

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Σπουδάστρια :
Γιαννακοπούλου Μαρία

Καθηγήτρια :
Φιδάνη Αικατερίνη

ΠΑΤΡΑ 2004

ΠΡΟΛΟΓΟΣ:	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ :	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο :ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1 Θέση του μαστού.....	8
1.2 Υφή του μαστού.....	8
1.3 Αιμάτωση του μαστού.....	10
1.4 Λεμφική αγγείωση του μαστού.....	10
1.5 Νεύρωση του μαστού.....	10
1.6 Φυσιολογία του μαστού.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.1 Παθολογία του μαστού.....	13
2.2 Διηθητικός καρκίνος του μαστού.....	13
2.3 Μη διηθητικός καρκίνος του μαστού.....	14
2.4 Σπάνιοι τύποι διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού.....	15
2.5 Ειδικές περιπτώσεις.....	17
2.6 Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

3.1 Η έννοια της σταδιοποίησης.....	20
3.2 Επιδημιολογία.....	22
3.2.1 Γεωγραφική κατανομή	22
3.2.2 Εντόπιση	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

4.1 Γενετικοί παράγοντες	26
4.2 Ορμονικοί παράγοντες	27
4.3 Ιδιοστατικοί παράγοντες.....	27
4.4 Ατομικές συνήθειες	28
4.5 Εξωγενείς παράγοντες.....	29
4.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	29
4.7 Μορφολογικοί παράγοντες.....	29
4.8 Άλλοι παράγοντες.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο :ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

5.1 Προγνωστικοί παράγοντες.....	33
5.2 Κλινική εικόνα του καρκίνου του μαστού.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο:ΔΙΑΓΝΩΣΗ

6.1 Εξετάσεις διάγνωσης.....	39
6.2 Κλινική εξέταση.....	39
6.3 Εργαστηριακή εξέταση.....	40
6.3.1 Μαστογραφία.....	40
6.3.2 Κυτταρολογικός έλεγχος.....	42

6.3.3 Σπινθηρογραφικός έλεγχος.....	43
6.3.4 Υπερηχογραφία.....	43
6.3.5 Θερμογραφία	44
6.3.6 Ξηρογραφία.....	44
6.3.7 Διαφανοσκόπηση.....	45
6.3.8 Φλεβογραφία	45
6.3.9 Αξονική.....	46
6.3.10 Γαλακτοφορία	46
6.3.11 Μαγνητική.....	46
6.3.12 Βιολογικοί δείκτες	46
6.3.13 Πνευμοκυστεογραφία.....	47
6.4 Εγχειρητική διάγνωση	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.1 Χειρουργική θεραπεία.....	50
7.2 Χημειοθεραπεία.....	51
7.3 Ακτινοθεραπεία.....	52
7.4 Ορμονοθεραπεία	53
7.5 Ανοσοθεραπεία	54
7.6 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τη φάση θεραπείας.....	54
7.6.1 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τη χειρουργική θεραπεία	54
7.6.2 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τα μετεγχειρητικά.....	55
7.7 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τη χημειοθεραπεία.....	60
7.8 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά την ακτινοθεραπεία.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

8.1 Ενδείξεις- αντενδείξεις.....	67
8.2 Χρόνος αποκατάστασης.....	67
8.3 Τεχνικές αποκατάστασης.....	68
8.4 Ο νοσηλευτικός ρόλος κατά τη μετεγχειρητική αποκατάσταση του μαστού	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

9.1 Ο νοσηλευτικός ρόλος στη διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου.....	72
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

10.1 Νοσηλευτικός ρόλος.....	75
10.2 Ο ρόλος της οικογένειας.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο :ΠΡΟΛΗΨΗ

11.1 Νοσηλευτικός ρόλος	82
11.2 Πρωτογενής πρόληψη και νοσηλευτικός ρόλος	84
11.3 Δευτερογενής πρόληψη και νοσηλευτικός ρόλος.....	85
11.4 Μαστογραφικός έλεγχος	92

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	96

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Η αλήθεια πρέπει να “σερβίρεται” με μια προοπτική»

« Νομίζω πως ήμουν τυχερή. Εργαζόμουν στο Αρεταίειο Νοσοκομείο, είμαι πανεπιστημιακός, και κατά κάποιον τρόπο ήμουν προετοιμασμένη. Έκανα τακτικά τον έλεγχο μου και όταν «ήλθε» δεν αιφνιδιάστηκα, όπως πιθανό να αιφνιδιαστεί μια άλλη γυναίκα εκτός χώρου. Μάλιστα έτυχε το αντικείμενο της έρευνας μου να είναι “γυναικολογικός καρκίνος”. Βρισκόμουν σε ένα συνέδριο στη Θεσσαλονίκη προκειμένου να ανακοινώσω μια εργασία. Καθώς κουβαλούσα μαζί μου μια βαλίτσα με χαρτιά, ένιωθα κουρασμένη από τη δεξιά πλευρά μαζί και έναν πόνο στη μασχάλη. Δεν ακύρωσα τίποτα. Γύρισα στην Αθήνα σχεδόν άρρωστη από την κούραση και καθώς άγγιξα το στήθος μου ένιωθα να πιάνω κάτι. Το περίεργο είναι ότι έκανα κάθε εβδομάδα ψηλάφηση. Δεν είπα τίποτα στον άντρα μου γιατί πίστευα «το σπίτι να τους πλακώσει εγώ θα τους παρηγορώ». Έκανα μαστογραφία και ο συνάδελφος χειρουργός μετά την παρακέντηση επιβεβαίωσε την υποψία. Είχε προηγηθεί ένας καρκίνος του τραχήλου στη μητέρα μου, και έχοντας έμμεσα τη εμπειρία αξίωσα να μου πουν την αλήθεια, την οποία όμως συσκεύασαν πολύ ωραία. Πιστεύω πως η αλήθεια πρέπει να “σερβίρεται” με μια προοπτική. Όλα έγιναν σε χρόνο ρεκόρ. Προσπάθησα να το πω στον άντρα μου, δεν ήταν εύκολο. Δεν το είπα παρά μόνο πριν το χειρουργείο. Μόνο η νύφη μου και μια φίλη μου το γνώριζαν. Τα παιδιά μου ήταν σε δύσκολη φάση σε σχέση με τις σπουδές τους, η άλλη μου κόρη μάλιστα ήταν στο εξωτερικό και είχε προγραμματίσει τι γάμο της. Μετά την εγχείρηση ακινητοποιήθηκε το χέρι μου. Οι αδένες μου χρειάστηκαν μεγάλο καθαρισμό. Δεν έπρεπε να αφήσω περιθώρια για «συνέχεια». Πονούσα τραγικά. Δεν γνώριζα τότε θα σταματήσει ο πόνος. Σημασία έχει όμως να διαπιστώσεις ότι ζεις. Ένιωθα όμως πως η ιατρική παρ’ όλα τα μέσα που έχει δεν καλύπτει τις ελλείψεις. Αναζήτησα την υποστήριξη, την οποία βρήκα μέσω μιας φίλης σ’ ένα σύλλογο. Εκεί κάλυψα πολλά κενά. Παρακολουθώντας την εκπαίδευση του εθελοντικού προγράμματος κέρδισα πολλά τα οποία θέλω να μεταδώσω σε άλλες γυναίκες. Ξέρετε είναι σημαντικό η αρρώστια σου να λειτουργεί ενεργητικά. Να αποτελέσει κίνητρο για περισσότερες επιτυχίες στη ζωή. Πολλές γυναίκες το κρύβουν. Είναι επιλογή τους. Εγώ έχω χειρουργηθεί εδώ και 11 χρόνια και το ότι είμαι χωρίς μετάσταση είναι σημαντικό. Οι στατιστικές μιλούν για μια πενταετία σε μέσο όρο. Όταν ακούς για 10. 15. 18 χρόνια παίρνεις κουράγιο. Έχω κερδίσει μια ζωή χτισμένη πάνω σε καινούργια βάση. Η αλήθεια είναι ότι πάντα μου άρεσε να κάνω πολλά μαζί, οικογένεια, παιδιά, δουλειά, συνδικαλισμός. Έχω τρία παιδιά και τέσσερα εγγόνια στα οποία όμως δεν έχω δείξει το «πρόβλημα» μου. Είναι δύσκολο ας πούμε να κάνει ζέστη, οι άλλοι να κυκλοφορούν με τιραντάκι και εσύ να φοράς νυχτικό με μανίκι. Είναι γεγονός ότι το αισθητικό μέρος για μια γυναίκα είναι σημαντικό. Οφείλω να ομολογήσω ότι ακόμη και τώρα, ύστερα από τόσα χρόνια δεν μπορώ να συμβιβαστώ με την εικόνα μου. Ο καρκίνος, ναι, είναι τραυματική εμπειρία, όμως τελικά σου δίνει τη δυνατότητα να αξιολογήσεις ζωή σου, αφού έφθασες να κλείσεις τα μάτια μη ξέροντας εάν θα τα ξανανοίξεις. Γι’ αυτό «ζήσε και ζήσε καλύτερα». Θα έλεγα λοιπόν στις γυναίκες όταν τους συμβεί να μη το κρύβουν. Ξέρω είναι φόβος. Όμως τίποτα δεν έρχεται μονομιάς. Γίνονται βήματα, φθάνει, να το θέλεις».

Αγγελική Σαραντάκου (ετών 67, κλινικός

Χημικός – πανεπιστημιακός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι η πάθηση που φοβίζει περισσότερο τις γυναίκες. Διεθνώς αποτελεί την πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου για τις γυναίκες μετά τις καρδιοπάθειες καθώς τα στατιστικά στοιχεία από τις Η.Π.Α. και την Ευρώπη δείχνουν ότι περίπου μια στις εννέα γυναίκες θα εμφανίσει καρκίνο του μαστού σε κάποια στιγμή της ζωής της. Υπολογίζεται ότι κάθε 2,5 ώρες μια Ελληνίδα διαγιγνώσκεται ότι έχει τη συγκεκριμένη πάθηση, η οποία κατέχει την πρώτη θέση ανάμεσα σε όλους τους γυναικολογικούς καρκίνους. Δηλαδή, κάθε χρόνο πάνω από 3500 Ελληνίδες παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού, ένας αριθμός που σύμφωνα, με εκτιμήσεις παρουσιάζει ετήσια αύξηση της τάξεως του 1% από το 1940 και μετά.

Αν διαγνωσθεί νωρίς το 90% των ασθενών επιβιώνουν. **Μάθε περισσότερα για να ανησυχείς λιγότερο.**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

1.1 Θέση του μαστού

Ο μαστός της γυναίκας έχει σχήμα ημισφαιρικό και επικάθεται επί του μείζονος επί του μείζονος θωρακικού μυός και του πρόσθιου οδοντωτού μυός από τους οποίους χωρίζεται από την εν τω βάθει περιτονία. Ο μαστός καταλαμβάνει το χώρο μεταξύ 2^{ης} και 6^{ης} πλευράς αφενός και στέρνου και μέσης μασχαλιαίας γραμμής αφετέρου. Μεταξύ τους περικλείεται ο μεσομάστος κόλπος.¹

1.2 Υφή του μαστού

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

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δυο 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 στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

Στο κέντρο της επιφάνειας αυτής προέχει η θηλή και γύρω από αυτή υπάρχει η θηλαία άλως, που οι 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 συνέχεια 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 σμηγματογόνους 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 τη 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, σμηγματογόνους και επικουρικούς. Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στη θηλή και στην άλω και λέγονται αλωαίοι αδένες ή φυμάτια του Montgomery. Οι αδένες αυτοί 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 στιβάδα του.

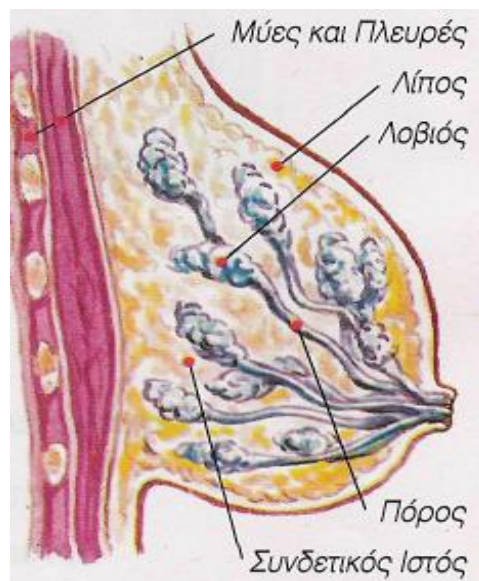
α. πρόσθια στιβάδα : είναι παχιά, ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια.

Η οπίσθια επιφάνεια της πρόσθιας στιβάδας βρίσκεται σ' επαφή με την ανώμαλη επιφάνεια του μαστικού αδένου.

Την πρόσθια στιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται σύνδεσμοι του Cooper ή ανεκκτήρες σύνδεσμοι του μαστού. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το βάθος πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένου, 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 στιβάδα : είναι λεπτή, περίπου 1εκ., βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένου και ανάμεσα στην πίσω επιφάνεια του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού.²



Μαστικός αδένου

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

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

α. Λοβοί :ο μαστικός αδένου αποτελείται από 15-20 λοβούς. Ο κάθε λοβός έχει ένα γαλακτοφόρο πόρο, στον οποίο εκβάλλουν άλλοι, δευτερότεροι πόροι, βρίσκεται μέσα στο μαστικό αδένου 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.

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

Κάθε λοβός αποτελείται:

1. Από ένα γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει με το 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 τόσοι, όσος είναι ο αριθμός των λοβίων του μαστού και, ανάλογα με την εκπομπή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ενδολόβιοι ή μεσολόβιοι.

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

δ. Αδενοκυψέλες :Αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένα και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό. Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λοβία μαζί με το λοβό του αδένα.¹

1.3 Αιμάτωση

Οι αρτηρίες του μαστού είναι κλάδοι των εξής αρτηριών:

- α) Της έσω μαστικής, η οποία δίνει τις πρόσθιες διατιτρώσες αρτηρίες για το μαστό
- β) Της πλάγιας θωρακικής
- γ) Των πρόσθιων μεσοπλευρίων αρτηριών

Οι φλέβες συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στη μασχαλιαία και στην έσω μαστική φλέβα.¹

1.4 Λεμφική αγγείωση

Μεγάλη σημασία έχει η γνώση του πλούσιου λεμφικού συστήματος του μαστού, διότι μέσω αυτού κυρίως γίνονται μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού.

Τα λεμφαγγεία αποτελούν ιδιαίτερο ανατομολειτουργικό σχηματισμό, με σημαντική κλινική σημασία, λόγω των όγκων που εμφανίζονται στο μαστό. Τα λεμφαγγεία προέρχονται από ένα εν τω βάθει δίκτυο που σχηματίζεται γύρω από τις αδενοκυψέλες του μαστικού αδένα και από ένα υποδόριο δίκτυο. Τα δυο δίκτυα επικοινωνούν μεταξύ τους. Το 75% των λεμφογαγγλίων απάγουν τη λέμφο στα μασχαλιαία λεμφογάγγλια, ενώ το υπόλοιπο 25%, που βρίσκονται στην έσω επιφάνεια του μαστού, διοχετεύουν τη λέμφο στα στερνικά λεμφογάγγλια, κατά μήκος των έσω μαστικών αγγείων. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα λεμφογάγγλια του ενός μαστού αναστομώνονται με αυτά του άλλου. Σ' αυτή την αναστόμωση οφείλονται και οι μεταστάσεις καρκίνου του μαστού και στο δεύτερο μαστό.¹

1.5 Νεύρωση

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bel και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.⁴

1.6 Φυσιολογία

Κατά την περίοδο της ήβης γίνεται η πλήρης ανάπτυξη των μαστών της γυναίκας. Αυτό επιτυγχάνεται με την επίδραση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης αλλά και των άλλων ορμονών, όπως της αυξητικής και της προλακτίνης. Μικρότερη επίδραση έχουν και η κορτιζόνη, θυροξίνη και ινσουλίνη. Οι μαστοί υφίστανται την περιοδική μεταβολή, όπως συμβαίνει και με το ενδομήτριο, κατά την αναπαραγωγική ηλικία. Οι μεταβολές αυτές ευθύνονται για το αίσθημα, ιδίως για το άλγος, κατά την προεμμηνορρυσιακή φάση. Κατά τη διάρκεια της κύησης η επίδραση των ωοθητικών ορμονών και της πλακουντιακής γαλακτοζόνου ορμόνης προκαλεί στο μαστό μεγάλη μεταβολή, προετοιμάζοντας τον για γαλουχία. Η μετά τον τοκετό επίδραση της προλακτίνης σ' αυτόν, δημιουργεί την έκκριση του γάλακτος. Η λειτουργική δραστηριότητα του μαζικού αδένος από την επίδραση της προλακτίνης, της αυξητικής ορμόνης αλλά και των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων φθάνει την μεγαλύτερή της αύξηση κατά τη γαλουχία. Στην εκτός θηλασμού περίοδο, ο μαστός εκκρίνει υλικό που περιέχει κύτταρα και κυτταρικά συγκύτια, καθώς και λιποσφαίρια. Τούτο επαναρροφάται και μεταφέρεται δια των λεμφαγγείων στους επιχώριους λεμφαδένες. Καμιά φορά μπορεί να εξέλθει από τη θηλή.

Η έκκριση του γάλακτος αρχίζει με την επίδραση της προλακτίνης που αυξάνει μετά τον τοκετό, λόγω της πτώσης της στάθμης των οιστρογόνων. Η έκθλιψη αρχίζει με τον ερεθισμό της θηλής από το βρέφος. Είναι μία αντανάκλαστική λειτουργία. Η μετακίνηση του γάλακτος από τις αδενοκυψέλες προς τους γαλακτοφόρους πόρους επιτυγχάνεται με τη διαστολή των μετεπιθηλιακών κυττάρων που βρίσκονται γύρω από τις αδενοκυψέλες. Τα κύτταρα αυτά συσπώνται υπό την επίδραση της ωκυτοκίνης. Η διατήρηση της εκκριτικής λειτουργίας του μαστού επιτυγχάνεται, εκτός των ορμονικών παραγόντων και δια του μηχανικού ερεθισμού της θηλής και της κένωσης των αδενοκυψελών.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ

2.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι παθήσεις του μαστού χωρίζονται αρχικά σε δυο κατηγορίες. Τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού και τις κακοήθειες. Οι καλοήθειες παθήσεις αφορούν όλες τις φλεγμονές, καλοήθειες όγκους, τις δυσπλασίες, τη μαστοδυνία και τα προβλήματα, που ζητούν την επέμβαση της πλαστικής χειρουργικής, συγγενή ή επίκτητα. Οι καλοήθειες παθήσεις αφορούν μόνο το 10-12% της παθολογίας του μαστού και βασικά σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού. Παρόλο, που το ποσοστό τους είναι μικρό, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχει πολύ σοβαρές συνέπειες για τη γυναίκα.¹

Σύμφωνα με τελευταία κατάταξη των κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού τα είδη που εκδηλώνονται είναι

1. Διηθητικός καρκίνος του μαστού
2. Σπάνια καρκινώματα του μαστού
3. Μη διηθητικός καρκίνος του μαστού.

2.2 ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Γίνεται ακόμα μια διάκριση σε α) Διηθητικό πορογενή καρκίνο και β) Διηθητικό λοβιακό καρκίνο λόγω της προέλευσης του από το επιθήλιο του πόρου ή του λοβίου αντίστοιχα.

α) Διηθητικός πορογενής καρκίνος

Ο διηθητικός πορογενής καρκίνος απαντάται σε συχνότητα 75%. Κατά τη διατομή μπορεί να είναι πολύ σκληρός και ιστολογικά υπάρχει άλλοτε άλλου βαθμού αντίδραση ίνωσης (δεσμοπλαστική ή σκιρρώδης).

Η αύξηση του όγκου οδηγεί στο θετικό των μασχαλαίων λεμφαδένων. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνει την πρόγνωση της νόσου.

Υπάρχουν και ειδικοί τύποι του διηθητικού πορογενούς καρκίνου που χαρακτηρίζονται σαν μυελώδης, βλενώδης και σωληνώδης καρκίνος.

- Μυελώδης καρκίνος
Είναι βλάβη η οποία χονδροειδώς μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλώς περιγεγραμμένη. Αποτελεί το 5-7% των καρκίνων του μαστού.
- Βλενώδης καρκίνος
Ο καρκίνος χαρακτηρίζεται με την εξωκυτταρική συλλογή βλέννης περίξ των καρκινικών κυττάρων. Ο όγκος αυτός εξελίσσεται βραδέως. Ο όγκος, εάν είναι εμφανώς βλενώδης, η πρόγνωση του θεωρείται αρκετά καλή.
- Σωληνώδης καρκίνος
Ο όγκος αυτός αποτελεί το 2% των καρκίνων του μαστού και χαρακτηρίζεται με τον ιστολογικό σχηματισμό σωληνών. Σπάνια απαντάται μετάσταση στη μασχάλη. Αυτό μαρτυρεί την καλύτερη πρόγνωση, σε σύγκριση με το διηθητικό πορογενή καρκίνο.

β) Διηθητικός λοβιακός καρκίνος

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος είναι μια διαφορετική ύπουλη μορφή του διηθητικού καρκίνου και αποτελεί το 10% των διηθητικών καρκίνων του μαστού.

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος τις περισσότερες φορές είναι μικρός σε μέγεθος και είναι ανομοιογενής. Στους όγκους αυτούς δεν υπάρχει δεσμοπλαστική αντίδραση ή αν υπάρχει είναι μικρότερη από αυτή του διηθητικού πορογενούς καρκίνου. Ως εκ τούτου η ψηλάφηση του διηθητικού λοβιακού ή η μαστογραφική του απεικόνιση δεν είναι εύκολη. Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος μπορεί να σημειωθεί σαν μικρή μικροσκοπική βλάβη έως και σαν διάχυτη διήθηση όλου του μαστού.

Αναφέρεται ότι, ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος σε ποσοστό 30% των αρρώστων μπορεί να εμφανιστεί αμφοτερόπλευρα.

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος έχει την ιδιότητα και πέραν της ψηλαφητής διόγκωσης να προξενεί διήθηση και εξ' αιτίας αυτής της ιδιότητας κατά την ευρεία τοπική εκτομή υπάρχει το ενδεχόμενο στα περίξ να παραμείνει καρκίνος.

2.3 ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Παθολογοανατομικά και πριν την εμφάνιση εμφανούς ιστολογικής οντότητας του καρκίνου του μαστού πολλαπλό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο καρκίνος *in situ*.

Η παθολογοανατομική ιδιαιτερότητα του *in situ* καρκίνου συνίσταται στο ότι, τα κακοήγη επιθηλιακά κύτταρα παραμένουν εκτός της βασικής μεμβράνης και δε διηθούν το περιξιστικό στρώμα.

Διακρίνονται δυο σαφή είδη καρκίνου *in situ* του μαστού με το χαρακτηρισμό της προέλευσης τους. Αυτοί είναι:

- α) Πορογενής καρκίνος *in situ* .
- β) Λοβιακός καρκίνος *in situ*.⁵

α) Πορογενής καρκίνος *in situ*

Η διάγνωση του, αν και είναι πάρα πολύ δύσκολη σε ταχεία βιοψία, έχει μεγάλη σημασία, γιατί το ποσοστό ίασης σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ υψηλό. Εξάλλου μικροασβεστοποιήσεις που φαίνονται στη μαστογραφία και συνοδεύουν πολλές φορές τον πορογενή *in situ* καρκίνο οδηγούν σε βιοψία για τη διάγνωση. Γι αυτό τα τελευταία χρόνια ο πορογενής *in situ* καρκίνος τείνει να πάψει να είναι τυχαίο εύρημα. Έχει τυχαία εξέλιξη προς διηθητικό καρκίνο σε ποσοστό 70% και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 1-3%. Εφόσον υπάρχει και κάποια μικρή διήθηση του στρώματος η πιθανότητα λεμφαδενικών μεταστάσεων αυξάνεται σημαντικά. Ο *comendo* είναι τύπος πορογενούς *in situ* καρκίνος στον οποίο όμως έχει διαπιστωθεί ότι παρατηρούνται συχνότερα λεμφαδενικές μεταστάσεις.⁶

β) Λοβιακός καρκίνος *in situ*

Ο λοβιακός καρκίνος *in situ* είναι ένας δείκτης ο οποίος φέρει τον κίνδυνο μελλοντικού διηθητικού καρκίνου. Αυτός γενικά παρακολουθείται χωρίς εγχείρηση.

Ο τύπος αυτός του καρκίνου του μαστού κατόπιν επισταμένων μελετών, θεωρείται ότι είναι μάλλον δυνητική μορφή η οποία εξελίσσεται σε καρκίνο, παρά προκαρκινική βλάβη. Συνήθως ο λοβιακός καρκίνος *in situ* εντοπίζεται αμφοτερόπλευρα και σε ποσοστό 60-80% παρουσιάζεται πολυεστιακός.

Η διάγνωση του *in situ* καρκίνου του μαστού, μέχρι των αρχών του '70 ετίθετο σπάνια και η θεραπεία του ήταν μαστεκτομή, όπως στον διηθητικό καρκίνο. Η ευρεία αποδοχή και εφαρμογή της μαστογραφίας οδήγησε τους παθολογοανατόμους να αναγνωρίσουν καλύτερα τον *in situ* καρκίνο του μαστού, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η διάγνωση της οντότητας.

Ο *in situ* μη διηθητικός καρκίνος του μαστού, ο οποίος κατά τη διαδρομή του καθίσταται διηθητικός, αποτελεί πρώιμο τοπικό στάδιο της νόσου. Η κατάλληλη θεραπεία προσφέρει καλή πρόγνωση.⁵

2.4 ΣΠΑΝΙΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΗΘΗΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

α) Αδενοκυστικό καρκίνωμα

Είναι σπάνιο καρκίνωμα του μαστού και η συχνότητα 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 βαρθολίνειους αδένες.

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

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 καλοήγητος.

γ) Μεταπλαστικό καρκίνωμα (με χόνδρινη και οστέινη μεταπλασία)

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

δ) Εκκριτικό καρκίνωμα

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

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

ε) Καρκίνωμα από κύτταρα «σαν σφραγιστήρα δακτύλιο»

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

Πρόκειται για ιδιαίτερα κακοήγη 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 βλεννώδες καρκίνωμα και από τους άλλους τύπους 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.

στ)Καρκίνωμα από κύτταρα πλούσια σε λιποειδή

Πρόκειται για επιθετικό όγκο με αποτέλεσμα κατά τη διάγνωση του πολλοί ασθενείς να έχουν ήδη μεταστάσεις στα μασχαλιαία 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 καλοήγη 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.

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 ότι αντιπροσωπεύει είτε εμβρυϊκά έγκλειστα στο μαστό στοιχεία ιδρωτοποιών αδένων ή μεταπλασία.

η)Καρκίνωμα από διαυγή κύτταρα πλούσια σε γλυκογόνο

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

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 απ' αυτούς μοιάζουν με τους καρκινοειδείς όγκους, η ομάδα αυτή είναι στο σύνολό 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 νεοπλασματική του εξάλλαγή από τα αρχέγονα κύτταρα των πόρων διαφοροποιήθηκε σε αργυρόφιλα κύτταρα.

ι) Βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα

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

κ) Μικροκυτταρικό καρκίνωμα

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

2.5 ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣα) Νόσος Paget της θηλής

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

Το υποκείμενο νεόπλασμα στο μαστό μπορεί να είναι ψηλαφητό ή όχι, ποικίλει 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 στη φύση και στην προέλευση των κυττάρων Paget. Η επικρατέστερη άποψη είναι, ότι πρόκειται για μετανάστευση στο επιθήλιο της θηλής κακοηθών κυττάρων που προέρχονται από υποκείμενο όγκο στο μαστό. Αντίθετα άλλες απόψεις υποστηρίζουν την ενδοενδερμική 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.

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 εμφανιστεί ήδη μεταστάσεις στα επιχώρια μασχαλιαία λεμφογάγγλια

2.6 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

- Τοπική διήθηση

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

- Λεμφική διασπορά

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

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

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

- Αιματογενής διασπορά

Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενής μεταστάσεις. Για την ανάπτυξη μεταστάσεων απαραίτητη είναι η διήθηση των αγγείων από τα νεοπλασματικά κύτταρα, η απόσπαση εμβόλων και η μεταφορά, η εγκατάσταση και η ανάπτυξη τους στη νέα θέση. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στην κυκλοφορία του αίματος διηθώντας μικρές φλέβες ή έμμεσα, με τη λεμφική κυκλοφορία.

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

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

Για την ερμηνεία της διασποράς των μεταστάσεων στα οστά χωρίς πνευμονικές μεταστάσεις, υποστηρίχθηκε ότι τα νεοπλασματικά κύτταρα διασπείρονται δια του παρασπονδυλικού φλεβικού δικτύου, το οποίο έχει απ' ευθείας σύνδεση με το μαστό δια των μεσοπλεύριων αγγείων. Οι αστικές μεταστάσεις έχουν περιπτώσεις οστεολυτικό χαρακτήρα⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ
ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ

3.1 Η έννοια της σταδιοποίησης

Οι ασθενείς του καρκίνου του μαστού, ανάλογα με το βαθμό εξάπλωσης της νόσου χωρίζονται σε ομάδες. Αυτό καλείται σταδιοποίηση της νόσου.

Το δεσπόζον σύστημα σταδιοποίησης που υπαγορεύει η UICC (Union International communitte For Cancer Statistics) είναι το σύστημα της σταδιοποίησης TNM (Tumor Nodes Metostases) το οποίο είναι βασισμένο στην ανατομική προσέγγιση.

Βάση των πιο πάνω, τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν το σύστημα είναι: ο όγκος (T), η κατάσταση των λεμφαδένων (N), και η απώτερη νόσος – μετάσταση (M).

Η σταδιοποίηση της νόσου, για την ομαδοποίηση των ασθενών και τη μέτρηση διαφόρων παραμέτρων (επιβίωση, θνησιμότητα) τον καθορισμό της πρόγνωσης και της θεραπείας.

Ο πρωτοπαθής όγκος T (Tumor) ανάλογα με το μέγεθος χαρακτηρίζεται ως :

T0 : Μη ψηλαφητό μόρφωμα

T1 : Μέγεθος ως 2,1εκ

T2 : Μέγεθος από 2,0εκ ως 5,0εκ

T3 : Μέγεθος από 5,0εκ και πάνω

T4 : Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα.

Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων N(Nodes) χαρακτηρίζεται ως :

N0 : Όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

N1 : Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε κινητούς λεμφαδένες.

N2 : Όταν υπάρχουν μεταστάσεις σε block λεμφαδένων.

N3 : Όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής .

Υπάρχει και η ιστοπαθολογική κατάσταση pN σύμφωνα με το βαθμό της διήθησης και τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων.

Η ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων M χαρακτηρίζονται ως:

M0 :Δεν υπάρχουν μεταστάσεις.

M1 :Υπάρχουν μεταστάσεις απομακρυσμένες (συμπεριλαμβάνονται και οι σύστοιχοι υπερκλειδίοι λεμφαδένες)¹¹

Με το συνδυασμό των T, N και M προσδιορίζουμε τα 5 στάδια του TNM:

Στάδιο 1^ο : Σ' αυτό ανήκει ο καρκίνος in situ (μη διηθητικός)

Στάδιο 2^ο : Ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού

Στάδιο 3^ο : Ο καρκίνος επεκτάθηκε ως την επιφάνεια του μαστού

Στάδιο 4^ο : Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες

Στάδιο 5^ο : Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα²

Ανάλογα λοιπόν με την κατάσταση του όγκου (T) και των λεμφαδένων (N) και την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων (M) διαμορφώνονται τα παραπάνω στάδια.

Κλείνοντας θα πρέπει να αναφέρουμε πως η σταδιοποίηση βοηθά όχι μόνο στην πρόγνωση αλλά και στο θεραπευτικό προγραμματισμό και στη σύγκριση των αποτελεσμάτων των διαφόρων θεραπευτικών στρατηγικών που έχουν εφαρμοσθεί.⁵

Πίνακας Κλινική σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού (TNM σύμφωνα με την U.I.C.C.

T = Πρωτοπαθής όγκος

TX Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί

TO Μη προσδιοριζόμενος πρωτοπαθής όγκος

Tis Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος (in situ): ενδοπορικός ή λοβιδιακός ή νόσος του Paget της θηλής χωρίς συνοδό ογκίδιο

Σημ: η νόσος του Paget εάν συνοδεύεται από ογκίδια ταξινομείται με το μέγεθος του ογκιδίου

T1 Ογκίδιο μέχρι 2εκ. στη μεγαλύτερη του διάμετρο

T1a Ογκίδιο < 0,5εκ.

T1b Ογκίδιο < 0,5εκ. αλλά <1εκ.

T1c Ογκίδιο >1εκ. αλλά <2εκ.

T2 Ογκίδιο >2εκ. αλλά < 5εκ. στη μεγαλύτερή του διάμετρο

T3 Ογκίδιο >5εκ. στη μεγαλύτερη του διάμετρο

T4 Ογκίδιο με οποιοδήποτε μέγεθος που έχει άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα

Σημ: Το θωρακικό τοίχωμα περιλαμβάνει τις πλευρές, τους μεσοπλεύριους μυς και τον πρόσθιο οδοντωτό μυς όχι τους θωρακικούς μυς (μείζονα κ ελάσσονα)

T4a Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα

T4b Οίδημα (συμπεριλαμβανομένου και του δέρματος δίκην φλοιού πορτοκαλιού) ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού, ή δορυφορικά δερματικά οζίδια στον ίδιο μαστό

T4 Το 4α+4β μαζί

T4d Φλεγμονώδης καρκίνος

N = Περιοχικοί λεμφαδένες

Nx Περιοχικοί λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν (προηγηθείσα λεμφαδενεκτομία)

No Περιοχικοί λεμφαδένες χωρίς μεταστάσεις

N1 Σύστοιχοι κινητοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες με διήθηση

N2 Σύστοιχοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες καθηλωμένοι μεταξύ τους ή με άλλα μόρια

N3 Διηθημένοι σύστοιχοι λεμφαδένες της έσω μαστικής

Σημ: Μετά τη χειρουργική επέμβαση ακολουθεί η παθολογοανατομική σταδιοποίηση pTN

M = Μεταστάσεις

M0 Χωρίς απομακρισμένες μεταστάσεις

M1 Απομακρισμένες μεταστάσεις³

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του ΚΜ και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100.000 γυναίκες αντίστοιχα.

Τα κυριότερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού είναι:

1. Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα, η οποία παρατηρείται κυρίως στις μεγαλύτερες ηλικίες.
2. Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα όταν συμβαίνει κατά νεαρή ηλικία της γυναίκας.
3. Η απουσία σχέσης της ασθένειας με τον θηλασμό.
4. Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από επέμβαση πάνω στην λειτουργία της ωοθήκης.
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.⁶

3.2.1 Γεωγραφική κατανομή

Ο καρκίνος του μαστού έχει θνησιμότητα στους άντρες 0, και στις γυναίκες 12. Είναι ο συχνότερος καρκίνος των γυναικών στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (εκτός από την Ιαπωνία και Ταϊβάν) καθώς και στην Ελλάδα. Κάθε χρόνο περίπου 1500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού, αλλά από αυτές οι 65%-85% επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία.

Η επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα αυξάνεται σα συνάρτηση με την ηλικία μέχρι το 50^{το} έτος. Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως στη βόρεια Ευρώπη ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται πέντε φορές συχνότερα από, τι στην Ασία και την Αφρική.

Στη Νότια Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται στη μεγαλύτερη συχνότητα από άλλα κράτη της Ευρώπης.

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

Επίσης από τους καρκίνους των γυναικών ο ΚΜ αντιπροσωπεί την «υπό αριθμόν ένα» αιτία θανάτου. Η American Cancer Society υπολόγισε σε 110000 τις περιπτώσεις ΚΜ το 1984.

Αυτό μπορεί να αντιπαρατεθεί με το συνολικό αριθμό 76000 νέων περιπτώσεων καρκίνου.

Με βάση τα στοιχεία της Connecticut Cancer Registry:

- α) Η συχνότητα του ΚΜ είναι λίγο μεγαλύτερη στις λευκές γυναίκες. Εντούτοις έχει αυξηθεί στις μαύρες κατά 25%.
- β) κάθε 15 λεπτά, 3 νέες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται και μια γυναίκα πεθαίνει από ΚΜ στις Η.Π.Α.
- γ) Ο ΚΜ φαίνεται να είναι συχνότερος από τον αμέσως πλησιέστερο «ανταγωνιστή» του, τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Τα ποσοστά 5ετούς επιβίωση στον ΚΜ, ο οποίος διαγιγνώσκεται σε εντοπισμένο στάδιο, έχουν αυξηθεί από 78% στη 10ετία του 1940 σε 88% σήμερα. Όταν η νόσος περιορίζεται στο μαστό και δεν είναι διηθητική, αναμένεται 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 τους στην επιβίωση, θεωρούνται η ηλικία, η θεραπευτική αγωγή, η βαρύτητα της νόσου και το περιβάλλον.

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

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

Με τα στοιχεία του συμφωνούν οι Smithers και Norhmans καταγράφοντας ο πρώτος 25% επιβίωση σε ηλικίες 21-30 χρόνων. Σε άλλη μελέτη όμως, από στοιχεία, από στοιχεία 124 γυναικών ηλικίας κάτω από 31 χρόνων με τυπική ριζική μαστεκτομή, βρέθηκε 41% πενταετούς επιβίωση. Η επιβίωση αυτή, σε σύγκριση με 39% πενταετή επιβίωση από 13000 περιπτώσεις του Memorial Hospital της Νέας Υόρκης, δείχνει ότι ο καρκίνος του μαστού στις νεαρές γυναίκες έχει την ίδια πρόγνωση με εκείνη στις ηλικιωμένες.

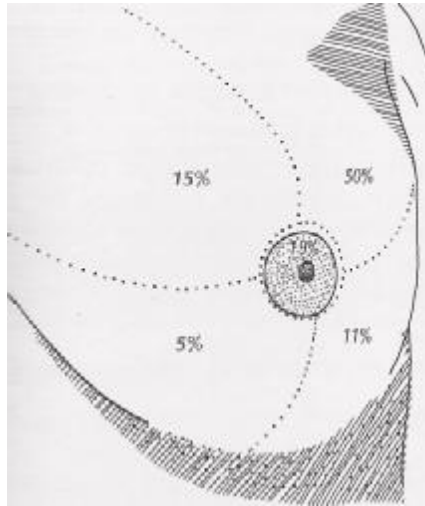
Γενικά πιστεύεται ότι στην πενταετή επιβίωση δεν υπάρχουν σοβαρές διαφορές μεταξύ των ποικίλων θεραπευτικών αγωγών, εφόσον αφορούν στο ίδιο στάδιο της νόσου. Στη δεκαετή όμως επιβίωση, οι διαφορές φαίνονται σημαντικές και υπερτερούν τα αποτελέσματα των ριζικών χειρουργικών τεχνικών.

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

Έτσι με βάση το στάδιο της νόσου και ανεξάρτητα από θεραπευτική αγωγή, η πενταετής επιβίωση για το στάδιο 1 είναι κατά μέσον όρο 84,8% για το στάδιο 2 68,3%.⁶

3.2.2 Εντόπιση

Ως προς την ανατομική του μαστού, η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου σε εκατοστιαία ποσοστά έχει ως εξής : κατά 50% ο καρκίνος προσβάλλει το άνω και έξω τεταρτημόριο, 15% το άνω και έσω, 11% το κάτω και έξω, 5% το κάτω και έσω, ενώ στο κέντρο της θηλής υπολογίζεται σε 19%. Υπάρχει πιθανότητα προσβολής και άλλου μαστού σε ποσοστό 20%.^{6, 8, 11}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη μορφή καρκίνου στο γυναικείο οργανισμό.

Από διάφορες μελέτες έχουν καταγραφεί κάποιοι ιδιαίτερα επιβαρυντικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση τού.

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

4.1 Γενετικοί παράγοντες

Ηλικία

Είναι δυνατόν από ένα χειρουργό κατά τη σταδιοδρομία του να καταγραφεί καρκίνος του μαστού σε μια ή δυο γυναίκες που ευρίσκονται μεταξύ 20-30 χρόνων. Ο καρκίνος του μαστού σε αυτό το εύρος των ηλικιών εμφανίζεται πολύ σπάνια. Η πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου στη γυναίκα αυξάνει σταθερά με την αύξηση της ηλικίας και σ' ένα ποσοστό γυναικών ο καρκίνος εκδηλώνεται στην μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο.

Παρατηρείται δε, μια έντονη ανοδική αύξηση της νόσου στις ηλικίες μεταξύ 30-50 ετών αλλά στο διάστημα 50-55 ετών παρουσιάζεται σταθερότητα στην επίπτωση για να αρχίσει πάλι η αύξηση της επίπτωσης μέχρι ακόμα της ηλικίας των 75 ετών.

Η σημασία της σχέσης ηλικίας και του καρκίνου του μαστού γενικά είναι αποδεκτή. Η σχέση όμως της διεργασίας της φυσιολογικής γήρανσης του μαστού και του καρκίνου δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς. Η ταχύτητα και ο βαθμός εξέλιξης αυτής μπορεί ν' αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου.

Η γήρανση του μαστού είναι υπό την επιρροή διαφόρων ορμονικών επιδράσεων, εξαιτίας των οποίων η διεργασία αυτής της γήρανσης μπορεί να είναι διαφορετική από αυτή των άλλων ιστών.

Φύλο

Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δυο φύλων είναι 100 γυναίκες προς 1 άνδρα, με τάση σήμερα να γίνει 200 γυναίκες προς 1 άνδρα.

Η συχνότητα πάντως καρκίνου του μαστού σε άντρες με σύνδρομο Kline-Feller είναι 66 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού αντρικού πληθυσμού και υπολογίζεται ότι τι 3,3% των αντρών με καρκίνο του μαστού εμφανίζουν τη χρωμοσωμική αυτή ανωμαλία.⁵

Οικογενειακό ιστορικό

Αυξημένος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή αδερφή παρουσίασε καρκίνο του μαστού, έχουν 3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο, ενώ βρέθηκε ασθενέστερη συσχέτιση, όταν ο καρκίνος του μαστού υπήρχε στη θεία ή στη γιαγιά. Αν ο καρκίνος του μαστού στη μητέρα ή στην αδερφή παρουσιάστηκε πριν την εμμηνόπαυση και ήταν αμφοτερόπλευρος, ο κίνδυνος αυτός οκταπλασιάζεται.

Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι υπάρχει 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης πρωτοπαθούς καρκίνου στον άλλο μαστό, σε γυναίκες που έχουν εμφανίσει καρκίνο του μαστού στο παρελθόν.

Τέλος έχουν ενοχοποιηθεί ο πρωτοπαθής καρκίνος της ωοθήκης, του ενδομητρίου και του παχέος εντέρου, για διπλασιασμό της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του μαστού.³

4.2 Ορμονικοί παράγοντες

Η λήψη συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών, ακόμα και για μεγάλο χρονικό διάστημα, από γυναίκες που έχουν τεκνοποιήσει μεταξύ 25 και 39 χρόνων δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αντίθετα φαίνεται να ενοχοποιείται η λήψη των συνδυασμένων αντισυλληπτικών χαπιών, όταν λαμβάνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα από γυναίκες που δεν έχουν αποκτήσει παιδί.

Όσον αφορά την παρατεταμένη χορήγηση ορμονών υποκατάστασης σε γυναίκες πριν και μετά την εμμηνόπαυση, φαίνεται ότι μια τέτοια χρήση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ο κίνδυνος αυτός μοιάζει ν' αυξάνει ακόμη περισσότερο σε γυναίκες με προηγούμενη μαστοπάθεια.

Ο συνδυασμός οιστρογόνων με προγεστερόνη ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και θεωρείται σαν η ασφαλέστερη μέθοδος στη θεραπεία υποκατάστασης.

Η αναπλήρωση ορμονών δεν είναι σε θέση να λύσει τα προβλήματα των εμμηνοπαυσιακών γυναικών. Εξ' άλλου αυτές οι ορμόνες δεν μπορούν να θεωρηθούν σαν το ελιξίριο της νεότητας. Αυτός βέβαια δεν υποδηλώνει ότι δεν πρέπει να χορηγούνται θεραπευτικώς. Πρέπει να υπάρχει όμως η επιλογή του άρρωστου, των σκευασμάτων, καθώς να προσδιορίζεται και ο χρόνος χορήγησης τους.⁷

4.3 Ίδιοσυστασιακοί παράγοντες

Εμμηνορρυσιακοί κ' αναπαραγωγικοί παράγοντες

Η πρόωμη έναρξη της εμμηνου πριν την ηλικία των 12 χρόνων και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά την ηλικία των 50 χρόνων φαίνεται να σχετίζονται με διπλασιασμό της πιθανότητας προσβολής από τη νόσο. Και στις δύο περιπτώσεις φαίνεται να ενοχοποιείται η αυξημένη χρονική διάρκεια των μονοφασικών κύκλων.

Η νεαρή ηλικία (<20 ετών) της γυναίκας στην πρώτη τελειόμηνη εγκυμοσύνη φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο κατά την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Η προστατευτική αυτή επίδραση διατηρείται για όλη τη μετέπειτα ζωή και δεν έχει σχέση με τις λοιπές τελειόμηνες εγκυμοσύνες, ανεξάρτητα από τον αριθμό τους και την ηλικία στην οποία πραγματοποιήθηκαν.

Αντίθετα, ενοχοποιητικό παράγοντα αποτελεί η ατεκνία και η απόκτηση του 1^{ου} παιδιού μετά την ηλικία των 35 χρόνων, όπου η πιθανότητα προσβολής από τη νόσο τριπλασιάζεται. Πιστεύεται ακόμα σήμερα ότι η τεχνική διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης κατά το πρώτο τρίμηνο, σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, ίσως επειδή ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση.³

Θηλασμός

Μέχρι πρόσφατα πιστευόταν ότι ο θηλασμός παίζει προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Με πιο πρόσφατες μελέτες αποδείχθηκε ότι ο θηλασμός δεν ασκεί προστατευτικό ρόλο αλλά ούτε και αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει.

4.4 Ατομικές συνήθειες

Διατροφή και λίπη

Το θέμα της διατροφής σαν σημαντικός παράγοντας έχει πολυσυζητηθεί. Από εργαστηριακές μελέτες παρατηρήθηκε ότι, τα ποντίκια τα οποία σιτίζονται με τροφές πλούσιες σε λίπη, εμφανίζουν υψηλή συχνότητα καρκίνου του μαστού. Πάλι από εργαστηριακές μελέτες αναφέρεται ότι ανεξάρτητα από το πλούσιο ή μη των λιπών, η υψηλή συνολική κάλυψη απεδείχθη σαν αίτιο αύξησης της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Η χορήγησης υψηλής ποσότητας λιπών / θερμίδων είναι γεγονός ότι παρουσιάζει αύξηση της διέγερσης στην εξέλιξη του όγκου του μαστού στα πειραματόζωα. Συμβαίνει όμως το ίδιο και στον άνθρωπο. Τα αποτελέσματα των τελευταίων ετών προσανατολίζονται στο ότι, η ελάττωση του λίπους η σημαντικότερη της ολικής θερμιδικής ποσότητας προκαλεί μια δυναμική καταστολή στην εξέλιξη του καρκίνου του μαστού άνθρωπο.

Οι δίαιτες ο οποίες είναι πλούσιες σε λίπη επιδρούν διεγερτικά επί της εξέλιξης του όγκου, πράγμα που εν μέρει σχετίζεται με το θερμιδικό μηχανισμό. Ενδεχομένως ο περιορισμός των θερμίδων να σε κυτταρικό επίπεδο με αποτέλεσμα την εμφάνιση ενεργειακής ανεπάρκειας, η οποία επιφέρει σχετική ελάττωση στην παραγωγή κυττάρων.

Διατροφή και καρκινογόνα συμπλέγματα

Οι άνθρωποι με τη σίτιση τους λαμβάνουν καρκινογόνα συμπλέγματα. Επί παραδείγματι είναι γνωστό ότι, τα ψητά ή τα τηγανιτά ψάρια περιέχουν μεταλλακτικές ετεροκυκλικές αμίνες. Έχει διαπιστωθεί ότι οι ετεροκυκλικές αμίνες στα πειραματόζωα οδηγούν στο καρκίνο του μαστού. Πιστεύεται ότι ουσίες αυτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη καρκινογένεση. Εξ' άλλου από μακρού υποστηρίζεται ότι οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες C, E, και A ελαττώνουν τον κίνδυνο του καρκίνου του μαστού. Η άποψη αυτή, βέβαια, δεν βασίζεται σε προγραμματισμένες μελέτες.⁵

Διατροφή και παχυσαρκία

Η παχυσαρκία και ο τρόπος διατροφής συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μαστού. Σε χώρες με ημερήσια κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 50 γραμ.

Το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Μετά την εμμηνόπαυση το κύριο κυκλοφορούν οιστρογόνο είναι πλέον η οιστρόνη αντί της οιστρηδιόλης. Η οιστρόνη παράγεται στον εγκέφαλο, στο ήπαρ και στον περιφερικό λιπώδη ιστό με αρωματοποίηση της ανδροστενδιόνης των επινεφριδίων. Η παχυσαρκία σχετίζεται όχι μόνο με την 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.

Συμπερασματικά δίαιτα με λίπη και ζωικές ίνες ή παχυσαρκία αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου. Αντίθετα τροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και σε φυτικές ίνες αποτελούν προστατευτικό παράγοντα.

Σύγχρονες μελέτες δείχνουν η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι πολύ μεγαλύτερη στις χώρες της Β. Ευρώπης με μεγάλη κατανάλωση κεκορεσμένων λιπαρών.

Χώρες όπως η Αγγλία, η Δανία έχουν διπλάσια ποσοστά θνητότητας από τη νόσο από τις χώρες όπως η Ισπανία ή η Ελλάδα. Αυτό που προβληματίζει τους επιδημιολόγους είναι ότι η κατανάλωση λιπών έχει αυξηθεί ακόμα και σε χώρες που δείχνουν χαμηλά ποσοστά θνητότητας από τη νόσο.⁷

Αλκοόλ

Αναφορικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος οι απόψεις είναι αντιφατικές μέχρι στιγμής. Καλό είναι πάντως να γίνεται σύσταση στις γυναίκες, που παρουσιάζουν άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού, να μειώσουν την κατανάλωση οινοπνεύματος, μέχρι να υπάρξουν στη διάθεση μας τελικά επιστημονικά συμπεράσματα επί του θέματος.³

4.5 Εξωγενείς παράγοντες

Ιονίζουσα ακτινοβολία

Η υψηλή δόση ακτινοβολίας στο μαστό ενοχοποιείται για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αυτό επιβεβαιώθηκε για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Αυτό επιβεβαιώθηκε από παρατηρήσεις αφενός σε γυναίκες που εκτέθηκαν στην ακτινοβολία στη Χιροσίμα και το Ναγκασάκι και αφετέρου σε γυναίκες, που λόγω φυματίωσης, υποβλήθηκαν σε επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις πνευμόνων.

4.6 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Από μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την International Agency for Research on Cancer (I.A.R.C) διαπιστώθηκε ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού είναι μεγαλύτερη στις ανώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις (σύμφωνα με διαίρεση βασισμένη στο εισόδημα, τη μόρφωση και το επάγγελμα) και μικρότερη στις χαμηλότερες τάξεις.³

Εθνικοί-φυλετικοί παράγοντες

Στατιστικά δεδομένα αναφέρουν πως ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στο δυτικό κόσμο απ' ότι στην Ασία και στη Μέση Ανατολή.

Γενικά η συχνότητα στην Ασία και στις τριτοκοσμικές χώρες είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή της Βόρειας Ευρώπης, Αμερικής και πλούσιων χωρών.

Στη Βόρεια Αμερική και στη Βόρειο Ευρώπη εμφανίζεται 5 φορές συχνότερα από ότι στην Ασία και στην Αφρική. Στη Ν. Αμερική και στη Ν. Ευρώπη εμφανίζεται σε μέση συχνότητα. Στην Ολλανδία εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα από όλα τα άλλα κράτη.⁴

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Χαβάη των Η.Π.Α., σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στις διάφορες φυλές, έδειξε τα ακόλουθα αποτελέσματα ανά 100000 γυναικείου πληθυσμό: Λευκές 80,3, Χαβανέζες 66,2, Κινέζες 54,2, Γιαπωνέζες 44,2 και Φιλιπινέζες 21, 5.³

4.7 Μορφολογικοί παράγοντες

Προηγηθείσα βιοψία του μαστού

Μελέτες προοπτικής που έγιναν κατά καιρούς αναφέρουν 2 μέχρι 7 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού, σε γυναίκες με ιστολογικά διαπιστωμένη επιθηλιακή ατυπία, από προηγηθείσα βιοψία του μαστού στο μέλλον.

Παρεγχυματικός τύπος μαστού

Ο παρεγχυματικός ή δυσπλαστικός μαστογραφικός τύπος DY κατά Wolfe είχε ενοχοποιηθεί από το συγγραφέα για μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου μαστού. Από μεταγενέστερες παρατηρήσεις όμως, σήμερα πιστεύεται ότι ο ακτινομορφολογικός τύπος του μαστού μόνος του δεν αποτελεί ικανοποιητικό δείκτη για καθορισμό του κινδύνου.

4.8 Άλλοι παράγοντες

Βάρος σώματος

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει την ευθέως ανάλογη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του μαστού, που φθάνει τις 1,5-2 φορές.

Διαιτητικοί παράγοντες

Συγκριτικές πληθυσμιακές μελέτες ενοχοποιούν την αυξημένη κατανάλωση ζωικού λίπους και κρέατος ως παράγοντα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η άποψη ότι οι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη στάθμη, τη σύνθεση, και το μεταβολισμό των οιστρογόνων είναι πλέον γενικότερα αποδεκτή.³

Γενικά νοσήματα

Φαίνεται ότι σε περιοχές που ενδημεί η ιωδοπενική βρογχοκήλη υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση για καρκίνο του μαστού. Ακόμα έχει βρεθεί υψηλό ποσοστό βασεόφιας της υπόφυσης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού ενώ συγχρόνως αναφέρεται ανίχνευση υψηλών επιπέδων θυρεοειδοτρόπου ορμόνης. Η μυασθένεια φαίνεται επίσης ότι σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ΚΜ. Η θυμεκτομή ακολουθεί από μείωση της επίπτωσης.⁶

Σωματική διάπλαση

Από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκες και ψηλές γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι οι λεπτές και κοντές.¹

« Μη ενοχοποιητικοί » παράγοντες

Παράγοντες που παλαιότερα είχαν ενοχοποιηθεί για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου, αλλά που σήμερα θεωρούνται μη ενοχοποιητικοί, είναι η διαζεπάμη, η ρεζερπίνη, η βαφή των μαλλιών, οι θυρεοειδοπάθειες κ.α.. Τέλος, φαίνεται να παίζει το ρόλο της η χρόνια ψυχική ένταση της γυναίκας, τόσο στην ανάπτυξη καρκίνου του μαστού όσο και στην παρουσίαση υποτροπής μετά από μακρό, ελεύθερο νόσου, μεσοδιάστημα.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ
ΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

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

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

Η πρόγνωση για τον ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη βασική απόφαση αν ο ΚΜ είναι χειρουργήσιμος ή ασθενής έχει πιθανότητα να θεραπευτεί αν δεν είναι χειρουργήσιμος, όχι.⁶

5.1 ΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΤ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΕΞΗΣ :

α) Αριθμός προσβεβλημένων λεμφαδένων

Είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας. Επειδή ο καθορισμός τους είναι δύσκολος κλινικά, συνήθως γίνεται με αφαίρεση μασχαλιαίων λεμφαδένων.

Τα τελευταία 20 χρόνια η χειρουργική προσέγγιση των ασθενών με καρκίνο του μαστού, έχει την τάση να γίνεται με λιγότερο επιθετικούς τρόπους. Ένεκα τούτου, αφ' ενός μεν ελαττώνεται το ποσοστό των μαστεκτομών, αφ' ετέρου δεν αυξάνεται το ποσοστό της συντηρητικής θεραπείας. Παρ' όλα αυτά ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης σε πολλούς ασθενείς εφαρμόζεται σαν μέθοδος ρουτίνας.

Ο λεμφαδενικός καθαρισμός της μασχάλης από μακρού εθεωρείτο ότι βοηθάει στην πρόγνωση και συμβάλλει στη θεραπεία.

Ο καρκίνος του μαστού ο οποίος εμφανίζει διήθηση των περιοχικών λεμφαδένων, είναι μια σημαντική νόσος η οποία χρήζει επικουρικής θεραπείας. Η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες αλλάζει ανάλογα με τον αριθμό των θετικών λεμφαδένων. Οι ασθενείς αυτοί χωρίζονται σε ομάδες θετικών λεμφαδένων αριθμητικά. (1-3), (4-10) και (περισσότεροι από 10). Στις υποομάδες η αύξηση του αριθμού, επιβαρύνει την πρόγνωση. Αναφέρεται ότι στις ασθενείς με τροποποιημένη ριζική ή με ευρεία ριζική μαστεκτομή, οι οποίες έχουν 10 ή περισσότερους θεραπευτικούς λεμφαδένες εάν δεν ακολουθήσει επικουρική θεραπεία η 5ετής επιβίωση είναι 44% και η 5ετής επιβίωση ελεύθερης νόσου σημειώνεται στο 29%.⁶

β) Μέγεθος του όγκου

Οι όγκοι που έχουν μέγεθος μικρότερο από 2cm συνοδεύονται από καλή πρόγνωση.

Η κατάσταση της μασχάλης αποτελεί το πλέον σημαντικό προγνωστικό δείκτη στις ασθενείς αυτές με καρκίνο του μαστού. Επίσης και το μέγεθος του όγκου στις ασθενείς αυτές είναι ένας κύριος προγνωστικός παράγοντας. Η διατύπωση ότι, το αρνητικό των μασχαλιαίων λεμφαδένων στον καρκίνο του μαστού είναι ο κυριότερος προγνωστικός παράγοντας δεν αποτελεί λάθος αλλά έχει τη θέση της.

Επομένως ο περαιτέρω χρόνος επιβίωσης της ασθενούς δεν εξαρτάται τόσο από το μέγεθος του όγκου αλλά από την κατάσταση των λεμφαδένων της μασχάλης. Επί παραδείγματι, όγκος μικρότερος των 2cm με θετικούς λεμφαδένες έχει χειρότερη

πρόγνωση από μεγαλύτερο όγκο ο οποίος εμφανίζει αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες.

Η πρώτη περιοχική θέση της μετάστασης, γενικά είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης. Η περιοχική μετάσταση των λεμφαδένων της έσω μαστικής κατέχει τη δεύτερη θέση. Αυτή, ένεκα της οπισθοστερνικής θέσης της σπανίως γίνεται αντιληπτή κλινικά. Εάν ένας καρκίνος του μαστού προξενήσει μετάσταση στους λεμφαδένες της έσω μαστικής, η εντόπιση του πρωτοπαθούς όγκου συνήθως είναι στο κέντρο ή στα έσω 4/μόρια.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού σπανίως εμφανίζουν μετάσταση μόνο στους λεμφαδένες της έσω μαστικής. Η θεωρητική και η πρακτική σημασία του θέματος αυτού παραμένει συζητήσιμη. Αναφέρεται ότι, οι ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της έσω μαστικής σε ποσοστό 28-35%. Αντίθετα σ' αυτούς με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες το ποσοστό σημειώνεται μεταξύ 6-9%.⁵

γ) Αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού

Ο αμφοτερόπλευρος καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνά. Αυτός μπορεί να είναι σύγχρονος ή μετάχρονος. Έχει διαπιστωθεί ότι το ποσοστό κινδύνου εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό, συγκρινόμενο με το γενικό πληθυσμό, είναι μεγαλύτερο. Έχει υπολογισθεί ότι, μετά από τη θεραπεία του πρώτου καρκίνου, η εμφάνιση καρκίνου στον άλλο μαστό εντός της 10ετίας είναι της τάξης 5-10%. Η εμφάνιση καρκίνου στον ένα μαστό σε νεαρά ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό.

Επισημαίνεται ότι, η πρόγνωση της ασθενούς μετά την αναγνώριση του δεύτερου καρκίνου, είναι όμοια με αυτή του πρώτου καρκίνου ή χειρότερη.

Η εμφάνιση δευτέρου καρκίνου στην ασθενή υποδηλώνει την δρομολόγηση των σχετικών παραγόντων και η πρόγνωση πρέπει να θεωρείται αβέβαιη και αρνητική.

δ) Τα 2/3 των γυναικών στις Η.Π.Α., όταν τίθεται η διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχουν αρνητικούς τους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το αρνητικό των μασχαλιαίων λεμφαδένων θεωρείται καλό προγνωστικό εύρημα. Παρ' όλα αυτά ένα ποσοστό 25-30% εντός της 10ετίας εμφανίζει τοπική ή συστηματική υποτροπή και πολλές ασθενείς καταλήγουν από τη νόσο. Εξ' αιτίας αυτής της κατάστασης, το ποσοστό του 25-30% των υποτροπών, στις γυναίκες με αρνητικούς λεμφαδένες, προσπαθεί να αποκαλυφθεί με την αναζήτηση νέων προγνωστικών παραμέτρων.

Μερικοί προγνωστικοί παράγοντες δεύτερης επιλογής είναι οι παρακάτω: ο ιδεώδης προγνωστικός δείκτης του καρκίνου του μαστού, ευρίσκεται στην αναζήτηση με τις πάμπολλες έρευνες, οι οποίες γίνονται. Υπάρχει η προσπάθεια διάκρισης του μαστού σε good και poor risk (ένας καλός προγνωστικός παράγοντας δεν πρέπει να χάνει τη σημαντικότητά του, μετά την αξιολόγηση άλλων γνωστών προγνωστικών παραγόντων).

Τα παρακάτω τονίζονται για μια ακόμα φορά:

- Ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας είναι η κατάσταση της μασχάλης και για τους ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες το μέγεθος του όγκου. Τα προαναφερόμενα αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες πρώτης επιλογής. Η κατάσταση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου καθιστούν τους κύριους παράγοντες οι οποίοι αξιολογούν τον κίνδυνο

της υποτροπής και της μεταστατικής νόσου. Η χρησιμοποίηση των δευτερευόντων παραγόντων γίνεται στις ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Σήμερα, οι πλέον χρησιμοποιούμενοι δευτερεύοντες προγνωστικοί παράγοντες αναφέρονται σύντομα παρακάτω:

- Πυρηνικός βαθμός και ιστολογική διαφοροποίηση :ο πυρηνικός βαθμός είναι ένας χρήσιμος προγνωστικός δείκτης. Ο «καλός» πυρηνικός βαθμός στους ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες, παρέχει 5/ετή επιβίωση της τάξης του 93%, ενώ ο «κακός» πυρηνικός βαθμός 79%.
- Νέκρωση του όγκου:υποστηρίζεται ότι, η παρατήρηση νευρώσεων του όγκου στις ιστικές τομές αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα χρόνου επιβίωσης.
- Λεμφική και αγγειακή διήθηση:υπάρχει ο ισχυρισμός ότι, ανεξάρτητα από την εμμηνόπαυση και του μέγεθος του όγκου, η περί του όγκου λεμφική και αγγειακή διήθηση αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα. Σε ασθενείς με αρνητικούς μασχαλαίους, λεμφαδένες μετά τη ριζική μαστεκτομή και με διαπίστωση λεμφικής και αγγειακής διήθησης περί τον όγκο, το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης ελεύθερης νόσου είναι το 60% και της 10ετούς 44%. Ενώ με μη διήθηση είναι κατά 4,7 φορές μεγαλύτερος, από τους χωρίς διήθηση.
- Κατάσταση ορμονικού υποδοχέα αναφέρεται ότι η συχνότητα του καρκίνου αυξάνει στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, μαζί δε με την αύξηση της συχνότητας, αυξάνει και το ποσοστό των θετικών οιστρογόνων υποδοχέων (ER) των όγκων.
- Ηλικία ασθενούς: η νεαρά ηλικία του αρρώστου, θεωρείται ένας αρνητικός παράγοντας. Επίσης από πολλές εργασίες προκύπτει ότι, στις ασθενείς ηλικίας πάνω των 35 ή 40 ετών, ο καρκίνος του μαστού εξελίσσεται επιθετικά. Η επιθετικότητα αυτή βασίζεται σε ιστολογικά κριτήρια.
- Καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου. Παρ' όλα αυτά η σχέση του με τον καρκίνο του μαστού παραμένει αδιευκρίνιστη. Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από τις εργασίες επί του ανοσοϊστοχημικού ελέγχου του CEA.
- Κυτταρομετρία ροής του DNA : υποστηρίζεται ότι στους καρκίνους του μαστού με αρνητικούς λεμφαδένες αποτελούν αρκετά ισχυρούς δείκτες αναφορικά με την εξέλιξη του όγκου.
- Αυξητικοί παράγοντες : η αυξητική και η διαφορική ρύθμιση του μαστικού ιστού από τις στεροειδείς ορμόνες είναι γνωστή από πολλών ετών. Φαίνεται ότι οι αυξητικοί παράγοντες είναι ρυθμιστές των εξελίξεων της αύξησης και της μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Η υπερέκφραση αυτού του υποδοχέα ενδεχομένως να καθιστά τον καρκίνο του μαστού περισσότερο επιθετικό.
- Cathepsin-D : Η Cathepsin – D είναι μια πρωτεάση, η οποία μπορεί να έχει κατευθυντήρια δράση επί της κυτταρικής παραγωγικότητας με χαρακτηριστικά παράγοντα αυξητικού πεπτιδίου. Αυτή ενδεχομένως παίζει ρόλο στη διηθητικότητα του όγκου. Η υπερέκφραση της Cathepsin –D δυνατό να είναι κακό προγνωστικό εύρημα.
- Αγγειογένεση : οι πρωτοπαθείς όγκοι και οι μεταστάσεις για να γίνουν μεγαλύτεροι του 1-2mm, πρέπει να υπάρχει η διαδικασία της αγγειογένεσης, η οποία εξασφαλίζει ικανοποιητική αιμάτωση. Η αύξηση της αγγείωσης οδηγεί τον όγκο σε ταχεία μεγέθυνση και στην είσοδο των καρκινικών κυττάρων στην κυκλοφορία, με αποτέλεσμα την εξάπλωσή του.
- Ογκογονίδιο c-erb B protein (HFR – 2/neu/): η υπερέκφραση του c-erb B-2: η υπερέκφραση του c-erb B-2 παρατηρείται στο 15-30% των ασθενών με

καρκίνο μαστού. Αυτή ειδικά σημειώνεται συγχρόνως στους ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες και με σμίκρυνση της επιβίωσης.

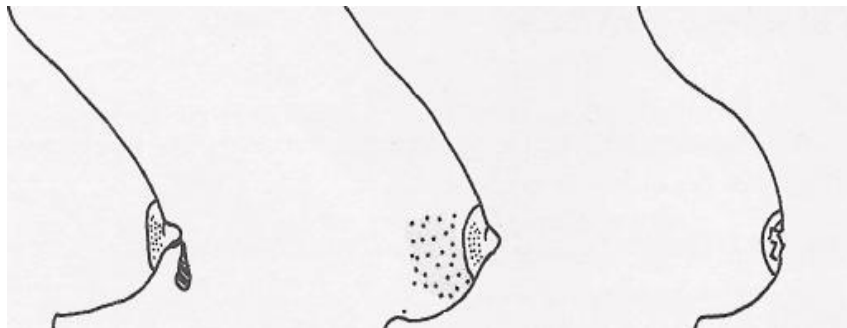
- Μετάλλαξη της έκφρασης του p53 : οι μεταλλάξεις στο γονίδιο p53 είναι περισσότερο εμφανιζόμενες γενετικές ανωμαλίες στους όγκους των ανθρώπων. Υποστηρίζεται ότι η μετάλλαξη του p53 στις ασθενείς με αρνητικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες μπορεί από μόνη της να θεωρηθεί δείκτης κακής πρόγνωσης. Οι προαναφερόμενοι ασθενείς είναι επόμενο να έχουν κακή πρόγνωση και επιβιώνουν μικρότερο χρόνο με ή χωρίς νόσο.

Η πράξη αποδεικνύει ότι, στον καρκίνο του μαστού δεν είναι δυνατό να ζητηθούν όλοι οι προαναφερόμενοι δείκτες. Αυτό αφενός μεν από οικονομικής πλευράς, αφ' ετέρου δε από ιστικής επάρκειας δεν είναι εφικτό.

Η προγνωστική σημασία των προγνωστικών παραγόντων με την παρέλευση του χρόνου γίνεται περισσότερο κατανοητή. Όμως το θέμα της συντονισμένης και της ενιαίας χρησιμοποίησης των πολλαπλών προγνωστικών παραγόντων θεωρείται ότι δεν έχει μελετηθεί λεπτομερειακά.⁵

5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Πολλές φορές, τυχαία η κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί σκληρία στο μαστό, άλλοτε αλλού μεγέθους, κινητή ή ακίνητη, ανάλογα με το πρόσφυση. 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.



Αιμορραγία

*Δέρμα σαν
φλοιό πορτοκαλιού*

Εισολκή

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 τη θηλή.
- ζ. Ορώδη ή αιματηρή έκκριση της θηλής.
- η. Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση 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. ⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΔΙΑΤΝΩΣΗ

6.1 ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Λήψη ιστορικού

Μετά το ιστορικό, η προστατευτική κλινική εξέταση είναι το βασικότερο στοιχείο στη διάγνωση. Έτσι μετά τη λήψη ενός καλού ιστορικού, κατά το οποίο θα επισημάνουμε τις γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (καρκίνου μαστού), επισημαίνοντας την πιθανή λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων (Premarin), το είδος διατροφής, όπως κατανάλωση λίπους ζωικής προέλευσης αυξάνει την πιθανότητα προσβολής από καρκίνο μαστού. Επίσης επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η ηλικία της γυναίκας, υπολογίζεται ότι το 80% των καρκίνων του μαστού παρατηρείται μετά την ηλικία των 40 ετών και το 1,5 σε ηλικίες κάτω των 30 ετών. Ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας θεωρείται και το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Ο κίνδυνος σε γυναίκες των οποίων η μητέρα είχε καρκίνο του μαστού διπλασιάζεται. Η ηλικία του πρώτου τοκετού π.χ. όταν ο πρώτος τοκετός γίνει μετά την ηλικία των 30 ετών, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού είναι τρεις φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι σε γυναίκες που γεννήθηκαν πριν 18 ετών. Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ ο πρώτος τοκετός πριν από την ηλικία των 25 ετών ενεργεί ως προστατευτικός παράγοντας, όταν γίνει μετά την ηλικία των 35 ετών αυξάνει τον κίνδυνο, που γίνεται μεγαλύτερος απ' ό,τι στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει.

Δεν πρέπει να κάνουμε το λάθος να αρχίσουμε την ψηλάφηση του μαστού, χωρίς να πάρουμε αρκετές πληροφορίες από την εξεταζόμενη γυναίκα.

Η προσβολή από καρκίνο του μαστού επηρεάζεται ακόμη από ορισμένους παράγοντες όπως :

- πρώιμη έναρξη της εμμήνου ρύσεως
 - καθυστέρηση της εμμηνόπαυσης
 - ιστορικό κυστικής μαστοπάθειας
 - παχυσαρκία
- τα αντισυλληπτικά δισκία δεν φαίνεται να παίζουν ρόλο.³

6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η κλινική εξέταση μέχρι πρότινος αποτελούσε την πιο σημαντική εξέταση για την ανακάλυψη καρκίνου του μαστού. Σήμερα τη θέση της έχει δώσει στη μαστογραφία, όπου σκοπός του ειδικού είναι η ανακάλυψη καρκίνου του μαστού σε στάδιο υποκλινικό. Ο κλινικά έκδηλος καρκίνος του μαστού έχει χαρακτηριστική σημειολογία. Πλην όμως, πρέπει να γίνει σαφές, ότι όσο πιο έκδηλη είναι η κλινική σημειολογία στο μαστό μιας γυναίκας, τόσο μικρότερη η πιθανότητα θεραπείας. Για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη επιβίωση, που να αγγίζει τα όρια της ίασης, ο καρκίνος του μαστού πρέπει να ανακαλύπτεται, όταν είναι μικρότερος του 1εκ.,όπως μας δείχνουν οι καμπύλες επιβίωσης στη Σουηδία, όπου η 12ετής επιβίωση είναι της τάξης του 95-98%.Έτσι ο καρκίνος του μαστού δεν πρέπει να εμφανίζει καμία σημειολογία στην κλινική εξέταση, για να μπορεί να είναι ιάσιμος.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού έχει μεγάλη σημασία, διότι τα βασικά στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα της εξεταζόμενης, προσανατολίζουν το

γιατρό να κατατάξει ή όχι τη συγκεκριμένη περίπτωση στην ομάδα αυξημένου κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού και υποβοηθούν έτσι τη διάγνωση.

Με την επισκόπηση ελέγχεται η συμμετρία και το ύψος των μαστών, το περίγραμμα, η κινητικότητα, το δέρμα, οι θηλές και τυχόν ανωμαλίες πάνω στο δέρμα. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να δημιουργηθεί ανισομαστία, είτε λόγω συρρίκνωσης του ενός μαστού από τη διήθηση των συνδέσμων του Cooper, είτε λόγω διόγκωσης του μαστού από φλεγμονώδη διήθηση, όπως παρατηρείται στον φλεγμονώδη καρκίνο του μαστού. Το ίδιο ισχύει και για τη θέση που εμφανίζουν οι μαστοί στο θωρακικό τοίχωμα. Στην περίπτωση διήθησης της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός, έχουμε καθήλωση του ενός μαστού σε σχέση με τον άλλο.

Το περίγραμμα της καμπυλότητας των μαστών μπορεί να εμφανίσει ανωμαλία τύπου εισολκής ή προπέτειας, αν ο καρκίνος τοπογραφικά βρίσκεται στην περιφέρεια του μαστού.

Το δέρμα μπορεί να εμφανίσει εισολκή, εξέλκωση, ερυθρότητα ή διήθηση, δίκην φλοιού πορτοκαλιού. Οι θηλές μπορούν να εμφανίσουν, εισολκή από σύμφυση οπισθοθηλαίου καρκίνου. Η εισολκή της θηλής πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από την εσωστροφή της θηλής.³

6.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα τελευταία χρόνια, η πρόγνωση των γυναικών με καρκίνο του μαστού φαίνεται να έχει βελτιωθεί σημαντικά, καθώς ο αριθμός των ασθενών που θεωρείται ότι έχουν πλέον ιανθεί αυξάνει συνεχώς, ενώ τόσο η επιβίωση, όσο και η ποιότητα ζωής όλων, όσοι έχουν ασθνήσει, έχουν γίνει πολύ καλύτερες. Αυτή η ευχάριστη εξέλιξη, στο μεγαλύτερο μέρος της δεν οφείλεται σε κάποια νέα θεραπεία, σε κάποιο «μαγικό χάπι». Οφείλεται κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση, στο γεγονός δηλαδή ότι ολοένα και πιο πολλές είναι οι γυναίκες στις οποίες η ασθένεια ανακαλύπτεται έγκαιρα, στα αρχικά στάδια.

Επομένως, η καλύτερη και πιο αποτελεσματική αντιμετώπισή του καρκίνου του μαστού, είναι η έγκαιρη διάγνωση του.

Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού υπάρχουν οι εξής διαδικασίες :

6.3.1 Μαστογραφία

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) κраниουραία, 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 βρίσκονται ακόμη στο αρχικό στάδιο, χωρίς να δίνουν υποκειμενικό ή αντικειμενικό εύρημα.

Με τη μαστογραφία, μπορεί να ανακαλυφθούν παθήσεις του μαστού.

α) καλοήθειες : κύστες, αδένωμα μαστού, εκτασία του πόρου, ίνωση πλασματοκυτταρική μαστίτιδα, αποστήματα και σάρκωμα.

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 αδένα, διάχυτη πάχυνση του δέρματος , εισολκή της θηλής και παραμόρφωση του υποστρώματος του μαστικού αδένα.

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

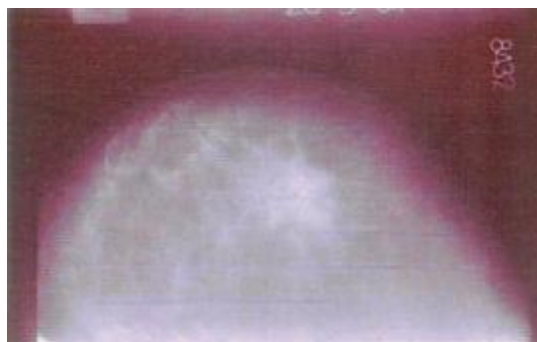
Ενδείκνυται σε :

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.

1. Σε πολυεστιακές ογκικές εξεργασίες στο μαστό.
2. Σε προηγούμενη βιοψία μαστού
3. Σε περιπτώσεις εκκρίσεως από το μαστό ή εισολκής της θηλής χωρίς να διαπιστώνεται ογκική επεξεργασία στο μαστό κατά την κλινική εξέταση.
4. Σε ασθενή με καρκίνο στον μαστό γίνεται έλεγχος και στον άλλο μαστό.
5. Σε άτομα με υπερμεγέθεις λιπώδεις μαστούς στα οποία με την ψηλάφηση δεν μπορεί να τεθεί σαφής διάγνωση.
6. Σε ανεύρεση μασχαλιαίων αδενικών μεταστάσεων άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας.
7. Σε άτομα με καρκινοφοβία.
8. Για τον έλεγχο του θεραπευτικού αποτελέσματος άλλων μεθόδων σε ανεγχείρητους καρκίνους του μαστού.
9. Σε ινοκυστική μαστοπάθεια προληπτικά, αν παραδεχθούμε, πως αυτή αποτελεί έδαφος, πάνω στο οποίο μπορεί ευκολότερα να αναπτυχθεί καρκίνος. Με τέτοια παρακολούθηση συστήνεται κάθε χρόνο.
10. Σε τοπικό άλγος του μαστού, που δεν συνοδεύεται από όγκο.
11. Σε ψηλαφητούς λεμφαδένες της μασχάλης, όταν η κλινική εξέταση δεν απέδειξε την ύπαρξη όγκου.⁴

Αντενδείκνυται σε :

1. Γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών γιατί οι μαστοί σ'αυτή την ηλικία είναι ακτινοευαίσθητοι.
2. Έγκυες, για τον κίνδυνο της ακτινοβολίας, και γιατί, λόγω της υπερτροφίας των μαστών, τα μαστογραφικά ευρήματα δεν είναι ικανοποιητικά, όπως δεν είναι ικανοποιητικά και κατά τη διάρκεια της λοχείας.²



Φυσιολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία

Η ακτινολογική εικόνα του μαστού στη μαστογραφία ποικίλει. Εξαρτάται από την ηλικία, την φάση του κύκλου της εμμηνου ρύσεως, την εγκυμοσύνη, τη 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 κλιμακτηρική 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 όζος, καλά αφοριζόμενος πίσω από τη θηλή του μαστού.

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

Οι μαστοί των νέων 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 τη 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 περισσότερο διαφανής. Από την 14^η ημέρα του κύκλου και μέχρι την έναρξη της περιόδου εμφανίζεται περισσότερο πυκνός, χωρίς βέβαια ουσιαστικές αλλαγές της περιόδου ως προς τη 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

6.3.2 Κυτταρολογικός έλεγχος

Στον κυτταρολογικό έλεγχο περιλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων της έκκρισης της θηλής.

Η αυτόματη ρύση από τη θηλή, εκτός της γαλουχίας, αποτελεί εύρημα πάθησης του μαστού. Όμως η εκτός γαλουχίας διαπίστωση εξόδου μερικών σταγόνων ρύσης κατόπιν εξασκούμενης πίεσης επί της θηλής δεν θεωρείται παθολογική κατάσταση. Το θέμα αφορά στην αυτόματη ρύση από τη θηλή.

Η μικροσκοπική (κυτταρολογική) εξέταση του εκκρίματος μπορεί να αποτελέσει χρήσιμη βοήθεια στην έγκαιρη διάγνωση του καρκινικού μαστού.

Φαίνεται ότι, η εξέταση της ρύσης από τη θηλή δεν αποτελεί, επαρκή διαγνωστική μέθοδο, διότι το ψευδώς αρνητικό ποσοστό τυγχάνει υψηλό.⁵

6.3.3 Σπινθηρογραφικός έλεγχος

Στον σπινθηρογραφικό έλεγχο περιλαμβάνεται ο έλεγχος του μαστικού αδένου. Το σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος τόσο για τη ανακάλυψη καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο σκύωτι και στα οστά. Ο συνδυασμός του, όμως με άλλη διαγνωστική μέθοδο όπως η μαστογραφία, ανεβάζει τη διαγνωστική του αξία σε υψηλά επίπεδα.⁴

6.3.4 Υπερηχογραφία

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

Επειδή οι υπέροχοι δεν εκπέμπουν ιονίζουσα και επειδή δεν έχει αποδειχθεί πως είναι επικίνδυνοι στην ανθρώπινη υγεία, η συμβολή τους στη διάγνωση των παθήσεων του μαστού είναι αξιόλογη.

Ενδείξεις : θα συστήσουμε την υπερηχογραφία :

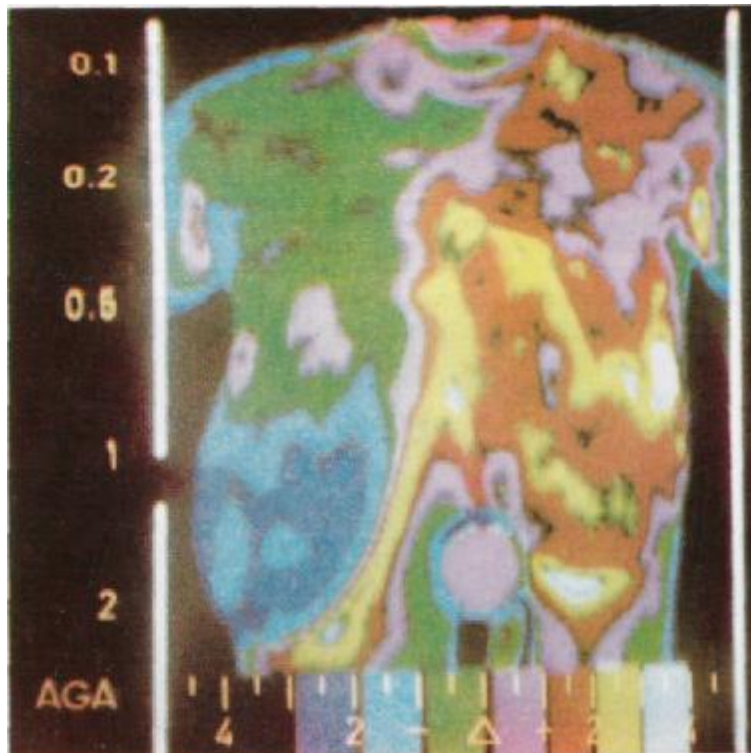
1. Ως συμπληρωματική διαγνωστική μέθοδο της μαστογραφίας, όταν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στο μαστό μεγαλύτερη από 1εκ., γιατί αν είναι μικρότερη, δύσκολα φαίνεται, όπως δεν φαίνονται και οι μικροεπασβεστώσεις.
2. Στη διαφορική διάγνωση καλοήθους από κακοήθη επεξεργασία του μαστού.
3. Στη διάκριση των κυστικών αλλοιώσεων του μαστού, από τις συμπαγείς.
4. Στη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, δε μπορούμε να στηριχθούμε στο υπερηχογράφημα μόνο, γιατί σε ψηλαφητούς όγκους, μπορεί το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση να φτάσει το 90%, αλλά στη μαστογραφία φτάνει το 90%.
5. Στη διάγνωση των καλοήθων ψηλαφητών όγκων, το ποσοστό επιτυχίας στη διάγνωση φτάνει το 98%, ενώ της μαστογραφίας το 98%.
6. Στο προληπτικό έλεγχο του μαστού, η υπερηχογράφηση δεν έχει ένδειξη, γιατί, όπως αναφέραμε, δεν πιάνει τους αψηλάφητους όγκους, ούτε τις μικροεπασβεστώσεις.
7. Στον έλεγχο νεανικών πυκνών μαστών βοηθάει τη μαστογραφία, που δύσκολα απεικονίζονται σ' αυτή.
8. Στην επιτυχία παρακέντησης όγκου του μαστού, για να αποδειχθεί αν είναι κυστικός ή συμπαγής. Έτσι, αποφεύγεται η ιστοληψία.
9. στην επιτυχία ανεύρεσης συμπαγούς ιστού μέσα στην κύστη, που μπορεί να είναι κακοήθης. Στην περίπτωση αυτή, η παραμονή ψηλαφητής διόγκωσης θα μπορούσε να αποδοθεί στην ατελή αναρρόφηση του περιεχομένου της κύστης.
10. Στην επιτυχία εισαγωγής βελόνας στο κέντρο αποστήματος του μαστού.
11. Στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονής και καρκίνου, σε περίπτωση, που το δέρμα έχει παχυνθεί.⁴

6.3.5 Θερμογραφία

Η θερμογραφία αποτελεί χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του Κ.Μ. Γίνεται με υπέρυθη 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 εντελώς 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 του 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



6.3.6 Ξηρογραφία

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 το 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. Γενική 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

6.3.7 Διαφανοσκόπηση

Η μέθοδος χρησιμοποιείται εδώ και 50 χρόνια με μικρή εστία ορατού φωτός μεγάλης ισχύος. Στη μέθοδο χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως και έχουμε τη 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 αδένου, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων και νεοπλασιών.

Τόσο οι καλοήθειες όσο και οι κακοήθειες παθήσεις του μαστού, δίνουν διαφορετικά χρώματα στη 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

6.3.8 Φλεβογραφία

Με αυτήν ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφαγγείων. 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 λεμφοαγγείων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.⁶

6.3.9 Αξονική ηλεκτρονική τομογραφία

Η αξονική ηλεκτρονική τομογραφία του μαστού εκτελείται με τη χρησιμοποίηση ειδικού μαστογραφικού αξονικού τομογράφου.

Ενδείξεις. Οι συχνότερες απ' αυτές είναι:

1. Στη διάγνωση κακοήθων παθήσεων του μαστού, στις οποίες διακρίνεται υπερσυγκέντρωση σκιαγραφικής ουσίας.
2. στην ανίχνευση καρκινικής βλάβης διαμέτρου 23mm, σε πυκνωτικούς μαστούς, εκεί που η μαστογραφία, για να αποδείξει την ύπαρξη της, η βλάβη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 5mm.

3. Στην ακριβή διάγνωση ινοκυστικής μαστοπάθειας, εκεί που τα μαστογραφικά ευρήματα αμφισβητούνται.
4. Στη διάγνωση καλοήθου όγκου, που μοιάζει με καρκίνο στη μαστογραφία
5. Στην προληπτική εξέταση των μαστών δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί γιατί απαιτεί ψηλές δόσεις ακτινοβολίας, περισσότερο χρόνο εξέτασης και προβλήματα στην απεικόνιση της βλάβης του μαστού.⁴

6.3.10 Γαλακτογραφία

Η γαλακτοφορία αποτελεί τα βασική εξέταση για εντοπισμό ενδοαυλικού-ενδοπορικού ή θηλώδους καρκίνου και γίνεται μετά από έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στον πόρο, που εμφανίζει τη μεμονωμένη έκκριση.³

6.3.11 Μαγνητική τομογραφία

Η μαγνητική τομογραφία (MRI), απεδείχθη ότι μπορεί να σημειώσει τους κλινικά και μαστογραφικά κρυπτογενείς καρκίνους. Προτιμάται, όμως, η υπερηχογραφική μελέτη, η οποία είναι χαμηλού κόστους. Μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι δεν υπάρχουν συγκριτικά δεδομένα της MRI και της υπερηχογραφίας (US). Υποστηρίζεται ότι, η MRI θα καταστεί περισσότερο χρήσιμη από τη μαστογραφία στην αναγνώριση των πολυεστιακών καρκίνων του μαστού, με αποτέλεσμα τον ακριβή προσδιορισμό των ασθενών οι οποίοι μπορεί να υποβληθούν σε συντηρητική θεραπεία.⁵

6.3.12 Βιολογικοί δείκτες

Από χρόνια παρατηρήθηκε ότι στον ορό αίματος καρκινοπαθών κυκλοφορούν βιολογικά μόρια, όπως είναι τα ένζυμα, σε μεγαλύτερη συγκέντρωση, όταν συγκριθούν με τα ίδια προϊόντα υγιών ατόμων.

Τα βιολογικά αυτά μόρια τα ονομάσαμε βιολογικούς δείκτες.

Από τους βιολογικούς δείκτες, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού μας ενδιαφέρουν δυο : το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και η εμβρυϊκή πρωτεΐνη (AFP), που ονομάζονται και « ογκοαναπτυξιακοί δείκτες».

Αυτοί δεν έχουν μόνο μεγάλη διαγνωστική αξία, αλλά μπορούν να βοηθήσουν και στην παρακολούθηση της πορείας της αντικαρκινικής θεραπείας.

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

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

Οι τιμές από τον προσδιορισμό του CEA μας βοηθάνε και στη εκτίμηση του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου, δηλαδή, ψηλές τιμές του σημαίνουν χαμηλή διαφοροποίηση, και χαμηλές τιμές ψηλή διαφοροποίηση.⁴

6.3.13 Πνευμοκυστεογραφία

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

Την πνευμοκυστεογραφία την εκτελούμε γιατί η μαστογραφία δεν μπορεί πάντα να διαγνώσει ενδοκυστικούς όγκους, εκτός αν εμφανίζουν επιασβεστώσεις ή άλλα μαστογραφικά σημάδια διήθησης. Επίσης, η υπερηχογραφία μπορεί να διακρίνει την κύστη και το υγρό μέσα σ' αυτή, αλλά σπάνια διακρίνει μόρφωμα, που μπορεί να υπάρχει μέσα στην κύστη.⁴

6.4 Εγχειρητική διάγνωση

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

Υπάρχουν οι εξής τεχνικές βιοψίας :

1. Αναρρόφηση με λεπτή βελόνα

Η λήψη βιοπτικού υλικού προς κυτταρολογική εξέταση που γίνεται με λεπτή βελόνα κατόπιν αναρρόφησης είναι μια παλιά μέθοδος, η οποία πρόσφατα έχει κερδίσει έδαφος. Η λήψη με τον τρόπο αυτό γίνεται από βλάβες, οι οποίες εντοπίζονται με την ψηλάφηση και μπορεί να αφορούν στο μαστό.

Η κυτταρολογική αναρρόφηση, συγκρινόμενη με τη χειρουργική βιοψία, είναι μια διεργασία κατά πολύ φθηνότερη καθώς και η εξέταση των επιχρισμάτων. Εδώ μεγάλη σημασία έχει η ποιότητα του υλικού. Ο μικρός αριθμός κυττάρων, η κακή παρασκευή και χρωματισμός καθιστούν το υλικό άχρηστο.¹²

Αντενδείξεις

Η συγκεκριμένη εξέταση μπορεί να γίνει σε όλες τις γυναίκες. Όσες παίρνουν αντιπηκτικά φάρμακα υποβάλλονται σ' αυτή παρουσία γιατρού, γιατί η βελόνα μπορεί να επιφέρει αιμορραγία.¹³

2. Βιοψία με βελόνα από τον πυρήνα.

Χρησιμοποιείται βελόνα κοπής κατευθυνόμενη, προς το κέντρο της βλάβης (core) όπου με τον κατάλληλο χειρισμό γίνεται διείσδυση και αποκοπή βιοπτικού υλικού, το οποίο εξέρχεται με την προς τα έξω συρόμενη βελόνα. Το υλικό, σε σύγκριση με την αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, ποσοτικά είναι ικανοποιητικό, ώστε να προσφέρονται ιστολογικές λεπτομέρειες κατά την εξέταση. Η βιοψία είναι μια σχετικά μικρή επέμβαση, δεν απαιτεί πολυήμερη νοσηλεία και δεν προκαλεί πόνους ή έντονα ενοχλήματα. Συχνά, η βιοψία ενδείκνυται με βάση τα ευρήματα της μαστογραφίας. Σ' ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών στο οποίο η μαστογραφία δείχνει σημεία ύποπτα για κακοήθεια, αποδεικνύεται στη βιοψία πως αυτά είναι καλοήθη.¹⁰

3. Ανοικτή βιοψία εκτομής

Η χειρουργική- ανοικτή- βιοψία είναι αυτή, που τελικά αποδίδει πλήρη πιστότητα, αλλά και σε βλάβες που πληρούν τα κριτήρια εκτομών περιορισμένης χειρουργικής και διατήρησης του μαστού προσφέρει και την τελική θεραπεία. Τα κύρια στοιχεία που καταξιώνουν τη μέθοδο είναι ότι προσδιορίζεται επακριβώς το μέγεθος, η ιστολογική ταυτότητα του όγκου και η δυνατότητα εκτροπής επί υγιών ορίων, όπου, όπως προαναφέρθηκε, επιτρέπει το να είναι η τελική θεραπεία. Πέραν αυτού, μπορεί να γίνει άλλωστε και η περαιτέρω χειρουργική εκτομή, υπό την αναισθησία, εφ' όσον αυτή αποφασισθεί.

Με το χειρουργικό έλεγχο του μαστού, δηλαδή, με την ιστολογική εξέταση της βλάβης, έχουμε την οριστική την ακριβή διάγνωση της πάθησης του, που είναι απαραίτητη, προκειμένου να καθορίσουμε τη θεραπευτική αγωγή διαφορετική σε κάθε περίπτωση. Οι καλοήθειες επεξεργασίες του μαστού απαιτούν περιορισμένη τοπική εκτομή, ενώ οι κακοήθειες έχουν ανάγκη από εκτεταμένο ακρωτηριασμό του μαστού που δεν πρέπει να εκτελείται όταν δεν είναι απόλυτη ανάγκη.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΕΘΟΔΟΙ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ

ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

7.1 Χειρουργική

Όλες οι τεχνικές των εγχειρήσεων που προτάθηκαν στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, όταν υπάρχουν μεταστάσεις, δεν έχουν επιτυχία, όποια και αν είναι η ριζικότητά τους, γιατί αντιμετωπίζουμε μια πάθηση τοπικά, όταν αυτή είναι συστηματική, δηλ. έχει γενικευθεί. Όποια μέθοδος και ακολουθηθεί προς αντιμετώπιση της πάθησης, θα έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς αντιμετώπιση της πάθησης, θα έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς την επιβίωση, αλλά διαφορετικά ως προς το ποσοστό των τοπικών υποτροπών.

Η εξαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συντελεί στην καλύτερη σταδιοποίηση της πάθησης και στον έλεγχο των υποτροπών στη μασχάλη.

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

1. Ριζική μαστεκτομία :Προτάθηκε το 1984 από τον Halsted και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστικού αδένα, του μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυ με διατήρηση της κλειδικής μοίρας του πρώτου και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Τόσο αυτή, όσο και η εγχείρηση, που πρότεινε ο Urban με συνεξαίρεση και των παραστερνικών λεμφαδένων, έχουν εγκαταλειφθεί.

2.Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομία. Προτάθηκε το 1948 απ' τον Patey και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, του ελάσσονα θωρακικού μύ και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στη μασχάλη.

3.Εκτεταμένη απλή μαστεκτομία. Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού και των επιφανειακών λεμφαδένων της μασχάλης.

4.Απλή μαστεκτομία. Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού. Γίνεται σε ασθενείς με μερικούς όγκους (2cm ή και μικρότερους), εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, δίχως λεμφαδενική διασπορά. Γίνεται σε ηλικιωμένους ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συνδυάζεται συνήθως με μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

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

6.Ουγκεκτομή. 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 από τη 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 αιματώσεως, 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 φύση⁶

7.2 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήγη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήγη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή σ' αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.¹⁴

- **Προφυλακτική χημειοθεραπεία**

Ως προφυλακτική χημειοθεραπεία εννοούμε τη 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.

- **Χημειοθεραπεία γενικευμένου καρκίνου μαστού**

Ως γενικευμένο καρκίνο μαστού 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 οξωθυπερίτης είναι ένα απ' τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν στον καρκίνο γενικά και στον καρκίνο του μαστού ειδικά.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε :

1. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊκών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2. Αντιμεταβολίτες : Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για την βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.
3. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA- RNA και, επομένως, τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων). Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή(ορισμένα αλκαλοειδή, και αντιβιοτικά) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.
4. Ορισμένες ορμόνες χρησιμοποιούνται επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για την λεμφολυτική της δράση.

ΤΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ :

- α) Από το στόμα
- β) Ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά)
- γ) Ενδομυϊκά
- δ) Με έγχυση στο νεόπλασμα
- ε) Με έγχυση σε κοιλότητα (ενδοϋπεζωκοτική, ενδοπεριτοναϊκή, ενδοραχιαία κ.α.)¹⁴

7.3 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Η ακτινοθεραπεία στον ΚΜ μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

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

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- α) Το είδος της ακτινοβολίας
- β) Η δόση της ακτινοβολίας
- γ) Ο ρυθμός δόσης
- δ) Το είδος του ιστού

ε) Η οξυγόνοση 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 οξυγόνοση του ιστού.

Τρόποι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας. Η ακτινοθεραπεία του ΚΜ μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική.

α) Εξωτερική ακτινοθεραπεία. Είναι η τηλεπάθεια που εφαρμόζεται με:

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

β) Εσωτερική ακτινοθεραπεία με εμφύτευση. Χρησιμοποιείται ιρίδιο 192 (Ir – 192), το οποίο με στερεά μορφή βελονιά ή ελασμάτων ή κόκκων εμφυτεύεται μέσα στον όγκο του μαστού και αφαιρείται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα (48-72 ωρών). Τα εμφυτεύματα συνήθως συνδυάζονται με εξωτερική ακτινοβολήση για καλύτερα αποτελέσματα. Η χορήγηση αυξημένης δόσης ακτινοβολίας στην περιοχή του όγκου έχει ως αποτέλεσμα τη μικρότερη πιθανότητα τοπικής υποτροπής, ενώ υψηλές δόσεις ακτινοβολίας σε μικρό χρονικό διάστημα προφυλάσσουν τους περιοχικούς ιστούς από πιθανή καταστροφή. Τα εμφυτεύματα τοποθετούνται στην ασθενή συνήθως δύο εβδομάδες μετά την ολοκλήρωση σχήματος εξωτερικής ακτινοβολήσης 5 εβδομάδων.¹¹

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:

Ωθηκεκτομή
Επινεφριδεκτομή (δεν γίνεται σήμερα)
Χορήγηση οιστρογόνων
Χορήγηση ανδρογόνων
Χορήγηση αντιοιστρογόνων
Χορήγηση γλυκοκορτικοειδών
Χορήγηση αμινογλουτεθιμίδης
Χορήγηση προγεστερόνης⁶.

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

Η Tamoxifen 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 Tamoxifen 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 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

7.6.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Προεγχειρητική παρέμβαση

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

Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από τα αισθήματα φόβου με:

Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της

Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού

Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή

Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο

Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένεια της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.

Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

Διαπίστωση φυσικών και Θεραπευτικών αναγκών και αντιμετώπιση τους

Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή

Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης

Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχαλιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.

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

γ. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

7.6.2. Μετεγχειρητική παρέμβαση

α. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.

β. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.

γ. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο.

δ. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.

ε. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος" αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.

στ. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνα παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή ΗθίηονΒΟ. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως (εικόνα 4.25). Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.

ζ. Πρόληψη λοίμωξης. Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις ούτε φλεβοκεντήσεις σ' αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

η. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι' η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

θ. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση, συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβασιμάζεται με αυτοτελή επίδεσμο, για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.

ι. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι,

ία. Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο-Διδασκαλία.

Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.

Ετοιμασία συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγο του.

Βοήθεια άρρωστης κατά την εκτέλεση παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24 ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση δακτύλων, και γίνονται για πρόληψη μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση κινητικότητας και μυϊκού τόνου. Αρχικά, η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά ο νοσηλευτής θα τονίσει τη σπουδαιότητα τους και θα τις συνεχίσει μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης. Το εύρος των ασκήσεων αυξάνει προοδευτικά και η άρρωστη θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτελεί τις περισσότερες δραστηριότητες της, όπως χτένισμα, βούρτσισμα δοντιών κ.λπ.

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να συνοδεύονται από πόνο και η άρρωστη δεν πρέπει να αισθάνεται καμιά δυσχέρεια στις κινήσεις.

Αν έχει γίνει πλαστική ή η τομή έχει κλειστεί με αξιόλογη τάση, η άσκηση θα πρέπει να περιορίζεται στον ελάχιστο βαθμό και να αυξάνεται προοδευτικά.

θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

Η άρρωστη ενθαρρύνεται να διατηρεί κανονική θέση του σώματος της κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. Η σωστή θέση όχι μόνο προάγει την καλή μηχανική του σώματος, αλλά βοηθά και στη φυσιολογική εμφάνιση της γυναίκας.

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

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

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

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

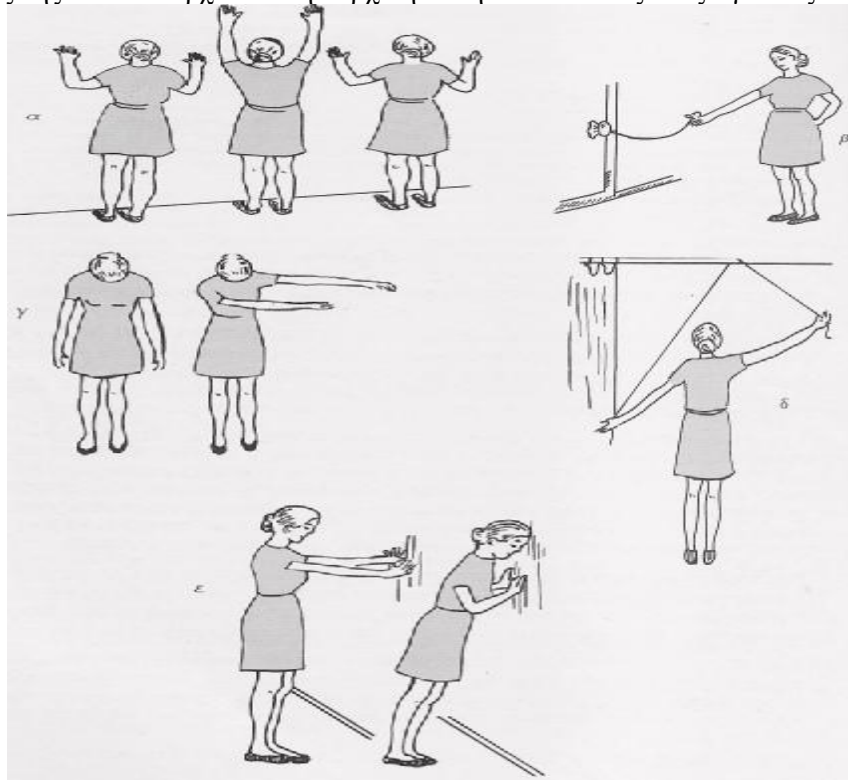
Γύρισμα σχοινιού. Είναι μια άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι, κάνει ένα κόμπο και τον τοποθετεί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

Αιώρηση χεριών. Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.

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

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

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



Φροντίδα τραύματος.

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα" ενημέρωση γιατρού αν παρουσιαστούν.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού. Πρόληψη και/ή αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σ' αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης.

Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δηγμάτα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
- Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
- Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωση του οιδήματος.
- Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
- Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
- Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
- Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).

Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησής της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νοιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας έτσι στη σύντροφο τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δύο αποκρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητα της και την αποδοχή της.

Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτή και το σύντροφο της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.

Η ενθάρρυνση ανοικτής συζήτησης για φόβους, ανάγκες και επιθυμίες, μπορεί να μειώσει το stress του ζευγαριού.

Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικό, η άρρωστη συμβουλευεται να φορέι κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική

φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί, για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.

ιβ. Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου (check-up)'

Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος

Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση" έλεγχος προόδου ασκήσεων

Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης

Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης

Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.¹⁵

Πίνακας . Φροντίδα λεμφοιδηματικού χεριού

`` Μη ``	`` Να ``
Μην κρατάτε τσιγάρο σ' αυτό το χέρι	Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα ή το πλύσιμο των πιάτων
Μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο	
Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες σ' αυτό το χέρι	Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε
Μη σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και μην κόβετε αγκαθωτά φυτά	Να βάζετε κρέμα λανονίνης στο χέρι πολλές φορές την ημέρα
Μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό	Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη : εγχάραξη: «ΠΡΟΣΟΧΗ- ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ- ΟΧΙ ΥΠΟΔΟΡΙΕΣ
Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σ' αυτό	
Μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι	Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες
Μην επιτρέπετε να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι	Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα δύο μη μηνών

7.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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 την διάρκεια της φυσιολογικής αναγεννητικής λειτουργίας του μυελού των οστών.

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. Ιε 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 χεριών 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.

ία. 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

Θρομβοπενία (μείωση αιμοπεταλίων)

Τα αιμοπετάλια συμμετέχουν στην πήξη του αίματος. Αν μειωθεί ο αριθμός του:, 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 πετέχειες 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, ρινορραγίες, αιματουρία, 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 3ηΐη 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 αιμορραγίας. 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 προ.; 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.

Αιμορραγία, (μείωση των αιμοπεταλίων)

Όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων μειωθεί, μπορεί ένα μικρό τραύμα να προκαλέσει αιμορραγία ή αιμάτωμα. Ο νοσηλευτής:

- Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, συμπεριλαμβανομένων των εκχυμώσεων. Ουλορραγίες. ρινορραγίες. αιματοουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πύελα, μέλαινα κένωση Ο νοσηλευτής φροντίζει να παρατηρήσει τα παραπάνω.
- Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια από τις εξετάσεις που κάνει η ασθενής (σε πτώση αυτών η ασθενής οδηγείται στο νοσοκομείο)
- Παρακολουθεί την αρτηριακή πίεση (σε πτώση αυτής η ασθενής οδηγείται στο νοσοκομείο).
- Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Σε περίπτωση που πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση για 3 min στο σημείο της ένεσης.
- Ασυνήθιστη αιμορραγία μετά από ένεση πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό.
- Ενημερώνει την ασθενή να μην ακολουθεί οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή και ιδιαιτέρως σαλικυλικά (Aspirine).
- Δίνει συμβουλές στην ασθενή ώστε να εφαρμόζει μέτρα για την πρόληψη της αιμορραγίας

Αναιμία.

Απαγορεύεται η χρήση χημειοθεραπευτικών σε ασθενή. αν δεν είναι γνωστή η τιμή των ερυθρών αιμοσφαιρίων Ο νοσηλευτής:

- Παρακολουθεί την αιμοσφαιρίνη τον αιματοκρίτη
- Παρακολουθεί συμπτώματα όπως ωχρότητα εύκολη κόπωση, απάθεια
- Χορηγεί τροφές πλούσιες σε λευκώματα, σίδηρο, καθώς και σκευάσματα σιδήρου εάν είναι απαραίτητο
- Συνιστά την ελάττωση των δραστηριοτήτων της ασθενούς. την επαρκή ανάπαυση
- Σε περίπτωση απώλειας αίματος ο νοσηλευτής πρέπει να παίρνει μέτρα
- Ο νοσηλευτής ετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος σε μεγάλη πτώση των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Είναι η πιο συχνή επιπλοκή της χημειοθεραπείας. Ο νοσηλευτής λαμβάνει προληπτικά μέτρα όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού πριν την έναρξη της θεραπείας και ανά εξάωρο).
- Χορήγηση χημειοθεραπευτικών με άδειο στομάχι η την ώρα που η ασθενής θα κοιμηθεί.
- Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα
- Χορηγούνται τροφές μαλακές και παγωμένες.
- Συνίσταται καλή μάσηση της τροφής.
- Η ανάπαυση μετά το φαγητό βοηθάει την ασθενή

Διάρροια.

Ο νοσηλευτής λαμβάνει μέτρα πρόληψης της διάρροιας όπως:

- Περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο διότι αυξάνει την κένωση του εντέρου.
- Αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν σπασμό, όπως καφέ, πικάντικα (φασόλια, χορταρικά κ.τ.λ).
- Αποφεύγεται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Συνιστά μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας

Στοματίτιδα.

Έλκη του βλεννογόνου της ονοματικής κοιλότητας. Η στοματίτιδα είναι οδυνηρή και συχνά ανεπιθύμητη ενέργεια της χημειοθεραπείας. Περίπου επτά ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, ο βλεννογόνος του στόματος ατροφεί και λεπταίνει με συνεπεία κάθε μικρό τραύμα του βλεννογόνου να καταλήγει σε εξέλκωση και πολλές φορές και σε μόλυνση.

Ο νοσηλευτής βοηθά στην πρόληψη της στοματίτιδας με τους ακόλουθους τρόπους:

- * Λαμβάνει οδοντιατρικό ιστορικό.
- * Εξηγεί τι είναι η στοματίτιδα.
- * Ενθαρρύνει την προληπτική υγιεινή του στόματος και διδάσκει την ασθενή σε αυτή
- * Ελέγχει καθημερινά τη στοματική κοιλότητα της ασθενούς για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο, αλλαγή της κατάστασης του βλεννογόνου
- * Διδάσκει την ασθενή πώς να διατηρεί την υγρασία του στόματος, όπως να πίνει άφθονα υγρά, να προσπαθεί να τρώει μαλακές τροφές, να πιπιλίζει μικρά κομμάτια πάγου.
- * Να πλένει τα δόντια της με μαλακή οδοντόβουρτσα.

Αλωπεκία.

Με τη χημειοθεραπεία παρατηρείται πτώση των τριχών της κεφαλής καθώς και σε άλλα σημεία του σώματος. Ευτυχώς, η πτώση των τριχών είναι προσωρινή και, αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό σχήμα, έχουμε ξανά ανάπτυξη των τριχών. Ο νοσηλευτής έχοντας επίγνωση των ψυχολογικών επιπτώσεων που δύναται να προκαλέσει η πτώση των τριχών στην ασθενή προγραμματίζει και σχεδιάζει την αρχική διδασκαλία και τη φροντίδα του ατόμου ως εξής:

- Εξηγεί την αλωπεκία στην ασθενή και ότι είναι προσωρινή
- Βάζει την ασθενή να υπογράψει ότι είναι ενημερωμένη σχετικά με την τριχόπτωση και ότι αποδέχεται τη χημειοθεραπεία.
- Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά βοηθείται η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισής της.
- Ενημερώνει την ασθενή για τα υπάρχοντα μέσα με τα οποία δύναται η αλωπεκία να αποτραπεί ή να αντιμετωπιστεί θετικά, όπως να μη λούζεται συχνά και να μη χρησιμοποιεί βούρτσα με σκληρές τρίχες ή να χρησιμοποιεί μάσκα υποθερμίας στο κεφάλι (προκαλείται αγγειοσύσπαση με αποτέλεσμα να μην εισέρχεται αίμα και χημειοθεραπευτικό στους θυλάκους των τριχών).

Νευροτοξικότητα.

Σε περίπτωση νευροπάθειας ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει την ασθενή ως εξής:

=> Χρησιμοποιεί μέτρα ασφάλειας για την προστασία της

=> Διατηρεί τα μέλη του σώματος της σε φυσιολογική θέση.

Νεφροτοξικότητα.

Η χημειοθεραπεία προκαλεί αύξηση του ουρικού οξέος και καθίζηση κρυστάλλων ουρικού οξέος στα εσπειραμένα σωληνάρια, στους κάλυκες ή στην πύελο. Αυτό συνήθως συνοδεύεται από ολιγούρια και, αν δεν θεραπευτεί εξελίσσεται σε ανουρία και θάνατο. Ο νοσηλευτής

- Παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας (οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων)
- Ελέγχει το ισοζύγιο των λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Χορηγεί άφθονα υγρά και φάρμακα (κατόπιν ιατρικής εντολής) για να αντισταθμιστεί η αύξηση του ουρικού οξέος.
- Χορηγεί τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά πτωχές σε κάλιο και νάτριο για αποφυγή κέτωσης και αύξησης των ηλεκτρολυτών.

Προβλήματα στο γεννητικό σύστημα.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει για αλλαγές όπως:

- Αλλαγές στον καταμήνιο κύκλο
 - Εξάψεις και άλλα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης
 - Ορμονικές αλλαγές που μπορεί να προκαλέσουν κνησμό, κάψιμο, ξηρότητα του κολπικού επιθηλίου
 - Η θεραπεία είναι δυνατόν να προκαλέσει στειρότητα προσωρινή ή μόνιμη
- Συνίσταται αποφυγή εγκυμοσύνης κατά τη διάρκεια της θεραπείας για τον κίνδυνο των τερατογενέσεων.¹⁶

7.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά τις βελτιώσεις των πηγών ακτινοβολίας και των τεχνικών που εφαρμόζονται, δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

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

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

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν την ασθενή, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες ημέρες ή βδομάδες.

ΐ. Τοπικές οι οποίες διακρίνονται σε:

- Πρώιμες (ακτινοδερματίτιδα, αναστολή μυελού των οστών, δυσκαταποσία, δυσφαγία, ναυτία, εμετός, διάρροια, κόπωση, αδυναμία, ξηροστομία).
- Όψιμες (υπέρχρωση ή απόχρωματισμός του δέρματος, καρκίνος δέρματος, πνευμόνων, οστών, αλωπεκία, πνευμονικό οίδημα και λεμφικό οίδημα, μεταλλάξεις, πολυτερηδονισμός).

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή κατά την ακτινοθεραπεία συνίσταται στα ακόλουθα:

- Στην ενημέρωση της ασθενούς για τη θεραπεία Οι ασθενείς χρειάζονται σωστή ενημέρωση για τη θεραπεία στην οποία θα υποβληθούν και νιώθουν την ανάγκη να βεβαιωθούν ότι αυτή θα είναι ανώδυνη και ακίνδυνη. Η νοσηλεύτρια πρέπει επίσης να βρει την κατάλληλη στιγμή κατά τη διάρκεια της θεραπείας (και οπωσδήποτε πριν αυτή ολοκληρωθεί), ώστε να δώσει στην ασθενή ρεαλιστική εικόνα των ανεπιθύμητων ενεργειών που πρόκειται να εμφανιστούν, των μέτρων που θα ληφθούν για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους και των ατόμων στα οποία μπορεί να απευθυνθεί για τη λήψη πληροφοριών.
- Στην προετοιμασία και τη βοήθεια της ασθενούς για τη θεραπεία.
- Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της.
- Στην ψυχολογική τόνωση της ασθενούς πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ
ΤΗΝ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜ

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

Το 40% από τις ασθενείς αυτές εμφανίζουν σοβαρό άγχος, κατάθλιψη, και προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή. Σύμφωνα με τους Green και White εμφανίζουν μέτρια ως βαριά 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.

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

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

8.1 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ 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, εξέγκωσης και καθήλωσης του όγκου στο θωρακικό τοίχωμα και μεταστατικής διήθησης των μασχαλαίων 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 μασχαλαίους 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 τριετία, δεδομένου ότι το 70% των υποτροπών εμφανίζονται στην πρώτη τριετία.

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 ελεύθερου 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.²⁰

8.2 ΧΡΟΝΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι γνώμες για τον χρόνο αποκατάστασης ποικίλουν. Μερικοί χειρουργεί παρακάμπτουν τη διαδικασία επιλογής των υποψήφιων με την άμεση αποκατάσταση.

Σε μια μελέτη του Mandelson 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 απορρίπτουν 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 είναι κυρίως τεχνικής φύσεως και οι περισσότεροι από τους χειρουργούς επιλέγουν τις προς αποκατάστασης ασθενείς σε σχέση με τις ψυχολογικές και ογκολογικές παραμέτρους αναμένοντας μια περίοδο 6 μηνών ώστε οι ιστοί και οι ουλές της θέσεως της προηγηθείσης μαστεκτομής να μαλακώσουν.

Εάν συνυπάρξει και συμπληρωματική ακτινοθεραπεία τότε η αναμονή γίνεται μεγαλύτερη του ενός έτους, 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).²⁰

8.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ :

ΠΡΟΣΩΡΙΝΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Η προσωρινή προσθήκη είναι ένα προσθετικό υλικό που εφαρμόζεται εξωτερικά στο μαστό που έχει αφαιρεθεί δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές.

ΜΟΝΙΜΗ ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι ανακατασκευής του μαστού κι ο καθένας τους έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Υπάρχουν επίσης τρόποι ανακατασκευής της θηλής.

Οι μέθοδοι μόνιμης αποκατάστασης του μαστού είναι:

- 1) Απλή τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης. Χρησιμοποιούνται από σιλικόνη η οποία είναι αδρανές υλικό και οι οποίοι γεμίζονται από το χειρουργό μετά την τοποθέτηση τους στο μαστό.
- 2) Αποκατάσταση με κρημνούς. Οι κρημνοί που χρησιμοποιούνται είναι:
 - Μυοδερματικός κρημνός από τον πλατύ ραχιαίο μυ.
 - Κρημνοί από τον ορθό κοιλιακό μυ.
 - Διάφοροι άλλοι κρημνοί. Π.χ. οριζόντιος θωρακο- επιγαστρικός, δερματικός κρημνός.
- 3) Αποκατάσταση με διαταήρες ιστών. Δίνεται με αυτή τη μέθοδο η δυνατότητα διάτασης του δέρματος στην περιοχή της μαστεκτομής.

Μέθοδοι αποκατάστασης της θηλής και της θηλαίας άλω.

Η αποκατάσταση της θηλής/ θηλαίας άλω καθυστερεί 2-3 μήνες και πραγματοποιείται συνήθως ταυτόχρονα με τη χειρουργική επέμβαση συμμετρίας στον άλλο μαστό:

- 1) Για την αποκατάσταση της άλω μπορεί να χρησιμοποιηθεί:
 - δισκοειδές μόσχευμα από τα μικρά χείλη του αιδοίου ή την έσω επιφάνεια του μηρού
 - μοσχεύματα από την άλλη θηλή.
- 2) Για τη δημιουργία της θηλής μπορεί να χρησιμοποιηθούν:
 - μοσχεύματα από το λοβό του αυτιού
 - τεχνητή θηλή από ελαστικό η οποία επικολλάται στο μαστό²⁰

8.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με προσωρινή προσθήκη

Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία που έχει για κάθε γυναίκα η διάθεση των μαστών της που είναι σύμβολο θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τον άνδρα βρίσκεται ίσως στη μοναδική θέση να προσφέρει βοήθεια και να υποστηρίξει τη μαστεκτομηθείσα ασθενή:

- α) να επανεκτιμήσει την ψυχική της ισορροπία
- β) να οδηγηθεί στη μετεγχειρητική απόκτηση της συμμετρίας της όσο το δυνατό πιο γρήγορα

Και η ψυχική ισορροπία και η απόκτηση συμμετρίας στους μαστούς είναι δυνατόν να αποκαταστηθούν με τη χρησιμοποίηση προσωρινής προσθήκης στο νοσοκομείο ή στο σπίτι.

Στο νοσοκομείο. Πριν την αφαίρεση των επιδέσμων η προσθήκη σταθεροποιείται στο νυχτικό της ασθενούς με παραμάνες ασφαλείας στο ίδιο επίπεδο με τον παραμένοντα ιστό δίνοντας έτσι κάποια συμμετρία και στις δύο πλευρές. Μετά την αφαίρεση του επιδεσμικού υλικού και αφού η ασθενής αισθανθεί ότι μπορεί να φορέσει το στηθόδεσμό της η προσθήκη τοποθετείται μέσα σε αυτόν. Η τιράντα του στηθόδεσμου πρέπει να μακρύνει λίγο για να αποφευχθεί η πίεση στον ώμο ή μπορεί ακόμη να ράψει εσωτερικά στο στηθόδεσμο δύο σταυρωτές υφασμάτινες ταινίες και να τις τοποθετήσει ανάμεσα στην προσθήκη.

Στο σπίτι. Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή να μη φοράει στενά ρούχα αλλά ρούχα που να την κολακεύουν. Συνίσταται να φοράει ριχτές μπλούζες ή πουλόβερ με οριζόντιες ρίγες.

Για να φορέσει μαγιό συνίσταται από το νοσηλευτή η τοποθέτηση εσωτερικά ενός σφουγγαριού κομμένου στο κατάλληλο σχήμα.

Τέλος ο νοσηλευτής τονίζει στην ασθενή πως η προσθήκη αυτή είναι προσωρινή και ότι είναι απαραίτητη μέχρι να αποκατασταθεί η περιοχή της τομής και μέχρι η ασθενής να αισθανθεί έτοιμη για μόνιμη ανασύσταση (εάν αυτή ενδείκνυται).

Ο νοσηλευτικός ρόλος σε ασθενή με μόνιμη προσθήκη

Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για εμφάνιση επιπλοκή μετά τη μετεγχειρητική αποκατάσταση του μαστού με μόνιμη προσθήκη. Συγκεκριμένα :

- Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή σε περίπτωση εμφάνισης σημείων φλεγμονής όπως πυρετό, πόνο ή ευερεθιστικότητα, τοπική αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού, ή εμφάνιση πυώδους υγρού από την τομή να καλέσει αμέσως το γιατρό. Η φλεγμονή δεν συμβαίνει συχνά αλλά είναι η κύρια αιτία αφαίρεσης της προσθήκης σιλικόνης η οποία επανατοποθετείται 4-6 μετά.
- Ο νοσηλευτής διδάσκει επίσης στον ασθενή την αυτοεξέταση του μαστού αν δεν τη γνωρίζει και τη συμβουλεύει να την πραγματοποιεί κάθε μήνα. Δεν έχει αποδειχθεί ότι η ανάπλαση του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε νέα εμφάνιση του καρκίνου. Ωστόσο ο νοσηλευτής οφείλει να τονίσει τη σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης του μαστού και κατόπιν συνεννοήσεως με το γιατρό να συμβουλευσει την ασθενή για ετήσιες διαγνωστικές εξετάσεις, μαστογραφία, θερμογραφία, ιδιαίτερα στην περίπτωση της εμφύτευσης σάκων σιλικόνης.
- Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή ότι θα πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό σε περίπτωση που η προσθήκη γίνει σκληρή και στην αίσθηση και την αφή δυσανασχετεί την ασθενή διότι υπάρχει κίνδυνος να έχουν αναπτυχθεί ινώδη στοιχεία γύρω από την προσθήκη.
- Αμέσως μετά την χειρουργική αποκατάσταση του μαστού ο νοσηλευτής συμβουλεύει τη γυναίκα να περιορίσει τις κινήσεις των χεριών και του ώμου το λιγότερο για δυο εβδομάδες μετεγχειρητικώς. Αποφεύγεται η ανύψωση των χεριών πάνω από το επίπεδο κεφαλής ή η έντονη κινητικότητα των θωρακικών μυών, όπως συμβαίνει κατά το χτένισμα ή την οδήγηση. Οι δραστηριότητες της αυξάνονται σταδιακά.
- Καθοδηγείται η ασθενής να φορά σφιχτό στηθόδεσμο ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου μετά από 6 εβδομάδες, η ασθενής μπορεί να μη χρησιμοποιεί στηθόδεσμο αν δε θέλει. Συμβουλεύεται όμως να τον φορά συνεχώς, όταν έχει έντονη δραστηριότητα ή όταν ασχολείται με τον αθλητισμό π.χ. με τροχάδην.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Είναι γεγονός ότι οι επικουρικές συστηματικές θεραπείες επιμήκυναν το χρόνο επιβίωσης των γυναικών με καρκίνο του μαστού. Παρ' όλα αυτά ένα ποσοστό ασθενών που είναι μεγαλύτερο του 1/3, καταλήγει από τη μεταστατική νόσο. Αν υποθεθεί, ότι μετά τη διάγνωση μακρινών μεταστάσεων ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 2-3 χρόνια, τα σημερινά θεραπευτικά μέσα δεν είναι σε θέση να οδηγήσουν σε ίαση το μεταστατικό καρκίνο του μαστού (αθεράπευτος- incurable). Όμως, υπάρχει η παρατήρηση ότι, περίπου ένα 10% των ασθενών επιβιώνει περισσότερο από 10 χρόνια.

Η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι άλλοτε άλλου βαθμού. Οι ασθενείς, με μεταστάσεις στους μαλακούς ιστούς και στα οστά, μπορεί να ανταποκριθούν επί χρόνια στην ορμονική θεραπεία. Αντίθετα αυτοί με σπλαχνικές μεταστάσεις ακόμα μια μετά την εφαρμογή της πλέον δραστηκής χημειοθεραπείας, εμφανίζουν ταχεία διαδρομή και εξέλιξη της νόσου. Η μεταστατική νόσος δεν μπορεί να εξλειφθεί. Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι παρηγορητικός και αποβλέπει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η έγκαιρη δραστηκή θεραπεία δεν έχει αποδείξει ότι είναι σε θέση να επιμηκύνει το χρόνο ζωής των ασθενών. Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα.

Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα που τις περιβάλλει. Επίσης, από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένου όπως είναι η πυκνότητα του, η αιμάτωσή του, το λεμφικό του δίκτυο κλπ.

Αναφέρεται το παράδειγμα των μασχαλιαίων λεμφαδένων οι οποίοι προσβάλλονται συχνότερα (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική μοίρα του. Αλλά και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά στο έξω ημιμόριό του, είναι δυνατόν να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά. Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη όταν διηθηθούν οι υπερκλειδίδιοι λεμφαδένες μέσω των μασχαλιαίων, τότε που ο καρκίνος κατατάσσεται στο IV στάδιο και είναι ανεγχείρητος.

Ο καρκίνος του μαστού προκαλεί τις εξής μεταστάσεις:

1. Στα οστά σε συχνότητα 70%.
2. Στους πνεύμονες σε συχνότητα 65%.
3. Στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%.
4. Στον άλλο μαστό με συχνότητα 2%.
5. Στις μήνιγγες σε συχνότητα 1-35%.
6. Στα νεφρά, στην καρδιά στον εγκέφαλο και στο δέρμα σε μικρότερη συχνότητα.⁶

9.1 Ο νοσηλευτικός ρόλος στη διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου

Ο τρόπος που ο νοσηλευτής μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση του μεταστατικού καρκίνου είναι η εκτίμηση των συμπτωμάτων που υπάρχει περίπτωση να εμφανιστούν σε διάφορα όργανα του σώματος, όπως :

1) Οστά: όπως ήδη έχει αναφερθεί σε μετάσταση καρκίνου του στα οστά εμφανίζεται έντονος πόνος, παθολογικά κατάγματα, νευρολογικά ελλείμματα και δυσκολία

κίνησης των ασθενών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Η νοσηλευτική εκτίμηση περιλαμβάνει:

- Οστικούς στη βάδιση
- Απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην:

- Ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία, ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά
- Πρόληψη καταγμάτων σπονδυλικής στήλης. Η ασθενής συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μη σηκώνει βαριά αντικείμενα., να μη γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- Ακινητοποίηση καταγμάτων (αν συμβούν)

2) Πνεύμονες: Η νοσηλευτική εκτίμηση περιλαμβάνει :

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

3) Ήπαρ : η νοσηλευτική εκτίμηση συνίσταται στην παρακολούθηση του ασθενούς για :

- Ασκίτη
- Δυσφορία – δύσπνοια
- Ναυτία και εμετούς
- Κοιλιακούς πόνους
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

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

4) Εγκέφαλος: η νοσηλευτική εκτίμηση περιλαμβάνει:

- Σύγχυση
- Διαταραχή στην ισορροπία του σώματος
- Σπασμούς
- Παράλυση
- Διαταραχές της όρασης

Παρέμβαση του νοσηλευτή προσανατολίζεται σε :

- Εξασφάλιση άνεσης
- Πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή από πρόκληση βλάβης κατά τη διάρκεια των σπασμών
- Παρακολούθηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών
- Εξασφάλιση επαρκούς διαίτας
- Παροχή υγιεινής φροντίδας στο σώμα⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ
ΚΑΡΚΙΝΟ
ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νοσηλεύτρια στην οποιαδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικό μορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, την προσδοκώμενη συνεργασία απ' 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 νοσηλευτικός ρόλος

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 αναζήτηση ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, 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 δε 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 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(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 στον παρελθόν συζήτηση με τους άλλους για τα συναισθήματα ή τα προσωπικά της προβλήματα ανοιχτά και εποικοδομητικά, γίνεται δυσκολότερη η προσαρμογή της στο στάδιο αυτό.

Οι στόχοι μας ως νοσηλευτές στη φάση αυτή είναι:

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

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωση της γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στον οποίο έχει εισαχθεί, και στην κατατόπιση της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις γιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζήτησης 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 το να είναι προετοιμασμένη, δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενων και βιούμενων γεγονότων και το άγχος μειώνεται.

β) αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από τη 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 και της υγείας της με βάση τη φυσική της κατάσταση, την ένταση και τη 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 για αυτές θα σήμαινε την αρχή του τέλους, που τίποτε δε μπορεί να γίνει για να το αποτρέψουν. Θα δημιουργηθεί φόβος για τις ανεπιθύμητες ενέργειες της αντικαρκινικής θεραπείας, η οποία θα εφαρμοστεί στο νέο αυτό στάδιο ανάπτυξης της νόσου, και θα βρίσκονται δικαιολογίες για να αρνηθούν την υποτροπή. («χάνω βάρος, γιατί δεν πρόσεξα τη διατροφή», « η δύσπνοια προκλήθηκε από κρύωμα, όταν βγήκαμε για να επισκεφτούμε κάποιους συγγενείς»)

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 αποδέκτες 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 ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερα δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Η αναμονή των αποτελεσμάτων φαίνεται πως είναι Από τις πιο δύσκολες στιγμές, ενώ, όταν τα αποτελέσματα βγουν και επιβεβαιώσουν τις υποψίες, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εξηγήσουν στην ασθενή και στην οικογένεια της το θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάζουν. Επίσης, πρέπει να εξηγηθούν οι 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 δεχτεί. Θα πρέπει αν 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 τη 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 κυρίου νόσου. Όταν ο ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πώς ενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι ανεπιθύμητες εμφανιστούν. Επίσης, ανάλογη πληροφόρηση πρέπει να έχουν και οι συγγενείς της ασθενούς, ώστε να διευκρινιστούν ορισμένες αντιλήψεις, όπως η ασθενής γίνεται ραδιενεργή και την εγκαταλείπουν.

Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Ο έντονος πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί την αναγκάζουν να μη μπορεί να εργασθεί πια και να παραμένει στο σπίτι, να σταματήσει να συμμετέχει σε δραστηριότητες που παλαιότερα 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 νιώσει περισσότερο ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά, για να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στη μάχη με τη μεταστατική νόσο. Τότε θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές καταστάσεις, οι ιδέες του 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 για αυτή.⁶

Τελικό στάδιο

Σε αυτό το στάδιο όπου η θεραπεία είναι μόνο 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 πως 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 ενημερώσει 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 ναι 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 θάνατος και ο φυσικός θάνατος συμβαίνουν

ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι – στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου- και αρνούνται να συνηθίσουν να ζουν. Ακόμη υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που ορίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

Είναι σημαντικό για την ασθενή σ' αυτή τη φάση να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια δεν πρόκειται να την εγκαταλείψει, αλλά 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 απλά ένας εφιάλης και όχι η αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Παίρνει κουράγιο για να αντέξει ακόμα λίγο καιρό. Αυτό δε 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 ακόμη 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 έρθει πολύ αργά βρίσκοντας την απροετοίμαστη για μια νέα μάχη.

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

10.2 Ο ρόλος της οικογένειας

Η συμβολή της οικογένειας είναι απαραίτητη και μπορεί να αποτελέσει ένα υποστηρικτικό σύστημα στην αντιμετώπιση της ασθενούς, δεδομένου ότι ο καρκίνος του μαστού είναι μια μακροχρόνια νόσος, έτσι και η σχέση των λειτουργιών υγείας και της οικογένειάς θα είναι μακρά.

Όταν η οικογένεια επιτελεί τον ψυχολογικό, υποστηρικτικό ρόλο της, δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως ξεκομμένη κοινωνική ομάδα, αφού την αποτελεσματικότητα της στον τομέα αυτό έχει ανάγκη βοήθειας και καθοδήγησης που μόνο η πολιτεία μπορεί να προσφέρει.

Δεκάδες μελέτες έχουν αποδείξει ότι τόσο η κατάσταση της ασθενούς όσο και η ανταπόκριση της οικογένειας στο έργο της βελτιώνονται όταν πλαισιώνονται απ' την γνώμη και καθοδήγηση ειδικών. Χωρίς αυτή, προβλήματα μπορούν εύκολα να προκύψουν όταν τα μέλη που έχουν αναλάβει την υποστήριξη της ασθενούς μένουν μετέωρα και ανίσχυρα.

Η επιτυχία της οικογένειας να υποστηρίξει ψυχολογικά και αποτελεσματικά την καρκινοπαθή εξαρτάται από την ικανότητα που έχει η οικογένεια να κρατά την ασθενή στους σωστούς προσωπικούς της στόχους. Με αυτή την προϋπόθεση η οικογένεια θα πρέπει να επικεντρώσει τα αποθέματα γνώσεων και δύναμης που διαθέτει στα εξής σημεία:

- συναισθηματική υποστήριξη :Το χαρακτηριστικό αυτό αφορά τη συμπεριφορά εκείνη της οικογένειας η οποία σκοπό έχει να διαβεβαιώσει την ασθενή ότι

εξακολουθούν οι αγαπημένοι της να τρέφουν αγάπη και εκτίμηση, ανεξάρτητα από την κατάσταση της εύκολα γίνεται αντιληπτή η σημασία του χαρακτηριστικού αυτού για την ασθενή που βρίσκεται κάτω από συναισθηματική πίεση.

- κοινωνική σύνδεση: αναφέρεται στην ανάγκη της ασθενούς για επαφή και επικοινωνία με άλλους ανθρώπους και είναι μέλημα της οικογένειας να την ενθαρρύνει σ' αυτό. Η υποστήριξη από άλλους ανθρώπους, φίλων, συγγενών, γειτόνων, είναι η καλύτερη πηγή δύναμης για την πάσχουσα. Γιατί οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν μια πιεστική κατάσταση, όταν κινητοποιούνται και συνδέονται με άλλους μπορούν να απολύουν τα αισθήματα τους της μοναξιάς και της απομόνωσης. Αν αυτά τα άτομα παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα υγείας με την ασθενή μπορούν να πάρουν πληροφορίες και να αντλήσουν σιγουριά.

- διατήρηση της κοινωνικής ταυτότητας της ασθενούς: αναφέρεται στο βαθμό κοινωνικής ένταξης της ασθενούς, η οικογένεια της ασθενούς θα πρέπει με θυσίες, προσωπικές συχνά, να διατηρήσει τους ήδη υπάρχοντες κοινωνικούς δεσμούς ή να αποκαταστήσει τους ήδη χαλαρούς. Η χαλάρωση των δεσμών της ασθενούς με τον κοινωνικό περίγυρο οδηγεί στη μη υγιή κατάσταση της απομόνωσης και μοναξιάς. Άρα οι κοινωνικοί δεσμοί βοηθούν στη διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου, πράγμα πολύ σημαντικό κατά την περίοδο μιας κρίσης όπως αυτή της κακοήθους νεοπλασίας.

Μεταξύ άλλων ερευνητών, ο Valom έχει πειραματιστεί με την επίδραση του φιλικού περιβάλλοντος σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο του μαστού, έρευνα έδειξε πως οι γυναίκες που συμμετείχαν σε φιλικές συγκεντρώσεις ήταν λιγότερο ανήσυχες και μελαγχολικές από εκείνες που δεν συμμετείχαν σε παρόμοιες φιλικές συγκεντρώσεις.

- πληροφόρηση της ασθενούς: η πληροφόρηση σαν είδος υποστήριξης της ασθενούς με κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού είναι σημαντική και αποτελεί και θέμα της οικογένειας της ασθενούς. Υπερπροστατευτική απόκρυψη της αλήθειας από την ασθενή είναι ο συνηθέστερος τρόπος αντίδρασης της οικογένειας αν και τα τελευταία χρόνια μοιάζει να κερδίζει έδαφος η ανοιχτή επικοινωνία αφού οι ειδικοί έχουν προχωρήσει σ' αυτό τον τομέα φάνηκαν θετικά αποτελέσματα.

Η ανοιχτή επικοινωνία δεν είναι εύκολη αλλά δεν είναι και πανάκεια για κάθε οικογένεια που αντιμετωπίζει τον καρκίνο. Ένας παράγοντας που συμβάλλει στις δυσκολίες για επικοινωνία είναι ο διαφορετικός βαθμός επιθυμίας για των μελών της οικογένειας.

Πολλές γυναίκες με μαστεκτομή περίμεναν περισσότερη συζήτηση με τους συντρόφους τους οι οποίοι όμως δεν είχαν την ίδια επιθυμία να συζητήσουν και γιατί νόμιζαν ότι μπορεί να δημιουργήσουν αρνητικά συναισθήματα και να παρεμποδίσουν την καλή προσαρμογή των συζύγων τους. Ακόμα πολλά ζευγάρια αναφέρουν σαν μυστικό της επιτυχίας τους ότι ποτέ δεν συζήτησαν για τον καρκίνο. Σ' αυτή την περίπτωση όμως δεν πρέπει να μιλήσουμε για ανικανότητα επικοινωνίας αλλά μάλλον έχουμε να κάνουμε συνειδητή επιλογή των ζευγαριών.

Η οικογένεια θα πρέπει να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στην ασθενή, με τέτοιο τρόπο όμως, που να μην εκλαμβάνεται ως πίεση από την ασθενή με αποτελέσματα να την αποθαρρύνει. Επίσης, τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να επιλέγουν προσεκτικά τη χρονική στιγμή που θα προσφέρουν υποστήριξη στην ασθενή.

Σε έρευνα των Burton και Parker ασθενείς ρωτήθηκαν για την υποστήριξη από συζύγους, άλλα μέλη της οικογένειας, φίλους και θρησκευτικές ομάδες. Ειδικότερα γυναίκες ρωτήθηκαν αν είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν τα συναισθήματα τους για την εγχείρηση της μαστεκτομής με τα παραπάνω πρόσωπα. 12% δήλωσαν ότι δεν είχαν ή δεν χρησιμοποίησαν καμιά πηγή υποστήριξης, 21% μια πηγή, 35% δυο πηγές, 28% τρεις πηγές και 4% τέσσερις πηγές. Στην ίδια όμως έρευνα παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν ο αριθμός των πηγών υποστήριξης τόσο αυξανόταν ο δείκτης κατάθλιψης των ασθενών. Αυτό ίσως να οφειλόταν ακριβώς στο stress που ασκείται από ένα ευρύτερο δίκτυο στον ασθενή.

Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη από πλήρη ενημέρωση και εκπαίδευση προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες της ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Να δώσουν και να πάρουν υποστήριξη έτσι ώστε να βοηθηθεί η οικογένεια σε αυτό το ψυχοθεραπευτικό ρόλο που της ζητάμε να παίξει.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί τη φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη.

Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται σε 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής πρόληψη.

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα υγείας. Στην προκειμένη περίπτωση στην προστασία από καρκίνο του μαστού.

Η Δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια (καρκίνο του μαστού) και να τη θεραπεύσει αποτελεσματικά. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια σε περίπτωση σε περίπτωση δε που αυτό δεν είναι δυνατό να περιοριστεί η εξέλιξη της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες.

Η Τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια (συγκεκριμένα ο καρκίνος του μαστού) και στην αποκατάσταση των ατόμων παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας.¹⁷

11.1 Νοσηλευτικός ρόλος στην πρόληψη του καρκίνου του μαστού

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 (γενική ατμοσφαιρική, ειδική βιομηχανική ρύπανση).

Η νοσηλεύτρια, ως μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση του κοινού σχετικά με την ανίχνευση και την πρόληψη 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, 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 πολιτικής, 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 εκτίμηση και διαφώτιση των ασυμπτωματικών γυναικών, η παιδεία της νοσηλεύτριας πρέπει να λαμβάνει:

- α) Γνώσεις για τον καρκίνο του μαστού και τη φυσική του εξέλιξη
- β) Γνώση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων
- γ) Ικανότητα λήψης καλού ιστορικού
- δ) Ικανότητα φυσικής εκτίμησης
- ε) Γνώση των αποδεκτών τρόπων παρεμβολής

στ) Ικανότητα στην άσκηση Αγωγής Υγείας σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Επειδή οι γνώσεις που διαθέτουν τα άτομα για τον καρκίνο του μαστού δεν είναι πάντοτε αρκετές, σύγχρονες και αποτελεσματικές, οι υπεύθυνοι επιστήμονες Αγωγής Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές κτλ) έχουν χρέος να παρέχουν πρόσφατες και ανανεωμένες, άγκυρες γνώσεις στα άτομα της κοινότητας.

Όπως προκύπτει η αγωγή υγείας στοχεύει όχι μόνο στο να αποκτήσει ο γυναικείος πληθυσμός γνώσεις που αφορούν τον καρκίνο του μαστού αλλά στη διαμόρφωση συμπεριφοράς έστω κι αν οι γνώσεις (που αφορούν την πρόληψη) αποτελούν την προϋπόθεση για την εποικοδόμηση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Για να γίνει αυτό κατανοητό, δεν αρκεί να γνωρίζουν οι γυναίκες πως η αυτοεξέταση του μαστού οδηγεί σε έγκαιρη ανίχνευση όγκου στο μαστό με αποτέλεσμα την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση και την καλύτερη πρόγνωση, αλλά χρειάζεται να εφαρμόζουν περιοδικά την αυτοεξέταση των μαστών.

11.2 Πρωτογενής πρόληψη και νοσηλευτικός ρόλος

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 διαιτολογία, να βλέπει τις παρεκκλίσεις αφού γνωρίζει ότι η διατροφή αποτελεί τη βασικότερη ίσως παράμετρο του μικροπεριβάλλοντος και για το λόγο αυτό θεωρείται πιθανός αιτιολογικός παράγοντας για τον Ca του μαστού. Συνιστά την αποφυγή λίπους ζωικής προέλευσης και υποδεικνύει τη χρήση λαχανικών, φρούτων και βιταμινών C+A.

Ενισχύει την προσπάθεια του κοινού για την βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του. Στόχος της είναι να επενδύονται στην καθημερινότητα της ζωής υγιεινές συνήθειες κατά προληπτικά μέτρα κατά του Ca, 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 ακτινολογικών παραγόντων του Ca.

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

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

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

Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- κοινωνικοοικονομικοί
- έλλειψη μόρφωσης
- ψυχολογικοί παράγοντες όπως φόβος, σεμνοτυφία και ντροπή, αποφυγή ψηλάφησης του μαστού, αρνητισμός, κατάθλιψη.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τις γυναίκες να προσέρχονται στα ειδικά κέντρα για περιοδικές εξετάσεις, ενώ παράλληλη προσπαθεί να τις απαλλάξει από την καρκινοφοβία του θανάτου.

Όταν υπάρχουν ενδείξεις ή υπόνοιες για καρκίνο του μαστού προτρέπει τη γυναίκα να κάνει ιατρική εξέταση και στη συνέχεια, αφού προηγήθηκαν οι σχετικές διαπραγματεύσεις, ετοιμάζει την εισαγωγή της στο νοσοκομείο. Έχει ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού

Διαφώτιση του κοινού για μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η νόσος του αναπόφευκτου θανάτου αν δεν θεραπευτεί, της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα που δεν είναι τόσο σοβαρά.²³

11.3 Δευτερογενής πρόληψη και νοσηλευτικός ρόλος

Στη δευτερογενή πρόληψη ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσουν οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στη προσυμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωϊμότερο στάδιο.

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.

Η δευτερογενής πρόληψη των κακοηθών νεοπλασμάτων βασίζεται στη προσυμπτωματική τους διάγνωση κατά τη διάρκεια της προδιηθητικής φάσεως (in situ phase) ή , σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.⁸

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

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

Μαζική ή γενική (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 :

- Διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους
- Δεν κοστίζουν ακριβά
- Ακριβή στην πρόιμη εντόπιση
- Παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων
- Ανώδυνα
- Εφαρμοσμένα από νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία⁶

Μέθοδοι διενέργειας προσυμπτωματικού ελέγχου :

Όταν μια γυναίκα αντιμετωπίζει πρόβλημα με τους μαστούς της ,αποφασίζει σχετικά εύκολα να προσέλθει για εξέταση όταν όμως πρόκειται για προσυμπτωματικό έλεγχο είναι πράγματι πρόβλημα γιατί αφορά γυναίκες φαινομενικά υγιείς, δύσκολα πείθονται να προσέρχονται τακτικά για εξέταση. Συνεπώς, το σπουδαιότερο, βήμα για την επιτυχία ενός τέτοιου περιοδικού προληπτικού ελέγχου αποτελεί η προσέλκυση υγιών γυναικών για αυτό το σκοπό. Σκοπός του ελέγχου δεν είναι η διάγνωση αλλά η ανίχνευση ανωμαλιών, που στη συνέχεια θα διερευνηθούν από ειδικούς γιατρούς για να τεθεί η διάγνωση. Η εξέταση συνήθως περιλαμβάνει : α) ολοκληρωμένο ιστορικό, β) γενική φυσική η διάγνωση, γ) κλινική εξέταση, δ) αιματολογικές εξετάσεις, ε) ακτινολογικές εξετάσεις. Στις μεθόδους προσυμπτωματικού ελέγχου δεν πρέπει να παραλείψουμε τη συμβολή της αυτοεξέτασης του μαστού.

Κινητικές διαγνωστικές μονάδες

Οι «κινητές διαγνωστικές μονάδες» είναι μια πιο αποδοτική με την απαιτούμενη δαπάνη, μέθοδος προληπτικής εξέτασης για καρκίνο.

Αποτελούνται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών παραϊατρικού προσωπικού κ.α. που κινούνται συνεχώς με ειδικά αυτοκίνητα που έχουν εξεταστικά μέσα. Αυτές οι κινητικές μονάδες πηγαίνουν σε απομακρυσμένα χωριά στην επαρχία ή ακόμη και σε αστικά κέντρα με σκοπό:

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

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

Ιατρεία προκλινικής διάγνωσης

Τα ιατρεία για την ασυμπτωματική διάγνωση του καρκίνου του μαστού στηρίζουν πρωταρχικά τη λειτουργία τους όχι σε γιατρούς, αλλά σε νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συχνά πραγματοποιεί και το ρόλο των εκπαιδευτικών υγείας και δευτερευόντως σε επιστήμονες συμπεριφοράς και διάφορους τεχνικούς. Γιατροί υπάρχουν μόνο ως σύμβουλοι. Έτσι, η εξέταση δεν είναι δαπανηρή. Η εξεταζόμενη συμπληρώνει μόνη της ένα είδος ερωτηματολογίου. Ο έλεγχος σε αυτά τα προγράμματα είναι προκλινικά δεν βλέπουμε δηλαδή αν η εξεταζόμενη πάσχει από καρκίνο μαστού, αλλά αν διατρέχει υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου αυτού του είδους.

Εκτίμηση προγραμμάτων περιοδικού ελέγχου

Τα αναμενόμενα από ένα περιοδικό έλεγχο για ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι:

- Παράταση επιβίωσης (στην ομάδα ηλικιών 50-64, μείωση θνησιμότητας κατά 30%)
- Χαμηλότερα ποσοστά προχωρημένης νόσου και επομένως λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο δαπανηρή και λιγότερο κουραστική θεραπεία.

Είναι όμως αδύνατο να εκτιμηθούν, με οποιαδήποτε ακρίβεια, τα μακροπρόθεσμα οφέλη από μαζικά προγράμματα περιοδικού ελέγχου, επειδή:

- Η χρονική διάρκεια των ανιχνευτικών προγραμμάτων είναι ακόμα σχετικά βραχεία
- Ο αριθμός των ατόμων που υποβάλλονται σε περιοδικό έλεγχο σε διάφορες μελέτες είναι σχετικά μικρός
- Η επιτυχία των προγραμμάτων εξαρτάται από την εμπειρία και την αφοσίωση της ομάδας που έχει την ευθύνη εφαρμογής των προγραμμάτων ελέγχου μαστού.

Τα μειονεκτήματα του περιοδικού ελέγχου είναι :

- Δαπάνη για το κοινωνικό σύνολο
- Καρκίνος από την έκθεση στην ακτινοβολία μετά από μαστογραφίες

- Αύξηση του αριθμού των εγχειρητικών επεμβάσεων
- Ψυχικά τραύματα σε άτομα που δε βρέθηκε καρκίνος από τον έλεγχο
- Ψυχικά τραύματα σε άτομα που βρέθηκε καρκίνος.¹⁶

Στη δευτερογενή πρόληψη η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη για :

- α) λήψη καλού ιστορικού
- β) κλινική εξέταση
- γ) αυτοεξέταση του μαστού

α) Λήψη καλού 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 τον ασθενή. Οι σπουδαιότερες απ' αυτές είναι : **ηλικία, τεκνοποίηση, αναπαραγωγική κατάσταση** (προ- 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 τη λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνονται και ειδικές ερωτήσεις όπως :

- α) ποιο είναι , αν υπάρχει, το κύριο σύμπτωμα
- β) πότε εμφανίστηκε
- γ) πώς ανακαλύφθηκε
- δ) πώς εξελίχθηκε
- ε) πόσο καθυστέρησε ο 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 στον ασθενή, για να πληροφορηθούμε, σε περίπτωση νόσου, πώς άρχισε, πότε άρχισε, πώς εξελίχθηκε, να βγάλουμε μερικά συμπεράσματα για τη διάγνωση, αλλά και για την πιθανή πρόγνωση της νόσου. Γυναίκες που πήγαν στο γιατρό με 12μηνη 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 3μηνών 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 προβλήματά τους.

Το νοσηλευτικό ιστορικό θα 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 καθοδηγήσει σε μια ανταλλαγή πληροφοριών, στην οποία θα βασιστεί 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 στο νοσοκομείο, τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση της και τους διαθέσιμους πόρους.

β. Κλινική εξέταση

Όσο σημαντική είναι η αξία ενός καλού ιστορικού άλλο τόσο σημαντική, για την πρόωμη 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 το παραβάν 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 αυτόν τον τρόπο ανακουφίζει ή και εξουδετερώνει το φόβο, τη νευρικότητα και τη συστολή της ασθενούς, που ελαττώνουν την ικανότητά 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 ετοιμαστεί να απαντήσει
- τη βοηθάει με επαρκείς εξηγήσεις να πάρει θέση κατάλληλη για το είδος της κλινικής εξέτασης .

- **Επισκόπηση**

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

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

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

- **Ψηλάφηση**

Για την ψηλάφηση, η γυναίκα τοποθετείται σε ύπτια θέση.

Με την ψηλάφηση ελέγχουμε:

- την παρουσία μάζας

- 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 τη θηλή προς τη περιφέρεια, ψηλαφούμε με όλο το μαστό. Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζεται κατά 80% με μάζα, η οποία συνήθως ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες.

Για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης των μαστών με την ψηλάφηση, 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 της 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 μασχαλιαίες κοιλότητες. Η εξέταση γίνεται με την ασθενή καθισμένη, και την νοσηλεύτρια να κρατά με το χέρι το χέρι της εξεταζόμενης, ώστε να επιτυγχάνεται χαλάρωση της ώριμης ζώνης. Για την ψηλάφηση της δεξιάς μασχάλης πρέπει να χρησιμοποιείται, από τη νοσηλεύτρια που πραγματοποιεί την εξέταση, η αριστερή παλάμη και το αντίθετο.
- επίσης σωστό είναι, εκτός από τις μασχάλες, να εξετάζονται και οι υπερκλειδίοι καθώς και το δεξιό υποχόνδριο, αν υπάρχει ψηλαφητό ήπαρ σε περιπτώσεις όγκου στο μαστό.⁶

γ. Αυτοεξέταση μαστού

Ο σκοπός της

Η αυτοεξέταση, αν γίνεται τακτικά και με σωστό τρόπο, θεωρείται από την πλειοψηφία των ειδικών ως το καλύτερο και απλούστερο «όπλο» για να κερδίσουμε τον πόλεμο κατά του μαστού. Όμως, η σποραδική και χωρίς ειδικές γνώσεις παρατήρηση ή ψηλάφηση των μαστών δεν θεωρείται αυτοεξέταση. Η αυτοεξέταση προτάθηκε ως μέθοδος έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού πριν από 70 περίπου χρόνια. Το βασικό σκεπτικό ήταν πως, αφού οι περισσότερες γυναίκες ανακαλύπτουν οι ίδιες την ύπαρξη του καρκίνου στο μαστό τους, θα ήταν καλύτερα η καθεμιά να μάθει πώς να εξετάζει σωστά το στήθος της, έτσι ώστε να μπορεί να ανακαλύπτει τον καρκίνο ή άλλη ανωμαλία σε όσο τον δυνατόν πιο αρχικό στάδιο. Η αυτοεξέταση είναι μια απλή πρακτική που βοηθά τις γυναίκες. Όμως θα πρέπει να γίνει σαφές ότι από μόνη της δεν αποτελεί μέθοδο που εγγυάται την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου. Μόνο αν συνδυάσει με την τακτική κλινική εξέταση από δυνατό να επιτευχθεί η διάγνωση του καρκίνου σε γραφιά είναι δυνατό να επιτευχθεί η διάγνωση του καρκίνου σε αρχικά στάδια και να υπάρχει κατά συνέπεια η δυνατότητα καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

α) πλεονεκτήματα ΑΕΜ

- Τα πλεονεκτήματα της αυτοεξέτασης μαστού είναι τα παρακάτω:
- Είναι μέθοδος πρώιμης διάγνωσης και πρόληψης του καρκίνου του μαστού
 - Είναι εύκολη στην εφαρμογή της
 - Είναι ακίνδυνη
 - Δεν κοστίζει τίποτε. Χρειάζονται μόνο 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.

β) μειονεκτήματα 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 να δημιουργηθεί αίσθημα ενοχής από τις γυναίκες ότι δεν πραγματοποιούν σωστά την αυτοεξέταση
- Πιθανόν η γυναίκα να εφησυχάσει από την αρνητική αυτοεξέταση, οπότε μπορεί να εξετασθεί 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 τίποτα άλλο. Οι γυναίκες δε γνωρίζουν για πιθανά άλλα συμπτώματα ή σημεία του καρκίνου του μαστού που θα έπρεπε να αναζητούν.

γ) Ποιες γυναίκες πρέπει να κάνουν ιδιαίτερα 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 μάθει για την ΑΕΜ και να την εφαρμόζει. Αυτό εκτός από τον παράγοντα ενημέρωση που πρέπει να γίνεται με διαλέξεις έντυπα και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, 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 μαστοθεραπεία 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, ώστε να μην ξεχνιέται.

Ο καλύτερος χρόνος για να γίνεται η εξέταση είναι 7-8 μέρες μετά την έναρξη της περιόδου, για τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες. Για τις γυναίκες που λαμβάνουν

αντισυλληπτικά χάπια, η ΑΕΜ πρέπει να γίνεται την πρώτη μέρα του κύκλου λήψης των αντισυλληπτικών.

Για τις γυναίκες που λαμβάνουν συνεχώς προγεστερονικά σκευάσματα συνίσταται 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 συνηθίζουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη μέρα 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 δε θέλουμε οι γυναίκες που εξετάζουν τους μαστούς τους πολύ συχνά ούτε πολύ αραιά, κατά κάποιο 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 ψηλαφητού. 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 συμβουλευόμαστε τις γυναίκες να κάνουν ΑΕΜ κατά μηνιαία διαστήματα, συνιστώντας σε αυτές να μην ψηλαφούν συνεχώς τους μαστούς τους και να μην σκέφτονται την νόσο του μαστού. Οι γυναίκες που δεν έχουν φτάσει στην εμμηνόπαυση είναι σημαντικό να διαλέγουν τη σωστή φάση του μηνιαίου κύκλου για την ΑΕΜ. Στις περισσότερες γυναίκες, υπάρχει σημαντική αγγειακή διόγκωση των μαστών στην προεμμηνοπαυσιακή 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 οξειδιακή 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

Πώς γίνεται η Αυτοεξέταση Μαστού

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

α. Επισκόπηση

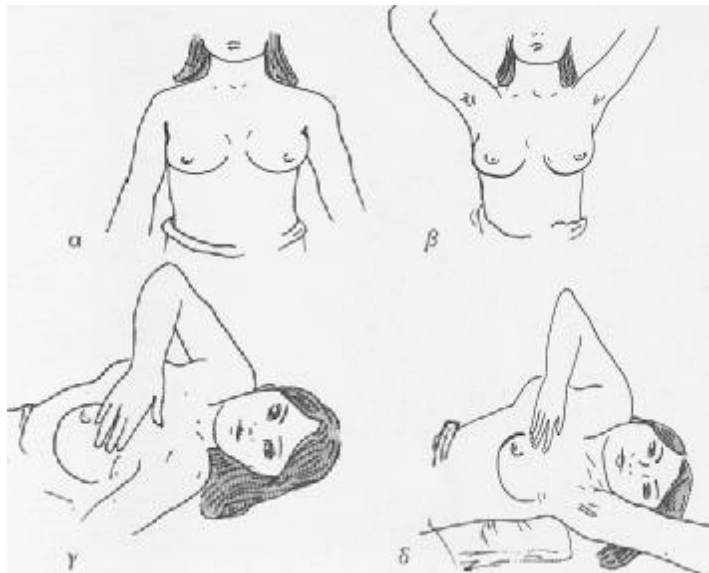
Το πρώτο βήμα στην ΑΕΜ είναι η προσεκτική επισκόπηση των μαστών μπροστά σε καθρέπτη. Η γυναίκα γυμνή απ' τη μέση και πάνω παρατηρεί τους μαστούς της σε όρθια στάση με τα χέρια στη μεσολαβή, πιέζοντας σφιχτά πάνω στη λεκάνη και με προτεταμένο το θώρακα με τα χέρια στην ανάταση και στο τέλος , με τα χέρια πίσω και γέρνοντας προς τα εμπρός ώστε οι μαστοί να αιωρούνται κάπως.

β. Ψηλάφηση

Το δεύτερο βήμα είναι να ξαπλώσει η γυναίκα σε κρεβάτι ή καναπέ. Το σύστοιχο χέρι , με την πλευρά που πρόκειται να εξεταστεί πρώτη, πρέπει να υψώνεται πάνω από το κεφάλι και ένα μικρό μαξιλάρι ή μια τυλιγμένη πετσέτα να τοποθετείται κάτω απ' 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. Έχοντας συμπληρώσει τη ψηλάφηση της στο έσω ημιμόριο του μαστού και του κατώτερου άκρου, η γυναίκα

είναι έτοιμη να εξετάσει το έξω ημιμόριο του μαστού και ακολούθως τη μασχάλη. Το άνω έξω τεταρτημόριο είναι και το πιο δύσκολο στην εξέταση, επειδή είναι το πιο συμπαγές τμήμα του μαστού, γι' αυτό και πρέπει να συγκεντρώσει τη 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 τη θηλή του μαστού χωρίς να παραλείπεται φυσικά η μασχάλη.

Κατόπιν, ψηλαφίστε το μαστό κυκλικά σε ομόκεντρους κύκλους και από την περιφέρεια προς τη θηλή. Μη παραλείψετε να εξετάσετε σχολαστικά την περιοχή μεταξύ μαστού και μασχάλης. Ψηλαφίστε προσεκτικά τη μασχάλη.²⁴



11.4 ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

-Γιατί είναι σημαντικός ο προσυμπτωματικός έλεγχος με μαστογραφία.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού ισχύει πως, όσο πιο μικρός είναι αυτός σε μέγεθος όταν ανακαλύπτεται, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες να θεραπευτεί. Ένα όγκος στο μαστό γίνεται συνήθως αντιληπτός με τη ψηλάφηση, όταν αποκτήσει μέγεθος λίγων χιλιοστών. Έχει υπολογιστεί ότι στην εποχή μας το 30% των καρκίνων διαγιγνώσκете μόνο από την μαστογραφία. Επίσης, η αρμόδιοι επιστημονικοί φορείς θεωρούν ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών στους τακτικούς προσυμπτωματικούς έλεγχους με μαστογραφία αποτελεί τη βασικότερη αιτία που μειώθηκαν τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες.

1. Αξιοπιστία μαστογραφίας

Όπως και όλες οι άλλες ιατρικές εξετάσεις, έτσι και η μαστογραφία εμφανίζει κάποιους περιορισμούς στις διαγνωστικές δυνατότητες της. Σ' ότι αφορά την περίπτωση του καρκίνου οι περιορισμοί εμφανίζονται με δυο μορφές : η πρώτη, ενώ υπάρχει καρκίνος, αυτός να μη φαίνεται, στη μαστογραφία, οπότε γίνεται λόγος για «ψευδώς αρνητική» μαστογραφία, και η δεύτερη, η μαστογραφία να δείχνει μια αλλοίωση, η οποία να εκλαμβάνεται ως καρκίνος, αλλά στη βιοψία που ακολουθεί αυτό να μην επαληθεύεται. Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται λόγος για « ψευδώς θετική» μαστογραφία. Τα «ψευδώς αρνητικά» ευρήματα είναι συχνότερα σε νεότερες γυναίκες με πυκνά στήθη και σε γυναίκες που βρίσκονται σε θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Το ποσοστό των « ψευδώς αρνητικών» υπολογίζεται ότι αποτελεί περίπου το 10% των περιπτώσεων, δηλαδή 1 στα 10 περιπτώσεις καρκίνου δεν γίνεται αντιληπτή στη μαστογραφία. Τα « ψευδώς θετικά» ευρήματα οδηγούν σε άσκοπες βιοψίες, με όλη την αναστάτωση και τις ταλαιπωρίες που προκαλούν στις γυναίκες. Εκτιμάται ότι το ποσοστό των « ψευδώς θετικών» ευρημάτων κυμαίνεται γύρω στο 5%. Και στις δυο περιπτώσεις η κλινική εξέταση του γιατρού και η κυτταρολογική εξέταση του γιατρού και η κυτταρολογική εξέταση υλικού που λαμβάνεται από τη βλάβη, με παρακέντηση με λεπτή βελόνα, συμβάλλουν στη βελτίωση της διάγνωσης. Τέλος η διαγνωστική ακρίβεια της μαστογραφίας « βελτιώνεται» από την καλή εκπαίδευση και εργασία του τεχνικού που θα την κάνει και , βεβαίως του ακτινολόγου γιατρού που θα την « διαβάσει». ²⁵

Η μαστογραφία έχει φέρει την επανάσταση στην έγκαιρη ανίχνευση των όγκων του μαστού αλλά δεν είναι αλάνθαστη. Η αποτελεσματικότητα της σήμερα είναι πολύ μεγαλύτερη απ' ότι πριν 30 χρόνια , όταν πολλοί όγκοι δεν ανιχνεύονταν, αλλά αρκετοί καρκίνοι εξακολουθούν να εντοπίζονται αργά. Η μόνη απάντηση είναι η συνεχής εγρήγορση το υψηλό υποψίας και η απόφαση να μην ξεχνά κανείς το στρατιωτικό αξίωμα «έσο πάντα έτοιμοι για το χειρότερο».

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Γνώση είναι δύναμη. Η ενημέρωση για τον καρκίνο του μαστού πλέον δεν είναι ταυτόσημη με την απαισιοδοξία και τον αρνητισμό, όπως πριν από 10 χρόνια αλλά καταφέρνει να προκαλεί συνειρμούς αισιοδοξίας και ελπίδας. Στα κεφάλαια της εργασίας που προηγήθηκαν προσπάθησα να παρουσιάσω το πρόβλημα εκτενέστερα όπως αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί. Μετά από μελέτη του θέματος έκκρινα πως το πιο αποτελεσματικό όπλο για την αντιμετώπιση του είναι η έγκαιρη διάγνωση. Προσπάθησα με όσο το δυνατό πιο απλό και κατανοητό τρόπο να δώσω αναγκαίες πληροφορίες. Όχι για να μετατρέψει όλες τις γυναίκες σε ερασιτέχνες γιατρούς, αλλά για να δώσει τα απαραίτητα στοιχεία, ώστε οι επιλογές τους να είναι υπεύθυνες και συνειδητές. Η γνώση των παραγόντων που προδιαθέτουν την πάθηση μπορεί να φανεί χρήσιμη, προκειμένου να προστατευτούμε από τη νόσο. Στο χέρι μας είναι λοιπόν να φροντίσουμε να ενημερωθούμε, γιατί η ενημέρωση και η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σώζουν ζωές.

ΒΙΒΛΙΟΤΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κακλαμάνης Νικήτας – Κάμμιας Αντώνης, Η ανατομική του ανθρώπου , εκδόσεις Μ- Edition, Αθήνα 1998
2. Παπανικολάου Ν.Α., Γυναικολογική νοσολογία, Επιστημονικές εκδόσεις Παριζιάνου , Αθήνα 1995
3. Λώκης Δημήτριος, Γυναικολογία και Μαιευτική, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, τόμος πρώτος 1998
4. Παπανικολάου Ν.Α , Γυναικολογία , Έκδοση Γ, Επιστημονική Έκδοση Παριζιάνος, Αθήνα 1994
5. Αποστολίδης Σ.Ν., Πανουσόπουλος Γ.Δ , καρκίνος του μαστού- Σύγχρονες απόψεις , Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1998
6. Κονιάρη ε., Καρκίνος Μαστού- Νοσηλευτική Παρέμβαση, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991
7. Πινακίδης Μ. Μπούτης Λ, Καρκίνος του μαστού, Έκδοση Α, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη 1993
8. Τριχοπούλου Α. , Τριχόπουλος Δ. ,Προληπτική Ιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις : Γ.Κ Παρισιάνος, Αθήνα 1986
9. Παπανικολάου Νίκος : Γυναικολογική ιατρική , Εκδόσεις: Λίτσας Αθήνα 1993
10. Φιλόπουλος Ευάγγελος, Ας γνωρίσουμε το στήθος μας, Ανέκδοτη πρόταση, Αθήνα 1993
11. Stain Μ. ,Παθολογία , έκδοση 4^η , Εκδόσεις Παυλίδη, τόμος 2^{ος} Αθήνα 1998
12. Τσιγκουράκος Δ. Η συμβουλή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του καρκινοπαθούς από τη σκοπιά του κλινικού ογκολόγου, «ελληνική Ογκολογία», 1993
13. Salve και υγεία, τεύχους Νο 3, Οκτώβριος 2003, όλα για το στήθος, Εκδόσεις Hachatte- Rizzoli
14. Malgar;inoy Μ.Α Κωνσταντινίδου, Σ.Φ : Νοσηλευτική παθολογική Χειρουργική Τόμος Β' Μέρος 2^ο , Έκδοση 17^η : εκδόσεις : « η Ταβιθά», Αθήνα 1996
15. Σαχίνη- Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, 2^{ος} τόμος , Β' Έκδοση , εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997
16. Med Β, Θέματα Μαιευτικής- Γυναικολογίας, τρίμηνο περιοδικό της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων, Τόμος ΣΤ, Τεύχος 1, Ιαν- Μάρτιος 1992
17. Κυριακίδου Ε.Θ. Κοινοτική νοσηλευτική, έκδοση 2^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 1997
18. Danbert T., Strategic planning in homecera, Am I Nurs, 1987
19. Warhola C, Planning For home health Servises : a resoyrce handboot. Public health service, Washington, 1980
20. Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας, Cancern Pain Relief, για Ελληνική Έκδοση ΒΗΤΑ, Ιατρικές εκδόσεις ΕΠΕ, 1993
21. Ιακωβίδης Β ,Ανακοίνωση της Διάγνωσης του Καρκίνου – Μεθοδολογία, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1998.
22. Τζωρτζίνη Ι. Οι ανάγκες της οικογένειας που υποστηρίζει ασθενή με καρκίνο «Ελληνική Ογκολογία» , 1994
23. Κονιάρη Ε. , Μετεγχειρητική αποκατάσταση στον Καρκίνο Μαστού- Συμβολή του νοσηλευτή στην Αποκατάσταση- Εκπαίδευση,, Εκδόσεις ελληνική αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1998

24. Austoken Soan “ Πρόληψη και Έγκαιρη Διάγνωση του Καρκίνου, ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας ”, προληπτικός Έλεγχος και αυτοεξέταση για καρκίνο μαστού. Μετάφραση και διασκευή Βασιλόπουλος Π Περικλής, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος Αθήνα 1997.
25. Φιλιππόπουλος Ευάγγελος « η πρόληψη του καρκίνου του μαστού- Η μαστογραφία και τα μυστικά της, Δημοσιογραφικός οργανισμός Λαμπράκη, ειδική έκδοση VITA, Οκτώβριος 2003
26. Dr Stuttaford Thomas Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μαστογραφίας, εφημερίδα «The Times» Οκτώβριος 2003

*Την αφιερώνω στους γονείς
μου και στην αδερφή μου
Κωνσταντίνα*