

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΕΞΑΜΗΝΟ: ΠΤΥΧΙΟ Α' (ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ)**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ**

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ::  
Κα ΦΙΔΑΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:  
ΚΟΥΜΟΥΤΣΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑ**

**Φεβρουάριος 2003**

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΕΞΑΜΗΝΟ: ΠΤΥΧΙΟ Α' (ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ)**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ**

**ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
Κα ΦΙΔΑΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:  
ΚΟΥΜΟΥΤΣΟΥ ΟΥΡΑΝΙΑ**

# ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1. Ανατομία του μαστού.....	10
1.2. Φυσιολογία του μαστού.....	12
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου του μαστού.....	13

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. Παθολογία του μαστού-Κακοήθεις όγκοι του μαστού.....	14
2.1. Διηθητικός Καρκίνος.....	14
2.1.1. Διηθητικός Πορογενής Καρκίνος.....	14
2.1.2. Διηθητικός Λοβιακός Καρκίνος .....	15
2.2. Μη Διηθητικό (in situ) Καρκίνωμα.....	15
2.2.1. Ενδοπορικό καρκίνωμα .....	15
2.2.2. Λοβιακό καρκίνωμα in situ.....	16
2.3 Νόσος του Paget.....	16
2.4 Μελάνωμα του Μαστού.....	16
2.5 Λέμφωμα του Μαστού.....	16
2.6 Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού.....	17
2.7 Αγγειοσάρκωμα.....	17
2.8 Μεταστάσεις στο Μαστό από άλλους πρωτοπαθούς όγκους. ....	17

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού.....	18
---	----

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. Αιτιολογία καρκίνου του μαστού.....	20
4.1 Ηλικία.....	20
4.2 Οικογενειακό ιστορικό.....	20
4.3 Γενετικοί παράγοντες.....	21
4.4 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	21
4.5 Ορμονικοί παράγοντες.....	22
4.6 Υπολείμματα φυτοφαρμάκων και καρκίνος του μαστού.....	23

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Κλινική εικόνα-Οδηγιά συμπτώματα.....	24
5.1.1 Τα συμπτώματα παθήσεων του μαστού που οδηγούν σε εξειδικευμένα κέντρα.....	24
5.1.2 Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού .....	24
5.2 Μεταστάσεις.....	25

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6. Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	26
6.1 Κλινική Εξέταση.....	26
6.1.1 Λήψη Ιστορικού.....	26
6.1.2 Φυσική Εξέταση Μαστού.....	26
6.1.3 Αυτοεξέταση Μαστού.....	27
6.2 Εργαστηριακές Εξετάσεις.....	27
6.2.1 Μαστογραφία.....	27
6.2.2 Υπερηχογράφημα.....	28
6.2.3 Διαφανοσκόπηση.....	28
6.2.4 Γαλακτογραφία.....	28
6.2.5 Μαγνητική Τομογραφία.....	28
6.2.6 Αξονική Τομογραφία.....	29
6.2.7 Σπινθηρογράφημα.....	29
6.2.8 Υπερηχοτομογραφία.....	30

6.2.9	Θερμογραφία.....	30
6.2.10	Βιολογικοί Δείκτες.....	30
6.3	Εγχειρητική Διάγνωση.....	31
6.3.1	Βιοψία.....	31
6.3.2	Προσδιορισμός Ορμονικών Υποδοχέων.....	32
6.4	Εργαστηριακά Ευρήματα.....	32
6.5	Μέθοδοι Ανίχνευσης Των Μικρομεταστάσεων.....	32
6.6	Διαφορική Διάγνωση.....	34

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ**

7	Θεραπεία Του Ca Μαστού.....	35
7.1	Χειρουργική Θεραπεία.....	35
7.1.1	Μαστεκτομή-Τύποι Μαστεκτομών.....	35
7.2	Ακτινοθεραπεία.....	36
7.3	Συστηματική Θεραπεία.....	36
7.4	Ορμονοθεραπεία.....	37
7.5	Χημειοθεραπεία.....	38
7.6	Χειρουργική Θεραπεία Μεταστατικού Καρκίνου Του Μαστού.....	39

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ**

8.1	Ενδοιασμοί Ως Προς Το Μητρικό Θηλασμό.....	40
8.2	Εγκυμοσύνη Και Καρκίνος Του Μαστού.....	41
8.3	Καρκίνος Του Μαστού Στον Άνδρα.....	41
8.4	Πρόγνωση Του Ca Μαστού.....	42

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ**

<b>9 Εκτίμηση Της Κατάστασης Της Άρρωστης.....</b>	<b>44</b>
<b>9.1 Ιστορικό Υγείας.....</b>	<b>44</b>
<b>9.2 Εκτίμηση Της Φυσικής Κατάστασης Και Συμπεριφοράς .....</b>	<b>44</b>
<b>9.3 Προβλήματα Της Άρρωστης.....</b>	<b>45</b>
<b>9.4 Σκοποί Της Φροντίδας.....</b>	<b>45</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ**

<b>10 Νοσηλευτική Παρέμβαση.....</b>	<b>46</b>
<b>10.1 Νοσηλευτική Παρέμβαση Στην Ακτινοθεραπεία.....</b>	<b>46</b>
<b>10.2 Νοσηλευτική Παρέμβαση Στη Χημειοθεραπεία.....</b>	<b>47</b>
<b>10.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση Στη Χειρουργική Θεραπεία... ..</b>	<b>47</b>
<b>10.3.1 Προεγχειρητική Παρέμβαση.....</b>	<b>47</b>
<b>10.4.1 Μετεγχειρητική Παρέμβαση.....</b>	<b>48</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ**

<b>11. Έλεγχος Συμπτωμάτων - Νοσηλευτική Παρέμβαση... ..</b>	<b>49</b>
<b>11.1 Πόνος.....</b>	<b>49</b>
<b>11.2 Εξάντληση.....</b>	<b>49</b>
<b>11.3 Αϋπνία.....</b>	<b>49</b>
<b>11.4 Κακοσμία.....</b>	<b>50</b>
<b>11.5 Θρέψη.....</b>	<b>50</b>
<b>11.6 Εικόνα Του Σώματος.....</b>	<b>50</b>
<b>11.7 Λεμφοίδημα.....</b>	<b>51</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ**

<b>12.1 Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Αρρώστου Με Κακοήθη Νοσήματα....</b>	<b>52</b>
<b>12.2 Ψυχοκοινωνικές Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....</b>	<b>52</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ-ΤΡΙΤΟ**

<b>13. Πρόληψη Καρκίνου Του Μαστού.....</b>	<b>54</b>
<b>13.1 Πρωτογενής Πρόληψη.....</b>	<b>54</b>
<b>13.2 Δευτερογενής Πρόληψη.....</b>	<b>55</b>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ-ΤΕΤΑΡΤΟ**

<b>14. Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα Με Τη Μέθοδο Της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....</b>	<b>56</b>
<b>14.1 Περίπτωση Α.....</b>	<b>56</b>

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>61</b>
--------------------------	-----------

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο άνθρωπος σαν ψυχοσωματική ύπαρξη μέσα στον κόσμο, υπόκειται σε αντίρροπες δυνάμεις που τείνουν να καθορίσουν την πορεία του στη βιολογική του ζωή.

Η ασθένεια είναι δύναμη καταλυτική που επιδρά με απειλητικά αποτελέσματα στην επιβίωση του ανθρώπου. Πόσο μάλιστα όταν δεν πρόκειται για μια απλή αρρώστεια αλλά για καρκίνο και δη για καρκίνο του μαστού.

Ο καρκίνος του μαστού αναμφισβήτητα αποτελεί μάστιγα για τη ζωή μιας γυναίκας. Η προσφορά υπηρεσιών στη γυναίκα με κακόηθες νεόπλασμα αποτελεί καθήκον και υποχρέωση τόσο του Ιατρικού όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η συγκεκριμένη εργασία δεν αναφέρει καμία καινούργια έρευνα όσο αναφορά τον καρκίνο του μαστού απλά γίνεται μια προσέγγιση του θέματος, τόσο από Ιατρικής όσο και από νοσηλευτικής πλευράς, με σκοπό να δώσει στους αναγνώστες μια εικόνα του όλου θέματος "Καρκίνος του Μαστού".

Το αισιόδοξο είναι ότι σ'όλο τον κόσμο γίνονται προσπάθειες και έρευνες για να βρεθεί κάτι καινούργιο το οποίο θα βοηθήσει στο τεράστιο πρόβλημα του καρκίνου και θα δώσει ένα μήνυμα χαράς και ελπίδας στους πάσχοντες.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι από τις περισσότερο διαδεδομένες κακοήθεις νεοπλασίες στον κόσμο ειδικότερα στη Δ. Ευρώπη και τη Β. Αμερική. Επίσης και στην Ελλάδα η διάδοση του είναι μεγάλη. Είναι γνωστό ότι στις γυναίκες κατέχει την πρώτη θέση στη συχνότητα.

Ο καρκίνος του μαστού αναφέρεται στην Ιστορία ως η πρώτη εντόπιση καρκίνου που απασχόλησε την Ιατρική Επιστήμη. Οι Αρχαίοι Έλληνες γιατροί όχι μόνο γνώριζαν τον καρκίνο αλλά είχαν κατανοήσει τη βαρύτητα αυτού. Ο Ιπποκράτης ήδη από το 450 Π.Χ. γνώριζε τον καρκίνο τον οποίο θεωρούσε νόσο της γεροντικής ηλικίας που οφείλεται κυρίως στην κληρονομικότητα.

Κατά τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται αυξανόμενη παραδοχή από τον ιατρικό κόσμο ότι η διάγνωση, αλλά και η θεραπεία του καρκίνου είναι αγχογόνες εμπειρίες. Το γεγονός αυτό έχει προκαλέσει εκτεταμένη έρευνα, καθώς και ανάπτυξη ειδικών κλινικών υπηρεσιών που σκοπό έχουν να ελαχιστοποιήσουν το άγχος και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής.

Είναι κοινά παραδεκτό ότι η ευαισθητοποίηση τόσο των γιατρών όσο και των νοσηλευτών, παίζει σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειας του καρκίνου και στη βοήθεια των καρκινοπαθών.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## 1.1. Ανατομία του μαστού

Η γνώση της ανατομικής του μαστού για τη μελέτη των παθήσεων (ή των διαφόρων καταστάσεων) είναι απαραίτητη. Έτσι είναι σκόπιμο να αναφερθούμε σε στοιχεία της ανατομικής του μαστού.

Οι μαστοί στον άνθρωπο βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα μεταξύ στέρνου και μασχάλης και εκτείνονται από τη 2<sup>η</sup>-3<sup>η</sup> πλευρά μέχρι την 6<sup>η</sup>-7<sup>η</sup> πλευρά. Κάθε μαστός έχει σχήμα περίπου ημισφαιρικό ή κωνικό και εμφανίζει δύο επιφάνειες (πρόσθια και οπίσθια) και μία περιφέρεια.

-Η πρόσθια επιφάνεια είναι υπόκυρτη και στο μέσο της βρίσκεται η θηλή, η οποία περιβάλλεται από την θηλαία άλω.

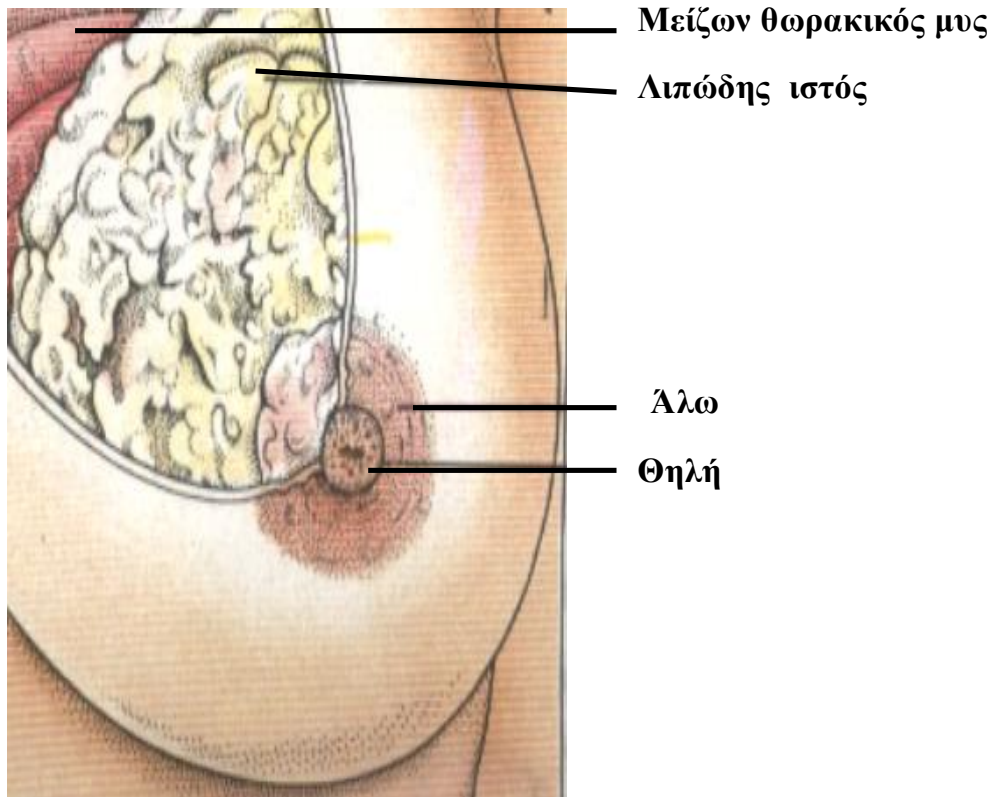
-Η οπίσθια επιφάνεια υπόκυλος αφορίζεται τελείως από τα δύο πέταλα της επιπολής περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός.

Ο μαστός από έξω προς το βάθος εμφανίζει το δέρμα-το περιμαστικό λίπος-και τον μαστικό αδένα (μαστικό σώμα).

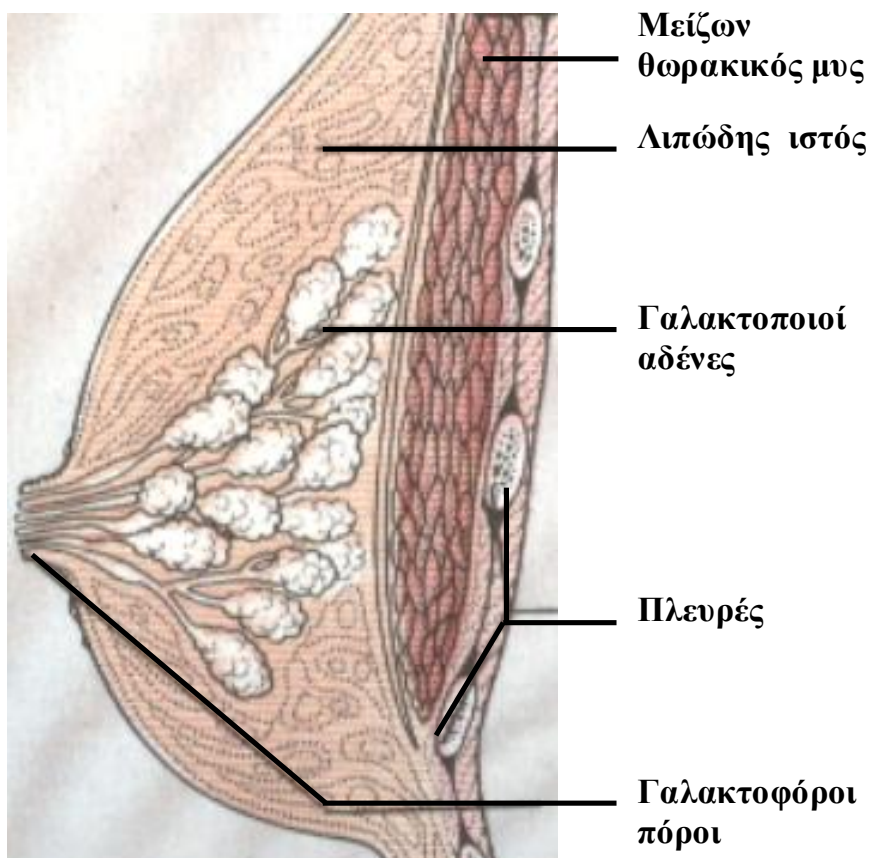
**Το δέρμα:** περιβάλλει το μαστό και διαφέρει στη θηλή και στη θηλαία άλω. Η θηλή προβάλλει στη μεσότητα της θηλαίας άλω και έχει σχήμα κυλινδρικό ή κωνικό, ενώ η θηλαία άλως περιβάλλει τη θηλή σε ακτίνα 1 έως 2,5 cm και με χρώμα βαθύτερο από το άλλο δέρμα του μαστού (καστανοκόκκινο).

**Το λίπος:** το περιμαστικό λίπος συνεχεται με το υποδόριο λίπος ενώ στην περιοχή της θηλής και θηλαίας άλω δεν υπάρχει. Στην οπίσθια επιφάνεια του μαστού είναι ελάχιστο και άφθονο μπροστά από τον μαστικό αδένα.

**Το μαστικό σώμα:** είναι στην παρθένο σαν δίσκος ενώ στην τεκούσα είναι μεγαλύτερο και ανώμαλο στο σχήμα. Η πρόσθια επιφάνειά του εμφανίζει ακρολοφίες, στις οποίες προσφύονται ινώδεις δεσμίδες που λέγονται κρεμαστήριοι σύνδεσμοι του Cooper και με τις οποίες χωρίζεται σε 15 έως 20 λοβούς. Κάθε λοβός του μαστικού αδένα έχει σχήμα πυραμίδας, με την κορυφή προς τη θηλή και τη βάση προς την περιφέρεια και εμφανίζει έναν εκφοριτικό πόρο, γαλακτοφόρο πόρο, που εκβάλλει σε ένα από τα τρίματα της κορυφής της θηλής. Οι γαλακτοφόροι πόροι πορεύονται στην αρχή μέσα στη θηλή του μαστού, παράλληλα και κοντά ο ένας με τον άλλο και ύστερα κατά τη βάση της θηλής αποκλείουν και οδεύουν προς την περιφέρεια. Κάτω από τη θηλαία άλω εμφανίζουν ανεύρυσμα, το γαλακτοφόρο κόλπο (ή λύκυθο), μέσα στο οποίο αθροίζεται το γάλα, πέρα δε απ'το ανεύρυσμα αυτό κάθε γαλακτοφόρος πόρος διακλαδίζεται σε λεπτότερους κλάδους, ο καθένας από τους οποίους απολείγει σε μια αδενοκυψέλη. Το σύνολο των αδενοκυψελών που εκβάλλουν σ'ένα κοινό μεγάλο κλάδο του γαλακτοφόρου πόρου αποτελεί ένα λόβιο του μαστικού αδένα. Έτσι το μαστικό σώμα χωρίζεται σε 15 έως 20 λοβούς και κάθε λοβός αποτελείται από περισσότερα λόβια, από μικρούς εκφοριτικούς πόρους και από ένα κοινό εκφοριτικό πόρο, το γαλακτοφόρο πόρο<sup>1</sup>.



**Εικόνα1**



**Εικόνα 2**

## 1.2. Φυσιολογία του μαστού

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 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 ωοθηκικών ορμονών και της πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης προκαλεί στο μαστό μεγάλη μεταβολή προετοιμάζοντάς τον για γαλουχία. Η μετά τον τοκετό επίδραση της προλακτίνης σ' αυτόν, δημιουργεί την έκκριση του γάλακτος. Η λειτουργική δραστηριότητα του μαζικού αδένου από την επίδραση της προλακτίνης, της αυξητικής ορμόνης αλλά και των ορμονών του φλοιού των επινεφριδίων φθάνει στη μεγαλύτερή της αύξηση κατά τη γαλουχία. Στην εκτός θηλασμού περίοδο, ο μαστός εκκρίνει υλικό που περιέχει κύτταρα και κυτταρικά συγκύτια, καθώς και λιποσφαίρια. Τούτο επανααρροφάται 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 αντανακλαστική 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 συσπώνονται 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.

### 1.3. Επιδημιολογικά Στοιχεία του Καρκίνου του Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Κάθε γυναίκα κατά τη διάρκεια της ζωής της έχει πιθανότητα 12,5% (1:8 γυναίκες) να εμφανίσει καρκίνο του μαστού. Από αυτές το 1/3 θα πεθάνει από τη νόσο.<sup>3</sup>

Ο καρκίνος μαστού είναι η κυριότερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Κάτω από τα 25 χρόνια ο καρκίνος μαστού είναι σπάνιος. Τα 3/4 των καρκίνων μαστών εμφανίζονται μετά την ηλικία των 50 ετών.<sup>4</sup>

Αν και θεωρείται νόσος της ευημερίας και του δυτικού κόσμου, η επίπτωση της αυξάνεται τα τελευταία χρόνια σε αρκετές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και της Ασίας και τις τελευταίες τρεις δεκαετίες ο εκτιμώμενος αριθμός των νέων διαγνώσεων αντιπροσωπεύει περίπου το 15% του συνόλου των νεοπλασιών σε ολόκληρο τον κόσμο.<sup>3</sup>

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο για μια ολική θνησιμότητα 39 στις 100.000 γυναίκες το 1990. Η συχνότητα είναι μεγαλύτερη στη Βόρεια Ευρώπη. Στα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μια σημαντική αύξηση στη συχνότητα στις νότιες Ευρωπαϊκές χώρες. Αυτές οι αλλαγές υποδηλώνουν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν σημαντικά στον κίνδυνο καρκίνου του μαστού.<sup>5</sup>

Στις Η.Π.Α. το 1995, στο σύνολο των καρκίνων που εμφανίζεται στις γυναίκες, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί το 32% αυτών. Το ίδιο χρονικό διάστημα σημειώθηκαν 182.000 περιπτώσεις καρκίνου του μαστού στις γυναίκες (1.400 στους άνδρες), ενώ οι θάνατοι από τη νόσο ανήλθαν στις 46.000 περίπου. [Στις Η.Π.Α. ο καρκίνος του πνεύμονος στις γυναίκες αποτελεί το πρώτο αίτιο θανάτου, αντίθετα ο συχνότερος καρκίνος, που είναι του μαστού, αποτελεί το δεύτερο αίτιο θανάτου.]<sup>6</sup>

Η Ελλάδα εμφανίζει μέση επίπτωση. Κάθε χρόνο στη χώρα μας παρουσιάζονται 3.500 νέες περιπτώσεις με τάση αυξήσεως και σημειώνονται 1.600 θάνατοι περίπου. Στον άνδρα ο καρκίνος μαστού είναι σπάνιος και αντιστοιχεί ένας άνδρας σε 100 γυναίκες με καρκίνο μαστού.

Μικρό ποσοστό καρκίνου μαστού υπάρχει στην Ιαπωνία και στην Κίνα.<sup>4</sup>

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ**

## **2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

### **Κακοήθεις όγκοι του μαστού**

#### **2.1. Διηθητικός Καρκίνος**

Ο διηθητικός καρκίνος των αδενικών λοβίων και των γαλακτοφόρων πόρων σε ποσοστό 85% έως 90% προέρχεται από καρκίνο in situ των λοβίων των γαλακτοφόρων πόρων. Το καρκίνωμα in situ είναι η εξέλιξη μιας επιθηλιακής υπερπλασίας μετά από ένα αρκετά μεγάλο διάστημα. Στην ταχεία εξέλιξη του η έγκαιρη επέμβαση μπορεί να έχει επιθυμητό αποτέλεσμα. Όταν φθάσει οι όγκοι να είναι ψηλαφητοί, τότε η δεκαετής επιβίωση δε ξεπερνάει το 45%.<sup>7</sup>

#### **2.1.1. Διηθητικός Πορογενής Καρκίνος**

Ο διηθητικός πορογενής καρκίνος σε ποσοστό 75% αποτελείται από μια μη ειδική ιστολογική σύνθεση. Κατά τη διατομή μπορεί να είναι πολύ σκληρός και ιστολογικά υπάρχει άλλοτε άλλου βαθμού ίνωσης. Η αύξηση του όγκου οδηγεί στο θετικό των μασχαλαίων λεμφαδένων. Η κατάσταση αυτή επιβαρύνει τη πρόγνωση της νόσου. Υπάρχουν και ειδικοί τύποι του διηθητικού πορογενούς καρκίνου, που χαρακτηρίζονται σαν μυελοειδής, βλεννώδης και σωληνώδης καρκίνος.

#### **Μυελοειδής καρκίνος**

Είναι βλάβη, η οποία χονδροειδώς μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλώς περιγεγραμμένη. Αποτελεί το 5-7% των καρκίνων του μαστού. Μικροσκοπικά οι πυρήνες του δεν έχουν διαφοροποιηθεί καλώς και περίξ των κυττάρων υπάρχει μία πυκνή λεμφοκυτταρική και πλασματοκυτταρική διήθηση. Εάν ιστολογικά σημειωθούν τα προαναφερόμενα, η πρόγνωση θεωρείται ολίγον καλλίτερη απ'αυτήν του διηθητικού πορογενούς καρκίνου.

#### **Βλεννώδης καρκίνος**

Ο καρκίνος αυτός χαρακτηρίζεται με την εξωκυτταρική συλλογή βλέννης περίξ των καρκινικών κυττάρων. Ο όγκος αυτός εξελίσσεται βραδέως. Ο όγκος εάν είναι εμφανώς βλεννώδης, η πρόγνωσή 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 καλλίτερη πρόγνωση, σε σύγκριση με το διηθητικό πορογενή καρκίνο.<sup>6</sup>

## 2.1.2. Διηθητικός Λοβιακός Καρκίνος

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος [invasive lobular carcinoma (ILC)] είναι μια διαφορετική ύπουλη μορφή του διηθητικού καρκίνου και αποτελεί το 10% των διηθητικών καρκίνων του μαστού.

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος έχει εμφανή παθολογοανατομικά γνωρίσματα. Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος, τις περισσότερες φορές, είναι μικρός σε μέγεθος, ανομοιογενής και με χαμηλού βαθμού πυρηνοκινησιές. Στους όγκους αυτούς δεν υπάρχει δεσμοπλαστική αντίδραση ή εάν υπάρχει είναι μικρότερη απ' αυτή του διηθητικού πορογενούς καρκίνου. Ως εκ τούτου η ψηλάφηση του διηθητικού λοβιακού καρκίνου ή η μαστογραφική απεικόνισή του 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 εμφανισθεί αμφοτερόπλευρα. Το ποσοστό αυτό, συγκρινόμενο με τους άλλους τύπους καρκίνου, είναι διπλάσιο. Εξ αιτίας της συχνότητας αυτής, ορισμένοι συγγραφείς, επί διηθητικού λοβιακού καρκίνου συστήνουν βιοψία ρουτίνας και στον άλλο μαστό.

Ο διηθητικός λοβιακός καρκίνος έχει την ιδιότητα και πέραν της ψηλαφητής διόγκωσης να προξενεί διήθηση και ως εκ τούτου, με την κλινική εξέταση δεν είναι δυνατός ο προσδιορισμός της έκτασης της βλάβης. Εξ αιτίας αυτής της ιδιότητας κατά την ευρεία τοπική εκτομή, υπάρχει το ενδεχόμενο στα πέριξ, να παραμείνει καρκίνος.

## 2.2. Μη Διηθητικό (in situ) Καρκίνωμα

**ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟ (IN SITU) ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ.** Υπάρχουν δύο τύποι μη διηθητικού μαστικού καρκινώματος: ενδοπορικό και λοβιακό καρκίνωμα in situ.

**2.2.1 Το ενδοπορικό καρκίνωμα** είναι πολύ συνηθέστερο από το λοβιακό in situ και, πραγματικά, με την εφαρμογή της μαστογραφίας και τη δυνατότητα ανακάλυψης γραμμικών θέσεων μικροαποτιτανώσεων παρατηρουμένων στο πρώτο, το ενδοπορικό καρκίνωμα αντιπροσωπεύει σήμερα το 20% ως 25% των καρκίνων του μαστού. Τη στιγμή της ανακάλυψης μπορεί να υπάρχει να μην υπάρχει κλινικά ψηλαφητή μάζα, αλλά μερικές φορές υπάρχουν γλοιώδεις χορδές ψηλαφητές από τις οποίες εξέρχεται τυρώδης, νεκρωτικός ιστός όγκου με ελαφρά πίεση των πόρων που έχουν διαταμεί (εξ ου το όνομα **φαγεσωρικό καρκίνωμα**). Ιστολογικά, οι πόροι μπορεί να είναι πολύ ή λίγο γεμάτοι με μάζες αναπλαστικών κυττάρων όγκου, που σχηματίζουν μικρά αδενικά διαστήματα (**ηθμοειδής τύπος**). Σε μερικές βλάβες οι πόροι είναι γεμάτοι με συμπαγείς μάζες κυττάρων, ενίοτε με κεντρικές περιοχές νέκρωσης, οι οποίες συχνά ασβεστοποιούνται (εξ ου οι μικροαποτιτανώσεις). Σπάνια, τα κύτταρα του όγκου αυξάνονται σε θηλωματώδεις σχηματισμούς και, εξίσου σπάνια, τα αναπλαστικά καρκινικά κύτταρα επεκτείνονται μέσα στην επιδερμίδα της θηλής και της θηλαίας άλω και προκαλούν τη νόσο του Paget της θηλής (περιγράφεται παρακάτω). Εντούτοις, οποιαδήποτε και αν είναι η κατανομή του καρκίνου και οποιοσδήποτε και αν είναι ο ιστολογικός τύπος, εξ ορισμού τα κύτταρα του όγκου δεν διηθούν τη βασική μεμβράνη των πόρων και έτσι παραμένουν in situ. Εντούτοις, στο άνω του 40% των υψηλού βαθμού φαγεσωρικού καρκινώματος, με το χρόνο μπορεί να συμβεί διήθηση.



**2.2.2 Λοβιακό καρκίνωμα in situ**, είναι μία διακριτή μορφή του μαστικού καρκίνου που αναπτύσσεται στους τελικούς πόρους και μικρούς πόρους (λοβίδια). Τυπικά, αυτές οι κατασκευές διατείνονται από χαλαρά συνεκτικά αναπλαστικά κύτταρα του όγκου, τα οποία υφίστανται συχνά νέκρωση στο κέντρο του μικρού πόρου. Τέτοιες αλλοιώσεις μπορούν να ευρεθούν σε συνδυασμό με ινοκυστική αλλοίωση ή να αναμειχθούν με ενδοπορικό καρκίνωμα ή να εμφανισθούν στην περιοχή διηθητικού καρκινώματος. Οι καρκινωματώδεις βλάβες είναι συχνά πολυεστιακές και αμφοτερόπλευρες, που περιπλέκουν τη θεραπευτική προσέγγιση. Όταν παρακολουθούνται για μακρές περιόδους, το ένα τρίτο περίπου αυτών των βλαβών θα ακολουθηθεί από διηθητικό καρκίνωμα στον ίδιο ή αντίθετο μαστό. Είναι ενδιαφέρον ότι πολλά από αυτά τα επακόλουθα καρκινώματα είναι πορικής προέλευσης και καθιστούν το λοβιακό καρκίνωμα in situ ένα δείκτη του διηθητικού καρκίνου.<sup>8</sup>

## 2.3 Νόσος του Paget

Η νόσος του Paget χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση στην επιδερμίδα της θηλής, των μεγάλων κυττάρων του Paget με διαυγές ή θολερό κυτταρόπλασμα και μεγάλους πυρήνες. Σ' αυτή τη φάση συνήθως δεν υπάρχει διηθητικό καρκίνωμα και η ολική μαστεκτομή με λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης έχει θαυμάσια αποτελέσματα. Σε προχωρημένη κατάσταση με ανάπτυξη ψηλαφητού πλέον διηθητικού καρκίνου η πρόγνωση είναι ίδια με τις άλλες μορφές του καρκίνου.<sup>7</sup>

Το πρώτο σύμπτωμα είναι συχνά κνησμός ή αίσθημα καύσου στη θηλή με επιφανειακή διάβρωση ή εξέλκωση. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τη βιοψία της διάβρωσης. Το καρκίνωμα του Paget δεν είναι συχνό αλλά είναι σημαντικό γιατί εμφανίζεται ως αθώο. Συχνά διαγιγνώσκεται και θεραπεύεται ως δερματίτιδα ή μικροβιακή λοίμωξη, με αποτέλεσμα δυστυχώς την καθυστέρηση της σωστής διάγνωσης.<sup>4</sup>

Κατά τη σταδιοποίηση, λαμβάνεται υπ' όψη η συνυπάρχουσα μάζα, σαν κύριο κριτήριο. Αυτή η συνύπαρξη ή όχι καθορίζει και τη χειρουργική εκτομή, σαν ριζική ή τροποποιημένη μαστεκτομή (με καθαρισμό μασχάλης) για τη πρώτη περίπτωση και περιορισμένη εκτομή για τη δεύτερη, που θα αφορά στη θηλή και στη θηλέα άλω, ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία ή και από χορήγηση Tamoxifen (στις ενήλικες ασθενείς).<sup>6</sup>

## 2.4 Μελάνωμα του Μαστού

Η εμφάνισή του στο μαστό είναι συχνότερη στον άνδρα παρά στη γυναίκα. Ανάλογα με τα ιστολογικά κριτήρια εκτιμάται το βάθος και η ριζικότητα της εκτομής.<sup>6</sup>

## 2.5 Λέμφωμα του Μαστού

Η πρωτοπαθής εμφάνισή του στο μαστικό αδένω, είναι πολύ απάνια (<1%). Θεωρείται ότι, προέρχεται από τους εντός του μαστικού αδένω λεμφαδένες, οι οποίοι διατάσσονται σε δύο κύκλους, επιπολής και εν τω βάθει και περιλαμβάνονται αυτοί περίξ των πόρων και των λοβίων.

Η αμφοτερόπλευρη εντόπιση της νόσου φθάνει να εγγίζει το ποσοστό του 25%. Η διάγνωση μέσω του μαστογραφικού ελέγχου, αλλά και της κλινικής εξέτασης δεν είναι καθοριστική. Έτσι, μόνο η ιστολογική ανάδειξη θέτει τη διάγνωση.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τη σταδιοποίηση και τον ιστολογικό τύπο της νόσου, αλλά πάντως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία ή ο συνδυασμός τους είναι ο δόκιμος τρόπος θεραπείας.<sup>6</sup>

## **2.6 Φλεγμονώδης Καρκίνος του Μαστού**

Ο φλεγμονώδης καρκίνος αποτελεί τον πλέον κακοήθη τύπο καρκίνου του μαστού. Αποτελεί το 1-6% όλων των καρκίνων του μαστού. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών γενικά είναι τα 52 χρόνια, όπως και στους ασθενείς με πορογενή διηθητικό καρκίνο του μαστού. Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού πολύ σπάνια μπορεί να παρατηρηθεί και στους άνδρες. Ο όγκος αυτός δεν σχετίζεται, όπως πιστευότο παλαιότερα, με την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία.

Ο φλεγμονώδης καρκίνος αποτελεί τον πλέον θανατηφόρο τύπο προχωρημένου καρκίνου. Η εφαρμογή μόνο τοπικής θεραπείας επιφέρει το θάνατο στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών εντός 18-24 μηνών. Η χημειοθεραπεία, η εγχείρηση και η ακτινοθεραπεία συνδυαζόμενες έχουν επιμηκύνει το χρόνο ζωής των ασθενών. Το 25-50% των ασθενών που αντιμετωπίζονται μ' αυτούς τους συνδυασμούς, επιβιώνει για μια 5ετία χωρίς τη νόσο.<sup>6</sup>

## **2.7 Αγγειοσάρκωμα**

Το αγγειοσάρκωμα έχει τη χειρότερη πρόγνωση από όλους τους άλλους καρκίνους του μαστού. Αναπτύσσεται ταχύτατα, εξαπλώνεται και μεθίσταται με την αιματική κυκλοφορία. Ιστολογικά δίνει εικόνα μάλλον καλοήθους όγκου.<sup>7</sup>

## **2.8 Μεταστάσεις στο Μαστό από άλλους πρωτοπαθούς όγκους**

Ο συχνότερος μεταστατικός καρκίνος του μαστού, οφείλεται στον πρωτοπαθή καρκίνο του άλλου μαστού. Μετά απ' αυτόν μπορεί να απαριθμηθούν πρωτοπαθείς όγκοι του μελανώματος, του λεμφώματος, των ωοθηκών και των πνευμόνων. Πλην των προαναφερομένων οργάνων και από άλλα σημεία του σώματος με κακοήθεια, μπορεί να εμφανισθούν μεταστάσεις στο μαστό. Είναι δυνατή η μετάσταση στο μαστό από το ραβδομυοσάρκωμα των παιδών. Η μετάσταση του τελευταίου όγκου και διαφόρων άλλων σαρκωμάτων παρατηρείται και στους ενήλικες.

Το 90% και άνω των ασθενών, που εμφανίζει μετάσταση στο μαστό, προηγούμενα φέρει τη διάγνωση του καρκίνου. Το υπόλοιπο ποσοστό, το αποτελεί ο οιοσδήποτε κρυπτιγενής μεταστατικός όγκος, με αρχική εκδήλωση. Τέτοιοι καρκίνοι συνήθως εδράζονται στον πνεύμονα και το 80% αυτών είναι μικροκυτταρικού τύπου.<sup>6</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3.1 Σταδιοποίηση του Καρκίνου του Μαστού

Η έκταση της νόσου, που αποκαλύπτεται από τα κλινικά ευρήματα και τις ειδικές προεγχειρητικές εξετάσεις, χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του κλινικού σταδίου. Σήμερα, η Αμερικανική Επιτροπή Συνεργασίας για τον Καρκίνο και η Διεθνής Ένωση εναντίον του Καρκίνου έχουν συμφωνήσει σε ένα σύστημα σταδιοποίησης TNM (Όγκος, Επιχώριοι λεμφαδένες, Απομακρυσμένες μεταστάσεις) για τον καρκίνο του μαστού. Η χρήση αυτού του ενιαίου συστήματος σταδιοποίησης TNM θα διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ των ερευνητών και των κλινικών. Ο Πίνακας 1 απεικονίζει την ταξινόμηση TNM.<sup>9</sup>

<b>Στάδιο</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
IIIB	T4	Οποιοδήποτε N	M0
	Οποιοδήποτε T	N3	M0
IV	Οποιοδήποτε T	Οποιοδήποτε N	M1

<b>Μέγεθος του όγκου (T)</b>	
TX	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εντοπιστεί.
T0	Δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία παρουσίας πρωτοπαθούς όγκου.
Tis	Καρκίνωμα in situ. Ενδοαυλικό καρκίνωμα, λοβιακό καρκίνωμα in situ ή νόσος του Paget χωρίς προσβολή της θηλής.

T1	Όγκος μέχρι 2 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο. T1a Μέχρι 0,5 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο. T1b Πάνω από 0,5 cm και μέχρι 1 cm. T1c Πάνω από 1 cm, αλλά όχι περισσότερο από 2 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο.
T2	Όγκος πάνω από 2 cm αλλά μέχρι 5 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο.
T3	Όγκος πάνω από 5 cm στη μεγαλύτερη διάμετρο.
T4	Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους, με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή το δέρμα.

<b>Επιχώριοι λεμφαδένες (N)</b>	
NX	Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εντοπιστούν (π.χ. προηγούμενη αφαίρεση).
N0	Δεν υπάρχουν μεταστάσεις σε επιχώριους λεμφαδένες.
N1	Μετάσταση σε κινητό ομόπλευρο λεμφαδένα (εξ).
N2	Μετάσταση σε ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες (α) που συμφύονται μεταξύ τους ή με άλλους σχηματισμούς.
N3	Μετάσταση σε ομόπλευρο εσωτερικό λεμφαδένα (εξ) του μαζικού ιστού.

<b>Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)</b>	
MX	Η παρουσία απομακρυσμένης μετάστασης δεν μπορεί να εντοπιστεί.
M0	Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.
M1	Απομακρυσμένες μεταστάσεις (περιλαμβάνεται η μετάσταση σε ομόπλευρο υπερκλείδιο λεμφαδένα[εξ] ).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **4.1 ΗΛΙΚΙΑ**

Η συχνότητα της νόσου αυξάνει σε συνάρτηση με την ηλικία. Καρκίνος του μαστού στη γυναίκα δεν εμφανίζεται πριν την ήβη. Μέχρι την εμμηνόπαυση υπάρχει μία συνεχής αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου, ενώ μετά την εμμηνόπαυση η αύξηση αυτή παρουσιάζει βραδύτερο ρυθμό.<sup>2</sup>

##### ***α) Ηλικία εμμηναρχής***

Οι γυναίκες με εμμηναρχή σε ηλικία 10-11 ετών εμφανίζουν: Σ.Κ.= 2,2, σε σχέση με γυναίκες με εμμηναρχή σε ηλικία 12 ετών ή μεγαλύτερη<sup>3</sup>.

##### ***β) Ηλικία εμμηνόπαυσης***

Οι γυναίκες με ηλικία εμμηνόπαυσης 53 ετών ή μεγαλύτερη εμφανίζουν: Σ.Κ.= 1,91, σε σχέση με γυναίκες με ηλικία εμμηνόπαυσης <45 ετών<sup>3</sup>.

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 να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Η γήρανση του μαστού είναι υπό την επίρροια διαφόρων ορμονικών επιδράσεων, ένεκα των οποίων η διεργασία αυτή της γήρανσης μπορεί να είναι διαφορετική από αυτήν των άλλων ιστών.<sup>6</sup>

#### **4.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Αυξημένος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες με βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό. Γυναίκες των οποίων η μητέρα ή αδελφή 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 την αδελφή 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<sup>2</sup>.

### **α) Θετικό οικογενειακό ιστορικό**

Για τις γυναίκες με μία συγγενή α' βαθμού με καρκίνο του μαστού: Σ.Κ.= 1,7-4. Με δύο συγγενείς α' βαθμού με καρκίνο του μαστού: Σ.Κ.= 14. Με μία συγγενή β' βαθμού με καρκίνο του μαστού: Σ.Κ.= 1,4-1,5.<sup>3</sup>

Η αναγνώριση των γονιδίων του καρκίνου του μαστού βοήθησε στην ανεύρεση μιας μικρής αναλογίας του πληθυσμού (πολύ λιγότερο από 1%) που έχουν έναν πολύ υψηλό κίνδυνο για καρκίνο μαστού<sup>5</sup>.

Ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι, η πρόγνωση του καρκίνου στις γυναίκες με θετικό οικογενειακό ιστορικό είναι κακή. Πάντως υπάρχουν άλλοι, οι οποίοι δεν αποδέχονται την άποψη αυτή, σε βαθμό να ισχυρίζονται ότι, οι γυναίκες αυτές όχι μόνο δεν έχουν κακή πρόγνωση, αλλά ενδεχομένως και καλλίτερη.<sup>6</sup>

## **4.3 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η κληρονομικότητα έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο και περίπου 10% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού στον άνθρωπο αποδίδεται σε κληρονομικά αίτια. Έχουν βρεθεί, μάλιστα, σχετικά γονίδια (BRCA), η ανεύρεση των οποίων κατατάσσει τις γυναίκες αυτές στην ομάδα υψηλού κινδύνου.<sup>9</sup>

Εκτιμάται ότι το 5% των γυναικών με ΚΜ έχουν πρόσφατα ταυτοποιημένη μετάλλαξη πρωτογενή αλληλουχίας στο γονίδιο BRCA 1 εντοπισμένη στο χρωμόσωμα 17q21. Οι συγγενείς τους αν φέρουν μεταλλάξεις του BRCA 1, μπορεί να έχουν 85% κίνδυνο για ΚΜ στη διάρκεια της ζωής τους, με το 50% των ΚΜ να εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 50 ετών.<sup>4</sup>

## **4.4 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### ***Κοινωνικο-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 κοινωνικο-οικονομικές τάξεις (σύμφωνα με διαίρεση βασισμένη στο εισόδημα, τη μόρφωση και το επάγγελμα) και μικρότερη στις χαμηλότερες τάξεις.<sup>2</sup>

### ***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.<sup>2</sup>

## ***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.<sup>2</sup>

## ***Φυσική δραστηριότητα***

Μελέτες, κυρίως σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, δείχνουν ότι η φυσική δραστηριότητα ελαττώνει το κίνδυνο για καρκίνο του μαστού. Η φυσική δραστηριότητα έχει ποικίλες ψυχολογικές επιδράσεις και η συσχέτιση της με τον καρκίνο του μαστού μπορεί να μεταβάλλεται διαμέσου ορμονικών μηχανισμών και άλλων περίπλοκων διεργασιών, όπως διέγερση ανοσολογικών λειτουργιών. Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική σε παχύσαρκες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ως τμήμα προγράμματος διατήρησης ιδεώδους σωματικού βάρους.<sup>5</sup>

## ***Οινόπνευμα***

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 διάθεσή μας τελικά επιστημονικά συμπεράσματα επί του θέματος.<sup>2</sup>

## ***Ακτινοβολία***

Η δράση της ιονίζουσας ακτινοβολίας επί του μαστού της γυναίκας και η επίπτωση καρκίνου ερευνήθηκε στις Ιάπωνες γυναίκες, που έμειναν στη ζωή μετά τη ρίψη της ατομικής βόμβας, καθώς και στις γυναίκες, οι οποίες ακτινοβολήθηκαν για θεραπεία φυματίωσης, σκολίωσης ή καλοήθων όγκων. Η εφαρμογή υψηλής δόσης ιονίζουσας ακτινοβολίας στο θωρακικό τοίχωμα αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού. Εδώ, έχει ενοχοποιηθεί η ακτινοβολία από μαστογραφία, αλλά σήμερα πλέον λόγω τελειοποίησης του μηχανικού μαστογραφικού εξοπλισμού αυτή θεωρείται σχεδόν ακίνδυνη.<sup>2</sup>

## **4.5 Ορμονικοί Παράγοντες**

### ***Ενδογενείς ορμόνες***

Τα οιστρογόνα προκαλούν μιτώσεις στα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού και πιθανόν συνοδεύονται με αύξηση του κινδύνου καρκίνου του μαστού. Η οιστραδιόλη με την προγεστερόνη συσχετίζονται με ψηλό επίπεδο αναπλαστικής δραστηριότητας και πιθανόν με καρκίνο του μαστού. Περισσότερα δεδομένα ωστόσο χρειάζονται για να διευκρινιστούν οι μηχανισμοί δράσης, ειδικά στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες.<sup>5</sup>

## ***Εξωγενείς ορμόνες***

Η χρήση των εξωγενών ορμονών είτε με τη μορφή από του στόματος αντισύλληψης ή της ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης είναι ευρέως διαδεδομένη. Οι περισσότερες δημοσιευμένες μελέτες δείχνουν ένα μικρό κίνδυνο που συνοδεύει τη χρήση ορμονικής θεραπείας υποκατάστασης ή της λήψης συνδυασμένων αντισυλληπτικών από το στόμα.<sup>5</sup>

## ***Χρόνια κυστική μαστοπάθεια***

Ο ρόλος της χρόνιας κυστικής μαστοπάθειας ως προδιαθεσικού παράγοντα στην ανάπτυξη ΚΜ αποτελεί θέμα μακροχρόνιων ερευνών.

Σήμερα γίνεται δεκτό ότι η “επιθηλίωση” (δηλαδή η ταχεία αύξηση των επιθηλιακών στοιχείων) χωρίς υπερπλασία, αυξάνει τον κίνδυνο κατά 1,9 φορές. Όταν υπάρχει άτυπη υπερπλασία ο κίνδυνος αυξάνει κατά 5,3 φορές, ενώ ατυπία που συνοδεύεται από θετικό οικογενειακό ιστορικό αυξάνει τον κίνδυνο κατά 11 φορές. Η παρουσία ασβετώσεων σε συνδυασμό με επιθηλίωση αποτελεί επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα.<sup>4</sup>

## **4.6 Υπολείμματα Φυτοφαρμάκων και Καρκίνος του Μαστού**

Υπολείμματα φυτοφαρμάκων, ιδιαίτερα οργανοχλωριωμένα, έχουν βρεθεί σε εξαιρετικά μικρές συγκεντρώσεις στο μητρικό γάλα (κυρίως DDT, μεταβολίτες και PCBs). Αν και έχουν γίνει αρκετές έρευνες, δεν έχει συσχετιστεί η παρουσία τους αυτή με αυξημένο κίνδυνο για κακοήθεις νεοπλασίες.

Είναι γνωστό ότι υπολείμματα οργανοχλωριωμένων φυτοφαρμάκων έχουν βρεθεί στο αίμα και το λίπος του ανθρώπου. Η εκλεκτική λιποδιαλυτότητα στο λίπος του μαστού ώθησε στη μελέτη της σχέσης συγκεντρώσεων υπολειμμάτων οργανοχλωριωμένων ουσιών και καρκίνου του μαστού, αλλά τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά.

Οι αρχικές εκτιμήσεις για τα οργανοχλωριωμένα υπολείμματα δεν επιβεβαιώθηκαν. Ακόμη και οι υποστηρικτές της αρχικής αιτιολογικής συσχέτισης ομολογούν ότι το πρόβλημα είναι πιο σύνθετο και αρκετοί παράγοντες συμμετέχουν σε μια σειρά μηχανισμών, που καταλήγουν στην εμφάνιση των κακοήθων όγκων του μαστού.<sup>10</sup>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΟΔΗΓΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

Στο 70% των περιπτώσεων, σκληρό ανώδυνο οζίδιο στο μαστό ή τη μασχάλη, σπανιότερα μονόπλευρη αιματηρή έκκριση από τη θηλή ή εκζεματώδεις μεταβολές στη θηλή (Νόσος του Paget). Σε προχωρημένα στάδια θηλή προέχουσα ή σε εισολκή. Κατά τη διάγνωση υπάρχουν μεταστάσεις στο 80% των περιπτώσεων αλλά μόνο στο 20% μπορούν να καταδειχθούν.<sup>11</sup>

#### **5.1.1**

Τα συμπτώματα παθήσεων του μαστού που οδηγούν τις γυναίκες σε εξειδικευμένα κέντρα είναι συνοπτικά:

Όγκος 65%

Πόνος 15%

Ευαίσθητη περιοχή 7,6%

Ρύση θηλής 5,2%

Εισολκή θηλής 2,5%

Έκζεμα θηλής 0,2%

Άλλα 4,4%<sup>4</sup>

#### **5.1.2**

Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα του καρκίνου του μαστού είναι:

Όγκος 77%

Ρύση θηλής 9%

Τοπικό Οίδημα 4%

Εισολκή θηλής 3%

Εξέλκωση θηλής 2%

Άλλα 5%<sup>4</sup>

## 5.2 ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Τις περισσότερες φορές ο καρκίνος του μαστού δημιουργείται με πολυεστιακή ανάπτυξη και παραμένει ως καθορισμένη διόγκωση για αρκετό καιρό. Σταδιακά η νόσος διηθεί και μεθίσταται με τα λεμφικά και αιμοφόρα αγγεία στους επιχώριους λεμφαδένες και σε ολόκληρο το σώμα. Περίπου τα  $\frac{3}{4}$  της λέμφου καταλήγουν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ο κίνδυνος για διασπορά στους έσω μαζικούς λεμφαδένες αυξάνεται, όταν ο όγκος αναπτύσσεται κοντά στο στέρνο και όταν έχουν ήδη γίνει μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες.<sup>7</sup>

### - ΟΛΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

25% στα οστά (πλευρά, λεκάνη, σπονδυλική στήλη)

15% στους πνεύμονες

12% στον υπεζωκότα

10% στους υπερκλείδιους λεμφαδένες

8% στο ήπαρ

5% στο Κ.Ν.Σ.

3% στις ωθήκες<sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### **6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**

#### **6.1 Κλινική Εξέταση**

##### **6.1.1 Λήψη Ιστορικού**

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.<sup>2</sup>

##### **6.1.2 Φυσική Εξέταση Μαστού**

Ο μαστός πρέπει να εξετάζεται κάθε 6 μήνες, ενώ πολλοί γυναικολόγοι συνιστούν για το ίδιο διάστημα συνδυασμό γυναικολογικής εξέτασης με εξέταση του μαστού. Σε γυναίκες υψηλού κινδύνου λόγω οικογενειακού ιστορικού, η εξέταση επιβάλλεται κάθε 3 μήνες, ιδιαίτερα όταν υπάρχει κυστική νόσος.

Η εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται την εβδομάδα μετά το τέλος της εμμηνορρυσίας. Ο λόγος είναι ότι προ της εμμηνορρυσίας ο μαστός είναι διογκωμένος και αυτό μπορεί να αποκρύψει σημαντικές βλάβες ή μάζες, που ανευρίσκονται εύκολα μετά την εμμηνορρυσία.

Η επισκόπηση των μαστών γίνεται κάτω από επαρκή φωτισμό με την ασθενή σε καθιστική θέση. Στην αρχή η ασθενής έχει τους βραχίονες στο πλάι και στη συνέχεια τους ανυψώνει πάνω από το κεφάλι της. Οι μαστοί εξετάζονται προσεκτικά για να διαπιστωθεί, αν σχηματίζονται εντυπώματα στην περιφέρεια και αν το δέρμα είναι λείο. Εξετάζονται συγκριτικά οι θηλές με τις άλω και δίνεται προσοχή σε τυχόν παρεκτόπισή τους συνήθως προς την πλευρά μιας βλάβης. Η βλάβη της θηλής μπορεί να σημαίνει νόσο του Paget, καλόηθες έκζεμα ή άλλες βλάβες. Αυτόματη έκκριση από τις θηλές σημαίνει συνήθως σωληνώδη όγκο. Ο έλεγχος της μασχάλης και της υπερκλείδιας χώρας σε προχωρημένες καταστάσεις δείχνει την ύπαρξη διογκωμένων λεμφαδένων.<sup>3</sup>

Γίνεται ψηλάφηση, επισκόπηση, πόνος κατά την επίκρουση πάνω από τη σπονδυλική στήλη, εξέταση αισθητικότητας των άκρων (ελλείματα κινητικότητας), προσβολή εγκεφαλικών νεύρων, ψηλάφηση ήπατος, γυναικολογική εξέταση.<sup>11</sup>

### 6.1.3 Αυτοεξέταση Μαστού

Η αυτοεξέταση των μαστών έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας τρόπος έγκαιρης διάγνωσης ενός όγκου του μαστού.

Η αυτοεξέταση μπορεί να γίνεται 5-10 ημέρες μετά την έναρξη της περιόδου. Εφόσον η γυναίκα βρίσκεται στην εμμηνόπαυση, συνιστάται να γίνεται μια καθορισμένη ημέρα του μήνα, (π.χ. κάθε πρώτη του μήνα). Τρόποι αυτοεξέτασης υπάρχουν πολλοί, άλλοι απλοί, άλλοι πολύπλοκοι.

Στο τμήμα ογκολογίας μαστού, του Μαιευτηρίου Αλεξάνδρα συνιστάται ένας απλός τρόπος αυτοεξέτασης. Η γυναίκα ξαπλώνει ανάσκελα με το χέρι πίσω από το κεφάλι με το άλλο χέρι και με τις ράγες των δακτύλων ψηλαφά τον μαστό της, όπως αυτή θέλει, προσέχοντας μην ξεχάσει κάποια περιοχή του μαστού αψηλάφητη. Κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης η γυναίκα πρέπει να αυτοσυγκεντρώνεται πολύ και πρέπει να κάνει μια χαρτογράφηση του μαστού της, δηλαδή να μην ψάχνει για ένα καινούργιο ογκίδιο, αλλά να γνωρίσει πρώτα τον μαστό της. Σε πέντε-δέκα μήνες, είναι σίγουρο ότι, αν παρουσιαστεί ένα ογκίδιο, θα αντιληφθεί αμέσως την αλλαγή.<sup>12</sup>

Πολλές φορές μικρές διογκώσεις μέσα στο μαστό ανιχνεύονται από τις γυναίκες μέσα στο μπάνιο, καθώς η σαπουνάδα βοηθάει το χέρι να γλυστράει πάνω στο μαστό. Αυτή η εμπειρία θα πρέπει να συνιστάται, ώστε να αποτελεί μέρος της αυτοεξέτασης.<sup>7</sup>

## 6.2 Εργαστηριακές Εξετάσεις

### 6.2.1 Μαστογραφία

Μαστογραφία είναι η απεικόνιση των μαστών πάνω σε ακτινογραφικό φιλμ με τη βοήθεια ακτινοβολίας. Η μαστογραφία κατέχει μοναδική θέση στην πρώιμη ανίχνευση και ανακάλυψη του ΚΜ περισσότερο από κάθε άλλη μέθοδο. Είναι απαραίτητη για την πλήρη εκτίμηση των συμπτωματικών γυναικών, και αναντικατάστατη στον προσυμπτωματικό έλεγχο σαν μέσο διαλογής (screening). Η μαστογραφία είναι εξέταση απλή, ανώδυνη, ακίνδυνη και εύκολα αποδεκτή από τις γυναίκες, μπορεί δε ν'ανιχνεύει ανωμαλίες στο μαστό μεγέθους 2 mm. Η μαστογραφία συνιστάται να γίνεται κάθε 2 χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών. Σε ηλικία 35-40 ετών η γυναίκα, έστω και ασυμπτωματική, πρέπει να κάνει μία μαστογραφία αναφοράς. Επί υποψίας καρκίνου μπορεί να γίνει μαστογραφία σε οποιαδήποτε ηλικία, έχοντας υπόψη ότι κάτω των 30 ετών ο ΚΜ είναι μόνο 2% περίπου.<sup>4</sup>

Εφόσον η γυναίκα, ανήκει σε **ομάδες υψηλού κινδύνου** (οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού), η παρακολούθηση με μαστογραφία μπορεί να αρχίζει από 30 ετών και να γίνεται ανά έτος.<sup>12</sup>

Με τη βοήθεια της μαστογραφίας πραγματοποιούνται τα προγράμματα πληθυσμιακού ελέγχου, στόχος των οποίων είναι:

- I ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%
- I καλύτερη ποιότητα ζωής
- I ελάττωση νοσοκομειακού κόστους

Παρόλο που η μαστογραφία σε ένα ποσοστό 10-15% δίνει ψευδώς αρνητικά ή θετικά αποτελέσματα, αποτελεί σήμερα την μόνη εξέταση που μπορεί να ανιχνεύσει πρώιμα τον ΚΜ.<sup>4</sup>

### **6.2.2 Υπερηχογράφημα**

Το **υπερηχογράφημα** βοηθά πάρα πολύ στη διάγνωση και είναι τελείως ακίνδυνη μέθοδος διότι δεν εκθέτει σε ακτινοβολία, μπορεί δε να διαφοροδιαγνώσει συμπαγείς όγκους από κύστεις. Η ευρεία χρήση του υπερηχογραφήματος, και της παρακέντησης με λεπτή βελόνα μέσω στερεοτακτικού μαστογράφου, μπορεί να αυξήσει τα ποσοστά ακριβούς διαγνώσεως.<sup>4</sup>

Είναι αποδεκτό ότι, το υπερηχογραφικό συγκρότημα με υψηλή ευκρίνεια σε μερικές περιπτώσεις είναι δυνατόν να αποκαλύψει μη ψηλαφητό καρκίνο, ο οποίος δεν απεικονίζεται με τη μαστογραφία υψηλής ποιότητας. Αυτό γίνεται πραγματοποιήσιμο στις περιπτώσεις, όπου η μαστογραφική ευαισθησία έχει χαμηλή απόδοση. Αυτές οι περιπτώσεις αφορούν σε μαστούς, οι οποίοι ακτινογραφικά είναι υψηλής πυκνότητας ή σε μαστούς με διογκώσεις πλησίον των προθέσεων ή περιφερικά. Επίσης σε μαστούς που έχουν υποστεί εγχείρηση ή σε μαστούς εγκύων και γαλουχίας.<sup>6</sup>

### **6.2.3 Διαφανοσκόπηση**

Η διαφανοσκόπηση μπορεί να συμπληρώσει τα ανωτέρω με τον έλεγχο της διαύγειας των μαστών, για τυχόν ύπαρξη μεμονωμένων σκιών. Στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, η σκίαση που εντοπίζεται έχει συνήθως διαστάσεις μεγαλύτερες του ψηλαφημένου ογκιδίου. Η εξέταση εκτελείται προαιρετικά.<sup>2</sup>

### **6.2.4 Γαλακτογραφία**

Η γαλακτογραφία αποτελεί τη βασική εξέταση για εντοπισμό ενδοαυλικού-ενδοπορικού ή θηλώδους καρκίνου και γίνεται μετά από έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στον πόρο, που εμφανίζει τη μεμονωμένη έκκριση.<sup>2</sup>

### **6.2.5 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 του Υπερηχογραφήματος. Υποστηρίζεται ότι, η MRI θα καταστεί περισσότερο χρήσιμη από την μαστογραφία στην αναγνώριση των πολυεστιακών καρκίνων του μαστού, με αποτέλεσμα τον ακριβή προσδιορισμό των ασθενών, οι οποίοι μπορεί να υποβληθούν σε συντηρητική θεραπεία. Επίσης, η MRI, μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αξιολόγηση της εφαρμοσθείσας χημειοθεραπείας. Τα συμπεράσματα της MRI επί υπόπτων εικόνων καρκίνου χρίζουν περαιτέρω μελέτης.<sup>6</sup>

Η μαγνητική τομογραφία των μαστών συνιστά μια από τις ταχέως αναπτυσσόμενες εφαρμογές της μαγνητικής τομογραφίας. Συγκρινόμενη με τις άλλες απεικονιστικές μεθόδους που εφαρμόζονται στο μαστό, η μαγνητική τομογραφία πιστεύεται ότι προσφέρει αρκετά πλεονεκτήματα:

- υψηλή ευαισθησία (90-100%)
- υψηλή ειδικότητα (40-90%)
- ικανότητα εντοπισμού καρκινωμάτων σε ασθενείς που παρουσιάζονται με μεταστατική ετερόπλευρη μασχαλιαία λεμφαδενοπάθεια, αλλά άγνωστη πρωτοπαθή εστία
- ικανότητα απεικόνισης πολυεστιακής εντόπισης
- ικανότητα μετεγχειρητικής εκτίμησης των υγείων ορίων αφαίρεσης όγκου
- ικανότητα μελέτης των μαστών με προθέσεις
- ικανότητα προσδιορισμού της έκτασης της νόσου στο διηθητικό λοβιακό καρκίνωμα.<sup>13</sup>

### **6.2.6 Αξονική Τομογραφία**

Η αξονική τομογραφία μπορεί ν'ανακαλύψει καρκινική εξεργασία, τόσο μικρής διαμέτρου, που δεν μπορεί να την ανακαλύψει η μαστογραφία. Ο συνδυασμός της με τη μαστογραφία έχει επιτυχία 100%.<sup>14</sup>

### **6.2.7 Σπινθηρογράφημα**

Το Σπινθηρογράφημα θεωρείται αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος, τόσο για την ανακάλυψη ύπαρξης καρκίνου στο μαστό, όσο και μεταστάσεων στο σκώτι και τα οστά. Ο συνδυασμός του όμως, με άλλη διαγνωστική μέθοδο, όπως τη μαστογραφία, ανεβάζει τη διαγνωστική του αξία σε υψηλά επίπεδα. Το σπινθηρογράφημα των οστών κρίνεται απαραίτητο και όταν στα ούρα βρεθεί αυξημένη η υδροξυπρολίνη.

Αν η αλκαλική φωσφατάση είναι αυξημένη, ενώ οι βιοχημικοί δείκτες των μεταστάσεων στο σκώτι (γ-γλουταμυλτρανσπεπτιδάση, γλυκοφωσφοϊσομεράση) είναι φυσιολογικοί τότε το σπινθηρογράφημα των οστών και του σκωτιού είναι απαραίτητο, όπως απαραίτητος είναι και ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου.<sup>14</sup>

## **6.2.8 Υπερηχοτομογραφία**

### ***[B-mode, Doppler (παλμικό, έγχρωμο) και Power energy με π χωρίς τη χρήση σκιαγραφικού ]***

Οι υπερηχοτομογραφικές τεχνικές χρησιμοποιήθηκαν ευρέως τα τελευταία χρόνια στην προσπάθεια να μειωθεί ο αριθμός των βιοψιών. Η υψηλή ευαισθησία της B-mode υπερηχοτομογραφίας για τη διάγνωση των ψηλαφητών καρκινωμάτων του μαστού έχει καταγραφεί από παλιά και έχουν αναφερθεί ποσοστά της τάξεως του 92-95%.

Η εφαρμογή της έγχρωμης Doppler υπερηχοτομογραφίας βελτίωσε τα αποτελέσματα που είχε δώσει η παλμική εκδοχή της τεχνικής, διότι αφ' ενός απεικονίζει απ' ευθείας τα αγγεία και αφ' ετέρου διότι έχει μεγαλύτερη ευαισθησία στις χαμηλού όγκου και χαμηλής ταχύτητας ροές. Η πιο εντυπωσιακή αγγείωση παρατηρείται στα φλεγμονώδη καρκινώματα.<sup>13</sup>

## **6.2.9 Θερμογραφία**

Η θερμογραφία παράγει εικόνες που βασίζονται στην ακτινοβόληση θερμότητας από την επιφάνεια του μαστού. Έτσι αποκαλύπτονται θερμές περιοχές, που προκαλούνται από κακοήθεις επεξεργασίες. Η θερμότητα που παράγεται από τους περισσότερους καρκίνους του μαστού είναι μεγαλύτερη από τους γύρω ιστούς και απάγεται από το φλεβικό δίκτυο, που εμφανίζεται και πιο θερμό από το αρτηριακό. Αρχικά η εφαρμογή της θερμογραφίας συνάντησε μεγάλο ενθουσιασμό, αλλά σήμερα δεν θεωρείται η πιο κατάλληλη μέθοδος, γιατί έχει υψηλό ποσοστό σφάλματος επί θετικού ή αρνητικού αποτελέσματος.<sup>7</sup>

## **6.2.10 Βιολογικοί Δείκτες**

Όπου υπάρχει η δυνατότητα, πρέπει ο σύγχρονος γιατρός να προσδιορίζει τους βιολογικούς δείκτες και, προκειμένου για τον καρκίνο του μαστού, εύκολος κλινικά είναι ο έλεγχος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), γιατί αυτό αυξάνεται στον όρο του αίματος πάνω από 5 mg/ml. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο μας βοηθάει τόσο στη διάγνωση, όσο και στη σταδιοποίηση του καρκίνου. Ακόμη, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην εξακρίβωση υποτροπιών ή μεταστάσεων.

Το CEA είναι αυξημένο στο στάδιο I σε συχνότητα 14,8% στο στάδιο II σε συχνότητα 23,7%, στο στάδιο III 40,5% και στο στάδιο IV σε συχνότητα 73,1%.<sup>14</sup>

## 6.3 Εγχειρητική Διάγνωση

Επέμβαση στο μαστό για διαγνωστικό σκοπό, θα εκτελέσουμε αφού εξαντλήσουμε κάθε κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση. Η σπουδή για εκτέλεσή της προδίδει απειρία και ανευθυνότητα. Διαγνωστικά εκτελούμε τις παρακάτω επεμβάσεις στο καρκίνο του μαστού.<sup>14</sup>

### 6.3.1 Βιοψία

Με αυτή επιβεβαιώνουμε την κλινική και εργαστηριακή διάγνωση. Δυνατό η βιοψία να είναι ταχεία ή ο έλεγχος να γίνει με έγκλειστα σε παραφίνη γιατί μερικοί ιστολογικοί τύποι καρκίνου, δεν είναι δυνατόν να διαγνωσθούν με ταχεία βιοψία. Η κάποια καθυστέρηση της ιστολογικής εξέτασης δεν επηρεάζει τα θεραπευτικά αποτελέσματα.<sup>14</sup>

#### - ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΜΕ ΛΕΠΤΗ ΒΕΛΟΝΑ

Η λήψη βιοπτικού υλικού προς κυτταρολογική εξέταση, που γίνεται με λεπτή βελόνα κατόπιν αναρρόφησης είναι μια παλαιά 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, στο θυρεοειδή αδένα ή στον λεμφαδένα και εκτελείται στο εξεταστικό χώρο. Προς το σκοπό αυτό δεν χρειάζεται ιδιαίτερος εξοπλισμός. Χρησιμοποιείται μια σύριγγα των 10ml με βελόνα 21 ή 23 gauge. Προηγούμενα στη σύριγγα απορροφάται 1ml αέρα. Αυτό βοηθεί στην εύκολη λειτουργία του εμβόλου. Η βλάβη ακινητοποιείται με τη βοήθεια δύο δακτύλων της αριστερής άκρας χειρός. Στη συνέχεια η βελόνα καθοδηγείται προς τη βλάβη και με παλινδρομικές κινήσεις επιτυγχάνεται η αναρρόφηση. Στο τέλος της αναρρόφησης η βελόνα μαζί με τη σύριγγα αφαιρείται και το περιεχόμενο ραντίζεται επί των αντικειμενοφόρων πλακών και σχηματίζονται τα επιχρίσματα.<sup>6</sup>

Η παρακέντηση κυστικού ή συμπαγούς μορφώματος (Fine Needle Aspiration: FNA) υποβοηθητικό μόνο διαγνωστικό ρόλο έχει, η δε κυτταρολογική εξέταση του υγρού ή των κυττάρων μόνο υποψία μπορεί να θέσει για κακοήθεια ή καλοήθεια, με κανένα δε τρόπο δεν εμποδίζει τη διενέργεια της χειρουργικής εξαίρεσης ενός ογκιδίου. Άλλωστε είναι σαφές, ότι η παρακέντηση δεν παρουσιάζει την ειδικότητα (ιδίως σε μικρούς όγκους) που εμφανίζει η ανοικτή βιοψία.

Παρακέντηση μπορεί να γίνει σε περιπτώσεις που θέλουμε να αποφύγουμε την ανοικτή βιοψία και αυτές οι περιπτώσεις είναι οι κύστεις.<sup>12</sup>

#### - ΒΙΟΨΙΑ ΜΕ ΒΕΛΟΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΥΡΗΝΑ

Χρησιμοποιείται βελόνα κοπής Νο 14 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.<sup>6</sup>



## - ΑΝΟΙΚΤΗ ΒΙΟΨΙΑ ΕΚΤΟΜΗΣ

Η χειρουργική-ανοικτή-βιοψία εκτομής, 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 εκτομής επί υγιών ορίων, όπου όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, επιτρέπει το να είναι και η τελική θεραπεία. Πέραν αυτού, μπορεί να γίνει άλλωστε και η περαιτέρω χειρουργική εκτομή, υπό την ίδια αναισθησία, εφ' όσον αυτή αποφασισθεί.<sup>6</sup>

### 6.3.2 Προσδιορισμός ορμονικών υποδοχέων

Κατά την εκτέλεση της ιστοληψίας, και όταν υπάρχουν με το μακροσκοπικό έλεγχο υποψίες ύπαρξης καρκίνου, μικρό τμήμα της επεξεργασίας στέλνεται στο εργαστήριο τοποθετημένο μέσα σε δοχείο που περιέχει μικρά κομμάτια πάγου, για προσδιορισμό ορμονικών υποδοχέων που δείχνουν το ορμονοεξαρτώμενο ή όχι του καρκίνου. Το ύψος της θετικότητας αυτών είναι ανάλογο με το βαθμό διαφοροποίησης των όγκων και του ιστολογικού τύπου.<sup>14</sup>

## 6.4 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η επίμονα αυξημένη ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων μπορεί να είναι το αποτέλεσμα παρουσίας διάσπαρτου καρκίνου. Οι ηπατικές ή οστικές μεταστάσεις μπορεί να συνοδεύονται από αυξημένη αλκαλική φωσφατάση του ορού. Η υπερασβεστιαμία αποτελεί μερικές φορές σημαντικό εύρημα στον προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης υποτροπής του καρκίνου του μαστού.<sup>9</sup>

## 6.5 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η ανίχνευση των λεμφαδενικών μεταστάσεων εξαρτάται από διάφορους παράγοντες: από την έκταση του λεμφαδενικού καθαρισμού, από το πόσο σχολαστικά αναζητούνται οπτικά και ψηλαφητικά στο εγχειρητικό παρασκεύασμα οι λεμφαδένες, από το σημείο από το οποίο γίνεται η διατομή του λεμφαδένα, από τον αριθμό των διατομών, από τη μέθοδο χρώσης και από την αναγνώριση των κακοήθων κυττάρων από τον παθολογοανατόμο.

Υπάρχουν τρεις τεχνικές για την ανίχνευση των μικρομεταστάσεων. Η μέθοδος της χρώσης H & E με πολλαπλές διατομές του λεμφαδένα, η ανοσοϊστοχημεία (IH) για κυτοκερατίνες (ή άλλες πρωτεΐνες) και η μέθοδος PCR (Polymerase Chain Reaction, για την ανίχνευση keratin mRNA ή mRNA άλλης πρωτεΐνης). Η κάθε μέθοδος έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της.<sup>15</sup>

Οι πνεύμονες, οι πλευρές και η σπονδυλική στήλη ελέγχονται για μεταστάσεις με το θώρακα. Οι οστικές μεταστάσεις μπορούν ν'αποκλεισθούν με σπινθηρογράφημα οστών αν και στην περίπτωση μικρού καρκίνου συνήθως το σπινθηρογράφημα δεν είναι απαραίτητο. Επίσης γίνονται υπολογιστική τομογραφία της κοιλιάς και εξετάσεις της ηπατικής λειτουργίας προκειμένου ν'ανιχνευθεί η παρουσία ηπατικών μεταστάσεων. Μερικές φορές μπορούν να βρεθούν υψηλά το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) και δη το καρκινικό αντιγόνο (CA) 15-3 του ορού. Τέλος έχει μεγάλη σημασία να μετρηθούν οι συγκεντρώσεις των υποδοχέων οιστρογόνων και προγεστερόνης στο νεοπλασματικό ιστό οι οποίες μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για τη μελλοντική ορμονοθεραπεία.<sup>16</sup>

Οι κύριες απεικονιστικές μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται στη μελέτη των ασθενειών με καρκίνο του μαστού είναι:

1. – Μαστογραφία χαμηλής δόσεως και άρτιας τεχνικής.
2. – Υπερηχοτομογράφημα και έγχρωμο Doppler Υπερηχοτομογράφημα.
3. –Μαγνητική μαστογραφία και μαγνητική τομογραφία οργάνων.
4. –Αξονική τομογραφία.
5. –Κατευθυνόμενη δια βελόνης βιοψία με τη βοήθεια υπερηχοτομογραφίας ή στερεοτακτικής μαστογραφίας.

Η εφαρμογή στην κλινική πράξη κάθε μίας μεθόδου, είναι συνυφασμένη με την κλινική εικόνα της ασθενούς, ούτως ώστε να χρησιμοποιείται ιεραρχικά η ενδεδειγμένη απεικόνιση με το χαμηλότερο συνολικό κόστος και με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα.

Οι παθολογικές καταστάσεις, όπου έχουν ενδείξεις, οι απεικονιστικές μέθοδοι είναι οι εξής:

1. – Μη ψηλαφητή μάζα μαστού.
2. – Ψηλαφητή μάζα μαστού.
3. – Αποτιτανώσεις μαστού.
4. – Μεταστάσεις καρκίνου μαστού.
5. – Παρακολούθηση υποτροπών μετά συντηρητική θεραπεία.<sup>17</sup>

## 6.6 Διαφορική Διάγνωση

Πολλές καλοήθεις βλάβες μιμούνται κλινικά τα καρκινώματα του μαστού (βλ. το πλαίσιο). Η οξεία βακτηριακή μαστίτιδα μπορεί εύκολα να συγχυστεί με τον φλεγμονώδη καρκίνο. Η νέκρωση λίπους μπορεί να παρουσιάζεται ως ένας συμπαγής ανώμαλος επικρατών όγκος. Η δυσπλασία του μαστού συχνά εμφανίζει διάχυτες αλλοιώσεις (ογκίδια), αλλά μπορεί να παρουσιαστεί και ως μία μονήρης ύποπτη μάζα. Οι καλοήθεις νεοπλασίες μπορούν επίσης να συγχυστούν κλινικά με καρκινώματα. Η πλειονότητα των ογκιδίων του μαστού αποδεικνύεται ότι είναι καλοήθη, ειδικά σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Πάντως, αν υπάρχει οποιαδήποτε κλινική αμφιβολία για τη διάγνωση, πρέπει να ακολουθεί έλεγχος που περιλαμβάνει και τη βιοψία. Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα είναι μερικές φορές χρήσιμα για το διαχωρισμό καλοήθους από κακοήθη νόσο του μαστού. Είναι σημαντικό πάντως να τονιστεί ότι σε ύποπτους όγκους πρέπει πάντα να εκτελείται βιοψία έστω και αν τα μαστογραφικά ευρήματα είναι ασήμαντα. Το 10-20% των καρκίνων δεν αποκαλύπτονται μαστογραφικά. Η αναρρόφηση υγρού με βελόνα σε ύποπτες κύστες είναι επίσης χρήσιμη. Αν εξαχθεί υγρό και το ογκίδιο μικραίνει με την αναρρόφηση, ο γιατρός μπορεί να είναι σίγουρος ότι η διαδικασία είναι καλοήθης. Το σπάνιο κυστικό καρκίνωμα μπορεί να ανιχνευθεί μερικές φορές με την κυτταρολογική εξέταση του υγρού της κύστης. Οι συμπαγείς όγκοι συνήθως απαιτούν εξέταση του ιστού με αναρροφητική κυτταρολογική εξέταση, βιοψία με βελόνα ή ανοιχτή βιοψία. Όλα αυτά μπορούν να γίνουν σε εξωνοσοκομειακή βάση. Αν το αποτέλεσμα της βιοψίας είναι θετικό για καρκίνωμα, μία δεύτερη εξέταση μπορεί να σχεδιαστεί μετά από συζήτηση με την ασθενή.<sup>18</sup>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

## 7. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του Ca μαστού είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και μεταβάλλεται γρήγορα με την παρέλευση του χρόνου. Η παρουσία της μετάστασης σε μασχαλιαίο αδένα, ο υψηλός βαθμός ιστολογικής κακοήθειας, το καρκίνωμα που ανήκει στο φλεγμονώδη υπότυπο, η απουσία υποδοχέων οιστρογόνων και η αυξημένη έκφραση ογκογονιδίων και υποδοχέων του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα αποτελεί δυσμενείς προγνωστικούς παράγοντες. Η θεραπεία βασίζεται στον ιστολογικό τύπο, στο μέγεθος και στην εντόπιση του όγκου, στην ηλικία της γυναίκας και τη σχέση της με την εμμηνόπαυση, στην απουσία -παρουσία ορμονικών υποδοχέων, στην προτίμηση της ασθενούς και στην πείρα του γιατρού.<sup>16</sup>

### 7.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 7.1.1 Μαστεκτομή-Τύποι μαστεκτομών

##### α) ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ HALSTED – ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Αφαίρεση en block.

- Μαζικού αδένα με το υπερκείμενο δέρμα.
- Μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός.
- Περιεχόμενου της μασχάλης.

##### β) ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

- Εγχείρηση Halsted με αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής.
- Καμία ένδειξη (εγκαταλείφθη)

##### γ) ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ (PATEY)

Η τεχνική περιλαμβάνει την αφαίρεση.

- Του μαστού και του υπερκείμενου δέρματος.
- Της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός.
- Του περιεχομένου της μασχάλης.<sup>5</sup>

δ) ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ. Η εγχείρηση αυτή συνίσταται στην αφαίρεση μόνο του μαστού και όχι των λεμφαδένων ή μυών. Δεν εφαρμόζεται συχνά, παρά μόνο σε ορισμένες ιδιαίτερες περιπτώσεις.

ε) ΥΠΟΔΟΡΙΑ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ. Συνίσταται στην εξαίρεση του μαζικού αδένα χωρίς το δέρμα και τη θηλή και ακολουθεί τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης. Συνήθως γίνεται αμφοτερόπλευρη κυρίως σε in situ λοβιδιακό καρκίνωμα.<sup>12</sup>

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΠΟΥ ΑΦΑΙΡΕΙΤΑΙ

### **A. Ενδογική βιοψία**

(παραμένει μακροσκοπικό υπόλοιπο όγκου)

### **B. Ουγκεκτομή**

Αφαίρεση του όγκου χωρίς ασφαλή υγιή όρια. Μακροσκοπικά δεν υπάρχει υπόλειμμα όγκου.

### **Γ. Ευρεία ουγκεκτομή**

Εκτομή του όγκου με τουλάχιστον 1 εκ. υγιούς ιστού περίξ αυτού. (Το όριο αυτό δεν μπορεί να τηρηθεί προς την κατεύθυνση του μείζονος θωρακικού μυός, οπότε απαιτείται αφαίρεση της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός)

### **Δ. Τεταρτεκτομή Τμηματεκτομή**

Εκτομή του όγκου με τουλάχιστον 2 εκ. υγιούς ιστού περίξ αυτού μακροσκοπικώς. (Τα όρια προς την κατεύθυνση του μείζονος θωρακικού μυός δεν μπορούν να εξασφαλισθούν, οπότε απαιτείται αφαίρεση της περιτονίας του μείζονος θωρακικού μυός.) ΤΕΤΑΡΤΕΚΤΟΜΗ δεν σημαίνει εκτομή του ¼ του μαστού.<sup>4</sup>

## 7.2 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σημαντικότερη είναι η προσφορά της ιονίζουσας ακτινοβολίας στον τοπικό και περιοχικό έλεγχο του καρκίνου του μαστού σε όλα τα στάδια. Όλες οι χειρουργικές μέθοδοι μπορούν να συνδυαστούν με ακτινοβολήση.

Ακτινοβολείται η περιοχή του μαστού ή του θωρακικού τοιχώματος, εφόσον έγινε μαστεκτομή και των επιχωρίων λεμφαδένων, εάν χρειάζεται (μασχαλιαίοι υπερκλείδιοι εσωμαστικοί) με διάφορες τεχνικές και μετά κατάλληλο σχεδιασμό, με σκοπό να δοθεί η μεγαλύτερη δυνατή δόση στο μικρότερο δυνατό πεδίο, με την μεγαλύτερη δυνατή ομοιογένεια. Η δόση που συνήθως μπορεί να δοθεί από απόσταση είναι 45-60 Gy σε 25-30 συνεδρίες.

Είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί και ακτινοβόληση εξ επαφής με εμφύτευση ραδιενεργού Ιριδίου 192 συνήθως στην περιοχή του όγκου (tumor bead), στις περιπτώσεις που έχει διατηρηθεί ο μαστός. Έτσι η δόση αυξάνεται σημαντικά στο σημείο εκείνο (80-90 Gy), με αποτέλεσμα την πλήρη αποστείρωση της περιοχής από καρκινικά κύτταρα, χωρίς όμως να βλαφθεί το δέρμα.<sup>12</sup>

## 7.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συστηματική θεραπεία έχει σκοπό να αποστειρώσει την περιφέρεια από καρκινικά κύτταρα και γίνεται κυρίως με ορμονικά σκευάσματα ή κυτταροστατικά φάρμακα. Διάφορες προσπάθειες έχουν γίνει για νέα φάρμακα και νέες μεθόδους συστηματικής θεραπείας, όπως είναι η ανοσοθεραπεία, η ανοσοπροφύλαξη, δέσμευση των αυξητικών παραγόντων, και των γονιδίων ή δέσμευση των υποδοχέων των αυξητικών παραγόντων, μονοκλωνικά αντισώματα εναντίον συγκεκριμένων αυξητικών παραγόντων, ή μονοκλωνικά αντισώματα συνδεδεμένα με τοξίνες ή φάρμακα, εναντίον των διαφόρων παραγόντων ή ακόμη εμποδίζοντας με φάρμακα τη νεοαγγειογένεση του όγκου.<sup>12</sup>

## 7.4 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονοθεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού, όπως και στους υπόλοιπους ορμονοευαίσθητους καρκίνους. Ο στόχος της ορμονοθεραπευτικής αγωγής στον καρκίνο του μαστού είναι να μειωθεί ή και να εξαλειφθεί η δραστηριότητα των οιστρογόνων, τα οποία συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ορμονοεξαρτώμενων καρκινικών κυττάρων του μαστού.

Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ωοθηκεκτομή (χειρουργική, ακτινοθεραπεία ή φαρμακευτική) και πιθανόν με επικουρική αντιοιστρογονική θεραπεία.

Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, τα οιστρογόνα παράγονται κυρίως σε περιφερικούς ιστούς και όχι στις ωοθήκες, γι' αυτό το λόγο η εξάλειψη των οιστρογόνων σε αυτές τις ασθενείς επιτυγχάνεται με τον ανταγωνισμό των οιστρογόνων στους υποδοχείς ή με τη μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων με την αναστολή της αρωματάσης.<sup>19</sup>

Όγκοι, οι οποίοι έχουν υποδοχείς για τα οιστρογόνα, προσφέρονται για ορμονικούς χειρισμούς ιδιαίτερα με ταμοξιφαίνη (Tamoxifen), ένα αντιοιστρογόνο, το οποίο δεσμεύει τους υποδοχείς οιστρογόνων και έτσι εμποδίζει τα ενδογενή οιστρογόνα να δράσουν στο καρκινικό κύτταρο. Μελέτες έχουν βρει ότι γυναίκες, οι οποίες υποβάλλονται σε ορμονικό χειρισμό με ταμοξιφαίνη, έχουν στατιστικώς σημαντικά καλύτερη επιβίωση και ελεύθερο νόσου χρονικό διάστημα, ανεξάρτητα από το αν ήταν προ ή μετεμμηνοπαυσιακές, ανεξάρτητα αν είχαν θετικούς ή αρνητικούς υποδοχείς άλλωστε είναι γνωστό ότι υπάρχει μια ανταπόκριση στην ταμοξιφαίνη στο 25% των περιπτώσεων με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς.<sup>12</sup>

Η ταμοξιφαίνη (TAM) έχει προφυλακτική δράση στον καρκίνο του μαστού. Στη μελέτη της NSABP (National Surgical Adjuvant Breast Project) συμμετείχαν πάνω από 13.000 γυναίκες «υψηλού κινδύνου» για την εμφάνιση καρκίνου του μαστού.<sup>1</sup> Το μοντέλο Gail χρησιμοποιήθηκε για να υπολογιστεί η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε αυτές τις ασθενείς.<sup>2</sup> Το μοντέλο αυτό ενσωματώνει το οικογενειακό ιστορικό, την ηλικία, τον αριθμό των τοκετών, την ηλικία της εμμηναρχής κ.λπ. Γυναίκες ηλικίας 35-65 ετών τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν 20 mg/ημέρα ταμοξιφαίνης ή placebo για 5 χρόνια. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν πως η ταμοξιφαίνη μείωσε τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες «υψηλού κινδύνου» κατά 49%,<sup>3</sup> ( $P < 0,00001$ )

Η συνολική επίπτωση ήταν 43,4 και 22, ανά 1000 γυναίκες στην ομάδα του placebo και της ταμοξιφαίνης, αντίστοιχα. Σε γυναίκες <49 ετών σημειώθηκε μείωση του κινδύνου κατά 44%

σε γυναίκες 50-59 ετών κατά 51% και σε γυναίκες >60 ετών μείωση του κινδύνου κατά 55%. Η ταμοξιφαίνη μείωσε τον κίνδυνο του μη διηθητικού καρκίνου του μαστού κατά 50% ( $P < 0,002$ ) και τη συχνότητα των όγκων με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς κατά 69%, ενώ δεν υπήρξε διαφορά στη συχνότητα των όγκων με αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς.<sup>19</sup>

Η ταμοξιφαίνη εκτός των ανωτέρω μειώνει τα τριγλυκερίδια, τα λιπίδια και τη χοληστερίνη επομένως προστατεύει από τα καρδιαγγειακά επεισόδια, αυξάνει την καθήλωση του ασβεστίου στα οστά και προστατεύει από την οστεοπόρωση, αλλά προκαλεί και σε ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 3%, καρκίνο του ενδομητρίου με αποτέλεσμα

να υπάρχει μια σχετική επιφυλακτικότητα στη χορήγηση της ως χημειοπροφύλαξης. Η ταμοξιφαίνη χορηγείται σε δόση 20mg περίπου ημερησίως και τουλάχιστον για πέντε χρόνια, ίσως περισσότερα.

Το μειονέκτημα της ταμοξιφαίνης είναι ότι διεγείρει το ενδομήτριο, στο οποίο προκαλεί υπερπλασία. Πρόσφατα περιεγράφη η ραλοξιφαίνη (Raloxifen) που δεν διεγείρει το ενδομήτριο, ενώ έχει όπως και η ταμοξιφαίνη ευεργετικό αποτέλεσμα στον μαστό ως αντιοιστρογόνο και μαζί με άλλους τροποποιητές των υποδοχέων των οιστρογόνων έχει συμβάλει στην ενθάρρυνση όσον αφορά την αντιμετώπιση της νόσου. Η ραλοξιφαίνη αποτελεί νέο φάρμακο της οικογένειας των **εκλεκτικών τροποποιητών των ορμονικών υποδοχέων** (Selective Estrogen Receptors Modulators: SERM).

Υπάρχουν και άλλοι ορμονικοί χειρισμοί, οι οποίοι αφορούν την υπόφυση ή τα επινεφρίδια (**GnRH ανάλογα, αμινογλουτεθιμίδη**) και τελευταία μεγάλη χρήση και καλό αποτέλεσμα έχουν οι αναστολείς της αρωματάσης.<sup>12</sup>

## 7.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η **προφυλακτική χημειοθεραπεία** γίνεται συνήθως σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με όγκο άνω του 1 cm, ή σε γυναίκες προ ή μετεμμηνοπαυσιακές με διηθημένους λεμφαδένες. Τα συνήθης σχήματα, τα οποία χορηγούνται, είναι το (Endoxan Methotrexate 5- Flurouracil: CMF) η (Endoxan Adriamycin 5- Flurorasil: CAF), ενώ υπάρχει πληθώρα άλλων σχημάτων, τα οποία εφαρμόζονται ως προφυλακτική χημειοθεραπεία. Το CMF όμως και το CAF είναι τα ποιο γνωστά και καλύτερα διερευνητικά χημειοθεραπευτικά σχήματα.<sup>12</sup>

Η χορήγηση υψηλών δόσεων χημειοθεραπείας προσκρούει στη σοβαρού βαθμού μυελοτοξικότητα που αυτή προκαλεί, και που μπορεί να φθάσει και μέχρι την απλασία του μυελού. Ο μόνος τρόπος να παρακαμφθεί το εμπόδιο αυτό είναι η αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών (AMMO), που συνίσταται στην αυτομεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων (stem cells), τα οποία λαμβάνονται από τον μυελό των ασθενών ή πρόσφατα και από το περιφερικό αίμα μετά από κατάλληλη κινητοποίηση. Η μεταμόσχευση αρχέγονων κυττάρων περιφερικού αίματος (ΜΑΚΠΑ) τείνει τα τελευταία χρόνια να αντικαταστήσει αυτήν του μυελού, αφού έχει βρεθεί ότι έτσι η μυελοκαταστολή από την **μεγαχημειοθεραπεία** είναι μικρότερης χρονικής διάρκειας.<sup>20</sup>

Η τοξικότητα της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας είναι αποδεκτή: ναυτία, έμετος, αλωπεκία και μυελοκαταστολή είναι συχνά αλλά αναστρέψιμα και ο θάνατος εξαιτίας της φαρμακευτικής τοξικότητας είναι σπάνιος. Η μόνιμη δυσλειτουργία των ωοθηκών είναι μια σημαντική μακροχρόνια παρενέργεια που παρατηρείται σε μερικές προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς. Δεν έχει παρατηρηθεί αυξημένη επίπτωση δεύτερης κακοήθειας μετά από συμπληρωματική χημειοθεραπεία.<sup>18</sup>

## 7.6 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του μαστού αφορά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς αιτίας στο μαστό και λεμφαδενικό καθαρισμό της συστοίχου μασχαλιαίας χώρας για σταδιοποίηση της νόσου με πιθανή αφαίρεση μικροσκοπικών λεμφαδενικών μεταστάσεων. Ο λεμφαδενικός καθαρισμός αφορά συνήθως το επίπεδο I και II λεμφαδένων της μασχάλης, εφόσον γίνεται για σταδιοποίηση της νόσου. Στην περίπτωση ψηλαφητών λεμφαδενικών μεταστάσεων τότε χρειάζεται η αφαίρεση των λεμφαδένων επιπέδου III, ούτως ώστε να εξαλειφθεί η νόσος στη μασχάλη και ν'αποφευχθούν οι συνέπειες μελλοντικών πειστικών φαινομένων επί του βραχιονίου πλέγματος. Πολύτιμη είναι η συνδρομή της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας για την καταπολέμηση πιθανών αιματογενών μεταστάσεων και η ακτινοθεραπεία για την εξάλειψη μικροσκοπικών υπολειμμάτων στο μαστό ή στη μασχαλιαία χώρα. Επιπέδου I λεμφαδένες είναι εκείνοι προς τα έξω του ελάσσονος θωρακικού μυός, επιπέδου II οι λεμφαδένες όπισθεν του ελάσσονος θωρακικού μυός και επιπέδου III οι λεμφαδένες προς τα έσω του ελάσσονος θωρακικού μυός μέχρι της κλειδός. Επί υπερβολικής διογκώσεως των μασχαλιαίων λεμφαδένων μπορεί να χρειαστεί η αφαίρεση του ελάσσονος θωρακικού μυός και σπανιότερα. Του μείζονος θωρακικού μυός και η επέκταση της λεμφαδενεκτομής άνωθεν της μασχαλιαίας φλεβός ούτως ώστε η en bloc αφαίρεση των λεμφαδένων να γίνει επί υγιών ορίων.

Χειρουργική αφαίρεση αιματογενών μεταστάσεων συνήθως δεν ενδείκνυται, διότι πολλές φορές δεν φαίνεται να επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου και τεχνικώς μπορεί να είναι δύσκολη η αφαίρεση τέτοιων μεταστάσεων, είτε διότι είναι πολλαπλές, είτε διότι αφορούν ανατομικά μέρη τα οποία είναι δύσκολο να αφαιρεθούν.<sup>21</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

### 8.1 ΕΝΔΟΙΑΣΜΟΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Σύμφωνα με τη φυσιολογία του μαζικού αδένου, αμέσως μετά την υστεροτομία η απότομη πτώση των ορμονών του πλακούντα επιτρέπει στην προλακτίνη να δράσει. Έτσι, η αυξημένη από την κύηση προλακτίνη σε συνδυασμό με το μηχανικό ερέθισμα της απομύζησης έχει ως αποτέλεσμα τη σύνθεση και την έκκριση του γάλακτος. Αυτός είναι ο μηχανισμός που επιτρέπει σε όλες τις γυναίκες να έχουν γάλα. Εάν ο ερεθισμός της θηλαίας άλω με την απομύζηση δεν γίνει αμέσως μετά την υστεροτομία και καθυστερήσει από αυτή την ορμονικά ευνοϊκή φάση, η λεχωΐδα μπορεί να μην έχει ποτέ αρκετό γάλα.

Η προστατευτική δράση της γαλουχίας μπορεί να ερμηνευθεί με διάφορους τρόπους:

1. Ορμονικές αλλαγές της γαλουχίας (έκθεση σε αυξημένες συγκεντρώσεις προλακτίνης και ελαττωμένες συγκεντρώσεις οιστρογόνων) μπορεί με κάποιο τρόπο να αναστέλουν την εμφάνιση και αύξηση της νεοπλασίας στο μαστό.
2. Στη διάρκεια της γαλουχίας η ωορρηξία διακόπτεται ή είναι λιγότερο συχνή, κάτι που θα μπορούσε επίσης να προστατεύει ορμονικά κατά του καρκίνου του μαστού.
3. Κατά τη διάρκεια της γαλουχίας προκαλούνται αλλαγές στα επιθηλιακά κύτταρα των πόρων καθώς και μηχανική απομάκρυνση καρκινογόνων.
4. Οι αλλαγές που γίνονται μέσα στο κύτταρο στη διάρκεια της γαλουχίας (αύξηση DNA και RNA πυρήνα, αύξηση ενδοπλασματικού δικτύου, συστήματος Golgi, ριβοσωματίων) ίσως είναι απαραίτητο λειτουργικό στάδιο της σωστής πορείας του οργάνου ως την υποστροφή, και η απουσία τους να ενεργοποιεί μηχανισμούς καρκινογένεσης.
5. Οι γυναίκες που δεν μπορούν να θηλάσουν ίσως έχουν κάποια υποβόσκουσα ορμονική διαταραχή που ίσως είναι υπεύθυνη για τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου που εμφανίζουν.
6. Οι γυναίκες που δεν θηλάζουν εκτίθενται σε υψηλά επίπεδα οιστρογόνων για αναστολή της γαλουχίας με σκευάσματα που τους δίνονται αμέσως μετά τον τοκετό σε μια περίοδο πολύ κριτική σε ορμονικό και κυτταρικό επίπεδο.<sup>5</sup>

## 8.2 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Από τις κακοήθειες του μαστού το 2-5% παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η ανίχνευση ογκιδίων, μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη, εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σ' αυτή την περίοδο. Αν διαπιστωθεί κάποιο ογκίδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με αναρρόφηση ή χειρουργικά. Η θεραπεία βασικά είναι ίδια, αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη. Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μια επιλογή.

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την άρρωστη να περιμένει δύο χρόνια μετά τη θεραπεία για καρκίνο, πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος. Στην περίπτωση σταδίου II ή σταδίου III της νόσου, οι άρρωστες συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια. Εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία για καρκίνο μαστού δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου.<sup>22</sup>

## 8.3 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Αν και σπάνιος, ο καρκίνος του μαστού σε άνδρες καλύπτει σχεδόν το 1% όλων των καρκίνων του μαστού. Το γεγονός ότι οι άνδρες έχουν περίπου το 1% του μαζικού ιστού των γυναικών, υποδηλώνει ότι η διαφορά στην επίπτωση της νόσου μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετίζεται με τον όγκο του ιστού που είναι ευάλωτος στη νεοπλασματική εξαλλαγή.<sup>18</sup>

Ο υποτυπώδης ανδρικός μαστός είναι σχετικά ελεύθερος παθολογικών εμπλοκών. Μόνο δύο νόσοι εμφανίζονται με αρκετή συχνότητα που αξίζουν μελέτης: η γυναικομαστία και το καρκίνωμα.<sup>8</sup>

### *Γυναικομαστία*

Όπως στις γυναίκες, οι ανδρικοί μαστοί αποτελεί αντικείμενο ορμονικών επιδράσεων, αλλά είναι πολύ λιγότερο ευαίσθητοι από τους γυναικείους μαστούς. Παρόλα αυτά, διόγκωση του ανδρικού μαστού ή γυναικομαστία μπορεί να συμβεί ως απάντηση σε απόλυτη ή σχετική περίσσεια οιστρογόνων.

Η πλέον σημαντική αιτία αυτού του υπεροιστρογονισμού στον άνδρα είναι η κίρρωση του ήπατος, με επακόλουθη ανικανότητα του ήπατος να μεταβολίσει τα οιστρογόνα. Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν το σύνδρομο Klinefelter, τους οιστρογονοεκκριτικούς όγκους, την θεραπεία με οιστρογόνα και ενίοτε τη θεραπεία με δακτυλίτιδα. Φυσιολογική γυναικομαστία συμβαίνει συχνά στην εφηβική και στην πολύ γεροντική ηλικία.<sup>8</sup>

### *Καρκίνωμα*

Αυτό είναι ένα σπάνιο συμβάν, με ένα ρυθμό συχνότητας σε σχέση προς τον καρκίνο του θήλεος 1:125. Συμβαίνει σε προχωρημένη ηλικία. Λόγω του πενιχρού ποσού μαστικής ουσίας στον άνδρα, ο όγκος διηθεί γρήγορα το υπερκείμενο δέρμα και το υποκείμενο θωρακικό τοίχωμα. Μορφολογικά και βιολογικά αυτοί οι όγκοι μοιάζουν με τα διηθητικά καρκινώματα του θήλεος. Είναι έκπληξη ότι, δεδομένου του μεγέθους του ανδρικού μαστού, σχεδόν οι μισοί έχουν ήδη διασπαρεί στα επιχώρια γάγγλια και τις πλέον απομακρυσμένες θέσεις όταν ανακαλύπτονται.<sup>8</sup>

## 8.4 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Η πρόγνωση του μεταστατικού Ca μαστού δεν έχει βελτιωθεί τα τελευταία 20 χρόνια και η μέση επιβίωση των ασθενών αυτών είναι 18 μήνες. Η συνδυασμένη χημειοθεραπεία δίνει ποσοστά ανταπόκρισης 50-70%, με λίγες πλήρεις υφέσεις και μόνον το 15% επιβιώνει πέραν της 5ετίας, ενώ γενικά οι πλήρεις υφέσεις μακράς διαρκείας είναι σπάνιες. Οι προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με αρνητικούς ιστογονικούς υποδοχείς έχουν μια επιθετικότερη νόσο με ακόμη μικρότερη επιβίωση, και στην καλύτερη περίπτωση μόνον 5-10% επιβιώνουν στα 3 έτη.

Κακή όμως είναι η πρόγνωση και στις ασθενείς με στάδιο II και μαζική διήθηση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, ενώ το 87% των ασθενών που έχουν >10 διηθημένους λεμφαδένες υποτροπιάζει εντός 5 ετών παρά την κλασσική βοηθητική χημειοθεραπεία. Τόσο οι θεωρητικές μας γνώσεις όσο και τα ευρήματα από πειραματικές και κλινικές μελέτες, υποδηλώνουν ότι η υποτροπή του Ca μαστού οφείλεται στην ανάπτυξη αντοχής του καρκινικού κυττάρου προς τα κυτταροστατικά.<sup>20</sup>

Παρά τις προόδους στην ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία και την ορμονοθεραπεία η θνησιμότητα τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επιρρεασθεί. Ο βασικός λόγος αυτής της «αποτυχίας» θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή.<sup>23</sup>

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

### 9. Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης.

#### 9.1. Ιστορικό υγείας

- α. Ηλικία.
- β. Επάγγελμα.
- γ. Συζυγική κατάσταση.
- δ. Καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό.
- ε. Οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού).
- στ. Προηγούμενη πάθηση μαστού.
- ζ. Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών.
- η. Πρόσφατος θηλασμός.
- θ. Διαιτητικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια σε λίπη και χοληστερίνη).<sup>22</sup>

#### 9.2. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς

- α. Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει:
  - Ορώδη ή αιματηρή έκκριση.
  - Ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο.
  - Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σημηματογόνων αδένων.
  - Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού.
  - Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.
  - Εισολκή θηλής: οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από τη θηλή.
  - Ακίνητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
  - Εξέλκωση κατά τη θηλή: οφείλεται σε αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας.
  - Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.
- β. Η άρρωστη είναι αγχώδης και ανησυχεί για τη διάγνωση.<sup>22</sup>

### **9.3. Προβλήματα της άρρωστης**

- 1. Ψυχολογικά προβλήματα**
  - α. Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης.
  - β. Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη.
  - γ. Φόβος θανάτου.
- 2. Μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης.**
- 3. Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και σύζυγο.**
- 4. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.**
- 5. Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου.<sup>22</sup>**

### **9.4. Σκοποί της φροντίδας**

- 1. Άμεσοι**
  - α.** Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού.
  - β.** Ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους.
- 2. Μακροπρόθεσμοι**
  - α.** Βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα.
  - β.** Μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου.
  - γ.** Βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας.<sup>22</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

### 10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

#### 10.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ακτινοθεραπεία

Ο νοσηλευτής είναι αυτός που πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή που προσέρχεται για ακτινοθεραπεία για τις τυχόν βλάβες που μπορούν να του δημιουργηθούν κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας αυτής της θεραπείας καθώς και για τα μέτρα που πρέπει να λάβει για την καλύτερη αντιμετώπισή τους.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για τα φαινόμενα που μπορεί να του προκαλέσει η ακτινοθεραπεία όπως:

- Γενική καταβολή δυνάμεων.
- Ναυτία, εμετούς.
- Ανορεξία.
- Απώλεια βάρους.
- Πυρετό.
- Τοπικές βλάβες που εκδηλώνονται με ερυθρότητα στην περιοχή της νεοπλασίας, η οποία δύναται να φτάσει μέχρι νεκρώσεως της περιοχής, εάν δεν ληφθεί η κατάλληλη μέριμνα. Για την αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων η νοσηλεύτρια παροτρύνει τον ασθενή:
  1. στη λήψη των αναστελλόντων την ναυτία φαρμάκων.
  2. στη λήψη επαρκούς τροφής και υγρών, μερικές φορές και βιταμινών.
  3. στη φροντίδα της καλής υγείας του δέρματος του προ της ενάρξεως της θεραπείας.<sup>24</sup>

#### Η περιοχή της ακτινοβολίας:

- Διατηρείται στεγνή.
- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα αποφεύγεται η τριβή.
- Δε βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός αν υπάρχει ιατρική εντολή.
- Τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ).
- Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.α.)
- Αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με την ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.
- Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
- 4. Σε καταστολή του μυελού των οστών:

Ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμοραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμοραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.<sup>25</sup>

Επίσης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που δημιουργούνται κατά την ακτινοβολήση όγκων ρινοφάρυγγος, λάρρυγγα, τραχείας, βρόγχων κ.λ.π. συνιστά:

- Πλύση της στοματικής κοιλότητας με αλατούχο ή υδατανθρακικό διάλυμα ανά μία ώρα.
- Λήψη παραφινέλαιου για την αποφυγή της ξηρότητας της περιοχής.
- Λήψη ήπιων παυσίπονων.
- Λήψη υγρής τροφής, υψηλής θερμιδικής αξίας.<sup>24</sup>

## ***10.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χημειοθεραπεία.***

Εξαιτίας της τοξικότητας των κυτταροστατικών φαρμάκων παρατηρούνται συχνά διαταραχές στο μυελό των οστών, στο γαστρεντερικό σωλήνα, το αναπαραγωγικό σύστημα, στα κύτταρα της ρίζας των τριχών κ.λ.π. Αποτέλεσμα μιας τέτοιας τοξικής δράσης είναι η ναυτία, ο έμετος, η πτώση μαλλιών κ.α. Ο νοσηλευτής και ο ιατρός πρέπει να εξηγήσουν τις παρενέργειες της θεραπείας ώστε ο ασθενής να είναι έτοιμος να τις αντιμετωπίσει με ψυχραιμία. Χωρίς κάποια εξήγηση, ο ασθενής μπορεί να αποδώσει αυτές τις παρενέργειες της θεραπείας σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του εξαιτίας χειροτέρευσης της αρρώστιας και να θορυβηθεί ιδιαίτερα. Πρέπει ο νοσηλευτής να εξηγήσει στον ασθενή τα υπέρ και τα κατά της χημειοθεραπείας και να προετοιμάσει τον ασθενή να τα δεχτεί. Θα πρέπει να γίνει σαφές στον άρρωστο ότι τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να τον απασχολούν και να τον ενοχλούν, όμως υπάρχει ο κλονισμός της υγείας του από την αρρώστια που είναι σοβαρότερος. Πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι είναι απαραίτητο να υπομείνει τις παρενέργειες, οι οποίες άλλωστε με το πέρασμα του χρόνου θα εκλείψουν και η προτεραιότητα πρέπει να δοθεί στην αντιμετώπιση της κυρίως νόσου.<sup>24</sup>

## ***10.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στη χειρουργική θεραπεία***

Η χειρουργική αφαίρεση όγκων αποτελεί την παλαιότερη από τις θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του καρκίνου.

Το θεραπευτικό αποτέλεσμα, εκτός από το κύριο εγχειρητικό μέρος, εξαρτάται και από την προεγχειρητική προετοιμασία και τη μετεγχειρητική ρύθμιση.

### ***10.3.1. Προεγχειρητική παρέμβαση***

**α.** 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 δε θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένειά της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.

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

**γ.** Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

- Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
- Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.



- Χορήγηση υπνωτικών για μείωση των ανησυχιών της άρρωστης.

**δ.** Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχालιάς κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.<sup>22</sup>

### **10.3.2. Μετεγχειρητική παρέμβαση**

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

**β.** Επισκόπηση του επιδεσμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και της ράχης.

**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 σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. 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 εξεσφαλίζεται 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 υποβαστάζεται 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.<sup>22</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

### **11. Έλεγχος συμπτωμάτων-Νοσηλευτική Παρέμβαση**

Τα κυριότερα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζονται σε ασθενείς με καρκίνο είναι ο πόνος, η καταβολή των δυνάμεων, η ανορεξία, η αϋπνία και η κακοσμία, τα οποία αποθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στις ευχάριστες δραστηριότητες της ζωής.

Η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση, επειδή μπορεί να υποδηλώνουν σημεία επίδειξης της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της θεραπείας.

#### **11.1. Πόνος**

Ο καρκίνος συχνά συνοδεύεται με πόνο ακόμη κι όταν ο ίδιος ο καρκίνος δεν προκαλεί πόνο. Στην ανακούφιση του πόνου συντελεί η εφαρμογή της αντικαρκινικής θεραπείας. Όταν όμως η θεραπεία της νόσου αδυνατεί να ελέγξει την εξέλιξη του καρκίνου, οι νοσηλευτές εφαρμόζουν, σε συνεργασία και με άλλους ειδικούς, ένα ευρύ φάσμα συμπληρωματικών θεραπειών, όπως είναι το massage, η χαλάρωση κ.α., πριν εφαρμοστεί ο έλεγχος του πόνου με ναρκωτικά φάρμακα.

Ακόμη, ο πόνος θεωρείται υπεύθυνος για δυσλειτουργίες που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής, τον ύπνο, τη σκέψη, τη δραστηριότητα, την κοινωνική αντίδραση και τη συναισθηματική απόκριση του ασθενή στις αντιδράσεις της καθημερινής ζωής.

#### **11.2. Εξάντληση**

##### Η ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ

Η εξάντληση είναι συχνό σύμπτωμα που προκύπτει από την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή, ειδικότερα τη χημειοθεραπεία και ραδιοθεραπεία. Οι αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις του καρκινικού όγκου, η αναιμία και η κατάθλιψη μπορούν επίσης να προκαλέσουν καταβολή δυνάμεων.

Για την αντιμετώπιση της εξάντλησης εφαρμόζονται τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα:

1. Τροποποίηση των δραστηριοτήτων του ασθενή για συμμετοχή του στις ευχάριστες εκδηλώσεις της ζωής, στα πλαίσια των περιορισμών που του θέτει η νόσος.
2. Χορήγηση ενισχυμένης τροφής με βιταμίνες και άλλα θεραπευτικά στοιχεία.
3. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή.
4. Χορήγηση μεταγγίσεων για την ανάταξη της αναιμίας.

#### **11.3. ΑΪΠΝΙΑ**

##### Η ΑΪΠΝΙΑ

Η αϋπνία είναι ένα σοβαρό ενόχλημα για τον ασθενή που προκαλείται από διάφορες αιτίες όπως είναι ο φόβος, η ανησυχία, ο πόνος, ο πυρετός, ο βήχας, η δύσπνοια και η γεμάτη με ούρα κύστη. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως ο θόρυβος, το φως και η θερμοκρασία μπορούν επίσης να διαταράξουν τον ύπνο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην προαγωγή του ύπνου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα:

- 1) τον έλεγχο του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων,
- 2) τον έλεγχο των περιβαλλοντικών παραγόντων.

#### 11.4. ΚΑΚΟΣΜΙΑ

Οι κυριότερες αιτίες που προκαλούν προβλήματα κακοσμίας είναι οι λοιμώξεις, οι εξελκωμένοι όγκοι, οι εκροές τραυμάτων, οι απώλειες ούρων και κοπράνων, οι διάφορες στομίες.

Νοσηλευτικά μέτρα και παρεμβάσεις για τον έλεγχο της κακοσμίας είναι:

1. Διατήρηση σχολαστικής ατομικής υγιεινής του ασθενή.
2. Προσεκτική φροντίδα του τραύματος με συχνές αλλαγές.
3. Χρησιμοποίηση ειδικών συσκευών για τα διάφορα στόμια.
4. Χρησιμοποίηση αποσμητικών σκευασμάτων σε διάφορες μορφές.

#### 11.5. ΘΡΕΨΗ

Η ανορεξία αποτελεί συνηθισμένο πρόβλημα για τους καρκινοπαθείς. Οι αλλαγές στη λειτουργία της γεύσης και της όσφρησης συμβάλλουν στην επέλευση της ανορεξίας.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής παρέμβασης στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών του ασθενή περιλαμβάνει:

1. Μικρά, συχνά και ελκυστικά γεύματα.
2. Ευχάριστο περιβάλλον.
3. Τροφή ενισχυμένη με συμπληρωματικά θρεπτικά συστατικά, όπως λευκώματα, βιταμίνες, άλατα.

Όταν υπάρχουν μηχανικές ανωμαλίες στο στόμα, όπως είναι η ξηροστομία, η στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα ή άλλες αλλαγές στη δομή της στοματικής κοιλότητας, οι οποίες εμποδίζουν τον ασθενή να μασήσει, το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας τροποποιείται ως εξής:

1. Συχνή αξιολόγηση της στοματικής κοιλότητας.
2. Πλύση στόματος με σόδα και άλλα αντισηπτικά καθημερινά.
3. Φροντίδα δοντιών.
4. Μαλακή τροφή, πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες.
5. Τεχνητή διατροφή όταν δεν είναι δυνατή η μάσηση.<sup>26</sup>

#### 11.6 ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η εικόνα του σώματος και η σημασία της για την ασθενή είναι συχνά ένα περίπλοκο θέμα με σημαντικές εμπλοκές για τις νοσηλεύτριες που ασχολούνται με την ανακουφιστική φροντίδα. Η σωστή αξιολόγησή τους μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην υποστήριξη των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, και να οδηγήσει σε θετικές στάσεις από την πλευρά των ασθενών ως προς την προώθηση της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψής τους.

Η νοσηλεύτρια είναι στην μοναδική θέση να προσφέρει πρακτικές συμβουλές μιας και είναι αυτή με την πιο συχνή επικοινωνία με την ασθενή. Συμβουλές για το στυλ των νυχτικών που θα βοηθούσαν την μετεγχειρητική της εμφάνιση, η δυνατότητα μιας προσωρινής πρόσθεσης τις πρώτες κιόλα μέρες μετά την εγχείρηση είναι απαραίτητες για την ψυχοκοινωνική της ισορροπία μετά την μαστεκτομή. Έξι έως οκτώ εβδομάδες μετά την εγχείρηση πρέπει να τοποθετηθεί μια πιο μόνιμη πρόσθεση από σιλικόνη σε σχήμα ανάλογο με αυτό του είδους της επέμβασης και να γίνει μια σωστή μέτρηση για την επιλογή του κατάλληλου στηθόδεσμου. Η τοποθέτηση της **σωστής** πρόσθεσης και η εκπαίδευση της γυναίκας σε αυτή θα την βοηθήσει να ανακτήσει την αυτοπεποίθησή της και θα απομακρύνει τους φόβους που απειλούν τη ζωή της.<sup>27</sup>

## ***11.7 Λεμφοίδημα***

Το λεμφοίδημα, συχνό πρόβλημα μεταξύ των μαστεκτομημένων γυναικών στο παρελθόν, μπορεί ακόμη και σήμερα παρά την εκτεταμένη εφαρμογή των ογκοεκτομών να γίνει εξαιρετικά δυσάρεστη κατάσταση, η οποία μάλιστα παραμένει χωρίς θεραπεία, πράγμα που καθιστά την αντιμετώπισή του πραγματική νοσηλευτική πρόκληση. Το λεμφοίδημα μετά από μαστεκτομή είναι συσσώρευση λέμφου στο διάμεσο διάστημα του υποδορίου ιστού, που οφείλεται στην καταστροφή των λεμφαδένων από τη χειρουργική αντιμετώπιση ή την ακτινοθεραπεία, στην μόλυνση των λεμφαδένων ή σε μεταστατικό καρκίνο.

Το χρόνιο λεμφοίδημα δημιουργεί αλλαγές στο δέρμα και στους ιστούς, ενώ η πρωτεΐνη της λέμφου προκαλεί ίνωση και λέπτυνση του δέρματος το οποίο τεντώνει και γίνεται ξηρό. Η στάση της λέμφου κάνει ακόμη το σκέλος ευάλωτο στις μολύνσεις. Το παραμικρό τσίμπημα του δέρματος ευνοεί τις βακτηριακές μολύνσεις. Απαιτείται λοιπόν καθημερινή φροντίδα και υγιεινή που θα μειώσει τον κίνδυνο της μόλυνσης, η οποία θεραπεύεται με αντιβιοτικά. Μετά από κάθε πλύσιμο το μέλος πρέπει να στεγνώνεται προσεκτικά με ιδιαίτερη προσοχή στα σημεία ανάμεσα στις «δίπλες» του δέρματος. Λάδια σώματος ή υδατικές κρέμες πρέπει ακόμη να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη ξηρότητας του δέρματος ενώ πρέπει να αποφεύγονται τα αρώματα, οι κολόνιες, οι λοσιόν και ο,τιδήποτε μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό.

Προσοχή πρέπει να δίδεται ακόμη από την νοσηλεύτρια στα λειτουργικά προβλήματα της ασθενούς με λεμφοίδημα, μια γυναίκα για παράδειγμα με λεμφοιδηματικό χέρι μπορεί να μην είναι σε θέση να βάλει κραγιόν ή να γράψει ένα απλό σημείωμα.

Η άσκηση και γενικά η κίνηση του λεμφοιδηματικού μέλους έχει ζωτική σημασία για την επίτευξη μιας καλής λεμφικής κινητικότητας. Η φυσιολογική χρησιμοποίηση του πρέπει για αυτό τον λόγο να ενθαρρύνεται όσο το δυνατόν περισσότερο. Στις ασθενείς που δεν μπορούν να καταφέρουν δραστικές κινήσεις, η παθητική άσκηση και το μασάζ πρέπει να εφαρμόζονται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα. Με το μασάζ επιδιώκουμε να κινήσουμε το λεμφικό υγρό από το σκέλος σε σημεία του σώματος με καλή λεμφική λειτουργία. Ξεκινάμε το μασάζ πάντα από μια φυσιολογική σε λεμφική λειτουργία περιοχή και βαθμιαία προχωράμε στην λεμφοιδηματική περιοχή. Η χρησιμοποίηση των ειδικών μανικιών δίνει σημαντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος.<sup>27</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ**

### ***12.1. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα αρρώστου με κακοήθη νοσήματα***

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

Πολλοί άρρωστοι αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ψυχολογικές αντιδράσεις (Stress) που σχετίζονται με την αρρώστια και τη θεραπεία τους. Υπάρχουν όμως και άλλοι που δυσκολεύονται.

Μερικές από τις εμπειρίες που οι περισσότεροι άρρωστοι περιγράφουν αρνητικές και ψυχοπιεστικές είναι:

1. Ο φόβος της διάγνωσης της νόσου.
2. Η θεραπευτική αγωγή.
3. Η ζωή με την παρούσα νόσο.
4. Το αίσθημα της μόνωσης.
  - α. Κοινωνική απομόνωση
  - β. Ψυχική μόνωση.<sup>28</sup>

### ***12.2. Ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις***

Το θέμα της ικανότητας του αρρώστου να αντιμετωπίζει τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας του και πως μπορεί η νοσηλευτική να παρεμβαίνει και να βοηθεί αποτελεσματικά, χρειάζεται έρευνα. Από την κλινική όμως παρατήρηση και εργασία καθώς και από κλινικές μελέτες έχουν ήδη αναπτυχθεί ορισμένοι τρόποι παροχής ψυχοκοινωνικής βοήθειας, στα πλαίσια της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου.

Ας δούμε ποιοί είναι αυτοί οι τρόποι.

#### ***12.2.1 Νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο***

Ο διάλογος με τον άρρωστο χρησιμοποιείται ως υπεύθυνη νοσηλεία. Διαθέτουμε ετοιμότητα και χρόνο δίπλα στον άρρωστο. Ενθαρρύνουμε την αυτοέκφραση και ψυχική εκτόνωση του αρρώστου και αξιολογούμε:

- Πώς βλέπει την αρρώστια του ο ίδιος και η οικογένειά του.
- Ποιές αλλαγές χρειάζεται να κάνει στη ζωή του λόγω της αρρώστιας του.
- Ποιά πρόσωπα και ποιά μέσα έχει να τον βοηθήσουν στην κάλυψη των αναγκών του.
- Τί περιμένει στο μέλλον.
- Ποιά πράγματα έχουν αξία γι' αυτόν και τι πιστεύει.

Ο νοσηλευτής ακούει τον άρρωστο με προσοχή, θερμό ενδιαφέρον και σεβασμό. Η ακρόαση αυτή προσφέρει ευρύτερη βάση για μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση του αρρώστου από τις αντικειμενικές μετρήσεις των ζωτικών σημείων του και τις αξονικές απεικονίσεις των οργάνων του. Ακόμη δρα και ψυχοθεραπευτικά, διότι καταστέλλει τους φόβους του αρρώστου σε μεγάλο βαθμό.<sup>29</sup>

## **12.2.2 Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης της άρρωστης**

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

### ***Ο νοσηλευτής***

Προσπαθεί να εξυψώσει και να διατηρήσει υψηλή την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με τις εξής παρεμβάσεις:

- Επαινεί την προοδευτική ανάκτηση της ικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση· π.χ., όταν μία άρρωστη μετά από μαστεκτομή μπόρεσε να χτενισθεί μόνη της.
- Βοηθεί τον άρρωστο να επισημαίνει τις θετικές πλευρές και δυνατότητες που έχει, τα διανοητικά και ψυχικά του χαρίσματα, το ενδιαφερόμενο περιβάλλον του και την ικανότητα να εκφράζει τις ανησυχίες του.
- Αντανακλά θετικές εκτιμήσεις χωρίς λόγια, με πράξεις και με τη συμπεριφορά. Μεταβιβάζει ο νοσηλευτής στον άρρωστο μια στάση φροντίδας, ενδιαφέρον για ό,τι τον αφορά, αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων του και σταθερή εκτίμηση της αξίας του ως προσώπου.

Σπουδαίο πράγματι αλλά δύσκολο το έργο της αναστήλωσης της αυτοεκτίμησης του αρρώστου με καρκίνο, γιατί απαιτεί συνεχή μετάδοση αισθημάτων αξίας και αξιοπρέπειας ανευ όρων.<sup>29</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ-ΤΡΙΤΟ**

### **13. Πρόληψη καρκίνου του μαστού**

*Οι σύγχρονες στρατηγικές ελέγχου της νόσου περιλαμβάνουν την:*

- α Πρόληψη (πρωτογενής πρόληψη).
- α Πρώιμη διάγνωση (δευτερογενής πρόληψη).
- α Θεραπεία.

#### **13.1. Πρωτογενής πρόληψη**

Η πρόληψη του καρκίνου προσφέρει τη μεγαλύτερη πιθανότητα μείωσης της νόσου. Το πιο γνωστό παράδειγμα στρατηγικής καρκινικού ελέγχου, είναι η αποθάρρυνση χρήσης του καπνού, για τον οποίο εκτιμάται ότι είναι υπεύθυνος για το ένα τρίτο περίπου των θανάτων από καρκίνο.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με κίνδυνο καρκίνου, όπως η διατροφή, το περιβάλλον, προσφέρουν σίγουρα λιγότερα πεδία πρόληψης, αλλά επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η ευρέως διαδεδομένη υιοθέτηση πιο υγιεινών τρόπων ζωής, θα ελαττώσουν την νοσηρότητα και θνησιμότητα.<sup>30</sup>

#### ***Ρόλος της πρωτοβαθμιαίας φροντίδας:***

Οι οικογενειακοί γιατροί και γενικότερα η ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτυχία του προγράμματος προληπτικού ελέγχου. Η επιρροή αυτών των ανθρώπων επί των γυναικών είναι ιδιαίτερα σημαντική, αλλά και η συμβολή τους στην επιτυχία του προγράμματος μπορεί να είναι αποφασιστική.

#### ***Βασικά στοιχεία που θα πρέπει να γνωρίζει η ομάδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας***

- Καλή γνώση του προγράμματος- Η επίσκεψη στο χώρο της τοπικής μονάδας είναι πολύ χρήσιμη.
- Δυνατότητα να:
  - Προσδιορίζει ποια κατηγορία του γυναικείου πληθυσμού θα πρέπει να υποβληθεί στον προληπτικό έλεγχο.
  - Ερμηνεύει τα προγράμματα στις γυναίκες. Για παράδειγμα, τι προβλέπεται για τις γυναίκες κάτω των 50, όταν παραπονιούνται για πόνο και ενόχληση στο μαστό, κάθε πότε θα πρέπει να γίνεται το screening, υπό ποιους όρους η γυναίκα καλείται εκ νέου.
  - Έχει μόνιμη επικοινωνία με τους ανθρώπους του προγράμματος, ώστε να ενημερώνονται αμοιβαίως γύρω από πιθανά προβλήματα των γυναικών.
  - Παρέχει βοήθεια στις γυναίκες, ώστε να ξεπεράσουν το άγχος τους.
  - Παρέχει πληροφορίες στις γυναίκες που υποβλήθηκαν στον έλεγχο.
  - Παρέχει συμβουλές στις γυναίκες που κλήθηκαν για περαιτέρω έλεγχο.
  - Αντιμετωπίζει τις γυναίκες που αρνήθηκαν να υποβληθούν στον έλεγχο.
- Ανάδειξη του μαστογραφικού ελέγχου ως βασικής παραμέτρου κάθε προγράμματος αγωγής υγείας.<sup>31</sup>

## 13.2. Δευτερογενής πρόληψη

Ο πληθυσμιακός έλεγχος για τον καρκίνο είναι στρατηγική δευτερογενούς πρόληψης.

Πληθυσμιακός έλεγχος (Π.Ε.) σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι ένα «οργανωμένο πρόγραμμα ανίχνευσης μιας νόσου σε πρώιμο στάδιο σε ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό με την χρήση κλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων που μπορούν να εφαρμοστούν γρήγορα, ανώδυνα και με χαμηλό κόστος. Η προληπτική εφαρμογή των εξετάσεων δεν επέχει θέση διαγνωστική. Άτομα με θετικά ή ύποπτα στοιχεία παραπέμπονται για πλήρη διαγνωστικό έλεγχο και θεραπεία».

Στην περίπτωση Π.Ε. για καρκίνο του μαστού, η μαστογραφία πληρεί πλήρως αυτές τις προδιαγραφές και αποτελεί την εξέταση εκλογής.<sup>30</sup>

**Στόχος** των προγραμμάτων Π.Ε. είναι:

- **Η ελάττωση της θνησιμότητας κατά 30%.**
- **Η καλύτερη ποιότητα ζωής για τη γυναίκα.**

Πρώιμη διάγνωση σημαίνει συντηρητική χειρουργική επέμβαση (όχι μαστεκτομή) και λιγότερη χημειοθεραπεία.

- **Η ελάττωση του νοσοκομειακού κόστους.<sup>23</sup>**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ-ΤΕΤΑΡΤΟ

### **14. Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα με τη Μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.**

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.

#### **14.1 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α**

Ασθενής 62 ετών παρουσίασε ψηλαφητή διόγκωση κατά το δεξί άνω τεταρτημόριο του δεξιού μαστού.

Η κλινική εξέταση ανέδειξε ογκίδιο σαφώς περιγεγραμμένο σκληρής συστάσεως, σχεδόν ακίνητο. Δεν αναφέρθηκαν ψηλαφητοί λεμφαδένες κατά τη δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα. Ο υπόλοιπος δεξιός μαστός καθώς και ο αριστερός ήταν άνευ ιδιαίτερων ευρημάτων καθώς και η λοιπή κλινική εξέταση του ασθενούς. Η ίδια βρισκόταν στον 12ο χρόνο της εμμηνόπαυσης, δεν ελάμβανε καμιά ιδιαίτερη φαρμακευτική αγωγή, είχε πραγματοποιήσει 3 φυσιολογικούς τοκετούς και 2 τεχνητές διακοπές κύησης. Το οικογενειακό της ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Ακολούθησε πλήρης αιματολογικός έλεγχος μετά καρκινικών δεικτών. Μαστογραφία η οποία επιβεβαίωσε το κλινικό εύρημα, το οποίο ήταν μονήρες μεγίστης διαμέτρου περί τα 6,5 εκατοστά και βιοψία δια λεπτής βελόνας (ENA) η οποία τεκμηρίωσε την κακοήθεια της βλάβης.

Ο αιματολογικός έλεγχος, η αξονική τομογραφία άνω κοιλίας, το test Παπανικολάου, το υπερηχογράφημα έσω γεννητικών οργάνων καθώς και το σπινθηρογράφημα οστών με γ-camera ήταν άνευ ιδιαίτερων παθολογικών ευρημάτων.

Η ασθενής υπεβλήθη σε ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή δεξιού μετά συστοίχου λεμφαδενικού καθαρισμού της δεξιάς μασχαλιαίας κοιλότητας.

Έλαβε προεγχειρητική αντιβιοτική αγωγή, αντιπηκτική αγωγή και ισχυρά παυσίπονα. Εξήλθε λαβούσα οδηγίες και φέρουσα παροχέτευσης αρνητικής πίεσης κατά τη δεξιά μασχαλιαία κοιλότητα την 3<sup>η</sup> μετεγχειρητική μέρα.

Με την ολοκλήρωση της παθολογοανατομικής εξέτασης του παρασκευάσματος και την ικανοποιητική επούλωση του τραύματος, 45 ημέρες μετά τη χειρουργική επέμβαση ακολούθησε σχήμα χημειοθεραπείας σε 4 συνεδρίες.

Μετά από κάθε συνεδρία πραγματοποιείτο αιματολογικός έλεγχος. Μετά τη 2<sup>η</sup> συνεδρία παρουσίασε έντονο διαρροϊκό σύνδρομο, ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, διαταραχές θρέψης (ανεπαρκής κάλυψη αναγκών του σώματος), αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.

Μετά την 3<sup>η</sup> συνεδρία ξεκίνησε η απώλεια τριχών εκ της κεφαλής. Στον 1<sup>ο</sup> επανέλεγχο μετά την ολοκλήρωση της χημειοθεραπείας ουδεμία ένδειξη νόσου δεν παρατηρήθηκε. Εγένετο προγραμματισμός για τους λοιπούς επανελέγχους.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<i>Αξιολόγηση Αναγκών</i>	<i>Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<p><b>1)</b> Διαταραχές θρέψης που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη τροφής από το στόμα λόγω</p> <p><b>α)</b> στοματοφαρυγγικού πόνου</p> <p><b>β)</b> ψυχογενούς ανορεξίας</p>	<p>Η ασθενής να έχει ένα ικανοποιητικό επίπεδο θρέψης εντός 10 ημερών.</p>	<p>Να γίνει:</p> <p><b>α)</b> Εκτίμηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της υποθρεψίας</p> <p><b>β)</b> Λήψη εργαστηριακών εξετάσεων (ουρία, λευκωματίνη, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνη)</p> <p><b>γ)</b> Ενεργοποίηση παραγόντων που διεγείρουν την όρεξη.</p>	<p><b>1)</b> Ελήφθησαν μέτρα επαρκούς θρέψης</p> <p><b>α)</b> Μειώθηκε η ναυτία και ο έμετος</p> <p><b>β)</b> Μειώθηκε ο στοματοφαρυγγικός πόνος</p> <p>- Συμβουλευτήκε ο ασθενής να αποφεύγει ουσίες οι οποίες μπορεί να ερεθίσουν περισσότερο το γαστρεντερικό βλεννογόνο (π.χ. υπερβολικά ζεστά, πικάντικα, ξινά, ξερά, ωμά φρούτα και λαχανικά)</p> <p><b>2)</b> Αυξήσαμε τη δραστηριότητα σύμφωνα με την ανοχή του αρρώστου η οποία διεγείρει την όρεξη</p> <p><b>3)</b> Δώσαμε τις μεγαλύτερες ποσότητες θερμίδων και πρωτεϊνών όταν η όρεξη ήταν μεγαλύτερη</p> <p><b>4)</b> Συμβουλευτήκαμε το γιατρό για άλλες μεθόδους θρέψης και εφαρμόστηκε παρεντερική σίτιση.</p>	<p>Μετά από 10 μέρες η ασθενής ισορρόπησε το επίπεδο θρέψης της. Το βάρος της επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα. Απέκτησε τη συνήθη σωματική δύναμη και ικανότητα άσκησης και τον υγιή στοματικό βλεννογόνο. Επίσης οι τιμές της ουρίας, της λευκωματίνης ορού, αιματοκρίτη και αιμοσφαιρίνης επανήλθαν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

<i>Αξιολόγηση Αναγκών</i>	<i>Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
2) Εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων λόγω αυξημένου περισταλτισμού του εντέρου.	Επαναφορά της ασθενούς στις προηγούμενες συνήθειες εντός 10 ημερών.	1) Λαμβάνουμε μέτρα ελέγχου διαρροϊκών κενώσεων 2) Χορηγούμε αντιδιαρροϊκά φάρμακα κατόπιν οδηγίας γιατρού.	1) Εκτιμήθηκαν σημεία και συμπτώματα διάρροιας (π.χ. συχνές κενώσεις με μαλακά κόπρανα, κοιλιακά άλγη) 2) Ελήφθησαν μέτρα για τη μείωση της υπερκινητικότητας του εντέρου. α) Χορηγήθηκαν υγρά (Dextrose 5% 1000 cc + 2 Na + 3 KCL + 8 in Actrapid 1x3) και σταδιακά καθιερώθηκαν μικρά γεύματα. β) Συμβουλευτήκε η ασθενής να αποφεύγει τροφές οι οποίες διεγείρουν το έντερο όπως ξηρές, τροφές πλούσιες σε ίνες, τροφές που παράγουν αέρια καθώς και τροφές πλούσιες σε λίπος. γ) Χορηγήθηκαν αντιδιαρροϊκά φάρμακα. Imodium caps 2 mg x 6.	Μετά από 10 ημέρες επανήλθε η φυσιολογική κινητικότητα του εντέρου και η ασθενής επανέκτησε τις σύνηθες κενώσεις της.

<i>Αξιολόγηση Αναγκών</i>	<i>Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<b>3) Αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης λόγω των επιπτώσεων της φαρμακευτικής αγωγής.</b>	Επαναφορά της αρρώστου στα φυσιολογικά επίπεδα της αυτοεξυπηρέτησης. Έλεγχος της δραστηρικής ικανότητας των φαρμάκων εντός 15 ημερών.	<b>1)</b> Προγραμματισμός σχεδίου για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών. <b>2)</b> Σχεδιασμός μέτρων διευκόλυνσης της ικανότητας της ασθενούς να εκτελεί τις δραστηριότητες της ατομικής φροντίδας.	<b>1)</b> Ενεργήσαμε έτσι ώστε να μειωθεί η κόπωση <b>α)</b> με αρκετά χρονικά διαστήματα ανάπαυσης <b>β)</b> Ελαχιστοποιήσαμε τη δραστηριότητα και το θόρυβο του περιβάλλοντος <b>γ)</b> Περιορίσαμε τον αριθμό επισκεπτών και το χρονικό διάστημα παραμονής τους. <b>2)</b> Δώσαμε πολύ χρόνο για την επιτέλεση των δραστηριοτήτων ατομικής φροντίδας και βοηθήσαμε την ασθενή στις δραστηριότητες τις οποίες δεν μπορούσε να επιτελέσει μόνη της.	Επίτευξη της ικανότητας της αυτοεξυπηρέτησης της αρρώστου.

<i>Αξιολόγηση Αναγκών</i>	<i>Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<b>4)</b> Απώλεια μαλλιών λόγω κυτταροτοξικής επίδρασης των αντινεοπλασματικών παραγόντων στους θυλάκους των τριχών.	Αποκατάσταση του τριχωτού της κεφαλής μετά τη λήξη της θεραπείας. Ενθάρρυνση και ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς.	-Νοσηλευτικός διάλογος με την ασθενή -Συμβουλές για την πρόχειρη αποκατάσταση της κεφαλής.	-Ελήφθησαν μέτρα μείωσης του άγχους και του φόβου της ασθενούς -Κατανοήθηκαν τα αποτελέσματα της χημειοθεραπείας <b>α)</b> Βοηθήθηκε η άρρωστη να δεχθεί την αλλαγή του σώματος της και της εμφάνισής της <b>β)</b> Της δώθηκαν συμβουλές για χρησιμοποίηση περούκας.	Η αποκατάσταση του τριχωτού της κεφαλής επιτεύχθηκε μετά τη λήξη της χημειοθεραπείας. <sup>33</sup>

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) *ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΥΡ. ΣΩΦΡΟΝΙΑΔΗΣ, «Ο απεικονιστικός έλεγχος του μαστού (διάγνωση- πρόληψη)», University studio press, Θεσσαλονίκη 1991, σελ. 10-14.*
- 2) *ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Ο. ΛΩΛΗ, «γυναικολογία και μαιευτική», τόμος 1<sup>ος</sup>, επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος», Αθήνα 1995, σελ. 490-491, 505-507.*
- 3) *Γ. Κ. ΖΩΓΡΑΦΟΣ, Μ. Θ. ΠΑΝΟΥ, «Κοινοί προδιαθεσικοί παράγοντες πρόκλησης καρκίνου του μαστού και καρκίνου των ωοθηκών-Σύγχρονη θεώρηση», «Ελληνική ογκολογία»,τόμος 38, τεύχος 2, Τριμηνιαία έκδοση της ενώσεως επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» και της ελληνικής ογκολογικής εταιρείας, Απρίλιος-Ιούνιος 2002, σελ. 84-87.*
- 4) *ΚΟΥΡΗΣ ΣΤΡΑΒΟΛΑΙΜΟΣ, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας «Ο καρκίνος του μαστού», περίοδος Νοέμβριος 1999- Φεβρουάριος 2000, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001, σελ. 130-135.*
- 5) *Θ. ΑΓΟΡΑΣΤΟΣ, Δ. ΒΑΣΙΛΗΣ, Ι. Ν. ΜΠΟΝΤΗΣ, «Πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου», University studio press, Θεσσαλονίκη 1999, σελ. 242, 309, 255.*
- 6) *Ν. ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ, Δ. ΠΑΝΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ «Ο καρκίνος του μαστού-σύγχρονες απόψεις», εκδοτική παραγωγή επιτάφιος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 1998, σελ. 67-69, 258-259, 39, 64-66.*
- 7) *ΣΕΡΓΙΟΣ Ι. ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ «Συνοψία Μαιευτικής και Γυναικολογίας», ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Ιούνιος 1996, σελ. 696-699.*
- 8) *KUMAR, CORTAN, ROBBINS, «Βασική παθολογοανατομία», επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος» Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 2000, σελ. 678.*
- 9) *STEPHENS'S PHEE, MAXINE A. PAPADELIS, MARCUS A.CRUPP. « Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική» τόμος Α, επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιάνος» Μαρία Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σελ. 786-787.*
- 10) *ΑΘ. ΒΑΛΑΒΑΝΙΔΗΣ «Περιβάλλον και κακοήθεις νεοπλασίες», εκδόσεις Βήτα 2000, σελ. 173.*
- 11) *J. BRAUN, A. SCHAFFLER - U. RENZ «Κλινικός οδηγός παθολογία», ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης 1998, σελ.549.*

- 12) ΓΕΩΡΓΙΑ Κ. ΚΡΕΑΤΣΑ «Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική», ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης Αθήνα 1998, σελ. 420-428, 432-433.
- 13) ΕΥΘΥΚΛΗΣ ΒΑΓΙΟΣ «Απεικονιστική διερεύνηση των μη ψηλαφητών βλαβών του μαστού», «ελληνική χειρουργική ογκολογία», τόμος 2<sup>ος</sup>, τεύχος 3, τριμηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2002, σελ. 114-115.
- 14) ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ «Γυναικολογία», επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος», Αθήνα 1994, σελ. 475-476.
- 15) Γ.Χ.ΣΑΚΟΡΑΦΑΣ, Α. ΒΛΑΧΟΣ «Λεμφαδενικές μικρομεταστάσεις στο καρκίνο του μαστού», «Ιατρική», τόμος 8<sup>ος</sup>, τεύχος 2, μηνιαία έκδοση εταιρείας ιατρικών σπουδών, Αύγουστος 2001, σελ. 161.
- 16) ANDREDI - BENNETT, CARPENTER - PIUM, «Cecil βασική παθολογία», Β' τόμος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 2000, σελ. 652.
- 17) Κ. Α. ΣΤΡΙΓΓΑΡΗΣ μετεκπαιδευτικό μάθημα «Ο καρκίνος του μαστού-βασικές γνώσεις», «Οι απεικονιστικές μέθοδοι στην αντιμετώπιση ασθενών με καρκίνο του μαστού», εκδότης επ. καθηγητής Χ. Μαρκόπουλος, Αθήνα 1997, σελ. 54.
- 18) JAY H. STEIN, HUTTON, KOHLER, O-ROURKE, REYNOLDS, SAMUELS, SANOE, TRIER, ZVALFLER «Παθολογία» ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης 1998, σελ. 348.
- 19) Δ. ΠΕΚΤΑΣΙΔΗΣ και Ν. Γ. ΜΠΟΥΝΤΟΥΡΟΓΛΟΥ «Νέες εξελίξεις με την ταμοξιφαίνη», «Ιατρική», τόμος 81, τεύχος 4, μηνιαία έκδοση εταιρείας σπουδών, Απρίλιος 2000, σελ. 652.
- 20) ΜΙΧΑΛΗΣ ΒΑΣΙΛΟΜΑΝΩΛΑΚΗΣ «Μεταχημειοθεραπεία με υποστήριξη αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων σε ασθενείς με καρκίνο μαστού», μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας ελληνική εταιρεία, περίοδος Μάρτιος-Ιούνιος 1999, Αθήνα 2000, σελ. 106.
- 21) ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ «Χειρουργική θεραπεία μεταστατικού καρκίνου του μαστού», «ογκολογική (Στερεοτακτική-Ακτινοχειρουργική), τόμος 4<sup>ος</sup>, τεύχος 3, εκθεσιακή- εκδοτική εταιρεία γραφικές τέχνες, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2002, σελ. 173.
- 22) ANNA ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ και ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική- Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 3<sup>ος</sup>, εκδόσεις Βήτα Medical Arts, σελ. 484-493.

- 23) Χ. ΠΑΤΕΡΑΣ «Πληθυσμιακός έλεγχος (screening) για καρκίνο του μαστού με μαστογραφία», μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999, σελ. 258.
- 24) ΙΣΙΔΩΡΑ ΣΙΔΕΡΗ «Προβλήματα νοσηλευτικής στον καρκίνο» Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1994, σελ 55-56.
- 25) Μ. Α. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - Σ. Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ «Νοσηλευτική παθολογική-χειρουργική», τόμος Β', μέρος 2<sup>ο</sup>, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997, σελ. 146-150.
- 26) Σεμινάριο νοσηλευτών «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-Αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών κοινοτήτων «Ευρώπη κατά του καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ. 107-109.
- 27) ΣΤ. ΤΣΑΤΣΑΡΩΝΗ, «Προβλήματα αλλαγής εικόνας σώματος γυναικών με καρκίνο του μαστού- Αντιμετώπιση λεμφοιδήματος», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, περίοδος Απρίλιος-Ιούνιος 2001, Αθήνα 2001, σελ. 98-99.
- 28) ΔΕΛΗΣΤΡΑΤΗ, «Νοσηλευτική αντιμετώπιση αρρώστων με κακοήθη νοσήματα», Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1998, σελ. 225.
- 29) ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΡΑΓΙΑ «Αλλαγή της σωματικής εικόνας-Μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον άρρωστο με καρκίνο», ημερίδα-εθνικός σύνδεσμος διπλωματούχων νοσηλευτριών Ελλάδος, Αθήνα- Πέμπτη 6 Φεβρουαρίου 1992, σελ. 17-18.
- 30) ΧΑΡ. ΠΑΤΕΡΑΣ, 1<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο «Καρκίνος του μαστού- Προληπτικός έλεγχος», Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα Μάρτιος 2001, σελ. 33-34.
- 31) ΠΕΡΙΚΛΗΣ Π. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας», επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος» Μαρία Γρ. Παρισιανού, 1997, σελ. 87.
- 32) ΔΡ. ΓΕΩΡΓΙΑ Ι. ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΥ «Βασική Νοσηλευτική (Μια βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση)» έκδοσις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1997, σελ. 141.
- 33) ULRICH, CANALE, WENDELL, «Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική (σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας) » ιατρικές εκδόσεις Λαγός Π. Δημήτριος 201-203.