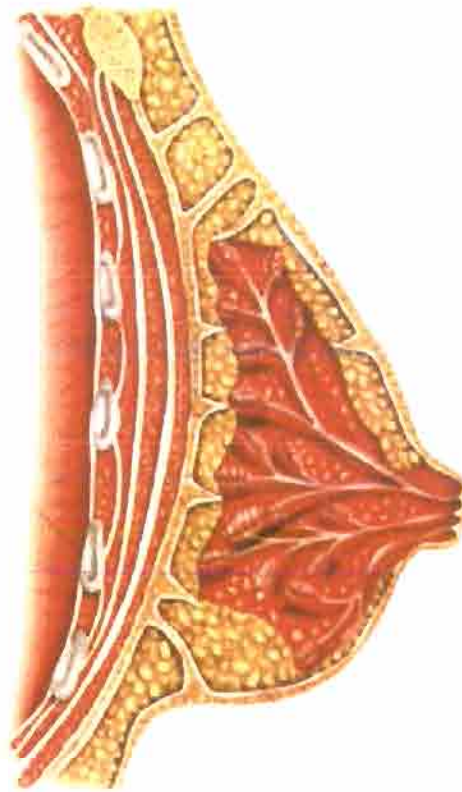


ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΥ ΑΝΘΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ-ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :
ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2001

336 ♀

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	4
<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</u>	5
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	6
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</u>	
<u>ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣΤΟΥ</u>	8
1.1. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	8
1.2. ΥΦΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	8
1.3. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	11
1.4. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</u>	
<u>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΕΝΤΟΠΙΣΗ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ</u>	19
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	19
2.2 ΕΝΤΟΠΙΣΗ	20
2.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	20
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</u>	
<u>ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u>	
<u>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ</u>	23
3.1 ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	23
3.2 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	23
3.3 ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	25
3.4 ΑΛΛΟΙ ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	27
3.5 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	27
3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΡΕΨΗΣ	28
3.7 ΚΑΠΝΙΣΜΑ	29
3.8 ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ	30
3.9 ΧΡΟΝΙΑ ΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ	30
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</u>	
<u>ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u>	33
4.1 ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	33
4.2 ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	35
4.3 ΣΠΑΝΙΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΗΘΗΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	36
4.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ 42

5.1	ΕΝΝΟΙΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ	42
5.2	ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΝΜ	43
5.3	ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ COLUMBIA	44
5.4	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	45
5.5	ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	46
5.6	ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	47
5.7	ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	47
5.8	ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ 50

6.1	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	50
6.2	ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	50
6.3	ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	52
6.4	ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	63
6.5	ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	64
6.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	64
6.7	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	66
6.8	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ 69

7.1	ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	69
7.2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	72
7.3	ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	77
7.4	ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	78
7.5	ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	79
7.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	79
7.7	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	88
7.8	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	102
7.9	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	104

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ 106

8.1	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ-ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	106
8.2	ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	107
8.3	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	107

8.4	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ	110
8.5	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ	112
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο</u>		
<u>ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΠΙ</u>		115
9.1	ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΠΙ	115
9.2	ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	115
9.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	116
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο</u>		
<u>ΨΥΧΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ</u>		120
10.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ	120
10.2	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	123
10.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ.	125
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο</u>		
<u>ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ</u>		130
11.1	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	130
11.2	ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ	131
11.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	133
11.4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	134
11.5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ	135
11.6	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	142
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>		145
	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α	146
	ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β	171
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>		197
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>		199

ΓΕΝΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου στις γυναίκες, παρά τις καινούργιες τεχνικές και μεθόδους. Αποτελεί την δεύτερη νόσο κατά σειρά θανάτων στην Ελλάδα, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Το 95% των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις γυναίκες. Όταν η ανίχνευση γίνεται σε πρώιμο στάδιο η χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια στο 70-80% των περιπτώσεων.

Σωτήρια, όμως μπορεί να αποδειχθεί και η συμβολή της ομάδας των φορέων υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών, όσον αφορά την σωστή επιστημονική και καθολική ενημέρωση των γυναικών που διανύουν την κρίσιμη ηλικία των 35-60 χρονών, την εξάλειψη των προηγούμενων προκαταλήψεων καθώς και την βελτίωση της πρόγνωσης της νόσου. Ο ρόλος τους είναι ουσιαστικός, πολυδύναμος, πολυεπίπεδος και γι' αυτό στρατηγικός.

Η έγκαιρη διάγνωση δύναται να οδηγήσει στην έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου μέσω των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων και σχημάτων. Η χειρουργική επέμβαση μόνη ή σε συνδυασμό με την ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία μπορεί να μας δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα, με στόχο πάντα την μεγαλύτερη δυνατή παράταση της ζωής της ασθενούς.

Η εργασία αυτή λοιπόν έρχεται να ενταχθεί σε αυτήν την προσπάθεια διαφωτισμού του κοινού, στηριζόμενη σε έγκυρη, επιστημονική, κατοχυρωμένη μελέτη, η οποία λειτουργεί παράλληλα σαν μέσο προσωπικής προετοιμασίας για την μελλοντική αντιμετώπιση της νόσου από την «νοσηλευτική σκοπιά» του θέματος. Αυτό που δεν πρέπει να ξεχνούμε είναι ότι η έγκαιρη διάγνωση σώζει συχνά τη ζωή της ασθενούς και όλες οι προσπάθειες μας πρέπει να επικεντρώνονται τόσο στην ανακούφιση της από τα ύπουλα συμπτώματα της νόσου και την ψυχολογική στήριξη της, που είναι ζωτικής σημασίας όσο και στην καταπολέμηση του αδυσώπητου εχθρού που καλείται «φόβος και άγνοια», πράγμα που επιδιώκει η σωστή ενημέρωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Ανάμεσα στους λοιπούς καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερο στόχο του καρκίνου των γυναικών στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, όπως και στην Ελλάδα, όπου κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται και 700 πεθαίνουν από καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση του καρκίνου αυτού αυξάνεται μέσα στο χρόνο, σε αντίθεση με την σύγχρονη θεραπευτική που παραμένει μέχρι σήμερα ανίκανη να βοηθήσει μεγάλο αριθμό γυναικών. Το γεγονός ότι η νόσος αυτή είναι σοβαρή αιτία θανάτου, μαζί με το ότι ο μαστός έχει επηρεασθεί σημαντικά από το σύγχρονο πολιτισμό μας – αντισύλληψη, έντονη σεξουαλική ζωή, περιορισμός γεννήσεων και γαλουχίας, διατροφή – ενώ συνάμα παραμένει σύμβολο υγείας, ομορφιάς και φιλαρέσκειας, έχουν γεννήσει στην σύγχρονη γυναίκα άγχος, φόβο και ανασφάλεια, όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν.

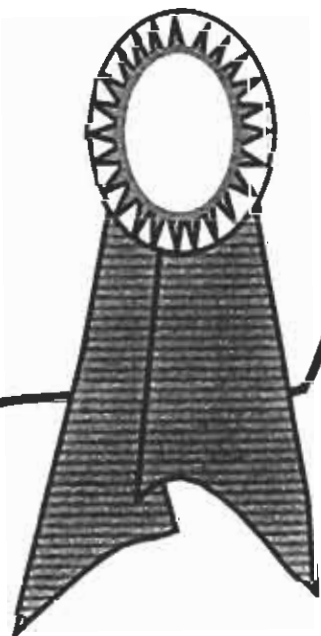
Η ευαισθητοποίηση της γυναίκας, σε σχέση με το μαστό της που δεν θα ήθελε ποτέ να στερηθεί, είναι ένας από τους σοβαρούς παράγοντες θα μπορούσε η προληπτική νοσηλευτική να στηρίζει την προσπάθεια της για πρώιμη διάγνωση και την ελπίδα για έγκαιρη θεραπεία.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για την καλύτερη ενημέρωση των γυναικών, όσον αφορά την πρόληψη του καρκίνου του μαστού (αυτοεξέταση – μαστογραφία).

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

Κεφάλαιο

1



ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο ΜΑΣΤΟΣ

Ο Μαστός αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα για την κατάταξη ανθρώπου στην τάξη των θηλαστικών. Στον άνδρα εκτός από λίγες εξαιρέσεις παραμένει ανενεργός, ενώ στην γυναίκα υπόκειται σε πλήθος λειτουργικών και μορφολογικών μεταβολών, που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία, την εγκυμοσύνη, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση. Ο δυναμικός αυτός ρόλος του έχει σαν συνέπεια πλήθος δυσλειτουργικών και κλινικών εκδηλώσεων, που καθιστούν τα νοσήματα του μαστού συχνά κλινικά προβλήματα.¹

1.1. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Η πραγματική, όμως, έκταση του μαστού είναι σημαντικά μεγαλύτερη, γιατί αυτός εκτείνεται με τη μορφή λεπτής στοιβάδας προς τα πάνω στην κλείδα, προς το κέντρο στη μέση γραμμή, και προς τα έξω, στο έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μύ.²

1.2. ΥΦΗ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

Πρόσθια Επιφάνεια: Είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που, στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει περισσότερο στην γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλω, που οι δύο τους ξεχωρίζουν από το υπόλοιπο δέρμα για τη χροιά τους.

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

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

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

Δέρμα

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

α. Θηλή : Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Στη θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15 – 20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο.

β. Θηλαία άλως : Αποτελεί κυκλοτερή ζώνη γύρω από την θηλή, έχει διάμετρο 15 – 35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα. Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σημηματογόνους και επικουρικούς. Οι σημηματογόνοι 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.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8^η εβδομάδα.²

Περισματικό λίπος

Παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σ' αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σ' αυτό την πρόσθια και οπίσθια στοιβάδα του.

α. πρόσθια στοιβάδα : Είναι παχιά, ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια.

Η οπίσθια επιφάνεια της πρόσθιας στοιβάδας βρίσκεται σ' επαφή με την ανώμαλη επιφάνεια του μαστικού αδένα.

Την πρόσθια στοιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται *σύνδεσμοι του Cooper* ή *ανεγκτήρες σύνδεσμοι του μαστού*. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το βάθος πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένα, χωρίζοντας τους λοβούς του, και καταλήγοντας στο χόριο του δέρματος του μαστού.

Κάθε καρκινική διήθηση αυτών των συνδέσμων προκαλεί απώλεια της ελαστικότητας τους και βράχυνση τους, που έχει σαν αποτέλεσμα την εισολκή του δέρματος, χρήσιμο κλινικό σημάδι, για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού.

β. Οπίσθια στοιβάδα : Είναι λεπτή, περίπου 1 εκ., βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένα και ανάμεσα στην πίσω επιφάνεια του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού.²

Μαστικός αδένας

Έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σ' αυτόν δύο επιφάνειες : την πρόσθια και την οπίσθια και περιφέρεια.

Ο μαστικός αδένας αποτελείται από : τους λοβούς, τους εκφορητικούς πόρους, τους γαλακτοφόρους κόλπους, τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

α. Λοβοί : Ο μαστικός αδένας αποτελείται από 15 – 20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένα σε ακτινωτή διάταξη και συγκλίνει προς τη θηλή.

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς με λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται από 10 – 100 λοβία.

Οι λοβοί περιβάλλονται από λιπώδη ιστό και χωρίζονται μεταξύ τους με ινώδη διαφράγματα. Τα διαφράγματα αυτά εισχωρούν και μέσα στους λοβούς και χωρίζουν αυτούς με λοβία. Κάθε λοβός αποτελείται από 10 – 100 λοβία.

Τα λοβία αποτελούνται από μικρό αριθμό αδενοκυψελών, που εκβάλλουν σε κοινό πόρο.

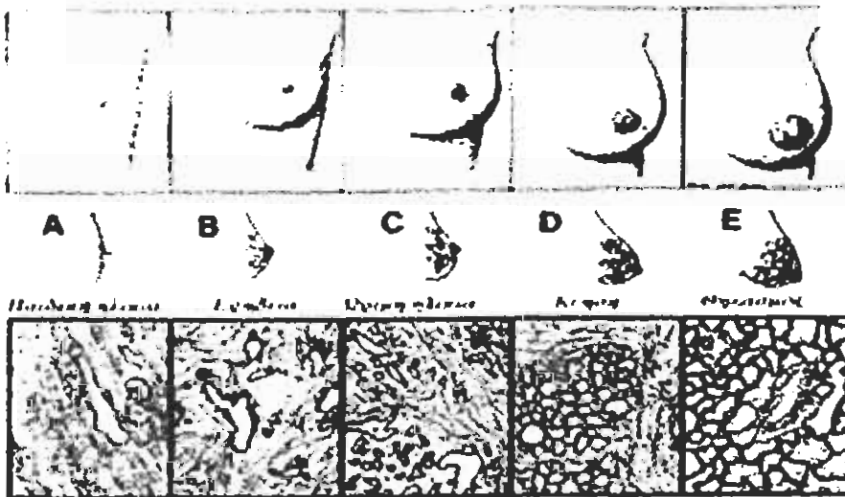
Κάθε λοβός αποτελείται :

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

β. Γαλακτοφόροι κόλποι : Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμωση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σ' αυτούς.

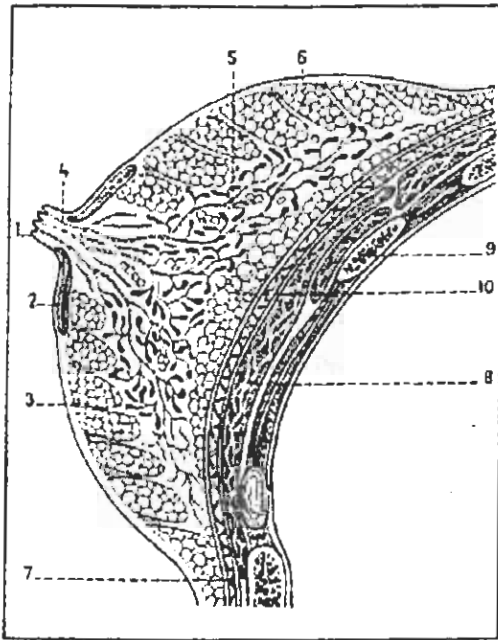
γ. Γαλακτοφόροι πόροι : Είναι τόσος, όσος είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπιση τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

Μικρότερες διακλαδώσεις των πόρων αποτελούν τα γαλακτοφόρα τριχοειδή, που παριστάνουν άθροισμα πολλών αβαθών εκκολπώσεων.



Εικόνα 1

δ. Αδενοκυψέλες : Αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένος και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβό του αδένος.



Οριζόντια τομή μαστού

1. Θηλή,
2. Θηλαία άλως,
3. Σύνδεσμοι του Cooper,
4. Γαλακτοφόροι πόροι,
5. Αδενοκυψέλες,
6. Λιπώδης ιστός,
7. Απονεύρωση μείζονα θωρακικού μυ,
- 8.
9. Πλευρά,
10. Λιπώδης ιστός πίσω από το μαστικό αδένα

Εικόνα 2

1.3. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

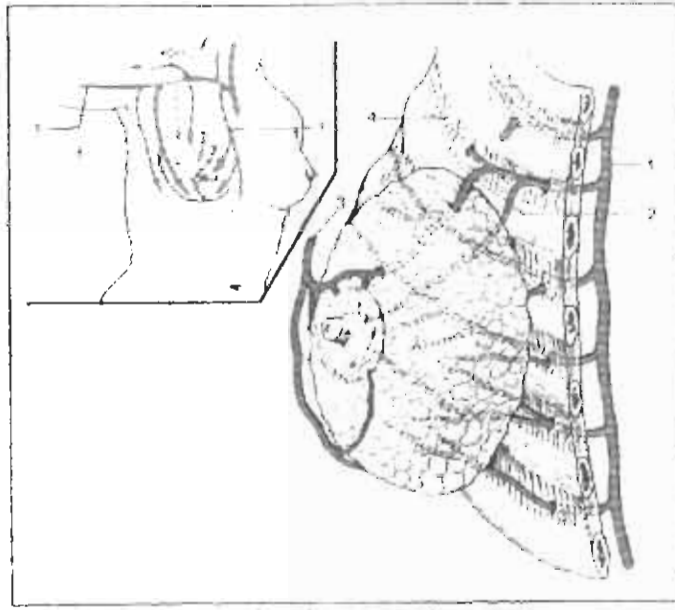
Η αγγείωση του μαστού επιτελείται με αγγεία, που διανέμονται στο πρόσθιο και στο πλάγιο τοίχωμα του θώρακα.

Αρτηρίες

Οι αρτηρίες αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Οι αρτηρίες αυτές είναι :

- Έσω μαστική αρτηρία
- Πλάγια θωρακική αρτηρία
- Ακρωμιοθωρακική αρτηρία
- Μεσοπλεύριες αρτηρίες
- Υποπλάτιος αρτηρία



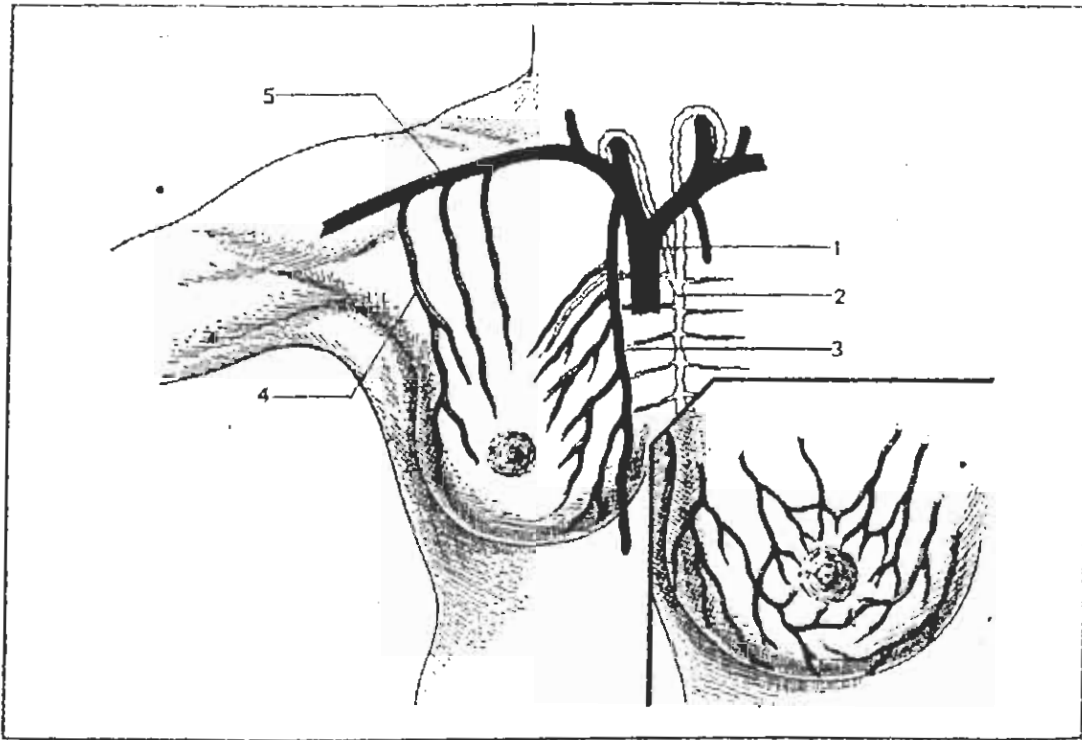
Εικόνα 3

1. Έσω μαστική, 2. Διατιτραίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική, 4. Μεσοπλεύριες, 5. Μασχαλιαία, 6. Υποκλείδια.

Φλέβες

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. Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες. Οι ομάδες αυτές είναι :

- Έσω μαστικές φλέβες
- Μασχαλιαίες φλέβες
- Μεσοπλεύριες φλέβες
- Σπονδυλικές φλέβες,²



Εικόνα 4

1. Άνω κοίλη, 2. Θωρακικός πόρος, 3. Έσω μαστική, 4. Πλάγια θωρακική, 5. Μασχάλια

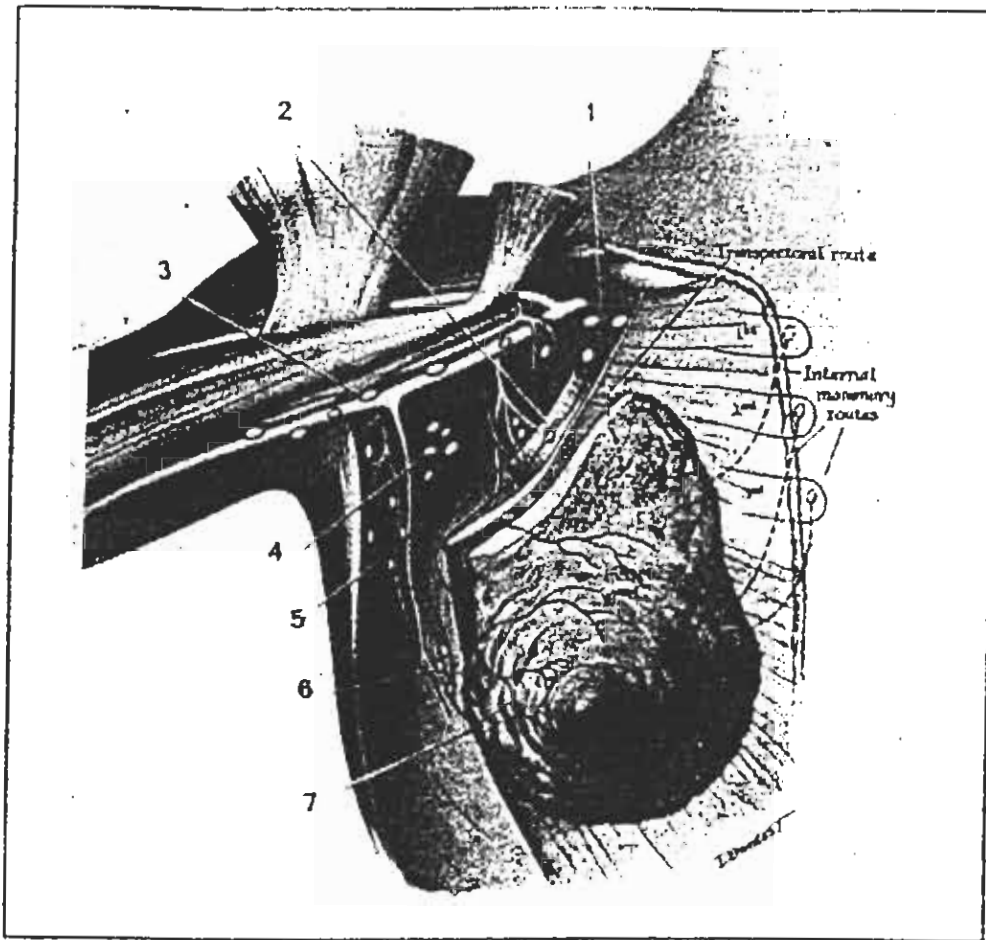
Λεμφική αγγείωση του μαστού

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
- Θωρακική οδός
- Οπισθοθωρακική οδός.

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

- Έξω μαστικούς ή βραχιόνιους
- Έσω μαστικούς ή θωρακικούς
- Κεντρικούς
- Κορυφαίους ή υποκλειδίους
- Υπερκλειδίοι λεμφαδένες.²



Εικόνα 5

1. Υποκλείδιοι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένες του Rotter, 3. Λεμφαδένες κατά μήκος της μασχαλιαίας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένες, 5. Λεμφαδένες ωμοπλάτης, 6. Έξω ομάδα μασχαλιαίων λεμφαδένων, 7. Κύριοι λεμφικοί πόροι.

1.4. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από :

- μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο
- θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο
- μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell.
- αυτόνομο νευρικό σύστημα.²

1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Κάθε λοβός του μαστού αποτελεί έναν ανεξάρτητο κυψελοειδή αδένα. Έτσι ο μαστός στο σύνολο του παριστά την συνάθροιση αυτών των ανεξάρτητων μονάδων, κάθε μία από τις οποίες έχει το δικό της εκφορητικό πόρο και κατά συνέπεια την δική της εκβολή στην επιφάνεια της θηλής. Ο εκφορητικός πόρος (γαλακτοφόρος πόρος) πριν εκβάλλει στη θηλή σχηματίζει μια μικρή διεύρυνση που ονομάζεται

γαλακτοφόρος κόλλπος. Το επιθήλιο στις αδενοκυψέλες των λοβίων είναι μονόστιβο κυβοειδές ή κυλινδρικό, στο γαλακτοφόρο πόρο αποτελείται από δύο στοιβάδες κυβοειδών ή κυλινδρικών κυττάρων, ενώ στο γαλακτοφόρο κόλλπο γίνεται πολύστιβο πλακώδες. Τα κύτταρα αυτά στηρίζονται με βασικό υμένα, στη βάση του οποίου προσφύονται μυοεπιθηλιακά κύτταρα. Τα μυοεπιθηλιακά αυτά κύτταρα σχηματίζουν ένα δίκτυο γύρω από τις αδενοκυψέλες και κατά μήκος των εκφορητικών πόρων και παίζουν ρόλο στην προώθηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες ως τη θηλή (γαλακτοεκθλιπτικό αντανεκλαστικό).

Η δομή, το μέγεθος και η λειτουργία του μαζικού αδένου υπόκεινται σε πλήθος μεταβολών, που σχετίζονται με την έμμηνο ρύση, την κύηση, τη γαλουχία και την εμμηνόπαυση.¹

α. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.

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

➤ **Υποθάλαμος :** Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό. Δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυροειδοτρόπος ορμόνη.

➤ **Υπόφυση :** Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η **προλακτίνη** και η **ωκυτοκίνη**.

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

Συμπερασματικά, 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 αδενοκυψέλων. Επίσης, την σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

ii. **Ωκυτοκίνη :** Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης της μήτρας. Άλλη δράση της είναι η πρόκληση σύσπασης των μυοεπιθηλιακών κυττάρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι, συμβάλλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.²

➤ **Ωθήκες :** Οι ορμόνες των ωθηκών, που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι **οιστρογόνες** και η **προγεστερόνη**.

i. **Οιστρογόνες ορμόνες :** Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένου. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

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

- **Θυροξειδής αδένας :** Αυτός, έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.
- **Επινεφρίδια :** Όπως και ο θυροξειδής αδένας, έτσι και αυτά, έχουν δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.
- **Πλακούντας :** Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ σε μικρότερες ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακουντική γαλακτογόνο ορμόνη.

Από τις ορμόνες του πλακούντα αυτή, που έχει επίδραση στους μαστούς, είναι η **πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL)**. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης μοιάζει, όμως και με την δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδέννα.

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

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

Μεγάλες συγκινήσεις δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα.²

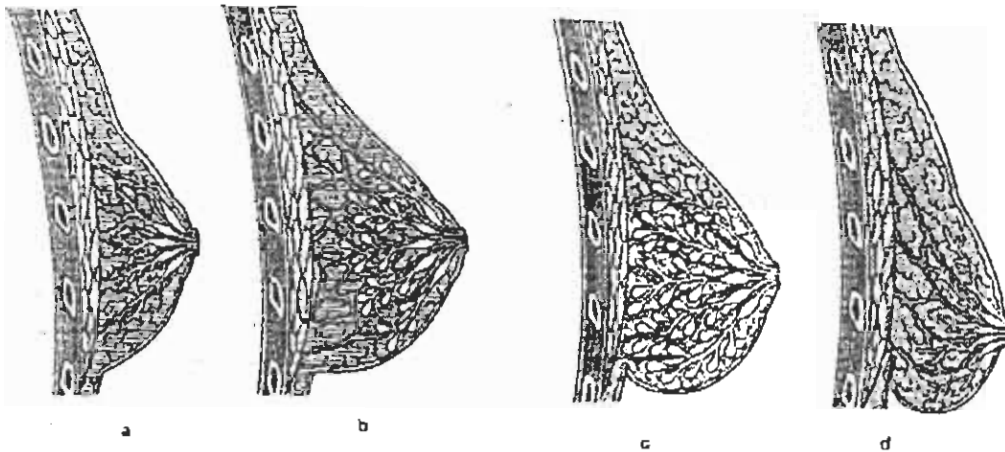
β. Γαλουχία και μαστός

Κατά τη γαλουχία τα καλυπτήρια κύτταρα των αδενοκυψελών του μαστού γίνονται κυλινδρικά και προσλαμβάνουν εμφάνιση εξωκρινών κυττάρων. Λιπίδια, υδατάνθρακες και πρωτεϊνούχα προϊόντα των κυττάρων αυτών εναποτίθενται στον αυλό των αδενοκυψελών, απ' όπου μεταφέρονται στους μεγαλύτερους πόρους για να καταλήξουν τελικά στους γαλακτοφόρους πόρους και κόλπους. Η μεταφορά αυτή επιτυγχάνεται με σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων. Το ερέθισμα για την σύσπαση αποτελεί ο θηλασμός του βρέφους.

Το φαινόμενο, της γαλουχίας ελέγχεται από πλήθος ορμόνες όπως η προγεστερόνη, τα οιστρογόνα, η προλακτίνη, το πλακουντιακό γαλακτογόνο και κορτιζόνη.

- i. **προγεστερόνη :** διεγείρει την ανάπτυξη των κυψελών του μαστού, ενώ αναστέλλει την εκκριτική τους λειτουργία
- ii. **προλακτίνη :** Η προλακτίνη θεωρείται απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος και η δράση της ενισχύεται με την κορτιζόνη. Επίσης, ευνοεί την ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού.
- iii. **Το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο :** Μαζί με την προλακτίνη και την αυξητική ορμόνη αποτελεί τις λεγόμενες γαλακτογόνες ορμόνες, αυξάνει κατά την κύηση και ελαττώνεται απότομα μετά τον τοκετό. Φαίνεται λοιπόν ότι ο κύριος ρόλος του περιορίζεται στην ανάπτυξη και διαφοροποίηση του μαστού κατά την κύηση, ενώ μετά τον τοκετό τα χαμηλά επίπεδα του έχουν δράση παρόμοια με αυτήν της προλακτίνης.
- iv. **Τα οιστρογόνα :** Έχουν σύνθετο ρόλο. Προάγουν την ανάπτυξη του μαστού και σε χαμηλές δόσεις την έκκριση προλακτίνης, ενώ σε χαμηλές δόσεις αναστέλλουν τη γαλουχία.

- v. Τα κορτικοστεροειδή : Είναι απαραίτητα τόσο για την έναρξη όσο και για την διατήρηση της γαλουχίας.¹



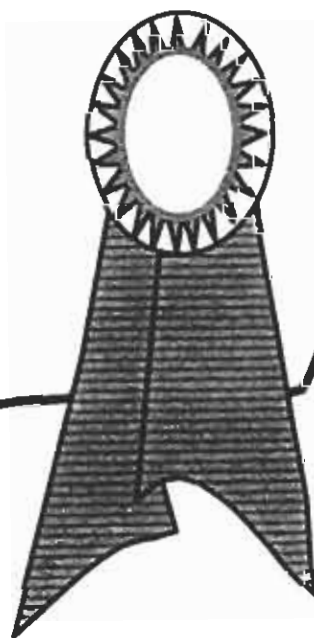
Εικόνα 6

Υφή του μαστού στις διάφορες ηλικίες

- a. Μαστός στην ήβη, b. Μαστός 20χρονης, c. Μαστός ώριμης ηλικίας,
d. Μαστός γήρατος.

Κεφάλαιο

2



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΕΝΤΟΠΙΣΗ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια του γυναικείου πληθυσμού στις δυτικές χώρες. Ειδικά στις ΗΠΑ και στη Βόρεια Ευρώπη αποτελεί πρόβλημα κοινωνικής υγείας. Μια γυναίκα στις δέκα, τουλάχιστον, κατά τη διάρκεια της ζωής της θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού.

Σύμφωνα με τις τελευταίες αξιολογήσεις η αναλογία αυτή ενδεχομένως να είναι και μεγαλύτερη. Κατά τους υπολογισμούς της Αμερικανικής Καρκινικής Εταιρείας η αναλογία είναι 1 : 9 και υποστηρίζεται ότι, στο τέλος του αιώνα θα είναι 1 : 7. Σήμερα έχει εκτιμηθεί ότι εάν η ετήσια επίπτωση της νόσου και της θνητότητας παραμένουν χωρίς αλλαγές τότε ο καρκίνος του μαστού θα παρουσιασθεί σε κάθε μια ανά οκτώ γυναίκες (δηλαδή 12,2%) κατά τη διάρκεια της ζωής της και το 3,6% των γυναικών θα αποβιώσουν από τη νόσο. Τέλος δε ότι, το 7% του γυναικείου πληθυσμού θα παρουσιάσει καρκίνο του μαστού μέχρι ηλικίας των 70 ετών.⁴

Ο καρκίνος του μαστού έχει θνησιμότητα στους άνδρες 0 και στις γυναίκες 12. Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50ο έτος, στην συνέχεια όμως παραμένει το ίδιο επίπεδο χωρίς ουσιαστικές ανοδικές ή καθοδικές τάσεις. Η συχνότητα του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες οικονομικό – κοινωνικές τάξεις και φαίνεται ότι αυξάνεται στην χώρα μας με ανησυχητικό βαθμό (2% κάθε χρόνο).⁵

Στις Ελληνίδες ο καρκίνος του μαστού κατέχει την πρώτη θέση σαν αίτιο θανάτου από καρκίνο, με ένα μέσο όρο θνησιμότητας 1151 θανάτων ανά έτος.¹

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

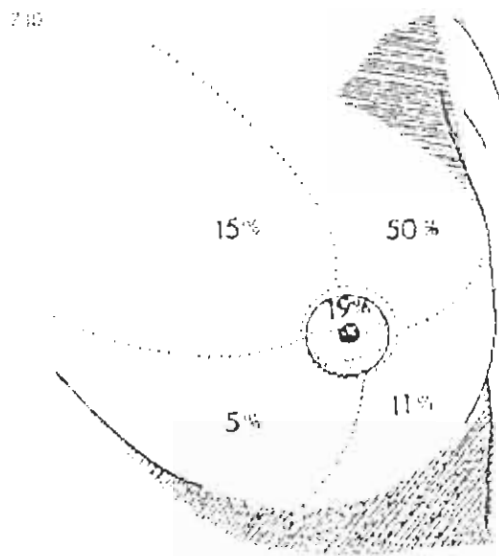
1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.
2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν αυτή συμβαίνει κατά την νεαρή ηλικία της γυναίκας.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στην λειτουργία της ωθήκης.
5. Η χωρίς αμφισβήτηση σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστίτιδα και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του σώματος της μήτρας, των ωοθηκών και ορισμένων ενδοκρινικών νοσημάτων.
6. Η διαπιστούμενη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.

Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης στον Κ.Μ., ο οποίος διαγιγνώσκεται σε πρώιμο εντοπισμένο στάδιο, έχουν αυξηθεί από 78% στην 10ετία του 1940 σε 88% σήμερα. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική, αναμένονται ποσοστά ίασης μέχρι και 100%. Οι αριθμοί πενταετούς επιβίωσης δείχνουν ότι – όταν ο διηθητικός καρκίνος περιορίζεται στο μαστό – το ποσοστό ίασης είναι 88%. Αντίθετα, στην περιοχική εντόπιση πέφτουν απότομα στο 45%.

Όμως, η επιβίωση περιπτώσεων με καρκίνο μαστού είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων. Ως σπουδαιότεροι από τους παράγοντες που έχουν εξετασθεί για την πιθανή επίδραση του στην επιβίωση, θεωρούνται η ηλικία, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου και το περιβάλλον.⁶

2.2. ΕΝΤΟΠΙΣΗ

Ως προς την ανατομική θέση του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής: κατά το 50% ο καρκίνος προσβάλλει το άνω και έξω τεταρτημόριο, 1,5% το άνω και έσω, 11% το κάτω και έξω, 5% το κάτω και έσω, ενώ στο κέντρο της θηλής υπολογίζεται σε 19%.⁷ Υπάρχει πιθανότητα προσβολής και του άλλου μαστού σε ποσοστό 20%. (εικόνα 2.2.)



Εικόνα 7

Η συχνότητα προσβολής των διαφόρων τμημάτων του μαστού από καρκίνο

2.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το συχνότερα εμφανιζόμενο καρκίνο στη γυναίκα. Στις Δυτικοευρωπαϊκές Χώρες και τις ΗΠΑ προσβάλλει περίπου μια στις δέκα (10%) και οδηγεί στο θάνατο 3,6% των γυναικών. Αποτελεί το 26% του συνόλου των καρκίνων και το 18% των θανάτων από καρκίνο στο γυναικείο πληθυσμό και την πρώτη αιτία θανάτου για τις ηλικίες 35- 45 ετών.⁸

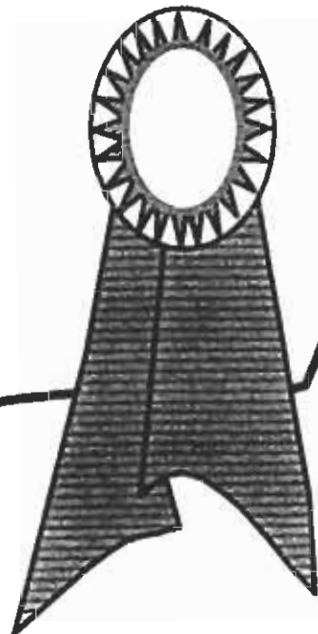
Στην πλειονότητα των χωρών, η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από Κ.Μ. αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.⁶

Πρέπει να σημειωθεί ως σημαντικό γεγονός η διαπιστωθείσα αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού τις τελευταίες δεκαετίες η οποία, μολονότι

εμφάνιζε σημαντικές διαφορές στις διάφορες χώρες, υπολογίζεται κατά το μέσο όρο σε 1,5% το χρόνο ανά 100000 γυναίκες. Αυτή η αύξηση αν και μπορεί να αποδοθεί εν μέρει σε καλύτερη καταγραφή των περιπτώσεων τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι αποτελεί και πραγματική αύξηση της συχνότητας της νόσου. Επίσης παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας, η οποία φθάνει κατά μέσο όρο το 0,2 - 0,4% ετησίως ανά 100000 γυναίκες, ποσοστό δηλαδή σημαντικά χαμηλότερο εν σχέση προς την αύξηση της συχνότητας εμφανίσεως της νόσου, μια δυσαναλογία που θα μπορούσε ίσως να αποδοθεί σε κάποια αλλαγή προς το καλύτερο της βιολογικής συμπεριφοράς αυτού του καρκίνου αλλά που κατά πάσα πιθανότητα οφείλεται στην πιο έγκαιρη διάγνωση και καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του τα τελευταία χρόνια.⁸

Κεφάλαιο

3



ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ – ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

3.1. ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες οφείλεται σε έναν ιό, ο οποίος είναι δυνατόν ευρισκόμενος σε λανθάνουσα κατάσταση να δραστηριοποιηθεί από την επίδραση άλλων ενδοκρινικών, διαιτητικών και γενετικών παραγόντων.⁶

3.2. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν ασφαλώς πολλαπλοί παράγοντες, οι οποίοι υπεισέρχονται για την αιτιολογία και την κλινική διαδρομή του καρκίνου του μαστού και είναι δύσκολο να διαχωριστεί ποιον από αυτούς, τον οποίον να γνωρίζουμε και ο οποίος να προδικάζει την πορεία της νόσου.⁹

Λίγα είναι γνωστά για την αιτία του καρκίνου του μαστού και ίσως περισσότερα γνωστά για τους παράγοντες κινδύνου. Πολλά έχουν γίνει για την γεωγραφία και φυλετική κατανομή του καρκίνου του μαστού, καθώς και για τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Για τους κλινικούς γιατρούς έχει μεγάλη σημασία να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου στο γυναικείο πληθυσμό, γιατί σε αυτές τις γυναίκες θα πρέπει να συσταθεί ειδικό προληπτικό πρόγραμμα με απώτερο σκοπό, όχι τη μείωση της συχνότητας του Κ.Μ., αλλά την διάγνωση του σε αρχικό στάδιο.¹⁰

Οι Γενετικοί παράγοντες διακρίνονται στις εξής κατηγορίες :

α. Οικογενειακό Ιστορικό

Η ύπαρξη ιστορικού καρκίνου του μαστού στην οικογένεια, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου στα μέλη αυτής. Οι κοινοί γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες των μελών της οικογένειας φαίνεται ότι, συνδέονται με την εμφάνιση της πάθησης. Οι μεν πρώτοι μεταβιβάζονται κληρονομικά, μεταφέροντας απ' ευθείας ειδική «γενετική βλάβη», οι δε δεύτεροι βασίζονται σε παράγοντες του περιβάλλοντος. Γενικά ένα ποσοστό 10 – 15% του Κ.Μ. δεν μεταβιβάζεται με γονίδια κατά τον επικρατούντα χαρακτήρα. Όπως και πολλές άλλες παθήσεις κληρονομικού χαρακτήρα, έτσι και οι γενετικοί τύποι του Κ.Μ. εμφανίζονται σε μικρότερη ηλικία είναι αμφοτερόπλευροι και παρουσιάζουν υψηλή διεισδυτικότητα.

Η ύπαρξη ιστορικού Κ.Μ. στο οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας ή του πατέρα, παρ' όλο που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης Κ.Μ. στην γυναίκα, αυτή η αύξηση δεν πρέπει να θεωρηθεί σημαντική. Ο σημαντικός κίνδυνος αφορά κυρίως άτομα με πρώτου βαθμού συγγένεια. Δηλαδή μητέρα, αδελφή, κόρη, γιαγιά ή θεία ή πατέρα, αδελφό ή άρρεν τέκνο. Το ιστορικό του Κ.Μ. της μητέρας ή της αδελφής αυξάνει τον κίνδυνο κατά δύο ή τρεις φορές. Εάν σε συγγενείς πρώτου βαθμού, δύο, εμφανίζονται καρκίνο ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο ή σημειώνεται καρκίνος στην ηλικία των 40 – 45 ετών, τότε τα προαναφερόμενα αποτελούν επιπλέον παράγοντες αύξησης του κινδύνου. Η αύξηση του κινδύνου από συγγενικά άτομα δευτέρου βαθμού είναι μικρότερος και δεν φθάνει το διπλάσιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μαστού σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό (κατά Bain και συν.).

Παράγοντες	Δείκτης σχετικού κινδύνου
Ένας 1 ^{ος} βαθμού συγγενής με καρκίνο μαστού	1,5 – 2,0
Δύο 1 ^{ος} βαθμού συγγενείς με καρκίνο μαστού	5.0
1 ^{ος} βαθμού μετεμμηνοπαυσιακή συγγ. με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού	~10.0
1 ^{ος} βαθμού προεμμηνοπαυσιακή συγγ. με αμφοτερόπλευρο καρκίνο μαστού.	~20.0

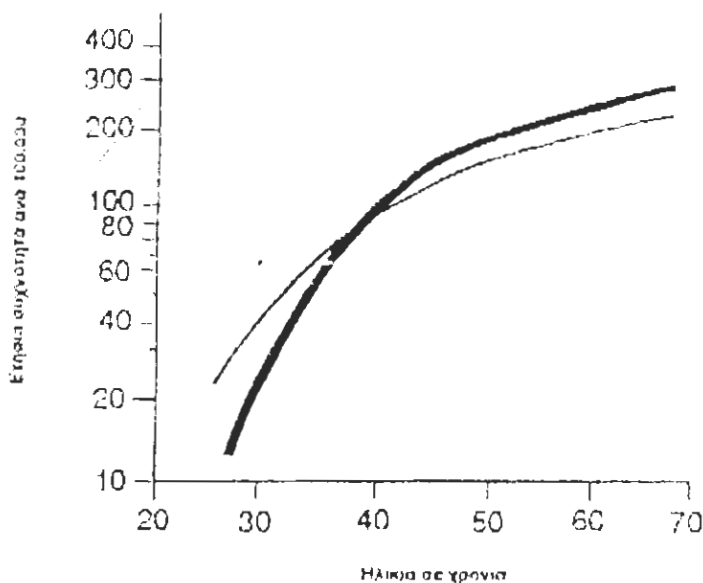
Η εμφάνιση καρκίνου του μαστού στην γυναίκα, σε νεαρή ηλικία θεωρείται αποτέλεσμα μάλλον γενετικής προδιάθεσης. Αντίθετα γυναίκες άνω των 50 ετών, δεν περιλαμβάνονται σ' αυτή την κατηγορία.

Η αύξηση του κινδύνου της εμφάνισης του Κ.Μ., που προέρχεται από τα άτομα της μητέρας και του πατέρα είναι ίδια.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι, η πρόγνωση του Κ.Μ. με θετικό οικογενειακό ιστορικό είναι κακή. Υπάρχουν άλλοι, οι οποίοι δεν αποδέχονται την άποψη αυτή, σε βαθμό να ισχυρίζονται ότι, οι γυναίκες αυτές όχι μόνο δεν έχουν κακή πρόγνωση, αλλά ενδεχομένως και καλλίτερη.⁴

β. Ηλικία

Αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου αφού το 90% των καρκίνων μαστού εμφανίζονται άνω των 40 και μόνο 10% κάτω των 40 ετών, εκ των οποίων 9% μεταξύ 30 και 40 ετών και 1% κάτω των 30 ετών. Κατά μια άλλη εκτίμηση η συχνότητα του Κ.Μ. είναι 7πλάσια και η θνητότης 12πλάσια σε γυναίκες 50 – 54 ετών σε σχέση με γυναίκες 30 – 34 ετών. Γενικά πιστεύεται ότι ο Κ.Μ. της νεώτερης (προεμμηνοπαυσιακής) ηλικίας έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό σχέση με ενδογενείς ή γενετικούς παράγοντες από ότι ο καρκίνος της μεγαλύτερης (μεταεμμηνοπαυσιακής) ηλικίας ο οποίος σχετίζεται περισσότερο με περιβαλλοντικούς παράγοντες.⁸



Σχεδιάγραμμα

- Σχέση συχνότητας της εμφάνισης καρκίνου του μαστού και ηλικίας. Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται εντυπωσιακά μετά τα 30 μέχρι περίπου 55 ετών, οπότε μετά με ανοδική μεν πορεία, αλλά ηπιότερα εξακολουθεί και πέραν των 70 ετών.
- Ενδεικτική του μαύρου πληθυσμού (κατά Schottenfeld)

γ. Φύλο

Το φύλο αποτελεί έναν από τους πιο σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από Κ.Μ. από ότι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα, σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή επίπτωση (Αραβικές, Ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10 : 1.⁶

3.3. ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

A. Ενδογενείς ορμόνες

Μετρήσεις οιστρογόνων τόσο στο αίμα όσο και στα ούρα προ και μετά – εμμηνοπαυσιακών γυναικών έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα σε γυναίκες με Κ.Μ. όπως και σε γυναίκες γεωγραφικών περιοχών (ΗΠΑ, Βόρεια Ευρώπη) που αναμένεται να έχουν αυξημένη πιθανότητα αναπτύξεως Κ.Μ. έναντι γυναικών με ελαττωμένη πιθανότητα (Ασία). Ο ρόλος της προγεστερόνης δεν φαίνεται να είναι τόσο σημαντικός όσο ο ρόλος των οιστρογόνων.⁸

α. Εμμηναρχή

Σε γυναίκες με έναρξη προ των 12 ετών και μάλιστα με ταχεία εγκατάσταση φυσιολογικών κύκλων αυξάνεται στο 4πλάσιο ο κίνδυνος εμφάνισης Κ.Μ. έναντι γυναικών με έναρξη εμμήνου ρύσεως μετά τα 13 έτη που είχαν μάλιστα και ανώμαλους κύκλους επί μερικά χρόνια πριν εγκατασταθούν φυσιολογικοί κύκλοι. Η έναρξη της περιόδου σε όλο και μικρότερη ηλικία, που έχει παρατηρηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και συνδέεται με την καλύτερη διατροφή, πιθανώς να ευθύνεται εν μέρει για την βαθμιαία αύξηση της συχνότητας του Κ.Μ.

β. Εμμηνόπαυση

Γυναίκες που είχαν έμμηνο ρύση για περισσότερα από 40 χρόνια η διακοπή της μετά το 55^ο έτος της ηλικίας έχουν 2πλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν Κ.Μ. εν σχέση με εκείνες που έχουν έμμηνο ρύση για λιγότερα από 30 χρόνια ή διακοπή της προ των 45 ετών, αυτομάτως ή μετά από εγχείρηση αμφοτερόπλευρης ωοθηκεκτομής.

γ. Ηλικία της 1^{ης} τελειόμηνης εγκυμοσύνης

Γενικά η τεκνοποίηση ελαττώνει την πιθανότητα ανάπτυξης Κ.Μ. και οι πολλές εγκυμοσύνες ίσως και λίγο περισσότερο από τη μια αν και όσο κατ' αναλογιών του αριθμού των κυήσεων. Αυτό που πρέπει να τονισθεί είναι ότι σημαντική ελάττωση και μάλιστα στο ήμισυ σε σχέση με γυναίκες άτεκνες, προσφέρει η εγκυμοσύνη σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών, ενώ σε ηλικία άνω των 21 ετών η ωφέλεια είναι μικρότερη. Αντιθέτως πρώτη εγκυμοσύνη σε μεγάλη ηλικία (άνω των 35) αυξάνει περιέργως την πιθανότητα Κ.Μ. εν σχέση προς άτεκνες γυναίκες.

δ. Θηλασμός

Επειδή όσο διαρκεί ο θηλασμός διατηρεί υψηλά επίπεδα προλακτίνης και καθυστερεί την εμφάνιση κανονικού κύκλου, θα μπορούσε να ελαττώσει την πιθανότητα αναπτύξεως Κ.Μ. σαν διαρκούσε επί μακρόν (πολλούς μήνες ή έτη). Επειδή όμως σήμερα η διάρκεια του είναι μικρή (1 – 2 μήνες) δεν φαίνεται να ελαττώνει την πιθανότητα Κ.Μ.⁸

Β. Εξωγενείς ορμόνες

Μεγάλη σημασία έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στην έρευνα του πιθανού ρόλου εξωγενών ορμονών, λόγω της μεγάλης εκτάσεως που έχει πάρει η χορήγηση τους, σε προεμμηνοπαυσιακές μεν γυναίκες με τα αντισυλληπτικά δισκία, σε μετά εμμηνοπαυσιακές δε με εφαρμογή θεραπείας υποκαταστάσεως.⁸

α. Αντισυλληπτικά

Παρά το ότι τα αποτελέσματα των ερευνών δεν συμπίπτουν, κυρίως για λήψη βραχείας διάρκειας, εν τούτοις διαγράφεται αύξηση κινδύνου σε γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά περισσότερα από έξι χρόνια.⁸

β. Θεραπεία υποκαταστάσεως

Αναφέρεται αύξηση κινδύνου σε γυναίκες που παίρνουν θεραπεία υποκαταστάσεως για περισσότερα από εννέα χρόνια, ενώ η λήψη μικρότερης διάρκειας δεν φαίνεται να αυξάνεται ο κίνδυνος ο οποίος είναι δοσοεξαρτώμενος.

Είναι ανάγκη εξατομίκευσης για κάθε γυναίκα με εκτίμηση αφενός της πιθανότητας π.χ. κατάγματος (έντονη οστεοπόρωση) ή αναπτύξεως Κ.Μ. (ομάδες υψηλού κινδύνου) για να αποφασισθεί η χορήγηση ή μη εξωγενών ορμονών.⁸

3.4. ΑΛΛΟΙ ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι γνωστό ότι σχεδόν όλες οι ορμόνες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του γυναικείου μαστού. Ποιες από αυτές, εκτός των οιστρογόνων, σίγουρα επιδρούν στην ανάπτυξη Κ.Μ. είναι άγνωστο. Η σχέση βασικών από αυτών αναλύεται παρακάτω :

α. Προλακτίνη

Ο ρόλος της προλακτίνης ως αιτιολογικού παράγοντα στον Κ.Μ. παραμένει άγνωστος. Θα ήταν δυνατόν να ενοχοποιηθεί αν η τιμή της στις καρκινοπαθείς γυναίκες είναι υψηλή. Η ενοχοποίηση της φαίνεται να μην παίζει κανένα ρόλο και για το λόγο ότι έχει αποδειχθεί ότι χορηγώντας αναστολείς της έκκρισης προλακτίνης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού δεν βελτιώθηκε η επιβίωση.

β. TSH, T3, T4

Έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς με νόσους του θυρεοειδούς που συνοδεύονται από αύξηση των T3 και T4, υπάρχει αντίστοιχη αύξηση των καλοηθών όγκων του μαστού. Δεν παρατηρείται όμως κάτι ανάλογο και για κακοήθους νόσους.

γ. Ανδρογόνα

Ο κύριος τρόπος μέτρησης των ανδρογόνων στον άνθρωπο είναι με την μέτρηση των μεταβολιτών τους που εκκρίνονται με τα ούρα. Οι μεταβολίτες αυτοί είναι οι ονδροστερόνη και η αιτιοχολανολόνη. Πρέπει, επίσης να υπάρχει ανάλογη σχέση μεταξύ των δύο αυτών αποβαλλόμενων μεταβολιτών. Έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες με Κ.Μ. έχουν μειωμένη τιμή αιτιοχολανολόνης στα ούρα. Δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ μειωμένης έκκρισης του μεταβολίτη αυτού στα ούρα και ανάπτυξης Κ.Μ.¹⁰

3.5. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου μαστού. Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση το κύριο κυκλοφορούν οιστρογόνο είναι πλέον η οιστρόνη αντί της οιστραδιόλης. Η

οιστρόνη παράγεται στον εγκέφαλο, στο ήπαρ και στον περιφερικό λιπώδη ιστό με αρωματοποίηση της αδροστενδιόνης των επινεφριδίων. Η παχυσαρκία σχετίζεται όχι μόνο με αυξημένη παροχή ανδροστενδιόνης από τα επινεφρίδια, αλλά και με αυξημένη μετατροπή της σε οιστρόνη στο περιφερικό λίπος. Με αυτό λοιπόν το μηχανισμό θεωρείται, ότι η παχυσαρκία πιθανώς προάγει την ανάπτυξη ορμονοευαίσθητων όγκων, όπως ο καρκίνος του μαστού.¹

3.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΡΕΨΗΣ

Το ανθρώπινο είδος είναι παμφάγο. Από την ποικιλία των τροφών που καταναλώνουμε υπάρχουν οι βασικές ομάδες των Λιπών – Λευκωμάτων – Υδατανθράκων. Υπάρχουν ακόμη ορισμένα απαραίτητα στοιχεία που πρέπει να πάρουμε με την τροφή μας όπως είναι οι βιταμίνες και μέταλλα. Επίσης αναγκαστικά προσλαμβάνουμε χημικές ουσίες που προστίθεται στα τρόφιμα είτε σαν συντηρητικό είτε σαν βελτιωτικό εμφάνισης και γεύσης.¹¹ Ποια είναι όμως η επίδραση που μπορούν να έχουν στην δημιουργία καλοηθών αλλά και κακοηθών νόσων στον άνθρωπο όταν δεν λαμβάνονται με το σωστό τρόπο ή με την σωστή αναλογία;

α. Κατανάλωση Λίπους

Η υπόθεση της λειτουργίας του λίπους ως ενδοκρινικού οργάνου κερδίζει πολύ έδαφος τελευταία. Κύριο όργανο παραγωγής οιστρογόνων στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι τα επινεφρίδια. Το λίπος θεωρείται όργανο παραγωγής οιστρογόνων ιδίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες είναι τα επινεφρίδια. Το λίπος θεωρείται όργανο παραγωγής οιστρογόνων ιδίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Έτσι εξηγείται η συσχέτιση της αύξησης της συχνότητας του καρκίνου του μαστού στις εύσωμες γυναίκες.

Επίσης, είναι δυνατόν η σύγχρονη διαίτα να περιέχει διάφορες ουσίες, όπως συντηρητικά, προσθετικά ή παραμένοντα στα αγροτικά προϊόντα φυτοφάρμακα, που πιθανόν να έχουν δυνατότητες καρκινογένεσης. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι οι υψηλές γυναίκες, για άγνωστους λόγους, έχουν πιο πολλές πιθανότητες προσβολής από τον καρκίνο του μαστού σε σχέση με τις υπόλοιπες.¹⁰

β. Πρωτεΐνες

Η ανθρώπινη διατροφή δεν περιλαμβάνει τροφές που περιέχουν αποκλειστικά και μόνο λευκώματα. Στα πλούσια σε λευκώματα σιτία εμπεριέχεται και ποσοστό λίπους. Έτσι είναι ασταθής η συσχέτιση υπερκατανάλωσης λευκωματούχων τροφών και ανάπτυξης καρκίνου από τη στιγμή που γίνεται συγχρόνως και υπερκατανάλωση λιπών. Υπάρχουν όμως μελέτες σε πειραματόζωα όπου αμιγής πρωτεϊνική διατροφή έδειξε ότι η ανάπτυξη όγκων είναι πολύ μικρότερη στις ομάδες εκείνες με διαιτολόγιο φτωχό σε λευκώματα.¹¹

γ. Υδατάνθρακες

Με τη 5 και 6 ανθρακικές μορφές, όπως είναι η γλυκόζη, η φρουκτόζη, η γαλακτόζη είναι οι πρώτες σε ρυθμό προτεραιότητας ενεργειακές ύλες του

οργανισμού. Περιέχονται σχεδόν σε όλα τα είδη φυσικής διατροφής και κατεξοχήν στα τρόφιμα φυτικής προέλευσης, όπως τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα. Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση για τους φυσικούς υδατάνθρακες.

Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά θεωρούνται έξοχο είδος διατροφής όχι για τους υδατάνθρακες που περιέχουν αλλά για τις βιταμίνες τους. Οι βιταμίνες περιορίζουν ενζυματικές οξειδώσεις προκαρκινογόνων ουσιών σε καρκινογόνες. Τονίζεται μάλιστα ότι είναι κατά πολύ μεγαλύτερη η προστασία που παρέχουν όταν λαμβάνονται με φρέσκα φρούτα και λαχανικά και όχι με τη μορφή φαρμακευτικών σκευασμάτων.

δ. Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία

Μια άλλη ομάδα ουσιών που προσλαμβάνονται με την τροφή είναι τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία. Από την ομάδα των ιχνοστοιχείων μόνο το σελήνιο έχει βρεθεί πειραματικά και επιδημιολογικά ότι μειωμένη πρόσληψη του σχετίζεται με αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου του μαστού.¹¹

ε. Καφές

Δεν έχει αποδειχθεί καρκινογόνος δράση του καφέ για το μαστό. Αντίθετα υπάρχουν ενδείξεις για αντικαρκινική δράση. Σε μια εργασία επισημάνθηκε ότι γυναίκες που έπιναν πολύ καφέ όταν εμφάνιζαν καρκίνο του μαστού, ο καρκίνος τους άνηκε στο μεγαλύτερο ποσοστό στους ιστολογικά καλά διαφοροποιημένους τύπους. Σε μια άλλη εργασία όπου διερευνήθηκε η κατανάλωση ξανθινών (τσάι, καφές, κακάο, coca – cola), και η σχέση με την ανάπτυξη Κ.Μ. το μόνο που αποδείχθηκε τελικά ήταν ότι υπήρχαν μαστοδυνίες που περνούσαν με την διακοπή της λήψης των ξανθιούχων ποτών.¹¹

στ. Οινοπνευματώδη

Η λήψη αλκοολούχων ποτών φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής από καρκίνο του μαστού. Η αύξηση του σχετικού κινδύνου έχει σχέση με την καταναλισκόμενη ποσότητα αλκοόλ. Έτσι, ενώ η κατανάλωση 1 – 3 αλκοολούχων ποτών ημερησίως αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά 1,3 φορές, κατανάλωση άνω των 3 ποτών ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο προσβολής κατά 2 φορές. Η αύξηση του κινδύνου προσβολής είναι ιδιαίτερα μεγάλη στις νέες γυναίκες παρά στις ηλικιωμένες.¹⁰

3.7 ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Το κάπνισμα, αυξάνει το σχετικό κίνδυνο προσβολής από καρκίνο διαφόρων συστημάτων και οργάνων. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος είναι σύνθετη. Έτσι, έχει αποδειχθεί ότι το κάπνισμα μειώνει τα ποσοστά του καρκίνου του ενδομητρίου, ενώ αυξάνει τα ποσοστά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Δεν έχει αποδειχθεί καμία σχέση με τον καρκίνο του μαστού.¹⁰

3.8 ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Ο ανθρώπινος μαστός αποτελεί έναν από τους πιο ακτινοευαίσθητους ιστούς. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη νεοπλασίας είναι συνάρτηση τόσο της δόσης όσο και του χρόνου έκθεσης στην ακτινοβολία. Το ζήτημα λοιπόν δεν είναι, αν η ακτινοβολία προκαλεί καρκινογένεση, αλλά το πώς θα επιτευχθεί το μεγαλύτερο κλινικό όφελος από την εφαρμογή της για διαγνωστικούς σκοπούς, με το μικρότερο κόστος για την υγεία της εξεταζόμενης. Σήμερα η κύρια αιτία ακτινοβολίας του μαστού είναι η μαστογραφία. Η μικρή δόση που χρησιμοποιείται (40 millivads), η τεράστια βελτίωση των τεχνικών μέσων, η ακρίβεια της μεθόδου και η αναντίρρητη συμβολή της στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού καθιστούν τη μαστογραφία πολύτιμο και σχετικά ασφαλές διαγνωστικό μέσο για τις γυναίκες τουλάχιστον άνω των 50 ετών. Στην ηλικία όμως μεταξύ 35 και 50 ετών θα πρέπει να χρησιμοποιείται με φειδώ και να περιορίζεται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου σαν μέθοδος screening.¹

3.9 ΧΡΟΝΙΑ ΚΥΣΤΙΚΗ ΜΑΣΤΟΠΑΘΕΙΑ

Ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας ως προδιαθεσιακού παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού αποτέλεσε θέμα μακροχρόνιων ερευνών. Σήμερα γίνεται δεκτό, ότι η «επιθηλίωση» (δηλαδή ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς άτυπη υπερπλασία αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία ασβεστώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.¹

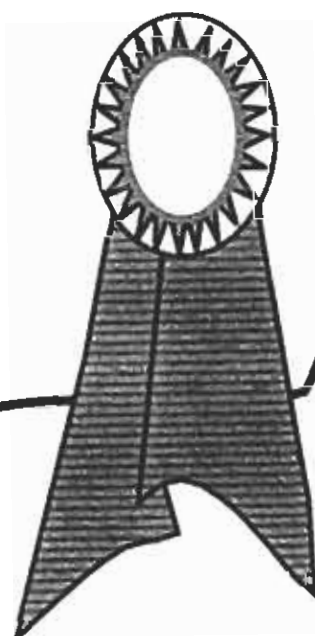
ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

- A. Υψηλός κίνδυνος.** Σχετικός κίνδυνος > 4
1. Μεγάλη ηλικία
 2. Χώρα γεννήσεως (Βόρειος Αμερική, Βόρειος Ευρώπη)
 3. Ιστορικό Καρκίνου μαστού στην ίδια (In situ ή διηθητικό)
 4. Ιστορικό οικογενειακό Ca μαστού σε προεμμηνόπαυσιακή ηλικία και αμφοτερόπλευρο σε συγγενή 1^{ου} βαθμού
 5. Βιοψία που δείχνει άτυπη υπερπλασία του επιθηλίου
- B. Μέτριος κίνδυνος.** Σχετικός κίνδυνος 2 – 4
1. Ανώτερη Κοινωνικο – οικονομική τάξη
 2. Παχυσαρκία μεταεμμηνόπαυσιακή
 3. Μαστογραφική εικόνα έντονης δυσπλασίας (DY ή P2)
 4. Συγγενής 1^{ου} βαθμού με καρκίνο μαστού (εκτός A4)
 5. Καρκίνος ενδομητρίου ή ωοθήκης στην ίδια
 6. Μεγάλη δόση ακτινοβολίας στον θώρακα
 7. Ηλικία εγκυμοσύνης > 30 ετών
 8. Ουδεμία εγκυμοσύνη
- Γ. Χαμηλός κίνδυνος.** Σχετικός κίνδυνος 1.1 – 1.9
1. Μέτρια χρήση αλκοόλ
 2. Εμμηναρχή προ των 12 ετών
 3. Εμμηνόπαυση μετά τα 55 έτη
- Δ. Ο κίνδυνος δεν έχει προσδιορισθεί ποσοτικά με ακρίβεια**
1. Αντισυλληπτικά
 2. Ορμονική θεραπεία υποκαταστάσεως

Κεφάλαιο

4



ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα καρκινώματα του μαστού εξορμούν από το επιθήλιο των πόρων και των λοβίων. Η ιστοπαθολογική τους εξέταση παρέχει πληροφορίες που α) επικυρώνουν την διάγνωση της βλάβης, β) βοηθούν στον καθορισμό της πρόγνωσης και γ) οδηγούν σε καλύτερη κατανόηση της βιολογικής συμπεριφοράς του όγκου.

Υπήρξαν πολλές προσπάθειες ιστοπαθολογικής ταξινόμησης των καρκινωμάτων του μαστού, αφού και από παλιά είχε αναγνωρισθεί η προγνωστική σημασία των μορφολογικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών τους. Σήμερα υπάρχει η ελπίδα, ότι η ανακάλυψη καινούργιων παραμέτρων προγνωστικής σημασίας θα μπορέσει να οδηγήσει σε μια ακόμη πιο εμπειριστατωμένη και εκλεπτυσμένη μέθοδο ταξινόμησης.

4.1 ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

α. Διηθητικό καρκίνωμα των πόρων

Το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (NOS) αποτελεί την συχνότερη μορφή καρκινωμάτων του μαστού. Η συχνότητα του κυμαίνεται από 50 – 75% του συνόλου των διηθητικών μορφών των καρκινωμάτων του μαστού.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από πετρώδη, σκληρή σύσταση κατά τη ψηλάφηση (σκίρρος καρκίνος). Κατά την διατομή του όγκου συναντάται αμμόδης αντίσταση, ενώ ο όγκος παρουσιάζει λευκόφαιη χροιά και φυγόκεντρες ακτινοειδείς προσεκβολές.

Το μέγεθος του ποικίλει από πολύ μικρών διαστάσεων, ώστε να διαφεύγει την κλινική εξέταση, μέχρι του σημείου να καταλαμβάνει ολόκληρο το μαστό. Συνήθως όμως δε φτάνει σε μεγάλο μέγεθος και γρήγορα κάνει μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια.

Η πρόγνωση είναι φτωχή με ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά θεραπευτικής αποτυχίας, όσον αφορά τα καρκινώματα του μαστού.¹

β. Μυελοειδές καρκίνωμα

Το μυελοειδές καρκίνωμα αντιπροσωπεύει το 5 – 7% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού. Μακροσκοπικά εμφανίζεται σαν μια σφαιροειδής, μαλακή μάζα με καλά περιγεγραμμένα όρια, που μπορεί να συγχέεται με ιναδένωμα.

Κατά την διατομή ο όγκος εμφανίζει ομοιογενή σπογγώδη επιφάνεια, ενώ τυχόν αιμορραγίες ή νεκρώσεις εμφανίζονται σαν σκούρες κόκκινες ή κίτρινες περιοχές.

Η ανάπτυξη του γίνεται με απώθηση των γύρω ιστών (Pushing type).

Χαρακτηριστικό του τυπικού μυελοειδούς καρκινώματος είναι η “στρογγυλοκυτταρική αντίδραση”, η οποία οφείλεται στην παρουσία λεμφοκυττάρων και πλασματοκυττάρων στο μεταξύ των νεοπλασματικών κυττάρων υπόστρωμα.

Η πρόγνωση σε γενικές γραμμές είναι πολύ καλή. Όγκοι μεγέθους κάτω των 3 εκ. έχουν ποσοστό δεκαετούς επιβίωσης μέχρι 84%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων είναι 63%. Θα πρέπει πάντως να γίνεται διάκριση του τυπικού από το άτυπο μυελοειδές καρκίνωμα, το οποίο συμπεριφέρεται παρόμοια με το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων.¹

γ. Βλεννώδες Καρκίνωμα

Η συχνότητα του βλεννώδους καρκινώματος κυμαίνεται από 1,5 – 5 % του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Εμφανίζεται σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας και αναπτύσσεται βραδύτερα από το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων.

Μακροσκοπικά ο όγκος είναι καλά περιγεγραμμένος χωρίς όμως κάψα, με μαλακή κιτρινόφαιη ζελατινώδη ή μυξώδη σύσταση. Με την κλινική εξέταση είναι δυνατό να δημιουργηθεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα και να θεωρηθεί σαν κύστη.

Χαρακτηριστικό της μορφής αυτής είναι η παρουσία βλέννης, η οποία μπορεί να είναι ενδοκυτταρική με μορφή σταγονιδίων ή εξωκυτταρική. Πιστεύεται ότι η παρουσία άφθονης βλέννης και αμιγής μορφή του βλεννώδους καρκινώματος συνδυάζονται με καλύτερη πρόγνωση.

Όχι σπάνια το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων (NOS) συνυπάρχει με βλεννώδες καρκίνωμα. Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται ως μικτή και εμφανίζει συμπεριφορά παράλληλη με αυτήν του διηθητικού καρκινώματος των πόρων.¹

δ. Διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα

Το διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα του μαστού είναι σπάνιο νεόπλασμα, το οποίο αντιπροσωπεύει το 0,3 – 3% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Ο διαχωρισμός του από τις υπόλοιπες καλοήθειες θηλώδεις βλάβες είναι μερικές φορές δύσκολος. Ο όγκος εμφανίζεται συνήθως σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, είναι καλά περιγεγραμμένος και σχετίζεται στο 25% των περιπτώσεων με έκκριση από τη θηλή.

Μικροσκοπικά χαρακτηρίζεται από θηλώδεις σχηματισμούς.

Η πρόγνωση του είναι καλή και οι μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλαία λεμφογάγγλια σπάνιες.

Σπάνια παραλλαγή της μορφής αυτής αποτελεί το ενδοκυτταρικό θηλώδες καρκίνωμα, το οποίο εμφανίζεται εξορμώμενο από το τοίχωμα μεγάλης κύστης και έχει επίσης καλά πρόγνωση.¹

ε. Διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα.

Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα θεωρείται ότι αποτελεί την διηθητική μορφή του ενδοεπιθηλιακού (in situ) καρκινώματος των λοβίων και παρομοια με εκείνο είναι συχνά πολυεστιακό και αμφοτερόπλευρο. Οι δύο μορφές συχνά συνυπάρχουν.

Η συχνότητα του κυμαίνεται από 0,7 – 20% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού. Μακροσκοπικά μοιάζει με το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων χωρίς ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (NOS) και ιδιαίτερα με αυτό που εμφανίζει άφθονο ινώδες στρώμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι όγκοι είναι ψηλαφητοί, χωρίς όμως να γίνονται αντιληπτοί με γυμνό οφθαλμό ή με απεικονιστικές μεθόδους. Μικροσκοπικά η κλασική μορφή του είναι αυτή από μεμονωμένα κύτταρα. Έχουν περιγραφεί όμως και άλλες παραλλαγές. Διαφορές στην πρόγνωση αναφέρονται ανάλογα με την ιστολογική ποικιλία.

Το διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα εμφανίζει συχνότερα μεταστάσεις στα οστά, τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και τα σπλάχνα, από ότι το διηθητικό καρκίνωμα των πόρων και υπάρχει αντιγνωμία για το αν υπερτερεί πραγματικά σε πρόγνωση από το NOS.¹

στ. Σωληνώδες καρκίνωμα

Το σωληνώδες καρκίνωμα του μαστού είναι γνωστό σαν καλά διαφοροποιημένο ή «Olderly» καρκίνωμα. Το μικροσκοπικό του γνώρισμα είναι η παρουσία αδενικών – σωληνωδών σχηματισμών, που υπαλείφονται από ένα στίχο καλά διαφοροποιημένων επιθηλιακών κυττάρων.

Η συχνότητα του υπολογίζεται στο 9% του συνόλου των διηθητικών καρκινωμάτων, αν συνυπολογισθούν και οι ασυμπτωματικές περιπτώσεις που αποκαλύπτονται στην διαλογή (screening).

Μακροσκοπικά ο όγκος έχει ασαφή όρια και το μέγεθος του ποικίλλει από 0,2 – 12 εκ. Συχνά συνδυάζεται και με άλλους τύπους καρκινωμάτων, κυρίως NOS. Τα κριτήρια για το αμιγές σωληνώδες καρκίνωμα ποικίλουν. Ο όγκος πάντως θεωρείται αμιγής, όταν το 75 – 100% αυτού είναι σωληνώδες και μικτός, όταν ένα ελάχιστο ποσοστό της τάξης του 50% είναι σωληνώδες.

Η πρόγνωση των αμιγών μορφών είναι πολύ καλή και οι μεταστάσεις σπάνιες. Όσο το σωληνώδες στοιχείο ελαττώνεται, τόσο το μέγεθος καθώς και η βιολογική επιθετικότητα του όγκου αυξάνουν.¹

4.2. ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

α. Πορογενές in situ καρκίνωμα του μαστού (intraductal)

Αυτό το καρκίνωμα του μαστού είναι ο όγκος στον οποίο η καρκινωμάτωση ανάπτυξη περιορίζεται στα όρια προϋπάρχοντων πόρων του μαζικού αδένου. Ο όγκος εξορμά από το επιθήλιο των πόρων, βρίσκεται μέσα στον αυλό των πόρων από τους οποίους προέρχεται και δεν διηθεί το περιβάλλον στρώμα.

Δεν έχει ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά. Τα πορογενή in situ καρκινώματα είναι συχνά μη ψηλαφητά και η αποκάλυψη τους γίνεται σε συσχετισμό με την ινοκυστική νόσο του μαστού ή σε ορισμένες περιπτώσεις με νόσο Paget ή με αιματηρή έκκριση θηλής.

Οι όγκοι είναι πολυκεντρικοί και αμφοτερόπλευροι σε ποσοστά 33% και 10% αντίστοιχα. Το πορογενές in situ καρκίνωμα του μαστού, αλλά στον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών η συχνότητα του ανέρχεται σε 17%.

Μικροσκοπικά διακρίνεται σε συμπαγή (Solid), σε φαγεσωρικό (Comedo), σε θηλώδη (Papillary), σε ηθμοειδή (Cribriform) και σε σωληνώδη (Tubular) τύπο. Η διαφορική διάγνωση από οριακές βλάβες ατυπίας είναι πολλές φορές δύσκολη, ενώ δυσχερής μπορεί να είναι επίσης και η απόδειξη της απουσίας διήθησης του στρώματος ή η κατάδειξη των ανέπαφων ορίων του τοιχώματος και της βασικής μεμβράνης.

Η ιδεώδης αντιμετώπιση του όγκου αυτού είναι ακόμη υπό συζήτηση. Η πρόγνωση είναι άριστη, αλλά ένα 5% των όγκων που διαγιγνώσκονται σαν in situ καρκινώματα (DCIS) μεθίστανται στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, γεγονός που

υπογραμμίζει τη δυσκολία που υπάρχει στην επιβεβαίωση του *in situ* χαρακτήρα όλων των περιπτώσεων.¹

β. Ενδοεπιθηλιακό (*in situ*) λοβιακό καρκίνωμα.

Το *in situ* λοβιακό καρκίνωμα του μαστού είναι βλάβη πολυεστιακή σε ποσοστό 80% και αμφοτερόπλευρη σε ποσοστό 15 – 40%. Αντιπροσωπεύει το 6 – 14% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού.

Πρόκειται για μη ψηλαφητή βλάβη, που παραμένει κλινικά σιωπηλή και αναγνωρίζεται μόνο μικροσκοπικά, καθώς απουσιάζουν από αυτήν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Το λοβιακό *in situ* καρκίνωμα αποτελεί συνήθως τυχαίο εύρημα σε βιοψίες μαστού που γίνονται για κάποια άλλη καλοήγη ή κακοήγη πάθηση. Η μαστογραφία μπορεί να δείχνει ασβεστώσεις, πολλές από τις οποίες αφορούν γειτονικά φυσιολογικά λόβια. Το 90% των περιπτώσεων εμφανίζεται σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μέσης ηλικίας 44 ετών.

Μπορεί να συνδυάζεται με άλλη διηθητικά καρκινώματα ή με καλοήθεις όγκους όπως τα ιναδενώματα.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές η βλάβη αποτελεί απλώς δείκτη χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας και είναι κατάσταση προνεοπλασματική, που μπορεί να γίνει ή να μη γίνει κακοήθης. Άλλοι αντίθετα πιστεύουν ότι πρόκειται για αληθές κακοήθες νεόπλασμα, προπομπό διήθησης. Έτσι υπάρχει αντιγνωμία ως προς τον κατάλληλο τρόπο αντιμετώπισης του λοβιακού *in situ* καρκινώματος. Ορισμένοι ερευνητές συνιστούν την στενή κλινική παρακολούθηση, ενώ άλλοι διάφορους τύπους μαστεκτομής. Ο κίνδυνος πάντως ανάπτυξης διηθητικού καρκινώματος υπολογίζεται σε 4 – 27% για το σύστοιχο μαστό και σε 10% για τον αντίστοιχο.¹

4.3 ΣΠΑΝΙΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΗΘΗΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

α. Αδενοκυστικό καρκίνωμα

Είναι σπάνιο καρκίνωμα του μαστού και η συχνότητα του ανέρχεται σε 0,4 – 1,8% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού. Μορφολογικά μοιάζει με όγκους που παρατηρούνται στους σιαλογόνους και στους ιδρωτοποιούς αδένες, στο τραχειοβρογχικό δένδρο, στη γλώσσα, στο ρινοφάρυγγα, στον έξω ακουστικό πόρο, στον προστάτη, στον τράχηλο και στους Bartholinίους αδένες.

Ο όγκος εμφανίζεται συνήθως σαν μικρή μάζα κοντά στην θηλή, είναι περιγεγραμμένος αλλά χωρίς κάψα και αναπτύσσεται με αργό ρυθμό.¹

β. Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο

Το αμιγές καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο είναι σπάνιο με αναφερόμενη συχνότητα 0,5 – 2% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού.

Προτού χαρακτηριστεί έτσι ένα καρκίνωμα του μαστού, θα πρέπει να εξαιρεθούν οι περιπτώσεις όγκων που προέρχονται από το δέρμα ή τα εξαρτήματα του, από τη θηλή ή από παλιά αποστήματα του μαστού. Τα πλακώδη επιθηλιακά στοιχεία πρέπει να εμφανίζουν σαφείς νεοπλασματικούς χαρακτήρες και να διαχωρίζονται από την πλακώδη μεταπλασία, που θεωρείται καλοήγη.¹

γ. Μεταπλαστικό καρκίνωμα (με χόνδρινη και οστέινη μεταπλασία)

Το μεταπλαστικό καρκίνωμα του μαστού είναι σπάνια μορφή καρκινώματος, στην οποία υπάρχει ανάμιξη κακοήθων επιθηλιακών με μεσεγχυματικά στοιχεία, τα οποία μπορεί να είναι οστέινα ή χόνδρινα. Η πρόγνωση είναι χειρότερη, όταν επικρατεί το ψευδοσαρκωματώδες στοιχείο έναντι του επιθηλιακού.¹

δ. Εκκριτικό καρκίνωμα

Το εκκριτικό καρκίνωμα, νεανικός τύπος, περιγράφηκε αρχικά σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να εμφανισθεί και σε ενήλικες. Δεν έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά πέρα από την παρουσία μάζας στο μαστό. Μακροσκοπικά έχει καλά καθορισμένα χείλη και πολλές φορές συγγέεται με ιναδένωμα. Το μέγεθος του ποικίλει από 1 – 12 εκ.

Η πρόγνωση του είναι εξαιρετικά καλή στα παιδιά, όπου αρκεί ή ευρεία εκτομή, ενώ στους ενήλικες συνίσταται μαστεκτομή μαζί με λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης.¹

ε. Καρκίνωμα από κύτταρα «σαν σφραγιστήρα δακτύλιο»

Το καρκίνωμα από κύτταρα «σαν σφραγιστήρα δάκτυλιο» αποτελεί το 2% του συνόλου των καρκινωμάτων του μαστού.

Πρόκειται για ιδιαίτερα κακοήθη υποομάδα, που προέρχεται από τα λοβιακά καρκινώματα. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές αποτελεί ποικιλία του διηθητικού λοβιακού καρκινώματος, ενώ κατ' άλλους πρόκειται για ξεχωριστή οντότητα. Χαρακτηριστικό του είναι τα κύτταρα με περιφερικά κείμενους πυρήνες (Signet Ring Cells).

Στην αμιγή του μορφή είναι περισσότερο κακοήθες από το βλενώδες καρκίνωμα και από τους άλλους τύπους του διηθητικού λοβιακού καρκινώματος ή του διηθητικού καρκινώματος των πόρων (NOS). Το καρκίνωμα αυτό μεθίσταται μερικές φορές με ασυνήθιστο τρόπο, με μια τάση προτίμησης των ορογόνων επιφανειών και πρόκλησης οπισθοπεριτοναϊκής ίνωσης. Η πρόγνωση του είναι κακή.¹

στ. Καρκίνωμα από κύτταρα πλούσια σε λιποειδή

Πρόκειται για επιθετικό όγκο με αποτέλεσμα κατά την διάγνωση του πολλοί ασθενείς να έχουν ήδη μεταστάσεις στα μασχαιαία λεμφογάγγλια και οι περισσότεροι από τους μισούς να πεθαίνουν μέσα σε 2 χρόνια.

Κλινικά παρουσιάζεται σαν μάζα στο μαστό, η οποία μπορεί μακροσκοπικά να μοιάζει με καλοήθη εξεργασία. Ο όγκος χαρακτηρίζεται από την παρουσία μεγάλων κυττάρων με διαυγές ή φυσαλιδώδες πρωτόπλασμα πλούσιο σε λιποειδή. Τα λιποειδή αυτά είναι απότοκο εκκριτικής δραστηριότητας των κυττάρων και όχι εκφυλιστικής διεργασίας.¹

ζ. Καρκίνωμα ιδρωτοποιών αδένων (Sudoriferous carcinoma)

Πρόκειται για σπάνιο όγκο γνωστό και σαν αποκρινές καρκίνωμα ή καρκίνωμα των ιδρωτοποιών αδένων ή καρκίνωμα με αποκρινή μεταπλασία. Σε γενικές γραμμές είναι καλά διαφοροποιημένος όγκος και θεωρείται από ορισμένους

σαν σπάνια μορφή διηθητικού λοβιακού καρκινώματος, ενώ σύμφωνα με άλλους αντιπροσωπεύει είτε εμβρυικά έγκλειστα στο μαστό στοιχεία ιδρωτοποιών αδένων ή μεταπλασία.¹

η. Καρκίνωμα από διανγή κύτταρα πλούσια σε γλυκογόνο

Πρόκειται για πολύ σπάνια μορφή καρκινώματος του μαστού, στον οποία ο όγκος αποτελείται από διανγή κύτταρα πλούσια σε γλυκογόνο και διατεταγμένα σε θηλώδεις ή συμπαγείς σχηματισμούς.¹

θ. Καρκινοειδείς όγκοι

Έχει περιγραφεί ομάδα όγκων του μαστού με κυτταροπλασματικά αργυρόφιλα κοκκία, κανείς όμως από τους ασθενείς δεν εμφάνισε το γνωστό καρκινοειδές σύνδρομο ή κάποιο άλλο ενδοκρινολογικό σύμπτωμα. Έχουν περιγραφεί επίσης όγκοι στους οποίους βρέθηκαν ορμονικές ουσίες. Παρόλο που ορισμένοι από αυτούς μοιάζουν με τους καρκινοειδείς όγκους, η ομάδα αυτή είναι στο σύνολο της πολύ ετερογενής. Σύμφωνα με ορισμένους πρόκειται για καρκινοειδείς όγκους, που εξορμούνται από τα νευροεκκριτικά κύτταρα που υπάρχουν φυσιολογικά στο μαστό, ενώ κατ' άλλους αποτελούν παραλλαγή καρκινώματος του μαστού, το οποίο κατά τη νεοπλαστική του εξαλλαγή από τα αρχέγονα κύτταρα των πόρων διαφοροποιήθηκε σε αργυρόφιλα εκκριτικά κύτταρα.¹

ι. Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα

Πρόκειται για σπάνιο όγκο, ο οποίος εμφανίζει συνδυασμό αδενικών σχηματισμών που παράγουν βλέννη και καλά διαφοροποιημένου πλακώδους επιθηλίου.¹

κ. Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

Το μικροκυτταρικό καρκίνωμα του μαστού (oat cell carcinoma) αποτελεί παρόμοιο τύπο με αυτόν του πνεύμονα και χαρακτηρίζεται από μικρά αναπλαστικά κύτταρα που περιέχουν νευροεκκριτικά κοκκία.

4.4. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

α. Νόσος Paget της θηλής

Η κλασική περιγραφή της νόσου από τον Sir James Paget το 1874 παραμένει αξεπέραστη. Κλινικό σημείο της νόσου είναι η εκζεμετοειδής, διαβρωτική βλάβη της θηλής, ενώ ιστοπαθολογικά χαρακτηρίζεται από μεγάλα κύτταρα στην επιδερμίδα.

Το υποκείμενο νεόπλασμα στο μαστό μπορεί να είναι ψηλαφητό ή όχι, ποικίλλει τόσο στα κλινικά όσο και στα παθολογοανατομικά του χαρακτηριστικά, και είτε διηθεί το παρέγχυμα του μαστού, είτε περιορίζεται στο επιθήλιο των πόρων. Η πρόγνωση πάντως σχετίζεται με τον τύπο του υποκείμενου καρκινώματος του μαστού

και τα στοιχεία που την καθορίζουν είναι η παρουσία ψηλαφητής μάζας στο μαστό και μεταστάσεων στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια.

Υπάρχει διχογνωμία όσον αφορά τη φύση και την προέλευση των κυττάρων Paget. Η επικρατέστερη άποψη είναι, ότι πρόκειται για μετανάστευση στο επιθήλιο της θηλής κακοήθων κυττάρων που προέρχονται από υποκείμενο όγκο στο μαστό. Αντίθετα άλλες απόψεις υποστηρίζουν την ενδοεπιδερμική ή *in situ* θεωρία και την στοιχειοθετούν με τα εξής επιχειρήματα : 1) απουσία συνέχειας μεταξύ του όγκου και του επιθηλίου της θηλής, 2) απουσία όγκου στο μαστό σε ορισμένες περιπτώσεις, 3) εμφάνιση νόσου Paget σε έκτοπες θηλές και 4) κατάδειξη με το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο ενδοκυττάρων γεφυρών μεταξύ των κυττάρων Paget και των κερατινοκυττάρων, καθώς επίσης και ημιδεσμοσωμάτων με τη βασική μεμβράνη της επιδερμίδας.¹

β. Φλεγμονώδες καρκίνωμα

Πρόκειται ευτυχώς για σπάνιο τύπο καρκινώματος (1 - 4% των καρκινωμάτων του μαστού) με κλινικά χαρακτηριστικά την ερυθρότητα του δέρματος, το οίδημα, την αυξημένη τοπική θερμοκρασία, τον πόνο και την ευαισθησία με σύγχρονη αύξηση του μεγέθους και σκλήρυνση του προσβεβλημένου μαστού.

Στη μαστογραφία μόνο εύρημα είναι συχνά η διάχυτη πάχυνση του δέρματος. Ιστοπαθολογικό γνώρισμα του φλεγμονώδους καρκινώματος είναι η διήθηση των δερματικών λεμφαγγείων και αποτελεί το «*Sine qua non*» της διάγνωσης.

Η πρόγνωση είναι δραματική και κατά το χρόνο της διάγνωσης έχουν συνήθως εμφανισθεί ήδη μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια.¹

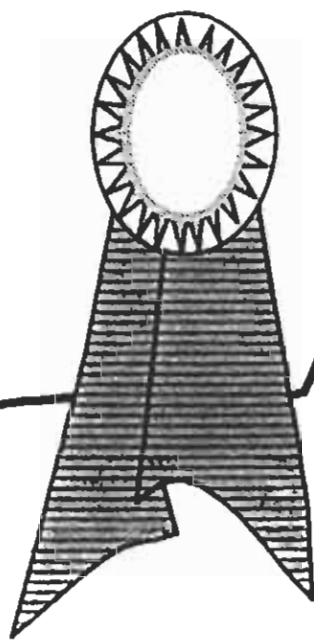
ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Συχνότητα των ιστολογικών τύπων των καρκινωμάτων του μαστού.

(1)	
Αμγείς Τύποι	Ποσοστό
Διθηθητικό καρκίνωμα των πόρων	52,6
Μυελοειδές	6,2
Διθηθητικό λοβιακό	4,9
Βλεννώδες	2,4
Σωληνώδες	1,2
Αδενοκυστικό	0,4
Θηλώδες	0,3
(Καρκινοσάρκωμα)	0,1
Νοσος Paget	Ποσοστό
Με πορογενές in situ καρκίνωμα	2,3
Διθηθητικό των πόρων NOS	0,2
Διθηθητικό των πόρων NOS + σωληνώδες	1,6
Διθηθητικό των πόρων NOS + βλεννώδες	0,4
	0,1
Συνδυασμοί του Διθηθητικού καρκινώματος των πόρων NOS	
Διθηθητικό των πόρων NOS	28,0
+ Σωληνώδες	16,5
+ Διθηθητικό λοβιακό	3,3
+ Βλεννώδες	1,6
+ Διθηθητικό λοβιακό + σωληνώδες	1,6
+ Θηλώδες	1,2
+ Αδενοκυστικό	1,0
+ Σωληνώδες + αδενοκυστικό	0,8
+ Σωληνώδες + θηλώδες	0,8

Κεφάλαιο

5



ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 ΕΝΝΟΙΑ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο όρος σταδιοποίηση αναφέρεται στην κατάταξη του καρκίνου του μαστού ανάλογα με την ανατομική έκταση της νόσου. Κάθε στάδιο εκφράζει περιπτώσεις στις οποίες η αναμενόμενη τουλάχιστον πρόγνωση είναι παρόμοια. Η σταδιοποίηση απαιτεί προσεκτική κλινική εξέταση και παθολογοανατομική διάγνωση και στην ιδανική περίπτωση περιλαμβάνει όλες τις εκδηλώσεις της νόσου για να καταλήξει σε περιορισμένο αριθμό διακριτών προγνωστικών κατηγοριών κατά σειρά αυξανόμενης βαρύτητας. Η σταδιοποίηση αφορά αποκλειστικά τα καρκινώματα και έχει νόημα μόνο όταν υπάρχει ιστολογική διάγνωση. Μπορεί να βασίζεται μόνο στην κλινική εκτίμηση (κλινικό στάδιο : δηλαδή φυσική εξέταση, μαστογραφίες, ακτινογραφία θώρακος και σπινθηρογραφήματα οστών – ήπατος) ή στα στοιχεία που προκύπτουν μετά τη χειρουργική εκτομή. Παρόλο που η παθολογοανατομική σταδιοποίηση είναι πιο ακριβής, εντούτοις και η κλινική σταδιοποίηση είναι πολύ χρήσιμη, διότι προηγείται της θεραπείας και μπορεί έτσι να παρέχει μια βάση αναφοράς για τη σύγκριση των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων, τόσο των χειρουργικών όσο και των μη χειρουργικών. Η παθολογοανατομική σταδιοποίηση που βασίζεται σε βιοψίες επίσης προηγείται της θεραπείας, αλλά η λεπτομερής εξέταση των εκτομηθέντων ιστών μπορεί να γίνει μόνο μετά τη χειρουργική θεραπεία.

Η ταξινόμηση του ευρέος φάσματος του καρκίνου του μαστού σε λίγες κατηγορίες είναι αναγκαστικά απλουστευτική. Κάθε στάδιο περιλαμβάνει αναγκαστικά ποικιλίες εικόνων σε βάρος της ακρίβειας. Εξάλλου παρόλο που όλες οι εκδηλώσεις της νόσου μπορούν να περιγραφούν και να ταξινομηθούν με βάση την πρόγνωση, δεν θα πρέπει να περιμένει κανείς οι εξατομικευμένες περιπτώσεις να εξελίσσονται βήμα προς βήμα περνώντας απ' όλα τα στάδια σύμφωνα με τις προβλέψεις. Έτσι π.χ. ένας πρωτοπαθής όγκος μπορεί να εξαπλωθεί χωρίς αναγκαστικά προηγουμένως να προσβάλλει τα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια. Από την άλλη πλευρά είναι σαφές, ότι σταδιοποίηση, που βασίζεται αποκλειστικά στην ανατομική έκταση της νόσου, αγνοεί στοιχεία καθοριστικά για την φύση του όγκου όπως τους ρυθμούς ανάπτυξης, τη διαφοροποίηση και τους άλλους βιολογικούς δείκτες που επηρεάζουν σαφώς την πρόγνωση. Π.χ. όγκοι με ταχύτατη ανάπτυξη, χαρακτηριζόμενοι από υψηλούς μιτωτικούς δείκτες και έκδηλη ανευπλοϊδία μπορούν να αποδειχθούν θανατηφόροι, παρόλο το μικρό τους μέγεθος και την «έγκαιρη» διάγνωση. Κατά συνέπεια η σταδιοποίηση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ακριβή και πλήρη μεμονωμένη εκτίμηση του περιστατικού, μπορεί όμως να διευκολύνει την συνενόηση και να παρέχει μια βάση τόσο για την πρόγνωση και την εκλογή του θεραπευτικού σχήματος, όσο και για την σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων.

Γενικά οι ασθενείς με καρκίνο περιορισμένο στο μαστό είχαν σαφώς καλύτερη πορεία από αυτήν που είχαν οι ασθενείς με κατάληψη μασχαλιαίων λεμφογαγγλίων, ενώ οι τελευταίες αυτές είχαν καλύτερη πρόγνωση από εκείνες με απομακρυσμένες μεταστάσεις.¹

α. Σκοπός της σταδιοποίησης

Οι σκοποί της σταδιοποίησης είναι :

- Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας
- Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης
- Να βοηθήσει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της θεραπείας
- Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας
- Να προσφέρει στη συνεχή έρευνα του καρκίνου.⁶

5.2. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ TNM

Το 1954 η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου (VICC) άρχισε μια προσπάθεια επεξεργασίας ενός τελειοποιημένου μοντέλου σταδιοποίησης το οποίο θα γινόταν παγκοσμίως γνωστό. Το σύστημα αυτό ονομάστηκε TNM από τα αρχικά των λέξεων T : Tumour (όγκος), N : Nodes (λεμφογάγγλια) και M : Metastases (μεταστάσεις).

Η τωρινή έκδοση του TNM είναι αυτή όπως διαμορφώθηκε το 1978 και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην κλινική (κλινικό – διαγνωστικό στάδιο) όσο και στην παθολογοανατομική σταδιοποίηση (μετεγχειρητικό παθολογοανατομικό στάδιο).¹

Η TNM προθεραπευτική κλινική ταξινόμηση έχει ως εξής :

T	Πρωτοπαθής όγκος
Tis	Προδιηθητικό καρκίνωμα (καρκίνωμα in situ), μη διηθητικό ενδοπορογενές καρκίνωμα η νόσος Paget της θηλής χωρίς εμφανή όγκο.
To	Δεν υπάρχει φανερός όγκος
T1	Όγκος 2cm ή μικρότερος στην μεγαλύτερη διάμετρο του.
T1a	Χωρίς διήθηση των υποκειμενικών ιστών.
T1b	Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς
T2	Όγκος 2 – 5cm
T2a	Χωρίς διήθηση των υποκειμενικών ιστών
T2b	Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς.
T3	Όγκος μεγαλύτερος των 5cm
T3a	Χωρίς διήθηση των υποκειμενων ιστών.
T3b	Ο όγκος διηθεί τη θωρακική περιτονία ή τους θωρακικούς μυς
T4	Οποιοδήποτε μέγεθος όγκου, εφόσον υπάρχει επέκταση της νόσου στο δέρμα ή το θωρακικό τοίχωμα.
T4a	Με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα (πλευρές, μεσοπλεύριοι μύες, πλατύς ραχιαίος μυς)
T4b	Με οίδημα ή διήθηση ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δερματικές μεταστάσεις στον ίδιο το μαστό.
T4c	Συνδυασμός a και b
Tx	Δεν υπάρχουν οι ελάχιστες απαραίτητες πληροφορίες για την εκτίμηση του πρωτοπαθούς όγκου.

5.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ COULMBIA

Η κλινική σταδιοποίηση αρχίζει με την του μεγέθους του όγκου και των συστοίχων λεμφαδένων. Από τους κλινικά διογκωμένους λεμφαδένες, μόνο το 75% αυτών ευρίσκεται ιστολογικά διηθημένο, ή οι κλινικά φυσιολογικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες, στην ιστολογική εκτίμηση ευρίσκονται διηθημένοι κατά 20 – 40%. Έτσι, το κλινικό στάδιο αποτελεί τη μεταβατική χρονική περίοδο προ της εγχείρησης ή προ της οποιασδήποτε θεραπείας του ασθενούς. Η περίοδος αυτή βασίζεται στην κλινική εξέταση, στην ενδοσκόπηση, στην βιοψία ή στην δια λεπτής βελόνης βιοψία – κυτταρολογία, στις απεικονίσεις και στα σπινθηρογραφήματα. Στο κλινικό αυτό στάδιο το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου, η κατάσταση των λεμφαδένων και η ύπαρξη ή μη μακρυνών μεταστάσεων είναι σημαντικά κριτήρια.²

Τα τέσσερα στάδια του συστήματος και τα κλινικά ευρήματα που χαρακτηρίζουν κάθε στάδιο είναι :

- ΣΤΑΔΙΟ Α : Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι αδένες κλινικώς ελεύθεροι.
- ΣΤΑΔΙΟ Β : Δεν υπάρχει οίδημα ή εξέλκωση στο δέρμα του μαστού. Δεν υπάρχει στέρεη σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα. Μασχαλιαίοι λεμφαδένες κλινικώς διηθημένοι, αλλά μικρότεροι, σε εγκάρσια διάμετρο, από 2,5cm και χωρίς συμψύσεις προς το δέρμα και τους υποκειμενικούς ιστούς.
- ΣΤΑΔΙΟ C : Οποιοδήποτε από τα 5 βασικά σημεία του προχωρημένου Κ.Μ.
- α. Περιορισμένης έκτασης οίδημα στο δέρμα του μαστού (λιγότερο από 1/3 της όλης επιφάνειας του δέρματος του μαστού).
 - β. Εξέλκωση στο δέρμα του μαστού.
 - γ. Στερεή σύμφυση του όγκου προς το θωρακικό τοίχωμα.
 - δ. Ψηλαφητοί μασχαλιαίοι αδένες, κλινικώς διηθημένοι και μεγαλύτερη από 2,5cm
 - ε. Συμψύσεις των μασχαλιαίων λεμφαδένων προς το δέρμα ή τους υποκειμενικούς ιστούς.
- ΣΤΑΔΙΟ D : Όλες οι περιπτώσεις με πιο προχωρημένη νόσο περιλαμβάνουν:
- α. Συνδυασμό δύο ή και περισσότερων βασικών σημείων του σταδίου
 - β. Οίδημα στο δέρμα του μαστού σε έκταση μεγαλύτερη από το 1/3.
 - γ. Μεταστάσεις στο δέρμα του ίδιου μαστού
 - δ. Φλεγμονώδη τύπο Κ.Μ.
 - ε. Κλινικώς διηθημένους υπερκλειδίους λεμφαδένες
 - στ. Παραστερνικό όγκο ως μαρτυρία διηθημένων αδένων της έσω μαστικής
 - ζ. Οίδημα του σύστοιχου άνω άκρου
 - η. Μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Η βασική διαφορά ανάμεσα στα δύο συστήματα κλινικής ταξινόμησης του καρκίνου του μαστού είναι ότι το TNM χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου ως κύριο χαρακτηριστικό της σταδιοποίησης. Το σύστημα Columbia σύμφωνα με την όλη

κλινική εμφάνιση της νόσου, χωρίς να χρησιμοποιεί το μέγεθος του όγκου. Με τον τρόπο αυτό δεν υπάρχει αντιστοιχία στα στάδια των δύο συστημάτων.⁶

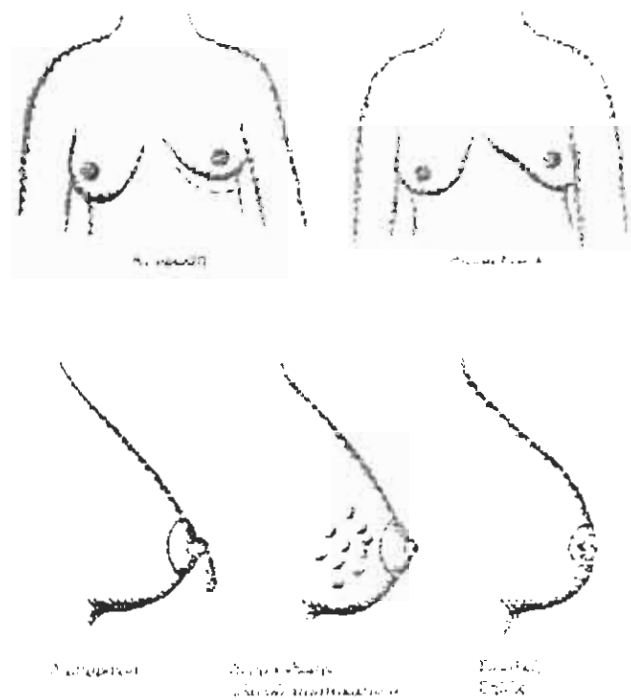
5.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε άλλου μεγέθους, κινητή ή ακίνητη, ανάλογα με το σημείο πρόσφυσης. Εάν δεν ζητηθεί ιατρική βοήθεια αμέσως μετά την ψηλάφηση, το ογκίδιο προοδευτικά μεγαλώνει, διηθεί τους υπερκείμενους και υποκείμενους ιστούς, καθίσταται ακίνητο και ανώμαλο κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει την χαρακτηριστική όψη φλοιού πορτοκαλιού και παρατηρείται χαρακτηριστική εισολκή της θηλής, όταν το ογκίδιο εντοπίζεται στο κέντρο. Οι μασχαλιαίοι αδένες της σύστοιχης και της αντίστοιχης μασχάλης καθώς και οι υπερκλειδίοι λεμφαδένες διηθούνται και διογκώνονται προοδευτικά.

Δεν είναι λίγα τα περιστατικά που ζητείται ιατρική βοήθεια με εξελκώμενο ογκίδιο και με πολλαπλές μεταστάσεις.

Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει :

- α. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- β. Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- γ. Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηγματογόνων αδένων.
- δ. Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβεβλημένου μαστού.
- ε. Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα
- στ. Εισολκή της θηλής οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από την θηλή.
- ζ. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής.
- η. Ακίνητοποίηση του μαστού και διογκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
- θ. Εξέλκωση κατά τη θηλή οφείλεται στην αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας.
- ι. Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.⁶



Εικόνα 8

Σημεία ύποπτα για καρκίνο μαστού (Σαχίνη, Πάνου 1985).

5.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν επιβίωση σε ποσοστό 50% και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου το ίδιο σε διάφορες χώρες.

Επίσης, ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει, για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία.

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

5.6. ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- α. Τοπική έκταση του όγκου
- β. Καθήλωση του όγκου
- γ. Οίδημα
- δ. Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- ε. Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- στ. Γεωγραφική θέση του όγκου.
- ζ. Προσβολή της θηλής.⁶

5.7. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- α. Το μέγεθος του όγκου
- β. Λεμφαδενικές μεταστάσεις (η παρουσία, ο αριθμός, το μέγεθος και η καθήλωση διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων).
- γ. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου
- δ. Η ιστοκυτταρική αντίδραση των λεμφοκόλπων των λεμφαδένων (όταν υπάρχει, αποτελεί ευνοϊκότερο σημείο πρόγνωσης).
- ε. Η μικροσκοπική καρκινωματούδης διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων
- στ. Ο βαθμός κακοήθειας και η διαφοροποίηση

Όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ο όγκος τόσο υψηλότερο ιστολογικό βαθμό κακοήθειας και τόσο δυσμενέστερη πρόγνωση έχει στους λεμφαδένες, έχει μεγάλη προγνωστική σημασία για την επιβίωση των ασθενών.

Ο αριθμός των λεμφαδένων που έχουν προσβληθεί είναι επίσης σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση και η επιβίωση. Η δεκαετής επιβίωση για ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες είναι περίπου 80%, ενώ για ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι λιγότερο από 40%.

Η διήθηση μυών, νεύρων και αγγείων αποτελεί δείκτη της επέκτασης του νεοπλάσματος. Η ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων μέσα σε ένα αιμοφόρο αγγείο δείχνει αιματογενή διασπορά, που μπορεί να μη φαίνεται ακόμη κλινικώς. Η αγγειακή διήθηση είναι άμεσα συνδεδεμένη με όγκους μεγάλου μεγέθους, με το χαμηλό βαθμό διαφοροποίησης, με την ικανή κυτταρική ατυπία και τέλος με τις λεμφαδενικές μεταστάσεις. Είναι συνδεδεμένη με δυσμενή πρόγνωση της νόσου.⁶

5.8. ΓΕΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

- α. Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.
- β. Ρυθμός αύξησης του όγκου
- γ. Απάντηση στην θεραπευτική αγωγή
- δ. Αντίσταση του οργανισμού και «βιολογικοί δείκτες». Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοεμρικό αντίγονο (CEA φυσιολογική τιμή < 5mg / ml) το CA 125

(φυσιολογική τιμή < 35 u / ml), οι ορμονικοί υποδοχείς των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, η αλκαλική φωσφατάση κ.λ.π.

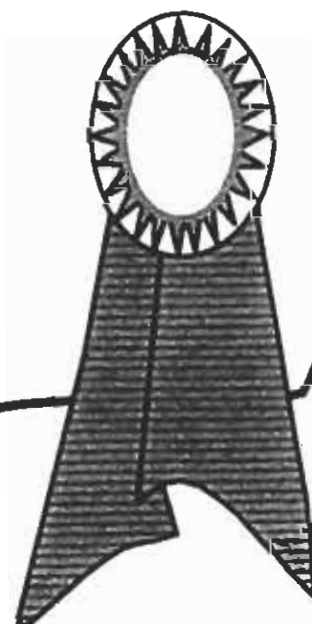
ε. Εμφάνιση καρκίνου και στους δύο μαστούς

Στην πρόγνωση του Κ.Μ. υπάρχουν και παράγοντες, των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι :

- α. Ηλικία γυναίκας : εμφάνιση Κ.Μ. σε ηλικία των ετών έχει πολύ κακή πρόγνωση.
- β. Προφυλακτική στείρωση
- γ. Κύηση. Η ανάπτυξη του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας είναι ταχεία και η πρόγνωση κακή.⁶

Κεφάλαιο

6



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

6.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Ένα μέρος του αρχικού διαγνωστικού ελέγχου, όπως αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφίες, δειγματολογικές εξετάσεις, συνήθως παραγγέλλονται για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας της ασθενούς. Αυτές οι εξετάσεις ρουτίνας δεν είναι ειδικές για τον καρκίνο, αλλά τα αποτελέσματά τους μπορεί να υποδείξουν την παρουσία μη φυσιολογικής κατάστασης – όπως λοιμώξεις, αιμορραγίας ή άλλως παθολογικής διεργασίας – σχετιζόμενης με τον καρκίνο, προκαρκινικών καταστάσεων ή κάποιου παθολογικού ευρήματος, το οποίο όμως δεν είναι καρκινικό.⁶

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε κλινική, εργαστηριακή και εγχειρητική.

6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μόνο το 70% των καρκίνων του μαστού μπορούν να διαγνωσθούν με την κλινική εξέταση και του πλέον έμπειρου γιατρού.

Η κλινική εξέταση του ύποπτου για καρκίνο μαστού απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από μέρος του εξεταστή, γιατί από αυτή θα εξαρτηθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση.

1 Η ηλικία της άρρωστης, η ύπαρξη ή όχι εμμηνορρυσίας, ο χρόνος εμφάνισης του όγκου, που ψηλάφισε μέσα στο μαστό της και η εντόπιση του σ' αυτόν έχουν σημασία

Είναι δυνατόν, ο όγκος, επειδή είναι μικρός, να μη ψηλαφηθεί, αλλά να ψηλαφηθούν μασχαλιαίοι λεμφαδένες από μεταστάσεις σ' αυτούς. Κάποτε, συμβαίνει, καρκινικές μεταστάσεις στους πνεύμονες και στα οστά, να οδηγήσουν στην ανεύρεση της πρωτοπαθούς εστίας στο μαστό.

2 Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη διαπίστωση ύπαρξης εισολκής του δέρματος του μαστού ή της θηλής ή εκτροπή αυτής. Όταν η ίνωση περιλάβει μεγάλους γαλακτοφόρους πόρους, τότε αυτά βραχύνονται, με αποτέλεσμα την παρέκκλιση του άξονα της θηλής ή την επιπέδωση της ή την εισολκή της. Καρκίνος του μαστού, στον οποίο δεν παρατηρούνται σημεία εισολκής της θηλής, σπάνια απαντάται. Αυτό μπορεί να συμβεί σε θηλώδη ή σε περιγεγραμμένο τύπο.

3. Το οίδημα απαντάται συχνότερα στον προχωρημένο καρκίνο και είναι αποτέλεσμα έμφραξης των υποδόριων λεμφαγγείων.

Το οίδημα τις περισσότερες φορές αρχίζει από το δέρμα της θηλαίας άνω ή κάτω από αυτή, δηλαδή από το πιο εξαρτημένο μέρος του μαστού.

Το οίδημα που έχει όψη «φλοιού πορτοκαλιού» δεν έχει μεγάλη διαγνωστική αξία στον καρκίνο, γιατί παρατηρείται και σε κάθε περίπτωση λεμφικής στάσης. Όταν, όμως εμφανίζεται στον καρκίνο, έχει κακή προγνωστική σημασία.

4. Πρέπει να τονισθεί η αξία της ψηλάφησης του μαστού. Προκειμένου για τον καρκίνο πρέπει να έχουμε υπόψιν μας τα παρακάτω :
- α. Δεν πρέπει να μας διαφύγει η ακριβής έκταση του αδένου, γιατί λεπτό στρώμα του είναι δυνατό να φτάσει ως την κλείδα ή ως το στέρνο ή ως το έξω χείλος του πλατύ ραχιαίου μύα.
 - β. Το μέγεθος του όγκου, που θα ψηλαφηθεί στον καρκίνο του μαστού, εξαρτάται από την ηλικία του και την εξελικτικότητα του. Μερικές φορές, μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις, που και αυτές δεν αποκλείουν την ύπαρξη του καρκίνου.
 - γ. Η σύσταση του όγκου δεν είναι πάντα εύκολο να καθορίσει και την φύση του. Τα περισσότερα καρκινώματα έχουν ξηλώδη σύσταση, αλλά και ένα απασβεστωμένο ιναδένωμα μπορεί να έχει την ίδια σύσταση.
 - δ. 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.
 - ε. 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.
- Καρκίνος που βρίσκεται στην κεντρική μοίρα του μαστού, προκαλεί μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής, Καρκίνος του κάτω ημιμορίου, στα λεμφαγγεία του πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μύα. Καρκίνος του εσωτερικού ημιμορίου, στα λεμφαγγεία του πετάλου της θήκης του ορθού κοιλιακού μύα. Καρκίνος του εσωτερικού ημιμορίου, στους λεμφαδένες της έσω μαστικής σε συχνότητα 54%, ενώ του έξω σε συχνότητα 18%.
- στ. Σε μερικές περιπτώσεις, και μάλιστα σε γυναίκες πάνω από 40 ετών, συμβαίνει αυτές ν' αναφέρουν πως αισθάνθηκαν ξαφνικά την ανάπτυξη όγκου στο μαστό τους, που έχει τους χαρακτήρες φλεγμονής, ενώ στην πραγματικότητα είναι καρκίνος. Η εξέλιξη της κατάστασης σε τέτοιες περιπτώσεις είναι απρόβλεπτη, δηλαδή, άλλες φορές η φλεγμονή γύρω από τον όγκο υποχωρεί και ο όγκος παραμένει και άλλες φορές οι μεταστάσεις συμβαίνουν τόσο γρήγορα, ώστε ο θάνατος επέρχεται λίγες εβδομάδες μετά την προσβολή.
5. Η ψηλάφηση της μασχάλης απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Μερικοί λεμφαδένες, που βρίσκονται στο πάνω μέρος της μασχάλης είναι αδύνατο να ψηλαφηθούν, όπως δεν είναι εύκολοι στην ψηλάφηση οι λεμφαδένες, που βρίσκονται πίσω από το παχύ στρώμα του μείζονα θωρακικού μύα. Στις παχύσαρκες μάλιστα γυναίκες η ψηλάφηση της μασχάλης είναι ιδιαίτερα δύσκολη.
6. Η ψηλάφηση των υπερκλειδίων λεμφαδένων θα γίνει στο χείλος του στερνοκλειδομαστοειδή μύα εκεί που αυτός καταφύεται στο εσωτερικό άκρο της κλείδας και στο στέρνο. Για να ψηλαφηθούν όμως, πρέπει να αποκτήσουν μεγάλο μέγεθος. Από τους υπερκλειδίους λεμφαδένες συχνότερα ψηλαφάμε τους επιφανειακούς και τους πλάγιους. Και επειδή, όταν αυτοί ψηλαφηθούν, έχουν προσβληθεί οι κεντρικότεροι, τότε η πρόγνωση είναι κακή.
7. Κάθε είδους έκκριση από τη θηλή του μαστού, εκτός από την αμφοτερόπλευρη γαλακτώδη, πρέπει να ελέγχεται κυτταρολογικά. Η αιματηρή έκκριση σε ηλικιωμένη γυναίκα και όταν δεν υπάρχει ψηλαφητός

όγκος στο μαστό της, είναι ύποπτη για καρκίνο. Λιγότερο ύποπτη είναι η υδαρής έκκριση.¹²

6.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στον εργαστηριακό έλεγχο για την διάγνωση του μαστού, ανήκουν εξετάσεις αιματολογικές, κυτταρολογικές, ακτινολογικές σπινθηρογραφικές κ.λ.π.

Στις αιματολογικές εξετάσεις περιλαμβάνονται : η εκτίμηση της τυχόν υπάρχουσας αναιμίας, ο προσδιορισμός της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ο προσδιορισμός των τιμών του ασβεστίου, του φωσφόρου και της αλκαλικής και όξινης φωσφατάσης, γιατί υποδηλώνουν μεταστάσεις στα οστά που είναι δυνατόν να υπάρχουν.

Στον ακτινολογικό έλεγχο περιλαμβάνονται η εξέταση των πνευμόνων και του μεσοθωρακίου, των οστών.

Στον κυτταρολογικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος των οστών, του συκωτιού αλλά και του ίδιου του μαστικού αδένου.¹²

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

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

Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού : α./ κρανιοουραία, β./ μεσοπλάγια, και γ./ μασχαλιαία. Όταν δεν βρίσκονται ύποπτα στοιχεία, λαμβάνονται συμπληρωματικές ακτινογραφίες σε ανάλογες με την περίπτωση θέσεις.

Σκοπός της μαστογραφίας είναι η απεικόνιση των διαφόρων παθολογικών καλοηθώς εξεργασιών του μαστού κυρίως, όμως, η ανίχνευση μικρών καρκινωμάτων του μαστού, όταν αυτά βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Με τη μαστογραφία, μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις του μαστού :

- α. Καλοήθειες : Κύστης, αδένωμα μαστού, εκτασία του πόρου, ίνωση, πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, αποστήματα και λιπώματα.
- β. Κακοήθειες : Καρκίνωμα και σάρκωμα

Επίσης, με τη μαστογραφία είναι δυνατόν να διαγνωσθούν και άλλα σημεία κακοήθειας : αποτιτανώσεις, μονόπλευρη ανάπτυξη ή αλλαγή θέσης των αγγείων και του μαστικού αδένου, διάχυτη πάχυνση του δέρματος, εισυλκή της θηλής και παραμόρφωση του υποστρώματος του μαστικού αδένου.

Η μεγάλη αξία της μαστογραφίας, έγκειται στην εντόπιση ύποπτων περιοχών πριν ακόμη από την ψηλάφηση σγκιδίου.

Ενδείκνυται σε :

- α. Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, ευκίνητη με καλοήθειες κλινικούς χαρακτήρες. Στη μαστογραφία, συνήθως απεικονίζεται ως σκίαση, ομότιμη, ομαλή, με σαφή όρια. Σε αυτήν εκτελείται παρακέντηση, με την οποία επιδιώκεται διαφορική διάγνωση μεταξύ συμπαγούς μάζας και κύστης
- β. Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό.

- γ. Σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.
- δ. Σε προηγούμενη βιοψία μαστού.
- ε. Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισολκής της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.
- στ. Σε ασθενή με καρκίνο στον ένα μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό.
- ζ. Σε άτομα με υπερμέγεθες λιπώδεις μαστούς, στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.
- η. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας.
- θ. Σε άτομα με καρκινοφοβία.
- ι. Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού.¹²

6.3.α. Φυσιολογική εικόνα του μαστού στην μαστογραφία

Η ακτινολογική εικόνα του μαστού στην μαστογραφία ποικίλλει εξαρτάται από την ηλικία, την φάση του κύκλου της εμμηνου ρύσεως, την εγκυμοσύνη, την γαλουχία κ.α. Ο μαστός φαίνεται σαν ένα τρίγωνο με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η ακτινολογική εικόνα του μαστού εξαρτάται από την ποσοτική και την ποιοτική σχέση μεταξύ των διαφόρων ιστικών στοιχείων.

Από την εφηβεία μέχρι την κλιμακτηριακή περίοδο παρατηρούνται διαφορετικοί βαθμοί ανάπτυξης των δομικών στοιχείων που καθορίζουν την ακτινολογική εικόνα.

Ο μαστός προ της εφηβείας παρουσιάζει μικρή ανάπτυξη αδενικού ιστού που στη μαστογραφία απεικονίζεται όπως ένας μικρός όλος, καλά αφοριζόμενος πίσω από τη θηλή του μαστού

Ο εφηβικός μαστός με την επίδραση ορμονικών παραγόντων παρουσιάζει πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών και των ινώδων στοιχείων. Εμφανίζει έτσι σχετικά ομοιογενή και πυκνή υφή, με αποτέλεσμα η μαστογραφική εικόνα να παρουσιάζει δυσκολίες στην ανίχνευση μιας βλάβης.

Οι μαστοί των νέων και ενήλικων γυναικών παρουσιάζουν περισσότερο κανονική σύσταση. Οι γαλακτοφόροι πόροι με τον αδενικό, διάμεσο συνδετικό και το λιπώδη ιστό δίνουν τη χαρακτηριστική φυσιολογική ακτινολογική εικόνα. Με την πάροδο της ηλικίας και την εναπόθεση λίπους, σε συνδυασμό με την προοδευτική ατροφία του συνδετικού ιστού, που παρατηρείται κυρίως στις ηλικιωμένες, ο μαστός παίρνει ομοιογενή εικόνα.

Οι μαστοί παρουσιάζουν αλλαγές και κατά την διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου. Από την αρχή της περιόδου μέχρι περίπου την 14^η ημέρα του κύκλου, ο μαστός παρουσιάζει μικρότερη τάση και στην ακτινογραφία είναι περισσότερη διαφανής. Από την 14^η ημέρα του κύκλου και μέχρι την έναρξη της περιόδου εμφανίζεται περισσότερα πυκνός, χωρίς βέβαια ουσιαστικές αλλαγές ως προς την μορφολογία του.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρατηρείται υπερπλασία του αδενικού και του ινώδους ιστού, μεγαλύτερη αγγειοβρίθεια και διεύρυνση των γαλακτοφόρων πόρων, στοιχεία που δημιουργούν ασάφεια στην απεικόνιση του μαστού.

Μετά την περίοδο της αναπαραγωγής, ο μετεμμηνορρυσιακός μαστός υφίσταται συνήθως ινολιπώδη εκφύλιση και έτσι μεταβάλλεται η σύσταση του, επειδή αντικαθίσταται από λιπώδη ιστό.⁶

6.3 β Υποπτα σημεία στη μαστογραφία

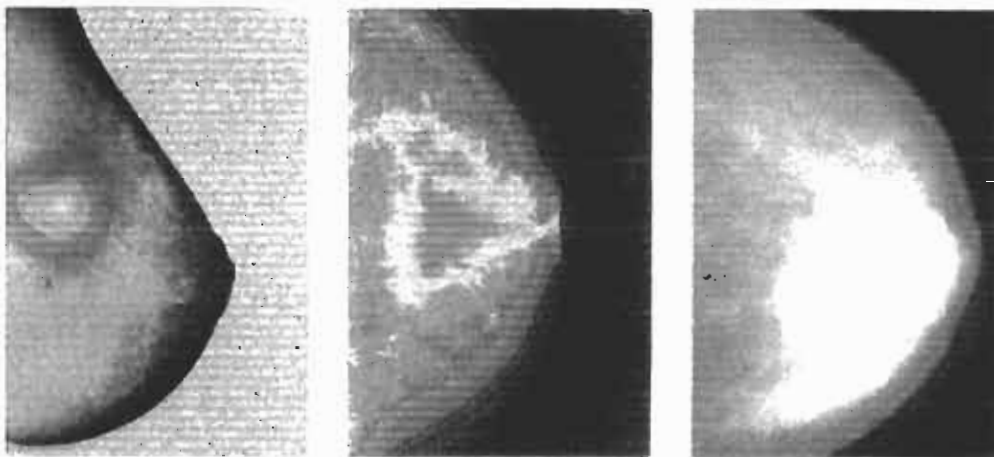
Τα μαστογραφικά ευρήματα του καρκίνου του μαστού ποικίλουν και εξαρτώνται από τις παρακάτω παραμέτρους :

- α. από τον ιστοπαθολογικό τύπο του καρκίνου
- β. από τον ρυθμό αναπτύξεως αυτού.
- γ. από την θέση που εντοπίζεται μέσα στο μαστό και
- δ. από την σύσταση του μαζικού παρεγχύματος

Τα μαστογραφικά σημεία του καρκίνου του μαστού θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες : στα κύρια και τα δευτερεύοντα.

Τα κύρια σημεία αφορούν την κυρίως καρκινική μάζα η οποία προκύπτει από την υπέρμετρο υπερπλασία των καρκινικών κυττάρων και αναδεικνύεται στην μαστογραφία υπό μορφή : α./ οξώδους σκιάσεως, β/ ασύμμετρης σκιάσεως και γ./ μικροαποπιτανώσεων με ή χωρίς σκίαση (οξώδη ή ασύμμετρη).

Τα δευτερεύοντα σημεία έχουν έμμεση σχέση με την επίδραση που ασκεί ο καρκίνος στους γειτονικούς ιστούς του μαζικού παρεγχύματος και αυτά μπορεί να είναι : α./ η μεμονωμένη διάταξη ενός γαλακτοφόρου πόρου, β./ η τοπική ανωμαλία της δομής του μαστού, γ./ η εισολκή του δέρματος ή της θηλής και δ./ η πάχυνση του δέρματος.



Εικόνα 9

Όγκος βαθιά στο στήθος

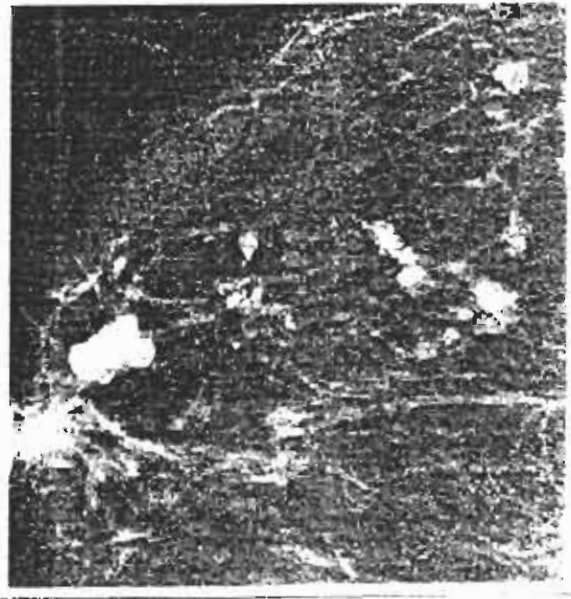
Ο έγχρωμος πυρήνας σε αυτό το έγχρωμο μαστογράφημα εμφανίζει έναν καρκινογενή όγκο

Όγκος στον μαστικό πόρο.

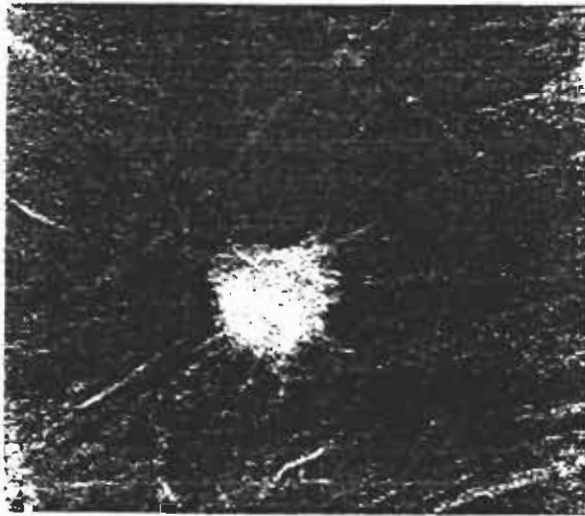
Η κόκκινη περιοχή εμφανίζει έναν μεγάλο κακοήθη όγκο στο μαστικό πόρο, πιθανότατα

Αποπιτανωμένος όγκος

Η ανώμαλη λευκή περιοχή είναι ένας αποπιτανωμένος καρκινικός όγκος. Η αποπιτανωση είναι μια συνήθης μορφή κακοήθων όγκων.



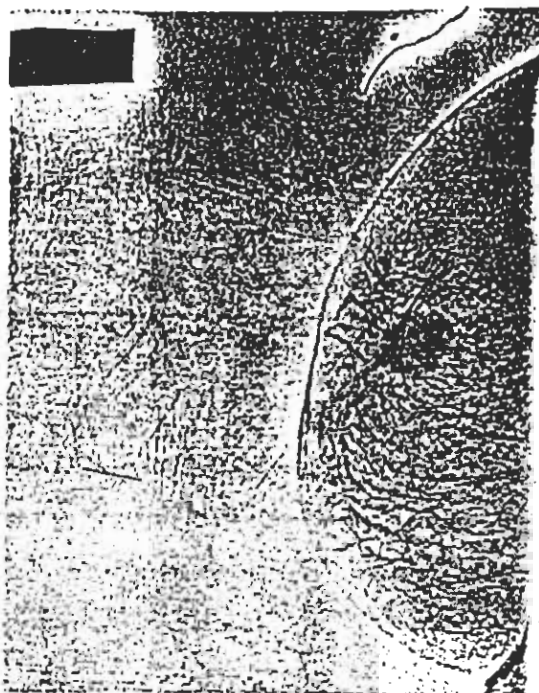
Εικόνα 10 α.
Μαστογράφημα
Πολλαπλές επασβεστώσεις σε θηλωμάτωση.



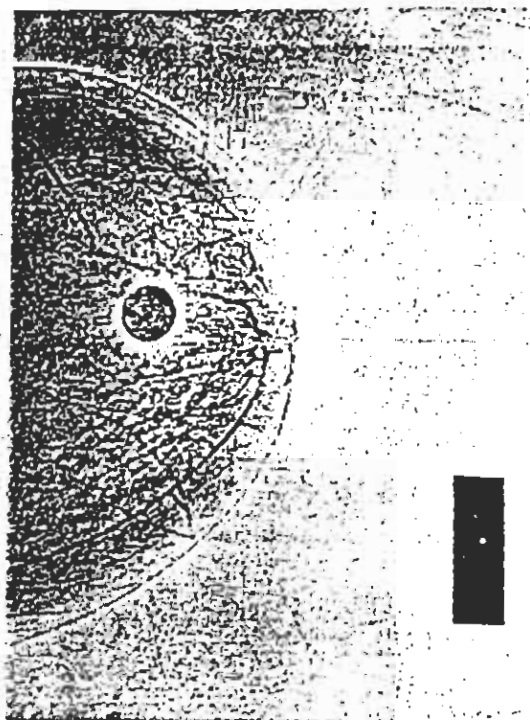
Εικόνα 10 β.
Μαστογράφημα
Τυπική εικόνα καρκινώματος



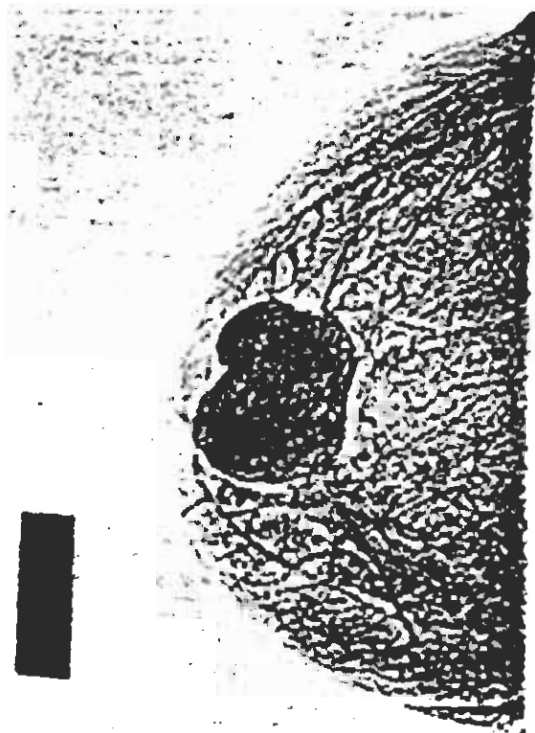
Εικόνα 10 γ.
Μαστογράφημα
Διθητικό καρκίνωμα των πόρων



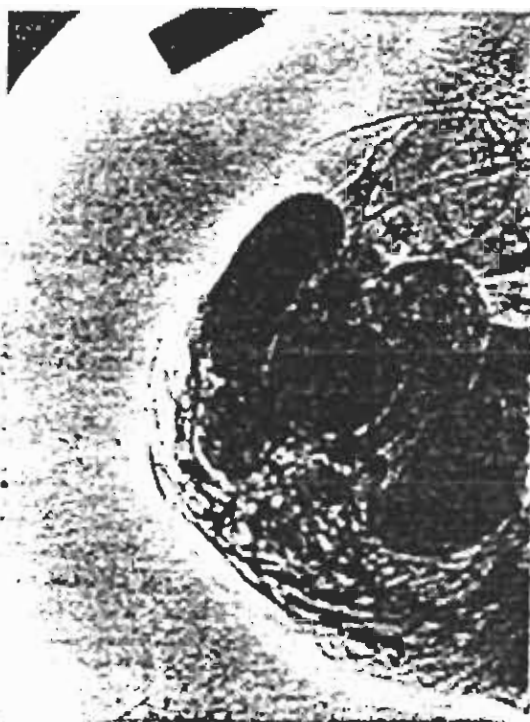
Εικόνα 11 α.
Καρκίνος μαστού



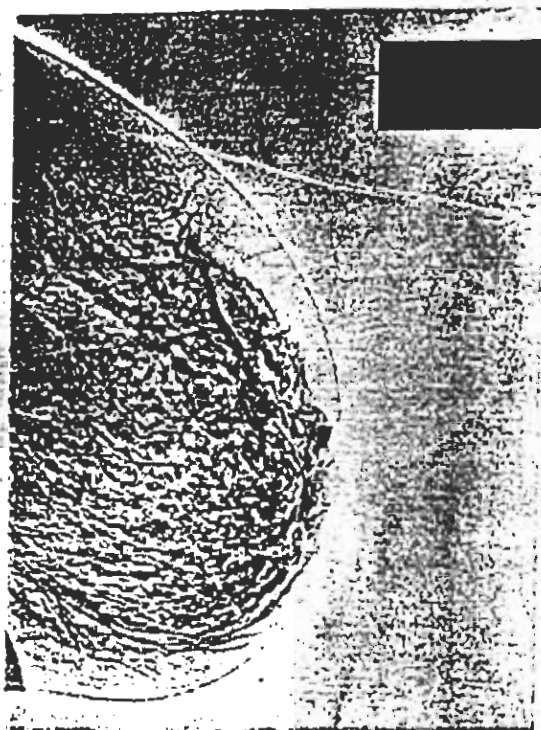
Εικόνα 11 β.
Αποτιτανωμένο ιναδένωμα



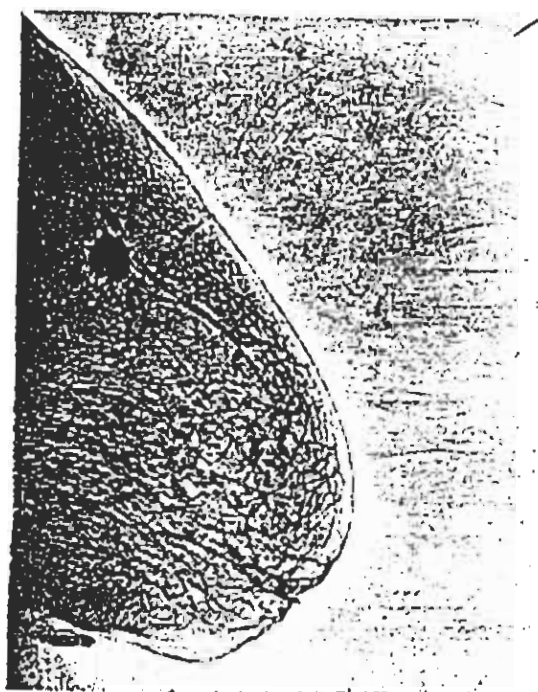
Εικόνα 11 γ.
Ευμεγέθης κύστης.
Είναι φανερή η άλως γύρω από την κύστη.



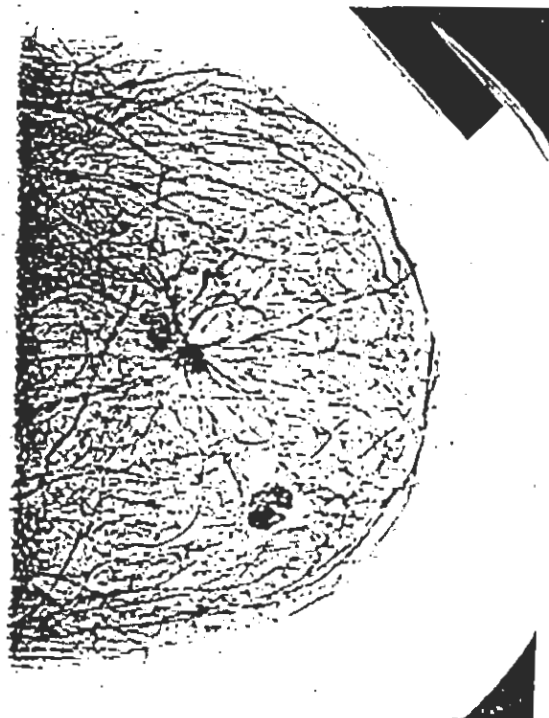
Εικόνα 11 δ.
Πολλαπλές κύστεις.
Μακροκυστική μαστοπάθεια.



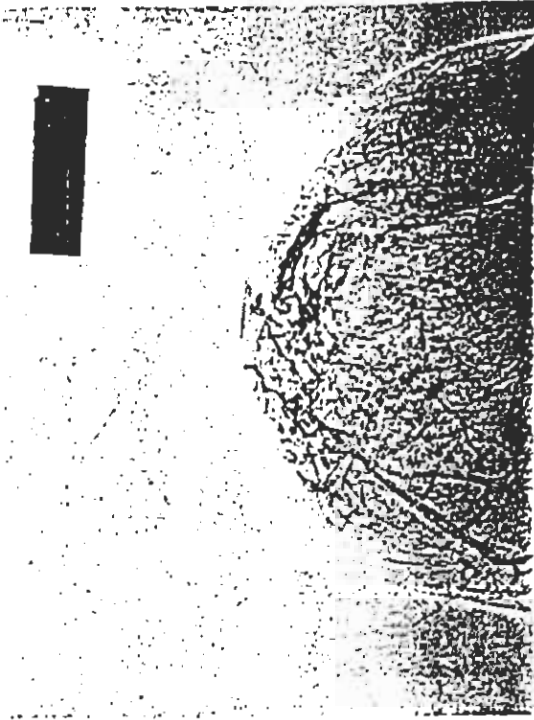
Εικόνα 11 ε.
Καρκίνος (δεξιά) και αποτιτανωμένο ιναδένωμα (αριστερά)
(Μαστογραφία και Ξηρογραφία)



Εικόνα 11 ζ.
Καρκίνος μαστού
Εμφανής εισολκή της θηλής και η πάχυνσις
του δέρματος.

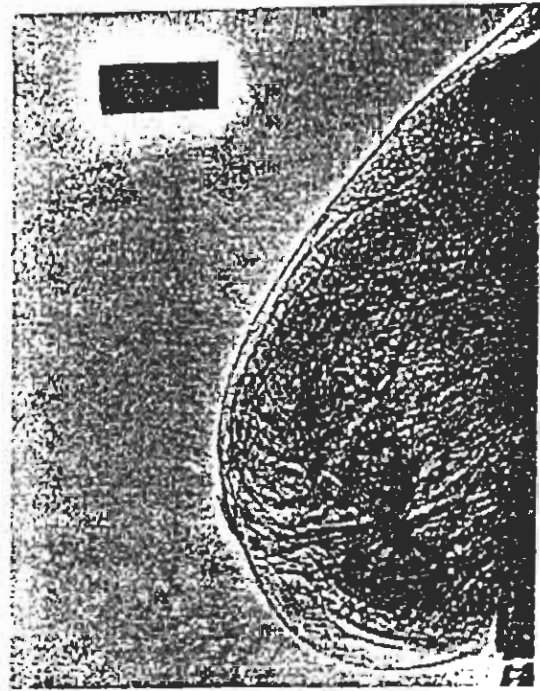


Εικόνα 11 η.
Διειστιάκος καρκίνος



Εικόνα 11 θ.

Συρρέουσες μικροαποτιτανώσεις,
Σημείο κακοήθειας.



Εικόνα 11 ι.

Καρκίνος μαστού



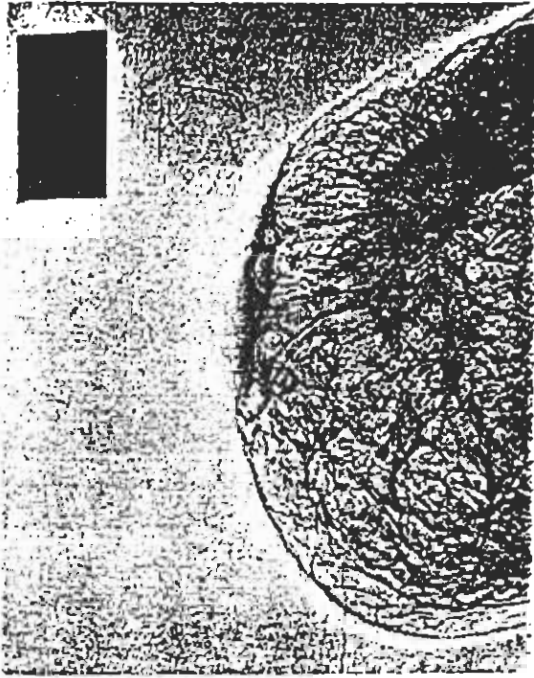
Εικόνα 11 κ.

Αδρές αποτιτανώσεις, Σημείο καλοήθειας



Εικόνα 11 λ.

Αδρές διάσπαρτες αποτιτανώσεις,
Σημείο καλοήθειας



Εικόνα 11 μ.

Καρκίνος. Είναι εμφανής η πάχυνσις του δέρματος.

6.3.γ. Κίνδυνοι από την Μαστογραφία

Η δόση ακτινοβολίας που δέχεται ο μαστός σε μια ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιορισθεί τελευταία σε 0,2 – 0,3 rad στο δέρμα και σε 0,02 – 0,03 στο μαστό, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση, ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μια ή περισσότερες μαστογραφίες έχει τελευταία αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας για τους γιατρούς. Σε γενικές γραμμές, όλες οι πειραματικές μελέτες δείχνουν ότι η ιοντίζουσα ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει Κ.Μ. εντούτοις, ο κίνδυνος μειώνεται προοδευτικά με την αύξηση της ηλικίας. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανειλημμένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9 – 19 ετών, ενώ πάνω από τα 50 πιθανότατα, ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπία ευαίσθητος στην ακτινοβολία.

Ο κίνδυνος από μια μόνο μαστογραφία είναι δυνατόν να υπολογισθεί, αλλά κατά πάσα πιθανότητα είναι πρακτικά ανύπαρκτος, ακόμη και σε γυναίκες κάτω των 30 ετών ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται η μαστογραφία χαμηλής δόσης.⁶

6.3.δ. Ποιες γυναίκες χρειάζονται Μαστογραφία και πότε πρέπει να γίνεται.

- α. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα, πρέπει να γίνεται μόνο μετά από προηγούμενη εξέταση των μαστών.
- β. Γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών με έναν ή περισσότερους επιβαρυντικούς παράγοντες πρέπει να υποβάλλονται μια φορά το χρόνο σε μαστογραφικό έλεγχο. Η χρησιμότητα του περιοδικού μαστογραφικού ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας, χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες,

ελέγχου σε γυναίκες αυτής της ηλικίας, χωρίς επιβαρυντικούς παράγοντες, είναι οριακή και χρειάζονται εκ των προτέρων ελεγχόμενες μελέτες για να καθορίσουν τη σκοπιμότητα του.

- γ. Αναφέρεται ότι πρέπει να γίνεται μαστογραφικός έλεγχος τουλάχιστον 1 φορά μεταξύ 35 και 40 ετών.
- δ. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας 40 – 49 ετών, συνίσταται μαστογραφικός έλεγχος κάθε ένα ή δύο χρόνια, ανάλογα με την υφή του αδένου και τους δείκτες αυξημένου κινδύνου.
- ε. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι το μικρότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο, μαστογραφιών είναι ένα έτος. Είναι όμως ενδεχόμενο ο γιατρός, με βάση τον κίνδυνο που διατρέχει η γυναίκα, την ηλικία κ.λ.π., να βραχύνει το μεσοδιάστημα αυτό.⁶

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Για την ώρα, δεν υπάρχουν παθολογικοί δείκτες, δηλαδή ουσίες που ανιχνεύσιμες να προδίδουν την ύπαρξη καρκίνου του μαστού, πριν γίνει κλινικώς αντιληπτός. Ορισμένες όμως ουσίες, όπως το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, οι υποδοχείς οιστρογόνων ή συνηθέστερα συνδυασμός τους, αποτελούν αρκετά αξιόπιστους προγνωστικούς δείκτες.

Η ανίχνευση των τιμών του CEA πραγματοποιείται σε ποικιλία κακοηθών και καλοηθών ογκικών εξεργασιών και είναι ιδιαίτερα αξιολογή και χρήσιμη στις παρακάτω περιπτώσεις :

- Στην προεγχειρητική αξιολόγηση των ασθενών.
- Στην μετεγχειρητική παρακολούθηση για την γρήγορη ανακάλυψη μεταστάσεων, ιδιαίτερα των ηπατικών.
- Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμοζόμενης θεραπείας (μείωση του είναι ενδεικτική καλής θεραπευτικής ανταπόκρισης)
- Στην εκτίμηση της διαφοροποίησης του όγκου (υψηλές τιμές CEA σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση του όγκου και αντίστροφα).⁶

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το υπερηχογράφημα στηρίζεται στην ιδιότητα των υπερήχων να μεταδίδονται με διαφορετική ταχύτητα στους διάφορους ιστούς και να αντανακλώνται ανάλογα με την πυκνότητα αυτών. Είναι μέθοδος μη αιματηρή, δεν εκθέτει το μαστό σε ακτινοβολία και αποτελεί μη μόνη απεικονιστική μέθοδο που διακρίνει τις κυστικές από τις συμπαγείς βλάβες. Στο υπερηχογράφημα τα ηχογενή στοιχεία εμφανίζονται φωτεινά, ενώ τα μη ηχογενή σκοτεινά.

Το υπερηχογράφημα είναι λιγότερο ακριβές στην αποκάλυψη καρκίνου σε παχύσαρκους μεταεμμηνοπαυσιακούς μαστούς και ανεπαρκές στην ανίχνευση μικροασβεστώσεων, ενώ μικρού μεγέθους καρκινώματα μπορούν να διαφύγουν από την εξέταση αυτή. Αντίθετα το υπερηχογράφημα προσφέρει σημαντική βοήθεια

στους έντονα ακτινοσκιερούς νεανικούς μαστούς καθώς και στην διαπίστωση κύστεων.

Ενδείξεις για υπερηχογραφικό έλεγχο αποτελούν :

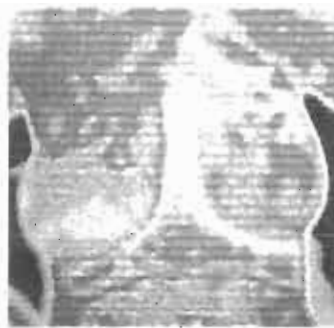
- > Νεαρές γυναίκες
- > Έγκυες γυναίκες
- > Πυκνοί ακτινοσκιεροί μαστοί
- > Ινοκυστική νόσος
- > Ψηλαφητή μάζα
- > Συμπληρωματικά σε μαστογραφία
- > Γυναίκες με πρόθεση μαστού
- > Γυναίκες που αρνούνται μαστογραφία
- > Πρόσφατο νεόπλασμα μαστού
- > Βοηθητικά στην καθοδήγηση παρακέντησης σε μη ψηλαφητά κυστικά μορφώματα.¹

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η Θερμογραφία αποτελεί χρήσιμη εξέταση για την διάγνωση του Κ.Μ. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Έτσι, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του Κ.Μ., αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου.

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη, συγκριτικά με την ξηρογραφία και τη μαστογραφία. Είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί α. σε ασθενείς με συμπτώματα, αλλά χωρίς σαφή σημεία καρκίνου και β. στο κλινικό στάδιο το Κ.Μ.

Το θερμογράφημα παρουσιάζει βασικά τη λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η θερμική κατανομή του δέρματος κατοπτρίζει κυρίως την κατάσταση των επιπολής και των εν τω βάθει φλεβών.⁶



Εικόνα 12

Καρκίνος στο στήθος

Από αυτήν την θερμική απεικόνιση, φαίνεται καθαρά ο καρκίνος του αριστερού μαστού ως μια άσπρη (ψυχρότερη) περιοχή.

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Η ξηρογραφική εικόνα χαρακτηρίζεται από ορισμένες ιδιότητες, που άλλοτε εξυπηρετούν και άλλοτε όχι την εξέταση.

α. Η ξηρογραφική εικόνα περιλαμβάνει μόνον ορισμένες οπτικές πυκνότητες. Ενισχύει τις πολύ μικρές διαφορές αντιθέσεων που υπάρχουν μεταξύ όγκου και των μαλακών ιστών που τον περιβάλλουν. Επίσης, όλα τα μέρη του ιστού που έχουν καλά καθορισμένα όρια διαγράφονται πολύ έντονα και καθαρά, ενώ οι διαφορές πυκνότητας μεταξύ μεγάλων περιοχών μειώνονται.

β. Η ποιότητα της εικόνας εξαρτάται από την ποιότητα της πλάκας σεληνίου.

Γενικά, η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.⁶

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέθοδος χρησιμοποιείται εδώ και 50 χρόνια με μικρή εστία ορατού φωτός μεγάλης ισχύος. Στη μέθοδο χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως προς το υπέρυθρο φως και έχουμε την δυνατότητα να βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό, αλλά και η εικόνα διαμέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή μεταφέρεται σε οθόνη τηλεόρασης και απεικονίζεται σε ειδικά φωτογραφικά φιλμ, ευαίσθητα στην υπέρυθη ακτινοβολία.

Η διαφανοσκόπηση του μαστού εξαρτάται από το λίπος και γενικά από την οπτική σύνθεση του δέρματος και του μαζικού αδένα, από την παρουσία κύστεων αδενωμάτων και νεοπλασιών.

Τόσο οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού, δίνουν διαφορετικά χρώματα στην διαφανοσκόπηση και κάνουν ορατές τις ανωμαλίες των φλεβών. Στις μαστοπάθειες, κυριαρχεί το ερυθρό χρώμα. Τα ιναδενώματα έχουν καφετί ή βαθύ ερυθρό χρώμα με σαφή όρια, ενώ οι καρκίνοι έχουν χρώμα από καφέ μέχρι βαθύ γκριζο, συχνά με ορατές αγγειακές ανωμαλίες.

Η διαγνωστική της ακρίβεια φθάνει το 76%.⁶

ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Με αυτήν ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικής στο κάτω άκρο του στέρνου με γενική νάρκωση. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.⁶

ΜΑΣΤΟΜΕΤΡΙΑ

Γίνεται με μανόμετρα που τοποθετούνται κάτω από το μαστό και καταγράφουν την θερμοκρασία του.⁶

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Με την εξέταση ανακαλύπτονται οι οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες, πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. Είναι πιο ευαίσθητη από ότι ο ακτινολογικός έλεγχος και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων.⁶

ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους διαμέσου των πόρων της θηλής. Έτσι, μπορούμε να διαγνώσουμε διευρυμένους ή παραμορφωμένους ή αποφραγμένους από νεοπλασία πόρους. Η εξέταση αυτή γίνεται, όταν υπάρχει εκροή υγρού από την θηλή και γίνεται, αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση υγρού.⁶

ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η αξονική τομογραφία του μαστού έχει την ικανότητα να αποκαλύψει ορισμένους καρκίνους του μαστού, που δεν γίνονται αντιληπτοί με άλλη μέθοδο. Επιτρέπει την απεικόνιση τόσο των μασχالياίων όσο και των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων, καθώς και των εν τω βάθει μαστικών και οπισθοματικών ιστών.

Έχουν απεικονισθεί όγκοι έως 2mm αλλά η κύρια συμβολή της αξονικής τομογραφίας είναι στους πυκνούς μαστούς όπου η μαστογραφία δεν είναι διαφωτιστική, καθώς και στις περιπτώσεις που η βιοψία των μασχالياίων λεμφογαγγλίων είναι θετική αλλά η μαστογραφία δεν αποκαλύπτει πρωτοπαθή εστία στο μαστό και τέλος σε μικρού μεγέθους καρκίνους που δεν ανιχνεύονται ούτε κλινικά ούτε μαστογραφικά.¹

6.4. ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό, εκτελείται, αφού εξαντληθεί κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. Ο τύπος της χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας που πραγματοποιείται είναι η βιοψία.

Έχουν περιγραφεί τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαζικού αδένα :

- Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση. Χρησιμοποιείται βελόνα Νο. 17 – 18 προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20 – 50 cm, που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και απορροφά υλικό.
- Η βιοψία με ολική εκτομή, δηλαδή η αφαίρεση του σγκιδίου που έχει διαγνωσθεί κλινικώς. Με τον τρόπο αυτό, πολλά φλεβικά και λεμφαγγειακά στελέχη τέμνονται και υπάρχουν κίνδυνοι διασποράς καρκινικών κυττάρων.
- Η βιοψία με τομή, δηλαδή η εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.

Η χειρουργική αυτή παρέμβαση χρειάζεται για την εντόπιση του καρκίνου, για την επιβεβαίωση της διάγνωσης ή για τον καθορισμό της έκτασης του καρκίνου. Κατά την περίοδο αυτή της διαγνωστικής διαδικασίας, η ασθενής και η οικογένεια της καταβάλλονται από άγχος και φόβο για την πορεία της εξέτασης.⁶

6.5 ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΔΕΣ

Το εύρημα ότι εγκαίρως διάγνωση δεν σημαίνει υποχρεωτικά βελτιωμένη συνολική επιβίωση δεν προκαλεί έκπληξη, μια και είναι γνωστό ότι ο καρκίνος του μαστού έχει ήδη συμπληρώσει 30 – 35 κύκλους διπλασιασμού πριν γίνει κλινικά αντιληπτός.

Η παρατήρηση ότι γυναίκες με καθυστέρηση 12 μηνών παρουσιάζουν την ίδια ή καλύτερη συνολική επιβίωση συγκριτικά με γυναίκες με καθυστέρηση 3 μηνών πρέπει να γίνει δεκτή με κάποιες επιφυλάξεις. Άρρωστες με καθυστέρηση 12 μηνών προέρχονται στην πραγματικότητα από ένα μεγαλύτερο υποθετικό πληθυσμό γυναικών, που καθυστέρησαν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, πέθαναν όμως πριν εισαχθούν στο Νοσοκομείο. Το μέγεθος του πληθυσμού αυτού δεν είναι γνωστό και επομένως το μέγεθος του σφάλματος δεν μπορεί να υπολογισθεί. Παρ' όλα αυτά η σημασία της παρατηρήσεως, ότι αξιόλογο ποσοστό των γυναικών με Κ.Μ. παρουσιάζει μεγάλη συνολική επιβίωση ανεξάρτητα από την αξιόλογη καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής συμβουλής και προφανώς ανεξάρτητα από την χορηγούμενη θεραπεία, δεν μειώνεται. Η παρατήρηση αυτή βρίσκεται σε συμφωνία με δημοσιευμένες ενδείξεις ότι 20% των γυναικών με Κ.Μ. ζουν για 5 χρόνια χωρίς θεραπεία.

Καταλήγοντας, μολονότι καθυστέρηση στη διάγνωση και θεραπεία του Κ.Μ. δεν ακολουθείται αναγκαστικά από μειωμένη συνολική επιβίωση, η παρατήρηση αυτή δεν πρέπει να εκληφθεί σαν ενθάρρυνση για μείωση των προσπαθειών για εγκαίρως διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν σήμερα αρκετές ενδείξεις ότι ο κίνδυνος θανάτου από Κ.Μ. μειώνεται σημαντικά στις γυναίκες που υποβάλλονται σε τακτική παρακολούθηση με προγράμματα μαζικού ελέγχου (screening) σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες.¹⁵

6.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού, του καρκίνου γενικότερα, δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των πρώτων έξι εβδομάδων από την διάγνωση, ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα

ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα.

Η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας εμπρός στην διάγνωση του καρκίνου, που καθορίζει και τη μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της νόσου και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν έχει μεγάλη σημασία. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να βοηθήσουν ουσιαστικά την οικογένεια να δεχθεί την νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοσθούν αποτελεσματικά.

Η νοσηλεύτρια, για να μπορέσει να βοηθήσει την ασθενή και την οικογένεια της σε αυτή την αρχική φάση, πρέπει να γνωρίζει ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική προσαρμογή.

Ο κυριότερος παράγοντας για αποτελεσματική προσαρμογή είναι η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Αυτή η επικοινωνία που στηρίζεται και ενθαρρύνεται από τη στάση τους προϋποθέτει ότι :

- Έχουν καταλάβει σωστά και έχουν συνειδητοποιήσει τη φάση της αρρώστιας της συζύγου και μητέρας.
- Έχουν την ικανότητα να ενημερώσουν και να συζητήσουν ανοιχτά το θέμα της αρρώστιας και της θεραπείας μεταξύ τους, αλλά και με το συγγενικό περιβάλλον.
- Έχουν μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση απέναντι στη διάγνωση που περιλαμβάνει το αρχικό shock, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και άγχος, ώσπου να φθάσουν να αποδεχθούν τη νέα πραγματικότητα.
- Ενθαρρύνονται μεταξύ τους να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους.

Από την πρώτη κιόλας στιγμή της διάγνωσης, η νοσηλεύτρια επηρεάζει με την στάση της το οικογενειακό περιβάλλον και συμβάλλει σημαντικά στην διαδικασία της προσαρμογής.

Μερικές από τις βασικότερες προϋποθέσεις για σωστή και ευαισθητοποιημένη ενημέρωση σχετικά με την διάγνωση περιλαμβάνουν :

- Απλή και κατανοητή πληροφόρηση για την διάγνωση με απλοποιημένες έννοιες όλων των ιατρικών όρων.
- Ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της, η οποία πρέπει να γίνεται σταδιακά.
- Ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, που πρέπει να βασίζεται στην ελπίδα για το μέλλον. Είναι απαραίτητο να συνειδητοποιήσουν τα μέλη της οικογένειας από την αρχή ότι η ζωή της μητέρας και συζύγου απειλείται άμεσα ή και αργότερα από την αρρώστια αυτή. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να πιστεύουν ότι ο αγώνας που αρχίζει δεν είναι μάταιος και να στηρίζουν τις προσδοκίες τους στην ελπίδα ότι θα γίνει καθετί δυνατό για να ξεπεραστεί η αρρώστια.
- Κατανόηση ορισμένων κοινών φυσιολογικών συναισθημάτων και αντιδράσεων, που η οικογένεια εκδηλώνει εμπρός στη διάγνωση.

Τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν μέρος μιας απαραίτητης διεργασίας που βοηθάει την οικογένεια να δεχθεί προοδευτικά την πραγματικότητα, να καταλάβει τη σοβαρότητα της αρρώστιας και να συνεργασθεί για την θεραπεία της. Περιλαμβάνουν το αρχικό shock που συνοδεύεται από άρνηση ή δυσπιστία να δεχθούν μια τόσο οδυνηρή πραγματικότητα. Ο θυμός είναι επίσης πολύ κοινή αντίδραση και εκφράζει τη βαθύτερη απελπισία και ένα αίσθημα αδικίας και διαμαρτυρίας όταν η οικογένεια θα αρχίσει να συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα της

αρρώστιας, περνάει από μια περίοδο κατάθλιψης, που είναι απαραίτητη για να αρχίσει μια συνειδητή διεργασία προσαρμογής στην νέα κατάσταση.

Πολύ πιο γρήγορα και θα προσαρμοσθεί η οικογένεια στη νέα κατάσταση και θα την αποδεχθεί, αν έχει την ευκαιρία να μοιραστεί με το περιβάλλον της αυτά τα συναισθήματα, αντί να τα καταπνίγει και να οδηγούνται τα μέλη της σε συναισθηματική απομόνωση. Επομένως, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας να εκφράζουν ανοιχτά όλα τα συναισθήματα τους, να εξηγήει ότι αυτά αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις εμπρός στη διάγνωση και να τα καθοδηγεί πώς να συμπεριφέρονται στο μέλος που πάσχει.⁶

6.7. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Οι περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις δεν προκαλούν σωματικό πόνο, γι' αυτό και δεν προκαλούν μεγάλη αναστάτωση, αλλά μνηύουν στην ασθενή ότι υπάρχει κάποιος λόγος να ανησυχεί σχετικά με την διάγνωση του καρκίνου. Από την ανησυχία αυτή ανακουφίζεται μόνο όταν η διάγνωση έχει τεθεί. Κάθε εξέταση που κάνει η ασθενής, κάθε νέο άτομο που συναντά, μπορεί να της αυξήσει το αίσθημα ότι χάνει τον έλεγχο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει τον έλεγχο της σε αυτό το άγνωστο περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με την ασθενή, με τα εξής :

- Ενημερώνοντας την για όλες τις εξετάσεις, στις οποίες θα υποβληθεί
- Εξηγώντας για ποιο σκοπό αποφασίστηκε η διενέργεια της εξέτασης
- Ενημερώνοντας την σχετικά με τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση και με το χρόνο διάρκειας της και,
- Αν είναι γνωστό από προηγουμένως, ενημερώνοντας την για πότε έχουν προγραμματισθεί οι εξετάσεις.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να εξηγήσει στην ασθενή την όλη διαδικασία, να την ενθαρρύνει και να την υποστηρίξει το διάστημα που εκείνη πρέπει να αποφασίσει για την συμμετοχή της στις διαγνωστικές διαδικασίες να δώσει την συγκατάθεση της και κατά τη διάρκεια τους. Ειδική προετοιμασία, όπως ειδική διαίτα, καθαρτικοί υποκλουμοί ή χορήγηση ηρεμιστικών, είναι συνήθως για πολλές διαγνωστικές εξετάσεις. Πριν από την προετοιμασία της ασθενούς, πρέπει η νοσηλεύτρια να εκτιμήσει την κατάσταση της. Η εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής :

- Βασική φυσική κατάσταση της ασθενούς. Τυχόν παρουσία αφυδάτωσης, πόνου, ικανότητας να σταθεί όρθια, δυνατότητα να παραμείνει ξαπλωμένη τουλάχιστον για μια ώρα.
- Αποτελέσματα που έχει η συγκεκριμένη προετοιμασία. Τι μπορεί να προκαλέσει στην ασθενή δηλαδή διάρροια, επιδείνωση αιμορραγίας ή αύξηση του πόνου.
- Αν η ασθενής είναι αλλεργική σε κάποιο φάρμακο που πρέπει να πάρει.
- Αν η ασθενής είναι ασταθής, αλλά η εξέταση είναι απαραίτητη, οφείλει η νοσηλεύτρια να συνοδεύει την ασθενή. Μέσα με τα οποία είναι δυνατή η εξασφάλιση της άνεσης και της ασφάλειας της ασθενούς.
- Αν χρειάζεται η χορήγηση παρεντερικών διαλυμάτων για την αντιμετώπιση αφυδάτωσης. Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή για την αντιμετώπιση των επιπλοκών της.

- ✓ Αν είναι απαραίτητη η χορήγηση αναλγητικών πριν από την εξέταση, για να αισθάνεται πιο άνετα.⁶

6.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ενημέρωση και η εν γένει αντιμετώπιση κάθε καρκινοπαθούς σπανίως είναι έργο ενός μόνου ατόμου. Συνήθως, σε αυτή συμβάλλουν πολλά άτομα. Τα άτομα αυτά, είτε μεμονωμένως, είτε κατά ομάδες αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοϋποστηρίζονται και φυσικά βρίσκονται υπό την επήρεια του κοινωνικού περιβάλλοντος, στο οποίο ζουν.

Για το καλό του ασθενούς απαιτείται συντονισμός των ενεργειών όλων των ατόμων που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του ασθενούς. Χωρίς συντονισμό, είναι δυνατόν ένας από τους εμπλεκόμενους στην αντιμετώπιση του ασθενούς να τορπιλίσει τις προσπάθειες όλων των άλλων. Συντονιστής αυτών των ενεργειών μπορεί να είναι η νοσηλεύτρια. Αυτή πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια. Να προσπαθεί να λύνει απορίες και να υποδεικνύει λύσεις στα προκύπτοντα προβλήματα.

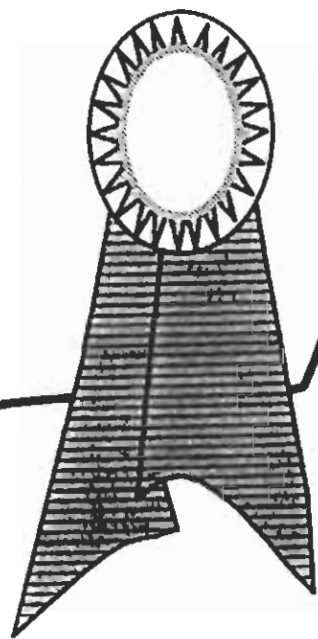
Είναι λοιπόν η νοσηλεύτρια ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της ενημέρωσης του ασθενούς. Από το είδος της προσωπικότητας της θα καθορισθεί ο τρόπος της ενημέρωσης και της εν γένει αντιμετώπισης του ασθενούς. Αν η ίδια καταλαμβάνεται από πανικό με την ιδέα του θανάτου και, επιπλέον, αν πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου ισοδυναμεί απαραίτητως και πάντοτε με το θάνατο, είναι αδύνατο να εμφυσήσει θάρρος και να δώσει ελπίδα στον ασθενή της.

Η νοσηλεύτρια που αντιμετωπίζει καρκινοπαθείς πρέπει να είναι πεπεισμένη ότι με τα σημερινά δεδομένα η διάγνωση του καρκίνου δεν συνεπάγεται απαραίτητα το θάνατο και, πολύ περισσότερο, δεν συνεπάγεται πάντοτε το θάνατο στο εγγύς μέλλον.

Πρέπει επίσης να γνωρίζει ότι ο ασθενής έχει ανάγκη την συμπαράσταση της από τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου μέχρι την αποθεραπεία του ή μέχρι το θάνατο του και όταν λέμε συμπαράσταση εννοούμε το ψυχολογικό στοιχείο της θεραπείας του καρκίνου.

Κεφάλαιο

7



ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1.A. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι κυτταροτοξικά, δηλαδή δηλητηριάζουν τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση τους δεν περιορίζεται στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο, και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει τα παθολογικά κύτταρα, χωρίς να επηρεάσει τα φυσιολογικά, π.χ. του μυελού των οστών.

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

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

- α. Από την μορφή και την ακριβή εντόπιση της νόσου.
- β. Από το στάδιο εξέλιξης της νόσου.
- γ. Από την κατάσταση της ασθενούς.
- δ. Από το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας.
- ε. Από τις συνήθειες και την πείρα των γιατρών.
- στ. Από την τακτική που εφαρμόζει το νοσοκομείο.

Η χημειοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού διακρίνεται σε δύο βασικές κατηγορίες : **α)** Σε εκείνη που σκοπεύει να συμπληρώσει τη θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου, δηλαδή τη χειρουργική, με σκοπό να καταστρέψει υπολείμματα όγκου που δεν είναι κλινικοεργαστηριακώς διαπιστώσιμα και ευθύνονται για την μελλοντική υποτροπή της νόσου (προφυλακτική χημειοθεραπεία) και **β)** Σε εκείνη που αφορά στην αντιμετώπιση ήδη διαπιστωμένων μεταστάσεων (αποδεδειγμένως γενικευμένη νόσος).⁶

B ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε την χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων, μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας, με σκοπό την καταστροφή των μη ορατών – αλλά υπαρκτών – μικρομεταστάσεων με επιδιωκόμενο αποτέλεσμα την αύξηση του ελεύθερου νόσου μεσοδιαστήματος, την αύξηση της τελικής επιβίωσης και την αύξηση του ποσοστού ίασης.

Από πρακτική άποψη, τρία είναι τα κριτήρια που προσδιορίζουν την εφαρμογή π.χ. συμπληρωματικής προς την μαστεκτομή

α. Η ικανότητα πρόβλεψης με υψηλό ποσοστό ακρίβειας των ασθενών εκείνων που έχουν μικρομεταστάσεις.

Προγνωστικά σημεία του κριτηρίου αυτού είναι :

- i. Μέγεθος του όγκου με όριο τα 2cm. Όγκοι μικρότεροι των 2cm (χωρίς διήθηση λεμφαδένων) θεωρείται ότι έχουν καλή πρόγνωση. Αντίθετα, σε μεγαλύτερους όγκους, η πιθανότητα μικρομεταστάσεων είναι αυξημένη και σε όγκους άνω των 4cm οι μικρομεταστάσεις είναι βέβαιες.
- ii. Διήθηση λεμφαδένων. Ο κίνδυνος απομακρυσμένων μεταστάσεων και πρώιμου θανάτου βρίσκεται σε στατιστικώς σημαντική σχέση με την έκταση προσβολής των λεμφαδένων. Έτσι, με 1-3 θετικούς λεμφαδένες η πιθανότητα μικρομεταστάσεων είναι 45%, με 4-7 είναι 59%, με 8-12 69% και με 13 και άνω φθάνει σε 87%.
- iii. Εντόπιση του όγκου. Η πιθανότητα μικρομεταστάσεων είναι αυξημένη στους όγκους του έσω ημιμορίου του μαστού (ταχύτερη διασπορά).
- iv. Ορισμένα ιστολογικά χαρακτηριστικά, όπως ο τύπος του καρκινώματος, ο βαθμός διαφοροποίησης, η αγγειακή και λεμφαγγειακή διήθηση κλπ.
- v. Ορμονοϋποδοχείς με την έννοια ότι στις περιπτώσεις με θετικούς υποδοχείς προγεστερόνης η πρόγνωση είναι ευνοϊκότερη, ενώ αντιστρόφως στις περιπτώσεις με αρνητικούς υποδοχείς (οιστρογόνων και προγεστερόνης) η τάση για ταχεία εξέλιξη της νόσου είναι πολύ εντονότερη και συγχρόνως δεν υπάρχει πιθανότητα να ανταποκριθούν οι ασθενείς σε οποιαδήποτε μορφή ενδοκρινικής αγωγής.
- vi. Τιμή του CEA στο πλάσμα.

β. Η δυνατότητα επιλογής αποτελεσματικών θεραπευτικών μέσων για την εξουδετέρωση των μικρομεταστάσεων. Έχει αποδειχθεί ότι η Προφυλακτική Χημειοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής των ασθενών, να αυξήσει την επιβίωση και να μικρύνει τον όγκο της πρωτοπαθούς εστίας και των μεταστάσεων. Επίσης, χημειοθεραπεία εφαρμοζόμενη αμέσως μετά την ριζική μαστεκτομή μπορεί να μειώσει τα ποσοστά των υποτροπών, χωρίς πάντως να επιμηκύνει την επιβίωση. Αν γίνει διάκριση των ασθενών σε προεμμηνοπαυσιακές και μεταμμηνοπαυσιακές, παρατηρείται ότι:

- i. Η Προφυλακτική Χημειοθεραπεία έχει ένδειξη στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες, διότι αυξάνει το ελεύθερο νόσου μεσοδιάστημα και την επιβίωση.
- ii. Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες η Προφυλακτική Χημειοθεραπεία δεν φαίνεται να προσφέρει πολλά και γι' αυτό ο κλινικός γιατρός πρέπει πρώτα να εκτιμήσει ορισμένα στοιχεία, όπως θετικούς λεμφαδένες, αρνητικότητα υποδοχέων, και συγχρόνως αυξημένο κίνδυνο.

Όσον αφορά στα θεραπευτικά σχήματα, καλύτερα αποτελέσματα δίνουν συνδυασμοί διαφόρων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, όπως τα σχήματα CMF, FAC, CVFMP (CMF + βινκριστίνη + πρεδνιζόνη), L-PAM-5FU (L-φαινυλαλανίνη + φθοριουρακίλη) κλπ.

Η θεραπεία πρέπει να ακολουθεί το γνωστό σχήμα των 6 μηνιαίων κύκλων τουλάχιστον. Η παράταση της αγωγής για άλλους 6 δηλαδή, για 12 συνολικώς κύκλους, δεν φαίνεται να έχει διαφορά στα τελικά αποτελέσματα, ενώ συνοδεύεται από όλα τα δυσάρεστα επακόλουθα επίτασης των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών και αδυναμίας ικανοποιητικής συμμόρφωσης των ασθενών στη θεραπεία.

Η δυνατότητα επίτευξης των στόχων της Προφυλακτικής Χημειοθεραπείας χωρίς υπέρμετρες, οξείες ή χρόνιες τοξικές επιδράσεις. Οι αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν φαίνεται να είναι σοβαρές ή να προκαλούν αντιδράσεις που να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Συνηθέστερα, παρουσιάζονται (ανάλογα και με το εφαρμοζόμενο σχήμα) παροδική αλωπεκία (40 – 70%), διάρροια, παροδικές παραισθήσεις, μικρή αύξηση του βάρους του σώματος και πρόωρη αμηνόρροια, η οποία σε νέες γυναίκες φαίνεται να είναι παροδική. Τέλος, ο δυνητικός κίνδυνος δευτερογενούς καρκινογένεσης από την Προφυλακτική Χημειοθεραπεία δεν έχει επιβεβαιωθεί στην κλινική πράξη από την προφυλακτική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών σχημάτων.

Γ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ως γενικευμένο Κ.Μ. εννοούμε τον καρκίνο που βρίσκεται στο στάδιο IV, όπου έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις. Η χημειοθεραπεία άρχισε να εφαρμόζεται στο 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο και είναι προϊόν πολεμικών ερευνών. Ο αζωθυπερίτης είναι ένα από τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν στον καρκίνο γενικά και στον καρκίνο του μαστού ειδικά.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Σήμερα, τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται στις εξής κατηγορίες :

α. Αλκυλιόντες παράγοντες : Αυτά επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν την λειτουργία των νουκλεϊκών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο, κυρίως στην προμιτωτική φάση. Τέτοια φάρμακα είναι :

- Κυκλοφωσφαμίδη (Cytosan, Endoxan)
- Μεχλωραιθαμίνη (Mustargen)
- Μελφαλάνη (Alkeran, Melphelen)
- Χλωραμβουκίλη (Leukeran)
- Τριαιθυλενική θειοφωσφοραμίδη (Thiotepa)

β. Αντιμεταβολίτες : Μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για την βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφώνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν την δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου, που γίνεται η σύνθεση του DNA. Τέτοια φάρμακα είναι :

- 5 – Φλουοροουρακίλη (Fluorouracil)
- Μεθοτρεξάτη (Methotrexate)

γ. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης . (Παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA – RNA και επομένως τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων). Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.

- Τέτοια είναι :
- Βινμπλαστίνη (Velbe)
- Θεική βινκριστίνη (Oucovin)
- Θεική βιντεσίνη (Gedisine)

δ. Αντιβιοτικά με δράση όμοια με τη δράση των αναστολέων της κυτταρικής μίτωσης. Τέτοια είναι :

- Υδροχλωρική δοξορουμπικίνη ή αδριαμυκίνη (Adriplestina)
- Κρυσταλλική μιτομυκίνη (Mitomycin – C).
- Μπλεομυκίνη (Bleocin)

Δαουνορουβικίνη (Daunorubicin, Daunomycin, Rubidomycin)

Υδροχλωρική μιτοξανδρόνη (Novautrone)

ε Ορμόνες Χρησιμοποιούνται στην θεραπεία του καρκίνου, επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού.

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

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. Αυτές οι περιόδους βοηθούν τον οργανισμό να συνέλθει από ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας.⁶

7.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εγχειρητική Αντιμετώπιση

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού συνεχίζει να εξελίσσεται ακόμα μέχρι και σήμερα σε μια προσπάθεια να βρεθεί η ιδεώδης γραμμή μεταξύ της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και της νοσηρότητας.

Είναι σαφές ότι ο καρκίνος του μαστού είναι από βιολογικής πλευράς μια ετερογενής ομάδα νόσων και καμία απλή υπόθεση δεν εξηγεί την συμπεριφορά του.

Το είδος της χειρουργικής επέμβασης που προτείνεται σε κάθε άρρωστο με καρκίνο του μαστού πρέπει να στηρίζεται στην πείρα του αποκτάται από τις κλινικές μελέτες σε μια προσπάθεια να επιτευχθεί το άριστο θεραπευτικό πλάνο.

Πολλοί ασθενείς (85% των περιπτώσεων) χωρίς περιφερικές μεταστάσεις (στάδιο I, II), είναι κατάλληλοι για κάποιο είδος μαστεκτομής η οποία προσφέρει εξαιρετικό τοπικό έλεγχο της νόσου και σημαντικά βελτιωμένη επιβίωση για τα πρώιμα τουλάχιστον στάδια.

Οπωσδήποτε συντηρητικότερες επεμβάσεις με διατήρηση του μαστού είναι μια κατάλληλη εναλλακτική πρόταση για προσεκτικά επιλεγμένους αρρώστους. Πολλοί πιστεύουν ότι για πρώιμη νόσο (στάδιο I, II) κανείς άρρωστος δεν πρέπει να αφήνει το χειρουργικό τραπέζι χωρίς μαστό. Πρόσφατες πρόοδοι στην χειρουργική αποκατάσταση ως επίσης και περιορισμένες εκτομές συνδυαζόμενες με ακτινοβολία θεωρούνται οι βασικές διαθέσιμες θεραπείες εκλογής.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σε στάδια I, II και σε μερικές περιπτώσεις και σε στάδιο III.

Το 1971, μια μελέτη έδειξε ότι το 75% των χειρουργών εκτελούσαν ριζική μαστεκτομή και 15% μόνο τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Μετά το 1982 πλέον του 90% των χειρουργών έχουν καθιερώσει την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

Λίγα χρόνια αργότερα οι συντηρητικότερες επεμβάσεις με διατήρηση του μαστού κερδίζουν συνεχώς έδαφος.⁸

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει :

ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Το 1984, οι Halsted και Mayer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή, η οποία εξακολουθεί να παραμένει η μέθοδος εκλογής αρκετών γιατρών. Συνίσταται στην χειρουργική αφαίρεση του μαζικού αδένου, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχालιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Σημειώνεται ότι στις παραπάνω διεργασίες αφαιρούνται και το δέρμα και η θηλή.

Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I ή II σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας.

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομή θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους μέχρι 2cm και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες αναπτύσσει τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3cm το ποσοστό υποτροπής είναι 85 – 90%. Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί, το ποσοστό υποτροπής πέφτει στα 25%

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

Παραλλαγές της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλειδίων λεμφαδένων. Τα αποτελέσματα της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της ριζικής μαστεκτομής.⁶

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ.

Ο τύπος αυτός για τη χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιγράφηκε πρώτα από τους Patey και Duson, το 1938. Συνίσταται στην αφαίρεση του μαζικού αδένου και των λεμφαδένων της μασχάλης ενώ διατηρούνται οι θωρακικοί μύες.

Με την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή, δεν έχουν επιτευχθεί μόνο καλύτερα κοσμητικά αποτελέσματα, αλλά και αύξηση του ποσοστού επιβίωσης, σε σύγκριση με αυτό της ριζικής μαστεκτομής, σε επιλεγμένες περιπτώσεις και στα αρχικά στάδια (I και II) της νόσου.

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδος στον καρκίνο του μαστού σήμερα.

Όσον αφορά την τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια επιτυγχάνεται έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί με την τομή αυτή να φοράει φορέματα ή ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά.



Εικόνα 13 α

Τρόπος τομής του δέρματος στην τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
(Ashikari R, Surg Clin North Am 1984)

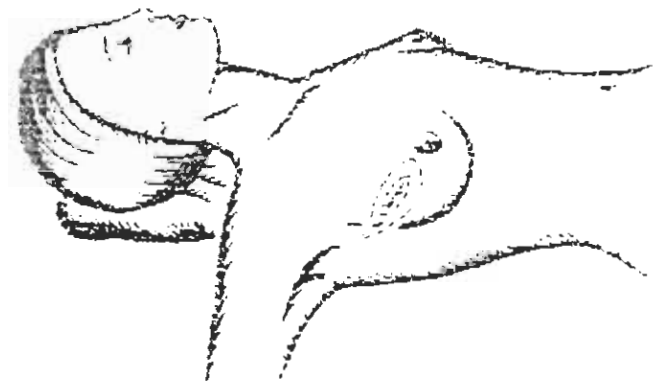
ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η μερική μαστεκτομή, εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2cm ή και μικρότερων, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια, αλλά επειδή έχει επισημανθεί αλλαγή της θέσης της θηλής και της θηλαίας άλω, τελευταία η τομή γίνεται γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας. Από αυτήν αφαιρούνται τα περίξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχάλιατοι αδένες. Η διαδικασία των παραπάνω στοιχείων και του καθαρισμού της μασχάλης φαίνεται στις εικόνες⁶



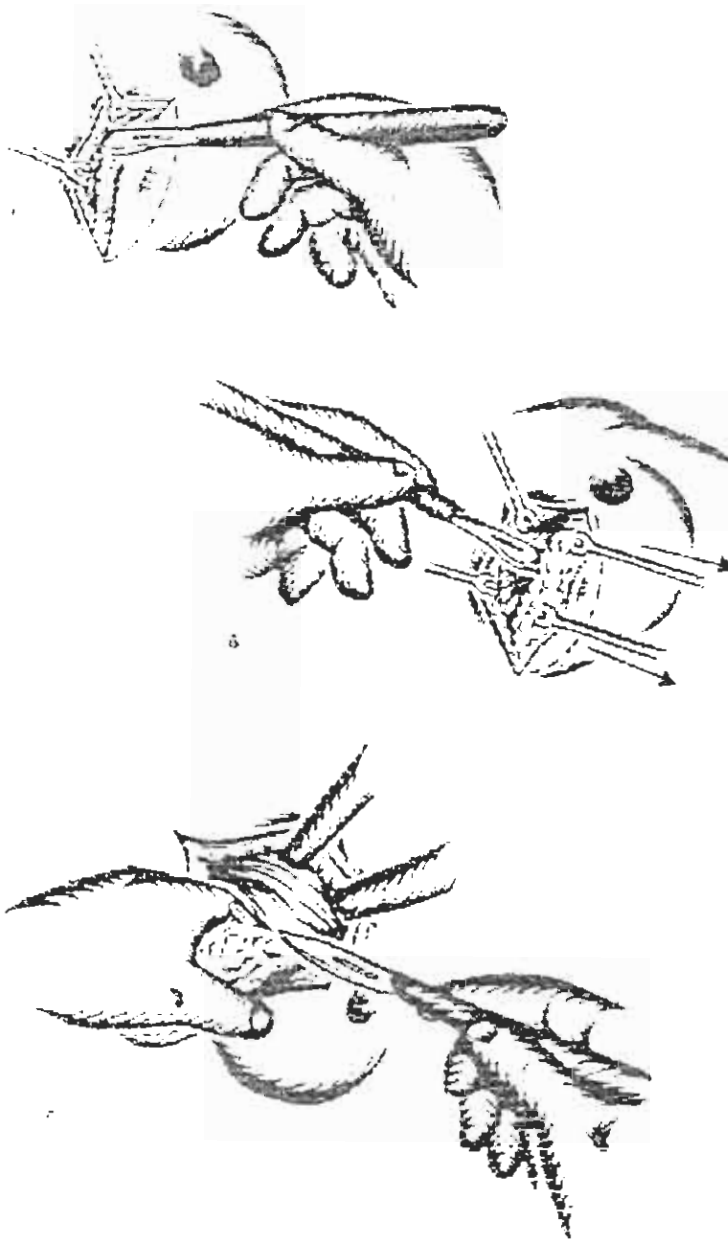
Εικόνα 13 β.

Τύπος τομής που γίνεται στην μερική μαστεκτομή



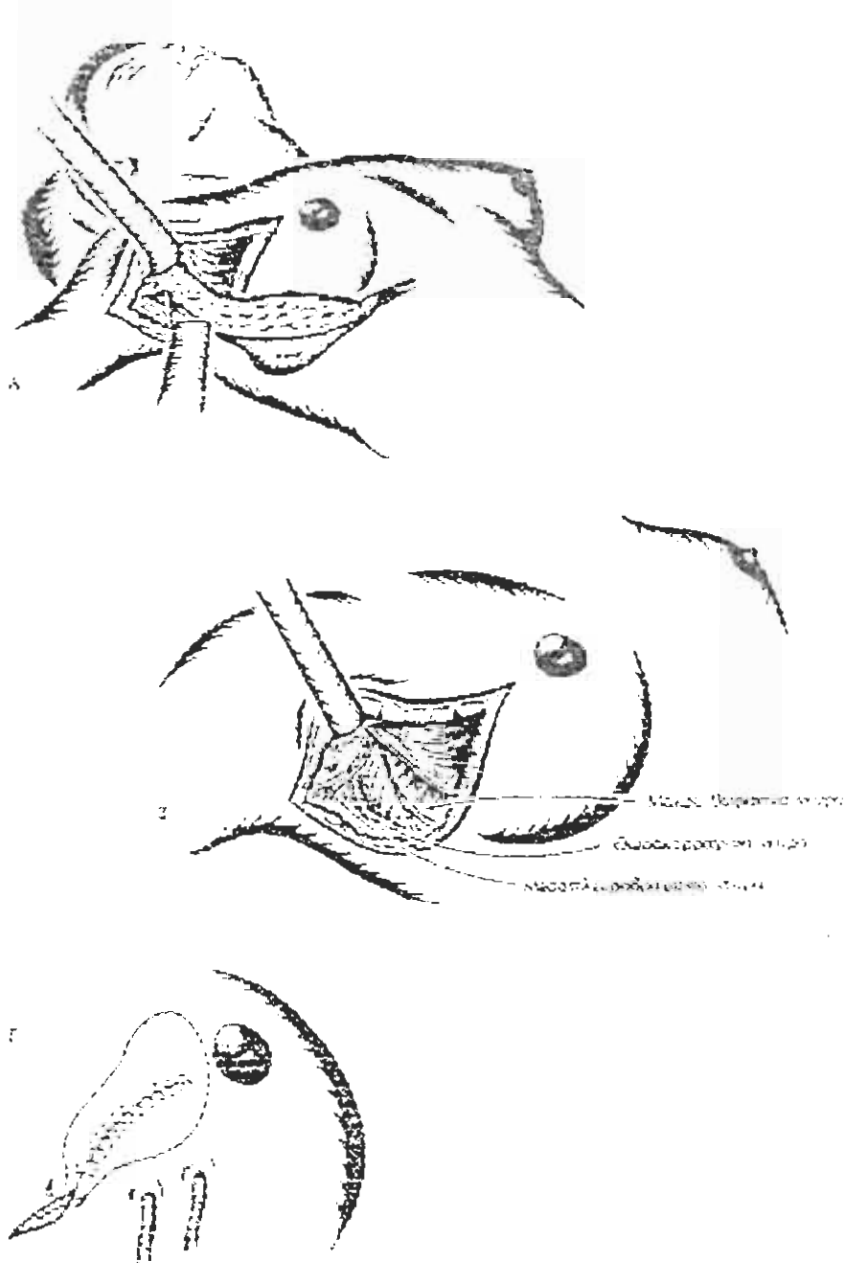
Εικόνα 13 γ

Ελλειπτική τομή γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας.



Εικόνα 13 γ.

A : Διατομή των σιβάδων του δέρματος, B : Εκτομή ιστολογικού παρασκευάσματος,
Γ : Διατομή του ελάσσονος από το μείζονα θωρακικού μυ.



Εικόνα 13.8.

A : Διερεύνηση της μασχάλιαίας κοιλότητας. Β : Ολοκληρωμένη εκτομή του μαστού και των μασχάλιαίων λεμφαδένων. Γ : Ολοκλήρωση της επέμβασης.

ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μερικούς όγκους (2cm ή και μικρότερους), εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Γίνεται σε ηλικιωμένες ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται συνήθως με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.⁶

ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με κλινικώς ή και μαστογραφικώς εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συχνά δεν ξεπερνούν τα 3cm σε μέγεθος και δίχως κλινικώς ψηλαφητούς λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του

όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από την μάζα του. Αφαιρούνται ταυτόχρονα 2cm φυσιολογικού ιστού που περιβάλλουν τον όγκο.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί, ώστε κατά την εγχείρηση να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος, το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης της ακτινοθεραπείας.

Βέβαια, για το ποια είναι η καλύτερη επέμβαση, με την οποία θα επιτύχουμε και αύξηση της επιβίωσης και καλό αισθητικό αποτέλεσμα, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις γιατρών και ερευνητών.

Τα διάφορα αίτια, στα οποία οφείλονται οι παραπάνω διαφορές είναι :

- Η φύση της νόσου.
- Η φύση της θεραπείας.
- Η ανθρώπινη φύση.⁶

7.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι επίσης μια από τις βασικές μεθόδους θεραπείας του καρκίνου μαστού.

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπευτική του μαστού ως βασικό σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με την ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία στο Κ.Μ. μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- α. Ως το κύριο μέσο θεραπείας, όταν δεν γίνεται εγχείρηση
- β. Μετεγχειρητικώς, ως συμπληρωματική θεραπεία της προηγηθείσας εγχείρησης.
- γ. Επί ανεγχείρητων περιπτώσεων, όταν η χειρουργική επέμβαση δεν είναι δυνατή λόγω της τοπικά προχωρημένης κατάστασης.
- δ. Παρηγορητικά, επί μεταστάσεων ή υποτροπών.
- ε. Για ακτινική στείρωση (καταστροφή των ωοθηκών με ακτινοβολήση).

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της ακτινοθεραπείας είναι :

- α. Το είδος της ακτινοβολίας
 - β. Η δόση της ακτινοβολίας
 - γ. Ο ρυθμός δόσης.
 - δ. Το είδος του ιστού.
 - ε. Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.
 - στ. Η θερμοκρασία που έχει σχέση επίσης ανάλογη με την ακτινοευαισθησία.
- Η θερμοκρασία επηρεάζει το βαθμό κυκλοφορίας και επομένως την οξυγόνωση του ιστού.

Τρόποι εφαρμογής ακτινοθεραπείας : Η ακτινοθεραπεία του Κ.Μ. μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

- α. **Εξωτερική ακτινοθεραπεία.** Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με :
 - Ακτίνες X, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα.

- Ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες, π.χ. κοβάλτιο 60.

β) **Εσωτερική ακτινοθεραπεία** με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 (Ir - 192), το οποίο με στερεά μορφή βολονιά 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 περιφερικούς ιστούς από πιθανή καταστροφή. Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται στην ασθενή συνήθως δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση θεραπευτικού σχήματος εξωτερικής ακτινοβολήσης 5 εβδομάδων.⁶

7.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γενική ιδέα της θεραπείας του Καρκίνου Μαστού με ενδοκρινικούς χειρισμούς στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ορμόνες επιτελούν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και στην διατήρηση του φυσιολογικού μαζικού ιστού, ρυθμίζοντας την κυτταρική λειτουργία, με επακόλουθο η κυτταροκινητική ενός όγκου του μαστού να εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την πυκνότητα και τις σχέσεις ορισμένων υποδοχέων.

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

Πέρα από το ειδικό κριτήριο των ορμονικών υποδοχέων, πρέπει να εξετάζει κανείς όλους τους προγνωστικούς παράγοντες. Σχετικά με την ηλικία, πρέπει να τονισθεί ότι οι πολύ νέες ασθενείς (κάτω από τα 30) καθώς και οι πολύ ηλικιωμένες (πάνω από τα 80) απαιτούν πιο εξειδικευμένη και εξατομικευμένη θεραπεία.

Απόκριση στην ορμονοθεραπεία αναμένεται :

- Σε ασθενείς με όγκο που αναπτύσσεται με βραδύ ρυθμό (δηλαδή σε περιπτώσεις που μεταξύ της διάγνωσης και της εμφάνισης μεταστάσεων παρεμβάλλεται μακρό χρονικό διάστημα).
- Σε ασθενείς με μεταστάσεις σε οστά και μαλακά μόρια ή στον υπεζωκότα.
- Σε πολύ ηλικιωμένες ασθενείς.
- Σε ασθενείς που είχαν εμφανίσει προηγουμένως καλή απόκριση.

Οι ορμονικοί χειρισμοί είναι αναφορικά οι ακόλουθοι :

Ωοθηκτομή

Επινεφριδεκτομή (δεν γίνεται σήμερα)

- Χορήγηση οιστρογόνων

- Χορήγηση ανδρογόνων

Χορήγηση αντιοιστρογόνων (Tamoxifen)

Χορήγηση γλυκοκορτικοειδών

- Χορήγηση αμινογλουτεθιμίδης
- Χορήγηση προγεστερόνης.⁶

Η Ταμοξίφεν είναι μια συνθετική αντιοιστρογονική ουσία. Βρίσκεται στο προσκήνιο από την 10ετία του '70 και αρχικά χρησιμοποιήθηκε στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Τα τελευταία, όμως, 10-15 χρόνια χρησιμοποιείται στον εγχειρίσιμο καρκίνο του μαστού σαν επικουρική θεραπεία.

Η Ταμοξίφεν είναι μια από τις πλέον δραστικές αντινεοπλασματικές ουσίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται σήμερα στην θεραπεία. Αυτή, παγκοσμίως αποτελεί την επικουρική ή την παρηγορική θεραπεία εκατομμυρίων γυναικών με καρκίνο του μαστού. Έχει υπολογισθεί ότι, στις ΗΠΑ στο τέλος του αιώνα, ο αριθμός των γυναικών που θα λαμβάνει ταμοξίφεν για θεραπεία ή πρόληψη του καρκίνου θα ανέρχεται σε 500000. Παγκοσμίως δε ο αριθμός αυτός θα μεταφράζεται σε εκατομμύρια γυναικών.⁶

7.5 ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις ημέρες μας η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται είναι το BGG μπορεί να συνδυασθεί με αδριαμυκίνη (Adriblastin), φθοριουρακίλη (Fluονουvacill) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.⁶

7.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η θεραπεία με χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες στον οργανισμό των ασθενών. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη χημειοθεραπεία είναι :

- α Καταστολή του μυελού των οστών με αποτέλεσμα να προκαλείται λευκοπενία, θρομβοπενία, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή.
- β Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα με ναυτία και εμετό, διάρροια, στοματίτιδα.
- γ Αλωπεκία.
- δ Νευροτοξικότητα.
- ε Νεφροτοξικότητα.
- στ Προβλήματα με το γεννητικό σύστημα.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Καταστολή του μυελού των οστών

Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Η θεραπευτική αγωγή είναι ουσιαστικά υποστηρικτική, για να προστατεύσει δηλαδή την ασθενή κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής αναγεννητικής λειτουργίας του μυελού των οστών.⁶

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.

α. Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

β. Εξηγούνται στην ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, η οποία μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία, ρίγη, βήχας, οίδημα ή ερυθρότητα, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης.

γ. Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

δ. Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου και οι συγγενείς φορούν μάσκα, γάντια και ποδιά κατά την παραμονή τους στο δωμάτιο της. Σε περίπτωση που κυκλοφορεί η ίδια στο διάδρομο, συνίσταται να φοράει μάσκα.

ε. Αποφεύγεται η λήψη ωμών φρούτων και φαγητών, επειδή αυξάνεται ο κίνδυνος για μετάδοση νόσου, μια και δεν απολυμαίνονται με τον βρασμό.

στ. Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική ατομική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χειρών με αντισηπτικά υγρά, όπως το Betadine Scrub.

ζ. Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα (απολυμαίνεται).

η. Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση σιέλου και αλλάζει το ΡΗ της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό και δεν συνίσταται.

θ. Μετά τη χρήση της τουαλέτας, πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.

ι. Όταν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

ια. Με εντολή γιατρού, ενισχύεται η ασθενής με αντιβιοτικά.

ιβ. Μετά την έξοδο 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 αυξημένος αριθμός των ατόμων αυξάνει τις πιθανότητες μετάδοσης κάποιας νόσου.

ιγ. Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώδεις ή μεταδοτικές νόσους.⁶

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:

α. Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής. Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από $50000/\text{mm}^3$, πρέπει να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.

β. Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για πετεχειες ή αιματώματα, τις διάφορες κοιλότητες (μύτη – στόμα) για ρινο-ουλορραγίες.

γ. Αρτηριακή πίεση του αίματος : σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.

δ. Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων (μελάνιασμα). Ουλορραγίες, ρινοραγίες, αιματοουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πτύελα, μέλαινα κένωση.

ε. 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. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή ή υποδόρια ένεση να γίνεται γνωστή στον γιατρό.

στ. Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κλπ, πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.

ζ. Αποφεύγει τη θερμομέτρηση από τον πρωκτό.

η. Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.

θ. Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαίτερος σαλικυλικά, αν δεν συμβουλευθεί πρώτα το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Ενισχύει επίσης την τοξική δράση της μεθοτρεξάτης.

ι. Δίνει συμβουλές στην ασθενή, ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη αιμοραγίας. Τέτοιες συμβουλές είναι :

- Αποφυγή αθλοπαιδιών, επειδή αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού και κακώσεων.
- Να φροντίζει το στόμα της πρωί – βράδυ μετά το φαγητό.
- Για τον καθαρισμό των δοντιών, προτιμάται η χρησιμοποίηση μαλακής και όχι σκληρής οδοντόβουρτσας προς αποφυγή τραυματισμού και αιμορραγίας των ούλων.
- Να αποφεύγει τις σκληρές τροφές που τραυματίζουν στόμα και ούλα.
- Να συμβουλευθεί τον οδοντίατρο για προληπτική φθορίωση των δοντιών.
- Να είναι ιδιαίτερα προσεκτική να μην καεί, όταν σιδερώνει ή μαγειρεύει. Να χρησιμοποιεί ειδικά γάντια, όταν βάζει τα χέρια της στο φούρνο.
- Να φοράει ειδικά γάντια, όταν ασχολείται με την κηπουρική ή βρίσκεται κοντά σε λουλούδια με αγκάθια.
- Να αποφεύγει τη δυσκοιλιότητα με τη βοήθεια υπακτικών φαρμάκων (κατόπιν εντολής γιατρού).

ια. Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, όπως να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά την μετάγγιση, παρακολουθείται η ροή του καθώς και η ασθενής για σημεία αντίδρασης από το αίμα.⁶

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 :

α. Να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη, ο αιματοκρίτης και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

- β. Να χορηγούμε τροφές πλούσιες σε λευκόμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα.
- γ. Συνίσταται η ελάτωση των δραστηριοτήτων της.
- δ. Η αποφυγή κόπωσης (αυξάνονται οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο).
- ε. Συνίσταται καλή και επαρκής ανάπαυση.
- στ. Να περιορίζεται καλά το δυνατόν η απώλεια αίματος.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα.

Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Τα ταχέως πολλαπλασιαζόμενα επιθηλιακά κύτταρα της γαστρεντερικής οδού είναι ιδιαιτέρως ευπαθή και μπορεί να συμβεί σοβαρή βλάβη στο βλεννογόνο της (γλωσσίτιδα, ουλίτιδα, ελκωτική εντερίτιδα, γαστρίτιδα). Οι πιο συχνές διαταραχές είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια και η στοματίτιδα.

Ναυτία και έμετος:

Η ναυτία και ο έμετος είναι συμπτώματα που είναι δυνατόν να εμφανισθούν πριν από την θεραπεία ή αμέσως μετά από αυτή ή να καθυστερήσουν 6-12 ώρες και διαρκούν συνήθως 24 ώρες ή και περισσότερο.

Μολονότι η ναυτία και ο έμετος σχετίζονται με την δόση του φαρμάκου, η εμφάνιση και η ένταση τους συνήθως εξαρτώνται από την ανοχή της ασθενούς στα κυτταροστατικά καθώς επίσης και από τα θεραπευτικά σχήματα που εφαρμόζονται.

Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί τη συχνότητα των εμέτων, το χαρακτήρα και την ποσότητα.
- Παρακολουθεί την θρέψη της ασθενούς, την ανορεξία ή την αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει.
- Εξηγεί ότι η πιθανότητα εμφάνισης ναυτίας και εμέτων ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και ότι ορισμένες ασθενείς δεν έχουν ποτέ αυτά τα συμπτώματα.

Λαμβάνονται προληπτικά μέτρα, όπως :

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού) πριν την έναρξη της θεραπείας και ανα εξάωρο (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. Δεν είναι ακόμη γνωστό, αν η βάση της ανταπόκρισης της ασθενούς είναι φαρμακολογική ή ψυχολογική και πιθανώς να εξαρτάται από την αντίδραση του κάθε ατόμου. Τα αντιεμετικά δρούν αποτελεσματικότερα, αν δίνονται τακτικά, ώστε να εξασφαλισθεί σταθερό επίπεδο αυτών στο αίμα.
- 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.
- Δίνονται κομμάτια πάγου, μόλις παρουσιασθεί ναυτία, και παροτρύνεται η ασθενής να φάει λίγη φρυγανιά.
- Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- 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.
- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες. Αποφεύγονται οι σκληρές τροφές, γιατί δυσκολεύουν την πέψη και την κένωση του στομάχου.

- Αποφεύγονται οι τροφές με έντονα ή δυσάρεστα αρώματα, γιατί αυξάνουν τη ναυτία και τον εμετό.
- Αποφεύγονται τα υγρά κατά τη διάρκεια του φαγητού για να μην γεμίζει το στομάχι με υγρά· δυνατόν να χορηγηθούν υγρά τουλάχιστον μια ώρα πριν ή μετά το φαγητό.
- Αποφεύγονται τα γλυκά, τα τηγανιτά και τα λιπαρά φαγητά.
- Η ασθενής διδάσκεται να τρώει σιγά, μικρές ποσότητες κάθε φορά και να μη μιλάει κατά τη διάρκεια του φαγητού, ώστε να αποφεύγεται η αεροφαγία.
- Συνιστάται καλή μάσηση της τροφής για να διευκολύνεται η πέψη.
- Συνιστάται η χορήγηση τόστ, κράκερς, δημητριακών, τα οποία βοηθούν στην ανακούφιση της δυσφορίας του στομάχου.
- Αποφεύγεται η λήψη βαριάς τροφής αμέσως πριν από τη χημειοθεραπεία.
- Λαμβάνονται κρύα, χωρίς ζάχαρη αναψυκτικά, όπως χυμός μήλου ή πορτοκαλιού, λεμονάδες κλπ.
- Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή, επειδή η δραστηριότητα επιβραδύνει την πέψη και αυξάνει την δυσφορία.
- Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, αφαιρούνται οι ξένες οδοντοστοιχίες η παρουσία ξένων αντικειμένων στο στόμα συχνά τείνει να προκαλέσει εμετό.
- Σε περίπτωση που η ασθενής αισθάνεται ναυτία, ενθαρρύνεται να αναπνέει βαθιά από το στόμα.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμετών με :

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Αν δεν υπάρχει εντολή, επικοινωνούμε με το γιατρό για την εντολή χορήγησης αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια για τους εμετούς της ασθενούς. Πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειασθεί ενυδάτωση, αν συμβεί διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών.
- Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας, όπως η διατήρηση της ασθενούς καθαρής και περιποιημένης χωρίς την κακοσμία εμετών, φαγητών ή άλλων δυσάρεστων οσμών. Αποφεύγονται επίσης οι δυνατοί θόρυβοι και οι συζητήσεις για δυσάρεστα πράγματα.
- Ενημέρωση της ασθενούς, πως η ναυτία και οι εμετοί είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
- Διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης.
- Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς καθώς και συμμετοχή της οικογένειας της στον προγραμματισμό και το σχεδιασμό της φροντίδας της.⁶

Διάρροια

Μπορεί να παρουσιασθεί ανάλογα με το χορηγούμενο φάρμακο και από την πρώτη ημέρα της θεραπείας. Λύση δίνουν, οπωσδήποτε, τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα σε σοβαρές καταστάσεις, στις οποίες οφείλεται η ισορροπία των ηλεκτρολυτών.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί :

- α. Το χρώμα, την ποσότητα και την περιεκτικότητα της διαρροϊκής κένωσης.
- β. Την ασθενή για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- γ. Την συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών :

- α. Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο όπως γνωρίζουμε, η κυτταρίνη βοηθάει στην κένωση του εντέρου.
- β. Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα, φασόλια, ξηρούς καρπούς, γλυκά, χορταρικά, λάχανα, φρούτα, κουνουπίδι και γενικά τροφές που περιέχουν ίνες και αφήνουν μεγάλο υπόλειμμα.
- γ. Αποφεύγεται το γάλα και γενικά τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αν υπάρχει ένδειξη επίτασης της διάρροιας.
- δ. Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η καθημερινή τάξη στα γεύματα ομαλοποιεί τη λειτουργία του εντέρου.
- ε. Χορηγεί υδρική διαίτα, για να βοηθήσει το έντερο να ξεκουραστεί.

Προσφέρει βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με :

- α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με οδηγία γιατρού καθώς και ενημέρωση αυτού, αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή μπορεί να χρειασθεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου του ύδατος και των ηλεκτρολυτών.
- β. Χορήγηση άφθονων υγρών για την αντικατάσταση αυτών που χάθηκαν ιδιαίτερα ελαφρών υγρών, όπως το νερό, το τσάι, οι χυμοί φρούτων ή η αραιή σούπα. Η θερμοκρασία των λαμβανομένων υγρών πρέπει να είναι ανάλογη της θερμοκρασίας του δωματίου. Δεν πρέπει να λαμβάνονται πολύ ζεστά ή παγωμένα.
- γ. Χορήγηση τροφών που περιέχουν κάλιο, όπως μπανάνες, πορτοκάλια και πατάτες. Με την διάρροια, έχουμε αποβολή καλίου. Η χορήγηση των παραπάνω τροφών βοηθάει στη διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου.
- δ. Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου, για την πρόληψη ερεθισμού.
- ε. Όταν η ασθενής αισθανθεί καλύτερα, προσθέτουμε στο διαιτολόγιο μας σταδιακά τροφές που δεν περιέχουν ινώδη άπεπτα στοιχεία, όπως ρύζι, κρέμα δημητριακών, μπανάνες, τοστ, κράκερς κλπ.⁶

Στοματίτιδα - Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά την χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει. Η παραπάνω εξεργασία είναι αποτέλεσμα της μεγάλης καταστροφής των κυττάρων του βλεννογόνου, χωρίς να υπάρχει ανάλογη αναγεννητική ικανότητα των κυττάρων, με συνέπεια κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση.

Η νοσηλεύτρια λαμβάνει τα ακόλουθα μέτρα, που βοηθούν στην πρόληψη της στοματίτιδας :

α. Λήψη οδοντιατρικού ιστορικού :

Παρουσία οδοντοστοιχιών.

- Ιστορικό ουλίτιδων ή άλλων παθολογικών εξεργασιών.
- Συνήθειες της ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.
- Ανάγκη επίσκεψης οδοντιάτρου για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος.

Ιστορικό στοματίτιδας.

Κάπνισμα.

- β. Ελέγχει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς και την αξιολογεί με βάση την υγρασία, το χρώμα, τις οδοντοστοιχίες και τα υπάρχοντα σφραγίσματα.
- γ. Διδάσκει την ασθενή πώς να εξετάζει το στόμα της και την ενθαρρύνει να αναφέρει σημαντικές αλλαγές.
- δ. Εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.
- ε. Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή να :
 - Βουρτσίζει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα δύο φορές την ημέρα. Η χρήση σκληρής οδοντόβουρτσας μπορεί να καταστρέψει τους μαλακούς ιστούς του στόματος.
 - Κάνει ελαφρό μασάζ στα ούλα για να διευκολυνθεί η κυκλοφορία.
 - Καθαρίζει το στόμα της τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα με διάλυμα σκόνης σόδας και νερού.
 - Χρησιμοποιεί βαζελίνη ή βούτυρο κακάο για τα χείλη της τρεις φορές την ημέρα.
- στ. Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου.
- ζ. Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, πράγμα που τη βοηθάει να τρώει ευκολότερα :
 - Να πίνει άφθονα υγρά.
 - Να τρώει τροφές που αποδίδουν υγρασία, όπως φρούτα και παγωτά.
 - Μαγειρεμένη τροφή είναι καλύτερα να πολτοποιείται για να καταπίνεται πιο εύκολα.
 - Να προσπαθεί να τρώει μαλακές και κρύες τροφές, όπως παγωτά, κομμάτια πάγου, καρπούζι, πουτίγκα κλπ. Αν φάει γλυκά, πρέπει αμέσως μετά να πλύνει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα, για να τα προστατέψει από το να φθαρούν και να σαπίσουν.

Αν εμφανισθεί στοματίτιδα, η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί τα ακόλουθα θεραπευτικά μέσα :

- α. Συνεχής εκτίμηση της κατάστασης του στοματικού βλεννογόνου.
- β. Τρεις ως τέσσερις φορές την ημέρα καθαρίζει τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς με φυσιολογικό ορό.
- γ. Ενυδατώνει το στόμα για την εξασφάλιση κατάλληλης υγρασίας.
- δ. Χρησιμοποιεί διάφορα διαλύματα για την επούλωση της λύσης του βλεννογόνου του στόματος (με εντολή γιατρού) :
 - Ξεπλένει τη στοματική κοιλότητα με Xylocaine 25mg, Benadryl 25mg, τέσσερις φορές την ημέρα.
- ε. Χορηγεί λευκή και χλιαρή τροφή (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρυκεύματα και σάλτσες).⁶

Αλωπεκία

Φυσιολογικά, το τριχωτό της κεφαλής αποτελείται από 100000 τρίχες. Από αυτές, 10-15% μεγαλώνουν δραστικά. Αυτές οι συγκεκριμένες τρίχες προσβάλλονται από την χημειοθεραπεία. Ευτυχώς, η πτώση των τριχών που παρατηρείται με την χημειοθεραπεία είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Πτώση των τριχών μπορεί να έχουμε και σε οποιοδήποτε άλλο μέρος του σώματος, ακόμη και στο πρόσωπο.

Η αλωπεκία συνήθως συμβαίνει δύο ή τρεις εβδομάδες μετά την αρχική δόση. Ο βαθμός της πτώσης των τριχών εξαρτάται από την αντίδραση του οργανισμού της

ασθενούς και από το συνδυασμό των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται. Η τριχόπτωση είναι δυνατόν να σταματήσει ακόμα και κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών της κεφαλής και του σώματος στο άτομο και στην σεξουαλικότητα του, η νοσηλεύτρια προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου. Η νοσηλεύτρια :

- α. Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή. Δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ότι αυτή η ανεπιθύμητη ενέργεια ποικίλλει από άτομο σε άτομο και είναι προσωρινή. Τα μαλλιά ξαναβγαίνουν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- β. Προετοιμάζει την ασθενή να περιμένει την πτώση των τριχών 2-3 εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση των χημειοθεραπευτικών.
- γ. Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισής της.
- δ. Διδάσκει και ενημερώνει την ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα, με τα οποία δύναται να αποτραπεί η τριχόπτωση ή να αντιμετωπισθεί θετικά :

Να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες.

- Να αποφεύγει την περμανάντ και τις βαφές κατά την διάρκεια της θεραπείας.
- Να χρησιμοποιεί μαντίλια, καπέλα ή περούκα και μάλιστα αν είναι δυνατόν εγκαίρως από τα ίδια της μαλλιά.

- Μειώνεται ο βαθμός της αλωπεκίας, αν κατά την θεραπεία και 10-15min μετά από αυτήν, εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

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.⁶

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 :

α. Ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρό πόνο στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των εν τω βάθει αντανακλαστικών των τενόντων. Αν εμφανισθούν σημεία μυϊκής αδυναμίας, η δόση πρέπει να ελαττωθεί ή ακόμη και να διακοπεί μέχρι την ανάρρωση.

β. 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 την θεραπεία).

Βοηθείται η ασθενής στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με :

- α Τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία της.
- β Τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και
- γ Την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.⁶

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 σωληνάκια, στους κάλυκες ή στην πύελο. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από ολιγουρία και, αν δεν θεραπευθεί, 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 :

- α Παρακολουθεί την λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.
- β Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οίδημα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α.
- γ Ελέγχει και αξιολογεί το ισοζύγιο των λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- δ Λαμβάνει τα 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 (κατόπιν ιατρικής εντολής). Η χορήγηση υγρών αναφέρεται σε ισχυρή ενυδάτωση του ασθενούς δώδεκα ώρες πριν την χορήγηση της χημειοθεραπείας και δώδεκα ώρες μετά, ώστε να μην επιτραπεί, χάρη στη διούρηση, αύξηση του ουρικού οξέος.
- ε Χορηγεί τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά πτωχές σε κάλιο και νάτριο, για αποφυγή αύξησης ηλεκτρολυτών και κέτωσης.⁶

Προβλήματα από το γεννητικό σύστημα.

Η χημειοθεραπεία είναι πιθανόν, αλλά όχι πάντοτε, να επηρεάσει τα γεννητικά όργανα και την λειτουργία τους. Οι επιδράσεις που μπορεί να εγκατασταθούν εξαρτώνται από τον τύπο των χορηγούμενων κυτταροστατικών φαρμάκων, από την ηλικία της ασθενούς και από τη γενική κατάσταση της υγείας της.

Η νοσηλεύτρια κατά τη θεραπεία βοηθάει την ασθενή να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού της ειδώλου και τα τυχόν εμφανιζόμενα προβλήματα από το γεννητικό της σύστημα. Την ενημερώνει για τις πιθανές αλλαγές, οι οποίες είναι :

- α. Αλλαγές στο καταμήνιο κύκλο. Η περίοδος μπορεί να γίνει ακανόνιστη ή να σταματήσει.
- β. Εξάψεις καθώς και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης.
- γ. Ορμονικές αλλαγές λόγω της χημειοθεραπείας, που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο και ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου.
- δ. 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.
- ε. Συνίσταται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την πρόληψη τερατογενέσεων. Σε περίπτωση που η ανακάλυψη του καρκίνου,

γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνίσταται καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης. Αν όμως η άμεση έναρξη της χημειοθεραπείας κριθεί απαραίτητη, συνίσταται να αρχίζει κατά τη 12^η εβδομάδα.⁶

Ευαισθησία στο φως

Να χρησιμοποιεί γυαλιά ηλίου και να αποφεύγει το δυνατό φως.⁶

Προβλήματα δέρματος

(Κνησμός, ερυθρότητα, ξηρότητα, εγκαύματα).

- Σε ξηρές επιφάνειες να χρησιμοποιείται λοσιόν (losion). Εάν τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν, να συμβουλευτείται γιατρό.
- Προστατευτική κρέμα με δείκτη υγρασίας 15 για αποφυγή ηλιακών εγκαυμάτων (πχ. episol).

Ταλκ σε κνησμό, και σε αρνητικό αποτέλεσμα, συμβουλή γιατρού.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων μερικές φλέβες παρουσιάζουν σκούρο χρώμα. Αυτό το φαινόμενο είναι προσωρινό.¹⁹

7.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού αναφέρεται :

- στην προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.
- στη μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα.

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με καρκίνο του μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης, μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις βέβαια που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Για το λόγο αυτό, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στην διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο σημείο αυτό, η νοσηλευτική διδασκαλία και η εκτίμηση του σωματικού και ψυχοσυναισθηματικού επιπέδου της ασθενούς παρέχουν απαραίτητα και σημαντικά στοιχεία για τον άμεσο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μέτρων αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για την πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με την μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.⁶

Ο φόβος, η ανησυχία και η αγωνία τις περισσότερες φορές αγγίζουν τα όρια του πανικού. Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν ότι ο φόβος της ασθενούς δεν οφείλεται στον ίδιο τον καρκίνο, αλλά στις συνέπειες που θα προκύψουν και που δυσκολεύεται να εκφράσει ακόμη και στα πιο αγαπημένα της πρόσωπα.

Ο φόβος της κοινωνικής απομόνωσης, της συζυγικής απόρριψης της αποπροσωπιοποίησης, της αναπηρίας, των μεταστάσεων και τέλος του θανάτου, την κάνουν να αποσύρεται στον εαυτό της και να αιχμαλωτίζεται από τις εφιαλτικές και γεμάτες απόγνωση σκέψεις της. Σε αυτήν ακριβώς τη φάση της κρίσης και του stress επεμβαίνει η Νοσηλευτική, με σκοπό την αποκατάσταση της εσωτερικής διαπροσωπικής της ισορροπίας.

Η νοσηλευτική προσέγγιση στοχεύει στην αλλαγή της συμπεριφοράς της ασθενούς προς τη νόσο, και αυτό μπορεί να επιτευχθεί όταν η νοσηλεύτρια διαθέτει ειδικές γνώσεις και επιτυχείς διαπροσωπικές δεξιότητες, οι οποίες πρέπει να διέπονται από κατανόηση, συμπόνοια και αγάπη και για τον πάσχοντα άνθρωπο.¹⁷

Στην προεγχειρητική περίοδο ο νοσηλευτής καλείται να προετοιμάσει τον ασθενή τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά.

Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς περιλαμβάνει :

- α. Τη δυσκολία απόδοχής της εγχείρησης.
- β. Το φόβο του πόνου και του θανάτου.
- γ. Τα οικογενειακά προβλήματα.

- α. Δυσκολία απόδοχής της εγχείρησης.

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχίας για την ασθενή. Συνήθως, η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση, η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος. Η ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με τη νοσηλεύτρια, παρά με το γιατρό. Είναι λοιπόν, εύλογο ότι ο νοσηλευτής – τρία θα πρέπει :

- Η προετοιμασία για την επικείμενη ψυχική ένταση πρέπει να εξατομικεύεται.
- Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελλεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς καις την ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση.
- Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για την θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο γι' αυτήν.
- Η νοσηλεύτρια θα την βοηθήσει να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης.
- Θα τη διαφωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός, όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία της.
- Η ασθενής πρέπει να πιστέψει ότι δεν θα είναι η μοναδική γυναίκα με ένα μαστό. Άλλωστε, θα της απομείνουν αρκετές σωματικές και πνευματικές δυνάμεις για μια ωφέλιμη και δημιουργική ζωή.
- Τέλος, πρέπει η νοσηλεύτρια να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα, με τους δικούς της φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες, οι οποίες είναι ξεχωριστές από τους φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων.

Η κατανόηση και η προσέγγιση μιας ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.⁶

- β. Ο φόβος του πόνου και του θανάτου

Η ασθενής εκφράζει συνήθως την ανησυχία και το φόβο του πόνου και του θανάτου. Πράγματι, ο σωματικός πόνος δημιουργεί και ψυχική δοκιμασία, ταλαιπωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο, εξαντλεί τα αποθέματα της υπομονής και μειώνει την ελπίδα για την θεραπεία του.

Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή ότι κατά την εγχείρηση δεν θα αισθανθεί πόνο λόγω της τέλει αναισθησίας. Την προειδοποιεί όμως ότι μετά την εγχείρηση θα αισθάνεται πόνο, αλλά θα είναι μικρής διάρκειας και θα αντιμετωπίζεται με αναλγητικά φάρμακα.

Η ασθενής εξωτερικεύει επίσης το φόβο του θανάτου, διατυπώνοντας σειρά ερωτήσεων, όπως :

- Μήπως πεθάνω ;
- Αξίζει τον κόπο να υποβληθώ στην εγχείρηση ;
- Δεν είμαι καταδικασμένη ;
- Θα βγώ από το νοσοκομείο ;

Η νοσηλεύτρια θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για τον θάνατο, τον οποίο δοκιμάζει η ασθενής και τη βεβαιώνει ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε και στην περίπτωση της το αποτέλεσμα θα είναι άριστο. Επίσης, από τη νοσηλευτική της πείρα, η νοσηλεύτρια αναφέρει περιπτώσεις ασθενών, οι οποίες έχουν θεραπευθεί ριζικώς μετά την μαστεκτομή, επειδή η εγχείρηση έγινε εγκαίρως.⁶

γ. Οικογενειακά Προβλήματα

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας της προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής.

Αν η ασθενής είναι νέα στην ηλικία, έγγαμη και χωρίς παιδιά, δοκιμάζει πολλούς φόβους και ανησυχίες και πολλά ερωτηματικά τη βασανίζουν : Οι φόβοι αυτοί απασχολούν και την έγγαμη ασθενή μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει παιδιά. Μεγαλύτερη είναι η ανησυχία της άγαμης γυναίκας, η οποία οραματίζεται να δημιουργήσει χαρούμενη και ευτυχισμένη οικογένεια.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής :

- Παρέχει μέρος του χρόνου της, συζητώντας με τα μέλη της οικογένειας για την κατάσταση της ασθενούς, προσφέροντας πληροφορίες, απαντώντας σε ερωτήσεις, ενθαρρύνοντας τα.
- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.
- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της οικογένειας της.
- Ενθαρρύνει την οικογένεια να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι η θηλυκότητα της, η σεξουαλικότητα της και η αγάπη των άλλων προς αυτήν δεν επηρεάζονται από την εμφάνισή της.
- Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος, είτε άμεσος είτε απώτερος μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα. Βοηθάει την ασθενή / οικογένεια να ερευνησουν / εκφράσουν την έννοια του θανάτου.
- Βοηθάει την ασθενή / οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου, αν το επιθυμούν.⁶

Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία

Η προεγχειρητική σωματική ετοιμασία της ασθενούς είναι έργο της νοσηλεύτριας, η οποία προσπαθεί να μειώσει το χρόνο αναμονής πριν από την εγχείρηση. Περιλαμβάνει:

- α. Την παραμονή της εγχείρησης
 - Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διαστάυρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειασθεί.
 - Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος, ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
 - Χορηγούνται υπακτικά φάρμακα για την κένωση του εντέρου.
 - Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.
- β. Κατά την ημέρα της εγχείρησης:
 - Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς. Επι πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
 - Συνίσταται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
 - Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
 - Τοποθετήτε ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
 - Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
 - Η ασθενής τοποθετείται στο φορτείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελο της, (ιατρικό και νοσηλευτικό).

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

Ως συμπέρασμα, θεωρείται ότι η νοσηλεύτρια πέτυχε την προεγχειρητική ψυχοσωματική ετοιμασία της ασθενούς, αν η ασθενής:

- Αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως ατόμου.
- Δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στην σωματική αρτιότητα.
- Είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας τη σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.
- Πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχισθεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες, οι οποίες δεν θα επηρεασθούν από την μαστεκτομή και ότι η κοινωνία της επιφυλάσσει μια χρήσιμη θέση.
- Προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

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

Βασικό λοιπόν μέλημα της νοσηλεύτριας επιστρέφοντας η ασθενής από το χειρουργείο για την ταχεία και ομαλή επιστροφή της γυναίκας στο κοινωνικό περιβάλλον είναι:

α. Η αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας, θα μπορέσει να επιτευχθεί με την συνειδητοποίηση του ακρωτηριασμού, την προσαρμογή στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, την αποδοχή της αλλαγής και τα όρια που επέβαλλε το χειρουργείο στην ζωή της, την απόκτηση φυσικής και συναισθηματικής επάρκειας αναγνωρίζοντας, εκφράζοντας και αντιμετωπίζοντας τα διάφορα αρνητικά συναισθήματα από τα οποία έχει κυριευθεί.

β. Πρόληψη τυχόν επιπλοκών.

γ. Πρόληψη τυχόν παραμορφώσεων που πιθανόν να συμβούν μετεγχειρητικά.⁶

α. Ψυχική Αποκατάσταση.

Όσο περισσότερη απόγνωση βιώνει ένα άτομο, τόσο περισσότερο κυριεύεται η σκέψη και η συμπεριφορά του από αισθήματα αγωνίας και φόβου και τόσο πιθανόν το άτομο αυτό να δείξει μειωμένη αντίσταση σε ασθένειες. Όσο πιο απαισιόδοξο αισθάνεται ένα άτομο τόσο μειώνεται η πιθανότητα να κυριευθεί από φόβο και αγωνία, τόσο πιο πιθανό από την άλλη να αναπτύξει στρατηγικές που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την ασθένεια του.

Οι άνθρωποι βιώνουν απαισιοδοξία όταν νιώθουν ότι δεν μπορούν να ελέγχουν μια κατάσταση, όταν νιώθουν ανήμποροι και όταν νιώθουν απομονωμένοι ή εγκαταλειμμένοι.¹⁸

Η νοσηλεύτρια λοιπόν πρέπει να :

- Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματα της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις και τα συναισθήματα της.⁶ Έχει αποδειχθεί ότι παρακινώντας τους ασθενείς να μιλήσουν για τα αισθήματα τους μπορεί να συντελέσει στο να μετριαστούν τα αισθήματα απαισιοδοξίας του ασθενή. Η ενθάρρυνση για εξωτερίκευση, ταξινόμηση και, τέλος, αντιμετώπιση των αισθημάτων βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών σωματικών επιπτώσεων οι οποίες συσχετίζονται με την προσπάθεια καταστολής και συγκράτησης του φόβου και της απόγνωσης.¹⁸
- Γίνεται καλή ακροάτρια και δέχεται αυτά που λέει η ασθενής. Δεν λαμβάνει προσωπικά υπόψη της το θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς
- Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τη συμπεριφορά της.
- Καθορίζει τη σημασία που έχει για την ασθενή η αλλαγή του σωματικού ειδώλου και το πώς πιστεύει η ασθενής ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.
- Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Παρακολουθεί τη συμπεριφορά της ασθενούς. Αν η ασθενής αρνείται ή ντρέπεται για την επισυμβαίνουσα αλλαγή, θα παρακολουθεί τους γύρω της, ψάχνοντας να βρει πάνω τους αρνητικά σημεία, με τα οποία θα καθησυχάσει το δικό της φόβο και θα μετριάσει την αυτοϊσοτιμηση της. Η νοσηλεύτρια βοηθάει την οικογένεια της ασθενούς να αποδεχθεί τέτοιες αλλαγές και να αποφεύγει την ενίσχυση και την προβολή αρνητικών συναισθημάτων.
- Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να την ακούσει, να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον. Την αφήνει να κλάψει και να εκφράσει το θυμό της, με σκοπό να περάσει σιγά – σιγά το στάδιο της κατάθλιψης και της αυτοϊσοτιμησης.
- Συζυτά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένεια της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντας τους να την υποστηρίξουν ενισχύοντας την ελκυστικότητα της και την αξία της τους βοηθάει να αποδεχθούν, να καταλάβουν και να βοηθήσουν την ασθενή.
- Τονίζει τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς : ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.
- Ανακαλύπτει και υποστηρίζει την επιθυμία της ασθενούς να ζήσει όσο το δυνατόν περισσότερο και να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως και πρώτα.
- Διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξετάσης του μαστού. Της εξηγεί ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.

Με όλα λοιπόν τα παραπάνω επιτυγχάνεται σταδιακά η ασθενής να αποδεχθεί τον ακρωτηριασμό στη νέα εικόνα σώματος και εαυτού, να αποδεχθεί τα όρια που επέβαλε το χειρουργείο στη ζωή της, να αποκτήσει υπευθυνότητα, φυσική και συναισθηματική επάρκεια, ανεξάρτητα από τα μέτρα που θα χρησιμοποιηθούν για να κρυψει τη δυσμορφία της από τους άλλους.⁶

β Πρόληψη επιπλοκών

Γυναίκες που υπερβλήθησαν σε μαστεκτομή μπορεί να παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως :

- Πόνος
- Αιμορραγία
- Φλεγμονή
- Λεμφοίδημα
- Λοίμωξη

Πιο αναλυτικά αναφέρουμε τη νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν.

Εμφάνιση Πόνου

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, αλλά και στην περιορισμένη κινητικότητα της ασθενούς, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχέτευσης.

Η νοσηλεύτρια κατά την εμφάνιση πόνου :

Χορηγεί με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθεί / εκτιμά τα επιθυμητά ή ανεπιθυμητά αποτελέσματα τους.

- Τοποθετεί την ασθενή σε θέση ημι-Fowler για την βελτίωση αναπνοής.
- Χρησιμοποιεί μαξιλάρια για να μπορέσει να τοποθετήσει τον αγκώνα ψηλότερα από τον ώμο και την άκρα χείρα ψηλότερα από τον αγκώνα, όλο το άκρο τοποθετείται σε λειτουργική θέση.

Ο νοσηλεύτης για να προλάβει τον πόνο :

- Αποφεύγει να μετακινεί την ασθενη, σηκώνοντας την ή τραβώντας την από τους ώμους.
- Κάνει ήρεμες και σταθερές κινήσεις, όταν μετακινεί το σύστοιχο προς τη μαστεκτομή άκρο.
- Η νοσηλεύτρια τη διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.
- Ενθαρρύνει την έγερση της ασθενούς από την πρώτη κιάλας μετεγχειρητική μέρα. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβεβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδισθεί η πίεση στο τραύμα και η αύξηση του πόνου.
- Υπενθυμίζει στην ασθενή να περιορίσει την κινητικότητα του σύστοιχου άκρου.
- Την συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα, όσο αυτό είναι δυνατόν.⁶

Αιμορραγία

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

Η νοσηλεύτρια :

- Παρακολουθεί το επιδεσμικό υλικό τουλάχιστον κάθε 2 ώρες κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο.
- Ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και τα επιδεσμικά κάτω από την μασχάλη και την πλάτη γιατί συμβαίνει ορισμένες φορές το αίμα να ρέει προς τα πίσω, ενώ το επιδεσμικό υλικό επι του τραύματος να διατηρείται καθαρό.
- Παρακολουθεί και εκτιμά τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 2-4 ώρες, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση αιμορραγίας και shock.
- Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευμένων υγρών από την συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά.
- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για τη θερμιδική κάλυψη.
- Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς, οι οποίες είναι δυνατόν να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.
- Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας. Προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.⁶

Φροντιδά του τραύματος και πρόληψη φλεγμονης

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές της άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος. Η φροντιδα του τραύματος περιλαμβάνει :

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας της κάκωσης των νεύρων.
- Ηπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.

- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βουτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (με έγκριση γιατρού).

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

- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά σημεία που υποδηλώνουν φλεγμονής. (αύξηση θερμοκρασίας).
- Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αμέσως στο γιατρό.
- Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.
- Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.⁶

Λεμφοίδημα

Μετά από ριζική ή τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι δυνατόν να έχουμε την εμφάνιση οιδήματος του σύστοιχου προς τη μαστεκτομή άκρου, λόγω της αφαίρεσης των λεμφαδένων και των λεμφαγγείων με αποτέλεσμα τη μη παροχέτευση της λέμφου και τη λίμναση της στην περιοχή.

Το φαινόμενο του λεμφοιδήματος που παρουσιάζεται άλλοτε πολύ περιορισμένα και άλλοτε περισσότερο, αποτελεί πηγή ανησυχίας για τις γυναίκες με μαστεκτομή.

Αναφέρονται φοβίες, οι οποίες περιλαμβάνουν :

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

Μια επεξηγηματική στάση από την πλευρά της νοσηλεύτριας και θα καθυσύχασε το άτομο και θα προλάμβανε τη χειροτέρευση του οιδήματος

Στην πρόληψη του οιδήματος η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβουλευσει την ασθενή να :

- Καθημερινή άσκηση του χεριού, ώμου – αγκώνα – καρπού και δακτύλων.
- Αποφυγή ανύψωσης βάρους με το προσβεβλημένο χέρι, ιδιαίτερα τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, όπου η τομή βρίσκεται ακόμη στην αναρρωτική φάση.
- Συνίσταται συχνή ανύψωση του χεριού. Το βράδυ, κατά τη διάρκεια του ύπνου, αν είναι δυνατόν το χέρι να τοποθετείται ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (τοποθέτηση μαξιλαριών). Η βαρύτητα βοηθάει την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός οιδήματος.
- Απαγορεύεται η μέτρηση της πίεσης στο σύστοιχο προς τη μαστεκτομή χέρι.
- Να αποφεύγονται τα ρούχα και τα κοσμήματα, τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα και τη σωστή κυκλοφορία του προσβεβλημένου χεριού.
- Αν επιθυμεί η ασθενής να κάνει ηλιοθεραπεία, η έκθεση της περιοχής στον ήλιο να γίνεται με μεγάλη προσοχή και σταδιακά, ώστε να αποφευχθούν εγκαύματα. Αν πρέπει η ασθενής να παραμείνει για πολύ ώρα στον ήλιο, επιβάλλεται η κάλυψη της περιοχής με αντηλιακό μεγάλου δείκτη προστασίας.
- Συνίσταται άμεση επίσκεψη στον γιατρό, αν παρουσιασθεί ερυθρότητα ή οίδημα στο χέρι.⁶

Λοίμωξη

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει και διδάσκει τη γυναίκα για τα μέτρα πρόληψης της λοίμωξης. Αυτά είναι :

- Η ασθενής πρέπει να αποφεύγει εμβολιασμούς, ενέσεις, αιμοληψίες, τοποθέτηση ορών στο προσβεβλημένο χέρι. Αν κάποιο από τα παραπάνω κριθεί αναγκαίο, η ίδια η ασθενής πρέπει να υπενθυμίσει στο γιατρό ή στη νοσηλεύτρια τη χρησιμοποίηση του άλλου χεριού.
- Να αποφεύγονται τα καψίματα κατά το μαγείρεμα. Κατά την επαφή με τον φούρνο, να φορά προστατευτικά γάντια.
- Προσοχή στα μαχαίρια της κουζίνας, στο ράψιμο – κέντημα.
- Προκειμένου να κόβονται παρωνυχίδες, είναι καλύτερο να χρησιμοποιείται κρέμα λανολίνης για να διατηρούνται μαλακές.
- Προσοχή στο κόψιμο και στο λιμάρισμα των νυχιών.
- Πρέπει να προσέχονται υπάρχοντα κοψίματα και γδαρσίματα να πλένονται με σαπούνι και αντισηπτικό.
- Αν καπνίζει, πρέπει να ανάβει και να κρατά το τσιγάρο με το άλλο χέρι.
- Να περιμένει για τη χρησιμοποίηση αποτριχωτικής μηχανής, κρεμών ή αποσμητικών στην μασχάλη του προσβεβλημένου χεριού, τη συγκατάθεση του γιατρού. Έως ότου επουλωθεί η χειρουργική τομή, τα χημικά που περιέχουν οι κρέμες και τα αποσμητικά είναι δυνατόν να ερεθίσουν την τομή. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται, όταν επιχειρήται αποτρίχωση της περιοχής και αυτό γιατί η αισθητικότητα της είναι μειωμένη.⁶

7. Πρόληψη παραμορφώσεων.

Στη μαστεκτομηθείσα ασθενή, είναι φυσικό να περιορίζεται η κινητικότητα της αντίστοιχης προς τη μαστεκτομή πλευράς οφείλεται στην τοποθέτηση των παροχετεύσεων και του επιδεσμικού υλικού.

Η πρόληψη της μόνιμης σύσπασης των μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία παραμορφώσεων και τη μείωση της λειτουργικότητας είναι ζωτικής σημασίας. Είναι δυνατόν επίσης η ασθενής να αισθάνεται κάποια διαταραχή της ισορροπίας της ως αποτέλεσμα της εγχείρησης, οφειλόμενη σε ασυμμετρία και μείωση της δύναμης των μυών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να :

- Κινητοποιεί την ασθενή, όταν περάσουν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αναισθησίας.
- Μετά το πρώτο 24ωρο, αρχίζει η έναρξη παθητικών ασκήσεων του χεριού της προσβεβλημένης πλευράς, οι οποίες περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφιζιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων. Σκοπός των ασκήσεων είναι η πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και η διατήρηση του βαθμού κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνεται προοδευτικά και η ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τις περισσότερες δραστηριότητες όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών, τάισμα.
- Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η ασθενής δεν πρέπει να αισθάνεται δυσχέρεια στις κινήσεις.
- Πρέπει να ενθαρρύνεται η αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα καθώς και η σωστή θέση κατά την εκτέλεση τους.
- Η νοσηλεύτρια συμβουλευεται και συζητεί με το γιατρό για το είδος, τη συχνότητα και τη διάρκεια των ασκήσεων.
- Για την εξασφάλιση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβεβλημένης πλευράς και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών

που έπαθαν κάκωση αρχίζει την 4^η - 5^η μετεγχειρητική μέρα πρόγραμμα διδασκαλίας και εκμάθησης ασκήσεων.

- ⊛ Διδάσκει την ασθενή να αρχίζει με απλές κινήσεις, τις οποίες θα επαναλαμβάνει αργά για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Η ασθενής ενθαρρύνεται και συμβουλεύεται να ξεκουράζεται και να αναπνεύει βαθιά στο διάστημα των ασκήσεων.
- ⊛ Καλό είναι οι ασκήσεις να συνοδεύονται με χαμηλή, ήρεμη και ρυθμική μουσική.
- ⊛ Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά στην ασθενή κατά τη διενέργεια των ασκήσεων τις πρώτες ώρες.
- ⊛ Διδάσκει αρχικά απλές ασκήσεις όπως : να κρατά με το χέρι ένα λαστιχένιο μπαλάκι και να το σφίγγει δυνατά, να χεντίζει τα μαλλιά της, δίχως όμως να σκύβει το κεφάλι της. Στην συνέχεια ακολουθεί η εκμάθηση δυσκολότερων ασκήσεων όπως :

Κινήσεις του βραχίονα

- Η ασθενής στέκεται στη συνηθισμένη όρθια θέση και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια (απαγωγή)
- Λυγίζει τους αγκώνες και ακουμπά τα δάκτυλα της πίσω, στον τράχηλο.
- Φέρνει τους αγκώνες μπροστά, ώστε να ακουμπήσουν.
- Επαναφέρει τους βραχίονες στη θέση 2 με τα δάκτυλα πίσω στον τράχηλο.
- Λύνει τα δάκτυλα της και τεντώνει τους βραχίονες στα πλάγια.⁶

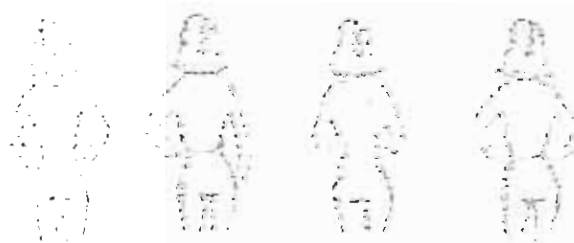


Εικόνα 14

Κινήσεις προς την πλάτη

- Παίρνει την συνηθισμένη της θέση
- Βάζει τα χέρια της στη μέση για ισορροπία
- Λυγίζει τον αγκώνα και φέρνει το προσβεβλημένο χέρι πίσω την πλάτη, έως ότου τα δάκτυλα της φθάσουν στην αντίθετη ωμοπλάτη.

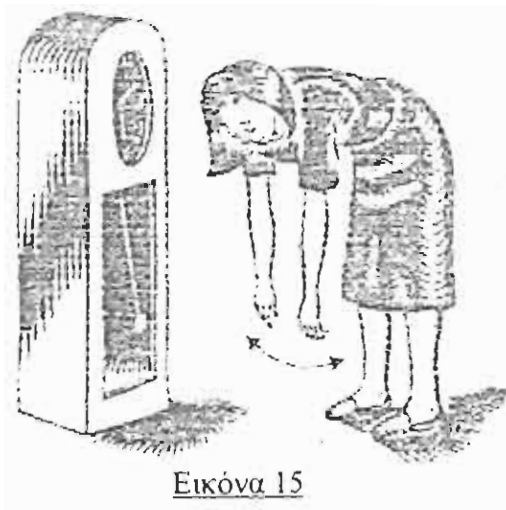
Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.⁶



Εικόνα 15

Κινήσεις εκκρεμής

- Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση
- Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της προς το πάτωμα.
- Από αυτή τη θέση, κουνάει τα χέρια της χαλαρά και ελεύθερα σαν εκκρεμές.⁶



Εικόνα 15

Κινήσεις κουπιού

- Παίρνει τη συνηθισμένη της θέση
 - Λυγίζει το σώμα της μπροστά, κρεμώντας τα χέρια της στο πάτωμα.
 - Από τη θέση αυτή, φέρνει το δεξί της χέρι μπροστά πάνω από το κεφάλι και το αριστερό της χέρι πίσω, δίχως να λυγίζει τους αγκώνες.
- Κάνει συνεχώς αυτήν την άσκηση, αλλάζοντας χέρια.
Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.⁶

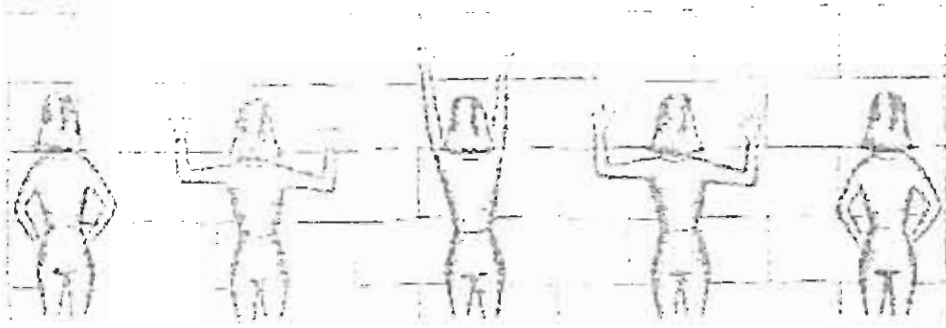


Εικόνα 16

Διδάσκει προχωρημένες ασκήσεις όπως :

- Αναρρίχηση στον τοίχο
- Η ασθενής στέκεται στην συνηθισμένη της θέση γυρισμένη προς τον τοίχο, με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο πιο κοντά είναι δυνατόν.
- Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο, ισιώνοντας τους ώμους.
- Υψώνει τα χέρια της πάνω στον τοίχο, παράλληλα μεταξύ τους τόσο, ώστε οι βραχίονες να τεντωθούν πλήρως.

- Επαναφέρει τα χέρια της στην αρχική θέση, ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει⁶.



Εικόνα 17

Γυρίσμα σχοινισκι

Δένει σφικτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί ή μια ζώνη από γερό ύφασμα 3 περίπου μέτρων.

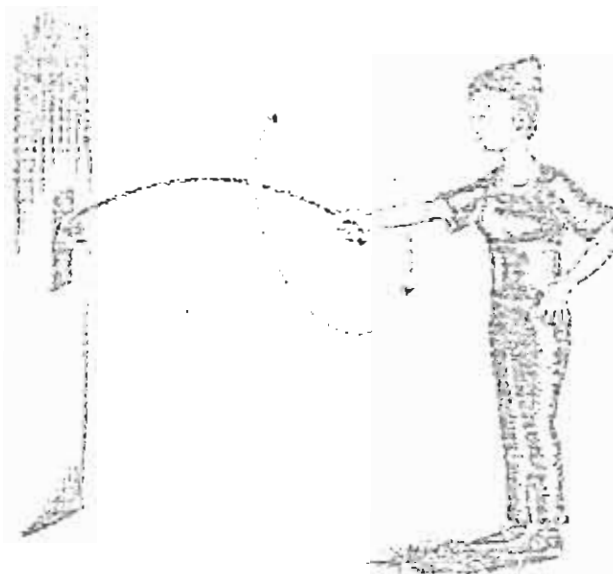
Στέκεται 2 μέτρα μακριά από την πορτα στην συνηθισμένη της στάση κοιτάζοντας την πόρτα.

- Πιάνει χαλαρά την άκρη της ζώνης με το προσβεβλημένο χέρι, κάνει έναν κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της.

Βάζει το άλλο χέρι στη μέση, για να βοηθήσει την ισορροπία της.

Γυρίζει με μικρούς κύκλους στην αρχή τη ζώνη, οι κύκλοι σιγά-σιγά μεγαλώνουν και, τέλος, προσπαθεί οι κινήσεις να γίνονται από τον ώμο. Γι' αυτό πρέπει να κρατάει τεντωμένο το χέρι της.

Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.⁶



Εικόνα 18

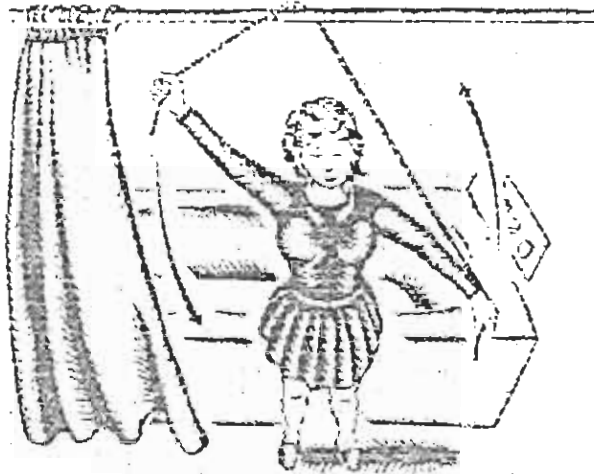
Κινήσεις τροχαλίας

Παίρνει ένα κομμάτι σχοινί ή μια γερή ζώνη από ύφασμα, περίπου 3 μέτρων και την περνάει στο σίδερο του μπάνιου, αφού κάνει στις άκρες δύο κόμπους.

- Στέκεται ανάμεσα στο σχοινί στην συνηθισμένη στάση.

Κρατά τους κόμπους που έχει το τέλος του σχοινιού στις παλάμες της και κάνει απαγωγή των βραχιόνων.

- Κατεβάζει το γερό χέρι προς τα κάτω έτσι, ώστε καθώς το κατεβάζει να ανεβαίνει το χειρουργημένο χέρι όσο το δυνατόν πιο ψηλά.
- Κρατά τεντωμένα τα χέρια της. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.⁶

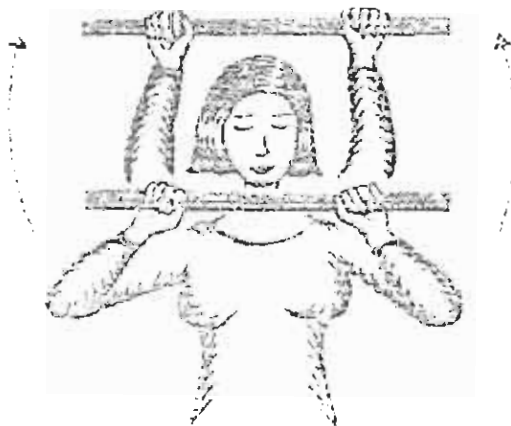


Εικόνα 19

Ανύψωση των βραχιόνων και τέντωμα τους.

Κρατά από τις άκρες με τις δύο παλάμες της μια ομπρέλα ή ένα ραβδί και το φέρνει πίσω από το κεφάλι της.

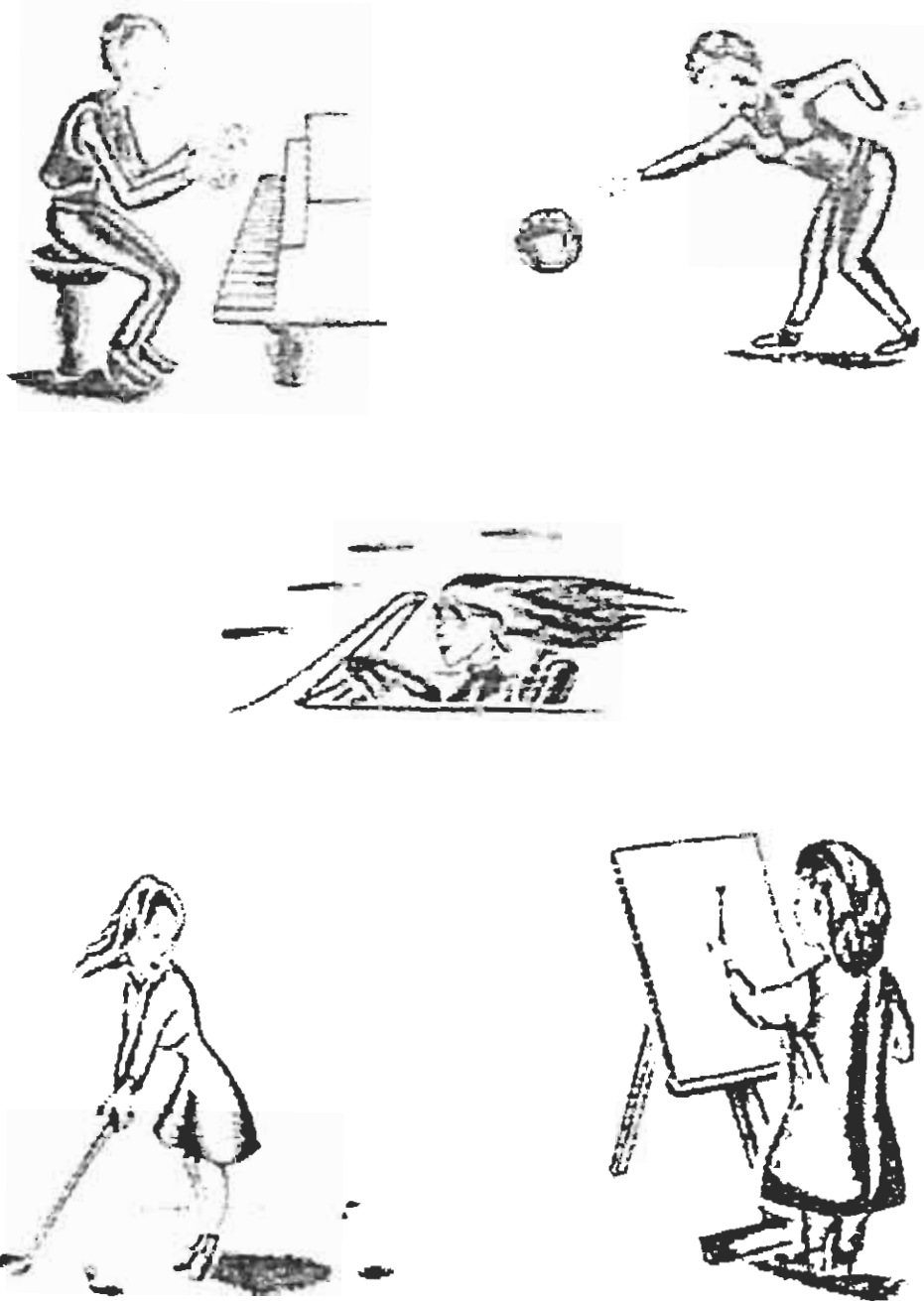
- Οι βραχιόνες υψώνονται από το ύψος του λαιμού ως πάνω από το ύψος της κεφαλής. Η άσκηση επαναλαμβάνεται σιγά-σιγά, έως ότου η ασθενής να μπορέσει να ευθείασει από την θέση αυτή τους βραχιόνες.
- Εν συνεχεία, ξαναφέρει τους βραχιόνες στην αρχική θέση. Ξεκουράζεται και επαναλαμβάνει.
- Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί την ασθενή να συμβουλευέται αυτήν ή το γιατρό, πριν προχωρήσει σε δυσκολότερη άσκηση, η οποία να χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια.



Εικόνα 20

- Η ασθενής ενημερώνεται ότι, μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο, θα μπορεί να ασχολείται με ότι της αρέσει, όπως και πρώτα.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



Εικόνα 21

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ασθενή ότι κατά διαστήματα χρειάζεται πλήρη ανάπαυση και χαλάρωση, ενώ συγχρόνως να φροντίζει να απασχολεί ευχάριστα το μυαλό της. Της δίνει συμβουλές όπως όταν αναπαύεται, τοποθετείται κάτω από τον ώμο που έχει γίνει η μαστεκτομή ένα μικρό μαξιλάρι και το προσβεβλημένο χέρι πάνω από το κεφάλι της. Κατά την ώρα της ανάπαυσης, αφήνει το σώμα της χαλαρό, αφού προηγουμένως το τεντώσει όσο περισσότερο μπορεί. Κατόπιν αναπνέει αργά και βαθιά από τη μύτη και βγάζει τον αέρα από το στόμα. Επαναλαμβάνει, μέχρι να αισθανθεί τέλεια χαλάρωση.

Η απλή αυτή κίνηση χαλαρώνει τους εφικτούς μύς, που είναι μουδιασμένοι και σκληροί.⁶

7.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Παρά τις βελτιώσεις των πηγών ακτινοβολίας και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες :

- α. Ένταση της δόσης που έχει ορισθεί. Η ασθενής που δέχεται μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσες δέχονται μικρή δόση.
- β. Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση του σώματος, δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή ένταση.
- γ. Ακτινοευαισθησία των κυττάρων. Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα από την ακτινοβολία, συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτά.
- δ. Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα.⁶

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες :

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

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

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την ασθενή, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες.⁶

β) **Τοπικές** οι οποίες διακρίνονται σε :

- **Πρώιμες :** Ακτινοδερματίτιδα, Ανασταλτική επίδραση στον μυελό των οστών, Δυσκαταποσία-δυσφαγία, Ξηροστομία, Ναυτία, εμετός, διάρροια, κόπωση, αδυναμία
- **Όψιμες :** Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος. Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών, Αλωπεκία, Πνευμονική ίνωση και λεμφικό οίδη σύστοιχου άνω άκρω. Λευχαιμία, Μεταλλάξεις, Πολυτερηδονισμός.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας αναφέρονται :

- α Στην ενημέρωση της ασθενούς για την θεραπεία. Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για την θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να βρει την κατάλληλη στιγμή στην διάρκεια της θεραπείας, ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να εμφανισθούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη και την αντιμετώπιση τους και των ατόμων, στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για την λήψη πληροφοριών.
- β Στην προετοιμασία και την βοήθεια της ασθενούς για την θεραπεία.
- γ Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- δ Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά την θεραπεία.⁶

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία εξειδικεύεται όσον αφορά την εξωτερική ακτινοθεραπεία και την εσωτερική ακτινοθεραπεία.

Οι νοσηλευτικοί σκοποί κατά την εξωτερική ακτινοθεραπεία είναι :

- Η ασθενής και η οικογένεια της πρέπει να ενημερωθούν σωστά για την ακτινοθεραπεία και το ακτινοθεραπευτικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί. Η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση θα μετριάσει το φόβο και το άγχος του άγνωστου.
- Να καταστήσει η νοσηλεύτρια δυνατή τη λήψη τροφής από την ασθενή. Να διατηρήσει επαρκή διατροφή. Να διατηρήσει με την συνεχή φροντίδα την ακεραιότητα του στοματικού βλεννογόνου. Να εξασφαλιστεί ηλεκτρολυτική ισορροπία καθώς και ισορροπία των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Να προστατέψει την περιοχή του δέρματος που δέχεται την ακτινοβολία από υπερβολική καταστροφή. Να μειώσει, κατά το δυνατόν, την καταστολή του μυελού των οστών. Να βοηθήσει την ασθενή να αποκτήσει πάλι τις συνήθειες στην κένωση του εντερικού σωλήνα.
- Η οικογένεια της ασθενούς να ενημερωθεί και να καθοδηγηθεί κατάλληλα για το πώς πρέπει να αντιμετωπισθεί το άτομο που κάνει την ακτινοθεραπεία.

Οι νοσηλευτικοί σκοποί κατά την εσωτερική ακτινοθεραπεία είναι :

- Η ασθενής και η οικογένεια της να ενημερωθούν σχετικά με το είδος αυτό της ακτινοθεραπείας και τους σκοπούς της. Η ασθενής να ετοιμασθεί ψυχικά για την αποδοχή της θεραπείας με το ραδιοϊσότοπο.
Να διατηρήσει τη σωστή άνεση και αυτοπεποίθηση με τη βοήθεια και την καθοδήγηση της νοσηλεύτριας.
Να βοηθηθεί η ασθενής στις καθημερινές της δραστηριότητες σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της νοσηλεύτριας. Η θεραπευτική ακτινοβολία που δέχεται η ασθενής και η εκπομπή της στο περιβάλλον να μην επεκταθεί στην οικογένεια της, στους φίλους της και στο προσωπικό υγείας. Οι επισκέψεις που δέχεται η ασθενής στο θάλαμο απομόνωσης να είναι ανάλογες των χρονικών περιορισμών που έχουν καθορισθεί από το τμήμα.
Η ασθενής, με την κατάλληλη διδασκαλία, να αποκτήσει κατάλληλη γνώση των τεχνικών αυτοφροντίδας μετά την αφαίρεση του εμφυτεύματος. Να συνηθίσει η ασθενής την αυτοεξέταση του μαστού και τις ασκήσεις βαθμιαίας κινητικότητας. Να αποκτήσει, τέλος, σωστές αρχές υγιεινής της στοματικής κοιλότητας.⁶

7.9 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η ορμονική θεραπεία συνεπάγεται την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, οι οποίες εκδηλώνονται με τρεις τρόπους : (1) προσωρινή ερυθρότητα, οίδημα ή εμφάνιση δερματικών αλλοιώσεων ή αύξηση του μεγέθους του όγκου, (2) Εκδήλωση αυξημένου οστικού πόνου, ο οποίος μπορεί να σχετίζεται με οστική μετάσταση, (3) Υπερασβεστιαϊμία, η οποία δεν είναι πολύ συχνή. Το πιο συχνό και πρωταρχικό σύμπτωμα της είναι η διαταραχή του διανοητικού επιπέδου, η οποία εκφράζεται με μείωση της μνήμης και της προσοχής. Άλλο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι η ναυτία, η πολυδιψία, η πολουρία, η δυσκοιλιότητα και η εμφάνιση οστικού πόνου. Ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως εξάψεις, αύξηση του βάρους, αρρενοποίηση ή εμφάνιση εξανθήματος, είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσχέρεια συνέχισης της θεραπείας.

Υψηλό καθήκον, λοιπόν, της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει και να στηρίξει την ασθενή στα εξής :

- Διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες της ορμονοθεραπείας.
- Ενημερώνει για την αύξηση του μεγέθους του όγκου και την καθησυχάζει.
- Χορηγεί αναλγητικά και αντιστεροειδή για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του οστικού πόνου (σύμφωνα με ιατρική εντολή).
- Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένεια της για την πιθανή εμφάνιση υπερασβεστιαϊμίας.
- Τέλος, οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικό επίπεδο κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας. Η ενημέρωση και η αποδοχή των συμβουλών ενός διαιτολόγου, πριν από την έναρξη της θεραπείας, είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.⁶



Κεφάλαιο

8

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε Ριζική Μαστεκτομή δέχονται ένα ισχυρό ψυχικό και συναισθηματικό κλονισμό του οποίου τα βλαπτικά επακόλουθα διαρκούν για πάρα πολλά χρόνια.

Το 40% από τις ασθενείς αυτές εμφανίζουν σοβαρό άγχος, κατάθλιψη, και προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή. Σύμφωνα με τους Gveer και White εμφανίζουν μέτρια ως βαρεία κατάθλιψη σε ποσοστό 23%. Άλλοι αναφέρουν ότι πάνω από 50% των ασθενών αλλάζει τη σεξουαλική του συμπεριφορά και αυτό οφείλεται στην εκτομή του στήθους. Επίσης αρκετές εμφανίζουν ελεύθερο ή σωματοποιημένο άγχος, μυϊκή τάση, υπερευαισθησία και επιθετικότητα.

Παρ' όλα αυτά δεν επιθυμούν αποκατάσταση μαστού μετά μαστεκτομή όλες οι ασθενείς. Οι περισσότερες από αυτές αρκούνται στη χρήση μιας εξωτερικής πρόθεσης, έστω και αν γνωρίζουν ότι η χειρουργική αποκατάσταση είναι δυνατή.

Δυστυχώς, δεν υπάρχει ασφαλής τρόπος ώστε να επιλεγούν προεγχειρητικά οι ασθενείς εκείνες στις οποίες μια εγχείρηση αποκατάστασης θα είχε σαν αποτέλεσμα πλήρη απαλλαγή από τα συνασθηματικά τους προβλήματα.¹⁶

8.1 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Το βασικότερο είναι να έχει εξαλειφθεί η τοπική νόσος. Έτσι οι κυριότερες υποψήφιες είναι οι ασθενείς που κατατάσσονται κλινικά στο στάδιο I του C.C.C.S. (Columbia Clinical Classification System) δηλαδή απουσία δερματικού οιδήματος στη μετεγχειρητική ουλή, εξέλκωσης και καθήλωσης του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα και μεταστατικής διήθησης των μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Συνίσταται αποκαταστάσεις μόνο σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου υποτροπής. Ο κίνδυνος υποτροπής είναι μικρότερος όταν υπάρχουν καλά διαφοροποιημένοι και μικρού μεγέθους πρωτοπαθείς όγκοι. Σύμφωνα με έρευνα συνίσταται αποκατάσταση στις ασθενείς με κλινικό στάδιο I ή στάδιο II με πρωτοπαθή όγκο μικρότερο των 5cm και αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή μικρό πρωτοπαθή όγκο και λίγους διηθημένους λεμφαδένες της μασχάλης.

Επίσης υποψήφιες για χειρουργική αποκατάσταση μπορεί να είναι οι ασθενείς με νόσο σε εξέλιξη που όμως επιβιώνουν για μια ζετία, δεδομένου ότι το 70% των υποτροπών εμφανίζονται την πρώτη ζετία.

Το γεγονός ότι κάποιες από αυτές τις ασθενείς θα αναπτύξουν απομεμακρυσμένες μεταστάσεις, δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι πρέπει να στερηθούν την ικανοποίηση μιας αποκατάστασης έστω και στον ελεύθερο νόσου μεσοδιάστημα.

Αν η αποκατάσταση του μαστού βελτιώσει την ποιότητα ζωής σε μια γυναίκα που το προσδόκιμο επιβίωσης είναι μεταξύ 2 – 5 έτη, δεν είναι ισχυρό επιχείρημα να πραγματοποιηθεί έστω και αν η ασθενής τελικά πεθάνει από την εξέλιξη της νόσου της.¹⁶

8.2 ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

οι γνώμες για τον χρόνο αποκατάστασης ποικίλλουν. Μερικοί χειρουργοί παρακάμπτουν την διαδικασία επιλογής των υποψηφίων με την άμεση αποκατάσταση.

Σε μια μελέτη του Mendelson 1981 αναφέρεται ότι το 42% των χειρουργών συστήνουν επανόρθωση τους πρώτους 6 μήνες, 43% σε 6-12 μήνες, 14% σε 1-2 χρόνια ενώ 1% σε λιγότερο από 5 χρόνια.

Άμεση αποκατάσταση δεν συνίσταται σε ασθενείς με φλεγμονώδη καρκίνο ή με διήθηση του θωρακικού τοιχώματος ενώ η διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων δεν αποτελεί αντένδειξη για άμεση αποκατάσταση.

Πολλοί απορίπτουν την άμεση αποκατάσταση και μόνο για το λόγο ότι οι ασθενείς παρακάμπτουν το στάδιο της απογοήτευσης που προκαλεί την φοβερή γι' αυτές εικόνα του στήθους χωρίς μαστό με συνήθως δύσμορφες μετεγχειρητικές ουλές και μεταβαίνουν απ' ευθείας στην εικόνα της αποκατάστασης που σίγουρα υπολείπεται αισθητικά από αυτό που προϋπήρχε με αποτέλεσμα να είναι πάντοτε δυσαρεστημένες.

Στην πράξη, οι περιορισμοί στο χρόνο για αποκατάσταση είναι κυρίως τεχνικής φύσεως και οι περισσότεροι από τους χειρουργούς επιλέγουν τις προς αποκατάσταση ασθενείς σε σχέση με τις ψυχολογικές και ογκολογικές παραμέτρους, αναμένοντας μια περίοδο 6 μηνών ώστε οι ιστοί και οι ουλές της θέσεως της προηγηθείσας μαστεκτομής να μακακώσουν.

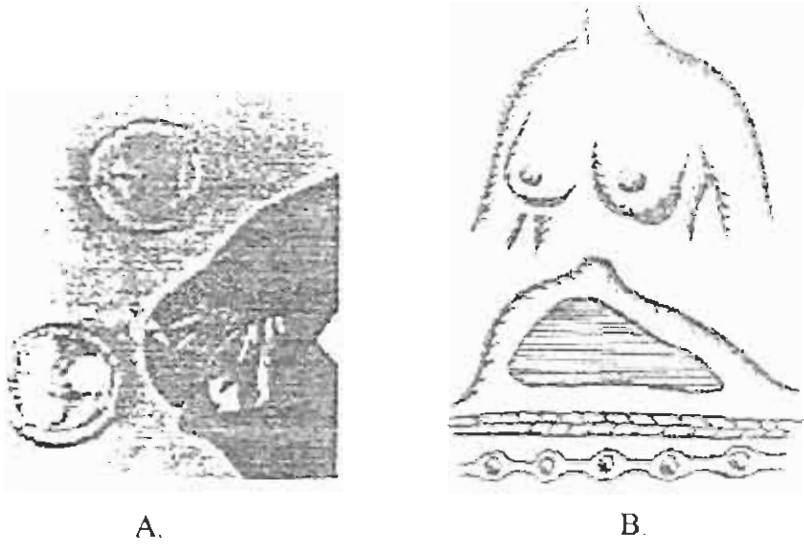
Εάν συνυπάρξει και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία τότε η αναμονή γίνεται μεγαλύτερη του ενός έτους, γιατί οι ακτινοβοληθέντες ιστοί δεν είναι αρκετά φυσιολογικοί και γιατί η αυξημένη ίνωση εμποδίζει την αιμάτωση του κρημνού και ελαχιστοποιεί την ελαστικότητα του δέρματος. Ακόμα και μετά από χρόνια το ακτινοβοληθέν δέρμα και οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, ενώ φαίνονται φυσιολογικοί, στην πραγματικότητα είναι βιολογικά παθολογικοί (διαταραγμένοι).¹⁶

8.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι μέθοδοι αποκατάστασης του μαστού είναι :

Α.

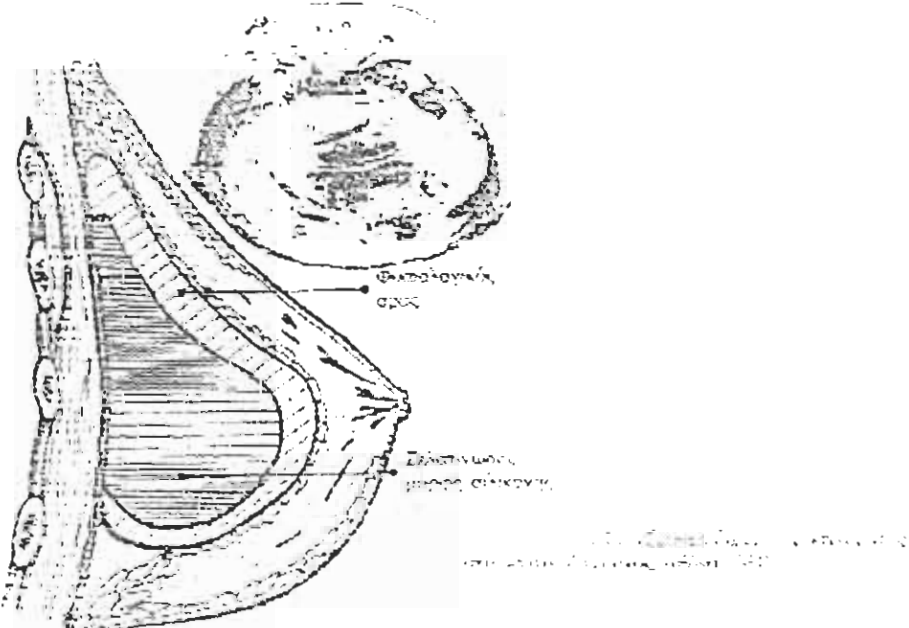
α Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, μετά από απλή ή τροποποιημένη ριζική ή υποδόρια μαστεκτομή. Χρησιμοποιούνται σάκοι από αδρανές υλικό (σιλικόνη), που μπορεί να γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτησή τους στο μαστό, ανάλογα με το επιθυμητό μέγεθος, είτε με το ίδιο υλικό σε ζελατινώδη κατάσταση είτε με υγρό μεγάλου μοριακού βάρους, πχ. Dextran, ή ακόμη και με φυσιολογικό ορό. Η χρησιμοποίηση σάκων σιλικόνης γεμισμένων με σιλικόνη σε ζελατινώδη κατάσταση έχει μειώσει σημαντικά τα τραυματικά αποτελέσματα της εγχείρησης



Εικόνα 22

A. Πρόσθεση σιλικόνης σε ζελατινώδη κατάσταση, B. Τοποθέτηση προσθήκης στο μαστό.

Οι τελευταίες βελτιώσεις στα μαστικά ενθέματα αφορούν στην κατασκευή δίχρωμων μοσχευμάτων, όπου ο κεντρικός χώρος είναι γεμάτος σιλικόνη, ενώ ο περιφερικός χώρος γεμίζεται από τον ίδιο τον χειρουργό με φυσιολογικό ορό.⁶



Εικόνα 23

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

- i. Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μύ.
 - ii. Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ.
 - iii. Διάφοροι άλλοι κρημνοί, π.χ. οριζόντιος θωρακοεπιγαστρικός δερματικός κρημνός.
- γ. Αποκατάσταση με διατατήρες ιστών. Δίνεται η δυνατότητα διατάσεως του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής. Η μέθοδος αυτή, όπου μπορεί να εφαρμοσθεί, υπερτερεί σημαντικά των άλλων μεθόδων για τους παρακάτω λόγους :
- Χρησιμοποιείται δέρμα της περιοχής (όχι ετερότοπο που διαφέρει σε σύσταση, απόχρωση κλπ.).
 - Δεν δημιουργείται δευτερογενές έλλειμα σε άλλες περιοχές.
 - Δεν δημιουργούνται νέες ουλές.
 - Δεν δημιουργούνται λειτουργικά ελλείματα από την χρήση μυών σε μυοδερματικούς ή μυϊκούς κρημνούς.
 - Υπάρχει ευχέρεια προσαρμογής του μεγέθους και του σχήματος με την κατάλληλη επιλογή του διατατήρη και του βαθμού διάτασης.
 - Μικρή φυσική επιβάρυνση της ασθενούς, διότι :
 - ⊗ Οι επεμβάσεις είναι βραχύχρονες.
 - ⊗ Η παραμονή στο νοσοκομείο είναι σύντομη.
 - ⊗ Οι επιπλοκές είναι σχετικά μικρές.
- δ. Αποκατάσταση με ελεύθερο κρημνό και μικροεγχειρητική αναστόμωση. Από τους πιο χρήσιμους κρημνούς που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται οι βουβωνικός, ο ετερόπλευρος πλατύς ραχιαίος και, τέλος, ο μείζων γλουτιαίος.⁶

B.

Η τοποθέτηση μόνιμης προσθήκης εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι είναι :

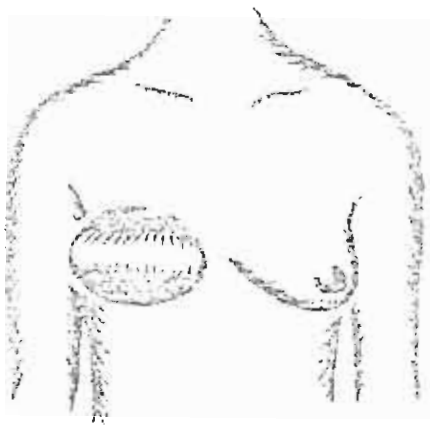
- α. **Επιθυμία της ασθενούς :** Θεωρείται αυτονόητη, παρόλο που όχι σπάνια η ασθενής επιθυμεί πρωτίστως να απαλλαγεί από τον καρκινοπληγέντα μαστό και τον καρκίνο γενικότερα. Πολλές φορές, η επιθυμία της ασθενούς για αποκατάσταση μένει ανεκπλήρωτη, διότι δεν υπάρχει ειδικός πλαστικός χειρουργός. Άλλες φορές, τυχαίνει ο χειρουργός να έχει αντίθετη γνώμη και να καταπνίγει την επιθυμία της ασθενούς.
- β. **Ηλικία :** Συνήθως, νεώτερες γυναίκες επιζητούν συχνότερα και νωρίτερα την αποκατάσταση του μαστού τους για ευνόητους λόγους.
- γ. **Μέγεθος του όγκου :** Είναι γνωστό ότι μεγάλοι όγκοι, με διάμετρο άνω των 4cm², συνοδεύονται από υψηλότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, γεγονός που μεταθέτει το χρόνο αποκατάστασης για αργότερα (αν βέβαια γίνει μαστεκτομή).
- δ. **Λεμφαδενική κατάσταση :** Όταν η μασχάλη είναι προσβεβλημένη μεγάλης προγνωστικής αξίας είναι ο αριθμός των αδένων, γιατί ενώ για N₀ το ποσοστό τοπικής υποτροπής είναι μόνο 2%, όταν οι αδένες είναι άνω των 10 το ποσοστό είναι 35%. Στην περίπτωση αυτή, φρόνιμο είναι να περιμένει κανείς.
- ε. **Ιστολογική εικόνα :** Όγκοι που θεωρούνται πολυκεντρικοί, αποτελούν αντένδειξη για άμεση και πρώιμη αποκατάσταση. Ο ιστολογικός τύπος κάθε όγκου, ο βαθμός κακοήθειας, η διήθηση αγγείων και λεμφαδένων, η παρουσία νεκρωτικών εστιών και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά την απόφαση και μεταθέτουν την αποκατάσταση για αργότερα.
- στ. **Βιολογική και τοπική συμπεριφορά του όγκου :** Όγκοι με ταχεία εξέλιξη και έντονες τοπικές αλλοιώσεις, όπως δερματικό λεμφοίδημα, φλεγμονή κ.α., πολύ συχνά καταλήγουν σε τοπική υποτροπή.

Σχήμα Θεραπείας : Το είδος της χειρουργικής επέμβασης και η εφαρμογή άλλων μορφών θεραπείας, πχ. ακτινοθεραπείας, αναβάλλουν την αποκατάσταση για ευθετότερο χρόνο.

- Η ανασύσταση του μαστού μετά από ριζική μαστεκτομή, ιδιαίτερα όταν η επέμβαση είχε ακολουθηθεί από ακτινοθεραπεία, δεν είναι εύκολη, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες, για να εξασφαλίζονται ικανοποιητικά αποτελέσματα :
 - i. Η ανασύσταση πρέπει να οδηγήσει σε συμμετρικό αποτέλεσμα.
 - ii. Η ανασύσταση πρέπει οπωσδήποτε να διενεργηθεί την καταλληλότερη περίοδο μετά τη μαστεκτομή, συνήθως δηλαδή μετά από 6-12 μήνες.
 - iii. Πρέπει να γίνει έτσι, ώστε να αφήνει όσο το δυνατόν μικρότερη ουλή.
 - iv. Συνιστάται να γίνεται στις γυναίκες, στις οποίες η διάγνωση του καρκίνου ήταν πρώιμη και για αυτό το λόγο έχουν μικρές πιθανότητες επανεμφάνισης του.⁶

8.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

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

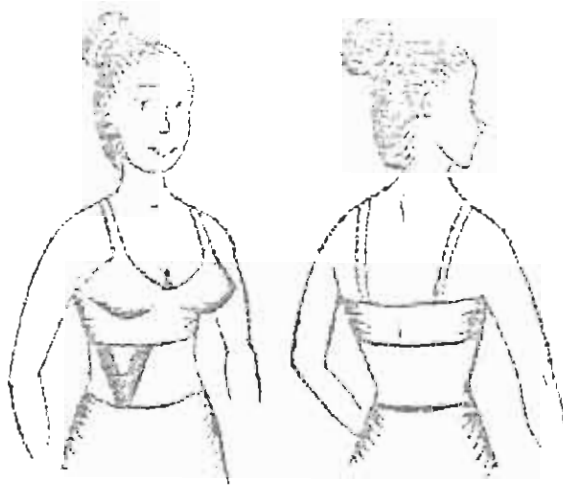


Εικόνα 24

Σωστή τοποθέτηση της προσθήκης

- Στο νοσοκομείο : Η προσθήκη, πριν από την αφαίρεση των επιδέσμων, σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας, δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Η προσθήκη πρέπει να τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα μαστό. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμο της-η προσθήκη τοποθετείται σε αυτόν.

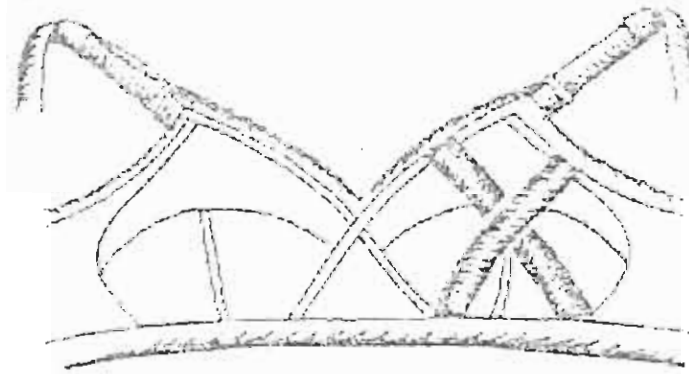
Για να κρατηθεί αυτή η πρόχειρη προσθήκη στην κανονική της θέση, μπορεί να προσαρτηθεί ένα κομμάτι από λάστιχο σε σχήμα V στο κάτω άκρο του στηθόδεσμου και να στερεωθεί στη συνέχεια στη ζώνη.



Εικόνα 25

Υποστήριξη του στήθους με λάστιχο σχήματος V.

Η τράντα του στήθους πρέπει επίσης να μακρύνει λίγο, για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στήθος δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.



Εικόνα 26

Σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες για να κρατούν την προσθήκη στην θέση της.

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

Για να φορέσει μαγίο, συνιστάται η εσωτερική τοποθέτηση και στήριξη ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα, το οποίο αντικαθιστά το χαμένο μαστό. Τονίζεται στην ασθενή ότι η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι να αισθανθεί η ασθενής έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση.

8.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΟΝΙΜΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Η φροντίδα της ασθενούς με μόνιμη προσθήκη αποτελείται από :

- α. την προεγχειρητική ετοιμασία.
 - β. την μετεγχειρητική φροντίδα.⁶
- α. Προεγχειρητική ετοιμασία.

Από την στιγμή που η ασθενής επιλέγει για χειρουργική αποκατάσταση του μαστού, ενημερώνεται για τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως η ανάπτυξη ινωδών στοιχείων σφαιρικά γύρω από το ένθεμα ή έντονη μετεγχειρητική ουλή. Επίσης, η ασθενής ενημερώνεται για τις παροχετεύσεις που θα τοποθετηθούν μετεγχειρητικώς. Η παρουσία παροχετεύσεων (Hemovac, Redi-Vac) αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όχι όμως και για την ασθενή, η οποία είναι δυνατόν να θορυβηθεί από την ύπαρξη τους αν δεν έχει ενημερωθεί εγκαίρως.

Διενεργείται μαστογραφία του φυσιολογικού μαστού και σπινθηρογράφημα οστών, ώστε να εξαλειφθούν οι υποψίες για επανεμφάνιση ή μετάσταση του αρχικού καρκινώματος.

Σημαντική είναι η ψυχική υποστήριξη της ασθενούς κατά τη διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο. Πολλές ασθενείς νομίζουν ότι σπαταλούν το χρόνο όλων για την διενέργεια μιας εγχείρησης που μερικοί ίσως θεωρούν εντελώς περιττή. Η νοσηλεύτρια τονώνει συναισθηματικά την ασθενή και προσπαθεί να την απαλλάξει από αισθήματα ενοχής και ντροπής.⁶

- β. Μετεγχειρητική φροντίδα

Η Μετεγχειρητική φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει δραστηριότητες και πράξεις που αφορούν :

➤ Δραστηριότητα

- α. Αμέσως μόλις η ασθενής συνέλθει από την αναισθησία, η νοσηλεύτρια την κινητοποιεί.
- β. Περιορίζονται οι κινήσεις του βραχίονα και του ώμου, το λιγότερο για 2 εβδομάδες μετεγχειρητικώς.
- γ. Αποφεύγεται η ανύψωση των χεριών πάνω από το επίπεδο της κεφαλής ή η έντονη κινητικότητα των θωρακικών μυών, όπως συμβαίνει κατά το χτένισμα ή την οδήγηση.
- δ. Οι δραστηριότητες της ασθενούς αυξάνονται σταδιακά περιλαμβάνοντας δουλειές του σπιτιού σε 3-4 εβδομάδες και κολύμπι, τένις, γκολφ σε 8 εβδομάδες.

➤ Επιδεσμικό Υλικό

- α. Τοποθετούνται πιαστικοί επίδεσμοι στην περιοχή της τομής για 5-7 ημέρες, εκτός και αν παρατηρηθούν οι παρακάτω ενδείξεις για αλλαγή αυτών : πυρετός, μαύρες ή μπλε περιοχές του δέρματος περιφερικά των επιδέσμων, κακή εφαρμογή του επιδεσμικού υλικού, αυξημένη πίεση της περιοχής.
- β. Ελέγχεται το επιδεσμικό υλικό για την ακεραιότητα του, την κατάλληλη εφαρμογή, των εμφάνιση αιμορραγίας. Οι επίδεσμοι πρέπει να είναι πιο

πιστικοί στα άνω και έξω τεταρτημόρια, γιατί τα αγγεία των περιοχών αυτών αιμορραγούν πιο εύκολα.

γ. Οι επίδεσμοι αφαιρούνται την 3^η – 4^η μετεγχειρητική ημέρα.

δ. Καθοδηγείται η ασθενής να φορά σφιχτά υποστηρικτικό στηθόδεσμο, ακόμη και κατά την διάρκεια του ύπνου.

Μετά από 6 εβδομάδες, η ασθενής μπορεί να μην χρησιμοποιεί στηθόδεσμο, αν δεν θέλει, αλλά συμβουλεύεται να τον φορά συνεχώς, όταν έχει έντονη δραστηριότητα ή όταν απασχολείται με τον αθλητισμό, πχ. με το τροχάδην.

➤ Πόνος

Η ασθενής παρακολουθείται συνεχώς για την εμφάνιση πόνου. Η ένταση του πόνου ποικίλλει. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και καταγράφει την ένταση, την διάρκεια και την συχνότητα και ενημερώνει το γιατρό για την αναγκαιότητα λήψης μέτρων (πχ. χορήγηση αναλγητικών).

➤ Κατάθλιψη

Η μετεγχειρητική κατάθλιψη είναι συνηθισμένη κατά τη διάρκεια των πρώτων 72 ωρών και φαίνεται να είναι πιο έντονη σε αυτό το είδος επεμβάσεων από ότι σε άλλες. Η ασθενής συνήθως ξεσπά σε κλάματα και αισθάνεται ενοχή. Η ίδια πιστεύει ότι έχει φορτώσει στους άλλους το κόστος της εγχείρησης και ότι για να γίνει η εγχείρηση έχει εγκαταλείψει το σύζυγο και τα παιδιά της.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να κατανοήσει την πηγή των συναισθημάτων της και την διαβεβαιώνει ότι τα αισθήματα κατάθλιψης είναι συνηθισμένα και, κυρίως, παροδικά.

➤ Επιπλοκές

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συνεχώς την ασθενή για την εμφάνιση επιπλοκών, όπως :

α. Εξαγγείωση ορού. Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή και παρατηρείται κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας. Βέβαια οι τοποθετούμενες κατά την εγχείρηση παροχετεύσεις, εμποδίζουν την συσσώρευση υγρών. Η τοποθέτηση παγοκύστης στο μαστό κάνει την ασθενή να αισθάνεται πιο άνετα. Επίσης, ενδείκνυται και η ακινητοποίηση του μαστού και η μειωμένη δραστηριότητα γενικά.

β. Αιμάτωμα. Συμβαίνει σε ποσοστό 2% και λιγότερο των ασθενών.

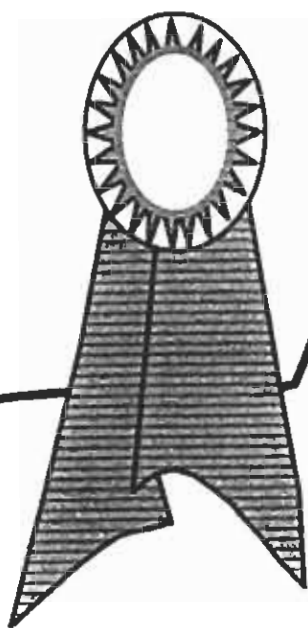
γ. Φλεγμονή. Δεν συμβαίνει συχνά, αλλά είναι η κύρια αιτία αφαίρεσης της προσθήκης, η οποία επανατοποθετείται 4-6 μήνες μετά. Η νοσηλεύτρια ελέγχει την ασθενή για εμφάνιση σημείων φλεγμονής όπως πυρετό, πόνο ή ευαιρεθιστότητα, τοπική αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού ή εμφάνιση πυώδους υγρού από την τομή.

δ. Μη επούλωση της τομής. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αντιμετωπίζεται με εκτομή του νεκρωμένου δέρματος και επανασυρραφή των χειλέων της τομής.

ε. Ανάπτυξη ινώδων στοιχείων σφαιρικά γύρω από την προσθήκη. Η προσθήκη γίνεται σκληρή και στην αίσθηση και στην αφή και δυσανασχετεί την ασθενή.⁶

Κεφάλαιο

9



ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΛΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

9.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο σπίτι, μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου.

Γιατί πρέπει να εφαρμοσθεί ο θεσμός και ποια οφέλη απορρέουν από την εφαρμογή του; Οι λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- α. Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στη χώρα μας, και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως καρκινοπαθείς.
- β. Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.
- γ. Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς που διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι του, από την νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- δ. Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες τους.
Άρα, το όφελος είναι οικονομικό, κοινωνικό και ψυχικό.⁶

9.2. ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκει η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- α. Να μη χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες, για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες (χορήγηση συμπτωματικής αγωγής, περιοδική παρακολούθηση κλπ.).
- β. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες που, εκτός από την παρακολούθηση του ασθενούς, διδάσκουν, κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.
- γ. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στην ασθενή με την βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκατάλειψη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της.
- δ. Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού του γιατρού.
- ε. Να παρέχονται στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και να χορηγούνται οροί.
- στ. Η παραμονή της ασθενούς στο γνώριμο και αρεστό 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.

Η αναγνώριση και υλοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων της καρκινοπαθούς αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας της νοσηλείας στο σπίτι.⁶

9.3. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην κατ' οίκον νοσηλεία.

α. Πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει την νοσηλεία, είναι να συγκεντρώσει πληροφορίες και στοιχεία για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει, για να μπορέσει να κάνει την νοσηλεύτική της διάγνωση, να γνωρίσει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής, να ερευνήσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και για την κάλυψη που μπορεί να της παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου.

β. Να γνωρίσει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς, που μπορεί και πρέπει να παίζει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια της νοσηλείας, είτε με την συμπράξη είτε με τη συμμετοχή και προσφορά βοήθειας μετά από την διδασκαλία της υπεύθυνης για την φροντίδα (ενεργός συμμετοχή της οικογένειας).

γ. Να καταγράψει την νοσηλευτική της διάγνωση. Η διάγνωση πρέπει να είναι επιστημονική, βασισμένη σε γνώσεις ανατομίας, βιολογίας, ιατρικής, νοσηλευτικής, και να αξιολογηθούν διάφοροι παράγοντες, συνθήκες και κοινωνικά πλαίσια που μπορεί να επηρεάσουν την πορεία της νοσηλείας.

δ. Να βρεί τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράψει τις νοσηλευτικές της ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές (δηλαδή να κάνει τον προγραμματισμό της).

ε. Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης, ώστε σε περίπτωση που εμφανισθεί κάποιο νέο πρόβλημα να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειες της, σε συνεργασία πάντα με την βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής μονάδας πχ. του χειρουργού ή της κοινωνικής λειτουργού.

στ. Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, για να μπορεί να τις ανακατατάσσει, όταν χρειάζεται.

ζ. Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Είναι αντιληπτό ότι ο τρόπος εφαρμογής της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι βασίζεται ιδιαίτερα στην ικανότητα και στην συνείδηση της νοσηλεύτριας, ο ρόλος της οποίας δεν είναι εύκολος.

Επομένως τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει μια νοσηλεύτρια είναι :

- α. Ικανότητα, ώστε να τοποθετεί τον εαυτό της στη θέση του άλλου.
- β. Ευαισθησία στις ανάγκες της οικογένειας ή του ατόμου.
- γ. Ικανότητα ανάπτυξης καλής επικοινωνίας.

Υπάρχουν ασθενείς που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες ζωής (μόνες, άπορες, εγκαταλειμμένες), που περιμένουν σαν άγγελο

προστάτη τους την νοσηλεύτρια. Η είσοδος της νοσηλεύτριας στο σπίτι της ασθενούς φέρνει τέτοια ανακούφιση σε αυτήν, που αναρωτιέται κανείς πως η ήρεμη και ήσυχη αυτή γυναίκα (με την παρουσία της αδελφής) ξεφωνίζει από τους πόνους όλη την ημέρα.

Ο ψυχολογικός παράγοντας επομένως είναι σημαντικός για την ασθενή και σε αυτό βοηθάει η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι. Έχει παρατηρηθεί ότι λίγοι καρκινοπαθείς έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους.

Μπαίνουμε έτσι στο κοινωνικό έργο που πρέπει να παραγάγει η νοσηλεύτρια, ώστε να βοηθήσει την ασθενή. Με τρόπο που να μη θίγει το περιβάλλον, κάνει προσπάθειες να τους πείσει, ότι έστω και από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να δείξουν αγάπη και να τη φροντίσουν. Έτσι, η νοσηλεύτρια της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι ασκεί και το κοινωνικό της έργο.

Επίσης, οι νοσηλεύτριες μπορούν αν βοηθήσουν (λόγω της στενής τους επαφής με την ασθενή) σε έρευνες για πιθανή συμμετοχή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην γένεση του καρκίνου.

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

α. Ψυχική υποστήριξη της μαστεκτομηθείσας και της οικογένειας της και ενδυνάμωση των υπαρχόντων δεσμών.

β Βοήθεια της ασθενούς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της και στις απαιτήσεις της οικογένειας της.

γ. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά στην παροχή βοήθειας προς την ασθενή. Η παροχή βοήθειας, όπου αυτή κρίνεται απαραίτητη, όχι μόνο ανακουφίζει την ασθενή, αλλά είναι και ένδειξη προς αυτήν ότι δεν έχει μείνει μόνη και ότι η οικογένεια της συνεχίζει να την αγαπά το ίδιο, να την φροντίζει και να την επιθυμεί παρούσα και συμμετέχουσα στις κοινές δραστηριότητες. Διδάσκει επίσης την ίδια την ασθενή πώς να αυτοεξυπηρετείται, πώς να αναλαμβάνει ευθύνη για εργασία η οποία της ανατίθεται κ.α., ώστε να είναι περισσότερο αποδεκτή από τους άλλους.

δ. Παρότρυνση της ασθενούς στην συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.

ε. Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς. Η τήρηση σωστού διαιτολογίου θα βοηθήσει στην ταχύτερη οργανική αποκατάσταση της ασθενούς και στην διατήρηση της στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους.

στ. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά την μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς. Η σημασία της διενέργειας των ασκήσεων τονίζεται ιδιαίτερα από την νοσηλεύτρια. Επισημαίνονται δυσκολίες της ασθενούς στη διενέργεια των ασκήσεων, υποβοηθείται στη σωστή εκτέλεση τους, ενθαρρύνεται και συζητούνται οι απορίες της.

ζ. Καθοδηγείται η ασθενής στη μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.

η Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πώς να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο. Η πλύση του τραύματος μπορεί να γίνεται με μαλακό τρίφτη ή με ένα κομμάτι ύφασμα. Το στεγνώνει απαλά, χωρίς να το τρίβει, ώστε να μην ερεθίζεται και χρησιμοποιεί μια συνηθισμένη κρέμα. Η ασθενής πολλές φορές ταλαιπωρείται από κνησμό, που έχει τοπικά στο τραύμα. Η χρησιμοποίηση τάλκ την ανακουφίζει αρκετά.

ι). Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την συμμετοχή της ασθενούς στις τακτές περιοδικές εξετάσεις (το ονομαζόμενο check – up), με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και που γενικότερα δίνουν σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς.

ι). Επίσης, φροντίζει για την συμμετοχή της ασθενούς στην χημειοθεραπεία ή και ακτινοθεραπεία που έχει καθορισθεί από το γιατρό μετά τη μαστεκτομή και παράλληλα διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι.

Μεγάλο μέρος του χρόνου της νοσηλεύτριας πρέπει να αφιερώνεται στην εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειας της σχετικά με τον καρκίνο και τη θεραπεία του. Για την ανάπτυξη του εκπαιδευτικού της προγράμματος, πρέπει πρώτα να μάθει τι ήδη γνωρίζουν οι προαναφερόμενοι, αλλά και να εκτιμήσει την επίδραση της ασθένειας σε αυτούς και στον τρόπο ζωής τους. Η διδασκαλία περιλαμβάνει το σκοπό χορήγησης των κυτταροστατικών, τη δράση τους στα φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα, τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και τα μέτρα άρσης τους.

Η διδασκαλία πρέπει να ξεκινήσει πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας και να συνεχίζεται – επεκτείνεται με κάθε επίσκεψη της νοσηλεύτριας στο σπίτι. Η νοσηλεύτρια πρέπει να προσπαθήσει να καλλιεργήσει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας της ασθενούς. Για να το κατορθώσει αυτό, οφείλει να απαντάει σε όλες τις ερωτήσεις και απορίες τους με ειλικρίνεια. Η ασθενής αποτελεί σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας, από την στιγμή που η επιτυχία της χορήγησης της χημειοθεραπείας εξαρτάται από αυτήν και την οικογένεια της και τη συνεργασία τους με τα υπόλοιπα θεραπευτικά μέλη και η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη αυτής της συνεργασίας.

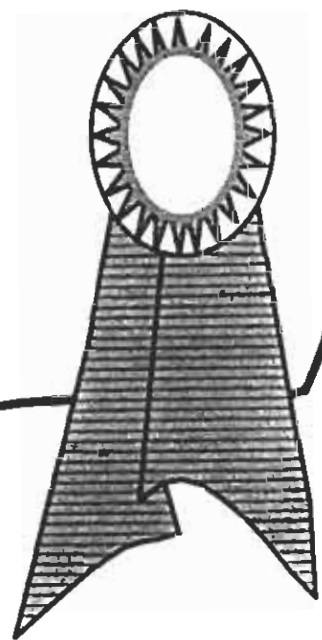
ια). Πολλές πράξεις μπορούν να αντικατασταθούν από μια καλή συζήτηση. Στη φάση αυτή, η ασθενής νιώθει μεγάλη ανάγκη να εκφράσει τους φόβους της, τις αδυναμίες της, τα συναισθήματα της σε ένα έμπιστο πρόσωπο που να γνωρίζει την ασθένεια της και αυτό το πρόσωπο δεν είναι άλλο από την νοσηλεύτρια που θα συζητήσει με την ασθενή, θα την ακούσει προσεκτικά και κατόπιν θα τη συμβουλέψει και θα την καθοδηγήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της.

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι πρέπει να ξεπεράσει το πειραματικό στάδιο και να γίνει πιο αποδεκτή με βάση την ευρωπαϊκή εμπειρία. Πρέπει να υπάρχουν :

- α. Συνεργασία όλων των ιδρυμάτων για την γεωγραφική της εξάπλωση.
- β. Ενημέρωση των νοσοκομειακών και άλλων φορέων για την ύπαρξη και λειτουργία της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι.
- γ. Σύνταξη συγκεκριμένου οργανισμού λειτουργίας της υπηρεσίας για τις αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας.
- δ. Γιατροί για κατ' οίκον επισκέψεις.⁶

Κεφάλαιο

10



ΨΥΧΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νοσηλεύτρια στην οποιαδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο, τελικό). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου πρέπει να είναι ο ακόλουθος.⁶

10.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ -ΤΡΙΑΣ

Πρώιμο στάδιο

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθειας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Άλλες λοιπόν αποφεύγουν να έχουν πληροφόρηση, άλλες αναζητούν πληροφορίες για να μειώσουν το άγχος. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλειστεί, το άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι τη στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνονται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψης βοήθειας. Υπάρχουν όμως και οι μακροπρόθεσμες διαστάσεις που συνδέονται πρώτον με τις επιπτώσεις που θα έχει η νόσος στην οικογενειακή, κοινωνική ζωή και την επαγγελματική δραστηριότητα και στα οικονομικά και, δεύτερον, με την κακοήθεια της νόσου που βιώνεται ως απειλή για την συνέχεια της υγείας και της ίδιας της ζωής.

Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής θα αντιμετωπίσει τη νοσηλεία, την ασθένεια και τις συνέπειες της (στην ίδια και στους άλλους) εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα, κρίσεις και εντάσεις στη ζωή. Αν για παράδειγμα δεν είχε ποτέ στο παρελθόν συζήτηση με τους άλλους τα συναισθήματα ή τα προσωπικά της προβλήματα ανοιχτά και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή της στο στάδιο αυτό

Οι στόχοι μας ως νοσηλευτριών στη φάση αυτή είναι οι εξής :

- α. Να βοηθήσουμε την ασθενή να μπορεί να ζει με επίγνωση της σοβαρής νόσου και των συνεπειών της.
- β. Να τη βοηθήσουμε να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες σχετικές ανησυχίες.
- γ. Να τη βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί στην νέα εικόνα σώματος και εαυτού.
- δ. Να τη βοηθήσουμε να επαναπροσαρμοσθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση της γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στο οποίο έχει εισαχθεί, και στην κατατόπιση της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό

προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζητήματα διατροφής).

Κατόπιν, θα λαμβάνεται λεπτομερειακό ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την προετοιμάζουμε ψυχικά. Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή, (α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης, την έκταση της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με τον να είσαι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βεβούμενων γεγονότων και το άγχος μειώνεται (β) Αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από την νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

Ενδιάμεσο στάδιο

Διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος δεν θεραπεύτηκε αποτελεσματικά, επανεμφανίστηκε και υφίσταται ανάγκη άλλων μορφών θεραπείας. Η ασθενής έχει γνώση της εξέλιξης της υγείας της με βάση την φυσική της κατάσταση, την ένταση και την έκταση του πόνου, την αδυναμία και την καχεξία και άλλα συμπτώματα, όπως αιμορραγίες κ.λ.π.

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου. Είναι οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους για τη διάγνωση. Η επανεμφάνιση θα σήμαινε για αυτές την αρχή του τέλους, που τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν θα δημιουργείτο φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοσθεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της νόσου, 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 επισκεφθούμε κάποιους συγγενείς»).

Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους και να θελήσουν να προσανατολισθούν σε όχι πάντα επιστημονικά παραδεκτές λύσεις, όπως φαρμακευτικά σκευάσματα βιταμινών, γιατροσόφια, διαλογισμό. Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή ότι μια τέτοια αγωγή είναι χωρίς αξία και να την κατευθύνουν σε παραδεκτές θεραπείες.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατέλειωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι από τις δύσκολες στιγμές, ενώ, όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώσουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και την οικογένεια της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης, πρέπει να εξηγηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας, ώστε η ασθενής να είναι έτοιμη να αποδώσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της νόσου και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει η νοσηλεύτρια να εξηγήσει στην ασθενή και στους συγγενείς της τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει την ασθενή να τα δεχθεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στην ασθενή ότι τα ανεπιθύμητα

αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να την απασχολούν και να την ενοχλούν όμως, υπάρχει ο κλονισμός της υγείας της από την νόσο που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να υπομείνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα θα δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου. Όταν η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή πως επενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανισθούν. Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινισθούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως ότι η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στην ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μην μπορεί να εργασθεί πια να παραμένει 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 ακτινοβολήση, ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι το μοιραίο επίκειται. Με την επιδείνωση της νόσου, η ασθενής φοβάται ότι η οικογένεια της θα την εγκαταλείψει. Έτσι, μερικές ασθενείς γίνονται υπάκουες χωρίς παράπονα, ώστε να αποφύγουν καταστάσεις που ίσως οδηγήσουν τους άλλους να τις εγκαταλείψουν. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι' αυτήν.⁶

Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνον ανακουφιστική, η ασθενής και η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί, το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντώνεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μη γνωρίζει τίποτα για τη νόσο της. Η ασθενής μπορεί να κατηγορήσει τη νοσηλεύτρια ότι δεν την είχε προειδοποιήσει για τις επιπλοκές ή για ενδεχόμενο θάνατο, παρά το γεγονός ότι σε όλη τη διάρκεια της νόσου μπορεί να ενημερωνόταν για την πρόγνωση της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, θα έχει υποβληθεί σε εγχειρήσεις, θα έχει μπει και βγει από πολλές μονάδες νοσοκομείων, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μια μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στον εαυτό της. Συνήθως, ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον

αγώνα απελπισμένοι – στηριζόμενοι στο ανίαιο του καρκίνου – και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σε αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά ότι θα μείνει δίπλα της και θα είναι διαθέσιμη για να συζητήσουν τις φυσικές ή ψυχολογικές ανησυχίες της, να της παρέχει ανακούφιση και υποστήριξη ως την τελευταία στιγμή.

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμη λίγο καιρό. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι νοσηλεύτριες πρέπει να πουν ψέματα στην ασθενή. Σημαίνει ότι μοιραζόμαστε μαζί της την ελπίδα πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να αλλάξει τη ροή των πραγμάτων. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε την ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε μια τέτοια ασθενή και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και η ίδια τον εαυτό της και η περαιτέρω ιατρική και νοσηλευτική βοήθεια θα μπορούσε να έλθει πολύ αργά, βρίσκοντας την απροετοίμαστη για μια νέα μάχη.

Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντας της ότι δεν την ξεχάσαμε. Ζητούμε από την οικογένεια, τους φίλους και τους γνωστούς της να μην την εγκαταλείψουν. Συζητούμε το θέμα της χειροτέρευσης της κατάστασης με την ίδια την ασθενή και φροντίζουμε να διευθετήσει όλες τις υποθέσεις της. Της δίνουμε την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους, τις ανησυχίες, τις ανάγκες, τα συναισθήματα της και της δείχνουμε κατανόηση και συμπάραση.⁶

10.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας, σύμφωνα με τα οποία μόνο ευαίσθητα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις, αποκλείονται. Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την διάγνωση της νόσου, που αρνούνται να γνωρίσουν τους φόβους της ασθενούς, που δεν δίνουν την υποστήριξη και το ενδιαφέρον που αυτή χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητα της να αντιμετωπίσει την νόσο.

Ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν θα ξέρουν τι να πουν. Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορούν να βρεθούν, αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού της ασθενούς ή μια τρυφερή ματιά μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα, που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθάει να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και τους φίλους που η ασθενής μπορεί να νιώθει λόγω της νόσου της και, μη ξέροντας πώς να αντιδράσει απέναντι τους, απομακρύνεται από αυτούς.

Πολλές οικογένειες υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια. Έτσι, αποτυγχάνουν να δώσουν στην ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά, τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από την ασθενή, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάσταση της. Σαν απάντηση, η ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια, ώστε να προστατεύσει την οικογένεια της. Ως αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Η ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένεια της και στις ανησυχίες τους και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Έτσι, η ασθενής και η οικογένεια της μπορεί άθελα τους να εγκαταλείψουν η μια την άλλη και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Ακόμη, δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο το χρόνο τους στην ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της, για να φύγουν από τη συνεχή ένταση που δημιουργεί η νόσος, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και ρόλοι. Έτσι, στην περίπτωση που η μητέρα είναι η ασθενής, ο πατέρας πρέπει να διαθέτει αρκετές ώρες, κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλώς να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχική ισορροπία που χρειάζεται, για να αντιμετωπίσει, τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου.

Διεθνείς Αντικαρκινικές Εταιρείες, απευθυνόμενες στη γυναίκα που έχει υποβληθεί σε μαστεκτομή, προτείνουν να χειρισθεί ως εξής το θέμα :

«Με την επιστροφή στο σπίτι ίσως θελήσετε να μιλήσετε για την εμπειρία σας στους ανθρώπους που επικοινωνείτε ή ίσως θελήσετε να το γνωρίζουν όσο το δυνατόν λιγότερα άτομα. Καλό θα ήταν όμως να μιλήσετε με το σύζυγο σας ή κάποιο άτομο που συνδέεστε πολύ στενά. Με το να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας, θα υποστηρίζετε και θα καθησυχάζετε ο ένας τον άλλον. Όσο το συντομότερο επικοινωνήσετε με τα αισθήματα σας τόσο γρηγορότερα θα ξαναρχίσετε κανονικές σχέσεις. Πάρτε εσείς την πρωτοβουλία και ανοίξτε συζήτηση γύρω από το θέμα της επέμβασης και των ψυχολογικών συνεπειών. Οι άλλοι φοβούνται να κάνουν την πρώτη κίνηση, μήπως και πουν ή πράξουν κάτι λάθος. Όταν δεν υπάρχει επικοινωνία και οι δύο μένετε σιωπηλοί, πολύτιμος χρόνος στην διαδικασία για την ανάρρωση χάνεται. Είναι φυσικό να αναρωτηθείτε, αν ο σύζυγος σας, σας αγαπά και σας θέλει όπως πριν. Πολλές γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή 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 ίσως έσπαζε έτσι και αλλιώς μπροστά σε μια κρίση που θα εμφανιζόταν στη ζωή. Είναι εύκολο για κάποιον από τους δύο συζύγους να χρησιμοποιήσει την μαστεκτομή σαν δικαιολογία, για να θέσει τέρμα σε μια κατάσταση που δεν ήταν αποδεκτή από καιρό».

Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούνται τα θέματα, τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής τους να βελτιωθεί.

Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια, όταν βρίσκουν μια διαφορετική για παράδειγμα μητέρα, αδύναμη και θλιμμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, αλλά αισθάνονται ενοχή, καθώς φαντάζονται ότι αυτά έφταιξαν για την αρρώστια της μητέρας τους.

Και οι δύο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί, πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για τη νοσηλεία και τη νόσο 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 τη 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. Ότι έχουν φαντασθεί τα παιδιά, συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα. Μερικά παιδιά ανήσυχα και αγχώδη, με το να μην κάνουν ερωτήσεις και να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα ενδιαφέρονται, αλλά χρειάζονται βοήθεια, ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία.

Έτσι, η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί, ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει αυτή τη σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε πως τα παιδιά, προκειμένου να δεχθούν κάποιες πληροφορίες, θα πρέπει να είναι έτοιμα. Άλλωστε, δεν θα πάψουν να αγαπούν, όπως και να έρθουν τα πράγματα, την μητέρα τους, αν αυτή είναι άρρωστη. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές μεταβολές στην συμπεριφορά τους (εμπόλεμη διάθεση, αδιακρισίες), να αρχίσουν να απειθαρχούν, να μην βοηθούν τους γονείς σε μικροδουλειές ή να αρνούνται να επισκεφθούν την μητέρα στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι την στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους δεσμούς με τους γονείς, προετοιμαζόμενοι να ζήσουν ανεξάρτητα, αναγκάζονται από τα οικογενειακά προβλήματα να επιστρέψουν πίσω και γι' αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κοπέλα, μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου(αν η εντόπιση στη μητέρα είναι ο μαστός ή 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 αντιμετωπισθεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε.⁶

10.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

α) Σωματική φροντίδα

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 της ασθενούς στα τελευταία στάδια της ζωής της μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε έναν ήσυχο θάνατο. Ανεξάρτητα από το αν η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο ή στο σπίτι, οι ανάγκες για φροντίδα και συμπαράσταση είναι ίδιες.

Αντιμετώπιση του πόνου.

Η αντιμετώπιση του πόνου σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο είναι ένα από τα κύρια νοσηλευτικά καθήκοντα. Οι εξελίξεις που σημειώνονται στην φαρμακολογία καθώς και στους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων σε ασθενείς με οξύτατη εξασθένηση έχουν βελτιώσει την δυνατότητα αντιμετώπισης του πόνου. Είναι επίσης εποικοδομητικό να βοηθήσει η νοσηλεύτρια την ασθενή να διατηρήσει ημερολόγιο, στο οποίο θα σημειώνονται τα χορηγούμενα αναλγητικά φάρμακα, τα αποτελέσματα καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων αυτών. Μια επανεξέταση του ημερολογίου αυτού βοηθάει την ασθενή και την οικογένεια της να

παρατηρήσουν τα χρονικά εκείνα πλαίσια, κατά τα οποία η ασθενής πονάει και τη χρονική περίοδο που χρειάζονται τα φάρμακα για να δράσουν και την ανακουφίσουν από τον πόνο.

Είναι ζωτικής σημασίας για την νοσηλεύτρια η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων. Η ευσυνειδητή βαθμύμετρηση και αξιολόγηση αποτελεί το πρώτο και το σημαντικότερο στάδιο θετικής νοσηλευτικής ανταπόκρισης στο πρόβλημα και περιλαμβάνει τόσο την αξιολόγηση του πόνου από την νοσηλεύτρια όσο και από την ίδια την ασθενή. Η εκτίμηση αυτή παρέχει πληροφορίες στο γιατρό, με τις οποίες αυτός θα επιτύχει τον πιο αποτελεσματικό συνδυασμό φαρμάκων για την καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση του πόνου. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των ναρκωτικών, λόγου χάρη, μπορεί να αυξηθεί με την παράλληλη χορήγηση αντιαγχωτικών φαρμάκων, σε περίπτωση βέβαια που η ασθενής εμφανίζει αυξημένο άγχος.

Όταν η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο νοσηλεύεται στο σπίτι, η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει την οικογένεια πώς και πότε να χορηγεί τα φάρμακα καθώς και πώς να εκτιμά την ανταπόκριση της ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή. Αναποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου στο σπίτι είναι συχνά η αιτία για την διακομιδή της ασθενούς στο νοσοκομείο. Αν η ασθενής και η οικογένεια της επιθυμούν να παραμείνει η πρώτη στο σπίτι, η διδασκαλία τους για την αντιμετώπιση του πόνου είναι απαραίτητη.

Η νοσηλεύτρια ίσως ξεκινήσει αρχικά την διδασκαλία των μελών της οικογένειας με τα απαραίτητα μέτρα φροντίδας, όσο ακόμη η ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο, με συστηματικές επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν χρειαστεί. Η διδασκαλία των μελών της οικογένειας να καταγράφουν πότε αρχίζει ο πόνος, το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων ή της λήψης άλλων θεραπευτικών μέτρων καθώς και το χρόνο έναρξης της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής και ανακούφισης θα βοηθήσει στην εκτίμηση και την αξιολόγηση αυτών και της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Η θετική ενίσχυση των μελών της οικογένειας στην συμβολή τους στην αντιμετώπιση του πόνου συχνά τους δίνει τη δύναμη να συνεχίσουν την προσφορά της φροντίδας και όταν ακόμη η ασθενής βρίσκεται κοντά στο θάνατο.

Οι τεχνικές χαλάρωσης αποτελούν επίσης βοηθητικά μέσα για την ασθενή που πονάει. Ασκήσεις βοήθειας αναπνοής, χαλάρωσης των μυών καθώς και τη αποκόλληση της ασθενούς από την σκέψη του πόνου τη βοηθούν να γίνει περισσότερο ανεκτική σε αυτόν.

Δυσκοιλιότητα

Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής, υποφέρουν πολύ από δυσκοιλιότητα. Η επισυμβαίνουσα διόγκωση, η πίεση του διογκωμένου εντέρου στο διάφραγμα και ο συνοδευόμενος μετεωρισμός επιτείνουν τον πόνο και την έλλειψη άνεσης της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει, σύμφωνα με κάποιο σχέδιο, οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για τα μέτρα που είναι περισσότερο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Χυμός δαμάσκηνων ή φρούτων καθώς και φρουτόκρεμες εμπορίου (αυτές που χορηγούνται στα παιδιά) μπορούν να χορηγούνται στο νοσοκομείο και στο σπίτι για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. Η οικογένεια πρέπει επίσης να διδαχθεί όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων του υποκλυσμού και της απομάκρυνσης των ενσφηνωμένων στο έντερο κοπρανωδών μαζών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή τη φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν η οικογένεια της δεν είναι ικανή να την παρέχει.

Νιούτια και εμετός

Η ναυτία και ο εμετός είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα της ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της. Μπορούν να αντιμετωπισθούν με προσεκτική επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία να δίνονται με τη μορφή υπόθετων.

Διατροφή

Οι ασθενείς στα τελικά στάδια της ζωής τους χαρακτηρίζονται από ανορεξία. Συχνά, δεν ενδιαφέρονται καθόλου για το φαγητό και μερικές φορές ακόμη και η μυρωδιά του φαγητού τους προκαλεί ναυτία. Σε αυτό το στάδιο, οι ασθενείς μπορούν να τρώνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα.

Πρέπει επίσης, να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωση αυτών των ασθενών με σκοπό την αποφυγή χορήγησης υγρών παρεντερικώς. Μικρή και συχνή χορήγηση υγρών που αρέσουν στην ασθενή (πχ. πορτοκαλάδας) στην κατάλληλη θερμοκρασία, βοηθούν να αποφευχθεί η αφυδάτωση.

Πρόληψη κατακλίσεων

Στην ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής της, εμφανίζονται όλα τα προδρομικά σημεία των κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Τέτοιες ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτες, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένες και αποφεύγουν την συχνή εναλλαγή θέσεων, επειδή προτιμούν να παραμένουν συνεχώς σε μια συγκεκριμένη θέση, αν αυτή τις ανακουφίζει και δεν τους προκαλεί άλλα δυσάρεστα ενοχλήματα. Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Είναι βασικής σημασίας η προσπάθεια να αποφευχθεί αυτό το στάδιο. Για την ασθενή που βρίσκεται στο σπίτι, είναι πολύ σημαντικό τα πρόσωπα που την φροντίζουν να έχουν διδαχθεί πώς να την πλένουν και της αλλάζουν θέση, καθώς και πώς να αξιολογούν ενδείξεις αρχόμενης κατάκλισης. Αν χρειασθεί θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει στην οικογένεια να καταλάβει τους λόγους της αρχόμενης θεραπείας και να τους διδάξει τον τρόπο.⁶

β) Συναισθηματική υποστήριξη

Συχνά, η ασθενής που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής της εκδηλώνει κάποια μορφή θυμού μερικές φορές, ακόμη και οργής. Η συμπεριφορά που πηγάζει από αυτό το «δικαιολογημένο θυμό» ίσως εξαντλήσει σωματικά και ψυχικά την ασθενή και είναι δυνατόν να απομακρύνει και να αποξενώσει, τους ανθρώπους, τους οποίους στην φάση αυτή της ζωής της χρειάζεται πιο πολύ, την οικογένεια της και το προσωπικό που τη φροντίζει και την νοσηλεύει. Η ασθενής μπορεί να είναι επιθετική και προσβλητική, δείχνοντας γενικά συμπεριφορά που ούτε η ίδια μπορεί να αποδεχθεί και να συζητήσει.

Η νοσηλεύτρια, οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να αναγνωρίσει αυτά τα αισθήματα της, όπως το θυμό, και να την βοηθήσει να περάσει ομαλά και ήρεμα από αυτή τη φάση αντίδρασης. Αν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς έχουν εκτεθεί σε αυτά τα ξεσπάσματα θυμού, προσβλητικότητας και επιθετικότητας, τα οποία δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν, η νοσηλεύτρια τα βοηθάει με το να τους εξηγήσει ότι η ασθενής είναι σύγκρουση η οποία να εκδηλώνεται με θυμό παρά με κατάθλιψη. Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να καταλάβουν ότι ο θυμός είναι μηχανισμός άμυνας για την ασθενή και ότι η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να εκδηλώσει κατά το δυνατόν αυτό το θυμό της, ώστε να μπορέσει να τον

αποβάλλει στο τέλος. Αυτή η εκδήλωση συχνά κάνει την ασθενή να αισθάνεται καλύτερα και πιο ήρεμη.

- Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργήσει κλίμα ηρεμίας και εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας, να γίνει συνδετικός κρίκος κατανόησης μεταξύ τους στη δύσκολη αυτή περίοδο. Μερικές ασθενείς δεν εκδηλώνουν θυμό, αλλά δείχνουν σημεία κατάθλιψης. Συχνά, είναι το πρόσωπο που φαίνεται να αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο δίχως αντίσταση. Ο θυμός ή η κατάθλιψη ή και τα δύο είναι ως ένα σημείο αναμενόμενα. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τα αντιμετωπίσει κατάλληλα, ώστε να μη γίνουν αιτία να διαταραχθεί η ποιότητα της ζωής της ασθενούς.

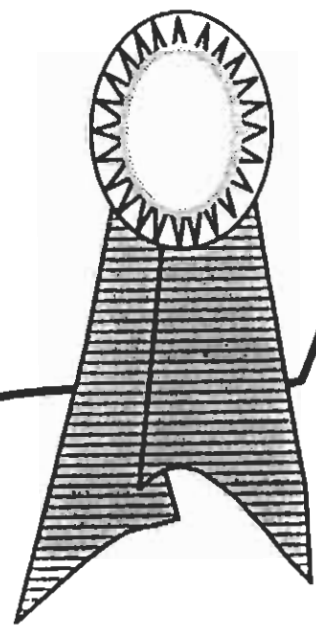
- Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι καλή ακροάτρια για την ασθενή. Η αποτελεσματική ακρόαση περιλαμβάνει όχι μόνο αυτά που λέγονται, αλλά και την κατανόηση του τρόπου που αυτά διατυπώνονται.⁶

- Άλλη σημαντική επιδίωξη της νοσηλεύτριας δεν είναι μόνο να μιλάει στην ασθενή ή να συζητάει με αυτή, αλλά να επιτυγχάνει την εκδήλωση των προβλημάτων, των φοβιών και των ανησυχιών της ασθενούς σε οποιαδήποτε στιγμή. Η ασθενής μπορεί να έχει την δυνατότητα να κρύβει τα συναισθήματα της, να έχει την δυνατότητα να κλάψει ή να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα που μέχρι την συγκεκριμένη στιγμή έκρυβε μέσα της. Η ευθύνη της νοσηλεύτριας τότε είναι να δράσει με γνώμονα το συμφέρον της ασθενούς. Το σχέδιο δράσης μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών στην οικογένεια ή στο γιατρό. Ίσως να υπάρχει κάτι να κάνει η νοσηλεύτρια για την ασθενή, που μέχρι στιγμής δεν το είχε ζητήσει από κανέναν άλλο. Μπορεί να της ζητήσει να δει τον παπά της ενορίας ή να μεταφερθεί στο σπίτι, αν προτιμάει να πεθάνει εκεί, παρά στο νοσοκομείο.

Βλέπουμε δηλαδή την νοσηλεύτρια να εκτελεί ένα ρόλο διαφορετικό από τους άλλους, αλλά εξίσου σημαντικό και ζωτικό, μια και αποτελεί τη γέφυρα επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος.

Κεφάλαιο

11



ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες : σε μέτρα πρωτογενούς και σε μέτρα δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στην νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων.

Στην δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες, και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος που προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.⁶

11.1 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Με το πέρασμα του χρόνου, όταν πλέον διαπιστώθηκε ότι ο καρκίνος του μαστού προκαλείται από εξωγενείς παράγοντες άρχισαν να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης.

Τέτοια προγράμματα είναι :

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

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

- α. Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- β. Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40ο έτος.
- γ. Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- δ. Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα, οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- ε. Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα
- στ. Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλεύτριών, στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

- ε Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών σε θέματα που αφορούν στον καρκίνο μαστού.
- η Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- θ Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου μαστού.⁶

11.2 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

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

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

Διαλογή (screening) είναι η προκαταρκτική αναγνώριση ασυμπτωματικών νοσημάτων ή ανωμαλιών, με την εφαρμογή κλινικών παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που γίνονται εύκολα, φθηνά και γρήγορα.

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

Τα προγράμματα screening βασίζονται στα εξής :

- Η ασθένεια έχει συγκεκριμένα προσδιοριζόμενα χαρακτηριστικά
- Υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι και προληπτικές εξετάσεις για την εντόπιση του καρκίνου, σε όλες τις φάσεις της εξέλιξης του.
- Το κοινό πρέπει να γνωρίζει και να συμμετέχει στα προγράμματα καθώς και να γίνει γνωστή η αξία τους για την πρόληψη του καρκίνου
- Είναι δυνατός ο προσδιορισμός πληθυσμού ή ομάδων ασθενών, στους οποίους απαντάται επίδραση παραγόντων κινδύνου.⁶

Μέθοδοι διενέργειας Προσυμπτωματικού ελέγχου.

Πολλές έρευνες έχουν γίνει για την σημασία της προσυμπτωματικής διάγνωσης στην δευτερογενή πρόληψη του Καρκίνου Μαστού. Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με τους μαστούς της, αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα γιατί αφορά σε γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση επί μακρό χρονικό διάστημα. Συνεπώς, το

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

Κύριος σκοπός του ελέγχου δεν είναι η συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, οι οποίες στην συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς, για να τεθεί τελικά η διάγνωση.

Η εξέταση του μαστού συνήθως περιλαμβάνει :

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

Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε να σημειώσουμε την μεγάλη συμβολή μιας άλλης μεθόδου, περισσότερο αποδεκτής από τις γυναίκες και περισσότερο εφικτής ως προς την πραγματοποίηση της και το ενδιάμεσο χρόνο επανάληψής της, της αυτοεξέτασης του μαστού (ΑΕΜ).

Κινητές μονάδες

Οι «κινητές διαγνωστικές μονάδες» είναι μια αποδοτική, σχετικά με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο. Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτικών, κοινωνικών λειτουργών, παραιατρικού προσωπικού κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά δωμάτια, ακτινολογικά μηχανήματα και άλλα διαγνωστικά μέσα. Αυτές οι κινητές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωρία στην επαρχία ή ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό :

- α. Την ενημέρωση στις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου και στις δυνατότητες βελτίωσης των σημερινών θεραπευτικών αποτελεσμάτων και
- β. Την διενέργεια δωρεάν και χωρίς ταλαιπωρίες κλινικών εξετάσεων για πρώιμη διάγνωση του Καρκίνου Μαστού.

Η προτίμηση στα χωρία και στις επαρχίες οφείλονται στο ότι εκεί πολλές φορές δεν υπάρχουν γιατροί και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ο κόσμος είναι λιγότερο κατατοπισμένος γύρω από τα πραγματικά γεγονότα για τον καρκίνο και τις δυνατότητες πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης.⁶

Ίατρεία προκλινικής διάγνωσης.

Τα ιατρεία για την προσυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου μαστού στηρίζουν πρωταρχικά την λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και τον ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνον ως σύμβουλοι. Έτσι, η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου.

Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικός, δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού.⁶

11.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Η υλοποίηση ενός εθνικού προγράμματος πρόληψης του καρκίνου του μαστού είναι στρατηγική και πολυεπίπεδη, μια και οι γνωστοί αιτιολογικοί παράγοντες βρίσκονται στο μικροπεριβάλλον (κακή διατροφή, έκθεση σε ακτινοβολία) και στο μακροπεριβάλλον (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

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

Μεθοδολογία πρόληψης του καρκίνου του μαστού

- Χαρακτηριστικά στόχων
- Διαθέσιμες υπηρεσίες
- Μέσα προσέγγισης
- Προσφορότερη κατανομή δαπανών.

Στοιχεία

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

Προσέγγιση

- Προσωπικού-γενικού χαρακτήρα
- Οικογενειακή προσέγγιση
- Εργασιακή προσέγγιση

Για τη σωστή προσέγγιση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να λαμβάνει :

- α Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και την φυσική του εξέλιξη.
- β Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.

- γ. Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- δ. Ικανότητες φυσικής εκτίμησης.
- ε. Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής.⁶

11.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

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

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

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

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

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

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

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Έλλειψη μόρφωσης

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως είναι :

α. ο φόβος

β. σεμνοτυφία και ντροπή

γ. αποφυγή ψηλάφησης μαστού

δ. αρνητισμός

ε. κατάθλιψη

στ. καταπίεση

Η νοσηλεύτρια προτρέπει να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλα προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία και το φάσμα του θανάτου

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού, προτρέπει την γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια, αφού προηγηθούν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο.⁶

11.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η δευτερογενής Πρόληψη περιλαμβάνει :

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

Λήψη ιστορικού

Όπως σε κάθε πάθηση έτσι και για τις παθήσεις του μαστού πριν προχωρήσει κανείς στην κλινική εξέταση πρέπει πρώτα να συγκεντρώσει ορισμένες πληροφορίες για την ασθενή. Οι σπουδαιότερες από αυτές είναι : ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση (προ – ή μετά – εμμηνοπαυσιακή περίοδος), οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού, προηγηθείσες παθήσεις μαστού, ηλικία πρώτου τοκετού, ηλικία εμμηναρχής, θηλασμός, χρήση ορμονών – αντισυλληπτικών, επίσης άλλες λιγότερο σπουδαίες πληροφορίες που είναι : επάγγελμα, κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης, προηγηθείσες εγχειρήσεις κ.λ.π.

Επίσης, κατά την λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις, όπως :

- α. Ποιο είναι, αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- β. πότε εμφανίστηκε
- γ. πως ανακαλύφθηκε
- δ. πως εξελίχθηκε
- ε. πόσο καθυστέρησε η ασθενής να πάει στο γιατρό

Πρέπει να μάθουμε επίσης

- α. αν υπάρχει ιστορικό τραύματος
- β. ποια η σχέση των συμπτωμάτων με τον κύκλο
- γ. αν το υπερκείμενο δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις φλεγμονής
- δ. αν υπάρχει έκκριση υγρού από τις θηλές και το είδος της έκκρισης.

Οι ειδικές αυτές ερωτήσεις γίνονται στην ασθενή, για να πληροφορηθούμε, σε περίπτωση νόσου, πως άρχισε, πότε άρχισε, πως εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για την διάγνωση, αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Γυναίκες που πήγαν στο γιατρό με δωδεκάμηνη και μεγαλύτερη καθυστέρηση από την ημέρα που ανακαλύφθηκε ο καρκίνος τους, έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν θετικούς λεμφαδένες μασχάλης από αυτές που πήγαν με καθυστέρηση τριών μηνών ή με μικρότερη.

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

Το νοσηλευτικό ιστορικό πρέπει να λαμβάνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και με οργανωμένο τρόπο, ακολουθώντας κάποια καθοδηγητική δομή. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι άνετη και ευχάριστη κατά τη διάρκεια της συνέντευξης της ασθενούς

και ικανή να την καθοδηγεί σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασισθεί η πορεία αντιμετώπισης της εξεταζόμενης.

Το ιστορικό ολοκληρώνεται με στοιχεία που αφορούν στην οικογενειακή κατάσταση, τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αν υπήρξαν σημαντικές δυσκολίες στη ζωή της, ποιες ήταν και πώς τις αντιμετώπισε. Είναι επίσης σημαντικό η νοσηλεύτρια να γνωρίζει την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας και την κατάσταση της, όπως επίσης, και το πώς θα αντιμετώπιζε ενδεχόμενη εισαγωγή της σε νοσοκομείο, τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση της και τους διαθέσιμους πόρους.

Κλινική εξέταση

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

Πριν από την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια :

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

α. Επισκόπηση

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

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

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

β. Ψηλάφηση

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

-

- Την παρουσία μάζας που ξεχωρίζει από τον υπόλοιπο αδένα, σκληρίας ή πληρότητας.
- Την ευαισθησία των θηλών
- Τις εκκρίσεις των θηλών
Τους υπερκλειδίους 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 την θηλή προς την περιφέρεια, ψηλαφούμε όλο το μαστό. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, ή οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

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

- Το άλγος και η ευαισθησία αντιπροσωπεύουν πολύ μικρό ποσοστό στα συμπτώματα του καρκίνου του μαστού και συνήθως έχουν μεγαλύτερη διαγνωστική αξία στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.
- Οι εκκρίσεις συνήθως είναι χωρίς σημασία και αντιπροσωπεύουν φυσιολογικές καταστάσεις· πολλές φορές, όμως, είναι παθολογικές και οφείλονται σε μονήρη ή πολλαπλά θηλώματα των πόρων και σπανίως σε ενδοπορώδη καρκίνο.
- Με την ψηλάφηση πρέπει επίσης να εξετάζονται και οι περιοχές των επιχώριων λεμφαδένων που είναι οι μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη και την 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 την νοσηλεύτρια που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο.
- Επίσης, σωστό είναι, εκτός από τις μασχάλες, να εξετάζονται και οι υπερκλειδίοι χώροι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό.⁶

Αυτοεξέταση μαστού

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.

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

Η νοσηλεύτρια θεωρείται το καταλληλότερο πρόσωπο για την ενημέρωση του κοινού για την αυτοεξέταση του μαστού και για την βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ως γυναίκα ανήκει στην κατηγορία των ανθρώπων που μαστίζονται από το νόσημα αυτό, μπορεί να αναπτύξει καλύτερη επαφή με τις γυναίκες και ιδιαίτερα με τις γυναίκες της υπαίθρου, στις οποίες το αίσθημα της ντροπής γίνεται ανασταλτικός παράγων για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.⁶

ii. Πλεονεκτήματα ΑΕΜ

Τα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης μαστού είναι τα παρακάτω :

- Είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου μαστού
- Είναι εύκολη στην εφαρμογή της

- Είναι ακίνδυνη.
- Δεν κοστίζει τίποτε χρειάζονται μόνον 5 λεπτά, τα οποία ίσως αποδειχθούν καθοριστικά.
- Κάθε γυναίκα μπορεί να οφείλει στον εαυτό της να την πραγματοποιεί
- Επιτρέπει την αναγνώριση μικρών ογκιδίων στο μαστό και εδώ ακριβώς είναι η σημασία της.⁶

β) Μειονεκτηματα ΑΕΜ

- Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις θετικών αποτελεσμάτων.
- Πολλές γυναίκες υποβάλλονται σε έλεγχο για καλοήθεις βλάβες των μαστών.
- Πιθανόν να προκληθεί ανησυχία από την ψηλάφηση διογκώσεων στους μαστούς που μπορεί να είναι αλλά μπορεί να μην είναι όγκος.
- Πιθανόν δημιουργηθεί αίσθημα ενοχής από τις γυναίκες ότι δεν πραγματοποιούν σωστά την αυτοεξέταση.
- Πιθανόν η γυναίκα να εφησυχάσει από την αρνητική αυτοεξέταση, οπότε μπορεί να αργοπορήσει να εξετασθεί από γιατρό.
- Η αυτοεξέταση των μαστών, έτσι όπως διδάσκεται, περιορίζει τον έλεγχο στην αναζήτηση από τις γυναίκες διογκώσεων στους μαστούς και τίποτε άλλο. Οι γυναίκες δεν γνωρίζουν για πιθανά άλλα συμπτώματα ή σημεία του καρκίνου του μαστού που θα έπρεπε να αναζητούν.²¹

γ) Ποιες γυναίκες πρέπει ιδιαίτερα να κάνουν ΑΕΜ και πότε πρέπει να γίνεται.

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

- Κάθε γυναίκα πάνω από τα 25 πρέπει να μάθε για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει. Αυτό βέβαια εκτός από τον παράγοντα ενημέρωση, που πρέπει να γίνεται με διαλέξεις έντυπα και από τα μέσα μαζικής ενημερώσεως, εξαρτάται και από το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας και ακόμη από το πόσο ανησυχεί η γυναίκα.
- 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.
- Η γυναίκα πρέπει να υιοθετήσει ένα κανονικό σχήμα μηνιαίας εξέτασης του μαστού. Είναι σημαντικό η αυτοεξέταση να γίνεται κάθε μήνα στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, στο ίδιο χρονικό διάστημα και να συνδέεται με ένα γεγονός που επαναλαμβάνεται κάθε μήνα, ώστε να μην ξεχνιέται.

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

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικού σκευάσματα, συνιστάται η ΑΕΜ να γίνεται την πρώτη ημέρα κάθε μήνα. Η αυτοεξέταση πρέπει να συνεχίζεται κάθε μήνα και μετά την εμμηνόπαυση.

Οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη ημέρα κάθε μήνα π.χ την πρώτη μέρα κάθε μήνα ή μια άλλη μέρα που τους είναι εύκολο να θυμούνται.

Η συχνότητα, με την οποία η ΑΕΜ πρέπει να διεξάγεται αντιμετωπίζεται με τον κίνδυνο της καρκινοφοβίας.

Έτσι, δεν θέλουμε οι γυναίκες να εξετάζουν τους μαστούς τους πολύ συχνά ούτε πολύ αραιά, αλλά κατά τρόπο που να έχουν την πιθανότητα να ανακαλύψουν τον καρκίνο μαστού όσο ακόμη είναι σε πρώιμο στάδιο.

Σκοπός της ΑΕΜ είναι να καταστήσουμε τις γυναίκες ικανές να ανακαλύπτουν τους όγκους των μαστών τους όσο πιο νωρίς γίνεται, από τότε που γίνονται ψηλαφητοί. Θέλουμε, αν είναι δυνατόν, να ελαττώσουμε το διάστημα των 6-12 μηνών που παρέρχεται από τότε που ένας όγκος γίνεται ψηλαφητός μέχρι τότε που ανακαλύπτεται πραγματικά. Γι' αυτό συμβουλεύουμε τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα, συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μην σκέπτονται την νόσο του μαστού.

Οι γυναίκες που δεν έχουν φθάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν την σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για την ΑΕΜ.

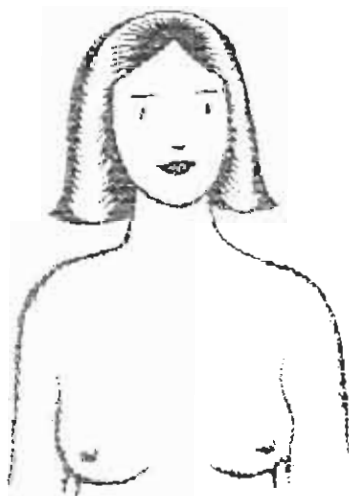
Στις περισσότερες γυναίκες, υπάρχει σημαντική αγγειακή διόγκωση των μαστών στην προεμμηνόπαυσιακή φάση του κύκλου, που μπορεί να δημιουργήσει ελαφρά μεγέθυνση των μαστών και κάποια ευαισθησία. Σε μικρό αριθμό γυναικών, η διόγκωση είναι αρκετά έντονη και προκαλεί ως ένα βαθμό οξείδιακή πύκνωση που μπορεί να τις ξεγελάσει και να τις κάνει να πιστέψουν πως έχουν πραγματικά νόσο του μαστού. Γι' αυτό, η νοσηλεύτρια συνιστά να γίνεται η εξέταση σε χρονικό διάστημα που αυτές οι παροδικές μεταβολές είναι στο ελάχιστο, δηλαδή 7-10 μέρες μετά την έναρξη της περιόδου.⁶

Τεχνική Αυτοεξέτασης Μαστού (ΑΕΜ)

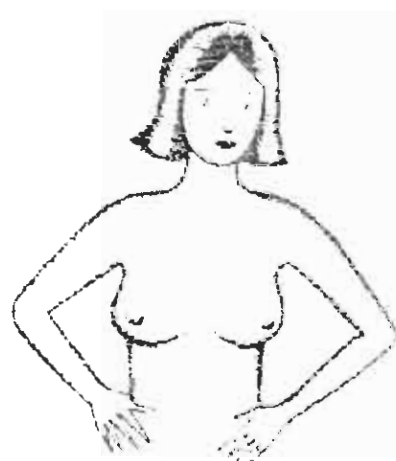
Η ΑΕΜ αρχίζει με την επισκόπηση και τελειώνει με την ψηλάφηση του μαστού.

α. Επισκόπηση

Το πρώτο βήμα στην ΑΕΜ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε έναν καθρέπτη. Η γυναίκα γυμνή από τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια κάτω με τα χέρια στην μεσολαβή

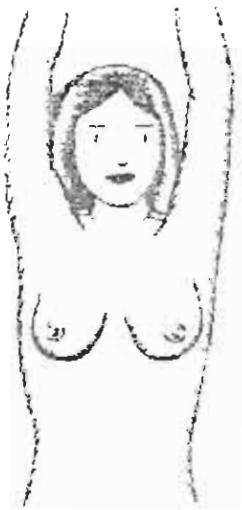


Εικόνα 27

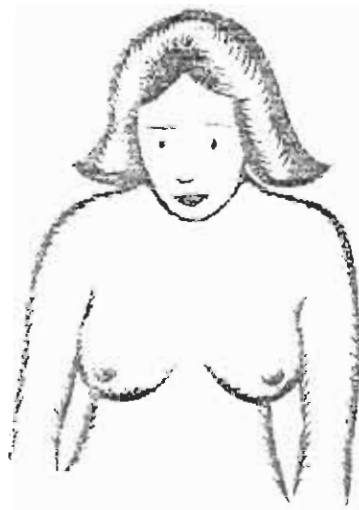


Εικόνα 28

πιέζοντας σφικτά πάνω στην λεκάνη και με προτεταμένο το θώρακα εικόνα 2 με τα χέρια στην ανάταση και τέλος, με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως.



Εικόνα 29



Εικόνα 30

β. Ψηλάφηση

Το δεύτερο βήμα στην ΑΕΜ είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι, με την πλευρά που πρόκειται να εξετασθεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη πετσέτα να τοποθετείται κάτω από το σύστοιχο ώμο. Η όλη έκταση του έσω ημιμορίου του μαστού ερευνάται με την παλάμη της θηλής προς το στερνικό άκρο, αρχίζοντας ακριβώς κάτω από την κλείδα και κατεβαίνοντας προς την έσω μαστική πτυχή.

Εικόνα 31



Έχοντας συμπληρώσει την ψηλάφηση της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η γυναίκα είναι έτοιμη να εξετάσει το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως την μασχάλη.



Εικόνα 32

Η εξέταση τελειώνει στο άνω έξω τμήμα του μαστού, το οποίο είναι και το πιο δύσκολο στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού, γι' αυτό και πρέπει να συγκεντρώνει την μεγαλύτερη προσοχή σε κάθε εξέταση. Άλλος τρόπος εξέτασης είναι κατά νοητούς ομόκεντρους κύκλους, αρχίζοντας από το άνω έσω τεταρτημόριο και καταλήγοντας στο άνω έξω και από την περιφέρεια προς την θηλή του μαστού χωρίς να παραλείπεται φυσικά η μασχάλη.



Ψηλαφήστε το μαστό κυκλικά, σε ομόκεντρους κύκλους και από την περιφέρεια προς την θηλή.



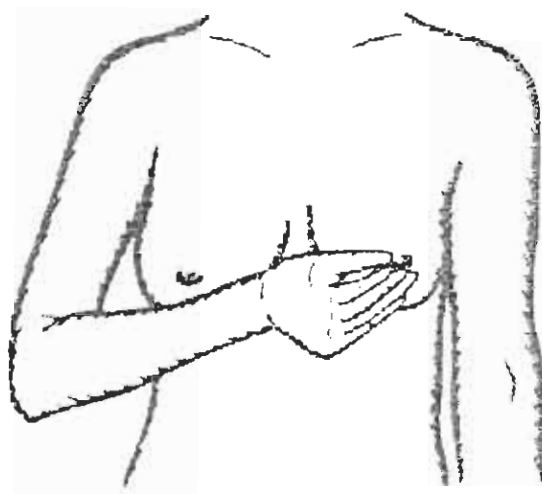
Μην παραλείψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιοχή μεταξύ μαστού και μασχάλης



Ψηλαφήστε προσεκτικά την μασχάλη.

Εικόνα 33

Τέλος πρέπει να συνιστούμε την εξέταση της θηλής. Η θηλαία άλωσ και η θηλή ψηλαφώνται για ύπαρξη μάζας, έκκριση ευαισθησία. Οφείλουμε να κάνουμε γνωστό ότι το μέγεθος της θηλής μικραίνει μετά τα χρόνια.⁶



Εικόνα 34

Εξέταση της θηλής κατά την αυτοεξέταση του μαστού.

11.6 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου.

Μερικές επιφυλάξεις που έχουν διατυπωθεί όσον αφορά στον τακτικό προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο φαίνεται να είναι ήσσονος σημασίας. Η ενόχληση που αισθάνονται οι γυναίκες από την συμπίεση των μαστών τους προκειμένου να ληφθεί υπόψη η μαστογραφία είναι μερικές φορές σημαντική. Στην Αγγλία πόνο ένιωσε το 46% των γυναικών, ενώ στο 7% μόνο των περιπτώσεων ο πόνος ήταν ιδιαίτερα έντονος. Ο κίνδυνος από την ακτινοβολία των μαστών με τις μαστογραφίες εάν υπάρχει θα πρέπει να είναι πολύ μικρός και να εξαρτάται, βέβαια, από το κατά πόσο χρησιμοποιούνται σύγχρονα μηχανήματα και από ποια ηλικία γίνεται έναρξη του προληπτικού ελέγχου.

Οι γυναίκες που μετά τον πληθυσμιακό προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο καλούνται για περαιτέρω έλεγχο οπωσδήποτε διακατέχονται από μεγάλη ανησυχία και άγχος. Επομένως, το να τίθεται με τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο η υποψία ύπαρξης σοβαρού προβλήματος στις γυναίκες δεν φαίνεται να προκαλεί σοβαρά επακόλουθα.

Σοβαρό, όμως, μειονέκτημα του προληπτικού μαστογραφικού ελέγχου αποτελεί για ορισμένες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, που είτε επειδή έχει ήδη προκαλέσει απομακρυσμένες μεταστάσεις και επομένως η πρόγνωση του δεν αλλάζει με το να διαγνωσθεί πιο νωρίς είτε επειδή θα θεραπεύονταν εξίσου ικανοποιητικά εάν αφήνονταν χωρίς να διαγνωσθεί έως ότου προκαλούσε συμπτώματα. Σε αυτές τις ακραίες και σπάνιες περιπτώσεις είναι αλήθεια, ότι ο προληπτικός έλεγχος δεν ωφελεί, ενώ απεναντίας προκαλεί στις γυναίκες πρόσθετο άγχος. Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό, ότι με τις διαθέσιμες σήμερα γνώσεις δεν

υπάρχει η δυνατότητα να διαχωρίσει κανείς τις περιπτώσεις που θα ωφεληθούν από τις περιπτώσεις που δεν θα ωφεληθούν από τον προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο. Σημασία, επομένως, έχει το γεγονός ότι οι γυναίκες ως σύνολο ωφελούνται από τον έλεγχο, με την μείωση των θανάτων από τον καρκίνο του μαστού και με την αποφυγή των ριζικών και ακρωτηριαστικών χειρουργικών επεμβάσεων.

A. Πλεονεκτήματα

- Καλύτερη πρόγνωση πολλών από τις περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που ανιχνεύονται με τον προληπτικό έλεγχο.
- Για πολλές πρώιμες μορφές καρκίνου η θεραπεία που απαιτείται είναι λιγότερο ριζική.
- Ο αρνητικός για κακοήθεια έλεγχος καθησυχάζει τις γυναίκες.

Μειονεκτήματα

- Η ενόχληση και ο πόνος από την μαστογραφία
- Πιθανή επιβλαβής επίδραση της ακτινοβολίας
- Τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα του προληπτικού ελέγχου εφησυχάζουν λανθασμένα τη γυναίκα.
- Για τις περιπτώσεις ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου προκαλείται στις γυναίκες αγωνία ακόμη και νοσηρότητα.
- Για τις περιπτώσεις ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων του προληπτικού ελέγχου καταναλώνονται χρήματα και κόποι που δεν χρειάζονται.
- Ευρήματα στο μαστογραφικό έλεγχο που δεν είναι εύκολο να ερμηνευθεί η φύση τους οδηγούν σε υπερβολικό αριθμό ύποπτων διαγνώσεων.
- Οι περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που διαγιγνώσκονται με τον προληπτικό έλεγχο αλλά που η πρόγνωση τους δεν μεταβάλλεται έχουν ως συνέπεια η γυναίκα να ζει για περισσότερο χρόνο την αγωνία και την νοσηρότητα που της προκαλεί η πάθηση της.²¹

B. Ελαχιστοποίηση των γυναικών σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο των μαστών

- Οι γυναίκες θα πρέπει να είναι εκ των προτέρων προετοιμασμένες ότι θα κληθούν να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο
- Ο προληπτικός έλεγχος των μαστών θα πρέπει να εντάσσεται σε ευρύτερο πλαίσιο πρόληψης και αγωγής υγείας.
- Θα πρέπει με έμφαση να τονίζεται ότι πρόκειται για εξέταση ρουτίνας.
- Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται με επιστολή για τις υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου.
- Προσερχόμενη η γυναίκα για εξέταση δεν θα πρέπει να περιμένει πολλή ώρα.
- Η σωστή επικοινωνία με την γυναίκα σε κάθε φάση του προγράμματος θα πρέπει να είναι εξασφαλισμένη.
- Οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν πότε και με ποίο τρόπο θα μάθουν τα αποτελέσματα.
- Οι γυναίκες θα πρέπει να είναι ενημερωμένες για το τι σημαίνει το θετικό αποτέλεσμα από τον έλεγχο.
- Οι γυναίκες θα πρέπει να είναι εκ των προτέρων ενημερωμένες για το ενδεχόμενο να κληθούν εκ νέου για επαλήθευση των αποτελεσμάτων.
- Η κλήση για επαλήθευση θα πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη επιστολή όπου με κατανοητό από την γυναίκα τρόπο θα δίνονται οι απαραίτητες εξηγήσεις.

- Το χρονικό διάστημα από την στιγμή που η γυναίκα μαθαίνει το θετικό αποτέλεσμα μέχρις ότου κληθεί για περαιτέρω διερεύνηση θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο βραχύ.
- Σε αυτήν την φάση η γυναίκα θα πρέπει να έχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα και υποστήριξη από τους υπευθύνους του προγράμματος αλλά και από την ομάδα των ειδικών που θα ασχοληθούν περαιτέρω με το πρόβλημα της.
- Οι γυναίκες που κλήθηκαν αλλά δεν προσήλθαν για τον προληπτικό έλεγχο αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα. Οι υπεύθυνοι του προγράμματος αλλά και ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να επικοινωνήσουν εκ νέου με κάθε γυναίκα από αυτήν την ομάδα και να προσυμμοποιηθούν να συζητήσουν μαζί της κάθε ζήτημα.
- Θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια, ώστε οι γυναίκες να κατανοούν ότι ο προληπτικός έλεγχος δεν είναι πανάκεια και οπωσδήποτε δεν συνιστά πρόληψη του καρκίνου του μαστού αλλά προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης του.²¹

ΕΙΛΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α
Ιστορικό Υγείας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία Εισαγωγής	13 – 9 – 2000		
Όνοματεπώνυμο	Μαρία Κ.		
Διεύθυνση ασθενούς	. Πάτρα		
Ασφαλιστικός Φορέας	ΙΚΑ		
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη	Ήσπδια 13,	1 κορίτσι, 33 χρ. 2 αγόρια, 35-28 χρ
Ηλικία	63		
Τόπος γεννήσεως	. Αγ. Μαρίνα Τριταίας		
Επάγγελμα	. Συνταξιούχος		
Ημερομηνία λήψης Ιστορικού	18 – 9 – 2000		
Πηγή και αξιολογία Ιστορικού	Η ίδια. Φαίνεται αξιόπιστη		

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ

Ψηλάφηση όγκου στο Δ.Ε. μαστό

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Γενική κατάσταση υγείας

Σχετικά καλή

Παιδικά νοσήματα

Έχει περάσει όλες τις παιδικές αρρώστιες

Εμβόλια

Δεν θυμάται. Αντιτετανικό εμβόλιο πριν από 4 χρόνια.

Νοσήματα Ενήλικα

Αρθρίτιδα

Ατυχήματα

Δεν αναφέρει

Χειρουργικές επεμβάσεις

- Αφαίρεση κόκαλο ψαριού από το λάρυγγα πριν 4 χρόνια.
- Σκωληδεκτομή 1962.

Εισαγωγές στο Νοσοκομείο

- Αφαίρεση κόκαλο ψαριού το 1996.
- Σκωληδεκτομή 1962.
- 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός 1965.
- 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός 1967
- 3^{ος} φυσιολογικός τοκετός 1972.

Αλλεργίες

Δεν αναφέρει.

Φαρμακα

- Medrol / Urjohn : tab
- Sandimmun Neoral : caps

Περιοδικές εξετάσεις

Δεν αναφέρει

Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι

Ασχολείται με την δουλειά του σπιτιού και κάποιες ώρες την ημέρα, κυρίως πρωινές, κρατάει το παιδί της κόρης της.

ΕΚΦΡΑΣΙΣ ΤΩΣΙΚΗΣ ΟΥΣΙΗΣ

Κάπνισμα	Δεν καπνίζει
Οινόπνευμα	Δεν πίνει
Καφεΐνη	Πίνει έναν ελληνικό καφέ κάθε πρωί
Άλλες ουσίες	Δεν αναφέρει

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής εισήλθε στη Χειρουργική Κλινική του Γενικού Περιφερειακού – Νομαρχιακού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» στις 13/9/2000. Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν περίπου 3 μήνες, ένα ογκίδιο στο δεξιό της μαστό. Το μέγεθος του το περιγράφει σαν μικρό αμύγδαλο, το οποίο ήταν σκληρό χωρίς άλλα σύνοδα ευρήματα.

Η ασθενής αναφέρει πως αντελήφθη το ογκίδιο ενώ έκανε μπάνιο και την επόμενη ημέρα χωρίς να αναφέρει τίποτα στα παιδιά της επισκέφθηκε την Ρευματολόγο που την παρακολουθεί εδώ και χρόνια, γιατί πάσχει από αρθρίτιδα και της ανέφερε το πρόβλημα. Εκείνη την παρέπεμψε σε γυναικολόγο του ΙΚΑ, η οποία της πρότεινε ως διαγνωστικό μέσο τη μαστογραφία για να διαγνωστεί το πρόβλημα που παρουσίασε.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, βασισμένο στη μαστογραφία περιγράφει την περίπτωση ως εξής : Συμπαγές μόρφωμα Δεξιού μαστού, ανώδυνο, σκληρό με σαφή όρια, διαστάσεων 1*1cm. Δεν αναφέρεται να διακρίνονται λεμφαδένες. Αριστερός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων και έγινε λήψη αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου το πρωί της 14 – 9 – 2000. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η ριζική μαστεκτομή.

Μετά την επέμβαση η ασθενής παρουσίασε αιμορραγία, η οποία όμως αντιμετωπίστηκε εγκαίρως με αποτέλεσμα να πάρει εξιτήριο μετά από 8 ημέρες.

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή :

SUP GLYCERINE	1x1
Radacef 1gr. IV	1x2
Inohep	1x1
N / S 1000cc	1x1
D / W 5% 1000cc	1x2
Lumaren tabl.	1x3
Primperan amp.	1x3
Metronizadole 500 gr. IV	1x3
TAVOR tab.	1x1
Fenistil 4mg. / 4ml. σε 100cc N / S.	1x1
Solu-Covlef 250mg. σε 1000cc N / S	1x1
Zideron 75mgr. IM	1x4

18 – 9 – 2000

Δίαιτα Ελεύθερη

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ

RADACEF (ceforanide)

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Radacef (κεφορανίδη) είναι μια ημισυνθετική ευρέως φάσματος κεφαλοσπορίνη για παρεντερική χορήγηση.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Το Radacef ενδείκνυται στην θεραπεία λοιμώξεων που οφείλονται σε ευαίσθητα στελέχη των μικροβίων στις ακόλουθες νόσους :

1. Λοιμώξεις οστών και αρθρώσεων
2. Ενδοκαρδίτιδα
3. Λοιμώξεις των κατωτέρων – αναπνευστικών οδών.
4. Βακτηριδιακή σηψαιμία
5. Λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων.
6. Λοιμώξεις ουροποιητικού

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Ενήλικες : Τα συνήθη όρια της δόσης του Radacef είναι 0,5 – 1,0g δύο φορές την ημέρα ανάλογα με την βαρύτητα της λοίμωξης. Το φάρμακο χορηγείται κάθε 12 ώρες είτε ενδομυϊκώς είτε ενδοφλεβίως. Η οδός χορηγήσεως πρέπει να υπαγορεύεται από την κατάσταση του ασθενούς και την αναμενόμενη ευχέρεια της χορήγησης.

Προ – και μετεγχειρητική χρήση . Για την πρόληψη εγχειρητικής λοίμωξης σε σηπτικές ή ενδεχομένως σηπτικές επεμβάσεις συνιστώνται 0,5 – 1,0 g ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως να χορηγούνται 1 ώρα πριν από την έναρξη της επεμβάσεως.

METRONIDAZOLE INJECTION

Το METRONIDAZOLE (μετρονιδαζόλη) είναι μια συνθετική αντιβακτηριδιακή ουσία.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Εναισίμα διαλύματα για ενδοφλέβια χορήγηση : Λοιμώξεις από αναερόβια βακτηρίδια, τριχομονάδωση, σε εγχειρήσεις παχέως εντέρου, υστερεκτομές.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Για αναερόβιες λοιμώξεις η μετρονιδαζόλη χορηγείται συνήθως ενδοφλεβίως, ως δόση εφόδου 15mg/kg και μετά από 6 ώρες 7,5mg/kg κάθε 6 ώρες, συνήθως επί 7-10 ημέρες. Από το στόμα 400mg ανά 8ωρο.

PRIMPERAN

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το PRIMPERAN (Μετοκλοπραμίδη) είναι ουσία χημικά συγγενής της προκαϊναμίδης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Αντιμετώπιση συμπτωμάτων (ναυτίας, εμετών, αισθήματος βάρους, πληρότητας ή διάτασης του στομάχου) που οφείλονται σε βραδεία κένωση του στομάχου, ή σε καθυστερημένη διάβαση στο λεπτό έντερο, όπως σε περιπτώσεις διαβητικής, μετεγχειρητικής (ιδιαίτερα μετά από διατομή των πνευμονογαστρικών) ιδιοπαθούς γαστροπάρεσης και γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ – ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Από το στόμα : Ενήλικες 10mg 3-4 φορές την ημέρα ½ ώρα πριν τα γεύματα.

INNOHEP

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Innohep (Tinzaparin Sodium 3500 Anti-Xa) είναι αντιπηκτικό διάλυμα για υποδόρια έγχυση.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Το Innohep ενδείκνυται για την προφύλαξη της εν τω βάθη θρομβοβλεβίτιδας, αγωγή και προφύλαξη θρομβοεμβολικών επιπλοκών και ως αντιπηκτικό στην εξωσωματική κυκλοφορία και την αιμοκάθαρση.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Το Innohep χορηγείται με υποδόρια ένεση. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επέμβαση γενικής χειρουργικής, θα πρέπει 3500 Anti-Xa IU Innohep να χορηγούνται υποδόρια 2 ώρες προεγχειρητικά και μετά μια φορά την ημέρα μέχρις ότου ο ασθενής γίνει περιπατητικός για 7-10 ημέρες.

LUMAREN

Το Lumaren (ρανιτιδίνη) έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του γαστρικού υγρού και της περιεκτικότητας του σε υδροχλωρικό οξύ. Αναστέλλει τόσο την βασική όσο και την μετά από διέγερση έκκριση του γαστρικού οξέος.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Έλκος βολβού δωδεκαδάκτυλου, στομάχου, οισοφαγίτιδα
Επίσης, το Lumaren ενδείκνυται στην πρόληψη : δωδεκαδακτυλικού έλκους, αιμορραγική γαστρίτιδα, μεταβολική αλκάλωση, εισρόφηση γαστρικού υγρού κατά την διάρκεια γενικής αναισθησίας.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ - ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

- Per - os : Σε άτομα που πρόκειται να εγχειριστούν, 150mg τη παραμονή, το βράδυ και 150mg 2 ώρες πριν την προνάρκωση.
- Ενδομυϊκά : 50mg (2ml) κάθε 6 - 8 ώρες χωρίς αραίωση
- Ενδοφλέβια : Σε bolus ενδοφλέβια έγχυση 50mg (2ml) κάθε 6 - 8 ώρες αραιωμένα με συμβατό IV διάλυμα.

ZIDERON

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Zideron (Dextropropoxyphene Hydrochloride) είναι ένα φάρμακο που υπάγεται στην κατηγορία των ναρκωτικών αναλγητικών.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Πόνοι μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσοι, καθώς και στην χειρουργική.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ – ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Μια έως δύο φύσιγγες των 75mg ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως ανάλογα με την περίπτωση. Όχι περισσότερο από 600mg ανά 24ωρο.

TAVOR

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Tavor (lorazepam) λοραζεπάμη, είναι κατασταλτικό του ΚΝΣ.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- 1 Αντιμετώπιση διαταραχών του άγχους ή μικρής διάρκειας ανακούφισης από τα συμπτώματα του άγχους συνδεδεμένου με καταθλιπτικά συμπτώματα.
- 2 Το άγχος που παρατηρείται σε ψυχωσικά περιστατικά και σε σοβαρή κατάθλιψη.
3. Προχειρουργική αγωγή λαμβανόμενη το βράδυ πριν την εγχείρηση ή 1-2 ώρες πριν την εγχείρηση.
- 4 Συμπληρωματική θεραπεία μαζί με αντιεμετικά φάρμακα για την συμπτωματική αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμετού που παρουσιάζονται κατά την χημειοθεραπευτική αγωγή του καρκίνου.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Η μέση ημερήσια δοσολογία για θεραπεία του άγχους είναι 2mg έως 3mg χορηγούμενο σε ίσα διαστήματα. Η μεγαλύτερη δόση πρέπει να λαμβάνεται πριν την κατάκλιση.

Σε προεγχειρητική αγωγή συνιστάται δοσολογία 2 – 4mg Tavor την προηγούμενη νύχτα ή πριν την εγχείρηση 1-2 ώρες.

ΓΛΥΚΕΡΙΝΗ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Γλυκερίνη

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ταχεία κένωση του ορθού.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Ανάλογα με την ηλικία και το αποτέλεσμα 1-2 υπόθετα.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Προσχειρητικά 13-9-2000

	Ευρεθείσα Τιμή	Τιμ. Αναφοράς
Σάκχαρο	96mg / dI	70 – 110
Ουρία	29mg / dI	10 – 55
Κρεατινίνη	0,8mg / dI	0,5 – 1,4
Κάλιο Ορού (K)	4.0 mmol / I	3,5 – 5,1
Νάτριο Ορού (Na)	145 mmol / I	135 – 147
Τρανσαμινάσες SGOT	13 U / I	5 – 50
Τρανσαμινάσες SGPT	15 U / I	5 – 50
γ – GT	25 U / I	7 – 51
Αλκαλική φωσφατάση	56 U / I	50 – 135
LDH	180 U / I	90 - 210
Χολερυθρίνη ολική	0,7 mg / dI	< 1.0
Αμυλάρη ορού	75 U / I	30 – 100

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΠΡΟΦΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ		ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 13 - 9 - 2000	
WBC	Λευκά	4,2 K / UI	
LYM	Λεμφοκ.	1,7	39,8% I
MO	Μονοκ.	0,2	4,8% M
GRAN		2,3	55,4% G
RBC	Ερυθρά	4,53	M / UL
HGB	Αιμοσφαιρίνη	11,9	g / dI
HCT	Αιματοκρίτης	35,3	%
MCV	Μέσος όγκος	78,0	FL
MCH	Μέση συγκέντρ. HGB	26,3	Pg
MCHC	Μέση πυκν. HGB	33,7	g / dL
RDW	Εύρος κατανομής	18,1	%
PLT	Αιμοπετάλια	340	K / UL
MPV	Μέσος όγκος	8,8	FL

Μετά το χειρουργείο λόγω μεγάλης απώλειας αίματος στο Red - o - Pack έγιναν εξετάσεις οι οποίες έδειξαν :

14 - 9 - 2000 Ημέρα Χειρουργείου

Πριν μεταγγιστεί

H+ 31
WBC 8 100
Nen 90,6
Lym 6,2
Hb 11

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>ΠΙΝΕΙΝ</u> <u>ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ</u> Βαθμια 3-11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Πόνος χειρουργικού τραυματός 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ανακουφισθεί η ασθένεια από τον πόνο 	<ul style="list-style-type: none"> • Να εξασφαλισθεί ήσυχος και άνετος περιβάλλον. • Να δοθεί ανακουφιστική θέση της ασθενούς. • Ενθάρτυση βελθών αναπνοών • Να υποστηρίχθει ο σοληνας παρεχόμενης (όστε να μην τριβούν το θωρακικό τοίχωμα). • Να χορηγηθεί πινολόνο με εντολή ιατρού. 	<p>Επιβεβαιώθηκε η ασθένεια σε ανιπαυτική θέση στο κρεβάτι (lowlie), ο κορμός ανυψώνεται και σχηματίζει γωνία 60°ως 70°με το οριζόντιο επίπεδο. Κάτω από τα πόδια τοποθετείται υποστηρίγματα ώστε η ασθενής να διατηρείται στη θέση αυτή. Τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από τον ώμο στην χειρουργηθείσα περιοχή.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στητήθηκε ο σοληννας παρεχόμενης με Leucorlast στο κρεβάτι. • Χορηγήθηκε lamp Ziderton IM h:5 00μμ σύμφωνα IO • Εξασφαλίστηκε ήρεμο και άνετο περιβάλλον για την ασθενή με μείωση του θορύβου, περιορισμό των επισκέψεων, επίσκεψη ανρισμό του χώρου 	<p>Επιτεύχθηκε η κατιστολή του πόνου με την χορήγηση του κατάλληλου αναλγητικού μετά από ½ ώρα h:5:30μμ και την εξασφάλιση ιδανικού περιβάλλοντος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αποκατάσταση της ηρεμίας της ασθενούς.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΔΙΑΡΡΟΙΑ ΝΕΦΡΟΥΡΤΗΣΙΑΣ (3-11)</p> <p>Πυρετός (38,5°C) h : 6.00μμ μ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ελάττωση του πυρετού με επαναφορά της θερμοκρασίας του σώματος στα φυσιολογικά όρια 	<ul style="list-style-type: none"> Σοφή παρακολούθηση της θερμοκρασίας της ασθενούς (εφαρμογή επιθεμάτων Διμωργία άνετου περιβάλλοντος) Αποφυγή διμωργίας ρευμάτων στο δωμάτιο Χορήγηση αντιπυρετικού σύμφωνα με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Η λίγη ζορκών σημείων και ιδιαίτερα της θερμοκρασίας γίνεται ανά 3ώρες. Έβληκαν ψυχρά επιθέματα Διμωργήθηκε άνετο περιβάλλον με καλό αερισμό, ησυχία, καθαριότητα για την καλή ανάπαυση και ηρεμία της ασθενούς. Αποφεύχθηκε η διμωργία ρευμάτων για την πρόληψη κρυολογημάτων. Χορηγήθηκε Iamp Arbolat 1M h 6:10μμ σύμφωνα με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πυρετός της ασθενούς μετά 1h υποχώρησε. Η θερμοκρασία στις 7:00μμ είναι 37,3°C

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ 1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ 1 ^η	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΕΠΙΠΛΗΡΗΤΗΤΕΣ ΗΜΕΡΑ Ημέρα 7-3</p> <p>Ναυτία - έμετος</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα ναυτίας και να αντιμετωπισθούν οι έμετοι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να τοποθετηθεί η ασθενής στην κατάλληλη θέση • Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να απαντήσει βαθιά για την αποδοχή της δράσης του αναπληρωτικού φαρμάκου. • Να αναγραφούν στην λογισμια το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων. • Να ταβεί Πριμπεταν 1*3 σε 100ml 0,9% βάσει I.O.+ • Να γίνει πλύση της στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση Fowler με το κεφάλι προς τα πλάγια. • Έγινε διδασκαλία στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές και ενθάρρυνε για να συνεχίσει. • Τέθηκαν στα υγρά 2-4ώρου Πριμπεταν 1μπρ βάσει I.O • Σε κάθε έμετο καταγράφεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων στην λογισμια. • Γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα Hexalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι έμετοι αντιμετωπίστηκαν με την βοήθεια του Πριμπεταν, το οποίο βοηθά στην γρήγορη κένωση του στομάχου και την διάλυση στο λεπτό έντερο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>ΜΕΤΕΛΕΓΧΗΤΙΚΗ ΗΜΙΕΡΑ</u> * Ημέρα 7-3</p> <p>Αιματοκρίτης (Ht 31%) Hb 11,2g/dl. Ερυθρά 4000000/mm³ λόγω ανεπάρκειας αίματος από την παραγωγή 200^{cc} ανά δοσο</p>	<ul style="list-style-type: none"> Διατήρηση σταθερού του όγκου του αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί ο γιατρός Να αυξηθεί ο όγκος των υγρών για την πρόληψη του ολιγαυμικού shock Χορήγηση 1 μονάδας ολικού αίματος κίτρου από άσηπτες συνθήκες τεχνικής με την παρουσία γιατρού. Συχνή λήψη και καταγραφή της ΑΠ, εφελκυσμού, θερμοκρασίας, χρώμα του δέρματος Παρακολούθηση της ασθένειας για τυχόν εμφάνιση αντιδράσεων που οφείλονται στην χορήγηση αίματος. Υπολογισμός παραχρημαμένου υγρού από το Red-o-Pack. Να ληφθεί και να σταλεί γεν. αίματος μετά την μετάγγιση Να ελεγχτεί ο ιματισμός και το εκτεταστικό υλικό Λιαντή θέση της ασθενούς στο κρεβάτι. Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς κατά την μετάγγιση. 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε ο γιατρός και συνόχισσε την χορήγηση 1 μονάδας ολικού αίματος Το αίμα χορηγήθηκε 11:00πμ κάτω από ασπτικές συνθήκες με την παρουσία γιατρού με ρυθμό ροής Αρχικά 15-20 σταγόνες και στη συνέχεια 40-60σταγ/1 σε 4 ώρες. Παρατηρήθηκε λήψη 7.2 την την χορήγηση, κατά τη διάρκεια και στο τέλος της χορήγησης του αίματος. Παρατηρήθηκε συνεχής έμετος της ασθενούς για εμφάνιση αντιδράσεων (πυρετός, πυρετός, πονος στην κορυφή, ναυτία, έμετοι, άνοση ΑΠ) Ελεγχεται και αξιολογείται η ποσότητα του παραχρημαμένου υγρού από το Red-o-Pack Εξασφάλιστηκε άνετη θέση της ασθενούς στο κρεβάτι Ελήφθη και στάλη γεν. αίματος και αναμένονται τα αποτελέσματα Ενισχύθηκε η ασθενής ψυχολογικά κατά την μετάγγιση 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής δεν παρουσίασε κάποια αντίδραση κατά την χορήγηση. Οι τιμές μετά την μετάγγιση ήταν: Ht : 36% Hb : 11,2g/dl. Ερυθρά : 4,53M/Ul Η ποσότητα του παραχρημαμένου υγρού είναι φυσιολογική 50^{cc} το 2-4ορο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>II <u>ΜΕΤΕΠΙΣΤΡΟΦΗ</u> <u>ΠΙΝΕΤΑ</u> Ημερία 7-3 Ενδοφλέβια μόλυνση τραυμάτος</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να προληφθεί η μόλυνση τραυμάτος 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ελεγχθεί το τραύμα για στοιχεία τοπικής φλεγμονής • Να ελεγχθεί η καλή λειτουργία της παροχέτευσης • Να πυρωτηρείται και να αναρράφεται το τραύμα και το ποσό του παροχέτευμένου υγρού. • Να γίνεται φροντίδα της τομής και αλλαγή του τραυμάτος • Να χορηγείται αντιβιοτική αγωγή IV σύμφωνα με I.O • Να γίνεται 3ορη βερμιομέτρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, εμφάνιση πύου, αύξηση θερμοκρασίας, μη σύγκλιση των χιτώνων του τραυμάτος. • Το Red-o-Pack θα τοποθετείται κάτω από το επίπεδο του κρεβατιού. • Παρατηρείται και να αξιολογείται το χρώμα και η ποσότητα του παροχέτευμένου υγρού και να καταγράφεται στην Λογόδοσια. • Η 8.00ημ, ποσότητα : 20cc • Γίνεται αλλαγή του τραυμάτος με άσηπτη τεχνική και εφαρμόζεται πιστική περίδεση • Χορηγείται Radacef 1grx2+Metromizidole 500mgx3IV 	<ul style="list-style-type: none"> • Η τομή διατηρείται καθαρή • Δεν υπάρχουν στοιχεία μόλυνσης του τραυμάτος. • Το Radacef (κεφοριανίδη) είναι κεφαλοσπορίνη α' γενιάς και ενδείκνυται στην θεραπεία λοιμώξεων. • Το Μετρομιζαόλη, μετρονιζαόλη, χρησιμοποιείται για θεραπεία λοιμώξεων

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>II</u> <u>ΜΕΤΕΞΑΝΗΡΗΤΙΚΗ</u> <u>ΠΕΡΙΟΔΟΣ</u> * Βαθμία 3-11</p> <p>• Ανεπάρκη διατήρησης ισοτονικού ηλεκτρολυτικής ισορροπίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να διατηρηθεί η υδατο-ηλεκτρολυτική ισορροπία. • Να διαφραφθούν τυχόν ελλείμματα νερού και ηλεκτρολυτών. • Ακόμηση επιπλοκών από την αναπνευστική λήψη νερών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ακριβής καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβλλόμενων υγρών. • Ρύθμιση λήψης επαρκών υγρών. • Χορήγηση υγρών από φυσικούς οδούς και παρεντερικά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετρώνται και καταγράφονται προσλαμβανόμενα - αποβλλόμενα υγρά Υγρά 24ώρου : 2000ml • Έγινε στις 4.00μμ αιμοληψία για προσδιορισμό των τιμών: KCl, Na, Ca - Mg KCl = 4,1ml/g/l. Na = 137ml/g/l. Ca = 8,8mg/dl. φωσφοφορο = 3,7mg/dl. • Η ασθενής παίρνει 2000ml IV το 24ώρο : 1000cc N/S + 1000cc D/W 5% • Έγινε Multistix για ΕΟ στις 5.00μμ. Το ΕΟ είναι 1020 το οποίο είναι φυσιολογικό 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν αισθάνεται να διαψεύσει • Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών, η ασθενής δεν παρουσιάζει ηλεκτρολυτικό ελλείμμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΜΕΤΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΠΛΗΡΑ Βήματα 7-3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σωματική ικανότητα και εξάντληση ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση θερμικού ισοζυγίου και καλυψη θερμικών αναγκών. • Αποκατάσταση του θερμικού ισοζυγίου της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση διατροφής και προστάθεια εξασφάλισης σκότων σιδηρικών διατροφής. κατάλληλο διατολόγιο 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση τροφών κατάλληλων με την ποσότητα κατάσταση • Ρύθμιση των γευμάτων σε λευκόματα και υδατόφρακτες σε συγκεκριμένες ώρες. • Καλομαγευμένες και εύπεπτες τροφές • Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιδείχθηκε η θρέψη και η σταδιακή ανάρρωση της ασθενούς

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>2. ΜΕΤΕΞΕΛΙΓΜΕΝΗ ΠΑΡΕΡΑ</p> <p>4. Βαρύτητα 7-3</p> <p>Αλλαγή συμπτωτικού εικόνας</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αποδοχή από την ασθενή της καινούριας εικόνας του σώματός της. 	<ul style="list-style-type: none"> Παρέχεται η εκκένωση για έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς. Παρέχεται χρόνος προς τους ασθενείς και λίστα αναμονών. Ενημέρωση για τη χρήση προσθετικών μετά από μαστεκτομή. 	<ul style="list-style-type: none"> Η νοσηλεύτρια επικοινωνεί στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει την συμπεριφορά της. Επιτοχίζεται η ελευθεριότητα της ασθενούς και η αξία της. Υποστηρίζεται η επιθυμία της ασθενούς να ζήσει στο ρυθμό που ζούσε προτού. Ενημερώθηκε η ασθενής για την χρήση προσθετικών. Επιτεύχθηκε η αποδοχή και η προσαρμογή της ασθενούς από το οικγενειακό και φιλικό περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος. Η επικοινωνία με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον την κάνουν να αισθάνεται χρήσιμη και δυνατή τονίζοντας την αυτοπεποίθησή της. Η ασθενής προγραμματίζει για ασχολίες και δραστηριότητες μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο.

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ 2^ο ΜΕΤΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΗΜΕΡΑ (9)</p>	<p>ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>2^η ΗΜΕΡΑ Βαθμία 3-11 Πρωλήψη Λεμφοοίδηματος</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Έγκαιρη κινητοποίηση και έγερση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει λήψη Ζ.Σ. πριν την έγερση της ασθενούς. • Έγκαιρη κινητοποίηση της ασθενούς • Ενδάρρυνση αιμοπεταλοκυττάρης δραστηριότητας των άκρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Στις 5μμ αφού έγινε λήψη Ζ.Σ.ημίων: ΑΠ : 110/80mmHg Σφύξεις : 75/min Θερμοκρασία : 36,7°C έγινε σταδιακή κινητοποίηση της ασθενούς από το κρεβάτι με κρέμασμα των ποδιών στο κρεβάτι και μετά από λίγα λεπτά περπάτημα μέχρι την καρέλα – πολυθρόνα του θαλάμου με την βοήθεια της νοσηλεύτριας. • Έγινε έμφυση παθητικών ασκήσεων του προσβεβλημένου άκρου. • Ενυδατώθηκε η ασθενής να διατηρεί κανονική όρεση κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επικυρώθηκε η έγκαιρη και αποτελεσματική έγερση της ασθενούς από κρεβάτι. • Αποφεύχθηκε το λεμφοοίδημα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β
Ιστορικό Υγείας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία Εισαγωγής	29 – 7 - 2000		
Όνοματεπώνυμο	Δήμητρα Χ.		
Διεύθυνση ασθενούς	:Αργολίδα		
Ασφαλιστικός Φορέας	:ΟΓΑ		
Οικογενειακή κατάσταση	:Έγγαμη	Παιδιά :2,	1 Αγόρι 1 Κορίτσι
Ηλικία	:65		
Τόπος γεννήσεως	:Λιγουριό Αργολίδας		
Επάγγελμα	:Οικιακά		
Ημερομηνία λήξης Ιστορικού	5 – 9 – 2000		
Πηγή και αξιολογία Ιστορικού	:Η ίδια. Φαίνεται αξιόπιστη		

ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ

Ψηλάφηση όγκου στον Αρ. μαστό

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Γενική κατάσταση υγείας
Σχετικά καλή

Παιδικά νοσήματα
Έχει περάσει όλες τις παιδικές αρρώστιες

Εμβόλια
Δεν θυμάται.

Νοσήματα Ενήλικα
Υπέρταση

Ατυχήματα
Δεν αναφέρει

Χειρουργικές επεμβασεις
– Σκωληδεκτομή 1965.
– Αφαίρεση αιμορροΐδων.

Εισαγωγές στο Νοσοκομείο
– Σκωληδεκτομή 1965.
– Αφαίρεση αιμορροΐδων 1990
– 1^{ος} φυσιολογικός τοκετός 1960.
– 2^{ος} φυσιολογικός τοκετός 1962.

Αλλεργίες
Δεν αναφέρει.

Φάρμακα (Συστηματικά πριν εισαχθεί στο Νοσοκομείο).
– Caroten 25mg
– Kessar 20mgr

Περιοδικές εξετάσεις
Δεν αναφέρει.

Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι
Ασχολείται με δουλειές του σπιτιού και κάποιες ώρες την ημέρα βοηθάει τον σύζυγο της στα κτήματα.

ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Κάπνισμα	Δεν καπνίζει
Οινόπνευμα	Δεν πίνει
Καφεΐνη	Πίνει ελληνικό καφέ το απόγευμα.
Άλλες ουσίες	Δεν αναφέρει

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής εισήλθε στην Χειρουργική κλινική στις 28-8-2000 του Περιφερειακού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Αθηνών. «Ο Άγιος Σάββας». Η ίδια ανακάλυψε με την αυτοεξέταση μαστού πριν έξι (6) μήνες ένα ογκίδιο στον αριστερό της μαστό, διαστάσεων σαν μεγάλο αμύγδαλο, χωρίς άλλα σύνοδα ευρήματα.

Η ασθενής αναφέρει ότι διαπίστωσε την ύπαρξη ογκιδίου ένα πρωί που φόρεσε το στηθόδεσμο της, χωρίς όμως να αναφέρει τίποτα στον σύζυγο της. Μετά μια εβδομάδα, αφού παρακολουθούσε το ογκίδιο ότι δεν έφευγε, επισκέφθηκε το Κέντρο Υγείας της περιοχής της. Εκεί ο γιατρός της συνέστησε να απευθυνθεί σε κάποιο εξειδικευμένο νοσοκομείο και να κάνει όλες τις απαραίτητες εξετάσεις τις οποίες ο γιατρός της θα προγραμματίσει.

Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς, βασισμένο στη μαστογραφία περιγράφει την περίπτωση της ως εξής :

Συμπαγές μórφωμα αριστερού μαστού, ανώδυνο, σκληρό με σαφή όρια διαστάσεων 1*1cm. Στην περιοχή της μασχάλης διακρίνονται ψηλαφητοί, ανώδυνοι, κινητοί λεμφαδένες. Δεξιός μαστός χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων καθώς και λήψη αίματος για την διεξαγωγή εξετάσεων. Προγραμματίστηκε χειρουργική αφαίρεση του όγκου, καθώς και αφαίρεση 2 λεμφαδένων το πρωί της 31-8-2000. Ως θεραπεία εκλογής προτάθηκε η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή αναλόγως των αποτελεσμάτων της ταχείας βιοψίας.

Μετά την επέμβαση η ασθενής δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και πήρε εξιτήριο στις 8-9-2000. Εδόθησαν οδηγίες για την φροντίδα της τομής στο σπίτι και ορίστηκε επανεξέταση μετά από 8 ημέρες.

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή κατά την παραμονή της στην κλινική :

Ceclor	500 mgr	caps	1x3
Zimoplex	20 mgr	tab	1x2
Netromycine	150mgr	amp IV	1x2
Apotel	600 mgr	επί πόνου	
Vomex	100 mgr	amp IM	1x2
Dextroze 5%	1000 ^{cc}		1x1
N/S	1000 ^{cc}		1x1

4 - 9 - 2000

Δίαιτα Ελεύθερη

ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΑΝ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΗ

VOMEX A

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Vomex A (Διμενυδρινατη), ενισχύει την δράση των κατασταλτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος, του οίνοπνεύματος, των αντιχολινεργικών και των αναστολέων της ΜΑΟ.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Το Vomex A ενδείκνυται στην πρόληψη της ναυτίας των ταξιδιωτών. Επίσης ίλιγγος ναυτία και εμετοί, καθώς και επεμβάσεις του λαβυρίνθου.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

- σιρόπι : 10ml, 3 φορές την ημέρα.
- Από το ορθό : 1 υπόθετο, 3-4 φορές την ημέρα.
- Παρεντερικώς : φύσιγγες ενδομυϊκές : 1-2 φύσιγγες ενδομυϊκώς την ημέρα.

NETROMYCIN

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Η Netromycin injection περιέχει θειική αλκοόλη, ένα ημισυνετικό υδατοδιάλυτο αντιβιοτικό της ομάδας των αμινογλυκοσιδών.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η Netromycin injection ενδείκνυται για την αγωγή λοιμώξεων που έχουν προκληθεί από ευαίσθητα στελέχη των : Eschevichia coli, είδη Klebsiella-Enterobacter, είδη Citrobacter, είδη Staphylococcus, καθώς και Neissevia gonorrhoeae. Επίσης ενδείκνυται :

μικροβιαμία και σηψαιμία.

βαριές λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος

λοιμώξεις των νεφρών και του ουροποιογεννητικού συστήματος.

λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων

- ενδοκοιλιακές λοιμώξεις.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Ενδομυϊκή Χορήγηση : 4,0 – 6,0 mg/kg ημερησίως μοιρασμένα σε τρεις δόσεις ανά οκτάωρο ή σε δύο δόσεις ανά δωδεκάωρο.

Ενδοφλέβια Χορήγηση : Για την ενδοφλέβια χορήγηση στους ενήλικες η απλή δόση μπορεί να αραιωθεί σε 50-200ml στείρου φυσιολογικού ορού ή σε στείρο υδατικό διάλυμα δεκτρόζης 5%.

CECLOX

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το Cefclor (κεφακλόρη) είναι κεφαλοσπορίνη α' γενιάς και η δραστική της ουσία είναι το Μονοϋδρικό άλας της Κεφακλόρης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Το Cefclor ενδείκνυται στην θεραπεία των ακόλουθων λοιμώξεων :

- Μέση πυώδη ωτίτιδα
- Οξεία βρογχίτιδα και οξείες εξάρσεις χρόνιας βρογχίτιδας
- Φαρυγγίτιδα και αμυγδαλίτιδα
- Πνευμονία
- Μη επιλεγμένες λοιμώξεις του ουροποιογεννητικού συστήματος
- Λοιμώξεις του δέρματος και μαλακών μορίων και Παραρρινοκολπίτιδα.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Το Cefaclor χορηγείται από του στόματος με ή χωρίς φαγητό.

Η συνιστώμενη δοσολογία είναι 250 mg κάθε 8 ώρες, διπλασιαζόμενη σε σοβαρές λοιμώξεις.

ZYMOPLEX

ΠΕΡΙΛΑΦΗ

Το ZYMOPLEX (Ταμοξιφαίνη) εμφανίζει ισχυρή αντι-οιστρογονική δράση. Συγκεκριμένα συνδέεται στενά με τους υποδοχείς των νέο-πλασματικών κυττάρων κατά τον ίδιο τρόπο που συνδέεται και η οιστραδιόλη, την οποία και ανταγωνίζεται στο σημείο αυτό. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η αναστολή του πολλαπλασιασμού του ορμονοεξαρτώμενου νεοπλάσματος. Ωστόσο, κλινικά αποτελέσματα έδειξαν κάποιο όφελος σε περιπτώσεις καρκίνου με αρνητικούς οιστρογονικούς υποδοχείς και ίσως αυτό αποτελέσει αφετηρία μελέτης άλλων μηχανισμών δράσης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- Συμπληρωματική θεραπεία αρχικών σταδίων του μαστού.
- Ανακουφιστική θεραπεία μεταστατικού καρκίνου του μαστού στις γυναίκες.
- Αποτελεί φάρμακο εκλογής σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση.
- Το φάρμακο έχει επίσης δράση και στον καρκίνο του μαστού των ανδρών.
- Ευνοϊκή ανταπόκριση παρατηρείται σε ποσοστό 20-30% του συνόλου των γυναικών με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, ενώ φθάνει το 60% σε γυναίκες με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ – ΤΡΟΠΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ

Για την πλειονότητα των ασθενών, η ημερήσια δόση είναι 20-40mg εφάπαξ ή σε δύο διηρημένες δόσεις. Ως δόση συντήρησης, μακροχρονίως χορηγούνται 20mg ημερησίως.

ΑΡΟΤΕΛ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Το ΑΡΟΤΕΛ (Παρακεταμόλη) αποτελεί τον κύριο ενεργό μεταβολίτη της φαινακετίνης αλλά στερείται των παρενεργειών της. Έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση όμοια με εκείνη του ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Η αντιπυρετική της δράση οφείλεται σε άμεση επίδραση στα υποθαλαμικά θερμορυθμιστικά κέντρα.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η χρήση του ΑΡΟΤΕΛ συνίσταται κυρίως σε αρθραλγίες, μυαλγίες, νευραλγίες, κεφαλαλγία, οδονταλγίες, δυσμηνόρροια, εμπύρετες καταστάσεις. Προτιμάται σε άτομα ευαίσθητα στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ με διαταραχές πήκτικότητας, ιστορικό πεπτικού έλκους, ουρική αρθρίτιδα (δεν ανταγωνίζεται τη δράση των ουρικοαπεκρικών φαρμάκων).

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Ενήλικοι : 0,5 – 1,0 G κάθε 4-6 ώρες. Η ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 4 G για δόση βραχείας διάρκειας και τα 2,5 G για χρόνια χορήγηση.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
 ΕΡΓΟΤΕΡΙΑΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ
 ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΑΘΗΝΩΝ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»
 Ν.Π.Δ.Δ.
 ΛΕΩΦ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ 171 - 115 22 ΑΘΗΝΑ
 ΤΗΛΕΦ. 64 30 811 - 19 FAX: 64 20 146
 Α' ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
 Δ/ντής: Βλ. Μερτικόπουλος
 ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ

Όνοματεπώνυμο
 ασθενή

Ηλικία

Κλινική

Ημερομηνία :

Ιατρός :

Είδος Εξετάσεως :

Συνοπτικό ιστορικό :

Κλινική διάγνωση - Συγκεκριμένες ερωτήσεις :

Ο εξετάσας ιατρός

Ο χειριστής

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

23-8-00 Θωρακας PP
 2.2. PP

Ουδεν το αξιολογον απο τους πνευμονες.
 Σφυλιστικες αλλοιωσεις με δυσκοιθεις απο τη Σ.Γ.
 Απο τη λεκίνη ουδεν το αξιολογον.

Η.Θελεκης

ΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ 28 - 8 - 2000

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	Ευρεθείσα Τιμή	Τιμ. Αναφοράς
Γλυκόζη	92 mg/dl	65 - 110
Ουρία	40 mg/dl	15 - 49
Ουρικό Οξύ	6,7 mg/dl	2,5 - 7,0
Νάτριο (Na)	145 mmol/l	132 - 148
Κάλιο (K)	5,2 mmol/l	3,7 - 5,3
Χλωριούχα (Cl)	111 mmol/l	101 - 111
Ασβέστιο (Ca)	9,6 mg/dl	8,0 - 10,3
Λευκώματα ολικά	8,5 gr/dl	6,0 - 8,3
Αλβουμίνη	4,4 gr/dl	3,5 - 5,3
(Α/Σ)	1,07	1,2 - 2,2
Ολική Χολερυθρίνη	0,95 mg/dl	0,2 - 1,0
Άμεση Χολερυθρίνη	0,20 mg/dl	0 - 0,2
SGPT (ALT)	18 U/l	5 - 40
SGOT (AST)	19 U/l	5 - 34
Αλκαλική φωσφάταση	83 U/l	37 - 147
γ-GT	14 U/l	0 - 53
L.D.H. - P	451 U/l	240 - 480
Χοληστερόλη	192 mg/dl	140 - 200
Τριγλυκερίδια	78 mg/dl	35 - 150
Παρατηρήσεις		Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΙΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΙΕΙΟ

Ημ/νία : 28-08-2000

ΤΜΗΜΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΙΜΟΣΤΑΣΗΣ

Περιγραφή εξετάσεων	Ευρεθείσα Τιμή	Τιμ. Αναφοράς
PT - Μάρτυρα :	10,4 sec	
PT - Ασθενούς :	11,4 sec	10 - 13
INR	1,19	
APPT	30,1 sec	20 - 40
Παρατηρήσεις		Ο Ιατρός

ΙΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΙΕΙΟ

Ημ/νία : 28-08-2000

ΔΕΙΚΤΕΣ

	Ευρεθείσα Τιμή	Τιμ. Αναφοράς
CEA	1,7 ng/ml	0 - 3
CA	22,1 U/ml	0 - 28
Παρατηρήσεις		Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Ημ/νία : 28-08-2000

ΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

		Εντρολ. Τιμή	Norm. range	
WBC	Λευκά	5,0X10 ³ /μl	4 – 10	
NE	Ουδετερ.	59,8%	40 – 75	
LY	Λεμφοκυτ.	30,0%	20 – 50	
MO	Μονοκύτ.	8,6%	1 – 10	
EO	Ηωσινοφ.	1,2%	1 – 6	
BA	Βασεοφ.	0,4%	0 – 1	
Απόλ. τιμή (X10 ³ /μl)				
NE	Ουδετερ.	3,0	1,5 – 7,5	
LY	Λεμφοκ.	1,5	1,2 – 3,4	
MO	Μονοκυτ.	0,4	0,1 – 1,0	
EO	Ηωσινόφ	0,1	0,0 – 0,6	
BA	Βασεόφ	0,0	0,0 – 0,1	
RBC	Ερυθρά	4,50X10 ⁶ /μl	4,2 – 5,4	
HGB	Αιμοσφαιρίνη	13,1g/dl	12,0 – 16,0	
HCT	Αιματοκρίτης	39,4%	37,0 – 47,0	
MCV	Μέσος όγκος	87,4fl	80,0 – 95,0	
MCH	Μέση συγκεν. HGB	29,0pg	27,0 – 32,0	
MCHC	Μέση πυκν. HGB	33,2g/dl	33,0 – 37,0	
RDW	Εύρος κατανομής	12,8	11,5 – 14,5	
PLT	Αιμοπετάλια	190X10 ³ /μl	150 – 450	
MCV	Μέσος όγκος	8,6	7,2 – 9,5	
PCT	Αιμοπεταλιοκρίτης	0,164	0,16 – 0,34	
PDW	Εύρος κατανομής	16,5	12,8 – 16,8	
Ραβδοπύρηνα %	Εμπ. Ερυθρά	/100 Λευκά		
Μεταμυελοκύτταρα %				ΔΕΚ
Μυελοκύτταρα %				T.K.E 15mm/1hr (<20)
Προμυελοκύτταρα %				
Βλάστες %				
Αταυτοποίητα %				
SUSPECT FLAGS				
_____ WBC	_____ RBC	_____ PLT		
DEFINITIVE FLAGS				
_____ WBC	_____ RBC	_____ PLT		

Παρατηρήσεις

Ο Ιατρός

Ημ/νία : 01-09-2000

ΜΕΤΑ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Code	Unit	Value	Reference Range
WBC	Λευκά	8,5X10 ³ /μl	4 - 10
NE	Ουδετερ.	77,5%	40 - 75
LY	Λεμφοκυτ.	15,7%	20 - 50
MO	Μονοκύτ.	5,0%	1 - 10
EO	Ηωσινοφ.	1,35	1 - 6
BA	Βασεοφ.	0,5%	0 - 1
Απόλ. τιμή (X10 ³ /μl)			
NE	Ουδετερ.	6,7	1,5 - 7,5
LY	Λεμφοκ.	1,3	1,2 - 3,4
MO	Μονοκυτ.	0,4	0,1 - 1,0
EO	Ηωσινόφ.	0,1	0,0 - 0,6
BA	Βασεοφ.	0,0	0,0 - 0,1
RBC	Ερυθρά	4,23X10 ⁶ /μl	4,2 - 5,4
HGB	Αιμοσφαιρίνη	12,4g/dl	12,0 - 16,0
HCT	Αιματοκρίτης	37,2%	37,0 - 47,0
MCV	Μέσος όγκος	87,8fl	80,0 - 95,0
MCH	Μέση συγκεν. HGB	29,4pg	27,0 - 32,0
MCHC	Μέση πυκν. HGB	33,5g/dl	33,0 - 37,0
RDW	Εύρος κατανομής	13,0	11,5 - 14,5
PLT	Αιμοπετάλια	186X10 ³ /μl	150 - 450
MCV	Μέσος όγκος	8,4	7,2 - 9,5
PCT	Αιμοπεταλιοκρίτης	0,157	0,16 - 0,34
PDW	Εύρος κατανομής	16,7	12,8 - 16,8
Ραβδοκύτταρα %	Εμπ. Ερυθρά	/100 Λευκά	
Μεταμυελοκύτταρα %			ΔΕΚ
Μυελοκύτταρα %			T.K.E. mm/1hr (<20)
Προμυελοκύτταρα %			
Βλάστες %			
Αταυτοποίητα %			
SUSPECT FLAGS			
_____ WBC _____	_____ RBC _____	_____ PLT _____	
Imm Grans/Bands 1			
_____ WBC _____	_____ RBC _____	_____ PLT _____	
DEFINITIVE FLAGS			
Neutrophilia %			
Lymphopenia %			

Παρατηρήσεις

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ Β

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση σωματικής, και ψυχικής προεγχειρητικής κατάστασης της αρρώστου • Ελάττωση του κινδύνου των λοιμώξεων. • Πρόληψη των επιπλοκών • Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Φυσική – Σωματική προεγχειρητική ετοιμασία • Ψυχολογική ετοιμασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκαν όλα τα στάδια της προεγχειρητικής ετοιμασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή επιπλοκών μεταχειρητικά • Διευκόλυνση ανέσεως της ασθενούς • Επαύξυνση της ανάρρωσης της ασθενούς

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>ΠΡΟΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΑ</u> Βάρδια 7-3</p> <p>Διαζούλη απορρατιών εξετάσεων προηγουμένη επέμβαση</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη επιλόκων κατά την επέμβαση και μετά από αυτήν 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς για το τι πρόκειται να γίνει • Λήψη Ζ.Σ. • Λήψη αίματος • Λήψη ΗΚΓ • Λήψη ακτινογραφίας θώρακος 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η ασθενής για τις διαδικασίες στις οποίες θα υποβληθεί • Έγινε λήψη ζωτικών σημείων Θερμ : 36,7°C Σφ : 72 • Δ.Π : 120/60mmHg • Έγινε λήψη αίματος για τον έλεγχο πηκτικότητας και προσδιορισμός ομάδας αίματος, διασταύρωση, γενική αιματος και βιοχημικός έλεγχος • Έγινε ΗΚΓ για έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας και έρεση τυχόν προβλημάτων. • Έγινε ακτινογραφία θώρακος με σκοπό την έρεση τυχόν παθολογικών καταστάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή δυσάρεστων επιλόκων κατά την διάρκεια και μετά την επέμβαση • Η γενική αιματος έδειξε : Ht : 39,4% Hb : 13,1g/dl. Λευκά : $50 \cdot 10^3 / \mu l$. τα οποία αξιολογήθηκαν φυσιολογικά • Ο βιοχημικός έλεγχος έδειξε πς ακόλουθες τιμές τον : NaCl : 145mmol/l. KCl : 5,2mmol/l. Cu : 9,6mg/dl. τα οποία αξιολογήθηκαν φυσιολογικά

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΡΟΕΙΣΡΕΤΤΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΠΡΟΕΙΣΡΕΤΤΑ Βάρδια 3-11</p> <p>Προβλεπόμενη Εντερική για την ελκώδη</p>	<ul style="list-style-type: none"> Κένωση του με καθαρτικό υποκλισμός. Πρόληψη μεταγχειρητικής διάστασης του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση της ασθενούς για το τι πρόκειται να γίνει Να δοθεί σωστή θέση της ασθενούς στο κρεβάτι Να γίνει καθαρτικός υποκλισμός την προηγούμενη της επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε η ασθενής για την διαδικασία που θα γίνει Δόθηκε στην ασθενή αριστερή πλάγια θέση στο κρεβάτι με ελαφριά κάμψη των γονάτων προς την κοιλιά Έγινε καθαρτικός υποκλισμός στην ασθενή για πρόληψη κίνωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι και πρόληψη συλλογής αερίων και μεταγχειρητικής διάστασης του εντέρου 	<ul style="list-style-type: none"> Ο Υποκλισμός απέδωσε και ενημερώθηκε η λογιόσσια.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΑ Επίπεδο 3-11</p> <p>Ετοιμότητα δέρματος του εγχειρητικού πεδίου</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Απομάκρυνση του δέρματος από μικροφθοράσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμείωση της ασημένιας για το τι πρόκειται να της γίνει • Απομάκρυνση-ξήραση της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου • Τοπική αντισήψη εγχειρητικού πεδίου 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση η ασημένια ότι πρέπει να γίνει ξήραση της μασχάλης με σκοπό την απομάκρυνση του δέρματος από μικροφθοράσεις. • Έγινε ξήραση και καθαριότητα του εγχειρητικού πεδίου της μασχάλης με χλωρο νερό και σαπουνιά χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λυσις της συνέχειας του δέρματος • Έγινε τοπική αντισήψη της περιοχής της μασχάλης με οινόπνευμα-betadine solution- οινόπνευμα και κάλυψη της περιοχής με αποστειρωμένο πεδίο 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξυλετώθηκε ο κίνδυνος εμφάνισης μικροφθοράσεων του εγχειρητικού πεδίου

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΠΡΩΤΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΒΑΡΗ : 3-11</p> <p>Ατομική υγιεινή</p>	<ul style="list-style-type: none"> Καθαριότητα του στόματος της ασθενούς και να απαλλαγεί από τα μικρόβια 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί και να ενθαρρυνθεί η ασθενής για την σημασία της ατομικής υγιεινής. Να γίνει λουτρό καθαριότητας της ασθενούς / λουσιόμο κεφαλής και νυχιών φροντίδα στόματος 	<ul style="list-style-type: none"> Εί ασθενής δέχθηκε και κατάλαβε την σκοπιμότητα της ατομικής υγιεινής. Έγινε λουτρό καθαριότητας λουσιόμο κεφαλής φροντίδα στόματος και νυχιών, τα οποία διευκόλυναν την επάλειψη του ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση καθαριότητας που συντείνει στην αποφυγή επιπλοκών Εξασφαλιστική ή άνεση ασθενούς και διευκόλυνση του ύπνου

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>ΠΝΟΤΕΣΤΕΡΗΣΙΑ</u> Βαθμία : 3-11</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη τροφής 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της πιθανότητας διαταχής του εντέρου και εξάρθρωσης καρδιάς λόγω άσκησης και μετά την αναισθησία 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση ελαφριάς τροφής την προηγούμενη ημέρα επέμβασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιστηκε η παροχή ελαφριάς τροφής στην ασθενή. Η ασθενής στις όριμ έφαγε 1 σούπα. 	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p><u>ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΑ</u> & Βιηθία 3-11</p> <p>Αγχος - Φόβος</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ανάγκη να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και το φόβο. 	<ul style="list-style-type: none"> Να αξιολογηθεί το επίπεδο κατανόησης και αποδοχής της ασθενούς σχετικά με την εξέλιξη και την μετεγχειρητική πορεία. Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά και τους φόβους της. Να βοηθηθεί η ασθενής ώστε να αποδεχθεί τη μεταβολή που θα επέλθει από το μαστό. Ήθικη και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς και της οικογένειάς της. Εξασφάλιση της ηρεμίας της ασθενούς. Ενθάρρυνση να δει την ασθένειά με θετικό τρόπο. Εξασφάλιση καλού ύπνου με χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε συζήτηση με την ασθενή σχετικά με την επίμβαση. Αξιολογήθηκε η κατανόηση και αποδοχή της ασθενούς. Εξήρασε φόβο για την πορεία της νόσου, αν θα αλλάξει η εμφάνιση της. Συζητούνται και λίνονται όλες οι απορίες που έχει η ασθενής γύρω από την επέμβαση και την μετεγχειρητική πορεία. Εξασφαλίστηκε άνετο και ήρεμο περιβάλλον με περιορισμό του θορύβου στο δωμάτιο, απομάκρυνση των επισκεπτών. Χορηγήθηκε στην ασθενή μυοχαλαρωτικό, ½ tab LANCOR 1mg h. 19:00μμ 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής δέχθηκε με ευχαρίστηση την ενημέρωση. Η γνώση για το τι πρόκειται να συμβεί μετεγχειρητικά προάγει την συνεργασία της ασθενούς και μειώνεται ο φόβος για την εξέλιξη.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΗΜΕΡΑ ΧΡΕΙΟΥΣΤΕΙΟΥ Βάρνα 7-3 Προνοσησία</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μυϊκή χαλάρωση • Εξασφάλιση ηρεμίας • Μείωση των εκκρίσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενιμέρωση της ασθένους για το τι πρόκειται να γίνει • Χορήγηση ηρεμιστικού κιατευκαστικού σύμφωνα με IO 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενιμερώθηκε η ασθενής ότι θα αισθανθεί μια γενική μυϊκή χαλάρωση και υπνηλία χωρίς να χύσει τις ασθήσεις της • Χορηγήθηκε 0,05gr περφιδίνης IM+ ½ ampn ατροπίνη στην ασθενή 30 πριν ξεκινήσει για το χειρουργείο σύμφωνα με IO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφαλίστηκε ηρεμία και μυϊκή χαλάρωση της ασθενούς.

ΣΧΕΛΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΜΕΤΕΞΕΡΧΕΤΕΣ Βαρύτητα 3-11 έτη</p>	<p>Να ανακουφισθεί η ασθένεια από τον πόνο</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να τοποθετηθεί η ασθενής στην κατάλληλη θέση • Να υποστηριχθούν οι σωλήνες προχέτευσης Red-o-Pack, ώστε να μην τρωθεί το θωρακικό τοίχωμα • Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος • Χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα με I.O. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε η ασθενής στην θέση Fowler ο κορμός σχηματίζει γωνία 60° έως 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Κάτω από τον ώμο τοποθετείται ένα μαξιλάρι καθώς και κάτω από τα πόδια τοποθετείται υποστηρίγματα ώστε η ασθενής να διατηρείται στη θέση αυτή. • Στήριζήκαν οι σωλήνες προχέτευσης με λευκοπλάστη στο κρεβάτι. • Εξασφαλίστηκε ήρεμο & άνετο περιβάλλον για την ασθενή με μείωση των θορύβων, περιορισμό των επισκέψεων, επαρκή αερισμό του δωματίου 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτεύχθηκε η καταστολή του πόνου με την χορήγηση κατάλληλου αναλγητικού h-4 30mg και την εξασφάλιση ιδανικού περιβάλλοντος

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗ ΠΡΩΤΙΚΑ 3-11</p> <ul style="list-style-type: none"> Εμετός-Ναυτία 	<ul style="list-style-type: none"> Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσημα της ναυτίας και να αντιμετωπιστούν εμετοί 	<ul style="list-style-type: none"> Να τοποθετηθεί η ασθενής στην σωστή θέση Να ενθαρρυνθεί η ασθενής να αναπνεύσει βαθιά για την αποφόρση της όψιστης του αναπνευστικού φαρμάκου. Να αναγράφουν στην λογαρέζα το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτηρισμός των εμεμάτων. Να γίνει πλύση της στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση Fowler με το κεφάλι προς τα πλάγια Έγινε διδασκασία στην ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές και ενισχύθηκε για να συνεχίσει Έγινε lamp Vomex A IM h:5:15μμ σύμφωνα με I/O Σε κάθε εμετό καταγράφεται η ποσότητα και ο χαρακτηρισμός των εμεμάτων στην λογαρέζα. Γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 	<ul style="list-style-type: none"> Το αίσημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί και οι εμετοί αντιμετώπιζήκαν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η προσπάθεια προασίσεως και προαγωγής της υγείας χρειάζεται την ενεργητική συμμετοχή του ατόμου. Η συμμετοχή αυτή είναι εκδήλωση υπευθυνότητας του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και στο κοινωνικό σύνολο. Η υπευθυνότητα προϋποθέτει ελεύθερη εκλογή και απόφαση για πράξεις, υπάρχει δηλαδή συνείδηση του σκοπού και γνώση των συγκεκριμένων στόχων. Η γνώση είναι γι' αυτό αναγκαία όχι όμως και ικανή συνθήκη για την υιοθέτηση μιας υγιεινής συμπεριφοράς.

Η δυσκολία της θεραπευτικής ιατρικής να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά πολλά από τα σύγχρονα προβλήματα υγείας, παρά την τεράστια ανάπτυξη που γνώρισε και παρά την εκρηκτική αύξηση των δαπανών για την υγεία, έστρεψε την προσοχή στον τομέα της πρόληψης. (πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας).

Στην δευτερογενή πρόληψη, που βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο, η αποδοτικότητα των αποτελεσματικών προγραμμάτων αυξάνει με την ευρεία συμμετοχή και συμμόρφωση των ατόμων σε αυτά. Η εξασφάλιση όμως ευρείας συμμετοχής και συμμορφώσεως προϋποθέτει σωστή αγωγή υγείας του κοινού. Εξάλλου, η δυνατότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν έγκαιρα μερικά πρώιμα συμπτώματα μπορεί να βελτιώσει την πρόγνωση ορισμένων σοβαρών νόσων, όπως των νεοπλασμάτων του μαστού.

Από όλα όσα αναφέραμε δεν είναι δύσκολο να συμπεραίνει κανείς το πόσο σημαντική είναι η προσφορά της Νοσηλευτικής στον καρκίνο του μαστού.

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

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

- Πρόληψη του καρκίνου μαστού με την εκπαίδευση και διδασκαλία υγιεινών συνθηκών ζωής και υγιεινής συμπεριφοράς.
- Έγκαιρη ανίχνευση με την συμμετοχή σε προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων και με την ενθάρρυνση των ατόμων για συμμετοχή στα προγράμματα αυτά.
- Έλεγχος του πόνου με την χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων στην κατάλληλη ώρα και την απαιτούμενη δόση για την πρόληψη του καρκίνου μαστού.
- Έλεγχος επιπλοκών, συμπτωμάτων και παρενεργειών θεραπείας με τις σωστές παρεμβάσεις.
- Φυσική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη της διάρκειας της νόσου με την ανάπτυξη διαπροσωπικών θεραπευτικών σχέσεων.
- Συνεχιζόμενη φροντίδα στο νοσοκομείο, σπίτι, ειδικά ιδρύματα κ.λ.π. με την υποστηρικτική νοσηλεία και βοήθεια των συγγενών για εξασφάλιση ποιότητας της ασθενούς σε όλη την διάρκεια της ασθένειας.

Η στάση και η συμπεριφορά κάθε ατόμου είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα των επιδράσεων του οικογενειακού και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος. Κατά συνέπεια, η αλλαγή της συμπεριφοράς απαιτεί συστηματικές προσπάθειες για

αλλαγές σε μια σειρά από ψυχολογικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, τεχνολογικούς και πολιτικούς παράγοντες που αλληλεξαρτώνται και επιδρούν στην συμπεριφορά και κατ' επέκταση στην υγιεινολογική συμπεριφορά κάθε ατόμου.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πινακίδης Μ. – Μπούτης Λ. : Καρκίνος Μαστού, University Studio Press (σελ: 19, 28-32, 35-36, 53, 55, 57-66, 91-93)
2. Παπανικολάου Ν.Α. : Γυναικολογική Μαστολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1995 (σελ: 10-34, 114)
3. Lippert Herbert : Ανατομική – Κείμενο και Άτλαντας, 5^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα 1993 (σελ: 86)
4. Αποστολίδης Ν. – Πανουσόπουλος Δ. : Ο Καρκίνος του Μαστού, Σύγχρονες Απόψεις Εκδοτική Παραγωγή : Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 1998 (σελ: 3, 7, 10)
5. Τριχόπουλος Δ. – Τριχοπούλου Α.: Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρουσιάνος» Μαρία Γρ. Παρουσιάνου, Αθήνα 1986 (σελ: 49)
6. Κόνιαρη Ε.: Καρκίνος του Μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1991, (σελ: 27-28, 35-36, 49-51, 53-56, 59, 61-80, 85-92, 100-101, 103-104, 106-108, 120, 131-134, 137, 154, 156, 165-172, 176-178, 183, 186, 190, 194-205, 208-229, 236-237, 245-259).
7. Σαχίνη – Καρδάση Α.: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 2^{ος} / Μέρος Β', Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1996 (σελ: 730)
8. Αθανασιάδης Σ. : «Διηθητικός Καρκίνος Μαστού». «Θέματα Γενικής Χειρουργικής από τα Σεμινάρια 1993» Τόμος Α', Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα 1993, (Σελ: 52-80)
9. Μπαντουβάς Ε. – Κατσένης Α. : «Πρακτικά Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας», Ελληνική Χειρουργική, Τόμος 52, Τεύχος 6, Εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα 1981 (σελ: 369)
10. Καρβελάς Φ.: «Παράγοντες κινδύνου στον καρκίνο του μαστού», Ιατρική 1990, Αθήνα 1990 (σελ: 25-27)
11. Χρυσόχου Μ. : «Διατροφή και καρκίνος του μαστού». Διατροφή και Καρκίνος, Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήνα 1991, (σελ: 62-66)
12. Παπανικολάου Ν.Α. – Παπανικολάου Α.Ν.: Γυναικολογία 3^η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Μαρία Γρ. Παρισιάνου», Αθήνα 1994 (σελ. 450, 463-465, 472-476)

13. Stoppard Mirriam : Εμμηνόπαυση, Εκδόσεις «ΔΟΜΙΚΗ», Αθήνα 1996, (σελ: 65,194)
14. Δραβαντινού Ι.Δ. : Παθολογία της Γυναίκας, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1985 (σελ: 381-384).
15. Καλυβάς Ν.Χ. – Αλεξόπουλος Κ.Γ.: Νοσοκομειακά Χρονικά, τόμος 50, Αθήνα 1988 (σελ: 116-117)
16. Πορφύρης Ε. – Χαρκιολάκης Γ. – Καλλέργης Γ. : «Αποκατάσταση μαστού μετά μαστεκτομή – εγχείρηση που θα συντελέσει σημαντικά στην επάνοδο των μαστεκτομηθεισών στην φυσιολογική ζωή», Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 29, Τεύχος1, Αθήνα 1993 (σελ: 48-50)
17. Πλατή Χ. : «Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στον Καρκίνο Μαστού». Νοσηλευτική 1989, Τόμος 28, Τεύχος 1, (σελ: 67-68)
18. Lambley Peter : «Φοβίες, αγωνίες και ελπίδες των καρκινοπαθών : πώς να βοηθήσουμε του ασθενείς μας να βοηθήσουν εαυτούς», Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 30, Τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1991, (σελ: 182)
19. Μπαρμπουνάκη – Κωνταντάκου Ε.: «Χημειοθεραπεία» Β' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα 1984 (σελ: 15,18)
20. Stoppard Mirriam : Το γυναικείο Σώμα, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996, (σελ. 65)
21. Austoker Soan : «Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου, ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας», Προληπτικός Έλεγχος και Αυτοεξέταση για καρκίνο Μαστού, Μετάφραση και διασκευή υπό : Βασιλόπουλος Π. Περικλής, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος – Μαρία Γρ. Παρισιάνου Αθήνα 1997, (σελ: 80-82, 88, 91)