

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ: Η'

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΓΙΑΝΝΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΔΑΡΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΔΗΜΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ 7

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ 10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

- 1.1 Παθολογική φυσιολογία του μαστού.....σελ 15
- 1.2 Παθολογική ανατομική μαστού.....σελ 17
- 1.3 Τρόποι επέκτασης του καρκίνου του μαστού.....σελ 21
- 1.4 Ανάπτυξη μεταστάσεων.....σελ 21
- 1.5 Καλοήθειες παθήσεις του μαστού.....σελ 23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

- 2.1 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του καρκίνου του μαστού.....σελ 26
- 2.2 Αιτιολογία – Παράγοντες κινδύνου.....σελ27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

- 3.1 Κλινική συμπτωματολογία.....σελ 33
- 3.2 Κλινική σταδιοποίηση.....σελ34
- 3.3 Ταξινόμηση κατά TNM.....σελ 35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

- 4.1 Διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....σελ 38
- 4.2 Διάγνωση πρωτοπαθούς εστίας.....σελ 39
 - Αυτοεξέταση μαστού
- 4.3 Κλινική εξέταση μαστού.....σελ 41
- 4.4 Εξέταση του μαστού από το γιατρό.....σελ 42
- 4.5 Διαγνωστικές εξετάσεις για τον καρκίνο του μαστού.....σελ 43
 - Μαστογραφία-Κίνδυνοι από τη μαστογραφία- Νοσηλευτική φροντίδα- Προστασία από τη ακτινοβολία.....σελ 43
 - Θερμογραφία – Συνθήκες λήψης θερμογραφημάτων.
Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα της θερμογραφίας.....σελ 49
 - Ξηρογραφία.....σελ 51

· Υπερηχογραφία.....σελ 53	σελ 53
· Υπολογιστική τομογραφία.....σελ 54	σελ 54
· Διαφανοσκόπηση.....σελ 55	σελ 55
· Έκκριμα θηλής κυτταρολογική εξέταση.....σελ 55	σελ 55
· Παρακέντηση όγκου του μαστού.....σελ 56	σελ 56
· Βιολογικοί δείκτες.....σελ 57	σελ 57
· Φλεβογραφία.....σελ 58	σελ 58
· Μαστομετρία.....σελ 58	σελ 58
· Γαλακτοφορογραφία.....σελ 58	σελ 58
· Σπινθηρογραφία.....σελ 59	σελ 59
· Πνευμομαστογραφία.....σελ 59	σελ 59
· Ακτινολογικός έλεγχος.....σελ 59	σελ 59
· Τρυπανοβιοψία.....σελ 59	σελ 59
· Βιοψία.....σελ 60	σελ 60
4.6 Διαφορική διάγνωση του καρκίνου του μαστού	σελ 60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ο καρκίνος του μαστού στον άνδρα.....σελ 63	σελ 63
5.2 Παθήσεις του ανδρικού μαστού.....σελ 64	σελ 64
5.3 Πρόγνωση.....σελ 66	σελ 66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....σελ 68	σελ 68
6.2 Πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού	σελ 69
6.3 Δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου του μαστού.....σελ 71	σελ 71
6.4 Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη πρόληψη.....σελ 73	σελ 73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Η επιλογή του ογκολόγου.....σελ 76	σελ 76
7.2 Η επικοινωνία με το γιατρό σας.....σελ 78	σελ 78
7.3 Ψυχολογική αντιμετώπιση της ασθενούς και της οικογένειάς της κατά την περίοδο της διάγνωσης.....σελ 79	σελ 79
7.4 Αντιμετώπιση των ειδικών οικογενειακών προβλημάτων	σελ 80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

- 8.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου.....σελ 83
- 8.2 Θεραπεία πρωτογενούς εστίας.....σελ 84
- 8.3 Θεραπεία μικρομεταστάσεων.....σελ 85
- 8.4 Θεραπεία ανά στάδιο.....σελ 86
- 8.5 Χημειοθεραπεία.....σελ 92
- 8.6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις χημειοθεραπείας.....σελ 105
- 8.7 Χημειοθεραπεία σε μεταστατική νόσοσελ 112
- 8.8 Το πρόβλημα της αλωπεκίας σε ασθενής με καρκίνο.....σελ 113
- 8.9 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με αλωπεκία.....σελ 115
- 8.10 Συμπληρωματική θεραπεία.....σελ 117
- 8.11 Βασικές αρχές για το σχεδιασμό μεγαχημειοθεραπείας.σελ 118
- 8.12 Επικουρική θεραπείασελ 119
- 8.13 Ακτινοθεραπεία.....σελ 120
- Ριζική θεραπεία
 - Παρηγορική ακτινοθεραπεία
 - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ακτινοθεραπείας
- 8.14. Ορμονοθεραπεία.....σελ 128
- Νοσηλευτική παρέμβαση
- 8.15 Χειρουργική θεραπεία.....σελ 132
- Μαστεκτομή
 - Ριζική μαστεκτομή
 - Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή
 - Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή
 - Ογκεκτομή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

- 9.1 Χειρουργική θεραπεία.....σελ 143
- 9.2 Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....σελ 144
- 9.3 Προεγχειρητική ψυχολογική προετοιμασία.....σελ 147
- 9.4 Προεγχειρητική σωματική ετοιμασία.....σελ 152
- 9.5 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....σελ 154
- 9.6 Επιπλοκές – Εγχειρητικές – Πρώιμες – Όψιμες μετεγχειρητικές επιπλοκές.σελ 158
- 9.7 Επιπλοκές σε μεταστάσεις σε άλλα όργανασελ 163
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- 9.8 Αντιμετώπιση λεμφοειδήματος.....σελ 165
 - Νοσηλευτική φροντίδα
- 9.9 Φροντίδα τραύματος – Πρόληψη φλεγμονής.....σελ 167
- 9.10 Αντιμετώπιση καρκινικού πόνου.....σελ 168
 - Νοσηλευτική φροντίδα
- 9.11 Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς από την οικογένεια.....σελ 171
- 9.12 Αντιμετώπιση της καρκινοπαθούς από τα παιδιάσελ 172

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

- 10.1 Καρκίνος μαστού στην εγκυμοσύνη.....σελ 175
- 10.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της σεξουαλικής λειτουργίας.σελ 176
- 10.3 Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους)σελ 177
- 10.4 Πλαστική για αύξηση μεγέθους.σελ 179

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

- 11.1 Αλλαγές στη μορφή του σώματος.....σελ 182
- 11.2 Διαταραχή του σωματικού ειδώλου –Μείωση αυτοεκτίμησης.....σελ 183
 - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις / Πρόσθετα
- 11.3 Απώλεια ανεξαρτησίας και ελέγχου.....σελ 186
- 11.4 Αποφυγή απομόνωσης.....σελ 187
- 11.5 Ομάδες συμπαράστασης.....σελ 188
- 11.6 Επιστροφή στην εργασία.....σελ 189
- 11.7 Η ανάγκη για ψυχαγωγία.σελ 190
- 11.8 Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο.....σελ190
- 11.9 Νοσηλευτική αποκατάσταση γυναικών μετά από μαστεκτομή.σελ 193

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

- 12.1 Ψυχοανοσολογικοί μηχανισμοί.....σελ 196
- 12.2 Θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών.....σελ 196
- 12.3 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με κατάθλιψη.....σελ 198
- 12.4 Στάδια της νόσου και ψυχική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια.....σελ 201
- 12.5 Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς με καρκίνο του μαστού.....σελ 206
- 12.6 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με άγχος- αγωνία.....σελ 207

12.7 Ψυχολογική νοσηλευτική αποκατάσταση.....σελ 210
· Διδασκαλία αρρώστου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13.1 Νοσηλεία της καρκινοπαθούς στο σπίτι.....σελ 219
13.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς στο σπίτι.....σελ 220
13.3 Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς στα τελικά στάδια της ζωής της.....σελ 223
13.4 Αισθήματα και συμπεριφορά της νοσηλεύτριας.....σελ 231
13.5 Υποστήριξη της ασθενούς – Γνώση του επικείμενου θανάτου.....σελ 233
13.6 Φροντίδα της οικογένειας και υποστήριξη.....σελ 233
13.7 Δραστηριότητα μετά το θάνατο της ασθενούς.....σελ 235

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α.....σελ 238
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β.....σελ 249
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ 257
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ 259

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Από τη στιγμή που σαν γυναίκα παραδέχτηκα ότι διατρέχω κίνδυνο ζωής από τον καρκίνο του μαστού και αφότου πείσθηκα ότι έγκαιρα πρώτη εγώ η ίδια μπορώ να τον διαγνώσω ή να τον υποψιαστούμε με την αυτοεξέταση μου και στη συνέχεια, όταν πίστεψα ότι έτσι μπορώ ασφαλώς να διαφύγω κάθε κίνδυνο ζωής. Πείσθηκα ότι έχω όλον τον κόσμο να θεραπευτώ, όταν απλούστατα είμαι σε θέση αποτελεσματικά να τον αντιμετωπίσω.»

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

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

αποκαλύπτει ότι η ευθύνη επεκτείνεται και στην αποτελεσματική θεραπεία με όλα τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα.

Παράλληλα, εμπεριέχει ένα ελπιδοφόρο μήνυμα: την διαπίστωση πως σήμερα δεν υπάρχει η ΑΓΝΟΙΑ που υπήρχε παλιότερα σχετικά με την οικογένεια, την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Οι προσπάθειες των οργανωμένων κοινωνιών, αλλά και των συστημάτων υγείας έχουν κατορθώσει να περάσουν τα μηνύματα για την έγκαιρη διάγνωση και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Μια δεύτερη διαπίστωση είναι ότι ενώ στο άκουσμα της λέξης καρκίνος υπάρχει μια πρωτοφανής κατάρρευση στη δομή της ανθρώπινης προσωπικότητας, ωστόσο το συναίσθημα του φόβου έχει αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό από μια διάθεση ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ κατά του καρκίνου.

Είναι φανερό λοιπόν, που ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα θέμα – πρόκληση. Σκοπός της εργασίας «Καρκίνος του μαστού – Νοσηλευτική Παρέμβαση και Ψυχολογική Υποστήριξη του Ατόμου», είναι η σωστή και ολοκληρωμένη απόδοση του νοσήματος αυτού, δίνοντας έμφαση στην δυνατότητα της έγκαιρης διάγνωσης και στην νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του μαστού. Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύος και της ακεραιότητάς του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, να αντέχει στη θεραπεία και να αντιμετωπίζεται αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια.

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

Για αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να αξιολογεί έγκαιρα τις προσωπικές δυνάμεις και ικανότητες κάθε αρρώστου για την αντιμετώπιση του καρκίνου και να προβλέπει τα ενδεχόμενα προβλήματα, ώστε να προγραμματίζει ανάλογες υποστηρικτικές παρεμβάσεις στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά την αξιολόγηση, ο νοσηλευτής θυμάται ότι η αντίδραση κάθε αρρώστου προς τον

καρκίνο είναι προσωπική και μοναδική. Επομένως οι ανάγκες και οι ικανότητες του μπορεί να διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ατόμων με την ίδια αρρώστια.

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

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά για τις χρήσιμες συμβουλές του κ. καθηγητή Γιαννούλη Νικόλαου , οι οποίες συνέβαλαν σημαντικά στην οργάνωση και ολοκλήρωση αυτής εδώ της εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από καταβολής σχεδόν του ανθρώπινου γένους ο μαστός υπήρξε για τη γυναίκα σύμβολο θηλυκότητας και μητρότητας. Είναι λοιπόν φυσικό να συνδέεται ισχυρότατα συναισθηματικώς η γυναίκα με τους μαστούς της. Ο φόβος απώλειας τους αποτελεί και την κυριότερη αιτία για την οποία οι γυναίκες αποφεύγουν να συμβουλευτούν τον γιατρό τους όταν διαπιστώνουν ότι κάτι υπάρχει στο στήθος τους. Η καθυστέρηση αυτή συχνά έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια όχι μόνο του μαστού αλλά και της ζωής ακόμη της άρρωστης. Η σωστή πληροφόρηση των γυναικών σχετικά με τις παθήσεις των μαστών είναι ένα από τα κύρια όπλα στην μάχη του καρκίνου.

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Μία στις έντεκα θα παρουσιάσει κατά την διάρκεια της ζωής της καρκίνο του μαστού. Η ασθένεια αυτή αναλογεί περίπου στο 30% όλων των καρκινωμάτων των γυναικών και είναι η δεύτερη αιτία θανάτου για αυτές. Ο συχνότερος καρκίνος για τις γυναίκες, προσβάλλει ένα μεγάλο εύρος ηλικίας από 25-30, 65-70 ετών και είναι πιο συχνές σε γυναίκες με πρόωμη έναρξη της έμμηνου ρύσεως με καθυστερημένη εμμηνόπαυση, καθώς και σε γυναίκες που δεν έχουν παιδιά ή αποκτούν το πρώτο τους παιδί μετά την ηλικία των 35 ετών. Η παχυσαρκία σε γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου καθώς επίσης και η ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού (μητέρα, αδερφή) που εμφάνισε καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση της. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών προσέρχονται για πρώτη φορά στο γιατρό, όταν είναι περιορισμένος ακόμη στον μαστό, και μόνο ένα μικρό ποσοστό <10% των ασθενών, ιατρική βοήθεια για πρώτη φορά ζητεί όταν υπάρχουν γενικευμένες μεταστάσεις. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο έχουμε περίπου 3.500 νέες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί, αν και πολλοί

από αυτούς φαίνεται να σχετίζονται με τα επίπεδα των οιστρογόνων που είναι οι βασικές γυναικείες ορμόνες.

Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται και στους άντρες, αλλά σε πολύ μικρότερη συχνότητα. Επειδή η μαστική μάζα είναι μικρή σε αυτούς, η διάγνωση είναι ευκολότερη.

Τα θέματα που θα αναπτυχθούν στην παρούσα εργασία είναι κατ' αρχήν τα ιστολογικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των νεοπλασμάτων του μαστού, σε συνδυασμό με αναφορές στη πρόγνωση που τα χαρακτηρίζει. Στη συνέχεια θα επιχειρηθεί μια λεπτομερέστατη ανάλυση των λόγων που καθιστούν τα νεοπλάσματα του μαστού τόσο σημαντικά για τον ασθενή. Θα ακολουθήσει μια παρουσίαση των τρόπων αντιμετώπισης των νεοπλασμάτων του μαστού (χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία κ.τ.λ.) προκειμένου να χρησιμεύσει σαν εισαγωγή στον κυρίως μέρος της μελέτης το οποίο αφορά τον ρόλο των νοσηλευτικών στην φροντίδα των ασθενών με καρκίνο του μαστού καθώς και την ψυχολογική υποστήριξη αυτών.

Αν κάποιος κάνει μια βόλτα στους θαλάμους ενός αντικαρκινικού νοσοκομείου θα διαπιστώσει ένα και μόνο πράγμα: ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονται εκεί υποφέρουν περισσότερο σε ψυχολογικό παρά σε οργανικό επίπεδο. Το πρόγραμμα της ψυχολογικής υποστήριξης συμβάλλει στην αναγνώριση, έκφραση και αποδοχή των συναισθηματικών που προκαλούνται στον ασθενή από την εμφάνιση της νόσου μέχρι τις τελευταίες στιγμές του, να κατανοήσουμε ορισμένες από τις αντιδράσεις των καρκινοπαθών και να εξετάσουμε τι μπορούμε να προσφέρουμε σε κάθε φάση. Ακόμη, να κατανοήσουμε τις καταστάσεις που βιώνει στην οικογένεια του αρρώστου και να δούμε τρόπους αντιμετώπισης της οικογένειας από τους θεράποντες. Στόχος του προγράμματος είναι να δοθεί στους πάσχοντες η ευκαιρία να αξιοποιήσουν τις εσωτερικές πηγές τους, οι οποίες τελικά θα οδηγήσουν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής σε προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα του ασθενούς θα παρουσιαστεί σε συνδυασμό με τα προβλήματα που επιφέρει η κάθε μορφή θεραπείας της νόσου του καρκίνου του μαστού. Αν και οι διάφορες μορφές θεραπείας της νόσου δημιουργούν μερικές φορές παρόμοιας φύσεως προβλήματα στον ασθενή, ο τρόπος αυτός της παρουσίας επιλέχτηκε ως εκείνος που προσφέρει την καλύτερη οργάνωση των θεμάτων που παρουσιάζονται και την πιο ολοκληρωμένη μελέτη τους. Ξεκινώντας με αυτό τον τρόπο από το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενή που υποβάλλεται σε χειρουργική θεραπεία, η οποία είναι και η συχνότερα επιλεγόμενη οδός αντιμετώπισης της νόσου, θα μελετηθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στον έλεγχο του πόνου μετά, στην φροντίδα του χειρουργικού τραύματος, στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών του καρκίνου της εξαγγείωσης ορού, το φόβο αιματώματος, τυχόν φλεγμονής, μη επούλωση τομής και στην πρόληψη ανάπτυξης ινωδών στοιχείων σφαιρικά γύρο από την προσθήκη. Επίσης θα μελετηθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην αποκατάσταση της πλήρους κινητικότητας της άρθρωσης του ώμου της προσβλημένης πλευράς και στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των μυών που έπαθαν κάκωση, με μια σειρά από ασκήσεις που συστήνονται από το γιατρό και στην φροντίδα της εμφάνισης του ασθενή μετά το πέρας της επέμβασης.

Κατόπιν θα μελετηθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία διαρκεί περισσότερο σαν αγωγή από ότι η χειρουργική επέμβαση. Την ακτινοθεραπεία όμως ακολουθούν και αρκετές επιπλοκές όπου και σε αυτές τις περιπτώσεις θα μελετηθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπισή τους.

Η ακτινοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με χειρουργική θεραπεία που έχει προηγηθεί ή έπεται, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αυτή η περίπτωση επίσης θα μελετηθεί. Μια άλλη μορφή θεραπείας που σχεδόν ποτέ δεν εφαρμόζεται μεμονωμένα, αλλά πάντοτε σε συνδυασμό με τη χειρουργική θεραπεία ή την ακτινοθεραπεία, είναι η χημειοθεραπεία. Και στην περίπτωση αυτή είναι δυνατόν να εμφανιστούν επιπλοκές όπως είναι η ναυτία και ο εμετός.

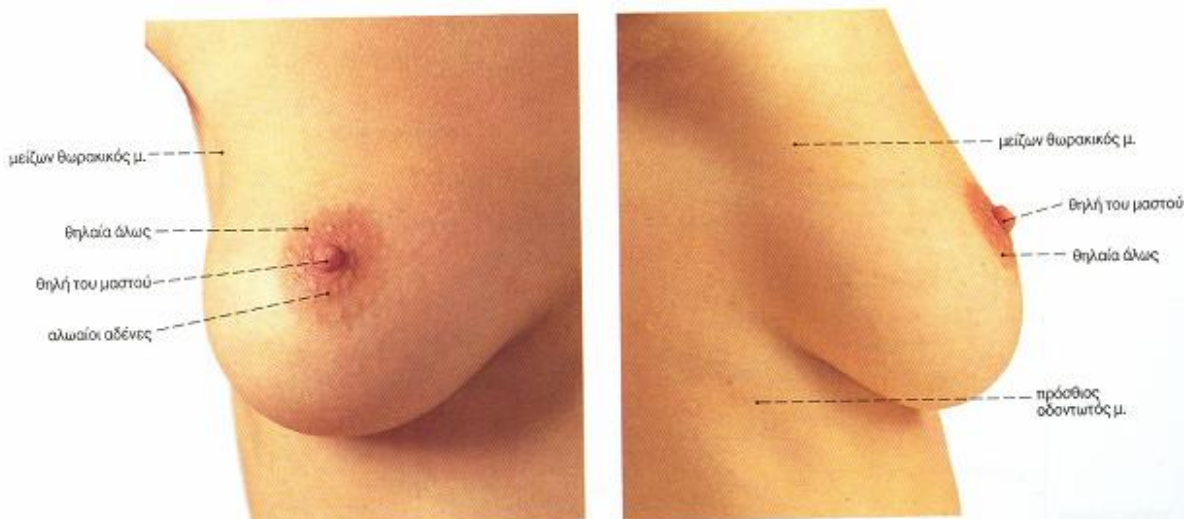
Στη συνέχεια θα μελετηθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν σε ειδικά προβλήματα ασθενών, τα προβλήματα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ασθενών, ενώ κλείνοντας θα μελετηθούν και οι διαστάσεις της παρηγορητικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί αποτελούν εξαρτήματα του δέρματος. Μέσα στη δερματική πτυχή βρίσκεται ο μαζικός αδένας, ο οποίος περιβάλλεται από λίπος εκτός από το τμήμα του που βρίσκεται αμέσως κάτω από τη θηλή και τη θηλαία άλω. Το σχήμα του αδένα είναι δισκοειδές.¹

Η πρόσθια επιφάνεια του υπόκυρτη, είναι ανώμαλη, με επάρματα και εντυπώματα και συνδέεται με καθεκτήριες δεσμίδες με το υπερκείμενο δέρμα (σύνδεσμος του Cooper). Η οπίσθια επιφάνεια είναι υπόκοιλη και επικάθεται στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός, με την παρεμβολή ινολιπώδους ιστού. Η περιφέρεια του δεν είναι αυστηρώς κυκλοτερής αλλά φέρει μια απόφυση προς την μασχαλαία κοιλότητα. Στην κατασκευή του είναι σύνθετος σωληνο-κυψελώδης αδένας. Αποτελείται από 6-8 λοβία που το καθένα παροχετεύει στο δικό του πόρο ο οποίος εκβάλλει στη θηλή (εκφορητικός ή γαλακτοφόρος πόρος). Για καθαρά τοπογραφικούς λόγους ο μαστός διαιρείται σε 5 τμήματα : το κεντρικό που περιλαμβάνει τη θηλή και τη θηλαία άλω και 4 τεταρτημόρια, τα άνω έσω και έξω και τα κάτω έσω και έξω.¹



Στο άκρο των γαλακτοφόρων πόρων το επιθήλιο είναι πλακώδες. Οι πόροι περιβάλλονται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα τα οποία όταν συστέλλονται συνθλίβουν τους πόρους και προωθούν το περιεχόμενό τους. Το περιμαστικό λίπος αποτελεί συνέχεια του υποδόριου λίπους και είναι αυτό που δίνει το σχήμα στο μαστό . Είναι άφθονο στην πρόσθια επιφάνεια του αδένα μεταξύ των καθεκτηρίων δεσμίδων ενώ στην οπίσθια είναι ελάχιστο.¹

Το δέρμα του μαστού διαφέρει από το υπόλοιπο δέρμα του σώματος μόνο στην περιοχή της θηλής και της άλω όπου δεν υπάρχουν τρίχες και ιδρωτοποιοί αδένες αλλά άφθονη χρωστική και σμηγματογόνοι αδένες. Βασική λειτουργία του μαζικού αδένα είναι η παραγωγή γάλακτος μετά τον τοκετό υπό την επίδραση της υποφυσιακής ορμόνης προλακτίνης.¹

Η αγγείωση του μαστού γίνεται από κλάδους της πλαγίας θωρακικής αρτηρίας και τους διατιτραίνοντες κλάδους των μεσοπλευρίων αρτηριών , ενώ οι διατιτραίνοντες κλάδοι της έσω μαστικής αρτηρίας αιματώνουν το έσω πλάγιο του μαστού. Η φλεβική αποχέτευση γίνεται κατά ανάλογο τρόπο. Η λεμφική αποχέτευση του έσω ημιμορίου του μαστού γίνεται προς τα έσω μαστικά λεμφογάγγλια που ακολουθούν την πορεία της ομώνυμης αρτηρίας, ενώ του έξω ημιμορίου προς τους αδένες της μασχαλιαίας κοιλότητας . Οι αδένες αυτοί σχηματίζουν 5 ομάδες :

1. Την πρόσθια (του μείζονα θωρακικού)
2. Την οπίσθια (υποπλάτια)
3. Την έξω (μασχαλιαία)
4. Την κεντρική και
5. Την κορυφαία (υποκλείδια, με την σειρά που ακολουθεί και η απαγωγή της λέμφου)

Το μέγεθος των μαστών και το σχήμα παραλλάσσει αναλόγως της ηλικίας και της φυλής. Στον άνθρωπο σχηματίζονται δύο μαστοί στο ύψος των προσθίων θωρακικών μυών αν και υπεράριθμοι μαστοί ή θηλές μπορούν να παρουσιαστούν οπουδήποτε κατά μήκος της μαζικής γραμμής. Οι μαστοί δεν παρουσιάζουν καμία δραστηριότητα μέχρι την ήβη, με εξαίρεση τα νεογνά που είναι δυνατόν να παρουσιάσουν κάποια δραστηριότητα, οφειλόμενη στις ορμόνες της μητέρας τους. Κατά την ήβη, η έναρξη της κυκλικής δραστηριότητας των ορμονών διεγείρει την ανάπτυξη των μαστών, την διακλάδωση των πόρων και τον σχηματισμό των λοβίων. Μετά την εμμηνόπαυση τα λοβία ατροφούν και εξαφανίζονται αντικαθιστάμενα από συνδετικό ιστό.

1.2 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Τα επιθηλιακής προέλευσης νεοπλάσματα του μαστού διακρίνονται σε μη διηθητικά (in situ) και διηθητικά και ανάλογα με την εντόπιση και τα κυτταρολογικά χαρακτηριστικά χαρακτηρίζονται ως πορογενείς ή ενδοπορικός και λοβιακός καρκίνος. Η πλειονότητα των διηθητικών καρκινωμάτων του μαστού ξεκινά από το επιθήλιο των λοβίων και τους πόρους του αδένου. Οι μη διηθητικοί όγκοι, κυρίως το μη διηθητικό λοβιακό κακοήθες νεόπλασμα του μαστού είναι πολύ πιο συχνοί και πιθανόν να παραμένουν ασυμπτωματικοί για χρόνια ή δεκαετίες.^{2,3}

ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ: Πορογενής καρκίνος των πόρων του μαστού δεν διηθεί το υποκείμενο στρώμα, επεκτείνεται κατά μήκος των πόρων και ενίοτε μέχρι εντός των λοβίων, συχνά συνοδεύεται από νέκρωση και διακρίνεται σε υποομάδες: θηλώδης, συμπαγής, φαγεσωρικός (comedo) και ηθμοειδής.

ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: Οι διηθητικοί καρκίνοι του μαστού αποτελούν ετερογενείς βλάβες και διακρίνονται όπως και οι διηθητικοί.

Κατάταξη των κακοηθών νεοπλασμάτων του μαστού δείχνει τα εξής:

- Κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Πορογενές μη διηθητικό (in situ)

Θηλώδες

Comedo

Ηθμοειδές

Πορογενές διηθητικό

Μετά σκιρρώδους αντιδράσεως

Θηλώδες

Comedo διηθητικό

Μυελοειδές

Βλεννώδες ή κολλοειδές

Αδενοειδές κυστικό

Καρκίνωμα εξ αποκρινών αδένων

Λοβιακό

Μη διηθητικό (in situ)

Διηθητικό ή μικροκυτταρικό

- Κακοήθη μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα

Ινοσάρκωμα

Λιποσάρκωμα

Αγγειοσάρκωμα

Λειομυοσάρκωμα

Ραβδομυοσάρκωμα

Λεμφαγγειοσάρκωμα

Κακοήθες φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα.

Διακρίνουμε δηλαδή δύο τύπους επιθηλιακού καρκίνου:

A. Το μη διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό)

B. Το διηθητικό (πορογενή ή λοβιακό).

ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ (IN SITU)

Η ανεύρεσή του είναι συνήθως τυχαία σε μαστούς που χειρουργούνται για μαστοπάθεια, γιατί δεν δίνει κλινικά ή μαστογραφικά σημεία.

ΠΟΡΟΓΕΝΗΣ ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η διάγνωσή του, αν και είναι πολύ δύσκολη σε ταχεία βιοψία, έχει μεγάλη σημασία, γιατί το ποσοστό ίασης σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ υψηλό. Έχει ταχεία εξέλιξη προς διηθητικό καρκίνο σε ποσοστό (70%) και δίνει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό (1-3%).

ΛΟΒΙΑΚΟΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Το ποσοστό του είναι (5-10%) και παρουσιάζει μικρότερο ποσοστό λεμφαδενικών μεταστάσεων και έχει σε μεγαλύτερο ποσοστό οιστρογονικούς υποδοχείς, επομένως σε μεγαλύτερο ποσοστό ανταποκρίνεται σε ορμονοθεραπεία.

ΠΟΡΟΓΕΝΗΣ ΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ορισμένοι τύποι πορογενούς καρκίνου έχουν καλύτερη πρόγνωση. Το μυελοειδές καρκίνωμα έχει ποσοστό 5%. Αν εξελιχθεί άσχημα εξελίσσεται γρήγορα και σκοτώνει γρηγορότερα από τους άλλους καρκίνους. Η καλή πρόγνωση σχετίζεται με τις περιπτώσεις, όπου περιορίζεται στο μαστό και δεν έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις. Το μυελοειδές καρκίνωμα το συναντούμε σε ποσοστό 18% των αρρώστων. Το διηθητικό «comedo» καρκίνωμα και ο βλενοκαρκίνος του μαστού έχουν καλύτερη πρόγνωση.³

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ PAGET

Το καρκίνωμα του Page αποτελεί χαρακτηριστική εξέλιξη ενδοπορικού μη διηθητικού καρκινώματος, το οποίο εξαπλώνεται πολύ αργά στην επιδερμίδα της θηλής, στη θηλαία άλω και στο δέρμα της γύρω περιοχής. Ξεκινάει από την περιοχή

της θηλής και συνοδεύεται από αιμορραγία, ερυθρότητα, κνησμό και αίσθημα καύσους.^{3,4}

1.3 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΤΟΠΙΚΗ ΔΙΗΘΗΣΗ: Η τοπική διήθηση του όγκου κατά την ιστολογική εξέταση βρίσκεται πάντοτε ότι είναι μεγαλύτερη από ότι υπολογίζεται κατά την εγχείρηση. Για το λόγο αυτόν, ο χειρουργός πρέπει να βγάζει αρκετό υγιή ιστό μαζί με τον όγκο.

ΛΕΜΦΙΚΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑ: Η διασπορά γίνεται με τη μορφή μικρών αθροίσεων κύτταρων που εμφυτεύονται στους λεμφοκόλπους των λεμφαδένων σαν έμβολα. Αυτός ο τρόπος επέκτασης ονομάζεται λεμφική διήθηση και παρατηρείται τοπικά γύρω από τον όγκο. Η λεμφική διασπορά αποτελεί την κυριότερη οδό μετάστασης του καρκίνου του μαστού. Από τους χειρουργημένους ασθενείς, περίπου 60-70% εμφανίζουν μεταστάσεις στους λεμφαδένες της μασχάλης. Σε αρκετό αριθμό περιπτώσεων, παρατηρείται επίσης διήθηση των υπερκλειδίων και των έσω μαστικών λεμφαδένων.

ΑΙΜΑΤΟΓΕΝΗΣ ΔΙΑΣΠΟΡΑ: Τα καρκινώματα διασπείρονται με την κυκλοφορία του αίματος, συνήθως στα τελικά στάδια. Ο καρκίνος όμως του μαστού είναι δυνατόν να δώσει πρώιμες αιματογενείς μεταστάσεις. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν στην κυκλοφορία του αίματος, διηθώντας μικρές φλέβες ή, έμμεσα, με τη λεμφική κυκλοφορία.³

1.4 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Ο όγκος τρέφεται δια διαχύσεως όταν ο αριθμός των νεοπλασματικών κυττάρων που τον συνθέτουν δεν υπερβαίνει τις 100.000 . μετά από αυτό το στάδιο η διατροφή του νεοπλάσματος πραγματοποιείται με νεόπλαστα τροφοφόρα αγγεία που αναπτύσσονται από μία ουσία που εκκρίνουν τα καρκινικά κύτταρα (παράγων

αγγειογενέσεως). Μετά την ανάπτυξη της αγγειογενέσεως του όγκου υπάρχει και το ενδεχόμενο αναπτύξεως μεταστάσεων. Μικροί όγκοι μπορεί να δώσουν πρώιμες μεταστάσεις, ενώ αντίθετα μεγάλοι όγκοι του μαστού μπορεί να έχουν διηθήσει το υπερκείμενο δέρμα και το θωρακικό τοίχωμα χωρίς να έχουν δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα όργανα. Πολύ συχνά και σε πρώιμο στάδιο, νεοπλασματικά κύτταρα από την πρωτοπαθή εστία μπορούν να διαπεράσουν ή να παρακάμψουν τους επιχώριους λεμφαδένες και να μπουν στην κυκλοφορία. Υπάρχουν μάλιστα ισχυρές ενδείξεις ότι πάνω από 99% των κυττάρων αυτών που μπαίνουν στην κυκλοφορία καταστρέφονται με διάφορους αντικαρκινικούς μηχανισμούς. Ο χρόνος διπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων κυμαίνεται από 2 – 9 μήνες στις περισσότερες ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης του ο καρκίνος διηθεί αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία και μπορεί να δώσει μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες ή αιματογενείς σε μακρυσμένα όργανα, όπως :

1. το ήπαρ
2. τους πνεύμονες
3. τα οστά και
4. τον εγκέφαλο.

Οι μασχालιαίοι λεμφαδένες αποτελούν τη συχνότερη εστία λεμφογενών μεταστάσεων ακόμα και επικεντρικής εντόπισης του όγκου ή στο έσω ημιμόριο. Οι αιματογενείς μεταστάσεις φέρονται προς την μασχालιαία φλέβα στο πνευμονικό πλέγμα και στη γενική κυκλοφορία ενώ διά των μεσοπλευρίων φλεβών στον σπονδυλικό πλέγμα, το οποίο στερείται βαλβίδων, και δι' αυτού στη σπονδυλική στήλη και την πύελο, την κεφαλή των μηριαίων οστών, την κεφαλή των βραχιονίων οστών και τη βάση του κρανίου.^{2,6}

Μερικά κύτταρα εγκαθίστανται σε διάφορους απομακρυσμένους ιστούς σε λανθάνουσα μορφή και αναπτύσσονται σε άλλοτε άλλο χρόνο σε κλινικά έκδηλες

μεταστάσεις. Σε γενικές γραμμές όμως παράγοντες που ρίχνουν την αντίσταση του οργανισμού, όπως μεγάλη ηλικία, ανοσοκαταστολή ή ακόμα και συγκινησιακοί παράγοντες, μπορούν να ενεργοποιήσουν λανθάνουσα συστηματική νόσο. Τελευταία αναφέρθηκε ότι 88% των γυναικών που νόσησαν από καρκίνο του μαστού που παρακολούθηθηκαν από την αρχή της νόσου μέχρι το τέλος της ζωής τους, τελικά πεθαίνουν από μεταστατική νόσο.⁶

1.5 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μάζα στο μαστό: Είναι πάντα καρκίνος ;

Το συνηθέστερο εύρημα στον καρκίνο του μαστού είναι η ανέρευση μιας διάγνωσης μέσα σε αυτόν, που σχεδόν πάντα είναι ανώδυνη. Δεν είναι όλες οι διογκώσεις όμως κακοήθειες. Το αντίθετο μάλιστα, τα 8 στα 10 οζίδια που αιχνεύουν οι γυναίκες στο στήθος τους είναι καλοήθη και πρόκειται για ενεργό μαζικό ιστό ή κύστη.

Τα καλοήθη νεοπλάσματα είναι:

1. Ινοκυστική μαστοπάθεια: Είναι η παρουσία ογκιδίων που είναι βασικά κύστες. Η νόσος είναι αγνώστου αιτιολογίας και έχει άμεση σχέση με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας. Παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας 30-50 ετών και συνήθως δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Η διάγνωση είναι εύκολη με την κλινική εξέταση και των ψηλάφηση του μαστού ή με μαστογραφία. Υποχωρεί αυτομάτως μετά την εμμηνόπαυση.

2. Ιναδενώματα: Αποτελούν καλοήθειες νεοπλασίες των αδενικών λοβών του μαστού. Η συχνότητα της νόσου είναι μικρότερη από αυτήν της ινοκυστικής μαστοπάθειας και αγνώστου αιτιολογίας αλλά έχει στενή σχέση με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας. Τα ιναδενώματα εμφανίζονται και αυτά σε νέες γυναίκες

και η διάγνωσή τους γίνεται με την απλή εξέταση και την ψηλάφηση του μαστού, με μαστογραφία ή με βιοψία του ογκιδίου.

3. Θηλώματα: Είναι καλοήθης υπερπλαστική εξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού. Η νόσος δεν εμφανίζεται συχνά και η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Πιθανώς να έχουν σχέση με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας ή με παλιές κακώσεις του μαστού.

4. Γαλακτοφορεκτασία: Είναι η διάταση ορισμένων πόρων του μαστού. Συνήθως εμφανίζεται στις πολύτεκνες γυναίκες με ορμονικές διαταραχές, παλαιότερες φλεγμονές ή τραύματα του μαστού.

5. Λιπώματα: Τα λιπώματα του μαστού είναι αγνώστου αιτιολογίας. Σχηματίζουν ημίσκληρα ογκίδια στη μαστική μάζα τα οποία έχουν διάφορα μεγέθη, είναι στρογγυλά και ευκίνητα με ομαλό περίγραμμα. Η διάγνωση είναι εύκολη με ψηλάφηση του μαστού ή μαστογραφία. Σπανίως απαιτούν θεραπεία.

6. Κύστες: Οι κύστες του μαστού είναι στρογγυλές και έχουν μαλακή σύσταση και ομαλό περίγραμμα. Είναι συχνή νόσος και συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα. Σπανίως χρειάζονται χειρουργική ή φαρμακευτική αντιμετώπιση.⁷

7. Φυλλοειδές κυστεοσάρκωμα: είναι σπανιότατη παραλλαγή του ιναδενώματος. Παρατηρείται σε γυναίκες ηλικίας 25 - 40 ετών. Η θεραπεία είναι η χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Αν δεν αφαιρεθεί πλήρως υποτροπιάζει τοπικώς.

1

Άλλες καλοήθεις παθήσεις του μαστού είναι οι συγγενείς ανωμαλίες, γυναικομαστία, φλεγμονώδεις παθήσεις (οξεία μαστίτιδα – απόστημα, το χρόνια απόστημα του μαστού, η άσηπτη νέκρωση του λιπώδους ιστού, εκτασία των πόρων και θηλαίο συρίγγιο).¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή κακοήθους νεοπλασματος στις γυναίκες και η κύρια αιτία θανάτου στις ηλικίες 40-45 ετών. Η επίπτωσή του φαίνεται να αυξάνει, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερή. Στην Νέα Υόρκη ένα στα έντεκα νεογέννητα κορίτσια θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού. Η θνητότητα είναι μεγαλύτερη στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, πιθανόν γιατί πολύ λιγότερες γυναίκες στις τάξεις αυτές γεννούν πριν από την ηλικία των 20 ετών και σπάνια έχουν περισσότερα από 3 παιδιά. Ευρεία κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες έχουν εντοπίσει 2 επιβαρυντικούς παράγοντες: 1) ιστορικό καρκίνου του μαστού σε εξ' αίματος συγγενείς και 2) καρκίνο του μαστού στο ίδιο άτομο στο παρελθόν.^{1,2}

Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες με μικρότερη όμως σημασία είναι: γυναίκες χωρίς εγκυμοσύνη, χωρίς γαλουχία των παιδιών τους, έναρξη περιόδου σε μικρή ηλικία και εμμηνόπαυση σε μεγάλη (μακρά αναπαραγωγική περίοδος). Αντιθέτως γυναίκες που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση των ωοθηκών πριν από την ηλικία των 40 ετών έχουν το ¼ των πιθανοτήτων του κοινού πληθυσμού να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης του είναι μεταξύ 45 και 49 ετών ενώ μετά την ηλικία των 65 εμφανίζει προοδευτική μείωση. Η εμφάνισή του σε ηλικίες μικρότερες των 30 ετών είναι εξαιρετικώς σπάνια.¹ Για την αυξημένη εμφάνιση της νόσου οι υπεύθυνοι της οργάνωσης υποθέτουν ότι ρόλο μπορεί να έχουν τόσο γενετικοί παράγοντες, όσο και η δράση των οιστρογόνων. Σε ότι αφορά τη βελτίωση της επιβίωσης ως σημαντικοί εκτιμήθηκαν: ο ρόλος της έγκαιρης διάγνωσης με πληθυσμιακά προγράμματα και η χρήση της ταμοξιφένης που μπορεί να χορηγείται ως προληπτική αγωγή σε γυναίκες άνω των 35 ετών στις οποίες υπάρχουν ενδείξεις πως έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.⁸

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Μέχρι σήμερα έχουν εντοπιστεί ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την αιτιολογία του καρκίνου του μαστού αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτιολογία είναι άγνωστη. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι γενετικοί, ορμονικοί, περιβαλλοντικοί, προϋπάρχουσα νόσος του μαστού και διηθητοί ιοί και ένα σωρό διάφοροι άλλοι παράγοντες φαίνεται ότι βοηθούν ο ένας στον άλλον στην ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού.^{2,6}

1. **ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.** Γενετικοί παράγοντες παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη αυτού του καρκίνου παρότι φαίνεται ότι η γενετική επίδραση δεν είναι ισχυρή.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ. Ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού είναι αυξημένος σε γυναίκες με βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό. Οι γυναίκες των οποίων η μητέρα ή η αδελφή είχε καρκίνο του μαστού αλλά και σε συγγενείς δευτέρου βαθμού όπως θείες, εξαδέλφες ή γιαγιάδες έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Αυτό ισχύει και για τους συγγενείς του πατέρα και για τους συγγενείς της μητέρας. Η πιθανότητα αυτή μπορεί να αυξηθεί μέχρι 8 φορές, αν ο καρκίνος του μαστού εμφανίστηκε πριν την εμμηνόπαυση ή ήταν αμφοτερόπλευρος και δεκαπλασιάζεται αν ο καρκίνος αφορούσε και τους δύο μαστούς. Δεν έχει αποδειχθεί καθορισμένος τρόπος κληρονομικότητας.^{2,3,4}

ΦΥΛΟ. Το φύλο αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κινδύνου, μια και όπως είναι γνωστό οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ότι οι άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δύο φύλων είναι 99 γυναίκες προς 1 άνδρα σε χώρες με μεγάλη επίπτωση, ενώ σε χώρες με μικρή

επίπτωση (αραβικές, ανατολικής Αφρικής) ανέρχεται σε 10 προς 1. Γυναίκες καταγόμενες από εβραίους της Ευρώπης.

ΗΛΙΚΙΑ. Η ηλικία μιας γυναίκας παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο όσο αναφορά στη πιθανότητα να πάθει καρκίνο του μαστού. Κάτω των 25 ετών η νόσος είναι πολύ σπάνια (0,2%). Σε όλες σχεδόν τις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 οι όγκοι στους μαστούς αποδεικνύεται στην ιστολογική εξέταση ότι είναι καλοήθης. Ο καρκίνος γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25 με 30 ετών, τότε η βιοψία δεν πρέπει να καθυστερεί. Μετά την ηλικία των 30 η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται για το υπόλοιπο της ζωής. Σε χώρες υψηλότερου κινδύνου (Δανία, ΗΠΑ, Καναδά, Αγγλία), οι δείκτες επίπτωσης συνεχίζουν να αυξάνονται και μετά την εμμηνόπαυση αλλά λιγότερο γρήγορα από ότι στις μικρότερες ηλικίες. Στην Ιαπωνία, την Ελλάδα και την Πολωνία, όπου οι δείκτες επίπτωσης είναι πολύ χαμηλότερα πέφτουν μετά την εμμηνόπαυση.^{3,9} Η σχέση των αντισυλληπτικών δισκίων και του καρκίνου του μαστού εξακολουθεί να συζητείται. Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι η χρήση των αντισυλληπτικών κατά την αμέσως μετά την εφηβεία ή για μακρό χρονικό διάστημα πριν από την πρώτη κύηση αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού.^{2,3,10}

ΙΔΙΟΣΥΣΤΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ηλικία εμμηναρχής – εμμηνόπαυσης. Γυναίκες με πρόιμη εμμηναρχή πριν από το δωδέκατο έτος και καθυστερημένη εμμηνόπαυση μετά το πεντηκοστό έτος βρέθηκε ότι παρουσιάζουν ελαφρά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.^{2,3}

Τεχνητή εμμηνόπαυση. Η πρόιμη φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση πριν από το τεσσαρακοστό έτος ελαττώνει τον κίνδυνο. Η ωθηκεκτομή προστατεύει τις γυναίκες σε σημαντικό βαθμό έναντι ενδεχομένου καρκίνου του μαστού. Η προστασία που παρέχει είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ηλικία της γυναίκας κατά την επέμβαση. Η ωθηκεκτομή μετά τα 50 δεν έχει προστατευτικό αποτέλεσμα.^{2,3}

Γάμος και τεκνοποίηση. Οι νεαρές γυναίκες αποφεύγουν να κάνουν παιδιά. Επιθυμούν να ζήσουν χωρίς δεσμεύσεις και υποχρεώσεις, να σπουδάσουν και να εργασθούν. Και όμως, η φύση διαφωνεί και τιμωρεί. Πρόσφατα, δημοσιεύθηκαν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης ερευνάς, που έδειξαν ότι η γέννηση ενός παιδιού σε μικρή ηλικία προστατεύει τη γυναίκα από έναν από τους μεγαλύτερους κινδύνους της ζωής της, τον καρκίνο του μαστού. Από τις πολλές αιτίες της πάθησης που ερευνήθηκαν στην πολυετή αυτή μελέτη εκείνη που επηρέαζε αποφασιστικά ήταν η ηλικία της γυναίκας στην πρώτη γέννα. Όσο νεότερη ήταν η γυναίκα όταν έφερνε στο κόσμο το πρώτο της παιδί, τόσο μικρότερη ήταν η πιθανότητα να παρουσιάσει αργότερα κακοήθεια στο μαστό. Ο χρόνος που μεσολαβούσε μέχρι την επόμενη κύηση δεν φάνηκε να επηρεάζει το αποτέλεσμα. Τρεις ημερομηνίες στη ζωή της γυναίκας σχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού : η ηλικία που άρχισε η έμμηνη ρύση, η ηλικία που γέννησε το πρώτο της παιδί και η ηλικία της εμμηνόπαυσης. Οι γυναίκες που έκαναν το πρώτο τους παιδί στα 18 έχουν μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 50%. Αντίθετα ο κίνδυνος μεγαλώνει έως 80% όταν παρεμβάλλονται πολλά χρόνια μεταξύ της ηλικίας της πρώτης έμμηνης ρύσης και της γέννας του πρώτου παιδιού. Ο μαστικός αδένας της νεαρής γυναίκας ωριμάζει φυσιολογικά όταν αυτή γεννήσει και θηλάσει σε ηλικία μεταξύ 18 και 25 ετών. Πιστεύεται ότι η τεχνητή διακοπή της πρώτης εγκυμοσύνης στο πρώτο τρίμηνο σε νεαρές γυναίκες αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα, ίσως γιατί ο αρχικός πολλαπλασιασμός των κυττάρων δεν ακολουθείται από διαφοροποίηση.^{2,3,4,10}

Θηλασμός. Η υπόθεση για την προστατευτική επίδραση του θηλασμού απέναντι στον καρκίνο του μαστού βασίστηκε στα ευρήματα των πρώτων επιδημιολογικών ερευνών και ενισχύθηκε από την αρνητική σχέση που παρατηρείται στις διεθνείς στατιστικές μεταξύ συχνότητας και διάρκειας θηλασμού από τη μια πλευρά και επίπτωσης της νόσου από την άλλη. Από πρόσφατες μελέτες έχει αποδειχθεί ότι ο

θηλασμός δεν παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι του καρκίνου του μαστού ούτε αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη γυναίκα που δεν έχει θηλάσει.^{3,9}

ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οιστρογόνα: Η χορήγηση οιστρογόνων στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού.^{2,3,6}

Προγεστερόνη: Η σχέση της προγεστερόνης με το καρκίνο του μαστού είναι ασαφής. Άλλες εργασίες τη δείχνουν ως ορμόνη που προάγει την καρκινογένεση ενώ άλλες την θεωρούν αντικαρκινογόνο λόγω της αντιοιστρογονικής δράσης της.

Προλακτίνη: με επιδημιολογικές έρευνες έχει βρεθεί ότι θυγατέρες ασθενών με καρκίνο μαστού έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης σε σχέση με μάρτυρες.

Στεροειδή των επινεφριδίων: Από τις στεροειδείς ορμόνες που παράγονται στα επινεφρίδια τα ανδρογόνα παρουσιάζουν μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις σχέσεις τους με τον καρκίνο του μαστού όπως έδειξαν μετρήσεις των μεταβολιτών τους στα ούρα.^{3,6,9,10}

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Διαιτητικοί παράγοντες: Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ σωματικού βάρους και καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Το αυξημένο σωματικό βάρος συνδέεται με το καρκίνο του μαστού όχι όμως ως ισχυρός παράγοντας και πιθανότατα αντανακλά το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο, τη χρήση αλκοόλης για αναπαραγωγικούς παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με το καρκίνο του μαστού, αμηνόρροια, ηλικία προ τοκετού, ηλικία εμμηνόπαυσης και αριθμό τοκετών. Διαιτητικοί παράγοντες, ιδιαίτερη αυξημένη περιεκτικότητα των τροφών σε ζωικό λίπος ή πρόσληψη αλκοόλης αυξάνει τον κίνδυνο.^{2,10}

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Εθνικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες: Ο καρκίνος του μαστού είναι συχνότερος στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές και αστικές τάξεις.³ Σαν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αιτιολογία είναι χορήγηση μεγάλων δόσεων ακτινοβολίας. Ιδιαίτερα κινδυνεύουν όσες γυναίκες ακτινοβολήθηκαν για μαστίτιδα μετά τον τοκετό, όσες υπέστησαν μακροχρόνια ακτινοσκοπικό έλεγχο για φυματίωση ή υπέστησαν ακτινοβολία στο άνω τμήμα του σώματος πριν από τα σαράντα τους.^{2,4}

Ψυχολογικοί παράγοντες: Ψυχολογικοί παράγοντες – ψυχολογικά άγχη, ψυχικές διαταραχές – φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Η ψυχική όμως ένταση δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και έτσι η ποσοτικοποίηση του σχετικού κινδύνου αυτών των παραγόντων είναι δυσχερής.^{3,6}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η ανακάλυψη του καρκίνου του μαστού κατά κανόνα γίνεται κατά την αυτοεξέταση από την ασθενή ή κατά την φυσική εξέταση. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η παρουσία μιας ανώδυνης διόγκωσης σκληρίας ή πάχυνσης στο μαστό στο 80 με 90% των περιπτώσεων. Στις περισσότερες ασθενείς ανευρίσκονται κάποια εξογκώματα στο μαστό, τα οποία πάντως μερικές φορές φαίνονται μόνο στη μαστογραφία και δεν ψηλαφώνται. Ο καρκίνος είναι σκληρός και ανώμαλος και διαφέρει στην ψηλάφηση από τον υπόλοιπο μαστό. Ενδέχεται να υπάρχει κάποιο εξόγκωμα στην μασχάλη που επιμένει, ένα σύμπτωμα που υποδηλώνει διόγκωση των λεμφαδένων. Ο πόνος αποτελεί σπανιότερο σύμπτωμα και αποτελεί το μόνο ή συνοδεύει τη διόγκωση σε ποσοστό γύρω στο 10% των περιπτώσεων. Ο πόνος στη περιοχή του μαστού οφείλεται συνήθως σε καλοήθεις καταστάσεις, αλλά και σε αυτή ακόμα τη περίπτωση χρειάζεται ιατρική εξέταση. Μεταβολές από την θηλή υπό την μορφή παθολογικού εκκρίματος, εισόγκης, παρέκκλισης ή εκζέματος της θηλής ή της άλω, είναι οι επόμενες σε συχνότητα εκδηλώσεις. Η αυτόματη έκκριση από τη θηλή μπορεί να σημαίνει καρκίνο, ο οποίος είναι συνήθως πολύ μικρός και έχει υψηλό ποσοστό ίασης, συχνά όμως οφείλεται σε κάποιο καλοήθες νόσημα. Μεταβολές στο σχήμα του μαστού, εντύπωμα ή ρυτίδωση του δέρματος, διευρυσμένες φλέβες, μεταβολές της χροιάς του δέρματος, παρουσία οζιδίων, εξελκώσεων και οιδήματος είναι συμπτώματα προχωρημένου καρκίνου. Οι πόροι του δέρματος ενδέχεται να φαίνονται έντονα λόγω της προσβολής των λεμφαγγείων. Διαμορφώνεται έτσι μια εικόνα που μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού, γνωστή στην ιατρική σαν δέρμα πορτοκαλιού, η οποία μάλλον δείχνει το προχωρημένο στάδιο που ονομάζεται φλεγμονώδες καρκίνωμα του μαστού.^{2,3,4}

Σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις οι ασθενείς προσέρχονται στο νοσοκομείο για συμπτώματα και ευρήματα τα οποία οφείλονται στις μεταστάσεις όπως ο αποφρακτικός ίκτερος. Τα συμπτώματα ποικίλουν αναλόγως της εντοπίσεως της μεταστάσεως. Εντοπίζονται αστικοί πόνοι συχνότερα στην σπονδυλική στήλη και λεκάνη, δυσκινησία, δύσπνοια – βήχας από πνευμονικές μεταστάσεις, θωρακικοί πόνοι από διήθηση υπεζωκότος, κοιλιακοί πόνοι-δυσπεψία από κοιλιακές ή και ηπατικές μεταστάσεις, πονοκέφαλοι-διπλωπία-διαταραχές οράσεως από ενδοφθalmικές μεταστάσεις, άποιας διαβήτη από υποφυσικές μεταστάσεις, συμπτώματα εξ υπερασβεστιαμίας-πολυδιψία-πολυουρία, ναυτία, εμετοί. Η υπερασβεστιαμία αποτελεί επικίνδυνη επιπλοκή. Ανορεξία-απώλεια βάρους, καχεξία σε γενικευμένες μεταστάσεις, ιδίως στα κοιλιακά σπλάχνα και το ήπαρ.^{2,3,6} Περισσότερα νεοπλάσματα εντοπίζονται στον αριστερό μαστό (54%) παρά στο δεξιό (46%). Περίπου 50% των καρκίνων του μαστού εντοπίζονται στο άνω έξω τεταρτημόριο, 20% ανευρίσκονται στο κέντρο του μαστού και από 10% περίπου στο άνω έσω, κάτω έσω και κάτω έξω τεταρτημόριο.²

3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Στάδιο 1: TNM, T1, No ή N1α, Mo.

Πρόκειται για όγκο μεγέθους 2cm ή και μικρότερου χωρίς ένδειξη διασποράς στους επιχώριους λεμφαδένες ή σε απομακρυσμένα σημεία. Πενταετής επιβίωσης 85%.

Στάδιο 2: TNM, T1ή 2, No ή 1α ή 1β, Mo.

Τα πάνω από 5cm με διηθημένους, αλλά κινητικούς λεμφαδένες, χωρίς συστηματικές μεταστάσεις.

Στάδιο 3: TNM, κάθε T, κάθε N, Mo.

Τα πάνω από 5cm ή T4 με λεμφαδένες διηθημένους, χωρίς μεταστάσεις.

Στάδιο 4: Οποιοδήποτε T ή N με M1. ^{1,5}

3.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ TNM

Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά TNM ο καρκίνος του μαστού σταδιοποιείται ανάλογα με το μέγεθος του πρωτοπαθούς όγκου (T), την προσβολή των σύστοιχων μασχαλιαίων λεμφαδένων (N) και την παρουσία ή όχι μεταστάσεων (M).⁵

1. Πρωτοπαθής όγκος (T=Tumer)

Οι ορισμοί για την ταξινόμηση του πρωτοπαθούς όγκου (T) είναι οι ίδιοι για την κλινική και παθολογοανατομική ταξινόμηση. Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την τηλεσκοπική μέθοδο ταξινόμησης. Σύμφωνα με αυτήν αν η μέτρηση γίνεται με την φυσική εξέταση χρησιμοποιούμε τις μείζονες υποδιαιρέσεις (T1T2T3). Αν χρησιμοποιηθούν άλλες μετρήσεις, όπως μαστογραφικές ή παθολογοανατομικές, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι υποδιαιρέσεις με μικρά γράμματα του T.

Tx: Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί.

To : Δεν υπάρχουν ενδείξεις πρωτοπαθούς όγκου.

Tis: Καρκίνος in situ πορογενής, λοβιακός νόσο Paget θηλής χωρίς συνοδό ογκίδιο.

T1: Όγκος μεγαλύτερο ή ίσο με 2cm ή λιγότερο στη μεγαλύτερη διάσταση.

T1a: Πάνω από 0,5cm και μέχρι 1cm στη μεγαλύτερη διάσταση.

T1b: Πάνω από 1cm και μέχρι 2 cm στη μεγαλύτερη διάσταση.

T2: Όγκος πάνω από 2cm και μέχρι 5 cm.

T3: Όγκος πάνω από 5cm.

T4: Όγκος οποιουδήποτε μεγέθους με άμεση επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα ή δέρμα. (όχι οι θωρακικοί μύες).

T4a: Επέκταση στο θωρακικό τοίχωμα.

T4b: Οίδημα ή εξέλκωση του δέρματος του μαστού ή δορυφόροι δερματικά οζίδια περιοριζόμενα στον ίδιο το μαστό.

T4c: T4a και T4b μαζί

T4d: Φλεγμονώδης καρκίνος.

2. Επιχώριοι λεμφαδένες (N=nodes)

Nx: Οι επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν.

No: Δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριο λεμφαδένα.

N1: Μετάσταση σε κινητό σύστοιχο μασχαλιαίο λεμφαδένα.

N2: Μετάσταση σε σύστοιχο μασχαλιαίο λεμφαδένα με καθήλωση σε άλλα παρακείμενα ανατομικά στοιχεία ή μεταξύ λεμφαδένων.

N3: Μετάσταση σε σύστοιχο έσω μαστικό λεμφαδένα.

2. Απομακρυσμένες Μεταστάσεις. (M= Metastasis)

Mx: Δεν μπορεί να εκτιμηθεί η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Mo: Χωρίς απομακρυσμένη μετάσταση.

M1 Απομακρυσμένη μετάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μπορεί να είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς κλινικά τις κακοήθειες από τις καλοήθειες μάζες του μαστού. Στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς οι καλοήθειες όγκοι συνήθως διογκώνονται λίγο πριν από την περίοδο της εμμηνορρυσίας και εν συνεχεία μικραίνουν. Συχνά ο γιατρός διευκολύνεται από ένα ακριβές διάγραμμα όπου περιγράφεται κάθε νέα αποκαλυπτόμενη μάζα. Η μαστογραφία και η βιοψία είναι χρήσιμες, αν όμως δεν γίνουν η μάζα πρέπει να επανεξετάζεται σε 1 ή 2 μήνες, εφόσον υπάρχει η υπόνοια ότι πιθανώς πρόκειται για καρκίνο. Αν η μάζα παραμένει, πρέπει να γίνει μαστογραφία και βιοψία.⁴

Νέες τεχνικές ενάντια στο Ca μαστού είναι οι διαδερμικές τεχνικές διάγνωσης, με τις οποίες εντοπίζονται με ακρίβεια αψηλάφητες αλλοιώσεις στο μαστό που βρέθηκαν στη μαστογραφία και ταυτόχρονα αφαιρείται τμήμα τους για ιστολογική διάγνωση. Ιδιαίτερο βάρος δόθηκε στις νέες τεχνικές διάγνωσης, για αλλοιώσεις που δεν ψηλαφώνται στις εξελίξεις στις ορμονικές θεραπείες, καθώς και στις νέες προοπτικές στην αντιμετώπιση των μεταστάσεων.¹¹

4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

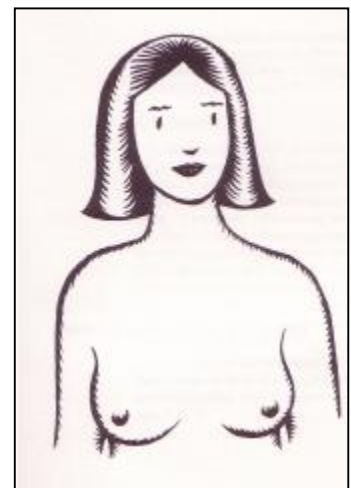
1. ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΣΤΟΥ

Το 90% περίπου των καρκίνων του μαστού ανακαλύπτονται από τις ίδιες τις άρρωστες και δυστυχώς συνήθως σε προχωρημένο στάδιο. Στον αγώνα κατά του καρκίνου, η κάθε γυναίκα πρέπει να παίζει το ρόλο της, μαθαίνοντας να εξετάζει τον εαυτό της, σε μια προσπάθεια να ανακαλύψει όσο γίνεται πιο έγκαιρα τον καρκίνο που πιθανόν να αναπτυχθεί στο μαστό της. Η αυτοεξέταση μπορεί να οδηγήσει σε πραγματικά έγκαιρη διάγνωση και σωτηρία πολλών γυναικών. Η αυτοεξέταση πρέπει να γίνεται κάθε μήνα και έχει αποδειχθεί ότι στις γυναίκες που έδειξε ο γιατρός από την αρχή πως να εξετάζονται οι ίδιες, έτσι ώστε να καταλάβουν τι περιμένουν να βρουν έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να συνεχίσουν την αυτοεξέταση για πολύ καιρό. Οι πιο κατάλληλες μέρες για γυναίκες που έχουν έμμηνα είναι μόλις τελειώσει η περίοδός τους, ενώ μετά την εμμηνόπαυση οι γυναίκες πρέπει να συνηθίσουν την αυτοεξέταση μια ορισμένη ημέρα κάθε μήνα.^{6,12}

Πως θα κάνετε την αυτοεξέταση μαστού:

1. Βγάλτε τα ρούχα σας και σταθείτε μπροστά σε έναν καθρέπτη , σε ένα χώρο που φωτίζεται πάρα πολύ καλά. Σας θυμίζουμε ότι ο ένας μαστός μπορεί να είναι λίγο μεγαλύτερος από τον άλλο.

2. Κοιτώντας τους μαστούς σας στον καθρέπτη ψάχνεται για : αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών,

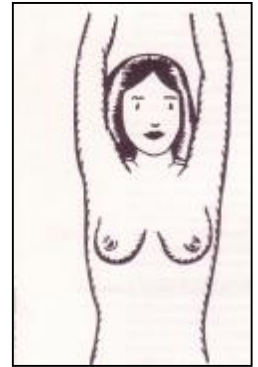


αλλαγές στις θηλές, αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές, ασυνήθιστο βαθύλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή, φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ότι συνήθως.



3. Αφήστε τα χέρια σας χαλαρά κατά μήκος του σώματος σας και κοιτάξτε τους μαστούς σας στον καθρέπτη.

4. Υψώστε τα χέρια σας σε ανάταση και παρατηρείστε τους μαστούς σας από όλες τις πλευρές. Κατεβάστε τα χέρια.



5. Πιέστε ελαφρά τις θηλές για να δείτε μήπως βγαίνει υγρό ή αίμα.

6. Ξαπλώστε άνετα στο κρεβάτι και βάλτε ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας. Βάλτε επίσης ένα χαμηλό μαξιλάρι κάτω από τον αριστερό σας ώμο.

7. Σηκώστε το αριστερό σας χέρι και ακουμπήστε το στο μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας.



8. Με το δεξί σας χέρι θα εξετάσετε τον αριστερό μαστό.

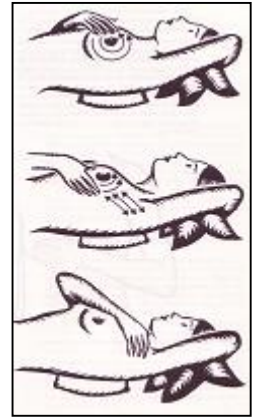
9. Με δύο ή τρία δάκτυλα του δεξιού χεριού και πιέζοντας ελαφρά, εξετάστε κυκλικά όλο το μαστό και τη θηλή, ξεκινώντας από την περιφέρεια και προχωρώντας προς το κέντρο. Βεβαιωθείτε ότι έχετε ψηλαφίσει όλο το μαστό.



10. Κατεβάστε το αριστερό χέρι παράλληλα με το σώμα και εξετάστε την αριστερή μασχάλη.

11. Επαναλάβετε το ίδιο και με τον δεξιό μαστό.

12. Επισκεφθείτε το γυναικολόγο σας σε τακτά χρονικά διαστήματα τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, τη 10^η μέρα του κύκλου και ζητήστε του να εξετάσει τους μαστούς σας.



4.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νοσηλεύτρια είναι συχνά η πρώτη από τους ειδικούς, με την οποία έρχεται σε επαφή η ασθενής και το οικογενειακό της περιβάλλον, όταν εισέρχονται στο νοσοκομειακό σύστημα. Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι η αρχή της σχέσης νοσηλεύτριας-ασθενούς, η οποία μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή σταθερότητας για την ασθενή –και την οικογένειά της- κατά την διάρκεια της παραμονής της στο νοσοκομείο.³

Το νοσηλευτικό ιστορικό είναι πολύτιμο εργαλείο. Το οποίο βοηθάει την νοσηλεύτρια να αποκτήσει στοιχεία σχετικά με την φυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση. Με το ιστορικό αναζητείται κάθε στοιχείο σχετικό με το πρόβλημα που αναφέρει η γυναίκα στο μαστό της. Η νοσηλεύτρια μπορεί να χρησιμοποιήσει ως πηγή πληροφοριών για την συμπλήρωση του ιστορικού την ασθενή, την οικογένειά της ή και τις δύο. Κατά την συνέντευξη, η νοσηλεύτρια παρατηρεί τη φυσική κατάσταση της ασθενούς, όπως την αναπνοή, την ύπαρξη οιδήματος ή άλλα ορατά σημεία, τα οποία δίνουν το ερέθισμα για να δοθεί έμφαση σε ορισμένες ερωτήσεις όπως εάν υπάρχουν κυκλικά ενοχλήματα από τους μαστούς με την περίοδο, έκκριση από τη θηλή, μεταβολές της θέσεως και του σχήματος των μαστών και λοιπά.^{1,3}

Η φυσική εξέταση πρέπει να γίνεται σε χώρο όπου η ασθενής θα αισθάνεται άνετα χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων εκτός μιας αδελφής βοηθού και να γυμνώνεται από τη μέση και πάνω. Η φυσική εξέταση του μαστού πρέπει να γίνεται από ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Η εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών, η οποία θα τηρείται πάντα με αυστηρότητα και θα είναι η ίδια ανεξαρτήτως από το αίτιο για το οποίο προσέρχεται προς εξέταση η άρρωστη. Στην φυσική εξέταση του μαστού η ασθενής εξετάζεται σε διάφορες θέσεις καταγράφεται δε προσεκτικά κάθε ύποπτη μάζα ή παθολογικό εύρημα. Πρέπει να γίνεται πλήρης φυσική εξέταση, να ελέγχεται η πύελος και να αξιολογούνται σημεία καρκίνου σε άλλες περιοχές.^{1,4,8}

4.4 Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ

Η εκτίμηση των παθήσεων στο μαστό γίνεται με τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση, τον ακτινολογικό έλεγχο ή και με άλλες ειδικές εξετάσεις. Μετά από το ιστορικό, η προσεκτική κλινική εξέταση είναι το βασικότερο στοιχείο στη διάγνωση. Συνήθως ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται σαν σκληρή και ανώδυνη μάζα με ανώμαλη επιφάνεια. Για μια αξιόπιστη εξέταση των μαστών ο κάθε γιατρός πρέπει να συνηθίσει ένα δικό του σύστημα που να ακολουθεί σε κάθε περίπτωση. Η άρρωστη βγάζει τελείως τα ρούχα της, ξαπλώνει ανάσκελα και φέρνει τα χέρια σε ανάταση με λυγισμένους τους αγκώνες, έτσι ώστε οι μαστοί να απλώσουν όσο το δυνατό περισσότερο. Καλό είναι η εξέταση να αρχίσει από τον αντίθετο μαστό εκείνου για τον οποίο η γυναίκα ήρθε στο γιατρό για να αντιληφθεί ο εξεταστής τη φυσιολογική σύσταση των μαστών της άρρωστης που εξετάζεται και να αποκτήσει βάση για σύγκριση με το μαστό που πάσχει. Ο εξεταστής καλύπτει ολόκληρη την επιφάνεια κάθε μαστού με το σύστημα που εκείνος διαλέγει (π.χ. κάθετα, οριζόντια ή κυκλικά) ψηλαφώντας συστηματικά με τα δάκτυλα των δύο χεριών συνήθως με

κυκλικές κινήσεις και ελαφριά πίεση προς το θωρακικό τοίχωμα. Η εξέταση συμπληρώνεται με εξέταση στις μασχάλες, τους υπερκλείδιους βόθρους, το θυρεοειδή αδέννα, το συκώτι και τον κόλπο. Η διαγνωστική ακρίβεια στην κλινική εξέταση αυξάνει με την ηλικία της άρρωστης. Η βιοψία ενός ευρήματος στο μαστό ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ένδειξη από το ιστορικό, την κλινική ή εργαστηριακή (μαστογραφική ή θερμογραφική) εξέταση ή οποιοδήποτε συνδυασμό τους. Αν η άρρωστη παραπονιέται για έκκριση από τη θηλή προσπαθούμε να την προκαλέσουμε πιέζοντας την περιοχή της θηλαίας άλω με το δάκτυλο από την περιφέρεια προς το κέντρο γύρω-γύρω. Εντοπίζουμε έτσι και τη θέση της βλάβης.^{1,6}

4.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαστογραφία αποτελεί την παλαιότερη πλέον ευαίσθητη και ειδική διαγνωστική εξέταση, η οποία εφαρμόζεται για προληπτικό έλεγχο των μαστών και για τη διάγνωση του καρκίνου. Είναι η ακτινολογική εξέταση των μαστών στην οποία χρησιμοποιούνται λεπτόκοκκα φιλμς, υψηλής διακριτικότητας και ακτίνες χαμηλής διαπερατότητας. Η δόση ακτινοβολίας που παίρνει η άρρωστη είναι περίπου 0,1rad/film.^{1,2} Ο προληπτικός έλεγχος γίνεται σε ασυμπτωματικές γυναίκες σε μια προσπάθεια να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού πριν τι βλάβη είναι ψηλαφητή ενώ η διαγνωστική μαστογραφία εφαρμόζεται σε γυναίκες με συμπτώματα και ευρήματα, τα οποία πιθανολογούν παρουσία καρκίνου στο μαστό. Τα ειδικά ακτινολογικά μηχανήματα, οι μαστογράφοι, παράγουν ειδικής ποιότητας ακτινοβολία, και με τη βοήθεια ειδικών ακτινογραφικών πλακών απεικονίζουν με λεπτομέρειες τα διάφορα στοιχεία των μαστών, όπως το δέρμα, τους πόρους και το


συνδετικό ιστό. Οι μαστογράφοι μας δίνουν υψηλού βαθμού αντίθεση, σαφήνεια και λεπτομερή ανάλυση των ανατομικών στοιχείων του μαστού, που η επεξεργασία τους μας βοηθάει σε μεγάλο ποσοστό στη σωστή διάγνωση. Η εικόνα του μαστού σε μια μαστογραφία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και βασικά από τη σύσταση των μαστών. Όταν μελετούμε μιας καλής ποιότητας μαστογραφία (πάντα αμφοτερόπλευρο) τα στοιχεία που προσέχουμε είναι:

- τη γενική συγκριτική εικόνα των μαστών.
- το δέρμα. Πάχυνση του δέρματος σε μεγάλη ή σε μικρή έκταση δηλώνει τις περισσότερες φορές καρκίνο.
- την περιοχή της θηλής και της άλω.
- την αρχιτεκτονική των αδενικών στοιχείων.
- την ύπαρξη πύκνωσης ή μάζας.
- την ύπαρξη αποτιτανώσεων.

Η μαστογραφία πρέπει να εκτελείτε όταν:

- υπάρχει υποψία όγκου.
- υπάρχει όγκος στο ένα μαστό
- υπάρχει μετάσταση σε κάποιο όργανο
- σε γυναίκες που παίρνουν φάρμακα που ενοχοποιούνται ότι συνδέονται με καρκίνο μαστού.
- σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση συνιστάται μία μαστογραφία κάθε δύο χρόνια ιδιαίτερα αν στην οικογένειά τους υπάρχουν περιπτώσεις καρκίνου μαστού.

Με την μαστογραφία απεικονίζουμε :

 Ινοκυστική μαστοπάθεια

- ✚ κύστεις
- ✚ καλοήθεις όγκοι π.χ. ιναδένωμα
- ✚ κακοήθεις όγκοι (καρκίνοι).¹³

«Ποιες γυναίκες χρειάζονται μαστογραφία και κάθε πότε;»

1. Μαστογραφικός έλεγχος σε οποιαδήποτε γυναίκα με συμπτώματα πρέπει να γίνεται μόνο μετά προηγούμενη εξέταση των μαστών από το γιατρό.
2. Για προληπτικό έλεγχο σε γυναίκες χωρίς συμπτώματα και ευρήματα .
3. Μαστογραφία αναφοράς για πρώτη φορά σε ηλικία 35-39 ετών, από τα 40-50 κάθε 2 χρόνια και μετά την ηλικία των 50 κάθε χρόνο.
4. Σε γυναίκες που έχουν επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο το λογικότερο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο μαστογραφιών είναι ένας χρόνος.^{2,6}

Σήμερα η μαστογραφία χαμηλής δόσεως έχει καθιερωθεί ως το κυριότερο μέσο προληπτικού ελέγχου προσυμπτωματικού τόσο των ασυμπτωματικών γυναικών, όσο και των γυναικών που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Ενδείκνυται σε γυναίκες ηλικίας πάνω από 40 ετών, ανά τακτά χρονικά διαστήματα που διαμορφώνονται από την ύπαρξη παραγόντων όπως π.χ. ατομικό ιστορικό καρκίνου του μαστού ή οικογενειακό ιστορικό.¹⁴

Κίνδυνοι από τη μαστογραφία

Η δόση ακτινοβολίας που παίρνει ο μαστός με μία ικανοποιητική μαστογραφία έχει περιοριστεί τελευταία σε 0,2 – 0.3 rad στο δέρμα, ποσότητα ασήμαντη για βλαπτική δράση ιδιαίτερα όταν γίνεται σε σχετικά μεγάλες γυναίκες. Ο κίνδυνος της ακτινοβολίας από μία ή επαναλαμβανόμενες μαστογραφίες έχει τελευταία

αποτελέσει πηγή άγχους για τις γυναίκες και μεγάλης αβεβαιότητας στους γιατρούς. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος από επανελημένες εκθέσεις υπάρχει στις ηλικίες από 9-19, ενώ πάνω από τα 50, πιθανότατα ο μαστός δεν είναι από πρακτική σκοπιά ευαίσθητος στην ακτινοβολία.⁶

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Εκτίμηση – αξιολόγηση προβλημάτων – αναγκών.
 - ο Ύπαρξη αναπηρίας ή όχι.
 - ο Ύπαρξη μεταβολικού νοσήματος ή όχι.
 - ο Αφυδάτωση
 - ο Πόνος
 - ο Εμφάνιση άγχους και αγωνίας.
 - ο Ανάγκη ενημέρωσης και κατατόπισης της ασθενούς.

ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

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

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

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

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

§ Ενημερώνεται για τον τρόπο διενέργειάς της. Είναι αναίμακτη εξέταση και δεν προκαλεί πόνο.

§ Σε έντονο άλγος καθώς και στην εμφάνιση έντονου άλγους και αγωνίας χορηγούνται αναλγητικά ή ελαφρά ηρεμιστικά κατόπιν ιατρικής εντολής.

§ Εκτιμάται η γενική σωματική κατάσταση της ασθενούς.

Σε περίπτωση αναπηρίας, η εξέταση διενεργείται σε καθιστή θέση. Η νοσηλεύτρια μπορεί να συνοδεύει την ασθενή και να της παρασταθεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η μεταφορά της ασθενούς γίνεται με καρέκλα.

Ø Σε περίπτωση αφυδάτωσης , η νοσηλεύτρια φροντίζει με τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού με τη χορήγηση κατόπιν ιατρικής εντολής, παρεντερικών διαλυμάτων, με σκοπό την αναχαίτιση ανασταλτικών για την διενέργεια της εξέτασης παραγόντων και την ευχάριστη διάθεση της ασθενούς.

Ø Αν υπάρχουν άλλα μεταβολικά νοσήματα, π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, φροντίζει για τη χορήγηση ινσουλίνης στην ασθενή και καθορίζει τη διαίτά της, φροντίζει επίσης τέτοιες ασθενείς να μπαίνουν πρώτες στο

Ø πρόγραμμα για εξέταση.



Ø Ενημερώνει και καθησυχάζει τους συγγενείς της ασθενούς και τους επιβεβαιώνει για την ασφάλεια, τους κινδύνους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, την αναγκαιότητα της εξέτασης και τις εξετάσεις που μπορεί να ακολουθήσουν. Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια ακολουθήσει την ασθενή στο διαγνωστικό εργαστήριο, μπορεί να βοηθήσει στη σωστή τοποθέτηση, σύμφωνα με τις διάφορες θέσεις, του μαστού στο μαστογράφο με σκοπό τη σωστή διενέργεια της εξέτασης. Οι διάφορες θέσεις, στις οποίες τοποθετείται ο μαστός είναι:

- Κραιο-ουραία προβολή
- Ουραίο – κρνιακή προβολή
- Μεσο- πλάγια προβολή
- Πλάγια – μέση προβολή
- Μασχαλιαία προβολή

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

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

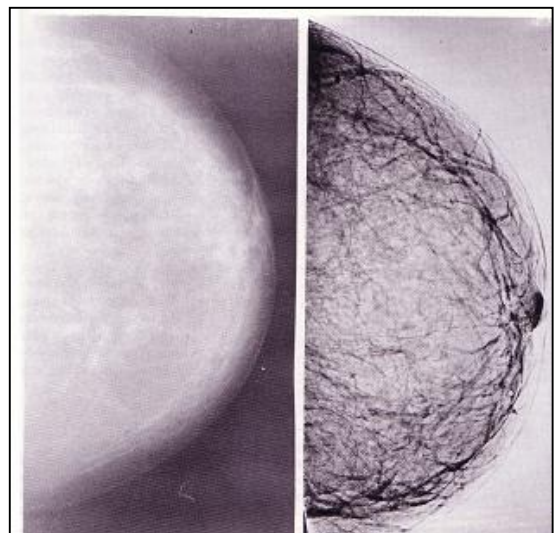
A. Η νοσηλεύτρια μπορεί να παραμείνει πίσω από την ειδική προστατευτική πόρτα, η οποία είναι προσαρμοσμένη πάνω στο μηχάνημα, και μπορεί να τοποθετηθεί από τη δεξιά ή την αριστερή πλευρά του. Η περιστρεφόμενη πόρτα, με το ειδικό παράθυρο που διαθέτει και το οποίο επιτρέπει την παρακολούθηση της ασθενούς, εξασφαλίζει πλήρη προστασία από την ακτινοβολία.

B. Η νοσηλεύτρια μπορεί να πάρει θέση για τη παρακολούθηση της ασθενούς σε απόσταση τουλάχιστον 1m από αυτήν.

Γ. Μπορεί επίσης να φορέσει προστατευτική ποδιά από μόλυβδο πάχους . 0,25 mm.³

ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η θερμογραφία αποτελεί επίσης χρήσιμη εξέταση για την διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Η θερμοκρασία του δέρματος πάνω από έναν καρκίνο του μαστού είναι υψηλότερη από το γύρω δέρμα και ότι το φλεβικό αίμα ενός καρκίνου είναι πιο θερμό από το αρτηριακό. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθειες είτε κακοήθειες, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα . Έτσι η



θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου.^{3,10}

Η θερμογραφία είναι τελείως ακίνδυνη (γιατί δεν χρησιμοποιεί ακτινογραφία), συγκριτικά με την ξηρογραφία και την μαστογραφία. Έχει μικρή διαγνωστική αξία, διότι καταγράφει κάθε αύξηση της θερμοκρασίας του μαστού, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται για καρκίνο, φλεγμονή ή καλοήγη πάθηση. Επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιήσει ως συμπλήρωμα τις ξηρομαστογραφίας, σε ασθενείς με συμπτώματα αλλά χωρίς σαφή σημεία καρκίνου και στο κλινικό στάδιο καρκίνο μαστού.^{3,14}

Συνθήκες λήψης θερμογραφημάτων

Η νοσηλεύτρια, αφού εφαρμόσει την νοσηλευτική φροντίδα από την προηγούμενη ημέρα, φέρνει την ασθενή στο εξεταστήριο, απελευθερώνει το σώμα από οποιαδήποτε ρούχο από την μέση και πάνω και την αφήνει στο δωμάτιο, θερμοκρασίας 18° – 21° C, επί 3' - 15' min. Τα χέρια της ασθενούς τοποθετούνται στην απαγωγή, ώστε να μην έρχονται σε επαφή με το σώμα .

Τα πλεονεκτήματα της θερμογραφίας είναι:

1. Η εξέταση είναι εύκολη και αβλαβής. Δεν υπάρχει κίνδυνος από ακτινοβολία.
2. Το θερμογράφημα παραμένει σταθερό σε κάθε γυναίκα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση στο μέλλον.
3. Μπορεί να επαναλαμβάνεται συχνά και ανεξάρτητα από την ηλικία της ασθενούς.

4. Το θερμογράφημα μπορεί να είναι ανώμαλο σε περιπτώσεις που η μαστογραφία είναι αρνητική και όμως υπάρχει καρκίνος.

5. Εκτός από την διαγνωστική φαίνεται πως έχει και προγνωστική σημασία, γιατί οι θερμότεροι όγκοι έχουν πιο γρήγορη εξέλιξη.^{3,6}

Τα μειονεκτήματα της θερμογραφίας είναι:

1. Όλοι οι καρκίνοι δεν είναι θερμοί.
2. Μπορεί να προκαλέσει άγχος και υστερία σε γυναίκες, λόγω των ψευδώς θετικών ευρημάτων.
3. Δεν υπάρχει πάντοτε τοπογραφική αντιστοιχία του καρκίνου με την θέση της ανωμαλίας στο θερμογράφημα.³

ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

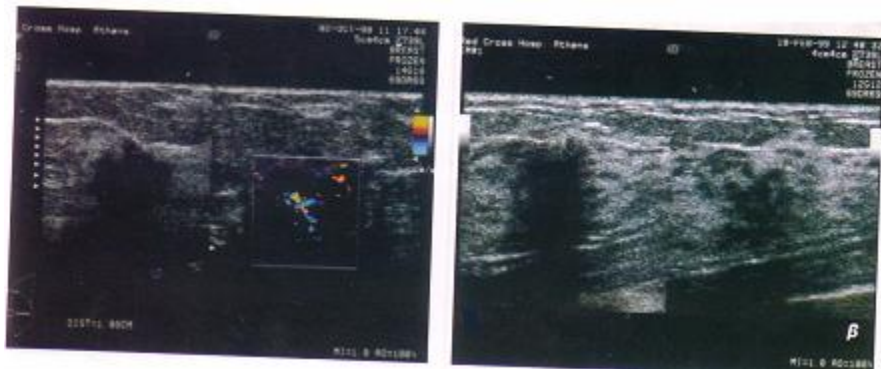
Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας και είναι μια παραλλαγή της μαστογραφίας. Η ξηρογραφία έχει καλύτερη ευκρίνεια γιατί τονίζει τις διαφορές πυκνότητας των ιστών, αναδεικνύει τις ασβετώσεις αλλά μειονεκτεί στο ότι χρησιμοποιείται υψηλότερη δόση ακτινοβολίας από όσο στη χαμηλής δόσεως μαστογραφία. Γενικά, η ξηρογραφία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης, ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.

Συνήθως λαμβάνονται δύο λήψεις για κάθε μαστό, μια σε κάθετο και μια σε οριζόντιο άξονα. Τελευταίως γίνεται μια μόνο λήψη σε λοξό άξονα από πάνω και έσω προς τα κάτω και έξω.^{1,3,8,14}

Οι διαφορές που παρουσιάζει η ξηρογραφία από την μαστογραφία είναι οι εξής:

- Η ακτινολογική εικόνα είναι πάνω σε χαρτί και η ανάγνωσή της πιο εύκολη, χωρίς να χρειάζεται διαφανοσκόπιο.
- Η αντίθεση στα σημεία διαχωρισμού των διαφόρων ανατομικών στοιχείων είναι πιο έντονη.
- Οι μικροασβεστώσεις φαίνονται καλύτερα στην ξηρογραφία και μάλιστα μικρότερου μεγέθους.
- Μάζες στο μαστό φαίνονται καλύτερα στην μαστογραφία.
- Η ξηρογραφία μας δίνει περισσότερες πληροφορίες για τον οπισθομαζικό χώρο και τη μασχάλη.
- Για την ξηρογραφία δεν είναι απαραίτητος ειδικός μαστογράφος, χρειάζονται όμως ειδικές συσκευές για την φόρτιση και την εμφάνιση των πλακών σελινίου.
- Η ξηρογραφία είναι η πιο σύγχρονη μέθοδος.
- Η ξηρογραφία είναι ανώτερη σε διαγνωστική ακρίβεια παθήσεων του μαστού από τη μαστογραφία κατά 5% περίπου. Η διαφορά είναι μεγαλύτερη σε κακοήθεις παθήσεις.¹²

ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ



Η υπερηχογραφία είναι μια εξέταση, κατά την οποία ένας πομπός υπερήχων κινείται πάνω από την περιοχή του μαστού και εκπέμπει ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας, τα οποία μεταδίδονται μέσα στο μαστό και αντανακλώνται όταν βρουν εμπόδιο. Χρησιμοποιούνται για την υπόδειξη ανωμαλιών όπως κύστεων, όγκων και λοιπά. Έχει κυρίως εφαρμογή στο διαχωρισμό μιας κυστικής από μια συμπαγή διόγκωση. Επίσης χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση ασαφών διογκώσεων σε νέες γυναίκες όπου η μαστογραφία και αποφεύγεται αλλά και δεν αναδεικνύει συχνά τις υποκείμενες αλλοιώσεις λόγω της συμπαγούς υφής του νεανικού μαστού.

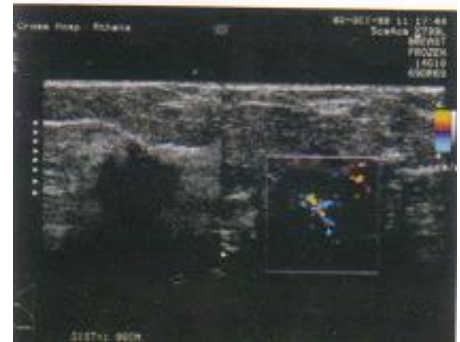
3,14

Κατά την προετοιμασία της ασθενούς :

- Ø Ελέγχεται η κατάσταση του μαστού, στον οποίο θα γίνει η εξέταση. Αν υπάρχουν έντονα δερματικά προβλήματα ή μικροεξελκώσεις, η εξέταση είναι καλύτερα να μην πραγματοποιηθεί.
- Ø Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη της την ακολουθούμενη διαίτα και την χορήγηση ινσουλίνης σε διαβητικές ασθενείς. Αυτές οι ασθενείς πρέπει να προγραμματίζονται πρώτες για την εξέταση.

- Ø Η παχυσαρκία δύναται να επηρεάσει αρνητικά την διεκπεραίωση της εξέτασης.
- Ø Έντονο άγχος και αγωνία εκτιμώνται από την νοσηλεύτρια και γίνεται προσπάθεια αναχαίτισης αυτών με βάση την ενημέρωση, την διδασκαλία και την ψυχολογική ενημέρωση.
- Ø Η ασθενής πριν από την διενέργεια της εξέτασης πρέπει να ουρήσει.

Η ασθενής ενημερώνεται ότι κατά την διάρκεια της εξέτασης θα είναι ξαπλωμένη. Ο εξεταστής θα επαλείψει την περιοχή του μαστού με ειδικό λάδι, το οποίο θα επιτρέπει την καλύτερη επαφή του πομπού με το δέρμα. Καθώς ο πομπός θα κινείται κατά μήκος του δέρματος, θα αναπαριστάνεται και θα φωτογραφίζεται το εσωτερικό του μαστού. Η εξέταση δεν είναι δυσάρεστη και διαρκεί περίπου 30-60 min.^{3,12,10}



ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

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

Προετοιμασία

- Ø Αλλεργίες που οφείλονται σε λήψη ιωδίου (θαλασσινών) ή αλλεργικές αντιδράσεις σε πρόσφατες δοκιμασίες ιωδίου πρέπει να αναφέρονται από

την νοσηλεύτρια σε περίπτωση που δοθεί εντολή για ενδοφλέβια έγχυση ακτινοσκιερών ουσιών.

- Ø Σε πολύ ανήσυχες ασθενείς είναι δυνατόν κατόπιν ιατρικής εντολής να γίνει νάρκωση, για να διευκολυνθεί η διεκπεραίωση της εξέτασης.
- Ø Σε περίπτωση που παραγγελθεί η έγχυση ιωδιούχων σκευασμάτων, ενδοφλεβίως αυτή γίνεται πολύ αργά.
- Ø Η ασθενής ενημερώνεται για τον τρόπο που θα γίνει η εξέταση καθώς και για τον τόπο και το χρόνο διάρκειάς της (45-60 min).^{3,13}

ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέθοδος χρησιμοποιείται εδώ και 50 χρόνια με μικρή εστία ορατού φωτός μεγάλης ισχύος. Τα τελευταία χρόνια, έχει γίνει τροποποίηση της μεθόδου. Χρησιμοποιείται μικρή λυχνία με ορατό φως προς το υπέρυθρο φως και έχουμε την δυνατότητα να βλέπουμε άμεσα το διαφανοσκοπούμενο μαστό, αλλά και εικόνα δια μέσου ηλεκτρονικού υπολογιστή μεταφέρεται σε οθόνη τηλεόρασης και απεικονίζεται σε ειδικά φωτογραφικά φιλμ, ευαίσθητα στην υπέρυθρη ακτινοβολία. Η διαφανοσκόπηση του μαστού εξαρτάται από το λίπος και γενικά από την οπτική σύνθεση του δέρματος και του μαζικού αδένα, από την παρουσία κύστεων, αδενωμάτων και νεοπλασιών.

Η διαγνωστική της ακρίβεια αναφέρεται ότι φτάνει το 76%.³

ΕΚΚΡΙΜΑ ΘΗΛΗΣ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Τα σημαντικά χαρακτηριστικά του εκκρίματος καθώς και ορισμένοι άλλοι παράγοντες, που πρέπει να αξιολογούνται από το ιστορικό και τη φυσική εξέταση, είναι τα ακόλουθα:

- Ø Η φύση του εκκρίματος (ορώδες, αιματηρό είτε οτιδήποτε άλλο).

- Ø Συσχέτιση με τη παρουσία μάζας στο μαστό.
- Ø Έκκριση από έναν είτε από περισσότερους πόρους.
- Ø Αυτόματη έκκριση (συνεχής ή διακεκομμένη) είτε έκκριση μετά από συμπίεση.
- Ø Η έκκριση προκαλείται μετά από εφαρμογή πίεσης σε ένα σημείο είτε μετά από εφαρμογή πίεσης σε ολόκληρο το μαστό.
- Ø Συσχέτιση με την εμμηνορρυσία.
- Ø Προεμμηνοπαυσιακή ή μετεμμηνοπαυσιακή,
- Ø Αν η ασθενής λαμβάνει αντισυλληπτικά δισκία ή οιστρογόνα για μετεμμηνοπαυσιακά συμπτώματα.

Κακοήθη νεοπλάσματα που μπορεί να προκαλέσουν έκκριμα από την θηλή είναι το ενδοσωληνώδες καρκίνωμα, η νόσος του Paget, το ενδοσωληνώδες θήλωμα ή τέλος, οποιαδήποτε μορφή καρκινώματος, η οποία μπορεί να προκαλέσει έκκριση.^{3,14}

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ακρίβεια της μεθόδου κυμαίνεται από 70 - 92,6%. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η σωστή κυτταρολογική διάγνωση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως ο σωστός τρόπος λήψης, ο τύπος του νεοπλάσματος κ.λ.π. Γι' αυτό το σκοπό, η κυτταρολογική μελέτη της μορφολογίας υλικού που έχει ληφθεί με παρακέντηση σε σχέση με την ιστολογική εικόνα είναι πολύ σημαντική για την ορθή διάγνωση.

Τεχνική

- Ø Διαφανοσκοπούμε τον όγκο ή την υπάρχουσα αλλοίωση, για να κατατοπιστούμε για τη φορά των τυχόν παρακείμενων αγγείων.
- Ø Με τα δάκτυλά του ο γιατρός ακινητοποιεί τον όγκο και το υπερκείμενο δέρμα.
- Ø Χρησιμοποιεί βελόνα 18-22G προσαρμοσμένη σε σύριγγα 10ml.
- Ø Ακολουθώς, εφαρμόζεται αρνητική πίεση και πραγματοποιούνται πολλές διελεύσεις στη μάζα του ογκιδίου και σε διάφορες κατευθύνσεις, με σκοπό τη λήψη όσο το δυνατόν περισσότερου υλικού από περισσότερες θέσεις του ογκιδίου.
- Ø Το υλικό μονιμοποιείται αμέσως με αλκοόλη 95° και αποστέλλεται σε ένα μικρό δοχείο για κυτταρολογική εξέταση.
- Ø Στο μέρος που έγινε η παρακέντηση εφαρμόζουμε πιεστικό επίδεσμο για 24 ώρες και παρακολουθείται η περιοχή για την εμφάνιση φλεγμονής.³

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

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

Το CEA είναι μια γλυκοπρωτεΐνη, η οποία ανιχνεύεται σε ποικιλία κακοηθών και καλοηθών ογκικών εξεργασιών. Οι τιμές του κυμαίνονται φυσιολογικά από 2-

5ng/ml τιμές πάνω από 5ng/ml είναι ενδεικτικές, ενώ είναι αυξημένο σε 14,8%, 23,7%, 40,5% και 73,1% σε ασθενείς σταδίου I, II, III και IV αντιστοίχως.³

ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Με αυτήν ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφογαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ενδομυελικώς στο κάτω άκρο του στέρνου με γενική νάρκωση. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι της σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά στοιχεία πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς όμως να αποκλείεται και η ύπαρξη απλής αδενίτιδας, όπως και το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.³

ΜΑΣΤΟΜΕΤΡΙΑ

Γίνεται με μανόμετρα που τοποθετούνται κάτω από το μαστό και καταγράφουν τη θερμοκρασία του.³

ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους δια μέσου των πόρων της θηλής. Έτσι, μπορούμε να διαγνώσουμε διευρυμένους ή παραμορφωμένους ή αποφραγμένους από νεοπλασία πόρους. Η εξέταση αυτή γίνεται όταν υπάρχει εκροή υγρού από τη θηλή και γίνεται αφού προηγηθεί κυτταρολογική εξέταση.^{3,14}

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΑ

Με την εξέταση αυτή ανακαλύπτονται οι οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες, πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά. Είναι πιο ευαίσθητοι από ότι ο ακτινολογικός έλεγχος και δίνει πολύ καλή απεικόνιση του αριθμού και των θέσεων των μεταστάσεων.³

ΠΝΕΥΜΟΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Γίνεται με εμφύσηση ποσότητας αέρα ή αερίων στο μαστό, για να δημιουργηθεί υποδόριο εμφύσημα. Η μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως για να διαπιστώσουμε αν ο όγκος είναι προσκολλημένος πάνω στο θωρακικό τοίχωμα ή στο δέρμα έπειτα από διήθηση.^{3,10}

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονος και μεσοθωρακίου για τον αποκλεισμό μεταστάσεων.³

ΤΡΥΠΑΝΟΒΙΟΨΙΑ

Η βιοψία δια τρυπανισμού είναι απλή, αναίμακτη και σε υψηλό βαθμό ακριβής μέθοδος για την ιστολογική διάγνωση όγκων του μαστού σε ταχεία ή κανονική ιστολογική εξέταση και ακόμα για την μέτρηση οιστρογονικών υποδοχέων, ιδίως σε

ανεγχείρητα νεοπλάσματα. Μπορεί να διενεργηθεί ακόμη και στο εξωτερικό ιατρείο.³

ΒΙΟΨΙΑ

Η βιοψία είναι τύπος χειρουργικής διαγνωστικής διαδικασίας. Είναι απαραίτητη για να καθοριστεί η φύση μιας βλάβης στο μαστό καθώς επίσης και η εκλογή της κατάλληλης θεραπείας. Τρεις μέθοδοι βιοψίας του μαζικού αδένου έχουν περιγραφεί:

1. Η βιοψία με αναρρόφηση ή παρακέντηση. Χρησιμοποιείται βελόνα Νο 17-18 προσαρμοσμένη σε σύριγγα 20 με 50 cm που εισάγεται μέσα στο νεόπλασμα και αναρροφά υλικό.

2. Η βιοψία με ολική εκτομή, δηλ. η αφαίρεση του ογκιδίου που έχει διαγνωστεί κλινικώς.

3. Η βιοψία με τομή, δηλ. η εξαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο.^{2,3}

Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι είναι: η υπολογιστική τομογραφία, η διαφανοσκόπηση, έκκριμα θηλής και κυτταρολογική εξέταση, παρακέντηση όγκων του μαστού, βιολογικοί δείκτες, φλεβογραφία, μαστομετρία, γαλακτοφορογραφία, σπινθηρογραφία, πνευμομαστογραφία, ακτινολογικός έλεγχος και τρυπανοβιοψία.³

4.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η διαφορική διάγνωση από τις άλλες παθήσεις του μαστού συχνότατα είναι δυσχερής με την κλινική εξέταση ή και την μαστογραφία. Ο καρκίνος μιμείται πολλές φορές τις καλοήθειες παθήσεις του μαστού και αντίστροφα. Η διευκρίνιση της φύσης ενός όγκου στο μαστό πρέπει να γίνει χωρίς καθυστέρηση με παρακέντηση με λεπτή βελόνα και αναρρόφηση ή με ανοικτή βιοψία. Εφ'όσον αποφασιστεί η παρακολούθηση αυτή πρέπει να είναι προσεκτική και εάν δεν

εξαφανισθεί η διόγκωση και υπάρχει και ελάχιστη αμφιβολία πρέπει να γίνει ανοικτή βιοψία προς αποκλεισμό της παρουσίας καρκίνου.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΟΝ ΑΝΔΡΑ

Ο καρκίνος του μαστού στους άνδρες είναι ασυνήθης και σπάνιος και αποτελεί το 1% όλων των καρκίνων του μαστού και συνήθως εμφανίζεται σε άνδρες που συνήθως είναι πάνω από 60 ετών.^{1,2,4} Επίσης καμία φορά έχει οικογενή χαρακτήρα. Η αιτιολογία είναι άγνωστη αλλά όπως και στις γυναίκες υπάρχουν παράγοντες όπου αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στο μαστό των ανδρών όπως ενδοκρινικοί παράγοντες, λήψη οιστρογόνων, παχυσαρκία, γενετικοί παράγοντες και ιονίζουσα ακτινοθεραπεία.

Η κλινική εικόνα, οι ιστολογικοί τύποι και η τάση αναπτύξεως μεταστάσεων και η επιβίωση είναι ανάλογα με αυτά του γυναικείου καρκίνου. Ο καρκίνος εμφανίζεται συνήθως σαν μια ανώδυνη διόγκωση κάτω από την άλω, διαταραχές από την θηλή όπως παθολογική έκκριση, εισολκή, παρέκκλιση ή διάβρωση αποτελούν συχνό εύρημα. Το στάδιο III της νόσου εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα διότι ο όγκος προσβάλλει το δέρμα αν και το συνηθέστερο σημείο της νόσου είναι κάποιο ανώδυνο εξόγκωμα, τα περισσότερα τέτοια εξογκώματα στους άνδρες είναι καλοήθη και οφείλονται σε άλλους λόγους όπως σε φάρμακα ή σε κάποια ηπατική νόσο.^{1,2,4,6} Η διάγνωση γίνεται με τη μαστογραφία και τη βιοψία.² Η πρόγνωση είναι πολύ κακή ακόμα και σε στάδιο I. Οι αιματογενείς μεταστάσεις είναι συχνές.¹ Η συχνότητα των μασχαλιαίων και απομακρυσμένων μεταστάσεων, ο διαχωρισμός σε στάδια, η χειρουργική και η ακτινοθεραπευτική του αντιμετώπιση, είναι ανάλογα προς εκείνα του Ca στις γυναίκες. Περνούν συνήθως αρκετοί μήνες ή και χρόνια έως ότου καταφεύγει ο ασθενής στον ειδικό γιατρό, συχνά δε προσέρχεται όταν πλέον η νεοπλασία έχει εξελκωθεί ή έχουν διηθηθεί ή κάτω από την θηλή θωρακική περιτονία και οι μύες, όταν δηλαδή και η εξάπλωσή της νεοπλασίας είναι τέτοια, ώστε να έχει καταστεί ιδιαίτερα σοβαρή και η πρόγνωση.¹²

Η σταδιοποίηση και η θεραπεία είναι ίδια όπως και στον καρκίνο των γυναικών. Σε εμφάνιση συστηματικής νόσου η αφαίρεση των όρχεων, έχει τα καλύτερα

αποτελέσματα. Η πενταετής επιβίωση είναι σε στάδιο I 58%, άνω σε στάδιο II μόλις 38%.¹

Σαν θεραπεία εκλογής έχει εφαρμοσθεί τόσο η απλή όσο και η ριζική μαστεκτομή λόγω της συχνής στενής σχέσης του όγκου με το υπερκείμενο δέρμα και την περοτονία του μείζονος θωρακικού μυός. Τα τελευταία χρόνια όλο και συχνότερα εφαρμόζεται τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή λόγω της πρωιμότερης διάγνωσης του καρκίνου. Η πάθηση συχνά διαγιγνώσκεται, αφού έχει επεκταθεί στους μασχαλιαίους λεμφαδένες με την μορφή της ταμοξιφαίνης, λόγω του υψηλού ποσοστού των θετικών υποδοχέων οι στραδιόλης, αποτελεί την πρώτη επιλογή. Σε ασθενείς με αρνητικούς υποδοχείς εφαρμόζεται πολυχημειοθεραπεία. Η πρόγνωση σε παρουσία μεταστάσεων στους μασχαλιαίους λεμφαδένες είναι χειρότερη από γυναίκες με το ίδιο στάδιο καρκίνου. Επί απουσίας μεταστάσεων η πενταετής και δεκαετής επίπτωση είναι 77% και 65% αντίστοιχα.²

5.2 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1. Γυναικομαστία ή υπερτροφία του μαστού του άνδρα.: Αποτελεί τη συχνότερη πάθηση του μαστού του άνδρα και παρατηρείται σε όλες τις ηλικίες και είναι συχνή κατά την εφηβεία. Είναι ευαίσθητη, δισκοειδής διόγκωση κάτω από τη θηλή και στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρεί μέσα σε ένα χρόνο. Άνδρες 50-70 ετών αναπτύσσουν επίσης γυναικομαστία χαρακτηριζόμενη από την παρουσία ευαίσθητης κεντρικής μάζας. Σε περίπτωση αμφοτερόπλευρης γυναικομαστίας ιδιαίτερα όταν αυτή εμφανίζεται μετά από την ηλικία των 18 έως 20 ετών πρέπει να αναζητείται γενικότερη αιτία, επειδή υποδηλώνει αύξηση της παραγωγής των οιστρογόνων . Απαντά σε κύρωση του ήπατος, τεράτωμα του όρχεως, όγκους των επινεφριδίων, ατροφία των όρχεων ή σε περίπτωση χορηγήσεως οιστρογόνων για

καρκίνο του προστάτη. Η χρήση της ρεζερπίνης, της Methyldopa και της μαριχουάνας λέγεται ότι προκαλεί γυναικομαστία.

2. Καρκίνωμα. Ο καρκίνος του μαστού είναι σπανίως στους άνδρες, συνήθως παρατηρείται μετά τα 50, έχει την τάση να δίνει νωρίς μεταστάσεις και η πρόγνωση είναι χειρότερη από τις γυναίκες. Τα κλινικά ευρήματα είναι η ανώδυνη διόγκωση, με εισολκή της θηλής και μερικές φορές εξέλκωση ή εκροή από την θηλή. Κατά την εξέταση η μάζα είναι συμπαγής, ανώδυνη, με ασαφή όρια και συχνά συμφύεται με το δέρμα ή την υποκείμενη θωρακική περιτονία.¹⁵

3. Μαστίτιδα της εφηβικής ηλικίας, Προσβάλλει κατά κανόνα τον ένα μαστό και εκδηλώνεται με πόνο και σπάνια με πυρετική κίνηση. Κατά την αντικειμενική εξέταση ο μαστός παρουσιάζεται διογκωμένος, ευαίσθητος στην πίεση με τις χαρακτηριστικές ενδείξεις φλεγμονής.

4. Ιναδένωμα. Εμφανίζεται εξαιρετικά σπάνια σε άνδρες.

Ριζική αντιμετώπιση

Μαστεκτομή με συναφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων εκτελείται σε περιπτώσεις που επιλέγονται με τα ίδια κριτήρια όπως στις γυναίκες.

Παρηγορική Θεραπεία

Ο ευνουχισμός αποτελεί την πιο αποτελεσματική παραγορική επέμβαση. Ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε εντοπισμένες μεταστάσεις. Η ορμονοθεραπεία και η χημειοθεραπεία δεν δίνουν τόσο ικανοποιητικά αποτελέσματα. Χρησιμοποιούνται κυρίως η ταμοξιφένη και η αμινογλουτεφιμίδη επί επανεργοποίησης μετά την αρχική απάντηση στον ευνουχισμό.

5.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Είναι πολύ βαρύτερη από ότι στις γυναικείο μαστό. Η πενταετής και δεκαετής επιβίωση στο στάδιο I είναι 58% και 38% ενώ στο στάδιο II 38% και 10%. Τα στάδια III και IV είναι σχεδόν κατά κανόνα θανατηφόρα.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προληπτικά μέτρα διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: σε μέτρα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα βασικά προληπτικά μέτρα που έχουν ως σκοπό να προλάβουν την έναρξη των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα, με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικώς αιτιολογικών παραγόντων (π.χ. περιορισμός έκθεσης του ατόμου στην ιοντίζουσα ακτινοβολία) ή αποφυγή της έκθεσης σε αυτούς (π.χ. διακοπή αυθαίρετης λήψης οιστρογόνων χωρίς ιατρική εντολή ή προγεστερονική κάλυψη) ή ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς (π.χ. εμβολιασμός κατά του ιού της ηπατίτιδας Β).

Στη δεύτερη κατηγορία, ανήκουν τα μέτρα που εφαρμόζονται, όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προσυμπτωματική διάγνωση του νοσήματος στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο (π.χ. με μαστογραφία). Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων για δευτερογενή πρόληψη είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.^{3,21}

Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια πρόληψη του καρκίνου του μαστού, διότι η ολιστική τους προοπτική τους καθιστά ικανούς να επεμβαίνουν για ασθενείς σε όλα τα επίπεδα φροντίδας της υγείας. Είναι ικανοί όχι μόνο να εκτιμήσουν την υγεία των γυναικών αλλά επίσης και το σύστημα που τις εξυπηρετεί. Χρησιμοποιούν την ανώτερη γνώση και πρακτική ειδικότητά τους να ενημερώσουν γυναίκες για τους καρκινογόνους παράγοντες και να οργανώσουν προγράμματα που στοχεύουν στην έγκαιρη

διάγνωση και παρέμβαση. Η πρόληψη συμβάλλει σημαντικά στην υψηλή ποιοτική ζωή των ασθενών με καρκίνο μαστού. Εξειδικευμένοι νοσηλευτές όπως φαίνεται σε διάφορα μέρη του κόσμου Η.Π.Α και Αγγλία εφαρμόζουν προγράμματα πρόληψης του πληθυσμού με την ενημέρωση και παρότρυνση να γίνεται «Εξέταση τακτικά στους μαστούς».²⁸

6.2 ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η ανακάλυψη των καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τρεις κατηγορίες ερευνών: σε ανθρώπους, σε πειραματόζωα και σε μικροβιακές καλλιέργειες. Οι έρευνες σε ανθρώπους είναι περισσότερο αποτελεσματικές, μολονότι είναι αναγκαστικά μη πειραματικές (επιδημιολογικές). Οι έρευνες σε πειραματόζωα, συγκρινόμενες με τις επιδημιολογικές, έχουν ένα σημαντικό πλεονέκτημα: είναι πειραματικές και ένα σημαντικό μειονέκτημα: ο άνθρωπος δεν έχει τον ίδιο μεταβολισμό με τα διάφορα πειραματόζωα και έτσι υπόκειται σε διαφορετικές καρκινογενετικές επιδράσεις.

Ένα κοινό πρόβλημα των αιτιολογικών ερευνών σε ανθρώπους και πειραματόζωα είναι το μεγάλο κόστος και η μεγάλη χρονική τους διάρκεια. Τα παραπάνω, συνδυαζόμενα με το γεγονός ότι κάθε έτος εισάγονται στην κατανάλωση πάνω από 10.000 νέες χημικές ουσίες, δημιούργησαν την ανάγκη να καθιερωθεί μια απλούστερη και συντομότερη ερευνητική διαδικασία, η οποία να βασίζεται στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην καρκινογενετική ικανότητα πρόκλησης μεταλλαγών σε μικρόβια. Ο έλεγχος της μεταλλακτικής ικανότητας είναι απλός, γίνεται γρήγορα και δεν κοστίζει ακριβά.

Ωστόσο ο εργαστηριακός έλεγχος δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επιδημιολογική ή πειραματική αξιολόγηση της καρκινογενετικής ικανότητας των

ύποπτων ουσιών, γιατί αρκετά συχνά παρέχει εσφαλμένα «θετικά» ή εσφαλμένα «αρνητικά» ευρήματα.³

Έγινε συζήτηση για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης και υλοποίησής τους όπως:

A) Η υγειονομική διαφώτιση και διαπαιδαγώγησης του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού, σχετικά με τον καρκίνο του μαστού, βοηθάει στην πρόληψη.

B) Η προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων, σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Γ) Η προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες με νομοθετικά μέτρα, σε εθνικούς και διεθνείς κανονισμούς.^{3,21}

Για την εφαρμογή όμως των προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης, η πολιτεία οφείλει να προβεί στην λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν στην ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, όπως τα ακόλουθα:³

- Ø Η ειδική εκπαίδευση υγειονομικών στελεχών που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινωνίας.
- Ø Η προληπτική υποχρεωτική εξέταση του γυναικείου πληθυσμού μετά το 40⁰ έτος.
- Ø Η ίδρυση τμήματος αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο.
- Ø Η ίδρυση συμβουλευτικών ογκολογικών σταθμών στη χώρα οι οποίοι θα κάνουν αντικαρκινική διαφώτιση.
- Ø Η οργάνωση και ο προγραμματισμός του αντικαρκινικού αγώνα.
- Ø Η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλεύτριας στο τομέα της διαφώτισης και η απασχόληση νοσηλευτριών στο πρόγραμμα διαφώτισης και διδασκαλίας του κοινού.

- ∅ Η δημιουργία δυνατοτήτων μετεκπαίδευσης και επιμόρφωσης των ασχολούμενων με την υγεία των πολιτών, σε θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.
- ∅ Η διεξαγωγή ερευνών για να προσδιορισθούν οι ανάγκες της κοινωνίας για διαφώτιση.
- ∅ Η τήρηση στατιστικών στοιχείων για τον περιοδικό έλεγχο των γυναικών για την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.^{3,21}

6.3 ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

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

Τα προγράμματα αυτά πρέπει να διέπονται από κριτήρια όπως:

- Να είναι διαθέσιμα και εφαρμόσιμα σε πολλούς ανθρώπους.
- Να μην κοστίζουν ακριβά.
- Να είναι εύκολα στην εφαρμογή και απλά στην τεχνική.
- Να είναι ακριβή στην πρώιμη εντόπιση.

- Να είναι αναγνωρισμένης αξίας.
- Να είναι παραγωγικά ως προς τη γρήγορη απόδοση εφικτών αποτελεσμάτων.
- Να είναι ανώδυνα.
- Να είναι εφαρμοζόμενα από νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει και να συνδυάσει προληπτική διδασκαλία.^{3,21}

Επομένως, η μετάδοση γνώσεων είναι αναγκαία.

Επίσης, η αλλαγή τρόπου διαβίωσης, όταν δεν είναι σωστή, τότε είναι αναγκαία, η εφαρμογή νέων συνθηκών σωστής ζωής. Η κοινωνική εφαρμογή απαιτεί: α . τη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και β . συνεχή μετάδοση νέων τρόπων διαβίωσης.

Ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί ή και να μειωθεί σημαντικά η εμφάνισή του. Η μείωση των καρκίνων είναι απαραίτητη γιατί βελτιώνει την ποιότητα ζωής όλου του κόσμου, αφού δεν προκαλούνται ατομικά ή οικογενειακά προβλήματα και δεν δημιουργείται ψυχολογική και κοινωνική αναταραχή.

Τελειώνοντας, θα θέλαμε να αναφερθούμε στην πάντα επίκαιρη αρχή του ΙΠΠΟΚΡΑΤΗ: «Καλύτερα να προλαβαίνεις από το να θεραπεύεις».²¹

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τα αρχεία της Γ΄ Χειρουργικής Κλινικής Μαστού, του χειρουργείου και του εξωτερικού ιατρείου προληπτικού ελέγχου του Θεαγενείου Αντικαρκινικού Ν.Θ.

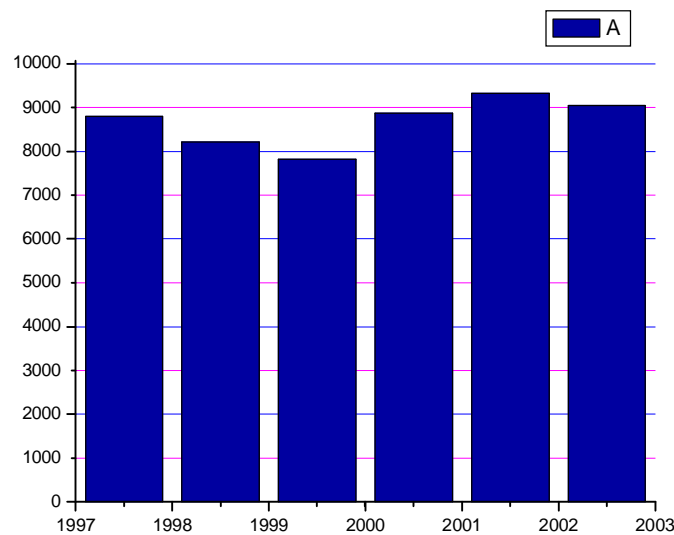
Για τα έτη 1991 έως 2002 καταγράφηκε ο αριθμός των γυναικών που προσήλθαν για προληπτικό έλεγχο.

Αποτελέσματα στο Ιατρείου του προληπτικού ελέγχου Θεαγένειου Α. Ν. Θ. προήλθαν για έλεγχο Μαστού την εξαετία 1997 – 2002, 52092 γυναίκες.

Πίνακας 1

Ε.Ι Προληπτικού Ελέγχου Θεαγενείου Α. Ν. Θ. 1997 - 2002						
Γυναίκες	8803	8211	7827	8879	9329	9043
Έτη	1997	1998	1999	2000	2001	2002

Ε.Ι Προληπτικού ελέγχου Θ.
Α. Ν. Θ. 1997 – 2002



6.4 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η νοσηλεύτρια, σαν μέλος της υγειονομικής ομάδας, προσφέρει πολύτιμο έργο στη διαφώτιση σχετικά με την ανίχνευση και την πρόιμη διάγνωση του Ca μαστού καθώς και την καταπολέμηση των προκαταλήψεων και της ημιμάθειας. Είναι ανάγκη προσπάθεια του αντικαρκινικού αγώνα, στην οποία η νοσηλεύτρια έχει την

περισσότερη ενεργό συμμετοχή, να στραφεί στην ενημέρωση, πληροφόρηση και διαπαιδαγώγηση του κοινού με τις παρακάτω επιδιώξεις:

- Να μάθει κάθε γυναίκα τα ύποπτα αλλά και τα πρώτα συμπτώματα του Ca μαστού.
- Να καταπολεμηθούν η ημιμάθεια, οι προκατάληψεις για τον Ca μαστού με την σωστή ενημέρωση.
- Να μάθει το κοινό ποιές γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο μαστού.
- Να εκπαιδευτούν όλες οι γυναίκες στην τεχνική της αυτοεξέτασης του μαστού.
- Να ενθαρρυνθεί το κοινό για συστηματική αυτοεξέταση και περιοδική εξέταση για την ανίχνευση και έγκαιρη διάγνωση της νόσου.
- Να γνωρίσουν όλες οι γυναίκες τα υπάρχοντα κέντρα έρευνας για τη διάγνωση του Ca μαστού.
- Να μεταδοθεί το μήνυμα ότι ο καρκίνος δεν είναι συνώνυμος με το θάνατο, όταν βέβαια διαγνωστεί στα αρχικά στάδια.²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΕΠΙΛΟΓΗ ΟΓΚΟΛΟΓΟΥ

Υπάρχουν πολλοί απλοί τρόποι να κληθεί ένας ογκολόγος να συμμετάσχει στην προσπάθεια να θεραπευτείτε. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος είναι να σε συστήσει ο αρχικός γιατρός σας σε κάποιο ειδικό με τον οποίο έχει συνεργαστεί στο παρελθόν, φυσικά του έχει εμπιστοσύνη και τον θεωρεί πολύ έμπειρο για την θεραπεία του συγκεκριμένου είδους καρκίνου που σας αφορά. Μερικές φορές όμως μπορεί και εσείς οι ίδιοι να γνωρίζετε κάποιον ειδικό, είτε από την προσωπική σας πείρα είτε από κάποιο συγγενή ή φίλο. Σήμερα πια ουδείς επιλέγει κάποιο ειδικό χωρίς τη βοήθεια της οικογενείας, των φίλων ή των οικογενειακών γιατρών.

Η αρχική επίσκεψη: ο τόπος και ο χρόνος που θα πληροφορηθείτε για πρώτη φορά ότι έγινε διάγνωση καρκίνου δεν εξαρτάται πάντοτε από εσάς. Η πρώτη πάντως αντιμετώπιση του γεγονότος ότι πάσχετε από καρκίνο θα επιδράσει στη σχέση σας με την ασθένεια, το γιατρό και το ιστορικό σύστημα. Πολλοί γιατροί διαπιστώνουν ότι ανακλύπουν σοβαρά προβλήματα όταν λένε αμέσως στον ασθενή, που βρίσκεται έξω από την αίθουσα ανανήψεως έπειτα από χειρουργική επέμβαση για βιοψία, ότι πάσχει από καρκίνο. Οι περισσότεροι γιατροί πάντως δεν λένε τηλεφωνικά πάντως στον ασθενή τους ότι πάσχει από καρκίνο για να αποφύγουν μια τραυματική εμπειρία. Φροντίζουν λοιπόν να βεβαιωθούν πως ο ασθενής βρίσκεται σε κατάλληλη ψυχολογική κατάσταση και διαθέτει χρόνο να υποβάλλει ερωτήσεις και να συζητήσει τις διάφορες πλευρές της θεραπείας. Ασφαλώς η κατάλληλη ψυχολογική διάθεση δύσκολα επιτυγχάνεται. Η πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο του καρκιολόγου μπορεί να αποδειχθεί αληθινή δοκιμασία. Ο φόβος και η αγωνία για τον καρκίνο ανεξάρτητα αν βρίσκεται σε ελεγχόμενο στάδιο, και αν είναι ιάσιμος ή όχι, συχνά περιορίζει την αποδοτικότητα της επίσκεψης. Μόλις γνωστοποιηθεί η γνωμάτευση, ο ασθενής δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί στις πληροφορίες που του παρέχονται. Αντιμετωπίζοντας μια τόσο σοβαρή πάθηση που απειλεί την ίδια του τη ζωή, δυσκολεύεται να εκφράσει α συναισθήματα του, να

υποβάλλει ερωτήσεις και να αφομοιώσει όλες τις νέες πληροφορίες. Η ψυχολογική πίεση δεν του επιτρέπει να σκεφτεί καθαρά.

Προγραμματισμός της θεραπευτικής αγωγής: Μετά την διάγνωση συγκεντρώνεται η ομάδα θεραπευτικής αγωγής. Ανάλογα με την αγωγή που κρίνεται καταλληλότερη για σας, μπορεί να έρθετε σε επαφή με νοσοκομειακούς γιατρούς, χειρουργούς, παθολόγους-ογκολόγους ή ακτινοθεραπευτές.

- Οι ογκολόγοι είναι νοσοκομειακοί γιατροί με πρόσθετη εκπαίδευση στη θεραπεία του καρκίνου και καθορίζουν την δοσολογία των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, των ορμονών και άλλων θεραπευτικών ουσιών.

- Οι χειρουργοί που αφαιρούν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο τμήμα των καρκινικών ιστών, στην ιδανική περίπτωση πριν προλάβουν να διασπαρούν, ειδικεύονται τις περισσότερες φορές στις επεμβάσεις σε ορισμένες μόνο ανατομικές περιοχές του σώματος. Μερικοί γενικοί χειρουργοί κάνουν επεμβάσεις στο στήθος, άλλοι όμως όχι.

- Οι ακτινολόγοι- ογκολόγοι ειδικεύονται στις ακτινοθεραπείες με την χρήση ακτίνων X υψηλής ενέργειας, για τον περιορισμό των όγκων. Στο τμήμα ακτινοβολιών ο ακτινολόγος –ογκολόγος βασίζεται στη διάγνωση των εξειδικευμένων ακτινολόγων οι οποίοι ερμηνεύουν τα ακτινολογικά ευρήματα, ενώ οι τεχνικοί-ογκολόγοι και οι ακτινοφυσικοί ελέγχουν την όσο το δυνατόν ασφαλή δόση της ακτινοβολίας.

- Οι εξειδικευμένες στην ογκολογία αδελφές παίζουν ουσιαστικό ρόλο μέσα στην υγειονομική ομάδα. Έχουν ειδικές γνώσεις και ικανότητες να χορηγούν τα χημιοθεραπευτικά φάρμακα και να αντιμετωπίζουν τις ειδικές ανάγκες των καρκινοπαθών. Ενδέχεται πάντως να έχουν εκπαιδευτεί ειδικά στις ακτινοβολίες.

- Οι φυσικοθεραπευτές φροντίζουν για την σωστή διατήρηση της λειτουργικότητας των μυών και σας βοηθούν να προσαρμοστείτε στις τυχόν μεταβολές του οργανισμού που οφείλονται στη θεραπευτική αγωγή.

- Οι εργασιοθεραπευτές σας βοηθούν να εξοικειωθείτε με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και γενικά πώς να χρησιμοποιείται αποδοτικά το σώμα σας.

- Οι ψυχολόγοι-ψυχοθεραπευτές και άλλοι ειδικευμένοι στα ψυχολογικά θέματα συμβουλών, όπως οι κληρικοί και οι κοινωνικοί λειτουργοί, σας βοηθούν να ξεπεράσετε την κατάθλιψη ή τη φοβία και να καταπολεμήσετε συναισθηματικά προβλήματα που πιθανώς αντιμετωπίζεται λόγω του καρκίνου ή της θεραπευτικής αγωγής.

7.2 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ

Αν άσχετα από καρκίνο, η στεναχώρια, ο φόβος και η ανησυχία δεν σταματούν ποτέ, ακόμη και μετά το τέλος της θεραπευτικής αγωγής. Έστω και αν ο καρκίνος θεραπευτεί ή ρυθμιστεί μόνιμα θα συνεχίσετε να νιώθετε τον ενοχλητικό φόβο ότι στα επόμενα χρόνια ίσως επιστρέψει πιο εκδικητικός. Αν δεν έχει ελεγχθεί τελείως, ανησυχείτε μήπως η θεραπευτική αγωγή δεν είναι αποτελεσματική, μήπως γίνεται βάρος στην οικογένεια ή στους φίλους σας, μήπως θα υποφέρεται από πόνους ή θα μείνετε ανάπηρος. Όσο και αν προσπαθείτε να κατασιγάσετε το φόβο σας, επανέρχεται κάθε φορά που επισκέπτεστε το γιατρό. Δεν ξέρετε αν θα κατορθώσετε να ηρεμήσετε κάνοντας και άλλες εργαστηριακές εξετάσεις ή σταματώντας τες.

Τι βοηθά και τα εμποδίζει την επικοινωνία: Δύο σημαντικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο επικοινωνίας με το γιατρό σε, είτε διευκολύνοντας την είτε εμποδίζοντας την.

- Η στάση και τα συναισθήματα απέναντι στον εαυτό σας και την ασθένεια σας.
- Ο ρεαλισμός, η κατανόηση των προσδοκιών σας και η σαφής έκφραση των αναγκών σας.

Η σωστή επικοινωνία διευκολύνεται από την ειλικρίνεια, την εντιμότητα, το σεβασμό, τη σαφήνεια, την υπευθυνότητα και τη θέληση για μάθηση και ενημέρωση.

Αντίθετα, την επικοινωνία την παρεμποδίζει ο θυμός, η εχθρότητα, η ανειλικρίνεια, η απειλή και η απόκρυψη της αλήθειας. Αν δεν προσπαθήσετε να εξουδετερώσετε τα εμπόδια αυτά, ο γιατρός δεν θα μπορέσει να σας προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα.⁴

7.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Η διάγνωση του Ca του μαστού, του καρκίνου γενικότερα, δημιουργεί κρίση και δοκιμασία στη δομή της οικογένειας. Στη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων από τη διάγνωση, ο σύζυγος και τα παιδιά ψάχνουν για μια νέα ισορροπία μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τη νέα πραγματικότητα.

Η αρχική αντιμετώπιση της οικογένειας εμπρός στη διάγνωση του καρκίνου, που καθορίζει και τη μακροχρόνια προσαρμογή στην εμπειρία της νόσου και στις καταστάσεις που απορρέουν από αυτήν, έχει μεγάλη σημασία. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη, η κατάλληλη υποστήριξη και η καθοδήγηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να βοηθούν ουσιαστικά την οικογένεια να δεχθεί τη νέα αυτή πραγματικότητα και να προσαρμοσθούν αποτελεσματικά.³

Τα ευρήματα των περισσότερων ερευνών συνοψίζονται ως εξής:

α) Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών, περίπου 1 στις 4 εμφανίζουν τα πρώτα 2 χρόνια από την διάγνωση του καρκίνου του μαστού κάποιο είδος συναισθηματικής

διαταραχής του τύπου της αγχώδους διαταραχής της κατάθλιψης. Στις περισσότερες φορές ωστόσο η διαταραχή αυτή είναι ήπια. Η αυτοπεριοριζόμενη έτσι ώστε αρκετοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος να παραπέμπονται οι γυναίκες αυτές σε ψυχίατρο. Ένα 5% ωστόσο παρουσιάζει ενδείξεις σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής, κυρίως μείζονος κατάθλιψης που απαιτεί θεραπεία.

β) Το 30% των γυναικών μετά την χειρουργική θεραπεία παρουσιάζει δυσκολίες στην σεξουαλική προσαρμογή της (μείωση της επιθυμίας, μείωση της συχνότητας των επαφών, μείωση της ικανοποίησης).

Ωστόσο η σεξουαλική αυτή δυσλειτουργία είναι συνήθως μετρίου βαθμού και μόνο σε ένα μικρό ποσοστό είναι σοβαρή (περίπου 5%) και εξαρτάται και από το είδος της επέμβασης (μαστεκτομή ή ογκεκτομή) .

7.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΙΔΙΚΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Δεν συμπαραστέκονται όλες οι οικογένειες στον ασθενή. Δεν είναι όλοι ικανοί σε ώρα κρίσης να φερθούν αυθόρμητα, στοργικά και να συμπαρασταθούν έξυπνα και διακριτικά. Ορισμένοι νιώθουν καμία φορά τον θάνατο να πλησιάζει καιρό πριν. Οι ογκολόγοι βλέπουν συχνά ασθενείς να υποτροπιάζουν και τα μέλη της οικογένειας τους να έχουν ήδη προετοιμαστεί συναισθηματικά και ψυχολογικά ότι επέρχεται το τέλος και να σταματούν τις επισκέψεις στο νοσοκομείο. Η οικογένεια πενθεί ενώ ο ίδιος ο ασθενής παλεύει ακόμα να θεραπευθεί, αρνούμενος να πάψει να ελπίζει. Εντύπωση προκαλούν οι έριδες των συγγενών πάνω από το κεφάλι του ασθενούς για κληρονομικά θέματα. Η συναισθηματική και σωματική εξάντληση, τα αδιέξοδα, οι συνεχής ανησυχία και φροντίδα μπορεί να τους εξουθενώσουν. Τα μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να ξεχνούν ότι είναι ανάγκη να αφιερώνουν και

στον εαυτό τους λίγο χρόνο, ώστε να αναπαύονται, να χαλαρώνουν και να διατηρούν την συναισθηματική και ψυχολογική τους ισορροπία.

Τόσο ο καρκινοπαθής όσο και η οικογένεια του ίσως νιώθουν εξίσου ανεπαρκείς να υποφέρουν τα ίδια βάρη της ενοχής, την ίδια σιωπηλή αγωνία και την ίδια αβάσταχτη μονοτονία της παρατεινόμενης νόσου. Όλα αυτά ή κάποιο από αυτά μπορεί να καταρρακώσει το ηθικό και των πιο θαρραλέων και στοργικών ανθρώπων.

Ουδείς μπορεί ή πρέπει να κατακρίνει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο καθένας στην κρίση του καρκίνου, στην απειλή μιας αλλαγής ή μιας απώλειας, Κάποιοι άνθρωποι και κάποιες σχέσεις δυναμώνουν. Άλλες κλονίζονται. Άλλες αντέχουν και άλλες καταρρέουν. Υπάρχουν όμως και εκείνες στις οποίες αναπτύσσονται νέες μορφές στοργής, αγάπης και κατανόησης.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει αλλάξει θεαματικά τις 2 τελευταίες δεκαετίες, και εφαρμόζονται συντηρητικότερες θεραπείες στη θέση ακρωτηριαστικών εκτεταμένων χειρουργικών επεμβάσεων. Αυτές οι θεραπείες είναι:

A) Η επικουρική χημειοθεραπεία με στόχο μετά την εγχείρηση να καταστραφούν μεμακρυσμένες μεταστάσεις.

B) Ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία μαστού και λεμφαδενικών περιοχών.

Γ) Ορμονοθεραπείες με λιγότερο τοξικά αποτελέσματα μετά την ανάπτυξη και εκτίμηση των οιστρογονικών και προγεστερονικών υποδοχέων.^{16,17}

Κάθε θεραπευτικός χειρισμός έχει 2 στόχους:

1. Να εξαλείψει την τοπική νόσο (πρωτοπαθή εστία) και τις πιθανότητες της τοπικής υποτροπής.

2. Να προφυλάξει ή να θεραπεύσει τη συστηματική επέκταση της νόσου (μεταστάσεις)

Το είδος της θεραπείας εξαρτάται κατά πολύ από την έκταση της πάθησης και την ηλικία του αρρώστου. Για την επιλογή της πιο κατάλληλης κατά περίπτωση μορφή θεραπείας, ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει το κλινικό στάδιο της νόσου με τη μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση, τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την ορμονική δραστηριότητα τόσο της γυναίκας όσο και του όγκου.^{1,15}

8.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Κατά την τελευταία δεκαετία οι ριζικές εγχειρήσεις, όπως η ριζική και η υπερριζική μαστεκτομή, προοδευτικά εγκαταλείπονται, ενώ η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή έχει γίνει αποδεκτή σαν η πρότυπη εγχείρηση από τους περισσότερους χειρουργούς. Εκ των προτέρων σχεδιασμένες και ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει με στατιστική αξιοπιστία ότι η υπερριζική, η ριζική η τροποποιημένη ριζική και η απλή μαστεκτομή είναι εφάμιλλες από απόψεως επιβίωσης των ασθενών και τοπικής υποτροπής ανεξάρτητα από τη προσθήκη ή όχι της τοπικής μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας. Ορισμένες μάλιστα μελέτες σε περιορισμένη κλίμακα δίνουν ενδείξεις ότι η μερική μαστεκτομή είναι εξίσου ικανοποιητική σε σύγκριση με τις ριζικότερες επεμβάσεις, τουλάχιστον για καρκινώματα σταδίου I. Ο διάχυτος φόβος που υπάρχει για την εφαρμογή της μερικής μαστεκτομής στηρίζεται στην πιθανότητα αναπτύξεως διηθητικού καρκίνου, από εστίες καρκίνου στο μαζικό αδένια που παραμένει.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα της μερικής μαστεκτομής είναι η διατήρηση της ανατομικής ακεραιότητας του μαστού που δεν τραυματίζει το ψυχισμό της γυναίκας. Αν επομένως οι υπάρχουσες ενδείξεις ενισχυθούν από μελέτες που βρίσκονται τώρα υπό εξέλιξη, η μερική μαστεκτομή ίσως στο μέλλον αποτελέσει τη μέθοδο εκλογής. Η ικανότητα της ακτινοβολίας να αποστειρώνει τόσο την πρωτοπαθή εστία, όσο και τους λεμφαδένες της μασχάλης και της έσω μαστικής σε σχετικά μικτό όγκο νεοπλασματικών κυττάρων έχουν εδραιώσει τη θεραπευτική αυτή μέθοδο στην τοπική θεραπεία του πρωτοπαθούς καρκίνου του μαστού, Πρόσφατα ένας αυξημένος αριθμός ασθενών σταδίου I και II αντιμετωπίζεται με επιτυχία με ακτινοβολία μετά από βιοψία ή τοπική αφαίρεση του όγκου ή ευρύτερη μερική μαστεκτομή.^{1,6}

8.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Με την εγχείρηση ή την ακτινοθεραπεία αφαιρείται ή καταστρέφεται μόνο η μακροσκοπική νόσος ενώ τα κύτταρα ή μικροσκοπικές εστίες μακριά από τον όγκο, πρέπει να καταστραφούν είτε με την βοήθεια συστηματικής θεραπείας, είτε από τους ανοσιακούς μηχανισμούς της άρρωστης ή και τα δύο. Η χορήγηση χημειοθεραπείας αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση στηρίζεται σε μεγάλο αριθμό κυρίως πειραματικών ενδείξεων που πιστεύεται ότι ισχύουν και για τον άνθρωπο και που είναι:

α) Η γνώση της υπάρξεως μικρομεταστάσεων κατά τη στιγμή της διάγνωσης που τελικά είναι υπεύθυνες για τον θάνατο όπλων των αρρώστων που υποτροπιάζουν ,

β) Η μεγαλύτερη ευαισθησία των μικρομεταστάσεων στα χημειοθεραπευτικά φάρμακα από ότι οι μεγάλες κλινικά εμφανής μεταστάσεις και

γ) Η μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας της συστηματικής θεραπείας όταν εφαρμόζεται σε σχετικά μικρότερη από ότι σε μεγαλύτερη συνολική μεταστατική καρκινική μάζα. Διάφορα χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί είτε μόνοι είτε σε συνδυασμό μεταξύ τους και σε ποικιλία σχημάτων. Η πολυχημειοθεραπεία επίσης φαίνεται πως είναι περισσότερο αποτελεσματική και γι' αυτό θα πρέπει να την χρησιμοποιούν μόνο όσοι είναι εξοικειωμένοι με τα φάρμακα αυτά. Η χημειοθεραπεία δίνεται κατά κανόνα με κυκλικό τρόπο (π.χ. κάθε 3-4 εβδομάδες), αρχίζει συνήθως 2-3 εβδομάδες μετά την μαστεκτομή που διαρκεί επί 6 μήνες μέχρι 2 χρόνια. Η τυχαία χορήγηση φαρμάκων μετά την εγχείρηση εκτός από τους ενδεχόμενους κινδύνους της αποστερεί την συμβολή του κάθε αρρώστου και του γιατρού του στην επιστημονική πρόοδο που τελικά εισπράττουν οι ασθενείς του σήμερα και του αύριο. Υπό την αιγίδα της εταιρείας χημειοθεραπείας, η ελληνική συνεργαζόμενη ομάδα μαστού μελετάει την

πιθανότητα βελτίωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων στο καρκίνο μαστού σταδίου II, δίνοντας το συνδυασμό ενός κύκλου από τα πιο ισχυρά φάρμακα για το καρκίνο του μαστού, δύο εβδομάδες πριν από την μαστεκτομή και πέντε κύκλους μετά την εγχείρηση. Στο βασικό σχήμα αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού και των μικρομεταστάσεων του που προαναφέρθηκε και ιδιαίτερα στο σκέλος της μετεγχειρητικής συστηματικής θεραπείας εντάσσονται διάφορες άλλες συμπληρωματικές θεραπείες όπως η ανοσοθεραπεία, η ορμονοθεραπεία μόνες ή σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία.^{6,18}

8.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΑ ΣΤΑΔΙΟ

ΣΤΑΔΙΟ O(in situ), TNM Tis, No, Mo.

Οι μη επιθετικοί καρκίνοι ή καρκίνοι in situ είναι τα λοβώδη καρκινώματα in situ και τα in situ καρκινώματα των εκφοροτικών πόρων του μαστού.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΚΛΟΓΗΣ. Και οι δύο τύποι είναι γενικά ιάσιμοι. Για το καρκίνωμα των εκφοροτικών πόρων η καθιερωμένη θεραπεία είναι η ευρεία εκτομή του όγκου με ή χωρίς εκτομή των κατώτερων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Είναι πολύ σημαντικό να αφαιρέσει κανείς κάποια συμπληρωματική περιοχή γύρω από το σημείο της αρχικής βιοψίας αν εντοπιστούν καρκινικά κύτταρα στα όρια του υλικού της βιοψίας. Σήμερα εφαρμόζεται η δειγματοληψία των λεμφαδένων για βιοψία παρά ο πλήρης λεμφαδενικός καθαρισμός. Εναλλακτικό τρόπο θεραπείας αποτελεί η πλήρης εκτομή για βιοψία μαζί με την ακτινοθεραπεία, με ή χωρίς σύγχρονη αφαίρεση των κατώτερων μασχαλιαίων λεμφαδένων. Είναι επίσης δυνατό να αφαιρεθεί όλος ο μαστός (ολική μαστεκτομή) με ή χωρίς λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Ορισμένοι πιστεύουν ότι το λοβώδες καρκίνωμα in situ είναι λιγότερο κακοήθες, το 75% όμως των ασθενών αντιμετωπίζουν επί πολλά χρόνια τον κίνδυνο να αναπτύξουν επιθετικό καρκίνο. Η καθιερωμένη θεραπεία μπορεί να

περιλαμβάνει περιοδικές εξετάσεις (συμπεριλαμβανομένης της μαστογραφίας) και παρακολούθηση χωρίς άλλη συμπληρωματική θεραπεία. Μερικές φορές γίνονται βιοψίες στον άλλο μαστό. Η χειρουργική αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων δεν είναι απαραίτητη. Άλλη εναλλακτική μέθοδος είναι η ολική μαστεκτομή του ενός ή και των δύο μαστών, με ή χωρίς αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Στην επιλογή αυτή καταφεύγουν όσες γυναίκες δεν επιθυμούν να κοιτάζονται αρκετές φορές τον χρόνο, να κάνουν μαστογραφίες μία ή και δύο φορές ετησίως και όταν υπάρχει μόνιμη ανησυχία ότι σε κάποια επόμενη επίσκεψη στο γιατρό θα εντοπιστεί ενδεχομένως επιθετικός καρκίνος. Πενταετής επιβίωση πάνω από 95%.

ΣΤΑΔΙΟ I, TNM, T1, No, Mo

Το Στάδιο αυτό τις περισσότερες φορές είναι ιάσιμο χειρουργικά . Ο θεραπευτικός προγραμματισμός, που μπορεί να περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία καθώς και χειρουργική θεραπεία, πρέπει να προσαρμόζεται κατά περίπτωση αφού ληφθούν υπόψη το όφελος και οι σχετικοί κίνδυνοι. Η χειρουργική τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το μέγεθος και την εντόπιση του όγκου, το μέγεθος του μαστού και το αν η ασθενής προτιμά επέμβαση μεγαλύτερης έκτασης. Στους εναλλακτικούς τρόπους περιλαμβάνεται εκτομή του όγκου με βιοψία και η εκτομή του ογκιδίου, με ξεχωριστή αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Με την εκτομή του ογκιδίου υπάρχει κίνδυνος να παραμείνουν υπολειμματικά καρκινικά κύτταρα. Κατά συνέπεια χορηγείται ακτινοθεραπεία ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες ανάπτυξης των υπολειμματικών νεοπλασματικών κυττάρων.

Αφαίρεση μεγαλύτερου τμήματος του μαστού (τμηματεκτομή) η οποία και πάλι συνδυάζεται με αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και ακτινοβολία. Η μέθοδος αυτή έχει μικρότερα ποσοστά αποτυχίας από ότι η εκτομή του οζιδίου μαζί με ακτινοβολία. Και στις δύο μεθόδους πρέπει τα όρια του ιστού που αφαιρείται χειρουργικά να είναι υγιή. Αν περιέχουν καρκινικά κύτταρα. Το ποσοστό τοπικής

υποτροπής είναι πολύ μεγαλύτερο. Τροποποιημένη η ριζική ή ολική μαστεκτομή με συνοδό αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων. Μερικές φορές μετά την τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή απαιτείται ακτινοθεραπεία, όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να έχουν υπολειμματικά στοιχεία. Σε ποσοστό 90 – 95 % η ακτινοθεραπεία καταστρέφει αποτελεσματικά τα κύτταρα αυτά και προλαμβάνει τις υποτροπές του όγκου στο δέρμα του θωρακικού τοιχώματος, ειδάλλως αντιμετωπίζονται δύσκολα.

Για πολλά χρόνια δεν συνηθιζόταν η αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού του σταδίου I με χημειοθεραπεία. Οι ασθενείς αυτές έχουν γενικά καλή πρόγνωση και οι πιθανότητες διασποράς του όγκου είναι μια στις τέσσερις. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι αρκετές ασθενείς με νόσο του σταδίου I οφελούνται από τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η συμπληρωματική θεραπεία με χημειοθεραπεία για τις ασθενείς με αρνητικούς οιστρογόνους υποδοχείς και με tamoxifen για όσες έχουν θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, συνήθως αρχίζει τέσσερις με έξι εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Πενταετής επιβίωση 85%.

ΣΤΑΔΙΟ II, TNM T₀, N₁, M₀ ή T₁, N₁, M₀ ή T₂, N₀ M₀ (IIA), T₂, N₁, M₀ ή T₃, N₀ M₀ (IIB)

Οι καρκίνοι σταδίου II A και B συχνά ιόνται με διάφορες χειρουργικές τεχνικές. Σε πολλές επιλεγμένες περιπτώσεις (όταν ο όγκος είναι μικρότερος των 4cm) η συντηρητική χειρουργική θεραπεία με αφαίρεση τμήματος μόνο του μαστού ενδέχεται να έχει τα ίδια αποτελέσματα με τις πιο ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις. Οι χειρουργικές τεχνικές είναι:

1. Εκτομή μόνο του όγκου για βιοψία ή αφαίρεση του ογκιδίου και αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων ακολουθούμενη από ακτινοθεραπεία. Η μέθοδος εφαρμόζεται για πρωτοπαθής όγκους που δεν υπερβαίνουν τα 4cm. Για

όγκους μεγαλύτερους των 5cm μπορεί να δοθεί χημειοθεραπεία πριν από την επέμβαση.

2. Τμηματική εκτομή και πάλι με ταυτόχρονη αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και με μετεγχειρητική ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία γίνεται είτε με εξωτερική ακτινοβολία είτε με τοποθέτηση ραδιενεργού εμφυτεύματος είτε με προαιρετική επαναληπτική δόση ακτινοβολίας.

3. Τροποποιημένη ριζική ή ολική μαστεκτομή. Σε λίγες ασθενείς με μεγάλους όγκους ή πολύ εκτεταμένους η συντηρητική χειρουργική επέμβαση δεν βοηθάει. Σε ορισμένες περιπτώσεις για να αφαιρεθεί, ολόκληρος ο όγκος, μπορεί να απαιτηθεί η ριζική μαστεκτομή, αν και συνήθως επαρκεί η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Ορισμένοι γιατροί ακτινοβολούν τις ασθενείς με πολύ μεγάλους όγκους και με περισσότερους από 4 θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες ή αν έχουν προσβληθεί τα λεμφαγγεία του μαστού. Η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο του σταδίου II εξαρτάται από τον έλεγχο των καρκινικών κυττάρων που φαίνεται πως έχουν εξαπλωθεί στο σώμα. Η έναρξη της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας έχει ζωτική σημασία επειδή ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την επιβίωση είναι η πιθανότητα να υπάρχουν κρυμμένες μεταστάσεις. Η ακτινοθεραπεία χάρη στην οποία περιορίζονται οι δόσεις των φαρμάκων μπορεί να αρχίσει είτε 3 μήνες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας είτε 6 μήνες μετά τη συμπλήρωσή της.

4. Η ακτινοθεραπεία δεν πρέπει να δίνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επειδή έχει βλαπτικές επιδράσεις στο έμβρυο.

Μετά τη χειρουργική θεραπεία για τον έλεγχο της τοπικής νόσου, συνίσταται συμπληρωματική θεραπεία για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής.

5. Οι συνδυασμοί φαρμάκων που φαίνεται ότι βελτιώνουν την επιβίωση περιλαμβάνουν CMF (Cytosan + methotrexate + S – Fluorouracil) με ή χωρίς VP (Vincristine + prednisone) και CAF (Cytosane + Aadrriamycin + S – Fu).

6. Υπάρχει κάποιο όφελος αν χορηγείται χημειοθεραπεία στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, τα αποτελέσματα όμως είναι λιγότερο εντυπωσιακά από ότι στις προεμμηνοπαυσιακές.

7. Πιθανώς είναι σκοπιμότερο να χορηγείται χημειοθεραπεία, στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες και αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς. Η tamoxifen μπορεί να αποβεί ωφέλιμο.

Στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες και θετικούς ορμονικούς υποδοχείς χορηγείται συνήθως συμπληρωματική χημειοθεραπεία με tamoxifen η οποία μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματική και χορηγείται επί 2 χρόνια τουλάχιστον.

Η πενταετής επιβίωση είναι 66%.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΑ, TNM T₀-2, N₂, M₀ ή T₃, N₁₋₂, M₀

Το στάδιο αυτό θεωρείται γενικά χειρουργήσιμο και θεραπεύεται επιθετικά. Ο έλεγχος της νόσου για μακρό χρονικό διάστημα είναι δυνατός, συνήθως όμως ο όγκος υποτροπιάζει. Η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική, ακτινοβολία και χημειοθεραπεία με ποικίλη σειρά. Η αρχική χειρουργική θεραπεία είναι η ριζική ή η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή. Πριν από την χειρουργική επέμβαση και με στόχο να σμικρυνθεί ή να εξαλειφθεί ο όγκος ώστε να διευκολυνθεί η αφαίρεση του μπορεί να δοθεί χημειοθεραπεία για διάστημα αρκετών μηνών, γεγονός που βέβαια βελτιώνει την επιβίωση.

Γενικά η χημειοθεραπεία και η ακτινοβολία χορηγούνται μετά τη χειρουργική επέμβαση.

ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΒ

Οποιοδήποτε T, N3, Mo ή T4, οποιοδήποτε N, Mo

Το στάδιο αυτό που περιλαμβάνει το φλεγμονώδες καρκίνωμα θεωρείται γενικά ανεγχείρητο. Η χειρουργική περιορίζεται συνήθως στην αρχική διαγνωστική βιοψία και η θεραπεία του όγκου συνίσταται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία. Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται διότι τουλάχιστον στις μισές ασθενείς υπάρχουν κρυμμένες μεταστάσεις. Αν η ανταπόκριση στην χημειοθεραπεία και ή με την ακτινοβολία είναι καλή η χειρουργική μπορεί να βοηθήσει στην αφαίρεση του υπολειμματικού όγκου.

Η πενταετής επιβίωση είναι 41%.

ΣΤΑΔΙΟ ΙV

TNM οποιοδήποτε T, οποιοδήποτε N, M1

Η χειρουργική γενικά περιορίζεται στη βιοψία για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να εξακριβωθεί ο κυτταρικός τύπος του όγκου και αν υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς. Ο πρωτοπαθής όγκος μπορεί να χρειάζεται χειρουργική ή ακτινοβολία, αλλά προέχει η ανάγκη να ελεγχθούν οι μεταστάσεις. Η χημειοθεραπεία και η ορμονοθεραπεία αποτελούν τους κύριους τρόπους θεραπείας. Σμίκρυνση του όγκου παρατηρείται στο 60% των ασθενών ενώ μόνο στο 10-20% ο όγκος εξαφανίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Αν η μεταστατική νόσος δεν απειλεί άμεσα τη ζωή ή δεν έχουν προσβληθεί ζωτικής σημασίας όργανα όπως το ήπαρ, πνεύμονες, οστά επιχειρούμε να αντιμετωπίσουμε τη νόσο με ορμονοθεραπεία πριν αρχίσουμε τη χημειοθεραπεία. Η ορμονική θεραπεία μπορεί να είναι χορήγηση tamoxifen ή η ωοθηκεκτομή για τις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς και η χορήγηση προγεστινοειδών, ανδρογόνων, Cytadren, οιστρογόνων ή tamoxifen για τις μετεμμηνοπαυσιακές.

Όταν οι μεταστάσεις απειλούν τη ζωή και δεν υπάρχουν ορμονικοί υποδοχείς χορηγούνται συνδυασμοί χημειοθεραπευτικών φαρμάκων παρόμοιοι με όσους δίνονται στα πρώιμα στάδια της νόσου.

Η πενταετής επιβίωση είναι 10%.^{4,16}

8.5 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως για τη θεραπεία του καρκίνου, επίσης χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία μετά την επέμβαση σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, ή για να αντιμετωπιστούν μεταστάσεις.^{4,19}

Η χημειοθεραπεία ως μορφή τοπικής θεραπείας (χορηγούμενη όμως συστηματικώς) άρχισε να εφαρμόζεται δοκιμαστικώς πολύ πρόσφατα. Βασιζόμενη πάνω σε μελέτες της κυτταροκινητικής του καρκίνου του μαστού χορηγείται η πρώτη δόση προεγχειρητικώς και επαναλαμβάνεται ανά μήνα για έξι συνολικούς κύκλους κυρίως σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες στάδιου II και III.

Αρχικά διαπιστώθηκε ποια κυτταροστατικά φάρμακα έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα στον καρκίνο του μαστού όταν χορηγηθούν το καθένα μόνο του. Ακολούθως έγιναν συνδυασμοί δύο έως πέντε φαρμάκων εξ αυτών που είχαν θεραπευτικό αποτέλεσμα και με βάση τις αρχές της συνδυασμένης χημειοθεραπείας. Οι συνδυασμοί αυτοί έδωσαν αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία του γενικευμένου Ca μαστού και μερικοί αυτών έχουν καθιερωθεί και χρησιμοποιούνται συστηματικώς πλέον. Εκ των 30 περίπου κυτταροστατικών φαρμάκων που κυκλοφορούν είναι 6-7 εκείνα τα οποία έχουν προκριθεί τουλάχιστον μέχρι σήμερα, ως έχοντα θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τα φάρμακα αυτά είναι: Δύο εκ των αντιμεταβολιτών , το 5-fluorouracil το οποίο δίνει ποσοστό μερικής υφέσεως – ανταποκρίσεως γύρω στο 23-26% και το Merthotrexate το οποίο δίνει ποσοστό 34-45%. Τα ποσοστά αυτά σημαίνουν όπως και τα όσα θα αναφερθούν εν συνεχεία ότι εκ των εκατό γυναικών που πήραν θεραπεία οι 23 ή 45 αντιστοίχως είχαν σμίκρυνση σαφή του μετρητού όγκου τους και δη σε ποσοστό άνω των 25%..

Παρενέργειες της χημειοθεραπείας.

Εκ του μυελού: λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία. Εκ του γαστρεντερικού : ναυτία, έμετοι, διάρροια, στοματίτιδα, εντερικές εξελκώσεις. Εκ του ουροποιητικού: νεφροτοξίκωση, κυστίτιδες. Εκ του νευρικού συστήματος: νευρίτιδες- ιδίως εκ του Oncovin. Εκ του δέρματος: σπανίως αλλεργικές αντιδράσεις, πάχυνση, μελάγχρωση του δέρματος, αλωπεκία.

Σπανιότερα άλλες παρενέργειες όπως ωτοτοξίκωση με κώφωση, ίλιγγοι, πνευμονίτιδες, θρομβώσεις.⁶

Η χημειοθεραπεία συνταγογραφείται από ειδικούς, ειδικευμένους στην ογκολογία γιατρούς και χορηγείται από νοσηλεύτριες που έχουν ειδικώς ειδικευτεί στην χημειοθεραπεία. Υπάρχουν 6 διαφορετικές ομάδες χημειοθεραπευτικών παραγόντων, κάθε μία των οποίων έχει διαφορετικό μηχανισμό δράσεως, όπως είναι:

- ο αλκαλιούχοι παράγοντες – δρουν δι' αναστολής της αναδιπλώσεως του DNA σε οποιαδήποτε στάδιο της διαίρεσης των κυττάρων.
- ο αντιβιοτικά – δρουν δι' επιδράσεως της συνθέσεως του DNA κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε σταδίου της διαίρεσης των κυττάρων.

- αλκαλοειδή της όλυρας – δρουν δι' αποκλεισμού της μιτώσεως.
- Ορμόνες – δρουν δια καταστολής της συνθέσεως της ειδικής ορμόνης.
- Αντιμεταβολίτες – δρουν δι' αντικαταστάσεως του αναγκαίου φυσικού μεταβολισμού των κυττάρων.
- Διάφοροι παράγοντες. Οι σπουδαιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες παρατηρούνται με τη χημειοθεραπεία περιλαμβάνουν των τριχόπτωση, μυελοκαταστολή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι ίδιες για όλους τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες. Οποσδήποτε όμως, ορισμένοι παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν μοναδικές επιπλοκές.
 - Η δοξορουμπισίνη και η δαουνορσυμπισίνη μπορεί να είναι καρδιοτοξικές.
 - Η κυκλοφωσφαμίδη μπορεί να προκαλέσει αιμορραγική κυστίτιδα.
 - Οι ορμόνες μπορεί να προκαλέσουν κατακράτηση υγρών, ελάττωση της libido, υπέρταση, οστεοπόρωση και διαταραχές του φύλου.

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες χορηγούνται μέσω διαφόρων οδών, αλλά συνηθέστερη ενδοφλεβίως.¹⁹

Αλκυλιούντες παράγοντες

ENDOXAN – CYTOXAN

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

MUSTARGEN

Φαρμακολογική ονομασία :	Μεγλωραιθαμίνη
Εμπορική ονομασία :	Mustargen, Caryolysine
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση) :	1mg- 10mg
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος :	Φιαλίδια που περιέχουν 10mg ευδιάλυτης σκόνης (Mustargen). Φύσιγγες που περιέχουν ελαιώδες διάλυμα των 2ml (10 mg δραστικού φαρμάκου) και συνοδεύεται από φύσιγγες των 10ml διαλυτικού (Caryolysine).
Διατήρηση :	Σε θερμοκρασία ψυγείου (4 °C)
Τρόπος χορήγησης :	Ενδοφλεβίως, ενδοπλευρικώς
Διαλυτικά υγρά :	1. Mustargen : Προσθέστε 10 ml φυσιολογικού ορού ή water for injection στο φιαλίδιο των 10 mg. 2. Caryolysine: Προσθέστε 8ml συνοδού διαλύματος στα 2ml του φαρμάκου με ήπια μετακίνηση (κατά την ανάμειξη παράγεται θερμότητα). Το διάλυμα αφήνει 2 min πριν αναρροφηθεί. Η πυκνότητα που προκύπτει είναι 1mg/ml.
Διατήρηση μετά τη διάλυση :	
Προσοχή :	Λόγω της μεγάλης δραστικότητας του φαρμάκου, το διάλυμα χάνει 50% της δραστηριότητάς του μέσα σε 15 min.

Άλλες πληροφορίες :

1. Χορηγείται ως απευθείας ενδοφλέβια ένεση από λάστιχο ορού γλυκόζης 5% ή από φυσιολογικό ορό που τρέχει με γρήγορο ρυθμό.

Προσοχή : Καυστικό, εάν εκχυθεί στα μαλακά μέρη, εκτός φλέβας.

Προκαλεί συχνότατα φλεβοθρομβώσεις των επιπολής φλεβών.

2. Για ενδοπλευρική χρήση, παρασκευάζεται διάλυμα πυκνότητας 1 mg /ml, όπως παραπάνω, και χορηγείται σε δόση 0,2- 0,3 mg/kg

FLUORACIL

Φαρμακολογική ονομασία :	5 - φλουοροουρακίλη
Εμπορική ονομασία :	Fluorouracil
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση) :	
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος :	Μέχρι και 1000 mg εφάπαξ Αμπούλα των 10ml
Διατήρηση :	περιεκτικότητας 250 mg Θερμοκρασία δωματίου.
Τρόπος χορήγησης :	Ενδοφλεβίως, ενδοαρτηριακώς.

Διατήρηση διαλύματος :

Διατηρείται σταθερό για όσο χρόνο αναγράφεται στο κουτί συσκευασίας από την κατασκευάστρια εταιρεία. Να προστατεύεται από το φως.

Άλλες πληροφορίες :

1. Ενδοφλέβια ένεση απευθείας στη φλέβα ή στο λάστιχο του ορού.
2. Διαλύεται η επιθυμητή δόση σε 5% ορό γλυκόζης και χορηγείται ως στάγδην έγχυση. Να μην υπερβείτε τη δόση του 1gr (1000mg= 4 αμπούλες) το 24 ωρο, ως έγχυση.

METHOTREXATE

Φαρμακολογική ονομασία :	Μεθοτρεξάτη
Εμπορική ονομασία :	Methotrexate, Emthexate, Mexate.
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση) :	1mg- 50mg για εφάπαξ χορήγηση και 200-1000 mg/m ² επιφάνειας σώματος για ενδοφλέβια έγχυση. ΣΗΜ: Η δοσολογία της μεθοτρεξάτης διαφέρει πάρα πολύ από πρωτόκολλο σε πρωτόκολλο θεραπείας.
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος :	<ol style="list-style-type: none">1. Emthexate: Φιαλίδια των 2ml (2,5 mg/ml)2. Emthexate: Φιαλίδια των 2 ml(25 mg/ml)3. Methotrexate : Φιαλίδια, που περιέχουν κίτρινη σκόνη 50mg ανά φιαλίδιο.4. Methotrexate: Δισκία των 2,5 mg5. Emthexate: Φιαλίδια 500mg ανά 1000mg για νοσοκομειακή χρήση.
Διατήρηση :	Σε θερμοκρασία δωματίου. Να προστατεύεται από το φως.
Τρόπος χορήγησης :	Ενδομυϊκώς, ενδοφλεβίως, ενδοαρτηριακώς . Από το στόμα.
Διαλυτικά υγρά :	<ol style="list-style-type: none">1. Για τη διατήρηση της σκόνης Methotrexate χρησιμοποιείται 2- 10ml water for injection για κάθε φιαλίδιο των 50mg.2. Για ενδοφλέβια έγχυση, το Methotrexate, διαλύεται πάντοτε σε φυσιολογικό ορό.

-
- Διατήρηση μετά τη διάλυση :
1. Μετά τη διάλυση της σκόνης των 50mg, το διάλυμα μπορεί να διατηρηθεί μέχρι δύο εβδομάδες σε θερμοκρασία δωματίου. Εντούτοις, εάν σχηματισθεί ίζημα, το διάλυμα πρέπει να καταστραφεί.
 2. Μετά τη διάλυση σε φυσιολογικό ορό για ενδοφλέβια έγχυση, μπορεί να διατηρηθεί σταθερό για 24 ώρες.
- Άλλες πληροφορίες :
1. Δόσεις μεγαλύτερες των 100 mg να δίνονται ως ενδοφλέβια έγχυση.
 2. Η διάλυση να γίνεται πάντα σε φυσιολογικό ορό.
 3. Να αποφεύγεται η έκθεση της φιάλης σε ηλιακό φως.
 4. Χρησιμοποιείται, αν είναι δυνατόν, γυάλινα μπουκάλια φυσιολογικού ορού για στάγδην έγχυση του Methotrexate.
 5. Μην αναμειγνύετε το Methotrexate, με οποιοδήποτε άλλο φάρμακο στην ίδια φιάλη.
 6. Για ενδορραχιαία έγχυση, χρησιμοποιείτε μόνο το ειδικό σκεύασμα χωρίς συντηρητικό (προς το παρόν μόνο το Emthexate, των 2 ml είναι κατάλληλο για ενδορραχιαία έγχυση
-

Προσοχή

Αναφέρθηκε πιο πάνω ότι η δοσολογία του φαρμάκου, για ενδοφλέβια έγχυση είναι 200-1000 mg/m² επιφάνειας σώματος. Το μέτρο της επιφάνειας (m²) εξάγεται από πίνακες που στη μία πλευρά έχουν κλίμακα ύψους και στην άλλη κλίμακα βάρους, ενώ στη μέση κλίμακα επιφάνειας. Εάν συνδεθεί το βάρος με το ύψος, βρίσκεται το ζητούμενο. Έτσι αν για ένα φάρμακο συνίσταται δόση 40mg/m², ο ασθενής που είναι 1.5 m² θα πάρει 60mg. Ένα m² είναι τα παιδιά που πηγαίνουν στην πρώτη τάξη του γυμνασίου, ενώ για ένα μέσο Έλληνα η επιφάνεια είναι περίπου 1,5 m² – 1,7m².

Σήμερα, όλα τα σχήματα θεραπείας ορίζουν σαφώς την ανά m² δοσολογία. Με την καθιέρωσή της, έχει διευκολυνθεί η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ 2 θεραπευτικών σχημάτων, ενώ αρχικά επικρατούσε σύγχυση.

VELBE

Φαρμακολογική ονομασία :	Βινμπλαστίνη
Εμπορική ονομασία :	Velbe
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση) :	Μέχρι και 15mg
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος :	Φιαλίδια που περιέχουν ξηρή σκόνη των 10mg
Διατήρηση :	Θερμοκρασία ψυγείου (4 °C)
Τρόπος χορήγησης :	Ενδοφλεβίως
Διαλυτικά υγρά :	Προσθέστε 10ml water for injection ή φυσιολογικού ορού για κάθε 10 mg.
Διατήρηση μετά τη διάλυση :	Σε θερμοκρασία ψυγείου (4 °C)μέχρι και 30 ημέρες

Άλλες πληροφορίες : Το φάρμακο ενίεται είτε απευθείας στη φλέβα είτε στο λάστιχο του ορού που τρέχει με γρήγορο ρυθμό. Η δεύτερη μέθοδος είναι προτιμότερη λόγω της μικρής συχνότητας εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδων.

Προσοχή : Καυστικό στους ιστούς. Το φάρμακο προκαλεί συχνά επιπολής θρομβοφλεβίτιδα με έντονο τοπικό πόνο.

ADRIBLASTINA

Φαρμακολογική ονομασία :
Εμπορική ονομασία :
Συνηθισμένη δοσολογία
(κατά προσέγγιση) :
Υδροχλωρική δοξορουμπικίνη
Adriblastina
0,4-0,8 mg/Kg βάρους σώματος ή
60-75 mg /m² επιφάνειας σώματος

Δυναμικότητα κυκλοφορούντος
σκευάσματος :
Φιαλίδια που περιέχουν 10mg
σκόνης

Διατήρηση :
Τρόπος χορήγησης :
Διαλυτικά υγρά :
Θερμοκρασία δωματίου
Ενδοφλεβίως
10mg διαλύονται σε 5ml water for
injection ή φυσιολογικού ορού.

Διατήρηση και σταθερότητα μετά
τη διάλυση :
Διατηρείται για 24 ώρες σε
θερμοκρασία δωματίου και 48 ώρες
σε ψυγείο(4 °C). Το διάλυμα
φυλάσσεται σε σκοτεινό μέρος.

Άλλες πληροφορίες :
Να χορηγείται διαλυμένη σε ορό

Προσοχή	:	Dextrose 5% 250 cc σε 1½h ΚΑΥΣΤΙΚΟ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ
Σημείωση	:	Μερικές φορές, κατά τη διάρκεια της έγχυσης του φαρμάκου παρατηρείται ερυθρότητα ή / και κνηδωτικού τύπου εξάνθημα στην περιοχή της ένεσης ή κατά μήκος της φλέβας με ή χωρίς κνησμό. Το φαινόμενο είναι αθώο, υποχωρεί γρήγορα μετά την έγχυση και σχεδόν ποτέ δεν χρειάζεται διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου. Βεβαιωθείτε μόνον ότι δεν υπάρχει εξαγγείωση του φαρμάκου.

ΜΙΤΟΜΥCΙΝ -C

Φαρμακολογική ονομασία	:	Μιτομυκίνη
Εμπορική ονομασία	:	Mitomycin- C
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση)	:	
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	:	5-10 mg/m ² Φιαλίδια ιώδους σκόνης των 2 mg
Διατήρηση	:	Δραστικό για τέσσερα χρόνια σε θερμοκρασία δωματίου
Τρόπος χορήγησης	:	Ενδοφλεβίως, ενδοαρτηριακώς, ενδοκυστικώς
Διαλυτικά υγρά	:	Χρησιμοποιείτε 5ml water for injection ή διάλυμα γλυκόζης 5% για κάθε 2 mg φαρμάκου.

Προσοχή	:	ΚΑΥΣΤΙΚΟΤΑΤΟ ΣΤΟΥΣ ΙΣΤΟΥΣ
		<i>BLEOCIN</i>
Φαρμακολογική ονομασία	:	Μπλεομυκίνη
Εμπορική ονομασία	:	Bleocin
Συνηθισμένη δοσολογία (κατά προσέγγιση)	:	15-30 mg
Δυναμικότητα κυκλοφορούντος σκευάσματος	:	Αμπούλες σκόνης των 15mg
Διατήρηση	:	Θερμοκρασία δωματίου για 2 χρόνια
Τρόπος χορήγησης	:	Ενδομυκώς: διαλυόμενο σε 5ml φυσιολογικού ορού.
Διαλυτικά υγρά	:	Ενδοφλεβίως: διαλυόμενο σε 20ml φυσιολογικού ορού Τοπικώς στους όγκους: παρασκευάστε διάλυμα πυκνότητας 1-3 mg ανά cm ³ φυσιολογικού ορού Έγχυση: σε 1 l φυσιολογικού ορού
Διατήρηση μετά τη διάλυση	:	Το διάλυμα να παρασκευάζεται αμέσως πριν την χορήγηση και καταστροφή τυχόν υπολείμματος.
Προσοχή	:	Αποφεύγετε την επαφή του φαρμάκου με το δέρμα.

8.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ **ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΒΛΑΒΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

Μπορεί να υπάρχουν αναφορές ξηρότητας του στόματος , πυκνόρρευστου σιέλου ή επώδυνου στόματος, παρατηρούνται υπόλευκες πλάκες στην στοματική κοιλότητα.

Για την πλύση του στόματος χρησιμοποιούνται ουσίες οι οποίες αυξάνουν το ΡΗ της στοματικής κοιλότητας, όπως η σόδα και ο φυσιολογικός ορός.

Εφαρμόζονται πετρελαιούχος αλοιφή στα χείλη.

Ενθαρρύνεται να πλένει τα δόντια με μαλακή βούρτσα μετά από κάθε γεύμα και να χρησιμοποιεί νήμα κάθε 2 ώρες.

Αν παρατηρηθεί στοματίτιδα ή λοίμωξη από Candida, τότε:

Γίνεται φροντίδα του στόματος με ένα αντιμικροβιακό διάλυμα

Για το ξέπλυμα του στόματος χρησιμοποιείται διάλυμα το οποίο έχει καταπραϋντική επίδραση (διάλυμα ξυλοκαΐνης κ.α.)

Χορηγούνται κρύα ή χλιαρά τρόφιμα και αποφεύγονται τα καυστικά φαγητά.

Ενημερώνεται ο γιατρός αν παρατηρηθούν λευκοπές πλάκες στην γλώσσα και την οροφή και χορηγείται νυστατίνη (Mycostatin)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΚΧΥΣΕΩΣ.

ΝΕΦΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ :1. Παρακολουθούνται:

- Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κάθε 8 ώρες.
- Αποτελέσματα του ουρικού οξέος του ορού.
- pH των ούρων
- Ουρία αίματος και κρεατινίνη ορού.

2. Χορηγείται αλλοπουρινόλη (Zyloric) όπως έχει αναγραφεί :

3. Φροντίζεται να υπάρχει καλή ενυδάτωση.

4. Χορηγούνται δισκία διττανθρακικού νατρίου όπως έχει αναγραφεί.

5. Ενημερώνεται ο ιατρός αν το ποσό των ούρων είναι μικρότερο των 240ml/ σε 8 ώρες ή παρατηρηθεί αύξηση της ουρίας του αίματος, κρεατινίνης του ορού ή ουρικού οξέος του ορού. Αρχίζει η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών όπως έχει αναγραφεί έτσι ώστε το ποσό των ούρων να είναι 50ml/ ώρα.¹³

ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ: Όλα τα κυτταροστατικά φάρμακα, με εξαίρεση την μπλεομυκίνη, επιφέρουν διαταραχές του μυελού των οστών. Λευκοπενία, θρομβοπενία είναι συνηθισμένες, ενώ η αναιμία είναι λιγότερο συχνή. Μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών, αιμοπεταλίων και λευκών αιμοσφαιρίων γίνονται ανάλογα με τις περιπτώσεις. Αν ο αριθμός αυτών βρεθεί χαμηλός, είναι δυνατόν να αναβληθεί η χημειοθεραπεία.

Λευκοπενία

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

των λευκών, έχουμε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι η παρέμβαση συνίσταται στη πρόληψη των λοιμώξεων.

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών, διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Εξηγούνται στην ασθενή τα γενικά συμπτώματα λοίμωξης και η σημασία της έγκαιρης αναφοράς τους: αύξηση θερμοκρασίας του σώματος, ρίγη, βήχας, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, συχνότητα της ούρησης.
- Ελέγχονται επίσης το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη για τη πρόληψη σηψαιμικών εκδηλώσεων.
- Η ασθενής τοποθετείται σε μονόκλινο δωμάτιο, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου φορούν μάσκα.
- Εφαρμόζεται καλή και σχολαστική καθαριότητα. Κάνει καθημερινό λουτρό και πλύσιμο χεριών με αντισηπτικά υγρά.
- Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται ως τραύμα.
- Μετά τη χρήση της τουαλέτας, πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.
- Όταν η ασθενής έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.
- Με εντολή γιατρού ενισχύεται η ασθενής με αντιβιοτικά.
- Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο θα πρέπει να αποφεύγει τους κλειστούς και πολυσύχναστους χώρους οι οποίοι είναι επικίνδυνοι διότι δεν υπάρχει αρκετή καθαριότητα και επαρκής αερισμός.
- Να αποφεύγει επίσης να έρχεται σε επαφή με άτομα που πάσχουν από λοιμώξεις ή μεταδοτικές νόσους.

Θρομβοπενία(μείωση αιμοπεταλίων)

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

- ο Παρακολουθεί τα αιμοπετάλια ($200.000-300.000/\text{mm}^3$). Αν η ασθενής έχει αιμοπετάλια κάτω από $50.000/\text{mm}^3$, πρέπει να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.
- ο Παρακολουθεί τα κόπρανα και τα ούρα για αίμα, το δέρμα για πετέχιες ή αιματώματα.
- ο Αρτηριακή πίεση του αίματος: σε περίπτωση που βρεθεί χαμηλή, η ασθενής πρέπει να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.
- ο Εξηγεί στην ασθενή τα σημεία αιμορραγίας που θα πρέπει να παρατηρήσει και να αναφέρει αμέσως, όπως ουλορραγίες, ρινορραγίες, αιματουρία, αίμα στα κόπρανα ή στα πτύελα, μέλανα κένωση.
- ο Περιορίζονται οι υποδόριες και οι ενδομυϊκές ενέσεις.
- ο Αποφεύγει τη θερμομέτρηση από το πρωκτό.
- ο Σε δυσκοιλιότητα, αποφεύγονται οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα.

Αναιμία(μείωση ερυθρών αιμοσφαιρίων)

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

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

- ο Να παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη(φτ 14-18g/100ml), ο αιματοκρίτης(φτ 42-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες).
- ο Να χορηγούμε τροφές πλούσιες σε λεύκωμα και σίδηρο.

- ο Συνιστάται καλή και επαρκής ανάπαυση καθώς και ελάττωση των δραστηριοτήτων της.
- ο Να περιορίζεται κατά το δυνατόν η απώλεια αίματος.

ΩΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ: 1 . Εξετάζεται η ύπαρξη προβλημάτων της ακοής προ της ενάρξεως της χημειοθεραπείας.

2 . Συμβουλεύεται ο ασθενής να αναφέρει τις δυσκολίες στην ακοή, εμβολές ή ίλιγγο για την πρόληψη της μόνιμης απώλειας της ακοής όπου πρέπει να γίνει η διακοπή του φαρμάκου.

ΝΕΥΡΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ: Ενημερώνεται ο γιατρός αν ο ασθενής εμφανίσει άλγος στη σιαγόνα, κεφαλαλγίες, μουδιάσματα, εμβολές, διαταραχές της βαδίσσεως, παρατεταμένη δυσκοιλιότητα, παραισθησία. Τα συμπτώματα αυτά υποδεικνύουν πρόιμη νευρική βλάβη και την ανάγκη διακοπής του φαρμάκου.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ: 1 . Παρακολουθούνται:

- ο Πνευμονικοί ήχοι κάθε 8 ώρες.
- ο Ζωτικά σημεία κάθε 4 ώρες.

2 . Ενημερώνεται ο ιατρός αν παρατηρηθεί παρατεταμένος βήχας, ρόγχοι ή δύσπνοια με την προσπάθεια. Γίνεται ακτινογραφία θώρακος και εξετάσεις της πνευμονικής λειτουργίας. Χορηγούνται κορτικοστεροειδή και διακόπτεται η χημειοθεραπεία. Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται για την ελάττωση της φλεγμονής.

3 . Ενθαρρύνεται η βαθιά εισπνοή ανά δυο ώρες αν διαπιστωθούν πνευμονικά προβλήματα ή ο ασθενής περιορίζεται στο κρεβάτι. Η βαθιά αναπνοή βοηθά στη διάταση των τριχοειδών.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ: 1 . Παρακολουθούνται τα αποτελέσματα των λειτουργικών εξετάσεων του ήπατος για την έγκαιρη διαπίστωση σημείου της προσβολής του ήπατος.

2 . Ενημερώνεται ο ιατρός αν ο ασθενής εμφανίσει ίκτερο, σκοτεινόχροα ούρα, λασπώδη κόπρανα, κνησμό ή κοιλιακό άλγος. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ηπατική βλάβη και την ανάγκη του φαρμάκου.

3 . Συμβουλεύεται ο ασθενής να αποφύγει τη λήψη οινοπνεύματος και ασπιρίνης με τη χημειοθεραπεία γιατί αυτά μπορούν να προκαλέσουν ηπατική βλάβη με τη χρόνια χρήση.

ΤΟΠΙΚΗ ΙΣΤΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ: 1 . Πρέπει να γίνεται πάντοτε έλεγχος της συσκευής εγχύσεως προ της ενάρξεως της εγχύσεως. Ελέγχεται η περιοχή της εγχύσεως ανά ώρα για σημεία διηθήσεως (οίδημα, βραδύς ρυθμός ροής). Συμβουλεύεται ο ασθενής να αναφέρει το άλγος ή τον καύσο αν παρατηρηθούν στην περιοχή της εγχύσεως. Η έγχυση διακόπτεται αμέσως αν παρατηρηθεί διήθηση, εφαρμόζεται κρύο επίθεμα και χορηγείται Regitine απευθείας στον προσβληθέντα ιστό ή το κατάλληλο αντίδοτο όπως έχει αναγραφεί

2 . Συνήθως χρησιμοποιείται συσκευή συνεχώς, κατά σταγόνες, εγχύσεως για την κατάλληλη ρύθμιση της ροής χορηγήσεως.

Η νοσηλευτική φροντίδα, για να είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ασθενούς με καρκίνο του μαστού που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία, προϋποθέτει:

- ο επιλογή του θεραπευτικού σχήματος από την υγειονομική ομάδα έτσι ώστε ο νοσηλευτής να είναι προετοιμασμένος για τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν και να είναι σε θέση να λύσει ειδικά θέματα που μπορεί να απασχολούν την ασθενή.

- ο κατάλληλο κλίμα εμπιστοσύνης και επικοινωνίας με την ασθενή έτσι ώστε να μπορεί να γίνει το εξατομικευμένο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες της ασθενούς τη δεδομένη στιγμή.
- ο συντονισμό με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για τη παροχή ολιστικής φροντίδας.

Εκπαιδευμένους ογκολογικούς νοσηλευτές στη χρήση των χημειοθεραπευτικών(σωστή διάλυση και σωστός χρόνος χορήγησης των φαρμάκων, γνώση των κανόνων σε περίπτωση εξαγγείωσης των φαρμάκων ή διασποράς στο περιβάλλον, σωστή τεχνική φλεβοκέντησης κ.λ.π.)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα της ασθενούς περιλαμβάνει:

- ο ασφαλή χορήγηση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.
- ο προφύλαξη από την εξαγγείωση των φαρμάκων και πρόληψη των τοπικών επιπλοκών όταν αυτά χορηγούνται ενδοφλεβίως.
- ο αντιμετώπιση των γενικών παρενεργειών της χημειοθεραπείας.
- ο συμβουλευτική για τοποθέτηση Hickman ή κεντρικού φλεβοκαθετήρα και τεχνική φροντίδας του.
- ο πληροφόρηση και εκπαίδευση της ασθενούς η οποία πρέπει να περιλαμβάνει:
 - ποιες είναι οι συχνότερες παρενέργειες ανά φάρμακο και πότε μπορεί να εμφανιστούν.
 - ποια προληπτικά μέτρα πρέπει να εφαρμόσει η ασθενής για να τις αποφύγει και πως μπορεί να γίνει πρόωμη διάγνωση των παρενεργειών στο σπίτι.
 - ποιοι είναι οι τρόποι επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό
 - ποια η σπουδαιότητα της ορθής εφαρμογής των φαρμάκων ανεξάρτητα από τις παρενέργειες , ιδιαίτερα όταν τα φάρμακα αυτά χορηγούνται στο σπίτι.³⁰

8.7 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

Πολλοί θεραπευτικοί συνδυασμοί έχουν σημαντικές πιθανότητες να περιορίσουν το μέγεθος ή να σταματήσουν την ανάπτυξη των μεταστατικών όγκων. Σε διάφορες κλινικές μελέτες ερευνώνται επιθετικότεροι και δραστικότεροι θεραπευτικοί συνδυασμοί.

Παλαιότερα η χημειοθεραπεία σταματούσε αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ή των αιμοπεταλίων παρουσίαζε μικρή πτώση ή ανά εμφανίζονταν μικρές γαστρεντερικές διαταραχές ή άλλες παρενέργειες. Μερικές φορές κάποιο χημιοθεραπευτικό σχήμα μπορούσε να τροποποιηθεί ή να αναβληθεί λόγω διακοπών ή γενικών ενοχλήσεων. Για τη μεταστατική νόσο και ιδίως για τη συμπληρωματική θεραπεία, είναι σημαντικό να χορηγούνται τα σχήματα σε πλήρη δοσολογία και να αποφεύγεται η συστηματική αναβολή των προγραμματισμένων σχημάτων για λόγους ήσσονος σημασίας εκτός αν παρατηρηθεί σοβαρή τοξικότητα. Το καλύτερο που έχει να κάνει ο γιατρός είναι να βεβαιωθεί ότι η δόση της θεραπείας είναι όσο γίνεται παραπλήσια με τη μέγιστη θεωρητικά δόση και ότι χορηγείται στο κατάλληλο χρόνο.⁴ Η πρόγνωση του μεταστατικού καρκίνου του 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%.²⁰

8.8 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΑΛΩΠΕΚΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η αλωπεκία είναι μία αρκετά συχνή και στρεσογόνο επιπλοκή πολλών χημειοθεραπευτικών παραγόντων και της ακτινοθεραπείας και συνήθως είναι προσωρινή και αναστρέψιμη. Η αρχική νοσηλευτική εκτίμηση για τις ανάγκες των ασθενών με κίνδυνο για αλωπεκία συνοδεύεται από την ψυχολογική υποστήριξη αυτών που βιώνουν την απώλεια τριχών, την ενημέρωση για την χρονική στιγμή, την έκταση και τη διάρκεια της απώλειας των μαλλιών, την εκπαίδευσή τους για τη φροντίδα του τριχωτού της κεφαλής και των μαλλιών, όπως επίσης και τις εναλλακτικές επιλογές που έχουν για αποκαταστήσουν την εικόνα του σώματός τους.

Προληπτικά μέτρα, κυρίως η υποθερμία του τριχωτού της κεφαλής και η περίδεση του κρανίου, μπορεί να είναι αποτελεσματικά και να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά υπάρχει προβληματισμός κυρίως στο αν αυξάνουν την πιθανότητα μετάστασης στο κρανίο.

Στη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία η απόπτωση των τριχών εμφανίζεται λόγω της αιφνίδιας διακοπής της ταχύτητας της μιτωτικής δραστηριότητας της μήτρας των κυττάρων των τριχών που βρίσκονται σε αναγενή φάση.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ρίζες είτε να μην παράγουν τρίχες ή να δημιουργούνται λεπτά ανώμαλα περιβλήματα τριχών τα οποία προδιαθέτουν σε σπάσιμο και βράχυνση της τρίχας. Απαιτείται απώλεια 30 – 50% του τριχωτού της κεφαλής πριν η αλωπεκία γίνει κλινικά εμφανής.

Τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα εμφανίζουν συνεργική δράση όταν χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή ή ολική αλωπεκία. Η αλωπεκία εμφανίζεται οκτώ με τρεις εβδομάδες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας, συνήθως χωρίς πρώιμα συμπτώματα, και είναι πιο ορατή

ένα με δύο μήνες μετά. Η σοβαρότητα και έκταση της αλωπεκίας εξαρτάται από τον τύπο των φαρμάκων, το συνδυασμό τους, τη δόση, τη μέθοδο χορήγησης, φαρμακευτική και τη συχνότητα επανάληψης του χημειοθεραπευτικού σχήματος. Η απώλεια των τριχών του σώματος δεν είναι τόσο συχνή όσο του τριχωτού της κεφαλής, επειδή η πλειονότητα των θυλακίων των ριζών είναι στην τελογενή φάση.

Η αλωπεκία είναι προσωρινή και αναστρέψιμη. Τα μαλλιά συνήθως αναμένεται να ξαναμεγαλώσουν ένα με δύο μήνες μετά το τέλος της χημειοθεραπείας αν και πιθανόν να υπάρχει αλλαγή στο χρώμα, την υφή και τον τύπο τους. Μόνιμη απώλεια μαλλιών έχει παρατηρηθεί σε θεραπεία με busulfan/cyclofosfamide.

Η απώλεια μαλλιών που προκαλείται από την ακτινοβολία του τριχωτού της κεφαλής μπορεί να ξεκινήσει δύο έως τρεις εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας με δόσεις (2500-3000cGy) και γενικά προοδεύει προκαλώντας ομοιόμορφα σημεία φαλάκρας όσο η θεραπεία συνεχίζεται. Η έκταση της αλωπεκίας εξαρτάται από την έκταση του πεδίου ακτινοβολήσης.

Δυστυχώς η αλωπεκία που οφείλεται σε ακτινοβολία δεν μπορεί να προληφθεί. Η φροντίδα όμως των μαλλιών και του τριχωτού της κεφαλής είναι σημαντική για την μείωση των δερματικών αντιδράσεων. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερωθούν ότι το καινούριο μαλλί μπορεί να είναι διαφορετικό σε υφή και χαρακτήρα σε σχέση με αυτό προ της θεραπείας.

Από τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την πρόληψη της αλωπεκίας που οφείλεται στην χημειοθεραπεία καλύτερα αποτελέσματα είχαν η υποθερμία του τριχωτού της κεφαλής και η περίδεση του κρανίου.

Στη μέθοδο της περιίδεσης του κρανίου τοποθετούμε μία περίδεση στο κεφάλι στο ύψος του μετώπου, την οποία γεμίζουμε αέρα με πίεση, έτσι ώστε να ξεπεράσει την αρτηριακή συστολική πίεση για δέκα λεπτά πριν, κατά τη διάρκεια και είκοσι λεπτά μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

Για την υποθερμία του τριχωτού της κεφαλής έχουν χρησιμοποιηθεί πάγος, ειδική γέλη, παγωμένο νερό και παγωμένος αέρας. Φάρμακα όπως tadoxorubicin, vinxcrisine, vinblastin, dactinonynycin τα οποία έχουν μικρό διάστημα χορήγησης και ημίσειας ζωής ταιριάζουν με αυτό το σύστημα. Από τις διάφορες μεθόδους η υποθερμία είναι σχετικά πιο εύκολη στην εφαρμογή της.

8.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΩΠΕΚΙΑ

Ως παρατηρητές οι νοσηλεύτριες είναι δύσκολο να καταλάβουν την επίδραση που έχει ο φόβος της τριχόπτωσης στον ασθενή και να εκτιμήσουν αν οι ασθενείς είναι προετοιμασμένοι να ανεχθούν την δυσφορία, όταν υπάρχει, από τη χρήση συσκευών πρόληψης αυτής. Η νοσηλευτική φροντίδα ξεκινά με την εξατομικευμένη του ασθενούς όσον αφορά τον κίνδυνο να εκδηλώσει αλωπεκία, τη συναισθηματική αντίδραση στην απώλεια των μαλλιών και την επίπτωση που αυτή μπορεί να έχει στον τρόπο ζωής και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Οι πιο συχνές ανάγκες των ασθενών με κίνδυνο για αλωπεκία φαίνεται να είναι:

- Η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών που βιώνουν απώλεια τριχών
- Η ενημέρωση για τη χρονική στιγμή, την έκταση και τη διάρκεια της απώλειας των μαλλιών πριν την έναρξη της θεραπείας.

- Η εκπαίδευσή τους για την φροντίδα του τριχωτού της κεφαλής και των μαλλιών και τις εναλλακτικές επιλογές που έχουν για να αποκτήσουν την εικόνα του σώματος.

Ο φόβος της αλωπεκίας μπορεί να οδηγήσει αρκετούς ασθενείς να αρνηθούν δυνητικά θεραπεύσιμη ή ιατρικά αποδεκτή χημειοθεραπεία. Εάν η αλωπεκία βιώνεται ως ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός από τον ασθενή και την οικογένειά του πρέπει να γίνει εκτίμηση πριν από την θεραπεία όσον αφορά την αυτοαντίληψή του και την αλληλεπίδρασή του με τους άλλους.

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης για τη θεραπεία ο νοσηλευτής υποστηρίζει τον ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον να συζητά τα συναισθήματά του όσον αφορά την απώλεια των μαλλιών και δίνοντας έμφαση στους στόχους θεραπείας και στο ξαναμεγάλωμα των μαλλιών μετά από αυτήν. Συχνά η παρουσία του συζύγου, μελών της οικογένειας ή κάποιου φίλου κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας συζήτησης με τους ασθενείς βοηθεί να τεθεί το πρόβλημα με προοπτική να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να προσαρμοσθούν. Η αρνητική επίδραση στην εικόνα σώματος και στις κοινωνικές δραστηριότητες από την αλωπεκία μειώνεται από την εκπαίδευση του ασθενούς και την παροχή πληροφοριών για το πότε αναμένεται να πέσουν τα μαλλιά, το βαθμό της απώλειας, το χρόνο που αναμένεται να απαιτηθεί για να μεγαλώσουν ξανά τρίχες, τα μέτρα, που μπορεί να ελαττώσουν την καταστροφή ή την απώλεια και τις πληροφορίες που χρειάζονται για τις περούκες και τις εναλλακτικές επιλογές που θα έχει.

Ο ασθενής με αλωπεκία σε ένα κρύο κλίμα να ενθαρρύνεται να φορά καπέλο και φουλάρι. Στα θερμά κλίματα ο τριχωτό της κεφαλής επίσης πρέπει να προστατεύεται με καπέλο και να χρησιμοποιείται αντηλιακή λοσιόν.

Μπορεί επίσης να δοθούν γραπτές πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους φροντίδας και αντιμετώπισης προβλημάτων των μαλλιών στο σπίτι. Τέτοιες θα μπορούσαν να είναι:

- διατήρηση του τριχωτού της κεφαλής και των μαλλιών καθαρών χρησιμοποιώντας ένα απλό σαμπουάν, αποφεύγοντας τα συχνά λουσίματα.
- Οδηγίες να κοπούν τα μαλλιά κοντά , να αποφεύγονται οι βαφές, το έντονο βούρτσισμα και το στέγνωμα με σεσουάρ.
- Αν αποφασίσει να αγοράσει περούκα, να το κάνει πριν την ολική απώλεια των μαλλιών. Αντί για περούκα μπορεί να αγοράσει τουρμπάνι, καπέλο ή μαντίλι.
- Συμβουλές για να ξυρίσει το υπόλοιπο κρανίο όταν η απώλεια των μαλλιών γίνει εμφανής.
- Ενθάρρυνση να συζητά τα συναισθήματα που νιώθει και τα οποία σχετίζονται με την απώλεια των μαλλιών.
- Ενημέρωση για τις ψυκτικές κάσκες, τα πλεονεκτήματα και τις πιθανές παρενέργειές τους.

Η αλωπεκία μπορεί να μην είναι επικίνδυνη αλλά έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται. Είναι όμως αρκετά στρεσογόνος και δυσβάσταχτη για ορισμένους ασθενείς, γιατί ο καρκίνος, μέσω της απώλειας των μαλλιών από αόρατη και σιωπηλή ασθένεια γίνεται ορατή ³⁹

8.10 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμπληρωματική θεραπεία ή προφυλακτική χημειοθεραπεία χορηγούνται σήμερα στις περισσότερες ασθενείς μετά την επέμβαση για να προληφθεί ή να ελαχιστοποιηθεί η ανάπτυξη των ενυπαρχόντων νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία μπορεί να αυξηθούν με αποτέλεσμα να υποτροπιάσει η νόσος. Η συμπληρωματική θεραπεία αποτελεί ένα συνεχώς εξελισσόμενο πεδίο. Συνεπώς , για να προγραμματιστεί η χημειοθεραπεία πρέπει να ζητηθεί από την αρχή η γνώμη ενός εξειδικευμένου ογκολόγου, ο οποίος θα εξηγηθεί και θα εφαρμόσει ότι το πιο σύγχρονο.

8.11 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΣΧΗΜΑΤΟΣ **ΜΕΓΑΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Για να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης φαρμακευτικής αντοχής είναι βασικό να συνδυαστούν παράγοντες με μη διασταυρούμενη αντοχή. Μια άλλη βασική αρχή στο σχεδιασμό του σχήματος είναι ο συνδυασμός κυτταροστατικών με διαφορετικό μηχανισμό δράσης. Οι αλκυλιούχοι παράγοντες παρουσιάζουν μια γραμμική συσχέτιση δόσης ανταπόκρισης, ενώ οι μη – αιματολογικές τοξικότητες ποικίλουν ανάλογα με τον παράγοντα. Για παράδειγμα η θειοτέπα χορηγείται με συμβατικές δόσεις 40-65 mg/m² με δοσοεξαρτώμενη τοξικότητα την μυελοκαταστολή. Οι πρώτες μελέτες με μεγαχημειοθεραπεία και ΑΜΜΟ περιλάμβαναν ασθενείς με μεταστατική νόσο ανθεκτική στην κλασσική χημειοθεραπεία, με αναφερόμενα ποσοστά ανταπόκρισης 30-50% με λίγες πλήρεις υφέσεις, ενώ οι περισσότερες ασθενείς είχαν επιδείνωση μετά από μερικούς μήνες. Παρά τα σχετικά φτωχά αποτελέσματα εντούτοις φάνηκε ότι με τη μεγαχημειοθεραπεία μπόρεσε εν μέρει να υπερνικηθεί η φαρμακευτική αντίσταση.

Τα τελευταία χρόνια η μεγαχημειοθεραπεία δίδεται στις ασθενείς εκείνες που ανταποκρίνονται στην κλασσική χημειοθεραπεία που προηγείται, διότι θεωρητικά ελαττώνεται το tumor burden, και εξαιρούνται οι περιπτώσεις με λίαν ανθεκτική νόσο. Έτσι με αυτήν την προσέγγιση επιτυγχάνονται μακροχρόνιες (5ετής) πλήρεις υφέσεις σε ποσοστά 10-12% των ασθενών που έλαβαν μεγαχημειοθεραπεία. Λιγότερο ευνοϊκά αποτελέσματα έχουν αναφερθεί από όλους τους ερευνητές.²⁰

8.12 ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ Ι ΚΑΙ ΙΙ **ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ Ca ΜΑΣΤΟΥ**

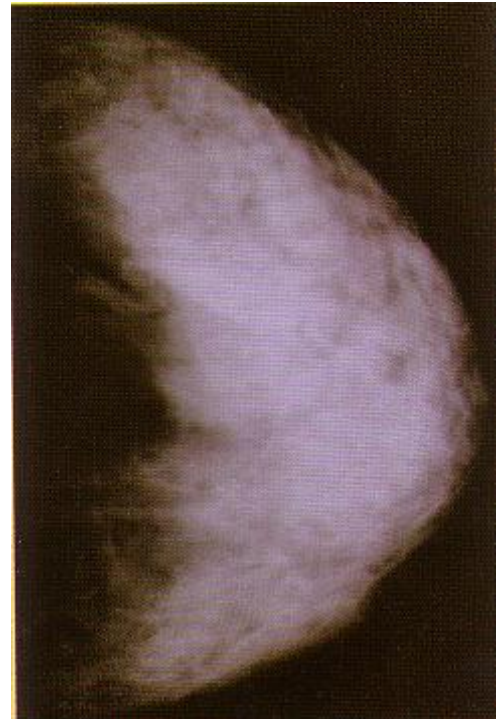
Η απόφαση για την εφαρμογή επικουρικής χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας εξαρτάται από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες, το μέγεθος του όγκου και τον ιστολογικό τύπο αυτού. Εάν οι αδένες είναι καθαροί, ή αρνητικοί, και ο όγκος είναι ίσος ή μικρότερος με 0,5 εκατοστά, η ασθενής δεν χρειάζεται επικουρική θεραπεία (μεταχειρουργική) θεραπεία. Επίσης, δεν χρήζουν επικουρικής θεραπείας οι ασθενείς, οι οποίες φέρουν σωληνοειδείς, κολλοειδείς, μυελώδεις ή αδενοκυστικού τύπου όγκους, που είναι μικρότεροι σε μέγεθος του 1 εκατοστού. Όμως, αν ένας, τέτοιων τύπων, όγκος είναι σε διάμετρο από 1 έως 2,9 εκατοστά υποδεικνύεται στους ασθενείς και στους ιατρούς να σκεφθούν σχετικά με την επικουρική θεραπεία. Εάν ένας τέτοιος όγκος έχει αναπτυχθεί σε διάμετρο των 3 εκατοστών ή περισσότερο οι οδηγοί συνιστούν την επικουρική θεραπεία.

Για ασθενείς με αρνητικούς αδένες, οι οποίες πάσχουν από μεταστατικό του πόρου του μαστού ή μεταστατικό λοβώδη καρκίνο, το NCCN συνιστά ότι: όταν ο όγκος είναι από 0,6 έως 1 εκατοστό χωρίς αξιολογήσιμα χαρακτηριστικά, όπως σε προχωρημένο στάδιο ή αγγειολεμφική μετάσταση (καρκίνος στα ερυθρά και /ή τα λεμφαγγεία κοντά στα όρια του όγκου), ή υψηλά επίπεδα S-φάσης (ή αυξημένα επίπεδα στα αποτελέσματα εξετάσεων για το πόσο γρήγορα διαιρούνται τα καρκινικά κύτταρα), τότε δεν απαιτείται επικουρική θεραπεία. Όταν ο όγκος είναι από 0,6 έως 1 εκατοστό, αλλά έχει ένα ή περισσότερα αξιολογήσιμα χαρακτηριστικά, η ασθενής, μετά από συνεννόηση με τον ιατρό της, πρέπει να σκεφθεί για την λήψη επικουρικής χημειοθεραπείας ή ορμονοθεραπείας.

Στις περιπτώσεις όπου ο όγκος είναι μεγαλύτερος του 1 εκατοστού, αλλά οι εξετάσεις για τους ορμονικούς υποδοχείς αρνητικές, οι οδηγοί συμβουλεύουν να πραγματοποιηθεί εφαρμογή της

8.13 ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

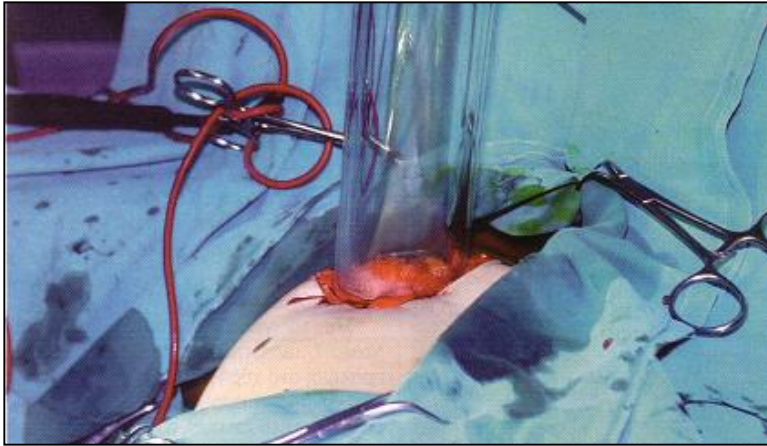
Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται ως τοπική θεραπεία· είτε συνήθως συμπληρωματικώς μετά τη μαστεκτομή για να εξαφανίσει τυχόν καρκινικές εναποθέσεις που έχουν απομείνει στο σύμπλεγμα μαστός – μασχάλη – έσω μαστικά λεμφογάγγλια, είτε σπανίως, ως κύρια μορφή τοπικής θεραπείας.¹ Η ακτινοθεραπεία αποτελεί ένα μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης του καρκίνου του μαστού, χειρουργήσιμου ή ανεγχείρητου. Η ακτινοβολία χρησιμοποιείται για την οριστική ή ανακουφιστική θεραπεία των καρκινοπαθών. Η ανακουφιστική θεραπεία εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μη χειρουργήσιμων όγκων για την ανακούφιση από το άλγος και για τη σμίκρυνση του όγκου προκειμένου να ανακουφιστούν τα συμπιεζόμενα παρακείμενα όργανα.^{16,19}



Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χορηγηθεί εσωτερικώς ή εξωτερικώς, γεγονός το οποίο εξαρτάται από τον τύπο και τη θέση εντοπίσεως του καρκίνου. Όταν ληφθεί η απόφαση για τη θεραπεία του καρκίνου με ακτινοβολία, τότε πρέπει ο ογκολόγος να καθορίσει με τα όρια χορηγήσεως της ακτινοβολούμενης περιοχής. Η περιοχή που πρόκειται να θεραπευτεί πρέπει να σημειώνεται με ινδική μελάνη στο αντίστοιχο δέρμα. Η ακτινοβολία μπορεί να επηρεάσει την ίαση του τραύματος. Για το λόγο αυτό πρέπει να μεσολαβεί κάποιο διάστημα προ ή μετά τη χειρουργική επέμβαση,

απαραίτητο για την ανάνηψη. Η εσωτερική ακτινοθεραπεία έχει ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο. Ασθενείς που υποβάλλονται σε εξωτερική ακτινοθεραπεία μπορεί να θεραπεύονται σαν εξωτερικοί.¹⁹

Η ακτινοθεραπεία διακρίνεται σε ριζική και παρηγορική:



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

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

Ριζική Ακτινοθεραπεία

A) Στη συντηρητική θεραπεία του Ca μαστού

Συντηρητική θεραπεία του καρκίνου του μαστού ορίζεται η τοπική χειρουργική αφαίρεση του όγκου μέσα σε περιθώρια υγιούς ιστού σε συνδυασμό με ριζική δόση εξωτερικής ακτινοβολίας σ' όλο το μαστό, η οποία συνήθως συμπληρώνεται με boost ακτινοβολία στη θέση του όγκου (tumor bed), που συνήθως αντιστοιχεί στη χειρουργική τομή.

Οι στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι:

Η ελαχιστοποίηση της απώλειας του μαζικού αδένα, ώστε να διατηρηθεί η αισθητική πλευρά του μαστού.

Ο τοπικός έλεγχος της νόσου και η επιβίωση της ασθενούς.

Τα κριτήρια επιλογής των ασθενών για συντηρητική θεραπεία θα πρέπει να καλύπτουν τις εξής προϋποθέσεις:

1. Η διάμετρος του όγκου να είναι μέχρι 4 cm.
2. Να είναι τεχνικά εφικτές η τοπική χειρουργική αφαίρεση και η ακτινοθεραπεία.

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

- ✚ Κλινικοί παράγοντες της ασθενούς.
- ✚ Παθολογοανατομικοί παράγοντες.
- ✚ Παράγοντες που αφορούν τον ασθενή.
- ✚ Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: Υπάρχουν διάφορες τεχνικές ακτινοθεραπείας με supervoltage εξωτερική ακτινοβολία ή με ηλεκτρόνια ή με βραχυθεραπεία ενδοϊστικά.

Η τεχνική της ακτινοθεραπείας πρέπει να εξασφαλίζει:

1. Ακινησία της ασθενούς
2. Αναπαραγωγή της ίδιας θέσης θεραπείας της ασθενούς σε κάθε συνεδρία και άνεση στην ασθενή
3. Ομοιογενή κατανομή της ακτινοβολίας, πράγμα αρκετά δύσκολο λόγω του σχήματος του μαστού και γι' αυτό περιγράφονται διαφορετικές τεχνικές.

Στη συντηρητική θεραπεία ο όγκος – στόχος της ακτινοβολίας περιλαμβάνει όλο το μαστό.

B) Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μετεγχειρητικά σε ριζική δόση κρίνεται απαραίτητη στις εξής περιπτώσεις:

1. Σε ύπαρξη διογκωμένων μασχαλιαίων λεμφαδένων.
2. Σε διήθηση, έστω και ενός λεμφαδένα, μετά από χειρουργική αφαίρεση μερικών μασχαλιαίων λεμφαδένων.
3. Σε τοπική υποτροπή των χειλεών εκτομής.
4. Σε θετικούς λεμφαδένες, που συναφαιρέθηκαν με τον όγκο.

Μερικοί χρησιμοποιηθούν μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις που:

α) παραμένει υπολειπόμενη νόσος

β) η πρωτοπαθής εστία είναι μεγαλύτερη από 5cm και διηθείται στο δέρμα ή οι υπερκείμενοι ιστοί ή

γ) αυτή εντοπίζεται στο κεντρικό ή το έσω τμήμα του μαστού και

δ) όταν υπάρχουν μεταστάσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Με τη χρήση όμως ακτινοθεραπείας, αναγκαστικά καθυστερεί η συστηματική θεραπεία των μικρομεταστάσεων, από τις οποίες κινδυνεύουν όλες οι άρρωστες και ιδιαίτερα εκείνες με τοπικά προχωρημένη νόσο (σταδίου I ή II).^{6,16}

Γ) Ακτινοθεραπεία σε προχωρημένο (ανεγχείρητο) Ca μαστού.

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

II. Παρηγορητική Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να παίζει ανακουφιστικό ρόλο στις εξής περιπτώσεις :

✚ Σε εκτεταμένη τοπική ελκωτική αιμορραγούσα μάζα.

✚ Σε δερματικά οζίδια

✚ Σε παραστερνικές λεμφαδενικές μεταστάσεις

✚ Σε οστικές μεταστάσεις

✚ Εγκεφαλικές μεταστάσεις

✚ Μεταστάσεις στον χοριοειδή χιτώνα του οφθαλμού. ¹⁶

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Ακτινοθεραπείας

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΑΓΧΟΣ.

Η νοσηλεύτρια πρέπει:

- Ø Να ενημερώνει την ασθενή για τη διαδικασία της ακτινοθεραπείας.
- Ø Να της εξηγεί το χώρο και το χρόνο που θα γίνει η εξέταση.
- Ø Να την καθησυχάσει ότι η εξέταση είναι ανώδυνη για να μειωθεί το άγχος και ο φόβος της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ .

Παρατηρείται ερύθημα με πιθανή ξηρή ή υγρή απολέπιση, απώλεια των τριχών και ελάττωση του ιδρώτος στην ακτινοβολούμενη περιοχή.

1. Διδάσκεται η κατάλληλη φροντίδα του δέρματος. Οι οδηγίες θα πρέπει να συμπεριλάβουν τα ακόλουθα:

Φοριούνται χαλαρά ενδύματα περίξ της ακτινοβολούμενης περιοχής. Εξηγείται ότι τα ενδύματα στο ακτινοβολούμενο δέρμα μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό.

Δια την αποφυγή βαρέως ερεθισμού του δέρματος αφαιρούνται η λοσιόν, οι κρέμες και τα αποσμητικά προ της ακτινοθεραπείας.

Προστατεύεται το δέρμα από παρατεταμένη επίδραση του ηλιακού φωτός., χλωριουμένου ύδατος των δεξαμενών και θερμών επιθεμάτων κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για ένα μήνα μετά τη συμπλήρωση της θεραπείας επειδή αυτά μπορεί να ξηραίνουν το δέρμα.

Αποφεύγεται η εφαρμογή ελαστικών επιδέσμων στην ακτινοβολούμενη περιοχή για την πρόληψη του ερεθισμού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΘΡΕΨΕΩΣ : ΥΠΟΘΡΕΨΙΑ

Παρατηρούνται γαστρικές διαταραχές λόγω της ακτινοθεραπείας αναφορές ανορεξίας, διαταραχών της θρέψεως, μπορεί να υπάρχουν εκδηλώσεις ναυτίας.

Παρακολουθούνται: α) εβδομαδιαίο βάρος για τη διαπίστωση εξελίξεως ή της νόσου. β) ποσό καταναλισκομένης τροφής με κάθε γεύμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ: ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΑ.

Η αντιμετώπιση και η νοσηλευτική φροντίδα της στοματίτιδας είναι η ίδια που έχει αναφερθεί ήδη στη χημειοθεραπεία.¹⁹

Η νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται με την :

- ενημέρωση για το είδος της θεραπείας και επίλυση συνηθισμένων αποριών που αφορούν σε αυτή, π.χ. πόσες μέρες θα κάνει την ακτινοθεραπεία και πόση ώρα κάθε φορά, ποιες είναι οι επιπλοκές, αν πρέπει να μένει όλες τις ημέρες στο νοσοκομείο, τι θα γίνει με το σχεδιασμένο πεδίο της RT που έχει στο δέρμα.

- ψυχολογική υποστήριξη πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

- εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για την ασθενή και τον εαυτό της.

- αντιμετώπιση επιπλοκών : οι πιο συχνές παρενέργειες βραχείας δράσης που αναφέρονται είναι η κόπωση (>90%), αλλαγές στο δέρμα, διαταραχές του ύπνου (39% - 64%) και αλλαγές αίσθησης στον μαστό (>50%)

Η κόπωση είναι η πιο συχνή παρενέργεια κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού της ακτινοθεραπείας με σταδιακή βελτίωση μερικούς μήνες μετά.

Οι αλλαγές αίσθησης περιγράφονται ως πόνος, σουβλιές , κάψιμο, χωρίς όμως να θεωρούνται πολύ στρεσογόνες για την ασθενή.

Άλλες επιπλοκές είναι το ερύθημα μαστού και το οίδημα μαστού και βραχίονα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΗΣ ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα στη χορήγηση ορμονικών σκευασμάτων σχετίζεται κυρίως με την διδασκαλία της ασθενούς σχετικά με τις αναμενόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων. Αρκετές από αυτές είναι προσωρινές και οι περισσότερες εμφανίζονται στο σπίτι, καθώς η χορήγηση ορμονών δεν απαιτεί νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Επίσης ενημερώνει για την αύξηση του μεγέθους του όγκου και τον καθησυχάζει. Χορηγεί αναλγητικά και αντιστεροειδή για την ελάττωση και την αντιμετώπιση του οστικού πόνου (σύμφωνα με ιατρική εντολή). Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της για την πιθανή εμφάνιση υπερασβεστιαμίας.

Τέλος οφείλει να βοηθήσει την ασθενή να διατηρήσει το βάρος της σε φυσιολογικό επίπεδο κατά την διάρκεια της ορμονοθεραπείας. Σαφώς η ενημέρωση και η αποδοχή των συμβουλών ενός διαιτολόγιου, πριν από την έναρξη της θεραπείας είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος.³⁰

8.14 ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού δεν είναι καινούργια και ως συμπληρωματική θεραπεία στη τοπική νόσο άρχισε να εφαρμόζεται μετά την είσοδο των αντι-οιστρογονικών φαρμάκων στην θεραπευτική του καρκίνου του μαστού και τη γενίκευση της μετρήσεως των ορμονικών υποδοχέων.^{1,6}

Οι ορμονικοί υποδοχείς διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

1. του κυτοπλασματικούς οιστρογονικούς υποδοχείς στο πρωτοπαθές καρκίνωμα μαστού.
2. του κυτοπλασματικούς υποδοχείς στο προχωρημένο καρκίνωμα μαστού και
3. τους προγεστερονικούς υποδοχείς.

Οι οιστρογονικοί υποδοχείς ετέθησαν σε χρήση για την εκλογή των σε ορμονοθεραπεία ευαίσθητων όγκων. Όλοι οι καρκίνοι του μαστού δεν αποδεικνυόταν θετικοί σε υποδοχείς στα οιστρογόνα. Υπετέθει λοιπόν ότι η χορήγηση αντοιστρογόνων- ανδρογόνων ή αφαίρεση ωοθηκών θα επιφέρει ύφεση της νόσου στις θετικές σε υποδοχείς οιστρογόνων περιπτώσεις καρκίνου. Υπήρξαν και αρνητικοί όγκοι που ανταποκρίθηκαν στην ορμονοθεραπεία ως και θετικοί που δεν ανταποκρίθηκαν. Πάντως ο έλεγχος για υποδοχείς είναι μια χρήσιμη μέθοδος σήμερα και έχει και την ποσοτική της εκτίμηση. Πιστεύεται ότι η ανταπόκριση στην ορμονική θεραπεία είναι ανάλογος της ποσότητας των υποδοχέων στο δείγμα του όγκου. Τα ίδιο πιθανότατα ισχύει και για τους υποδοχείς της προγεστερόνης. Πολλοί ασχολούμενοι με το θέμα αυτό των υποδοχέων συνιστούν ορμονοθεραπεία στους ασθενείς που φέρουν όγκους με θετικούς υποδοχείς και χημειοθεραπεία σε εκείνους με αρνητικούς υποδοχείς.⁶

Το γεγονός ότι τα αντοιστρογόνα (tamoxifen) δεν έχουν καμία παρενέργεια και χορηγούνται από τα στόμα και τα κάνει πολύ ελκυστικά ως θεραπεία. Έχουν δοκιμαστεί σε όγκους με υψηλούς ορμονικούς υποδοχείς ανεξαρτήτως της ορμονικής δραστηριότητας της γυναίκας.

Η αποτελεσματικότητα τους στον έλεγχο της τοπικής νόσου δεν έχει αποδειχθεί ακόμα. Για να εφαρμοσθεί η ορμονοθεραπεία στο γενικευμένο καρκίνο του μαστού λαμβάνεται πρώτα υπ' όψη η ηλικία της ασθενούς. Βασικά διαιρούνται οι ηλικίες σε εκείνες προ της εμμηνόπαυσης συν 5 χρόνια μετά και σε εκείνες 5 χρόνια μετά την εμμηνόπαυση. Η διαίρεση αυτή δεν είναι απόλυτος αλλά χρησιμεύει μέχρις ορίου τινός για την επιλογή των ανδρογόνων-αντοιστρογόνων ή οιστρογόνων. Δεν θα επιμείνουμε στην θεραπεία με τα οιστρογόνα σε μερικές ηλικίες και ανδρογόνων στις νεότερες αλλά θα ασχοληθούμε περισσότερο με τα αντοιστρογονικά. Αυτά είναι συνθετικά φάρμακα τα οποία πιστεύεται ότι ανταγωνίζονται τους οιστρογονουποδοχείς. Φέρονται υπό την ονομασία tamoxifen και το εμπορικό

όνομα είναι Nolvadex. Είναι δισκία των 10mg και η ημερήσια δόση είναι 20 – 40 mg. Χορηγούνται συνεχώς και επί μήνες και εφ’ όσον υπάρχει ανταπόκριση. Μερικές φορές χρησιμοποιείται η προγεστερονοειδής ορμόνη (Megace), άλλοτε δε ο παράγων με ανδρογονική δράση Halotestin. Και τα δύο φάρμακα δίνονται συνήθως όταν η tamoxifen δεν αναστέλλει πλέον την ανάπτυξη του όγκου. Ένα άλλο φάρμακο, το Cytadren χρησιμοποιείται ορισμένες φορές για να ελαττωθεί η παραγωγή ορμονών, ιδίως αν υπάρχει μεταστατική νόσος.

Παρενέργειες είναι αιματολογικές και αφορούν στις 3 σειρές, ερυθρά-λευκά – αιμοπετάλια, όχι όμως σημαντικού βαθμού. Ενίοτε προκαλούν υπερασβεστιαμία. Οι παρενέργειες αυτές επιβάλλουν τακτική εξέταση αίματος (ανά μήνα συνήθως) για λευκά-αιμοσφαιρίνη-αιμοπετάλια και ασβέστιο.^{4,6}

Μικρού βαθμού επιγαστρικά ενοχλήματα (γαστρίτιδα) παρατηρούνται επίσης. Τα αντιοιστρογόνα δίνονται κατεξοχήν σε προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς όπου η ανταπόκριση φθάνει σε ποσοστό 26-30%. Το tamoxifen διεπιστώθει εμπειρικά ότι έχει κάποια προσφορά μικρότερη σε ποσοστό και σε ασθενείς μεγαλύτερων ηλικιών μεταεμμηνοπαυσιακές. Η ωοθηκεκτομή είναι μια μη φαρμακευτική ορμονοθεραπεία η οποία εφαρμόζεται σαν πρώτη θεραπεία σε προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατά την πρώτη εμφάνιση μεταστάσεων ιδίως στα οστά. Έχει εφαρμοστεί και προφυλακτικά, δηλ. αμέσως μετά τη μαστεκτομή και προ της εμφανίσεως μεταστάσεων. Οι περισσότεροι σήμερα δεν την εφαρμόζουν προφυλακτικά. Επινεφριδεκτομή ή υποφυσεκτομή σπανίως πλέον εφαρμόζεται κυρίως μετά την είσοδο στη θεραπευτική των αντιοιστρογόνων.⁶

Οι όγκοι ταξινομούνται ως θετικοί ή αρνητικοί ανάλογα με το ποσόν των πρωτεϊνικών υποδοχέων που διαθέτουν. Όταν οι όγκοι έχουν θετικούς ορμονικούς υποδοχείς, η πρόγνωση είναι καλύτερη και η επιβίωση της ασθενούς μακρότερη. Όγκοι με θετικούς ορμονικούς υποδοχείς παρουσιάζονται συνήθως στις γυναίκες

που έχουν περάσει την εμμηνόπαυση, οι οποίες θα ανταποκριθούν στην ορμονοθεραπεία αν λάβουν κάποιο φάρμακο όπως η tamoxifen.

Ορμονοθεραπεία σε ειδικές καταστάσεις.

Η tamoxifen μπορεί να αποτελεί την αρχική θεραπεία του όγκου σε ορισμένες πολύ ειδικές καταστάσεις λόγω χάρη, σε ηλικιωμένες ασθενείς που αδυνατούν να υποστούν τη χειρουργική επέμβαση ή την αρνούνται, σε ασθενείς με μη χειρουργήσιμους όγκους με θετικούς οιστρογονικούς υποδοχείς ή όταν άλλα προβλήματα υγείας απαγορεύουν την χημειοθεραπεία. Συχνά στις ηλικιωμένες, ιδιαίτερα όταν έχουν υπερβεί το 80^ο έτος, η tamoxifen μικραίνει τον όγκο. Εκτός από τις παραπάνω ειδικές περιπτώσεις η tamoxifen δεν πρέπει να χορηγείται αρχικά ως εναλλακτικός τρόπος θεραπείας έναντι της καθιερωμένης αρχικής θεραπείας.⁴

Πότε ενδείκνυται adjuvant ορμονοθεραπεία;

Σε μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με θετικούς λεμφαδένες και θετικούς ορμονικούς υποδοχείς.

Θεραπεία τακτικής υποτροπής :Πραγματοποιείται με συνδυασμό εγχείρησης, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

1^{ης} γραμμής ορμονοθεραπεία: Εφαρμόζεται η ωοθηκεκτομή ή αντιοιστρογόνα (tamoxifen)

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

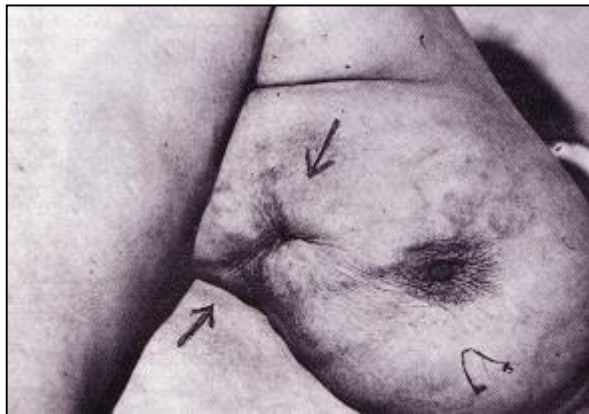
3^{ης} γραμμής ορμονοθεραπεία: Προγεστερόνη.

Ανακουφιστική ορμονοθεραπεία: Κορτικοστεροειδή (υδροκορτιζόνη).

8.15 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

Υπάρχει κίνδυνος διασπορά της νόσου από χειρουργικούς καθορισμούς, καθώς έχει δείξει η έρευνα. Για το λόγο αυτόν κάθε επέμβαση στο μαστό πρέπει να συνδυάζεται με ταχεία βιοψία, η οποία – αφού θα έχει προηγηθεί, η συναίνεση της ασθενούς- θα δίνει το δικαίωμα στο χειρουργό να προχωρήσει αμέσως ανάλογα με το αποτέλεσμα.³



Μαστεκτομή

Η μαστεκτομή είναι η αφαίρεση ολόκληρου ή τμήματος λόγω της υπάρξεως καρκίνου του μαστού των σταδίων III και IV. Συνιστάται η θεραπεία δια του συνδυασμού χημειοθεραπείας, ακτινοθεραπείας και ορμονοθεραπείας. Σε

προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ανεγχείρητο καρκίνο του μαστού, μπορεί να εφαρμοστεί η δι' ανδρογόνων ή αντιοιστρογόνων θεραπεία, επειδή ο Ca μαστού στις γυναίκες αυτές είναι οιστρογονικά ή τεστερονικά εξαρτώμενος.

Η έκβαση της χειρουργικής του μαστού ποικίλει, εξαρτάται δε από τον τύπο της εγχειρήσεως:

1. Μετά την εφαρμογή μερικής μαστεκτομής:

- Δεν είναι αναγκαία η πρόσθεση στο μαστό
- Δεν παρατηρείται λεμφοίδημα
- Στην συνέχεια είναι αναγκαία συνήθως η ακτινοθεραπεία

2. Μετά μερική μαστεκτομή ή ριζική μαστεκτομή:

- Είναι απαραίτητη η ενδοπρόθεση του μαστού και συνήθως παρατηρείται λεμφοίδημα.

Ο ασθενής αντιλαμβάνεται συνήθως την παραμόρφωση και την απειλή ότι η ζωή της είναι μικρή λόγω του Ca μαστού. Ο κίνδυνος μεταστάσεως είναι επικείμενος με τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Οι συνήθεις περιοχές των απομεμακρυσμένων μεταστάσεων είναι τα οστά, οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος και το ήπαρ.¹⁹

Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων στο μαστό είναι:

I .ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ: Το 1894, η Halsted και Mayer περιέγραψαν τη ριζική μαστεκτομή, η οποία εξακολουθεί να παραμένει η μέθοδος εκλογής αρκετών γιατρών.³

Συνιστάται στη χειρουργική αφαίρεση του μαστικού αδένου, των θωρακικών μυών (μείζονος και ελάσσονος), του περιεχομένου της μασχαλιαίας κοιλότητας και όλου του λίπους και των γειτονικών ιστών. Αξίζει να σημειώσουμε ότι στις παραπάνω διεργασίες αφαιρούνται και το δέρμα και η θηλή.^{13,15} Η ριζική μαστεκτομή εφαρμόζεται συνήθως στα στάδια I και II, σε γυναίκες μέσης ή μεγάλης ηλικίας. Το δερματικό έλλειμμα συχνά είναι τόσο μεγάλο που απαιτεί την εκτέλεση ειδικών τεχνικών ή τη χρησιμοποίηση μοσχευμάτων. Η εγχείρηση αυτή γενικά αποτελούσε την αποδεκτή θεραπεία εκλογής μέχρι πριν από 20 χρόνια. Για βλάβες όμως που εντοπίζονται πάνω στην περιτονία του μείζονα θωρακικού μυός η ριζική μαστεκτομή αποτελεί τη μόνη επέμβαση που μπορεί να αφαιρέσει ριζικά τον πρωτοπαθή όγκο.¹⁵

Εφόσον οι αδένες είναι θετικοί, η ριζική μαστεκτομή θεωρείται εντελώς ανεπαρκής. Το 65% των γυναικών με όγκους 2cm και περισσότερους από 4 θετικούς λεμφαδένες αναπτύσσει τοπική ή συστηματική υποτροπή στα 5 χρόνια, ενώ όταν ο όγκος είναι 3cm το ποσοστό υποτροπής είναι 85-90%. Όταν οι αδένες είναι αρνητικοί, το ποσοστό υποτροπής πέφτει στα 25%. Τελευταίες μελέτες δείχνουν στα 7 χρόνια μετά από ριζική μαστεκτομή με αρνητικούς λεμφαδένες σε ποσοστό 75% των περιπτώσεων.

Η τομή που γίνεται μπορεί να είναι εγκάρσια ή κάθετη και τοποθετείται στο τραύμα παροχέτευσης συνεχούς αναρρόφησης (Hemovac). Η εγχείρηση έχει αυξημένη νοσηρότητα, κακό κοσμητικό αποτέλεσμα, εμφάνιση οιδήματος άνω άκρων και ψυχολογική επιβάρυνση της γυναίκας. Παραλλαγές της ριζικής μαστεκτομής είναι η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή και η υπερριζική μαστεκτομή, η οποία περιλαμβάνει και την αφαίρεση των υπερκλειδίων λεμφαδένων. Η εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή, εκτός από το μαστό, τους μυς και τους μασχαλιαίους λεμφαδένες, περιλαμβάνει και την εξαίρεση των αδένων της έσω μαστικής. Τα αποτελέσματά της όμως είναι πολύ πτωχά και όχι καλύτερα της

ριζικής μαστεκτομής. Λίγοι χειρουργοί τη συνιστούν και πολύ λίγες εγχειρήσεις γίνονται σήμερα, και στα πιο μεγάλα ογκολογικά κέντρα.³

II . ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ: Ο τύπος αυτός για τη χειρουργική αντιμετώπιση του Ca μαστού περιγράφηκε πρώτα από τους Patey και Duson, το 1938. Αποτελεί σχεδόν την ίδια επέμβαση με τη διαφορά ότι διατηρείται πάντοτε ο μείζον θωρακικός και συχνά ο ελάσσων θωρακικός μυς (η εκτομή του ελάσσονος γίνεται μόνο για να διευκολυνθεί τεχνικά η αφαίρεση των διαθωρακικών και των κορυφαίων μασχαλιαίων λεμφαδένων).^{3,15}

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

Η τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή είναι η πιο συχνά εφαρμοζόμενη χειρουργική μέθοδος στον Ca μαστού σήμερα. Το 1978, το είδος αυτό εγχείρησης είχε ήδη ξεπεράσει σε συχνότητα εφαρμογής τη ριζική μαστεκτομή. Για παράδειγμα, 52% των ασθενών αντιμετωπίζονταν με την εφαρμογή της τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής και 41% με ριζική μαστεκτομή.

Το 1982, 83% των ασθενών αντιμετωπίζονταν με το πρώτο είδος επέμβασης και 15% μόνο, με το δεύτερο.

Το 1983, 80% με το πρώτο είδος, 10% με το δεύτερο και 10% με μερική μαστεκτομή.

Όσον αφορά στην τεχνική, η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια επιτυγχάνεται έτσι το καλύτερο δυνατό αισθητικό αποτέλεσμα. Η ασθενής μπορεί με την τομή αυτή να φοράει φορέματα ή ρούχα με ντεκολτέ, δίχως να φαίνεται η ουλή της τομής. Η ίδια

τομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πάλι σε περίπτωση που θα γίνει τοποθέτηση τεχνητού στήθους μελλοντικά (τοποθετείται προσθήκη από σιλικόνη κάτω από το μείζονα θωρακικό μυ). Μεταξύ μαστεκτομής και ανασύστασης του μαστού, αφήνουμε διάστημα 4-6 μηνών.³

Σε πολλά κέντρα η επέμβαση αυτή θεωρείται η «επέμβαση εκλογής».

III . ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ: Είναι η απλή αφαίρεση του μαστού χωρίς εκτομή των θωρακικών μυών. Η απλή μαστεκτομή γίνεται σε ασθενείς με μικρότερους όγκους (2cm ή και μικρότερους), εντοπισμένους ενδιάμεσα ή κεντρικά στο μαστό, χωρίς λεμφαδενική διασπορά. Επειδή όμως ακόμη και στο 30% των αρρώστων που δεν εμφανίζουν κλινικά διήθηση των γαγγλίων οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες έχουν ήδη προσβληθεί ιστολογικά, η σημασία της εκκενωτικής επέμβασης της μασχάλης για την αποτροπή της περαιτέρω επέκτασης είναι ιδιαίτερα σημαντική. Αν δεν γίνει καθορισμός της μασχάλης επιβάλλεται η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, οπότε τα αποτελέσματα γίνονται ίδια με εκείνα των ριζικότερων επεμβάσεων. Επίσης γίνεται σε ηλικιωμένες ασθενείς, στις οποίες δεν αναμένεται ταχεία εξέλιξη της νόσου.^{3,15}

IV . ΜΕΡΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ: Η μερική μαστεκτομή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όγκων του μαστού μεγέθους 2cm ή και μικρότερου, εντοπισμένων στην περιφέρεια του μαστού, δίχως εμφανή λεμφαδενική διασπορά. Η τομή που γίνεται είναι εγκάρσια, αλλά επειδή έχει επισημανθεί αλλαγή της θέσης της θηλής και της θηλαία άλω τελευταία η τομή γίνεται γύρω από την τομή της πρόσφατης βιοψίας. Από αυτή αφαιρούνται τα περίξ του όγκου, 2/3 του μαστού και οι μασχαλιαίοι αδένες.³

V . ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ: Εκτός από τους ιστούς που εκτέμνονται στη ριζική μαστεκτομή συναφαιρούνται και τα γάγγλια της έσω μαστικής. Η επιβίωση όμως των ασθενών δεν αυξάνεται κατά πολύ.¹⁵

VI . ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ: Αυτή η διαδικασία ενδείκνυται για ασθενείς με κλινικώς ή /και μαστογραφικώς εντοπισμένους μονοεστιακούς όγκους, οι οποίοι συχνά δεν ξεπερνούν τα 3cm σε μέγεθος και δίχως κλινικώς ψηλαφητούς λεμφαδένες. Η τομή για την αφαίρεση του όγκου γίνεται ακριβώς πάνω από τη μάζα του. Αφαιρούνται ταυτόχρονα 2cm φυσιολογικού ιστού που περιβάλλουν τον όγκο.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί, ώστε κατά την εγχείρηση να επιτευχθεί κατάλληλη αιμόσταση για την αποφυγή αιματώματος το οποίο μπορεί να προκαλέσει παραμόρφωση του μαστού και καθυστέρηση της έναρξης της ακτινοθεραπείας. Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία με Co-60 αρχίζει αμέσως μόλις επουλωθεί το τραύμα συνήθως, μετά 10-14 ημέρες.

Είναι γνωστό, ότι τα τελευταία χρόνια οι υπερριζικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση του Ca μαστού έχουν εγκαταλειφθεί. Βέβαια, για το ποια είναι η καλύτερη επέμβαση, με την οποία θα επιτύχουμε και αύξηση της επιβίωσης και καλό αισθητικό αποτέλεσμα, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις γιατρών και ερευνητών.

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

1 . Η φύση της νόσου: Ο καρκίνος του μαστού κάνει μεταστάσεις όχι μόνο με τα λεμφογάγγλια, αλλά και με τα αιμοφόρα αγγεία όχι μόνο συχνά, αλλά και πολύ νωρίς μετά την αρχική του εγκατάσταση. Έτσι, η νόσος γενικεύεται πριν από οποιαδήποτε θεραπεία και οι προϋπάρχοντες καρκινογόνοι παράγοντες εξακολουθούν να δρουν και μετά την εφαρμογή της θεραπείας. Πέρα από αυτά, είναι άγνωστο ποια επίδραση έχουν στην εξέλιξη του καρκίνου:

- Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς που υποβάλλεται σε μαστεκτομή,

- Η συνειδητοποίηση του ότι πάσχει από καρκίνο και
- Η επίδραση της εγχειρητικής καταπόνησης, της ακτινοθεραπείας και των κυτταροστατικών φαρμάκων στους ανοσολογικούς μηχανισμούς του ξενιστή.

2 . Η φύση της θεραπείας: Εκείνο το οποίο δεν έχει γίνει ακόμη κατανοητό είναι ότι οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, με ή χωρίς ακτινοβολία, περιορίζεται απλά και μόνο στην τοπική θεραπεία της νόσου. Τελικά, οι ασθενείς πεθαίνουν από γενικευμένες μεταστάσεις, τις οποίες και οι δύο θεραπευτικές μέθοδοι δεν είναι δυνατόν να παρεμποδίσουν.

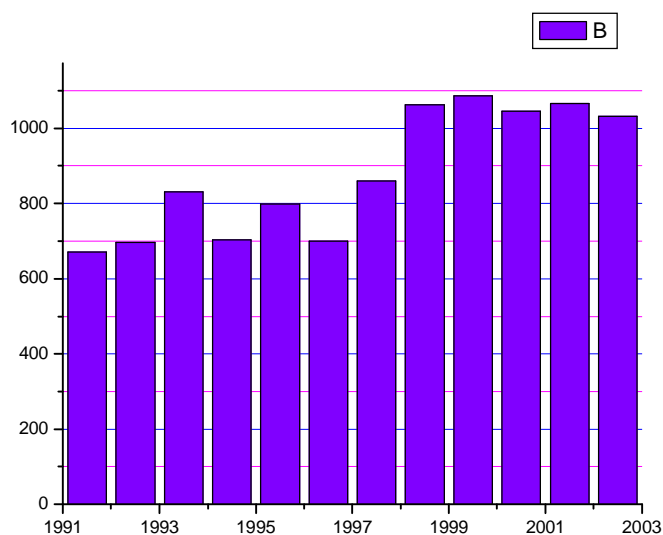
3 . Η ανθρώπινη φύση: Πολλές φορές η μεγάλη επιθυμία του θεράποντος να διασώσει την ασθενή, μεγενθύνει υποσυνείδητα τη θεραπευτική δύναμη της μεθόδου που χρησιμοποιεί. Έτσι ο χειρουργός υπεραμύνεται της χειρουργικής εξαίρεσης και ο ακτινοθεραπευτής της ακτινοθεραπείας. Η φανατική υποστήριξη θεραπευτικών μεθόδων παρεμποδίζει την ψυχραιμη επιστημονική σκέψη.^{3,15}

Για τα έτη 1991- 2002 καταγράφηκε ο αριθμός των γυναικών που χειρουργήθηκαν για αλλοίωση στο μαστό και έγινε στατιστική επεξεργασία των στοιχείων που προέκυψαν.

Ο αριθμός των γυναικών ανά έτος αυξομειώνεται.

Στη Γ΄ Χειρουργική Κλινική Μαστού του Θεαγένειου Α. Ν. Θ. 10500 εισαγωγές ανά 12 ετία 1992 –2002.

(Πίνακας 2)



Εισαγωγές Γ' Χειρουργικής Κλινικής Μαστού Θεαγένειου Α. Ν. Θ.												
Έτη	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Εισαγωγές Χειρουργεία	671	696	831	704	799	701	860	1062	1087	1045	1066	1032

Εισαγωγές Γ' Χειρουργικής Κλινικής Μαστού Θ.

A.N.Θ. 1991-2002

Παρατηρούμε τον προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό των χειρουργηθήσων γυναικών με μικρές αποκλίσεις, ειδικότερα τα έτη 1993,1996.

Τα έτη 2000, 2001, 2002, καταγράφηκαν οι γυναίκες που εισήχθησαν με αλλοίωση μαστού σύμφωνα με την ηλικία τους, αφού έγινε διαχωρισμός σε τρεις ομάδες

A) 20 – 40 ετών, B) 41 – 60 ετών, Γ) 60 + ετών

Το σύνολο των εισαγωγών την 3ετία ήταν 3143 γυναίκες.²¹

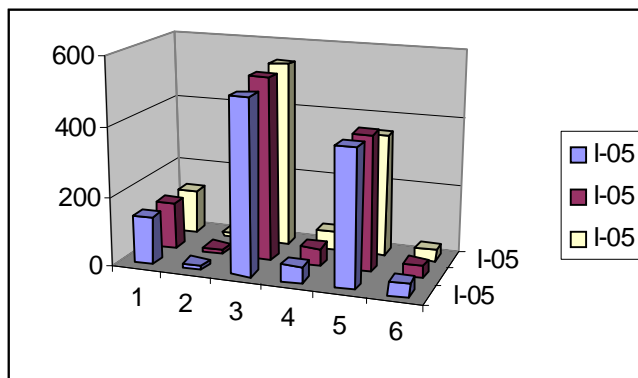
A) 20 – 40 ετών 407 (12,94%)

B) 41 – 60 ετών 1887 (50,49%)

Γ) 60< ετών 1149 (36,55%)

Αλλοίωση του μαστού κατά την ηλικία και το έτος							
Έτη	20-40	%	41-60	%	60+	%	Συν. εισαγωγών
2000	139	13,3	508	48,6	398	38,08	1045
2001	136	12,75	535	50,18	395	37,05	1066
2002	132	12,79	544	52,71	356	34,49	1032
Σύνολο	407	12,94	1587	50,49	1149	36,55	3143

Χειρουργεία του 2000- 2002



Οι συχνότερα εμφανιζόμενες αλλοιώσεις μαστού παρατηρήθηκαν στην β' ομάδα γυναικών ηλικίας 41- 60 ετών (50,49%), στο σύνολο των εισαγωγών της τριετίας



Την ίδια τριετία αξιολογήθηκε το αποτέλεσμα της επέμβασης. Στα 3143 χειρουργεία διαγνώσθηκε καρκίνος του μαστού στις 1149 περιπτώσεις, ποσοστό 36,55%, σημαντικό ποσοστό. Ημέρες νοσηλείας 6,98 κατά μέσο όρο.

Το παρήγορο είναι ότι στο 63,94% των χειρουργείων αποδείχθηκε καλοήθης όγκος.

Συμπέρασμα : Όλες οι αλλοιώσεις του μαστού δεν είναι καρκίνος ²¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική θεραπεία αποβλέπει στην εκρίζωση της πρωτοπαθούς εστίας, όπως και στην αφαίρεση μεταστατικών περιοχών λεμφαδένων.

Οι πιο συχνές χειρουργικές παρεμβάσεις για τον καρκίνο του μαστού είναι οι εξής:

A. Ριζική τροποποιημένη μαστεκτομή (αφαίρεση του μαστού και των λεμφαδένων) διατηρώντας τον μείζονα θωρακικό μυ.

B. Ογκεκτομή (με διατήρηση του μαστού) με εκτομή των μασχαλαίων λεμφαδένων, που συνδυάζεται με ακτινοθεραπεία για ισοδύναμο τοπικό έλεγχο.

Η άμεση ή η καθυστερημένη επανορθωτική αποκατάσταση του μαστού είναι επίσης μια επιλογή για τις γυναίκες που επιλέγουν τελικά τη μαστεκτομή.

Η θεραπευτική επιλογή είναι συχνά δύσκολη και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες πέρα από την προσωπική επιλογή της γυναίκας.

Η ανεπαρκής συζήτηση των μειονεκτημάτων της κάθε θεραπευτικής επιλογής πέρα από τα ποσοστά είναι μια κλινική πραγματικότητα και ο ρόλος του νοσηλευτή για την ορθή συμβουλευτική είναι απαραίτητος.³⁰

Η προεγχειρητική προετοιμασία είναι η ίδια όπως για κάθε ασθενή που οδηγείται στο χειρουργείο. Μετεγχειρητικώς, η ασθενής επιστρέφουσα στο θάλαμο έχει:

- Ε.Φ. έγχυση
- Συσκευή αποχέτευσης του τραύματος
- Επίδεσμο καλύπτοντα τη χειρουργηθείσα περιοχή

- Ο βραχίονας της χειρουργηθείσης είναι ανυψωμένος με μαξιλάρια.

Με βάση τη προτίμηση του γιατρού, η άσκηση του ώμου αρχίζει τη μετεγχειρητική ημέρα ή αργότερα μέχρις ότου αφαιρεθεί η συσκευή παροχετεύσεως του τραύματος.¹⁹

9.2 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο σκοπός της εγχείρησης στην ασθενή με Ca μαστού είναι θεραπευτικός ή περιοριστικός της έκτασης του καρκίνου. Ως αποτέλεσμα της εγχειρητικής παρέμβασης μπορεί να έχουμε κάποια παραμόρφωση ή και την αφαίρεση του μαστού, καταστάσεις που η ασθενής αντιμετωπίζει με φόβο και ιδιαίτερο άγχος. Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα της αρρώστου που πρόκειται να υποστεί μαστεκτομή περιλαμβάνει την ψυχολογική και σωματική προετοιμασία της. Ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους της και να λάβει μέρος ενεργά στη λήψη αποφάσεων που την αφορούν, Για το λόγο αυτό, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχει σχέση με την ανταπόκριση της ασθενούς στην διάγνωση και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η ασθενής είναι πληροφορημένη για τη πιθανή παραμόρφωση ή την αφαίρεση του στήθους ως αποτέλεσμα της εγχείρησης. Στο σύνολο των προβλημάτων της ασθενούς προστίθεται λοιπόν και αυτό της αλλαγής του σωματικού ειδώλου. Μερικές ασθενείς μπορούν να καταλάβουν τις πιθανές επιπλοκές της εγχείρησης και ζητούν πληροφορίες σχετικά με την μετεγχειρητική αποκατάστασή τους, ενώ άλλες δεν έχουν την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης μετά την εγχείρηση.^{3,29,30}

Η ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν τις πληροφορίες σχετικά με τις διαδικασίες της επέμβασης και τα πιθανά αποτελέσματα της, επηρεάζονται από τη σωματική τους κατάσταση. Προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, όπως αναπνευστικά και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατόν να μειώσουν το ενεργειακό επίπεδο της ασθενούς καθώς και τη θέληση και την αυτοσυγκράτησή της, ώστε να αντιμετωπίσει το άγχος της επικείμενης διάγνωσης και θεραπείας.³

Ο νοσηλευτής ενημερώνει την ασθενή για τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί (εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την εγχείρηση, προνάρκωση, μεταφορά στο χειρουργείο, αναισθησία, ανάνηψη).

Κανονίζει ένα ραντεβού με τον πλαστικό χειρουργό εφόσον απαιτηθεί αργότερα επανορθωτική μαστού. Αφιερώνει χρόνο στην οικογένεια, με έμφαση στον σύζυγο όταν η γυναίκα είναι νέα, έγγαμη, ή χωρίς παιδιά, για να λύσει τις απορίες τους και να κατανοήσουν τις συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες της ασθενούς. Συνήθη ερωτήματα από τον σύζυγο είναι αν η γυναίκα μπορεί να κάνει παιδιά, ποια είναι η πρόγνωση, ποια η φροντίδα της γυναίκας του στο σπίτι και αν υπάρχει κίνδυνος κληρονομικότητας. Σημαντικό είναι να ενθαρρύνει το σύζυγο να επιβεβαιώσει στην ασθενή ότι η σεξουαλικότητα, η θηλυκότητα, και η αγάπη των άλλων δεν επηρεάζεται από την εμφάνισή της.³⁰

Η ψυχολογική προετοιμασία για κάθε επέμβαση οποιαδήποτε και αν είναι έχει βασική σημασία. Ιδιαίτερα για επεμβάσεις καρκίνου μαστού που προκαλούν stress, αγωνία και φόβο στη σκέψη της μόνιμης και εμφανούς αναπηρίας της απώλειας του μαστού, καθώς και αίσθημα ανασφάλειας και θανάτου. Το αισθητικό μέρος, η αγωνία πιθανής απόρριψης του συζύγου, η αδυναμία να εκπληρώσει το ρόλο της σαν μητέρα θηλάζοντας το παιδί της κ.τ.λ προκαλούν έντονο ψυχικό

κλωνισμό. Συχνά απαιτούνται μεγάλα αποθέματα ψυχικής δύναμης για να υπερνικήσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες.²⁹

Η νοσηλεύτρια για να μπορέσει να βοηθήσει, αλλά και να ανταποκριθεί η ίδια στο κάλεσμα βοήθειας της ασθενούς, οφείλει να προχωρήσει στη λήψη νοσηλευτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- Ø εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της αντίδρασης αυτής στη διάγνωση και στους σκοπούς της εγχείρησης καθώς και των φόβων και των αβεβαιοτήτων που θα αντιμετωπίσει.
- Ø εκτιμά τις πιθανές επιπλοκές καθώς και τα ειδικά νοσηλευτικά μέτρα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση προεγχειρητικών σωματικών καταστάσεων της ασθενούς, συμπεριλαμβανομένου των παθολογικών εξεργασιών.
- Ø προσδιορίζει τα πιθανά αποτελέσματα, που το συγκεκριμένο είδος εγχείρησης μπορεί να έχει στη λειτουργικότητα του σώματος της ασθενούς και στη διαταραχή του σωματικού ειδώλου.
- Ø παρέχει στην ασθενή πληροφορίες σύμφωνα με την εκτίμηση της ικανότητάς της να καταλάβει και να ανταποκριθεί στη γνώση των θεραπευτικών διαδικασιών.
- Ø εκτιμά το επίπεδο άγχους της ασθενούς σχετικά με τη διάγνωση, την εγχείρηση και τα αποτελέσματά της καθώς και την ανταπόκριση της οικογένειας της ασθενούς στη νόσο.
- Ø προσπαθεί να δημιουργήσει ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, δείχνοντας κατανόηση στις οποιεσδήποτε αντιδράσεις, βοηθώντας την άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της.

Ø διαβεβαιώνεται ότι ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνει κατάλληλα και τη φροντίδα που παρέχεται από το υπόλοιπο προσωπικό υγείας και ότι το σχέδιο φροντίδας είναι κατανοητό και έχει κοινή υποστήριξη.^{3,29}

9.3 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας θα γίνει μετά την διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, τα οποία είναι:

A) Αμφιβολίες για την διάγνωση.

Η υποψία του Ca μαστού δημιουργεί στις περισσότερες γυναίκες πραγματική καρκινοφοβία. Για το λόγο αυτό, πολλές γυναίκες αποφεύγουν την έγκαιρη ιατρική εξέταση, με ολέθρια βεβαίως αποτελέσματα για την υγεία και τη ζωή τους.

Η νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο υποστηρίζει ηθικώς την ασθενή κατά την περίοδο των εξετάσεων, οι οποίες γίνονται πριν από την εγχείρηση. Αναγνωρίζει και δικαιολογεί το φόβο για την διάγνωση, ο οποίος διακατέχει την ασθενή και τις εξηγεί ότι και αν ακόμη επιβεβαιωθεί η ύπαρξη Ca μαστού, μπορεί να γίνει καλά με τα μέσα τα οποία διαθέτει η ιατρική επιστήμη σήμερα. Ενισχύει επίσης η νοσηλεύτρια την πεποίθηση της ασθενούς ότι ο γιατρός, στα χέρια του οποίου βρίσκεται είναι πεπειραμένος και θα εφαρμόσει την ενδεικνυόμενη θεραπεία κατά τον καλύτερο επιστημονικό τρόπο.

B) Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική και σωματική αδυναμία σχετιζόμενα με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τα αποτελέσματα της εγχείρησης και ιδιαίτερα με την αλλαγή του σωματικού ειδώλου.

Η αναπηρία οδηγεί συνήθως στην αυτοϋποτίμηση και στην μειονεκτικότητα γιατί το αίσθημα της προσωπικής αξίας συνδέεται με την αρτιμέλεια και την υγεία. Ο φόβος του ακρωτηριασμού καθίσταται τόσο έντονος, ώστε απαιτούνται αποθέματα ψυχικών δυνάμεων για να υπερνικήσει τις προσωπικές, οικογενειακές και κοινωνικές δυσκολίες της. Η μαστεκτομή επηρεάζει την εκτίμηση της ασθενούς προς τον εαυτό της, την τοποθέτησή της έναντι της ζωής και την επιτυχή εκπλήρωση του επαγγελματικού, οικογενειακού και κοινωνικού προορισμού της.

Η νοσηλεύτρια, για να μειώσει το άγχος, την αγωνία, την αδυναμία, την κατάθλιψη και όλα τα δυσάρεστα συναισθήματα που σχετίζονται με την ιδέα του άγνωστου και της διαταραχής του σωματικού ειδώλου:

- κανονίζει την επίσκεψη της ασθενούς στο χειρουργείο και στο δωμάτιο ανάνηψης.

- εξηγεί στην ασθενή πράγματα που πιθανόν να της δημιουργούν φόβο, τις διαδικασίες που ακολουθούνται και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

- εκτιμά την αντίδραση της ασθενούς στην πληροφόρηση των διαδικασιών.

- παρέχει πληροφορίες και διαβεβαιώσεις, που η ασθενής επιθυμεί και χρειάζεται, για την παραμονή της στο νοσοκομείο, την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και την αναμενόμενη μετεγχειρητική πορεία.

- σχεδιάζει εκπαιδευτικά μαθήματα πάνω σε συγκεκριμένους τομείς με σκοπό την αύξηση της παροχής των πληροφοριών σε κάθε τομέα.

- ενθαρρύνει την ασθενή στην έκφραση των συναισθημάτων της και των φόβων της ακόμη και να κλάψει.

- ενθαρρύνει την ενεργητική συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν την θεραπεία της.

- παρέχει στην ασθενή χρόνο για εκμάθηση (βήχα ή βαθιάς αναπνοής) ή εξάσκηση (ασκήσεις του άκρου).

Γ) Δυσκολία αποδοχής της εγχείρησης.

Ο χρόνος αναμονής της εγχείρησης είναι χρόνος ψυχικής έντασης, άγχους, αγωνίας και ανησυχίας για τη ασθενή. Συνήθως η σωματική νόσος αυξάνει την ψυχική ευαισθησία. Και ορισμένες φορές προκαλεί συναισθηματική κρίση η οποία εκδηλώνεται, ιδιαίτερα όταν απειλείται η σωματική αρτιμέλεια ή επίκειται ο θάνατος.

Είναι γνωστό ότι η ασθενής συνομιλεί με μεγαλύτερη ευκολία με τη νοσηλεύτρια παρά με το γιατρό. Για τον λόγο αυτόν, καλείται η νοσηλεύτρια να βοηθήσει την ασθενή να αντιληφθεί το πρόβλημά της. Δημιουργεί ασφαλές και ενθαρρυντικό περιβάλλον και συντελεί στην ελάττωση της ψυχικής έντασης της ασθενούς και στην ενίσχυση των ψυχικών της δυνάμεων, για να είναι σε θέση να αποδεχθεί με ευκολία την εγχείρηση. Προσπαθεί με υπομονή και αγάπη ή να τη διαβεβαιώσει ότι η εγχείρηση είναι απαραίτητη για τη θεραπεία της και ότι ασφαλώς ο γιατρός θα κάνει ότι είναι καλύτερο για αυτήν.

Σκοπός εξάλλου της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει την ασθενή να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει με θάρρος και ψυχραιμία το είδος της επέμβασης. Η νοσηλεύτρια θα την δια φωτίσει, ώστε να πεισθεί ότι ο μαστός όταν πάσχει, θεωρείται όργανο άχρηστο λειτουργικώς και επιβλαβές για την υγεία της. Επίσης, θα επισημάνει ότι η απώλεια του ενός μαστού είναι η μικρότερη θυσία, την οποία προσφέρει ως αντίτιμο της υγείας της και αυτής ακόμη της ζωής της.

Πρέπει τέλος να τονισθεί ότι ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα της νοσηλεύτριας είναι να χειρίζεται κάθε ασθενή ως ξεχωριστή προσωπικότητα με τους δικούς της φόβους, τις ανησυχίες και τις ελπίδες,

οι οποίες είναι χωριστές από τους φόβους , τις ανησυχίες και τις ελπίδες των άλλων. Η κατανόηση και η προσέγγιση μιας ασθενούς απαιτεί εξ ολοκλήρου προσωπική μεταχείριση και όχι εφαρμογή τυποποιημένων κανόνων.

Δ) Ο φόβος του πόνου και του θανάτου.

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

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

Η νοσηλεύτρια θεωρεί φυσικό το φαινόμενο του φόβου για το θάνατο, τον οποίο δοκιμάζει η ασθενής και τη βεβαιώνει ότι η χειρουργική στην εποχή μας έχει προοδεύσει τόσο, ώστε και στην περίπτωση της το αποτέλεσμα θα είναι άριστο.

Ε) Οικογενειακά προβλήματα.

Η ασθενής ανήκει σε μια οικογένεια και το πρόβλημα της υγείας προκαλεί διαταραχή στην ατμόσφαιρα της οικογενειακής της ζωής. Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να λάβουν τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς κατάλληλη ψυχολογική και συναισθηματική φροντίδα και διδασκαλία. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

- Βοηθάει τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τα αισθήματα της ασθενούς.

- Βοηθάει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματα και τις ανάγκες της στην οικογένεια της.

- Γνωστοποιεί ότι ο θάνατος είτε άμεσος είτε απώτερος, μπορεί να είναι πιθανό αποτέλεσμα.

- Βοηθάει την ασθενή /οικογένεια να επικοινωνήσουν με τον ιερωμένο της εκκλησίας του νοσοκομείου αν το επιθυμούν.

Στ) δυνατότητα μετεγχειρητικής αυτοφροντίδας.

Η ασθενής και η οικογένεια της να χρειαστεί να καθοδηγηθούν σχετικά με την φροντίδα της τομής και τους σημαντικούς περιορισμούς με σκοπό την προαγωγή της γρήγορης ανάρρωσης και την παρεμπόδιση των επιπλοκών. Η νοσηλεύτρια :

- καθοδηγεί την ασθενή να παρακολουθεί τον μαστό της για ενδείξεις φλεγμονής, αιμορραγίας, αιματώματος και να τις αναφέρει αμέσως στο γιατρό.

- διδάσκει στην ασθενή συγκεκριμένες τεχνικές φροντίδας της περιοχής.

- διδάσκει την κατά στάδια αύξηση των δραστηριοτήτων. Η ασθενής είναι δυνατόν να προχωρήσει στις δουλειές του σπιτιού 3- 4 εβδομάδες μετά την εγχείρηση.

- την συμβουλεύει να αποφεύγει οποιονδήποτε τραυματισμό στην περιοχή του μαστού.

- συμβουλεύει την ασθενή να αποφεύγει τις έντονες αθλητικές δραστηριότητες για 6-8 εβδομάδες μετά την εγχείρηση

- η νοσηλεύτρια προσέχει ιδιαίτερα την ασθενή για σημεία κατάθλιψης τα οποία οφείλονται στη δυσαρέσκεια των αποτελεσμάτων.³

9.4 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

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

- A. διαπίστωση των φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
- B. εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζετε να γίνει ριζική μαστεκτομή.
- Γ. χορήγηση ηρεμιστικών (με εντολή γιατρού) για να μειωθούν οι ανησυχίες της ασθενούς.

Την παραμονή της εγχείρησης:

- ✓ Λαμβάνεται αίμα για καθορισμό της ομάδας και γίνεται διασταύρωση για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση, αν χρειαστεί.
- ✓ Γίνεται ευπρεπισμός του εγχειρητικού πεδίου και του αντίστοιχου μηρού για τυχόν λήψη δερματικού μοσχεύματος ακολουθεί λουτρό καθαριότητας.
- ✓ Χορηγούνται ηπατικά φάρμακα ή γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός για την κένωση του εντέρου για τους γνωστούς λόγους.
- ✓ Δίνεται ελαφρό γεύμα κατά το δείπνο και, κατόπιν ιατρικής οδηγίας, υπνωτικό φάρμακο για την εξασφάλιση καλού ύπνου.

Κατά την ημέρα της επέμβασης:

- ✓ Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία της ασθενούς.

- ✓ Επί πυρετού, ενημερώνεται ο χειρουργός.
- ✓ Συνιστάται στην ασθενή η κένωση της κύστης.
- ✓ Αφαιρούνται τα κοσμήματα και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες και φυλάσσονται από την προϊσταμένη.
- ✓ Τοποθετείται ταυτότητα χειρός με το ονοματεπώνυμο και τα στοιχεία της ασθενούς.
- ✓ Η ασθενής φοράει τα ρούχα του χειρουργείου.
- ✓ Η ασθενής τοποθετείται στο φορείο και οδηγείται στο χειρουργείο με ολόκληρο το φάκελό της (ιατρικό και νοσηλευτικό).^{3,30,32,33}

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

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

- ✓ αποδέχεται την αναπηρία της και δεν θεωρεί ότι υποβιβάζει την αξία της ως άτομο.
- ✓ είναι αποφασισμένη να ζήσει με την αναπηρία της, υπερβαίνοντας την σωματική αδυναμία με την ψυχική καλλιέργεια.

- ✓ πιστεύει ότι η ζωή της θα συνεχιστεί και μετά τη μαστεκτομή να έχει νόημα και σκοπό, γιατί θα διαθέτει πολλές δυνατότητες και ικανότητες.
- ✓ δίνει πρωτεύουσα θέση στα πνευματικά και ηθικά χαρίσματα και δευτερεύουσα στη σωματική αρτιότητα.
- ✓ προχωρεί στο χειρουργείο με την καλύτερη σωματική προεγχειρητική ετοιμασία, με αισιοδοξία και ελπίδα και με εμπιστοσύνη στο χειρουργό και στη νοσηλεύτρια του χειρουργείου για την επιτυχή εκτέλεση της εγχείρησης.³

9.5 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

Η πλειονότητα των σωματικών ενοχλημάτων σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για Ca μαστού οφείλεται στην εκτομή των μασχαλαίων λεμφαδένων. Η νοσηλεύτρια μετά από αξιολόγηση και εκτίμηση των αναγκών και των προβλημάτων της ασθενούς, προβαίνει σε υπεύθυνη παρέμβαση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την πρόληψη / αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών επιπλοκών. Τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει η ασθενής μετά την επέμβαση είναι η αδυναμία

αυτοεξυπηρέτησης, οι διαταραχές αντίληψης του εαυτού και η εμφάνιση των επιπλοκών.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν πάντα ως αποτέλεσμα την εμφάνιση πόνου. Στη μαστεκτομή, ο πόνος οφείλεται στη χειρουργική τομή, λόγω της τοποθέτησης του επιδεσμικού υλικού, των ορών και των συσκευών παροχεύσεως. Επίσης ο μαστός είναι όργανο με μεγάλη αγγείωση και για το λόγο αυτό οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμοραγίας.^{3,31}

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Παραλαβή και τοποθέτηση της αρρώστου σε ύπτια θέση, μέχρι να συνέλθει από τη νάρκωση και κατόπιν ημικαθιστή για τη διευκόλυνση της καλής αναπνοής και οξυγόνωσης των πνευμόνων.^{29,32}

- Λήψη και εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για την διαπίστωση του shock και της αιμορραγίας.

- Υποστήριξη της χειρουργημένης πλευράς του θώρακα με μαξιλάρια. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο (ανάλογα με το σύστημα της κλινικής και τον τύπο της επέμβασης) τοποθετείται σε ανάρροπη θέση με ελαφρά κάμψη σε μαξιλάρια διότι η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.

- Έλεγχος του επιδεσμικού υλικού για πιθανή αιμορραγία, ιδιαίτερα κάτω από την μασχάλη και στη ράχη, διότι μπορεί μπροστά να είναι καθαρό το επιδεσμικό υλικό και το αίμα λόγω βαρύτητας να πάει προς τα πίσω.

- Σύσταση για βαθιές αναπνοές για την πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.^{29,31,32}

- Έγκαιρη έγερση για τη πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και διευκόλυνση της κινητοποίησης του εντέρου. Η κατάκλιση παρατείνεται όταν υπάρχει τραύμα στο μηρό σε περίπτωση λήψης κρημονού για πλαστική.

- Ελέγχει τις συσκευές παροχέτευσης του τραύματος (αναρροφητική συσκευή Hemovac). Η αναρρόφηση γίνεται με τη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή για αυτό και πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών από τη συσκευή ελέγχονται και αναγράφονται καθημερινά μια και θα χρησιμεύσουν στο χειρουργό ως κριτήριο για το χρόνο αφαίρεσης της παροχέτευσης. Όταν τα παροχετευόμενα υγρά είναι 50-100cc με αιματηρή σύσταση το πρώτο 24ωρο μετεγχειρητικώς, το αναφέρει αμέσως στο γιατρό.

- Χορηγούνται με εντολή γιατρού αναλγητικά και παρακολουθούμε /εκτιμούμε τα επιθυμητά ή ανεπιθύμητα αποτελέσματά τους (ο πόνος λόγω της τομής διαρκεί για 1-2 εβδομάδες, αλλά ορισμένες ασθενείς έχουν διαρκεί πόνο και παραισθησία της σύστοιχης με την μαστεκτομή πλευράς, για μεγαλύτερο διάστημα).

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

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

- Τη συμβουλεύει να κοιμάται ανάσκελα όσο είναι δυνατόν.

- Προσπάθεια από τη νοσηλεύτρια να βοηθάει τη άρρωστη προοδευτικά να εξοικειωθεί με την αναπηρία της. Αρχικά στις πρώτες

αλλαγές ίσως η άρρωστη αδυνατεί να αντισταθεί στο τραύμα. Γι' αυτό η αφαίρεση των μαξιλαριών και το κατέβασμα του ερεισίνωτου κατά την αλλαγή είναι βοηθητικό μέσο ώστε το τραύμα να είναι σχεδόν αθέατο. Σωστό και ασφαλές για την άρρωστη είναι πριν φύγει από το νοσοκομείο να δει το τραύμα της και βαθμιαία να αρχίσει να εξοικειώνεται με αυτό.

- Λόγω του πόνου και της πιεστικής επίδρασης του τραύματος και ορισμένες φορές και του σύστοιχου βραχίονα επί του θώρακος, η ασθενής αναπνέει επιπόλαια και αποφεύγει να δείξει για να αποβάλλει πτύελα. Κινδυνεύει έτσι όμως να πάθει υποστατική πνευμονία. Η νοσηλεύτρια τη διδάσκει πώς να αναπνέει και να βήχει, ιδιαίτερα μετά τη χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.

- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου . Ο ύπνος στις περιπτώσεις αυτές επηρεάζεται από τον πόνο λόγω της έκτασης του τραύματος, την περίδραση του θώρακος, όταν ακινητοποιείται και ο βραχίονας, από την περιορισμένη θέση στην κλίνη, αλλά και την ψυχολογική υπερένταση. Γι' αυτό οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν όλοι τα γνωστά μέσα για να δημιουργήσουν ευνοϊκές προϋποθέσεις ύπνου, όπως ελάττωση θορύβων, φωτός, αναπαυτική θέση και τακτοποίηση μαξιλαριών, παυσίπονα αν πονάει σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

- Παρακολουθεί την ενδοφλέβια χορήγηση ορών για την εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και για την θερμιδική κάλυψη. Παρατηρεί επίσης το ποσό των ούρων για εμφάνιση ολιγουρίας.

- Εκτιμά αλλαγές του διανοητικού επιπέδου της ασθενούς (π.χ. σύγχυση, ευερεθιστότητα, μειωμένο επίπεδο συνείδησης), οι οποίες είναι δυνατό να υποδεικνύουν μειωμένη παροχή αίματος στον εγκέφαλο.

- Ενημερώνει το γιατρό για σημεία αιμορραγίας και προετοιμάζεται για μετάγγιση αίματος.

- Φροντίδα για καλή διατροφή. Μετά το πρώτο ή και το δεύτερο 24ώρο, οι ορροί αφαιρούνται και προοδευτικά αλλά σύντομα αρχίζει κανονική διατροφή, με άφθονο λεύκωμα για τη διευκόλυνση της επούλωσης του τραύματος, υγρά για καλή διούρηση και τροφές με υπόλειμμα για την καλή λειτουργία του εντέρου για δυσκοιλιότητα . Η αδυναμία της άρρωστης να χρησιμοποιήσει το ένα χέρι ελεύθερο λόγω της επέμβασης ή και της ακινησίας του βραχιονά της αποτελεί πρόβλημα. Έχει ανάγκη βοήθειας, όπως καθάρισμα του φρούτου, κόψιμο κρέατος κτλ ώστε να μπορεί να φάει με το ένα χέρι.^{3,29,31,32}

9.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Στην εγχειρητική αντιμετώπιση του Ca μαστού παρατηρούνται επιπλοκές που διακρίνονται, σε εγχειρητικές, πρώιμες μετεγχειρητικές και όψιμες μετεγχειρητικές.

ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ

1 . Αιμορραγία: Απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος σπάνια παρατηρείται στις μαστεκτομές. Η χρησιμοποίηση ηλεκτροκαυστήρα για την απολίνωση των μικρών αγγείων και η προσεκτική απολίνωση με λεπτά ράμματα των μεγάλων, προστατεύουν την άρρωστη από την απώλεια αίματος. **Προσοχή** απαιτείται στην παρασκευή της μασχάλης, για να μην τρωθεί ή κοπεί η υποκλείδια φλέβα. Η υποκλείδια αρτηρία δεν προσφέρεται για κάκωση και σε χέρια πρωτόπειρου χειρουργού. Επίσης προσοχή απαιτείται στις ριζικές μαστεκτομίες οι διατριτώντες κλάδοι των μεσοπλεύριων αρτηριών. Αυτοί οι κλάδοι αιμορραγούν περισσότερο.²²

2. Διατομή νεύρων: Πρέπει κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας να καταβάλλεται προσπάθεια να μην κοπούν τα θωρακορραχιαία νεύρα, όπως και το μακρό θωρακικό νεύρο ή νεύρο του Bell, γιατί η ωμοπλάτη θα μοιάζει με φτερούγα και η απαγωγή του ώμου θα είναι δύσκολη. Επίσης θα σεβαστούμε το υποπλάτιο νεύρο, που μαζί με τα αγγεία πορεύεται πάνω στην πρόσθια επιφάνεια του υποπλάτιου μυ. Επιβάλλεται η άμεση μετεγχειρητική έναρξη φυσιοθεραπείας μόλις οι δερματικοί κρημνοί κολλήσουν στο θωρακικό τοίχωμα.^{15,22}

3. Πνευμοθώρακας: Σε σπάνιες περιπτώσεις κατά την εκτέλεση ριζικής μαστεκτομίας είναι δυνατό να τραυματίσουμε τους μεσοπλεύριους μυς και τον υπεζωκότα και να προκαλέσουμε πνευμοθώρακα. Τέτοια επιπλοκή συμβαίνει τις περισσότερες φορές, κατά τον καθαρισμό της υποκλείδιας χώρας.

4. Έλλειψη δέρματος: Αν εξαιρεθεί περισσότερο δέρμα από το απαιτούμενο, είναι δυνατό οι δύο δερματικοί κρημνοί να μην έρχονται σε επαφή, για να ραφτούν, ή να έρχονται με τάση, που βοηθάει στη διάσπαση του τραύματος και στη σύγκλισή του κατά δεύτερο σκοπό. Αυτό προσλαβαίνεται, όταν, πριν από την εγχείρηση, με ειδικό μολύβι, χαράζουμε στο δέρμα τα όρια της τομής. Πολύ σπάνια, ιδιαίτερα σε ριζικές επεμβάσεις, αναγκαζόμαστε να χρησιμοποιήσουμε μόσχευμα άλλης περιοχής.²²

ΠΡΩΙΜΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ

1. Επιμόλυνση τραύματος: αυτή αποτελεί τη συχνότερη μετεγχειρητική επιπλοκή. Η συχνότητά της φτάνει το 8%. Όταν, όμως, έχει προηγηθεί ιστοληψία του μαστού 5-7 ημέρες πριν από την εγχείρηση, τότε δυνατό να φτάσει το 20%. Υπεύθυνοι μικροβιακοί παράγοντες για την επιμόλυνση του τραύματος είναι ο σταφυλόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος. Άλλοι παράγοντες, που συμβάλλουν στην επιμόλυνση είναι η γενική κατάσταση της άρρωστης (σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία), οι συνθήκες αντισηψίας του χειρουργείου, ο σχηματισμός

αιματώματος, η κακή παροχέτευση του τραύματος κτλ. Η επιμόλυνση του τραύματος αποφεύγεται με την καλή προετοιμασία του δέρματος, με την χρησιμοποίηση νυστεριού και όχι ψαλιδιού, για την εκτομή της βλάβης, γιατί το νυστέρι αφήνει ομαλά τραυματικά χείλη, και γενικά με την καλή τεχνική.²²

2. Αιμάτωμα. Το αιμάτωμα αποφεύγεται με τη χρησιμοποίηση ηλεκτροκαυστήρα για την καλή αιμόσταση και την εφαρμογή παροχέτευσης, όταν κρίνεται απαραίτητη. Η εφαρμογή πιεστικού επιδέσμου δεν αποτρέπει πάντα το σχηματισμό αιματώματος. Επιβάλλεται η περιορισμένη διάνοιξη, η καλή παροχέτευση και κατόπιν η πιεστική επίδεση.^{11,17}

3. Ορώδης συλλογή: Είναι δυνατό στο χώρο, που εγκατέλειψε η εξαίρεση του μαστού, να σχηματισθεί ορώδης συλλογή. Αυτό συμβαίνει, γιατί κόπηκαν αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία και ο χώρος δεν παροχετεύτηκε καλά. Για την αποφυγή τέτοιας συλλογής, που η συχνότητά της φτάνει το 40% στις ριζικές μαστεκτομίες και το 30% στις απλές, βοηθάει η τοποθέτηση υποδορίων ραμμάτων στο τραύμα και η καλή του παροχέτευση. Η ορώδης συλλογή αντιμετωπίζεται με παρακέντηση και αναρρόφηση. Μερικές φορές οι παρακεντήσεις πρέπει να είναι συχνές.^{15,22}

4. Νέκρωση: Η νέκρωση παρατηρείται στους κρημούς του δέρματος από κακή αιμάτωσή τους ή κακή συρραφή τους ή συρραφή τους με μεγάλη τάση. Στην εποχή μας τέτοια επιπλοκή είναι σπάνια, γιατί δεν αποψιλώνονται οι δερματικοί κρημοί, όπως παλιότερα.²²

5. Δυσμορφία: Η δυσμορφία του τραύματος, τις περισσότερες φορές, είναι αποτέλεσμα κακής συρραφής του ή νέκρωσης των δερματικών κρημών. Αυτή εμφανίζεται συχνότερα σε κάθετες ή λοξές τομές. Στις εγκάρσιες τέτοιες σπάνια παρατηρείται. Μπορεί, όμως, σ' αυτές να σχηματισθεί στη μασχालιαία άκρη της τομής μικρή προεξοχή του δέρματος, που μοιάζει με μικρό αφτί. Αυτό

σχηματίζεται, γιατί δεν συμπλησιάστηκαν κατάλληλα τα τραυματικά χείλη την ώρα της συρραφής τους. Μπορούμε να το διορθώσουμε.²²

ΟΨΙΜΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ

1. Λεμφοίδημα : Σοβαρή όψιμη μετεγχειρητική επιπλοκή αποτελεί η ανάπτυξη πρωτεΐνη λεμφοιδήματος, που σπάνια είναι τέτοιο, ώστε να προκαλεί αναπηρία στην άρρωση. Το λεμφοίδημα σχηματίζεται από την ανάπτυξη υγρού, πλούσιου σε πρωτεΐνες, που διηθεί το δέρμα, τον υποδόριο ιστό και φτάνει ως την περιτονία. Η συχνότητα του όψιμου λεμφοιδήματος φτάνει το 30 % στις ριζικές μαστεκτομίες και στο 9% στις απλές. Συχνότερα εμφανίζεται μετά ακτινοθεραπεία. Ο χρόνος εμφάνισης του λεμφοιδήματος κυμαίνεται ανάμεσα στους 2-4 μήνες από την εγχείρηση. Είναι, όμως, δυνατό να εμφανιστεί και ύστερα από 1-2 εβδομάδες, όπως και ύστερα από χρόνια. Λεμφοίδημα προκαλεί και η τοπική υποτροπή του καρκίνου. Γι' αυτό ο χειρουργός πρέπει να την αναζητήσει με ψηλάφηση της μασχάλης και υποκλείδιας χώρας. Στη συχνότητα σχηματισμού λεμφοιδήματος συμβάλλει και η φλεγμονή της τομής, ακόμα και η παρακέντηση φλέβας, που βρίσκεται στο σύστοιχο χέρι. Η σοβαρότερη επιπλοκή του λεμφοιδήματος είναι η εξέλιξη του σε λεμφαγγειοσάρκωμα. Αυτή εμφανίζεται σε συχνότητα 10% μετά 10ετία από τη μαστεκτομία.^{22,23}

2. Παράλυση μυών: Αυτή συμβαίνει πολύ σπάνια και οφείλεται σε κάκωση νευρικών στελεχών.

3. Πίεση νεύρων στην περιοχή του βραχιονίου πλέγματος ή στον καρπιαίο σωλήνα, που προκαλεί πόνο στο βραχίονα.

Συνηθισμένες είναι και οι επιπλοκές της ακτινοθεραπείας όπως το ερύθημα, η υπέρχρωση του δέρματος και η πνευμονίτιδα που εμφανίζεται σε συχνότητα 10% ύστερα από 6-12 εβδομάδες από την ακτινοθεραπεία. Αυτή, τις περισσότερες φορές,

υποχωρεί εύκολα, αλλά αφήνει πνευμονική πύκνωση. Τέλος, σπάνια, μετά 10-20 χρόνια από την ακτινοθεραπεία, δυνατό να εμφανιστεί καρκίνος του δέρματος ή του οισοφάγου.²²

Επιπλοκές

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

- Εξαγγείωση ορού. Είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή και παρατηρείται κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδας. Βέβαια, οι τοποθετούμενες κατά την εγχείρηση παροχετεύσεις εμποδίζουν την συσσώρευση υγρών. Η τοποθέτηση παγοκύστης στο μαστό κάνει την ασθενή να αισθάνεται πιο άνετα. Επίσης ενδείκνυται και η ακινητοποίηση του μαστού και η μειωμένη δραστηριότητα γενικά.
- Αιμάτωμα. Συμβαίνει σε ποσοστό 20% και λιγότερο των ασθενών.
- Φλεγμονή. Δεν συμβαίνει συχνά, αλλά είναι η κυρία αιτία αφαίρεσης της προσθήκης η οποία επανατοποθετείται 4-6 μήνες μετά. Η νοσηλεύτρια ελέγχει την ασθενή για εμφάνιση σημείων φλεγμονής, όπως πυρετός, πόνο ή ευερεθιστότητα, τοπική αύξηση θερμοκρασίας του μαστού ή εμφάνιση πυώδους υγρού από την τομή.
- Μη επούλωση της τομής. Στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται με εκτομή του νεκρωμένου δέρματος και επανασυρραφή των χειλέων της τομής.
- Ανάπτυξη ινωδών στοιχείων σφαιρικά γύρω από την προσθήκη. Η προσθήκη γίνεται σκληρή και στην αίσθηση και στην αφή και δυσανασχετεί την ασθενή.³

Κατάθλιψη

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

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

9.7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΟΡΓΑΝΑ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- ✚ Α. Στα οστά. Εμφανίζονται οστικοί πόνοι, παθολογικά κατάγματα, δυσκολία στην βάδιση και γίνεται εμφανής η απογοήτευση εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας. Η νοσηλεύτρια βοηθάει στην ανακούφιση του πόνου με ακτινοθεραπεία , ναρκωτικά ή αναλγητικά και ηρεμιστικά. Επίσης παρεμβαίνει στην πρόληψη καταγμάτων της σπονδυλικής στήλης και ακινητοποίηση καταγμάτων αν συμβούν. Η άρρωστη συμβουλεύεται να αποφεύγει τις απότομες κινήσεις, να μην σηκώνει βαριά αντικείμενα, να μην γυρίζει και να μην πέφτει απότομα στο κρεβάτι.
- ✚ Στους πνεύμονες. Παρατηρείται πόνος, δυσφορία και δύσπνοια. Για την ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια γίνεται

παρακέντηση θώρακα που προκαλεί προσωρινή ανακούφιση και πιθανόν να επαναληφθεί. Επίσης χορηγείται οξυγόνο.

✚ Στο ήπαρ εμφανίζεται ασκητής, δυσφορία, δύσπνοια, ναυτία, έμετοι, κοιλιακοί πόνοι, ανορεξία και απώλεια βάρους. Για την ανακούφιση από την δυσφορία και την δύσπνοια γίνεται παρακέντηση κοιλίας. Διατηρούμε την ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών, χορηγούμε διουρητικά, δίνουμε μικρά και συχνά γεύματα και σε περίπτωση που η άρρωστη αδυνατεί να φάει δίνεται τεχνητή διατροφή μέσω γαστρονομίας ή πλήρης παρεντερική διατροφή.

✚ Στον εγκέφαλο. Παρουσιάζεται σύγχυση, διαταραχή της ισορροπίας του σώματος, σπασμοί και παράλυση καθώς και διαταραχές της όρασης. Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει άνεση, παρεμβαίνει στην πρόληψη τραυματισμού από πτώση ή πρόκληση βλάβης κατά την διάρκεια των σπασμών. Επίσης παρακολουθεί τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, εξασφαλίζει επαρκές διαίτα και παρέχει υγιεινή φροντίδα του σώματος.^{31,32}

✚ Στη καρδιά: 1) καρδιακός επιπωματισμός, όπου η καρδιά συμπιέζεται λόγω αυξημένης ενδοπερικαρδιακής p. Η αυξημένη p εμποδίζει τη λειτουργία της καρδιάς σαν αντλία και αν η κατάσταση αυτή δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα οδηγεί στον θάνατο. 2) σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας, όπου η συμπίεση της άνω κοίλης φλέβας από χωροκατακτητική εξεργασία και συνηθέστερα από καρκίνο του μαστού εμποδίζει τη φυσιολογική ροή του αίματος με αποτέλεσμα να προκύπτει το σύνδρομο αυτό.

9.8. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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.

Καθώς το λεμφοίδημα δεν θεραπεύεται στόχος μας είναι να πετύχουμε μεγαλύτερη κατά το δυνατό βελτίωση και μακροπρόθεσμο έλεγχο. Όσο πιο έγκαιρα αρχίσει η αντιμετώπισή του τόσο πιο εύκολα θα πετύχουμε ένα καλό αποτέλεσμα. Η θεραπεία του περιλαμβάνει

1. Ενημέρωση και εκπαίδευση του ασθενούς
2. Φροντίδα του δέρματος
3. Μασάζ
4. Επιδέσεις – ειδικά μανίκια

Η ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται μετά από μία μαστεκτομή και να της εξηγείται με απλό τρόπο η λειτουργία το λεμφικού συστήματος και οι αιτίες ανάπτυξης λεμφοιδήματος. Το χρόνιο λεμφοίδημα δημιουργεί όπως είπαμε αλλαγές στο δέρμα και στους ιστούς, ενώ η πρωτεΐνη της λέμφου προκαλεί ίνωση και λέπτυνση του δέρματος το οποίο τεντώνει και γίνεται ξηρό. 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 οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει ερεθισμό.

Η άσκηση και γενικά η κίνηση του λεμφοϊδηματικού μέλους έχει ζωτική σημασία για την επίτευξη μιας καλής λεμφικής κινητικότητας. Η φυσιολογική χρησιμοποίηση πρέπει για αυτό το 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 πάντα το μασάζ από μία φυσιολογική σε λεμφική λειτουργία περιοχή και βαθμιαία προχωράμε στην λεμφοϊδηματική περιοχή.

Η χρησιμοποίηση των ειδικών μανικιών δίνει σημαντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του λεμφοϊδήματος. Κάθε βελτίωση που προκαλείται με το μασάζ, τις ασκήσεις ή την επίδεση χάνεται αν η ασθενής δεν φορά συστηματικό μανίκι.

Το λεμφικό υγρό είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες και αυτό προκαλεί ίνωση. Η θεραπεία του απαιτεί υψηλή πίεση του μέλους και αυτό επιτυγχάνεται μόνο με επίδεση. Σε περίπτωση λεμφόρροιας η επίδεση πρέπει να γίνεται τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα και οι επίδεσμοι πρέπει να αλλάζονται μόλις βραχούν.

Μετά από 48 ώρες λεμφόρροιας συνήθως αποκαθίσταται το πρόβλημα και μπορούμε να συνεχίσουμε τη φροντίδα με τη χρήση ειδικών μανικιών .^{35, 40, 41}

9.9 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΚΑΙ **ΠΡΟΛΗΨΗ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ**

Η νοσηλεύτρια τηρεί αυστηρά τις αρχές άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές του τραύματος, αν υπάρχει, της μαστεκτομής και του μηρού. Η φροντίδα περιλαμβάνει:

- Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση, εξαιτίας της κάκωσης νεύρων.
- Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάο για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος (γίνεται με έγκριση του γιατρού)^{3,31,32}

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

- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς κάθε 4 ώρες και εκτιμά τα σημεία όπου υποδηλώνουν φλεγμονή (π.χ. αύξηση θερμοκρασίας).
- Παρατηρεί την τομή για τοπική αύξηση της θερμότητας, οίδημα, εμφάνιση πύου. Καταγράφει και αναφέρει αυτά αμέσως στο γιατρό
- Ελέγχει το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή.
- Σημειώνει και αναφέρει παράπονα της ασθενούς για έντονο πόνο στο στήθος ή ευαισθησία.³

9.10. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα κοινωνικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται από τον κόσμο όπως αντιμετωπιζόταν παλαιότερα η φυματίωση. Θεωρείται από πολλούς ότι ο καρκινοπαθής δεν έχει πια κανένα μέλλον και ότι παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο για να ταλαιπωρείται και να ταλαιπωρεί. Η έλλειψη εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας για την ανακούφιση του πόνου θεωρείται ως ένα από τα κυριότερα εμπόδια της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του. Επίσης είναι εμφανής η ελλιπής διδασκαλία του πόνου στην βασική προπτυχιακή εκπαίδευση. Ευρήματα μελετών υποστηρίζουν ότι η επανεκπαίδευση των νοσηλευτών βελτιώνει τις γνώσεις και στάσεις τους και προάγει την χρήση της διαθέσιμης γνώσης στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.^{33,34}

Ερευνητικές μελέτες έδειξαν ότι ποσοστό πάνω από 77% ασθενών με προχωρημένη νόσο ανέφεραν πόνο ισχυρής έντασης και ποσοστό 70% έως 85% βίωναν περισσότερα από ένα σύνδρομα πόνου. Ο καρκινικός πόνος αναγνωρίζεται ως οικουμενική έκτακτη ανάγκη. Ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησής τους επιδρά στο τρόπο ζωής, στην κινητικότητα, στον ύπνο και επηρεάζει την όλη ποιότητα ζωής ασθενών και οικογενειακού περιβάλλοντος. Η αντιμετώπισή του, παρά τις επίμονες προσπάθειες του Π.Ο.Υ. και πολλών αγκολογικών εταιρειών, παραμένει ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα στο

χώρο της ογκολογίας. Ανεξάρτητα από το χώρο όπου βρίσκονται οι αλγούντες πάσχοντες από καρκίνο (νοσοκομείο- κοινότητα) οι νοσηλευτές κατέχουν τον πλέον ζωτικό ρόλο στην ανακούφισή του, και γιατί δαπανούν περισσότερο χρόνο από κάθε άλλη ομάδα επιστημόνων υγείας κοντά στον ασθενή.³³

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι κλινικοί νοσηλευτές είναι συνυπεύθυνοι για την αντιμετώπιση του πόνου. Οι σημαντικότεροι ρόλοι που τους αποδίδονται είναι ως συνήγορος του ασθενούς που αποτελεί κριτικό παράγοντα ικανοποιητικής ανακούφισης, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες όπου αμφισβητείται το παράπονο πόνου του ασθενή και ως συνδετικό κρίκο επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς, οικογενείας και μελών υγειονομικής ομάδος.³⁶

Οι νοσηλευτές καλούνται να παίξουν σημαντικό ρόλο, μαζί με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, να βοηθήσουν τον καρκινοπαθή να ξεπεράσει τα σοβαρά ψυχολογικά κυρίως και άλλα προβλήματα που προκαλεί η φύση της πάθησής του και να διατηρήσει όλες τις ηθικές και σωματικές δυνάμεις του στο ακέραιο, έτσι ώστε να είναι σε θέση να δεχθεί οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή του ορισθεί και να συντελέσει στην επιτυχία της. Οι νοσηλευτές πρέπει να δώσουν θάρρος, ελπίδα για να παλέψει για καλύτερη ποιότητα ζωής. Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα: «πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την φύση και την σοβαρότητα της πάθησης του ;» Στην λήψη μιας τόσο δύσκολης απόφασης όσο αυτή , θα παίξουν ρόλο πολλοί και διάφοροι παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο) και θα αποφασισθεί σε

συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον.³⁴

Κάποιες νοσηλευτικές ενέργειες θεωρούνται:

- Η συνεχής αξιολόγηση του πόνου και καταγραφή των παρατηρήσεων.

- Η πληροφόρηση και εκπαίδευση αρρώστων και οικογενειακού περιβάλλοντος για τις εσφαλμένες αντιλήψεις περί οπιοειδών, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, τον τρόπο δράσης της αναλγητικής θεραπείας και τις τεχνικές αυτοέλεγχου πόνου.

- Την υποστήριξη των ήδη αποδεδειγμένων αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την ανακούφιση του πόνου του συγκεκριμένου αρρώστου.

- Την ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων ενεργειών.

- Την συνεχή εκτίμηση και αναφορά του αναλγητικού αποτελέσματος.

- Ο πόνος στον καρκίνο αντιμετωπίζεται με την χορήγηση παυσίπονων. Την ένταση του πόνου την επηρεάζει όμως και το άγχος και το στρες. Γι' αυτό οι νοσηλευτές πρέπει να καταβάλλουν προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων.

Οι σημερινές προσπάθειες αντιμετώπισης άλγους στον καρκίνο στον ελλαδικό χώρο έχουν βελτιώσει σημαντικά την ανακούφιση των αλγούντων ασθενών με καρκίνο αλλά σίγουρα δεν καλύπτουν επαρκώς τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του συνόλου των πασχόντων και ιδιαίτερα των ασθενών τελικού στάδιου.^{34,35}

9.11. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ **ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Ένα από τα περισσότερα συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη της οικογένειας και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο ότι δεν ξέρουν τι να πουν. Πολλές οικογένειες υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια. Έτσι, αποτυγχάνουν να δώσουν στην ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται. Συχνά, τα μέλη της οικογένειας, ενώ βρίσκονται γύρω από την ασθενή, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή της. Σαν απάντηση η ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια ώστε να προστατέψει την οικογένεια της. Η ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένεια της και τις ανησυχίες τους και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς. Ακόμη, δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο το χρόνο τους στην ασθενή. Χρειάζονται χρόνο μακριά της για να φύγουν από την συνεχή ένταση που δημιουργεί η νόσος, η φροντίδα της ασθενούς, οι νέες ευθύνες και ρόλοι. Έτσι στην περίπτωση που η μητέρα είναι η ασθενής, ο πατέρας πρέπει να διαθέτει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο ή απλώς να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχική ισορροπία που χρειάζεται, για να αντιμετωπίσει, τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και οι συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου. Οι άνδρες μπορεί να σταθούν σεξουαλικά

απαθείς για ένα διάστημα ή οι γυναίκες να αποτύχουν να νιώσουν ερωτική επιθυμία.³

9.12. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα παιδιά συχνά νιώθουν ανασφάλεια, όταν βρίσκουν μια διαφορετική για παράδειγμα μητέρα, αδύναμη και πλυμένη. Άλλα παιδιά τραυματίζονται ψυχικά με τις επισκέψεις στο νοσοκομείο, άλλα αισθάνονται ενοχή, καθώς φαντάζονται ότι αυτά έφταιξαν για την αρρώστια της μητέρας τους. Και οι δυο γονείς πρέπει να αποφασίσουν μαζί, πως θα πληροφορήσουν τα παιδιά για την νοσηλεία και την νόσο της μητέρας τους. Στα παιδιά λοιπόν πρέπει να εξηγηθεί ότι η μητέρα τους είχε παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο για ένα θέμα υγείας και η μητέρα μπορεί να τους ζητήσει να την βοηθήσουν να ξαναβρεί τον εαυτό της. Με το αν απαντηθούν ειλικρινά οι ερωτήσεις που θα θέσουν τα παιδιά, βοηθούνται στο να διαλυθούν οι φόβοι τους. Ότι έχουν φανταστεί τα παιδιά συχνά είναι χειρότερο από την πραγματικότητα. Μερικά παιδιά ανήσυχα και αγχώδη, με το να κάνουν ερωτήσεις και να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, αποσύρονται και εμφανίζονται σαν να μην ενδιαφέρονται. Στην πραγματικότητα ενδιαφέρονται, αλλά χρειάζονται βοήθεια, ώστε να αρχίσει μια επικοινωνία. Έτσι, η περιέργεια ενός παιδιού πρέπει να ικανοποιηθεί ενώ η σιωπή ενός άλλου πρέπει να γίνει σεβαστή και ακολούθως να ενθαρρυνθεί να σπάσει, αυτή η σιωπή. Δεν πρέπει να ξεχνούμε πως τα παιδιά ακόμα προκειμένου να δεχθούν κάποιες πληροφορίες, θα πρέπει να είναι έτοιμα. Άλλωστε, δεν θα πάψουν να αγαπούν την μητέρα τους, όπως και να έρθουν τα

πράγματα, αν αυτή είναι άρρωστη. Οι έφηβοι μπορεί να σαστίσουν τους γονείς τους με ξαφνικές μεταβολές στην συμπεριφορά τους, να αρχίσουν να απειθαρχούν ή να αρνούνται να επισκεφθούν την μητέρα στο νοσοκομείο. Εξηγήσεις για αυτά είναι πως οι έφηβοι την στιγμή που αρχίζουν να σπάνε τους δεσμούς με τους γονείς, προετοιμαζόμενοι να ζήσουν ανεξάρτητα, αναγκάζονται από τα οικογενειακά προβλήματα να επιστρέψουν πίσω και για αυτό παρουσιάζονται επιθετικοί ή αρνητικοί.

Αν ο έφηβος είναι κοπέλα, μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι και αυτή ύποπτη για μελλοντική ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Οι γονείς νοιώθοντας ενοχή, δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους της κόρης, όμως το άγνωστο είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί από την αλήθεια που η κοπέλα θα ψάξει να μάθει οπωσδήποτε.^{3,36}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Μόνο το 1-2% των καρκινωμάτων του μαστού εμφανίζονται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή της γαλουχίας, η διάγνωση όμως συχνά καθυστερεί με αποτέλεσμα να εμφανίζεται η οξεία καρκινωμάτωση και η καρκινωματώδης μαστίτιδα.

Θεωρητικά, τα αυξημένα επίπεδα οιστρογόνων που παράγει ο πλακούντας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα μπορούσαν να είναι καταστροφικά, προκειμένου για ER+ και PR- όγκους του μαστού. Επιπρόσθετα, η χημειοθεραπεία είναι ιδιαίτερα επιβλαβής για το έμβρυο. Με βάση αυτά, κρίνεται σκόπιμη η διακοπή της εγκυμοσύνης ή η αποφυγή της σε γυναίκες με ιστορικό Ca του μαστού ή ενεργό νόσο.

Το πρόβλημα όμως είναι περισσότερο σημαντικό για γυναίκες που έχουν ξεπεράσει την αρχική νόσο και επιθυμούν τη γέννηση ενός παιδιού. Γενικά πιστεύεται ότι μέσα στα πρώτα 10 χρόνια από την αρχική εκδήλωση της νόσου η εγκυμοσύνη πρέπει να αποφεύγεται λόγω του υψηλού κινδύνου εμφάνισης υπότροπων. Κάθε περίπτωση όμως πρέπει να εξετασθεί, το χαμηλό κλινικό στάδιο, το είδος του καρκίνου και ο υψηλός βαθμός διαφοροποίησης του είναι στοιχεία που μπορεί να επιτρέψουν την κύηση μέσα στην πρώτη αυτή 10ετία.¹⁵ Η διάγνωση κατά κανόνα καθυστερεί διότι συγχέεται η παρουσία του καρκίνου με τις φυσιολογικές μεταβολές του μαστού κατά την εγκυμοσύνη και η πρόγνωση είναι κακή. Για αυτό όταν ανακαλυφθεί μια μάζα στο μαστό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει αμέσως να υποβάλλεται σε βιοψία και σε παρουσία καρκίνου η πάθηση πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα με το στάδιο της πάθησης και τα μήνα της κύησης. Τέλος δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η διακοπή της κύησης βελτιώνει την επιβίωση των ασθενών.²

10.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ **ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ** **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.**

Από τη στιγμή που η εκτίμηση που προβλήματος είναι εξακριβωμένη και ένα ιδιαίτερο σεξουαλικό πρόβλημα έχει διαπιστωθεί το επόμενο βήμα της κλινικής νοσηλεύτριας είναι να καταστρώσει ένα πλαίσιο νοσηλευτικής παρέμβασης, το οποίο θα απευθύνεται στις προσωπικές ανάγκες του ασθενή . Δίνεται η άδεια στον ασθενή να εκφράσει τις σεξουαλικές του ανησυχίες. Δίνεται το δικαίωμα του διαλόγου και της ανάγκης να μοιραστεί τους φόβους ή τις απορίες του σχετικά με το θέμα αυτό. Η νοσηλεύτρια έχοντας τη δυνατότητα να βρίσκεται κοντά στην ασθενή για μεγάλα χρονικά διάστημα μπορεί να αναπτύξει καλή διαπροσωπική σχέση μαζί της μέσα από το διάλογο με ευγένεια, διακριτικότητα και σεβασμό. Να εκτιμήσει τους ιδιαίτερους φόβους και τις ανησυχίες της. Αφήνει την ασθενή να μιλήσει ελεύθερα αλλά και να την καθοδηγήσει για τη βοήθεια που θέλει να λάβει. Η νοσηλεύτρια μπορεί να δώσει πληροφορίες στην ασθενή και στο σύντροφο της . Το έντυπο υλικό βοηθά την ασθενή να κατανοήσει τις βασικές λειτουργίες του σώματος, αλλά και η επικοινωνία με την νοσηλεύτρια μπορεί να είναι ουσιαστικότερη αφού η ίδια επιθυμεί να ενημερωθεί . Στην συνέχεια δίνονται στην ασθενή ειδικές συστάσεις για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών προβλημάτων. Διαταραχές που προέρχονται από την θεραπεία και εμποδίζουν την σεξουαλική πράξη αντιμετωπίζονται άμεσα, καθοδηγώντας την ασθενή με ειδικές συστάσεις για τον τρόπο που πρέπει να χειριστεί το πρόβλημα της, Συνήθως οι συστάσεις

απευθύνονται καις το σύντροφο της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια αν έχει απαραίτητες γνώσεις μπορεί η ίδια να δώσει πληροφορίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Αν η επαγγελματική της εμπειρία δεν είναι τέτοια που να μπορεί να βοηθήσει τότε απευθύνεται σε άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας περισσότερο εξειδικευμένο στο τομέα αυτό. Τέλος η εντατική θεραπεία απαιτεί μεγάλη γνώση και ειδική επαγγελματική εμπειρία στην αντιμετώπιση των σεξουαλικών διαταραχών. Ο νοσηλευτής στην φάση αυτή δεν έχει άμεση παρέμβαση , ο ρόλος του είναι υποστηρικτικός και παραπέμπει την ασθενή σε εξειδικευμένους θεραπευτές ψυχοσεξουαλικών προβλημάτων. Αν όμως στο ζευγάρι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και συζητούνται τα θέματα, τα προβλήματα θα ξεπεραστούν και μπορεί να οδηγηθούν σε μια νέα, στενότερη, ευαίσθητη σχέση και η ποιότητα της επαφής του να βελτιωθεί .^{3,35}

10.3. ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΘΕΣΗΣ (ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΣΤΗΘΟΥΣ)

Η άρρωστη που έχει απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης. (τεχνητού στήθους). Αρχικά η άρρωστη συμβουλευέται να φορέι κανονικό στηθόδεσμο που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), που δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης, που υπάρχουν στο εμπόριο, και από που μπορεί να την προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με το άλλο στήθος. Ο

σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέπει ο γιατρός.³¹

Μερικά σημεία που πρέπει να προσέξουμε κατά την τοποθέτηση της πρόσθεσης είναι:

- Û Η ασθενής μας έχει το δικαίωμα να ζητήσει τοποθέτηση από γυναίκα νοσηλεύτρια.
- Û Είναι σημαντικό να μετρηθεί σωστά ο θώρακας ώστε να επιλεγεί ο σωστός στηθόδεσμος.
- Û Μια φίλη ή ο σύζυγος μπορεί να παρευρεθεί στην τοποθέτηση προσφέροντας μια κριτική ματιά που θα βοηθήσει σε ένα σωστό τελικό αποτέλεσμα.
- Û Η γυναίκα πρέπει να έχει δυνατότητα επιλογής σε κάθε προσφερόμενο μοντέλο πρόσθεσης που διατίθεται στην ελληνική αγορά και αυτό σημαίνει ότι και η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ανάλογα ενημερωμένη.
- Û Η ασθενής πρέπει να εκπαιδευτεί στην σωστή τοποθέτηση της πρόσθεσης και στην φροντίδα της.
- Û Η ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για τη διάρκεια ζωής της πρόσθεσης και το πώς θα αποκτήσει μια καινούργια.
- Û Ο κατάλληλος χώρος είναι ένα δωμάτιο με ικανό φωτισμό, έναν μεγάλο καθρέπτη και μια – δύο άνετες καρέκλες που θα επιτρέψουν την διεξαγωγή της νοσηλευτικής επέμβασης κάτω από μια άνετη και ευχάριστη ατμόσφαιρα.
- Û Η σωστή τοποθέτηση της πρόσθεσης πρέπει να αξιολογηθεί όχι μόνο μπροστά στην καθρέπτη, αλλά και ενθαρρύνοντας την ασθενή μας σε καθημερινές της δραστηριότητες. Αν προκύψουν προβλήματα τότε είτε η πρόσθεση είτε ο στηθόδεσμος είναι ακατάλληλα.³⁵

10.4. ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΓΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ

Η εγχείρηση αυτή γίνεται για συγγενή απλασία ή υποπλασία του μαστού και μετά από σοβαρή υποστροφή του αδένου σε τέκουσες γυναίκες.

I. Συνθετική πρόσθεση: Σήμερα χρησιμοποιούνται οι λεπτοτοιχωματικές προσθέσεις σιλικόνης άνευ ραφών, που περιέχουν gel διαφανούς σιλικόνης.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ: Διάφορες μορφές και μεγέθη . το βάρος, η σύσταση και η κινητικότητα μοιάζουν μ' εκείνα των φυσιολογικών ιστών. Η εγκύστωση από συνδετικό ιστό γίνεται χωρίς αντιδράσεις. Η εγχειρητική τοποθέτηση είναι απλή και εύκολη.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ: Η πρόσθεση δεν παύει να είναι ένα ξένο σώμα. Είναι αμφιλογόμενο το αν προδιαθέτει σε νεοπλασία. Πραγματική επούλωση δεν συμβαίνει. Η πρόσθεση απλώς καλύπτεται από κάψα συνδετικού ιστού. Η θέση εμφύτευσης εξακολουθεί να αποτελεί λανθάνουσα θέση λοίμωξης, αν δε αυτή εκδηλωθεί, επιβάλλεται η αφαίρεση της πρόσθεσης. Η ίνωση της κάψας μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το κοσμητικό αποτέλεσμα.

II. Κρημνός χορίου – λίπους.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ: Αποτελεί αυτομόσχευμα, μετά την επούλωση δεν παρατηρείται λοίμωξη.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ: Η λήψη του κρημνού χρειάζεται εκτέλεση εγχείρησης σε α' χρόνο. Η θέση της άρρωστης διεγχειρητικά πρέπει να αλλάξει. Το μέγεθος του μαστού εξαρτάται από το δυνάμενο να ληφθεί κρημνό. Ουλοποίηση στην περιοχή λήψης του μοσχεύματος. Η απορρόφηση του λιπώδους ιστού μειώνει το μέγεθος

του μοσχεύματος κατά το $1/5 - 1/4$ του αρχικού. Μετεγχειρητικά μπορεί να αναπτυχθούν οι καλούμενες ελαιώδεις κύστεις.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

11.1. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΜΟΡΦΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Οι μεταβολές που επέρχονται στο σώμα εξαιτίας των χειρουργικών επεμβάσεων, της ακτινοθεραπείας ή της χημειοθεραπείας ενδέχεται να έχουν ολοένα αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση της ασθενούς, ιδίως αν είναι εμφανείς. Αν υποστεί κάποιο ακρωτηριασμό, ή μείνουν μετεγχειρητικές ουλές, αλλάζει η υφή του δέρματος, χάνει τα μαλλιά της ή αδυνατίζει υπερβολικά, οι αλλαγές δεν περνούν απαρατήρητες. Και οπωσδήποτε θα αισθανθεί άσχημα, τουλάχιστον την πρώτη φορά που θα έρθει σε επαφή με άλλους. Αν πάλι υποστεί επέμβαση στα γεννητικά του όργανα, μπορεί να νιώσει ότι έχασε τον ανδρισμό του ή ότι δεν είναι πια «γυναίκα».

Ο εαυτός μας όμως δεν είναι μόνο το σώμα. Ο πραγματικός εαυτός μας είναι η ψυχή και το πνεύμα. Ίσως είναι δύσκολο να αποδεχθεί ο ασθενής αυτή την αλήθεια, αν όμως το κατορθώσει, το ηθικό του θα εξυψωθεί. Μια καλή σκέψη είναι να έρθει σε επαφή με τα μέλη της ομάδας συμπαράστασης που έχουν επίσης υποστεί σωματικές αλλαγές. Μια τέτοια σχέση μπορεί να αποβεί επωφελής, διότι η κοινή αντιμετώπιση των δυσκολιών φέρνει πιο κοντά τους ανθρώπους. Όσοι απασχολούνται εθελοντικά στις ομάδες αυτές ή σε άλλους οργανισμούς κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να βοηθήσουν στην συναισθηματική προσαρμογή.⁴

Η απώλεια του μαστού, με συνέπεια την αλλοίωση της «εικόνας του εαυτού», φυσικό είναι να προκαλέσει μείωση της αυτοπεποίθησης της γυναίκας. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον και σε διαταραχή των συζυγικών ή σεξουαλικών σχέσεων.²⁶

11.2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ **ΕΙΔΩΛΟΥ – ΜΕΙΩΣΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ**

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα αποτελεί απειλή για την εικόνα του σώματος, με αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ανάξια ως άτομο, απωθητική, ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα. Έτσι η καρκινοπαθής νιώθει κατά κανόνα περιθωριοποιημένη κοινωνικά και οικονομικά . Οι αλλαγές αυτού του είδους ενδέχεται να προέλθουν από εσωτερικές ή εξωτερικές διεργασίες ή και από τον συνδυασμό αυτών. Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα στην γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας και αυτοϋποτίμησης, αϋπνίες, άγχος. Απαραίτητο είναι να αποδεχθεί η γυναίκα τον ακρωτηριασμό και να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή στο σώμα της και να προσαρμοστεί στην νέα εικόνα σώματος και εαυτού .^{3,30,38}

Και τους δυναμικούς τρόπους, με τους οποίους είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί η ασθένεια.

2. Διδάσκει θετικές μεθόδους και τεχνικές και την κατάλληλη εφαρμογή τους.
3. Πληροφορεί την ασθενή για την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή: δράση φαρμάκων, παρενέργειες, ανεπιθύμητες ενέργειες.
4. Γνωστοποιεί στην ασθενή τα πρωταρχικά συμπτώματα της κατάθλιψης, ώστε με την παρουσία αυτών να ενημερωθεί άμεσα η νοσηλεύτρια και να προσφέρει έγκαιρα την βοήθειά της.
- 5, Ενθαρρύνει την συνέχιση των κοινωνικών επαφών και συζητεί την σημασία τους.
6. Ενημερώνει την ασθενή και την οικογένειά της σχετικά με την φροντίδα ή συμμετέχει η ίδια σε ομάδα ενημέρωσης των εξωτερικών ασθενών.³

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η νοσηλεύτρια :

1. Παρέχει την ευκαιρία στην ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματά της.
2. Συγκεντρώνεται στα συναισθήματα της ασθενούς και προσπαθεί να αντιμετωπίσει την συμπεριφορά της.
3. Συμπεριλαμβάνει για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για την σημασία της αλλαγής του σωματικού ειδώλου και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
4. Ενημερώνει την ασθενή ότι συναισθήματα και ανησυχίες που βιώνει κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι φυσιολογικές και ότι αυτή βρίσκεται εκεί για να την ακούει, να της συμπαρασταθεί και να τη βοηθήσει να αντιμετωπίσει το μέλλον.
5. Παρέχει χρόνο προς συζήτηση, ερωτήσεις και λύση αποριών.
6. Παραμένει δίπλα στην ασθενή, ακόμη και αν αυτή δεν θέλει να μιλήσει.
7. Συζητά την προσαρμογή της ασθενούς με την οικογένειά της και τους φίλους της, ενθαρρύνοντάς τους να την υποστηρίζουν, ενισχύοντας την ελκυστικότητά της και την αξία της.
8. Διδάσκει στην ασθενή κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης του μαστού, της εξηγεί ότι οι ασθενείς που έχουν υποστεί μαστεκτομή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου και ότι η ίδια η ασθενής είναι η μόνη που μπορεί να τον προλάβει σε πρώιμο στάδιο.³

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1^{ος} ΣΚΟΠΟΣ: Η διατήρηση θετικής αποδεκτής και ρεαλιστικής ιδέα της εικόνας του σώματος από τον άρρωστο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ :

1. Αξιολόγηση της αντίληψης του αρρώστου για την εικόνα του σώματός του.
2. Αναγνώριση και θετική ενίσχυση του αρρώστου, όταν προσπαθεί να βελτιώσει την προσωπική του εικόνα του σώματός του.
3. Βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική του κατάσταση.

2^{ος} ΣΚΟΠΟΣ : Αποδοχή της αλλαγής των ορίων του σώματος και ενσωμάτωση της αλλαγής στην ιδεατή εικόνα του σώματος και στην αυτοιδέα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ :

1. Ενθάρρυνση του αρρώστου να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματός του.
2. Υπενθύμιση της αλλαγμένης περιοχής του σώματος με το σχόλιο ότι μπορεί να είναι μόνιμη ή όχι.
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί κοσμητικά και μηχανικά μέσα για βελτίωση της λειτουργίας της προσβεβλημένης σωματικής περιοχής.
4. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης, για να βελτιώσει τη λειτουργία της προσβεβλημένης περιοχής του σώματος.

3^{ος} ΣΚΟΠΟΣ : Ολοκλήρωση των λειτουργιών και των ορίων του εγώ κατά τρόπο ώστε να είναι συμβατά με την πραγματικότητα και την αυτοϊδέα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

1. Δημιουργία ενός προγραμματισμένου ήσυχου και όχι ερεθιστικού περιβάλλοντος.
2. Βοήθεια του αρρώστου να ξεχωρίσει τα πραγματικά από τα μη πραγματικά περιβαλλοντικά ή εσωτερικά ερεθίσματα.
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα (φαρμακευτική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία κτλ)
4. Όταν ο άρρωστος επανακτήσει τον έλεγχο των ορίων του εγώ του, να ενθαρρύνεται, να εξετάζει και να αξιολογεί τι του προκάλεσε την εμπειρία της διαταραχής στα όρια του σώματός του.
5. Βελτίωση και διατήρηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο.
6. Ανάπτυξη και διατήρηση θετικής προσωπικής ταυτότητας^{35, 37}

11.3. ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ

Η συνέπεια αυτή είναι αναπόφευκτη για κάθε καρκινοπαθή. Στην αρχή, εξαρτάται από το ιατρικό σύστημα για την ίδια του τη ζωή. Στη διάρκεια της νοσηλείας του, άλλα άτομα θα τον καθορίζουν πότε πρέπει να φάει, να κοιμηθεί, να πλυθεί, να περπατήσει, ακόμη και να πάει στην τουαλέτα. Όταν επιστρέψει σπίτι, ίσως θα εξαρτάται από την οικογένειά του, τους φίλους ή τους κοινωνικούς

λειτουργούς για την περίθαλψη του, την προσωπική φροντίδα ή την αντιμετώπιση των οικονομικών του υποχρεώσεων. Ίσως αρχίσει να αισθάνεται «άχρηστος» ή να νιώθει ενοχές επειδή γίνεται βάρος στα αγαπητά του πρόσωπα. Απλώς πρέπει να αποδεχτεί ότι για ορισμένο χρονικό διάστημα θα χάσει την ανεξαρτησία του. Ο αυτοσεβασμός του όμως θα ενισχυθεί αν αναλάβει πρωτοβουλίες και ευθύνες σε τομείς που μπορεί να τους χειριστεί.

- Να αναλάβει όσο το δυνατόν περισσότερες εργασίες που αφορούν την προσωπική του περίθαλψη και φροντίδα.
- Να τηρεί με μεθοδικότητα και ακρίβεια τις σωστές αναλογίες της διατροφής του και να ασκείται κανονικά για να βελτιώσει τη δύναμη και την κινητικότητά του.
- Να τηρεί σχολαστικά το ιστορικό προόδου του που θα τον βοηθήσει να αποκτήσει ένα αίσθημα πληρότητας και ικανοποίησης.
- Να επιλέξει προσεκτικά κάποιες μικροδουλειές στο σπίτι, να ασχοληθεί με τα λουλούδια ή με τα μικρά ζώα ή να βρει κάποια άλλη διέξοδο που θα τονώσει τις δυνάμεις του και το ηθικό του.

Είναι πιθανό το ηθικό του να ενισχυθεί αν συμμετάσχει σε προγράμματα συμπαράστασης, λόγω χάρη σε ειδικές συμβουλευτικές ομάδες ή οργανώσεις συμπαράστασης ασθενών.⁴

11.4. ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ

Συχνά οι ανάπηροι παραγκωνίζονται ή και αποδιώχνονται. Οι εργοδότες και οι συνάδελφοί τους στη δουλειά μπορεί να τους κρατούν σε απόσταση. Η οικογένεια και οι φίλοι που αρχικά τους συμπαραστέκονται, τείνουν να απομακρύνονται με τον καιρό, διότι έχουν τα δικά τους προβλήματα και ζουν τη δική τους ζωή. Σε τέτοιες στιγμές ο καρκινοπαθής εύκολα μπορεί να νιώσει εγκατάλειψη και μοναξιά. Ακόμη

και όταν τον περιβάλλουν συγγενείς και φίλοι, ενδέχεται να νιώθει αποκομμένος. Όλες οι σοβαρές ασθένειες οδηγούν στην απομόνωση που αισθάνεται ο άνθρωπος όταν αναλογίζεται το θάνατο. Μερικοί στρέφονται τόσο πολύ στον εαυτό τους ώστε χάνουν την επαφή με τη ζωή και τους ανθρώπους. Η απομόνωση και η μοναξιά συχνά επιβάλλονται. Αν η σκέψη της ασθενούς επικεντρώνεται στη θλίψη ή την αυτοεγκατάλειψη, ή έχει δεχθεί τη διάγνωση του καρκίνου ως θανατική καταδίκη, ενδεχομένως κόβει τους δεσμούς της με τον κόσμο και ζει σαν να βρίσκεται ήδη ανάμεσα στους νεκρούς. Ίσως νιώθει απογοητευμένος ή φοβάται να κάνει τα πρώτα βήματα προς μια νέα ζωή. Όμως μπορεί να αλλάξει κατεύθυνση. Ας το αποφασίσει, γιατί τα οφέλη είναι τόσα που αξίζει να καταβάλλει κάθε προσπάθεια.⁴

11.5. ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ

Ορισμένοι χρειάζονται ειδική βοήθεια για να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο τους και οι γιατροί τους δεν μπορούν πάντοτε να τους την προσφέρουν. Οι γιατροί αναγνωρίζουν την ανάγκη αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων και συχνά παραπέμπουν τον ασθενή τους σε κάποια από τις πολλές εξωτερικές, ειδικές ομάδες συμπαράστασης στους καρκινοπαθείς. Οι ομάδες αυτές παρέχουν σε όλους τους καρκινοπαθείς τέτοια βοήθεια που μόνο όσοι αφοσιώνονται στο σκοπό αυτό, συχνά οι ίδιοι καρκινοπαθείς, μπορούν να τη προσφέρουν.

Στο νοσοκομείο: Πολλά τοπικά νοσοκομεία, ιδίως όσα έχουν κέντρα περίθαλψης καρκινοπαθών, διαθέτουν ομάδες υποστήριξης οι οποίες διευθύνονται από ειδικευμένους υγειονομικούς. Προορισμός των ομάδων αυτών είναι να συμπαρασταθούν στους ασθενείς και στους συγγενείς τους, σε εβδομαδιαίες συναντήσεις. Μερικές ομάδες ειδικεύονται στην αντιμετώπιση των οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή και που υποβάλλονται σε θεραπείες για ορισμένα είδη όγκων.

Εκτός νοσοκομείου: Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία και άλλοι ειδικευμένοι οργανισμοί διαθέτουν προγράμματα που βοηθούν στην αντιμετώπιση των οργανικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων που συνδέονται με το καρκίνο. Υπάρχει λόγου χάρη το πρόγραμμα «Reach to recovery» (προς την αποκατάσταση) για γυναίκες με καρκίνο του μαστού, και το πρόγραμμα «I can cope» (μπορώ να το αντιμετωπίσω), στο πλαίσιο των οποίων γίνονται εβδομαδιαίες συναντήσεις. Και τα δύο αυτά προγράμματα εκπαιδεύουν τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειες τους.⁴

Πως μπορεί κάποια ασθενής να γίνει μέλος του συλλόγου.

Όπως τονίζουν οι υπεύθυνοι, βασική προϋπόθεση για να ενταχθεί μια ασθενής στα μέλη είναι να το επιθυμεί πρωτίστως η ίδια. Προς το παρόν η δραστηριότητα του συλλόγου καλύπτει τις πόλεις Αθηνών και Πάτρας.

Ο πανελλήνιος σύλλογος γυναικών με καρκίνο μαστού είναι ανοικτός ως πηγή πληροφόρησης και για όσες γυναίκες δεν είναι μέλη αλλά επιθυμούν να μάθουν τρόπους αντιμετώπισης της νόσου από την οποία πάσχουν. Τέλος, σε περιπτώσεις όπου κάποια ασθενής δεν μπορεί να μετακινηθεί λόγω σοβαρότητας της νόσου, οι ειδικοί και οι εθελόντριες του συλλόγου αναλαμβάνουν να την επισκεφθούν κατ' οίκον.

11.6. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η εργασία είναι απαραίτητη για οικονομικούς λόγους, είναι όμως εξίσου βασική και για ψυχολογικούς λόγους. Αυτό ισχύει ιδίως για τους καρκινοπαθείς. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, που συχνά ακολουθεί την διάγνωση του καρκίνου ή τη θεραπευτική αγωγή, μπορεί να επιδεινωθεί αν ο ασθενής κάθεται άπραγος, εξαρτώμενος από την οικογένεια και τους φίλους του: Είναι λοιπόν σημαντικότερο για τη ψυχική και πνευματική του ηρεμία να βρει τρόπους να επιστρέψει στην

ενεργό παραγωγική απασχόληση. Αυτό σημαίνει είτε επιστροφή στην προηγούμενη εργασία είτε εκμάθηση μιας νέας τέχνης, μελέτη ή απασχόληση με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού.⁴

11.7. Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ

Η ψυχαγωγία αποτελεί απαραίτητη παράμετρο της ζωής. Όλοι μας χρειαζόμαστε μια ανάπαυλα από τη ρουτίνα και το άγχος της καθημερινής ζωής για να διατηρήσουμε την ισορροπία μας. Μολονότι αρκετές φορές δύσκολα κατορθώνει κανείς να συγκεντρώσει την ενεργητικότητα του και τη θέληση του, η ψυχαγωγία αποκτά μεγαλύτερη σημασία όταν κάποιος ασθενεί. Με την απασχόληση σε κάποια ευχάριστη δραστηριότητα ο ασθενής εκτονώνεται και χαλαρώνει. Επίσης αποκτά μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και ευεξία. Στην διάρκεια της αντικαρκινικής αγωγής ίσως παραμεληθεί η ανάγκη για ψυχαγωγία. Ενδεχομένως μερικοί νομίζουν πως δεν είναι απαραίτητη ή τη θεωρούν ανέφικτη. Αυτό όμως είναι λάθος. Παρά τους περιορισμούς που ανακύπτουν, οι ασθενείς μπορούν να αρχίσουν κάποιες δραστηριότητες ενόσω νοσηλεύονται και να τις συνεχίσουν όταν επιστρέψουν στο σπίτι.^{4,27}

11.8. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ

- Ενθάρρυνση ερωτήσεων και παροχή χρήσιμων απαντήσεων.
- Ετοιμασία του συζύγου για παροχή της απαραίτητης συγκινησιακής υποστήριξης στη σύζυγό του.

- Βοήθεια της άρρωστης κατά την εκτέλεση των παθητικών ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές αρχίζουν 24ώρες περίπου μετά την επέμβαση στο χέρι της προσβλημένης πλευράς. Οι αρχικές ασκήσεις περιλαμβάνουν κάμψη και έκταση του αγκώνα, πρηνισμό και υπτιασμό του καρπού, σφίξιμο γροθιάς και έκταση των δακτύλων και γίνονται για πρόληψη των μυϊκών συσπάσεων και διατήρηση του βαθμού της κινητικότητας και του μυϊκού τόνου. Αρχικά η άρρωστη μπορεί να απορρίπτει τις παθητικές ασκήσεις εξαιτίας του πόνου που έχει, αλλά η νοσηλεύτρια θα τονίσει τη σπουδαιότητα των ασκήσεων αυτών και θα συνεχίσει τις ασκήσεις μέσα στα όρια ανοχής της άρρωστης.

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

- **Σφίξιμο μπάλας:** Είναι μια απλή άσκηση που βοηθά στο δυνάμωνα των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μια ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

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

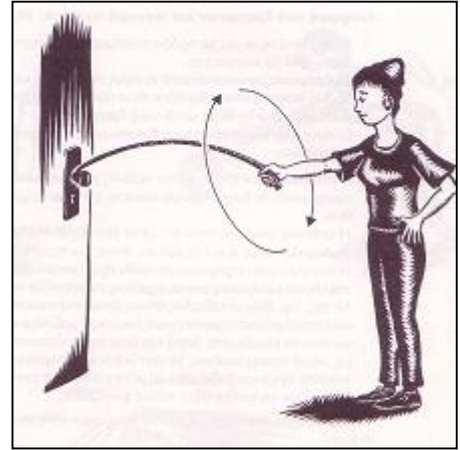
- **Αναρρίχηση στον τοίχο:** Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάκτυλα των ποδιών της κολλημένα στο τοίχο όσο είναι δυνατόν.



Λυγίζει τους αγκώνες και τοποθετεί τις παλάμες στο τοίχο ισιώνοντας

τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στο τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. Σημειώνεται στον τοίχο το σημείο που έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

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



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



- **Τροχαλία:** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή



κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη κατά την διάρκεια αυτής της άσκησης να μη κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια να εφάπτονται στο πάτωμα.

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

- **Άγγιγμα μετώπου :** δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση χεριών. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.^{3,29,31,32}.

- **Χτένισμα μαλλιών:** το χτένισμα των μαλλιών με το κορμό σε ευθεία θέση είναι ένας τρόπος να αποκατασταθούν και να δυναμώσουν οι επικουρικοί μυς του ώμου. Αρχικά αναγκάζεται να σκύψει για να χτενιστεί ενώ σιγά σιγά η βλάβη αποκαθίσταται όταν μπορέσει να χτενιστεί με το κορμό σε ευθεία θέση.

11.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Οι περιορισμοί που επιβάλλει ο καρκίνος του μαστού απαιτούν αλλαγή του τρόπου ζωής και προσαρμογή σε νέα πλαίσια ώστε η χρόνια ασθένεια να μην αγνοείται αλλά να γίνεται καλά αποδεκτή. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα και οι οικογένειες αναζητούν και κάνουν χρήση των υπηρεσιών αποκατάστασης. Η

αποκατάσταση γενικά περιλαμβάνει όλες τις διαδικασίες με τις οποίες αντιμετωπίζονται ψυχολογικές, λειτουργικές και αισθητικές επιπτώσεις που η νόσος και η θεραπεία προκαλούν.

Σύμφωνα με την ACS η αποκατάσταση βοηθά το άτομο να μεγιστοποιεί την ανεξαρτησία του, να επανακτήσει τον έλεγχο στη ζωή του, την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να προάγει την ποιότητα στην ζωή του. Ακόμη αποσκοπεί στην επανένταξη του ατόμου είτε στην προηγούμενη κοινωνική ζωή του, είτε στην δημιουργία νέων τέτοιων συνθηκών.

Δεδομένου ότι, η σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση του αρρώστου μέσα από την νοσηλευτική διεργασία στοχεύει στην ποιοτική ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα όπου ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως βιοψυχοκοινωνική οντότητα, αυτό υπονοεί ότι μπορούμε να συμπεριλάβουμε και τη νοσηλευτική αποκατάσταση προκειμένου το άτομο να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Στο καρκίνο του μαστού σημασία έχει η πλήρης αποκατάσταση της κίνησης της κατ' ώμον άρθρωσης, η αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, όταν υπάρχει, που μπορεί να απαιτήσει τη χρήση συσκευής πίεσης ή άλλους θεραπευτικούς χειρισμούς και ιδιαίτερη συμβουλή, κατεύθυνση και βοήθεια για χρήση πρόθεσης, τεχνητού μαστού. Οι δυνατότητες εφαρμογής, ο χρόνος και ο τύπος της πρόθεσης ή η χειρουργική αποκατάσταση του μαστού εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες και είναι θέματα ιατρικά και τεχνικά.

Ο νοσηλευτής με την εικοσιτετράωρη παρουσία του δίπλα στην ασθενή και το αυτόνομο γνωστικό και επιστημονικό πεδίο του, κατέχει κεντρική θέση, σημαντική ευθύνη και μπορεί να συμβάλει με θεμελιώδη τρόπο στο πρόγραμμα αποκατάστασης.^{29, 40, 41}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1 ΨΥΧΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διευρενήσουν τους μηχανισμούς με τους οποίους οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία του καρκίνου του μαστού. Ιδιαίτερα έχουν μελετηθεί οι πιθανοί ανοσολογικοί μηχανισμοί που μπορεί να μεσολαβούν. Δύο τέτοιοι μηχανισμοί, που έχουν αναφερθεί στην σχετική βιβλιογραφία είναι οι ακόλουθοι:

A) Γυναίκες, που μια εβδομάδα μετά την μαστεκτομή εμφανίζουν μεγαλύτερη δυσφορία και όχι καλή προσαρμογή εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κύτταρων (natural killer cells,NK) και αυτό σχετίζεται με καλύτερη πρόγνωση.

B) Γυναίκες που μετά 3 μήνες μετά την μαστεκτομή χρησιμοποιούν το μηχανισμό της άρνησης, εμφανίζουν μεγαλύτερη δραστηριότητα ανοσοσφαιρίνων IgM σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούν το μηχανισμό της στωικής αποδοχής ή της μαχητικότητας. Η υπόθεση που έχει γίνει είναι ότι οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την απάντηση του ανοσολογικού συστήματος του ασθενή και είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρίνων που δεν ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgG2 και IgG4), γεγονός που μπορεί να εμποδίζει την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων, είτε να προκαλούν αύξηση των ανοσοσφαιρίνων που ενεργοποιούν το συμπλήρωμα (όπως IgM) , γεγονός που μπορεί να βοηθά στην καταστροφή των καρκινικών κυττάρων.²⁷

12.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχιατρικές επιπλοκές του καρκίνου του μαστού πρέπει πάντα να θεραπεύονται όταν είναι αρκετά σοβαρές διότι μειώνουν δραματικά την ποιότητα

ζωής των ασθενών και ενδεχομένως επηρεάζουν την πρόγνωση ιδίως των πρώιμων σταδίων.

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης που επιπλέει τον καρκίνο του μαστού δεν διαφέρει ουσιαστικά στις αρχές της από τη θεραπεία άλλων μορφών κατάθλιψης, Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής: α) Η πιθανότητα φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων είναι αυξημένη σε ασθενείς με καρκίνο λόγω της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας που μπορεί να λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί ή και της δυσλειτουργίας και άλλων οργάνων όπως του ήπατος. Απαιτείται λοιπόν γνώση της φαρμακοκινητικής και φαρμακοδυναμικής του σκευάσματος που χρησιμοποιείται και κατάλληλη ρύθμιση της ημερησίας δόσης. β) Η επιλογή για το αν η φαρμακοθεραπεία θα συνδυαστεί ή όχι και με ψυχοθεραπεία (κυρίως γνωσιακού – συμπεριφορικού τύπου ή διαπροσωπικού τύπου) οπωσδήποτε εξαρτάται από την κάθε περίπτωση . Ωστόσο μερικοί υποστηρίζουν ότι η παραπομπή μιας γυναίκας για ψυχοθεραπεία μπορεί να προσθέσει στο ήδη δυσβάστακτο φορτίο του καρκίνου και ένα άλλο: το στίγμα που χαρακτηρίζει ακόμη τις ψυχιατρικές διαταραχές. Η φαρμακοθεραπεία μόνη της δεν παρουσιάζει τέτοιους κινδύνους αφού μπορεί να χορηγηθεί ακόμη και από τον θεράποντα γιατρό σε συνεργασία με τον ειδικό. Απαιτείται , λοιπόν περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί εάν ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας σε κατάθλιψη που επιπλέκει καρκίνο του μαστού είναι πράγματι αποτελεσματικότερος, κάτι που ισχύει για άλλες μορφές κατάθλιψης.

Η θεραπεία των διαταραχών άγχους είναι επίσης επιβεβλημένη. Όταν η διαταραχή είναι βραχυχρόνια η χρήση βενζοδιαλεπινών φαίνεται να είναι μια καλή επιλογή χωρίς ιδιαίτερους κινδύνους για την δημιουργία εξάρτησης εφόσον προβλεφθεί η σταδιακή διακοπή τους. Σε περιπτώσεις που η αγχώδης διαταραχή είναι πιο μακροχρόνια , η χρήση της βουσπιρόνης είναι απόλυτα δικαιολογημένη αφού έχει παρόμοια αποτελέσματα και ο κίνδυνος εξάρτησης είναι σαφώς μικρότερος.

Για τις σεξουαλικές διαταραχές σπάνια απαιτεί ειδική θεραπεία εκτός αν τη ζητήσει η ίδια η γυναίκα . Βεβαίως, οι γυναίκες ασθενείς σπάνια θα αναφέρουν το θέμα αυτό στο γιατρό τους. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο ο γιατρός να ρωτάει απ' ευθείας την γυναίκα χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις. Οι περισσότερες γυναίκες τότε με μεγάλη προθυμία θα απαντήσουν εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και θα ενδιαφερθούν να μάθουν με ποιο τρόπο μπορούν να το λύσουν. Για τις ήπιες και παροδικές διαταραχές η απλή υποστήριξη είναι επαρκής.²⁷

12.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ **ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Οι απότερες επιδιώξεις είναι η ασθενής να γίνει ικανή να συνειδητοποιήσει και να αντιμετωπίσει ενεργητικά τη νόσο της, να ξαναρχίσει να κατευθύνει μόνη της τη ζωή της και να κάνει σχέδια για το μέλλον . Εφαρμόζεται και εδώ η νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων και των αναγκών οι οποίες μπορεί να είναι η αποτυχία στην αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων, η οποία σχετίζεται με την ύπαρξη και τη γνώση της ασθένειας και η οποία προκαλεί αισθήματα κατάθλιψης. Η άμεση επιδίωξη είναι η ασθενής να μπορεί να εκφράζει τα αισθήματά της. Να αναπτύξει ικανότητες για την αποτελεσματική αναπροσαρμογή της.

- Ø Η νοσηλεύτρια πραγματοποιεί συχνές επαφές με την ασθενή.
- Ø Δίνει προσοχή με μεγάλη συνέπεια στην ασθενή, ακόμη και αν αυτή είναι απρόθυμη ή ανίκανη να συνομιλήσει μαζί της. Η πεποίθηση ότι κάποιος ενδιαφέρεται και φροντίζει γι' αυτούς είναι η πιο υποστηρικτική παρέμβαση.
- Ø Διερευνά πως αισθάνεται η ασθενής , ακούγοντας τα αισθήματα άλλων καρκινοπαθών
- Ø Περιλαμβάνει στην ατομική φροντίδα δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

- Ø Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να λει στην ασθενή ότι το αίσθημα της κατάθλιψης δεν είναι τόσο κακό όσο θεωρείται. Η προσέγγιση αυτή εξυπηρετεί μοναχά την ενδυνάμωση του αισθήματος ότι κανείς δεν την καταλαβαίνει.
- Ø Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει ότι το προσωπικό δεν θα τιμωρήσει την ασθενή αν εκδηλώσει αισθήματα θλίψης. Η ασθενής πρέπει να αισθάνεται ελεύθερη να κλαίει.
- Ø Βοηθάει την ασθενή να κάνει πράγματα για τον εαυτό της και της εξηγεί ότι συνήθως η δραστηριότητα βοηθάει τους ανθρώπους να αισθάνονται καλύτερα.
- Ø Παρακολουθεί τις φυσικές ανάγκες της ασθενούς και την ενθαρρύνει να διατηρεί καλή υγιεινή.
- Ø Παρέχει κατάλληλη τροφή . Επιτρέπει την επιλογή από την ασθενή αγαπημένων φαγητών , όταν αυτό είναι δυνατό.
- Ø Ενθαρρύνει την συμμετοχή της σε προγράμματα ασκήσεων.
- Ø Συμμετέχει στην ανακάλυψη νέων προβλημάτων της ασθενούς και τη βοηθάει στον εντοπισμό εναλλακτικών λύσεων.

Επίσης η ασθενής παρουσιάζει διαταραχή της ιδέας που έχει για τον εαυτό της. Η έλλειψη αυτοεκτίμησης , η οποία έχει σχέση με την έλλειψη της εκτίμησης για τις ίδιες τις αξίες και τις ικανότητες της. Η άμεση επιδίωξη είναι η βοήθεια και ψυχολογικής ενίσχυση της ασθενούς για την αύξηση της αυτοεκτίμησης της. Η εκπλήρωση επιδιώξεων επιτυγχάνεται ως εξής:

- Ø Προσέγγιση της ασθενούς με αποδεκτά και σεβάσμιο τρόπο.
- Ø Η νοσηλεύτρια αναγνωρίζει τις ικανότητες της ασθενούς και δείχνει την θετική στάση κατά την πορεία της ασθένειας.
- Ø Επισημαίνει τα ενδιαφέροντα και τις πρόσφατες δραστηριότητες της ασθενούς και προσπαθεί να τις ενσωματώσει στον

προγραμματισμό της ασθενούς. Και προσπαθεί να τις ενσωματώσει στον προγραμματισμό της φροντίδας.

- Ø Ζητεί από την ασθενή να εκφράσει θετικές απόψεις της και να τις σημειώνει.
- Ø Ενθαρρύνει το διάλογο και την επικοινωνία της ασθενούς με το προσωπικό και τους άλλους ασθενείς, με σκοπό να εμποδίσει την απομόνωσή της.
- Ø Ενθαρρύνει την ασθενή στην όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή της, στην λήψη αποφάσεων καθώς και στο σχεδιασμό της φροντίδας της.
- Ø Ενισχύει κάθε ένδειξη ενδιαφέροντος και την επαινεί για τις προσπάθειες και την πρόοδό της.

Η έλλειψη γνώσης σχετικά με την κατάθλιψη, τα αίτια και την αντιμετώπιση της, την ασθένεια, το θεραπευτικό σχήμα και την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Οι απώτερες επιδιώξεις είναι η προσαρμογή της ασθενούς στις αλλαγές, η εκμετάλλευση των συστημάτων υποστήριξης και ο εποικοδομητικός προγραμματισμός σχεδίων για το μέλλον. Η εκπλήρωση των επιδιώξεων επιτυγχάνεται ως εξής:

- Ø Η νοσηλεύτρια βοηθάει την ασθενή να κατανοήσει τις αλλαγές της συμπεριφοράς, οι οποίες είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης καθώς και τους δυναμικούς τρόπους, με τους οποίους είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί η ασθένεια.
- Ø Διδάσκει θετικές μεθόδους και τεχνικές και την κατάλληλη εφαρμογή τους.
- Ø Πληροφορεί την ασθενή για την εφαρμοζόμενη φαρμακευτική αγωγή: δράση φαρμάκων, παρενέργειες, ανεπιθύμητες ενέργειες.

- Ø Γνωστοποιεί στην ασθενή τα πρωταρχικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Ωστε με την παρουσία αυτών να ενημερωθεί άμεσα η νοσηλεύτρια και να προσφέρει έγκαιρα την βοήθεια της.
- Ø Ενθαρρύνει την συνέχιση των κοινωνικών επαφών και συζητεί την σημασία τους.
- Ø ενημερώνει την ασθενή και την οικογένεια της σχετικά με την φροντίδα ή συμμετέχει η ίδια σε ομάδα ενημέρωσης των εξωτερικών ασθενών.³

12.4 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

Η νοσηλεύτρια στην οποιαδήποτε ψυχολογική της παρέμβαση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο και το βαθμό επίγνωσης της κατάστασης από την ίδια την ασθενή, τη προσδοκώμενη συνεργασία, από το οικογενειακό περιβάλλον και το στάδιο εξέλιξης της νόσου (πρώιμο, ενδιάμεσο και ελικό). Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ανάλογα με τα στάδια ανάπτυξης της νόσου έχει ως ακολούθως:

1^η ΦΑΣΗ - ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Μετά την ανακάλυψη των συμπτωμάτων και την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι ασθενείς αντιδρούν με πανικό και shock, που ακολουθούνται ή από άρνηση, που οδηγεί στην καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής και νοσηλευτικής βοήθας, ή από άγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Όταν η πιθανότητα κακοήθους νεοπλασίας δεν μπορεί να αποκλειστεί, τα άτομο πρέπει να μπει στο νοσοκομείο. Μέχρι την στιγμή της εισαγωγής, πολλά άτομα είναι αγχώδη, ανήσυχα, σε κατάθλιψη και συχνά εκφράζουν φόβο

ακρωτηριασμού ή θανάτου. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, το άτομο αναγκάζεται να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή, το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι γνώριμο, η ανεξαρτησία και ο έλεγχος χάνεται, ενώ πρέπει να υποβληθεί σε πρόσθετες εξετάσεις. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν συναίσθημα αποπροσανατολισμού και έλλειψη βοήθειας. Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η ασθενής θα αντιμετωπίσει την ασθένεια και τις συνέπειες της εξαρτάται κατά μεγάλο μέρος από το πώς είχε στο παρελθόν αντιμετωπίσει σοβαρά προβλήματα και εντάσεις στην ζωή. Οι στόχοι μας ως νοσηλευτριών στην φάση αυτή είναι οι εξής:

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

Οι πρώτες συναντήσεις με την ασθενή πρέπει να αφιερώνονται στην ενημέρωσή της γύρω από την λειτουργία της πτέρυγας του νοσοκομείου, στο οποίο έχει εισαχθεί, και στην κατατόπισή της στους ρόλους που έχει το νοσοκομειακό προσωπικό (επισκέψεις ιατρών, νοσηλεύτριας, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, θέματα κοινωνικής υπηρεσίας, ζήτημα διατροφής). Κατόπιν, θα λαμβάνεται λεπτομερειακό ιστορικό. Αν η ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, την ενημερώνουμε και την

προετοιμάζουμε ψυχικά. Στην περίπτωση γυναίκας που πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή:

α) περιγράφουμε τις διαδικασίες που η ασθενής θα περάσει πριν και μετά την επέμβαση, δίνουμε πληροφορίες για την διαδικασία της επέμβασης, την έκτασή της, το διάστημα ανάρρωσης, τα μετεγχειρητικά προφυλακτικά μέτρα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής. Με το να είναι προετοιμασμένη, δεν δημιουργείται ασυνέπεια μεταξύ προσδοκώμενου και βιούμενου γεγονότος και το άγχος μειώνεται

β) αντιμετωπίζουμε λαθεμένες αντιλήψεις γύρω από την νόσο, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, τα μετεγχειρητικά προβλήματα και την ενθαρρύνουμε να δει αυτές τις πλευρές με θετικό τρόπο, ξεπερνώντας αδικαιολόγητους και αβάσιμους φόβους.

2^η ΦΑΣΗ – ΕΝΔΙΑΜΕΣΟ ΣΤΑΔΙΟ

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

Μερικές ασθενείς καθυστερούν να δουν το γιατρό, όταν εμφανίζονται συμπτώματα υποτροπής του καρκίνου. Είναι οι ασθενείς που θέλουν να αποφύγουν να αντικρίσουν την επιστροφή του καρκίνου, μια και αυτό θα ανακινούσε παλιούς φόβους με τη διάγνωση. Άλλοι ασθενείς κατηγορούν το γιατρό ή την αρχική θεραπευτική αγωγή για την επανεμφάνιση του καρκίνου και

μπορεί να αμφισβητήσουν τις καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους.

Ορισμένες ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο για μεταστατικό καρκίνο βρίσκουν πως η ατελείωτη σειρά εργαστηριακών εξετάσεων είναι μια ιδιαίτερη δυσάρεστη πλευρά της νοσηλείας. Όταν η ασθενής υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, ο ακτινοθεραπευτής γιατρός θα πρέπει να εξηγήσει στην ασθενή πως ενεργεί αυτή η θεραπεία, ποια αποτελέσματα και ποιες ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να επιφέρει, ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος, όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανιστούν. Η μεταστατική νεοπλασματική νόσος μπορεί να έχει σοβαρά αποτελέσματα στη ζωή της ασθενούς. Η ζωή της μπορεί να διακόπτεται από επανειλημμένες εισόδους στο νοσοκομείο για χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία ενώ ο ανεξέλεγκτος πόνος μπορεί να της θυμίζει συνεχώς ότι το μοιραίο επίκειται. Πρέπει να βεβαιώσουμε την ασθενή ότι ο γιατρός, η νοσηλεύτρια, οι συγγενείς θα μείνουν κοντά της, θα κάνουν τα πάντα για να νιώθει περισσότερο ανακουφισμένη. Πρέπει να ακούσουμε τις ανησυχίες, τους φόβους, τις ανάγκες της, να την υποστηρίξουμε συναισθηματικά, να της δώσουμε κουράγιο και ελπίδα στην μάχη με την μεταστατική νόσο. Τότε, θα μειωθεί το άγχος, η κατάθλιψη, οι συγχυτικές αντιδράσεις, οι ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας και κάποια αποδιοργάνωση που κλιμακώνεται, η επαφή μαζί της θα βελτιωθεί, θα γίνει πιο συνεργάσιμη και θα έχει περισσότερη εμπιστοσύνη σε όσους φροντίζουν γι'αυτήν.

3^η ΦΑΣΗ – ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σε αυτό το στάδιο, όπου η θεραπεία είναι μόνον ανακουφιστική, η ασθενής και νοσηλεύτρια αντιμετωπίζουν μαζί

το ενδεχόμενο του θανάτου. Κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της νόσου, η ασθενής μπορεί να ταλαντεύεται μεταξύ άρνησης και αποδοχής. Μπορεί να φαίνεται πως ξέρει ότι πρόκειται να πεθάνει, αλλά την ίδια στιγμή μπορεί να εκφράζεται σαν να μην γνωρίζει τίποτα για την νόσο της.

Ο θάνατος δεν έρχεται σαν ξαφνικό σοκ στην καρκινοπαθή σε προχωρημένο στάδιο. Θα έχει περάσει πολλούς μήνες με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, πιθανόν να έχει δει άλλους ασθενείς να πεθαίνουν στα νοσοκομεία από την ίδια νόσο. Αλλά ο φυσικός θάνατος που όλα τα ζωτικά όργανα παύουν να λειτουργούν, είναι μόνο μία μορφή θανάτου. Υπάρχει ο κοινωνικός θάνατος, όπου η ασθενής απομονώνεται και αποχωρίζεται από τους άλλους, ή με αυτοεγκατάλειψη ή οι συγγενείς απομακρύνονται και σταματούν να την επισκέπτονται. Υπάρχει ο ψυχικός θάνατος, στον οποίο η ασθενής αποδέχεται τον επικείμενο θάνατο και αποσύρεται στο εαυτό της. Συνήθως, ο ψυχικός και φυσικός θάνατος συμβαίνουν ταυτόχρονα, αλλά μερικοί ασθενείς δέχονται το θάνατο πρόωρα, εγκαταλείπουν τον αγώνα απελπισμένοι- στηριζόμενοι στο ανίατο του καρκίνου- και αρνούνται να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμη, υπάρχει ο βιολογικός θάνατος, που χρίζεται από την απουσία συνείδησης ή γνωστικών λειτουργιών.

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

Πίσω από όλα αυτά κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Είναι η ελπίδα πως όλα αυτά είναι

απλώς ένας εφιάλτης και όχι αλήθεια, ότι ένα νέο φάρμακο υπόσχεται πολλά. Πρέπει να προσέξουμε, ώστε να μην απελπίσουμε την ασθενή, ενώ χρειάζεται ακόμα την ελπίδα. Αν εγκαταλείψουμε μια τέτοια ασθενή και παραιτηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και η ίδια τον εαυτό της. Στην ασθενή σε τελικό στάδιο πρέπει να κάνουμε τακτικές επισκέψεις, υποστηρίζοντας την και δείχνοντας της ότι δεν την ξεχάσαμε.^{3,36}

12.5. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ **ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ**

Ο καρκινοπαθής από την στιγμή που θα εμφανιστεί το κακοήθες νεόπλασμα, μεταπίπτει σε μεταβαλλόμενα ψυχολογικά στάδια. Μετά την εύρεση των συμπληρωμάτων και αφού γνωστοποιηθεί η διάγνωση, η ασθενής αντιδρούν τις περισσότερες φορές με πανικό και φόβο (ψυχογενές shock).

Η συμπεριφορά αυτή ακολουθείται ή από άρνηση που οδηγεί σε καθυστερημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή από άγχος μέχρι την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Στα αρχικά στάδια σημειώνεται πανικός που μπορεί να εκδηλωθεί με μεγάλη συναισθηματική προσκόλληση. Επίσης, το αίσθημα της ενοχής και υποβολής είναι εμφανές. Η ασθενής με καρκίνο μαστού πολλές φορές αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένη. Ο νοσηλευτής οφείλει να καλύπτει όλο το φάσμα των αναγκών της ασθενούς που αφορούν στο άμεσο περιβάλλον της. Φροντίζει να την ενημερώνει και να την υποστηρίζει ψυχολογικά ώστε να μπορέσει να αποδεχθεί τη σοβαρότητα της κατάστασής της, την βοηθά να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης και τις άλλες

σχετικές ανησυχίες και τέλος την βοηθά και την υποστηρίζει ώστε να επανενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο.³⁷

12.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ **ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΓΧΟΣ – ΑΓΩΝΙΑ**

Το άγχος διακρίνεται σε:

- Ø Ήπιο: αυξημένη μεταβολή της κινητικότητας και της ικανότητας να αντιμετωπίζει τα καθημερινά προβλήματα.
- Ø Μέτριο: μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος με κύριο χαρακτηριστικό την επιλεκτική απροσεξία. Μειωμένη ικανότητα να σκεφτεί σωστά και καθαρά.
- Ø Αυξημένο: δραστικά μειωμένο επίπεδο αντίληψης. Μπορεί να συγκεντρωθεί σε μια μόνο λεπτομέρεια κάθε φορά,
- Ø Πανικό: ανικανότητα να συνδιαλλαγεί με το περιβάλλον. Δεν μπορεί να λειτουργήσει και η φυσική δραστηριότητα έχει αποδιοργανωθεί.

Η νοσηλευτική φροντίδα προέρχεται μετά από νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων της ασθενούς και μπορεί να είναι η ανικανότητα προσωπικής συνδιαλλαγής σχετιζόμενη με άγχος. Η άμεση επιδίωξη της νοσηλεύτριας είναι να γίνει ικανή η ασθενής να αντιμετωπίσει το άγχος και να μειώσει την βαθμίδα του τουλάχιστον κατά ένα επίπεδο.

ΗΠΙΟ: Δεν απαιτείται παρέμβαση

ΜΕΤΡΙΟ:

- ο Η νοσηλεύτρια αφιερώνει 5-10 λεπτά στην ασθενή, τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα, δείχνει ενδιαφέρον, συζητεί μαζί της και την υποστηρίζει συναισθηματικά.

- Συγκεντρώνεται και παραμένει στο πρόβλημα χωρίς υπεκφυγές και παρεμβολές.
- Τις διδάσκει ασκήσεις χαλάρωσης.
- Προσπαθεί να βρει και αξιολογήσει την επίδραση εξωγενών παραγόντων που μαζί με την γνώση της ασθενούς για την ασθένεια της, δημιουργούν πρόσθετη αύξηση του άγχους.
- Δεν αφήνει το δικό της άγχος για ορισμένες καταστάσεις να γίνει αντιληπτό από την ασθενή.
- Στην επικοινωνία με την ασθενή οφείλει να είναι ειλικρινής και κατανοητή με τις εξηγήσεις που δίνει και αυτές επαναλαμβάνονται αν χρειαστεί.
- Επιτρέπει στην ασθενή να κλαίει αν αυτό την ανακουφίζει.

ΑΥΞΗΜΕΝΟ:

- Η νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί όσο το δυνατό πιο πρόσφατες εφαρμόσιμες παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή του
- Κατά την συνομιλία της με την ασθενή χρησιμοποιεί σύντομες και απλές προτάσεις.
- Κατόπιν ιατρικής εντολής μπορεί να χορηγεί ελαφρά ηρεμιστικά.
- Παρακολουθεί τα σωματικά ενοχλήματα που μπορεί να έχει.
- Παραμένει με την ασθενή μέχρι να ηρεμήσει.

ΠΑΝΙΚΟΣ:

- Η νοσηλεύτρια παραμένει με την ασθενή.
- Χρησιμοποιεί την φυσική επαφή, αλλά με μεγάλη σύνεση, και αυτό γιατί μερικές ασθενείς το άγγιγμα ή το χάδι της νοσηλεύτριας τις παρηγορεί, αλλά άλλες τις φοβίζει.
- Χρησιμοποιεί ένα μικρό δωμάτιο ή μια ξεχωριστή περιοχή για να εξασφαλίσει στην ασθενή ησυχία και ασφάλεια.

- Χορηγούνται κατόπιν ιατρικής εντολής ηρεμιστικά και αξιολογείται η αποτελεσματικότητά τους.

Επίσης η νοσηλευτική φροντίδα που προέρχεται μετά από νοσηλευτική διάγνωση των προβλημάτων της ασθενούς μπορεί να είναι και η διαταραχή του ύπνου οφειλόμενη σε έντονο άγχος. Η άμεση επιδίωξη είναι η ασθενής να κατορθώσει να κοιμάται και να ξεκουράζεται σύμφωνα με τις ατομικές της ανάγκες. Η εκπλήρωση των επιδιώξεων επιτυγχάνεται:

1. Η νοσηλεύτρια καθορίζει τη διαταραχή του ύπνου που περνάει η ασθενής.

2. Λαμβάνει μέτρα για την μείωση της αϋπνίας όπως:

- εξασφαλίζει ήσυχο και ασφαλές περιβάλλον
- εφαρμόζει τεχνικές χαλάρωσης
- χρησιμοποιεί μέσα που μπορεί να διευκολύνει την ασθενή να κοιμηθεί π.χ. ζεστό μπάνιο, διάβασμα, ένα ζεστό ρόφημα, ελαφρό μουσική κ.τ.λ.
- χρησιμοποιεί όλα τα δυνατά μέσα για την εξασφάλιση άμεσης στην ασθενή (καλοστρωμένο κρεβάτι, άνετα ρούχα)
- φροντίζει οι υποχρεώσεις και οι δραστηριότητες της ασθενούς να ολοκληρώνονται κατά την διάρκεια της ημέρας και να μην μένουν εκκρεμότητες.

Πράγμα που μπορεί να δημιουργήσει πρόσθετο άγχος στην ασθενή.

Τέλος η έλλειψη γνώσης σχετικά με την αναγνώριση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους έχει ως άμεσες επιδιώξεις η ασθενής να αποκτήσει την ικανότητα να ανακαλύψει μόνη της τις πηγές του άγχους της, να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά μέτρα για την αντιμετώπισή του.

1. Η νοσηλεύτρια βοηθά την ασθενή να ανακαλύψει τα ερεθίσματα και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αυξάνουν το ήδη υπάρχον, λόγω της γνώσης της ασθένειας, άγχος.
2. Δίνει στην ασθενή την ευκαιρία να λάβει αποφάσεις που αφορούν στην φροντίδα της με σκοπό να αυξήσει την υπευθυνότητα της.
3. Ενθαρρύνει τα μέλη της οικογένειας και τους συνιστά να έχουν υπομονή μια και η ασθενής μπορεί να μην τα αντιμετωπίζει με τον ίδιο τρόπο όπως πρώτα.
4. Ενθαρρύνει την ασθενή για καθημερινή φυσική δραστηριότητα .
5. Διδάσκει στην ασθενή θετικές τεχνικές που θα την βοηθήσουν να διατηρήσει το άγχος σε ανεκτά επίπεδα.

12.7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η έννοια της εικόνας του σώματος είναι συστατικό της εικόνας του εαυτού δηλαδή της ολοκληρωμένης αντίληψης που έχει κάποιος για τον εαυτό του, πώς πιστεύει ότι είναι , ότι μοιάζει, πώς αισθάνεται με τον εαυτό του. Η απώλεια ενός μέλους του σώματος και συγκεκριμένα του μαστού, έχει αρνητική επίδραση στην εικόνα του σώματος και στην αυτοαντίληψη. Εκτός από την κατάθλιψη, το άγχος, τις δυσκολίες στη σεξουαλική λειτουργία και την εργασία, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η επίθεση που δέχεται η γυναίκα είναι τετραπλή: στην εικόνα του σώματος, στην λειτουργία του ρόλου του φύλου της (σύζυγος, μητέρα), στην σεξουαλική λειτουργία(επιθυμία, διέγερση, οργασμός) στην γονιμότητα(εγκυμοσύνη, πρόωρη εμμηνόπαυση).

Εξαρτάται λοιπόν από τους ψυχολογικούς μηχανισμούς άμυνας που μπορεί να αναπτύξει η γυναίκα καθώς το υποστηρικτικό της δίκτυο για να

αντιμετωπίσει τον καρκίνο με άρνηση, θυμό, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, τιμωρία, αδυναμία, ανακούφιση, ανεπανόρθωτη απώλεια ή ως αξία.

Λαμβάνοντας αυτά υπόψη οι βασικοί σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να:

- Μειώσει το άγχος, την κατάθλιψη και τα άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα που οφείλονται στον καρκίνο
- Ενισχύσει το θετικό μαχητικό πνεύμα και την προσαρμογή στην νέα εικόνα του σώματος
- Ενθαρρύνει την ανοικτή έκφραση των συναισθημάτων
- Προάγει την ανοιχτή επικοινωνία της ασθενούς, συντρόφου, οικογένειας
- Βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης
- Προάγει την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου και ενεργητικής συμμετοχής στη θεραπεία.

Πώς μπορεί να παρέμβει ο νοσηλευτής για την ψυχολογική υποστήριξη γυναίκας με μαστεκτομή:

- Χρειάζεται κατάργηση της σιωπής, ανοικτή επικοινωνία και έκφραση των συναισθημάτων
- Να τονίσει ότι η γυναίκα εκτιμάται από τη νοημοσύνη και την προσωπικότητά της και όχι από τον μούστο της.
- Να ενθαρρύνει τη συνέχιση της καθημερινής προσωπικής της φροντίδας
- Να ενθαρρύνει τη συμμετοχή της γυναίκας στο σχέδιο φροντίδας και θεραπείας.
- Να συμβάλλει στην κατανόηση της συνεχούς αλλαγής της σωματικής της εικόνας

- Να δίνει πρακτικές συμβουλές διατήρησης της εικόνας σώματος όπως οι υδατικές κρέμες, αποδοχή και άγγιγμα της ουλής, εύρεση ευχαρίστησης σε άλλες περιοχές του σώματος
 - Να ευνοεί τις ανοιχτές συζητήσεις που αφορούν την σεξουαλικότητα και τη θηλυκότητα και θέματα ταμπού.
 - Να εξασφαλίσει καλή σχέση γυναίκας – συζύγου – νοσηλεύτη για συζητήσεις, συναισθήματα, αποκατάσταση της ερωτικής ζωής, το είδος υποστήριξης που χρειάζεται ο καθένας.
 - Ο σύζυγος έχει και αυτός ανάγκη υποστήριξης ατομικής ή ομαδικής.
- 40, 41

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η έννοια της κοινωνικής αποκατάστασης λαμβάνει την έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και προσαρμογής στη νέα κατάσταση. Πρόκειται για μορφή αντιμετώπισης των καταστάσεων με σημαντική συμμετοχή άλλων.

Η έκφραση κοινωνικών δραστηριοτήτων σχετίζεται θετικά με την επιβίωση, γυναίκες μιλούν για τα συναισθήματά και τα ενδιαφέροντά τους με την οικογένεια και τους φίλους εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή από αυτές που δεν μπορούν να εμπιστευτούν τους άλλους.

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να :

- Μειώσει το στρες της μαστεκτομής κάνοντας την απειλή να φαίνεται λιγότερο δυσβάσταχτη.
- Βοηθήσει την γυναίκα να διατηρήσει ή να αλλάξει κάποια χαρακτηριστικά της προκειμένου να προσαρμοστεί στο καινούριο περιβάλλον
- Βοηθήσει την γυναίκα να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα, μέσω του κλίματος εμπιστοσύνης και επαφής με ομοιοπαθείς ομάδες.

- Προάγει την αυτονομία και ανεξαρτησία της γυναίκας
- Υποστηρίζει την γυναίκα να αντιμετωπίσει τη μοναξιά και το κοινωνικό στίγμα, με το αίσθημα του «ανήκειν» σε μία ομάδα ομοιοπαθών ή την καλύτερη επαφή με τους οικείους.
- Βοηθήσει την γυναίκα να βρει την σεξουαλική της ταυτότητα, δίνοντας αξία στην ύπαρξη του συντρόφου, και τη συνολική της προσωπικότητα.
- Προάγει φυσιολογικές σχέσεις, με συναισθηματική υποστήριξη και έκφραση ενδιαφέροντος που αυξάνουν την αυτοπεποίθηση, την ασφάλεια και την εμπιστοσύνη.

Στην κοινωνική υποστήριξη εκτός από την νοσηλευτική, συμβάλλει κυρίως το άτυπο υποστηρικτικό δίκτυο δηλαδή ο σύζυγος, τα παιδιά, οι γονείς, οι στενοί φίλοι.

Η προσαρμογή του συζύγου στην μαστεκτομή . Η μαστεκτομή στρέφει όλο το ενδιαφέρον στη γυναίκα και αφήνει στο σύντροφο μόνο και κυρίως χωρίς υποστήριξη. Βιώνει και αυτός λύπη, θλίψη, θυμό, αβεβαιότητα και φόβους για το μέλλον. Ο σύζυγος έχει διαφορετικές ανάγκες και ενδιαφέροντα από αυτά της γυναίκας του και χρειάζεται διαφορετική εκπαίδευση και αξιολόγηση για την προσαρμογή του. Είναι σίγουρο ότι η συζυγική σχέση περνά μία κρίση.

Προσαρμογή των παιδιών. Είναι βέβαιο ότι τα παιδιά αντιλαμβάνεται τότε κάτι δεν πάει καλά στην οικογένεια. Βασική τους ανάγκη είναι να γνωρίζουν τι συμβαίνει, για ποιο λόγο και τι θα ακολουθήσει. Η ενημέρωσή τους, το είδος και η ποιότητα των πληροφοριών που θα δοθούν πρέπει να είναι ανάλογη με την ηλικία, την ωριμότητα και την προσωπικότητα κάθε παιδιού.

Εργασιακή επανένταξη. Μια από τις σοβαρότερες επιπτώσεις της κοινωνικής απομόνωσης είναι έλλειψη ενδιαφέροντος από την εργασία. Η γυναίκα πρέπει

να υποστηριχθεί για να συνεχίσει την εργασία της ή να ασχοληθεί με κάτι δημιουργικό. Ο νοσηλευτής πρέπει:

- Να εξασφαλίσει την εξασφαλίσει την ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση.
- Να βοηθήσει την γυναίκα να δει τον καρκίνο ως ένα σοβαρό πρόβλημα και όχι ως το κύριο χαρακτηριστικό της.
- Να τονίσει την σημασία της εργασίας για την ίδια αλλά και κάθε άνθρωπο.
- Να της εξηγήσει το είδος και την προσπάθεια που πρέπει να καταβάλει για να την εκτελέσει.
- Να ενθαρρύνει την συνεργασία για να καθοριστούν οι θεραπευτικοί στόχοι.
- Να την φέρει σε επαφή με τον εργασιοθεραπευτή και τον κοινωνικό λειτουργό.
- Να διευκολύνει την ολοκλήρωση της θεραπείας
- Να προτείνει λύσεις για πρακτικά προβλήματα και τις απουσίες από την εργασία προκειμένου να ολοκληρώσει την θεραπεία..^{40, 41}

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η γυναίκα όπως και κάθε άνθρωπος έχει και την πνευματική της υπόσταση εκτός από την φυσική, την ψυχική και κοινωνική υπόσταση.

Ο όρος πνευματική αποκατάσταση ίσως να μην είναι ο επιστημονικά σωστός όρος για να δηλώσει την ανάγκη ικανοποίησης και των πνευματικών αναγκών ενός ανθρώπου, ενός ατόμου με καρκίνο, μιας γυναίκας με μαστεκτομή. Ο νοσηλευτής μέσα από τις παρεμβάσεις του πρέπει:

- Να βοηθήσει τη γυναίκα να επεξεργαστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά της.

- Να μιλήσει για την επίδραση της ασθένειας στη ζωή της, τις αιτίες που της προκαλούν μοναξιά και την απομονώνουν από τους γύρω της.
- Να αξιολογήσει εκφράσεις όπως το κλάμα, θυμός, ευχή θανάτου, άρνηση θεραπείας.
- Να ενθαρρύνει τη συζήτηση με ψυχολόγο, ιερέα, κοινωνικό λειτουργό.
- Να ενθαρρύνεται η γυναίκα για την ικανοποίηση πνευματικών, θρησκευτικών αναγκών.
- Να παροτρύνεται η συμμετοχή της οικογένειας στη πνευματική φροντίδα.
- Να είναι αισθητή η παρουσία του νοσηλευτή
- Να υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης και αποδοχής.

Γεννιέται λοιπόν το ερώτημα κατά πόσο είναι εφικτά στην ελληνική πραγματικότητα όλα όσα αναφέρθηκαν; Η αρχή έχει ήδη γίνει μέσα στα μεγάλα αντικαρκινικά νοσοκομεία με τα προγράμματα διασυνδετικής νοσηλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης αλλά και από την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία , τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού. Η επαρχία υστερεί και στην ενημέρωση αλλά και στην πράξη. Προκειμένου όμως να εξελιχθούν και να λειτουργήσουν τα διάφορα προγράμματα απαιτείται οργάνωση και στελέχωση των αναλόγων υπηρεσιών και εκπαίδευση των μελών της ομάδας αποκατάστασης. Γιατί είναι υποχρέωση κάθε επαγγελματία υγείας αλλά και δικαίωμα κάθε γυναίκας με καρκίνου του μαστού, κάθε άτομο με καρκίνο να αντιμετωπίσουν την ασθένεια **όχι ως το θάνατο αλλά σαν την ευκαιρία για μια νέα ζωή** .^{40, 41}

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Διδάξτε στην άρρωστη τις ειδικές ασκήσεις, που πρέπει να κάνει καθημερινά για την αποκατάσταση της κινητικότητας της κατ' ώμον άρθρωσης του σύστοιχου χεριού.
- Δώστε τις αναγκαίες συστάσεις στην άρρωστη για την χρήση του τεχνητού μαστού, βοηθώντας να το συνηθίσει μόνη της.
- Συστήστε την παρακολούθηση του τραύματος για ερυθρότητα, οίδημα, έκκριση και σε εμφάνισή τους αναφορά στο γιατρό.
- Δώστε οδηγίες για την φροντίδα του τραύματος, όπως ήπιο πλύσιμο με χλιαρό νερό και σαπούνι και απαλό στέγνωμα, ελαφρύ μασάζ με κρέμα δέρματος για τη διέγερση της κυκλοφορίας και τη διατήρηση της ελαστικότητας του δέρματος.
- Συστήστε τη φροντίδα του χεριού της χειρουργημένης πλευράς παίρνοντας τα παρακάτω μέτρα για την πρόληψη του λεμφοϊδήματος.

ΑΡΝΗΤΙΚΑ :

- Να κρατάτε από το χέρι αυτό βάρος, όπως τσάντα, βιβλία, ψώνια, καθώς και τσιγάρο.
- Μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες.
- Μην κόβετε αγκαθωτά φυτά
- Μην πλησιάζετε το χέρι σας σε ζεστό φούρνο.
- Μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση ή φλεβοκέντηση για λήψη αίματος, μετάγγιση ή ορό καθώς και λήψη αρτηριακής πίεσης.
- Μην φοράτε ρολόι ή άλλα κοσμήματα.
- Μην παραμελείτε να κάνετε τις καθορισμένες εξετάσεις.

ΘΕΤΙΚΑ:

- Φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με μαγειρική, καθαριότητα ή πλύσιμο πιάτων.
- Φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.
- Διατηρείτε τα χέρια σας καθαρά και το δέρμα ελαστικό με τη χρήση κρέμας.
- Αναφερθείτε στο γιατρό σας για κάθε πρόβλημα .
- Διατηρείστε την ηρεμία, την πίστη και την αισιοδοξία σας. Έχει ο Θεός για όλους. Ζωή χωρίς αγώνα δεν έχει νόημα .²⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13.1 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η εισαγωγή του ασθενή ή η προσαρμογή του σε αντικαρκινικό νοσοκομείο δεν είναι πάντοτε απαραίτητη.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στο σπίτι, μέσα στο φυσικό χώρο ζωής του ατόμου. Οι λόγοι που επιβάλλουν την εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- i. Η έλλειψη νοσοκομειακών κρεβατιών που παρατηρείται, ιδιαίτερα στη χώρα μας, και οι δυσκολίες που δημιουργούνται, όταν αυτά καταλαμβάνονται από χρόνιους ασθενείς, όπως καρκινοπαθείς.
- ii. Ο περιορισμός των ημερών νοσηλείας περιορίζει σημαντικά το κόστος νοσηλείας κατά ασθενή.
- iii. Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς διαφέρει, όταν αυτός νοσηλεύεται στο σπίτι του, από τη νοσηλεία του στον άγνωστο και ψυχρό χώρο του νοσοκομείου.
- iv. Ο περιορισμός ημερών αποχής των ατόμων από την εργασία τους και τις άλλες δραστηριότητες

Άρα το όφελος είναι οικονομικό, κοινωνικό και ψυχικό.

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

- i. Να μην χρησιμοποιούνται νοσοκομειακές κλίνες για απλές νοσηλευτικές διαδικασίες.
- ii. Η διαμόρφωση βασικών νοσηλευτικών δυνατοτήτων στο σπίτι, που επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εκπαίδευση των οικείων από τις νοσηλεύτριες, που εκτός από τη παρακολούθηση της ασθενούς διδάσκουν, κατευθύνουν και παρακολουθούν τους οικείους σε βασικές φροντίδες.

- iii. Να παρέχουν στο σπίτι δωρεάν φάρμακα, να γίνονται αιμοληψίες για πλήθος εργαστηριακών εξετάσεων και να χορηγούνται οροί.
- iv. Η βοήθεια από το γιατρό του νοσοκομείου, του ασφαλιστικού φορέα ή του προσωπικού γιατρού.
- v. Η δημιουργία ειδικών ψυχολογικών συνθηκών στον ασθενή με τη βεβαιότητα ότι δεν είναι εγκαταλελειμμένη βγαίνοντας από το νοσοκομείο, αλλά ότι συνεχίζεται η παρακολούθησή της

Οι βασικοί σκοποί της νοσηλεύτριας είναι:

- i. Ανακάλυψη άλλων προβλημάτων υγείας της ασθενούς.
- ii. Παροχή βοήθειας για την παραδοχή και αντιμετώπιση των προβλημάτων.
- iii. Διασύνδεση της οικογένειας με άλλες υπηρεσίες υγείας.
- iv. Παροχή βοήθειας για την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοβοήθειας και αυτοεξυπηρέτησης.

Η αναγνώριση και υλοποίηση των νοσηλευτικών φροντίδων της καρκινοπαθούς αποτελεί βασική προϋπόθεση επιτυχίας της νοσηλείας στο σπίτι.³

13.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

1. Η πρωταρχική υποχρέωση της νοσηλεύτριας που θα αναλάβει την νοσηλεία είναι να συγκεντρώσει στοιχεία και πληροφορίες για το άτομο που πρόκειται να νοσηλεύσει για να μπορέσει να κάνει την νοσηλευτική της διάγνωση. Να γνωρίζει τα προβλήματα υγείας και τις συνθήκες ζωής. Να γνωρίσει τα μέσα που μπορεί να έχει και θα χρειαστεί κατά τη διάρκεια της

νοσηλείας και για την κάλυψη που μπορεί να της παρέχει ο ασφαλιστικός φορέας του ατόμου.

2. Να γνωρίζει το οικογενειακό και άμεσο περιβάλλον της ασθενούς, που μπορεί και να παίζει πρωταρχικό ρόλο στην όλη διάρκεια της νοσηλείας είτε με τη συμπαράσταση είτε με της συμμετοχή και προσφορά βοήθειας μετά από τη διδασκαλία της υπεύθυνης για τη φροντίδα.
3. Να βρει τις ανάγκες του ατόμου και να καταγράφει τις νοσηλευτικές ενέργειες, το χρόνο και τον τρόπο που θα παρέχονται αυτές.
4. Να εφαρμόζει ακριβώς το πρόγραμμα της νοσηλείας και να παρακολουθεί την πορεία της κατάστασης ώστε στην περίπτωση που εμφανιστεί κάποιο νέο πρόβλημα να μπορεί να βελτιώσει ή να αλλάξει τις ενέργειές της συνεργασία πάντα με τη βοήθεια των άλλων μελών της πρωτοβάθμιας υγειονομικής ομάδας.
5. Να αξιολογεί συνεχώς τα αποτελέσματα των ενεργειών της, για να μπορεί να τις αποκαταστήσει όταν χρειάζεται.
6. Να αποβλέπει στην αποκατάσταση του ατόμου και σε όλο το διάστημα να διδάσκει στο άτομο σωστό τρόπο ζωής.

Η προσφορά της νοσηλεύτριας της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι σε ασθενή με μαστεκτομή έγκειται στα εξής:

1. Ψυχολογική υποστήριξη της μαστεκτομηθείσας και της οικογένειάς της και ενδυνάμωση των υπαρχόντων δεσμών.
2. Βοήθεια της ασθενούς ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις καθημερινές εργασίες της και στις απαιτήσεις της οικογένειάς της.
3. Παρότρυνση και διδασκαλία των μελών της οικογένειας όσον αφορά την παροχή βοήθειας προς την ασθενή.
4. Παρότρυνση της ασθενούς για τη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις προς αποφυγή αποξένωσης και απομόνωσης.

5. Έλεγχος του διαιτολογίου της ασθενούς. Η τήρηση σωστού διαιτολογίου θα βοηθήσει στην ταχύτερη οργανική αποκατάσταση της ασθενούς και στην διατήρησή της στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους.
6. Έλεγχος της διενέργειας των ασκήσεων που έχει διδαχθεί η ασθενής στο νοσοκομείο μετά την μαστεκτομή, για την άμεση λειτουργική αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς.
7. Καθοδηγείται η ασθενής στην μηνιαία αυτοεξέταση του άλλου μαστού ως μέσου για την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου.
8. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες η νοσηλεύτρια φροντίζει και περιποιείται το τραύμα της ασθενούς και το ελέγχει για σημεία φλεγμονής. Διδάσκει επίσης την ασθενή πώς να περιποιείται μόνη της το τραύμα με τον πιο απλό τρόπο.
9. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συμμετοχή της ασθενούς στις τακτικές περιοδικές εξετάσεις, με τις οποίες δύναται να προληφθούν διάφορες επιπλοκές και που δίνουν σαφή εικόνα της πορείας της κατάστασης της ασθενούς.
10. Επίσης, φροντίζει για της συμμετοχή της ασθενούς στη χημειοθεραπεία ή και την ακτινοθεραπεία που έχει καθοριστεί από το γιατρό μετά την μαστεκτομή και παράλληλα διδάσκει την ασθενή για την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι³

13.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ

Η αρρώστια, ιδιαίτερα σοβαρή και απειλητική για τη ζωή, έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε σωματικό, όσο και σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Ο καρκίνος είναι μία αρρώστια σοβαρή, με αβέβαιη πρόγνωση η οποία απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση με σημαντικό κόστος για το άτομο και η οποία στα μάτια του κοινωνικού συνόλου ταυτίζεται με το θάνατο.

Ο θάνατος μίας ασθενούς έρχεται σε αντίθεση με τον αρχικό σκοπό του νοσοκομείου, « διατήρηση της ζωής». ^{35,42}

Η ανακουφιστική φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και στα τελικά στάδια της νόσου της, διαπνέεται από τη φιλοσοφία της ολιστικής φροντίδας και παρέχεται από διεπιστημονική ομάδα στην οποία ο νοσηλευτής κατέχει σημαντική θέση. Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Φτάνοντας λοιπόν ο ασθενής με καρκίνο στο τελικό στάδιο, μπροστά στο φόβο της οριστικής διακοπής του νήματος της ζωής του δικαιούται να αποδοθεί ανακουφιστική φροντίδα. Η ανακουφιστική φροντίδα είναι η ενεργός, ολοκληρωμένη φροντίδα των ασθενών, των οποίων η ασθένεια δεν ανταποκρίνεται στη θεραπευτική αγωγή. Ο Π.Ο.Υ. δηλώνει ότι « ο έλεγχος του πόνου, των άλλων συμπτωμάτων, των ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων αποτελεί την υπέρτατη διάστασή της». Στόχος της είναι η επίτευξη όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας ζωής στον ασθενή αλλά και της οικογένειάς του.

Οι χώροι παροχής ανακουφιστικής φροντίδας είναι το νοσοκομείο, το σπίτι και οι ξενώνες τελικής νοσηλείας. Η επιτυχής αντιμετώπιση των προβλημάτων της ασθενούς και η πραγματοποίηση της ανακουφιστικής

φροντίδας επιτυγχάνεται με τη συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας που αποτελείται από νοσηλευτική, ογκολόγο, αναισθησιολόγο, φυσιοθεραπευτή, εργασιοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, ιερέα και εθελοντές.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανακουφιστική φροντίδα είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός, παράλληλα συνοδεύει τον ασθενή στην πορεία του προς το θάνατο και του παρέχει την απαιτούμενη ασφάλεια, ενώ το σημαντικότερο που μπορεί να του προσφέρει είναι να τον βοηθήσει να ζήσει μέχρι να πεθάνει εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Ταυτόχρονα με τα παραπάνω ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει υπεύθυνη πληροφόρηση, να καθοδηγεί και να εκπαιδεύει τους ασθενείς και τους συγγενείς, αλλά και να αναγνωρίζει τις ανάγκες του ασθενή.

Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ατόμου που αφορούν το οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.⁴³

Φροντίδα στο οργανικό επίπεδο

Η φροντίδα στο οργανικό επίπεδο θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες της ασθενούς, στη μείωση ή τον έλεγχο του πόνου, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση που προκαλεί δυσφορία. Ο πόνος είναι το κυρίως σύμπτωμα που ταλαιπωρεί τον ασθενή και η ανακούφισή του αποτελεί άμεση προτεραιότητα. Όταν η ασθενής πονά, κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση και αξιολόγηση του πόνου, που βιώνει. Η νοσηλεύτρια περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο επαγγελματία συμβάλλει ουσιαστικά στην ανακούφιση του πόνου μέσα από τη διαδικασία της παρακολούθησης της έντασής του και της αποτελεσματικότητας της αναλγητικής αγωγής. Με όλη τη προσπάθεια της νοσηλεύτριας να ικανοποιήσει τις ανάγκες του αρρώστου και να τον ανακουφίσει, είναι επίσης της νοσηλεύτριας είναι να επιλέγει το

κατάλληλο φάρμακο στη κατάλληλη δόση και τη σωστή οδό χορήγηση φαρμάκου. Τότε η νοσηλεύτρια μετά από συνεννόηση με το γιατρό, θα προχωρήσει στη χρήση φαρμάκων που ελαττώνουν το πόνο και την ανησυχία. Η αντίδραση του ανθρώπου στον πόνο καθώς και η ερμηνεία που ο καθένας του δίνει επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το βαθμό της ανησυχίας της ασθενούς, σε σχέση με την ασθένειά της, την κοινωνική της θέση, την πείρα του παρελθόντος και ακόμη την εμπιστοσύνη που έχει στον ιατρό και την νοσηλεύτρια που την νοσηλεύουν. Παράλληλα με τα διάφορα μέσα και η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλλει στην καταπράυνση όχι μόνο του πόνου αλλά κάθε φύσεως αγωνία και ανησυχίας, όταν η παρουσία της δημιουργεί ατμόσφαιρα κατανόησης, ελπίδας και αγάπης. Η ασθενής η οποία περνά τις τελευταίες μέρες της ζωής της, συνήθως έχει μειωμένη όρεξη και συχνά η φυσική προσπάθεια που καταβάλλει για τη διατροφή της είναι μεγάλη. Η ανορεξία είναι ένα χαρακτηριστικό πρόβλημα του τελικού σταδίου. Οι ασθενείς δεν ενδιαφέρονται καθόλου για το φαγητό και μερικές φορές ακόμα και η μυρωδιά του τους προκαλεί ναυτία. Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς μπορούν να τρουνε οτιδήποτε τους ευχαριστεί και δεν τους προκαλεί δυσάρεστα ενοχλήματα. Χρειάζεται όμως να καταβληθεί αυτή η προσπάθεια, διότι η καλή διατροφή του ασθενούς παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωτικότητα των ιστών και έτσι προλαμβάνονται πρόσθετες επιπλοκές. Πρέπει επίσης να επιδιώκουμε και να επιτυγχάνουμε την κατάλληλη ενυδάτωσή τους με σκοπό την αποφυγή χορήγηση των υγρών παρεντερικώς.

Μία άλλη μέριμνα της νοσηλεύτριας είναι η φροντίδα του στόματος, της μύτης και των ματιών. Όσο ο θάνατος πλησιάζει, τόσο η φροντίδα του στόματος πρέπει να αυξάνεται, επειδή δύσκολα καταπίνει και το περιεχόμενο (σίελος, βλέννα) παραμένει στο στόμα, συχνά γίνεται απαραίτητη η χρησιμοποίηση τεχνητών μέσων, όπως της αναρροφητικής αντλίας.

Το δέρμα χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα. Καθώς ανεβαίνει η θερμοκρασία του σώματος – όπως συνήθως συμβαίνει σ’ αυτές τις περιπτώσεις-και η περιφερειακή κυκλοφορία είναι ατελής, ο ασθενής κρύνει, ενώ συγχρόνως παρουσιάζει άφθονη εφίδρωση. Η φροντίδα μας θα στραφεί στο πώς θα διατηρήσουμε στεγνό και καθαρό το σώμα του αρρώστου μας.

Άλλα προβλήματα που συμπεριλαμβάνονται στο οργανικό επίπεδο είναι η ναυτία και ο εμετός. Είναι πολύ συχνά και βασανιστικά συμπτώματα ης ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας και μπορούν να αντιμετωπιστούν με προσεκτικά επιλογή της χορηγούμενης τροφής, η οποία πρέπει να δίνεται σε μικρά και συχνά γεύματα καθώς και με φαρμακευτικά σκευάσματα. Άλλα προβλήματα είναι η δυσφαγία, η δυσκοιλιότητα, η αφυδάτωση, η δύσπνοια και η πρόληψη κατακλίσεων. Στην περίπτωση που η ασθενείς παρουσιάζει δύσπνοια, η πιο αναπαυτική θέση είναι η μισοκαθιστή. Η πλάγια θέση αφήνει ελεύθερη την αναπνευστική οδό, η οποία μπορεί να φράξει με τη γλώσσα όταν η ασθενής βρίσκεται στην ύπτια θέση. Οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, που βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, υποφέρουν πολύ από δυσκοιλιότητα. Η επισυμβαίνουσα διόγκωση, η πίεση του διογκωμένου εντέρου στο διάφραγμα και ο συνοδευόμενος μετεωρισμός επιτείνουν τον πόνο και τη έλλειψη άνεσης της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει σύμφωνα με κάποιο σχέδιο, οδηγίες στα μέλη της οικογένειας, για τα μέτρα που είναι περισσότερο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση της κατάστασης. Χυμός δαμάσκηνων ή φρούτων καθώς και φρουτόκρεμες εμπορίου μπορούν να χορηγούνται στο νοσοκομείο και στο σπίτι για την καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας. Η οικογένεια πρέπει επίσης να διδαχθεί όλες τις απαραίτητες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων του υποκλυσμού και της απομάκρυνσης των ενσφηνωμένων στο έντερο κοπρανωδών μαζών. Η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να αναλάβει αυτή τη φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι της ασθενούς, αν η οικογένειά της δεν είναι ικανή να την παρέχει. Επίσης στην ασθενή που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής της, εμφανίζονται όλα τα

προδρομικά σημεία κατακλίσεων, αν όχι κατακλίσεις. Τέτοιες ασθενείς είναι συνήθως κατάκοιτες, τρέφονται ανεπαρκώς, συχνά είναι αφυδατωμένες και αποφεύγουν τη συχνή εναλλαγή των θέσεων, επειδή προτιμούν να παραμένουν συνεχώς σε μία συγκεκριμένη θέση, αν αυτές τις ανακουφίζει και δεν τους προκαλεί άλλα δυσάρεστα ενοχλήματα.

Για τους παραπάνω λόγους, η ανάπτυξη κατακλίσεων είναι συχνό φαινόμενο. Είναι βασικής σημασίας να αποφευχθεί αυτό το στάδιο. Για την ασθενή που βρίσκεται στο σπίτι, είναι πολύ σημαντικό τα πρόσωπα που τη φροντίζουν να έχουν διδαχθεί πώς να την πλένουν και να της αλλάζουν την θέση, καθώς και πώς να αξιολογούν ενδείξεις ανερχόμενης κατάκλισης. Αν χρειαστεί θεραπευτική αντιμετώπιση, η νοσηλεύτρια οφείλει να δώσει στην οικογένεια να καταλάβει τους λόγους της ανερχόμενης θεραπείας και να τους διδάξει τον τρόπο.

Καλό είναι να υπάρχουν ιδιαίτερα δωμάτια για τους ετοιμοθάνατους ασθενείς. Όταν όμως αυτό δεν είναι δυνατό, τοποθετείται παραβάν γύρω από το κρεβάτι του αρρώστου. Η απομόνωση αυτή είναι ενεργητική όχι μόνο γι' αυτόν και τους συγγενείς του, δίνοντάς του κάποια άνεση κατά τις τελευταίες ώρες, αλλά και για τους άλλους ασθενείς του θαλάμου, που αποφεύγουν έτσι να αντικρίσουν σκηές θανάτου. Συχνά ο βαριά άρρωστος είναι ανήσυχος. Η νοσηλεύτρια παίρνει κατάλληλα μέτρα για την προφύλαξή του. Όπως είναι γνωστό, οι ετοιμοθάνατοι παραπονιούνται για μοναξιά, φόβο και ελαττωμένη όραση, τα οποία μεγαλοποιούνται σε ένα σκοτεινό δωμάτιο. Ένα άνετο, φωτεινό και καθαρό περιβάλλον, κάνει περισσότερο εύκολες τις τελευταίες στιγμές ενός ετοιμοθάνατου.

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται ακόμη στις συνομιλίες με άλλα πρόσωπα κοντά στον άρρωστο. Ο ψίθυρος είναι ενοχλητικός και του δίνει την εντύπωση ότι του κρύβονται ορισμένα μυστικά. Η ακοή εγκαταλείπει το ανθρώπινο σώμα τελευταία από όλες τις αισθήσεις. Είναι προτιμότερο να μιλάμε σε ένα φυσιολογικό τόνο φωνής παρά ψιθυριστά, για να μην ενοχλούμε

δήθεν τον άρρωστο. Η συζήτηση θεμάτων που γνωρίζουν ότι ευχαριστούν τον άρρωστο προσφέρει ανακούφιση. Κι όταν ακόμη ο ετοιμοθάνατος δεν φαίνεται να ανταποκρίνεται σε ότι του λέγεται, είναι ευγενικό και ανθρώπινο να του μιλάμε. Θα πρέπει εδώ να τονιστεί ότι οποιαδήποτε παρέμβαση για ανακούφιση συμπτωμάτων είναι αποτελεσματικότερη όταν συνοδεύεται από ψυχολογική υποστήριξη.^{3, 42,43}

Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο

Καθώς ο ασθενής διανύει το τελευταίο στάδιο της ζωής του κατακλύζεται από αισθήματα ψυχικού πόνου, άγχους, θλίψης και θυμού. Το συναίσθημα του άγχους κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο. Και όπως είναι γνωστό, ο φόβος του επερχόμενου θανάτου, είναι ο πιο έντονος που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Ο άνθρωπος είναι στενά δεμένος με τη ζωή, δεν θέλει να την αφήσει, όσο κουραστική κι αν είναι. Αυτό οφείλεται στο αίσθημα της αυτοσυντηρήσεως που υπάρχει μέσα του και στο φόβο του αγνώστου.

Ο άρρωστος διακατέχεται από αίσθημα ανασφάλειας, θέλει όλους τους δικούς του γύρω του, αλλά δυστυχώς στο περιβάλλον του νοσοκομείου αυτό δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθεί η αυτή και η επιθυμία του. Ένα, δύο και σπάνια περισσότερα άτομα μπορούν να μένουν κοντά του.

Είναι δυνατόν τις τελευταίες αυτές στιγμές της ζωής του να βλέπει ολόκληρη τη ζωή που έζησε. Είναι δυνατόν να βλέπει ότι πέρασε μία ζωή, η οποία του άφησε τύψεις και πίκρα. Μπορεί να θυμάται όνειρα που δεν πραγματοποιήθηκαν ποτέ, προσπάθειες που δεν καρποφόρησαν, χαρές που σύντομα χάθηκαν, υποχρεώσεις που δεν εκπληρώθηκαν, επιθυμίες που έμειναν ανικανοποίητες, παραβάσεις του καθήκοντος άγνωστες στους άλλους, ωστόσο όμως ζωηρές στη δική του μνήμη αυτή τη στιγμή.

Το άτομο θρηνεί μονάχα τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον (π.χ την επιδείνωση της υγείας του, τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα κλπ), αλλά θρηνεί απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν (π.χ. την αυξανόμενη αδυναμία του, την απομάκρυνση του προσωπικού ή άλλου ατόμου κλπ) καθώς και τις απώλειες από αναφέρονται στο παρελθόν του.

Φοβάται για την περίοδο που οδηγεί στον θάνατο και που μπορεί να συνοδεύεται από ταπείνωση, απώλεια αξιοπρέπειας , πόνο, εγκατάλειψη, απόρριψη και μοναξιά, αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα. Ταυτόχρονα φοβάται το γεγονός του θανάτου και την οριστικότητά του καθώς και για την τύχη του σώματός του μετά το θάνατο.

Οι νοσηλεύτριες γνωρίζοντας τις τεχνικές επικοινωνίας μπορούν να στηρίξουν ουσιαστικά τον άρρωστο, ενθαρρύνοντάς τον να εκφράσει τα οδυνηρά του αισθήματα και σκέψεις και τους προβληματισμούς του και δείχνοντάς του ότι είναι πραγματικά πρόθυμοι να τον ακούσουν.

Επίσης, η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, ώστε να διατηρήσει μία θετική εικόνα για τον εαυτό του και την αξιοπρέπειά του.

Η συνεχής παρουσία του νοσηλευτή στο πλευρό του ασθενή αλλά και της οικογένειάς του, το ενδιαφέρον που δείχνει καθώς και η εξατομικευμένη φροντίδα συμβάλλουν στο να δημιουργείται το αίσθημα της ασφάλειας. Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του αυτοελέγχου επιτυγχάνεται με την ενημέρωση του αρρώστου, την προετοιμασία για πιθανές σωματικές αλλαγές, την προώθηση της αυτοφροντίδας εάν αυτό είναι δυνατόν και η δυνατότητα να αποφασίζει σε θέματα που αφορούν την υγεία και την φροντίδα που δέχεται.^{42,}

Φροντίδα στο κοινωνικό επίπεδο

Κάθε άρρωστος πλησιάζει προς το θάνατό του, πραγματοποιεί μία προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση. Αυτή η στάση υπαγορεύεται από την ανάγκη να συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει.

Η νοσηλεύτρια αποδεχθεί και να συμφιλιωθεί με αυτήν τη κατάσταση. Ενημερώνοντας την οικογένειά του θα εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον που δεν τον εγκαταλείπει, και θα του επιτρέψει να θρηνήσει και να προετοιμαστεί για το πέραςμα από τη ζωή στο θάνατο.

Παράλληλα, η διευθέτηση ορισμένων εκκρεμών υποθέσεων οι οποίες πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, αποτελούν βασικές κοινωνικές ανάγκες. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενθαρρύνει την άρρωστη να εκφράσει τις ανάγκες της, αλλά ταυτόχρονα να παίξει το ρόλο του συνηγόρου του και να λειτουργήσει εκ μέρους της, ώστε να πραγματοποιηθούν ή να καλυφθούν κάποιες από αυτές.⁴³

Φροντίδα στο πνευματικό επίπεδο

Καθώς ο άρρωστος προχωρεί προς το θάνατο συχνά βιώνει μία βαθιά υπαρξιακή κρίση. Βιώνει μία ψυχική διεργασία θρήνου. Θρηνεί γιατί χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Προσπαθεί να ικανοποιήσει τρεις βασικές πνευματικές ανάγκες πριν φτάσει στο τέλος. Αυτές είναι :

- Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του
- Ανάγκη να έχει καλό θάνατο
- Ανάγκη για ελπίδα εξαρτάται από το προσδόκιμο επιβίωσης

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βοηθάει την άρρωστη σε αυτήν την διεργασία χωρίς να του επιβάλλει προσωπικές πεποιθήσεις. Παράλληλα, προσπαθεί να της διατηρήσει την ελπίδα ότι υπάρχει ζωή πέρα από το θάνατο. Η πίστη στο Θεό αποτελεί πηγή ανακούφισης ενώ για εκείνους που δεν πιστεύουν στην μετά θάνατο ζωή την ελπίδα την αντλούν από τα έργα και τις πράξεις τους. Η συμβολή του ιερέα στην ικανοποίηση των ψυχικών αναγκών της ασθενούς είναι πολύ μεγάλη και η νοσηλεύτρια δεν θα πρέπει να παραλείπει ή να αμελεί το βασικό καθήκον να φέρει την ασθενή σε επαφή με τον ιερέα του νοσοκομείου.^{42, 43}

13.4. ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Υπάρχουν άνθρωποι που νομίζουν, ότι βοηθούν στο να ελαττώσουν το φόβο του θανάτου απλά αποφεύγοντας το θέμα. Και η νοσηλεύτρια, όπως κάθε άνθρωπος, είναι άνθρωπος με τις ανάλογες αντιδράσεις απέναντι στο θάνατο, οι οποίες δεν μεταβάλλονται απότομα ούτε και σβήνουν μόλις το άτομο ενταχθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό. Και η νοσηλεύτρια δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει την ετοιμοθάνατη ασθενή. Η απομάκρυνση ή η άρνηση να έλθει σε επαφή με την άρρωστη, είναι κάτι που το χρησιμοποιεί σαν ένα προστατευτικό μέσο, γιατί πρόσωπο του αρρώστου που υποφέρει βλέπει πιθανόν τον εαυτό της ή κάποιο προσφιλές πρόσωπο. Συχνά τα άτομα αυτά απομονώνονται και παραμερίζονται μέσα στο νοσοκομείο. Υπάρχει ο κίνδυνος

να τα βλέπουμε στο τμήμα σαν άσκοπη επιβάρυνση της εργασίας μας. Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συχνά, επειδή πιέζεται από τις πολλές απαιτήσεις των άλλων αρρώστων, παραμελούν αυτούς τους οποίους λίγα μπορούν να προσφέρουν. Αλλά δεν υπάρχει ασθενής για τον οποίο η νοσηλεύτρια να μην μπορεί να κάνει κάτι. Πρέπει όλοι οι ασθενείς μας να βοηθούνται και όχι να εγκαταλείπονται και να παραμελούνται, όταν πάσχουν από ανίατη ασθένεια. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι πρόθυμη να ικανοποιήσει τις συναισθηματικές και ψυχικές ανάγκες του αρρώστου, που συχνά είναι μεγαλύτερες από τις φυσικές. Κάθε επιθυμία του σε αυτές τις δύσκολες ώρες πρέπει να είναι σεβαστή και να εκτελείται με αγάπη και κατανόηση, όσο και αν στοιχίζει. Η βοήθεια στον άρρωστο να εκφράσει τα προβλήματα και τους φόβους του, συντελεί στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία, στοιχεία τόσο απαραίτητα αυτές τις ώρες. Το πλησίασμά μας να μην είναι ποτέ μηχανικό, επειδή πρέπει, επειδή μας το επιβάλλει το καθήκον, αλλά να ξεκινά από την εσωτερική διάθεση να βοηθήσουμε το συνάνθρωπό μας.

Είναι φανερό ότι μόνο η καλή επαγγελματική κατάρτιση για το έργο μας είναι ανεπαρκής, χρειάζεται παράλληλα ψυχική και πνευματική καλλιέργεια, η οποία θα αντανακλά την αγάπη και το σεβασμό προς τον συνάνθρωπό μας. Η ψυχική και πνευματική καλλιέργεια της νοσηλεύτριας δρουν σαν καταλύτες που μεταβάλλουν τη νοσηλευτική εργασία από τεχνική και θεραπευτική, σε προσωπική υπηρεσία, σε εξυπηρέτηση του ανθρώπου κατά τις κρίσιμες ώρες της ζωής του, αυτές τις ώρες που αντικρίζει το θάνατο.⁴²

13.5 ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η νοσηλεύτρια που φροντίζει μία ασθενή κατά τη διάρκεια της νόσου της, έχει αναπτύξει μία σχέση με αυτή, βασισμένη στην εμπιστοσύνη και στον αλληλοσεβασμό. Η νοσηλεύτρια που γνωρίζει την ασθενή μπορεί να δημιουργήσει το κλίμα εκείνο που θα ενισχύσει την ανοιχτή έκφραση του συναισθημάτων της, όσον αφορά στον επικείμενο θάνατο. Η νοσηλεύτρια μπορεί να γεφυρώσει τα διαφορούμενα και ασαφή συναισθήματα μεταξύ της ασθενούς και του γιατρού ή της οικογένειάς της. Μπορεί να τεκμηριώσει το γιατί πιστεύει ότι η ασθενής γνωρίζει ότι θα πεθάνει και να μοιρασθεί αυτές τις πληροφορίες με το γιατρό και με τον κατάλληλο τρόπο, με την οικογένεια της ασθενούς. Από τη στιγμή που η πραγματικότητα βιωθεί από την ασθενή και την οικογένειά της και επιβεβαιωθεί από το γιατρό, γίνεται ευκολότερο να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που έχουν σχέση με τον επερχόμενο θάνατο της ασθενούς.³

13.6 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Οι αντιδράσεις οι οποίες βιώνει η οικογένεια και το οικείο περιβάλλον όταν ένα μέλος διαγιγνώσκεται με μία απειλητική για τη ζωή του αρρώστια όπως ο καρκίνος είναι αντίστοιχες με του ίδιου του αρρώστου. Τα φιλικά και συγγενικά πρόσωπα βιώνουν ανάλογες αντιδράσεις όπως σοκ, θυμό, θλίψη, αδυναμία, φόβο για το μέλλον, αγωνία, ενοχή και πόνο για τον πιθανό θάνατο.

Με τη διάγνωση του καρκίνου αρχίζει και για εκείνους μία διεργασία θρήνου καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τις διάφορες πραγματικές ή μελλοντικές απώλειες τις οποίες επιφέρει η αρρώστια και στη δική τους ζωή.

Κάθε άτομο ανάλογα με τη σχέση που έχει με τον άρρωστο, το είδος της και το πόσο στενή είναι, θρηνεί διαφορετικές απώλειες. Καθένας θρηνεί την απώλεια διαφορετικών ρόλων που άρρωστος έπαιζε και περίμενε ότι θα παίζει στην ζωή του.

Η αρρώστια ενός μέλους της οικογένειας διαταράσσει όλη τη ζωή και τη λειτουργία της οικογένειας και έχει επιπτώσεις σε πολλές πτυχές της ζωής των άλλων μελών, όπως για παράδειγμα, στα εργασιακά του καθήκοντα, την οικονομική τους κατάσταση, τα προσωπικά τους σχέδια και τον τρόπο με τον οποίο βλέπουν το μέλλον τους.³⁵

Η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς με καρκίνο αντανακλά σε όλη την οικογένεια. Η νοσηλεύτρια μπορεί να υποστηρίξει και να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας, με τον ίδιο τρόπο που βοηθάει την ασθενή. Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να διακατέχονται από άγχος, αγωνία, ευερεθιστότητα. Όσο η ασθενής πλησιάζει προς το τέλος της ζωής της, η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και οικογένειας δυσχεραίνεται. Σκοπός της νοσηλεύτριας στο σημείο αυτό είναι η αποκατάσταση της επικοινωνίας και η ψυχική ενίσχυση και των δύο πλευρών. Η νοσηλεύτρια που ενδιαφέρεται για την ασθενή μπορεί να προβεί σε εκτιμήσεις και ανάλογες παρεμβάσεις και να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητά τους σύμφωνα με τις ανάγκες της συγκεκριμένης οικογένειας. Ίσως κριθεί απαραίτητη και η συμμετοχή ιερωμένου ή κοινωνικής λειτουργού, για την υποστήριξη της οικογένειας και για τη βοήθεια στην καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών της.³

Η νοσηλεύτρια η οποία σέβεται τα δικαιώματα του άλλου, αναγνωρίζει το δικαίωμα των συγγενών να σταθούν δίπλα στον άνθρωπό τους κατά τις τελευταίες του ημέρες. Συχνά οι συγγενείς είναι τόσο επηρεασμένοι που δεν είναι σε θέση να προσφέρουν πραγματική βοήθεια και μπορεί να παρακωλύουν την εργασία του τμήματος με παράλογες απαιτήσεις. Ακόμα συμβαίνει συγγενείς του ασθενούς να επικρίνουν και άλλοτε να κατηγορούν το προσωπικό για αμέλεια, ανικανότητα ή και ασυνειδησία. Το μόνο πράγμα που

θα πρέπει να απασχολεί την νοσοκόμα όταν αντιμετωπίζει μία τέτοια κατάσταση είναι «πώς να βοηθήσει τον άρρωστο και τους οικείους του». Ίσως χρειάζονται κάποια προτροπή να αναπαυθούν λίγο, να κοιμηθούν, να φάνε. Αναμφίβολα πρέπει να εξασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου, η οποία κάποτε διασαλεύεται από την παράλογη συμπεριφορά των συγγενών. Αλλά κάθε επέμβαση για την εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του ιδρύματος πρέπει να γίνεται με μεγάλη λεπτότητα και πλήρη κατανόηση της θέσεως στην οποία βρίσκονται οι οικείοι του ασθενούς.⁴²

13.7. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ ΤΗΣ **ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η οικογένεια της ασθενούς έχει μεγαλύτερη ανάγκη για φροντίδα και υποστήριξη, ιδιαίτερα μετά το θάνατο της τελευταίας. Ορισμένες οικογένειες δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν και να αποδεχθούν ότι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο έφυγε για πάντα. Ο θάνατος, το άγχος και ο επερχόμενος θρήνος έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των μελών της οικογένειας.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια μετά το θάνατο της ασθενούς με το να προσφέρει την συμπαράστασή της και να δημιουργήσει ήσυχη και άνετη ατμόσφαιρα, όπου θα μπορέσει να μιλήσει με τα μέλη της οικογένειας, να τα ενθαρρύνει και να τα υποστηρίξει ψυχικά. Η σκέψη και η ομιλία για το θάνατο δεν είναι μακάβρια. Αντίθετα, η άγνοια και ο φόβος γι' αυτόν υποδηλώνουν αδυναμία χαρακτήρα και έλλειψη προσωπικότητας. Η γνώση και η αποδοχή του θανάτου ελευθερώνουν τη ζωή και το άτομο από το φόβο και το άγχος για τον ερχομό του. Η περιποίηση της ασθενούς που πεθαίνει, από τα άτομα της οικογένειάς της, διευκολύνει της αποδοχή της πραγματικότητας. Συνήθως τα μέλη της οικογένειας φοβούνται την εμπειρία.

Η νοσηλεύτρια παρηγορεί, ενθαρρύνει και καθοδηγεί με τον τρόπο της τα μέλη της οικογένειας της ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στα μέλη της οικογένειας την ευκαιρία να εκφράσουν τα άμεσα συναισθήματά τους, να κλάψουν, να συγκεντρωθούν μαζί ή να αποσυρθούν. Τη συγκεκριμένη περίοδο, χρειάζονται ησυχία και χρόνο. Μπορεί για το λόγο αυτό να έχει φροντίσει να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ αυτής και των μελών. Έτσι μετά το θάνατο της ασθενούς, η οικογένεια διατηρεί την επαφή της με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτός ο δεσμός είναι επιθυμητός και πρέπει να επιδιώκεται από το ίδιο το προσωπικό που βοήθησε τα μέλη της οικογένειας στη προσαρμογή τους και μοιράσθηκε έντονες εμπειρίες κατά την διάρκεια της ασθένειας. Είναι σημαντικό η πρώτη συνάντηση να γίνεται στο σπίτι της οικογένειας λίγο μετά το θάνατο της ασθενούς.

Στόχος της νοσηλεύτριας που θα βρίσκεται σε επαφή με την οικογένεια είναι να τη βοηθήσει να ακολουθήσει φυσιολογική πορεία στο πένθος της, ώστε να μπορέσει να ξαναβρεί την ισορροπία της. Πρέπει επίσης να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τη συμπεριφορά που κυριαρχεί, όταν η διαδικασία του πένθους δεν εξελίσσεται ομαλά. Μερικά από τα βασικότερα συμπτώματα του παθολογικού πένθους είναι:

- i. Αδικαιολόγητα παρατεινόμενο πένθος που εμποδίζει το άτομο στη λειτουργία της καθημερινής του ζωής.
- ii. Υπερβολική ευφορία, δραστηριότητα και απασχόληση μπροστά στο θάνατο, που εμποδίζει τη διαδικασία του πένθους.
- iii. Τάσεις αυτοκαταστροφής ή αυτοτιμωρίας.
- iv. Υπερβολικές αντιδράσεις στο πρόβλημα κάποιου τρίτου.
- v. Ταύτιση και υιοθέτηση χαρακτηριστικών της νεκρής ή εκδήλωση των ίδιων οργανικών συμπτωμάτων που παρουσίαζε η ασθενής στην περίοδο της νόσου.

vi. Υπερβολική κατάθλιψη που εμφανίζεται καθυστερημένα, μήνες μετά το θάνατο.

Τα μέλη της οικογένειας που εκδηλώνουν τα συμπτώματα αυτά πρέπει να παραπέμπονται έγκαιρα σε ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο.³

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

1. 1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

i. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία εισαγωγής	15/08/2004
Όνοματεπώνυμο	Α. Ελένη
Ασφαλιστικός φορέας	Ι.Κ.Α.
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος
Φύλο	Θήλυ
Ηλικία	43 ετών
Τόπος Γέννησης	Χαλκίδα
Επάγγελμα	Οικιακά
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	15/08/2004
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη
ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ	Πόνος στο δεξιό μαστό

ii. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής προ τεσσάρων ετών (Απρίλιος 2004), παραπονιέται για άλγος στο δεξιό μαστό. Δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία, καθώς αποδίδει τον πόνο αυτό στην ινοκυστική μαστοπάθεια, από την οποία πάσχει από δεκαετίας. Πριν από δεκαπέντε ημέρες (31/7/04), σημειώθηκε προοδευτική αύξηση της έντασης του πόνου, που αυξανόταν κατά τη διάρκεια της νύχτας, καθώς γύριζε στο δεξιό πλευρό. Η ασθενής ψηλαφώντας το δεξιό μαστό δεν ανακάλυψε κάτι ασυνήθιστο, παρά μόνο τις κύστες που προκαλεί η μαστοπάθειά της. Παρόλα αυτά, αποφάσισε να επισκεφτεί κάποιο γιατρό, διότι ανησύχησε για την εμφάνιση του επίμονου πόνου.

Εισέρχεται προς ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Πατρών « Άγιος Ανδρέας». Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος), ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα και μαστογραφία. Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κλινική κατάσταση της ασθενούς από τον εφημερεύοντα γιατρό, διαγιγνώσκεται ογκίδιο (Δ) μαστού. Στη συνέχεια προγραμματίζεται η εισαγωγή της ασθενούς. Εισάγεται στην χειρουργική κλινική, όπου και νοσηλεύεται για δώδεκα ημέρες. Κατά την εισαγωγή ενημερώθηκε από το θεράποντα ιατρό ότι θα πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση δεξιού μαστού και προγραμματίστηκε το χειρουργείο για την επόμενη ημέρα 16 / 08 / 2004 και ώρα 9 :30 π.μ., για αφαίρεση του ογκιδίου από δεξιό μαστό με τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή.

iii. *ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ*

Γενική κατάσταση υγείας:

Σχετικά καλή

Νοσήματα ενήλικα :

Τραχηλίτιδα 1998

Οξεία σκωληκοειδίτιδα 1987

Σκωλικοειδεκτομή το 1987

1^{ος} Φυσιολογικός τοκετός 1983

2^{ος} Φυσιολογικός τοκετός 1985

Αλλεργίες :

Δεν αναφέρονται

Περιοδικές εξετάσεις :

Τεστ Pap κάθε ένα χρόνο (αρνητικό)

Επισκέψεις στο γυναικολόγο για ψηλάφηση μαστού

κάθε ένα χρόνο

Έκθεση σε τοξικές ουσίες:

Κάπνισμα : ναι, δέκα τσιγάρα ημερησίως

Οινόπνευμα: καθόλου

Καφεΐνη : ελάχιστη κατανάλωση

iv. *ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ*

Λήψη ζωτικών σημείων: Α.Π. 130/70 mmHg

Αναπνοές : 19/min

Σφίξεις: 75/min

Θερμοκρασία : 36,8⁰ C

Ύψος; 1,65m

Βάρος: 60 Kgr

v. *ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΠΗΡΕ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΤΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ*

Αντιβιοτικά : Radasef (Κεφορανιδίνη, Κεφαλοσπορίνη Β γενιάς) ,
Δράση : Μικροβιοκτόνος.

Αντιπηκτικά : Metronizadole (Μετρονιδαζόλη, μεικτό αμοιβαδοκτόνο)
Δράση : Αντιμικροβιακή
: Innohep (Tinzparm, Sodium)
Δράση : Μείωση της πεικτικότητας του αίματος

Φάρμακα του γαστρεντερικού : Lumaren (Ραντιδίνη)
Δράση : Αντιελκωτικό σκεύασμα

Παυσίπονα – Ναρκωτικά : Zideron (Δεξτροπροποφυξένη υδροχλωρική)
Δράση : Ναρκωτική – Αναλγητική

vi. *ΚΑΡΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ*

	15/8	16/8	17/8	18/8	19/8	20/8	21/8
D/X	1×2	1×2	1×2	1×2			
<i>N/S</i>	1×1	1×1	1×1	1×1			
<i>Innohep</i>	1×1	1×1	1×1				
<i>Radasef</i>	1×2	1×2	1×2	1×2	1×2	1×2	1×2
<i>Zideron</i>	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.	Ε.Π.	
<i>Metroniz adole</i>	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3
<i>Lumaren</i>	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3
<i>Primperan</i>	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3	1×3

vii. *ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΙΔΙΟΥ*

16/8/04 Κατά το χειρουργείο

Είδος υλικού : Α) Ογκίδιο (Δ) μαστού, κάτω-έξω τεταρτημόριο επί
εδάφους ινοκυστικής μαστοπάθειας

Β) Μαζικός αδένας

Γ) Μασχαλιαίος λεμφαδένας

Κλινική διάγνωση : Ογκίδιο (Δ) μαστού

Α) για ταχεία βιοψία απεστάλη τεμάχιο μαζικού αδένος, διαστάσεων 5,5×4,5×4 εκ. ο υπόλοιπος μαζικός αδένος γύρω από τον όγκο έχει εστιακά πλούσια σύσταση, λευκωπή χροιά και περικλείει διατεταμένους πόρους, πληρούμενους από κίτρινο φαιό, παχύρρευστο υλικό. Η ταχεία βιοψία εδόθη θετική (+) για κακοήθεια.

Β) Χειρουργικό παρασκεύασμα τροποποιημένης, ριζικής μαστεκτομής που αποτελείται από τον δεξιό μαστό διαστάσεων 22×17×5 εκ καλυπτόμενο από δέρμα έκτασης 16×13 εκ φέρον θηλή.

Γ) με ένδειξη μασχαλιαίοι λεμφαδένες απεστάλη τμήμα λιπώδους ιστού με διάμετρο 6,4 εκ το οποίο στις διατομές περικλείει 8 λεμφαδένες με διάμετρο 0,1-1,8 εκ του απεσταλμένου υλικού.

viii. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A) Ο ανωτέρω περιγραφόμενος νεοπλασματικός όγκος έχει χαρακτήρα διηθητικού αδenoκαρκινοματώδους μαστού, πορογενούς τύπου, μικρού βαθμού διαφοροποίησης GRADE III. Παρατηρούνται γύρω από τον όγκο πολλές εστίες in situ πορογενούς αδenoκαρκινώματος συμπαγούς εν μέρει φαγεσωρικού τύπου και θέσεις καρκινοποίησης λοβίων.

B) Η περιγραφόμενη εστία αντιστοιχεί σε in situ πορογενές αδenoκαρκίνωμα συμπαγούς εν μέρει comedo τύπου, με περιοχή καρκινοποίησης λοβίων και αραιές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις γύρω από διατεταμένους νεοπλασματικούς πόρους.

Γ) Οι λεμφαδένες είναι ελεύθεροι μεταστάσεων και εμφανίζουν ανοσολογική διέγερση και ιστοκυττάρωση των λεμφοκόλπων τους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>Ημέρα χειρουργείου: Πρωινή βάρδια (7-3) 16/8/2004</p>	<p>1. <u>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο</u></p>	<p>1. <u>Να ενθαρρυνθεί η άρρωστη να εντοπίσει και να περιγράψει τον πόνο.</u></p>	<p>1. η ασθενής περιέγραψε τον χαρακτήρα του πόνου: είναι συνεχής και οξύς και επιδεινώνεται με την κίνηση. Εντοπίζεται στην περιοχή του τραύματος. 2. η νοσηλεύτρια παρατήρησε την περιοχή για τυχόν ερυθρότητα, οίδημα και αυξημένη θερμοκρασία. Έλεγε την περιέδεση του τραύματος και τις συσκευές παροχέτευσης.</p>	<p>1. η προσεκτική παρατήρηση του τραύματος απέκλεισε ως αίτιο του πόνου την πίεση του σώματος και του τραύματος. 2. Με την τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη θέση, μειώθηκε η πίεση στην χειρ/σα περιοχή και η μυϊκή τάση, με συνέπεια την υποχώρηση μέρους του άλγους. 3. Με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος εξαλείφθηκε η ανησυχία και η δυσφορία που επικρατούσαν αρνητικά.</p>
<p>12: 00 π.μ. Πόνος που οφείλεται στην χειρουργική επέμβαση</p>	<p>2. Να εξασφαλιστεί η άνεση της ασθενούς</p>	<p>2. Να παρατηρηθεί και να ψηλαφηθεί η περιοχή όπου εντοπίζεται ο πόνος 3. Να τοποθετηθεί η ασθενής σε άνετη θέση</p>	<p><u>3. Έδωσε στην ασθενής αναπαικτική θέση:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • δεν τοποθέτησε την ασθενή στην χειρουργηθείσα περιοχή. • Τοποθέτησε υποστηρικτικό μαξιλάρι κάτω από τον ώμο, στην χειρουργηθείσα περιοχή και συνέστησε την αποφυγή της απότομης μετακίνησης του ώμου. • Ανύψωσε την 	

		κεφαλή του κρεβατιού κατά 30°	
4.	να διερευνηθούν οι παράγοντες που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν	4. μείωσε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες: δημιούργησε ήρεμο περιβάλλον και ρύθμισε την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, τον φωτισμό και τον αερισμό του θαλάμου.	4. η ένταση του πόνου υποχώρησε 40' μετά τη χορήγηση Zideron, (στις 12 :45)
5.	να χορηγηθούν αναλγητικά κατόπιν ιατρικής εντολής και να παρακολουθείται η δράση τους	5. η νοσηλεύτρια χορήγησε στις 12 : 05 μ.μ. 1 amp Zideron ενδομυϊκό βάση ιατρικών οδηγιών.	5. μετά την καταγραφή των ζωτικών σημείων προέκυψε πως τα ζωτικά σημεία είναι σταθερά και δεν παρουσίασε παρενέργειες από την δράση του αναλγητικού.
6.	να γίνεται συνεχής αξιολόγηση της ασθένειας κατά την ύφεση του πόνου	6. η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και καταγράφει ανά μισή ώρα μετά τη χορήγηση του Zideron και για 1 ώρα τα ζωτικά σημεία και το επίπεδο συνείδησης. (πρώτο μισάωρο) Α.Π. 130mmHg, ΣΦ= 75/min, αναπνοές 20/min, επίπεδο συνείδησης : ΚΦ	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Απογευματινή βάρδια (3- 11)	1.απαλλαγής της άρρωστης από το αίσθημα της ναυτίας και από τον εμετό.	<u>1. Να χορηγηθεί αντιεμετικό με βάση ιατρικών οδηγιών.</u>	1. Ετέθη 1 amp Primperan σε 1000cc N/6 0.9% στις 3:00 μ.μ. και ρυθμίστηκε να πιέσει με ρυθμό 42 σταγ /min σε 6 h	1. Το αίσθημα της ναυτίας άρχισε να υποχωρεί, οι εμετοί μειώθηκαν σε συχνότητα
Διαταραχή του υδατοηλεκτρικού ισοζυγίου, που οφείλεται στην ναυτία και τον εμετό που παρουσίασε η ασθενεία τις πρώτες 6 ΜΤΧ ώρες	2. Η διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει περιποίηση της στοματικής κοιλότητας • Να δοθεί η κατάλληλη θέση • Να ενθαρρυνθεί να παίρνει βαθιές αναπνοές 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε περιποίηση στοματικής κοιλότητας με Porcotton και Hexalen. • Τοποθετήθηκε η άρρωστη σε ανάρροπη θέση, με το κεφάλι στο πλάι για την πρόληψη εισρόφησης των εμεσμάτων. 2. Η νοσηλεύτρια κατέγραψε 4 εμετούς, στις 6 μ.μ. ποσότητα 50 cc • Η ασθενής λαμβάνει 3000 ml/v ανά 24 ωρο : 1000ml LR + 1000ml D/W +1000ml N/S 0,9 % • Γίνεται μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, καταγραφή τους και αξιολόγηση της ποσότητας των ούρων του 24 ώρου 3. Μείωσε τους παράγοντες του περιβάλλοντος που δημιουργούν στην άρρωστη στρες: δημιούργησε ήρεμο περιβάλλον και ρύθμισε την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, το φωτισμό και τον αερισμό του θαλάμου. 4. Η νοσηλεύτρια χορήγησε στις 12: 05μ.μ. 1 amp Zideron ενδομυϊκό βάση ιατρικών οδηγιών. 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς. • Ελήφθησαν τα αποτελέσματα από τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών στις 6μ.μ. Κ: 4,3 mEq /l, Na : 142mEq/l, Ca: 4,9mEq/l, Mg: 2,4 mEq/l • Το ειδικό βάρος των ούρων δεν παρουσιάζει αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές • Διατηρήθηκε το ισοζύγιο των υγρών ηλεκτρολυτών
		2. Να παρακολουθείται η συχνότητα ο χαρακτήρας και η ποιότητα των εμμέτων.		
		• Να εξασφαλιστεί η επαρκής IV χορήγηση υγρών		
		• Να γίνει έλεγχος των ηλεκτρολυτών		
		• Να γίνει έλεγχος του ειδικού βάρους των ούρων ανά βάρδια		

	<p>5. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και καταγράφει ανά μισή ώρα μετά την χορήγηση του Zideron και για 1 ώρα τα ζωτικά σημεία και το επίπεδο συνείδησης. (πρώτο μισάωρο) Α.Π 13mmHg, Σ.Φ=75/min αναπνοές 20/min Επίπεδο συνείδησης: Κ.Φ.</p>
--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>1^η μετεγχειρητική ημέρα 17/08 / 04</p> <p>Πρωινή βάρδια (7-3)</p> <p>Ενδεχόμενη αιμορραγία από το τραύμα.</p>	<p>Να προληφθεί η αιμορραγία</p>	<p>1. Να γίνει έλεγχος των ζωτικών σημείων του αρρώστου καθώς και του χρώματος του δέρματός της.</p> <p><u>2. Να ελέγχεται ο ιματισμός και επιδεσμικό υλικό.</u></p> <p>3. Να εκτιμάται η ποσότητα του παρεχόμενου με συσκευή Hemozac αίματος</p> <p>4. Να ληφθεί και να σταλεί γενική αίματος</p>	<p>1. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της άρρωστης κάθε μισή ώρα τις 3 πρώτες ώρες και κατόπιν κάθε 3 ώρες. Ενδεικτικά αναφέρονται :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^ο μισάωρο : ΑΠ. 125 mmHg ΣΦ=70/min, θ=36,8^ο C • 2^ο μισάωρο : ΑΠ. 120 mmHg ΣΦ=70/min, θ=36,5^ο C • 3^ο μισάωρο : ΑΠ. 130 mmHg ΣΦ=68/min, θ=36,5^ο C <p>2. Η νοσηλεύτρια ελέγχει τον ιματισμό του κρεβατιού και το επιδεσμικό υλικό κάτω από την πλάτη και τη μασχάλη της άρρωστης. 3. Ελέγχει την ποσότητα παροχετευόμενου</p>	<p>1. Η ασθενής δεν παρουσιάζει καμία ένδειξη αιμορραγίας. Τα ζωτικά σημεία της είναι σταθερά και δεν υπήρξε απόκλιση από τα φυσιολογικά όρια. 2. Το επιδεσμικό υλικό είναι καθαρό.</p> <p>3. Η ποσότητα του αίματος που παροχετεύεται είναι φυσιολογική</p> <p>4. Στις 3:00 μ.μ. ελήφθησαν τα αποτελέσματα της γενικής αίματος: Ερυθρά=4,02×10⁶ Ht=37%+1b=11 gr/dl. Επιβεβαιώνεται πως δεν υπάρχει καμία ένδειξη αιμορραγίας.</p>

Βήχας και ελαφρά δύσπνοια, που οφείλονται στην αναισθησία, την ακινησία και τον ανεπαρκή αερισμό.

1. Να προληφθεί η ατελεκτασία του πνεύμονα – υποστατική πνευμονία.

1. Να διδαχθεί η ασθενής πώς να βήχει και να αναπνέει.
2. Να εξασφαλιστεί η καλή ενυδάτωση της ασθενούς.
3. Να ληφθούν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης πριν από την έγερσή της,
4. Να προγραμματιστεί η έγκαιρη κινητοποίηση της.

αίματος ανά 8ωρο .
Βάρδια
(7-3περιεχόμενο.) 2cc
7. Λήφθηκε και εστάλη γενική αίματος και αναμένονται τα αποτελέσματα.
• Στις 3μ.μ. έγινε αιμοληψία για προσδιορισμό KCl- Na – Mg – Ca και αναμένονται τα αποτελέσματα.
Έγινε Multistix για τον προσδιορισμό του ειδικού βάρους των ούρων στις 3μ.μ.μ – ειδικό βάρος ούρων : 1050

1. Η ασθενής διδάσκεται να αναπνέει βαθιά και να βήχει και παρακινείται να αποβάλλει τις εκκρίσεις του αναπνευστικού.
2. Εξασφαλίστηκε η καλή ενυδάτωση της ασθενούς με τη χορήγηση υγρών.
Παρεντερικοί: D/m 5% 2x1 και N/S 0,9% 1x1 με ρυθμό ροής 31 σταγ/μιν
3. Λήφθηκαν τα ζωτικά σημεία της άρρωστης
Α.Π.=120mmHg ,
ΣΦ=72/min
αναπν.=18/min. Τα ζωτικά σημεία της άρρωστης επιτρέπουν τη την έγερσή της.
4. Πραγματοποιήθηκε η κινητοποίηση της ασθενούς το πρωί της πρώτης Μ.Τ.Χ. ημέρας.
.Η νοσηλεύτρια:
• Βοήθησε την άρρωστη να καθίσει στο κρεβάτι, αφήνοντας τα άκρα της κρεμασμένα.
• Σήκωσε την άρρωστη τη συνόδεψε μέχρι το διάδρομο της κλινικής.
• Βοήθησε την άρρωστη να επιστρέψει στο θάλαμο και να ξαπλώσει ξανά στο κρεβάτι.
• Τόνισε τη σπουδαιότητα της έγερσης της ασθενούς, αρχικά με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας ή των συγγενών της και κατόπιν με τις δικές της δυνάμεις

1. Οι ασκήσεις βήχα και αναπνοής βοηθούν στην αποβολή των εκκρίσεων.
2. Με τη χορήγηση υγρών παρεντερικά ρευστοποιήθηκαν οι εκκρίσεις, με αποτέλεσμα της ευκολότερη αποβολή τους.
3. Η έγκαιρη έγερση της ασθενούς, απέτρεψε την εμφάνιση πνευμονικών επιπλοκών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
Ενδεχόμενη μόλυνση του τραύματος	1. Να προληφθεί η μόλυνση του τραύματος.	1. Να παρακολουθείται η άρρωση για σημεία μόλυνσης του τραύματος. 2. Να τεθεί η άρρωση σε 3 ^η θερμομέτρηση. 3. Να χορηγηθεί αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. 4. Να γίνεται αλλαγή του τραύματος με άσηπτη τεχνική.	1. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τον τακτικό έλεγχο του τραύματος, για εμφάνιση φλεγμονής: • Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της ασθενούς και τη θέτει σε 3ωρη θερμομέτρηση ενδεικτικά αναφέρονται 9 π.μ. Θ=36,8 ^o C, 12π.μ. Θ=37 ^o C. • Ελέγχει το τραύμα ανά 8ωρο, το ποσό των παροχετεύσεων, το χρώμα και την οσμή. • Βάρδια (7-3): Αρ. Redon Ποσότητα: 5cc, Αρ. Redon Ποσότητα: 15cc χρώμα οροαιματηρό. • Χορηγείται αντιβίωση Radace f (iv) 1x2 (6-6) και Metronidazole (iv) 1x3 (8-4-10). • Έγινε αλλαγή τραύματος στις 11:30 π.μ. • Και προγραμματίστηκε να γίνεται αλλαγή τραύματος κάθε 2 ημέρες ενημερώθηκε η ασθενής για την ακολουθούμενη διαδικασία. • Έγινε κοπή του ενός παροχετευτικού σωλήνα (αρ) Redopack. • Απολυμάνθηκε η τραυματική χώρα με αντισηπτικό διάλυμα Betadine και έγινε καθαρισμός της περιοχής με φυσιολογικό ορό. • Τοποθετήθηκε Collorplast στο σημείο κοπής του αρ. παροχετευτικού σωλήνα. • Εφαρμόστηκαν αποστειρωμένες γάζες, εμποτισμένες με Betadine στο σημείο εξόδου του 2 ^{ου} παροχετευτικού (δε) σωλήνα και καλύφθηκε η περιοχή με Fixomul.	1. Η ασθενής είναι άπυρετη 2. Το Radacef (κεφορανίδη) είναι κεφαλοσπαρίνη β' γενιάς ενώ το Metronidazole (μετρονιδαζόλη) είναι αντιπρωτοζωικό και συγκεκριμένα μικτό αμαβαδοκτόνο, και τα δύο αντιβιοτικά ενδείκνυται για την πρόληψη λοίμωξης σε εγχείρησης μαστού. 3. Από την χορήγηση των δύο αντιβιοτικών δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητη εκδηλώσεις. 4. Το τραύμα είναι καθαρό. Η τομή διατηρείται καθαρή και προστατεύεται από εξωγενείς μολυσματικούς παράγοντες, με επούλωση του τραύματος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
2 ^η ΜΤΧ ημέρα Απογευματινή βάρδια (3 –11) 18/ 8/04 5μ.μ. έναρξη λεμφοιδήματος και ελαφρύ πόνου του δ. άνω άκρου, που οφείλεται σε κινητικότητα	1. υποχώρηση του λεμφοιδήματος	1.1 Να τοποθετηθεί μαξιλάρι κάτω από το προσβεβλημένο χέρι. 1.2 Απαγορεύεται η λήψη ΑΠ και αίματος από το χέρι της προσβεβλημένης πλευράς.	1. Το χέρι της ασθενούς τοποθετήθηκε σε μαξιλάρι, ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα. 2. Δεν λαμβάνεται ΑΠ από το προσβεβλημένο άκρο: Ενημερώθηκε η	1. Με της βοήθεια της βαρύτητας έχουμε επιστροφή του φλεβικού αίματος και προοδευτική υποχώρηση του λεμφοιδήματος. 2. Η κινητοποίηση του δ. άκρου δίνει θετικά

<p>1.3 Παρακολουθείται το δ. άνω άκρο για σημεία λεμφοιδήματος</p> <p>2.1 Να κινητοποιηθεί το προσβεβλημένο χέρι</p> <p>2. βελτίωση της κινητικότητας του δ. άκρου</p>	<p>3. Παρακολουθείται το δεξί άκρο για ερυθρότητα ή οίδημα κάθε 2 ώρες και παρατηρείται έναρξης υποχώρησης του οιδήματος ή μείωση της ερυθρότητας</p> <p>4. Γίνονται ασκήσεις του δεξιού χεριού στις 4:30 μ.μ. και προγραμματίζονται καθημερινά για μία εβδομάδα με την βοήθεια φυσιοθεραπευτή.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αρχίζει με ένταση – κάμψη των δακτύλων , ύπτιο – πρηνισμό του πήχεως - συνεχίζει με κάμψη-έκταση του αγκώνα και σφίξιμο γροθιάς. 	<p>λογοδοσία της ασθενούς – ενημερώθηκε η ασθενής.</p> <p>αποτελέσματα και βελτιώνεται αισθητά η απαγωγή του άκρου .</p>
--	--	--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>3^η MTX ημέρα Απογευματινή βάρδια (3-11) 19/8/2004</p> <p>Κατάθλιψη και άγχος, που οφείλονται στην αλλαγή του σωματικού ειδώλου</p>	<p>1. Απαλλαγή της ασθενούς από την καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματική υποστήριξη αυτής.</p>	<p>1. Να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση της άρρωστης.</p> <p>2. Να μειωθεί η ανησυχία της ασθενούς.</p> <p>3. Να ενημερωθεί για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης που υπάρχουν.</p>	<p>1. Εκτιμήθηκε η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς.</p> <p>2. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία της ασθενούς και να τη βοηθήσει να αποδεχτεί τη νέα πραγματικότητα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βρίσκεται δίπλα στην ασθενή όταν αυτή αντικρίσει την τομή για πρώτη φορά. • Ενισχύει την συμμετοχή της ασθενούς στη φροντίδα της τομής. • Της δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τις 	<p>1. Η ασθενής δείχνει ένα βαθμό αποδοχής του χειρουργηθέντος μαστού.</p> <p>2. Είναι σε θέση να αντικρίσει την τομή της.</p> <p>3. Σκέφτεται το ενδεχόμενο για πλαστική αποκατάσταση του μαστού της</p>

<p>ανησυχίες και τους φόβους της.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε η ασθενής για τις δυνατότητες πλαστικής αποκατάστασης.
--

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
<p>11^η ημέρα Απογευματινή βάρδια (3-11) 27/8/04</p> <p>Κίνδυνος για ελλιπή φροντίδα στο σπίτι, που οφείλεται σε ελλείψεις γνώσεις για αυτοφροντίδα.</p>	<p>1. Σωστή προετοιμασία κατά την έξοδό της από το νοσοκομείο.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Να διδαχθεί η ασθενής μέτρα για την προετοιμασία του ώμου της χειρουργηθήσας περιοχής. 2. Να τονιστεί η σημασία της παρακολούθησης του σημείου τομής για σημεία λοίμωξης. 3. Να δοθούν οδηγίες για την επαναφορά της ασθενούς στις προηγούμενες δραστηριότητές της. 4. Να τονιστεί η μεταθεραπευτική ή παρακολούθηση της ασθενούς. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Δόθηκαν οδηγίες για τον τρόπο περιποίησης του τραύματος. 2. Διδάχθηκε η ασθενής: <ul style="list-style-type: none"> • Ότι δεν μετριέται η ΑΠ, δεν γίνονται ενέσεις, φλεβοκεντήσεις στον ώμο της χειρουργημένης περιοχής. • Ότι απαγορεύεται το κράτημα βαλίτσας, η χρήση αποσμητικών, μέχρις ότου το επιτρέψει ο γιατρός • Τεχνική Α.Ε.Μ. . 3. Η νοσηλεύτρια τόνισε πως η ασθενής θα πρέπει να παρατηρεί το σημείο τομής για ερυθρότητα και αυξημένη ευαισθησία, και να επικοινωνήσει αμέσως με το γιατρό. 4. Η ασθενής ενημερώθηκε να αρχίσει την εργασία βαθμιαία. 5. Τονίστηκε η σημασία του μετανοσοκομειακού Check-up 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Η ασθενής είναι ικανή να παρέχει ασφαλή αυτοφροντίδα στο χώρο του σπιτιού της. 2. Αντιμετωπίζει με ρεαλιστικό τρόπο τη χειρουργηθήσας κατάσταση 3. Με την τήρηση των οδηγιών που αναφέρθηκαν και το νοσοκομειακό check up, έχει την δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης της υγείας της και νιώθει ασφαλής.

(i) ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

i. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία εισαγωγής	13-03-03
Όνοματεπώνυμο	Κ.Λ
Ασφαλιστικός φορέας	Τ.Ε.Β.Ε.
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος
Φύλο	Θήλυ
Ηλικία	38 ετών
Τόπος Γέννησης	Τρίπολη
Επάγγελμα	Έμπορος
Ημερομηνία λήψης ιστορικού	13/03/2003
Πηγή και αξιοπιστία ιστορικού	Η ίδια κρίνεται αξιόπιστη
ΚΥΡΙΟ ΕΝΟΧΛΗΜΑ	Πόνος στον αριστερό μαστό

ii. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Η ασθενής προ 2 μηνών, παραπονείται για άλγος στον αριστερό μαστό. Δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία. Πριν από 20 ημέρες, σημειώθηκε ραγδαία αύξηση της έντασης του πόνου καθώς γύριζε στο αριστερό πλευρό. Η ασθενής αποφάσισε να επισκεφθεί κάποιο γιατρό γιατί ανησύχησε για την εμφάνιση του επίμονου αυτού πόνου. Εισέρχεται προς ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία του «Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου Πατρών», γίνεται εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ και μαστογραφία). Από τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την κλινική εξέταση της ασθενούς ψηλαφητή βλάβη του ΑΡ μαστού. Στη συνέχεια προγραμματίζεται η εισαγωγή της ασθενούς. Εισάγεται στην Α' Χειρουργική Κλινική, όπου και νοσηλεύεται για 15 ημέρες. Κατά την εισαγωγή ενημερώθηκε από το θεράποντα ιατρό ότι θα υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αριστερού μαστού και προγραμματίστηκε το χειρουργείο για την επόμενη ημέρα 14-03 – 2003 και ώρα 8:00π.μ.

iii. *ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ*

Διάγνωση : Ογκίδιο μαστού.

Αιτία: Φυλλοειδής όγκος του αριστερού μαστού (Εξακρινθής στο 15ήμερο)
Συμπτωματική αντιμετώπιση

Έλεγχος που πρέπει να γίνει στο Νοσοκομείο πριν την εγχείρηση:

- Ο συνήθης προεγχειρητικά
- CEA, CA 15-3

iv. *ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ*

Είδος : Τακτική
Κατηγορία: Άσηπτη
Βαρύτητα: Μικρή
Νάρκωση: Γενική
Αίμα: Πλάσμα 350cc

Εγχείρηση : Μαστεκτομή απλή

Ευρήματα : Έγχυση σκιαγραφικής ουσίας ύπερθεν της εξαιρεθείσας βλάβης ανεύρεση λεμφαδένα Sentinel (αρνητικός για κακοήθεια)

Περιγραφή : Τομή δέρματος. Τελείται τυπική αριστερά μαστεκτομή. Αιμόσταση. Έκπλυση. Τοποθέτηση δύο σωλήνων παροχέτευσης τύπου Jackson Pratt. Σύγκλιση τραύματος. Συρραφή με ενδοδερμική ραφή.

Ταχεία Βιοψία: ΛΕΜΦΑΔΕΝΑΣ ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΟΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΚΑΚΟΗΘΗ

Σχόλια: Είχε προηγηθεί αφαίρεση και βιοψία του ογκιδίου από 15ήμερου, ανέδειξε θηλώδες κυστεοσάρκωμα.

v. *ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ*

Κεφαλή –Τράχηλος :Κ.Φ.

Θώρακας-Πνεύμονες: Αναπνευστικό Ψιθύρισμα Κ.Φ.

Καρδιά : Κ.Φ.

- Μαστοί** : Επισκόπηση : Μετεγχειρητική ουλή
Ψηλάφηση : υπερθυλ. Αρ. Μαστού
Έκκριμα Θηλής : Λεμφαδένες δεν ψηλαφιούνται
Λοιπά: ΔΕ μαστός Κ.Φ.
- Πρωκτός-Ορθό** : Κ.Φ.
- Γεννητικά όργανα** : Κ.Φ.
- Μυοσκελετικό** : Κ.Φ.
- Νευραλγία** : Κ.Φ.

vi. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

	1) Ημερομηνία	
	13-03	15-03
Αριθμός Λευκών αιμοσφαιρίων		
Πολυμορφοπύρρηνα – Ουδετερόφιλα	7900	10.900
- Ηωσινόφιλα	74	77,2
- Βασεόφιλα	22	0,6
		0,1
Λεμφοκύτταρα		
Μονοκύτταρα		17,3
		4,8
Αιματοκρίτης		
	42,8%	34,5%
Ινωδογόνο		
Ουρία		
Σάκχαρο		
	94	
Χρόνος Προθρομβίνης		
	19''/29''	
Νάτριο	140	
Κάλιο		
	47	
Ασβέστιο		
	10	
Κρεατινίνη		
	0,9	
Αμυλάση	192	
Τρανσαμινάσες SGOT		
SGTP	2 ³	
Χολερυθρίνη	10	
Αιμοσφαιρίνη	0,6	
		11,9

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς έγινε λήψη ιστορικού, Ζωτικών Σημείων και Προεγχειρητική Ετοιμασία.

ΑΠ 120 / 90 mmHg, **θ:**36,7⁰ C **Σ:** 75/min, **Αναπν:** 14/min

Χορηγήθηκε Sup Γλυκερίνης και στη συνέχεια τοπικά καθαριότητα για την ετοιμασία του χειρουργείου

vii. *ΚΑΡΤΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ*

Augmentin 1.2 iv 1×3 [1 gr +200mg=1,2 gr]
 Primperon amp 10 mg 1×3
 Pethid 0,05mg per. 05 1×4 Ε.Π.
 Zantac amp 1×3
 D/W 5% 1000cc 1×1
 Aerolin 1×4 [10cc N/s= 5σταγόνες]

viii. *ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ*

13-3 Ελαφρά (τσάι – φρυγανιές)
 14- 3 υγρά (το βράδυ)

Τις επόμενες ημέρες ελεύθερα

ix. *14- 03- 2003 ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ*

Χορηγήθηκε αντιβίωση (Augmentin 1,2) πριν από το χειρουργείο

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓ/ΙΣΜΟΣ	a) ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
1. Πυρετός 38,2 ⁰ C	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση του πυρετού. Επαναφορά στη φυσιολογική θερμοκρασία του σώματος μετά από ½ ώρα. 	<ul style="list-style-type: none"> Πρέπει να εφαρμόσω ψυχρά επιθέματα. Να χορηγήσω αντιπυρετικά φάρμακα. 	<ul style="list-style-type: none"> Εφάρμοσα ψυχρά επιθέματα. Χορήγησα αντιπυρετικό φάρμακο (Aprotel 1amp μετά από ιατρική οδηγία). Χορήγησα αντιεμετικό φάρμακο (Primperam 1 amp. i.m. Μετά από ιατρική οδηγία). Έγινε ο αερισμός του δωματίου. 	<ul style="list-style-type: none"> Υπήρξε βελτίωση της γενικής κατάστασης μετά από την πτώση του πυρετού. Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες παρεμβάσεις επιτεύχθηκε η μείωση του εμετού και των δυσάρεστων συνεπειών.
2. Εμετός	<ul style="list-style-type: none"> Παύση του εμετού. 	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή αντιεμετικών φαρμάκων. Αποφυγή του αιτίου που προκαλεί τον εμετό όπως αερίζουμε το δωμάτιο προς αποφυγή δυσάρεστων οσμών. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη 			

	εισρόφησης.	<ul style="list-style-type: none"> • Πρέπει να βοηθήσουμε την ασθενή κατά τη διάρκεια του εμετού να γείρει στο πλάι και στη συνέχεια πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας (αποφυγή στοματίτιδας). • Αν συνεχισθεί ο εμετός χρειάζεται εφαρμογή ρινογαστρικός καθετήρα. • Κατά τη διάρκεια του εμετού πρέπει να υποστηρίζεται το πάσχον μέλος με το χέρι της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια της ασθενούς κατά τη διάρκεια του εμετού. Πλύση στοματικής κοιλότητας. • Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα. • Υποστήριξη του πάσχοντος μέλους. 	
3. Δυσκοιλιότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη τάσεως των ραμμάτων. • Φυσιολογική λειτουργία του εντέρου στο τρέχον 24 ωρο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Το διαιτολόγιο της ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες ελαφριά τροφή τσάι-φρυγανιές. Στη συνέχεια τροφές με φυτικές ίνες. • Λόγω της ακινησίας των πρώτων ημερών μπορούμε να χορηγήσουμε ήπιο υποκλυσμό προς βελτίωση της κένωσης του εντέρου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλισαμε το διαιτολόγιο της ασθενούς με ελαφριές τροφές και φυτικές ίνες. • Εφαρμόστηκε υποκλυσμός (νερό + γλυκερίνη). 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε βελτίωση της κένωσης του εντέρου.
4. Πόνος που οφείλεται στις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες.	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη πόνου μετά από μία ώρα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή φαρμάκου κατά του πόνου. • Βελτίωση της θέσης έτσι ώστε να μη δημιουργεί περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης. • Η θέση η οποία συνίσταται. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε Pethidin 0,5E.P 1x4 με ιατρική οδηγία. • Η ασθενής βρίσκεται σε θέση, έτσι ώστε να μην δημιουργείται τάση στα ράμματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε πτώση της έντασης του πόνου.
5. Πιθανή αφυδάτωση	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη αφυδάτωσης. • Πρόληψη ηλεκτρολυτικών διαταραχών και οξεοβασικής ισορροπίας. • Πρόληψη 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση των εμετών • Χορήγηση παρεντερικών υγρών. • Χορήγηση φαγητών που περιέχουν νερό (π.χ. σουπές). • Να χορηγηθεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Μειώθηκαν οι εμετοί • Χορηγήθηκαν υγρά 1-R 1000cc 1x1, D/W 5% 1000cc 1x1. • Διασφάλισαμε υγρά από την τροφή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν παρουσιάστηκε αφυδάτωση. • Μειώθηκαν οι

<p>6. Πιθανή επιμόλυνση τραύματος</p>	<p>φλεγμονών. Καθημερινή φροντίδα.</p>	<p>αντιβίωση σύμφωνα με την ιατρική οδηγία</p> <ul style="list-style-type: none"> • Να εφαρμοστεί άσηπτη τεχνική για την καθημερινή περιποίηση του τραύματος και αλλαγή επιδέσμων • Δειγματοληψία εκκρίματος για εργαστηριακό έλεγχο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε αντιβίωση (Augmentin 1,2mg 1x4 i.v) με ιατρική οδηγία. • Αντισηπτική τεχνική στο τραύμα (Betaadine + φυσιολογικός ορός αποστειρωμένες γάζες- γάζες Fucidin-λαβίδες). • Εφαρμόζεται καθημερινή περιποίηση του τραύματος και αλλαγή επιδέσμων • Εφαρμόσθηκε δειγματοληψία. 	<p>πιθανότητες λοίμωξης.</p>
<p>7. Πιθανές πνευμονικές λοιμώξεις που οφείλονται στην χειρουργική επέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη φλεγμονής των πνευμόνων. • Καθημερινή φροντίδα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση άφθονων υγρών. • Χορήγηση Aerolin (10cc + 5 σταγόνες Aerolin με την μέθοδο ομιχλοποιητή για διάρκεια 10' σύμφωνα με ιατρική οδηγία • Έγκαιρη κινητοποίηση της ασθενούς. • Ενθάρρυνση για αποβολή βρογχικών εκκρίσεων. • Δειγματοληψία των εκκρίσεων για εργαστηριακό έλεγχο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν άφθονα υγρά (per.os). • Χορηγήθηκε Aerolin. • Κινητοποιήσαμε την ασθενή • Ενθάρρυναμε την ασθενή για αποβολή εκκρίσεων • Έγινε δειγματοληψία για εργαστηριακό έλεγχο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό η πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων.
<p>8. Πιθανή φλεβοθρόμβωση ή θρομβοφλεβίτιδα που οφείλεται στη χειρουργική επέμβαση και παρατεταμένη κατάκλιση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας και φλεβοθρόμβωσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Κίνηση των κάτω άκρων προς αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας • Σύντομη έγερση της ασθενούς • Εφαρμογή ελαστικών κάλτσών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπάρχει ενεργητική κίνηση των κάτω άκρων. • Η ασθενής σηκώθηκε • Εφαρμόσαμε ελαστικές κάλτσες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν παρουσιάστηκε θρομβοφλεβίτιδα και φλεβοθρόμβωση.
<p>9. Ψυχολογική υποστήριξη.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη κατάθλιψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοήθεια της ασθενούς έτσι ώστε να μην υπάρχει το αίσθημα της κατωτερότητας και ανασφάλειας. • Συνεχής συζήτηση της ασθενούς με το νοσηλεύτη. • Συνεχής απασχόληση της ασθενούς έτσι ώστε να ξεχνά τα 	<ul style="list-style-type: none"> • Βοηθήσαμε την ασθενή να μην έχει πρόβλημα με την εμφάνισή της. • Συνομιλούμε με την ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σύμφωνα με τα παραπάνω βοηθήσαμε την ασθενή ψυχολογικά.

	προβλήματα της.	
	<ul style="list-style-type: none">• Εφαρμογή τηλεακουστικών μέσων για ψυχαγωγία.	<ul style="list-style-type: none">• Δημιουργούμε ενδιαφέροντα στην ασθενή.• Τοποθέτηση οπτικοακουστικών μέσων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάθε χρόνο πάνω από 3500 Ελληνίδες παρουσιάζουν καρκίνο του μαστού. Θα μπορούσε να προληφθεί ή να θεραπευτεί αν γνώριζαν και ακολουθούσαν κάποιες οδηγίες. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι σημαντικές για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Με την αυτοεξέταση κάθε κοπέλα, κάθε γυναίκα από τη δεύτερη δεκαετία της ηλικίας είναι σωστό να αρχίσει να εξετάζει τους μαστούς της. Έτσι η ίδια η γυναίκα αναγνωρίζει πρώτη μικρές ανωμαλίες ή διαφορές που θα έπρεπε να ελεγχθούν περισσότερο. Εξετάστε μόνες σας μία φορά το μήνα 5-6 ημέρες μετά την περίοδο. Αν παρατηρήσετε μία ανωμαλία, μία διόγκωση ή κάτι διαφορετικό από τον προηγούμενο μήνα... πηγαίνετε στο γιατρό σας. Μία έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού οδηγεί στην ίαση. Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του καρκίνου του μαστού παίζουν οι συνθήκες κινδύνου, όπως η ηλικία. Κάτω από τα 35 χρόνια ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος και πάνω από τα 35 χρόνια διατρέχει τον κίνδυνο να παρουσιάσει καρκίνο του μαστού. Η κληρονομικότητα, δηλαδή η παρουσία συγγενών αίματος (μητέρες, αδερφές) με καρκίνο του μαστού συνοδεύεται από μικρή αύξηση της συχνότητας καρκίνου του μαστού. Σημεία και συμπτώματα όπως η παρουσία όγκου, αιματηρία, έκκριση από τη θηλή, οίδημα, πάχυνση του δέρματος, αλλαγή της μορφής της θηλής, και κάθε είδος σκληρία πρέπει να ελεγχθεί. Η διάγνωση του καρκίνου του μαστού πρέπει να γίνει με τη μαστογραφία και αποτελεί την ασφαλή εξέταση για αναγνώριση της αρχιτεκτονικής του μαστού, την ανεύρεση βλαβών και την διάγνωση περιορισμένων καταστάσεων. Μπορεί να ανακαλύψει όγκους σε πολύ πρώιμα στάδια, κατά τα οποία η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική. Η μαστογραφία χαμηλής ακτινοβολίας που γίνεται σήμερα είναι ακίνδυνη. Σε ετήσια περιοδική εφαρμογή συνιστάται σε συνιστάται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου μετά τα 35 και σε κάθε γυναίκα μετά τα 50 χρόνια. Η κυτταρολογική εξέταση με παρακέντηση ή από έκκριση της θηλής και βιοψία αποτελούν την τελική

αναγνώριση ή αποκλεισμό της νόσου. Η χειρουργική είναι η κύρια θεραπεία σε δυνητικά ιάσιμες περιπτώσεις. Η ακτινοθεραπεία δεν συνίσταται σαν μόνιμη θεραπεία στον καρκίνο του μαστού. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές αγωγές για τοπικό έλεγχο ή για αντιμετώπιση προχωρημένων συμπτωμάτων της νόσου. Η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι προφυλακτική ή θεραπευτική, να γίνει με άλλες θεραπευτικές αγωγές ή να εφαρμοστεί μόνη. Όταν ο καρκίνος αναγνωριστεί και αντιμετωπιστεί όσο είναι ακόμη περιορισμένος στο μαστό η πενταετή επιβίωση φτάνει το 85% με μεγάλες δυνατότητες τελικής ίασης. Επίσης όταν έχει κάνει μεταστάσεις σε λεμφαδένες της μασχάλης η ίδια επιβίωση βρίσκεται περισσότερο από 55% και η καλή έκβαση εξαρτάται από τα στάδια της αρρώστιας και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

Σε περίπτωση μαστεκτομής, στόχοι της αποκατάστασης είναι η αντιμετώπιση από τις ανατομικές, λειτουργικές και ψυχολογικές συνέπειες που προκάλεσε η αρρώστια και η θεραπεία. Η προσωπικότητα της γυναίκας παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανότητα προσαρμογής και αποκατάστασης. Πάντοτε όμως η θετική υποστήριξη από τον άντρα, την οικογένεια, τους φίλους και το περιβάλλον που ζει η γυναίκα είναι απαραίτητα για την επιτυχία. Τέλος αξίζει να σημειώσουμε πως η γυναίκα μπορεί να ξαναγυρίσει γρήγορα στην πρότερή της ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αρχές Γενικής Χειρουργικής, Γιάννης Δ. Παπαδημητρίου καθ. Χειρουργικής, Γιώργος Α. Ανδρουλάκης Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Γρηγορίου Κ. Ναυαρίνου 20, ΑΘΗΝΑ 1989.
- 2) Χειρουργική, Τόμος ΙΙ, Μιχαήλ Ν. Σεχά, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, 1995
- 3) Καρκίνος του Μαστού Νοσηλευτική Παρέμβαση, Ευδοξία Κόνιαρη, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1991
- 4) Ο Καρκίνος: Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση: ένας οδηγός για όλους, Malin Dollinger, M.D., Ernest Rosenbaum, M.D., και Greg Cable, Εκδόσεις ΚΑΤΟΠΤΡΟ, Δεκέμβριος 1992.
- 5) « Καρκίνος μαστού-βιοψία λεμφαδένα φρουρού, η νοσηλευτική παρουσία στη διαγνωστική και θεραπευτική αυτή τεχνική». Ευαγγελία Βαβαρούτου, Παναγιώτης Σουλελής, Τ.Ε. Νοσηλευτές Π.Π.ΓΝ, Πατρών, Πάτρα Μάρτιος 2003.
- 6) Κλινική Ογκολογία, με τη συνεργασία Ελλήνων ειδικών και τις U.I.C.C. Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, Συντακτική Επιτροπή Λάζαρος Μπούτης, Αναξαγόρας Παπαϊωάννου (συντονιστής), Νίκος Παπαχαλαράμπος, Δημήτρης Τριχόπουλος, ΑΘΗΝΑ 1981.
- 7) INTERNET
<http://health.in.gr/Article.asp?ArticleId=8809&CurrentTopId=18661&issueTitle=%C..>
- 8) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Ογκολογική Ενημέρωση, Τόμος 5^{ος}, τεύχος 2 Απρίλιος-Ιούνιος 2003.
- 9) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Ογκολογική Ενημέρωση, τόμος 3^{ος}, τεύχος Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2001
- 10) Medlife, Περιοδική έκδοση της Ευρωπικής Αθηνών, Ιανουάριος- Απρίλιος 2002, τεύχος 12
- 11) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Σεπτέμβριος- Δεκέμβριος 2002 τεύχος 14
- 12) Ελληνική Εταιρεία προληπτικής Ιατρικής, Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από τον καρκίνο, Γιώργος Α. Κατράκης Υφηγητής της ακτινολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, ΑΘΗΝΑ 1980.

- 13) Βασική Ακτινολογία – Λήψεις – Ακτινοανατομία – Αντιδιαγνωστική , Ν.Γ. Γαλανόπουλος, Ν.Δ.Νηφόρας , Λ.Α.Στυλιάρης, Επιστημονικές Εκδόσεις «ΓΡΗΓΟΡΗΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», Μαρία Γ. Παρισσιανού, Ναυαρίνου 20 ΑΘΗΝΑ
- 14) Η εξέταση του χειρουργικού ασθενούς, Γ.Δ. Σκαλκέα καθηγητή χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών Ακαδημαϊκού, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, ΑΘΗΝΑ 1991.
- 15) Χειρουργική, Γιάννης Παναγιωτόπουλος - Στάθης Παπαλάμπρος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, ΑΘΗΝΑ 1991
- 16) Μαθήματα ακτινοθεραπείας, Λ.Σ Παπαδόπουλος, κ.π. Πιστεύου – Γομπάκη, Γ.Α. Πλατανιώτης , University Studio Press – 1998.
- 17) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Ογκολογική Ενημέρωση, τόμος 2ος , τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2000
- 18) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Ογκολογική Ενημέρωση, τόμος 4^{ος}, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2003
- 19) Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική , Barbara Engram, επιμέλεια : Γιώργος Καραχάλιος, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» 1997.
- 20) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρα Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο- Ογκολογίας, επιμέλεια έκδοσης: Επικ. Καθ. Παν/μιου Αθηνών, Δημήτρης Χιωτόπουλος, περίοδος Μάρτιος – Ιούνιος 1999.
- 21) Περιοδικός Προληπτικός Έλεγχος Μαστού, προβληματισμός: Καρκίνος του Μαστού, Γρηγοριάδου Καλιόπη ¹, Μακρίδου Δέσποινα. ² Νοσηλεύτρια ΤΕΙ Γ. Παπανικολάου, Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης, Νοσηλευτική Ειδικότητα Χειρουργικής Ιπποκρατίου Γ.Π.Ν.Θεσσαλονίκης. 2. Νοσηλεύτρια ΤΕΙ, Γ' Χειρουργική Κλινική Θεαγένειου\, Α.Ν. Θεσσαλονίκης
- 22) Μαστολογία, Νίκου Α. Παπανικολάου, καθ. Μαιευτικής και Γυναικολογίας τους Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1989.
- 23) Οδηγοί για γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή, χρήσιμες συμβουλές, «ΓΟΝΚ Αγ. Ανάργυροι, χειρουργική Κλινική, Επιμέλεια κειμένου Θ. Παππά νοσηλεύτρια, Παππά Δ., Χρυσάνθου Β., Γιαννοπούλου Σ.
- 24) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, βραβείο Ακαδημίας Αθηνών 1998, Ογκολογική Ενημέρωση, τόμος 5^{ος}, τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούλιος 2002.
- 25) INTERNET
<http://health.in.gr/Article.asp?/ng Article 1D =40700>

- 26) Χειρουργική παθολογία τόμος Β, Βασιλείου Χ. Γολεμάτη, (Καθηγητής – Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Χειρουργικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών), ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 1991.
- 27) Ψυχολογικές διαταραχές μαστεκτομής, Α. Διβόλη, ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ 1978.
- 28) Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού , Νικολούδη Μερκουράκη Παναγιώτα, Νοσηλεύτρια Π.Ε. τομεάρχης παθολογικού τομέα, Π.Γ.Ν. Νίκαιας «Αγ. Παντλεήμων».
- 29) Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Ελευθερία Κ. Αθανάτου, έκδοση ΣΤ΄, ΑΘΗΝΑ 2000.
- 30) Νοσηλευτική, τριμηνιαίο Περιοδικό του Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., τόμος 40, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2001.
- 31) Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες « μία νέα προσέγγιση στα νοσηλευτικά προβλήματα του αρρώστου», τόμος 2^{ος} , μέρος Β΄, Άννα Σαχήνη – Καρδάση, Πτυχιούχος Πανεπιστημίων Mc Gill και Concordia, Μαρία Πάνου, Πτυχιούχος Πανεπιστημίου Ediburg ,ΑΘΗΝΑ 1985.
- 32) Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική , Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 1^{ος}, έκδοση Β΄. , Άννα Σαχήνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, εκδόσεις ΒΗΤΑ, 2000.
- 33) Νοσηλευτική, Τριμηνιαίο περιοδικό του Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., τόμος 41, τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2002.
- 34) Πρακτική ‘Ασκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, Τσίκος Νικόλαος, - Σ. Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη, δεύτερη έκδοση βελτιωμένη, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» 1999.
- 35) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών Ελλάδας, Εταιρεία Νοσηλευτικών Σπουδών, Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο- Ογκολογίας, Περίοδος Απρίλιος – Ιούνιος 2000, ΑΘΗΝΑ 2001.
- 36) Επείγουσα θεραπευτική Ογκολογία, Παρίς Α .Κοσμίδης, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ 1984.
- 37) Νοσηλευτική, τόμος 38, τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος 1999.
- 38) Νοσηλευτική, μηνιαίο περιοδικό τους Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Τόμος 41, τεύχος 4, Ιούλιος- Σεπτέμβριος 2002.
- 39) Νοσηλευτική, μηνιαίο περιοδικό τους Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., Τόμος 41, τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2002.

- 40) Νοσηλευτική Αποκατάσταση Γυναικών μετά από Μαστεκτομή, Αδαμακίδου Θεδούλα, Νοσηλεύτρια Π.Ε. Msc, Νοσοκομείο Αγ. Σάββας.
- 41) Νοσηλευτική, μηνιαίο περιοδικό τους Ε.Σ.Δ.Ν.Ε., τόμος 42, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2003
- 42) Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Τόμος Α΄, ΑΘΗΝΑ 2001.
- 43) Νοσηλευτική, τόμος 39, Τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2000.