή μάζα τις περισσότερες φορές παρουσιάζει ανώμαλη οριακή απεικόνιση, η οποία οφείλεται στην ανάπτυξη ινωδών προσεκβολών διαφόρου εκτάσεως. Υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου του μαστού με ομαλή και σαφή παρυφή, όπως ο μυελώδης ή το σάρκωμα. Επίσης, με τη μαστογραφία απεικονίζονται:

- Το μέγεθος της νεοπλασματικής μάζας. Αυτό είναι αρκετά μικρότερο από αυτό που ψηλαφάται κατά την κλινική εξέταση, γιατί το μέγεθός της επηρεάζεται από το οίδημα και την ίνωση γύρω από την καρκινική μάζα, αλλά και από την αντίστοιχη πάχυνση του δέρματος.

- Αποτιτανώσεις, οι οποίες ενδέχεται να είναι μικρές και ασαφείς, ώστε να μπορούν να διαφύγουν της προσοχής του ακτινοδιαγνωστικού. Σε ένα σημαντικό ποσοστό (30-40%) η καρκινική μάζα συνοδεύεται από την ύπαρξη πολλαπλών στικτών συρρευσών μικροαποτιτανώσεων, οι οποίες οφείλονται σε εναποθέσεις Ca σε νεκρωμένες περιοχές καρκινικών κυττάρων. Παρατηρούνται συνήθως στο Ca των γαλακτοφόρων πόρων, αλλά και σε άλλους τύπους καρκίνου.
- Η πάχυνση και η εισολκή. Η πάχυνση αυτή μπορεί να είναι εντοπισμένη ή καθολική.
- Η εισολκή της θηλής.⁴⁴

• Κίνδυνοι από τη μαστογραφία

Οπωσδήποτε, ο μαστός είναι όργανο ευαίσθητο στην ακτινοβολία. Μελέτες που έγιναν σε γυναίκες που είχαν εκτεθεί σε σημαντικές δόσεις ακτινοβολίας όπως σε πολλές και παρατεταμένες ακτινοσκοπήσεις στη διάρκεια θεραπείας για φυματίωση, ή σε ακτινοβολία των μαστών για θεραπεία αποστημάτων, έδειξαν αυξημένη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η ανάπτυξη του Ca σε τέτοια άτομα είχε ένα λανθάνοντα χρόνο 10 ετών, με διαφορές ανάλογα με τη δόση.

Η δόση ακτινοβολίας που παίρνει ο μαστός σε μια μαστογραφία, έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2-0,3r στο δέρμα, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική επίδραση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή επαναλαμβανόμενες μαστογραφίες έχει αποτελέσει τελευταία πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλη αβεβαιότητα στο γιατρό. Σε γενικές γραμμές, ενώ όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει καρκίνο του μαστού, εντούτοις ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την πρόοδο της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις, υπάρχει στις ηλικίες από 9-19, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία. Ο κίνδυνος από μια μόνο μαστογραφία είναι αδύνατο να υπολογισθεί, αλλά κατά πάσα πιθανότητα είναι πρακτικά ανύπαρκτος, ακόμα και σε γυναίκες μικρότερες από 30 χρονών, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται η μαστογραφία χαμηλής δόσεως.⁴²

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η θερμογραφία είναι η μέθοδος «φωτογραφικής απεικόνισης», της υπέρυθρης ακτινοβολίας.

• **Τεχνική**

Η χρήση της στη διάγνωση παθήσεων του μαστού στηρίζεται στις παρατηρήσεις του Layson, που απέδειξε ότι η θερμοκρασία του δέρματος πάνω από έναν καρκίνο του μαστού είναι ψηλότερη από το γύρω δέρμα και ότι το φλεβικό αίμα ενός Ca είναι πιο θερμό από το αρτηριακό.

• **Ευρήματα θερμογραφίας**

Θερμογραφικά, οι μαστοί κατατάσσονται σε 3 βασικούς τύπους :

1^{ος} είναι ο τύπος του ψυχρού μαστού, με σχεδόν πλήρη έλλειψη σκιαγράφησης υποδόριων φλεβών.

2^{ος} ο τύπος του μαστού με κάποια αγγειοβρίθεια. Βασικά, είναι ψυχροί μαστοί, διαγράφονται όμως συμμετρικά φλεβικοί κλάδοι, που αφορούν τη στερνική περιοχή του μαστού.

3^{ος} ο τύπος του θερμού μαστού, που δείχνει ένα αμφοτερόπλευρο πλούσιο δίκτυο υποδόριων αγγείων, που αναστομώνονται μεταξύ τους. Τα ενδεικτικά στοιχεία ύπαρξης κακοήθειας είναι :

1. Εμφανής αναρχική υπεραγγείωση στον ένα μαστό.
2. Θερμό σημείο, με διαφορά θερμοκρασίας 3° C και περισσότερο,
3. Υπερθερμία ολόκληρου του μαστού 2° C και περισσότερο.
4. Εκτεταμένη ακαμψία του περιγράμματος του μαστού με παραμόρφωση.

Ωστόσο, η θερμογραφία δεν χρησιμοποιείται ευρέως, διότι παρουσιάζει ορισμένα μειονεκτήματα. Αυτά είναι :

- α. Χαμηλού βαθμού δραστηριότητας Ca, δεν είναι πάντοτε θερμοί. Οι σκίρροι είναι Ca είναι συνήθως ψυχροί.
- β. Σε αμφοτερόπλευρο Ca, ενδέχεται να φανούν στοιχεία στους 2 μαστούς, χωρίς αξιολογήσιμη διαφορά θερμοκρασίας.
- γ. Θερμογραφικά στοιχεία Ca μπορούν να δοθούν από καλοήθεις παθήσεις.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Ξηρογραφία είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ακτινολογική πλάκα αντικαθίσταται με φορτισμένη με στατικό ηλεκτρισμό, πλάκα σεληνίου, που με ειδική επεξεργασία μας δίνει το τελικό αποτέλεσμα σε χαρτί. Οι διαφορές που παρουσιάζει από την μαστογραφία είναι οι εξής :

- α. Η ακτινολογική εικόνα πάνω σε χαρτί και η ανάγνωσή της ευκολότερη.
- β. Οι μικροεπασβεστώσεις απεικονίζονται καλύτερα στην ξηρογραφία και μάλιστα μικρότερου μεγέθους.
- γ. Είναι η πιο σύντομη μέθοδος και ανώτερη σε διαγνωστική ακρίβεια παθήσεων του μαστού, από τη μαστογραφία, κατά 5% περίπου.⁴¹

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Η διαγνωστική αυτή μέθοδος βασίζεται στους υπερήχους, δηλαδή σε ηχητικά κύματα που έχουν την ικανότητα να εισχωρούν στους ιστούς με σταθερή ταχύτητα και να αντανακλώνται σε κάθε επιφάνεια, που χωρίζει 2 διαφορετικούς ιστούς..

• Ενδείξεις

Θα συστήσουμε υπερηχογράφηση των μαστών :

- α. Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1 εκατοστό.
- β. Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από καλοήγη επεξεργασία στο μαστό.
- γ. Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών συμπληρώνει τη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζονται σ' αυτή.
- δ. Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και Ca, σε περίπτωση που το δέρμα έχει παχυνθεί.⁵

ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η αξονική τομογραφία μπορεί να ανακαλύψει καρκινική επεξεργασία, τόσο μικρής διαμέτρου που δεν μπορεί να την ανακαλύψει η μαστογραφία. Ο συνδυασμός της με τη μαστογραφία έχει επιτυχία 100%. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχαλαίων, όσο και των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων, καθώς και των εν τω βάθει μαστικών και οπισθομαστικών ιστών.

Η διαγνωστική αυτή μέθοδος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος διαλογής σε προσυμπτωματικό έλεγχο εξαιτίας της υψηλής δόσης ακτινοβολίας (15 φορές μεγαλύτερη της μαστογραφίας), στην οποία εκθέτει το μαστό. Άλλα μειονεκτήματα είναι η αδυναμία της να αποκαλύψει μικροεπασβεστώσεις, η ταυτόχρονη ακτινοβόληση τμημάτων του θώρακα, το υψηλό κόστος και το μεγάλο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εκτέλεσή της.³⁰

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη καρκίνου του μαστού, όσο και μεταστάσεων στο ήπαρ και τα οστά. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν τελευταία αποδείχθηκε η διαγνωστική αξία του σπινθηρογραφήματος του ήπατος σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η αναγνώριση των ηπατικών μεταστάσεων πριν την αντιμετώπιση της πρωτοπαθούς εστίας βοηθάει όχι μόνο την αποφυγή μη απαραίτητων ριζικών επεμβάσεων στην πρωτοπαθή εστία, αλλά κάνει πιο αξιόπιστη την παρακολούθηση των αρρώστων με διάφορες καλοήθεις νεοπλασίες.⁴⁵

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ενδιαφέρον παρουσίασε η αποφολιδωτική κυτταρολογία τόσο του εκκρίματος του μαστού, όσο και του υγρού που περιέχεται στις κύστες του. Η μελέτη των επιχρισμάτων επιτρέπει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, όχι πάντοτε με επιτυχία. Οι μεταβολές του πυρήνα του κυττάρου (αύξηση μεγέθους, υπερχρωμία, ανώμαλη κατανομή χρωματίνης σε σωρούς) και το ακανόνιστο σχήμα των κυττάρων, οι αθροίσεις του και η απώλεια της ατομικότητάς τους, είναι κριτήρια κακοήθειας. Ωστόσο, τα επιχρίσματα του μαστού μπορούν να δώσουν ψεύτικα θετικά (2%) ή αρνητικά (16%) αποτελέσματα, με συνέπεια διαγνωστικά και θεραπευτικά σφάλματα.

ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Είναι ο ακτινογραφικός έλεγχος, η διαφανοσκόπηση, η φλεβογραφία, η γαλακτοφορογραφία κ.α.²⁹

2.3 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό διενεργείται, αφού εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. Διαγνωστικά, εκτελούνται οι παρακάτω επεμβάσεις στον καρκίνο του μαστού :

ΙΣΤΟΛΗΨΙΑ

Υπάρχουν 2 τεχνικές για τη βιοψία με βελόνη και η χειρουργική ή «ανοιχτή» βιοψία. Η πρώτη γίνεται με τοπική αναισθησία και επιτρέπει τη συλλογή υλικού από οποιοδήποτε σημείο του μαστού, αρκεί ο όγκος να έχει διάμετρο μεγαλύτερη των 2 εκατοστών και να είναι αρκετά επιφανειακός. Η χειρουργική βιοψία γίνεται με τοπική

ή γενική αναισθησία και μπορεί να αφορά τμήμα του όγκου ή την καθολική εξαίρεσή του. Δυνατό η βιοψία να είναι ταχεία ή ο έλεγχος να γίνει με έγκλειστα σε παραφίνη, γιατί μερικοί ιστολογικοί τύποι Ca δεν μπορούν να διαγνωσθούν με ταχεία βιοψία.

ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ

Διενεργείται με τοπική αναισθησία και με βελόνα παρακέντησης. Η βελόνα εισάγεται μέσα στη μάζα του όγκου και γίνεται εισρόφηση του περιεχομένου της και ύστερα επίστρωσή του σε αντικειμενοφόρο πλάκα, μονιμοποίηση και χρώση του. Αντί για βελόνα επινοήθηκε η χρησιμοποίηση trocart. Μειονεκτήματα της μεθόδου είναι οι ελάχιστες πληροφορίες που παίρνουμε για τη γενική αρχιτεκτονική της βλάβης και πιθανότητα διαφυγής μικρής καρκινικής βλάβης.

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

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

Αν αφαιρεθεί όλη η ποσότητα του υγρού, η κύστη εξαφανίζεται και αν η μαστογραφία που θα ακολουθήσει δεν αποδείξει την ύπαρξη σκιάς και η επανεξέτασή της δεν διαπιστώνει την εμφάνιση της κύστης, τότε αποκλείεται η ύπαρξη Ca.³⁰

2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά τη λήψη ιστορικού. Κατά τη συνέντευξη, η νοσηλεύτρια παρατηρεί τη φυσική κατάσταση του ασθενούς, όπως την αναπνοή, την ύπαρξη οιδήματος ή άλλα ορατά σημεία, τα οποία δίνουν το ερέθισμα για να δοθεί έμφαση σε ορισμένες ερωτήσεις. Τα κυριότερα σημεία στα οποία εστιάζεται η νοσηλεύτρια προκειμένου να εκμαιεύσει πληροφορίες, είναι τα εξής :

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ

Η ασθενής πρέπει να περιγράψει γιατί ήρθε στο νοσοκομείο. Μολονότι η νοσηλεύτρια γνωρίζει από πριν την αιτία, είναι σημαντικό να μάθει πως η ασθενής έχει εκτιμήσει τους λόγους της εισαγωγής της. Για το σκοπό αυτό η νοσηλεύτρια υποβάλλει ερωτήσεις που αφορούν το πρωταρχικό ενόχλημα της ασθενούς, τον τρόπο με τον οποίο αναγνώρισε το πρόβλημα, την ύπαρξη πόνου ή φλεγμονής / οιδήματος, τη διάρκεια των συμπτωμάτων αυτών, καθώς και διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες τυχόν είχε υποβληθεί ως εξωτερική ασθενής προκειμένου να μάθει την αιτία των συμπτωμάτων.

ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της, ότι κάθε ασθενής έχει τις δικές τις προσδοκίες από την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο και ότι αυτές σχετίζονται με προηγούμενες εισαγωγές και τα αποτελέσματά τους. Επιδιώκει επομένως να μάθει τι είδους πληροφορίες έχει συγκεντρώσει η ασθενής τόσο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τις γνώσεις της σχετικά με το είδος της ασθένειας.

ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Αν η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο με σκοπό να επιβληθεί στον καρκίνο της ή αν βρίσκεται εκεί για να εκδηλώσει το φόβο της ανακάλυψής του, είναι στοιχεία με τα οποία μπορούμε να μελετήσουμε κατά πόσον η ασθενής γνωρίζει και καταλαβαίνει τη σημασία της ύπαρξης και της προσοχής που δίνεται στον καρκίνο από τα περιοδικά, τις εφημερίδες, την τηλεόραση, η ασθενής μπορεί να είναι καλά πληροφορημένη ή να βρίσκεται σε σύγχυση σχετικά με το τι είναι ο καρκίνος του μαστού και με την πρόγνωσή του.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Με αυτό το μέρος της συνέντευξης η νοσηλεύτρια μαθαίνει για το κοινωνικό υπόβαθρο της ασθενούς. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα φανούν χρήσιμες και θα χρησιμοποιηθούν για τη βοήθεια της ασθενούς κατά τη διάρκεια της περιόδου διάγνωσης και αν ενδείκνυται από τη διάγνωση, στις μετέπειτα αποφάσεις της ασθενούς όσον αφορά στην εκλογή της θεραπείας, στην αποδοχή της διάγνωσης και στην αντιμετώπιση της οικογένειας, των φίλων και των άλλων. Η οικογενειακή

κατάσταση της ασθενούς, εάν δηλαδή είναι ανύπαντρη, παντρεμένη, χήρα, διαζευγμένη ή βρίσκεται σε διάσταση, η ύπαρξη ή όχι παιδιών, οι τρόποι αντιμετώπισης του άγχους, το επάγγελμά της, τα κυριότερα ενδιαφέροντά της συμπεριλαμβάνονται στο κοινωνικό ιστορικό.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό και η καταγραφή προηγούμενης εισαγωγής και παραμονής στο νοσοκομείο χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ιατρικό ιστορικό λαμβάνεται με τη μορφή ερωτήσεων, χωριστά για κάθε σύστημα του σώματος, περιλαμβάνοντας και τα αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, Κ.Ν.Σ., ενδοκρινικό, γεννητικό, πεπτικό καθώς και τα όργανα των αισθήσεων. Η νοσηλεύτρια υποβάλλει συγκεκριμένες ερωτήσεις για κάθε σύστημα. Ίσως αρχίσει η ασθενής να καταπιέζεται από τις ερωτήσεις και να αρνηθεί να δώσει ακριβείς απαντήσεις. Στο σημείο αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι προσεκτική στον τρόπο με τον οποίο θα διατυπώσει τις ερωτήσεις. Λιγότερη μονοτονία και περισσότερες ερωτήσεις διατυπωμένες με διάφορες μορφές θα αποδώσουν, με τελικό αποτέλεσμα να αποσπάσει πιο ακριβείς πληροφορίες.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η νοσηλεύτρια οφείλει να ανακαλύψει τις συνήθειες διατροφικές συνήθειες, ιδιαίτερες προτιμήσεις ή αποστροφές πρέπει να καταγράφονται για τη μετέπειτα αναφορά στο σχεδιασμό παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ανορεξίας από τη θεραπεία, όπως συμβαίνει στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία. Συνεπώς, υποβάλλει ερωτήσεις σχετικά με το αν ακολουθείται κάποια ειδική διαίτα, ποιες τροφές επιτρέπονται και ποιες αποφεύγονται στη διαίτα αυτή, το ενδεχόμενο η διαίτα αυτή να επιβάλλεται λόγω ασθένειας κλπ.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τη γνώμη των συνηθειών της ασθενούς, τα όρια εξάντλησης, τις προτιμήσεις της, τις διακρινόμενες ανάγκες για απασχόληση και επικοινωνία. Βοηθητικά μηχανήματα που μπορεί να έχει ανάγκη η ασθενής για την ακοή, την όραση και τη βάδιση, καταγράφονται από τη νοσηλεύτρια και χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, σε περίπτωση που η ασθενής φοράει γυαλιά, έχει οδοντοστοιχίες ή

ακουστικά, εξοικονομεί προστατευτικά μέτρα για τις ανάγκες της ασθενούς για ασφάλεια, επικοινωνία και προσαρμογή στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Ο Ca είναι ασθένεια που αντιμετωπίζεται δύσκολα, εξαιτίας της αμφίβολης πρόγνωσης της. Η νοσηλεύτρια υποβάλλει ερωτήσεις, με ανώτερο σκοπό να ανακαλύψει τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, τους οποίους διαθέτει η ασθενής. Παράλληλα, διερευνά εάν χρησιμοποιεί ηρεμιστικά ή οιοπνευματώδη, σε τι ποσότητα και πόσο συχνά, καθώς και αν έχει επισκεφτεί ποτέ ψυχίατρο ή ανήκει σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης και γιατί.¹⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι' αυτό, δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μηνύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με τη διάγνωση του Ca. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχό της, με τα εξής :

- α. Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβληθεί.
- β. Εξηγώντας για ποιο σκοπό γίνεται η εξέταση.
- γ. Ενημερώνοντάς την για τον τρόπο διενέργειας της εξέτασης και το χρόνο διάρκειάς της.

Μετά την ολοκλήρωση του ιστορικού, των προκαταρκτικών εξετάσεων και της φυσικής εξέτασης, παραγγέλλονται σχεδόν πάντα περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις. Πολλές από αυτές απαιτούν τη γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς, η οποία επιπρόσθετα πρέπει να γνωρίζει :

- δ. Ποιες οι πιθανές επιπλοκές.
- ε. Αν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις.

Παρακάτω αναφέρεται η νοσηλευτική φροντίδα για κάθε διαγνωστική μέθοδο:

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

- Σκοποί νοσηλευτικής παρέμβασης
 - α. Ενημέρωση και κατατόπιση της ασθενούς προς αποφυγή άγχους.
 - β. Ψυχολογική – σωματική προετοιμασία.

γ. Αναχαίτιση επιβαρυντικών παραγόντων για την πορεία της εξέτασης (πόνος, αφυδάτωση, σακχαρώδης διαβήτης κτλ.).

- **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Η νοσηλεύτρια :

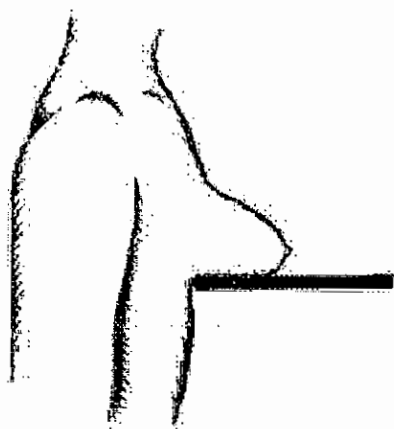
α. Σε έντονο άλγος και στην εμφάνιση έντονου άγχους, χορηγεί αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά, κατόπιν ιατρικής εντολής.

β. Εκτιμά τη σωματική κατάσταση της ασθενούς. Σε περίπτωση αναπηρίας η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση.

γ. Φροντίζει για την ενυδάτωση της ασθενούς, σε περίπτωση αφυδάτωσης, με τη χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων, με βάση ιατρικές οδηγίες.

δ. Βοηθάει στην σωστή τοποθέτηση του μαστού της ασθενούς στο μαστογράφο. Πιο ειδικά :

- **Κρανιοσυριαία προβολή**

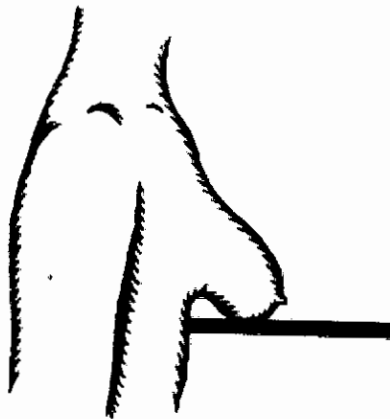


Εικόνα 6α. Τοποθέτηση του μαστού στο μαστογράφο στην κραιο-συριαία προβολή.

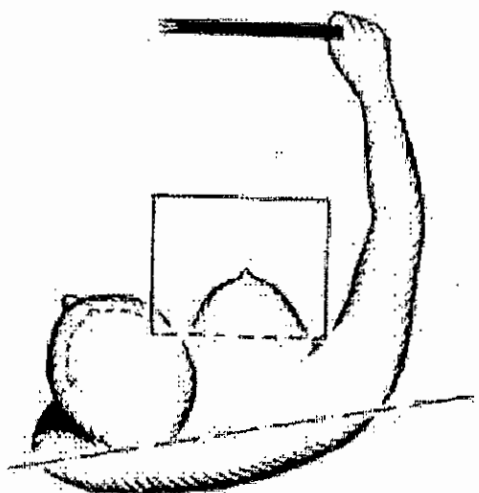
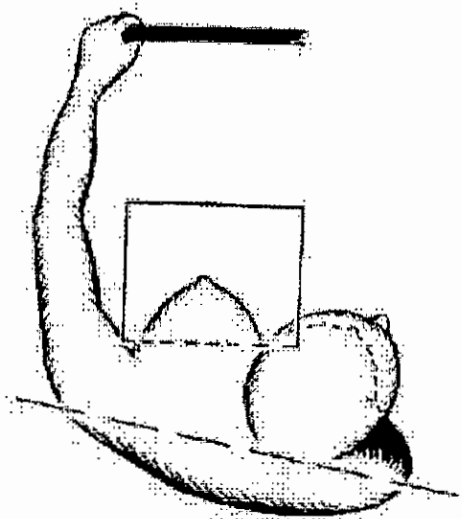


Εικόνα 6β. Κρανιο-ουραία προοβολή.

- α. Υποδεικνύει στην ασθενή να τοποθετήσει το μαστό στη βάση του μαστογράφου, κατά τρόπο ώστε να βρίσκεται συμμετρικά προς τη μέση του φιλμ. Επίσης, να στρέψει τον κορμό της ελαφρά προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, και το κεφάλι της προς την αντίθετη πλευρά.
- β. Να γύρει ελαφρά τον κορμό της προς το μέρος του μηχανήματος και πιάνοντας με το σύστοιχο προς το μαστό που θα εξεταστεί χέρι το βοηθητικό βραχίονα, να σπρώξει το κορμί της προς την πλευρά του μηχανήματος.
- γ. Φροντίζει η νοσηλεύτρια, ώστε η ασθενής να μη γέρνει προς τα πίσω, προκειμένου να ελαττωθεί ο βαθμός έκθεσής της στην ακτινοβολία και τα αποτελέσματα της μαστογραφίας να είναι το καλύτερο δυνατό.



Εικόνα 7α. Κακή τοποθέτηση μαστού στη βάση του μαστογράφου.



Εικόνα 7β. Στη θέση αυτή, ο κορμός της ασθενούς είναι ελαφρά στραμμένος προς την πλευρά του μαστού που εξετάζεται, ενώ το κεφάλι προς την αντίθετη

- *Ουραιο-κρανιακή προβολή*
 - α. Φροντίζει ώστε να τοποθετηθεί ο μαστός πάνω στην κατώτερη επιφάνεια του κώνου.
- *Μεσο-πλάγια προβολή*
- *Πλάγια-μέση προβολή*

- **Μασχालιαία προβολή**

Σ' όλες τις προβολές, κύρια μέριμνα της νοσηλεύτριας είναι να επιτευχθεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμπίεση, για τους λόγους που ήδη αναφέρθηκαν.

Προστασία του προσωπικού από την ακτινοβολία

Κατά τη διάρκεια της μαστογραφίας, η νοσηλεύτρια και ο τεχνικός πρέπει να είναι βέβαιοι ότι προστατεύονται. Γι' αυτό το σκοπό οι εναλλακτικές λύσεις είναι :

- α. Η νοσηλεύτρια να πάρει θέση σε απόσταση τουλάχιστον 1 μέτρου από την ασθενή.
- β. Να φορέσει προστατευτική ποδιά από μόλυβδο πάχους 0,25mm.
- γ. Να παραμένει πίσω από την προστατευτική πόρτα, η οποία είναι προσαρμοσμένη πάνω στο μηχάνημα.

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η νοσηλεύτρια, αφού εφαρμόσει τη νοσηλευτική παρατήρηση και φροντίδα από προηγούμενη ημέρα (όπως και στη μαστογραφία), φέρνει την ασθενή στο εξεταστήριο, απελευθερώνει το σώμα από οποιοδήποτε ρούχο από τη μέση και πάνω και την αφήνει στο δωμάτιο, θερμοκρασίας 18-21° C, για 3-15'. Τα χέρια της ασθενούς τοποθετούνται στην απαγωγή, ώστε να μην έρχονται σε επαφή με το σώμα.

Επίσης, η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει :

- α. Την θερμοκρασία του περιβάλλοντος.
- β. Τη σωστή τοποθέτηση της ασθενούς.
- γ. Τη σαφήνεια της εικόνας.
- δ. Την αντίθεση των σκιάσεων.

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ

Η νοσηλεύτρια, για να προετοιμάσει την ασθενή για τη συγκεκριμένη εξέταση:

- α. Ελέγχει την κατάσταση του μαστού, στον οποίο θα γίνει η εξέταση. Αν υπάρχουν έντονα δερματικά προβλήματα ή μικροεξελκώσεις, η εξέταση αναβάλλεται.
- β. Γνωρίζει πως η παχυσαρκία επηρεάζει αρνητικά τη διεκπεραίωση της εξέτασης.
- γ. Πληροφορεί την ασθενή πως πριν από την εξέταση πρέπει να ουρήσει.
- δ. Πληροφορεί ότι ο εξεταστής θα επαλείψει την περιοχή του μαστού με ειδικό λάδι, το οποίο θα επιτρέψει την καλύτερη επαφή του πομπού με το δέρμα.
- ε. Την καθησυχάζει πως η εξέταση δεν είναι δυσάρεστη και διαρκεί 30-60'.

ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

- **Προετοιμασία**

Η νοσηλεύτρια, κατά την προετοιμασία της εξέτασης :

- Ενημερώνει την ασθενή πως θα διαρκέσει 45-60'.
- Διερευνά για τυχόν αλλεργίες που παρουσιάζει η άρρωστη σε λήψη J₂.
- Σε περίπτωση που παραγγελθεί η έγχυση ιωδιούχων σκευασμάτων ενδοφλεβίως, αυτή γίνεται αργά.

- **Μετά την εξέταση**

- Παρακολουθεί το σημείο ενδοφλέβιας έγχυσης των ουσιών, για σημεία φλεγμονής όπως ερυθρότητα, οίδημα, πόνο, αύξηση της θερμοκρασίας.
- Λαμβάνει ούρα σε τακτά χρονικά διαστήματα για τον έλεγχο του ειδικού βάρους, για να βεβαιωθεί ότι το χορηγούμενο σκεύασμα έχει απεκκριθεί εντελώς.
- Γνωρίζει πως υπερθερμία, από τη χορήγηση ακτινοσκιερών ουσιών, καθώς επίσης και διάρροια, είναι αναμενόμενες παρενέργειες

ΕΚΚΡΙΜΑ ΘΗΛΗΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η νοσηλεύτρια, πρέπει να γνωρίζει ότι :

- Φυσιολογικά, το έκκριμα παρουσιάζεται αμφοτερόπλευρα, και η σύσπασή του έχει τη σύσταση γάλακτος ή ορώδους υγρού.
- Το παθολογικό έκκριμα εμφανίζεται ετεροπλεύρως και αν έχει πράσινη χροιά οφείλεται σε λοίμωξη των εκφορητικών πόρων, ενώ αν η χροιά είναι οροϊνώδης ή αιμορραγική, οφείλεται σε ενδοσωληνώδες καρκίνωμα.

ΒΙΟΨΙΑ

Η νοσηλεύτρια δίνει έμφαση στην κατάλληλη διδασκαλία, στην άνεση, στην ακριβή προετοιμασία και στην ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς.

- **Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας**

Η νοσηλεύτρια ενσωματώνει τα εξής στοιχεία στο σχεδιασμό της φροντίδας.

- α. Φροντίζει για τη διενέργεια όλων των αιματολογικών , ουρολογικών , ακτινολογικών εξετάσεων και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την παραλαβή των αποτελεσμάτων, την αξιολόγηση και την καταγραφή τους.
- β. Είναι σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει τον τύπο της αναισθησίας καθώς επίσης και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της γενικής αναισθησίας και να είναι προετοιμασμένη να απαντήσει σε όποιες ερωτήσεις της ασθενούς.
- γ. Γνωρίζει το ιστορικό της ασθενούς, όπως σακχαρώδη διαβήτη, καρδιολογικά προβλήματα και πρόσφατη φαρμακευτική αγωγή.
- δ. Γνωρίζει το σκοπό, την πιθανή φαρμακευτική αλληλεπίδραση και τη δράση κάθε προεγχειρητικής φαρμακευτικής αγωγής που συνιστάται όπως χορήγηση μορφίνης, ατροπίνης κλπ.
- ε. Χορηγεί με ακρίβεια τα φάρμακα, για να εξασφαλίσει τα επιθυμητά καταπραυντικά αποτελέσματα, να διατηρήσει την ασφάλεια της ασθενούς και να παρακολουθήσει τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις πριν η ασθενής εισαχθεί στο χειρουργείο.

• **Προεγχειρητική διδασκαλία**

Η νοσηλεύτρια παρέχει συναισθηματική-ψυχολογική υποστήριξη και προεγχειρητική διδασκαλία στην ασθενή και στην οικογένειά της κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής φροντίδας, με τους εξής τρόπους :

- α. Παρέχει στην ασθενή διδακτικά βοηθήματα. Φυλλάδια και κλειστό σύστημα τηλεόρασης για τη διενέργεια της διδασκαλίας, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν.
- β. Χρησιμοποιεί διαφάνειες και ταινίες.
- γ. Χρησιμοποιεί οποιοδήποτε άλλο διαθέσιμο μέσο της επιτρέπεται, για να πετύχει την πληρέστερη ενημέρωση της ασθενούς.
- δ. Επιδεικνύει τεχνικές παραγωγικού βήχα, βαθιάς αναπνοής και ειδικών αναπνευστικών ασκήσεων και προτρέπει την ασθενή να επαναλάβει τις ασκήσεις.
- ε. Εξηγεί με λεπτομέρειες την προετοιμασία της ασθενούς το πρωί της εγχείρησης.

• **Μετεγχειρητική διδασκαλία**

Η νοσηλεύτρια, ενημερώνει την ασθενή :

- α. Για τον συχνό έλεγχο των ζωτικών σημείων, δηλαδή των αναπνοών, πίεσης, θερμοκρασίας και σφυγμών.

- β. Για τον πόνο που θα βιώσει μετεγχειρητικά. Ο πόνος στην περιοχή της τομής είναι συνηθισμένος και για την απαλλαγή της ασθενούς από το δυσάρεστο συναίσθημα :
- χορηγούνται αναλγητικά με βάση ιατρικών οδηγιών.
 - συνίσταται στην ασθενή να φοράει υποστηρικτικό στηθόδεσμο όλο το 24ωρο.
 - ενημερώνεται η ασθενής να αποφεύγει απότομες και βαριές κινήσεις με το χέρι της σύστοιχης με τη βιοψία πλευράς.
 - αποφεύγονται οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, διότι προκαλούν σύσπαση των θηλών και τράβηγμα των ραμμάτων.
- γ. Για την εμφάνιση του μαστού του μαστού. Προετοιμάζει την ασθενή για πιθανή απογοήτευση από τη θέα του μαστού :
- γύρω από την τομή θα σχηματισθεί μια μελανιασμένη περιοχή, που θα εξαφανιστεί περίπου σε 2 εβδομάδες.
 - θα παρατηρηθεί ανομοιομορφία του δέρματος και τη μάζα του μαστού σαν να έχει «ξεφουσκώσει». Σε περίπου 6 εβδομάδες, λιπώδης ιστός θα ανπτυχθεί, με αποτέλεσμα το μέγεθος και το σχήμα του μαστού να πάρουν τη φυσιολογική τους μορφή.
 - η θηλή είναι δυνατόν να τραβηχτεί προς τη μια πλευρά, αλλά θα επανέλθει στην κανονική της θέση σε 1 ή 2 μήνες.
 - τα ράμματα της θηλής θα αφαιρεθούν σε μια εβδομάδα μετά την εγχείρηση.
- δ. Για το μούδιασμα της χειρουργικής τομής, η αισθητικότητα της οποίας θα επαναποκτηθεί μετά από 2 μήνες.
- ε. Για την ανάγκη συχνής εξέτασης της περιοχής του μαστού :
- είναι δυνατό να παρατηρηθεί ερυθρότητα και φλεγμονή κατά μήκος της τομής ή έκκριση υγρού.
 - η ουλή έχει ερυθρό χρώμα, αλλά σταδιακά θα αποκατασταθεί το φυσιολογικό χρώμα.
- στ. Για την ανάγκη να πραγματοποιεί κάθε μήνα αυτοεξέταση του μαστού.¹⁰

3. ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση των παθήσεων του μαστού αποτελεί ένα πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Οι παθήσεις του μαστού, οι οποίες είναι δυνατό να δώσουν εικόνα Ca είναι :

3.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΓΕΝΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Από αυτούς σημαντικότερος είναι το λίπωμα. Είναι μαλακής σύστασης, λοβωτό και ακτινοδιαπερατό στη μαστογραφία. Δυνατόν να συγχυθεί με την άθροιση λίπους γύρω από ένα σκίρρο Ca. Για το λόγο αυτό, συστήνεται η αφαίρεση και ιστολογική εξέταση των λιπωμάτων.

ΚΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η μονήρης κύστη δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα γύρω από τον καρκίνο του μαστού, καθώς ψηλαφάται στο μαστό μια σκληρή μάζα, η οποία ενδέχεται να έχει σαφή όρια και ομαλό περίγραμμα. Η παρακέντηση με βελόνα και η κυτταρολογική εξέταση του αναρροφηθέντος υλικού, επισφραγίζουν τη διάγνωση.

3.2 ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Σ' αυτήν την κατηγορία παθήσεων του μαστού ανήκουν :

ΧΡΟΝΙΟ ΑΠΟΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι σπάνιο, αλλά μπορεί ευκολότατα να συγχυθεί με τον Ca. Το συνηθέστερο αίτιο είναι η δευτεροπαθής φυματίωση. Η περιοχή δεν εμφανίζει στοιχεία φλεγμονής, ενώ το υπερκείμενο δέρμα είναι σκληρό και καθηλωμένο. Η διάγνωση επισφραγίζεται με τη βιοψία της μάζας.

ΑΣΗΠΤΗ ΝΕΚΡΩΣΗ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ

Είναι πάντοτε αποτέλεσμα τραυματισμού του μαστού ή χρόνιας πίεσης σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Ασφαλής διάγνωση γίνεται μόνο με την αφαίρεση και βιοψία της μάζας, καθώς η εισολκή της θηλής και οι αποτιτανώσεις υπάρχουν και στην πάθηση αυτή.

ΕΚΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΟΡΩΝ

Έχουν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν οι όροι πλασματοκυτταρική μαστίτιδα ή μαστίτιδα των πόρων. Πρόκειται για υποξεία φλεγμονή του εκφορητικού συστήματος του μαζικού αδένου. Υπάρχει εισολκή της θηλής, καθήλωση του δέρματος με οίδημα

και ψηλαφητή μάζα και διόγκωση των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Απαιτούνται επανειλημμένες βιοψίες για να αποκλεισθεί η παρουσία νεοπλασματος.⁸

3.3 ΜΕΣΟΠΛΕΥΡΙΑ ΝΕΥΡΑΛΓΙΑ

Για τη διαφοροδιάγνωση της μεσοπλευρίας νευραλγίας από τη μασταλγία που οφείλεται σε καρκίνο του μαστού, χρησιμοποιείται η δοκιμασία Παπανικολάου. Για την εκτέλεσή της, με το ένα χέρι σηκώνουμε το μαστό προς τα μέσα και πάνω, όταν η γυναίκα υψώσει το βραχίονά της και με τα δάχτυλα του άλλου ψηλαφάμε τα μεσοπλευρία διαστήματα. Σε περίπτωση μεσοπλευρίας νευραλγίας, θα εντοπίσουμε τον πόνο που αυτή απέδιδε στο μαστό της.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2. ΣΗΜΑΣΙΑ ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπευτική του καρκίνου του μαστού έχει εμπλουτισθεί πολύ τα τελευταία χρόνια. Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει 2 στόχους : 1) να εξαλείψει την τοπική νόσο (πρωτοπαθή εστία) και τις πιθανότητες τοπικής υποτροπής και 2) να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις).⁸

1.1 ΕΙΔΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού τη διακρίνουμε σε χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού εξακολουθεί να εξελίσσεται και σήμερα προσφέρεται ένας μεγάλος αριθμός θεραπευτικών επιλογών. Κατά τα τελευταία έτη έχει αλλάξει σημαντικά και οι αλλαγές αυτές δεν περιορίζονται μόνο στα ειδικά αντικαρκινικά κέντρα, αλλά και στα κέντρα στα οποία υπάρχει ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του καρκίνου του μαστού.⁴⁶

Γίνεται :

- α. Για επιβεβαίωση διάγνωσης με ταχεία βιοψία.
- β. Προφυλακτικά για αφαίρεση κακοήθων νεοπλασμάτων που είναι επιρρεπή σε κακοήθη εξαλλαγή.
- γ. Για αφαίρεση κακοήθους νεοπλάσματος.
- δ. Για τον έλεγχο κακοήθων νεοπλασμάτων με αφαίρεση αδένων, που με τις ορμόνες τους επιδρούν στην πορεία και εξέλιξη ορισμένων καρκινικών.
- ε. Παρηγορητικά, για ανακούφιση από επιπλοκές του Ca, όπως πόνος από επέκταση του όγκου στα περιφερικά προς αυτόν νεύρα, αιμορραγία, και μεγάλου βαθμού καχεξία.⁴⁷

Η εγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις :

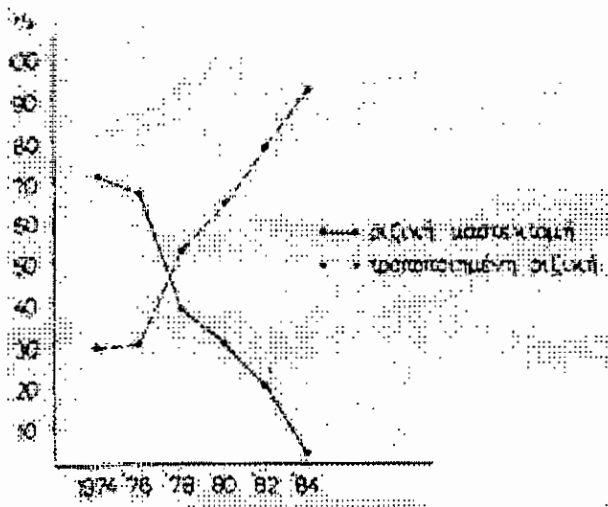
ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Περιγράφηκε το 1981 από τον Halsted και έχει σήμερα περισσότερο ιστορική σημασία, αφού αποτέλεσε το σημείο εκκίνησης για υπόλοιπες εγχειρήσεις που εφαρμόζονται σήμερα στον καρκίνο του μαστού. Συνίσταται στην εξαίρεση του μαστικού αδένου, του μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυ με διατήρηση της κλειδικής μοίρας του πρώτου και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Σήμερα, η ριζική μαστεκτομή συγκρινόμενη με προοπτικές μελέτες με τις υπόλοιπες εναλλακτικές θεραπείες διαπιστώνεται πως δεν προσφέρει κανένα πλεονέκτημα στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ η νοσηρότητά της είναι σημαντική (λεμφοίδημα, παραμόρφωση, δυσκινησία άνω άκρου).⁴⁸

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Συνίσταται στην αφαίρεση του μαστού με το υπερκείμενο δέρμα και του περιεχομένου της μασχάλης, με διατήρηση του μείζονος και του ελάσσονος θωρακικού μυός. Η εγχείρηση επιτυγχάνει πολύ καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα από τη ριζική μαστεκτομή, καθώς ο μείζονας θωρακικός μυς, ο οποίος διατηρείται είναι υπεύθυνος για τη φυσιολογική εμφάνιση του θωρακικού τοιχώματος, καθώς και για τη δυνατότητα πλαστικής αποκατάστασης του μαστού.

Σύμφωνα με έρευνα που έλαβε χώρα στο Λαϊκό Νοσοκομείο, με χρονική διάρκεια από τον Ιανουάριο του 1969 ως τον Δεκέμβριο του 1984, η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή εφαρμόστηκε σε ποσοστό 90,9% των περιπτώσεων με καρκίνο του μαστού, ενώ η ριζική μαστεκτομή περιορίστηκε το 1974 από το 71,42% σε 2,27% το 1984. Η τάση αυτή στον τύπο της εγχείρησης από το 1974 ως το 1984, φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα.



Σχήμα 8. Τάσεις στον τύπο των εγχειρήσεων από το 1984.

ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση αυτή συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού.⁴⁶

ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Ο όρος ολική μαστεκτομή αντικατέστησε τον όρο «απλή μαστεκτομή» για να υπογραμμίσει το σκοπό της επέμβασης, την αφαίρεση δηλαδή ολόκληρου του μαζικού αδένου χωρίς να παραμένουν υπολείμματα του ιστού. Η διαδικασία αυτή απαιτεί τη συναφαίρεση των περισσότερων λεμφογαγγλίων στο 1^ο επίπεδο, ώστε να είναι δυνατή η αφαίρεση της ουράς του μαστού.

Η αφαίρεση των λεμφογαγγλίων έχει νόημα α) για την παθολογοανατομική σταδιοποίηση και β) για την πρόληψη της προοδευτικής ανάπτυξης επιχώριων μεταστάσεων. Η απλή μαστεκτομή από μόνη της είναι ανεπαρκής για παροχή ιδανικού τοπικο-επιχώριου ελέγχου του διηθητικού Ca, κυρίως εξαιτίας της συχνής ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού στη μασχαλιαία περιοχή. Έτσι, αντιμετώπιση της εξαρχής, με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων απαλλάσσει κατά το δυνατόν την ασθενή από την ταλαιπωρία μιας μελλοντικής 2^{ης} επέμβασης.⁴⁸

ΤΜΗΜΑΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του τμήματος του μαστού ή ολόκληρου του τεταρτημορίου, που βρίσκεται ο όγκος και μπορεί να συνοδευτεί από καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης.

Η τμηματεκτομή, η οποία συνδυάζεται με αφαίρεση των μασχालαίων λεμφαδένων αποτελεί θεραπεία εκλογής για τα στάδια II (TNM : T₀, N₁, M₀ ή T₁, N₁, M₀, ή T₂, N₀, M₀) και I (TNM : T₁, N₀, M₀). Οποσδήποτε, τα όρια του ιστού που αφαιρείται χειρουργικά, θα πρέπει να είναι υγιή. Αν περιέχουν καρκινικά κύτταρα το ποσοστό τοπικής υποτροπής είναι πολύ μεγαλύτερο.

Σχετικά πρόσφατα, ορισμένοι γιατροί, εκμεταλλευόμενοι τα ευεργετικά αποτελέσματα της προεγχειρητικής χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας, προβαίνουν σε τμηματεκτομή σε ποσοστό 20%, σε ασθενείς με προχωρημένους όγκους διαμέτρου μέχρι και 7cm.⁴⁹

ΟΓΚΕΚΤΟΜΙΑ

Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση μόνο του όγκου και 3-4εκ. φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτόν, και μπορεί να συνδυαστεί με καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης. Η ογκεκτομία, συνδυασμένη με λεμφαδενεκτομία και ακτινοθεραπεία, έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς την επιβίωση με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή ή την τμηματεκτομή, αλλά μεγαλύτερο αριθμό τοπικών υποτροπών, και έχει ένδειξη όταν ο όγκος είναι μεγαλύτερος από 4εκ., είναι κινητός, δεν διηθεί το δέρμα και δεν βρίσκεται κάτω από τη θηλή.³⁰

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ιδέα της χρησιμοποίησης χημικών ουσιών για την καταπολέμηση του καρκίνου ξεκίνησε από τις αρχές του 1^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου, με την χρησιμοποίηση του αζωθυπερίτη για την αντιμετώπιση λευχαιμιών. Με τον όρο χημειοθεραπεία του καρκίνου εννοούμε τη θεραπεία του με τη χρήση κυτταροστατικών ή αντινεοπλασματικών φαρμάκων, δηλαδή ουσιών που γενικά αναστέλλουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων, προσβάλλοντας βασικές βιοχημικές διεργασίες της ζωής.

Τα κυτταροστατικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται μόνα ή σε συνδυασμό με χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία, για να επιτευχθεί ίαση, έλεγχος ή ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου. Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοηθών κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών.⁵⁰

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Αλκυλιούντες παράγοντες	
ENDOXAN - CYTOXAN	
Φαρμακολογική ονομασία	Κυκλοφωσφαμίδη
Εμπορική ονομασία	Endoxan, Cytoxan
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση)	400 mg-2 g
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος.	Δυσδιάλυτη σκόνη σε φιαλιδιατων 100, 200, 500 και 1000 mg
Διατήρηση	Σε θερμοκρασία δωματίου
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως
Διαλυτικά υγρά	Διαλύεται πάντα με water for injection χρησιμοποιούνται 5 ml ανά 100 mg. Η θέρμανση του φιαλιδίου σε θερμοκρασία σώματος για μερικά λεπτά διευκολύνει τη διάλυση.
Διατήρηση μετά τη διάλυση	Παρασκευάστε το διάλυμα αμέσως πριν από τη χορήγηση. Μπορεί να διατηρηθεί για 2 ώρες σε θερμοκρασία δωματίου.
Άλλες πληροφορίες	Ενίεται απευθείας στη φλέβα ή με έγχυση
Προσοχή	ΜΗΝ ΤΟ ΑΝΑΚΑΤΕΥΕΤΕ ΠΟΤΕ ΜΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΦΑΡΜΑΚΟ

(α)

MUSTARGEN	
Φαρμακολογική ονομασία	Μεχλωραθαμίνη
Εμπορική ονομασία	Mustargen, Caryolysine
Συνηθισμένη δοσολογία	1 mg-10 mg
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	Φιαλίδια που περιέχουν 10 mg ευδιάλυτης σκόνης (Mustargen). Φύσιγγες που περιέχουν ελαιώδες διάλυμα των 2ml (10 mg δραστικού φαρμάκου) και συνοδεύονται από φύσιγγες των 10 ml διαλυτικού (Caryolysine).
Διατήρηση	Σε θερμοκρασία ψυγείου(4°C)
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως, ενδοπλευρικός
Διαλυτικά υγρά	1) Mustargen: Προσθέστε 10 ml φυσιολογικού ορού ή water for injection στο φιαλίδιο των

<p>Διατήρηση μετά τη διάλυση</p> <p>Προσοχή</p> <p>Άλλες πληροφορίες</p>	<p>10 mg.</p> <p>2) Caryolysine: Προσθέστε 8 ml του συνοδού διαλυτικού στα 2 ml του φαρμάκου με ήπια μετακίνηση (κατά την ανάμιξη παράγεται θερμότητα). Το διάλυμα αφήνεται για 2 min πριν αναρροφηθεί.</p> <p>Η πυκνότητα που προκύπτει είναι 1 mg/ml.</p> <p>Παρασκευάστε τα διαλύματα αμέσως πριν από τη χορήγηση</p> <p>Λόγω της μεγάλης δραστηριότητας του φαρμάκου, το διάλυμα χάνει 50% της δραστηριότητάς του μέσα σε 15 min.</p> <p>1) Χορηγείται ως απευθείας ενδοφλέβια ένεση από λάστιχο ορού γλυκόζης 5% ή από φυσιολογικό ορό που τρέχει με γρήγορο ρυθμό</p> <p>Προσοχή: Καυστικό, εάν εκχυθεί στα μαλακά μέρη, εκτός φλέβας. Προκαλεί συχνότατα φλεβοθρομβώσεις των επιπολής φλεβών.</p> <p>2) Για ενδοπλευρική χρήση, παρασκευάζεται διάλυμα πυκνότητας 1 mg/ml, όπως παραπάνω, και χορηγείται σε δόση 0,2-0,3 mg/kg</p>
--	---

(β)

<p>FLUOROURACIL</p>	
<p>Φαρμακολογική ονομασία</p> <p>Εμπορική ονομασία</p> <p>Συνηθισμένη δασολογία (κατά προσέγγιση)</p> <p>Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος</p> <p>Διατήρηση</p> <p>Τρόπος χορήγησης</p> <p>Διατήρηση διαλύματος</p> <p>Άλλες πληροφορίες</p>	<p>5-φλουορουρακίλη</p> <p>Fluorouracil</p> <p>Μέχρι 1000 mg εφάπαξ</p> <p>Αμπούλα των 10 ml περιεκτικότητας 250 mg</p> <p>Θερμοκρασία δωματίου</p> <p>Ενδοφλεβίως, ενδαρτηριακώς</p> <p>Διατηρείται σταθερό για όσο χρόνο αναγράφεται στο κουτί συσκευασίας από την κατασκευάστρια εταιρεία. Να προστατεύεται από το φως</p> <p>1) Ενδοφλέβια ένεση απευθείας στη φλέβα ή στο λάστιχο ορού.</p> <p>2) Διαλύεται η επιθυμητή δόση σε 5% ορό γλυκόζης και χορηγείται ως στάγδην έγχυση. Να μην υπερβείτε τη δόση του 1 g (1000 mg-4 αμπούλες) το 24ωρο, ως έγχυση.</p>

(γ)

METHOTREXATE

Φαρμακολογική ονομασία	Μεθοτρεξάτη
Εμπορική ονομασία	Methotrexate, Emthexate, Mexate
Συνηθισμένη δοσολογία	1 mg-50 mg για εσράτα εχορήγηση και 200-1000 mg/m ² επιφάνειας σώματος για ενδοφλέβια έγχυση. ΣΗΜ: Η δοσολογία της μεθοτρεξάτης διαφέρει πάρα πολύ από πρωτόκολλο σε πρωτόκολλο θεραπείας.
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος.	1) Emthexate: Φιαλίδια των 2 ml (2,5 mg/ml). 2) Emthexate: Φιαλίδια των 2 ml (25 mg/m). 3) Methotrexate: Φιαλίδια, που περιέχουν κίτρινη σκόνη 50 mg ανά φιαλίδιο. 4) Methotrexate: Δισκία των 2,5 mg 5) Emthexate: Φιαλίδια των 500 mg και 1000 mg για νοσοκομειακή χρήση.
Διατήρηση	Σε θερμοκρασία δωματίου. Να προστατεύεται από το ηλιακό φως.
Τρόπος χορήγησης	Ενδομυϊκώς, ενδοφλεβίως, ενδαρτηριακά, ενδορραχιαίως. Από το στόμα
Διαλυτικά υγρά	1) Για τη διάλυση της σκόνης Methotrexate, χρησιμοποιήστε 2-10 ml water for injection για κάθε φιαλίδιο των 50 mg. 2) Για ενδοφλέβια έγχυση, το Methotrexate διαλύεται πάντοτε σε φυσιολογικό ορό
Διατήρηση διαλύματος	Δραστικό για 4 χρόνια σε θερμοκρασία δωματίου 1) Μετά τη διάλυση της σκόνης των 50mg, το διάλυμα μπορεί να διατηρηθεί μέχρι δυο εβδομάδες σε θερμοκρασία δωματίου. Εντούτοις, εάν σχηματισθεί ίζημα, το διάλυμα πρέπει να καταστραφεί. 2) Μετά τη διάλυση σε φυσιολογικό ορό για ενδοφλέβια έγχυση, μπορεί να διατηρηθεί σταθερό για 24 ώρες.
Άλλες πληροφορίες	1) Δόσεις μεγαλύτερες των 100mg να δίνονται ως ενδοφλέβια έγχυση. 2) Η διάλυση να γίνεται πάντα σε φυσιολογικό ορό. 3) Αποφεύγετε την έκθεση της φιάλης σε ηλιακό

<p>Προσοχή</p>	<p>φως.</p> <p>4) Χρησιμοποιείτε, εάν είναι δυνατόν, γυάλινα μπουκάλια φυσιολογικού ορού για στάγδην έγχυση του Methotrexate.</p> <p>5) Μην αναμιγνύετε το Methotrexate με οποιοδήποτε άλλο φάρμακο στην ίδια φιάλη.</p> <p>6) Για την ενδορραχιαία έγχυση, χρησιμοποιήστε μόνο το ειδικό σκεύασμα χωρίς συντηρητικό (προς το παρόν μόνο το Emthexate των 2ml είναι κατάλληλο για ενδορραχιαία χρήση).</p> <p>Αποφεύγετε την επαφή των διαλυμάτων του φαρμάκου με τα μάτια και το δέρμα.</p>
----------------	--

(δ)

VELBE	
Φαρμακολογική ονομασία	Βινμπλαστίνη
Εμπορική ονομασία	Velbe
Συνηθισμένη δοσολογία	Μέχρι 15mg
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	Φιαλίδια που περιέχουν ξηρή σκόνη των 10mg
Διατήρηση	Θερμοκρασία ψυγείου (4°C)
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως
Διαλυτικά υγρά	Προσθέστε 10ml water for injection ή φυσιολογικού ορού για κάθε 10mg
Διατήρηση μετά τη διάλυση	Σε θερμοκρασία ψυγείου (4°C) μέχρι και 30 ημέρες
Άλλες πληροφορίες	Το φάρμακο ενίεται είτε απευθείας στη φλέβα είτε στο λάστιχο ορού που τρέχει με γρήγορο ρυθμό. Η δεύτερη μέθοδος είναι προτιμότερη λόγω της μικρής συχνότητας εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδων
Προσοχή	Καυστικό στους ιστούς. Το φάρμακο προκαλεί συχνά επιπολής θρομβοφλεβίτιδα με έντονο τοπικό πόνο.

(ε)

ONCOVIN	
Φαρμακολογική ονομασία	Θευική βινκριστίνη
Εμπορική ονομασία	Oncovin
Συνηθισμένη δοσολογία	Μέχρι 2 mg

Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	Φιαλίδια που περιέχουν ευδιάλυτη σκόνη του 1 mg
Διατήρηση	Θερμοκρασία ψυγείου (4° C)
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως
Διαλυτικά υγρά	Προσθέστε σε κάθε φιαλίδιο 10 cm ³ water for injection ή φυσιολογικού ορού. Η συσκευασία του εμπορίου έχει συνοδό φιαλίδιο με διαλυτικό υγρό.
Διατήρηση μετά τη διάλυση	Διατηρείται σε θερμοκρασία ψυγείου 14 μέρες.
Άλλες πληροφορίες	Το φάρμακο χορηγείται απευθείας στη φλέβα ή στο λάστιχο ορού που τρέχει με γρήγορο ρυθμό
Προσοχή	Καυστικότητα στους ιστούς. Προκαλεί θρομβοφλεβίτιδα

(στ)

ADRIBLASTINA

Φαρμακολογική ονομασία	Υδροχλωρική δοξουμπικίνη
Εμπορική ονομασία	Adriblastina
Συνηθισμένη δασολογία (κατά προσέγγιση)	0,4 - 0,8 mg/kg βάρους σώματος ή 60-75 mg/m ² επιφάνειας σώματος
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	Φιαλίδια που περιέχουν 10 mg σκόνης
Διατήρηση	Θερμοκρασία δωματίου
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως
Διαλυτικά υγρά	10 mg να διαλύονται σε 5 ml water for injection ή φυσιολογικού ορού.
Διατήρηση και σταθερότητα μετά τη διάλυση	Διατηρείται για 24 ώρες σε θερμοκρασία δωματίου μετά τη διάλυση και 48 ώρες σε ψυγείο (4° C). Το διάλυμα να φυλάγεται σε σκοτεινό μέρος.
Άλλες πληροφορίες	Να χορηγείται διαλυμένη σε ορό Dextrose 5% 250cc σε 1½ h
ΠΡΟΣΟΧΗ	ΚΑΥΣΤΙΚΟ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ
Σημείωση	Μερικές φορές, κατά τη διάρκεια έγχυσης του φαρμάκου παρατηρείται ερυθρότητα ή / και κνηδατικού τύπου εξάνθημα στην περιοχή της ένεσης ή κατά μήκος της φλέβας με ή χωρίς κνησμό. Το φαινόμενο είναι αθώο, υποχωρεί γρήγορα μετά την έγχυση και σχεδόν ποτέ δεν χρειάζεται διακοπή της χορήγησης του

	φαρμάκου. Βεβαιωθείτε μόνον ότι δεν υπάρχει εξαγγείωση του φαρμάκου.
--	--

(ζ)

MITOMYCIN-C

Φαρμακολογική ονομασία	Μιτομυκίνη
Εμπορική ονομασία	Mitomycin - C
Συνηθισμένη δοσολογία	5 -10 mg/m ²
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	Φιαλίδια ιώδους σκόνης των 2 mg
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως, ενδαρτηριακώς, ενδοκυστικώς
Διαλυτικά υγρά	Χρησιμοποιήστε 5 ml water for injection ή διαλύματος γλυκόζης 5% για κάθε 2 mg φαρμάκου
Διατήρηση μετά τη διάλυση	Παρασκευάστε το διάλυμα αμέσως πριν από την χορήγηση
Άλλες πληροφορίες	Διαλύστε την επιθυμητή δόση όπως ανωτέρω περιγράφεται και αραιώστε σε διάλυμα γλυκόζης ή φυσιολογικού ορού σε πυκνότητα όχι μεγαλύτερη από 20-40 μικρογραμμάρια ανά cm ³ ~ δηλαδή, 10 mg πρέπει να αραιώνονται σε 300-500 mL και να χορηγούνται σε πολύ γρήγορο ρυθμό. Η σταθερότητα του αραιωμένου φαρμάκου είναι σε διάλυμα γλυκόζης 5% 3 ώρες και σε φυσιολογικό ορό 12 ώρες
Προσοχή	ΚΑΥΣΤΙΚΟΤΑΤΟ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ

(η)

BLEOCIN

Φαρμακολογική ονομασία	Μπλεομυκίνη
Εμπορική ονομασία	Bleocin
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση)	15-30 mg
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	Αμπούλες που περιέχουν σκόνη των 15 mg
Διατήρηση	Σε θερμοκρασία δωματίου για 2 χρόνια
Τρόπος χορήγησης	Ενδοφλεβίως: Διαλύστε τη δόση σε 20 ml φυσιολογικού ορού
Διατήρηση και σταθερότητα μετά τη διάλυση	Το διάλυμα να παρασκευάζεται αμέσως πριν από τη χορήγηση. Καταστρέψτε τυχόν υπόλειμμα

Προσοχή	ΑΠΟΦΕΥΓΕΤΕ ΤΗΝ ΕΠΑΦΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΕΡΜΑ
---------	--

(θ)

Πίνακας 11(α, β, γ, δ, ε, στ, ζ, η, θ). Πληροφορίες για την παρασκευή και τη χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων.

ΕΙΔΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η χημειοθεραπεία του καρκίνου διακρίνεται σε συστηματική και σε περιοχική. Η πρώτη γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου, το οποίο ακολουθεί όλη την πορεία του κυκλοφορούντος αίματος στο σώμα. Αντίθετα, η περιοχική χημειοθεραπεία αποτελεί εντοπισμένη χορήγηση με σκοπό τη δράση των φαρμάκων στη συγκεκριμένη περιοχή του σώματος.

- **Περιοχική χημειοθεραπεία**

Περιλαμβάνει τους εξής τρόπους χορήγησης :

- Ενδοαρτηριακή. Με καθετήρα που εισάγεται στην αρτηρία του οργάνου / μέρους στο οποίο είναι εντοπισμένο το κακοήθες νεόπλασμα. Ο καθετήρας συνδέεται με ενδοφλέβια χορήγηση, της οποίας η φιάλη τοποθετείται σε ύψος τουλάχιστον 3 μέτρων.
- Άμεση έγχυση του φαρμάκου στο νεόπλασμα.
- Από το στόμα.
- Ενδομυϊκά / υποδόρια. Οι μέθοδοι αυτοί χρησιμοποιούνται συχνά στην κοινότητα για τη διευκόλυνση της ασθενούς.

- **Συστηματική χημειοθεραπεία**

Διακρίνεται σε :

- *Συμπληρωματική προφυλακτική χημειοθεραπεία.*

Η χημειοπροφύλαξη από καρκίνο του μαστού θα είχε ιδιαίτερη σημασία για ομάδες γυναικών αναλογικά εκτεθειμένων σε μεγάλο κίνδυνο να προσβληθούν ή για γυναίκες που έχουν ιαθεί από προηγούμενο καρκίνο του μαστού. Στις γυναίκες αυτές η ιδέα μιας κάποιας «προφυλακτικής» θεραπείας είναι προφανής.

Πρόκειται για βραχείας διάρκειας και υψηλής δοσολογίας συνδυασμένη θεραπεία σε ασθενή που δεν έχει ένδειξη υπολειπόμενης νόσου μετά την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία, με σκοπό την καταστροφή πιθανώς υπολειπόμενου αριθμού καρκινικών κυττάρων. Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα αποτελέσματα εφαρμογών της ταμοξιφένης για το σκοπό αυτό. Η δυνατότητα μακροχρόνιας χορήγησης, με ασήμαντες ανεπιθύμητες ενέργειες, οδήγησαν στη χρήση της ταμοξιφένης για προφύλαξη από καρκίνο του μαστού.⁵¹

- *Πρωτογενής χημειοθεραπεία.*

Πρόκειται για όρο που ταυτίζεται με την συμπληρωματική χημειοπροφύλαξη.

- **Νεοσυμπληρωματική χημειοθεραπεία.**

Είναι η συμπληρωματική θεραπεία που δίνεται κατά την προεγχειρητική ή την μετεγχειρητική περίοδο, με σκοπό τη μείωση του μεγέθους του όγκου ή την υποσταδιοποίησή του, ώστε να καταστεί χειρουργήσιμος.

Πιο ειδικά : **Προεγχειρητική.** Θεωρητικά τα πλεονεκτήματά της είναι πολλά, όπως η συρρίκνωση του πρωτοπαθούς όγκου, η καταπολέμηση των μικρομεταστάσεων, ο περιορισμός της πιθανότητας διασποράς κατά την εγχείρηση κ.α.

Μετεγχειρητική. Απέκτησε σημαντική θέση στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, κυρίως του II σταδίου. Η έναρξή της πρέπει να γίνεται εντός των 3 πρώτων μετεγχειρητικών εβδομάδων και να αποφεύγεται η επιμήκυνση των μεσοδιαστημάτων.

- **Χημειοθεραπεία σε μεταστατική νόσο.** Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων. Η ίαση δεν είναι συνήθως δυνατή, αν και η βελτίωση των συμπτωμάτων και η σμίκρυνση του όγκου ενδέχεται να διαρκέσουν επί μήνες, και συχνά επί χρόνια. Σε διάφορες κλινικές μελέτες ερευνώνται επιθετικότεροι και δραστικότεροι συνδυασμοί.

Ο καινούργιος συνδυασμός 3 χημειοθεραπευτικών παραγόντων, της Αδριαμυκίνης, Μιτομυκίνης και Βινβλαστίνης, αποτελεί μια ισχυρή απάντηση στο πρόβλημα του γενικευμένου καρκίνου του μαστού.⁵²

- **Παρηγορητική χημειοθεραπεία.**

Αποσκοπεί στην ανακούφιση συμπτωμάτων ή την παράταση της ζωής σε έναν ασθενή, στον οποίο δεν αναμένεται οριστική ή πλήρης θεραπεία.

- **Σωστική χημειοθεραπεία**

Δυνητική θεραπευτική, υψηλής δοσολογίας συνδυασμένη χημειοθεραπεία σε ασθενή που υποτροπίασε μετά από άλλο σχήμα χημειοθεραπείας ή δεν ανταποκρίθηκε σ' αυτό.

Ακόμη, η συστηματική χημειοθεραπεία μπορεί να διακριθεί σε :

- **Χημειοθεραπεία έναρξης ή επαγωγής.** Λέγεται και θεραπεία εφόδου.
- **Χημειοθεραπεία σταθεροποίησης.** Επανάληψη της θεραπείας εφόδου σε ασθενή στον οποίο είχε επιτευχθεί πλήρης ύφεση κατά τη θεραπεία έναρξης, με σκοπό την αύξηση των ποσοστών ίασης.

- *Εντατικοποιημένη χημειοθεραπεία.* Χημειοθεραπεία με μεγαλύτερες δόσεις των φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν, με σκοπό την αύξηση των ποσοστών ίασης.
- *Χημειοθεραπεία συντήρησης.* Μακροχρόνια, μικρών δόσεων μονοθεραπεία ή συνδυασμένη θεραπεία σε ασθενή, στον οποίο επιτεύχθηκε πλήρης ύφεση, με σκοπό την καθυστερημένη εκ νέου ανάπτυξης κυττάρων από υπολειπόμενη νόσο.⁵⁰

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

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

Γενικά, για κάθε θεραπεία θα ακολουθήσει μια περίοδος ανάπαυσης. Η περίοδος ανάπαυσης είναι συνήθως μεγαλύτερη της θεραπείας και βοηθάει τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.¹⁰

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η αντινεοπλασματική χημειοθεραπεία έχει προορισμό την καταστροφή των νεοπλασματικών κυττάρων. Δυστυχώς, ο προορισμός αυτός δεν είναι εκλεκτικός και συνήθως τα φάρμακα αυτά καταστρέφουν και τα φυσιολογικά κύτταρα, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται οι παρενέργειες.

• Προβλεπτές τοξικότητες

- α) Αλληλεπίδραση φαρμάκων. Η 6 – Μερκαπτοπουρίνη και η Αλλοπουρινόλη αυξάνουν την μυελοκαταστολή. Επίσης, η Μεθοτρεξάτη και τα σαλικυλικά αυξάνουν την βλεννογονίτιδα και τη μυελοκαταστολή.
- β) Αλληλεπίδραση αρρώστου και φαρμάκου. Η χορήγηση Μπλεομυκίνης σε ασθενείς με πνευμονική νόσο αυξάνει την πιθανότητα πνευμονικής τοξικότητας, οι ορμόνες κατακρατούν υγρά και μπορούν να προκαλέσουν πνευμονικό οίδημα σε ασθενείς που

έχουν ήδη καρδιαγγειακό πρόβλημα, ενώ η L – ασπαραγινάση προκαλεί ηπατική βλάβη όταν ήδη υπάρχει επηρεασμένη ηπατική λειτουργία.⁵³

• **Απρόβλεπτες τοξικότητες**

Οι ανεπιθύμητες απρόβλεπτες ενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στον καρκίνο του μαστού, φαίνονται στον παρακάτω πίνακα :

<i>Φάρμακα</i>	<i>Πρώιμα τοξικά σημεία</i>	<i>Ύψιμες τοξικές εκδηλώσεις</i>
<p>1. Αλκυλιούντα</p> <p>α. Busulfan (Myleran)</p> <p>β. Chlorambucil (Leukeran)</p> <p>γ. Cyclophosphamide (Cytosan)</p> <p>δ. Mechlorethamine (Nitrogen mustard)</p> <p>ε. Melphalan (Alkeran)</p> <p>ζ. Thiotepa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία-έμετοι-διάρροια • Ναυτία-έμετοι. • Βαριά ναυτία και έμετοι. • Τοπική αντίδραση και φλεβίτιδα. • Ήπια ναυτία. • Ναυτία και έμετοι. • Τοπικός πόνος 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή μυελού οστών. • Πνευμονική ίνωση. • Αλωπεκία. • Γυναικομαστία. • Ανικανότητα. • Στείρωση • Καταστολή μυελού οστών. • Καταστολή μυελού οστών. • Αλωπεκία. • Αιμορραγική κυστίτιδα. • Στείρωση (μπορεί να είναι προσωρινή). • Καταστολή μυελού οστών. • Αλωπεκία. • Καταστολή μυελού οστών (ειδικά των αιμοπεταλίων). • Καταστολή μυελού οστών. • Ανορεξία
<p>1. Αντιμεταβολίτες</p> <p>α. Cytarabine HCl (Cytosine Arabinoside)</p> <p>β. Fluorouracil (5-FU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία-έμετοι-διάρροια. • Ναυτία και έμετοι. • Διάρροια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταστολή μυελού οστών. • Μεγαλοβλάστωση. • Εξελκώσεις βλεννογόνου στόματος. • Ηπατική βλάβη. • Εξελκώσεις στόματος και γαστρεντερικού σωλήνα. • Στοματίτιδα. • Καταστολή μυελού οστών. • Νευρολογικές διαταραχές, κυρίως παρεγκεφαλίτιδες.

<p>β. Dactinomycin (Actinomycin)</p> <p>γ. Daunorubicin ή Rubidomycin (Daunomycin)</p> <p>δ. Mithramycin (Mitracin)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία-έμετοι. • Διάρροια. • Τοπική αντίδραση. • Φλεβίτιδα. • Ναυτία και έμετοι-διάρροια. • Ερυθρά ούρα (όχι αιματουρία). • Ναυτία και έμετοι. • Διάρροια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Στοματίτιδα. • Εξελκώσεις στόματος. • Θυλακίτιδα. • Καταστολή μυελού οστών. • Μυελοτοξική. • Καρδιοτοξική. • Αιμορραγική διάθεση (πιθανόν να οφείλεται στις διαταραχές των παραγόντων πήξης). • Καταστολή μυελού οστών (θρομβοπενία). • Ηπατική βλάβη. • Υποασβεστιαμία. • Υποκαλιαιμία. • Στοματίτιδα.
<p>5. Ορμόνες</p> <p>α. Cortisone Hydrocortisone.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prednisone. • Prednisolone. <p>β. Testosterone (Propionate)</p> <p>γ. Ethinyl estradiol</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Κατακράτηση H₂O. • Υπέρταση. • Στεροειδής διαβήτης. • Κάλυψη των φλεγμονωδών συμπτωμάτων. • Κατακράτηση H₂O. • Υπερασβεστιαμία. • Αρρενοποίηση. • Κατακράτηση H₂O. • Υπερασβεστιαμία. • Μητρορραγία. • Εμφάνιση δευτερευόντων χαρακτηριστικών θήλεος. • Αύξηση συχνότητας αγγειακών επεισοδίων.
<p>6 Ένζυμα</p> <p>L-Asparaginase</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Ηπατοτοξική. • Αλλεργικές εκδηλώσεις. • Έντονη ανοσοκατασταλτική δράση.

		• Στερείται τοξικής δράσης επί του αίματος.
--	--	---

Πίνακας 12. Φάρμακα θεραπείας κακοηθών νεοπλασμάτων.

ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Με τη σωστή διατροφή, η ασθενής δίνει στον εαυτό της την καλύτερη δυνατότητα να αντιμετωπίσει την χημειοθεραπεία. Σωστή και επαρκής διατροφή σημαίνει ποικιλία φαγητών, τα οποία είναι πλούσια σε βιταμίνες, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες, καθώς και άλλα στοιχεία που θα βοηθήσουν στη σωστή λειτουργία του οργανισμού.

Η χορήγηση τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνες βοηθάει στη σωστή λειτουργία του δέρματος, των μυών, των διαφόρων οργάνων και την ανάπτυξη τριχών. Ειδικευμένοι διαιτολόγοι πιστεύουν ότι κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας είναι δυνατόν να χρειασθούν 50% περισσότερες πρωτεΐνες απ' ότι συνήθως και 20% περισσότερες θερμίδες.⁵⁴

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάτοχος η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπισή του έχει θέση και μάλιστα των υποτροπών μετά την εγχείρηση. Δεν φαίνεται πως παρατείνει την επιβίωση.⁵

Η ακτινοθεραπεία είναι η χρήση της ιονίζουσας ακτινοβολίας (ακτίνες X, γη ηλεκτρόνια), στη θεραπεία των κακοηθών όγκων. Συχνά χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους.⁵⁵

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές ακτινοθεραπείας με orthovoltage ή supervoltage εξωτερική ακτινοβολία ή με ηλεκτρόνια ή με βραχυθεραπεία ενδοϊστικά. Η τεχνική της ακτινοθεραπείας πρέπει να εξασφαλίζει :

- ακινησία της ασθενούς
- αναπαραγωγή της ίδιας θέσης θεραπείας της ασθενούς σε κάθε συνεδρία και άνεση στην ασθενή
- ομοιογενή κατανομή της ακτινοβολίας, πράγμα αρκετά δύσκολο λόγω του σχήματος του μαστού.

Απαραίτητο και πολύτιμο εξάρτημα σε κάθε σύγχρονο ακτινοθεραπευτικό τμήμα αποτελεί ο simulator με αξονικό τομογράφο στην τροποποίηση της ανομοιογένειας της δέσμης ακτινοβολίας. Οι περιοχές του μαστού που εκτίθενται στη μεγαλύτερη ανομοιογενή κατανομή, είναι τα ανώτερα και κατώτερα όρια αυτού, καθώς και τα μεγάλα μεγέθη μαστών με αρνητικά αισθητικά αποτελέσματα λόγω της σημαντικής ίνωσης.

Η ακτινοθεραπεία του καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι εσωτερική ή εξωτερική.

α. Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 (Ir – 192), το οποίο με στερεά μορφή βελονών ή ελασμάτων ή κόκκων εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (48 – 72 ωρών). Τα εμφυτεύματα συνήθως συνδυάζονται με εξωτερική ακτινοβολήση για καλύτερα αποτελέσματα. Η χορήγηση αυξημένης δόσης ακτινοβολίας στην περιοχή του όγκου έχει ως αποτέλεσμα τη μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, ενώ υψηλές δόσεις ακτινοβολίας σε μικρό χρονικό διάστημα προφυλάσσουν τους περιοχικούς ιστούς από πιθανή καταστροφή. Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται στην ασθενή συνήθως δυο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση θεραπευτικού σχήματος εξωτερικής ακτινοβολήσης 5 εβδομάδων. Η συνήθης δόση που χορηγείται με τα εμφυτεύματα είναι 1.500 – 3.000 rads. Μικρά ενδοϊστικά εμφυτεύματα από Ir –192 τοποθετούνται προσωρινά στις εξής κατηγορίες ασθενών :

- Ασθενείς με ανεγχείρητο καρκίνο σε αρχικό στάδιο. Οι ασθενείς αυτές, παρά τη θεραπεία με εξωτερική δέσμη (μεγαδυναμική ακτινοθεραπεία – 5.000 rads σε 5 εβδομάδες στο μαστό, στο θωρακικό τοίχωμα και στα περιοχικά λεμφογάγγλια), έχουν υπολειμματικό καρκίνο.
- Ασθενείς με υποτροπές στο θωρακικό τοίχωμα, στην υπερκλείδια χώρα και στην περιοχή της μασχάλης υποβάλλονται σε πλήρη θεραπεία.

β. Εξωτερική ακτινοθεραπεία. Είναι η τηλεπάθεια που εφαρμόζεται με :

- Ακτίνες X, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα.
- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες, π.χ. κοβάλτιο 60 (Co-60).

Η ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ακτινοθεραπεία διακρίνεται σε ριζική και παρηγορική.

Ριζική είναι η ακτινοθεραπεία, η οποία σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες (κυρίως χειρουργική) και ενίοτε χημειοθεραπεία, έχει στόχο τον τοπικό έλεγχο της νόσου και κυρίως την ίαση της ασθενούς.

Παρηγορική είναι η ακτινοθεραπεία που εφαρμόζεται σε γενικευμένη νόσο με στόχο την ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματα και την καλύτερη ποιότητα ζωής.⁵⁶

Αναλυτικότερα, η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται :

- Στη συντηρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

Ορίζεται η τοπική χειρουργική αφαίρεση του όγκου μέσα σε περιθώρια υγιούς ιστού σε συνδυασμό με ριζική δόση εξωτερικής ακτινοβολίας σ' όλο το μαστό.

Στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι :

- Η ελαχιστοποίηση της απώλειας του μαζικού αδένα.
- Ο τοπικός έλεγχος της νόσου.⁵⁷

Οι παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή της συντηρητικής θεραπείας του καρκίνου του μαστού, είναι :

I Κλινικοί παράγοντες της ασθενούς
α) Κινητικότητα του ώμου, μήκος του αυχένα της ασθενούς.
β) Ηλικία, γενική κατάσταση ασθενούς.
γ) Μέγεθος και σχήμα μαστού.
II Παθολογοανατομικοί παράγοντες
α) Στοιχεία εκτεταμένου ενδοσωληνώδους καρκίνου
β) Μακροσκοπική πολυεστιακότητα της νόσου.
γ) Grade όγκου.
III Παράγοντες που αφορούν την ασθενή
α) Νεαρή ηλικία.
β) Μέγεθος όγκου.
IV Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία
Χειρουργικά χείλη εκτομής όγκου.

Πίνακας 13. Παράγοντες που καθορίζουν την επιλογή συντηρητικής θεραπείας στον καρκίνο του μαστού.

- **Μετεγχειρητικά, ως συμπληρωματική θεραπεία**

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία δίνεται σε δόσεις όγκου 5.000 rads περίπου, σε 5 εβδομάδες και ακτινοβολείται το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και οι επιχώριοι

λεμφαδένες. Με τη χορήγηση της μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας ελαττώνεται η εμφάνιση υποτροπών από 20% σε 5%.

- Σε προχωρημένο (ανεγχείρητο) καρκίνο μαστού

Η ακτινοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής σε τέτοιες περιπτώσεις και πολλές φορές σμικρύνει τον όγκο και τον καθιστά χειρουργικά αφαιρέσιμο. Επίσης, να μπορεί να εφαρμοστεί μετά από χημειοθεραπεία, για να αποφευχθεί η μυελοκαταστολή.

- Παρηγορητικά

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να παίζει ανακουφιστικό ρόλο στις εξής περιπτώσεις :

- Σε εκτεταμένη τοπική ελκωτική αιμορραγούσα μάζα στο μαστό.
- Σε δερματικά οζίδια, αιμορραγικά ή καθηλωμένα στο θωρακικό τοίχωμα
- Σε παραστερνικές λεμφαδενικές μεταστάσεις.
- Σε οστικές μεταστάσεις.
- Σε εγκεφαλικές μεταστάσεις.
- Σε μεταστάσεις στον χοριοειδή χιτώνα του οφθαλμού.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά τις βελτιώσεις των πηγών ακτινοβολίας και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Τις επιπλοκές τις διακρίνουμε σε δυο κατηγορίες :

α. Συστηματικές. Αποτελούν το λεγόμενο «ακτινικό σύνδρομο», το οποίο χαρακτηρίζεται από :

- Γενική καταβολή δυνάμεων, κόπωση.
- Ναυτία, εμέτους.
- Απώλεια βάρους.
- Ανορεξία.
- Δεκατική πυρετική κίνηση.

β. Τοπικές, οι οποίες διακρίνονται σε :

- Πρώιμες.
- Όψιμες.⁵⁶

Πρώιμες επιπλοκές***Ακτινοδερματίτιδα***

Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος του μαστού που ακτινοβολείται. Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση), συνίσταται να αντιμετωπισθεί χειρουργικώς, διότι οι ακτινοβολημένοι ιστοί δεν επουλώνονται χωρίς χειρουργικό καθαρισμό. Διακρίνονται 3 βαθμών ακτινοδερματίτιδες :

- Ερυθρηματώδης, 1 – 3 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας το δέρμα ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και παρουσιάζει ραγμές.
- Φυσαλιδώδης, με επώδυνη ερυθρότητα που μπορεί να αποκατασταθεί.
- Εσχαροποιητική, με επώδυνη ερυθρότητα, οίδημα και φυσαλίδες που σπάζουν και δημιουργούνται βαθιές εξελκώσεις, αμέσως μετά από έκθεση στην ακτινοβολία.

Αλλοιώσεις αίματος και αιμοποιητικού ιστού

Αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία, ελαττώνονται τα λεμφοκύτταρα. Μετά από λίγες ημέρες ελαττώνονται τα πολυμορφοπύρηνα και με βραδύτερο ρυθμό τα ερυθρά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια.

Δυσκαταποσία – Δυσφαγία

Μπορεί να προκληθούν ως αποτέλεσμα της ακτινοβολήσης τμήματος του οισοφάγου.

Ξηροστομία

Οφείλεται σε αρνητική επίδραση της ακτινοβολήσης στους αδένες της παρωτίδας, που εκκρίνουν το σίελο.

Ώσιμες επιπλοκές***Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος***

Η περιοχή που ακτινοβολήθηκε το δέρμα γίνεται λεπτό και χαρακτηρίζεται από ατροφία.

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών

Η σοβαρή αυτή επιπλοκή, μπορεί να εμφανισθεί μακροπρόθεσμα.

Αλωπεκία

Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Εμφανίζεται 2-3 εβδομάδες μετά την έκθεση στην ακτινοβολία. Τα μαλλιά επανεμφανίζονται σε 2-3 μήνες μετά τη διακοπή της ακτινοβολίας τάξης 300-400cGy. Με δόσεις ακτινοβολίας τάξης 700cGy και άνω, η αποτρίχωση είναι μόνιμη.

Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδημα σύστοιχου άνω άκρου**Λευχαιμία****Βράχυνση του χρόνου ζωής.⁴⁷****ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Το τοίχωμα που επενδύει τους εκφορητικούς πόρους και τους λοβούς του μαστού μεταβάλλεται υπό την επίδραση των ορμονών και κατά συνέπεια οι ορμονικοί χειρισμοί ή η ορμονική θεραπεία παίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Πολλές γυναίκες ανταποκρίθηκαν σ' αυτούς τους χειρισμούς και όχι μόνο είχαν λιγότερο επιθετική νόσο, αλλά ακόμη και αν παρουσίαζαν υποτροπή μπορούσαν να αντιμετωπισθούν με ορμονικούς χειρισμούς, με αυξημένη πιθανότητα ανταπόκρισης.²⁹

ΕΙΔΗ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε ορμονοεξαρτώμενο καρκίνο του μαστού εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία, με την οποία πολλές φορές κατορθώνεται να σταματήσει ή να υποχωρήσει σημαντικά η ανάπτυξη του όγκου. Η ορμονοθεραπεία γίνεται είτε με την εξωτερική χορήγηση ορμονών, είτε με εγχειρητική εξαίρεση ορισμένων ενδοκρινών αδένων, όπως των ωοθηκών, των επινεφριδίων κτλ.

Το είδος της ορμονικής θεραπείας που θα εφαρμοστεί εξαρτάται από την ηλικία της άρρωστης.

- **Αμφοτερόπλευρη σαλπινγο-ωοθηκεκτομή**

Είναι η μέθοδος εκλογής όταν η γυναίκα βρίσκεται στην προεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχει μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Εάν επανεμφανιστούν σημεία δραστηριοποίησης του όγκου, γίνεται παραπέρα ενδοκρινική θεραπεία.

- **Υποφυσεκτομή**

Γίνεται σε άρρωστες που βρίσκονται στην μεταεμμηνόπαυσιακή ηλικία και έχουν μεταστατικό καρκίνο του μαστού. Σε εμφάνιση σημείων επαναδραστηριοποίησης της αύξησης του όγκου, εφαρμόζεται χημειοθεραπεία.

- **Ορμόνες**

- **Οιστρογόνα.** Χορηγούνται σε γυναίκες που εμφανίζουν καρκίνο 5 ή περισσότερα χρόνια μετά την εμμηνόπαυση, με πιο συνηθισμένη την αιθυλική οιστραδιόλη.
- **Ανδρογόνα.** Χρήσιμα στο 20% των γυναικών που βρίσκονται στην μεταεμμηνόπαυσιακή ηλικία. Παρενέργειές τους η κατακράτηση νερού και η αρρενοποίηση.
- **Κορτικοστεροειδή.** Είναι χρήσιμα σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία σε άρρωστες με μεταστάσεις στον εγκέφαλο και στο ήπαρ αντίστοιχα.³⁹
- **Αναστολείς της αρωματάσης.** Η λετροζόλη (αναστολέας της αρωματάσης) είναι ένας αποτελεσματικός ορμονικός παράγων, δραστικός στον καρκίνο του μαστού που είναι ανθεκτικός ή έχει υποτροπιάσει μετά τη χορήγηση ταμοξιφαίνης. Η λετροζόλη δίνει υψηλά ποσοστά υφέσεων, ανεκτή τοξικότητα και μεγαλύτερη επιβίωση, συγκριτικά προς τα προγεστερινοειδή.⁵⁸

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η εφαρμογή ενδοκρινικής θεραπείας στον καρκίνο του μαστού, με εξαίρεση την ταμοξιφένη και την ωοθηκεκτομή που εφαρμόζονται και στη συμπληρωματική θεραπεία γίνεται πάντα σε προχωρημένες περιπτώσεις, στις οποίες υπάρχουν προϋποθέσεις επιτυχίας και δυνατότητες εφαρμογής.

Πιο συγκεκριμένα, συστηματική ορμονοθεραπεία ενδείκνυται σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες και θετικούς ορμονικούς

υποδοχείς, ενώ η θεραπεία τοπικής υποτροπής πραγματοποιείται με συνδυασμό εγχείρησης, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

1^{ης} γραμμής ορμονοθεραπεία : Εφαρμόζεται η ωθηκεκτομή ή αντιοιστρογόνα (Tamoxifen).

2^{ης} γραμμής ορμονοθεραπεία : Οιστρογόνα (οιστραδιόλη).

3^{ης} γραμμής ορμονοθεραπεία : Προγεστερόνη.

Τέλος, η ανακουφιστική ορμονοθεραπεία επιτυγχάνεται με χορήγηση κορτικοστεροειδών (υδροκορτιζόνη).⁵⁶

Σημαντικό ποσοστό ασθενών με θετικούς υποδοχείς δεν απαντούν στη θεραπεία, όπως από την μεριά απαντούν αρκετές ασθενείς που δεν έχουν υποδοχείς. Επίσης, η ηλικία και τα φαρμακολογικά δεδομένα της προς εφαρμογή θεραπείας, αποτελούν προϋποθέσεις. Πολύ νέες ασθενείς (κάτω των 30 ετών) και πολύ ηλικιωμένες ασθενείς (άνω των 75-80) απαιτούν μια πιο εξατομικευμένη θεραπεία με βάση όχι μόνο τα κλασσικά κριτήρια ορμονοευαισθησίας.

Τέλος, βασικός κανόνας για τις ενδοκρινικές θεραπείες στον καρκίνο του μαστού είναι ότι οι θεραπείες πρέπει να είναι διαδοχικές και όχι σύγχρονες.³⁰

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι πειραματική μέθοδος κατά του καρκίνου, σε πειραματικό στάδιο, σχεδιασμένη να βοηθήσει τον ίδιο τον οργανισμό να αμυνθεί κατά του καρκίνου. Επειδή η δράση της κατευθύνεται εναντίον εκείνων των κυττάρων μόνο που διαθέτουν ειδικά αντιγόνα και όχι εναντίον φυσιολογικών κυττάρων, η ανοσοθεραπεία μπορεί να είναι απόλυτα ειδική για νεοπλασματικά κύτταρα.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ανοσοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι και σήμερα για την τοπική θεραπεία προσιτών όγκων, για την επικουρική συμπληρωματική θεραπεία μικρομεταστάσεων και σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση του γενικευμένου καρκίνου. Το συμπέρασμα από τις εργασίες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα είναι ότι η ανοσοθεραπεία έχει ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου του μαστού, αλλά χρειάζεται ακόμη πολύ δουλειά μέχρι να ξεκαθαριστεί η αξία της.

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- **Μη ειδική διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος**

Η μορφή αυτή ανοσοθεραπείας στηρίζεται στην παρατήρηση ότι ορισμένες ουσίες, όπως μικτές βακτηριακές τοξίνες κ.α έχουν τη δυνατότητα να διεγείρουν μη ειδικά την αντίσταση στους περισσότερους ιούς, βακτηρίδια ακόμη και στα αντινεοπλασματικά αντιγόνα.

- **Ενεργός ειδική ανοσοθεραπεία**

Αποτελεί άμεσο τρόπο πρόκλησης αποτελεσματικής αντινεοπλασματικής ανοσίας με διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος από νεοπλασματικά αντιγόνα που χορηγούνται συνήθως ενδοδερμικά.⁸

- **Τοπική ανοσοθεραπεία**

Ονομάζεται η ενδοογκοτική ένεση ή η τοπική εφαρμογή των ανοσοθεραπευτικών παραγόντων που επάγονται αντιδράσεις επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας στην άμεση γειτονία των προσιτών όγκων.

- **Ενισχυτική ανοσοθεραπεία**

Ονομάζεται η ανοσοθεραπεία που εφαρμόζεται μετά τη χειρουργική αφαίρεση ή και ακτινοθεραπεία του πρωτοπαθούς όγκου σε ασθενείς – που παρά την αδυναμία διαπίστωσης μεταστάσεων – πιστεύεται ότι η νόσος έχει γενικευτεί.⁴²

ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ**ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑΣ**

Η επιφανειακή υπερθερμία έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία στις εξής περιπτώσεις :

- Σε προχωρημένους πρωτοπαθείς όγκους μαστού.
- Σε υποτροπή του θωρακικού τοιχώματος από καρκίνο του μαστού έπειτα από μαστεκτομή.
- Σε προχωρημένους καρκίνους του μαστού.

Επίσης, η διάμεση υπερθερμία – εφαρμογή θερμότητας με εμφύτευση καθετήρων μέσα στον όγκο – εφαρμόστηκε ήδη στον καρκίνο του μαστού.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι τεχνικές θεραπείας με υπερθερμία διαφούνται σε 3 ευρείες κατηγορίες :

- Την τοπική θέρμανση:

Επιτυγχάνεται εξωτερικά, με τη χρήση εξωτερικού μηχανήματος και θέρμανση του όγκου μέσα ή κοντά στο δέρμα, και εσωτερικά, με τη διαδικασία της διάμεσης υπερθερμίας, η οποία προφυλάσσει τους φυσιολογικούς ιστούς από βλάβη.

- Την περιοχική θέρμανση.

Επιτυγχάνεται με συσκευές εκπομπής ραδιοσυχνοτήτων που θερμαίνουν εκτεταμένες μάζες ιστών βαθιά μέσα στο σώμα.

- Την υπερθερμία ολόκληρου του σώματος.

Επιτυγχάνεται με τη βοήθεια καλυμμάτων θερμού ύδατος ή ειδικών συσκευών που μοιάζουν με φούρνους και ανυψώνουν τη θερμοκρασία άνω των 41,8° C.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑΣ

Η υπερθερμία δεν αυξάνει σοβαρά τις παρενέργειες της ακτινοβολίας. Περίπου στους μισούς υπό θεραπεία ασθενείς, η επιφανειακή υπερθερμία είναι δυνατόν να προκαλέσει κάποια δυσανεξία ή κάποιο τοπικό πόνο. Ενδέχεται επίσης, να προκαλέσει φλύκταινες, ενώ σπανιότερα έγκαυμα που θεραπεύεται αργά και χρήζει χειρουργικής αποκατάστασης.²⁹

1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Η χειρουργική παρέμβαση, μπορεί να περιλαμβάνει την απλή μαστεκτομή-αφαίρεση του μαστού χωρίς εκτομή των λεμφαδένων, είτε την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή με αφαίρεση του μαστού, των μασχαλιαίων αδένων και μέρους των υποκείμενων θωρακικών μυών.

Η έκβαση της χειρουργικής του μαστού ποικίλει και εξαρτάται από τον τύπο της εγχείρησης :

Μετά την εφαρμογή μερικής μαστεκτομής -

- Δεν είναι αναγκαία η πρόσθεση στο μαστό.
- Δεν παρατηρείται λεμφοίδημα.
- Στη συνέχεια είναι απαραίτητη συνήθως η ακτινοθεραπεία.

Μετά την εφαρμογή ριζικής μαστεκτομής.

- Είναι απαραίτητη η ενδοπρόθεση του μαστού.
- Συνήθως παρατηρείται λεμφοίδημα.⁵⁵

Ανεξάρτητου τύπου χειρουργικής επέμβασης, η προεγχειρητική και μετεγχειρητική προετοιμασία είναι η ίδια, όπως για κάθε ασθενή που οδηγείται στο χειρουργείο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου, επιδίωξη είναι η ενθάρρυνση της ασθενούς να ανταπεξέλθει από φυσιολογικής και ψυχολογικής πλευράς το στρες της εγχείρησης.⁵⁹

Σκοπός της προεγχειρητικής ετοιμασίας της άρρωστης είναι :

- Η καλύτερη δυνατή εξασφάλιση ψυχολογικής, σωματικής και φυσικής προεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου.
- Η ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων με τη μείωση πηγών μόλυνσης και ενίσχυση της άμυνας του οργανισμού του αρρώστου.
- Η πρόληψη των επιπλοκών και η επιτάχυνση της ανάρρωσης του αρρώστου.

Η συνήθης προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

Ψυχολογική προετοιμασία

Έχει βασική σημασία για κάθε επέμβαση. Ιδιαίτερα για επεμβάσεις καρκίνου του μαστού που προκαλούν stress, αγωνία και φόβο στη σκέψη της μόνιμης και εμφανούς αναπηρίας της απώλειας του μαστού, καθώς και αίσθημα ανασφάλειας και θανάτου. Το αισθητικό μέρος, η αγωνία πιθανής απόρριψης του συζύγου, η αδυναμία να εκπληρώσει το ρόλο της σαν μητέρα θηλάζοντας το παιδί της κλπ, προκαλούν έντονο ψυχικό κλονισμό. Συχνά απαιτούνται μεγάλα αποθέματα ψυχικής δύναμης για να υπερνικήσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες.⁵⁵

Συγκεκριμένα η νοσηλεύτρια :

- Εξασφαλίζει την συγκινησιακή υποστήριξη της άρρωστης και την βοηθάει να διασκορπίσει τα αισθήματα φόβου με :
 - α) Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της.
 - β) Δίνοντας έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
 - γ) Εξασφαλίζοντας τακτική επίσκεψη της άρρωστης.
 - δ) Αναζητώντας την υποστήριξη του συζύγου.
 - ε) Ενθαρρύνοντας και διαβεβαιώνοντας για την αίσια έκβαση της εγχείρησης.

- Βοηθάει στην αποδοχή της απώλειας του μαστού.

Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην μαστεκτομή, γι' αυτό και η νοσηλεύτρια προσεγγίζει κάθε γυναίκα ξεχωριστά σαν άτομο.

- Μειώνει τον χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση.
- Ενθαρρύνει την άρρωστη και την οικογένειά της να εκφράσουν τα αισθήματά τους, τους φόβους τους, και τις ανησυχίες.
- Διδάσκει την άρρωστη και την οικογένειά της σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.³⁹

Σωματική προετοιμασία

Η σωματική προεγχειρητική ετοιμασία δεν διαφέρει από τις γενικές επεμβάσεις.

Προηγούμενη μέρα της επέμβασης

- Λήψη αίματος για ομάδα, Rhesus και διασταύρωση.⁵⁵
- Ελαφρά τροφή το βράδυ (τροφή χωρίς υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν η ασθενής δεν πρέπει έστω και για 6 ώρες να στερηθεί υγρά, της χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.
- Καθαριότητα της ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε :
 - Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Αποβλέπει :
 - α) Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.

β) Στην αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με την εκτέλεση υποκλυσμών ή τη χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου και πάντοτε κατόπιν εντολής γιατρού. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και εάν είναι αρνητικά ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος.

- καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Η περιποίηση νυχιών, η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα συμπληρώνουν την καθαριότητα του σώματος.
- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Για την αποφυγή αύπνιας χορηγείται στην ασθενή, τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως, ηρεμιστικά και υπνωτικό φάρμακο.
- Προετοιμασία και εκπαίδευση της ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις των άκρων, αναπνευστικών μυών κλπ.

Στην περίοδο αυτή δεν είναι αρκετή για την ασθενή μια τυπική και απλή πληροφόρηση. Στη διδασκαλία περιλαμβάνεται επίδειξη για το πώς πρέπει να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει, για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών.

- Τεχνική Διαφραγματικής αναπνοής.

Σκοπός της είναι η ισχυροποίηση του διαφράγματος. Η νοσηλεύτρια διδάσκει στην άρρωστη τον τρόπο της διαφραγματικής αναπνοής όπως παρακάτω :

α) Τοποθετείστε το ένα χέρι σας στη θέση του στομάχου, ακριβώς κάτω από τις πλευρές και το άλλο στη μεσότητα του θώρακα.

β) Αναπνεύστε βαθιά και αργά από τη μύτη, αφήνοντας την κοιλιακή χώρα να διαταθεί όσο γίνεται περισσότερο.

γ) Εκπνεύστε με σχεδόν κλειστά χείλη και πιέστε με το χέρι σας τα κοιλιακά τοιχώματα προς τα μέσα και πάνω.

δ) Επαναλάβετε το ίδιο για 1', αναπαυθείτε 2' και συνεχίστε με τον ίδιο ρυθμό για 10', 3-4 φορές την ημέρα.

- Αποτελεσματικός βήχας.

α) Πάρτε καθιστή θέση με χαλαρούς ώμους, κάμψη της κεφαλής προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα.

β) Βγάλτε τον αέρα με σουρωμένα χείλη.

γ) Εισπνεύστε αργά σαν να μυρίζετε κάτι. Με τον τρόπο αυτό αυξάνεται ο αερισμός των βάσεων των πνευμόνων και ανοίγουν οι κλειστοί αεραγωγοί.

δ) Επαναλάβετε τις ίδιες ασκήσεις 3-4 φορές.

ε) Πάρτε βαθιά κοιλιακή εισπνοή και σκύψτε προς τα εμπρός για να βήξετε.

- Παθητικές ασκήσεις στο χέρι της προσβλημένης πλευράς.

Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και ιπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται 24 ώρες μετά την επέμβαση, για την πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και τη διατήρηση του μυϊκού τόνου.

- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Ημέρα της επέμβασης

- Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης της ασθενούς :

Η νοσηλεύτρια κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη, προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρουολογήματος και αναφέρει τις σχετικές παρατηρήσεις στην προϊσταμένη ή το γιατρό του τμήματος.

- Κένωση της ουροδόχου κύστης, διότι η πλήρης κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι.
- Κατάλληλη ένδυση της ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχείρησης η ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία (ποδονάρια, χειρουργική ρόμπα, σκούφο) και αφαιρούνται φακοί επαφής, κοσμήματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες.
- Προνάρκωση της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια δίνει στην ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη δόση.
- Μεταφορά της άρρωστης με φορείο στο χειρουργείο.⁶⁰

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς αρχίζει μετά το τέλος της εγχείρησης και φτάνει μέχρι την έξοδο της άρρωστης και στη συνέχεια την πλήρη αποκατάστασή της.

Έχει σκοπό :

- Την ανακούφιση από τον πόνο.
- Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών της ασθενούς.
- Την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Τη βοήθεια της άρρωστης να ανεξαρτητοποιηθεί το συντομότερο δυνατό.⁶¹

Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στην αίθουσα της ανάνηψης, συνοψίζονται στις παρακάτω ενέργειες :

- Σημειώνει την ώρα προσέλευσης της άρρωστης.
- Φροντίζει να διατηρηθεί η αεροφόρος οδός ανοιχτή με κατάλληλη θέση, και το κεφάλι πλάγια.
- Παρατηρεί και παρακολουθεί :
 - α) Την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μετάγγιση.
 - β) Τον τύπο του διαλύματος, το ποσό, το ρυθμό ροής και το σημείο της φλεβοκέντησης.
 - γ) Τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων.
 - δ) Ελέγχει χρώμα νυχιών χειλιών, δέρματος για κυάνωση, καθώς και επίπεδο συνείδησης.

Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας κατά την επιστροφή της άρρωστης στο νοσηλευτικό τμήμα

Η νοσηλεύτρια ενεργεί για τα παρακάτω :

- Παραλαβή και τοποθέτηση της αρρώστου σε ύπτια θέση, μέχρι να συνέλθει από την νάρκωση.⁵⁵
- Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού (πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας).
- Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας. Ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.

- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
 - Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.
 - Πρόληψη λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή η άμυνα εναντίον των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας της αφαίρεσης των λεμφαδένων. Απαγορεύονται υποδόριες, ενδομυϊκές ενέσεις ή φλεβοκεντήσεις για αποφυγή εισόδου μικροβίων.
 - Τοποθέτηση της άρρωστου σε θέση ημι-Fowler. Το χέρι τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι (η βαρύτητα βοηθάει στην επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται ο σχηματισμός λεμφοιδήματος).
 - Έγκαιρη έγερση της άρρωστης από το κρεβάτι.
 - Σχεδιασμός για έξοδο από το Νοσοκομείο – Διδασκαλία
1. Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
 2. Ετοιμασία του συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.
 3. Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρυνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η Νοσοκόμος θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητές της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κλπ.
 - α) Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη να μη αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.
 - β) Εάν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται σιγά-σιγά.
 - γ) Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

δ) Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματός της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος αλλά βοηθά και στο να φαίνεται η γυναίκα φυσιολογική.

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

- **Σφύξιμο μπάλας.** Είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στο δυνάμωμα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.
- **Πέταγμα μπάλας.** Βελτιώνει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα πετά τη μπάλα που είναι δεμένη σε ελαστικό κορδόνι. Κάθε βολή προάγει την παραπέρα έκταση του βραχίονα.
- **Αναρρίχηση στον τοίχο.** Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο όσο είναι δυνατόν. Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο που έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.
- **Γύρισμα σχοινάκι.** Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και το τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινάκι με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.
- **Αιώρηση χεριών.** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Η Νοσοκόμος στέκεται δίπλα στην άρρωστη, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

- **Τροχαλία.** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μάνιου. Τα άκρα του σχοινού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μη κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια να εφάπτονται στο πάτωμα.
- **Κούμπωμα κουμπιών πλάτης.** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δύο της χέρια πίσω στην πλάτη σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζας της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φθάνουν ψηλότερα στην πλάτη.
- **Άγγιγμα μετώπου.** Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση χεριών. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.
- **Φροντίδα του τραύματος**
 - α) Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
 - β) Σημείωση ότι το πρόσφατα επούλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.
 - γ) Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
 - δ) Αναγνώριση σημείων φλεγμονής - πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα

ενημέρωση του γιατρού επί παρουσίας τους.

 - ε) Ήπιο μασάζ της επούλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος.

Γίνεται με την έγκριση του γιατρού.
- **Πρόληψη και / ή αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος.**

Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση της λοίμωξης σε αυτό το άκρο είναι πολύ δύσκολη λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για την πρόληψη του λεμφοιδήματος θα πρέπει:

α) Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό τα κοψίματα, οι αμυχές, τα τσιμπήματα, τα δήγματα εντόμων, τα εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.

β) Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.

γ) Στον βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.

δ) Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για την πρόληψη του εξαρτημένου οιδήματος.

ε) Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη της λοίμωξης.

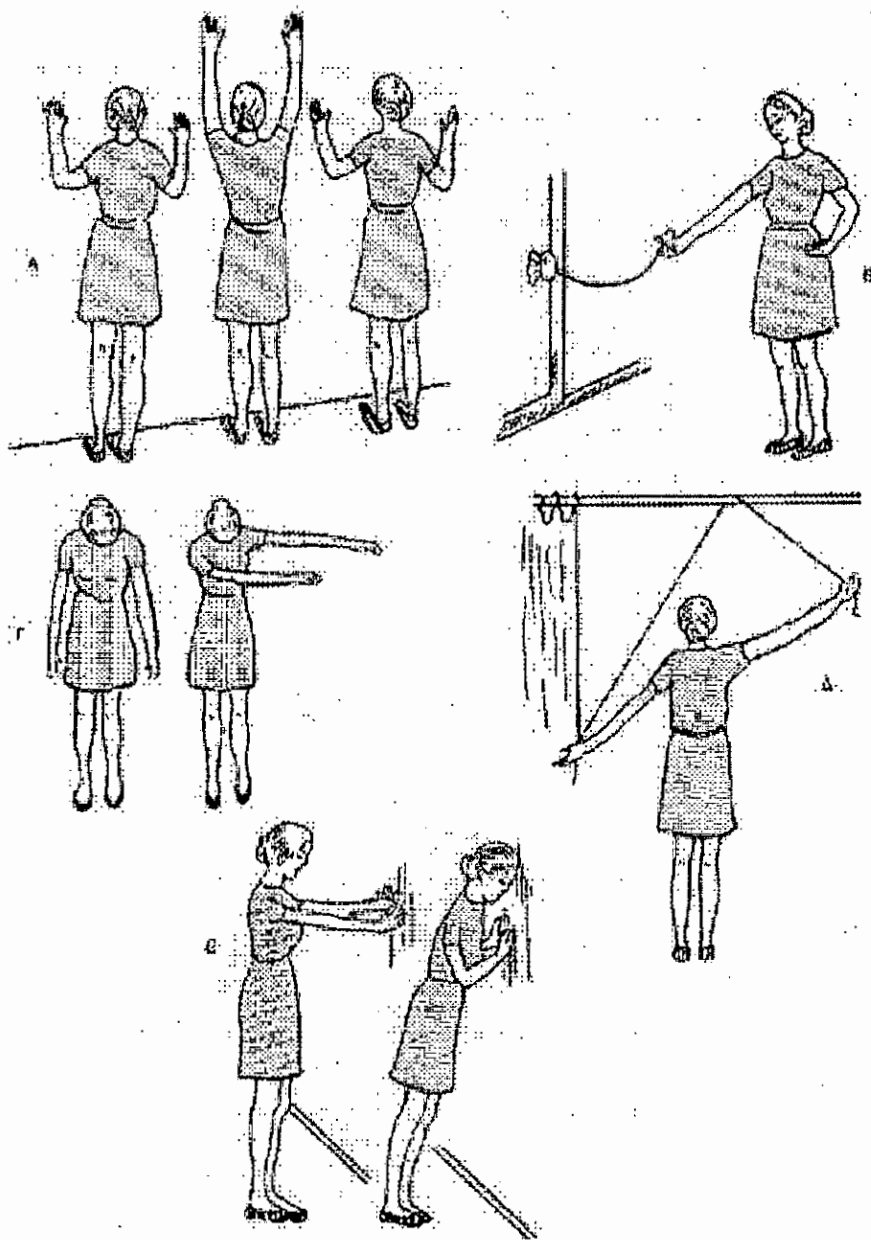
στ) Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια) για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

ζ) Για την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

- Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους).

Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά η άρρωστη συμβουλευεται να φορέει κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί) που δε θα κολλά πάνω στο τραύμα. Για να κρατηθεί η πρόχειρη αυτή πρόσθετη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα «V» στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη ή στις ζαρτιέρες. Η τιράντα του στηθόδεσμου θα πρέπει επίσης να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης, που υπάρχουν στο εμπόριο, και από πού μπορεί να την προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.

- Τονισμός της σπουδαιότητας του μετανοσοκομειακού check-up για:
 1. Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος.
 2. Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση - έλεγχος προόδου ασκήσεων.
 3. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.
 4. Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.
 5. Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.



Εικόνα 8. Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή.

- Α. Αναρρίχηση στον τοίχο. Β. Γύρισμα σχοινάκι.
 Γ. Αιώρηση χεριών. Δ. Τροχαλία. Ε. Άγγιγμα μετώπου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

- Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας, στην οποία συμμετέχει η ασθενής και η οικογένειά της) προσέγγιση της ασθενούς και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά της ως ενιαίας οντότητας.
- Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την τοποθέτηση των ασθενών που θα υποβληθούν σε θεραπεία σε μικρό θάλαμο, ετοιμάζεται για την αντιμετώπιση επιπλοκών και προκειμένου για ειδικό τμήμα, εξοικειώνεται με τη χρήση του εξοπλισμού, όπως της άσηπτης κλίνης, και περιορίζει στο τμήμα της το επισκεπτήριο στο ελάχιστο.
- Η νοσηλεύτρια βεβαιώνει την ασθενή πως οι τοξικές ενέργειες και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
- Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση της ασθενούς, για να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας.
- Προσφέρεται στον ασθενή ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
- Γίνεται γενική αξιολόγηση της ασθενούς για τη θρέψη της, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, την ευαισθησία της σε διάφορα φάρμακα κλπ. Λαμβάνοντα επίσης, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.¹⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**• Μέτρα ασφάλειας για τον άρρωστο**

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τηρεί ορισμένους κανόνες :

1. Αυστηρή αντισηπτική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται στο στάδιο προετοιμασίας και χορήγησης του φαρμάκου.

2. Καινούργια αποστειρωμένη βελόνα πρέπει να χρησιμοποιείται κάθε φορά που προστίθεται ένα νέο φάρμακο στον ορό.
3. Εάν το φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής και ο κίνδυνος για έγχυση έξω από τη φλέβα είναι μικρότερος.
4. Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται π.χ. στο χέρι από την πλευρά που έχει προηγηθεί μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.
5. Κάθε φλέβα πρέπει να δοκιμάζεται με φυσιολογικό ορό (N/S) πριν την χορήγηση και να ξεπλένεται καλά μετά.
6. Να δοθούν οδηγίες στον άρρωστο ή στην οικογένειά του για συμπτώματα που πρέπει να αναφερθούν αμέσως στη νοσηλεύτρια, όπως πόνος, κάψιμο ή οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.
7. Η νοσηλεύτρια πρέπει να διακόψει τη θεραπεία εάν υποψιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα και να ενεργήσει ως εξής :
 - να βγει αμέσως η βελόνα
 - να σκεπαστεί η περιοχή με παγάκια
 - να γίνει ένεση Hydrocortizone 100mg στην περιοχή του εξαγγειώματος, ενδομυϊκώς, με βελόνα N° 25G.
 - να απλωθεί σ' όλη την περιοχή κρέμα Hydrocortizone 1%, 2 φορές την ημέρα.
 - συνίσταται προσοχή στη χρήση διττανθρακικού Na (Sodium Bicarbonate), γιατί μπορεί να προκληθεί νέκρωση των ιστών. Σε περίπτωση νεκρώματος, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα ειδικά αντίδοτα για τη θεραπεία του, όπως ανακοίνωσε το φαρμακευτικό τμήμα του San Fransisco της Καλιφόρνια :

Doxogubicin	(Διττανθρακικό νάτριο)	
	Sodium bicarbonate 8,4%	5ml
	Dexamethasone (4mg/ml)	1ml
Mitomycin	Θεικό άλας του νατρίου (Sodium thiosulfate) 10%	4ml
	(4ml + 6ml) με απεσταγμένο νερό (H ₂ O)	
	ή	
	Ascorbic acid ενέσιμο (50mg/ml)	1ml

Vinblastine	Διττανθρακικό νάτριο (Sodium bicarbonate) 8,4%	5ml
Vincristine	ή Hyaluronidase (150μ/ml) Normal Saline	1ml

8. Η νοσηλεύτρια πρέπει να επιδιώκει την πρόληψη νέκρωσης με τη χρήση υποδόριου καθετήρα :

intraport

Η νοσηλευτική φροντίδα του intraport περιλαμβάνει :

- εκπαίδευση και ενημέρωση του αρρώστου
- εφαρμογή μέτρων αντισηψίας κατά τη χρήση του intraport, για αποφυγή μολύνσεων : πλύσιμο χεριών
χρήση αποστειρωμένων γαντιών
αντισηψία δέρματος.
- επιτυχή χρήση του intraport : προετοιμάζεται η περιοχή με τοπική αναισθησία (spray), για αποφυγή πόνου κατά την είσοδο της βελόνας.
γίνεται ηπαρινισμός
πριν από τη χορήγηση φαρμάκων προηγείται δόση εφόδου με φυσιολογικό ορό, για απομάκρυνση της ηπαρίνης,
υποκλείδιο καθετήρα σιλικόνης Hickman, ηλεκτρονική αντλία port-A-cath.

• **Μέτρα ασφάλειας για το υγειονομικό προσωπικό**

Ευθύνη των νοσηλευτών αποτελούν και τα μέτρα ασφαλείας που πρέπει να τηρούνται όταν χειρίζονται κυτταροστατικά φάρμακα, ώστε να απαλλαγούν από τις μεταλλαξιογόνες και καρκινογόνες επιδράσεις που ασκούν πάνω τους. Ο ιδεώδης τρόπος θα είναι αυτά τα φάρμακα να ετοιμάζονται σε ειδικό χώρο με απαγωγό εστία (laminar air flow hood). Η προετοιμασία χημειοθεραπευτικών φαρμάκων με hood ακολουθεί τα εξής υποχρεωτικά στάδια :

Κατά τη διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή τα εξωτερικά ιατρεία και ειδικά για φάρμακα που πρέπει να χορηγούνται αμέσως μετά τη διάλυσή τους. π.χ. Mustard, απαιτούνται ορισμένα εφόδια για το προσωπικό, ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα.

Συγκεκριμένα η νοσηλεύτρια :

- Πρέπει να είναι εξοπλισμένη με :
 - Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακριά μανίκια που να κλείνουν καλά.
 - Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας.
 - Προστατευτικά γυαλιά.
 - Γάντια καλής ποιότητας.
- Να πλένει τα χέρια καλά, πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσεως του δέρματος, να πλένει καλά την περιοχή με σαπούνι και νερό. Σε περίπτωση μόλυνσεως ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό.
- Όταν τελειώσει τη διαδικασία διαλύσεως των φαρμάκων, όλα τα μολυσμένα υλικά, πρέπει να τα συλλέγει σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες και να τοποθετεί κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «επικίνδυνα υλικά».
- Να αποφεύγει τη χρήση κυτταροστατικών φαρμάκων εάν είναι επίτοκος, ειδικά τους 3 πρώτους μήνες της κύησης, για αποφυγή τερατογένεσης.⁶²

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ

Όλα τα κυτταροστατικά προκαλούν παρενέργειες ανάλογα με τον τύπο του φαρμάκου. Οι παρενέργειες αποτελούν προβλήματα για τον άρρωστο, τα οποία απαιτούν την ανάλογη νοσηλευτική αντιμετώπιση. Γι' αυτό οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν πολλές γνώσεις δεξιότητες και ενδιαφέρον, όταν νοσηλεύουν καρκινοπαθείς, ώστε να τους εμπνεύσουν εμπιστοσύνη και να τους εξασφαλίσουν άνετο περιβάλλον.⁵⁵

Καταστολή του μυελού των οστών

Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα, με εξαίρεση τη μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Λευκοπενία, θρομβοπενία είναι συνηθισμένες, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή.

Λευκοπενία

Απαραίτητη είναι η ενημέρωση της ασθενούς ότι η λευκοπενία είναι προσωρινή και ότι θα πρέπει να εξασφαλίσει καθαρό και υγιεινό περιβάλλον. Γίνεται

κατανοητό ότι λόγω της πτώσης των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, η παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη των λοιμώξεων.

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Εξηγούνται στην ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους : αύξηση θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης.
- Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη, με σκοπό την πρόληψη σηψαιμικών εκδηλώσεων.
- Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα, γάντια και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιό της.
- Αποφεύγεται η λήψη ωμών φρούτων και φαγητών, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος για μετάδοση νόσου, μια και δεν απολυμαίνονται με το βρασμό.
- Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadine scrub.
- Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται).
- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό, και δεν συνίσταται.
- Όταν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.
- Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο, θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους, οι οποίοι είναι επικίνδυνοι, μια και δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα, επαρκής αερισμός και ο αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου.
- Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός τους, μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής (φυσιολογική τιμή 200.000-300.000/mm³).
- Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μύτη-στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.
- Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων (μελάνιασμα). Ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πτύελα, μέλαινα κένωση.
- Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3min περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος.
- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κλπ, πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.
- Σε δυσκοιλιότητα αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.
- Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαίτερος σαλικυλικά (Aspirine, Egicalm κλπ), αν δεν συμβουλευτεί πρώτα το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Η χορήγηση σαλικυλικών εμποδίζει και διαταράσσει τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων.
- Δίνει συμβουλές στην ασθενή, ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη της αιμορραγίας. Τέτοιες συμβουλές είναι :
 - αποφεύγει το ξύρισμα οποιουδήποτε μέρους του σώματος με ξυραφάκι.
 - να φροντίζει το στόμα της πρωί-βράδυ, μετά το φαγητό.
 - να αποφεύγει σκληρές τροφές που τραυματίζουν δόντια και στόμα.
- Προνοεί, ώστε να υπάρχει έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση, παρακολουθείται η ροή του και η ασθενής για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

Αναιμία (μείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων)

Απαγορεύεται η χορήγηση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή, αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η μετάγγιση αίματος είναι γρήγορος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της πτώσης των ερυθρών και είναι σκόπιμο να υπάρχουν από την αρχή της θεραπείας κατατεθειμένες στην τράπεζα αιμοδοσίας κάποιες φιάλες στο όνομα της ασθενούς για άμεση χρήση. Επίσης, η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη (φυσιολογική τιμή 14-18g/100ml), τον αιματοκρίτη (φυσιολογική τιμή 42-54% στους άντρες και 37-47% στις γυναίκες), καθώς και την παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση.
- Φροντίζει ώστε να λαμβάνει η ασθενής τροφές πλούσιες σε λεύκωμα και σίδηρο (Fe).
- Συνιστά την ελάττωση των δραστηριοτήτων της και την αποφυγή κόπωσης.
- Συνιστά καλή και επαρκή ανάπαυση.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Οι πιο συνηθισμένες διαταραχές είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια και η στοματίτιδα.¹⁰

Ναυτία και έμετος

Η ναυτία και η τάση προς έμετο που συνοδεύεται με τη θεραπεία του καρκίνου, δεν είναι ίδιες με αυτές που νιώθει κάποιος σε άλλη περίπτωση. Είναι γενικά συνέπειες της επίδρασης της χημειοθεραπείας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, γι' αυτό ωφέλιμα αντιεμετικά φάρμακα είναι αυτά με καταπραϋντική δράση.⁶²

Κύριοι παράγοντες που προδιαθέτουν σε ναυτία και έμετο με την χημειοθεραπεία, αναφέρονται :

1. Φύλο (οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες).
2. Άγχος για τη χημειοθεραπεία.
3. Χρόνια λήψη αλκοόλ.
4. Προηγούμενη εμπειρία ναυτίας-εμέτου.

Αξίζει επίσης να αναφερθεί πως η ναυτία και ο έμετος που βιώνονται από τον χημειοθεραπευτικά αντιμετωπιζόμενο ασθενή, διακρίνονται σε προθεραπευτική, μεταθεραπευτική και όψιμη ναυτία-έμετο, που εμφανίζονται πριν τη θεραπεία, 1-2 ώρες μετά από αυτή και 48-72 ώρες μετά τη θεραπεία, αντίστοιχα.

Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί τη συχνότητα των εμέτων, το χαρακτήρα και την ποσότητα.
- Αξιολογεί το βαθμό της ναυτίας με βάση την οπτική κλίμακα, όπου :
 - 0 = πλήρης απουσία ναυτίας
 - 1 = ήπια ναυτία, που δεν επηρεάζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
 - 2 = μέτρια ναυτία, που δεν επηρεάζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
 - 3 = σοβαρή ναυτία, που αναγκάζει τον άρρωστο να παραμένει στο κρεβάτι.
- Παρακολουθεί τη θρέψη της ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στο φαγητό.
- Λαμβάνει προληπτικά μέτρα όπως :
 - Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού) πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά δωρο (επιτυγχάνουν γρηγορότερη κένωση του στομάχου, αυξάνοντας τον τόνο και το εύρος των περιστολών του). Ασθενείς και νοσηλεύτριες φαίνεται να συμφωνούν ότι η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων είναι πολύ βοηθητική.
 - Χορήγηση χημειοθεραπευτικού με άδειο στομάχι ή την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.
 - Εκπαιδεύεται η ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς της πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
 - Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με την ασθενή, για το περιεχόμενο και την ώρα, ώστε να μην αισθάνεται το στομάχι της πολύ γεμάτο.
 - Αποφεύγονται τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα, γιατί αυξάνουν τη ναυτία και τον έμετο, καθώς και σκληρές τροφές, γιατί δυσκολεύουν την πέψη.
 - Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού δυνατόν να χορηγηθούν υγρά τουλάχιστον μια ώρα πριν ή μετά το φαγητό.
 - Συνιστάται καλή μάσηση της τροφής για να διευκολύνεται η πέψη.
 - Συνιστάται η χορήγηση τοστ, κράκερς, δημητριακών, τα οποία βοηθούν στην ανακούφιση της δυσφορίας του στομάχου, ενώ αποφεύγονται τα γλυκά, τα τηγανητά και τα λιπαρά φαγητά.¹⁰

Διάρροια

Μπορεί να παρουσιαστεί ανάλογα με το χορηγούμενο φάρμακο και από την 1^η ημέρα της θεραπείας. Έχει αναφερθεί και ένα είδος καθυστερημένης διάρροιας, με

χρόνο εμφάνισης από 24h έως και ημέρες. Λύση οπωσδήποτε δίνουν τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί :
- Το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης
- Την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- Τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.
- Λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας και των κοιλιακών μυών :
- Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο.
- Αποφεύγει τροφές που προκαλούν σύσπαση, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, ξηρούς καρπούς κ.α.
- Απαγορεύει το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αν υπάρχει ένδειξη επίτασης της διάρροιας.
- Χορηγεί υδρική διαίτα, για να βοηθήσει το έντερο να ξεκουραστεί.
- Προσφέρει βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με :
- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία.
- Χορήγηση άφθονων υγρών για αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν.
- Χορήγηση τροφών που περιέχουν κάλιο. Με τη διάρροια έχουμε αποβολή καλίου. Η χορήγηση των παραπάνω τροφών βοηθάει στη διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου.
- Φροντίδα του δέρματος ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.⁶²

Στοματίτιδα – Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου 7 ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει, με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και μόλυνση.¹⁰

Κύριο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η στοματική υγιεινή, με απώτερο σκοπό τη διατήρηση της υγείας του ασθενή, εμποδίζοντας τη μόλυνση και υποστηρίζοντας τη φυσική του κατάσταση.⁶³ Συγκεκριμένα, η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα :

- Βοηθάει στην πρόληψη της στοματίτιδας :

- Λαμβάνει το οδοντιατρικό ιστορικό της ασθενούς (ιστορικό στοματίτιδας, ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών).
- Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και την αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα και τις οδοντοστοιχίες.
- Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να :
 Βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα 2 φορές την ημέρα.
 Κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία.
 Καθαρίζει το στόμα της 3-4 φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδας και H₂O.
- Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρωει ευκολότερα (να πίνει άφθονα υγρά, να τρωει τροφές που αποδίδουν υγρασία.
- Αν εμφανιστεί στοματίτιδα, χρησιμοποιεί τα ακόλουθα θεραπευτικά μέτρα :
 - συνεχής εκτίμηση του στοματικού βλεννογόνου.
 - Καθαρίζει 3 ή 4 φορές ημερησίως τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό.
 - Χρησιμοποιεί διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου (ξεπλένει τη στοματική κοιλότητα με 50% Benadryl elixir, 50% Kaopectate με Xylocaine viscus 5'-10' μετά το φαγητό.⁶²

Αλωπεκία

Συνήθως συμβαίνει 2 ή 3 εβδομάδες μετά την αρχική δόση, ενώ το φάρμακο που προκαλεί κατ' εξοχήν αλωπεκία σε ποσοστό 100% είναι η δοξορουμπικίνη (Adriblastina). Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο, η νοσηλεύτρια :

- Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή.
- Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία.
- Προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει την πτώση των τριχών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.
- Διδάσκει και ενημερώνει την ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπισθεί θετικά :

- Να μην λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.
- Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Μειώνεται ο βαθμός της αλωπεκίας, αν κατά τη θεραπεία και 10-15min μετά από αυτήν, εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι. Ο πάγος δημιουργεί αγγειοσύσπαση των αγγείων του κεφαλιού με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θυλάκους των τριχών, αλλά ούτε και το χημειοθεραπευτικό.
- Επίσης, είναι δυνατόν να ελαχιστοποιηθεί η αλωπεκία με την τοποθέτηση κάσκας υποθερμίας. Κύριος μηχανισμός δράσης της συσκευής αυτής είναι η αγγειοσυστολή και η μείωση της παροχής αίματος στους θυλάκους των τριχών.

Άλλοι πιθανοί μηχανισμοί είναι :

- i) Η ελάττωση της ενδοκυττάριας μεταφοράς του χημειοθεραπευτικού, μηχανισμός που απαιτεί ενέργεια και είναι θερμοευαίσθητος και
- ii) Η μείωση του μεταβολισμού των θυλάκων των τριχών και, κατ' επέκταση, της δράσης του φαρμάκου. Ιδανική θερμοκρασία θεωρείται η κάτω των 24° C.

Νευροτοξικότητα

Η νευροτοξικότητα είναι συνηθισμένο αποτέλεσμα της θεραπείας με φυτικά αλκαλοειδή. Η βαρύτητα σχετίζεται με το μέγεθος της δόσης. Μείωση της δόσης είναι απαραίτητη, όταν επηρεάζεται η λειτουργία του ήπατος. Η νοσηλεύτρια οφείλει να παρακολουθεί τις ασθενείς για συμπτώματα :

- ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει αντανακλαστικών των τενόντων, αν εμφανιστούν σημεία μυϊκής αδυναμίας, η δόση πρέπει να ελαττωθεί ή ακόμη και να διακοπεί μέχρι την ανάρρωση.
- Σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού, παραλυτικό ειλεό, ψυχικές διαταραχές, ορθοστατική υπόταση.

Η ασθενής προστατεύεται από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).

Βοηθείται η ασθενής στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με :

- Τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της.
- Τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και
- Την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.¹⁰

Νεφροτοξικότητα

Η νεφρική λειτουργία πρέπει να εξετάζεται σε όλες τις ασθενείς που κάνουν θεραπεία με κυτταροστατικά φάρμακα, επειδή κυτταρική βλάβη η οποία είναι συνέπεια της χημειοθεραπείας μπορεί να έχει αποτέλεσμα την αύξηση του ουρικού οξέος και την καθίζηση κρυστάλλων ουρικού οξέος στα εσπειραμένα σωληνάρια, στους κάλυκες ή στην πύελο. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από ολιγουρία και, αν δεν θεραπευτεί, εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Η ουρική νεφροπάθεια συνήθως εμφανίζεται μέσα σε έξι μέρες από την έναρξη της θεραπείας και μερικές φορές μέσα σε λίγες ώρες. Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α.
- Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Λαμβάνει μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων. Η χορήγηση υγρών αναφέρεται σε ισχυρή ενυδάτωση του ασθενούς 12h πριν τη χορήγηση χημειοθεραπείας και 12h μετά, ώστε να μην επιτραπεί αύξηση του ουρικού οξέος.
- Χορηγεί τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά φτωχές σε Κ και Na, για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών.⁶²

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει για τις πιθανές αλλαγές, οι οποίες είναι :

- Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο. Η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή μπορεί να σταματήσει.
- Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.

- Ορμονικές αλλαγές λόγω της χημειοθεραπείας, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο και ξηρότητα του κοιλιακού επιθηλίου.
- Μερικά κυτταροστατικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν στειρότητα, η οποία μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς και το είδος των χορηγούμενων χημειοθεραπευτικών.
- Συνιστάται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την πρόληψη τερατογενέσεων. Σε περίπτωση που η ανακάλυψη του καρκίνου γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν όμως η άμεση έναρξη της χημειοθεραπείας κριθεί απαραίτητη, συνιστάται να αρχίζει κατά τη 12^η εβδομάδα.

Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

Η νοσηλεύτρια :

- Εκτιμά την ακοή της ασθενούς πριν από τη θεραπεία.
- Ενημερώνει την άρρωστη να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Ηπατοτοξικότητα

Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί τη λειτουργικότητα του ήπατος, με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις.
- Παρακολουθεί για εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, ίκτερος.¹⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν ένα ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στον οργανισμό για θεραπευτικό σκοπό η δόση του είναι της τάξης των millicuries και γι' αυτό δεν είναι ακίνδυνο. Εφόσον όμως εφαρμοστούν τα μέτρα προστασίας γίνεται ακίνδυνο. Τα μέτρα που θα εφαρμοστούν, εξαρτώνται από :

1. Το είδος του ραδιοϊσότοπου.
2. Τον τρόπο εφαρμογής του.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστη στην οποία εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται :

- α. στην ενημέρωση για τη θεραπεία.
- β. στην προετοιμασία της άρρωστης.
- γ. στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων.
- δ. στην ψυχολογική τόνωση της άρρωστης πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.⁴⁷

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

(Τηλεραδιοθεραπεία – ακτίνες Χ), η νοσηλεύτρια :

- Ενημερώνεται για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας, τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει.
- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται η άρρωστη σχετικά με τη θεραπεία.
- Χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή η ασθενής θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητη στην ίδια θέση για λίγα λεπτά, και την προστατεύει από ψύξη (η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι χαμηλή).
- Πριν αρχίσει η ακτινοθεραπεία εκπαιδεύει την άρρωστη στα πιο κάτω :
 1. Η περιοχή της ακτινοβολίας.
 - διατηρείται στεγνή
 - πλένεται με H₂O και σαπούνι
 - αποφεύγονται αλοιφές, πούδρες κλπ
 - προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο
 - δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή / ερεθισμό
 2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που δηλώνει το σημείο εφαρμογής της ακτινοθεραπείας.
 3. Το διαιτολόγιό της πρέπει να είναι ελαφρύ, πλούσιο σε λευκώματα.
 4. Μετά από κάθε συνεδρία, είναι ακίνδυνη και επιστρέφει στο θάλαμο.

ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΠΡΟΚΕΙΤΑΙ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλεύτρια :

- Ενημερώνεται από το φάκελο της ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί (Ir-192), τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη), τον τρόπο

χορήγησής της (ενδοϊστικής) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής της και τον αριθμό των ημερών που η ασθενής πρέπει να απομονωθεί.

- Ενημερώνει την ασθενή για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας της.
- Αναρτεί πινακίδια, όπου αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής και το είδος – δόση του ραδιοϊσοτόπου.
- Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, απομονώνει την ασθενή, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία, και λαμβάνει προστατευτικά μέτρα.
- Χορηγεί αναλγητικά, με εντολή γιατρού, εκτιμά και καταγράφει την ανταπόκριση της ασθενούς.
- Διδάσκει την ασθενή και την προετοιμάζει μετά την έξοδο ως εξής :
 - να εκτελεί κάθε μήνα την αυτοεξέταση του μαστού.
 - να προστατεύει την περιοχή του δέρματος από την ακτινοβολία του ήλιου, χρησιμοποιώντας αντιηλιακά υψηλού δείκτη προστασίας.
 - ότι παροδικά, απότομοι πόνοι στο στήθος θα εμφανίζονται, ακόμη και ένα χρόνο μετά την ακτινοθεραπεία.
 - να εκτελεί ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας του σύστοιχου άκρου, με σκοπό την επαναφορά στη φυσιολογική κατάσταση της περιοχής της μασχάλης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ – ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά την ακτινοθεραπεία, οι περισσότερες παρενέργειες - επιπλοκές που μπορεί να προβληματίσουν την άρρωστη είναι παρόμοιες με αυτές της χημειοθεραπείας, όπως ναυτία και έμετοι, καταστολή του μυελού των οστών, ξηρότητα στόματος κ.α. Εκτός από τα παραπάνω προβλήματα, είναι δυνατόν να προκληθεί ακτινοδερματίτιδα και στη βραχυθεραπεία υπάρχει ο κίνδυνος της μόλυνσης του περιβάλλοντος.

Ακτινοδερματίτιδα


Η νοσηλεύτρια :

- Ελέγχει σε τακτά χρονικά διαστήματα την περιοχή που ακτινοβολείται για ερυθρότητα, ξηρότητα ή απολέπιση. Εφαρμόζει κρέμα κατόπιν ιατρικής οδηγίας σε διαπίστωση αυτών (αμυλούχες).
- Φροντίζει δέρμα της ασθενούς με χλιαρό νερό και ήπιους χειρισμούς και σκουπίζει ελαφρά.
- Συστήνει στην άρρωστη να αποφεύγει την έκθεση στον ήλιο, την υψηλή θερμοκρασία, το πολύ ψύχος, τραυματισμούς, στενά ενδύματα, αποσμητικά, καλλυντικά και φάρμακα, διότι ερεθίζουν και επιδεινώνουν την τοπική βλάβη και προδιαθέτουν για μολύνσεις.
- Φροντίζει για το διαιτολόγιο της ασθενούς, ώστε να είναι πλούσιο σε βιταμίνες και λευκώματα.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, διακόπτεται η ακτινοθεραπεία για ορισμένο διάστημα.¹⁰

Ραδιενεργός μόλυνση του περιβάλλοντος από την άρρωστη, η οποία μετά την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου είναι πηγή ακτινοβολίας:

Η νοσηλεύτρια μεριμνά για τα παρακάτω :

- Τοποθέτηση της ασθενούς σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο, με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με το χώρο των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης της ασθενούς. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος.
- Τοποθετεί στην πόρτα του δωματίου ειδική πινακίδα με το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.

Νέοσυρμεία	
Όνοματεπώνυμο ασθενούς	Αριθμός Θάλαμου
ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	
	
Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΦΕΡΕΙ ΡΑΔΙΕΝΕΡΓΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
ΜΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΕΤΕ ΤΗΝ ΠΙΝΑΚΙΔΑ ΜΕΧΡΙ:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Να αφαιρεθούν τα ραδιενεργά στοιχεία από την ασθενή ή. 2. Να εγκριθεί η σφαίραση από τον υπεύθυνο του τμήματος ραδιοϊσοτόπων. 	
Οι επισκέπτες πρέπει πριν εισέλθουν στην ασθενή να συμβουλευθούν το νοσηλευτικό σταθμό.	
Ημερομηνία	Υπογραφή
	Υπεύθυνος Τμήματος Ραδιοϊσοτόπων

Εικόνα 9. Ειδική πινακίδα ραδιενεργού ακτινοβολίας.

- Φέρει ειδικό δοσίμετρο, το οποίο μετράει την έκθεση στην ακτινοβολία και απομακρύνεται από το χώρο της ακτινοβολίας όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που το χρησιμοποιεί δέχθηκε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας.
- Περιορίζει τους επισκέπτες. Η παραμονή κάθε επισκέπτη στο χώρο δεν πρέπει να ξεπερνά τα 15min/ 24ωρο.
- Λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνο, κατά την προσφορά νοσηλείας στην ασθενή. Κατά την προσέγγιση της ασθενούς, φοράει μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.
- Προετοιμάζει ψυχικά και συναισθηματικά την ασθενή για την αφαίρεση του εμφυτεύματος.
- Χορηγεί αναλγητικά-ηρεμιστικά, μια ώρα πριν την αφαίρεση, μετά από ιατρική εντολή.

- Τοποθετεί δίπλα στο κρεβάτι ο ειδικός μεταφορέας της πηγής.
- Διαβεβαιώνει την ασθενή ότι από τη στιγμή της αφαίρεσης της πηγής δεν εκπέμπει πια ακτινοβολία.⁵⁵

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΩΟΘΗΚΕΚΤΟΜΗ

Για τη νοσηλεύτρια, η ωοθηκεκτομή παρουσιάζει τα εξής προβλήματα : Η ασθενής αντιμετωπίζει το θέμα της στειρώσης και χάνει κάθε ελπίδα να αποκτήσει παιδί. Η νοσηλεύτρια μπορεί να τονίσει ότι η εξασφάλιση της υγείας είναι εκείνο που προέχει και να επιστρατεύσει το οικογενειακό περιβάλλον για υποστήριξη. Επίσης, όταν η ωοθηκεκτομή ακολουθεί σε σύντομο διάστημα μια μαστεκτομή, δεν είναι εύκολο να πεισθεί η ασθενής για νέα χειρουργική επέμβαση, ακόμη και αν αναγνωρίζει ότι τα αποτελέσματά της είναι συζητήσιμα.

Από πλευράς νοσηλείας, η ωοθηκεκτομή παρουσιάζει τα προβλήματα μιας απλής επέμβασης κοιλίας και δεν παρουσιάζει επιπλοκές.

ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ

Το πιο εύχρηστο και χρησιμοποιούμενο φάρμακο είναι η διαιθυλοστιλβερόλη, σε δόσεις 5mg τρεις φορές την ημέρα. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της χρόνιας χορήγησης οιστρογόνων, οι οποίες είναι : μελάγχρωση των θηλών, κατακράτηση Na, αιμορραγία από διακοπή του φαρμάκου, ακράτεια ούρων και αύξηση της ερωτικής επιθυμίας (libido). Επίσης, γνωρίζει πως σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθεί έκρηξη της νόσου, με δυνατούς οστικούς πόνους ή και υπερασβεστιαμία, που αντιμετωπίζεται με ενυδάτωση, κορτιζόνη και καλσιτονίνη.

Ναυτία – έμετος
Ήπιο ως και έντονο οίδημα
Κολπορραγία
Ακράτεια ούρων
Έκρηξη της νόσου με οστικούς πόνους
Φλεβίτιδα
Συμφορητική

Πίνακας 14. Ανεπιθύμητες ενέργειες της διαιθυλοστιλβεστρόλης με τη σειρά που εμφανίζονται πιο συχνά.

Η κατακράτηση υγρών απαιτεί νοσηλευτική επαγρύπνηση. Η νοσηλεύτρια :

- Φροντίζει για τη μέτρηση του σωματικού βάρους της ασθενούς, σε καθημερινή βάση :
- Παρακολουθεί την ασθενή για οιδήματα σφυρών.
- Καταγράφει προσλανόμενα – αποβαλλόμενα υγρά.
- Υπαγορεύει δίαιτα χωρίς αλάτι και πλούσια σε Κ.
- Χορηγεί διουρητικά (Lasix), σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.

ΑΝΔΡΟΓΟΝΑ

Σε περίπτωση ορμονοθεραπεία ανδρογόνα, η νοσηλεύτρια, γνωρίζοντας τις ανεπιθύμητες παρενέργειές τους (αρρενοποίηση, κατακράτηση H₂O και υπερασβεστιαμία) :

- Παρακολουθεί την ασθενή για σημεία, όπως η διαφοροποίηση της φωνής, η εμφάνιση τριχών στο πρόσωπο, ενώ σε διαπίστωση αυτών ενημερώνει το γιατρό και προσπαθεί να τονώσει ψυχικά την ασθενή.
- Παρακολουθεί την για συμπτώματα υπερασβεστιαμίας, όπως : χάλαση σκελετικών μυών, πόνοι στα οστά, κωλικοί νεφρού (που δημιουργούν οι πέτρες στους νεφρούς από την υπερασβεστιαμία). Διακόπτει το φάρμακο, όταν τα επίπεδα του Ca στο αίμα αυξηθούν πολύ.
- Αντιμετωπίζει το πρόβλημα της κατακράτησης H₂O, όπως παραπάνω.

Από τη στιγμή που η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, υψηλό καθήκον της νοσηλεύτριας 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 στο σπίτι. Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί, ότι είναι δυνατόν να εμκρανισθούν φυσικές μεταβολές, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους :

α. 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. Η νοσηλεύτρια 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.

β. Εκδήλωση αυξημένου αστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με αστική μετάσταση. Αναλγητικά και αντισπασμωδικά είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του πόνου αυτού.

γ. Υπερασβεστιαμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Η ασθενής και η οικογένειά της πρέπει να ενημερωθούν ότι υπερασβεστιαμία 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. Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση αστικού πόνου. Η ασθενής και η οικογένειά της οφείλουν να ενημερώσουν αμέσως το γιατρό, αν εμφανισθεί κάτι από τα παραπάνω. Η μέτρηση των επιπέδων του ασβεστίου είναι απαραίτητη και η γνώση και διατήρησή τους σε φυσιολογικά επίπεδα, ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας.

Συμπληρωματική της ενημέρωσης και της διδασκαλίας της ασθενούς σχετικά με την εμφάνιση και την αντιμετώπιση των συνήθων ανεπιθύμητων ενεργειών της ορμονοθεραπείας είναι και η βοήθεια να κατανοήσει και να αντισταθμίσει τα πλεονεκτήματα σε σχέση με τα μειονεκτήματα.¹⁰

2. ΣΗΜΑΣΙΑ ΜΕΤΑΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Μεγάλη σπουδαιότητα για την τελική ίαση του καρκινοπαθούς έχει και η μεταθεραπευτική του παρακολούθηση. Ιδιαίτερα για τους πάσχοντες από καρκίνο του μαστού, απαιτείται η στενή τους παρακολούθηση, μήπως εμφανιστούν μέρες, μήνες ή και χρόνια αργότερα, λεμφαδενικές μεταστάσεις. Είναι σημαντική για 2 λόγους : για να αποκαλυφθεί ενδεχόμενη υποτροπή της νόσου και να παρακολουθηθεί η απόκριση στη θεραπεία.

Προτού η νεοπλασία μεταπέσει σε ανιάτο στάδιο, μεσολαβεί κάποιο χρονικό διάστημα, κατά το οποίο μπορεί ο γιατρός να επιτύχει την πολυπόθητη ίαση, εξαιρώντας χειρουργικά την υποτροπή ή καταστρέφοντάς την με την ακτινοθεραπεία. Δυστυχώς όμως, είναι εξαιρετικά μηδαμινό το ποσοστό των ασθενών που

προσέρχονται για παρακολούθηση, από φόβο μήπως βιώσουν τις ίδιες επώδυνες στιγμές με αυτές της αρχικής διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου του μαστού.

Μετά το τέλος της βασικής θεραπείας πρέπει κάθε χρόνο :

Κλινική εξέταση από θεράποντα.

Εργαστηριακός βιοχημικός έλεγχος αίματος.

Μαστογραφία.

Ακτινογραφία θώρακος.

Οι αξονικές τομογραφίες και το σπινθηρογράφημα οστών είναι εξετάσεις που πρέπει να γίνονται μόνο εάν υπάρχουν ενδείξεις όπως λ.χ. οστικά άλγη, διαταραχή βιοχημείας ήπατος, αύξηση Ca^{++} αίματος κτλ.

Πρέπει, στο σημείο αυτό να ομολογηθεί, ότι η επανεξέταση της άρρωστης αποτελεί συχνά γι' αυτήν μια ολόκληρη εκστρατεία από το χωριό της ή τη μικρή πόλη προς το Νοσοκομείο ή τον ιδιωτικό ιατρό. Συνδέεται με έξοδα, προβλήματα διανυκτέρευσης, κλπ. Όλα αυτά θα λύνονταν αν το αντικαρκινικό κέντρο ή το ασφαλιστικό ταμείο αναλάμβανε τη δαπάνη του ερχομού για την επανεξέταση.

Συμπερασματικά, η μεταθεραπευτική παρακολούθηση του αρρώστου έχει μεγάλη σημασία για την τελική θεραπεία του. Συχνά, μπορούν θαυμάσια να ιαθούν μεταστάσεις ή υποτροπές του καρκίνου, εφόσον έγκαιρα προσέλθει η άρρωστη στο γιατρό.⁴¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

1. ΕΠΠΛΟΚΕΣ

2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

1. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η τοπική υποτροπή ή η ανάπτυξη απομακρυσμένης μετάστασης, είναι μέρος της φυσικής πορείας του καρκίνου του μαστού, μετά την αρχική θεραπεία. Ένας κακοήθης όγκος μπορεί να εξαπλωθεί με 4 τρόπους : α) διηθώντας κατά συνέχεια τους ιστούς που τον περιβάλλουν, β) με τη λεμφική οδό, γ) με την αιματική οδό, διάβρωση αιμοφόρων αγγείων και είσοδο των καρκινικών κυττάρων στην κυκλοφορία και δ) με εμφύτευση ελεύθερων καρκινικών κυττάρων που αποπίπτουν από τον όγκο και μεταφέρονται σε ορογόνους κοιλότητες, περιτόναιο κλπ.

1.1 ΤΟΠΙΚΟΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Ως υποτροπή ορίζεται η επανεμφάνιση του αρχικού καρκίνου μετά από περίοδο φαινομενικής εξάλειψης και οφείλεται είτε στην υποκλινική διασπορά προ της αρχικής θεραπείας, είτε στην ανεπαρκή τοπική αφαίρεση. Αφαίρεση της τοπικής υποτροπής και προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων είναι επιβεβλημένη.

ΤΟΠΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ

Θεωρείται η επανεμφάνιση της νόσου στο δέρμα του θωρακικού τοιχώματος, στον υπολειπόμενο μαστό, στον υποδόριο ιστό του θωρακικού τοιχώματος και τους υποκείμενους μυς.

Εμφανίζεται συχνότερα στα 2 πρώτα μετεγχειρητικά χρόνια και είναι συνάρτηση του αρχικού σταδίου της νόσου ή του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου. Η ανάπτυξη τοπικών υποτροπών δεν επηρεάζεται από τον τρόπο σύγκλεισης του τραύματος ή την τοποθέτηση δερματικού μοσχεύματος για κάλυψη του κενού. Συνίσταται πάντως, η τομή της μαστεκτομής να γίνεται σε απόσταση μεγαλύτερη από 3cm από τη θηλαία άλω.

ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΗ

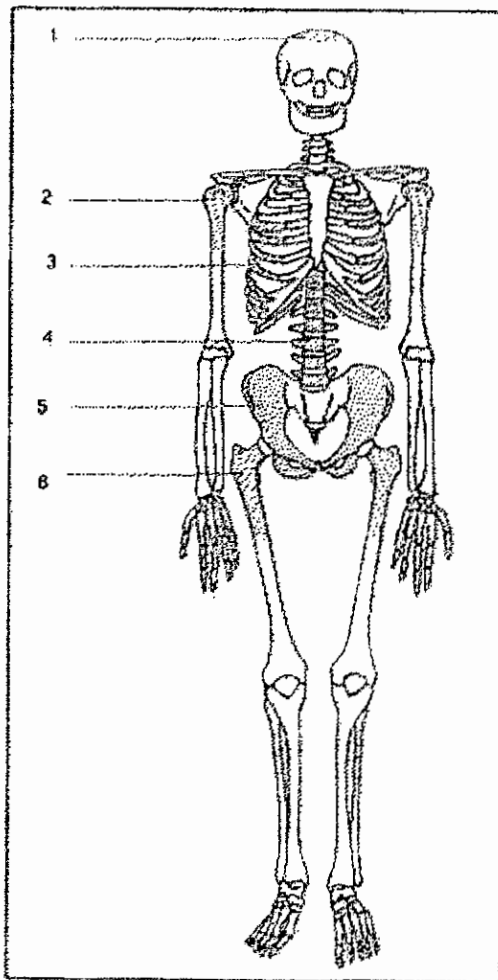
Περιοχική υποτροπή θεωρείται η εμφάνιση του καρκίνου στα λεμφογάγγλια της υπερκλειδίου ή υποκλειδίου χώρας, μασχάλης και έσω μαστικής, στην τελευταία περίπτωση υπό μορφή καθηλωμένων μαζών στο 2^ο, 3^ο, 4^ο μεσοπλεύριο διάστημα παραστερνικά. Γύρω στο 8% των ασθενών με μεταστάσεις στα μασχαλαία

λεμφογάγγλια έχουν υποκλινικές μεταστάσεις στα υπερκλειδια λεμφογάγγλια (σημείο αρχόμενης γενικευμένης νόσου).³⁰

1.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ

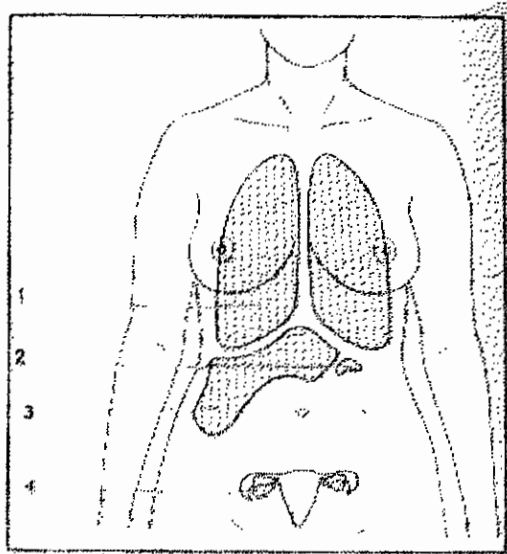
Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλάσματος και από το υπόστρωμα που τις περιβάλλει. Επίσης, από το μέγεθος και την εντόπιση της βλάβης, το είδος της ανάπτυξης (πολυεστιακή, με περισσότερες από μια εστίες στο ίδιο τεταρτημόριο ή πολυκεντρική, με περισσότερες από μια εστίες σε διαφορετικά τεταρτημόρια), τους ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένα (πυκνότητα, αιμάτωση, λεμφικό δίκτυο) κλπ.⁶⁴

Οι μεταστάσεις μπορεί να είναι είτε οστικές, είτε σπλαχνικές και τα κύρια σημεία εντόπισής τους φαίνονται στις παρακάτω εικόνες :



Εικόνα 10α. Εμφάνιση οστικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού.

1.Κρανίο, 2. Βραχιόνιο οστό, 3. Πλευρά, 4. Σπόνδυλοι, 5. Πύελος, 6. Μηριαίο οστό.



Εικόνα 10β. Εντόπιση σπλαχνικών μεταστάσεων στον
καρκίνο του μαστού.
1. Πνεύμονες 2. Σπλήνας 3. Συκώτι, 4. Ωοθήκη.

Κατά σειρά συχνότητας, ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις :

- **Στα οστά** (συχνότερα της πύελου και στο μηριαίο οστό), σε συχνότητα 70%. Το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα στις οστικές μεταστάσεις είναι ο πόνος. Οφείλεται στη διάταση ή και διάβρωση του οστού. Αυξάνεται σε ένταση με την πάροδο του χρόνου και γίνεται ισχυρότερος κατά τη διάρκεια της νύχτας. Σε ειδικές περιπτώσεις, όπως στην σπονδυλική στήλη ο πόνος επιτείνεται και από την προσβολή ή πίεση των νεύρων. Επίσης, όταν η μετάσταση βρίσκεται κοντά σε αρθρώσεις, τότε ο πόνος χειροτερεύει με τις κινήσεις.
- **Στο ήπαρ**, σε συχνότητα 65%.
- **Στους πνεύμονες**, σε συχνότητα 40%.
- **Στις ωοθήκες**, σε συχνότητα 15%.

Σε μικρότερη συχνότητα εμφανίζεται :

- **Στο δέρμα.**
- **Στον εγκέφαλο.** Η εγκεφαλική μετάσταση αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα στους ασθενείς με νεοπλασματική νόσο. Η συχνότητά της ολοένα αυξάνεται, γιατί η επιβίωση των καρκινοπαθών επιμηκύνεται με τις σύγχρονες θεραπείες. Σ' αυτό πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν διέρχονται το φράγμα των μηνίγγων. Εστιακές νευρολογικές

εκδηλώσεις, διαταραχές της κινητικότητας και αισθητικότητας, διαταραχές της όρασης ή της ισορροπίας είναι κλινικές εκδηλώσεις που δηλώνουν εγκεφαλική μετάσταση. Ένας ιδιαίτερος κίνδυνος που υπάρχει στους ασθενείς αυτούς είναι ο εγκελευασμός, που συμβαίνει όταν ο όγκος αυξάνεται εξαιρετικά γρήγορα ή όταν μειωθεί το ΕΝΥ. Αποτέλεσμα αυτού, είναι να μεταβάλλεται η σχέση της πίεσης που υπάρχει μεταξύ του όγκου και του περιβάλλοντος (εγκεφαλική ουσία και ΕΝΥ) υπέρ του όγκου.⁵

- **Στους νεφρούς.** Ο καρκίνος του μαστού είναι ο συνηθέστερος καρκίνος που δίνει μεταστάσεις στους νεφρούς. Αυτές είναι πολλαπλές και αμφοτερόπλευρες. Ξεκινούν σαν αιματογενή έμβολα και συνεχίζουν στο παρέγχυμα. Το μέγεθος των νεφρών είναι φυσιολογικό, ενώ εργαστηριακά παρατηρείται λευκωματουρία και μικροσκοπική αιματουρία.
- **Στην καρδιά:** α) Καρδιακός επιπωματισμός, όπου η καρδιά συμπιέζεται λόγω αυξημένης ενδοπερικαρδιακής ρ. Η αυξημένη ρ. εμποδίζει τη λειτουργία της καρδιάς σαν αντλία και εάν η κατάσταση αυτή δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, οδηγεί στο θάνατο.

β) Σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας. Η συμπίεση της άνω κοίλης φλέβας από χωροκατακτητική εξεργασία και συνηθέστερα από καρκίνο του μαστού, εμποδίζει τη φυσιολογική ροή του αίματος, με αποτέλεσμα να προκύπτει το σύνδρομο της άνω κοίλης φλέβας.⁵³

1.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

ΟΣΤΑ

Νοσηλευτική εκτίμηση

α. Οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα.

β. Δυσκολία στη βάρδιση.

γ. Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας.

Νοσηλευτική παρέμβαση

α. Ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά.

β. Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.

γ. Ακινητοποίηση καταγμάτων, αν συμβούν.

ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Πόνος.
- β. Δυσφορία, δύσπνοια.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Παρακέντηση θώρακα για ανακούφιση από τη δυσφορία και τη δύσπνοια. Επειδή η παρακέντηση προκαλεί προσωρινή ανακούφιση, πιθανόν να επαναληφθεί.
- β. Χορήγηση οξυγόνου.

ΗΠΑΡ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Ασκίτης
- β. Δυσφορία-δύσπνοια.
- γ. Ναυτία-έμετοι.
- δ. Κοιλιακοί πόνοι.
- ε. Ανορεξία.
- στ. Απώλεια βάρους.

Νοσηλευτική παρέμβαση

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

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

- α. Σύγχυση.
- β. Διαταραχή της ισορροπίας του σώματος.
- γ. Σπασμοί.
- δ. Παράλυση.
- ε. Διαταραχές της όρασης.

Νοσηλευτική παρέμβαση

- α. Εξασφάλιση άνεσης.
- β. Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών.
- γ. Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- δ. Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας.
- ε. Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα.¹⁰

2. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

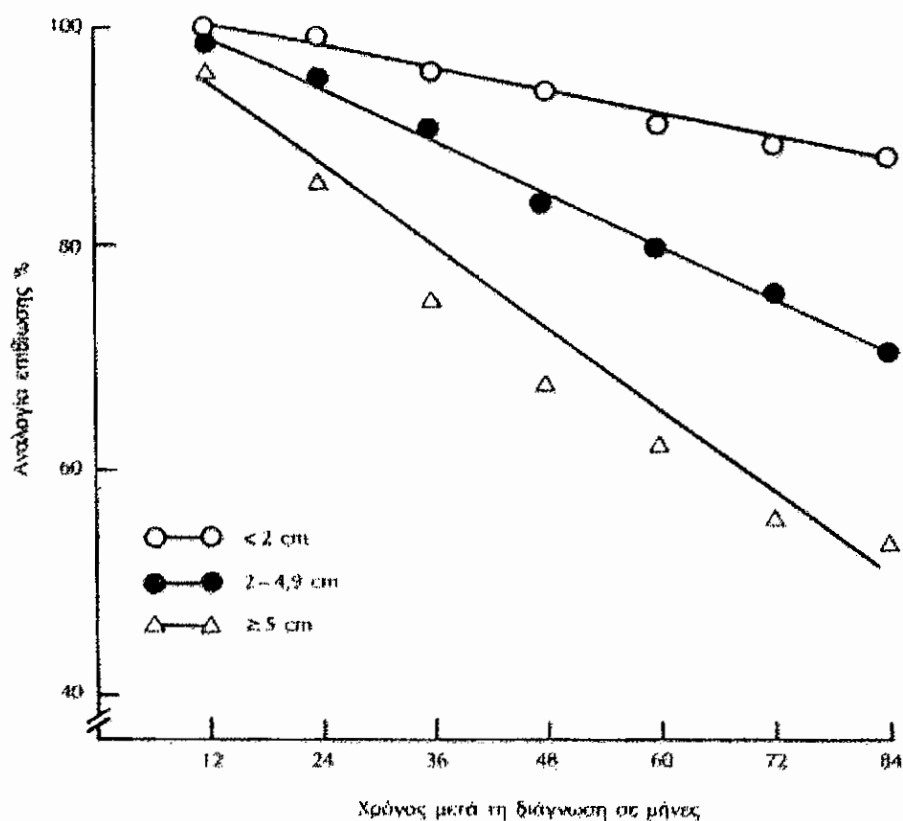
Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση.

Η πρόγνωση, δηλαδή η έκβαση του καρκίνου του μαστού, είναι άμεσα συνδεδεμένη με 2 βασικούς παράγοντες : την έγκαιρη διάγνωση και τη σωστή θεραπευτική αγωγή, η οποία είναι συνυφασμένη με την εξατομίκευση της πάθησης. Γενικά, οι προγνωστικοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται στο καρκίνωμα μαστού είναι πολλοί και κατατάσσονται στις εξής κατηγορίες :

ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ

- **Μέγεθος του όγκου.** Η μασχालιαία επέκταση αυξάνεται με την αύξηση του μεγέθους του όγκου.



Σχήμα 9. Σχέση επιβίωσης και μεγέθους του όγκου σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

- Καθήλωση του όγκου.
- Οίδημα – φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος – παρουσία δορυφόρων οζιδίων. Αποτελούν βαριά προγνωστικά σημεία. Μόνη η παρουσία ενός σημείου από τα παραπάνω περιορίζει την 5ετή επιβίωση των ασθενών σε ποσοστό μόλις 39%.
- Εντόπιση του όγκου.
- Ρυθμός αύξησης του όγκου.

ΛΕΜΦΑΔΕΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η ομάδα των ασθενών με αρνητικούς λεμφαδένες εμφανίζεται να έχει πολύ καλύτερη πρόγνωση από τις ασθενείς με νόσο σταδίου III και συμμετοχή των λεμφαδένων.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ

Το μυελοειδές, το βλενώδες, το διαφοροποιημένο σωληνώδες, το νεανικό εκκρινικό και το αδενοκυστικό θεωρούνται καρκινώματα ευνοϊκής πρόγνωσης. Το

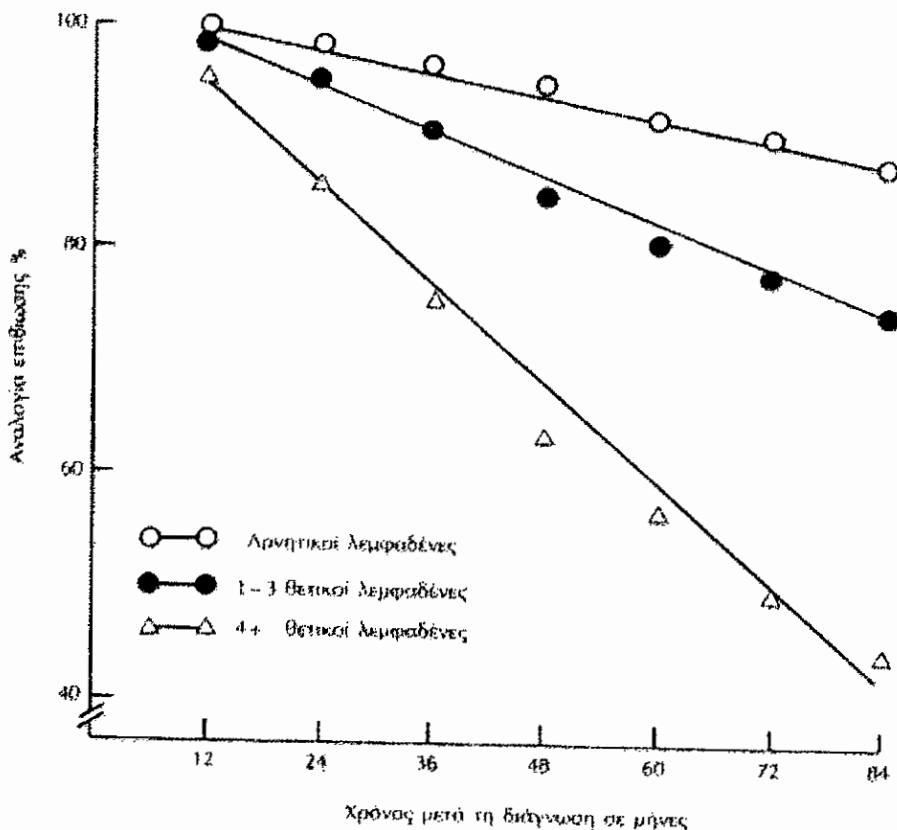
πορογενές διηθητικό και το λοβιακό διηθητικό θεωρούνται ως τα πλέον κακοήθη καρκινώματα.

ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ

Η ανισομεγέθεια και υπερχρωστικότητα των πυρήνων και άλλα στοιχεία που καθορίζουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων, αποτελούν προγνωστικούς δείκτες.

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗ ΛΕΜΦΑΓΓΕΙΩΝ-ΑΓΓΕΙΩΝ

Η διήθηση λεμφαγγείων και αγγείων πέριξ του όγκου έχει αρνητική επίδραση και στην επιβίωση των ασθενών.



Σχήμα 10. Σχέση επιβίωσης και θετικότητας λεμφαδένων σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού.

ΝΕΚΡΩΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ

Η παρουσία νέκρωσης του όγκου σε διάφορα τμήματά του είναι ο μόνος ιστοπαθολογικός προγνωστικός παράγοντας που προσδιορίζει το χρόνο υποτροπής της νόσου και της επιβίωσης 6 χρόνια μετά την μαστεκτομή.

ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ

Η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων σημαίνει καλύτερη πρόγνωση.⁶⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ
2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ
3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Το πλέγμα σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι πολύ σύνθετο. Πρώτο, έχουμε μια αρρώστια που στην κοινή αντίληψη συνδέεται με τον πόνο και τον επικείμενο θάνατο, που είναι «στίγμα» και που φέρνει το άτομο μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση (φυσικά, συγκινησιακά, κοινωνικά, υπαρξιακά). Δεύτερο, έχουμε τον άρρωστο με τον δικό του χαρακτήρα, βιώματα, ανάγκες συναισθήματα. Τρίτο, έχουμε το γιατρό και τη νοσηλεύτρια με τις δικές τους προσωπικότητες, παιδεία, στάση απέναντι στη ζωή και το θάνατο κλπ. Ακόμη, έχουμε το οικογενειακό περιβάλλον του αρρώστου και τέλος την αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων σε έναν δυναμικό χώρο.⁶⁶

1.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μια ψυχολογική παρέμβαση πρέπει να πάρει υπόψη της το κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από τον ίδιο τον άρρωστο, την προσδοκόμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της αρρώστιας (πρώιμο – ενδιάμεσο - τελικό). Το ψυχολογικό σχήμα και η παρέμβαση, ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως :

1^η ΦΑΣΗ – ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό που ακολουθείται από άρνηση ή άγχος. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή και να υποβληθεί σε πλήθος εξετάσεων, που το αποπροσανατολίζουν και του δημιουργούν πρόσθετο άγχος. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις, που συνδέονται με τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια στην οικογενειακή ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά, καθώς και με την κακοήθεια της αρρώστιας, που βιώνεται σαν μια απειλή στη συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Οι στόχοι της νοσηλεύτριας στη φάση αυτή είναι οι εξής :

- Να βοηθήσει την ασθενή να ζει με τη γνώση της αρρώστιας και των συνεπειών της⁵³

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις περιπτώσεις αυτές είναι λεπτός και δύσκολος. Για να προσεγγίσει την άρρωστη και να συμβάλλει στην όσο το δυνατόν λιγότερο ανώδυνη αποδοχή της πραγματικότητας, απαιτείται η τέχνη καλής επικοινωνίας, που δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Η νοσηλεύτρια για να ανταποκριθεί στο δύσκολο αυτό έργο της ενημέρωσης, οφείλει κατά πρώτο λόγο να γνωρίζει τις ψυχικές αντιδράσεις της καρκινοπαθούς από τη γνώση της ασθένειας, ώστε να μπορέσει να επέμβει θετικά, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος και την τακτική ενημέρωσης.

Οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε ασθενούς που πάσχει από καρκίνο, εξελίσσονται σε 3 φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν η ασθενής μαθαίνει για τη νόσο) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία που μπορεί να φθάσει μέχρι τον πανικό. Η 2^η φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει τη νόσο και οργανώνει την ψυχολογική του άμυνα) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερα άρνηση της νόσου. Η τρίτη φάση (όταν έχει πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα, είτε από την παρουσία ψυχικών επιπλοκών.

Όσον αφορά την τακτική της ενημέρωσης, η εξατομίκευση της ενημέρωσης φαίνεται ότι συγκεντρώνει τα πιο πολλά πλεονεκτήματα για την ασθενή. Στην περίπτωση αυτή, ο τρόπος με τον οποίο γίνεται η ενημέρωση της καρκινοπαθούς για τη νόσο της, πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Εάν η καρκινοπαθής διαθέτει την αναγκαία ψυχική δύναμη, κατά την κρίση πάντα της νοσηλεύτριας, ενημερώνεται υπεύθυνα, σε αντίθεση με άλλους ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι έτοιμοι να δεχτούν την αλήθεια και χρειάζονται κάποιο χρόνο για να τους αποκαλυφθεί η πραγματικότητα. Ακόμη, οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή, πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από τη λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου και στην κατατόπισή της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό.⁶⁷

- **Να βοηθήσει την ασθενή να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και άλλες σχετικές ανησυχίες**

Η δύσκολη πορεία της άρρωστης μέσα από οδυνηρά στάδια, αμέσως μετά τη διάγνωση και σ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου, απαιτεί την άμεση συμβολή της νοσηλεύτριας. Η νοσηλεία και οι μακροχρόνιες θεραπείες που επιφέρουν προσωπική ταλαιπωρία και απουσία από δραστηριότητες καθώς και το αίσθημα

απειλής πιθανής μετάστασης, αποτελούν βασικές εμπειρίες της ασθενούς με καρκίνο του μαστού.

Πολλές φορές, το τέλος της θεραπείας αντιμετωπίζεται με ενθουσιασμό, αλλά και με φόβο για επανεκδήλωση της αρρώστιας. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα συναισθήματα της ασθενούς, να της επιτρέπει να τα εκφράσει και να δείχνει κατανόηση και υπομονή.

- **Να βοηθήσει την ασθενή να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού**⁵³

Η ανάγκη για προσαρμογή της άρρωστης στη νέα εικόνα του σώματος, είναι μια ευρύτερη διαδικασία προσαρμογής στην αρρώστια και τις συνθήκες που θα επιβάλλει αυτή. Ο καρκίνος του μαστού και η μαστεκτομή είναι ένας ακρωτηριασμός με ιδιαίτερα συμβολικό χαρακτήρα. Οι κοινωνίες όλων των εποχών έμαθαν τη γυναίκα να δίνει ιδιαίτερη σημασία στο μαστό της, άλλοτε σαν μέσο έκφρασης της μητρότητας και άλλοτε σαν πρότυπο ομορφιάς και θηλυκότητας.

Ο καρκίνος του μαστού και η χειρουργική επέμβαση που τον ακολουθεί φέρνει τη γυναίκα σε μια πραγματικότητα που στην καλύτερη περίπτωση θα αλλοιώσει την αρχιτεκτονική του μαστού και στη χειρότερη θα τον ακρωτηριάσει. Η έκβαση εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της, καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της. Η νοσηλεύτρια :

- Περιγράφει τις διαδικασίες που θα βιώσει πριν και μετά την επέμβαση.
- Παρέχει την ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματά της.
- Επικεντρώνεται στα συναισθήματα αυτά και αντιμετωπίζει τη συμπεριφορά της καρκινοπαθούς.
- Καθορίζει τη σημασία που έχει η αλλαγή της σωματικής εικόνας γι' αυτήν.
- Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για την αλλαγή σωματικού ειδώλου.
- Ανυψώνει την αυτοεκτίμηση της ασθενούς.
- Βοηθάει να ξεπεράσει το στάδιο της κατάθλιψης.
- Εξαιρεί τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς (ψυχική δύναμη).
- Υποστηρίζει και στηρίζει την επιθυμία της να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως πρώτα.

Μια περιοχή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή, αποτελεί το φαινόμενο του λεμφοιδήματος που παρατηρείται μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Οι ψυχολογικοί φόβοι της ασθενούς συνοψίζονται στους εξής :

- α. Το διογκωμένο χέρι θα γίνει αντιληπτό στους άλλους και θα πρέπει να δώσει η άρρωστη εξηγήσεις για ένα ζήτημα που αποφεύγει και που προτιμά να μην θυμάται αλλά και να μην το κάνει γνωστό στους γύρω της.
- β. Τα παλιά της ρούχα δεν θα είναι δυνατόν να τα φορά όλα γιατί κάποια μπορεί να έχουν αποκαλυπτικό ντεκολτέ ή να είναι εφαρμοστά. Έτσι θα συγκρίνει την μετεγχειρητική της εικόνα με εκείνη πριν την εγχείρηση και θα κλονίζεται ψυχικά.
- γ. Μείωση της κινητικότητας. Ενώ πριν την μαστεκτομή η γυναίκα μπορεί να «υπηρετούσε» τους άλλους τώρα νιώθει ένοχη διότι δεν είναι σε θέση να κάνει όσα έκανε παλιότερα αλλά αντίθετα θα πρέπει κάποιος να την φροντίζει εξαιτίας της νέας σωματικής κατάστασης. Αποτέλεσμα αυτής της στάσης είναι μια διαρκής ένταση ταυτόχρονα με την μειωμένη δυνατότητα για ηρεμία και ευχαρίστηση.

Αναμφίβολα λοιπόν η απώλεια του μαστού και κάθε προβληματική κατάσταση που απειλεί αυτόν προκαλεί επίταση της ανασφάλειας σε όσες βέβαια γυναίκες κατέχονται από αυτό το αίσθημα. Επιπρόσθετα μπορεί να επέλθει και ο φόβος για μη συζυγική αποκατάσταση (στα νέα άτομα) καθώς και ο φόβος αποστροφής και παραμέλησης από την πλευρά του συντρόφου μέσα στην σχέση ή το γάμο. Η μαστεκτομή οπότε δεν μεταβάλλει μόνο την εικόνα του σώματος της γυναίκας αλλά βάζει συγχρόνως σε μεγάλη δοκιμασία την αυτοεκτίμησή της κλονίζοντας συχνά την πίστη της στη γυναικεία υπόσταση με όλες τις συνέπειες στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική της ζωή.⁶⁷

- **Να βοηθήσει το οικογενειακό περιβάλλον της ασθενούς να προσαρμοστεί νέα πραγματικότητα και να υιοθετήσει σωστή συμπεριφορά προς αυτήν**

Αντιμέτωπιση καρκινοπαθούς από την οικογένεια

Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τη διάγνωση της ασθενούς, που δεν δέχονται τα δάκρυστά της ή δεν της προσφέρουν υποστήριξη, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά της να αντιμετωπίσει την αρρώστια. Για το λόγο αυτό, η υπόδειξη από τη νοσηλεύτρια του κατάλληλου τρόπου συμπεριφοράς, κρίνεται απαραίτητη.

Ένα από τα περισσότερα συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο του να μην ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του αρρώστου ή μια τρυφερή ματιά, μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται.

Πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια, μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση, ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Σαν αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Έτσι ο άρρωστος και η οικογένειά του μπορεί άθελά τους να εγκαταλείψει ο ένας τον άλλο και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Διεθνείς αντικαρκινικές Εταιρείες απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή αναφέρουν :

«Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε αν ο σύζυγός σας, σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή θα σας έλεγαν ότι ο γάμος τους έγινε πιο τρυφερός και η κρίση της μαστεκτομής έφερε το ζευγάρι πιο κοντά. Λίγοι σύζυγοι απορρίπτουν τις γυναίκες τους, έχουν όμως φόβους για τις συνέπειες που η μαστεκτομή μπορεί να έχει στο γάμο τους. Μια σχέση που είναι δυνατή, θα ξεπεράσει τις συνέπειες της μαστεκτομής. Αλλά εάν ο γάμος είναι ήδη αποτυχημένος ή ο δεσμός άτονος, τότε θα είχε σπάσει μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή έτσι κι αλλιώς. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δυο συζύγους να χρησιμοποιήσει την μαστεκτομή σαν δικαιολογία για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή για καιρό».

Οι άντρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά ανίκανοι για ένα διάστημα και οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, συζητούν τα θέματα, τότε αυτά τα προβλήματα θα ξεπεραστούν

και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα επαφής τους να βελτιωθεί.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να :

- Συμβουλεύει την οικογένεια να μετριάσει την ενεργητικότητά της. Η υπερβολική φροντίδα και η πληθώρα παροχών που πιθανώς επιδεικνύουν τα μέλη της οικογένειας, προβληματίζουν την ασθενή. Η νοσηλεύτρια συστήνει στην οικογένεια να μείνει διακριτικά δίπλα στην καρκινοπαθή και τονίζει την ανάγκη να μην εξαντληθεί η φροντίδα στα πρώτα στάδια της αρρώστιας, διότι θα είναι περισσότερο απαραίτητη κατόπιν.
- Πείθει την οικογένεια για τις ικανότητες και δυνατότητες της ασθενούς. Είναι εξίσου συνηθισμένο να μην επιτρέπεται στην ασθενή να συμμετέχει σε δραστηριότητες που είναι στα πλαίσια των δυνάμεών της, οπότε χάνει την ενεργητικότητά της. Στόχος της νοσηλεύτριας είναι να εξαλείψει αυτήν την υπερπροστατευτικότητα και να βοηθήσει την άρρωστη να αποκτήσει την αυτοπεποίθησή της.
- Προσπαθεί να διοχετεύσει σωστά τα πιθανά αισθήματα θυμού της οικογένειας. Όταν, ο θυμός των οικείων που κατευθύνεται στην αρρώστια, στραφεί στην ασθενή, είναι απαραίτητη η παρέμβαση της νοσηλεύτριας, χάρη στην οποία συνειδητοποιεί η οικογένεια πως η ευθύνη για τον καρκίνο του μαστού δεν μπορεί να χρεωθεί στην καρκινοπαθή.
- Βοηθάει την οικογένεια να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα.

Τα παιδιά

Τα παιδιά νιώθουν ανασφάλεια, όταν βρίσκουν μια διαφορετική μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή φανταζόμενα ότι αυτά προκάλεσαν την αρρώστια της μητέρας τους. Και οι δυο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για τη νοσηλεία και την αρρώστια της μητέρας τους.

Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο για ένα θέμα υγείας (εγχείρηση) και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να την βοηθήσουν να ξαναβρεί τον εαυτό της. Με το να απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους.

Έτσι η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί, ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή η σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως οποιεσδήποτε πληροφορίες ειπωθούν στα παιδιά, θα πρέπει να είναι έτοιμα να τις δεχτούν. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές και συγχυσμένες αλλαγές στην συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να πίνουν, να μη βοηθούν τους γονείς σε μικροδουλειές, ή να αρνηθούν να επισκεφτούν τη μητέρα στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι τη στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους γονεϊκούς δεσμούς προετοιμαζόμενοι για να ζήσουν ανεξάρτητα, τα οικογενειακά αυτά προβλήματα τους αναγκάζουν να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κορίτσι μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου (αν η εντόπιση στην μητέρα είναι ο μαστός, το ενδομήτριο), στα όργανα που στην εφηβεία παρουσιάζουν ευαισθησία. Οι γονείς νιώθοντας ενοχή (γιατί ίσως μεταφερθεί το στίγμα του καρκίνου στην κόρη τους) δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε.

2^η ΦΑΣΗ – ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ

Στη φάση αυτή διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη εφαρμογής άλλων μορφών θεραπείας. Η άρρωστη έχει μια γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση την ένταση και έκταση του πόνου, τη φυσική της κατάσταση, την αδυναμία και άλλα συμπτώματα.

Οι στόχοι της νοσηλεύτριας στο στάδιο αυτό είναι :

- **Να παρακινεί την ασθενή να απευθυνθεί στο γιατρό όταν εμφανιστούν συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου του μαστού**

Βοηθάει την άρρωστη να αντικρίσει την επιστροφή του καρκίνου και να ελαχιστοποιήσει την ανακίνηση παλιών φόβων για τη διάγνωση.

Μερικοί ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό όταν συμπτώματα πιθανής υποτροπής του καρκίνου εμφανίζονται. Είναι αυτοί οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για την διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε γι' αυτούς την αρχή του τέλους που τίποτε δεν μπορεί να γίνει να το αποτρέψουν, θα δημιουργείτο φόβος

για τις παρενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της αρρώστιας και θα βρίσκονταν δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή («Χάνω βάρος γιατί δεν πρόσεξα τη διατροφή», «Η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα όταν βγήκαμε για να επισκεφτούμε κάποιους συγγενείς»).

- **Να προσπαθεί να κατευνάσει τη διάθεση της άρρωστης για αμφισβήτηση των καθιερωμένων θεραπευτικών μεθόδων**

Είναι αρκετά συχνό φαινόμενο να κατηγορούν οι ασθενείς την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου και να προσανατολιστούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, διαλογισμό κλπ. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι άνευ αξίας και να την κατευθύνει στις παραδεκτές θεραπείες.

- **Να στηρίζει τους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο**

Η κατηγορία αυτή των ασθενών χρίζει ιδιαίτερης προσέγγισης από μέρους της νοσηλεύτριας. Ορισμένοι ασθενείς που εισάγονται στο Νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήει στην άρρωστη και την οικογένειά της το θεραπευτικό πρόγραμμα. Επίσης πρέπει να εξηγηθούν οι παρενέργειες της θεραπείας ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, η ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας της εξαιτίας χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο ογκολόγος να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχτεί. Πρέπει να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν, και η προτεραιότητα να δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή πώς λειτουργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες παρενέργειες μπορεί να φέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι παρενέργειες εμφανιστούν. Επίσης ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι

συγγενείς της άρρωστης ώστε να διευκρινιστούν ορισμένες αντιλήψεις όπως ότι η ασθενής γίνεται ραδιενεργός όταν την εγκαταλείπουν.

- **Να βελτιώσει την ασθενή με μεταστατική νόσο ότι θα παραμείνει δίπλα της, ότι θα ακούσει τις ανησυχίες, φόβους και ανάγκες της και θα της δώσει κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νεοπλασματική νόσο.**

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μην μπορεί να εργαστεί πια, να παραμείνει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλιότερα την ευχαριστούσαν. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολίες, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι κάτι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της αρρώστιας η ασθενής φοβάται ότι ο γιατρός και η οικογένειά της θα την εγκαταλείψουν. Έτσι μερικοί ασθενείς γίνονται πράοι, υπάκουοι, χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγούσαν τους άλλους να τους εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι η νοσηλεύτρια θα παραμείνει κοντά της και ότι θα κάνει τα πάντα, ώστε να νιώσει περισσότερο ανακουφισμένη. Τότε, θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας. Η επαφή με την ασθενή θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτήν.

3^η ΦΑΣΗ – ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σ' αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνο ανακουφιστική, η άρρωστη μαζί και ο γιατρός αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής αυτής φάσης της αρρώστιας, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ένα ξαφνικό σοκ στον καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανά να δει άλλους αρρώστους να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια αρρώστια. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνιολογικός θάνατος, που ο άρρωστος απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους

άλλους ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να τον επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο ο ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό του. Συνήθως ο ψυχικός και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι – στηριζόμενοι στο ανιάτο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει και ο βιολογικός θάνατος που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την άρρωστη σ' αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι ο γιατρός, οι νοσηλεύτριες, ο ψυχολόγος δεν πρόκειται να τον εγκαταλείψουν αλλά ότι θα μείνουν δίπλα της και θα είναι διαθέσιμοι να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες του, να παρέχουν ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Φάσεις του τελικού σταδίου

- Η φάση της άρνησης, όπου η άρρωστη ασυνείδητα αρνείται το γεγονός της ασθένειας. Η άρνηση αυτή λειτουργεί σαν ένας μηχανισμός άμυνας.
- Η φάση της οργής ή της εξέγερσης. Η οργή, η διαμαρτυρία και η δυσαρέσκεια που νιώθει η άρρωστη, μετατίθεται προς όλες τις κατευθύνσεις (νοσηλευτικό προσωπικό, συγγενείς κλπ.).
- Η φάση της διαπραγματεύσεως, όπου η άρρωστη πιστεύει πως θα αμειφθεί για την καλή της συμπεριφορά με τη μείωση του πόνου ή την παράταση της ζωής της.
- Η καταθλιπτική φάση.
- Η φάση της αποδοχής, που μοιάζει σαν να έχει τελειώσει ο αγώνας και έρχεται ο καιρός για την τελική ανάπαυση.⁵³

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στο τελικό στάδιο της νόσου συνίσταται :

- Στις τακτικές επισκέψεις της ασθενούς, ώστε αυτή να μη νιώσει εγκαταλελειμμένη και ζητάει από την οικογένειά της να επιδείξει ανάλογη στάση.
- Στην πραγματοποίηση συζητήσεων με την άρρωστη, που αφορούν στην επιδείνωση της κατάστασης. Παράλληλα, η νοσηλεύτρια φροντίζει ώστε να έχει διευθετηθεί κάθε υπόθεση και κάθε εκκρεμότητά της.
- Στη διαβεβαίωση ότι εκτός του ελέγχου των σοβαρών συμπτωμάτων, χορηγείται αγωγή για έλεγχο του πόνου. Η κάποια ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο είναι τόσο σημαντική για το πρόσωπο που πεθαίνει, όσο και η συναισθηματική υποστήριξη.⁶⁷

2. ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΗ

Ο διάλογος με τον άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτει ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον άρρωστο. Η νοσηλεύτρια διαθέτει ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στην άρρωστη και αξιολογεί :

- Πώς βλέπει την αρρώστια της η ίδια και η οικογένειά της.
- Ποιες αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή της λόγω της αρρώστιας της.
- Ποια πρόσωπα και ποια μέσα έχει να την βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών της.
- Τι περιμένει στο μέλλον.
- Ποια πράγματα έχουν αξία γι' αυτήν και τι πιστεύει.

Η νοσηλεύτρια ακούει την άρρωστη με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της άρρωστης από τις αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων και τις αξονικές απεικονίσεις των οργάνων της. Ακόμη δρα και ψυχοθεραπευτικά διότι καταστέλλει τους φόβους της άρρωστης σε μεγάλο βαθμό.

Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όχι μόνο τη σιωπή και την ακρόαση αλλά και την ομιλία για να διαβιβάσει στην άρρωστη την κατανόηση και την ευαισθησία της απέναντι στον πόνο, τις ανάγκες, τα προβλήματα, τις αδυναμίες ή και τις δυνατότητές της. Ακόμη, για να την βεβαιώσει ότι αληθινά ενδιαφέρεται και μεριμνά για τη βελτίωση της υγείας της.

Η νοσηλεύτρια μιλά και με τα λόγια της νοσηλεύει και θεραπεύει :

- Μεταβιβάζει πληροφορίες σχετικές με την υγεία, τη νοσηλεία και θεραπεία μέσα στο νοσοκομείο και τις κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν για τη βοήθειά της.
- Διδάσκει νέες τεχνικές αυτοφροντίδας προσαρμοσμένες στις μειωμένες ικανότητες της άρρωστης ώστε να διατηρείται ανεξάρτητη.
- Βοηθάει την άρρωστη να εστιάζει την προσοχή της στη σημασία και στην ποιότητα του παρόντος χρόνου. Το μήνυμα είναι : «κάνε το σήμερα να αξίζει».
- Ελαττώνει ή και εξαλείφει το αίσθημα μόνωσης του αρρώστου.
- Μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στον απελπισμένο.

2.2 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΗΣ

Η αυτοεκτίμηση είναι πανανθρώπινη ανάγκη, ουσιαστικό στοιχείο και προϋπόθεση για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Γι' αυτό πρέπει να εκτιμάται κατά τη νοσηλευτική αξιολόγηση και να προγραμματίζεται σαν νοσηλευτική παρέμβαση, η αναστήλωση και η αύξησή της.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμηση της άρρωστης με τις εξής παρεμβάσεις :

- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση, π.χ. όταν μια άρρωστη μετά από μαστεκτομή μπόρεσε να χτενιστεί μόνη της.
- Βοηθάει την άρρωστη να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά της χαρίσματα.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά.

Σπουδαίο πράγματι αλλά δύσκολο το έργο της αναστήλωσης της αυτοεκτίμησης του αρρώστου με καρκίνο, γιατί απαιτεί συνεχή μετάδοση αισθημάτων αξίας και αξιοπρέπειας άνευ όρων.⁶⁸

3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απώθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστή και συμπαθής στους άλλους, δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές του ανάγκες και επιθυμίες, διάθεση αυτομομφής, απελπισία και απόγνωση. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά θα καθορίσουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα.

Συνεπώς, στόχος της νοσηλεύτριας εκτός των άλλων είναι να τροποποιήσει τη συμπεριφορά της καρκινοπαθούς, αλλάζοντας τις διαστάσεις της προσωπικότητάς της. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συμμετοχή της νοσηλεύτριας στο σχεδιασμό ενός ψυχοθεραπευτικού προγράμματος, σε συνεργασία με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας (ψυχολόγο, γιατρό, κοινωνικό λειτουργό).

3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αρχίζοντας ατομική ψυχοθεραπεία με την καρκινοπαθή, στόχος της νοσηλεύτριας είναι να μάθει η άρρωστη να αισθάνεται ενεργητική, με εμπιστοσύνη

στον εαυτό της, να εκφράζει τα δικά της συναισθήματα, αντιλήψεις, ανάγκες, ακόμη και αν όλα αυτά δεν είναι πλήρως αποδεκτά από τους άλλους και να της δώσει τη δύναμη και την ελπίδα να αγωνιστεί για τη ζωή της.

Η νοσηλεύτρια συστήνει στην καρκινοπαθή :

1. Να μάθει να αντικαθιστά την παθολογική ανάγκη που την χαρακτηρίζει να είναι διαρκώς καλή, συμπαθής και αρεστή στους άλλους, πράγμα που συνεπάγεται την κινητοποίηση μηχανισμών άρνησης και απώθησης στην καθημερινή ζωή και στις διαπροσωπικές σχέσεις.
2. Να αναπτύξει νέους τρόπους να εκφράζεται, να προβάλλει τον εαυτό της και να πραγματώνει τις αποφάσεις που παίρνει, ανεξάρτητα από το τι λένε ή σκέπτονται οι άλλοι. «Θα πρέπει να μάθεις να εκφράζεσαι ελεύθερα και να διατυπώνεις τις σκέψεις σου αυθόρμητα. Εξωτερίκευσε τα συναισθήματά σου και τις αντιλήψεις σου, όποια κι αν πιστεύεις πως θα είναι η αντίδραση των άλλων».
3. Να μάθει να εγκαθιστά ικανοποιητικές, λειτουργικές, βαθιές και ειλικρινείς ανθρώπινες σχέσεις.

Αυτή τη στάση λοιπόν της νοσηλεύτριας απέναντι στην άρρωστη πως κάποιος δηλαδή προσπαθεί να την βοηθήσει να αποκτήσει κατανόηση του εαυτού της να εκτιμήσει και αναπτύξει τις θετικές πλευρές του χαρακτήρα της, να ωριμάσει μέσα από την καταστροφή, να βρει ένα νόημα στη ζωή και μια ανθρώπινη επαφή, είναι πολύ σημαντική. Ακόμη και αν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος, αυτό που έχει αξία είναι πως ζει κανείς μέχρι την ώρα που πεθαίνει και πως αυτό μπορεί ακόμα να γίνει χωρίς απομόνωση και εγκατάλειψη.

Ως αποτέλεσμα της ατομικής ψυχοθεραπείας, η άρρωστη :

- Θα αναγνωρίσει την αρρώστια.
- Θα έχει ισχυρότερη και μεγαλύτερη ικανότητα να αντιδράσει συναισθηματικά και να εκφράσει εχθρότητα και επιθετικότητα.
- Θα παρουσιάζει ετοιμότητα να παλέψει για την υγεία του και τον εαυτό του.
- Θα μπορεί να επαναποκαταστήσει παλιές σχέσεις και είναι ικανός να κάνει καινούργιες σχέσεις με αντικείμενα και να τα εμπιστευτεί, να καθορίσει νέα ιδανικά και στόχους.

3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατά κανόνα, ο καρκίνος αποτελεί μια αρρώστια που συντελεί, ώστε ο άρρωστος να απομονώνεται, διατηρώντας ελάχιστη επαφή με τον εξωτερικό κόσμο.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται σαν η πιο προσιτή μέθοδος παρέμβασης.

Η νοσηλεύτρια συμβάλλει ουσιαστικά, μαζί με τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας στην οργάνωση και την πραγματοποίηση ομαδικών συγκεντρώσεων από καρκινοπαθείς :

- Εξασφαλίζει τη συμμετοχή της καρκινοπαθούς σε ομάδα με άλλους που αντιμετωπίζουν τις ίδιες συνθήκες καταστάσεων που απειλούν τη ζωή και τους δίνει την αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα, βελτιώνοντας τα αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς που βιώνει.
- Η νοσηλεύτρια την ενθαρρύνει να εκφράσει τις ανησυχίες της και να συζητήσει με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, τους αμοιβαίους φόβους για τις δυσκολίες γύρω από την θεραπευτική αγωγή, τους τρόπους αντιμετώπισης ανεπιθύμητων παρενεργειών και άλλες πρακτικές συμβουλές, έλεγχος πόνου, προβλήματα με την οικογένειά του κλπ.
- Αισθάνεται ότι είναι χρήσιμη στους άλλους, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των άλλων, αυξάνοντας την αίσθηση ότι αξίζει, ότι την αποδέχονται.
- Αποδέχεται το θάνατο. Η νοσηλεύτρια αγγίζει το θέμα του θανάτου και το προσεγγίζει επανειλημμένα μέσα από συζητήσεις, όπως η μετά θάνατο ζωή. Με τον τρόπο αυτό, εξοικειώνει την καρκινοπαθή με την ιδέα του θανάτου και την καθιστά περισσότερο έτοιμη να δεχτεί ένα τέτοιο ενδεχόμενο, χωρίς έντονο πανικό, άγχος, κατάθλιψη ή αποδιοργάνωση.
- Η νοσηλεύτρια, δίνει έμφαση στο πόσο σημαντικό είναι να βρεθούν τρόποι χρησιμοποίησης του υπόλοιπου της ζωής της κατά τον καλύτερο τρόπο.

Τα κύρια μηνύματα είναι πως εκτός από την φροντίδα την επιστημονική και την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας για τη συστηματική θεραπεία του αρρώστου, πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία του στιγμή αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση, συμπάθεια, ζεστασιά, συμπαράσταση. Ακόμα και ένα απλό κράτημα του χεριού του, μερικές στιγμές σιωπηρής επικοινωνίας, μπορεί να βοηθήσουν στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία αυτού που υποφέροντας μπορεί να βρεθεί στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή.⁵³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΤΙ
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Ο καρκίνος είναι μακροχρόνια αρρώστια που καταπονεί τον ασθενή και το περιβάλλον του. Παρά το γεγονός ότι η καρκινοπαθής έχει ανάγκη από ιατρική παρακολούθηση, η εισαγωγή ή η παραμονή της σε αντικαρκινικό νοσοκομείο δεν είναι πάντοτε απαραίτητη. Αντιθέτως, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, μέσα στο φυσικό χώρο του σπιτιού της, μπορεί να επιδράσει δραστικά στην ψυχική της ηρεμία και γαλήνη.¹⁰

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ – ΣΚΟΠΟΙ

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων, με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και την οικογένεια, στο χώρο που ζουν, με αντικειμενικό σκοπό τη διατήρηση της υγείας τους και την αύξηση του επιπέδου ανεξαρτησίας τους, περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αρρώστιας.⁶⁹

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκει η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι :

- α. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες, που εκτός από την παρακολούθηση της ασθενούς, διδάσκουν, κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.
- β. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.
- γ. Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού της γιατρού.
- δ. Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και οικείο οικογενειακό περιβάλλον.

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι :

- α. Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.
- β. Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.
- γ. Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.

δ. Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.

1.2 ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΑΙ Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η προσφορά της νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η νοσηλεύτρια, θα πρέπει να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει, να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς, να καταγράψει τη νοσηλευτική της διάγνωση (επιστημονική, βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής), να ανακαλύψει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράφει τις νοσηλευτικές ενέργειες, το χρόνο και τον τόπο που θα παρέχονται αυτές, να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασής της, να αξιολογεί τα αποτελέσματα των ενεργειών της και τέλος, να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου.

Πιο συγκεκριμένα, η προσφορά της νοσηλεύτριας σε ασθενή με μαστεκτομή, έγκειται στα εξής :

- α. Ψυχική υποστήριξη της μαστεκτομηθείσας και της οικογένειάς της και ενδυνάμωση των υπάρχοντων δεσμών.
- β. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας, όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή. Η παροχή βοήθειας, όχι μόνο ανακουφίζει την ασθενή, αλλά είναι και ένδειξη προς αυτήν ότι δεν έχει μείνει μόνη και ότι η οικογένειά της συνεχίζει να την αγαπά το ίδιο.
- γ. Παρότρυνση της ασθενούς στη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.
- δ. Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς, για την ταχύτερη οργανική αποκατάσταση της ασθενούς.
- ε. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά τη μαστεκτομή, για άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς.
- στ. Καθοδήγηση της ασθενούς για διενέργεια της μηνιαίας αυτοεξέτασης του μαστού.
- ζ. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και τη διδάσκει πώς να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο.

η. Φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοθεραπεία που έχει καθοριστεί από το γιατρό μετά τη μαστεκτομή.¹⁰

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

2.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΝΕΣΗΣ

Η σωματική φροντίδα και η εξασφάλιση άνεσης και ασφάλειας για την ασθενή που πεθαίνει αποτελούν σημαντικούς τομείς δράσης και παρέμβασης της νοσηλεύτριας. Αποτελεσματική σωματική φροντίδα στα τελευταία στάδια της ζωής της, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν η ασθενής βρίσκεται στο σπίτι ή σε νοσοκομείο, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπαράσταση είναι ίδιες.

Αντιμετώπιση του πόνου

Το πρόβλημα του πόνου υπάρχει στο 1/2 περίπου των περιπτώσεων στα αρχικά στάδια, αλλά φτάνει το 60-80% στο τελικό στάδιο της νόσου. Η νοσηλεύτρια περισσότερο από κάθε άλλον έχει την πιο στενή με την άρρωστη. Οι εκτιμήσεις της από την παρατήρηση της συμπεριφοράς της μαζί με τις ψυχικές ή σωματικές αντιδράσεις της στον πόνο είναι σημαντικές. Η καταγραφή όλων αυτών είναι δύσκολη.⁷⁰ Η νοσηλεύτρια :

α. Βοηθάει την άρρωστη να διατηρήσει ημερολόγιο, στο οποίο θα σημειώνονται τα χορηγούμενα αναλγητικά φάρμακα, τα αποτελέσματα, καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών.

β. Αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων. Με τον τρόπο αυτό, παρέχει πληροφορίες στο γιατρό, με τις οποίες αυτός θα επιτύχει τον πιο αποτελεσματικό συνδυασμό φαρμάκων, για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση του πόνου.

γ. Χορηγεί, κατόπιν ιατρικής εντολής :

Ηρεμιστικά και υπνωτικά, για πρόκληση ύπνου.

Μυοχαλαρωτικά και αντισπασμωδικά

Αναλγητικά.

Ναρκωτικά.

Επιστά την προσοχή της στο φαύλο κύκλο : ναρκωτικό – υπνηλία – λιγότερη τροφή και υγρά – αφυδάτωση, ναυτία και έμετοι – αύξηση έντασης πόνου – μεγαλύτερη δόση ναρκωτικών.

δ. Διδάσκει την οικογένεια της άρρωστης πώς και πότε να χορηγεί τα φάρμακα καθώς επίσης και να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στη θεραπευτική αγωγή. Αυτό το επιτυγχάνει με :

- συστηματικές επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς.
- την σύσταση προς τα μέλη της οικογένειας να καταγράφουν πότε αρχίζει ο πόνος, το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων, το χρόνο έναρξης της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής και της ανακούφισης.

ε. Συστήνει τεχνικές χαλάρωσης, οι οποίες αποτελούν βοηθητικά μέσα για την ασθενή που πονάει. Περιλαμβάνουν ασκήσεις βοήθειας αναπνοής, χαλάρωσης των μυών και αποκόλληση της ασθενούς από την σκέψη του πόνου.¹⁰

Διαταραχές κένωσης του εντέρου

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής, υποφέρουν από δυσκοιλιότητα. Η πίεση του διογκωμένου εντέρου στο διάφραγμα και ο μετεωρισμός επιτείνουν τον πόνο. Η νοσηλεύτρια, δίνει οδηγίες στα μέλη της οικογένειας για τα μέτρα που είναι αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης :

- α. Συστήνει τη χορήγηση τροφών όπως φρουτόκρεμες εμπορίου, χυμό δαμάσκηνων κλπ.
- β. Διδάσκει στην οικογένεια τη διαδικασία του υποκλυσμού και κάθε άλλη διαδικασία, που βοηθάει στην απομάκρυνση των ενσφηνωμένων στο έντερο κοπρανωδών μαζών.
- γ. Παρέχει τη φροντίδα αυτή, όταν η οικογένεια δεν είναι σε θέση να την επιτύχει.

Διατροφή

Η καλή και ισορροπημένη διατροφή της ασθενούς αποτελεί νοσηλευτικό πρόβλημα και συγχρόνως ευθύνη της νοσηλεύτριας, επειδή από τη μια οι ανάγκες για καλή θρέψη της καρκινοπαθούς είναι μεγαλύτερες, από την άλλη η ανορεξία περιορίζει σε σημαντικό βαθμό τη διάθεση για φαγητό. Η νοσηλεύτρια :

- Αφήνει την άρρωστη ελεύθερη να τρωει οτιδήποτε θελήσει.

- Φροντίζει για την επαρκή ενυδάτωσή της, ώστε να αποφευχθεί η παρεντερική χορήγηση υγρών.

Πρόληψη κατακλίσεων

Η δημιουργία κατακλίσεων συχνό φαινόμενο σε ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής. Παράγοντες που προσθέτουν στην εμφάνιση κατακλίσεων είναι η μακρά παραμονή στο κρεβάτι, η αφυδάτωση, η αποφυγή συχνών εναλλαγών θέσεων, κ.α. Η νοσηλεύτρια, διδάσκει στην οικογένεια της καρκινοπαθούς τη φροντίδα του δέρματος και την ανάγκη για συχνή αλλαγή θέσεων.

Νέκρωση – εξέλκωση

Καθώς αυξάνεται το μέγεθος του όγκου, μπορεί να διαταραχθεί η αιμάτωσή του με τη συμπίεση των αγγείων που τον αιματώνουν, με αποτέλεσμα τη διακοπή της θρέψης και τη νέκρωση του όγκου. Η νέκρωση συνήθως γίνεται στο κέντρο της διόγκωσης, μπορεί να φθάσει και στο δέρμα και τότε δημιουργείται εξέλκωση ή διανοίγεται σε κοιλότητα ή κοίλο όργανο (έντερο). Η νέκρωση συνοδεύεται συνήθως από γενική κακουχία και πυρετό. Τα γενικά αυτά φαινόμενα γίνονται περισσότερο έντονα, όσο μεγαλύτερη έκταση έχει ο ιστός που νεκρώνεται. Κίνδυνος της νέκρωσης και εξέλκωσης είναι η μόλυνση γι' αυτό προστατεύονται από εστίες μόλυνσης με τα γνωστά μέτρα.

Δυσσομία

Όταν η ιστική αλλοίωση παραμένει ανοιχτή, η κακοσμία είναι αναπόφευκτη και το σπουδαιότερο μέτρο για τη μείωση της, είναι η τήρηση καθαρής της τραυματικής χώρας. Η κακοσμία οφείλεται στη νέκρωση των νεόπλαστων ιστών και η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- α. Συχνή πλύση του τραύματος με φυσιολογικό διάλυμα NaCl. αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και άμεση απομάκρυνσή τους από το δωμάτιο του αρρώστου.
- β. Αλλαγή λευχειμάτων και ενδυμάτων της άρρωστης, όταν βρέχονται.
- γ. Καλός αερισμός του δωματίου.
- δ. Χρησιμοποίηση αποσμητικών.

Αιμορραγία

Η αιμορραγία οφείλεται σε διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα. Η νοσηλεύτρια :

- α. Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία της άρρωστης ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- β. Ενθαρρύνει την άρρωστη και προσπαθεί να την ηρεμήσει.
- γ. Ετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος ή αιμοπεταλίων.
- δ. Ετοιμάζει την άρρωστη για απολίνωση ή καυτηρίαση του αιμορραγούντος αγγείου.⁷¹

2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ

Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος της νοσηλεύτριας και σ' αυτόν τον τομέα. Είναι έτοιμη να χρησιμοποιήσει όλη τη νοσηλευτική τέχνη και επιστήμη για να βοηθήσει την άρρωστη να ζήσει κάθε μέρα και ώρα μέχρι τη στιγμή του θανάτου της, όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη, όχι μόνο σωματική, αλλά και ψυχική άνεση, αξιοπρέπεια και ανακούφιση.

Συγκεκριμένα, η νοσηλεύτρια αποδέχεται την άρρωστη που πεθαίνει όπως και αν συμπεριφέρεται, δηλαδή δέχεται τη σιωπή της, την απόσυρση, τη λύπη, την πλήρη εξάρτηση ή απόρριψη της φροντίδας της. Συχνά, η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της εκδηλώνει κάποια μορφή θυμού. Η συμπεριφορά που πηγάζει από αυτό το θυμό ίσως εξαντλήσει σωματικά και ψυχικά την ασθενή και είναι δυνατόν να απομακρύνει και να αποξενώσει τους ανθρώπους, τους οποίους στη φάση αυτή χρειάζεται περισσότερο. Η νοσηλεύτρια οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματα και να περάσει ομαλά και ήρεμα από τη φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς έχουν εκτεθεί σε αυτά τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, η νοσηλεύτρια τους εξηγεί ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας για την ασθενή και ότι η ίδια θα βοηθήσει την ασθενή να εκδηλώσει αυτό το θυμό, ώστε να μπορέσει να τον αποβάλλει στο τέλος.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, και να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους. Επίσης, πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για την ασθενή. Η αποτελεσματική ακρόαση περιλαμβάνει όχι μόνο αυτά που λέγονται, αλλά και την κατανόηση του τρόπου που αυτά διατυπώνονται.

Άλλη σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να συζητάει με την ασθενή, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των φοβιών και των ανησυχιών της ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή. Μπορεί να έχει τη δυνατότητα να κλάψει ή να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα που μέχρι τη συγκεκριμένη στιγμή έκρυβε μέσα της. Διαπιστώνει τις πνευματικές ανησυχίες και τα ενδιαφέροντα της καρκινοπαθούς που πεθαίνει και αναλαμβάνει να ικανοποιήσει το αίτημά της για πνευματική επικοινωνία, ιερή εξομολόγηση και Θεία Κοινωνία, φέροντάς την σε επαφή με τον ιερέα του Νοσοκομείου, ή τον παπά της ενορίας, αν βρίσκεται στο σπίτι.

Όταν επέλθει ο θάνατος, η νοσηλεύτρια κάνει την αρχική εξακρίβωση και στη συνέχεια καλεί το γιατρό να διαπιστώσει κλινικά το θάνατο. Ακολουθεί η φροντίδα του σώματος του νεκρού, μια πράξη ιερή που πραγματοποιείται με σεβασμό προς αυτόν.

Τέλος, η νοσηλεύτρια βοηθάει την οικογένεια της άρρωστης να ακολουθήσει την φυσιολογική πορεία στο πένθος της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της. Αναγνωρίζει τη συμπεριφορά που κυριαρχεί, όταν η διαδικασία του πένθους δεν εξελίσσεται ομαλά και τα σημεία του παθολογικού πένθους, που είναι :

- α. Αδικαιολόγητα παρατεινόμενο πένθος, που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
- β. Υπερβολική ευφορία και δραστηριότητα μπροστά στο θάνατο, που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
- γ. Τάσεις αυτοκαταστροφής / τιμωρίας.
- δ. Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
- ε. Υπερβολική κατάθλιψη που εκφράζεται καθυστερημένα μήνες μετά το θάνατο.

Τέλος, συστήνει επαφή με ειδικό ψυχολόγο, όταν κάποιο μέλος της οικογένειας εκδηλώσει τα συμπτώματα αυτά.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ
2. ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

1. ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Η αποκατάσταση γενικά περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες με τις οποίες αντιμετωπίζονται ψυχολογικές, λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις, που η νόσος και οι θεραπείες προκαλούν. Αποσκοπούν στην επανένταξη του ατόμου είτε στην προηγούμενη κοινωνική ζωή του, είτε στη δημιουργία νέων τέτοιων συνθηκών. Και οι τρεις παράμετροι, σωματική και ψυχοκοινωνικής υγείας, συνδέονται μεταξύ τους, διότι η κάθε μια επηρεάζει και επηρεάζεται από την άλλη, έτσι που η διάκρισή τους είναι δύσκολη. Η αποκατάσταση της άρρωστης αρχίζει από την είσοδό της στο νοσοκομείο. Βασικός σκοπός της είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής της, με τη μεγαλύτερη δυνατή αποδοτικότητα και τη μικρότερη εξάρτηση, άσχετα προς τον προβλεπόμενο χρόνο επιβίωσής της. Η εφαρμογή αποκατάστασης απαιτεί συνεργασία πολλών συντελεστών. Αυτό σημαίνει ότι ο καρκίνος απαιτεί ομαδική εργασία. Συχνά συνεργάζονται, άρρωστος, οικογένεια, γιατρός, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κ.α.²

1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι γυναίκες που υπέστησαν μαστεκτομή μπορούν να αποκαταστήσουν τη φυσική τους εμφάνιση με ποικίλους τρόπους. Η άρρωστη που έχει κάνει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλευέται να φοράει κανονικό στήθδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), που δεν θα κολλάει πάνω στο τραύμα. Για να κρατηθεί η πρόχειρη αυτή πρόσθεση στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα «Υ» στο κάτω άκρο του στήθδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια σε ζώνη. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο (με αφρώδες πλαστικό, με υγρό, με αέρα και από πού μπορεί να την προμηθευτεί).

Με την ανακατασκευή του μαστού, δημιουργείται αίσθηση πληρότητας, δεν τοποθετείται εξωτερικά προσθετικό υλικό και δεν είναι τόσο μεγάλη η ανάγκη να τροποποιηθεί ο ρουχισμός. Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού και ο καθένας έχει πλεονεκτήματα, όπως επίσης και τρόποι ανακατασκευής της θηλής.⁵⁵

Το πρώτο ερώτημα είναι αν η ανακατασκευή του μαστού θα γίνει αμέσως μετά τη μαστεκτομή ή θα καθυστερήσει. Το πλεονέκτημα της άμεσης ανακατασκευής είναι ότι μειώνονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις («πένθος» για τον χαμένο μαστό).

Η άμεση ανακατασκευή ενδείκνυται σε γυναίκες με μικρής έκτασης καρκίνο και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες που επιθυμούν να αποφύγουν μια δεύτερη επέμβαση αλλά έχουν συνειδητοποιήσει πως υπάρχει κάποιος ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος να προκύψουν προβλήματα επούλωσης. Όταν όμως ο όγκος είναι μεγάλος και πρέπει να γίνει τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, αποφεύγεται συνήθως η άμεση ανακατασκευή του μαστού. Ο αρχικός στόχος είναι η ίαση από τον καρκίνο, ενώ η ικανοποιητική πλαστική ανακατασκευή έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Η καθυστερημένη επίλυση του προβλήματος έχει πολλά πλεονεκτήματα. Επιτρέπει στο χειρουργικό τραύμα να επουλωθεί. Επιπλέον, ο παθολογοανατόμος θα μελετήσει τα όρια του ιστού που θα επανακατασκευαστεί και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, πράγμα που επιτρέπει να επιλεγεί σωστότερη τεχνική.

Η ανακατασκευή του μαστού καθυστερεί όταν μαζί με τη χειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία, οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν τα συστατικά του αίματος και το ανοσολογικό σύστημα, οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος λοίμωξης, επιβραδύνεται η επούλωση του τραύματος και εκδηλώνονται και άλλες επιπλοκές. Συνήθως η ανακατασκευή αναβάλλεται για τέσσερις έως έξι εβδομάδες μετά τη συμπλήρωση της ακτινοθεραπείας και δυο έως τρεις μήνες μετά το πέρας της χημειοθεραπείας.

Πρόσθεση μαστού σιλικόνης σε ένα στάδιο

Σε ελάχιστες περιπτώσεις, τοποθετείται μικρό εμφύτευμα σιλικόνης κάτω από τους μύς του θωρακικού τοιχώματος και κατά τη διάρκεια της μαστεκτομής. Η τεχνική εφαρμόζεται σε γυναίκες με μικρούς μαστούς από τις οποίες αφαιρέθηκε πολύ μικρό τμήμα του μαστού.

Τεχνική επέκτασης των ιστών

Κάτω από τους μύς του θωρακικού τοιχώματος τοποθετείται πρόσθεση σιλικόνης που φουσκώνει προοδευτικά με αποστειρωμένο φυσιολογικό ορό. Αυτό γίνεται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα. Συνήθως απαιτούνται δυο με τρεις μήνες ώσπου ο μαστός να φτάσει το μέγεθος του αντίθετου μαστού. Χρησιμοποιούμε το

εμφύτευμα για μεγάλο χρονικό διάστημα ή μπορούμε να το αλλάξουμε με μόνιμη πρόσθεση με απλή επέμβαση.

Τεχνική χρησιμοποίησης κρημονού από τον πλατύ ραχιαίο μυ (LATS)

Η τεχνική αυτή έγινε δημοφιλής στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980. Χρησιμοποιείται κυρίως όταν οι ιστοί του κατώτερου θωρακικού τοιχώματος είναι τεταμένοι ή λεπτοί ή όταν υπάρχει βλάβη από προηγούμενη εντοπισμένη ακτινοβολία έπειτα από μαστεκτομή.

Χρησιμοποιείται εμφύτευση μαστού σιλικόνης μαζί με τον ευρύ, σχήματος βεντάλιας, πλατύ ραχιαίο μυ που στρέφεται γύρω από το θωρακικό τοίχωμα για να υποκαταστήσει τον ιστό που αφαιρέθηκε κατά τη μαστεκτομή.

Τεχνική χρησιμοποίησης μυοδερματικού κρημονού από τον εγκάρσιο ορθό κοιλιακό μυ (TRAM)

Είναι η πιο περίπλοκη τεχνική απ' όσες χρησιμοποιούνται συνήθως και δεν είναι δυνατό να εφαρμοστεί σε όλες τις ασθενείς.

Ένα τμήμα του κάθετου μυός που βρίσκεται στο κέντρο της κοιλιάς (ορθός κοιλιακός) καθώς και μεγάλο τμήμα δέρματος και λίπους ελλειψοειδούς σχήματος από το κάτω τμήμα της κοιλιάς, μεταφέρονται στο θωρακικό τοίχωμα και σχηματίζουν τη μορφή του μαστού.

Μικροχειρουργική τεχνική ελεύθερης επιλογής κρημονού

Η μέθοδος αυτή, η πιο σύγχρονη μαζί με την τεχνική TRAM, εφαρμόζεται επίσης όταν οι απλούστερες τεχνικές αποτυγχάνουν. Σπανίως επιχειρείται και αποτελεί την τελευταία επιλογή.

Ιστός από το κέντρο της κοιλιάς, την πλάτη ή τους γλουτούς μεταφέρεται στο θωρακικό τοίχωμα και μορφοποιείται εν είδει μαστού. Τα αγγεία από τον ελεύθερο κρημόν συνδέονται με τα αγγεία του θωρακικού τοιχώματος με μικροχειρουργικές τεχνικές.

Η σωματική αποκατάσταση της ασθενούς, εκτός από την εφαρμογή πρόσθεσης απαιτεί μετεγχειρητικές ασκήσεις για την πλήρη αποκατάσταση της κίνησης της κατ' ώμον άρθρωσης, κατάλληλες συμβουλές για την πρόληψη του λεμφοιδήματος κ.α.²⁹

1.2 ΨΥΧΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο καρκίνος σήμερα πιστεύεται ότι είναι μια νόσος όπως οι άλλες. Όταν διαγνωστεί έγκαιρα υπάρχουν σοβαρές ελπίδες θεραπείας, όμως το μήνυμα αυτό της επιστήμης, σαφές και ελπιδοφόρο, δεν έγινε ακόμα αποδεκτό από το ευρύ κοινό. Η νόσος για τους πολλούς συνδέεται άμεσα με τον πόνο, την ταλαιπωρία, το θάνατο. Γι' αυτό οι πάσχοντες επηρεάζονται ψυχολογικά και μόνο στην ύπαρξη υποψίας, πολύ περισσότερο δε στην πραγματικότητα. Άλλοι παράγοντες που προκαλούν αγωνία και φόβο με συνοδό την κατάθλιψη και που η φαντασία και το ψυχικό stress τα μεγαλοποιούν είναι : Η διάγνωση που δικαιούται να μάθει, η αναμονή της επέμβασης και η μετεγχειρητική πορεία της, το ιστολογικό αποτέλεσμα που θα καθορίσει τη θεραπεία, τα προβλήματα της θεραπείας, ο πόνος, το αίσθημα της απειλής πιθανής μετάστασης, η οικογένεια, η εργασία και πολλά άλλα.

Ο βαθμός και η ένταση του ψυχικού stress εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Π.χ. από τις γνώσεις που έχει ο άρρωστος για τη νόσο και τα προβλήματά της, το χαρακτήρα και γενικά την προσωπικότητα, το περιβάλλον που ζει, το θρησκευτικό του πιστεύω κ.α.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις περιπτώσεις αυτές είναι λεπτός και δύσκολος.⁵⁵ Οι αντιλήψεις της αποκατάστασης άρχισαν πρώτα στις πιο προηγμένες χώρες, εδώ και 25 χρόνια. Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση εξελίσσεται ακόμα πιο ευνοϊκά γι' αυτές τις αντιλήψεις. Η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου (UICC), καταρτίζει σχετικά προγράμματα, ενώ ειδικοί συγκροτούν ομάδες αποκατάστασης (Rehabilitation Team) και ιδρύονται ειδικά τμήματα σε αντικαρκινικά κέντρα.

Πώς όμως φτάσαμε στο σημείο αυτής της νέας αναγκαιότητας ; Για να έλθει ο καιρός αυτής της νέας αντίληψης στην καθημερινή πράξη έπρεπε να επιτευχθούν υψηλά ποσοστά υφέσεων, μεγάλα μεσοδιαστήματα ελεύθερα νόσου και ιάσεις. Μετά από αυτά η ανάγκη της αποκατάστασης ήταν η φυσική εξέλιξη, καθώς διαφορετικά οι καρκινοπαθείς θα παρέμεναν μια ομάδα ευάριθμη αλλά περιθωριοποιημένη, ιδιαίτερα δαπανηρή, με τάσεις απομόνωσης, που θα απέβλεπε μόνο στην ατομική φιλανθρωπία και θα προκαλούσε στάσεις και ενέργειες οίκτου. Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης είναι προβλήματα από τη νόσο, γενικά, όπως : πόνος, άγχος, φόβος, διαταραχές θρέψης κλπ. Τα τοπικά προβλήματα προκύπτουν από την επέμβαση (μαστεκτομή), οι συνοδοί δυσμορφίες, ρίκνωση ουλής, λεμφοίδημα, οι αγγειεκτασίες από την ακτινοβολία, η αλωπεκία από τη χημειοθεραπεία, η αλλαγή της εικόνας του σώματος από την ορμονική αγωγή (λ.χ. ανδρογόνα). Ακόμα οι ψυχολογικές

επιπτώσεις, η επαναδραστηριοποίηση στο επάγγελμα, οι συζυγικές σχέσεις, η συμμετοχή στην οικογένεια και πλήθος άλλα.

Έτσι αναπτύχθηκε αρχικά στις ΗΠΑ, αργότερα στις ευρωπαϊκές χώρες και από το 1983 και στην Ελλάδα το πρόγραμμα για την αποκατάσταση μαστεκτομημένων «Φθάσε σε αποκατάσταση» (Reach to Recovery). Το πρόγραμμα αυτό συνέλαβε και εφάρμοσε πρώτη η Teresa Laser (Reach to Recovery Foundation) που κινητοποιεί μεγάλο αριθμό εθελοντών γυναικών, που αρχίζουν την αποκατάσταση αμέσως μετά την εγχείρηση, δίπλα στο κρεβάτι της χειρουργημένης.

Σήμερα η πρόοδος της θεραπευτικής του καρκίνου έχει συμβάλλει ώστε να αποφεύγονται οι εκταταμένες ακρωτηριαστικές επεμβάσεις και να εφαρμόζονται περιορισμένες εγχειρήσεις με ισότιμη επιβίωση και αξιόπιστες προοπτικές. Οι μικρότερες επεμβάσεις συνεπάγονται, αν και όχι πάντα, λιγότερα προβλήματα για τη γυναίκα από ψυχολογικής πλευράς. Αυτό πάντως που τελικά έχει μεγαλύτερη σημασία είναι η υποστήριξη της γυναίκας, όχι μόνο ως προς το βιολογικό σκέλος της θεραπείας της, αλλά και ως προς το ψυχολογικό και κοινωνικό, για μια ολοκληρωμένη και ανθρώπινη αντιμετώπιση.²

Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου σε συνδυασμό με τη φυσική φροντίδα και τη λεπτομερή εκπαίδευσή του μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να βοηθήσει στην ανεξαρτητοποίηση από την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, να ενισχύσει τη θέληση και να διατηρήσει την ελπίδα για δράση και ζωή.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, που βοηθούν τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μαρτύριο της ψυχικής αναστάτωσης, είναι και η πνευματική τοποθέτηση του όλου προβλήματος της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άρρωστοι που αποδέχονται τη νόσο και τα οποιαδήποτε επακόλουθά της με πίστη, ως δοκιμασία με κάποιο πνευματικό νόημα και σκοπό, κατορθώνουν να περάσουν τις κρίσιμες αυτές φάσεις της ζωής με υπομονή, ειρηνικά και ανάλαφρα. Κάνουν απίστευτες υπερβάσεις, δραστηριοποιούνται και αποκαθίστανται επαγγελματικά γρηγορότερα, όσο το επιτρέπει η περίπτωση τους. Δεν χάνουν το θάρρος και την ελπίδα και στις δυσκολότερες στιγμές, ακόμα και όταν γνωρίζουν ότι βαδίζουν προς το τέλος της ζωής τους. Επιτυχής όποιος βρει το ισχυρό αυτό φάρμακο της πίστης, έστω κι όταν τον επισκεφτεί ο καρκίνος.⁵⁵

1.3 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, που συχνά ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου ή τη θεραπευτική αγωγή, μπορεί να επιδεινωθεί αν ο ασθενής κάθεται άπραγος, εξαρτώμενος από την οικογένεια και τους φίλους του. Είναι λοιπόν σημαντικότερο για την ψυχική και πνευματική του ηρεμία να βρει τρόπους να επιστρέψει στην ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης, μελέτη ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού.

Υιοθέτηση θετικής στάσης

Ασφαλώς, η επιστροφή στην εργασία ίσως δημιουργήσει προβλήματα. Ο ασθενής ίσως αντιμετωπίζει κάποια δυσμενή διάκριση ή προκατάληψη στο χώρο εργασίας.

Είναι λυπηρό, αλλά δυστυχώς υπάρχουν ακόμη άτομα που στιγματίζουν τους καρκινοπαθείς. Εργοδότες και συνάδελφοί τους ίσως αντιδρούν έτσι λόγω κάποιου αόριστου φόβου ή ανησυχίας ως προς την αφηρημένη έννοια του καρκίνου. Οι συνάδελφοι μπορεί να μένουν σε απόσταση είτε διότι δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν είτε διότι έχουν κάποιες παράλογες ιδέες και λανθασμένες αντιλήψεις και φοβούνται μήπως κολλήσουν τη φοβερή αρρώστια αν έρθουν σε επαφή με τον καρκινοπαθή. Οι εργοδότες ίσως φοβούνται τη μειωμένη απόδοση του καρκινοπαθούς υπαλλήλου ή τις οικονομικές απώλειες εξαιτίας των αναρρωτικών αδειών για θεραπευτικούς λόγους.

Το σπουδαιότερο είναι να διατηρήσει ο καρκινοπαθής μια θετική στάση παρά τις οποιοσδήποτε απορρίψεις. Οι νοσηλευτές, οι εργασιοθεραπευτές, οι φυσικοθεραπευτές, καθώς και οι επαγγελματικοί σύμβουλοι μπορούν να βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξή του στο εργασιακό δυναμικό, στην ανεύρεση εργασίας που να ανταποκρίνεται στις ικανότητές του ή, αν είναι απαραίτητο στην επανεκπαίδευσή του. Όμως το μυστικό είναι να μάθει κανείς να ζει με τον καρκίνο. Η θετική στάση θα ενισχύσει την αποφασιστικότητα και θα εξομαλύνει τις τυχόν δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους.

2. ΣΤΟΧΟΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΛΗΡΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Για ν' αρχίσει η ανάρρωση και η αποκατάσταση είναι απαραίτητο να

κατανικήσει ο ασθενής το θυμό και το φόβο, να υιοθετήσει σωστή στάση, να προσφύγει στο σύστημα υποστήριξης και τέλος να ασχοληθεί με κάποια παραγωγική εργασία αλλά και με την ψυχαγωγία.

Όλα αυτά συνθέτουν την εικόνα όσων πρέπει να γίνουν στη δύσκολη περίοδο που τον αναμένει.

Μόλις ληφθεί η κρίσιμη απόφαση ότι πράγματι ο ασθενής επιθυμεί να γίνει καλά πρέπει να δείξει την προθυμία να υποβληθεί σε θυσίες και να πιστέψει ότι η ολοκλήρωση αυτού του στόχου αξίζει κάθε προσπάθεια.

Πρέπει να γνωρίζει τα όρια αντοχής του και να θέτει ρεαλιστικούς στόχους. Επίσης, οφείλει να είναι έτοιμος για συμβιβασμούς, να αποδέχεται τις μόνιμες αλλαγές και να προχωρεί παραπέρα. Ο καρκίνος σημαίνει ότι πρέπει ο ασθενής να αναδιοργανώσει τη ζωή του, αν θέλει να πετύχει την πληρέστερη δυνατή αποκατάσταση. Δεν χρειάζεται βέβαια ν' αλλάξει τις συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής, ακόμη κι αν θα το μπορούσε.

Οφείλει όμως να κάνει τις αναγκαίες προσαρμογές στην καθημερινή του ζωή ώστε να χρησιμοποιήσει το χρόνο του με τον πιο εποικοδομητικό και αποτελεσματικό τρόπο.

Τέλος, αν φροντίσει προσεκτικά να διατηρήσει πνευματική και ψυχική διαύγεια και τη σωματική του ευεξία, θα έχει μάθει όχι μόνο πώς να ζει με τον καρκίνο, αλλά και πώς να επιτυγχάνει τον καλύτερο δυνατό μέσα στις αντιξοότητες των περιστάσεων.²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

1. 1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
2. 2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

1. 1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία εισαγωγής	25 / 7 / 00	
Όνοματεπώνυμο	Μ. Αγγελική	
Ασφαλιστικός φορέας	Ο.Γ.Α.	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος : -	Έγγαμη : ναι Φύλο : θήλυ
Ηλικία	42 ετών	
Ημερομηνία γέννησης	8 / 10 / 58	
Τόπος γέννησης	Άμφισσα	
Επάγγελμα	Οικιακά	
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	25 / 7 / 00	
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη	

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ

Πόνος στο δεξιό μαστό

2. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής προ 5 μηνών (Μάιος 2000), παραπονείται για άλγος στο δεξιό μαστό. Δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αποδίδει τον πόνο αυτό στην ινοκυστική μαστοπάθεια, από την οποία πάσχει από 10ετία. Πριν από 10 ημέρες (15 / 7 / 00), σημειώθηκε προοδευτικά αύξηση της έντασης του πόνου, που επιδεινωνόταν κατά τη διάρκεια της νύχτας, καθώς γύριζε στο δεξιό πλευρό. Η ασθενής ψηλαφώντας το δεξιό μαστό δεν ανακάλυψε κάτι ασυνήθιστο, παρά μόνο τις κύστες που προκαλεί η μαστοπάθειά της. Ωστόσο, αποφάσισε να επισκεφτεί κάποιο γιατρό, διότι θορυβήθηκε και ανησύχησε για την εμφάνιση του επίμονου αυτού πόνου.

Εισέρχεται προς ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας». Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος), ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και μαστογραφία. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κλινική εξέταση της ασθενούς από τον

εφημερεύοντα ιατρό, διαγιγνώσκεται ογκίδιο (Δ) μαστού. Προγραμματίζεται η εισαγωγή της ασθενούς. Εισάγεται στην χειρουργική κλινική, όπου και νοσηλεύεται για 12 ημέρες. Κατά την εισαγωγή ενημερώθηκε από τον θεράποντα ιατρό ότι θα πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση δεξιού μαστού και προγραμματίστηκε το χειρουργείο για την επόμενη ημέρα, 26 / 7 / 00 και ώρα 10:30π.μ, για αφαίρεση ογκιδίου στο δεξιό μαστό με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

3. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΤΙΚΟ

Γενική κατάσταση υγείας

Σχετικά καλή.

Νοσήματα ενήλικα

- Κολπίτιδα το 1992.
- Ινοκυστική μαστοπάθεια από το 1990.
- Οξεία σκωληκοειδίτιδα το 1982.

Εισαγωγές στο Νοσοκομείο

- Σκωληκοειδεκτομή το 1982.
- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1983.
- 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1985.

Αλλεργίες

Δεν αναφέρονται.

Φάρμακα

Διουρητικά, κατόπιν εντολής ιατρού, παραμονές εμμηνορρυσίας.

Περιοδικές εξετάσεις

Test Pap κάθε 2 χρόνια (αρνητικά).

Επισκέψεις στο γυναικολόγο για κλινική εξέταση (ψηλάφηση) μαστού κάθε 1 χρόνο.

Έκθεση σε τοξικές ουσίες

- Κάπνισμα Ναι, 5-8 τσιγάρα την ημέρα.
- Οινόπνευμα Ελάχιστη κατανάλωση.
- Καφεΐνη Πίνει μόνο ελληνικό καφέ (1-2 ημερησίως).
- Άλλες ουσίες Δεν αναφέρονται.

4. ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εκτίμηση γενικής κατάστασης

Λήψη ζωτικών σημείων :

Αρτηριακή πίεση : 140 / 80mmHg.

Αναπνοές : 18 / min.

Σφύξεις : 70 /min.

Θερμοκρασία : 36,8° C.

Ύψος : 1,58cm.

Βάρος : 65kg.

5. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αντιβιοτικά

Radasef

(Κεφορανίδα, Κεφαλοσπορίνη β γενιάς).

Δράση : Μικροβιοκτόνος.

Ενδείξεις : Λοίμωξη οστών και αρθρώσεων, λοιμώξεις κατώτερων αναπνευστικών οδών, δέρματος και μαλακών μορίων, ουροποιητικού, βακτηριδιακή σηψαιμία.

Αντενδείξεις : Σε ασθενείς με γνωστή υπερευαισθησία στην κεφορανίδα και στα αντιβιοτικά της ομάδας των κεφαλοσπορινών.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Αλλεργικές αντιδράσεις, θρομβοπενία, ναυτία, έμετος, διάρροια, πονοκέφαλος, υπόταση, λήθαργος.

Τρόπος χορήγησης – Δοσολογία : Ενήλικες 0,5-1g IV ή IM, 2 φορές την ημέρα (κάθε 12h).

Παιδιά 20-40mg/1kg κάθε 12h.

Προ-μετεγχειρητική χρήση : 0,5-1g Iv ή IM 1 ώρα πριν την εγχείρηση ή 2 ώρες μετά από αυτήν.

Metronidazole

(Μετρονιδαζόλη, μικτό αμοιδοβατοκτόνο).

Δράση : Αντιμικροβιακή.

Ενδείξεις : Λοιμώξεις από αναερόβια βακτηρίδια π.χ. ηπατικό απόστημα, ενδοκοιλιακά αποστήματα, περιτονίτιδα, λοιμώξεις χοληφόρων, μαιευτικές και γυναικολογικές επεμβάσεις.

Αντενδείξεις : Σε άτομα με υπερευαισθησία στο φάρμακο, με ενεργό νόσο του Κ.Ν.Σ., με πορφυρία και τέλος κατά την κύηση και τη γαλουχία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Ναυτία, έμετος, διάρροια, στοματίτιδα, κνίδωση, δυσουρία, κυστίτιδα, κεφαλαλγία, λήθαργος, ζάλη.

Τρόπος χορήγησης – Δοσολογία : Ενδοφλεβίως : 7,5mg/1kg κάθε 6h/Από το στόμα: 400mg/8ωρο.

Παιδιά : 7,5mg/kg ανά 8ωρο.

Αντιπηκτικά

Innohep

(Tinzaparm Sodium).

Δράση : Μείωση της πήκτικότητας του αίματος.

Ενδείξεις : Προφύλαξη της εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας, θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.

Αντενδείξεις : Σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο για αιμορραγία, με μειωμένη ηπατική ή νεφρική λειτουργία, με βαριά υπέρταση ή εγκεφαλικές αιμορραγίες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : θρομβοκυτοπενία, αλλεργικές αντιδράσεις.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : Υποδόρια. Προεγχειρητικά, 2h πριν την εγχείρηση και 1 φορά την ημέρα ώσπου ο ασθενής να καταστεί περιπατητικός.

Φάρμακα του γαστρεντερικού

Lumagen

(Ρανιτιδίνη).

Δράση : Αντιελκωτικό σκεύασμα.

Ενδείξεις : Έλκος δωδεκαδαχτύλου, στομάχου, σύνδρομο Zollinger-Ellison (γαστρική υπερέκκριση), οισοφαγίτιδα, πρόληψη αιμορραγικής γαστρίτιδας.

Αντενδείξεις : Υπερευαισθησία στο φάρμακο.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Κεφαλαλγία, κακουχία, ζάλη, κοιλιακά άλγη, ναυτία, έμετος και σπάνια βραδυκαρδία, αμηνόρροια.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : per os : 150-300mg/ημέρα.

IM : 50mg/6-8h.

IV : 50mg/6-8h.

Παυσίπονα – Ναρκωτικά

Zideron

(Δεξτροπροποφυξένη υδροχλωρική).

Δράση : Ναρκωτική – αναλγητική.

Ενδείξεις : Πόνοι έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσοι, καθώς και στη χειρουργική.

Αντενδείξεις : Αλλεργία, σε βρογχικό άσθμα, στένωση πλωρού, κατά τη γαλουχία, βαριά νεφρική ανεπάρκεια.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Ζάλη, ναυτία, κοιλιακά άλγη, δερματικά εξανθήματα.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : 1-2amp. 75mg IV ή IM, όχι >600mg/24ωρο.

6. ΚΑΡΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

	25 / 7	26 / 7	27 / 7	28 / 7	29 / 7	30 / 7	31 / 7
D / X	1x2	1x2	1x2	1x2	→		
N / S	1x1	1x1	1x1	1x1	→		
Inohep	1x1	1x1	1x1	→			
Radasef	1x2	1x2	1x2	1x2	1x2	1x2	1x2
Zideron	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.		
Metroni- dazole	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3
Lumaren	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3
Primpe- ran	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3	1x3

7. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΙΔΙΟΥ

26 / 7 / 00 κατά το χειρουργείο

Είδος υλικού : Α) Ογκίδιο (Δ) μαστού, κάτω-έξω τεταρτημόριο επί εδάφους ινοκυστικής μαστοπάθειας.

Β) Μαζικός αδένας.

Γ) Μασχαλιαίοι λεμφαδένες.

Κλινική διάγνωση : Ογκίδιο (Δ) μαστού.

Α) Για ταχεία βιοψία απεστάλη τεμάχιο μαζικού αδένου, διαστάσεων 5,5 x 4,5 x 4εκ. Στις διατομές περικλείει νεοπλασματικό όγκο με διάμετρο 2εκ. με ομαλή σχετικά παρυφή, λευκωπή χροιά, οζοειδή διαμόρφωση και υπόσκληρη σύσταση. Ο υπόλοιπος μαζικός αδένας γύρω από τον όγκο έχει εστιακά πλούσια σύσταση, λευκωπή χροιά και περικλείει διατεταμένους πόρους, πληρούμενους από κίτρινο φαιό, παχύρρευστο υλικό.

Η ταχεία βιοψία εδόθη θετική (+) για κακοήθεια.

Β) Χειρουργικό παρασκεύασμα τροποποιημένης, ριζικής μαστεκτομής που αποτελείται από τον δεξιό μαστό διαστάσεων 22 x 17 x 5εκ., καλυπτόμενο από δέρμα εκτάσεως 16 x 13εκ. φέρον τη θηλή. Στο δέρμα στην περιοχή του κάτω – έξω τεταρτημορίου παρατηρείται χειρουργική τομή μήκους 4,5εκ. και κάτω από αυτήν στον μαζικό αδένου κοιλότητα και υπολειμματική νεοπλασματική εστία με διάμετρο 3,5εκ., με ανώμαλη παρυφή, λευκόφαιη χροιά και σκληροελαστική σύσταση που περικλείει διατεταμένους πόρους, πληρούμενους από κιτρινόφαιο υλικό.

Γ) Με ένδειξη μασχαλιαίοι λεμφαδένες απεστάλη τμήμα λιπώδους ιστού με διάμετρο 6,4εκ., το οποίο στις διατομές περικλείει 7 λεμφαδένες με διάμετρο 0,1 – 1,8εκ. του απεσταλμένου υλικού.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Α) Ο ανωτέρω περιγραφόμενος νεοπλασματικός όγκος έχει χαρακτήρα διηθητικού αδενοκαρκινωμάτωσης μαστού, πορογενούς τύπου, με συμπαγή κυρίως και πολύ περιορισμένη μικροσωληνώδη διαμόρφωση, μικρού βαθμού διαφοροποίησης GRADE III. Παρατηρούνται γύρω από τον όγκο πολλές εστίες in situ πορογενούς αδενοκαρκινώματος συμπαγούς εν μέρει φαγεσωρικού τύπου και θέσεις καρκινοποίησης λοβίων.

Β) Η περιγραφόμενη εστία αντιστοιχεί σε in situ πορογενές αδenoκαρκίνωμα συμπαγούς εν μέρει comedo τύπου, με περιοχή καρκινοποίησης λοβίων και αραιές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις στρώματος γύρω από διατεταμένους νεοπλασματικούς πόρους. Ο υπόλοιπος αδένας παρουσιάζει περιορισμένες αλλοιώσεις απλής ινώδους ινοκυστικής μαστοπάθειας, διάταση λίγων εκφορητικών πόρων και περικλείει κύστες με αποκρινή μετάπλαση του επιθηλίου.

Γ) Οι λεμφαδένες είναι ελεύθεροι μεταστάσεων και εμφανίζουν ανοσολογική διέγερση και ιστοκυττάρωση των λεμφοκόλπων τους.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος ανέδειξε ασθενώς (+) έκφραση υποδοχέων οιστρογόνων και μετρίως έντονα (+) έκφραση ki 67 αντιγόνου, ενώ δεν ανέδειξε έκφραση υποδοχέων προγεστερόνης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Ημέρα Χειρουργείου: Πρωινή βάρδια (7-3)</p> <p>26/7/00</p> <p>12:00π.μ.: Πόνος, που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο. 2. Να εξασφαλιστεί η άνεση της ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο. 2. Να παρατηρηθεί και να ψηλαφηθεί η περιοχή όπου εντοπίζεται ο πόνος. 3. Να τοποθετηθεί η άρρωστη σε αναπνευστική θέση. 4. Να διερευνηθούν οι παράγοντες που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν. 5. Να χορηγηθούν αναλγητικά κατά την ιατρικής εντολής και να παρακολουθείται η δράση τους. 6. Να γίνεται συνεχής αξιολόγηση της αρρώστιας κατά την ύφεση του πόνου. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η άρρωστη περιέγραψε τα χαρακτηριστικά του πόνου: είναι συνεχής, οξής και επιδεινώνεται με την κίνηση. Εντοπίζεται στην περιοχή του τραχήλου. 2. Η νοσηλεύτρια παρατήρησε την περιοχή για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα και ανήχημένη θερμοκρασία. Έλεγξε την περιδέρση του τραχήλου και τις συνδεσμές παραχέτους για πιθανή άσκητη πίεσης στο σώμα και το τραύμα. 3. Έδωσε στην άρρωστη αναπνευστική θέση: <ul style="list-style-type: none"> • δεν τοποθέτησε την ασθενή στη χειρουργική περιοχή. • Τοποθέτησε υποστηρικτικό μαξιλάρι κάτω από τον ώμο, στη χειρουργική περιοχή και συνέστησε την αποφυγή της απότομης μετακίνησης του ώμου. • Ανύψωσε την κεφαλή του κρεβατιού κατά 30 μοίρες. 4. Μείωσε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες: δημιούργησε ήρεμο περιβάλλον και ρύθμισε την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το φωτισμό και τον αερισμό του θαλάμου. Διερεύνησε την ύπαρξη παραγόντων που επιτείνουν τον πόνο: απνία, κακοσμία. 5. Η νοσηλεύτρια χορήγησε στις 12:05μ.μ lamp Zideron ενδομυϊκά βάση ιατρικών οδηγιών. 6. Η νοσηλεύτρια παρακολούθει και καταγράφει ανά μισή ώρα μετά την 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η προσεκτική παρατήρηση της περιοχής του τραχήλου, απέκλεισε ως αίτιο του πόνου την πίεση του σώματος και του τραχήλου. 2. Με την τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση, μειώθηκε η πίεση στη χειρ/σα περιοχή και η μυϊκή τάση, με συνέπεια την υποχώρηση μέρους του άλγους. 3. Με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος και τη διατήρηση της άρρωστης καθαρής, εξαλειφθηκε η ανησυχία και η δυσφορία, που επιδρούν αρνητικά και αυξάνουν το αίσθημα του πόνου. Ωστόσο, ο πόνος παραμένει της ίδιας έντασης. 4. Η ένταση του πόνου υποχώρησε 40' μετά τη χορήγηση Zideron (στις 12:45) λόγω της αναλγητικής του δράσης. 5. Με την καταγραφή των ζωτικών σημείων και τη γενικότερη παρακολούθηση της ασθενούς, προέκυψε πως τα ζωτικά σημεία είναι σταθερά και δεν παρουσίασε παρενέργειες από την δράση του

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Απογευματινή βάρδια (3-11)</p> <p>Διαφαραγή του υδατοηλεκτρικού ισχύος, που οφείλεται στη ναυτία και τον εμετό που παρουσίασε η ασθενής τις πρώτες 6 ΜΤΧ ώρες.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Απαλλαγή της άρρωστη από το αίσθημα ναυτίας και από τον έμετο. 2. Διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγηθεί αντιεμετικό βάσει ιατρικών οδηγιών. <ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς. • Να δοθεί η κατάλληλη θέση στην ασθενή. • Να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να παίρνει βαθιές αναπνοές. 2. Να παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμετών. <ul style="list-style-type: none"> • Να εξασφαλιστεί η επαρκής ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. • Να μετρώνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. • Να ρυθμιστεί και να παρακολουθείται η ροή της ενδοφλέβιας έγχυσης. • Να γίνει έλεγχος των ηλεκτρολυτών. • Να γίνεται έλεγχος του ειδικού βάρους των ούρων ανά βάρδια. 	<p>χορήγηση του Ziderton , και για μία ώρα, τα ζωπικά σημεία της άρρωστης και το επίπεδο της συνείδησης. Ενδεικτικά αναφέρονται :</p> <p>(Πρώτο μισάωρο) – Α.Π.= 130 mmHg , ΣΦ = 70/min, αναπνοές= 18/min , επίπεδο συνείδησης: Κ.Φ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ετέθη 1amp Primperan σε 1000cc N/σ 0,9 % στις 3-μ.μ. και ρυθμίστηκε να πέσει με ρυθμό 42 σταγ./min σε 6 h. <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με Politoclon και διάλυμα Hexalen. • Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρθρωση θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσιμάτων. • Ενθαρρυνθηκε η άρρωστη να αναπνεύσει βαθιά. 2. Η νοσηλεύτρια κατέγραψε 3 εμιμέτους στο θωρό, στις 6μ.μ. Η σύσταση αυτών ήταν βλεννη, σίελος και μικρή ποσότητα γαστρικού υγρού και η ποσότητα τους 50cc. <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml Iv/24ωρο: 1000 ml LR+ 1000 ml D/W + 1000 ml N/S 0,9%. • Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών , καταγραφή τους και αξιολόγηση της ποσότητας των ούρων του 24ωρου • Στις 3μ.μ. έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό KCl-Na-Mg-Ca και αναμένονται τα αποτελέσματα. 	<p>αναληγτικού (π.χ. ανταν. καταστολή)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι μειώθηκαν σε συχνότητα, λόγω χορήγησης του Primperan το οποίο είναι μετοκλοπραμιδία και βοηθάει στη γρήγορη κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. 2. Εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. <ul style="list-style-type: none"> • Ελήφθησαν τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών στις 6μ.μ: K : 4,3 mEq/l , Na: 142 mEq/l , Ca : 4,9 mEq/l, Mg: 2,4mEq/l. Δεν υπάρχει ηλεκτρολυτικό έλλειμμα. • Το ειδικό βάρος των ούρων δεν παρουσιάζει απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές. • Διατηρήθηκε το ισοζύγιο των υγρών ηλεκτρολυτών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>1^η ΜΤΧ ημέρα 27/7/00 πρωινή βάρδια (7-3) Ενδεχόμενη αιμορραγία από το τραύμα.</p>	<p>Να προληφθεί η αιμορραγία.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων του αρρώστου καθώς και του χρώματος του δέρματος της. 2. Να ελέγχεται ο ιματισμός και το επιδερμικό υλικό. 3. Να εκτιμάται η ποσότητα του παροχτετευμένου με τη συσκευή Hepovac αίματος. 4. Να ληφθεί και να σταλεί γενική αίματος. 	<p>Έγνε Multistix για τον προσδιορισμό του ειδικού βάρους των ούρων στις 3μ.μ. - ειδικού βάρους ούρων : 1020.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της άρρωστης κάθε μισή ώρα τις πρώτες 3 ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. Ενδεικτικά αναφέρονται: <ul style="list-style-type: none"> • 1^ο μισάωρο : ΑΠ 125 mmHg, ΣΦ = 70/min, θ=36,8 C. • 2^ο μισάωρο : ΑΠ 120 mmHg, ΣΦ = 70/min, θ=36,5 C • 3^ο μισάωρο : ΑΠ 130 mmHg, ΣΦ = 68/min, θ=36,5 C 2. Η νοσηλεύτρια ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδερμικό υλικό κάτω από την πλάτη και τη μεσάλλη της άρρωστης. 3. Ελέγχει την ποσότητα του παροχτετευμένου αίματος ανά 8ωρο. Βάρδια (7-3) περιεχόμενο : 20cc. 4. Ελήφθηκε και εστάλη γενική αίματος και αναμένονται τα αποτελέσματα. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής δεν παρουσιάζει καμία ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά σημεία της είναι σταθερά και δεν υπήρξε απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια. 2. Το επιδερμικό υλικό είναι καθαρό. 3. Η ποσότητα του αίματος που παροχτετεύεται είναι φυσιολογική. 4. Στις 13:30μ.μ. ελήφθησαν τα αποτελέσματα της γενικής αίματος: Ερυθρά = $4,02 \times 10^6$ Ht = 37% Hb = 11gr/dl. Επιβεβαιώνεται πως δεν υπάρχει καμία ένδειξη αιμορραγίας.
<p>Βήχας και ελαφρά δύσπνοια, που οφείλονται στην ανασθησία, την ακινησία και τον ανεπαρκή αερισμό.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να προληφθεί η ατελεκτασία του πνεύμονα - υποστατική πνευμονία. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να διδαχθεί η ασθενής πώς να βήχει και να ανασπνέει. 2. Να εξασφαλιστεί η καλή ενυδάτωση της ασθενούς. 3. Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν από την έγερσή της. 4. Να προγραμματιστεί η έγκαρπη κινητοποίηση της. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής διδάσκεται να ανασπνέει βαθιά και να βήχει και παρακινείται να αποβάλει τις εκκρίσεις του αναπνευστικού. 2. Εξασφαλίστηκε η καλή ενυδάτωση της ασθενούς με τη χορήγηση υγρών παρεντερικά: D/W 5% 2x1 και N/S 0,9% 1x1 με ρυθμό ροής 31 σταγ/min. 3. Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης: ΑΠ= 120 mmHg ΣΦ=72/min, ανασπν.= 18/min. Τα 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Οι ασκήσεις βήχα και αναπνοής, βοηθούν στην αποβολή των εκκρίσεων. 2. Με τη χορήγηση υγρών παρεντερικά, ρευστοποιήθηκαν οι εκκρίσεις, με αποτέλεσμα της ευκολότερη αποβολή τους. 3. Η έγκαρπη έγερση της ασθενούς απέτρεψε την

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΣΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενδεχόμενη μόλυνση του τραύματος	1. Να προληφθεί η μόλυνση του τραύματος	1. Να παρακολουθείται η άρρωστη για σημεία μόλυνσης του τραύματος. 2. Να τεθεί η άρρωστη σε 3h θερμομέτρηση. 3. Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. 4. Να γίνεται αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική.	<ul style="list-style-type: none"> - ζωτικά σημεία της άρρωστης επιτρέπουν την έγερσή της. 4. Πραγματοποιήθηκε η κινητοποίηση της ασθενούς το πρωί της πρώτης MTX ημέρας. <p>Η νοσηλεύτρια:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βοήθησε την άρρωστη να καθίσει στο κρεβάτι, αφήνοντας τα άκρα της κρεμασμένα. • Σήκωσε την άρρωστη και τη συνόδευσε μέχρι το διάδρομο της κλινικής. • Βοήθησε την άρρωστη να επιστρέψει στο θάλαμο και να ξαπλώσει ξανά στο κρεβάτι. • Τόνισε τη σπουδαιότητα της έγερσης της ασθενούς αρχικά με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας ή των συγγενών της και κατόπιν με τις δικές της δυνάμεις. 	εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών.
			<ul style="list-style-type: none"> 1. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος για εμφάνιση φλεγμονής. • Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και τη θέση σε 3ωρη θερμομέτρηση. Ενδεικτικά αναφέρονται: 9 π.μ. θ=36,8 C, 12π.μ. θ= 37 C. • Ελέγχει το τραύμα ανά 8ωρο , το ποσό των παραχτεύσεων, το χρώμα και την οσμή. • Βάρδια (7-3) : Ap. Redon ποσότητα : 5cc, Δ. Redon ποσότητα : 15cc, χρώμα οροαιματηρό. • Χορηγείται αντιβίωση Radacel (iv) 1x2 (6-6) και Metronidazole (iv) 1x3 (8-4-12). • Έγνε αλλαγή τραύματος στις 11:30πμ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής είναι άσηπτη. 2. Το Radacel (κεφορανίδα) είναι κεφαλοσπορίνη β' γενιάς ενώ το Metronidazole (μετρονιδαζόλη) είναι αντιπρωτόζωικό και συσσωρευμένα μικτά αμοιβαδοκτόνο , και τα δύο αντιβιοτικά ενδείκνυται για την πρόληψη λοίμωξης σε εγχειρήσεις μαστού. 3. Από τη χορήγηση των δύο αντιβιοτικών, δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΙΘΙ ΓΑΜΜΑ ΗΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>2^η MTX ημέρα Απογευματινή βάρδια (3-11) 28/7/2000</p> <p>4μ.μ. : Έναρξη λεμφοειδήματος και ελαφρύ πόνου του δ. άνω άκρου, που οφείλεται σε περιορισμένη κινητικότητα.</p>	<p>1. Υποχώρηση του λεμφοειδήματος.</p> <p>2. Βελτίωση της κινητικότητας του δεξιού άκρου</p>	<p>1. Να τοποθετηθεί μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι</p> <p>2. Απαγορεύεται η λήψη ΑΠ και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.</p> <p>3. Παρακολουθείται το δ. άνω άκρο για σημεία λεμφοειδήματος.</p> <p>1. Να κινητοποιηθεί το προσβεβλημένο χέρι</p>	<ul style="list-style-type: none"> Και προγραμματίστηκε να γίνεται αλλαγή τραύματος κάθε 2 ημέρες - ενημερώθηκε η ασθενής για της ακολουθούμενη διαδικασία. Έγινε κοπή του ενός παραχτετευτικού σωλήνα (ap) Redorack. Απολυμάνθηκε η τραυματική χώρα με αντισηπτικό διάλυμα Betadine και έγινε καθαρισμός της περιοχής με φυσιολογικό ορό. Τοποθετήθηκε Collorplast στο σημείο κοπής του ap. παραχτετευτικού σωλήνα. Εφαρμόστηκαν αποστειρωμένες γάζες, εμποτισμένες με Betadine στο σημείο εξόδου του 2^{ου} παραχτετευτικού (δε) σωλήνα και καλυφθηκε η περιοχή με Fixomul. 	<p>4. Το τραύμα είναι καθαρό. Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες, με επισύλωση του τραύματος.</p>
		<p>1. Να τοποθετηθεί μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι</p> <p>2. Απαγορεύεται η λήψη ΑΠ και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.</p> <p>3. Παρακολουθείται το δ. άνω άκρο για σημεία λεμφοειδήματος.</p> <p>1. Να κινητοποιηθεί το προσβεβλημένο χέρι</p>	<p>1. Το δ. χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα.</p> <p>2. Δεν λαμβάνεται ΑΠ και αίμα από το προσβεβλημένο άκρο: - ενημερώθηκε η λογοδοσία της ασθενούς.</p> <p>-Ενημερώθηκε η ασθενής.</p> <p>3. Παρακολουθείται το δεξιό άκρο για ερυθρότητα ή οίδημα κάθε 2 ώρες και παρατηρείται έναρξη υποχώρησης του οιδήματος ή μείωση της ερυθρότητας.</p> <p>4. Γίνονται ασκήσεις του δεξιού χεριού στις 4:30μ.μ και προγραμματίζονται καθημερινά για μια εβδομάδα με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτή.</p>	<p>1. Με τη βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και προοδευτική υποχώρηση του λεμφοειδήματος.</p> <p>2. Η κινητοποίηση του δ. άκρου δίνει θετικά αποτελέσματα και βελτιώνεται αισθητά η απαγωγή του άκρου.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΣΤΑΣΕΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
3 ^η ΜΤΧ ημέρα Απογευματινή βάρδια (3-11) 29/7/2000 Κατάθληση και άγχος που οφείλονται στην αλλαγή του σωματικού ειδόλου.	1. Απαλλαγή της ασθενούς από την καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματική υποστήριξη αυτής	1. Να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης. 2. Να μειωθεί η ανησυχία της ασθενούς. 3. Να ενημερωθεί για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν.	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αρχίζει με ένταση – κάμψη των δακτύλων, ύπιο – πρηγισμό του πήχους – συνεχίζει με κάμψη – έκταση του αγκώνα και σφίξιμο γροθιάς. 1. Εκτιμήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. 2. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει της ανησυχία της ασθενούς και να τη βοηθήσει να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα: • Βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν αυτή αντικρίσει την τομή για πρώτη φορά. • Ενισχύει τη συμμετοχή της ασθενούς στη φροντίδα της τομής. • Της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τις ανησυχίες και τους φόβους της. • Ενημερώθηκε η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργηθέντος μαστού. 2. Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της. 3. Σκέφτεται το ενδεχόμενο για πλαστική αποκατάσταση του μαστού της.
11 ^η ΜΤΧ ημέρα Απογευματινή βάρδια (3-11) 7/8/2000 Κίνδυνος για ελλιπή φροντίδα στο σπίτι, που οφείλεται σε ελλιπείς γνώσεις για αυτοφροντίδα.	1. Σωστή προετοιμασία της ασθενούς κατά την έξοδο της από το νοσοκομείο.	1. Να διδαχτεί η ασθενής μέτρα για την προστασία του ώμου της χειρουργηθείσας περιοχής. 2. Να τονιστεί η σημασία της παρακολούθησης του σημείου τομής για σημεία λοίμωξης. 3. Να δοθούν οδηγίες για την επαναφορά της ασθενούς στις προηγούμενες δραστηριότητες της. 4. Να τονιστεί η μεταθεραπευτική παρακολούθηση της ασθενούς.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο περιποίησης του τραύματος. 2. Διδάχτηκε η ασθενής: • ότι δεν μετρίεται η ΑΠ, δεν γίνονται ενέσεις, φλεβοκεντήσεις στον ώμο της χειρουργημένης περιοχής. • Ότι αποφεύγεται το κράτημα βελίτσας κλπ, από τον ώμο της χειρ/σας περιοχής, η χρήση αποσμητικών στη μασχάλια περιοχή, μέγρης ότου το επιφέρει ο γιατρός, η κατάκλιση επί της χειρ/σας περιοχής και τέλος η ανύψωση βαρέων αντικειμένων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής είναι ικανή να παρέχει ασφαλή αυτοφροντίδα στο χώρο του σπιτιού της. 2. Αντιμετωπίζει με ρεαλιστικό τρόπο τη δημιουργηθείσα κατάσταση. 3. Με την τήρηση των οδηγιών που αναφέρθηκαν και το νοσοκομειακό check-up, έχει τη δυνατότητα

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΥΠΟΨΗΦΙΑΣΤΕΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
			<ul style="list-style-type: none"> • Την τεχνική ΑΕΜ. 3. Τόνισε η νοσηλεύτρια πως η ασθενής πρέπει να παρατηρεί το σημείο της τομής για ερυθρότητα και αυξημένη ευαισθησία και να επικοινωνήσει αμέσως με το γιατρό σε τυχόν διαπίστωση αυτών. 4. Ενημερώθηκε η ασθενής για την ανάγκη να αρχίσει την εργασία βαθμιαία, με μεσοδιαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. 5. Τόνιστηκε η σημασία του μετανοσοκομιακού check-up 	<p>εκτίμησης της κατάστασης της υγείας της και νιώθει ασφαλή.</p>

2. 2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία εισαγωγής	16 / 4 / 00	
Όνοματεπώνυμο	Κ. Νεκταρία	
Ασφαλιστικός φορέας	Ι.Κ.Α.	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος : -	Έγγαμη : ναι Φύλο : θήλυ
Ηλικία	52 ετών	
Τόπος γέννησης	Πάτρα	
Επάγγελμα	Οικιακά	
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	16 / 4 / 00	
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη	

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ

Πόνος στον αριστερό μαστό

2. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής στις 12 / 3 / 00 επισκέφθηκε γιατρό του Ι.Κ.Α., με κύριο σύμπτωμα την εμφάνιση πόνου και «τσιμπημάτων» στην καρδιά, κυρίως κατά την κατάκλιση. Αποδίδοντας τον πόνο αυτό σε κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα, απευθύνθηκε σε καρδιολόγο, ο οποίος δεν διέγνωσε καρδιολογικό πρόβλημα.

Μετά από ένα μήνα, ο πόνος έγινε εντονότερος, ενώ κατά την ψηλάφηση του αριστερού μαστού διαπίστωσε κάποιο ογκίδιο.

Η ασθενής επισκέφτηκε τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Αντρέας», όπου υποβλήθηκε σε εργαστηριακό έλεγχο (γενική αίματος και ούρων), και έγινε ακτινογραφία θώρακος, μαστογραφία και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Μετά από τη διενέργεια των παραπάνω εξετάσεων, ο γιατρός διέγνωσε κακοήθη όγκο με μεταστατική καρκινωματώδη διήθηση στον αριστερό μασχαλιαίο αδένα.

Η ασθενής υποβλήθηκε σε τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή του αριστερού μαστού στις 14 / 3 / 00 και στις 25 / 3 / 00 εξήλθε από το νοσοκομείο. Ωστόσο, κρίθηκε απαραίτητη η παρακολούθησή της και η διενέργεια μιας σειράς εξετάσεων για τη διαπίστωση πιθανών μεταστάσεων σε άλλα μέρη του σώματος, αφού η

κακοήθεια του όγκου είναι αδιαμφισβήτητη όπως προέκυψε από την ταχεία βιοψία του. Η U/S άνω κοιλίας, το Pap test, η μαστογραφία και η ραδιοϊσοτοπική μελάνη των οστών είναι οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται η ασθενής, οι οποίες δείχνουν απουσία μεταστάσεων. Στις 16 / 4 / 00 εισέρχεται στο ογκολογικό τμήμα του νοσοκομείου, στη μονάδα ημερήσιας νοσηλείας των καρκινοπαθών, για να υποβληθεί σε επικουρική χημειοθεραπεία ως συμπλήρωμα της χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου. Η χημειοθεραπευτική αγωγή ολοκληρώνεται σε 6 κύκλους.

3. ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Γενική κατάσταση υγείας

Καλή.

Νοσήματα ενήλικα

- Οξεία σκωληκοειδίτιδα το 1968.
- Βρογχικό άσθμα.

Εισαγωγές στο Νοσοκομείο

- Σκωληκοειδεκτομή το 1968.
- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός το 1972.
- 2^{ος} τοκετός με καισαρική τομή το 1975.

Αλλεργίες

Στην πενικιλίνη.

Φάρμακα

Δεν αναφέρονται.

Περιοδικές εξετάσεις

Test Pap κάθε 3 χρόνια.

Έκθεση σε τοξικές ουσίες

- Κάπνισμα Ναι, 15-20 τσιγάρα την ημέρα.
- Οινόπνευμα Ελάχιστη κατανάλωση.
- Καφεΐνη Πολύ συχνή κατανάλωση.
- Άλλες ουσίες Δεν αναφέρονται.

4. ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εκτίμηση γενικής κατάστασης

Λήψη ζωτικών σημείων :

Αρτηριακή πίεση : 130 / 90mmHg.

Αναπνοές : 16 / min.

Σφύξεις : 75 /min.

Θερμοκρασία : 36,5° C.

Ύψος : 1,70cm.

Βάρος : 82kg.

5. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ

Χημειοθεραπευτικά

Ταχο1

(Πακλιταξέλη) Ομάδα χημειοθεραπευτικών : Ταξάνες.

Δράση :

Ενδείξεις : Καρκίνος των ωοθηκών, καρκίνος του μαστού, προχωρημένος μη μικροκυτταρικός καρκίνος του πνεύμονα.

Αντενδείξεις : Σε ασθενείς με σοβαρή υπερευαισθησία στην πακλιταξέλη ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του σκευάσματος, σε ασθενείς με τιμές εκκίνησης των ουδετερόφιλων $\geq 1-300\text{mm}^3$, στην κύηση και τη γαλουχία, σε ασθενείς με έκπτωση της ηπατικής λειτουργίας.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Αντιδράσεις υπερευαισθησίας που χαρακτηρίζονται από δύσπνοια, υπόταση και γενικευμένη κνίδωση, καταστολή του μυελού των οστών, σοβαρές διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας, περιφερική νευροπάθεια, γαστρεντερικές παρενέργειες (ναυτία, έμετος, διάρροια, βλεννογονίτιδα), αλωπεκία, τοπική ιστική νέκρωση, αρθραλγία ή μυαλγία.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : Η συνιστώμενη δόση είναι $175\text{mg}/\text{m}^2$, σε διάστημα 3h, ενδοφλέβια. Δεν χορηγείται αν ο αριθμός των ουδετερόφιλων $\geq 1.500/\text{mm}^3$, και αιμοπεταλίων $\geq 100.000/\text{mm}^3$

Farmorubicin (epirubicin hydrochloride)

Ομάδα χημειοθεραπευτικών : Αντιβιοτικό της ομάδας των ανθρακυκλινών – αντιβιοτικό.

Δράση : Αντινεοπλασματική.

Ενδείξεις : Σαν χημειοθεραπευτικός παράγοντας προκαλεί ύφεση σε ένα ευρύ φάσμα καρκίνων, όπου συμπεριλαμβάνονται ο καρκίνος του μαστού, των ωοθηκών, ο γαστρικός καρκίνος, καρκινώματα παχέος εντέρου- ορθού, λεμφώματα, λευχαιμίες, πολλαπλό μυέλωμα.

Αντενδείξεις : Σε ασθενείς με βαριά μυελοκαταστολή, με καρδιακή νόσο ή ιστορικό καρδιακής βλάβης, σε ασθενείς στους οποίους έχουν χορηγηθεί οι μέγιστες αθροιστικές δόσεις της doxorubicin ή daunorubicin.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Μυελοκαταστολή, καρδιοτοξικότητα, αλωπεκία, βλεννογονίτιδα.

5-10 ημέρες μετά την αγωγή, γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετος, διάρροια), υπερπυρεξία, τοπική ιστική νέκρωση.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : Χορηγείται IV ή ενδοκυστικά (πα λώδες καρκίνωμα). Δεν πρέπει να αναμιγνύεται με ηπαρίνη, γιατί σχηματίζεται ίζημα.

Συνιστώμενη δόση για τους ενήλικες 60-90mg/m², σε 3-5'.

Endoxan (Cyclophosphamide – Κυκλοφωσφαμίδη)

Αλκυλιωτικός παράγοντας.

Δράση : Κυτταροστατική.

Ενδείξεις : Μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα χημειοθεραπευτικά, στις εξής περιπτώσεις : οξεία και χρόνια λεμφική και μυελογενή λευχαιμία, κακοήθες λέμφωμα, κακοήθεις όγκοι (μαστού, ωοθήκης, όρχεων), αυτοάνοσα νοσήματα (αρθρίτιδα ρευματοειδή, νεφρωσικό σύνδρομο, ερυθματώδης λύκος), μεταμόσχευση οργάνων και μυελού των οστών./

Αντενδείξεις : Γνωστή υπερευαισθησία στο φάρμακο, καταστολή μυελού των οστών, φλεγμονή ουροδόχου κύστης, λοιμώξεις εν ενεργεία , κατά την κύηση και τη γαλουχία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, γαστρεντερικές διαταραχές, αιμορραγική κυστίτιδα, βλεννογονίτιδα, ηπατοτοξικότητα (σπάνια), αλωπεκία, αμηνόρροια θάμβος όρασης και ζάλη.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης :

Έγχυση :

- Ενήλικοι και παιδιά : 3-6mg/kg/ ημέρα

Σε διακεκομμένη χορήγηση 10-15mg/kg κατά διαστήματα 2-5 ημερών.

- Δισκία σακχαρόπηκτα : 1-4 ημερησίως.
- Ενδομυϊκός, ενδοπεριτοναϊκός, ενδοϋπεζωκοτικά.

Κυτταροπροστατευτικά

Ethyol (Aminofostine)

Δράση : Κυτταροπροστατευτική

Ενδείξεις : Στη χημειοθεραπεία, για τη μείωση του κινδύνου λοίμωξης που σχετίζονται με την ουδετεροπενία.

Αντενδείξεις : Γνωστή υπερευαισθησία σε αμινοθειόλες, δεν χορηγείται σε υποτασικούς ή αφυδατωμένους ασθενείς, κατά την κύηση και γαλουχία διότι χορηγείται σε συνδυασμό με φάρμακα που προκαλούν τερατογένεση.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Υπόταση (μείωση συστολικής, λιγότερο συχνά μείωση διαστολικής), αλλεργικές αντιδράσεις, κατά τη διάρκεια της έγχυσης : ζέστη, ρίγος / αίσθηση κρύου, ζάλη, υπνηλία, λόξυγγας και πταρμός. Σπάνια : σπασμοί.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : Συνιστώμενη αρχική δόση 910mg/m², μια φορά την ημέρα, ως IV έγχυση διάρκειας 15', η οποία αρχίζει 30' πριν τη χορήγηση της χημειοθεραπείας.

Κατά τη χορήγηση, πρέπει να παρακολουθείται η αρτηριακή πίεση.

Αντιελκωτικά

Lumagen

(Ρανιτιδίνη).

Έχει γίνει αναφορά για το συγκεκριμένο σκεύασμα.

Αντιεμετικά

Navobam

(Τροπισετρόνη).

Δράση : Αντιεμετική.

Ενδείξεις : Ενδείκνυται στην πρόληψη της ναυτίας και του εμέτου, που προκαλούνται από τη χημειοθεραπεία του καρκίνου.

Αντενδείξεις : Υπερευαισθησία στην τροπισετρόνη ή σε οποιοδήποτε άλλο συστατικό του σκευάσματος. Δεν χορηγείται σε εγκύους.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Κεφαλαλγία, ζάλη, δυσκοιλιότητα, κόπωση, κοιλιακά άλγη, διάρροια.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : Συνιστάται σε κύκλους αγωγής 6 ημερών από 5mg κάθε ημέρα, που χορηγούνται IV την 1^η μέρα, λίγο πριν τη ΧΜΘ, είτε σε έγχυση (1amp. διαλύεται σε 100ml N/S ή D/W 5%), είτε σε βραδεία IV ένεση, μετά την οποία ακολουθεί χορήγηση από το στόμα, την 2^η ως την 6^η μέρα.

Οι κάψουλες λαμβάνονται με νερό, το πρωί, 1h πριν τη λήψη τροφής.

Decadron (Dexamethasone sodium phosphate)

(Νατριούχος φωσφορική δεξαμεθαζόνη).

Δράση : Αντιεμετική.

Ενδείξεις : Με IV ή IM ένεση σε : σοκ, δερματολογικές παθήσεις, αλλεργικές καταστάσεις, νεοπλασματικές νόσους, αναπνευστικές παθήσεις.

Ενδοαρθρικός σε : οξεία και ουρική αρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, οξεία θυλακίτιδα κλπ.

Αντενδείξεις : Υπερευαισθησία σε συστατικά του.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών, μυοσκελετικές, γαστρεντερικές, δερματολογικές, νευρολογικές, μεταβολικές κλπ.

Αντιϊσταμινικά

Fenistil

(Μηλεϊνική διμεθινδένη). Αντιϊσταμινικό, ανταγωνιστικό H₁ υποδοχέων της ισταμίνης.

Δράση : Ήπια αντιχολινεργική και ηρεμιστική.

Ενδείξεις : Ανακούφιση από συμπτώματα αλλεργικής ρινίτιδας, επιπεφυκίτιδα, κνίδωσης, σε αναφυλακτικές αντιδράσεις.

Αντενδείξεις : Υπερευαισθησία στα συστατικά του σκευάσματος, σε πρόωρα νεογνά, σε ασθενείς με γλαύκωμα κλειστής γωνίας, στένωση του πυλωρού ή του δωδεκαδαχτύλου κλπ.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Καταστολή Κ.Ν.Σ., υπνηλία, ξηρότητα στόματος, συχνοουρία, κατακράτηση ούρων, παραισθήσεις κλπ.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης :

Σακχαρόπηκτα δισκία : 1mg 3 φορές / ημέρα.

Σιρόπι : 0,5mg/5ml 2-4 φορές / ημέρα.

IV : 1-2amp.

Διουρητικά

Lasix

(φουροσεμίδη)

Δράση : Διουρητικά της αγκύλης του Henle.

Ενδείξεις : Οίδηματώδεις καταστάσεις, υπερασβεστιαμία, αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Ωτοτοξικότητα, υπερουριχαιμία, οξεία υποογκαιμία, μείωση καλίου.

Δοσολογία – Τρόπος χορήγησης : Από το στόμα ή παρεντερικά. Η διάρκεια δράσης τους είναι σχετικά βραχεία, 1-4 ώρες.

6. ΚΑΡΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Γενικό Περιφερικό Νοσοκομείο Πατρών

«Ο Άγιος Ανδρέας»

Επικουρική θεραπεία : ΝΑΙ

Θεραπεία 1^{ης} γραμμής :

Θεραπεία 2^{ης} γραμμής :

Θεραπεία υψηλών δόσεων :

Παρηγορητική θεραπεία :

Θεραπεία πρωτοκόλλου :

Θεραπεία διάσωσης :

Θεραπεία υποστήριξης :

Κάρτα ημερήσιας νοσηλείας νοσηλευτικού
τμήματος κλινικής ογκολογίας

Όνοματεπώνυμο	Κ. Νεκταρία
Φάρμακα	31 / 8
Όνομασία – οδός χορήγησης	
0,9% NaCl 1000cc	1x1
amp. Navobam (iv)	1+1
amp. Decadron (iv)	2x1
amp. Fenistil (iv)	2x1
amp. Lumaren (iv)	1240mg, έγχυση 10' σε 250cc N/S
amp. Ethyol (iv)	
amp. Taxol (iv)	290mg σε 500cc N/S, έγχυση 3h
amp. Farmorubicin	115mg έγχυση σε 250cc N/S για 30'
amp. Endoxan (iv)	825mg έγχυση σε 250cc N/S για 10'
amp. Lasix (iv)	2x1
caps. Navobam	1x1

7. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πριν από τη χημειοθεραπεία, γίνεται η ενυδάτωση της ασθενούς με 1000cc NaCl 0,9%. Αφού χορηγηθούν 500cc N/S 0,9%, χορηγείται 1 amp. Navobam (iv) και στη συνέχεια συνεχίζεται η έγχυση του φυσιολογικού ορού. Αμέσως μετά, χορηγούνται (iv) 1 amp. Navobam, 2 amp. Decadron, 2 amp. Fenistil και 1 amp. Lumaren. Συνεχίζεται η έγχυση του Ethyol και των χημειοθεραπευτικών Taxol, Farmorubicin, Endoxan, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες για την ποσότητά τους και την οδό χορηγήσεως. Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας δίνονται (iv) 2 amp. Lasix, για να εξασφαλιστεί ικανοποιητική διούρηση της ασθενούς. Τέλος, δίνονται caps. Navobam, με τις οποίες λαμβάνει η άρρωστη 1 caps. ανά ημέρα. Η χημειοθεραπευτική αγωγή της άρρωστης ολοκληρώνεται σε 6 κύκλους.

8. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ

26 / 3 / 00

Pap – Test.

Αποτελέσματα : Αρνητικό (-) για κακοήθεια.

Χλωρίδα	γαλακτοβάκιλλοι.
Πυοσφαίρια	όχι
Ιστοκύτταρα	όχι
Ερυθρά αιμοσφαίρια	όχι
Μύκητες	όχι
Τριχομονάδες	όχι
Κορυνοβακτηρίδια	όχι
Κόκκοι	όχι
Δυσπλαστικά, δυσκαρυωτικά, κοιλοκύτταρα	όχι
In situ, μικροδιηθητικό, διηθητικό καρκίνωμα	όχι
Εκφυλισμένα κύτταρα	ελάχιστα
Ατροφικά κύτταρα	λίγα

U/S Άνω κοιλίας.

Αποτελέσματα :

Στο πρόσθιο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης υπάρχουν κολλημένοι λίθοι.

Ήπαρ χωρίς U/S παθολογικά ευρήματα.

Πάγκρεας, κοιλιακή αορτή, πάγκρεας, δεξιός νεφρός : Κ/Φ

Αριστερός νεφρός : χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Σπλήνας :Κ/Φ (s = 9,72cm) χωρίς υγρό ενδοκοιλιακά.

29 / 3 / 00

Έκθεση ραδιοϊσοτοπικής μελέτης οστών.

Ονοματεπώνυμο : Κ. Νεκταρία

Παρατηρείται εκλεκτική συγκέντρωση του ραδιοφαρμάκου στις εξής περιοχές ελεγχθέντος σκελετού : Στο ύψος της 11^{ης} (AP) πλευράς οπισθίως, που συμπίπτει με τον άνω πόλο του (AP) νεφρού.

Με την επακολουθείσα τομογραφική μελέτη αναδεικνύεται ότι πιθανότατα η συγκέντρωση αυτή προέρχεται από το νεφρό

Το ιερό οστόν, ωστόσο δεν αξιολογείται ιδιαίτερα, αφού μάλλον πρόκειται για προβολή της ΙΜΣΣ

Συμπέρασμα : Για το 1^ο εύρημα συνιστάται και ακτινολογική διερεύνηση καθώς και έλεγχος του νεφρού.

1 / 4 / 00

Απαντήσεις ραδιοανοσολογικού προσδιορισμού.

Προσδιοριζόμενη ουσία	Μετρηθείσα τιμή	Φυσιολογικές τιμές (γυναίκες)
(AFP) AFP	5,8ng / ml	0,22 - 9,91
15-3 (CA 15-3)	2,6U / ml	3,5 - 28
A19-9 (CA 19-9)	0,9U / ml	0,0 - 50
CA 125 (CA 125)	11,1U / ml	0,0 - 35
CEA (CEA)	2,4ng / ml	0,0 - 10

3 / 4 / 00

Μαστογραφία.

Είδος εξέτασης : Rø πλευρικό δεξιά.

Απάντηση : Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ναυτία και έμετος, που οφείλονται στη δράση των Endoxam, Farnopubicin, Taxol	<ol style="list-style-type: none"> Απαιταγή της άφροσκτης από το αίσθημα της ναυτίας και του εμέτου. Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. 	<ol style="list-style-type: none"> Να ληφθούν προληπτικά μέτρα πριν την έναρξη της ΧΜΘ. Να χορηγηθεί αντιεμετικό, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς. Να παρακολουθείται η συχνότητα, η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμέτων. Να εξασφαλιστεί η καλή ενυδάτωση της ασθενούς. Να γίνεται έλεγχος των ηλεκτρολυτών του ορού μετά από κάθε κύκλο ΧΜΘ 	<ol style="list-style-type: none"> Ληφθηκαν προληπτικά μέτρα: <ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε 1 amp Navobam (iv) κατά τη διάρκεια της ενυδάτωσης της ασθενούς με N/S 0,9%. Χορηγήθηκαν: 2 amp Decadron (iv), 1amp Navobam (iv) 10 λεπτά πριν την έναρξη της ΧΜΘ. Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με διάλυμα Hexalen μετά από κάθε έμετο. Χορηγήθηκαν caps Navobam στην ασθενή για λήψη από την επόμενη ημέρα της ΧΜΘ και για διάστημα 5 ημερών. Η νοσηλεύτρια κατέγραψε 2 εμέτους αμέσως μετά την έναρξη της ΧΜΘ. Η σύσταση αυτών ήταν, σίελος και γαστρικό υγρό (ποσότητα 40cc 10' μετά την έναρξη ΧΜΘ - Μέχρι το τέλος της ΧΜΘ 1 έμετος ποσότητα 10cc) Η ασθενής ενυδατώθηκε με 1000cc N/S 0,9% 30' πριν την έναρξη της ΧΜΘ. Έγινε αιμοληγία για προσδιορισμό KCl-Na-Mg-Ca, αμέσως μετά το τέλος της ΧΜΘ: <ul style="list-style-type: none"> KCl : 4,5 mEq/L Na : 140 mEq/L Mg : 2 mEq/L Ca : 4,9 mEq/L 	<ol style="list-style-type: none"> Η λήψη των προληπτικών μέτρων δεν ήταν αρκετή για να αναχαιτίσει την εμφάνιση της ναυτίας και του εμέτου. Η συχνότητα και η ποσότητα των εμεσμάτων μειώθηκε σημαντικά με το Decadron, που μολοκάρει το κέντρο του εμετού στον εγκέφαλο και το Navobam, το οποίο αναστέλλει το αντανακλαστικό του εμέτου και το αίσθημα της ναυτίας Η ασθενής διδάχτηκε να λαμβάνει caps Navobam κάθε πρωί και 1h πριν από τη λήψη τροφής, για να ανακουφιστεί από τον έμετο. Διατηρήθηκε καθαρή, περιποιημένη χωρίς την κακοσμία των εμεσμάτων. Οι τιμές των ηλεκτρολυτών της είναι φυσιολογικές. Διατηρήθηκε το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Ενδεχόμενη αιμορραγική κυστίτιδα, που προκαλείται από τη συγκέντρωση του Endoxan στην ουροδόχο κύστη.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να προληφθεί η αιμορραγική κυστίτιδα. 2. Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα δυσάρεστα συμπτώματα της κυστίτιδας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να χορηγηθούν επαρκή υγρά πριν την θεραπεία. 2. Να χορηγηθούν διουρητικά, για αποβολή ούρων. 3. Να διδαχθεί η ασθενής: <ul style="list-style-type: none"> • Να σφεί για αποβολή του φαρμάκου από την κύστη. • Να λαμβάνει πολλά υγρά. • Να αναφέρει τυχόν συμπτώματα κυστίτιδας στο ιατρό: δυσουρία, συχνουρία, αίθηγμα καύσου. • Να ληφθεί δείγμα για Κ/α ούρων, σε περίπτωση πιθανής κυστίτιδας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκαν 1000cc N/S 0,9% 30' πριν την έναρξη της ΧΜΘ: <ul style="list-style-type: none"> • Το Endoxan χορηγήθηκε σε ποσότητα 82,5mg, αραιωμένο σε 250cc N/S 0,9%. • Μετά το τέλος της ΧΜΘ χορηγήθηκαν 2 amp Lasix (iv). 2. Η ασθενής διδάχθηκε: <ul style="list-style-type: none"> • Να σφεί κάθε 1h για 5 h. • Να ελέγχει την ποσότητα, χρώμα ή την παρουσία αίματος στα ούρα. • Να πίνει 2-3 λίτρα νερό ημερησίως. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής μπορεί να αναγνωρίσει τα συμπτώματα της κυστίτιδας και είναι έτοιμη να τα αναφέρει στο ιατρό σε πιθανή διαπίστωση τους. 2. Με τη λήψη πολλών υγρών και την αραιώση του ΧΜΘτικού φαρμάκου μειώνεται σημαντικά η τοξική δράση στην ουροδόχο κύστη της ασθενούς. 3. Η αποβολή ούρων και συνεπώς του τοξικού παράγοντα Endoxan, που προκαλεί το διουρητικό Lasix, ανακουφίζει την ασθενή. 4. Η ασθενής δεν ανέφερε κανένα σύμπτωμα κυστίτιδας και δεν λήφθηκε δείγμα ούρων για Κ/α.
<p>Καταστολή του μυελού των οστών που παρατηρείται λόγω χορήγησης Endoxan, Farnorubicin και Taxol.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει έγκαιρη διαπίστωση των σημείων καταστολής του μυελού των οστών. 2. Να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη λοίμωξης. 3. Να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη αιμορραγιών. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να παρακολουθούνται: <ul style="list-style-type: none"> • Τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες από την έναρξη της ΧΜΘ. • Ο αριθμός των κυττάρων του αίματος (λευκά, ερυθρά, αιμοπετάλια) 2. Να διακοπεί η χορήγηση των φαρμάκων, όταν τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια μειωθούν περισσότερο από 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Παρακολουθούνται: <ul style="list-style-type: none"> • Τα ζωτικά σημεία κάθε 4 ώρες. Ενδεικτικά αναφέρονται: 1° τετράωρο : ΑΠ=130mmHg, ΣΦ=68/mm, θ=36.6 C - 2° τετράωρο : ΑΠ=120 mmHg, ΣΦ=68/mm, θ=36.9 C. • Οι τιμές των κυττάρων του αίματος πριν την έναρξη της ΧΜΘ : 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Από τις τιμές των κυττάρων του αίματος προέκυψε πως η ασθενής παρουσιάζει ελαφρά αναιμία, σταθερά ζωτικά σημεία και μικρή ελάττωση των αιμοπεταλίων. 2. Η (iv) χορήγηση Eithyol δεν προκάλεσε υπόταση,

ΠΡΟΒΛΗΜΙΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
	<p>4. Να ληφθούν μέτρα για την διαπίστωση και αντιμετώπιση της αναιμίας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3500 και 100.000/mm³ αντίστοιχα. 3. Να εφαρμοστούν μέτρα προστασίας αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων μειωθεί κάτω από 2000/mm³. • Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας. • Περιποίηση και αντισηψία στοματικής κοιλότητας. • Απομόνωση της ασθενούς αν τα λευκά αιμοσφαίρια < 2000/mm³. • Σύσταση για αποφυγή παραμονής σε πολυσύχναστους χώρους και επαφής με άτομα με λοιμώδη μεταδοτική νόσο. • Χορήγηση Eithol (iv) πριν την έναρξη ΧΜΘ και παρακολούθηση Α.Π. κάθε 15'. 	<ul style="list-style-type: none"> • Λευκά : 5000/mm³, ερυθρά : 4,08x10⁹/mm³, αιμοπετάλια : 328 k /uL - Μετά από 2h από την έναρξη της ΧΜΘ : ερυθρά : 4,02x10⁹/mm³, αιμοπετάλια : 318 k /uL. 2. Εφαρμόζονται μέτρα πρόληψης των λοιμώξεων κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ: • Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με διάλυμα Hexalen. • Χορηγήθηκαν 740 mg Eithol (iv), 15' πριν τη ΧΜΘ: - Η νοσηλεύτρια λαμβάνει την ΑΠ της ασθενούς ανά 15' διότι προκαλεί υπόταση. Ενδεικτικά αναφέρονται: 1^ο 15' : ΑΠ=125 mmHg πριν την έγχυση Eithol ΑΠ=130 mmHg - 3^ο 15' ΑΠ = 120mmHg. - Ενυδατώνει την ασθενή πριν την έναρξη έγχυσης του Eithol με 1000cc N/S 0,9%. - Διατηρεί την ασθενή σε ύπτια θέση κατά τη διάρκεια της (iv) έγχυσης 3. Η νοσηλεύτρια εκτιμά τον αριθμό των αιμοπεταλίων (328 k/uL) και: • Παρακολουθεί σύρα, κόπρανα και δέρμα για παρουσία αίματος ή αιματώματος και δεν διαπιστώνει την ύπαρξη αυτών. - Αποφεύγει τη χορήγηση φαρμάκων με ενέσεις. 	<p>4. Συνεχίστηκε η χορήγηση του και συνέβαλε στην πρόληψη του κινδύνου λοίμωξης αφού είναι aminostamine και έχει κυτταροπροστατευτική δράση.</p> <p>5. Δεν απομονώθηκε η ασθενής, διότι τα λευκά αιμοσφαίρια δεν μειώθηκαν στο όριο των 2000/mm³.</p> <p>6. Με το συστηματικό αιματολογικό έλεγχο που γίνεται, παρακολουθείται η κατάσταση της άρρωστης και με τα μέτρα πρόληψης που λαμβάνονται από τη νοσηλεύτρια αλλά και από την ίδια, αποφεύγονται τόσο η εκδήλωση αιμορραγικών επεισοδίων, όσο και η λοίμωξη.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Τοπική ιστική νέκρωση που οφείλεται σε υποδόρια έγχυση (έξω από τη φλέβα) των Farnonubicin και Taxol.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει έγκαιρη διάγνωση της υποδόριας έγχυσης του φαρμάκου. 2. Να ανακοινωθεί η ασθενής από τα τοπικά συμπτώματα που προκαλεί η υποδόρια έγχυση φαρμάκου. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Να παρακολουθείται η αναιμία της ασθενούς με: <ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση τιμών Ht, Hb ερυθρών, πριν την έναρξη της ΧΜΘ. • Διδακκαλία της ασθενούς για αποφυγή κόπωσης. • Χορήγηση σιδήρου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. • Τήρηση σωστού διατολογίου. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τις τιμές: Ht = 34%, Hb = 10,9 gr/dL, ερυθρά = $4,08 \times 10^6 / \text{mm}^3$ πριν την έναρξη της ΧΜΘ. 1h μετά Ht = 32%, Hb = 10,8 gr/dL, ερυθρά = $4,06 \times 10^6 / \text{mm}^3$. - Διδάσκει την ασθενή για ελάττωση δραστηριοτήτων αποφυγής κόπωσης και καλή και επαρκή ανάπαυση. - Εξασφαλίζει διατολόγιο πλοίοιο σε λεύκομα και Fe. - Χορηγεί 1tb Resoferon μετά το τέλος της ΧΜΘ και για 1 μήνα κάθε βράδυ σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. - Περιορισμός Ι.Μ., Ι.Δ. ενέσεων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η τοπική διήθηση, παρά τη ρύθμιση ροής του φαρμάκου 30 σταγόνες/λεπτό δεν αποφεύχθηκε. 2. Η διακοπή του Farnonubicin ανέστειλε την παρατέρω διήθηση. 3. Η εφαρμογή όμως ψυχρών επιθεμάτων ελάττωσε τη δημιουργηθείσα φλεβίτιδα και το ιστικό οίδημα. 4. Η χορήγηση Sodium Bicarbonate 8,4%, μείωσε το άλγος και τον καύσο διότι αποτελεί ειδικό αντίδοτο του Farnonubicin.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να γίνει έλεγχος της συσκευής έγχυσης πριν την έναρξη της ΧΜΘ. 2. Να παρακολουθείται: <ul style="list-style-type: none"> • Ο ρυθμός ροής του διαλύματος. • Η περιοχή της έγχυσης για σημεία διήθησης ανά ώρα. 3. Να ενημερωθεί η ασθενής πως πρέπει να αναφέρει άλγος ή καύσο στην περιοχή έγχυσης. 4. Αν παρατηρηθεί διήθηση: <ul style="list-style-type: none"> - Να διακοπεί η χορήγηση του φαρμάκου. - Να γίνει έγχυση και εξωτερική πλύση της Περιοχής με φυσιολογικό ορό. - Να τοποθετηθεί κρέμα Hydrocortizone 1% βάσει ιατρικών οδηγιών η το αντίστοιχο ειδικό αντίδοτο. - Να τοποθετηθούν ψυχρά επιθέματα στο σημείο έγχυσης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε έλεγχος της συσκευής έγχυσης και χρησιμοποιήθηκε συσκευή έγχυσης dial-flu με ρυθμό 30σταγ./λεπτό. 2. Παρακολουθείται η περιοχή της έγχυσης ανά ώρα για σημεία διήθησης. 3. Διακόπησε η χορήγηση του φαρμάκου Farnonubicin διότι παρατηρήθηκε διήθηση 1 ώρα μετά την έναρξη της έγχυσης των ΧΜΘτικών. 4. Έγινε έγχυση με διάλυμα N/S 0,9% και τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. 5. Εφαρμόστηκε Sodium bicarbonate 8,4% στο σημείο της ιστικής νέκρωσης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε έλεγχος της συσκευής έγχυσης και χρησιμοποιήθηκε συσκευή έγχυσης dial-flu με ρυθμό 30σταγ./λεπτό. 2. Παρακολουθείται η περιοχή της έγχυσης ανά ώρα για σημεία διήθησης. 3. Διακόπησε η χορήγηση του φαρμάκου Farnonubicin διότι παρατηρήθηκε διήθηση 1 ώρα μετά την έναρξη της έγχυσης των ΧΜΘτικών. 4. Έγινε έγχυση με διάλυμα N/S 0,9% και τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. 5. Εφαρμόστηκε Sodium bicarbonate 8,4% στο σημείο της ιστικής νέκρωσης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η τοπική διήθηση, παρά τη ρύθμιση ροής του φαρμάκου 30 σταγόνες/λεπτό δεν αποφεύχθηκε. 2. Η διακοπή του Farnonubicin ανέστειλε την παρατέρω διήθηση. 3. Η εφαρμογή όμως ψυχρών επιθεμάτων ελάττωσε τη δημιουργηθείσα φλεβίτιδα και το ιστικό οίδημα. 4. Η χορήγηση Sodium Bicarbonate 8,4%, μείωσε το άλγος και τον καύσο διότι αποτελεί ειδικό αντίδοτο του Farnonubicin.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Στοματίτιδα, που οφείλεται σε καταστροφή του στοματικού βλεννογόνου από την επίδραση Endoxan, Farnorubicin και Taxol.</p>	<p>Να αντιμετωπιστεί η στοματίτιδα.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να παρακολουθείται η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς. 2. Να διατηρηθεί η υγρασία του στόματος. 3. Να εκτιμηθεί η κατάσταση του στοματικού βλεννογόνου για εμφάνιση λευκοκών πλακών. 4. Να χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. 5. Να γίνει διδασκαλία της ασθενούς για αντιμετώπιση της στοματικής κοιλότητας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η νοσηλεύτρια ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία, ουλές, αλλαγή του βλεννογόνου: παρατηρεί ότι είναι ελαφρώς υγρή και με εμφάνιση λευκών πλακών, ξηρότητας και άλγος στόματος. 2. Διατηρεί την υγρασία του στόματος με: <ul style="list-style-type: none"> • Ξέπλυμα στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με σόδα και φυσιολογικό ορό. • Ξεπλένει την στοματική κοιλότητα με 25mg Banadyl elixir και 25mg Xyllocaine πριν την έναρξη της ΧΜΘ και προγραμματίζει τις επόμενες 3 δόσεις σε διαστήματα 6 ωρών. • Παρατηρεί την εμφάνιση λευκοκών πλακών στη γλώσσα και την οροφή και χορηγεί Mycostatin με βάση ιατρικών οδηγιών. 3. Διδάσκει την ασθενή: <ul style="list-style-type: none"> • Να πλένει τα δόντια με μαλακή βούρτσα, μετά από κάθε γεύμα και πριν την κατάκλιση. • Να λαμβάνει κρύα ή χλιαρά φαγητά. • Να αφαιρεί τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες. • Να πίνει άφθονα υγρά. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η πλύση με σόδα και N/S 0,9% ανέβασε το Ph της στοματικής κοιλότητας, γεγονός που βοηθάει στην απομάκρυνση των παχύφρεστων εκκρίσεων και των μικροβίων. 2. Η μυκοστατίνη είναι αντιμυκητιασικό φάρμακο και είναι το φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία των λευκοφακών πλακών που προκαλούνται από τον Candida Albicans. Η ξυλοκαΐνη έχει καταπραϊντική δράση και ελαττώνει το αίσθημα άλγους της στοματικής κοιλότητας. 3. Η ήπια υγεινή του στόματος από την ασθενή θα προφέρει την ανακούφιση της από τα συμπτώματα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Αλωπεκία, που οφείλεται στη δράση των Taxol, Endoxan και Flutomonibicin</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να προετοιμαστεί ψυχολογικά η ασθενής να αποδεχτεί τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της. 2. Να ληφθούν μέτρα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπιστεί θετικά. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση της ασθενούς: <ul style="list-style-type: none"> - Για εμφάνιση της τριχόπτωσης. - Ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια είναι προσωρινή. 2. Βοήθεια της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με την αλλαγή της εμφάνισής της. 3. Διδασκαλία της ασθενούς: <ul style="list-style-type: none"> - Να μην λούζεται συχνά. - Να χρησιμοποιεί μαντίλια ή περούκα. 4. Εφαρμογή πίεσης με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι ή 5. Τοποθέτηση κάσκακ υποθερμίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής ενημερώθηκε πριν την έναρξη της ΧΜΘ: <ul style="list-style-type: none"> - Να περιμένει την πτώση των μαλλιών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των ΧΜΘτικών. - Ότι θα επανεμφανιστούν τα μαλλιά της 8 περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της ΧΜΘ. 2. Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τα συναισθήματά και τις σκέψεις της. 3. Έγινε η διδασκαλία της ασθενούς. 4. Η νοσηλεύτρια κατά τη διάρκεια της ΧΜΘ και 15' μετά από αυτή, εφάρμοσε πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι της ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής είναι πιο ήρεμη και καθησυχασμένη, μετά τη διαβεβαίωση πως θα επανεμφανιστούν τα μαλλιά της, 8 εβδομάδες μετά το τέλος της ΧΜΘ. <ul style="list-style-type: none"> - Με την εφαρμογή παγοκύστης, ελαττώνεται σημαντικά ο βαθμός της τριχόπτωσης, διότι ο πόνος προκαλεί αγγειοσύσπαση των αγγείων της κεφαλής με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα στους θύλακες των τριχών, αλλά ούτε και το ΧΜΘτικό.
<p>Ενδεχόμενη γενικευμένη κνίδωση, που οφείλεται στη δράση του Taxol.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να προληφθούν οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγχυση αντιισταμινικού πριν την έναρξη της ΧΜΘ. 2. Παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση εξανθήματος. 3. Διακοπή της έγχυσης του φαρμάκου, σε βαριά αναφυλακτική αντίδραση. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Χορηγήθηκαν 2 amp Fenistil (iv) 10' πριν την έναρξη της ΧΜΘ. 2. Παρακολουθείται η κατάσταση του δέρματος και η αναπνευστική λειτουργία της ασθενούς ανά ½ h. 3. Η ασθενής παρουσίασε απλώς μια ερυθρότητα του δέρματος. Δεν χρειάστηκε διακοπή του φαρμάκου ούτε θεραπευτική αντιμετώπιση. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Προλήφθηκε η εμφάνιση γενικευμένης κνίδωσης με την (iv) χορήγηση του Fenistil διότι αυτό έχει αντιισταμινική δράση. 2. Η ερυθρότητα του δέρματος υποχώρησε μετά την έγχυση του Taxol.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην Ελλάδα, όπως και σε όλες τις χώρες της Ευρώπης ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός, η δε θνησιμότητα του είναι ευτυχώς αρκετά χαμηλή σε σύγκριση με άλλα κράτη. Αυξάνει όμως και εδώ κατά 4% ετήσια την τελευταία εικοσαετία, περισσότερο δε στις ηλικίες μεταξύ 45 και 65, όπως παρουσιάζεται τακτικότερα στις αστικές περιοχές συγκριτικά με τις αγροτικές. Μεταξύ των συνθηκών πρόκλησης από εξωγενείς παράγοντες, η παχυσαρκία είναι σαφώς επιβαρυντική. Χρειάζεται, επομένως, και εδώ πρόληψη. Κυρίως όμως απαιτείται συνεχής καθοδήγηση για αυτοεξέταση, έλεγχος από ειδικό γιατρό, και μαστογραφία αμέσως μετά την εμμηνόπαυση σχεδόν κάθε δυο χρόνια.

Έτσι βλέπουμε ότι ο καρκίνος δεν είναι πια η αρρώστια η άγνωστη που δεν γνωρίζουμε τα αίτιά της που δεν γνωρίζουμε πως αυξάνεται και αναπτύσσεται και κυρίως δεν είναι η αρρώστια που δεν ξέρουμε πως πρέπει να την προλάβουμε ή να την διαγνώσουμε πραγματικά έγκαιρα.

Έτσι όλοι εμείς οι νοσηλευτές σαν υπεύθυνοι εκπρόσωποι μετάδοσης πληροφοριών και γνώσεων στο μεγάλο κοινό, στον κόσμο που δεν ακούει ιατρικές θεωρίες αλλά θέλει να ζει καλύτερα με ψυχική ισορροπία, πρέπει να αναφέρουμε εκφράσεις απλές και κατανοητές και να μεταδώσουμε το συγκεκριμένο μήνυμα ότι :

α) Ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί ή και να μειωθεί σημαντικά η εμφάνισή του.

Γνωρίζοντας τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα :

1. Ο καρκίνος του μαστού είναι ο μεγαλύτερος δολοφόνος γυναικών, και ο μόνος τρόπος να μειωθούν οι θάνατοι είναι η έγκαιρη διάγνωση.
2. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται από κάθε γυναίκα πάνω από τα 20.
3. Σε κάθε γυναίκα που παρουσιάζει ένα σύμπτωμα που πιθανό να υποδηλώνει καρκίνο (μάζα ή σκληρία, επίμονος εντοπισμένος πόνος, έκκριμα θηλής κλπ.), πρέπει να εφαρμόζονται όλες οι διαγνωστικές μέθοδοι.
4. Θα πρέπει να υπάρχουν «Κέντρα Έγκαιρης Διάγνωσης» στα μείζονα αστικά κέντρα, εξοπλισμένα με το κατάλληλο προσωπικό και όργανα.
5. Όλες οι ασυμπτωματικές γυναίκες πάνω από τα 50 πρέπει να εξετάζονται περιοδικά κάθε χρόνο ή σε βραχύτερα ή μακρύτερα διαστήματα, ανάλογα με την

ηλικία, τον τύπο των μαστών και τα ευρήματα και την κατάταξή τους κατά την πρώτη πλήρη εξέταση (κλινική, θερμογραφία, μαστογραφία).

6. Οι νεότερες γυναίκες, κάτω των 50, θα πρέπει να υποβάλλονται σ' έναν έλεγχο (ιστορικό, κλινική εξέταση, θερμογραφία), να γίνεται δε μια επιλογή μεταξύ αυτών για μαστογραφία, εφ' όσον στην κλινική εξέταση διαπιστωθεί κάτι ύποπτο ή έχουν ανώμαλο θερμογράφημα ή να εντάσσονται σ' ένα πρόγραμμα περιοδικής εξέτασης, εφ' όσον υπάγονται στην κατηγορία αυξημένου κινδύνου αναπτύξεως καρκίνου (high risk). Η ομάδα αυτή θα περιλαμβάνει γυναίκες που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό ανάπτυξης καρκίνου πριν από την εμμηνόπαυση, άτεκνες ή γυναίκες που γέννησαν σε ηλικία μεγαλύτερη από τα 30, έναρξη της περιόδου σε ηλικία μικρότερη από τα 11 ή καθυστέρηση στην εμμηνόπαυση.

Όπως φαίνεται η πρόληψη συμβάλλει σημαντικά στην υψηλή ποιοτική ζωή των ασθενών με καρκίνο μαστού και γι' αυτό και εμείς οι νοσηλευτές φέρουμε μεγάλη ευθύνη στην εφαρμογή και προώθηση προληπτικών προγραμμάτων για την έγκαιρη διάγνωση, καθώς και στη διάδοση του Ευρωπαϊκού κώδικα κατά του καρκίνου.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ορισμένοι καρκίνοι μπορούν να αποφευχθούν και η γενική κατάσταση της υγείας μπορεί να βελτιωθεί εάν υιοθετήσετε υγιεινότερο τρόπο ζωής.

1. «Μην καπνίζετε. Καπνιστές σταματήστε το κάπνισμα όσο πιο σύντομα γίνεται και μην καπνίζετε παρουσία άλλων. Εάν δεν καπνίζετε, μην κάνετε πειράματα με τον καπνό».
2. «Εάν πίνετε αλκοολούχα ποτά, μπίρα, κρασί ή άλλο είδος, μετριάστε την κατανάλωση».
3. «Αυξήστε την ημερήσια κατανάλωση λαχανικών και φρέσκων φρούτων. Να τρώτε συχνά δημητριακά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες».
4. «Αποφεύγετε το υπερβολικό βάρος, αυξήστε τη σωματική δραστηριότητα και περιορίστε την κατανάλωση λιπαρών φαγητών».
5. «Αποφεύγετε την υπερβολική έκθεση στον ήλιο και τα ηλιακά εγκαύματα, ιδίως στην παιδική ηλικία».
6. «Εφαρμόστε αυστηρά κανόνες που στοχεύουν στην πρόληψη κάθε έκθεσης στις γνωστές καρκινογόνες ουσίες. Να ακολουθείτε όλες τις οδηγίες υγείας και ασφάλειας για ουσίες που μπορεί να είναι καρκινογόνες».

Οι περισσότεροι καρκίνοι μπορούν να θεραπευτούν εάν ανιχνευτούν εγκαίρως.

7. «Επισκεφτείτε ένα γιατρό, μόλις παρατηρήσετε ένα εξόγκωμα, μια πληγή που δεν επουλώνεται (και στο στόμα ακόμη), μια κρεατοελιά που αλλάζει σχήμα, μέγεθος ή χρώμα ή μια φυσιολογική αιμορραγία».
8. «Επισκεφτείτε ένα γιατρό εάν αντιμετωπίζετε επίμονα προβλήματα όπως επίμονο βήχα, επίμονη βραχνάδα, αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή της σύρσης ή ανεξήγητη απώλεια βάρους».

Για τις γυναίκες

9. «Να κάνετε τακτικά εξέταση του τραχηλικού επιχρίσματος. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας».
10. «Να ελέγχετε τακτικά το στήθος σας. Να συμμετέχετε σε οργανωμένα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού εάν είστε άνω των 50 ετών».

β) Η μείωση των καρκίνων είναι απαραίτητη γιατί βελτιώνει τη γενική ποιότητα ζωής όλου του κόσμου, αφού δεν προκαλούνται ατομικά ή οικογενειακά προβλήματα και δεν δημιουργείται ψυχολογική και κοινωνική αναταραχή.

Οι άρρωστοι με κακοήθη νοσήματα αντιμετωπίζουν διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που επηρεάζουν τόσο την πορεία και έκβαση της αρρώστιας τους, όσο και όλες τις διαστάσεις και την ποιότητα της ζωής τους.

Για το νοσηλευτή το πρωτείο το έχει πάντα η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής, που και γι' αυτή δεν μειώνεται ποτέ η νοσηλευτική προσοχή και το ενδιαφέρον.

Συμπερασματικά, για το ρόλο του νοσηλευτή στην ψυχολογική υποστήριξη και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού τονίζονται τα εξής :

Η άρρωστη με τον καρκίνο είναι αδιαίρετη και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που αντιδρά προς την αρρώστια με προσωπικούς μοναδικούς τρόπους και χρειάζεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα ως αναπόσπαστη διάσταση της ολιστικής νοσηλευτικής μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές δυνάμεις της άρρωστης για την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων της.

Ο νοσηλευτής για να αριστεύσει στην ψυχοκοινωνική νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα, χρειάζεται συνεχή επιμόρφωση ώστε:

- Να εκσυγχρονίσει τις επιστημονικές του γνώσεις.
- Να τελειοποιήσει τις κλινικές τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητές του και
- Να πλουτίσει την προσωπικότητά του με ευγένεια, λεπτότητα, ανθρωπιά, θερμό ενδιαφέρον, ευαισθησία, αγάπη για τον άνθρωπο και τη ζωή.

Τελειώνοντας θα αναφερθώ στα λόγια κάποιου αρρώστου που περικλείουν όλο το φάσμα των αναγκών του σ' ότι αφορά το άμεσο περιβάλλον του.

«Μεγάλη βοήθεια προσφέρουν οι άνθρωποι που σε αντιμετωπίζουν ήρεμα και σιωπηλά, χωρίς πανικό. Στην αρχή είναι δύσκολο ν' ανοιχτείς μαζί τους, αλλά αυτοί δεν αποθαρρύνονται. Δε λένε «αφού δεν μας μιλάει, τι να κάνουμε ;». Είναι πάντα εκεί περιμένοντας ήρεμα, γιατί αποδέχονται κάθε πραγματικότητα, ακόμα και την πιο άσχημη. Αυτοί οι άνθρωποι είναι που σε κάνουν να νιώθεις φυσιολογικά ότι κι αν σου συμβαίνει.

Κύρια όμως εσύ ο ίδιος πρέπει να θυμάσαι πάντα ότι πάνω απ' όλα είσαι μια προσωπικότητα και ύστερα ότι έχεις καρκίνο. Δεν είσαι ένας καρκινοπαθής. Είσαι το πρόσωπο με τη συγκεκριμένη ταυτότητα».

Η δικαίωση της ύπαρξης μας ως νοσηλευτές είναι να βοηθήσουμε την άρρωστη να είναι ο εαυτός της ως την τελευταία στιγμή της ζωής της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι ο πιο συχνός καρκίνος στις γυναίκες και προσβάλλονται συνήθως 1 στις 10.

Στις πιο πολλές χώρες η αργή αλλά σταθερή άνοδος της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού φαίνεται να οφείλεται κατά ένα μέρος στην αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο καρκίνος του μαστού είναι ιάσιμος σε πρώιμα στάδια, για το λόγο αυτό έχουν αυξηθεί οι μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες (screening), που έχουν σαν στόχο εξέταση των γυναικών, την ενημέρωση και την μαστογραφία όπου χρειάζεται.

Για την αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του μαστού ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες, οι επονομαζόμενοι παράγοντες κινδύνου. Οι γνώσεις μας γύρω από την πραγματική αιτία αναπτύξεως του καρκίνου του μαστού είναι ακόμη περιορισμένες. Σήμερα, ύστερα από διάφορες στατιστικές μελέτες είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε αρκετά γύρω από τους επιδημιολογικούς παράγοντες που τοποθετούν τη γυναίκα στην ομάδα υψηλού κινδύνου (high risk group), για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι ιογενείς, γενετικοί (φύλο, οικογενειακό ιστορικό), ορμονικοί (ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης, θεραπευτική λήψη ορμονών κλπ), περιβαλλοντικοί (εθνικοί, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοοικονομικοί), μορφολογικοί, εξωγενείς ή ιατρογενείς.

Ο καρκίνος του μαστού θεωρείται πλέον ότι συμπεριφέρεται σαν σύνδρομο. Αρχικά εμφανίζεται σαν μια αθώα επιθηλιακή υπερπλασία που προοδευτικά εξελίσσεται σε διηθητική μορφή και γρήγορα συστηματοποιείται σαν νόσος. Η κινητική των νεοπλασματικών κυττάρων, το αμυντικό δυναμικό των επιχώριων λεμφαδένων και οι δυσμενείς ανοσολογικές επιπτώσεις αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην εξέλιξη του νεοπλασματος.

Όσον αφορά την ταξινόμηση του καρκίνου του μαστού, υπήρξαν πολλές προσπάθειες ιστοπαθολογικής ταξινόμησης, αφού από παλιά είχε αναγνωρισθεί η προγνωστική σημασία των μορφολογικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών τους. Συνοπτικά, υπάρχουν 3 τύποι καρκινωμάτων μαστού : εκ των πόρων, που είναι και οι πιο συχνοί, εκ των λοβίων και εκ της θηλής. Και τα πορογενή αλλά και τα λοβιακά καρκινώματα μπορεί να είναι διηθητικά ή μη διηθητικά. Οι μη διηθητικοί λοβιδιακοί καρκίνοι in situ είναι σιωπηλοί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και συνήθως ανακαλύπτονται ως μη ψηλαφητές μαστογραφικές βλάβες. Μπορεί να είναι

αμφοτερόπλευροι ή πολυεστιακοί αλλά αποτελεί αντικείμενο διχογνωμιών εάν πρόκειται για κακόηθες νεόπλασμα. Φαίνεται ότι εξελίσσεται σε διηθητικό σε ένα ποσοστό περίπου 30%. Ο καρκίνος των πόρων (πορογενές *in situ*) μπορεί να έχει μεγάλο μέγεθος. Εξελίσσεται σε διηθητικό στο 70-80% των περιπτώσεων. Στην ομάδα των πορογενών καρκινωμάτων ανήκουν και όλοι οι τύποι καρκίνων που παλαιότερα ονομάζον «comedo», μυελοειδές κλπ.

Ιδιάζουσες μορφές καρκίνων του μαστού αποτελούν η νόσος Paget της θηλής, το φλεγμονώδες καρκίνωμα και το λιποεκκριτικό καρκίνωμα του μαστού. Ωστόσο, η κατάταξη του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την ανατομική έκταση της νόσου, αποτελεί τον πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο τρόπο ταξινόμησής του, την σταδιοποίηση κατά T.N.M. (το σύστημα αυτό ονομάστηκε T.N.M. από τα αρχικά των λέξεων Tumor-όγκος, Noodles-λεμφογάγγλια, Metastases-μεταστάσεις).

Στους περισσότερους ασθενείς, η νόσος εκδηλώνεται ως ψηλαφητό ογκίδιο που η ίδια η ασθενής ανακάλυψε. Σε άλλες ασθενείς εκδηλώνεται ως έκκριμα από την θηλή συνήθως αιμορραγικό. Είναι επίσης πιθανό να εμφανιστεί ως εισολκή της θηλής ή οίδημα της επιφάνειας του δέρματος.

Όχι σπάνια και ιδιαίτερα τον τελευταίο καιρό με την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και του όλο και πιο συχνού μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου ανακαλύπτουμε «βλάβες» που εντοπίζονται στην μαστογραφία.

Τέλος ορισμένες φορές, σε ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 10-30% ο καρκίνος εκδηλώνεται ως μεταστατική βλάβη στους λεμφαδένες, οστά, πνεύμονα ή ήπαρ.

Παρά τις απαισιόδοξες σκέψεις και προβληματισμούς που δημιουργεί η παθοφυσιολογία της νόσου, γεγονός παραμένει τουλάχιστον στατιστικά, ότι η αντιμετώπιση του καρκίνου είναι τόσο πιο αποτελεσματική, όσο αυτός έχει ανακαλυφθεί σε πρώιμα στάδια. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

Η κλινική διάγνωση, περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού (προσεκτική αναφορά για τον χρόνο που εμφανίστηκε η διάγνωση και πιθανοί παράγοντες κινδύνου), την οποία ακολουθούν η επισκόπηση και η ψηλάφηση τόσο του μαστού, όσο και της μασχαλιαίας χώρας.

Στον εργαστηριακό έλεγχο για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού ανήκουν ο έλεγχος των ογκολογικών δεικτών και ιδιαίτερα του CEA, η μαστογραφία, το υπερηχογράφημα, η θερμογραφία και άλλες απεικονιστικές μέθοδοι. Η

μαστογραφία βοηθάει στην διευκρίνιση κάθε ψηλαφητής βλάβης, δίνοντας επίσης πληροφορίες για τον υπόλοιπο μαζικό αδένα και τον άλλο μαστό.

Χαρακτηριστικά ακτινομορφολογικά στοιχεία που είναι ενδεικτικά κακοήθειας στην μαστογραφία είναι :

- Η παρουσία ακτινοειδών προσεκβολών.
- Η παρουσία συρρεουσών μικροαποτιτανώσεων.

Εφόσον εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση, διενεργείται επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό. Η ιστοληψία (ανοιχτή ή κλειστή), η εισρόφηση και η παρακέντηση αποτελούν χειρουργικές μεθόδους που θέτουν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

Η απόφαση για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε ασθενή. Η θεραπεία θα πρέπει να επιλεγεί σωστά χωρίς βιασύνη και αφού έχουν συγκεντρωθεί όλες οι παράμετροι που χρειάζονται. Η επιλογή της θεραπείας και η πρόγνωση εξαρτάται :

- Μέγεθος όγκου.
- Ιστολογικό τύπο.
- Στάδιο της νόσου.
- Μικροσκοπική εμφάνιση.
- Αριθμό μασχαλιαίων λεμφαδένων που εμφανίζουν νόσο.
- Ηλικία της γυναίκας.

Συνήθως η εφαρμοζόμενη θεραπεία είναι ο συνδυασμός χειρουργικής (ριζική μαστεκτομή, τροποποιημένη ριζική, εκτεταμένη απλή μαστεκτομή, τμηματεκτομή, ογκεκτομή), ακτινοθεραπείας και συμπληρωματική επικουρική χημειοθεραπεία. Στόχος της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοηθών κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών. Δυστυχώς όμως, η δράση των χημειοθεραπευτικών δεν είναι εκλεκτική και συνήθως τα φάρμακα αυτά καταστρέφουν και τα φυσιολογικά κύτταρα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται παρενέργειες. Η καταστολή του μυελού των οστών, η τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, η στοματίτιδα, η αλωπεκία, η νευροτοξικότητα, η νεφροτοξικότητα και τα προβλήματα από το γεννητικό σύστημα είναι οι κυριότερες από αυτές.

Η ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού εφαρμόζεται συχνά μετεγχειρητικά για να μειωθεί ο κίνδυνος τοπικής υποτροπής, ιδιαίτερα στις συντηρητικές επεμβάσεις των πρώιμων σταδίων. Επίσης εφαρμόζεται ως κύριος ή συμπληρωματικός χειρισμός

ελέγχου της τοπικής νόσου σε προχωρημένα στάδια. Ενώ μπορεί να αποβεί ωφέλιμη σε παρηγορητική βάση ελέγχοντας τα συμπτώματα (οστικός πόνος) από γενικευμένη νόσο.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις θεραπευτικές μεθόδους είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Καλείται να προετοιμάσει την άρρωστη για την επιλεγόμενη θεραπευτική μέθοδο και να την ανακουφίσει από το άγχος, τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροτοξικών φαρμάκων, να την προστατεύσει από τις πρώιμες και όψιμες παρενέργειες της ακτινοθεραπείας και κυρίως να τη βοηθήσει να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα και να επισπεύσει την ομαλή αποκατάσταση και επανένταξή της στην κοινωνία.

Επειδή το πλέγμα σχέσεων γύρω από τη διάγνωση «καρκίνος» είναι πολυσύνθετο, η ψυχολογική παρέμβαση της νοσηλεύτριας θα πρέπει να προγραμματίζεται ανάλογα με τα στάδια της νόσου (ανακοίνωση της διάγνωσης, επανεμφάνιση καρκίνου και εφαρμογή άλλων θεραπευτικών μεθόδων, τελική φάση της αρρώστιας). Ο διάλογος με την άρρωστη και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησής της, αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για τη σωματική και ψυχική υγεία της. Σπουδαίο πράγματι, αλλά δύσκολο το έργο της αναστήλωσης της αυτοεκτίμησης της άρρωστης με καρκίνο του μαστού, γιατί απαιτεί συνεχή μετάδοση αισθημάτων αξίας και αξιοπρέπειας άνευ όρων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Charles B. Cluaman, Ο καρκίνος, Ιατρικές Εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα 1993, σελ. 14,20.
2. Ρηγάτος Γ., Ψυχολογικοί και κοινωνικοί συντελεστές στον καρκίνο του μαστού, Ογκολογική ενημέρωση, Τόμος 2^{ος}, Τεύχος 3^ο, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2000, σελ. 186-187.
3. Wilhelm Reich, Βιοπάθεια του καρκίνου, Απόδοση υπό κ. Θεοδωρήμπαση, Εκδόσεις «Άκμων», Αθήνα 1977, σελ. 443.
4. Donegan & Spratt J. «Cancer of the breast», 3rd Edition, 1965, Pg. 17-18.
5. Παπανικολάου Ν., Παπανικολάου Α., Γυναικολογία, Εκδόσεις Παρισσιανός, 3^η Έκδοση, Αθήνα 1994, σελ. 437-450.
6. Σάββας Γ. Α., Επίτομη Ανατομική του Ανθρώπου, Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1979, σελ. 410-412.
7. Taylor G.T., Anatomy of the breast with particular reference to lymphatic drainage, Springfield 1959, Pg. 62-63.
8. Παπαδημητρίου Γ., Ανδρουλάκης Γ., Αρχές γενικής χειρουργικής, Τόμος Β', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1989, σελ. 320-322.
9. Minton J. P., «Physiology of the Breast», 1st Ed., 1985, Pg. 35-45.
10. Κόνιαρη Ε., Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σελ. 15-16, 26-27, 30, 62-67, 70-73, 83-88, 102-110, 149-151, 163, 172, 184-186, 231, 236-238.
11. Rush B.J., «Pregnancy and Lactation, Menopausal Changes», 5th Ed., Pg. 553.
12. Stoppard M., Εμμηνόπαυση, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996, σελ. 65.
13. Κανδρεβιώτης Ν., Νεοπλάσματα, στο πλαίσιο της γενικής παθολογίας και παθολογικής ανατομίας, Τόμος Β', Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1983, σελ. 992-997
14. Πανάγος Γ., Τι είναι καρκίνος, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1992, σελ. 3-20, 125.
15. Ζηλίδης Χρ., Επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 4, Αθήνα 1994, σελ. 291-301.

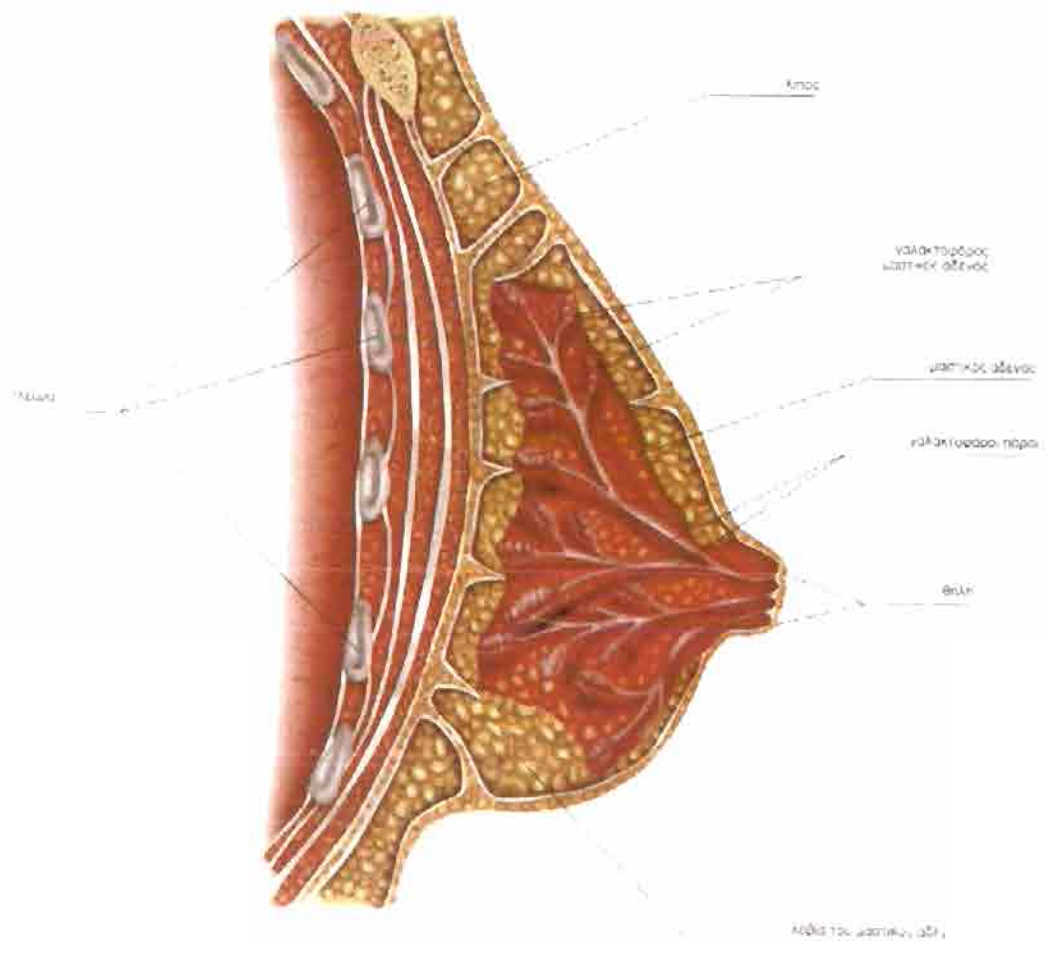
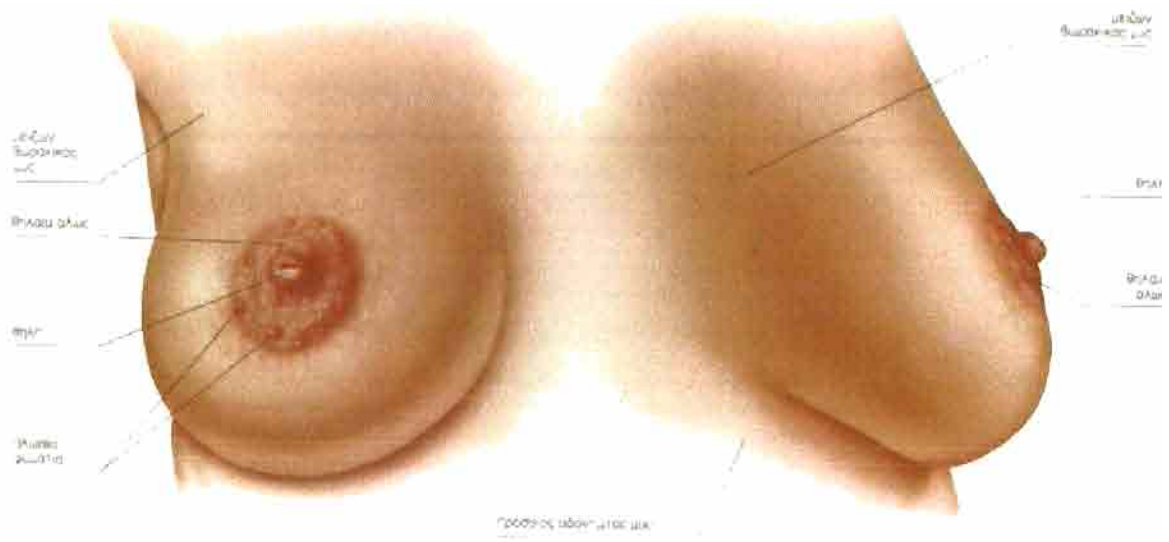
16. Τα νέα του ΠΣ, Ιατρικό βήμα, Τεύχος 61, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1998, σελ.16.
17. Charles B. Calmman, Η υγεία των γυναικών, Ιατρικές Εκδόσεις Μανιατέα, Αθήνα 1993, σελ. 39-40.
18. Charles D., Calman K., Hossfeld K. και συνεργατών, Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας, Απόδοση υπό Σανδρή Π., Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, σελ. 27-30, 101-107.
19. Δόντα Ν., Επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου», Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, Εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ. 50.
20. Ανδρουλάκης Γ., Κατάκη Α., Μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA και καρκίνος του μαστού, Ιατρική, Τόμος 74, Τεύχος 4, Αθήνα 1998, σελ. 338-342.
21. Παπαχαλαράμπος Α., Παράγοντες κινδύνου του καρκίνου του μαστού, Ιατρική, Τόμος 49, Τεύχος 1, Αθήνα 1986, σελ. 7-12.
22. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, Ετήσια Στατιστική Έρευνα του καρκίνου, 1980, σελ.15-17.
23. Ιωαννίδου-Μουζάκα Α., Η επιδημιολογία του καρκίνου του μαστού, Ιατρική, Τόμος 47, Αθήνα 1985, σελ. 6-11.
24. Αλεξόπουλος Κ., Βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου σε συνάρτηση με το ορμονικό περιβάλλον, Νοσοκομειακά χρονικά, Τόμος 54, Τεύχος 2, Αθήνα 1992, σελ. 95-100.
25. Βασιλάρος Στ. Λισσαίος Β., Ο ρόλος της λιπιδαιμίας στην πρόγνωση, γένεση και εξέλιξη του καρκίνου του μαστού, Ιπποκράτης, Τόμος 10, Αθήνα 1982, σελ. 99-103.
26. Stoppard M., Το γυναικείο σώμα, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996, σελ. 73.
27. Νομικός Ν., Η φυσική εξέλιξη του καρκίνου του μαστού, Ιατρική, Τόμος 47, Αθήνα 1985, σελ. 12-17.
28. Τσακρακλίδης Β., Βιολογική συμπεριφορά των όγκων, Κλινική Ογκολογία – Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Αθήνα 1981, σελ. 53-58.
29. Dollinger N., Rosenbaum E., Cable G., Ο καρκίνος : Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση : Ένας οδηγός για όλους, Εκδόσεις Κάτοπτρο, 1^η Έκδοση 1992.
30. Πινακίδης Μ., Μπούτης Λ., Καρκίνος του μαστού, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 20, 21, 25, 26.

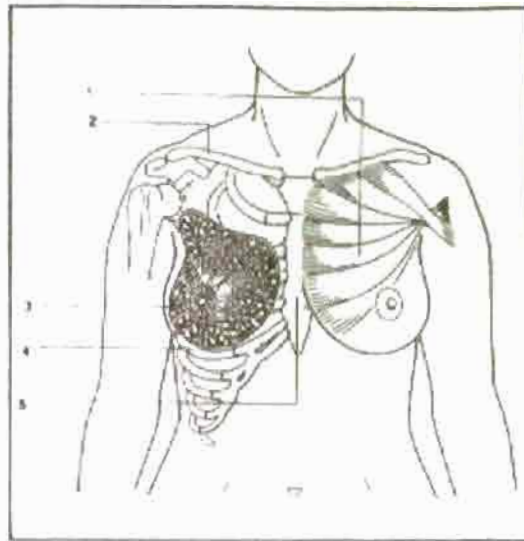
31. Μαρκάκη Σ., Παπαδημητρίου – Καραπάνου Κ., Πράτσικα Κ., Λιποεκκριτικό καρκίνωμα μαστού, Ιατρική, Τόμος 47, Αθήνα 1985, σελ. 311-312.
32. Γκόγιας Ι., Μαρκόπουλος Χ., Ο αμφοτερόπλευρος πρωτοπαθής καρκίνος του μαστού, Ιατρική, Τόμος 47, Αθήνα 1985, σελ. 44-46.
33. Βαμβούκα Χ., Κανέλλος Ι., Κομπούρας Χ., Καρκίνωμα έκτοπου μασχαλαίου μαστού, Γαληνός, Τόμος 32, Τεύχος 3, Αθήνα 1990, σελ. 320-322.
34. Αλετράς Ο., Παπαδημητρίου Κ., Φαχαντίδης Ε. και συνεργατών, Το φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 60, Τεύχος 6, Αθήνα 1994, σελ. 469-475.
35. Haageusen C.D., Diseases of the breast, 3rd Ed., Saunders W. B., 1986, Pg. 15.
36. Ρηγάτος Γ., Εγκόλπιο Ογκολογίας, Εκδόσεις Ascent, 1999, σελ. 42-50.
37. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1986, σελ. 55, 58, 61-63.
38. Νικολούδη – Μερκουράκη Π., Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο μαστού, Πρακτικά 26^{ου} Ετησίου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ. 411-412.
39. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2^{ος}, Μέρος Β', Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996, σελ. 736-740.
40. Haageusen C.D., Bodian C., and Haageusen D.E., «Breast Carcinoma, Risk and Detection», Philadelphia, N. B. Saunders, 1981, Pg. 63.
41. Τούσης Δ., Μπούτης Λ. και συνεργατών, Πρόληψη έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, Ελληνική Εταιρεία προληπτικής ιατρικής, Τεύχος Α', Αθήνα 1980, σελ. 102-118, 122-127, 314-319.
42. Δημόπουλος Κ., Δόντα Ν., Παπαβασιλείου Κ. κ.α, Κλινική Ογκολογία, Αθήνα 1981, σελ. 353.
43. Γραϊκού Α., Καλαιτζή Μ., Κεραμίδας Γ., και συνεργατών, Ανίχνευση των οιστρογονικών υποδοχέων σε καρκινώματα του μαστού με ανοσοϊστοχημική μέθοδο σε τομές παραφίνης, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 63, Τεύχος 2, 1997, σελ.138-146.
44. Κωνσταντές Ι., Η διαγνωστική συμβολή της μαστογραφίας στις παθήσεις του μαστού, Ιατρική, Τόμος 47, 1985, σελ. 18-26.
45. Γκαράς Γ., Μιχάς Α., Πατέρας Χ., Η διαγνωστική αξία του σπινθηρογράφηματος ήπατος σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 20, Τεύχος 3, 1984, σελ. 215-220.

46. Γκόγκας Ι.Γ., Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού, δεκαπέντε χρόνια πείρα στο λαϊκό νοσοκομείο, Ιατρική, Τόμος 47, 1981, σελ. 39-43.
47. Σαχίνη –Καρδάση Α., Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1^{ος}, Ε' επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1996, σελ. 105-117.
48. Atkins H., et al, Treatment of early breast cancer: a report after ten years of a clinical trial, Br. Med. J2, 1972, Pg. 423.
49. Αθανασιάδου Ν., Κατσώλης Κ., Φαχαντίδου Ε. και συνεργατών, Αντιμετώπιση του τοπικά προχωρημένου καρκινώματος του μαστού (III σταδίου), Ελληνική Ιατρική, Τόμος 62, Τεύχος 3, σελ. 228-234.
50. Κώστα Τ., Χημειοθεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1989, σελ. 18-25.
51. Γεννατάς Κ., Εξαρχάκος Γ., Ιωαννίδου – Μουζάκα Λ., Η αντιμετώπιση του προχωρημένου καρκίνου του μαστού με Tamoxifen, Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 18, Τεύχος 3, 1982, σελ. 196-201.
52. Γιώτης Ξ., Προφυλακτική χημειοθεραπεία στον εγχειρήσιμο καρκίνο του μαστού, Έναρξη μετά ή πριν από την εγχείρηση, Ιατρική, Τόμος 47, 1985, σελ. 27-32.
53. Κοσμίδης Α.Π., Επείγουσα Θεραπευτική Ογκολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σελ. 3, 8, 73-77.
54. Carrolynn E., Υγιεινή Διατροφής και θεραπευτικές δίαιτες, 6^η Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Απόδοση υπό Χατήριου Γ., σελ. 409-418.
55. Αθανάτου Ε., Παθολογική Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, Αθήνα 1995, σελ. 56, 432-437.
56. Παπαδόπουλος Α.Σ., Πλατανιώτης Γ.Α., Πιστεύου – Γομπάκη Κ.Π., Μαθήματα ακτινοθεραπείας, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998, σελ. 83-87, 157-162.
57. Γκαρμάτης Κ., Η ακτινοθεραπεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού – Σύγχρονες αντιλήψεις, Ιατρική, Τόμος 47, 1985, σελ. 33-38.
58. Ρηγάτος Γ.Α., Η λετροζόλη ως 2^{ης} γραμμής ορμονική αγωγή για προχωρημένο καρκίνο του μαστού, Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 34, Τεύχος 3, 1998, σελ. 149-152.
59. Barbara Engam, Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική, Εκδόσεις Έλλην, Απόδοση υπό Καραχάλιο Γ., 1997, σελ. 618-620.

60. Μαλγαρινού Μ.Α., – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική : Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α΄, Έκδοση 19^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995, σελ. 241-250.
61. Αθανάτου Ε., Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες, Έκδοση 6^η, Αθήνα 1996, σελ. 198-200, 619-622.
62. Μπαρμπουνάκη –Κωνσταντιάκου, Χημειοθεραπεία, Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989, σελ. 12, 15-30, 37-40.
63. Σταματάκη Π., Καπαρελιώτου Χ., Στοματική υγιεινή ασθενών που υπόκειται σε αντικαρκινική αγωγή, Πρακτικά 27^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ερέτρια 23-25 Μαΐου 2000, σελ. 127.
64. Σανίδας Η., Βαλασιάδου Χ., Χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού: η αργή πορεία προς τις συντηρητικές εκτομές, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 64, Τεύχος 3, 1998, σελ. 186.
65. Παπαδόπουλος Β., Προγνωστικοί παράγοντες στο καρκίνωμα του μαστού – σύγχρονες απόψεις, Γαληνός, Τόμος 34, Τεύχος 5, 1995, σελ. 497-510.
66. Σπηλιώτης Ι., «Καρκίνος : Από την άγνοια στον φόβο», Αχαϊκές Εκδόσεις, Πάτρα 1999, σελ. 50-51.
67. Γιδοπούλου – Στραβολαίμου Κ., Εξειδικευμένη προσέγγιση ασθενών με καρκίνο ανάλογα με την εντόπιση και το είδος της θεραπείας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1991, σελ. 101-112.
68. Ραγιά Α., Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1993, σελ. 169-175.
69. Κυριακίδου Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1997, σελ. 68-69.
70. Κούκουρας Δ., Ο χρόνιος πόνος του καρκινοπαθούς και η θεραπεία του, Πάτρα 1990, σελ. 9-13.
71. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Νοσηλευτική : Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β΄, Μέρος 2^ο, Έκδοση 17^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1995, σελ. 156-162.

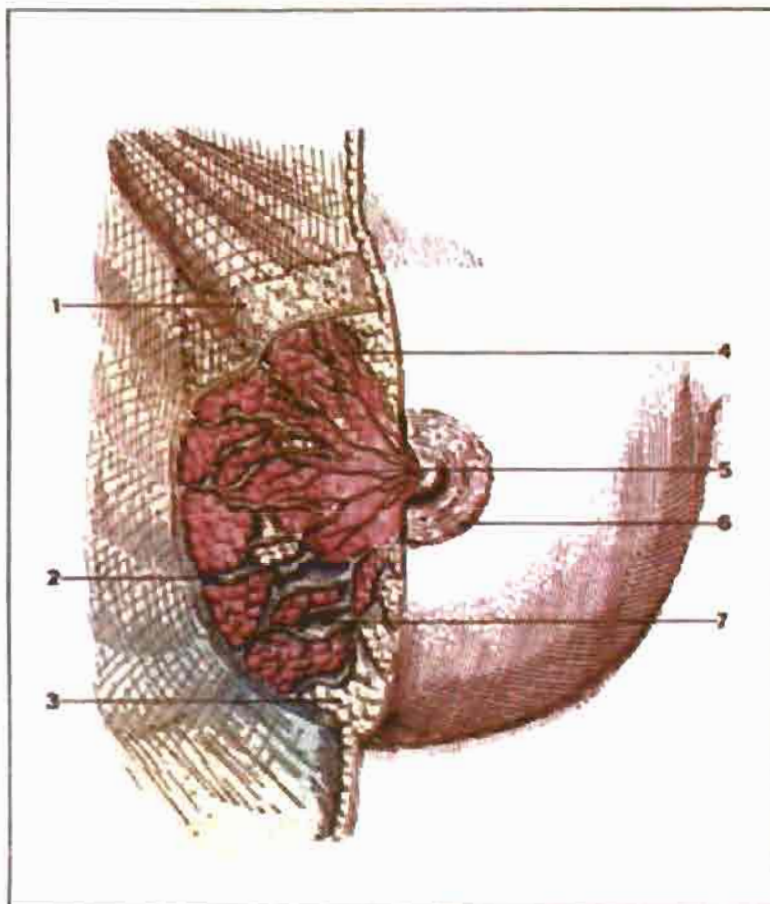
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ





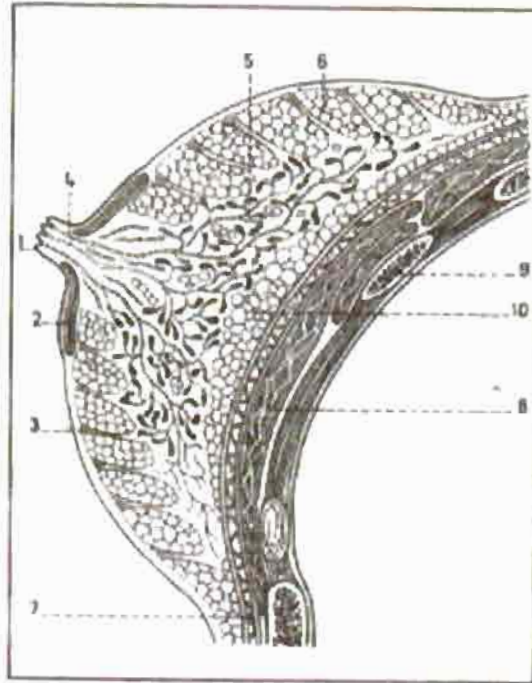
Θέση μαστού

1. Μείζονας θωρακικός μυς, 2. Κλείδα, 3. Θηλαία άλω, 4. Πλευρά, 5. Στέρνο.



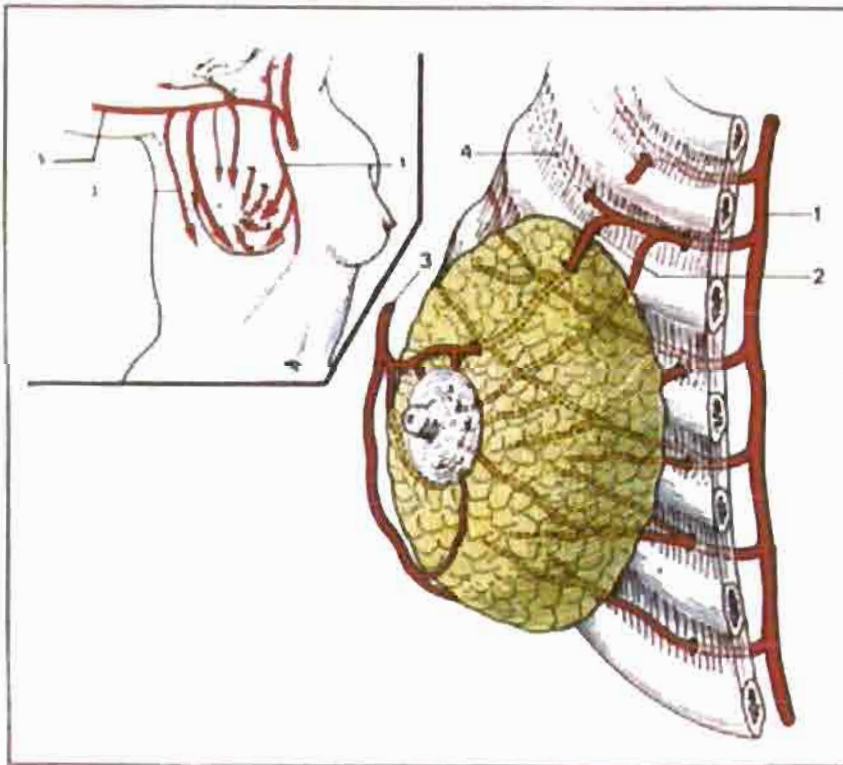
Μαστός χωρίς το δέρμα του

1. Πρόσθιο πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, 2. Κρεμοστήρας σύνδεσμος, 3. Λίπος, 4. Μαστικός αδένας, 5. Γαλακτοφόροι πόροι, 6. Θηλαία άλω, 7. Ινώδης θύλακας ενός λοβού.



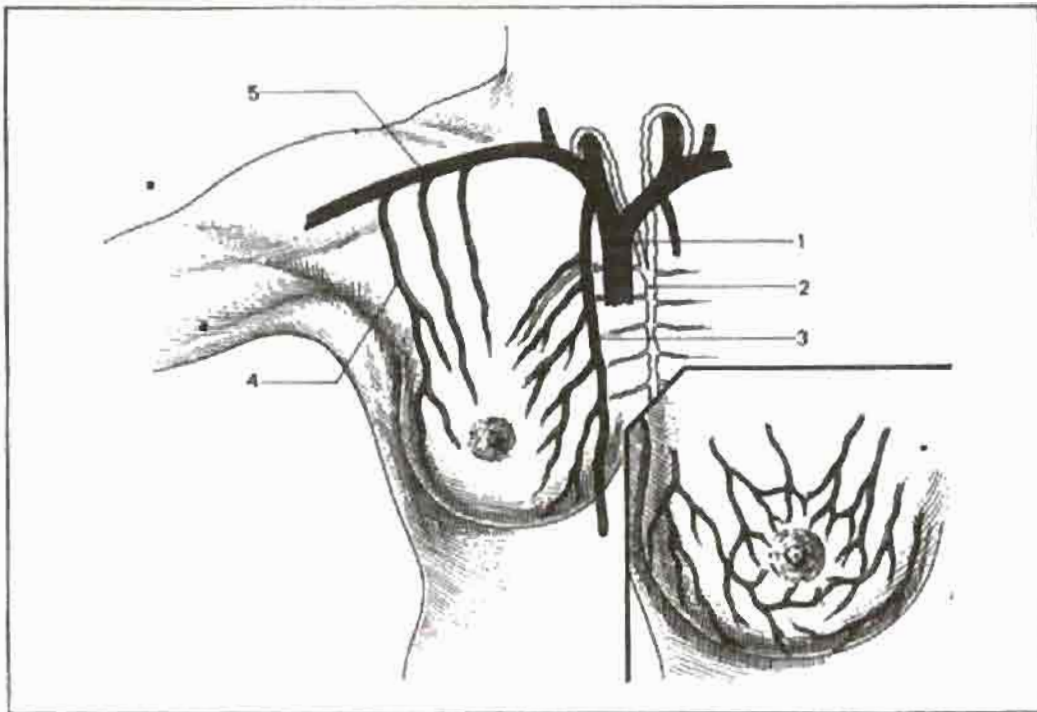
Οριζόντια τομή μαστού

1. Θηλή, 2. Θηλαία άλω, 3. Σύνδεσμοι του Cooper, 4. Γαλακτοφόροι πόροι, 5. Αδενοκυψέλες, 6. Λιπώδης ιστός, 7. Απονεύρωση μείζονα θωρακικού μυ, 9. Πλευρά, 10. Λιπώδης ιστός πίσω από το μαστικό αδένα.



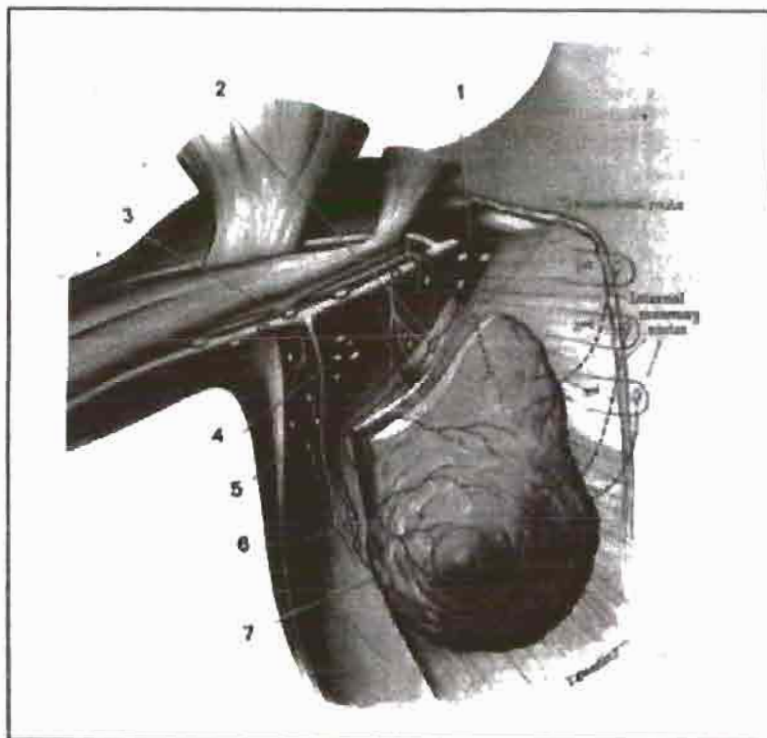
Αρτηρίες του μαστού

1. Έσω μαστική, 2. Διαττραίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική, 4. Μεσοπλεύριες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υπακλειδία.



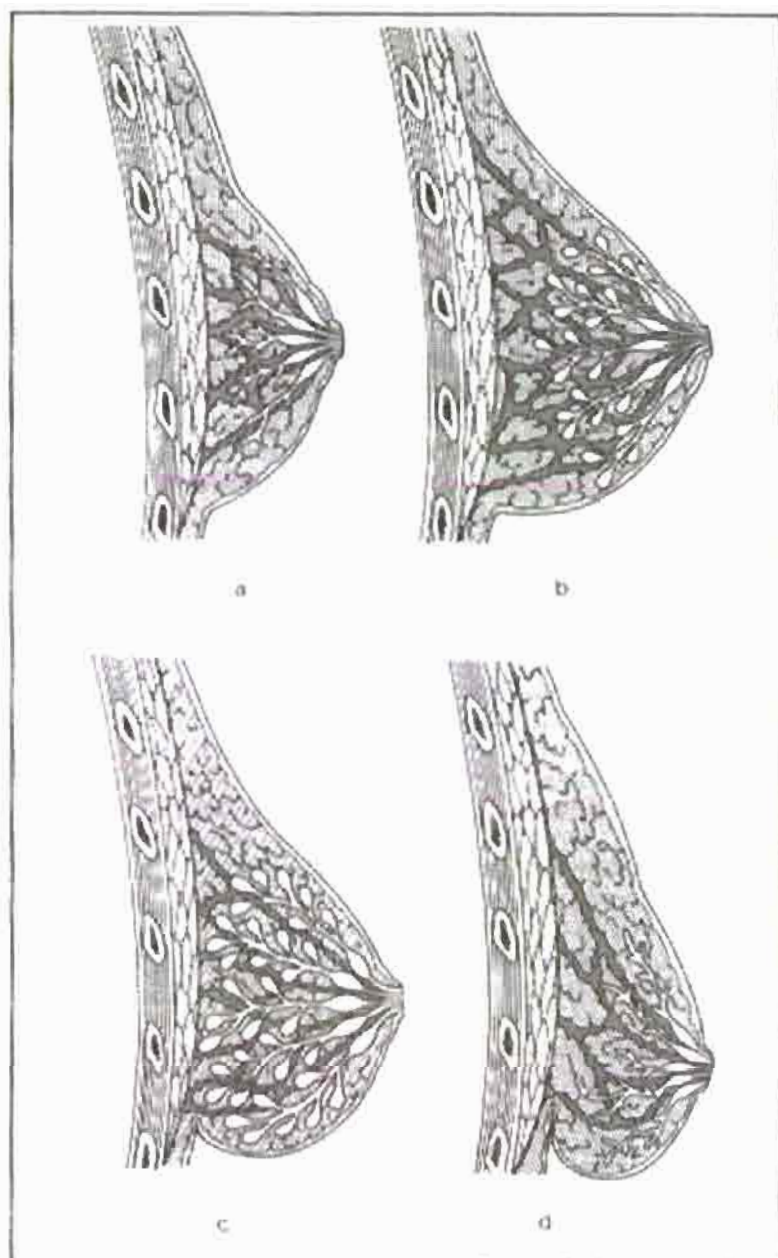
Φλέβες μαστού

1. Άνω κοίλη, 2. Θωρακικός πόρος, 3. Έσω μαστική, 4. Πλάγια θωρακική, 5. Μασχαλασία.



Οι κύριες ομάδες των λεμφαδένων του μαστού

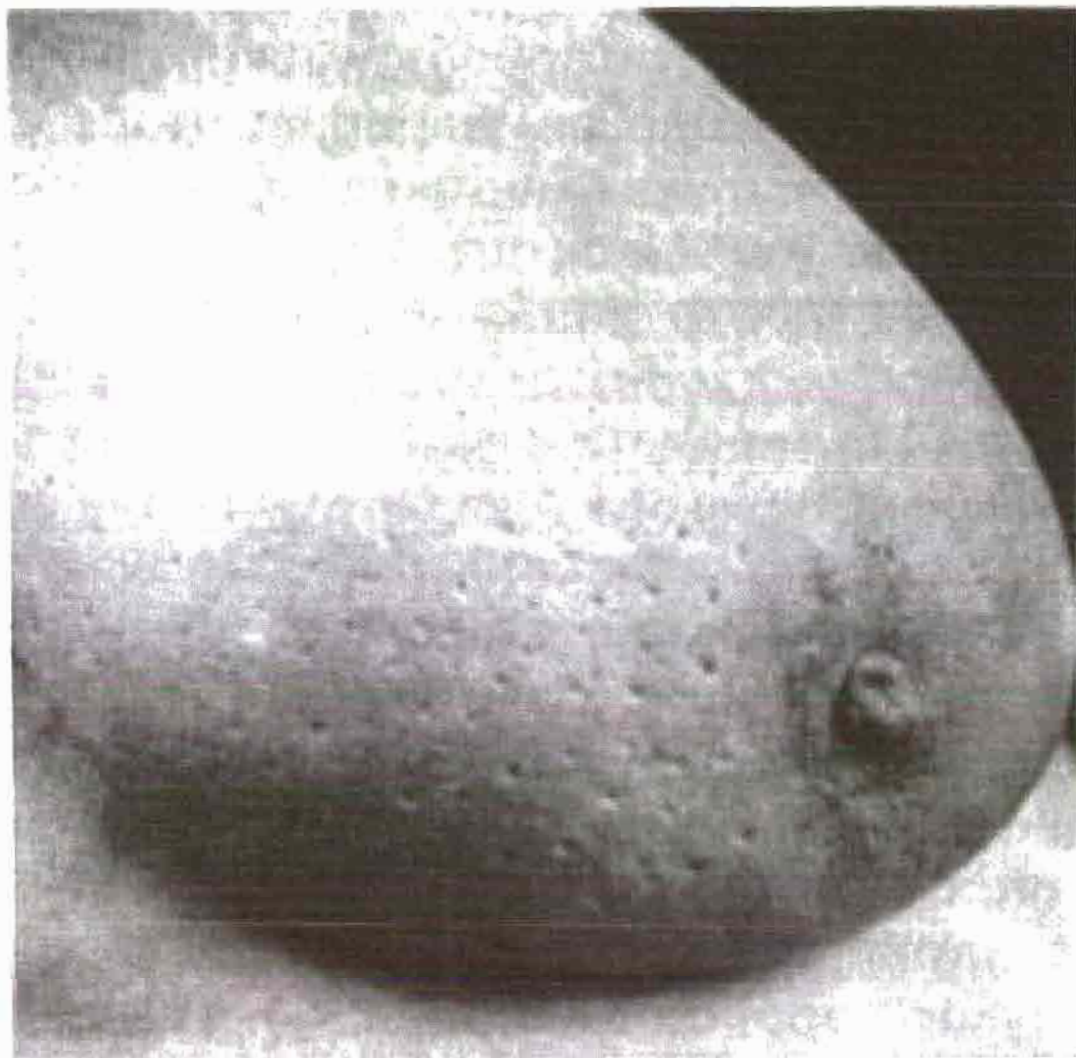
1. Υποκλείδιοι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένες του Rotter, 3. Λεμφαδένες κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένες, 5. Λεμφαδένες της ωμοπλάτης, 6. Έξω ομάδα μασχαλιαίων λεμφαδένων, 7. Κύριοι λεμφικοί πόροι



Υφή του μαστού στις διάφορες ηλικίες

a. Μαστός στην ήβη, b. Μαστός 20χρόνης, c. Μαστός ωριμης ηλικιας, d. Μαστός γηρατος.

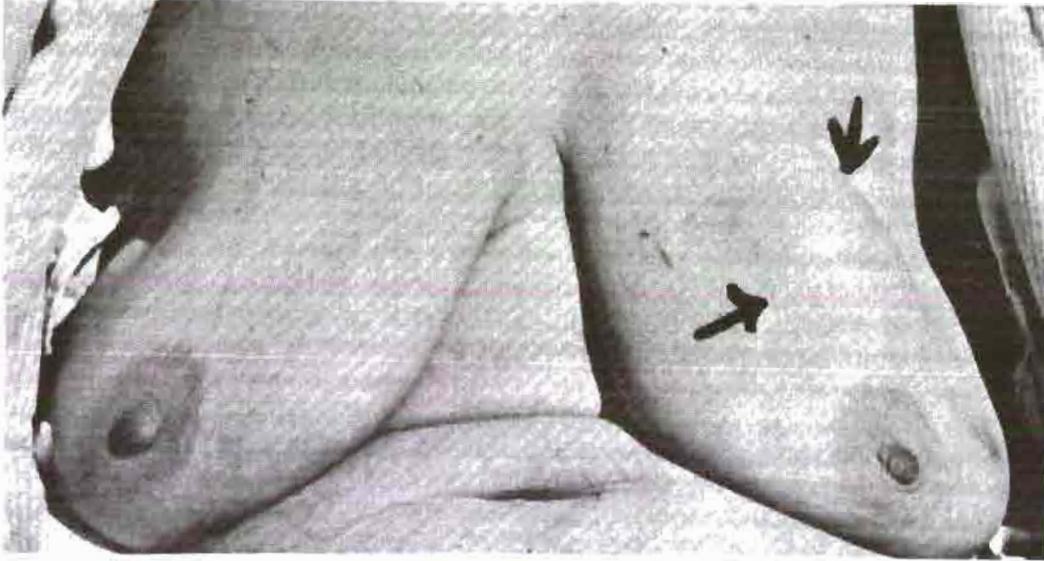




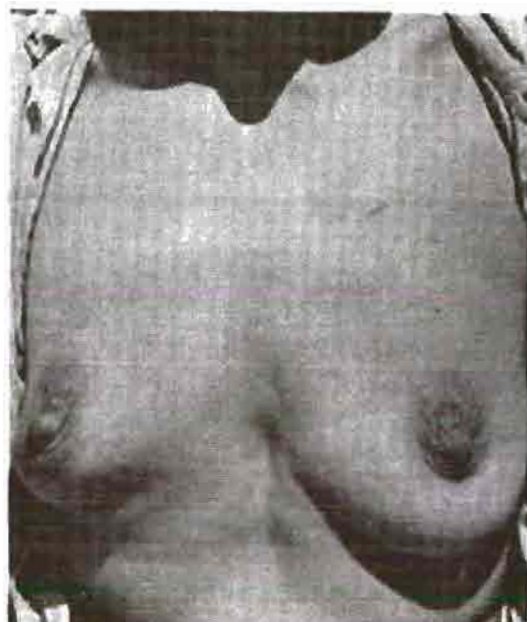
**Δέρμα "δίκτην φλοιού πορτοκαλίου" σε
καρκίνο**



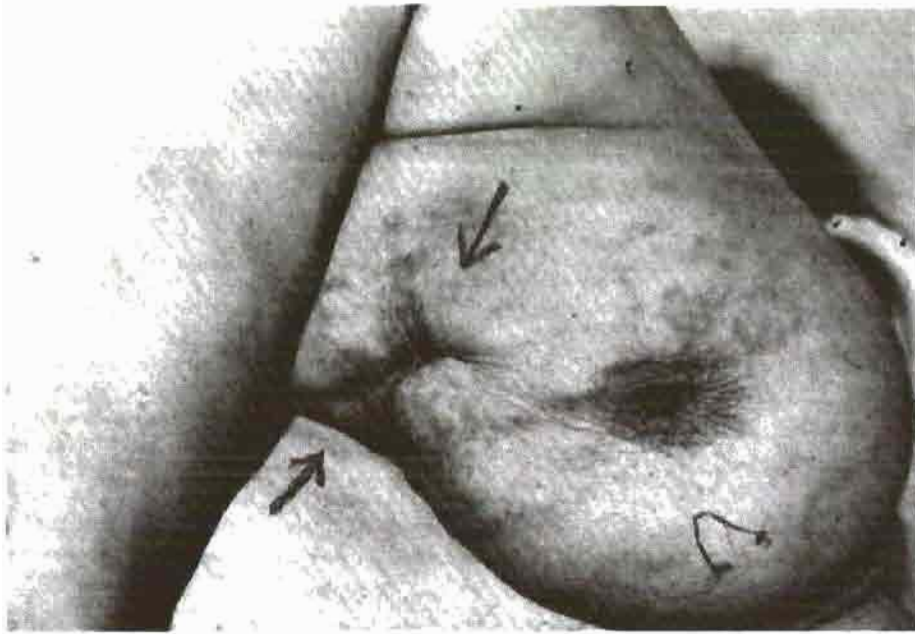
Περίπτωση του συγγραφέα.
Στην εικόνα αυτή διαπιστώνονται τρία από
τά βέβαια κλινικά σημεία παρουσίας κακοή-
θους νεοπλασίας στο δεξιό μαστό, που
μπορεί να τα διαπιστώσει εύκολα κάθε
ἰστομο που τ' αναζητάει.



*Περίπτωση του συγγραφέα.
"Αρρωστη, ηλικίας 53 χρονών, αγρότισσα.
Πρόκειται για τελική περίπτωση μονο-
σημειωματικού καρκινώματος του άριστε-
ρου μαστού, με την παρουσία, δηλαδή, μόνο
μιας ανώδυνης διόγκωσης.*



*Περίπτωση του συγγράματι.
Καρκίνος του δεξιού μαστού. Το κύριο έδα-
φύρημα είναι η πρός τα επάνω μετατόπιση
του όλου δεξιού μαστού με σύγχρονη σια-
κρυνση του όγκου του, συγκριτικά πρός τον
ἀριστερό. Η ανάγωση αυτή των μαστών
είναι σιγές αντιμετώμι, τόσο για την ίδια την
ἀμφωσική, όταν καθριγτέλιται με γυμνασμένο
στήθος, όσο και για όποιοδήποτε γιατρο που
αναζητεί το αντιμετώμι αυτό*



1

Πρόκειται για πολυσηματοματικό καρκίωμα του δεξιού μαστού.

Σαφώςτατα απεικονίζεται στη φωτογραφία η εισόκληση της θηλής του μαστού, καθώς και η μετατόπισή της προς τα επάνω και έξω.



2

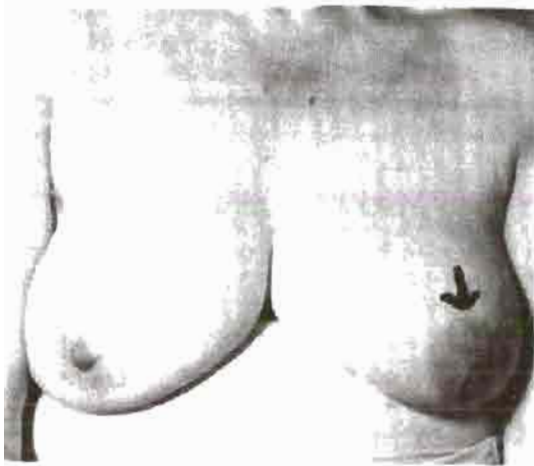
Περαιτέρω τον αναγράφει. Καρκίνος του δεξιού μαστού σε στάδιο πιο προχωρημένο από εκείνο της εικ. 1 με αποτέλεσμα την ολική παραμόρφωση του μαστού, μετάθεση της θηλής προς τα πίσω και άνω, μεγάλη σκλήρυνση και μετατόπιση του μαστού σε μακρή σκληρή μάζα.



*Περίπτωση τού σπινθη-
ρα Ασθενής ηλικίας 60 ετών, νοικοκυρά.
Πρόκειται για ιδιαίτερη μορφή Ca τού
μαστού.*



*Περίπτωση του συγγρωγίου.
Φλεγμονώδες καρκίνωμα του δεξιού μαστού
που άπαιτεί και ιδιαίτερη μορφή. Ο συνολο-
λος δεξιός μαστός έμφανίζεται ανυψωμένος,
σγκριτικά προς τον άριστερο, οίδηματώ-
δης, θερμός κατά την ψηλάφηση.*

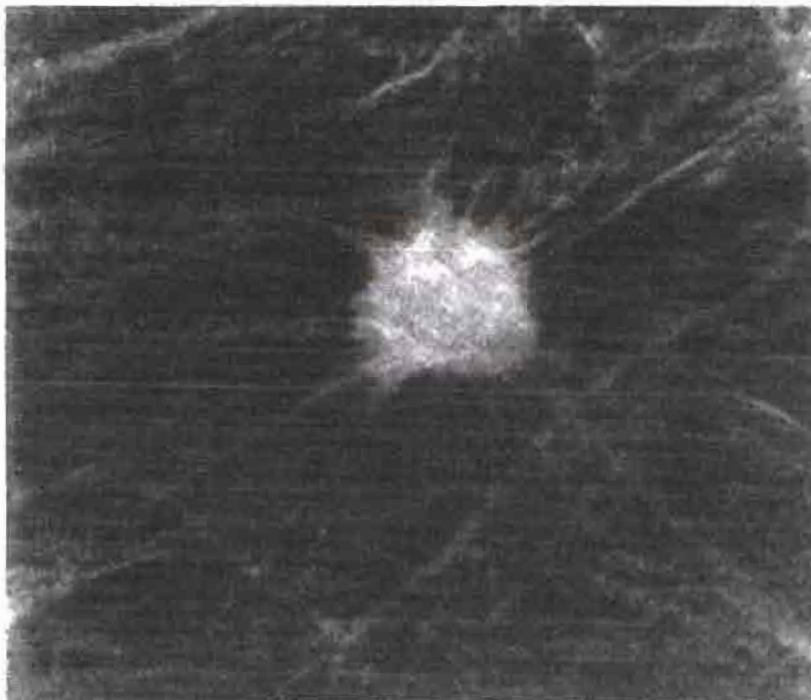


1

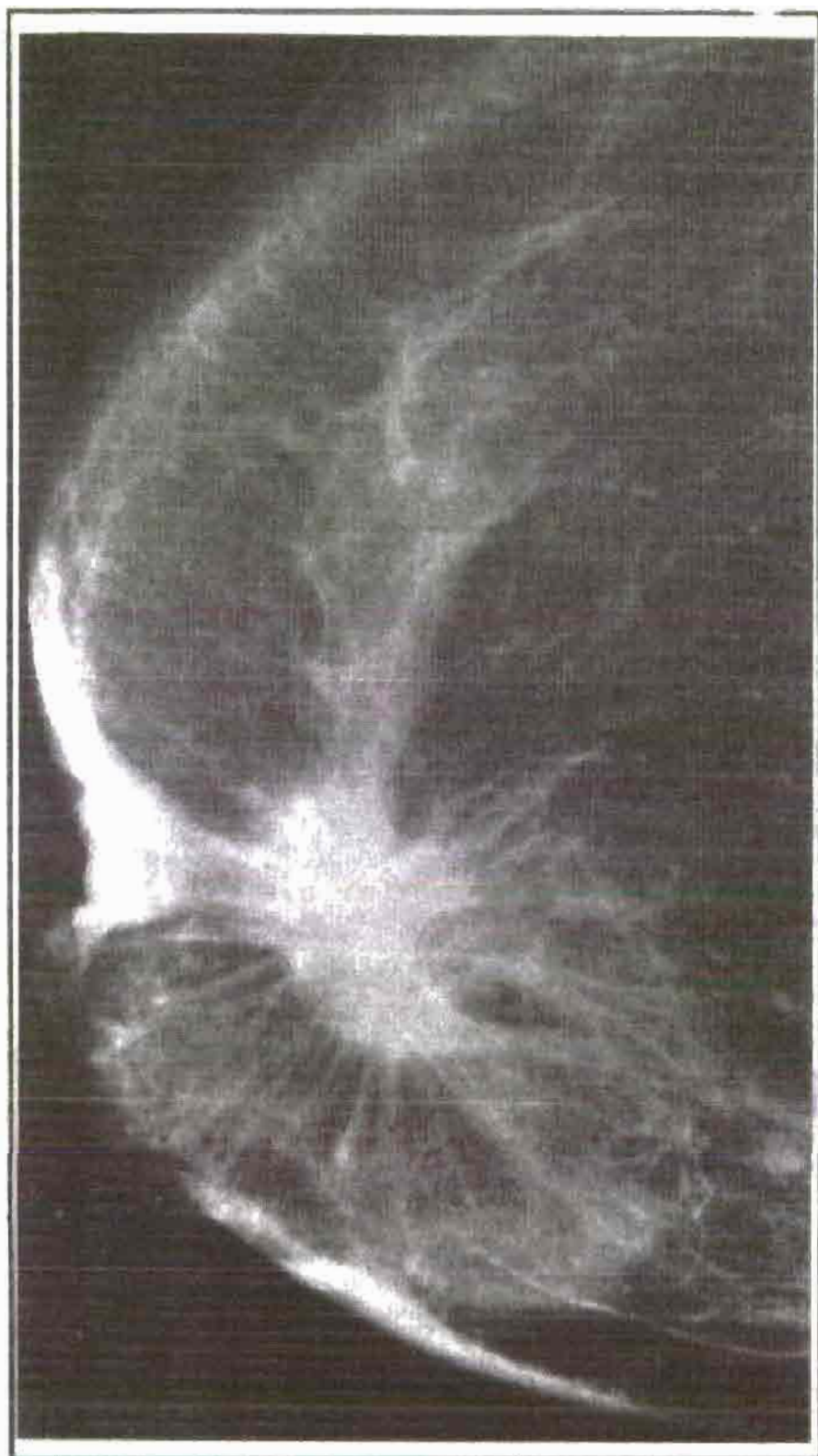


2

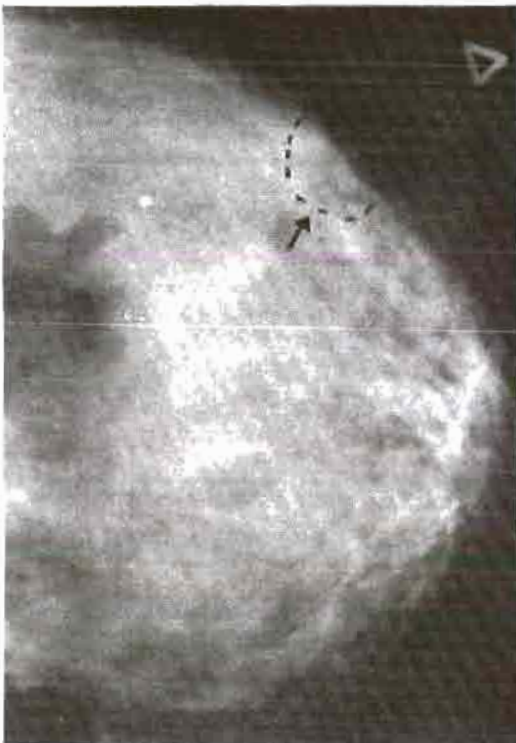
*Περιπτώσεις του
σχηματισμού. Πρόκειται για ιδιαίτερη μορφή
Ca του μαστού, που καλείται Νόσος του
Paget, στον αμαστερό μαστό, και στις δύο
περιπτώσεις με εισρόφηση και εξοφάνιση
της θηλής. Στην τικ. 1 η περιοχή της
θηλής δεν έχει εξέλκωθεί, ενώ στην τικ.
2 διαπιστώνεται νεοπλασματική δια-
δρομή - εξέλιξη της θηλής του μαστού*



Μαστογράφημα
Τυπική εικόνα καρκινώματος.

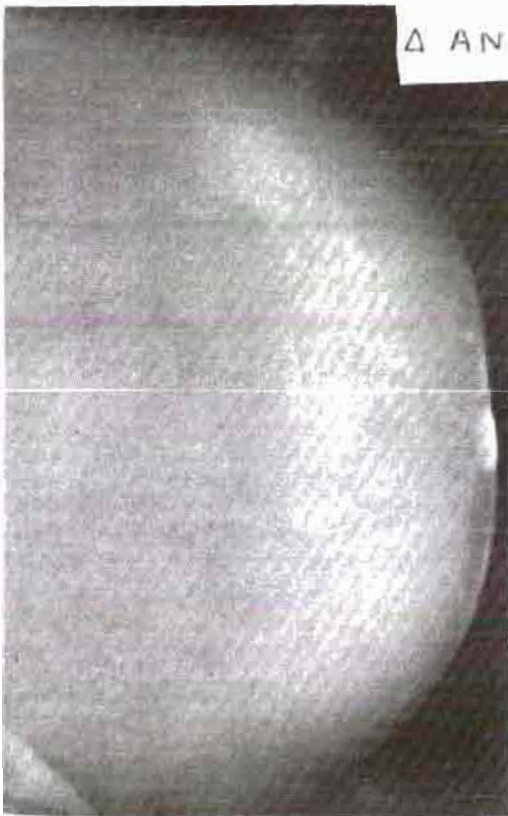


Μαστογράφημα
Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων.



Περίπτωση του συγγρα-
φία. Μαστογραφία γυναίκας 47 ετών
βρέθηκαν λίγες αποτυπώσεις στο άνω
και έξω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού,
που διακρίνονται καλύτερα σε μεγέθυνση. Η

διαφορά ιδιαιτέ πολύ μακρό μη διηθητικό καρ-
κίνο. Δε μπορούσαμε να ψηλαγήσουμε κάτι
ιδιαίτερα, παρά το γεγονός ότι ο καρκίνος
βρασκόταν λίγο κάτω από το δέρμα



Δ Α Ν

15



Περίπτωση του συγγραφέα.
Μαστογραφία γυναίκας 60 ετών. Στο άνω
τμήμα της μαστογραφίας διακρίνεται μάζα
διαμέτρου 3 εκ. Μυελοειδής καρκίνος.

Μαστογραφία γυναίκας 52
έτων (δεξιός μαστός). Στην κλινική εξέταση
δεν ψηλαφηθήκαν τίποτα ιδιαίτερα στους όγκοι
δεξιού μαστούς της. Η μαστογραφία έδειξε
μικρό καρκίνωμα στο πίσω μέρος του
μαστού.



Περίπτωση του ανγγρα-
φία. Μαστογραφία και ξηρογραφία δε-
ξιού μαστού γυναίκας 57 ετών. Πριν 10
χρόνια της έγινε άριστη μαστεκτομή για
καρκίνο του άνω έξω τεταρτημορίου. Σί-
πρόσφατη επανεξέταση με δυσκολία ψηλα-
φούσε κιντίζ μια μακρή σκληρία στο βάθος

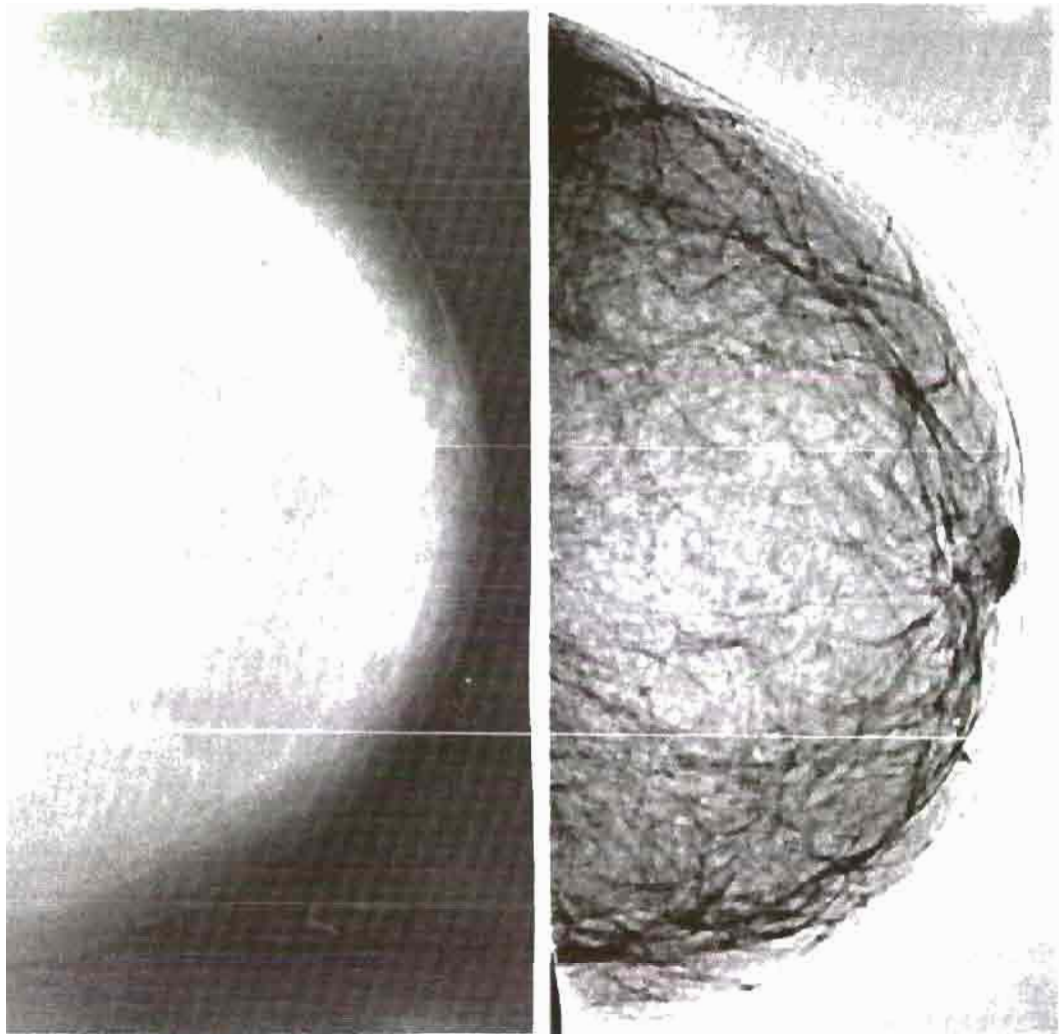
του άνω ίσου τεταρτημορίου του δεξιού
μαστού.

Στην ξηρογραφία διακρίνεται καθαρή
καρκίνωμα διαμέτρον 1 εκ. μ στον όπισθομι-
ζικό χώρο που διηθεί τό μείζονα θωρακικό.
Τό καρκίνωμα δι διαγράφεται στη μαστο-
γραφία.

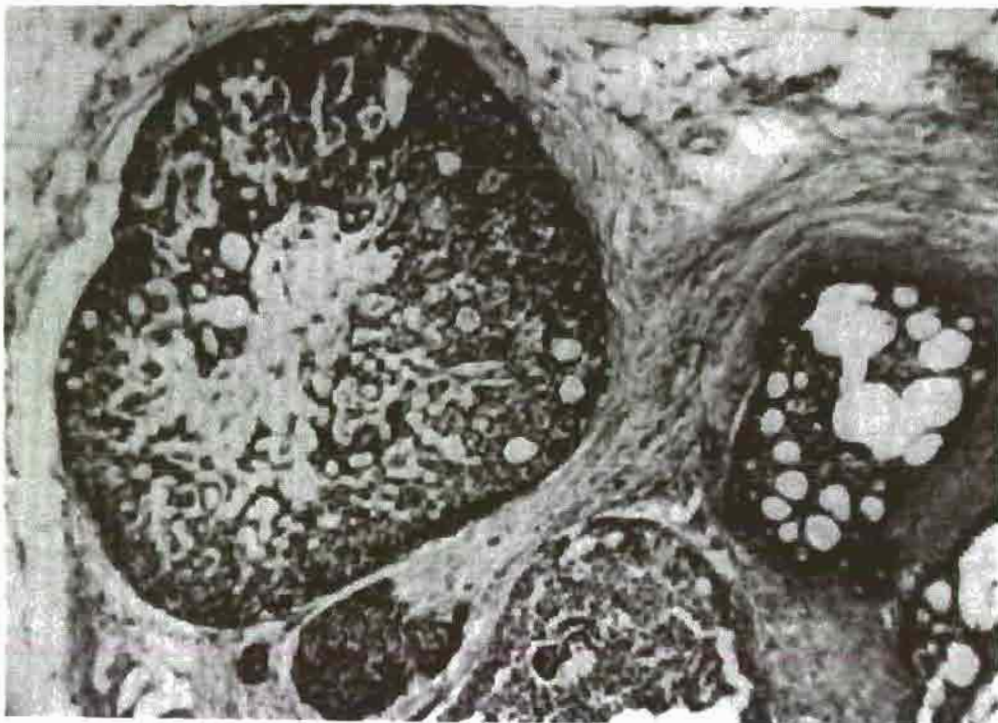


Περίπτωση του ιστορικού. Ξηρογραφία και μιστογραφία αριστερού μαστού γυναίκας 35 ετών. Στο άνω τμήμα της ξηρογραφίας, διακρίνονται με

κρυσταλλοειδείς μαύρα στίγματα, που στη μιστογραφία μπορούν να φανούν δύσκολα και μόνο με μεγθύντικο φακό σε δυνατό φως.



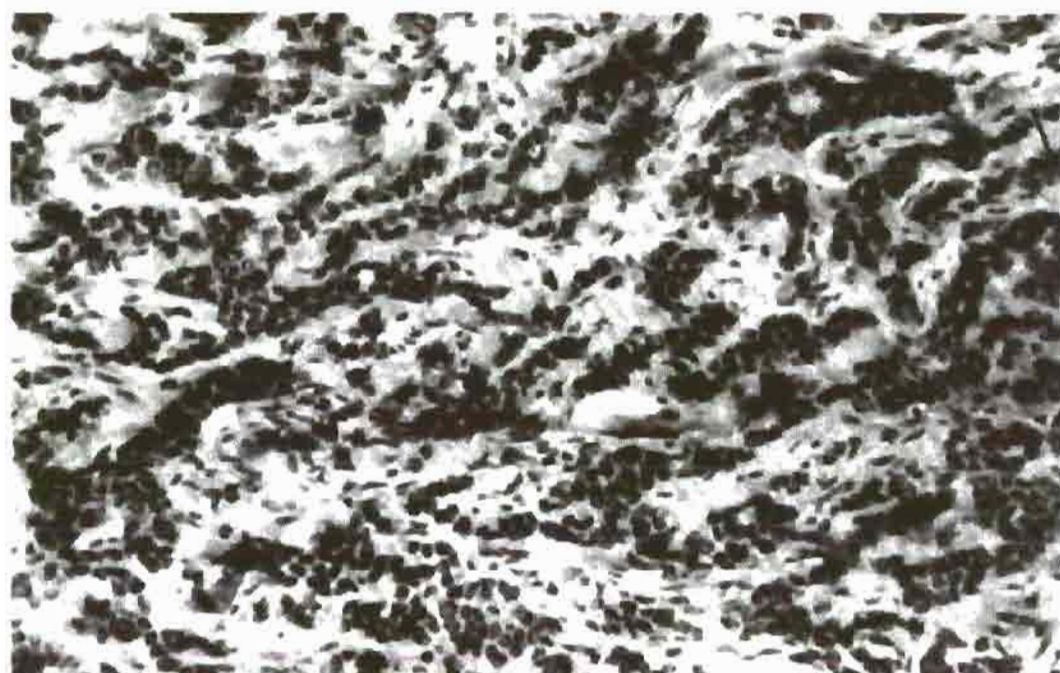
*Περίπτωση του στήθους. Μαστογράφημα και υπερηχογράφημα διζωών με-
στόν γυναικας 47 ετών.*



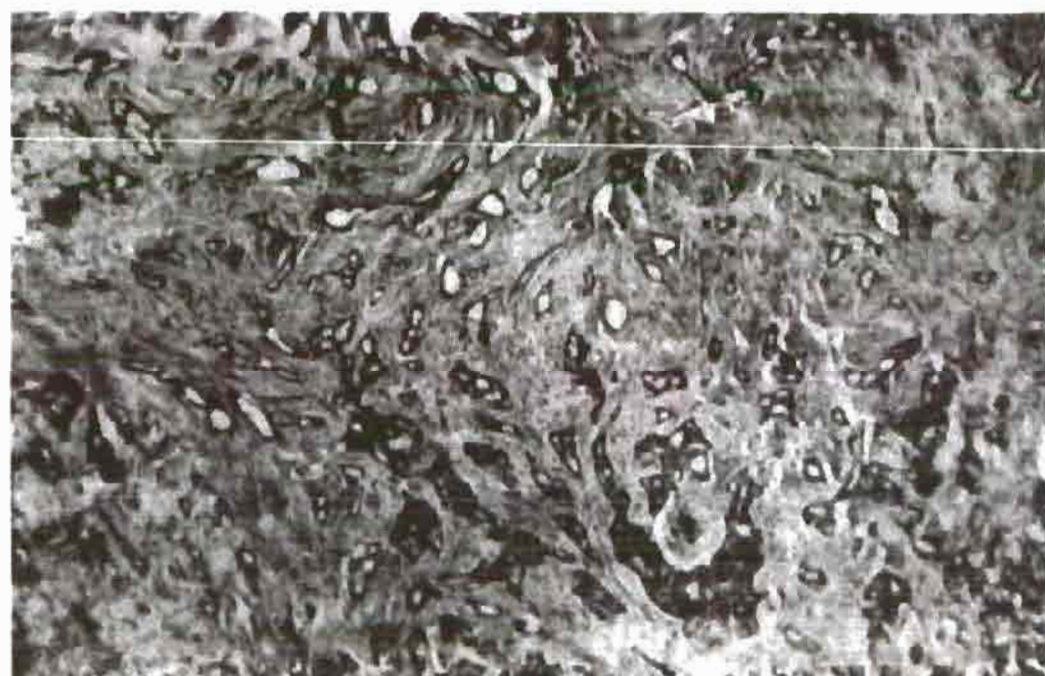
Ένδοαυλικόν καρκίνωμα του μαστού, ήθμώδους τύπου, έξ έτέρας περιπτώσεως. Παρατηρείται και ένταύθα ή κατά δίκτυα διαλλοκή των καρκινοματωδών δοκιδωδών σχηματισμών, άφορίζοντων μικροκυστετικούς χώρους ύπό μορφήν ήθμών (παρ. 58236, x 2,5).



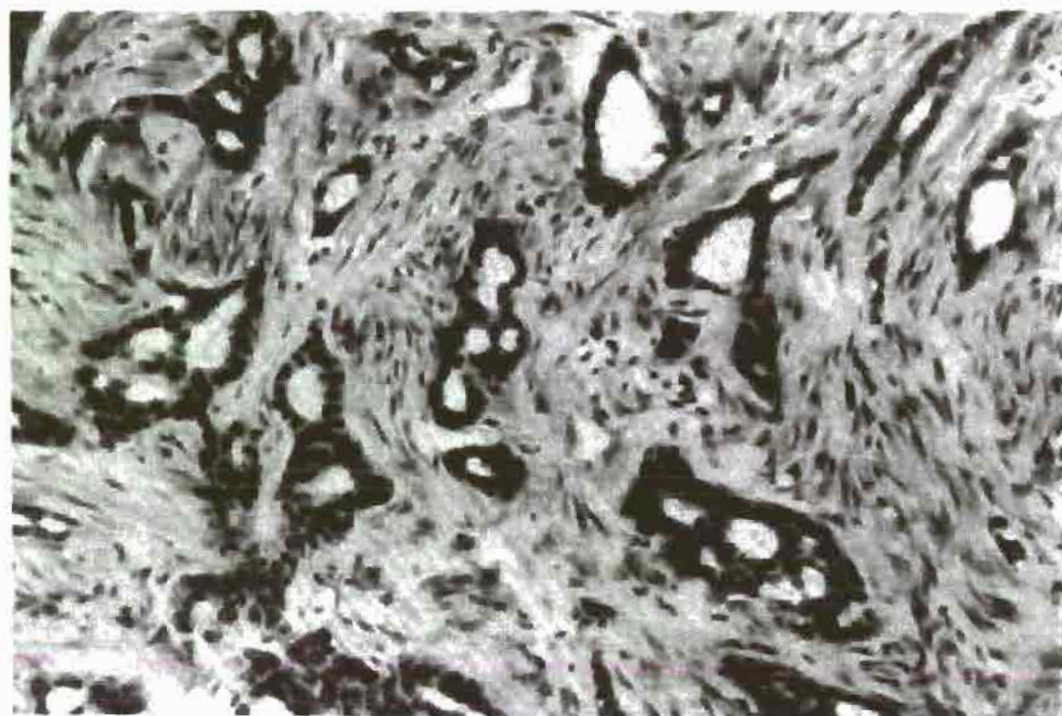
Φαγεσωροειδές καρκίνωμα του μαστού. Παρατηρείται ή ένδοαυλική ανάπτυξις της καρκινοματώδους βλαστήσεως μετά έκτεταμένης κεντρικής νεκρώσεως (παρ. 62449, x 2,5).



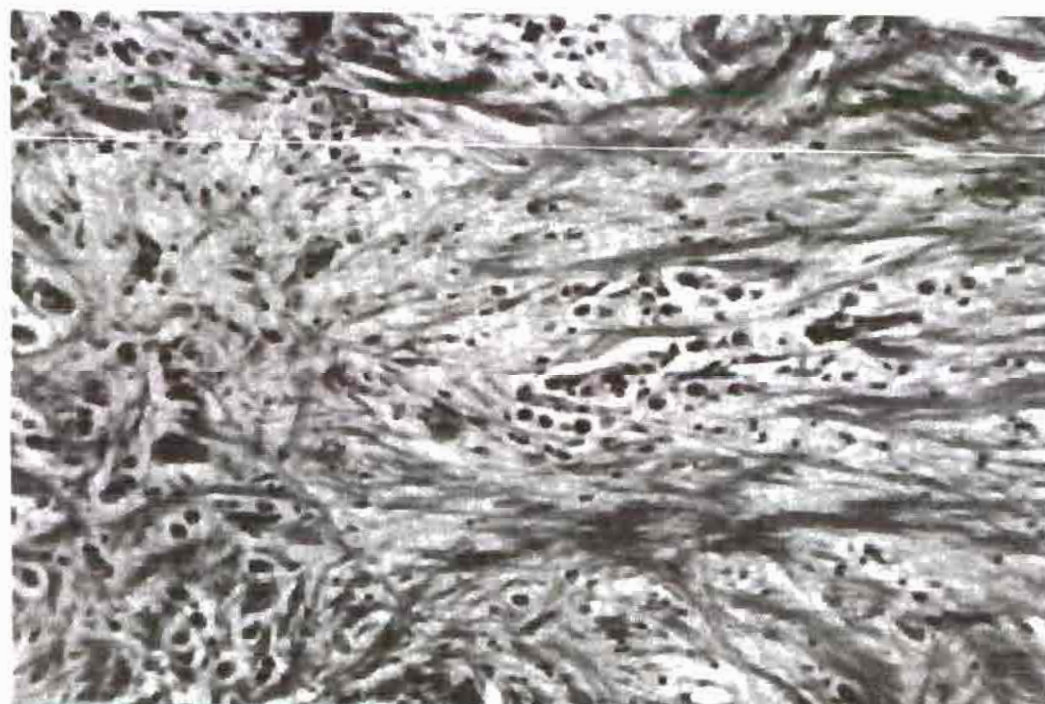
Ισχυροτέρω μεγέθυνσις ἐκ τοῦ προηγουμένου νεοπλασματος, εἰς τὴν ὁποίαν καταφαίνεται ἡ δοκιδοῦδης ὄψις, ἤτοι ἡ κατὰ λεπτάς συμπλεγείας δοκίδας διατάξις τῶν καρκινοματιωδῶν κυττάρων, καὶ ἡ περίτοις ἰσόπορος ἀνάπτυξις τοῦ ἔξ ἰνώδους συνδετικῆς ἰστού ἑποστρώματος (παρ. 72226, X 10).



Ἐτέρα θέσις ἐκ τοῦ αὐτοῦ νεοπλασματος εἰς τὴν ὁποίαν ὑποδηλοῦται ἡ ἐκ τῶν ἀδενικῶν βουτρῶν ἀνάπτυξις τοῦ καρκινοματος καὶ ὁ χαρακτηρισμὸς αὐτοῦ ὡς συμπλεγῶς ἀπλοῦ ἀδενοκαρκινοματος, ἐκ τοῦ ὅτι, ἐκτός τῆς κατὰ συμπλεγείας δοκίδας καὶ νησίδας διατάξεως τῶν καρκινοματιωδῶν κυττάρων, παρατηρεῖται καὶ τάσις πρὸς ἀναπτύξιν ἀτυπῶν, ἰσοτοπιῶδῶν, ἀδενῶν (παρ. 72226, X 2,5).



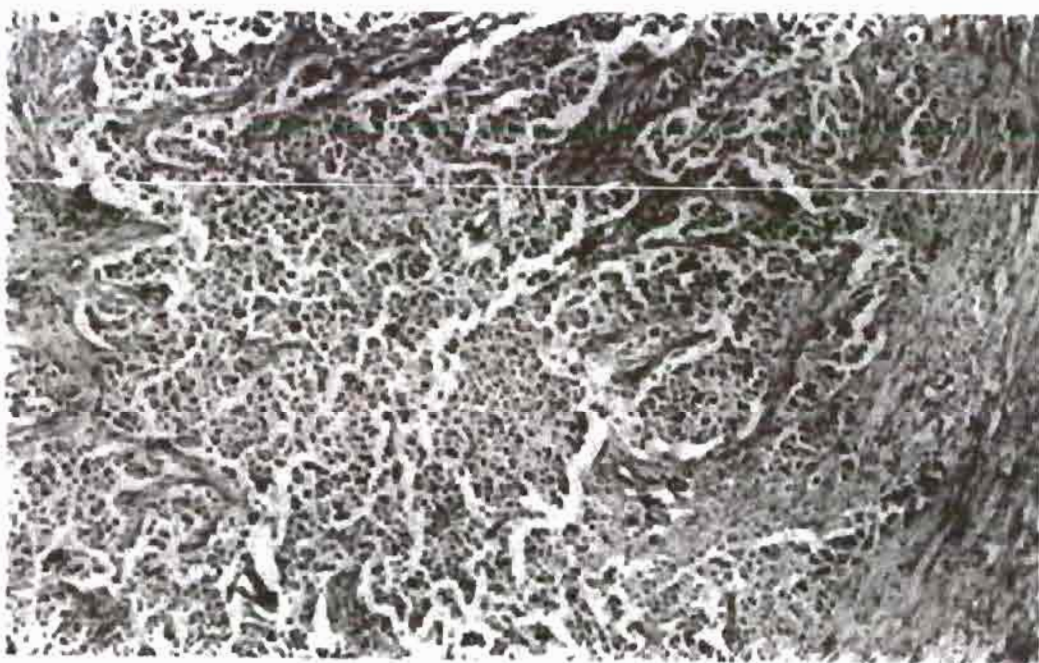
Ίσχυροτέρα μεγέθυνσις ἐκ μιᾶς περιοχῆς τῆς προηγουμένης εἰκόνας εἰς τὴν ὁποίαν ὑποδηλοῦται κατὰ τὴν θέσιν ταύτην ἢ κατὰ ἀτύπους ἀδενικούς σχηματισμούς διάταξις τῶν καρκινωματοῦδων κυττάρων καὶ ἡ ἀνάπτυξις τοῦ ὑποστρώματος ἐξ ἰνώδους συνδετικοῦ ἵσου (παρ. 72226, $\times 10$).



Σκίρρῳδες ἀδενοκαρκίνωμα τοῦ μαστοῦ (Adenocarcinoma scirrhosum) Ἐνταῦθα εἶναι ἐμφανῆς ἡ ὑπερβάλλουσα εἰς ποσότητα ἀνάπτυξις τοῦ βλαστάνοντος συνδετικοῦ ἵσου τοῦ ὑποστρώματος ἔναντι τοῦ καρκινωματοῦδου ἵσου, ὅστις ἀποτελεῖται ἐκ μεμονωμένων ἢ κατὰ μικρὰς ομάδας διατεταγμένων καρκινωματοῦδων κυττάρων (παρ. 64113, $\times 6,3$).



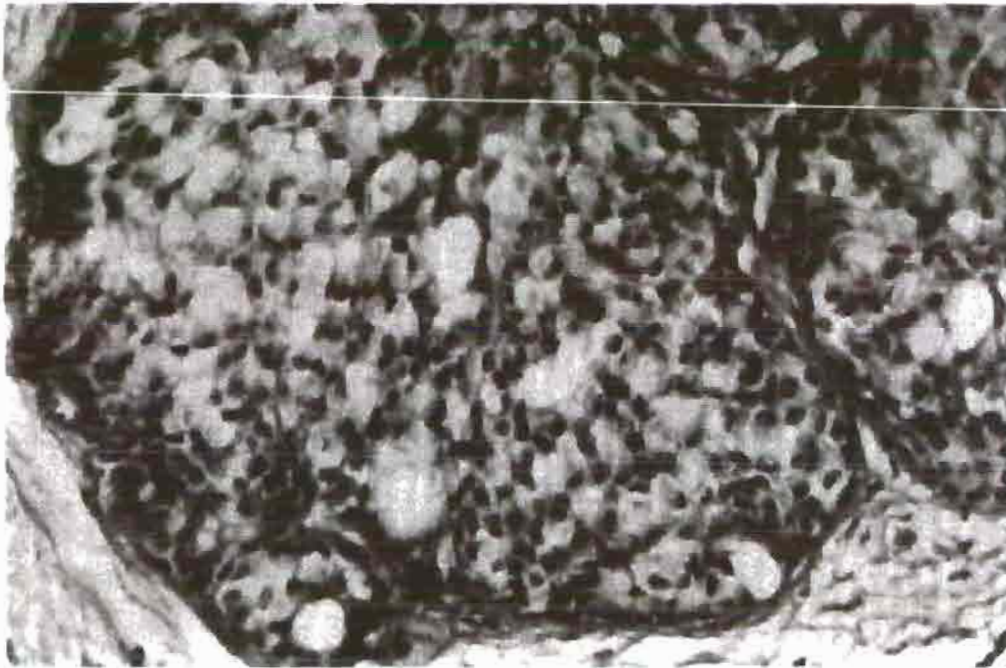
Ίσχυροτέρα μεγέθυνσις τῆς προηγουμένης εἰκόνης, εἰς τὴν ὁποίαν ἐμφανίζονται μικραὶ ὀμάδες ὡς καὶ μεμονωμένα καρκινωματώδη κύτταρα κείμενα ἐντὸς τοῦ ὑπερβαλλόντως ἀνεπτυγμένου καὶ ἐσκληρωμένου ἰνώδους συνδετικοῦ ἱστοῦ τοῦ ὑποστρώματος (παρ. 64113, $\times 10$).



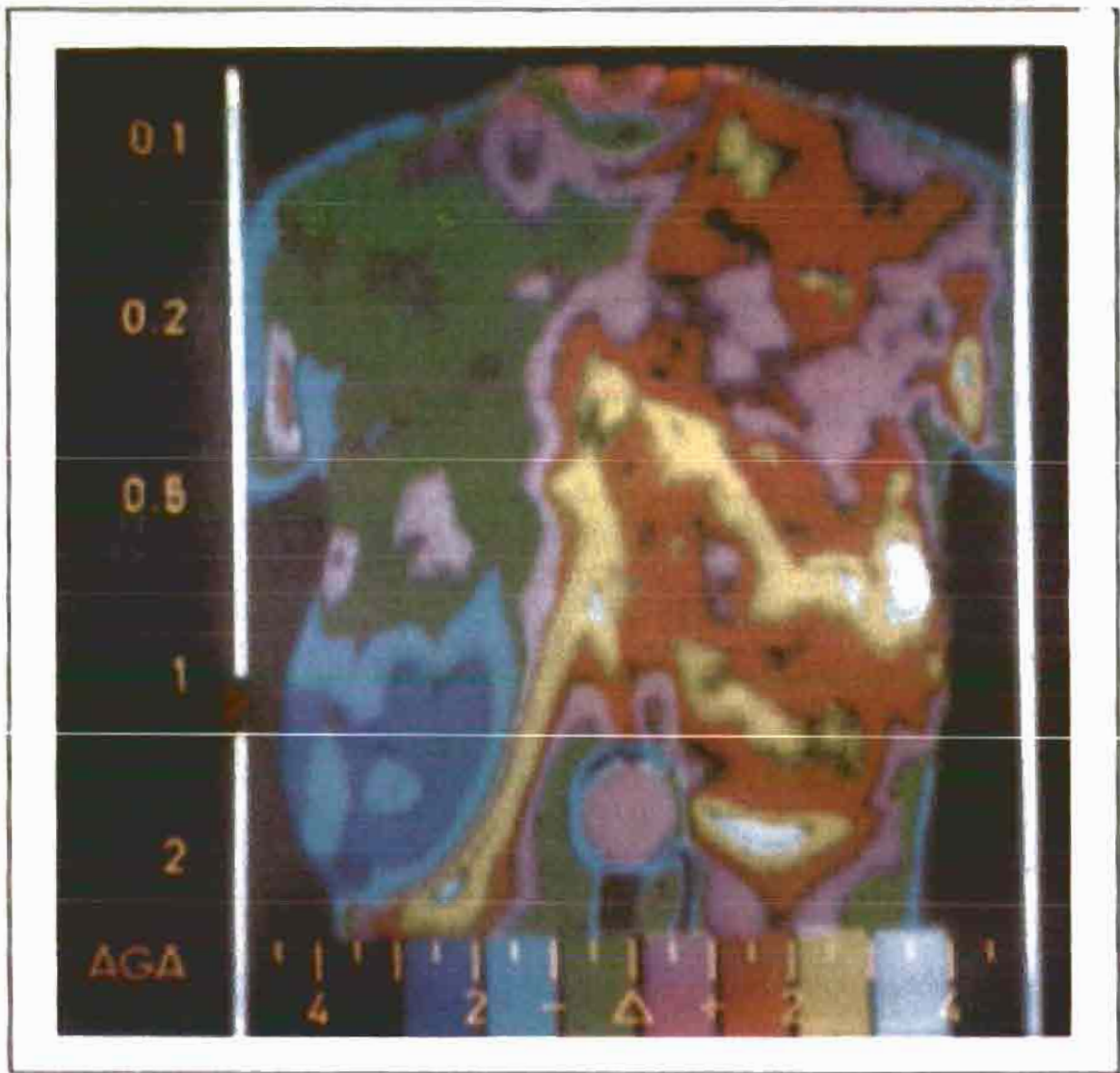
Μυκλοειδές ἀδενοκαρκίνωμα τοῦ μαστοῦ. Παρατηρεῖται εἰς τὴν περιοχὴν τῆς κυρίως νεοπλασματικῆς διηθήσεως ἢ πτωχεῖα τοῦ ὑποστρώματος, τὸ ὁποῖον περιορίζεται εἰς λεπτὰ πέταλα ἐξ ἰνώδους συνδετικοῦ ἱστοῦ μετὰ αἰμοφόρων ἀγγείων, ἐνῶ τὸ νεοπλασματικὸν τμήμα εἶναι λίαν κυτταροβριθές, τὰ δὲ κύτταρα διατίθενται λίαν πυκνῶς πρὸς ἀλλήλα διαχυτῶς, μὴ σχηματίζοντα ὀργανοειδῆ τινα διάταξιν. Τὸ ὑπόστρωμα ἐκ συνδετικοῦ ἱστοῦ διακρίνεται κυρίως κατὰ τὴν περιφέρειαν, ἐξ ἧς θέσεως ἐκπέμπονται λεπταὶ δοκίδες πρὸς τὸ νεοπλασματικὸν τμήμα (παρ. 73709, $\times 2,5$).



Βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα του μαστού. Παρατηρούνται εὐμεγέθεις κύστες, πληρούμεναι ὑπὸ βλεννώδους περιεχομένου μετὰ τινων ὁμάδιων ἢ μικρῶν νησίδων ἐκ καρκινωματοῦδων κυττάρων, καθὼς καὶ εὐμεγέθης συμπλεγῆς περιοχὴ ἠθμῶδους χαρακτήρος μετὰ καρκινωματοῦδη κύτταρα παράγοντα βλένναν (Παρ. 58236, $\times 2,5$).



Ἰσχυροτέρα μεγέθυνσις τῆς προηγουμένης εἰκόνης τῆς περιοχῆς τοῦ βλεννώδους ἀδενοκαρκινώματος, δεικνύουσα τὸν βλεννοπαραγωγὸν χαρακτήρα τῶν καρκινωματοῦδων κυττάρων, ὑποδηλούμενον διὰ τοῦ διαφανοῦς κυτταροπλάσματος καὶ τοῦ ὡς ἐπὶ τὸ πλεῖστον εἰς τὴν περιφέρειαν ἀποθημενίου πυρήνος (παρ. 58236, $\times 10$).



Θερμογράφημα
Καρκίνος δεξιά (κόκκινο χρώμα).

Ουδέποτε

Ένα στήθος που απλά φαίνεται πιο ψηλά από το άλλο είναι υγιές. Μετά από τη γέννηση του παιδιού, η μαστολογία μπορεί να αλλάξει. Μην ανησυχείτε γιατί είναι δυνατό να αλλάξει η μαστολογία. Συνήθως, η αλλαγή και η ανισορροπία, για να επανέλθει ο αθροιστικός ύψος των στήθους, που φέρνει τον



Μερικά μαστολογία

Αρκετά συχνά, η μαστολογία μπορεί να είναι ασύμμετρα, αλλά μπορεί να γίνει υγιή και μερικές φορές να γίνει καλύτερη από την αρχική κατάσταση. Συνήθως, η ανισορροπία και η ανισορροπία



Υπερόψχη μαστολογία

Αυτή η κατάσταση προκύπτει όταν η μαστολογία φαίνεται υψηλότερα από την άλλη. Συνήθως, η υπερψήχη μαστολογία είναι ασύμμετρα, αλλά μπορεί να γίνει υγιή και μερικές φορές να γίνει καλύτερη από την αρχική κατάσταση. Συνήθως, η ανισορροπία και η ανισορροπία, για να επανέλθει ο αθροιστικός ύψος των στήθους, που φέρνει τον

Ασθενή μαστολογία

Αρκετά συχνά, η μαστολογία μπορεί να είναι ασθενής, αλλά μπορεί να γίνει υγιή και μερικές φορές να γίνει καλύτερη από την αρχική κατάσταση. Συνήθως, η ανισορροπία και η ανισορροπία, για να επανέλθει ο αθροιστικός ύψος των στήθους, που φέρνει τον



Ριζική μαστολογία

Αρκετά συχνά, η μαστολογία μπορεί να είναι ριζική, αλλά μπορεί να γίνει υγιή και μερικές φορές να γίνει καλύτερη από την αρχική κατάσταση. Συνήθως, η ανισορροπία και η ανισορροπία, για να επανέλθει ο αθροιστικός ύψος των στήθους, που φέρνει τον

Τριγωνοειδής μαστολογία

Αρκετά συχνά, η μαστολογία μπορεί να είναι τριγωνοειδής, αλλά μπορεί να γίνει υγιή και μερικές φορές να γίνει καλύτερη από την αρχική κατάσταση. Συνήθως, η ανισορροπία και η ανισορροπία, για να επανέλθει ο αθροιστικός ύψος των στήθους, που φέρνει τον

