

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ-ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

κα ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2005

Θα ήθελα να ευχαριστήσω κατά σειρά,
τους γονείς μου που μου προσέφεραν όλα τα
απαραίτητα για να φοιτήσω σε μία αξιόλογη
σχολή, τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που
μου προσέφεραν και για όλα όσα με δίδαξαν και
ειδικότερα την κα. Μπατσολάκη μου έδωσε την
ευκαιρία να αναπτύξω ένα τόσο ιδιαίτερο και
πολυσήμαντο θέμα

θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιακή μου εργασία
σε όσους έχουν νοσήσει από την ασθένεια
που περιγράφεται

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	3
1.1.1. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ	3
1.1.2. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ	4
1.1.3. ΥΦΗ.....	5
1.2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	11
1.3. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	16
1.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	17
1.4.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού.....	17
1.4.2. Μεταβολές του μαστού στη ζωή της γυναίκας	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	28
2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	28
2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	29
2.2.1. Εισαγωγή στον καρκίνο.....	29
2.2.2. καρκινικά γονίδια και Καρκινικό κύτταρο	30
2.2.3. Καρκίνος μαστού	31
2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	33
2.4. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	34
2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	35
2.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	38
2.7. ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	38
2.8. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	38
2.9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	42
2.10. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	42
2.11. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.....	44
2.12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	46
2.12.1. Εισαγωγή στη διάγνωση	46
2.12.2. Τεχνικές απεικόνισης για τη διάγνωση καρκίνου του μαστού.....	47
2.12.3. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τεχνικών απεικόνισης για διάγνωση καρκίνου μαστού	50
2.13. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	52
2.14. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	59
3.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	59

3.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	59
-----------------------------------------	----

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

.....	61
-------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....

4.1. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	61
4.1.1. Νοσηλευτικές ανάγκες – Αντιμετώπιση	62
4.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	62
4.2.1. Εκτίμηση σωματικής κατάστασης	62
4.2.2. Εκτίμηση ψυχικής κατάστασης.....	64
4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡ-ΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ	67
4.3.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	67
4.3.2. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	68
4.3.3. Διδασκαλία κατά την έξοδο από το νοσοκομείο.....	69
4.3.4. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο του μαστού	76
4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. 77	
4.5. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	78
4.6. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.	84
4.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ 85	
4.8. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	90
4.9. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	91
4.10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.	92
4.11. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – Ο ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ.....	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1:.....	101
-----------------------------	-----

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2:.....	103
-----------------------------	-----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

.....	107
-------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

111

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αιώνιο σύμβολο θηλυκότητας, ομορφιάς και γονιμότητας, το γυναικείο στήθος έχει πολλούς εχθρούς.

Ο πιο ύπουλος από αυτούς είναι ο καρκίνος του μαστού και ο μόνος τρόπος για να θεραπευτεί είναι να διαγνωστεί έγκαιρα.

Η αισιόδοξη και λυτρωτική νότα σχετικά με τον εφιάλτη που ακούσει στο όνομα «καρκίνος του μαστού», είναι ότι το 85-90% των κρουσμάτων μπορούν να θεραπευτούν αν διαγνωστούν έγκαιρα. Η αλήθεια είναι πως τα τελευταία χρόνια η νόσος παρουσιάζει ιδιαίτερη έξαρση, ενώ παράλληλα νέα φάρμακα και καινούριες μέθοδοι διάγνωσης έρχονται συνεχώς στο προσκήνιο. Και πάλι όμως, βασική προϋπόθεση είναι να προλάβουμε το πρόβλημα στα πρώτα του στάδια κάτι που μπορεί να γίνει μόνο αν αποκτήσουμε τις απαραίτητες γνώσεις¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παθήσεις του μαστού είναι από τα μεγαλύτερα, σοβαρότερα και συχνότερα ιατρικά προβλήματα.

Ειδικότερα, ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες και δίκαια έχει θεωρηθεί η μάστιγα του αιώνα μας.

Σε σχέση με τους υπόλοιπους καρκίνους, αυτός του μαστού απειλεί γυναίκες που κατοικούν στις περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες και συγκεκριμένα σημειώνει σταθερή αύξηση τα τελευταία 40 χρόνια στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη. Στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά τη διάρκεια της ζωής της. Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία της American Cancer Society, ο καρκίνος του μαστού προκαλεί του περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη εντόπιση καρκίνου στις γυναίκες².

Παρά τη σοβαρότητα του νοσήματος, η εκτεταμένη έρευνα των τελευταίων δεκαετιών όσον αφορά την επιδημιολογία, την αιτιολογία, την θεραπεία και την πρόληψη, είχε ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της επιβίωσης των γυναικών που έχουν την ατυχία να προσβληθούν από αυτόν³. Συνεπώς, η ανίχνευση του καρκίνου του μαστού, η έγκαιρη, πρόιμη και σωστή διάγνωση και η άμεση και αποτελεσματική θεραπεία συμβάλλουν αποφασιστικά στη μείωση του ποσοστού νοσηρότητας και θνησιμότητας από την νόσο αυτή².

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να δώσει μία ολοκληρωμένη, σφαιρική και παράλληλα συνοπτική μορφή μίας τόσο πολυδιάστατης νόσου, καθώς επίσης να τονίσει τη σημασία και την επικαιρότητα αυτής αλλά και το πόσο σπουδαίος είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή στη φροντίδα ασθενούς με καρκίνο μαστού.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

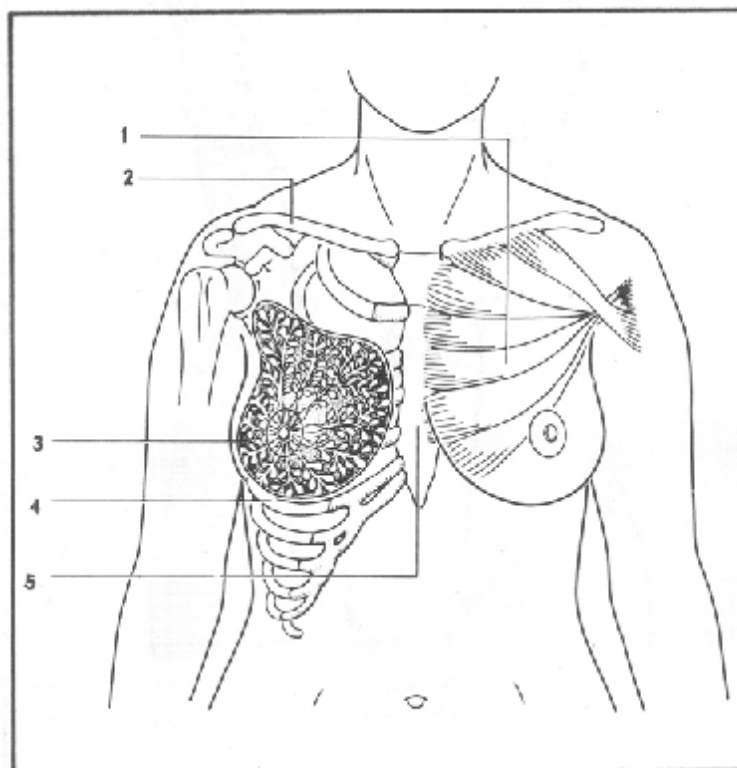
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1.1.1. ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΑΣΗ

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

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

Κάποια στιγμή, ο μαστός εμφανίζει προεκβολές, από τις οποίες η περισσότερο συνηθισμένη είναι αυτή, που πορεύεται προς τη μασχάλη, γι' αυτό και λέγεται ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΑ ΟΥΡΑ ή ΟΥΡΑ ΤΟΥ SPENCE⁴.



Θέση μαστού

1. Μείζονας θωρακικός μυς, 2. Κλείδα, 3. Θηλαία άλω, 4. Πλευρά, 5. Στέρνο.

(Gros)

1.1.2. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ

Οι μαστοί αναπτύσσονται στην ήβη και ανήκουν στους δευτερεύοντες φυλετικούς χαρακτήρες. Αποτελούνται από δύο ημισφαιρικές προεξοχές, τοποθετημένες συμμετρικά στο ανώτερο μέρος της πρόσθιας επιφάνειας του θώρακα, αφήνοντας ανάμεσά τους το μεσομάστιο κόλπο. Ο μαστός της άτοκης έχει σχήμα κώνου ή μοιάζει με ημισφαίριο, που από το κέντρο του προβάλλει προς τα εμπρός και έξω η θηλή.

Το σχήμα των μαστών μεταβάλλεται από πολλά αίτια, όπως είναι η εγκυμοσύνη, η γαλουχία κ.λ.π. Τότε, το πάνω μέρος τους επιπεδώνεται, ενώ το κάτω, από το βάρος τους κυρτώνεται περισσότερο. Έτσι, ανάμεσα στο μαστό και στο θωρακικό τοίχωμα σχηματίζεται πτυχή, που λέγεται ΥΠΟΜΑΣΤΙΑ ΠΤΥΧΗ και που, καλλιτεχνικά, θεωρείται σημείο μαστού, που παρήκμασε.

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στη μορφή και στο μέγεθος των μαστών. Η παχυσαρκία παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωσή τους, γιατί το λίπος στις γυναίκες έχει την τάση να συγκεντρώνεται σε αυτούς.

Το μέγεθος των μαστών εξαρτάται ακόμα από τη φυλή και από την ηλικία της γυναίκας. Ενώ, δηλαδή, στην άνηβη είναι μικρό, όταν εμφανιστεί εμμηνορρυσία, μεγαλώνει, για να γίνει ακόμα μεγαλύτερο στον θηλασμό και για να ατροφήσει στην εμμηνοπαυσιακή ηλικία.

Η σύσταση των μαστών στην παρθένο είναι σκληρή ή ελαστική και στη γυναίκα, που γέννησε, και μάλιστα, που θήλασε, μαλακή.

Είναι σημαντικό να τονιστεί, πως οι δύο μαστοί είναι συχνά άνισοι μεταξύ τους, ενώ είναι τέλεια συμμετρικοί περιφερειακά. Ο αριστερός μαστός τυχαίνει, πολλές φορές, να είναι μεγαλύτερος από το δεξιό. Γι' αυτό ο γιατρός, που υποψιάζεται νεοπλασματική εξεργασία στο μαστό, δεν πρέπει να συγχέει τις διαφορές του μεγέθους, που είναι αποτέλεσμα ανάπτυξης των μαστών, με εκείνες, που οφείλονται σε παθολογικές καταστάσεις. Οι διαφορές της ανάπτυξης των μαστών, καμιά φορά, είναι αξιοσημείωτες (π.χ. ανισομαστία).

Στην ηλικιωμένη γυναίκα οι μαστοί ατροφούν, μικραίνουν και γίνονται πλαδαροί στη σύστασή τους, κατάσταση, που τους κάνει περισσότερο εύκολους στην ψηλάφηση, για την ανακάλυψη όγκου σε αυτούς⁴.

1.1.3. ΥΦΗ

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

Αν αποκολλήσουμε το μαστό από το πρόσθιο θωρακικό πεδίο, θα διακρίνουμε δύο επιφάνειές του, την ΠΡΟΣΘΙΑ και την ΟΠΙΣΘΙΑ, και την ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ του.

Ä ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:

Αυτή είναι υπόκυρτη και αποτελείται από το δέρμα, που στο φυσιολογικό μαστό, είναι ευκίνητο, λείο, λεπτό και επιτρέπει, περισσότερο στη γυναίκα που θηλάζει, να διαγράφονται κάτω από αυτό οι φλέβες.

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

Ä ΟΠΙΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:

Αυτή λέγεται και ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ, είναι επίπεδη, βρίσκεται πάνω στην περιτονία του μείζοντα θωρακικού μυ και συνάπτεται μαζί του με συνδετικό ιστό.

Στους μεγάλους, όμως μαστούς, η οπίσθια επιφάνεια περνάει το κάτω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και σκεπάζει τα οδοντώματα του πρόσθιου οδοντωτού μυ και τον έξω λοξό της κοιλία μυ, στο ύψος της 5^{ης}-6^{ης} πλευράς.

Ä ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:

Αυτή είναι λεπτή και συνέχεται με ινολιπώδη ιστό με τους γύρω ιστούς.

Κάθε μαστός αποτελείται από δέρμα, περιμαστικό λίπος και μαστικό αδέννα.

F ΔΕΡΜΑ:

Αυτό διαφέρει στις διάφορες περιοχές του και εμφανίζει κεντρικά την θηλή και γύρω από αυτή την θηλαία άλω. Το δέρμα του μαστού έχει σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

Ä ΘΗΛΗ:

Αυτή έχει σχήμα κωνικό ή κυλινδρικό, στην παρθένο αντιστοιχεί στο ύψος της 4^{ης} περίπου πλευράς, και αλλάζει στην ένηβη γυναίκα, γιατί αυτό εξαρτάται από τη λειτουργία των λείων μυϊκών ινών, που είναι άφθονες στη περιοχή της.

Μερικές φορές, συμβαίνει η θηλή να είναι βυθισμένη προς τα μέσα, να μοιάζει με ομφαλό και να κάνει τον θηλασμό δύσκολο ή ανέφικτο. Η θηλή, τότε, λέγεται ΕΙΣΕΧΟΥΣΑ.

Η κατασκευή της θηλής είναι συμμετρική, στερεά, ελαστική και παρακολουθεί κάθε μετακίνηση του μαστικού αδένα. Επίσης, είναι ευδιέγερτη, γιατί μέσα σε αυτή υπάρχουν πολλές νευρικές απολήξεις. Έτσι, σε προστριβή της ή στον θηλασμό γίνεται σκληρότερη και μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στην αντανακλαστική συστολή των λείων μυϊκών ινών της και στην ύπαρξη φλεβικού δικτύου, που την περιβάλλει.

Στην θηλή του μαστού υπάρχει η τελική μοίρα και τα στόμια των 15-20 γαλακτοφόρων πόρων, που καλύπτονται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο. Το επιθήλιο αυτό καταδύεται μέσα στον αυλό, γίνεται κυλινδρικό και σκεπάζει ολόκληρο το υπόλοιπο εκφορητικό σύστημα.

Ä ΘΗΛΑΙΑ ΑΛΩΣ:

Αυτή αποτελεί κυκλωτερή ζώνη γύρω από την θηλή, έχει διάμετρο 15-35 χιλ. και χρώμα σκοτεινότερο από το υπόλοιπο δέρμα.

Το δέρμα της θηλαίας άλω περιέχει μικρές τρίχες και άπειρους αδένες, που διακρίνονται σε ιδρωτοποιούς, σμηγματογόνους και επικουρικούς.

Οι σμηγματογόνοι αδένες βρίσκονται στην θηλή και στην άλω και λέγονται ΑΛΩΑΙΟΙ ΑΔΕΝΕΣ ή ΦΥΜΑΤΙΑ ΤΟΥ ΜΟΝΤΓΟΜΕΡΙ. Οι αδένες αυτοί είναι περισσότεροι στην περιφέρεια της άλω και στην εγκυμοσύνη φαίνονται σαν μικρά επάρματα.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η θηλή και η θηλαία άλως γίνονται περισσότερο μελαχρινές μετά την 8^η εβδομάδα. Η θηλαία άλως επεκτείνεται περιφερειακά· γι' αυτό και μεγαλώνει, και τα φυμάτια του Montgomery υπερτρέφονται. Σε πλάγια επισκόπηση του μαστού, η άλως μοιάζει να προβάλλει σαν τζάμι ρολογιού.

F ΠΕΡΙΜΑΣΤΙΟ ΛΙΠΟΣ:

Αυτό παριστάνει τη συνέχεια του υποδόριου λίπους και μέσα σε αυτό κατασκηνώνει ο μαστικός αδένας. Διακρίνουμε σε αυτό την ΠΡΟΣΘΙΑ και ΟΠΙΣΘΙΑ στιβάδα του.

Ä ΠΡΟΣΘΙΑ ΣΤΙΒΑΔΑ:

Αυτή είναι παχιά, ιδιαίτερα στην παρθένο, δεν υπάρχει στο μέρος της θηλής και της θηλαίας άλω και το πάχος της αυξάνεται στην περιφέρεια. Η στιβάδα αυτή στην εγκυμοσύνη εξαφανίζεται, γιατί ολόκληρος ο λιπώδης ιστός μετατρέπεται σε αδενικούς σχηματισμούς.

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

Την πρόσθια στιβάδα περνάνε συνδετικές ίνες, που λέγονται ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ ΤΟΥ COOPER ή ANEΛΚΤΗΡΕΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ του μαστού. Αυτοί, είναι ινώδεις δοκίδες και αρχίζουν από το στο βάθος πέταλο της επιφανειακής θωρακικής περιτονίας, περνάνε μέσα από το μαστικό αδένου, χωρίζοντας του λοβούς του, και καταλήγουν στο χόριο του δέρματος του μαστού.

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

Το περιμαστικό λίπος απουσιάζει στην περιοχή, που αντιστοιχεί στη θηλή και στην θηλαία άλω.

Ä ΟΠΙΣΘΙΑ ΣΤΙΒΑΔΑ:

Αυτή είναι λεπτή, περίπου 1εκ., βρίσκεται πίσω από το μαστικό αδένου και ανάμεσα στην πίσω επιφάνειά του και την επιφανειακή θωρακική περιτονία, που αποτελεί ένα είδος κρεμαστήρα συνδέσμου του μαστού. Η περιτονία αυτή συνδέεται με την απονεύρωση του μείζονα θωρακικού μυ, πάνω στον οποίο ο μαστός ολισθαίνει με την βοήθεια της κυτταρολιπώδους οπίσθιας στιβάδας.

F ΜΑΣΤΙΚΟΣ ΑΔΕΝΑΣ:

Αυτός έχει σχήμα δίσκου και περιβάλλεται από πέταλο συνδετικού ιστού. Διακρίνουμε σε αυτόν δύο επιφάνειες: την ΠΡΟΣΘΙΑ, και την ΟΠΙΣΘΙΑ, και την ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ.

Ä ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:

Αυτή, στο μαστό της ώριμης γυναίκας είναι υπόκυρτη και ανώμαλη, εμφανίζει εντυπώματα, βοθρία και ακρολοφίες. Η ινώδης κάψα, που περιβάλλει το μαστό αντίστοιχα προς τις ακρολοφίες, ενώνεται με το δέρμα μέσω των συνδέσμων του Cooper και διαιρεί το μαστό σε 15-20 λοβούς.

Ä ΟΠΙΣΘΙΑ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ:

Αυτή είναι επίπεδη, υπόκοιλη και ενώνεται με την επιφανειακή θωρακική περιτονία.

Ä ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ:

Αυτή δεν είναι κυκλωτερής, αλλά έχει προσεκβολές, που αναφέρουμε στην έκταση του μαστού.

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

F ΛΟΒΟΙ:

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

Στην θηλή υπάρχουν οι εκφορητικοί πόροι, που καταλήγουν στο γαλακτοφόρο κόλπο και αυτός στους γαλακτοφόρους πόρους και στις αδενοκυψέλες.

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

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

Κάθε λόβος αποτελείται:

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

Τα παραπάνω στοιχεία περιβάλλονται από συνδετικό ιστό.

F ΕΚΦΟΡΗΤΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ:

Αυτοί διευλάνουν την θηλή και φέρουν το έκκριμα του μαστού από τους γαλακτοφόρους πόρους προς τα έξω. Όπως αναφέρθηκε, ανέρχονται σε 15-20.

F ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΙ ΚΟΛΠΟΙ:

Αυτοί είναι 20 περίπου, αποτελούν ανευρύσματα, που βρίσκονται στη βάση της θηλής και σχηματίζονται από την αναστόμηση των γαλακτοφόρων πόρων, που εκβάλλουν σε αυτούς.

Οι γαλακτοφόροι κόλποι είναι περισσότερο αναπτυγμένοι στο μαστό, που θηλάζει, και φέρουν το έκκριμά τους στην θηλή με τους εκφορητικούς πόρους.

F ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΟΙ ΠΟΡΟΙ:

Αυτοί είναι τόσοι, όσοι είναι ο αριθμός των λοβών του μαστού και, ανάλογα με την εντόπισή τους, οι μικρότεροι από αυτούς χαρακτηρίζονται ως ΕΝΔΟΛΟΒΙΟΙ ή ΜΕΣΟΛΟΒΙΟΙ.

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

Στον ώριμο μαστό, οι γαλακτοφόροι πόροι έχουν διάμετρο 2-4 χιλ. και αποτελούνται, εσωτερικά από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, που οι

πυρήνες του κατανέμονται σε διάφορα επίπεδα έτσι, ώστε να δίνουν την εντύπωση πολύστιβου κυλινδρικού επιθηλίου.

Έξω από το επιθήλιο, υπάρχουν τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, που στηρίζονται πάνω στη βασική μεμβράνη. Τα κύτταρα αυτά δεν αποτελούν συνεχή στιβάδα.

Έξω από τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και από τη βασική μεμβράνη υπάρχει υποεπιθηλιακός ιστός, που είναι πλούσιος σε κολλαγόνα ινίδια και λεμφαγγεία.

Έξω από τον υποεπιθηλιακό ιστό υπάρχει ο ελαστικός χιτώνας που διακόπτεται εκεί, που αρχίζουν οι αδενοκυψέλες, αν και πιστεύεται, πως ο χιτώνας αυτός περιβάλλει και τις αδενοκυψέλες.

Τα επιθηλιακά και τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, όπως και οι ελαστικές ίνες και τα λεμφαγγεία, στην κίνηση και στη γαλουχία, κατανέμονται έτσι, ώστε να επιτρέπουν την εύκολη διάταση των πόρων, για την εναποθήκευση του γάλακτος.

Τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα και ο ελαστικός χιτώνας συμβάλλουν στην έκθλιψη του γάλακτος κατά τον θηλασμό.

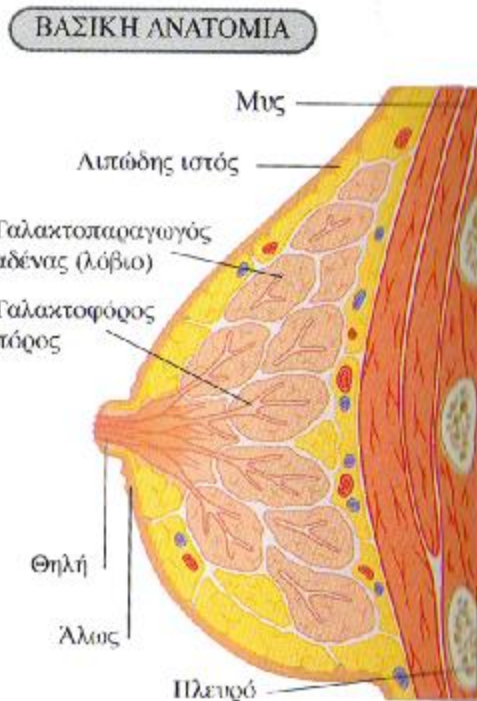
F ΑΔΕΝΟΚΥΨΕΛΕΣ:

Αυτές αποτελούν την εκκριτική μοίρα του μαστικού αδένου και περιβάλλονται από εξειδικευμένο συνδετικό ιστό. Στην εσωτερική τους επιφάνεια καλύπτονται από μονόστιβο κυβικό επιθήλιο, που στηρίζεται πάνω στο δίκτυο των μυοεπιθηλιακών κυττάρων.

Πολλές αδενοκυψέλες, μαζί με τον ενδιάμεσο συνδετικό ιστό, αποτελούν τα αδενικά λοβία και πολλά λόβια μαζί αποτελούν το λοβό του αδένου.

Στην κίνηση και στη γαλουχία οι αδενοκυψέλες διατείνονται τόσο, ώστε το στρώμα της βασικής μεμβράνης και των μυοεπιθηλιακών κυττάρων να λεπτύνεται, ωστόσο εξαφανιστεί. Επίσης, αναπτύσσονται νέες κυψελίδες και τριχοειδείς γαλακτοφόροι πόροι, που διατείνονται και εμφανίζουν εκκριτική λειτουργία.

Οι τελικές διακλαδώσεις των γαλακτοφόρων πόρων, μαζί με τις αδενοκυψέλες, αποτελούν τη μικρότερη λειτουργική μονάδα του μαστικού αδένου⁴.



1.2. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Ε ΑΡΤΗΡΙΕΣ:

Αυτές προέρχονται από την έσω μαστική, την πλάγια και ανώτερη θωρακική, τον θωρακικό κλάδο της ακρωμοθωρακικής, τους διατιτρώντες κλάδους των μεσοπλεύριων αρτηριών και την υποπλάτιο αρτηρία, που αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν πυκνό δίκτυο γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες.

Α ΎΣΩ ΜΑΣΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ:

Αυτή εκφύεται από το κάτω τοίχωμα της υποκλείδιας αρτηρίας. Το μαστό αγγειώνουν οι διατιτρώντες κλάδοι της, που αποτελούν τη σημαντικότερη οδό αιμάτωσης του μαστού.

Α ΠΛΑΓΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ:

Αυτή εκφύεται από τη μασχालιαία αρτηρία, πίσω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, ή από την ακρωμοθωρακική ή την υποπλάτιο αρτηρία, περνάει το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα. Η αρτηρία αυτή λέγεται και ΕΞΩ ΜΑΣΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ και κάποιες φορές, μπορεί να απουσιάζει.

Ä ΑΚΡΩΜΙΟΘΩΡΑΚΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑ:

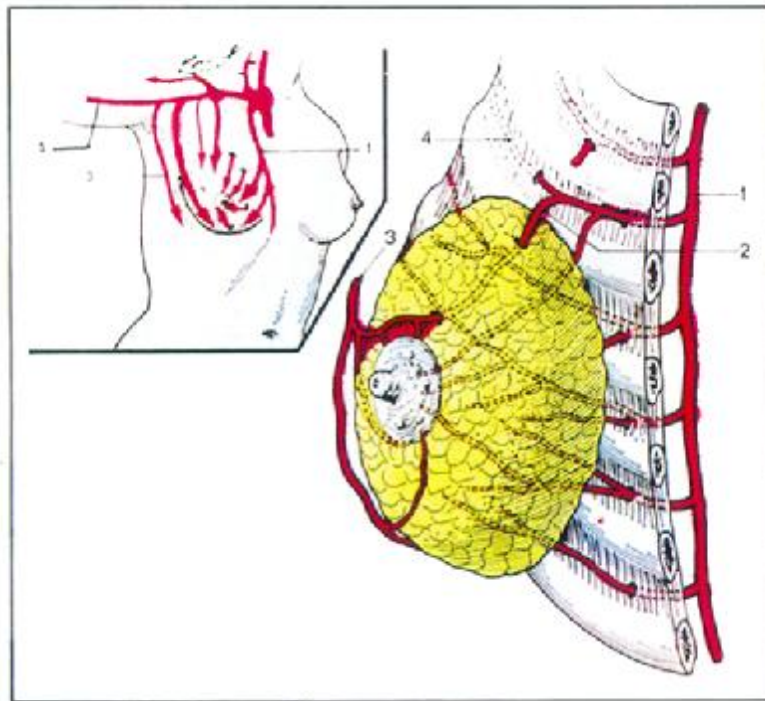
Αυτή αμφισβητείται αν δίνει κλάδους στο μαστό, γιατί, φαίνεται, πως αυτοί φτάνουν μόνο ως το μείζονα θωρακικό μυ.

Ä ΜΕΣΟΠΛΕΥΡΙΕΣ ΑΡΤΗΡΙΕΣ:

Αυτές δίνουν κλάδους, ανάμεσα στους οποίους είναι οι πλάγιοι δερματικοί, που δίνουν τους έσω μαστικούς.

Ä ΥΠΟΠΛΑΤΙΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑ:

Αυτή αποτελεί το μεγαλύτερο κλάδο της μασχαλιαίας αρτηρίας, πορεύεται στο πλάγιο θωρακικό τοίχωμα, ονομάζεται ΘΩΡΑΚΟΡΑΧΙΑΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑ και δίνει κλάδους στον πλατύ ραχιαίο και στον οδοντωτό μυ, χωρίς να συμβάλλει σημαντικά στην αγγείωση του μαστού.



Αρτηρίες του μαστού
1. Έσω μαστική, 2. Διαπτερσίνοντες κλάδοι, 3. Πλάγια θωρακική, 4. Μεσοπλευρίες, 5. Μασχαλαία, 6. Υποκλείδια.

(Καθηγ.)

F ΦΛΕΒΕΣ:

Οι φλέβες του μαστού έχουν μεγάλη σημασία, γιατί με αυτές, πολλές φορές, συμβαίνουν μεταστάσεις του καρκίνου.

Οι επιφανειακές φλέβες του μαστού βρίσκονται κάτω από το πρόσθιο πέταλο της υποδόριας περιτονίας και μπορούν να διακριθούν με γυμνό μάτι και να φωτογραφηθούν. Τότε, μπορούμε να τις ξεχωρίσουμε σε δύο τύπους, τον εγκάρσιο και τον επιμήκη.

Οι φλέβες του μαστού, που βρίσκονται στο βάθος, απάγουν το αίμα από το μαστό και το θωρακικό τοίχωμα και διακρίνονται σε τρεις ομάδες, που εμφανίζουν ειδικό ενδιαφέρον. Οι ομάδες αυτές είναι της έσω μαστικής, της μασχαλιαίας και των μεσοπλεύριων φλεβών.

Ä ΈΣΩ ΜΑΣΤΙΚΕΣ ΦΛΕΒΕΣ:

Αυτές πορεύονται πίσω από το θωρακικό τοίχωμα και έρχονται σε άμεση επαφή με τους πλευρικούς χόνδρους. Και η δεξιά και η αριστερή εκβάλλουν στις αντίστοιχες ανώνυμες φλέβες.

Επειδή, οι έσω μαστικές οδηγούν προς το, πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών, μπορούν να προκαλέσουν μετάσταση καρκίνου από το μαστό στους πνεύμονες.

Ä ΜΑΣΧΑΛΙΑΙΕΣ ΦΛΕΒΕΣ:

Αυτές δέχονται κλάδους από το θωρακικό τοίχωμα, τους θωρακικούς μυς και την οπίσθια επιφάνεια του μαστού.

Οι παραπάνω κλάδοι αντιστοιχούν προς τους κλάδους της μασχαλιαίας αρτηρίας και εμφανίζουν ποικιλία στο σχηματισμό τους γιατί η συμβολή της βασιλικής φλέβας με τη βραχιόνιο, για να σχηματιστεί η μασχαλιαία, είναι δυνατό να παρατηρηθεί σε οποιοδήποτε σημείο από το έξω χείλος του μείζονα στρογγύλου μυ ως την κλείδα. Έτσι, αν η συμβολή αυτή είναι πολύ ψηλά, τότε η μασχαλιαία φλέβα είναι διπλή και δεν πρέπει τη μία από αυτές να την πάρουμε σαν ένα μεγάλο κλάδο της μασχαλιαίας φλέβας, που ανέρχεται από το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα.

Με τις μασχαλιαίες φλέβες, το αίμα από το μαστό, φτάνει στο πνευμονικό δίκτυο των τριχοειδών. Έτσι, οι μασχαλιαίες φλέβες αποτελούν τη δεύτερη οδό για μετάσταση καρκίνου του μαστού στους πνεύμονες.

Ä ΜΕΣΟΠΛΕΥΡΙΕΣ ΦΛΕΒΕΣ:

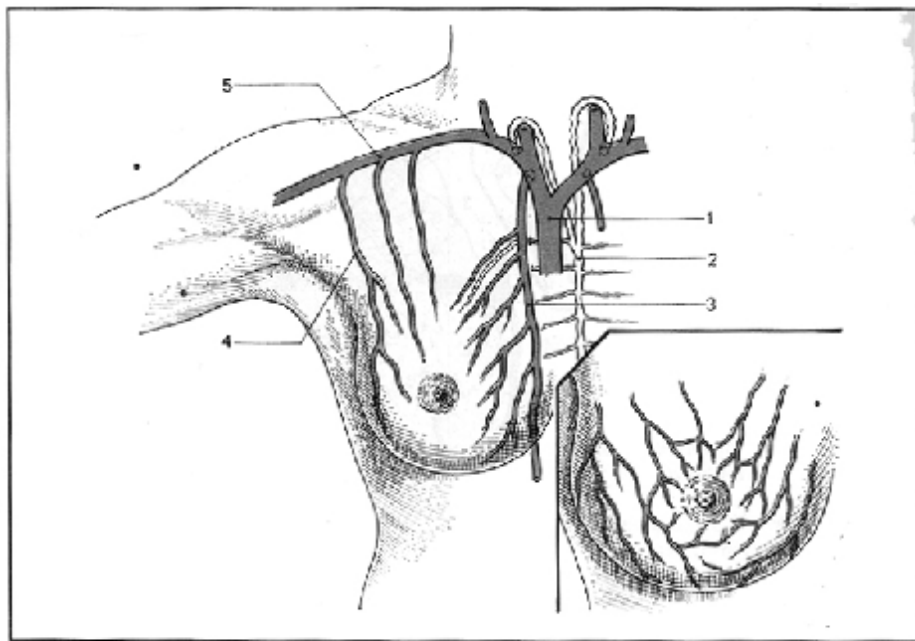
Αυτές αποτελούν τη σπουδαιότερη οδό, με την οποία απάγεται το αίμα από τους μαστούς.

Οι μεσοπλεύριες φλέβες κατευθύνονται προς τα πίσω, επικοινωνούν με τις σπονδυλικές φλέβες και μετά εκβάλλουν στη άζυγο φλέβα, που οδηγεί στην άνω κοίλη φλέβα και στους πνεύμονες. Έτσι, αποτελούν τρίτη οδό για μετάσταση σε αυτούς.

Α ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΕΣ ΦΛΕΒΕΣ:

Αυτές παρέχουν άλλη, πολύ διαφορετική οδό, με την οποία ο καρκίνος του μαστού μπορεί να μεταστεί στα οστά, χωρίς να περάσει από τις κοίλες φλέβες στους πνεύμονες.

Αυτό συμβαίνει, γιατί οι σπονδυλικές φλέβες απάζουν το αίμα από τη σπονδυλική στήλη, τους παρακείμενους μυς και το νωτιαίο μυελό και αποτελούν φλεβικά πλέγματα, που βρίσκονται μέσα και έξω από το σπονδυλικό σωλήνα, σε όλη την έκτασή του.



Φλέβες μαστού
1. Άνω κοίλη, 2. Θωρακικός πόρος, 3. Έσω μαστική, 4. Πλάγια θωρακική, 5. Μασχάλισιά.
(Kamins)

Φ ΔΕΜΦΑΓΓΕΙΑ:

Η γνώση της λεμφαγγείωσης του μαστού και ιδιαίτερα των επιχώριων λεμφαδενών του, είναι απαραίτητη για τη σημασία τους στις καρκινικές μεταστάσεις.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες είναι οι λεμφαδένες της μασχάλης και αυτοί, που βρίσκονται στην πορεία της έσω μαστικής αρτηρίας.

Α ΔΕΜΦΑΓΓΕΙΑΚΗ ΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΑΣΤΟ ΣΤΗ ΜΑΣΧΑΛΗ:

Αυτή γίνεται με δύο στελέχη: το εξωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του ανώτερου τμήματος του μαστού, και το εσωτερικό, που υποδέχεται τα λεμφαγγεία του κατώτερου τμήματός του. επίσης, στη μασχάλη φτάνει η λέμφος και με δύο άλλες οδούς: την θωρακική και την οπισθοθωρακική.

Ä ΘΩΡΑΚΙΚΗ ΟΔΟΣ:

Αυτή αρχίζει από ομάδα λεμφαγγείων, που βρίσκεται κάτω από το μαστό και μέσα στο χαλαρό ιστό, που είναι ανάμεσα στην οπίσθια επιφάνεια του μαστικού αδένου και την περιτονία του μείζονα θωρακικού μυ. Τα λεμφαγγεία αυτά περνάνε το μείζονα των λεμφαδένων της μασχάλης. Οι λεμφαδένες, που βρίσκονται ανάμεσα στο μείζονα και ελάσσονα θωρακικό μυ, λέγονται ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ROTTER.

Ä ΟΠΙΣΘΟΘΩΡΑΚΙΚΗ ΟΔΟΣ:

Αυτή, που δεν υπάρχει πάντοτε, απάζει τη λέμφο από το ανώτερο και το εσωτερικό τμήμα του μαστού και με λεμφαγγεία, που περνάνε ανάμεσα στο μείζονα και τον ελάσσονα θωρακικό μυ, τη φέρει στην υποκλείδια ομάδα των λεμφαδένων της μασχάλης.

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

Ä ΈΞΩ ΜΑΣΤΙΚΟΥΣ Η ΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥΣ:

Αυτοί είναι 4-5 και βρίσκονται πίσω από τη μασχαλιαία φλέβα, κάτω από το έξω χείλος του μείζονα θωρακικού μυ και ψηλαφώνται στο έξω χείλος του μαστού.

Ä ΈΣΩ ΜΑΣΤΙΚΟΥΣ Η ΘΩΡΑΚΙΚΟΥΣ:

Αυτοί είναι 5-6 και βρίσκονται σε δύο σωρούς, τον ένα στο ύψος του 2^{ου} -3^{ου} και τον άλλο του 4^{ου} -5^{ου} μεσοπλεύριου διαστήματος.

Ä ΟΠΙΣΘΙΟΥΣ Η ΥΠΟΠΛΑΤΙΟΥΣ:

Αυτοί είναι 6-7 και βρίσκονται στο μασχαλιαίο χείλος της ωμοπλάτης μαζί με τα αγγεία.

Ä ΚΕΝΤΡΙΚΟΥΣ:

Αυτοί είναι 3-4 και βρίσκονται μέσα στο λίπος της κοιλότητας της μασχάλης. Ένας ή δύο από αυτούς μπορεί να βρίσκονται επιφανειακά, κάτω από το δέρμα της μασχάλης και εύκολα να ψηλαφώνται. Οι κεντρικοί λεμφαδένες είναι οι μεγαλύτεροι και αυτοί, που εμφανίζουν συχνότερα μεταστάσεις.

Στις εγχειρήσεις του μαστού εύκολα τους εξαιρεί ο χειρουργός όλους μαζί, χωρίς να τους παρασκευάσει ξεχωριστά.

Ä ΚΟΡΥΦΑΙΟΥΣ Η ΥΠΟΚΛΕΙΔΙΟΥΣ:

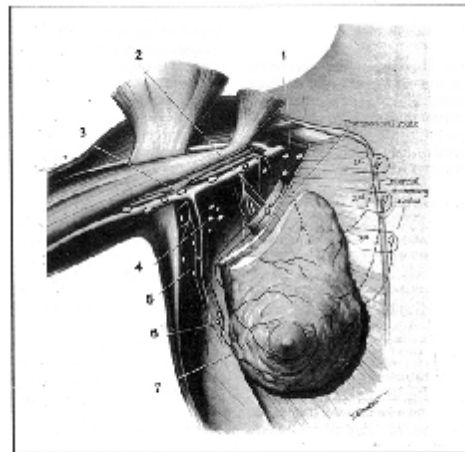
Αυτοί είναι 6-12 και βρίσκονται, οι περισσότεροι, κάτω από τον ελάσσονα θωρακικό μυ, στο υποκλείδιο τρίγωνο, κάτω από την κορακοκλειδική ταινία και εξωτερικά της μασχάλιας φλέβας.

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

Ä ΥΠΕΡΚΛΕΙΔΙΟΥΣ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ:

Αυτοί βρίσκονται πάνω από την κλείδα και μέσα στο χαλαρό ιστό και το λίπος, που υπάρχουν κάτω από το μυώδες πλάσμα.

Η ομάδα των υπερκλείδιων λεμφαδένων σχηματίζει τρίγωνο, που έχει: προς τα μέσα τη σφαγίτιδα φλέβα, προς τα έξω τον τραπεζοειδή μυ και προς τα κάτω την υποκλείδια φλέβα. Στον πυθμένα του τριγώνου υπάρχει ο πρόσθιος σκαληνός μυς⁴.



Οι κύριες ομάδες των λεμφαδένων του μαστού
7. Υποκλείδιοι λεμφαδένες, 2. Λεμφαδένας του Pector, 3. Λεμφαδένας κατά μήκος της μασχάλιας φλέβας, 4. Κεντρικοί λεμφαδένας, 5. Λεμφαδένας της μασχάλης, 6. Ξεχωριστά μασχάλια λεμφαδένας, 7. Κύριοι λεμφικοί γόφοι

(Βλαχουτση)

1.3. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η νεύρωση του μαστού γίνεται από το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακορραχιαίο ή μέσο υποπλάτιο νεύρο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα⁴.

1.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο.

Αν και έχει κατορθωθεί απομόνωση τέτοιων ορμονικών παραγόντων, οι γνώσεις σχετικά με τους μηχανισμούς, που ελέγχουν τους μαστούς, είναι ανεπαρκείς⁴.

1.4.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

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

Αυτή η ορμονοεξάρτηση του μαστικού αδένος δεν περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς, που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

F ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ:

Είναι γνωστό, πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου, που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της προλακτίνης, ο PIF (Prolactin Inhibiting Factor) Η προλακτίνη (PRL) είναι ορμόνη της υπόφυσης, που έχει στενότερη σχέση με το μαστό.

Εκτός από την GnRH, που έχει σχέση με την έκκριση των γοναδοτρόπων ορμονών και αυτές με την έκκριση των ωθητικών ορμονών, που συνδέονται στενά με το μαστό, δύο άλλες ορμόνες, που ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο και έχουν σχέση με το μαστό, είναι η αυξητική και η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη.

F ΥΠΟΦΥΣΗ:

Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Η έκκριση της ωθυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου (LH), διεγείρουν την ανάπτυξη και την έκκριση της ωθήκης και του ωχρού σωματί-

ου. Απόδειξη αυτού είναι το γεγονός, πως, μετά από υποφυσεκτομία, προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή ατροφία των μαστών.

Οι ορμόνες της υπόφυσης, που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Ä ΠΡΟΛΑΚΤΙΝΗ:

Ο μαστός, που αποτελεί όργανο-στόχο της προλακτίνης, δεν ασκεί όπως οι γονάδες, παλίνδρομη αλληλορύθμιση στην υπόφυση. Φαίνεται, όμως πως η αυξημένη έκκριση της προλακτίνης, οδηγεί σε αύξηση της έκλυσης της ντοπαμίνης στον υποθάλαμο. Υπάρχει, δηλαδή, ένα είδος ραχείας παλίνδρομης αλληλορρύθμισης.

Η αύξηση της προλακτίνης εμποδίζει την έκκριση των εκλυτικών παραγόντων των γοναδοτρόπων ορμονών στον υποθάλαμο. Αυτό, προκαλεί ανωμαλία στην, κατά ώσεις, έκκριση της GnRH στις υποφυσικές γοναδοτρόπες ορμόνες, με αποτέλεσμα την αμηνόρροια ή διαταραχές του ωοθηκικού κύκλου.

Η έκκριση της προλακτίνης (PRL) αναστέλλεται από την προλακτοστατίνη (PIH) και διεγείρεται από την θυρεοεκλυτίνη (TRH → σ. 235κ.ε.). Ως προς την ύπαρξη κάποιος προλακτοεκλυτίνης (PRH) οι γνώμες διαφέρουν. Η οιστραδιόλη και η προγεστερόνη αναστέλλουν την απελευθέρωση προλακτοστατίνης (PIH) (→A) και έτσι, ιδιαίτερα κατά το δεύτερο ήμισυ του κύκλου και στη διάρκεια της κύησης, απελευθερώνεται περισσότερη προλακτίνη. Στη γυναίκα η PRL (και άλλες ορμόνες) προάγει την ανάπτυξη των μαστών και τη γαλακτογένεση (παραγωγή γάλακτος) στη διάρκεια τα εγκυμοσύνης. Το ερέθισμα κατά το θηλασμό, που ξεκινά από τη θηλή του μαστού της μητέρας, αποτελεί το σήμα της πολύ μεγάλης παραγωγής PRL στη διάρκεια της γαλουχίας⁵.

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

Αλλά και χωρίς εγκυμοσύνη εκκρίνεται προλακτίνη σε μικρή ποσότητα, που γίνεται μεγαλύτερη γύρω στη 2^η-4^η πρωινή ώρα. Η αιχμή αυτή φαίνεται, πως έχει σχέση με τη φάση του ύπνου.

Η υπερβολική αύξηση των οιστρογόνων ορμονών και η χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων, είναι δυνατό να προκαλέσουν καταστολή του υποθαλάμου, ελάττωση του ανασταλτικού παράγοντα της προλακτίνης και την εμφάνιση γαλακτόρροιας. Αντίθετη δράση έχει η προγεστερόνη.

Αν χορηγήσουμε οιστρογόνες ορμόνες και προγεστερόνη σε ζώα που τους εξαιρέθηκε η υπόφυση, θα διαπιστώσουμε, πως δεν μπορούμε να προκαλέσουμε ανάπτυξη των μαστών τους, παρά μόνο, όταν χορηγήσουμε και μικρή ποσότητα προλακτίνης.

Η προλακτίνη, αν χορηγηθεί με ένεση στον ένα μόνο μαστικό αδέννα, προάγει την ανάπτυξή του και την έκκριση γάλακτος μόνο από αυτόν. Καμία άλλη ορμόνη της υπόφυσης δεν έχει τέτοια επίδραση.

Η προλακτίνη ενισχύει τη δράση των οιστρογόνων ορμονών στο μαστό μέχρι τότε, που η γυναίκα θηλάζει. Στον θηλασμό, οι οιστρογόνες ορμόνες, που παράγονται στις ωοθήκες, δεν είναι απαραίτητες για τη διατήρησή του. Αντίθετα, όταν χορηγηθούν σε μεγάλες δόσεις, αναστέλλουν την έκκριση γάλακτος, γιατί ανταγωνίζονται την προλακτίνη στους ορμονικούς υποδοχείς του μαστού.

Συμπερασματικά, η προλακτίνη παίρνει ουσιαστικό μέρος στην ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης, ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ä ΩΚΥΤΟΚΙΝΗ

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

F ΩΟΘΗΚΕΣ:

Το γεγονός πως οι ωοθήκες ορμόνες επιδρούν στους μαστούς διαπιστώνεται από τις παρακάτω παρατηρήσεις:

1. Από τις αρχές του αιώνα αποδείχτηκε, πως αν κόψουμε τις ωοθήκες σε άνηθα θηλυκά ζώα, η ανάπτυξη των μαστών εμποδίζεται. Επίσης, πως ο ευνουχισμός νεαρής γυναίκας εμποδίζει την ανάπτυξή τους, ενώ η χορήγηση οιστρογόνων ορμονών σε αυτή τους αναπτύσσει.
2. Η ανάπτυξη των μαστών αρχίζει στην ήβη και πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας, ύστερα από δραστηριοποίηση των ωοθηκικών ορμονών. Η υποστροφή των μαστών αρχίζει ύστερα από φυσιολογική ή τεχνητή εμμηνόπαυση.
3. Στην ωοθηκική αγενεσία (σύνδρομο Turner), οι μαστοί παραμένουν σε υποτυπώδη ανάπτυξη.
4. Η τοπική εφαρμογή οιστρογόνων ορμονών στο δέρμα των μαστών, προκαλεί την ανάπτυξή τους, που διατηρείται για αρκετό χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας.
5. Η τοπική εφαρμογή προγεστερόνης σε περιπτώσεις μασταλγίας, βελτιώνει την κατάσταση.
6. Σε περίπτωση καρκίνου του προστάτη, όταν χρησιμοποιηθούν οιστρογόνες ορμόνες, είναι δυνατό να παρατηρηθεί αύξηση του μεγέθους των μαστών του άνδρα.
7. Η χορήγηση μεγάλων δόσεων οιστρογόνων ορμονών προκαλεί την ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων και το σχηματισμό κύστεων.

Οι ορμόνες των ωοθηκών, που στενότερα συνδέονται με το μαστό, είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Α ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΕΣ ΟΡΜΟΝΕΣ:

Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο το γεννητικό σύστημα και τους ιστούς, που κάνουν τη γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σε αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται, γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

Α ΠΡΟΓΕΣΤΕΡΟΝΗ:

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

F ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ:

Αυτός έχει δευτερεύουσας σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες. Η θυροξίνη μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

F ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ:

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

F ΠΛΑΚΟΥΝΤΑΣ:

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

Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωθηκεκτομία μετά τον 3^ο ή 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε, πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Επίσης, αν σε πειραματόζωα εξαιρέσουμε τις ωθήκες και βγάλουμε τα έμβρυά τους, χωρίς τον πλακούντα, η ανάπτυξη των μαστών δεν αναστέλλεται. Αν, όμως εξαιρεθούν μαζί με τα έμβρυα και οι πλακούντες, τότε οι μαστοί γρήγορα υποστρέφονται.

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

Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακουντική γαλακτογόνος ορμόνη (HPL). Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη, της υπόφυση, μοιάζει, όμως, και με τη δράση της προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

F ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:

Αυτό, φαίνεται, πως έχει επίδραση την ανάπτυξη των μαστών, γιατί οι διαταραχές του στη διάρκεια φυσιολογικών ή παθολογικών περιόδων της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας δείχνουν, πως υπάρχει νευρικός ή αντανακλαστικός μηχανισμός, που επιδρά στους μαστούς.

Παρ' όλα αυτά, αν απομονώσουμε το μαστό από τις νευρικές του συνάψεις ή τον μεταφυτέψουμε σε δέρμα, αυτός διατηρεί την εκκρητική του ικανότητα και ανταποκρίνεται στα ερεθίσματά του.

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

Μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλουν την έκκριση γάλακτος, προσωρινά ή μόνιμα⁴.

1.4.2. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΣΤΗ ΖΩΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Στην ανάπτυξη των μαστών παρατηρούμε δύο στάδια.

Στο πρώτο στάδιο αναπτύσσονται οι γαλακτοφόροι πόροι. Στο δεύτερο στάδιο, που αντιστοιχεί στην εγκυμοσύνη, σχηματίζονται στα άκρα των πόρων οι αδενοκυψέλες. Τότε, συμπληρώνεται η ανάπτυξή τους.

Η ηλικία και ορισμένες φυσιολογικές καταστάσεις, έχουν επίδραση πάνω στο μαστικό αδένα και προκαλούν σ' αυτόν την ανάπτυξή του ή, αντίθετα την υποστροφή του.

F ΕΜΒΡΥΪΚΗ ΖΩΗ:

Όπως και παραπάνω αναφέρουμε, ο μαστός αποτελεί προβολή, σε σχήμα κάλυκος, του έξω βλαστικού δέρματος, που αναπτύσσεται πριν από τα άλλα εξαρτήματα του δέρματος.

F ΓΕΝΝΗΣΗ:

Ο μαστός είναι ο ίδιος και στα δύο φύλα. Αποτελείται από γαλακτοφόρους πόρους, που εκβάλλουν στην καλά αναπτυγμένη θηλή. Παρατηρούνται ακόμη, μερικές αδενοκυψέλες. Άλλα αδενικά στοιχεία δεν κáνουν ακόμη την εμφάνισή τους.

F ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:

Λίγες μέρες μετά τη γέννηση, σε μεγάλη συχνότητα, διαπιστώνεται η ύπαρξη εκκριτικής λειτουργίας του μαστού σε μικρό βαθμό. Οι μικροί μαστοί του βρέφους, αρσενικού ή θηλυκού, διογκώνονται και από την θηλή εκκρίνεται υλικό, που έχει τη μορφή γάλακτος.

Η παραπάνω έκκριση οφείλεται, όπως αναφέρθηκε, στην επίδραση μητρικών ορμονών, που πέρασαν μέσω του πλακούντα στο νεογνό (γάλα μαγισσών).

F ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:

Στην ηλικία αυτή οι μαστοί αδρανούν, γιατί η εκκριτική τους δραστηριότητα, που παρατηρήθηκε μετά τη γέννηση, υποχωρεί σε μία βδομάδα περίπου.

Ο μαστός της άνηβης γυναίκας λέγεται ΑΓΑΛΑΚΤΟΣ ή ΠΑΡΘΕΝΙΚΟΣ ΜΑΣΤΟΣ και αποτελείται από 15-20 γαλακτοφόρους πόρους και συνδετικό ιστό.

Ειδικότερα, στην ηλικία αυτή, εμφανίζεται μικρή υπέγερση της θηλής και αργότερα υπέγερση των μαστών και της θηλαίας άλω, που αυξάνει τη διάμετρό της.

Στη συνέχεια, οι μαστοί διογκώνονται περισσότερο και η θηλαία άλως μεγαλώνει και χάνει το περίγραμμά της.

F ΉΒΗ:

Ανάμεσα στο 10^ο-15^ο έτος της ηλικίας οι μαστοί έχουν αναπτυχθεί. Η θηλαία άλω μεγαλώνει, γίνεται μελαχρινότερη, δεν προβάλλει και κάτω από αυτή σχηματίζεται μικρή μάζα μαστικού ιστού σε σχήμα δίσκου.

Η παραπάνω αύξηση οφείλεται στην ανάπτυξη των γαλακτοφόρων πόρων, που επιμηκύνονται και διογκώνονται κάτω από την επίδραση των οιστρογόνων ορμονών, και στην ανάπτυξη προσεκβολών των πόρων, από τις οποίες τελικά σχηματίζονται οι αδενοκυψέλες κάτω από την επίδραση της προγεστερόνης.

Ιδιαίτερα, στην ανάπτυξη του μαστού συμβάλλει η ύπαρξη συνδετικού ιστού γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους και τις αδενοκυψέλες και η εναπόθεση λιπώδους. Έτσι, με την έναρξη της εμμηνορρυσίας, οι μαστοί είναι καλά σχηματισμένοι.

Για να συμβούν, όμως, τα παραπάνω, είναι απαραίτητη η παρουσία της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης. Οι ορμόνες του φλοιού των επινεφριδίων, η θυροξίνη και η ινσουλίνη δεν έχουν τόση σημασία στην ανάπτυξη του μαστού.

Τις, μέχρι την ήβη, εξελικτικές διεργασίες του μαστικού αδένος ο Tanner τις ταξινόμησε σε πέντε στάδια, συνδυάζοντας αυτές με την τριχοφυΐα.

ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Σε αυτό ανήκουν οι γυναίκες, που βρίσκονται πριν από την ήβη, στο μέρος του μαστού εμφανίζεται μικρή διόγκωση της θηλής, χωρίς τριχοφυΐα στο εφηβαίο.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Σε αυτό ανήκουν γυναίκες ηλικίας 2,9-14,1 ετών. Εμφανίζεται διόγκωση των μαστών και της θηλαίας άλω, που μεγαλώνει τη διάμετρό της, και αραιή τριχοφυΐα στο εφηβαίο ή στα μεγάλα χείλη του αιδοίου.

ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Σε αυτό ανήκουν γυναίκες ηλικίας 10-14,5 ετών. Εμφανίζεται μεγαλύτερη διόγκωση των μαστών, διεύρυνση της θηλαίας άλω, που το περιγράμματά της είναι ασαφές, και πυκνότερη τριχοφυΐα στο εφηβαίο.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Σε αυτό ανήκουν γυναίκες ηλικίας 10,8-15,1 ετών. Εμφανίζεται διόγκωση της θηλής, προπέτεια της θηλαίας άλω με σαφές περίγραμμα της και αύξηση της τριχοφυΐας του εφηβαίου, χωρίς ακόμα αυτή να είναι πυκνή.

ΠΕΜΠΤΟ ΣΤΑΔΙΟ:

Σε αυτό ανήκουν γυναίκες ηλικίας 11,9-16,7 ετών, εμφανίζεται ολοκληρωμένη η ανάπτυξη των μαστών, η θηλή προέχει, η θηλαία άλως δεν προέχει και η τριχοφυΐα μοιάζει με της ώριμης γυναίκας.

F ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ:

Στην ηλικία αυτή οι μαστοί παθαίνουν τέτοιες μεταβολές, που θυμίζουν τις μεταβολές του ενδομητρίου.

Ειδικότερα,

- 1) Στην προεμμηνορρυσική φάση οι μαστοί διογκώνονται γιατί διευρύνονται και επιμηκύνονται οι γαλακτοφόροι πόροι και αναπτύσσονται από αυτούς πολλές προσεκβολές. Επίσης, το επιθήλιο των πόρων υπερπλάσσεται και ο γύρω από τους πόρους συνδετικός ιστός είναι διογκωμένος, μαλακός και διηθημένος με λεμφοκύτταρα. Οι μεταβολές αυτές κάνουν το μαστό ευαίσθητο και προκαλούν αίσθημα πληρότητας, διάτασης ή ελαφρύ πόνο.
- 2) Όταν αρχίσει η εμμηνορρυσία, οι πόροι και το αδενικό επιθήλιο υποστρέφονται. Η υποσττροφή τους αυτή γίνεται όλο και περισσότερο προοδευτική ως την ωοθυλακιορρηξία και την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου.
- 3) Ο μαστός της ώριμης γυναίκας, που δεν θηλάζει, δεν έχει μόνο εκκριτική, αλλά και απορροφητική ικανότητα. Δηλαδή, αν εξετάσουμε ιστολογικά τα αδενικά λοβία, θα παρατηρήσουμε, πως εμφανίζεται με τη μορφή ωχρού, άμορφου υλικού, που περιέχει κύτταρα ή κυτταρικά συγκρίματα και λιποσφαίρια.
- 4) Οι μαστοί παίρνουν μέρος στον οργασμό με διόγκωσή τους και αύξηση του μεγέθους των θηλών.

F ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ:

Με την επίδραση των ορμονών, των ωοθηκών, της προλακτίνης και, στο τέλος της εγκυμοσύνης, της πλακουντικής γαλακτογόνου ορμόνης, επέρχονται μεγάλες μεταβολές στο μαστό της εγκύου. Οι αδenoκυψέλες υπερπλάσσονται σε τέτοιο βαθμό, ώστε ολόκληρος ο μαστός να αποτελείται από αδενικό ιστό.

Τα κορτικοειδή και οι ορμόνες του θυρεοειδή αδένος βοηθάνε στην ανάπτυξη των λοβιδίων του μαστού.

Η ινσουλίνη προκαλεί τη διαφοροποίηση των κυττάρων και συντηρεί αυτά, ώστε να εκκρίνουν γάλα. Η δράση της ινσουλίνης αυξάνει περισσότερο τις αδenoκυψέλες, διεγείρει τα εκκριτικά κύτταρα και αλλάζει την αγγείωση και την ποσότητα του λιπώδη ιστού του μαστού.

Εκτός από την αύξηση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης και την επίδραση της ινσουλίνης στο μαστό της εγκύου, αυξάνεται και η ελεύθερη κορτιζόλη και η προλακτίνη.

Στο τέλος της εγκυμοσύνης τα επιφανειακά επιθηλιακά κύτταρα γίνονται πύαρ και μετά τον τοκετό και την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα εκκρίνουν γάλα.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η επαναρροφητική ικανότητα του μαστού διατηρείται. Έτσι, εξηγείται η γαλακτολουρία, που εμφανίζεται, κάποια στιγμή, στην εγκυμοσύνη. Αυτή, προέρχεται από την απορρόφηση της γαλακτόλης από τον ίδιο το μαστικό αδένος.

Αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα τα βασικά κύτταρα των αδenoκυψελών αρχίζουν την έκκριση γάλακτος κάτω από την επίδραση της προλακτίνης.

F ΓΑΛΟΥΧΙΑ:

Στη χαλουχία, η ανάπτυξη των μαστών φτάνει στο μέγιστό της και η λειτουργική τους δραστηριότητα αποκορυφώνεται με τη συνδυασμένη δράση των οιστρογόνων ορμονών, της προγεστερόνης, της ινσουλίνης, και της κορτιζόλης, ιδιαίτερα, όμως, της προλακτίνης.

F ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ:

Στην εμμηνόπαυση επέρχεται προοδευτική βράχυνση των γαλακτοφόρων πόρων από την περιφέρειά τους προς την θηλή. Επίσης, ατροφία των αδenoκυψελών και πάχυνση του συνδετικού ιστού, που βρίσκεται γύ-

ρω από τους πόρους. Έτσι, με την πάροδο της ηλικίας, η κίτρινη χροιά του μαστού εξαφανίζεται, για να γίνει λευκή.

Πριν από την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης, τότε που υπάρχουν μονοφασικοί κύκλοι, είναι δυνατό οι μαστοί να διογκωθούν και να γίνουν ευαίσθητοι και επώδυνοι. Επίσης, τότε παρατηρούνται αλλοιώσεις των μαστών, που μοιάζουν με της ινοκυστικής μαστοπάθειας, με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις της πάθησης.

Στο τελευταίο στάδιο της υποστροφής των μαστών, δηλαδή μετά το 50^ο έτος, το στρώμα τους γίνεται πυκνό και σκληρό και οι γαλακτοφόροι πόροι και τα αγγεία ατροφούν⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι γνωστό ότι υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Μία αρρώστια των οστών που πιθανότατα ήταν καρκίνος, είχε βρεθεί σε οστά δεινοσαύρου και υπολογίζεται ότι είναι ηλικίας 80 εκατομμυρίων χρόνων. Αξιοσημείωτη είναι και η περιγραφή εγχειρήσεων για την θεραπεία του καρκίνου σε Αιγυπτιακής παπύρους⁶.

Η λέξη καρκίνος ήταν και είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθης νεόπλασμα. Νεοπλάσματα, λοιπόν, έχουν περιγραφεί και από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι οποίοι ήταν οι πρώτοι, που ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού⁷.

Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί, με τη διόγκωση και διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο, έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας. Επιπλέον η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσίαζε τον πόνο από τον καρκίνο, όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας. Έτσι λοιπόν, ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός αναγνωρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του καρκίνου και τον ξεχωρίζουν από παρόμοιες αρρώστιες^{6,7}.

Μία σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της ανάπτυξης του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου. Ο Johaunes Müller το 1838, ήταν ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσης του καρκίνου⁷.

Μερικές, τουλάχιστον, από τις αιτίες του καρκίνου υπάρχουν στη γη για εκατομμύρια χρόνια. Είναι όμως σίγουρο ότι πολλές από αυτές είναι πράγματι δημιουργήματα του σύγχρονου τρόπου ζωής.

Στο παρελθόν, υπήρχαν αρκετές λαθεμένες πεποιθήσεις για τα αίτια του καρκίνου. Καθώς, όμως, οι έρευνες έχουν συσσωρεύσει περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο, μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα τη φύση του και να διδαχτούμε περισσότερα πράγματα για την πρόληψή του⁶.

2.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο οργανισμός του ανθρώπου, όπως και των ζώων και φυτών, αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ συντομότερη από τον οργανισμό σα σύνολο. Την θέση των νεκρών κυττάρων παίρνουν τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα. Η κυτταρική αυτή κοσμογονία γίνεται με έναν θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξης και συστήματος και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Μένουμε όμως ουσιαστικά πάντα οι ίδιοι; Από την αρμονική συμβίωση και την κανονική λειτουργία του απέραντου κυτταρικού κόσμου, που συνθέτει ο οργανισμός μας, εξαρτάται η υγεία, η ύπαρξη, η ζωή μας. Η επιστήμη ονομάζει την θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων μας ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ.

Καρκίνος, λοιπόν, ή νεόπλασμα είναι η διαταραχή της ομοιοστασίας των κυττάρων και αποτελείται από κύτταρα παθολογικά, αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στη λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Είναι, δηλαδή διαταραχή ανάπτυξης των κυττάρων, χαρακτηριζόμενη πρωτίστως από απεριόριστη, μη φυσιολογική και εκσεσημασμένη υπερπλασία των κυττάρων. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απείθαρτων, επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξή τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό στον θάνατο.

Ένα νεόπλασμα μπορεί να είναι καλοήθες ή κακοήθες. Το **καλοήθες** νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη των κυττάρων, τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται (μεταναστεύουν) σε άλλα μέρη του οργανισμού και δε διηθούν τους παρακείμενους ιστούς. Το **κακοήθες** νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντα επιβλαβής στον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Επιπλέον, ο καρκίνος εκπροσωπεί μία μεγάλη ομάδα από αρρώστιες που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και διασπορά ανώμαλων κυττάρων (Cancer Facts and Figures 1977).

Αυτή η ομάδα ασθενειών:

- ✓ Εμφανίζεται σε διάφορους ιστούς και όργανα.
- ✓ Παρουσιάζει μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων στην εμφάνιση και ταχύτητα ανάπτυξης.
- ✓ Μπορεί να ακολουθεί διαφορετική πορεία ανάπτυξης στο άτομο που εκδηλώνεται.

▼ Συχνά παρουσιάζει διαφορετική ευαισθησία στα διάφορα είδη θεραπείας.

Η λέξη καρκίνος όπως προαναφέρουμε είναι συνώνυμη με τον όρο νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι η κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη των κυττάρων και η συντομογραφία “Ca”, χωρίς, όμως να είναι και συνώνυμη.

Για πολλούς τέλος, καρκίνος σημαίνει προειδοποίηση θανάτου, πόνο, αναπηρία κ.ά. Η αντίληψη, όμως του κοινού για την έννοια αυτή του καρκίνου έχει ιστορική βάση. Στις αρχές του αιώνα μας οι περισσότεροι που παρουσίαζαν καρκίνο πέθαιναν. Σήμερα, όμως, το ποσοστό των καρκινοπαθών που θεραπεύονται αυξήθηκε στη σχέση 1:3, δηλαδή ένας καρκινοπαθής θεραπεύεται ενώ οι τρεις πεθαίνουν. Το ποσοστό αυτό θα ήταν πολύ πιο υψηλό αν γινόταν έγκαιρα η διάγνωση⁷.

2.2.2. ΚΑΡΚΙΝΙΚΑ ΓΟΝΙΔΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΚΥΤΤΑΡΟ

Τα γονίδια που προκαλούν καρκίνο κατατάσσονται σε δύο διαφορετικούς τύπους: στα **ογκογονίδια** (αγγλ. Oncogenes) και τα **ογκοκατασταλτικά** γονίδια (αγγλ. Tumor-suppressor genes). Οι δύο τύποι έχουν αντίθετα αποτελέσματα στην καρκινογένεση. Τα ογκογονίδια διευκολύνουν τον κακοήγη μετασχηματισμό, ενώ τα ογκοκατασταλτικά γονίδια, όπως υπονοεί και η ονομασία τους, καταστέλλουν την ανάπτυξη του όγκου, ρυθμίζοντας γονίδια που ενέχονται στην κυτταρική ανάπτυξη.

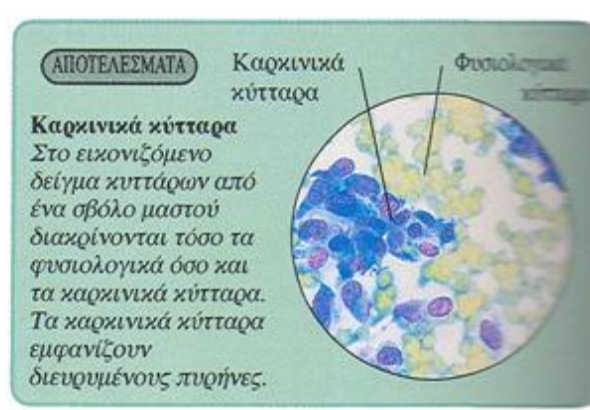
Τα ογκογονίδια είναι γονίδια που επηρεάζουν τη φυσιολογική κυτταρική αύξηση και ανάπτυξη. Αν ένα ογκογονίδιο τροποποιηθεί η υπερεκφραστεί, είτε λόγω μετάλλαξης είτε λόγω μεταβολής κάποιου εξωτερικού ρυθμιστικού μηχανισμού, στο κύτταρο στο οποίο αυτό θα συμβεί είναι δυνατόν να δημιουργηθούν συνθήκες ανεξέλεγκτου πολλαπλασιασμού που θα το καταστήσουν κακόηθες. Τα περισσότερα ογκογονίδια είναι μεταλλαγμένες («ενεργοποιημένες») μορφές φυσιολογικών γονιδίων, που καλούνται **πρωτοογκογονίδια** (αγγλ. Protooncogenes) και ενέχονται στη ρύθμιση του κυτταρικού πολλαπλασιασμού και της διαφοροποίησης⁸.

Η βασική μορφολογική ανωμαλία των καρκινικών κυττάρων έχει να κάνει με βασικές αλλαγές στη γενετική πληροφορία, που φέρουν τα νουκλεϊκά οξέα. Οι ιοί, οι ακτινοβολίες, οι κυτταροστατικές ουσίες δρώντας ακριβώς με τη μεταβολή που προκαλούν στη δομή του DNA είναι γνωστοί

καρκινογόνοι παράγοντες. Για να δημιουργηθεί, όμως, ο όγκος πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι πολλά καρκινικά (νεοπλασματικά) κύτταρα πολλαπλασιάζονται με αργότερο ρυθμό σε σχέση με τα φυσιολογικά, δηλαδή ανά 10ήμερο κατά μέσο όρο. Πολλαπλασιάζονται συνέχεια και σταθερά και σχηματίζουν έτσι τα νεοπλάσματα.

Για να γίνει ένα νέο νεοπλασματικό ογκίδιο αντιληπτό, πρέπει να έχει διάμετρο ένα τουλάχιστον εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 περίπου εκατομμύρια καρκινικά (νεοπλασματικά) κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει (10 μήνες περίπου), ώστε από αρχικό καρκινικό κύτταρο να σχηματιστεί το ογκίδιο αυτό. Έτσι εξηγείται, γιατί περνούν πολλά χρόνια από την αρχή του νεοπλάσματος μέχρι να γίνει αυτό αισθητό με τον όγκο και τα συμπτώματά του. Αν προστεθεί και ο χρόνος που απαιτείται για τη μεταβολή των φυσιολογικών σε μη φυσιολογικά κύτταρα, τότε καταλαβαίνουμε ότι το νεόπλασμα έχει την πιο μακροχρόνια επώαση, δηλαδή 5-10 και 20 ακόμη χρόνια. Έχουμε, λοιπόν, στη διάθεσή μας χρόνια ολόκληρα πριν εκδηλωθεί το νόσημα με τα βαριά συμπτώματά του. Έχουμε χρόνο για να διαγνώσουμε την ύπαρξη νεοπλάσματος που αρχίζει⁷.



2.2.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Επειδή ο μαστικός αδένας βρίσκεται κάτω από την επίδραση όλων των μεταβολών της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας και επειδή τα επιθηλιακά του κύτταρα εμφανίζουν μεγάλη λειτουργική δραστηριότητα και ευαισθησία, η εξαλλαγή τους σε καρκινικά είναι εύκολη.

Έτσι, πρέπει να δεχτούμε, πως η καρκινογένεση στο μαστό αρχίζει στην αναπαραγωγική ηλικία, άσχετα από το πότε θα εκδηλωθεί κλινικά.

Το χρονικό διάστημα, που περνάει, από την έναρξη της επιθηλιακής εξαλλαγής, μέχρι το σχηματισμό της καρκινικής μάζας, παραμένει άγνωστο. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο χρόνος αυτός πρέπει να είναι μεγάλος και να εξαρτάται από την κινητική των καρκινικών κυττάρων⁴.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ, λοιπόν, είναι ένα επιθηλίωμα που προέρχεται από τα κυλινδρικά κύτταρα των αδενωσολήνων του μαζικού αδένου. Είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος διηθητικού καρκινώματος του μαστού που αναπτύσσεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαζικού αδένου, και συνήθως εντοπίζεται στο άνω και έξω τεταρτημόριο του μαστού^{9,10}.

Πρόκειται για έναν όγκο μικρού μεγέθους στην αρχή με ασαφή όρια (ανώμαλο) σχετικά καθηλωμένο στο θωρακικό τοίχωμα, που συμφύεται με το περιβάλλον δέρμα. Το δέρμα πάνω από τον όγκο μπορεί να μοιάζει με φλούδα πορτοκαλιού. Μπορεί να συνυπάρχει ρήση ή και εισολκή της θηλής. Αργότερα παρατηρείται εξέλκωση του δέρματος με σκληρά και ανώμαλα χείλη και πυθμένα σκληρό που αιμορραγεί εύκολα.

Ο καρκίνος μαστού δίνει μεταστάσεις σχετικά γρήγορα. Αιματογενώς στους πνεύμονες, στο ήπαρ και στα οστά. Λεμφογενώς στους επιχώριους λεμφαδένες και κατά συνέχεια ιστού στο περιβάλλον δέρμα και στους υποκείμενους μύες. Μετάσταση γίνεται και στον άλλο μαστό και στον εγκέφαλο.

Οι επιχώριοι λεμφαδένες, όταν είναι διηθημένοι παρουσιάζονται σκληροί, με σαφή όρια και είναι ευκίνητοι και ανώδυνοι. Καρκίνος του μαστού με μεταστάσεις πέρα από τους επιχώριους λεμφαδένες αποτελεί ανίατη νόσο και η πιθανότητα γενικευμένης νόσου αυξάνει με την παρουσία αλλά και με τον αριθμό των διηθημένων μασχαλιαίων λεμφαδένων⁹.



Καρκίνος του μαστού

Στον εικονιζόμενο μαστό, ο καρκινικός όγκος έχει προκαλέσει ρυτίδωση του δέρματος του μαστού, δίνοντάς του εμφάνιση «πορτοκαλόφλουδας».

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Από το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, ο αριθμός των νέων κρουσμάτων καρκίνου του μαστού στις γυναίκες αυξάνει σε παγκόσμιο επίπεδο. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί σήμερα τη συχνότερη μορφή καρκίνου στις γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Σύμφωνα με στοιχεία της Διεθνούς Υπηρεσίας Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC) της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.), το έτος 2000 στην Ε.Ε. νόσησαν από καρκίνο του μαστού περισσότερες από 216.000 γυναίκες, και κατέληξαν από την ίδια ασθένεια περισσότερες από 79.000. Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη αιτία θανάτου στις γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών.

Όλα τα βιομηχανικά κράτη παγκοσμίως, με εξαίρεση την Ιαπωνία, επιδεικνύουν υψηλά ποσοστά εκδήλωσης της νόσου, ωστόσο υφίστανται μεγάλες διαφορές μεταξύ των επιμέρους κρατών. Τα υψηλότερα ποσοστά κρουσμάτων στην Ευρώπη κατέχουν οι περιφέρειες της δυτικής και βόρειας Ευρώπης, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στη νότια και την ανατολική Ευρώπη. Ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού στη δυτική Ευρώπη. Ο κίνδυνος προσβολής από καρκίνο του μαστού στη δυτική Ευρώπη είναι κατά 60% υψηλότερος από ό,τι στην ανατολική Ευρώπη. Τα κράτη με τα υψηλότερα ποσοστά εκδήλωσης της νόσου (εκδήλωση της νόσου για πρώτη φορά ανά 100.000 γυναίκες) το έτος 2000 ήταν οι Κάτω Χώρες (91,6), η Δανία (86,2), η Γαλλία (83,2), το Βέλγιο (82,2) και η Σουηδία (81), ενώ άλλα κράτη όπως η Ελλάδα (47,6) και η Ισπανία (47,9), καθώς και υποψήφιες προς ένταξη χώρες όπως η Λιθουανία (39,8) και η Λετονία (42,2) εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά. Στα περισσότερα κράτη μέλη και στις υποψήφιες προς ένταξη χώρες, ο αριθμός των νέων κρουσμάτων καρκίνου του μαστού αυξάνει ετησίως κατά 1,5% περίπου.

Οι διαφορές στην Ε.Ε. σήμερα, λόγω των οποίων οι γυναίκες στα κράτη της δυτικής και βόρειας Ευρώπης νοσούν από καρκίνο του μαστού με τη διπλάσια σχεδόν συχνότητα από ό,τι στη νότια Ευρώπη, μπορούν να αποδοθούν εν μέρει σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι σχετίζονται με την εκάστοτε κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Ως εκ τούτου, ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς ως «νόσος της ευμάρειας». Κοινωνικο-οικονομικά εξαρτώμενες διαφορές παρατηρούνται επίσης στο εσωτερικό των κρατών: γυναίκες από αστικές περιοχές πλήττονται από καρκίνο του μαστού συχνότερα από ό,τι γυναίκες από αγροτικές περιοχές. Επιπλέον, ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες υψηλού κοινωνικού επιπέδου¹¹.

2.4. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι δεκαετίες του '50 και του '60 χαρακτηρίστηκαν από την αύξηση της θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού στην Ε.Ε. Στις δεκαετίες του '70 και του '80 παρουσιάστηκε σε ορισμένα δυτικοευρωπαϊκά κράτη (π.χ. Δανία, Κάτω Χώρες, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο) στασιμότητα και υποχώρηση των ποσοστών θνησιμότητας, ενώ συνέχισε να αυξάνεται η θνησιμότητα λόγω καρκίνου του μαστού ιδιαίτερα στη νότια και ανατολική Ευρώπη.

Η στασιμότητα των ποσοστών θνησιμότητας, παρά τα αυξημένα ποσοστά νέων κρουσμάτων, εξηγείται με την υψηλότερα πιθανότητα επιβίωσης ατόμων που έχουν προσβληθεί από καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., ανάμεσα στα τέλη της δεκαετίας του '70 και τα τέλη της δεκαετίας του '80, μπορεί να διαπιστωθεί άνοδος των ποσοστών πενταετούς επιβίωσης από 65,8% (1978-1980) σε 74,3% (1987-1989) για το σύνολο της Ευρώπης. Ωστόσο, είναι δύσκολη η ακριβής ποσοτική εκτίμηση των ποσοστών επιβίωσης, καθώς δε διαθέτουν όλα τα κράτη εθνικά μητρώα καρκίνου, ενώ, επιπλέον, υπάρχουν μεγάλες ποιοτικές διαφορές. Ως η πλέον, ευρεία μελέτη ποσοστών επιβίωσης για τον καρκίνο θεωρείται η μελέτη Eurocare II που δημοσιεύτηκε το 1999, κατά την οποία εξετάστηκαν περισσότερες από 3,5 εκατομμύρια ασθενείς από 17 χώρες μεταξύ 1985 και 1999. Τα ποσοστά πενταετούς επιβίωσης των γυναικών που προσβλήθηκαν από καρκίνο του μαστού κυμαίνονταν μεταξύ 81% (Σουηδία, Γαλλία) και 58% (Πολωνία, Σλοβακία). Οι συγγραφείς της μελέτης απέδωσαν το γεγονός κατά κύριο λόγο οι διαφορές στην πρόσβαση και στην ποιότητα της περίθαλψης του καρκίνου του μαστού.

Κατά τα προηγούμενα έτη, μελέτες στην Ιταλία, τις Κάτω Χώρες, τη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο κατέδειξαν ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μπορούν να μειωθούν κατά ποσοστό μεγαλύτερο του 25%, χάρη σε μία βελτιωμένη τακτική πρόιμης αναγνώρισης και θεραπευτικής αντιμετώπισης για τις γυναίκες νεαρής και μέσης ηλικίας. Σύμφωνα με τις μελέτες, θα μπορούσε να επιτευχθεί διαρκής βελτίωση της πιθανότητας επιβίωσης και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, μέσω βελτιωμένων πρακτικών πρόιμης αναγνώρισης (δοκιμασίες αντίχνευσης), εξειδικευμένης εκπαίδευσης των χειρουργών στις παθήσεις αναγνωρισμένων μορφών φαρμακευτικής θεραπείας (χημειοθεραπεία, ορμονική θεραπεία)¹¹.

Παρά την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης, η θνησιμότητα έχει παραμείνει σχετικά σταθερή. Αυτό αποδίδεται:

- ✓ στη βελτίωση της θεραπείας του καρκίνου του μαστού
- ✓ στη διάγνωση περισσότερων περιπτώσεων χάρη στον έλεγχο
- ✓ στον εντοπισμό μη θανατηφόρων καρκίνων και
- ✓ στο συνδυασμό των τριών παραπάνω λόγων¹².

2.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Μέχρι σήμερα δεν είναι γνωστό τι προκαλεί τον καρκίνο του μαστού. Εντούτοις, έχει διαπιστωθεί ότι τον κίνδυνο που διατρέχει μία γυναίκα να εμφανίσει την νόσο αυξάνουν οι παρακάτω παράγοντες:

- **ΦΥΛΟ:** Το 99% των περιστατικών στις γυναίκες.
- **ΗΛΙΚΙΑ:** Η εμφάνιση της όσου αυξάνει σημαντικά μεταξύ των ηλικιών 35-70, καθώς τα κρούσματα αφορούν κατά 80% γυναίκες άνω των 40 και κατά 1,5% γυναίκες κάτω των 30 ετών.
- **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Ο κίνδυνος είναι διπλάσιος στις γυναίκες που έχουν συγγενή πρώτου βαθμού (μητέρα, αδερφή, κόρη) με καρκίνο του μαστού σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών και τριπλάσιος όταν αυτοί οι συγγενείς είναι δύο.
- **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΤΥΠΗΣ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΙΣΤΟΥ:** Οι γυναίκες με ιστολογικά επιβεβαιωμένη άτυπη υπερπλασία του μαστού διατρέχουν πενταπλάσιο κίνδυνο. Η ινώδης κυστική μαστοπάθεια (πολύ συχνή καλοήθης διαταραχή των μαστών) δεν αυξάνει το σχετικό κίνδυνο.
- **ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ:** Η πρόσφατη ανακάλυψη δύο ευπαθών γονιδίων για τον καρκίνο του μαστού, των BRCA1 και BRCA 2, βοήθησε τους επιστήμονες να κατανοήσουν τους γενετικούς δεσμούς της ασθένειας. Οι γυναίκες που κληρονομούν τα προβληματικά αυτά γονίδια παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού. Ωστόσο, τα ελαττωματικά αυτά γονίδια συμβάλλουν μόνο

κατά 5% (ίσως και λιγότερο) στο συνολικό αριθμό των περιπτώσεων.

→ ΕΞΩΓΕΝΗΣ ΛΗΨΗ ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΩΝ: Οι απόψεις σχετικά με το αν και κατά πόσο αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού δίστανται, είτε λαμβάνονται με τη μορφή αντισυλληπτικών δισκίων, είτε ως θεραπεία υποκατάστασης κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης. Σύμφωνα με τα έως τώρα ανακοινώσιμα στοιχεία, φαίνεται ότι η λήψη τους κατά την εμμηνόπαυση είναι ασφαλής, τουλάχιστον όταν δεν υπερβαίνει τα 10 χρόνια. Ωστόσο, η παρατεταμένη λήψη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο, ιδίως όταν υπάρχει μαστοπάθεια. Για τα αντισυλληπτικά νέας γενιάς δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή στοιχεία.

→ ΛΗΨΗ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΩΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΧΑΠΙΩΝ: Η μακροχρόνια λήψη από γυναίκες 25-38 ετών που έχουν απαιτήσει παιδιά δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο. Υπάρχει, όμως, αυξημένος κίνδυνος για τις άτεκνες.

→ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ: Η ατεκνία ή η απόκτηση παιδιού μετά τα 35 τριπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, ενώ η τεχνητή διακοπή της εγκυμοσύνης πρώτου τριμήνου την πολλαπλασιάζει. Οι γυναίκες που τεκνοποιούν μετά τα 35 διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με εκείνες του τεκνοποιούν στην ηλικία των 25.

→ ΠΡΟΩΡΗ ΕΜΜΗΝΑΡΧΗ ΚΑΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ: Η εμφάνιση της περιόδου πριν από την ηλικία των 10 ετών καθώς και της εμμηνόπαυσης μετά τα 50 διπλασιάζουν τον κίνδυνο.

→ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Έχουν ενοχοποιηθεί το κάπνισμα, οι χρωστικές των μαλλιών, η ηλεκτρομαγνητική και ηλιακή ακτινοβολία, η επαγγελματική έκθεση σε ορισμένα χημικά προϊόντα.

- **ΔΙΑΤΡΟΦΗ:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι συγκεκριμένοι διατροφικοί παράγοντες (αυξημένη πρόσληψη λιπών) είναι δυνατό να αυξήσουν, ενώ άλλοι ενδέχεται να μειώσουν τον κίνδυνο. Κάποιες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία (σελήνιο, βιταμίνες A, C, E) πιθανό να δρουν προστατευτικά. Υπό έρευνα βρίσκονται το αλκοόλ και η καφεΐνη.
- **ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ:** Η έκθεση των μαστών στην ionίζουσα ακτινοβολία κατά τη νεαρή ηλικία θεωρείται ότι μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο. Ωστόσο, οι συμβατικές ακτινογραφίες περιέχουν ελάχιστη δόση ακτινοβολίας και δεν εγκυμονούν κινδύνους¹.

Από τα παραπάνω:

Επιβεβαιωμένοι παράγοντες κινδύνου είναι:

- ✓ Η ηλικία
- ✓ Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά
- ✓ Προγενέστεροι καρκίνοι του μαστού
- ✓ Καρκίνωμα in situ
- ✓ Καλοήθης νόσος του μαστού
- ✓ Το οικογενειακό ιστορικό
- ✓ Η γενετική προδιάθεση
- ✓ Η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης
- ✓ Η ακτινοβολία στο μαστό
- ✓ Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον κύκλο-πρόωρη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση
- ✓ Παράγοντες σχετιζόμενοι με την εγκυμοσύνη
- ✓ Μαστογραφικό παρεγχυματικό μοντέλο
- ✓ Παχυσαρκία
- ✓ Αντισυλληπτικά από του στόματος

Πιθανοί παράγοντες κινδύνου είναι:

- ✓ Το οινόπνευμα
- ✓ Ο θηλασμός
- ✓ Η διατροφή
- ✓ Η σωματική δραστηριότητα¹²

2.6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού δεν αποβλέπει τόσο στον καθορισμό του εγχειρήσιμου από τον ανεγχείρητο καρκίνο, όσο στην εκτίμηση της πρόγνωσης, που εξαρτάται από τις μεταστάσεις του.

ΣΤΑΔΙΟ I: Ο καρκίνος εντοπίζεται μέσα στο παρέγχυμα του μαστού.

ΣΤΑΔΙΟ II: Ο καρκίνος επεκτάθηκε ως την επιφάνεια του μαστού.

ΣΤΑΔΙΟ III: Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις στον επιχώριο λεμφαδένας.

ΣΤΑΔΙΟ IV: Ο καρκίνος προκάλεσε μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

Ειδικότερα, η UICC (Union Internationale Contre Cancer) και η AJC (American Joint Commmity), σταδιοποίησαν τον καρκίνο βασιζόμενοι στο σύστημα TNM (T=Tumor=Πρωτοπαθής όγκος, N=Nodes=επιχώριοι λεμφαδένας, M= Metastases=απομακρυσμένες μεταστάσεις)⁴.

2.7. ΒΑΘΜΟΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο βαθμός κακοήθειας (Grades) του καρκίνου προσδιορίζεται ανάλογα με την εμφάνιση των κακοηθών κυττάρων, δηλαδή του μεγέθους τους, του μεγέθους του πυρήνα τους, τον αριθμό μιτώσεων και το βαθμό πρόσληψης χρωστικής. Έτσι, προκύπτουν οι παρακάτω βαθμοί και η συχνότητά τους στον καρκίνο του μαστού:

G1: εμφανίζεται σε συχνότητα 3%

G2: εμφανίζεται σε συχνότητα 27%

G3: εμφανίζεται σε συχνότητα 70%⁴

2.8. ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Το 80% των καρκινωμάτων του μαστού είναι διηθητικά από τους γαλακτοφόρους πόρους και το υπόλοιπο 20% αφορά σε μεγάλη ποικιλία άλλων καρκινωμάτων.

Ειδικότερα, σε συχνότητα 99% ο καρκίνος του μαστού αναπτύσσεται από το επιθήλιο των πόρων και 1% από το συνδετικό ιστό. Η ανάπτυξη του αρχίζει ταυτόχρονα από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους γι' αυτό σε συχνότητα 50% των μαστών, που εξαιρούνται για καρκίνο, εκτός από τον καρκινικό όγκο μέσα σε αυτούς υπάρχουν πολλαπλές εστίες μικροσκοπικού διηθητικού ή όχι καρκινώματος.

Ιστογενετικά, τα καρκινώματα διακρίνονται σε:

ΜΗ ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ: λοβιακό ή ενδοεπιθηλιακό καρκίνωμα in situ

ΔΙΗΘΗΤΙΚΑ: λοβιακό διηθητικό και ενδοσωληνώδες διηθητικό καρκίνωμα ή καρκίνωμα των πόρων.

ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΗΣ ΙΣΤΟΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ: φλεγμονώδες, μεταπλαστικό, καρκινοσάρκωμα και καρκινοειδές.

Συνηθέστεροι τύποι καρκίνου του μαστού είναι οι εξής:

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΩΝ ΠΟΡΩΝ ή ΕΝΔΟΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό εμφανίζεται σε συχνότητα 80% περίπου. Στην in situ μορφή του η διήθηση δεν έχει περάσει τη βασική μεμβράνη, είναι πολυεστιακό και, πολύ σπάνια, συνοδεύεται από μεταστάσεις στους λεμφαδένες.

Στη διηθητική του μορφή (σε συχνότητα 90%) δεν έχει ειδικά χαρακτηριστικά μακροσκοπικά εξεταζόμενο. Αποτελεί συμπαγή, σκληρής σύστασης όγκο, διαμέτρου 2-4 εκ. που, όταν κοπεί, έχει λευκότερη χροιά με λευκές ή κιτρινωπές γραμμές και επεκτείνεται διηθητικά στο γειτονικό μαστικό αδένα. όταν το κόβουμε έχουμε την αίσθηση πως κόβουμε υλικό, που έχει τη σύσταση άμμου. Η πρόγνωσή του εξαρτάται από το βαθμό διαφοροποίησης.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΛΟΒΩΝ:

Αυτό εμφανίζεται σε συχνότητα 5% όλων των καρκίνων του μαστού, τις περισσότερες φορές είναι πολυεστιακά και αμφοτερόπλευρο και διηθεί περισσότερα αγγεία.

Στην in situ μορφή του αποτελεί τυχαίο εύρημα βιοψιών ινοκυστικής μαστοπάθειας και, πολλές φορές, συνυπάρχει με τη διηθητική του μορφή και με ενδοσωληνώδες καρκίνωμα.

Στη διηθητική του μορφή έχει μέγεθος 1-4 εκ., ασαφή όρια και ελαστική σύσταση. Επειδή είναι δυνατό να είναι αμφοτερόπλευρο, μετά τη μαστεκτομία συστήνεται στενή παρακολούθηση του εναπομείναντος ιατρού.

ΜΥΕΛΟΕΙΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό εμφανίζεται με συχνότητα 6% συχνότερα γύρω στην ηλικία των 50 ετών, με τη μορφή μαλακού περιγραμμένου όγκου διαστάσεων 5-10 εκ., που μοιάζει με απόστημα, δεν έχει κάψα και, όταν κοπεί, πολλές φορές στο κέντρο του υπάρχει νέκρωση και αιμορραγική διήθηση.

ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό εμφανίζεται σε συχνότητα 2,5% και αποτελεί μαλακό όγκο με σαφή όρια, που, όταν κοπεί, μοιάζει με ζελατίνα.

ΣΩΛΗΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό λέγεται και ΚΑΛΑ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ, είναι σπάνιο και σε συχνότητα 80% συνδυάζεται με όλους τους άλλους ιστολογικούς τύπους. Εκδηλώνεται με τη μορφή όγκου και σπάνια προκαλεί μεταστάσεις.

ΣΠΑΝΙΑ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΑ:

1) ΕΝΔΟΚΥΣΤΙΚΟ ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αυτό εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες ηλικίας γύρω στα 55 χρόνια τους, προτιμάει τις παχύσαρκες, έχει βραδεία εξέλιξη και καλή πρόγνωση.

2) ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PAGET

Αυτή εμφανίζεται με τη μορφή εκζέματος της επιδερμίδας της θηλής και της θηλαίας άλω σε γυναίκες πάνω από 40 ετών και σε συχνότητα 43%. Δε συνοδεύεται από ψηλαφητό όγκο. Είναι δυνατό να συνοδεύεται από αιματηρή έκκριση της θηλής. Έχει βραδεία εξέλιξη και η πρόγνωσή της εξαρτάται από την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων στους λεμφαδένες.

3) ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αυτό χαρακτηρίζεται από ερύθημα του δέρματος του μαστού, αυξημένη θερμοκρασία του και σκληρία από διήθηση των υπο-

δόριων λεμφαγγείων. Έχει κακή πρόγνωση. Η πενταετής επιβίωση φτάνει το 5,5%.

4) ΛΙΠΟΕΚΚΡΙΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό εμφανίζεται γύρω στα 60 χρόνια της γυναίκας, είναι δυνατό να συνοδεύεται από πορογενές λοβιακό καρκίνωμα in situ ή διηθητικό, έχει γρήγορη εξέλιξη και βαριά πρόγνωση. Ανάμεσα στις μεταστάσεις, που προκαλεί, είναι και αυτές που αφορούν τα μάτια.

5) ΜΕΤΑΠΛΑΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό αναφέρεται και ως ΕΠΙΔΕΡΜΟΕΙΔΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ, εμφανίζεται συχνότερα γύρω στο 50^ο έτος της ηλικίας της γυναίκας, συχνά προκαλεί μεταστάσεις και η πενταετής επιβίωση της άρρωστης ανέρχεται σε 65%.

6) ΘΗΛΩΔΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό χαρακτηρίζεται από το σχηματισμό θηλών στο επιθήλιο των γαλακτοφόρων πόρων και αιματηρή έκκριση από την θηλή.

7) ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΑΠΟ ΑΠΟΚΡΙΝΕΙΣ ΑΔΕΝΕΣ:

Η συμπεριφορά του καρκινώματος αυτού μοιάζει με το πορογενές διηθητικό καρκίνωμα.

8) ΚΑΡΚΙΝΟΣΑΡΚΩΜΑ:

Δε διευκρινίζεται, αν προέρχεται από εξαλλαγή ιναδενώματος.

9) ΚΑΡΚΙΝΟΕΙΔΕΣ:

Αυτό εμφανίζεται γύρω στα 48 χρόνια της γυναίκας, με τη μορφή ανώδυνης μάζας χωρίς χαρακτήρες κακοήθειας και έχει καλή πρόγνωση.

10) ΑΔΕΝΟΚΥΣΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ:

Αυτό, τις περισσότερες φορές, εντοπίζεται κοντά στην θηλή του μαστού και τα κύτταρά του σχηματίζουν κύστες, που εκκρίνουν βλέννα. Μοιάζει με το καρκίνωμα των σιελογόνων αδένων και έχει καλή πρόγνωση.

11) ΜΕΤΑΣΤΑΤΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αυτό προέρχεται, τις περισσότερες φορές, από τους πνεύμονες, τις ωοθήκες και από κακοήθες μελάνωμα.

12) ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΟ ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Αυτό σε συχνότητα 1-15% αναπτύσσεται ύστερα από αντιμετώπιση του ενός μαστού και σε συχνότητα 0,1-11% συνυπάρχει από την αρχή⁴.

2.9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι περισσότερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονται μόνες τους ένα από τα παρακάτω συμπτώματα και αναζητούν ιατρική συμβουλή:

- ✓ Ψηλαφητό μórφωμα κινητό & μυ στους μαστούς ή τη μασχάλη.
- ✓ Πάχυνση του δέρματος του μαστού.
- ✓ Πόνος ή δυσφορία.
- ✓ Οίδημα ή και ερυθρότητα του δέρματος.
- ✓ Δέρμα με όψη φλούδας πορτοκαλιού.
- ✓ Τράβηγμα (εισολική) της θηλής με ή χωρίς κνησμό (φαγούρα).
- ✓ Έκκριμα (συνήθως αιμορραγικό) από την θηλή.
- ✓ Σε προχωρημένες καταστάσεις είναι πιθανή η εκδήλωση πόνου στα οστά, επίμονου βήχα ή δύσπνοιας¹.

2.10. ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μεταστάσεις στον καρκίνο του μαστού προκαλούνται με διήθηση των γειτονικών ιστών, κατά μήκος των γαλακτοφόρων πόρων, με το λεμφικό σύστημα και με αιματικά έμβολα. Συχνότερα προσβάλλονται οι μασχαλιαίοι λεμφαδένες (40-50%). Όταν αυτοί ψηλαφηθούν, τότε, τις περισσότερες φορές, υπάρχουν μεταστάσεις στα έσω μαστικά αγγεία, ιδιαίτερα όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο εσωτερικό ημιμόριο του μαστού ή στην κεντρική του μοίρα. Αλλά, και στην εντόπιση του καρκίνου που αφορά το έξω ημιμόριό του, είναι δυνατό να διηθηθούν οι λεμφαδένες της έσω μαστικής. Σε διήθηση των λεμφαδένων της έσω μαστικής η πρόγνωση είναι βαριά.

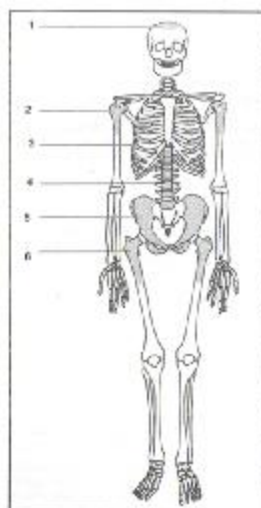
Όταν ο καρκίνος έχει διάμετρο μικρότερη από 1 εκ., τότε σε συχνότητα 20% υπάρχουν μεταστάσεις. Αν είναι μέχρι 5εκ., τότε σε συχνότητα 20% οι έσω μαστικοί λεμφαδένες είναι διηθημένοι, αν μεγαλύτερη από 5εκ. τότε είναι διηθημένοι σε συχνότητα 38%.

Η πρόγνωση γίνεται βαρύτερη, όταν διηθηθούν οι υπερκλείδιοι λεμφαδένες μέσω των μασχالياίων, τότε που ο καρκίνος κατατάσσεται, στο IV στάδιο και είναι ανεγχείρητος.

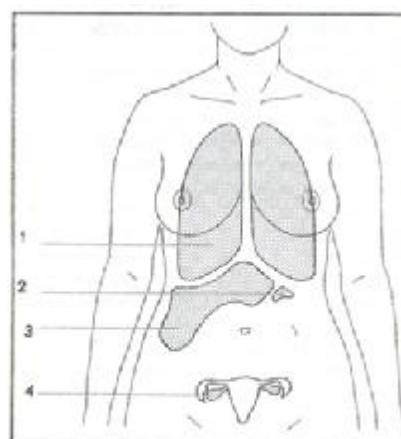
Οι μεταστάσεις εξαρτώνται από το βαθμό κακοήθειας του νεοπλασματος και από το υπόστρωμα, που τις περιβάλλει. Επίσης, από ορμονικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, από τον ιστολογικό τύπο του καρκίνου και από τα χαρακτηριστικά του μαστικού αδένα, όπως είναι η πυκνότητά του, η αιμάτωσή του, το λεμφικό του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

Κατά σειρά συχνότητας ο καρκίνος του μαστού προκαλεί μεταστάσεις:

- ✓ Στα οστά (συχνότερα της πύελου και στο μηριαίο οστό) σε συχνότητα 70%.
- ✓ Στο συκώτι σε συχνότητα 65%.
- ✓ Στους πνεύμονες σε συχνότητα 40%.
- ✓ Στις ωοθήκες σε συχνότητα 15%.
- ✓ Στο δέρμα, στον εγκέφαλο, στους νεφρούς και στην καρδιά, σε μικρότερη συχνότητα.
- ✓ Λεμφική μετάσταση από τον ένα μαστό στον άλλο, σε συχνότητα 2%. Αυτό αποδεικνύεται από την ομοιότητα του ιστολογικού τύπου του καρκίνου. Αν, όμως, οι δύο τύποι διαφέρουν, τότε μπορούμε να παραδεχτούμε τη συμπτωματική τους συνύπαρξη.
- ✓ Τοπικές μεταστάσεις όπως μασχالياίες, παραστερνικές και στο θωρακικό τοίχωμα σε συχνότητα 7-30%. Οι μεταστάσεις αυτές είναι δυνατό να αναπτυχθούν αργότερα σε σημείο του μαστού, που υποβλήθηκε σε θεραπεία, εγχειρητική ή συντηρητική⁴.



Επρόσκλη οστικών μεταστάσεων στις κοινές τοπικές μαστού
1. Κράνιο, 2. Βραχιόλια οστά, 3. Μασχά, 4. Πελοπύλας, 5. Πλευράς, 6. Μηριαίο οστό.
(Gros)



Εντόπιση σπλαχνικών μεταστάσεων στον καρκίνο του μαστού
1. Πνεύμονες, 2. Σπλήνας, 3. Συκώτι, 4. Ωοθήκη.
(Gros)

2.11. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η πρόληψη καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε:

- α. Πρωτογενή δηλαδή, την **αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και την ανάπτυξη προληπτικών μέτρων** και
- β. Δευτερογενή δηλαδή, **την έγκαιρη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο όταν η νόσος είναι ακόμη τοπική και υπάρχουν δυνατότητες με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε να έχουμε ίαση**¹³.

Γυναίκες που πληρούν κάποιους από τους προδιαθεσικούς παράγοντες εμφάνισης της νόσου, αλλά και γενικότερα όλες οι γυναίκες, για να προφυλαχθούν από τη νόσο αυτή πρέπει:

- ✓ Να ενημερώνονται σωστά.
- ✓ Να μην ντρέπονται και να μη φοβούνται να ρωτούν και να εξετάζονται.
- ✓ Να εξετάζουν μόνες τους τους μαστούς του μία φορά το μήνα (αυτοεξέταση). Αυτή επιτρέπει την έγκαιρη ανακάλυψη οποιουδήποτε καινούριου εξογκώματος ή αλλαγής σε παλιό εξόγκωμα.

Η εξέταση πρέπει να γίνεται 8-12 ημέρες μετά την έναρξη της εμμηνου ρύσεως (περιόδου) ή την πρώτη μέρα κάθε μήνα σαν βρίσκονται στην εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

Η αυτοεξέταση γίνεται με δύο τρόπους:

- ΠΑΡΑΤΗΡΩΝΤΑΣ

Η γυναίκα πρέπει να σταθεί μπροστά στον καθρέφτη, αρχικά με τα χέρια κάτω και να ελέγξει τους μαστούς της για την ύπαρξη οποιασδήποτε «ανωμαλίας» που αφορά το σχήμα, το μέγεθος και το δέρμα τόσο των μαστών όσο και των θηλών. Κατόπιν, πρέπει να σηκώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι και να ελέγξει για την παρουσία των ίδιων ανωμαλιών. Μεγάλη σημασία έχει οποιαδήποτε ανωμαλία παρατηρείται μόνο στον ένα μαστό¹⁴.

- ΨΗΛΑΦΩΝΤΑΣ

Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται τόσο σε όρθια όσο και σε κατακεκλιμένη θέση (π.χ. ντους, κρεβάτι) με την άκρη των δακτύλων, τα οποία πρέπει να είναι ενωμένα. Χρήσιμο θα ήταν ένα ελαιώδες διάλυμα ή κρέμα προκειμένου τα δάχτυλα να γλιστρούν πάνω στο δέρμα. Πάντα πρέπει να χρησιμοποιείται το αντίθετο χέρι για την ψηλάφηση κάθε μαστού, δηλαδή, το δεξί για τον αριστερό μαστό και το αντίστροφο. Φροντίζοντας τα

δάχτυλα να είναι ενωμένα και τεντωμένα, γίνεται εξέταση κάθε μαστού με κινήσεις κυκλικές, απαλές και επαναλαμβανόμενες. Στη συνέχεια ελέγχονται οι θηλές με ένα τσίμπημα για τυχόν ύπαρξη κάποιου εκκρίματος και ψηλαφούνται οι μασχάλες για τυχόν εξογκώματα. Για οποιοδήποτε πόνο, αλλαγή ή ανωμαλία που εντοπίστηκε στο στήθος κατά την αυτοεξέταση αλλά και γενικότερα, πρέπει να ενημερωθεί αμέσως ο γιατρός.

Εκτός από τη μηνιαία αυτοεξέταση, το πρόγραμμα φροντίδας του στήθους πρέπει να περιλαμβάνει ένα ετήσιο τσεκάπ αλλά και μαστογραφίες, τη συχνότητα των οποίων θα προγραμματίσει ο γυναικολόγος.

✓ Να επισκέπτονται τουλάχιστον μία φορά το χρόνο εξειδικευμένο γιατρό ή κέντρο, και κυρίως οι γυναίκες ηλικίας 35-70 ετών.

Κάθε γυναικολόγος συμπεριλαμβάνει στα πλαίσια της προληπτικής γυναικολογικά εξέτασης και κλινική εξέταση των μαστών. Αυτή γίνεται μεταξύ της 7^{ης} και 10^{ης} μέρας μετά την περίοδο και περιλαμβάνει λήψη προσωπικού και οικογενειακού ιατρικού ιστορικού, επισκόπηση και ψηλάφηση των μαστών.

✓ Να πραγματοποιείται μαστογραφία ελέγχου σε γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών και να συμβουλευονται ειδικό γιατρό. Αυτός είναι που θα καθορίσει πόσο συχνά πρέπει να επαναλαμβάνεται η μαστογραφία^{1,14}.

ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΜΑΣΤΩΝ

Η τακτική εξέταση των μαστών σας από εσάς τις ίδιες βοηθά να εξοικειωθείτε με τη φυσιολογική υφή και εμφάνισή τους, έτσι ώστε να μπορείτε να παρατηρήσετε οποιαδήποτε τυχόν αλλαγή. Η καλύτερη στιγμή για να εξετάσετε το στήθος σας είναι μετά το τέλος της εμμηνιακής ροής (περιόδου). Εάν νιώσετε κάποιο νέο εξογκώμα, αλλαγές σε κάποιο προϋπάρχον από καιρό εξογκώμα ή αλλαγή στο δέρμα των μαστών, θα πρέπει να συμβουλευθείτε το γιατρό σας. Σε πολλές περιπτώσεις, τα εξογκώματα των μαστών είναι ακίνδυνα, ωστόσο ενίοτε μπορεί να προκαλούνται από κάποιον καρκινικό όγκο.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πιέστε απαλά με τις άκρες των δαχτύλων σας

Ψηλαφίστε ολόκληρο το μαστό μέχρι επάνω τη μασχάλη

1 Παρατηρήστε την εμφάνιση του στήθους σας στον καθρέφτη. Κοιτάξτε προσεκτικά για τυχόν δερματικές πτυχώσεις/ρυτιδώσεις και οποιαδήποτε αλλαγή στις θηλές ή στο μέγεθος και το σχήμα των μαστών.

2 Ξαπλώστε βάζοντας το ένα χέρι πίσω από το κεφάλι σας, και πιέστε απαλά αλλά σταθερά κάθε μαστό με μικρές κυκλικές κινήσεις. Ψηλαφίστε προσεκτικά ολόκληρο το μαστό, συμπεριλαμβανομένης και της θηλής.



2.12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

2.12.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι υποψίες ύπαρξης καρκίνου του μαστού μπορούν να επαληθευτούν με μαστογραφικό έλεγχο. Όμως, η ενημέρωση από τα μέσα ενημέρωσης και η αυξημένη εκπαίδευση υγείας έχουν ευαισθητοποιήσει περισσότερο τις γυναίκες στα θέματα του καρκίνου του μαστού και ειδικότερα όσο αφορά την αξία του πρώιμου εντοπισμού με αυτοεξέταση. Γι' αυτό, πολλές γυναίκες επισκέπτονται το γιατρό τους όταν εντοπίσουν κάποιο ύποπτο ογκίδιο κατά την αυτοεξέταση. Άσχετα με το αν μία ασθενής επισκέπτεται το γιατρό μετά από την αυτοεξέταση ή γιατί παραπέμφθηκε σε αυτόν μετά από ένα πρόγραμμα ελέγχου, υπάρχουν πολλά ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν. Πρέπει να επιβεβαιωθούν η φύση, το μέγεθος και η κακοήθεια της ανωμαλίας και να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης. Για το λόγο αυτό η διάγνωση του καρκίνου του μαστού βασίζεται σε πληροφορίες που συγκεντρώνονται από πολλές πηγές συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού της ασθενούς, της κλινικής εξέτασης, της ιατρικής απεικόνισης και της βιοψίας.

- ✓ Ιατρικό ιστορικό.
- ✓ Κλινική εξέταση (έλεγχος και ψηλάφηση).
- ✓ Ιατρική απεικόνιση (μαστογραφία, υπέρηχοι, σπινθηρομαστογραφία).
- ✓ Βιοψία

Η απεικόνιση μετά την κλινική εξέταση παρέχει επιπλέον διαγνωστικές πληροφορίες. Παθολογία μπορεί να διαγνωστεί μόνο μετά από εξέταση του ιστού που μπορεί να ληφθεί είτε με βιοψία λεπτής βελόνης (FNAB) είτε με βιοψία πυρήνα (CB). Ορισμένες βιοψίες όμως, είναι εφικτές μόνο σε συνδυασμό με τεχνικές απεικόνισης.

Για παράδειγμα, το υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται ως οδηγός για τη βιοψία μιας ανωμαλίας που εντοπίστηκε με τη μαστογραφία αλλά είναι αψηλάφητη.

Αρκετές τεχνικές που έχουμε σήμερα στη διάθεσή μας παρέχουν περαιτέρω διαγνωστικές πληροφορίες. Σε αυτές συγκαταλέγονται η μαστογραφία «σημείου», το υψηλής πυκνότητας υπερηχογράφημα, η μαγνητική τομογραφία (MRI), η τομογραφία με υπολογιστή (CT), οι τεχνικές της πυρηνικής ιατρικής και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET). Όλες αυτές οι τεχνικές έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

Η σπινθηρομαστογραφία, είτε με τη χρήση επίπεδης τομογραφίας ή με ηλεκτρονική τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT), είναι

μία νέα πυρηνική τεχνική απεικόνισης για τον καρκίνο του μαστού που χρησιμοποιείται για να επιβεβαιωθεί η παρουσία ή η απουσία καρκίνου του μαστού¹².

2.12.2. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

1) ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

Είναι η ακτινογραφική απεικόνιση του μαστού με ειδικό ακτινολογικό μηχάνημα, το μαστογράφο, χωρίς έγχυση σκιαγραφικής ουσίας. Λαμβάνονται τρεις όψεις του μαστού:

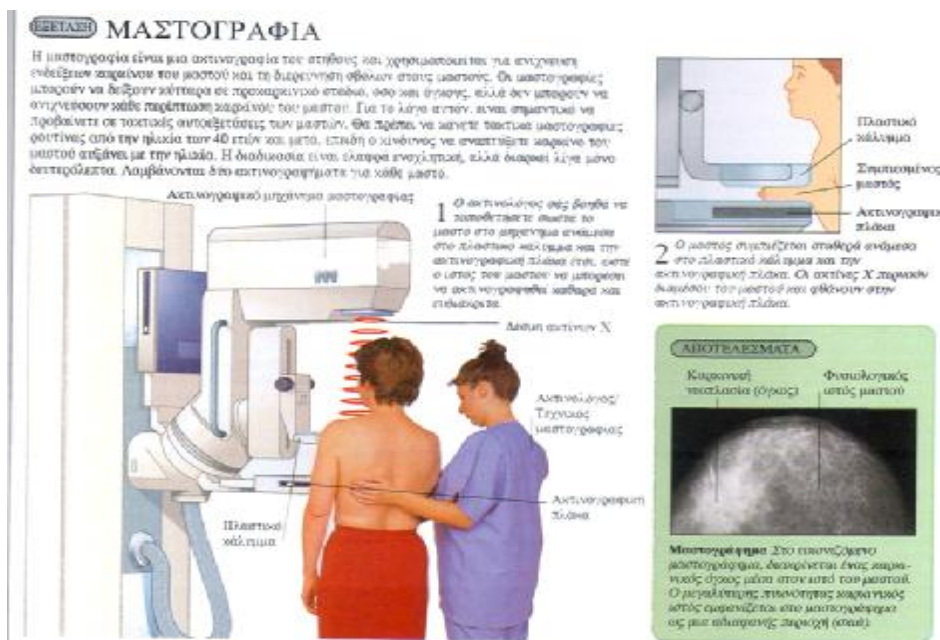
(α) κρανοουρία, (β) μεσοπλάγια και (γ) μασχαλιαία.

Η μεγαλύτερη αξία της μαστογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση ύπτων περιοχών πριν ακόμα από την ψηλάφηση ογκιδίου. Επομένως, συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση.

Ενδείκνυται σε:

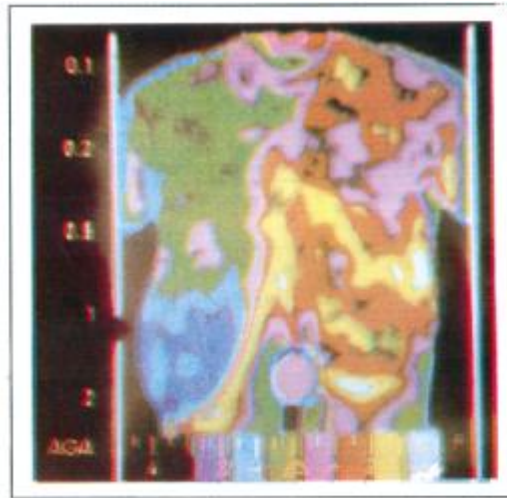
Ανεύρεση συμπαγούς μάζας κατά την κλινική εξέταση, που είναι αμφίβολης φύσης.

- ✓ Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου μαστού.
- ✓ Προηγούμενη βιοψία μαστού.
- ✓ Πολύ μεγάλους μαστούς, που η εξέτασή τους είναι δύσκολη.
- ✓ Γυναίκα με μάζα στον ένα μαστό, για έλεγχο και του άλλου μαστού.
- ✓ Καρκινοφοβία.



2) ΘΕΡΜΟΓΡΑΦΙΑ:

Υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθά έτσι, στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης (περιορισμένης διαγνωστικής αξίας). Σε κακοήθη εξεργασία εμφανίζεται χαρακτηριστική θερμή περιοχή εξαιτίας αυξημένης αιμάτωσης.



Θερμογράφημα
Καρκίνου δεξιού (πλάκων χυάμα).

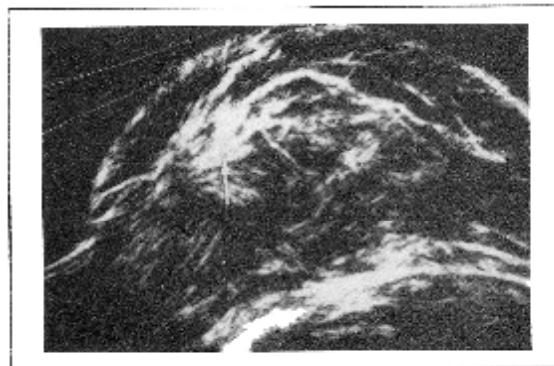
(Gross)

3) ΞΗΡΟΓΡΑΦΙΑ:

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο αντί της φωτογραφικής πλάκας. Κατά την ξηρογραφία παράγεται θετική εκτύπωση με έμφαση στις διάφορες πυκνότητες. Ινώδεις αναπτύξεις και παραμορφωμένες φλέβες διαπιστώνονται με την ξηρογραφία.

4) ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ :

Είναι μία σύγχρονη, χαμηλού κόστους τεχνική. Είναι 95-99% ακριβής για διάγνωση κύστεων, αλλά δεν είναι οριστική στον αποκλεισμό κακοήθειας.



Υπερηχογράφημα
Χοληκίνας.

(Sirán-Lac-Rosset)

5) ΔΙΑΦΑΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

Χρησιμοποιώντας δυνατό ψυχρό φως σε ένα τελείως σκοτεινό δωμάτιο, φωτίζεται ο μαζικός ιστός. Οι κύστες διαυγάζουν, ενώ ο συμπαγής όγκος παραμένει αδιαφανής. Με τον τρόπο αυτό διαπιστώνεται εύκολα η ύπαρξη κύστης ή νεοπλάσματος.

6) ΦΛΕΒΟΓΡΑΦΙΑ

Ελέγχεται η κατάσταση των έσω μαστικών λεμφαγγλίων. Γίνεται έγχυση σκιαγραφικής ουσίας με γενική νάρκωση, ενδομυελικά στο κάτω άκρο του στέρνου. Φυσιολογικά, οι έσω μαστικές φλέβες και οι κλάδοι τους σκιαγραφούνται. Διακοπή της σκιαγράφησης των φλεβών αυτών και ανάπτυξη παράπλευρης κυκλοφορίας είναι ενδεικτικά πιθανής διήθησης των μαστικών λεμφογαγγλίων, χωρίς, όμως να αποκλείεται και η πιθανότητα της απλής αδενίτιδας.

Ακόμα, το αρνητικό αποτέλεσμα δεν αποκλείει την ύπαρξη μεταστάσεων.

7) ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Ανακαλύπτονται οστικές αλλοιώσεις πολλούς μήνες πριν εκδηλωθούν πόνοι στα οστά.

8) ΒΙΟΨΙΑ

Τεμάχιο ιστού λαμβάνεται είτε με αναρρόφηση, είτε με τομή στο χειρουργείο μετά από τοπική ή γενική νάρκωση, ανάλογα με το μέγεθος του όγκου, και στέλνεται για ιστολογική εξέταση.

9) ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΝΕΥΜΟΝΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΟΥ: για τον αποκλεισμό μεταστάσεων.

10) ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Η μαγνητική τομογραφία παράγει άριστες τρισδιάστατες εικόνες της δομής του μαστού. Για να ληφθούν καλές εικόνες με τη μαγνητική τομογραφία, ο μαστός πρέπει να τοποθετηθεί σε έναν ειδικό αγωγό για να εξασφαλιστεί υψηλό μαγνητικό πεδίο στο μαστό. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες ακολουθίες για την απεικόνιση ασθενών όπως η υψηλή ανάλυση, ταχεία απεικόνιση, δυναμική απεικόνιση και απόσβεση λίπους. Η πιο δημοφιλής μέθοδος είναι η απόσβεση λίπους.

11) ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΚΠΟΜΠΗΣ ΠΟΖΙΤΡΟΝΙΩΝ (PET)

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) χρησιμοποιεί τα μοντέλα απομάκρυνσης ποζιτρονίων/ηλεκτρονίων για τη μελέτη των μεταβολικών αντιδράσεων στα συστήματα του σώματος. Αποδεικνύεται υποσχόμενη στον τομέα της διάκρισης μεταξύ των καλοηθών και των κακοηθών όγκων του μαστού, προσδιορίζοντας πόσο έχει προχωρήσει ένας καρκίνος και προβλέποντας την επιβίωση μετά την αφαίρεση του καρκίνου. Όμως, η δαπάνη που αποκτεί και η περιορισμένη διαθεσιμότητά της αποκλείουν την ευρεία χρήση της ως μέθοδο κλινικής διάγνωσης^{10,12}.

2.12.3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

ΤΕΧΝΙΚΕΣ	ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ
Μαστογραφία	<ul style="list-style-type: none">• Σχετικά οικονομική• Ευρέως διαθέσιμη• Εικόνα δομής• Υψηλής ευαισθησία	<ul style="list-style-type: none">• Χαμηλή ειδικότητα• Περίπου 10% των δομών είναι αμφίσημες• Μη διαγνωστική σε ασθενείς με πυκνούς μαστούς, εμφυτεύματα και ουλές.• Δεν ανέχονται όλες οι ασθενείς τη συμπίεση του μαστού.
Υπερηχογράφημα	<ul style="list-style-type: none">• Σχετικά οικονομικό• Ευρέως διαθέσιμο• Εικόνα δομής• Χρησιμοποιείται για τη διάκριση των καλοηθών από τις κακοήθεις αλλοιώσεις.• Αποτελεί οδηγό για τη βιοψία.	<ul style="list-style-type: none">• Χαμηλή ευαισθησία• Η ειδικότητα εξαρτάται από την θέση της αλλοίωσης και την πείρα του τεχνικού.

Μαγνητική τομογραφία	<ul style="list-style-type: none"> • Υψηλή ευαισθησία • Εικόνα δομής • Χρησιμοποιείται για τη διάκριση των καλοήθων από τις κακοήθεις αλλοιώσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σχετικά δαπανηρή • Δεν είναι ευρέως διαθέσιμη • Χαμηλή ειδικότητα
PET	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να διακρίνει τις καλοήθεις από τις κακοήθεις αλλοιώσεις • Υψηλή ευαισθησία • Υψηλή ειδικότητα • Μπορεί να απεικονίσει τη μασχάλη 	<ul style="list-style-type: none"> • Δαπανηρή • Δεν είναι ευρέως διαθέσιμη
Σπινθηρομαστογραφία	<ul style="list-style-type: none"> • Σχετικά οικονομική • Ευρέως διαθέσιμη • Υψηλή ευαισθησία σε ψηλαφητές αλλοιώσεις • Υψηλή ειδικότητα • Λειτουργική απεικόνιση • Μπορεί να απεικονίσει τη μασχάλη 	<ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλή ευαισθησία σε αλλοιώσεις <1cm • Μπορεί να δώσει εικόνες επιπέδου & SPECT¹²

Παρά τις παραπάνω τεχνικές, μπορεί να ληφθεί από το γιατρό, χρησιμοποιώντας βελόνα και σύριγγα, δείγμα κυττάρων από σβόλο μαστού και να εξεταστεί για παρουσία καρκινικών κυττάρων (βιοψία).

Εάν η διάγνωση καρκίνου του μαστού επιβεβαιωθεί, θα γίνουν περαιτέρω εξετάσεις για να ελεγχθεί εάν ο καρκίνος παρουσιάζει ευαισθησία στην οιστρογόνο ορμόνη. Ορισμένα αιματολογικά τεστ παρέχουν ένα μέτρο αξιολόγησης της λειτουργίας του ήπατος και δείχνουν εάν ο καρκίνος έχει επεκταθεί (αν έχει κάνει μετάσταση) στο ήπαρ. Μπορούν, τέλος, να γίνουν ακτινογραφίες θώρακα για να διερευνηθεί εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους πνεύμονες, καθώς και σπινθηρογράφημα οστών, για να διαπιστωθεί εάν τα οστά έχουν προσβληθεί ή όχι¹⁵.

2.13. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού διακρίνεται σε χειρουργική, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, ορμονοθεραπεία και ανοσοθεραπεία.

F ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

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

Η εξαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων συντελεί στην καλύτερη σταδιοποίηση της πάθησης και στον έλεγχο των υποτροπών στη μασχάλη. Η εγχειρητική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού περιλαμβάνει τις παρακάτω επεμβάσεις:

§ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Προτάθηκε το 1894 από το Halsted και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστικού αδένου, του μείζονα και ελάσσονα θωρακικού μυ με διατήρηση της κλειδικής μοίρας του πρώτου και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Τόσο αυτή, όσο και η εγχείρηση, που πρότεινε ο Urban με συνεξαίρεση και των παραστερνικών λεμφαδένων, έχουν εγκαταλειφθεί.

§ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΡΙΖΙΚΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Προτάθηκε το 1948 από τον Patey και συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού, του ελάσσονα θωρακικού μυ και τον λεμφαδενικό καθαρισμό της μασχάλης. Όταν η διήθηση των λεμφαδένων είναι περιορισμένη, διατηρούμε τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Η εγχείρηση προτιμάται από τους περισσότερους χειρουργούς του μαστού, όταν υπάρχουν μεταστάσεις στη μασχάλη.

§ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού και των επιφανειακών λεμφαδένων της μασχάλης.

§ ΑΠΛΗ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση του μαστού.

§ ΤΜΗΜΑΤΕΚΤΟΜΗ

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

§ ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Η εγχείρηση συνίσταται στην εξαίρεση μόνο του όγκου και 3-4εκ. φυσιολογικού ιστού γύρω από αυτόν και μπορεί να συνδυαστεί με καθαρισμό ή ιστοληψία των λεμφαδένων της μασχάλης.

Τα αποτελέσματα της απλής μαστεκτομής με ακτινοβολία της μασχάλης, της ριζικής ή τροποποιημένης ριζικής μαστεκτομής και της τμηματεκτομής με εξαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων και ακτινοθεραπεία, είναι τα ίδια ως προς την επιβίωση και τον αριθμό των τοπικών μεταστάσεων.

Η ογκεκτομή, συνδυασμένη με λεμφαδενεκτομή και ακτινοθεραπεία, έχει τα ίδια αποτελέσματα ως προς την επιβίωση, αλλά μεγαλύτερο αριθμό τοπικών υποτροπών, και έχει ένδειξη, όταν ο όγκος είναι μικρότερος από 4εκ., είναι κινητός, δε διηθεί το δέρμα και δεν είναι κάτω από την θηλή.

Στο λοβιακό *in situ* καρκίνωμα του μαστού, μετά τη βιοψία, η άρρωστη παρακολουθείται κάθε έξι μήνες ή εκτελείται αμφοτερόπλευρη απλή μαστεκτομή με εξαίρεση του πρώτου επιπέδου των μασχαλιαίων λεμφαδένων και ανάπλαση του μαστού.

Στο *in situ* καρκίνωμα των πόρων εκτελείται απλή μαστεκτομή με εξαίρεση του πρώτου επιπέδου των μασχαλιαίων λεμφαδένων και ανάπλαση του μαστού ή εκτελείται ευρεία εξαίρεση του πρώτου επιπέδου των μασχαλιαίων λεμφαδένων και συστήνεται ακτινοθεραπεία.

Η εκλογή του τρόπου αντιμετώπισης θα εξαρτηθεί ύστερα από σωστή αξιολόγηση όλων των κλινικών, εργαστηριακών και χειρουργικών διαγνωστικών μεθόδων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

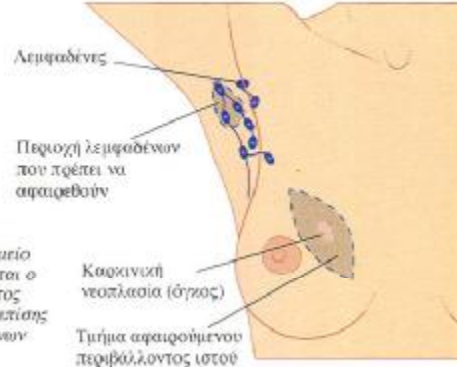
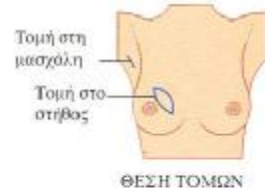
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η χειρουργική επέμβαση του καρκίνου του μαστού αποσκοπεί στην αφαίρεση όλου του παθολογικού καρκινικού ιστού. Η διαδικασία διαφέρει ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση του καρκινώματος. Εδώ περιγράφονται δύο διαφορετικές χειρουργικές επεμβάσεις του είδους: ορρεκτομή, η οποία χρησιμοποιείται συνήθως για την αντιμετώπιση μικρών όγκων, και μαστεκτομή, η οποία χρησιμοποιείται ενίοτε για την αντιμετώπιση μεγαλύτερων ή πολλαπλών όγκων. Συνήθως, ο γιατρός θα αφαιρέσει επίσης και έναν αριθμό λεμφαδένων από την αντίστοιχη μασχάλη. Οι λεμφαδένες αυτοί εξετάζονται για τυχόν παρουσία καρκινικών κυττάρων (βιοψία) προκειμένου να διαπιστωθεί εάν ο καρκίνος έχει διασπαρεί εκτός του μαστού.

ΟΓΚΕΚΤΟΜΗ

Κατά την ογκεκτομή, αφαιρείται η μικρή περιοχή του ιστού στην οποία περιέχεται ο όγκος, μαζί με μερικούς λεμφαδένες της μασχάλης.

Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία. Μετά την επέμβαση θα νιώσετε μόνο μια ελαφρά ενόχληση και θα υπάρξει μια μικρή ουλή στο μαστό σας.



Κατά την επέμβαση

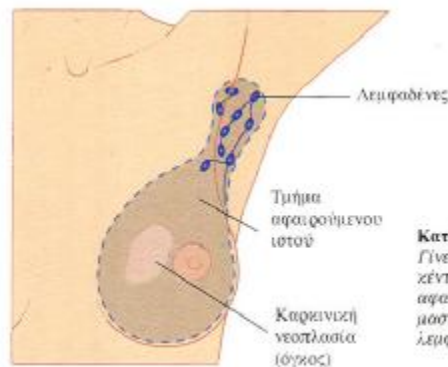
Η χειρουργική τομή γίνεται στο σημείο επάνω από τον όγκο, και αφαιρούνται ο όγκος και μικρό τμήμα περιβάλλοντος ιστού. Ο γιατρός σας θα αφαιρέσει επίσης προς εξέταση έναν αριθμό λεμφαδένων από τη μασχάλη.

Καρκινική νεοπλασία (όγκος)
Τμήμα αφαιρούμενου περιβάλλοντος ιστού

ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Κατά τη μαστεκτομή, αφαιρείται ολόκληρος ο μαστός. Η επέμβαση αυτή χρησιμοποιείται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση μεγάλων καρκινικών όγκων. Η διαδικασία γίνεται με γενική αναισθησία,

και θα χρειαστεί να παραμείνετε στο νοσοκομείο για μερικές ημέρες. Μπορεί να επιλέξετε να γίνει χειρουργική ανακατασκευή στήθους, είτε ταυτόχρονα με τη μαστεκτομή είτε αργότερα.



Κατά την επέμβαση

Γίνεται μια τομή από τη μασχάλη μέχρι το κέντρο του θώρακα. Ο καρκινικός όγκος αφαιρείται μαζί με όλο τον ιστό του μαστού καθώς και έναν αριθμό λεμφαδένων από τη μασχάλη.

Φ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν και ο καρκίνος του μαστού θεωρείται ακτινοάντοχος σχετικά, η συμβολή της ακτινοθεραπείας στην αντιμετώπισή του έχει θέση και μάλιστα στην ελάττωση των υποτροπών μετά την εγχείρηση. Δε φαίνεται, όμως πως παρατείνει την επιβίωση.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί εξωτερικά με τηλεθεραπεία, η οποία εφαρμόζεται με ακτίνες X, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες ή σε θήκες που εφαρμόζονται στο σημείο α-

κτινοβόλησης. Εσωτερικά, με βραχυθεραπεία εφαρμόζεται ενδοκοιλυτικά, με εμφύτευση με εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια^{4, 16}.

Η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις ογκεκτομής ή τμηματεκτομής, γιατί ελαττώνει την εμφάνιση τοπικών υποτροπών από 39% σε 10%. Η δόση είναι 45-60Gy (1Gy=100rads) με συμπληρωματική δόση 10-15 Gy στην θέση του όγκου. Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία της μασχάλης δε συστήνεται, γιατί αυξάνει τις πιθανότητες λεμφοιδήματος. Αν δεν έχει γίνει λεμφαδενοεκτομή, ελαττώνει τις υποτροπίες από 33% σε 15%.

Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία στο θωρακικό τοίχωμα μετά από τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή δεν επιδρά στην επιβίωση της άρρωστης, αλλά ελαττώνει. Επιδρά στην επιβίωση της άρρωστης, αλλά ελαττώνει την εμφάνιση τοπικών υποτροπών από 15% σε 9%. Ίσως, έχει ένδειξη σε ασθενείς με όγκους κακής διαφοροποίησης, μεγάλου μεγέθους και με εκτεταμένη αγγειακή και νευρική διήθηση. Ούτε η ακτινοθεραπεία στους έσω μαστικούς λεμφαδένες σε όγκους του εσωτερικού ημιμορίου αυξάνει την επιβίωση. Αν κριθεί απαραίτητη, είναι καλύτερα να γίνεται μετά από χημειοθεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία των τοπικών υποτροπών στον θώρακα ή στους λεμφαδένες ελέγχει την πάθηση στο 80% των περιπτώσεων, παρατείνοντας την επιβίωση.

Η ακτινοθεραπεία συστήνεται μόνη της, δηλαδή, χωρίς προηγηθείσα εγχείρηση, όταν δεν είναι δυνατή η εκτέλεση μαστεκτομής για λόγους ιατρικούς ή γιατί η άρρωστη δεν την επιθυμεί. Επίσης, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο III στάδιο, και ακολουθείται από χημειοθεραπεία.

Ακτινοθεραπεία συστήνεται και στις μεταστάσεις του καρκίνου του μαστού και ιδιαίτερα των οστών, γιατί ανακουφίζει την άρρωστη από τους πόνους σε συχνότητα 90%. Επίσης, ανακουφίζει την άρρωστη, όταν οι μεταστάσεις αφορούν το μεσοπνευμόνιο χώρο.

Σε περιφερειακές πνευμονικές μεταστάσεις δε συστήνεται, γιατί προκαλεί μετακτινική πνευμονίτιδα και ίνωση, ούτε σε μεταστάσεις στο συκώτι γιατί δεν έχει αποτέλεσμα. Έχει, όμως, ικανοποιητικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των εγκεφαλικών μεταστάσεων.

F ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εφαρμόζεται ιδιαίτερα σε τοπική γενική καρκινομάτωση και σε αρνητικούς ορμονικούς υποδοχείς, για τη πιθανή βελτίωση της διάρκειας και των συνθηκών της ζωής της άρρωστης. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η πάθηση υποχωρεί αισθητά για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να θεραπευτεί. Στις ηλικιωμένες ασθενείς θα τη συστήσουμε, όταν υπάρχουν πάνω από 4 διηθημένοι λεμφαδένες και οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί.

Στις ηλικιωμένες γυναίκες η συμπληρωματική χημειοθεραπεία αυξάνει ελάχιστα την επιβίωση και το χρονικό διάστημα ως την εμφάνιση μεταστάσεων.

Η χημειοθεραπεία αρχίζει πριν περάσουν τρεις εβδομάδες από την εγχείρηση και κρατάμε 6-8 μήνες, τα δε φάρμακα, που χορηγούνται είναι:

- ✓ η μεθοτρεξάτη (Methotrexate)
- ✓ η κυκλοφωσφαμίδη (Endoxan)
- ✓ η μυτομυκίνη (Mytomycin)
- ✓ η χλωραμβουκίλη (Leukeran)
- ✓ η 5-φθόριο-ουρακίλη (Fluoro-uracil)
- ✓ η βινκριστίνη (Oncovin)
- ✓ η βιμπλαστίνη (Velbe)
- ✓ η δοξορουβικίνη
- ✓ η πακλιταξέλη
- ✓ η ταμοξιφαίνη^{4,17}

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται από το στόμα, ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά), ενδομυϊκά, με έγχυση στο νεόπλασμα ή με έγχυση σε κοιλότητα.

Τα φάρμακα αυτά χορηγούνται και συνδυασμένα. Τέτοιοι συνδυασμοί είναι:

- ✓ Ο CMF δηλαδή, κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη,, J-φθοριοουρακίλη, κάθε 28 μέρες.
- ✓ Ο FAC ή CAF δηλαδή, φθοριοουρακίλη, αδριαμυκίνη ή δοξοραμυκίνη (Adriblastina), κυκλοφωσφαμίδη, κάθε 21 ημέρες.
- ✓ AC ή CA δηλαδή, αδριαμυκίνη, κυκλοφωσφαμίδη, κάθε 21 ημέρες.

Σε περίπτωση συμπληρωματικής χημειοθεραπείας, αυτή χορηγείται σε έξι κύκλους. Σε περίπτωση μεταστάσεων τα θεραπευτικά αποτελέσματα εκτιμώνται μετά από τρεις κύκλους ακτινολογικά και με προσδιορισμό του CEA.

F ΟΡΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, τότε είναι δυνατό να έχει ευεργετική επίδραση στην άρρωστη ή χορήγηση ορμονών. Προτιμάται η χορήγηση της κιτρικής ταμοξιφαίνης (Nolvadex), γιατί δεν έχει ανεπιθύμητες ενέργειες. Αυτή αναστέλλει την ανάπτυξη του καρκίνου, γιατί συνδέεται με τους υποδοχείς των κυττάρων. Αλλά και όταν οι ορμονικοί υποδοχείς είναι αρνητικοί, χορηγείται ταμοξιφαίνη συμπληρωματικά ή για την αντιμετώπιση των μεταστάσεων.

Στις ηλικιωμένες ασθενείς η ταμοξιφαίνη σε δόση 10mg την ημέρα προτιμάται, γιατί βελτιώνει την κατάστασή τους σε συχνότητα 50%, όταν υπάρχουν θετικοί ορμονικοί υποδοχείς, και σε συχνότητα 30%, όταν αυτοί είναι άγνωστοι. Το θεραπευτικό της αποτέλεσμα φαίνεται μετά από 4-6 εβδομάδες και διαρκεί 8-40 μήνες. Όσο μεγαλύτερη είναι η άρρωστη, τόσο αυτό είναι ικανοποιητικό.

Στην θεραπεία του αδενοκαρκινώματος του μαστού της ηλικιωμένης είναι δυνατό να περιληφθούν και τα προγεστερονοειδή, γιατί προκαλούν αναστολή της έκκρισης των γοναδοτρόπων ορμονών από την υπόφυση. Προτιμάται η μεδροξυπρογεστερόνη (Provera) ή η οξική μεγεστρόλη (Gorda) σε δισκία. Ορμονοθεραπεία δεύτερης ή τρίτης γραμμής γίνεται με αμινογλουτεθιμίδη (Orimetene) σε συνδυασμό με υδροκορτιζόνη, για την αναστολή της στεροειδογένεσης.

F ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στις ημέρες μας, η ανοσοθεραπεία μας βοηθάει μόνο στην παράταση της επιβίωσης. Επικρατέστερο φάρμακο, που χρησιμοποιείται είναι BCG (Bacillus Calmette Guerin). Το BCG μπορεί να συνδυαστεί με αδριουμυκίνη (Adriblastin), φθοριοουρακίλη (Fluoro-uracil) και άλλα κυτταροστατικά φάρμακα.

F ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Γυναίκες με καρκίνο του μαστού μπορούν να επιλέξουν, πέρα των συμβατικών θεραπευτικών μεθόδων, και διάφορες συμπληρωματικές αγωγές, όπως τεχνικές χαλάρωσης, πνευματικό διαλογισμό, ομοιοπαθητική ή βελονισμό. Η θετική προσέγγιση απέναντι στον καρκίνο και την θεραπεία του βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης. Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μπορεί να αποδειχτεί, επίσης, χρήσιμη^{4,15}.

2.14. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Επειδή η βιολογική συμπεριφορά του καρκίνου του μαστού είναι κάθε φορά και διαφορετική, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει η σύγχρονη επιστήμη, αυτός παραμένει ύπουλος και με αβέβαιη πρόγνωση. Ο γιατρός, που θα βιαστεί να την προσδιορίσει, δεν έμαθε ακόμα όσα έχουν σχέση με τον καρκίνο του μαστού. Γενικά, στην πρόγνωση είναι δυνατό να μας βοηθήσουν:

- ✓ η εντόπισή του στα τέσσερα τεταρτημόρια του μαστού
- ✓ ο αριθμός των διηθημένων λεμφαδένων
- ✓ οι αγγειακές διηθήσεις
- ✓ το εντοπισμένο ή διηθητικό του όγκου
- ✓ το μέγεθός του και το φλεγμονώδες αυτού
- ✓ ο ιστολογικός του τύπος
- ✓ η διαφοροποίησή του
- ✓ η σταδιοποίησή του και
- ✓ η ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων.

Σχετικά με τη διαφοροποίηση, όταν αυτή είναι ψηλή, η 20ετής επιβίωση φτάνει το 40%, όταν είναι χαμηλή, το 20%.

Σχετικά με τη σταδιοποίηση, όταν ο καρκίνος βρίσκεται στο στάδιο I, το ελεύθερο νόσου διάστημα για 10 χρόνια φτάνει το 50-90%, στο στάδιο II το 40-70%, στο στάδιο III στο 10-20% και στο στάδιο IV μέχρι 5%.

Οι αιτίες θανάτου από καρκίνο του μαστού, κατά σειρά συχνότητας είναι:

- ✓ πνευμονική ανεπάρκεια (26%)
- ✓ λοίμωξη (24%)
- ✓ καρδιακή ανεπάρκεια (15%)
- ✓ άλλες επιπλοκές (20%)^{4,15}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Από τις κακοήθειες του μαστού το 2-5% παρατηρείται σε εγκυμονούσες γυναίκες. Η ανίχνευση ογκιδίων, μεταβολών στο μαζικό ιστό ή μαζών είναι πιο δύσκολη κατά την εγκυμοσύνη, εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν σ' αυτήν την περίοδο.

Αν διαπιστωθεί κάποιο ογκίδιο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι σκόπιμο να γίνει μαστογραφία με κατάλληλη θωράκιση ή βιοψία μαστού, είτε με αναρρόφηση ή χειρουργικά. Η θεραπεία βασικά είναι ίδια, αν και η ακτινοβολία αντενδείκνυται κατά την εγκυμοσύνη. Αν διαπιστωθεί επιθετική νόσος κατά την αρχή της εγκυμοσύνης και συσταθεί χημειοθεραπεία, η διακοπή της εγκυμοσύνης είναι μια επιλογή.

Μερικοί χειρουργοί συμβουλεύουν την άρρωστη να περιμένει δύο χρόνια μετά τη θεραπεία για καρκίνο, πριν αποφασίσει να μείνει έγκυος. Στην περίπτωση σταδίου II ή σταδίου III της νόσου, οι άρρωστες συμβουλεύονται να περιμένουν 4 χρόνια. Εγκυμοσύνη μετά από θεραπεία για καρκίνο μαστού δε φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου¹⁰.

3.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ μακροχρόνιας υπερκατανάλωσης λιπών και ανάπτυξης ποικίλων μορφών όγκων ιδιαίτερα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου. Η υπερκατανάλωση λιπών πιθανότατα:

- ✓ τροποποιεί το ορμονικό ισοζύγιο.
- ✓ Προκαλεί ανωμαλίες στις κυτταρικές μεμβράνες.
- ✓ Επηρεάζει το μεταβολισμό των καρκινογόνων ουσιών και τη διαδικασία αποκατάστασης βλαβών στο DNA.

Πιστεύεται ότι η μεγάλη κατανάλωση λιπών αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Στις παχύσαρκες γυναίκες παρατηρείται αυξημένη σύνθεση οιστρογόνων.

Συμβουλές διατροφής για την αποφυγή εμφάνισης καρκίνου είναι:

- ✓ Η διατροφή να περιλαμβάνει: δημητριακά ολικής άλεσης, όσπρια, φρέσκα φρούτα και λαχανικά.

- ✓ Οι τροφές να είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπη όπως: άπαχο κρέας, άπαχο γάλα, τυριά, γιαούρτι.
- ✓ Να αποφεύγεται η τοποθέτηση μεγάλης ποσότητας λιπαρών στα φαγητά.
- ✓ Να περιορίζεται η ποσότητα της ζάχαρης και των αλμυρών.
- ✓ Να αποφεύγονται τροφές που περιέχονται σε κονσέρβες.
- ✓ Να αποφεύγονται τροφές ψημένες στα κάρβουνα όπως: μπριζόλες κ.λ.π.
- ✓ Να διατηρείται καλή η σωματική κατάσταση.
- ✓ Να προσλαμβάνονται με τη διατροφή, τόσες θερμίδες όσες συνήθως καταναλώνει το άτομο⁶.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Η Νοσηλευτική απαιτεί από τους Νοσηλευτές πολλά. Λόγω της φύσης της εργασίας δέχονται ψυχολογικές και συναισθηματικές πιέσεις ιδιαίτερα οι Νοσηλευτές που εργάζονται στην Ογκολογική Νοσηλευτική.

Στο έργο της Ογκολογικής Νοσηλευτικής είναι δύσκολο να μετρηθούν κριτήρια, διότι δεν είναι μόνο η διεκπεραίωση καθηκόντων τεχνικού χαρακτήρα. Ακούν καθημερινά ανησυχίες, φόβους, θλίψεις, δυσπιστίες και πρέπει να αφήσουν τον ασθενή με ένα αίσθημα ανακούφισης. Αυτή η προσωπική εμπλοκή με τον άρρωστο, την οικογένειά του, αποτελεί το φιλοσοφικό μέρος της Ογκολογικής Νοσηλευτικής και είναι το σημαντικότερο σημείο στη φροντίδα.

Μέτρα φροντίδας των Νοσηλευτών είναι: στρατηγικές που αφορούν το περιβάλλον εργασίας και οργανωτικές λειτουργικές ενότητες του συστήματος εργασίας.

Η έννοια και η ουσία της φροντίδας των Νοσηλευτών είναι η λήψη προστατευτικών μέτρων, όπως:

- § Η επιλογή προσωπικού μονάδας (υποχρεωτική συνέντευξη).
- § Η συνεχής και τρέχουσα φροντίδα Νοσηλευτών (αξιοπρέπεια - καταξίωση).
- § Η δυνατότητα επιλογής ανατιθέμενης εργασίας (αυξημένη κατανόηση).
- § Η δυνατότητα ελαστικού ωραρίου (μείωση απουσιών – ποιότητα φροντίδας).
- § Η αναγνώριση αναγκών προσωπικού (επιστημονική ανάπτυξη Νοσηλευτών – Ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση).
- § Η ενημέρωση γύρω από την ψυχολογική πίεση (stress).

Καμία στρατηγική δεν προλαμβάνει τη δοκιμασία του stress. Αλλά ίσως χρειάζεται μία εσωτερική δύναμη που να πηγάζει από την ικανότητα των Νοσηλευτών να κρατούν μέρος του εσωτερικού τους κόσμου άθικτο από την εσωτερική πραγματικότητα⁶.

4.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Πέρα από τις ανάγκες που εμφανίζουν ογκολογικοί ασθενείς, άλλη μία κατηγορία ατόμων που πλήττεται από μία σειρά αναγκών είναι και οι Νοσηλευτές, που έχουν αναλάβει την επιμέλεια της υγείας μιας τέτοιας ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών.

Η αντιμετώπιση τέτοιων αναγκών, σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα – μονάδες, πρέπει να περιλαμβάνει:

- § Λειτουργία ομάδων υποστήριξης.
- § Συμβουλευτική εποπτεία.
- § Συνεχόμενη εκπαίδευση.

Ειδικά σεμινάρια μπορούν να βοηθήσουν τους Νοσηλευτές να αναπτύξουν συγκεκριμένες δεξιότητες για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του stress, όπως για παράδειγμα τεχνικές χαλάρωσης, αυτοενθάρρυνσης, επίλυσης προβλημάτων, κ.λ.π. Για να μπορέσουν οι Νοσηλευτές να παρέχουν ουσιαστική φροντίδα στους ασθενείς πρέπει να ξεκινήσουν από τον ίδιο τον εαυτό τους¹⁰.

4.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

4.2.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

1. Ιστορικό υγείας

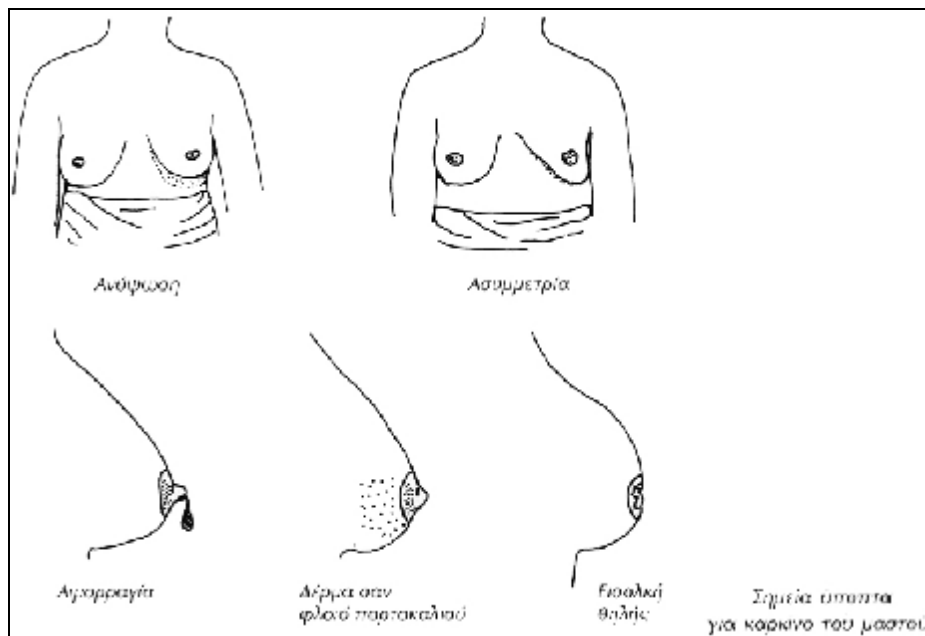
- α. Ηλικία
- β. Επάγγελμα
- γ. Συζυγική κατάσταση
- δ. Καταμήνιο, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- ε. Οικογενειακό ιστορικό (άλλα άτομα οικογένειας με καρκίνο μαστού)
- στ. Προηγούμενη πάθηση μαστού
- ζ. Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών
- η. Πρόσφατος θηλασμός
- θ. Διαιτητικές συνήθειες (δίαιτα πλούσια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

2. Εκτίμηση φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς

- α. Η εξέταση του μαστού μπορεί να αποκαλύψει (εικόνα)
 - § Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
 - § Ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο

- § Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό πορτοκαλιού, στα εντυπώματα του οποίου αντιστοιχούν οι πόροι των τριχών και των σμηματογόνων και των σμηγματογόνων αδένων.
- § Ασυμμετρία και ανύψωση του προσβλημένου μαστού.
- § Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.
- § Εισολκή θηλής: οφείλεται στην ανάπτυξη του όγκου μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους γύρω από την θηλή.
- § Ακινητοποίηση του μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων (σε προχωρημένο στάδιο).
- § Εξέλκωση κατά τη θηλή: οφείλεται σε αδυναμία ανάπτυξης του αγγειακού δικτύου εξαιτίας του ταχύτατου πολλαπλασιασμού των νεοπλασματικών κυττάρων και της ταχύτητας ανάπτυξης της μάζας.
- § Πόνος συνήθως απουσιάζει, εκτός από τα προχωρημένα στάδια.

β. Η άρρωστη είναι αγχώδης και ανησυχεί για τη διάγνωση.



3. Διαγνωστικές εξετάσεις

- α. Μαστογραφία
- β. Θερμογραφία
- γ. Ξηρογραφία
- δ. Υπερηχογράφημα
- ε. Διαφανοσκόπηση

- στ. Φλεβογραφία
- ζ. Σπινθηρογράφημα
- η. Βιοψία
- θ. Ακτινολογικός έλεγχος πνεύμονα και μεσοθωρακίου¹⁰.

4.2.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Κάθε άνθρωπος, όταν έρχεται αντιμέτωπος με ένα τόσο δυνητικά θανατηφόρο νόσημα, προσπαθεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με σκοπό να μπορέσει να χρησιμοποιήσει όλες τις εφεδρείες που έχει, ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα όλες τις εφεδρείες που έχει, ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τον κίνδυνο για τη ζωή του. Όλοι οι άνθρωποι δεν τα καταφέρνουν το ίδιο καλά και αυτό φαίνεται να έχει σχέση με τα εγγενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Άλλοι κατορθώνουν γρήγορα να προσαρμοστούν με τα καινούρια δεδομένα της ζωής τους, άλλοι αργούν περισσότερο και άλλοι δεν το κατορθώνουν ποτέ. Στους τρόπους αντιμετώπισης σοβαρών νοσημάτων, οι κύριοι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για την προσαρμογή του ατόμου στην νόσο είναι οι ακόλουθοι:

α) Άρνηση (Denial)

Το άτομο που νοσεί, αρνείται ενεργητικά κάθε ένδειξη που συνηγορεί ότι πάσχει από σοβαρό νόσημα. Στην περίπτωση του μαστού (π.χ.), αρνείται κατηγορηματικά τη διάγνωση, ενώ δικαιολογεί τη χειρουργική επέμβαση με λόγια όπως: «δεν ήταν κάτι σοβαρό, απλώς έβγαλαν το στήθος για λόγους προληπτικούς». Οι γυναίκες αυτές δε μιλούν ποτέ από μόνες τους για το θέμα και κλείνουν γρήγορα τη συζήτηση όταν αναφερθεί από κάποιον άλλον.

β) Μαχητικότητα (Fighting spririt)

Η ασθενής είναι αποφασισμένη να πολεμήσει και να νικήσει. Κρατάει θετική στάση και ελπίζει και συνήθως ψάχνει μόνη της για να συλλέξει όσες περισσότερες πληροφορίες μπορεί σχετικά με το νόσημά της και την αντιμετώπισή του. συνήθως ρωτούν το γιατρό τους για να μάθουν λεπτομέρειες για την κατάστασή τους, ή άλλες φίλες τους που τυχαίνει να πάσχουν από το ίδιο νόσημα, και μπορεί να αισθάνονται τυχερές που το ανακάλυψαν γρήγορα.

γ) Στωική αποδοχή (Stoic acceptance)

Οι ασθενείς αυτές δέχονται τη διάγνωση. Δεν αναζητούν πληροφορίες γι' αυτήν, εκτός αν προκύψουν καινούρια συμπτώματα και γενικά συνεχίζουν να ζουν όπως πρώτα, χωρίς να ασχολούνται ιδιαίτερα με το νόσημά τους.

δ) Αποδοχή με συνοδό άγχος/θλίψη (Anxious/Depressed acceptance)

Οι ασθενείς αυτές αντιδρούν στη διάγνωση με υπερβολικό άγχος ή και θλίψη. Όπως και οι γυναίκες με μαχητικό πνεύμα, επιδιώκουν ενεργητικά να μάθουν όσες περισσότερες πληροφορίες μπορούν, αλλά αντίθετα από τις πρώτες, έχουν την τάση να τις ερμηνεύουν με τρόπο αρνητικό και απαισιόδοξο. πάντως, είναι ικανές να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

ε) Απελπισία / αβοηθητικότητα (Hopeless/Helpless)

Οι γυναίκες αυτές φαίνεται να έχουν κυριευτεί απόλυτα από τη διάγνωση. Θεωρούν ότι είναι συνεχώς αρρώστες, είτε έχουν είτε δεν έχουν συμπτώματα, και μερικές φορές ενεργούν σαν να πρόκειται να καταλήξουν άμεσα. Η καθημερινή τους λειτουργικότητα είναι απόλυτα επηρεασμένη και αποδιοργανωμένη².

Στον καρκίνο του μαστού η *άρνηση της αποδοχής* της διάγνωσης της αρρώστιας αποτελεί, όχι σπάνια, την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σε αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί την θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Μετά την άρνηση, συνήθως, εμφανίζεται ο *θυμός*, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.λ.π. Εκδηλώνεται, κατά τη Ross, με αντίδραση, αποκτητική συμπεριφορά.

Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι *της συνδιαλλαγής*, κατά την οποία, συνήθως, είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει την θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου.

Όταν, όμως, ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί, τότε

μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται *φάση της κατάθλιψης*. Στην κατάθλιψη, ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να τους δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας.

Τέλος, ο άρρωστος μπαίνει στη *φάση της αποδοχής*. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα, ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσης, αφής, ομιλίας κ.λ.π. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Ο Νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να το αντιμετωπίσει.

Ακόμη, ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένειά του και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές, είναι πραγματικότητα. Εδώ ο Νοσηλευτής καλείται να ενισχύσει και να στηρίξει ψυχολογικά τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας⁷.

Προβλήματα, λοιπόν, που προκύπτουν, κυρίως κατά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, και πρέπει να αντιμετωπιστούν με απόλυτη προσοχή, διότι αφορούν περισσότερο τον ψυχικό κόσμο του αρρώστου, συνοψίζοντας παρακάτω:

- Ø Αδυναμία αποδοχής της διάγνωσης
- Ø Θυμός, σύγχυση, κατάθλιψη.
- Ø Φόβος θανάτου.
- Ø Μεταβολή σωματικού ειδώλου, απώλεια θηλυκότητας και αυτοεκτίμησης.
- Ø Προβλήματα στις σχέσεις του με την οικογένεια.
- Ø Προβλήματα όσον αφορά τη χρονιότητα.
- Ø Προβλήματα όσον αφορά τις μεταστάσεις του καρκίνου¹⁰.

4.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Άμεσοι

- α. Βοήθεια να αποδεχτεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού.
- β. Ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους.

2. Μακροπρόθεσμοι

- α. Βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχτούν την πραγματικότητα.
- β. Μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου.
- γ. Βελτίωση αυτοεκτίμησης, αυτοφροντίδας και σεξουαλικής λειτουργίας¹⁰.

4.3.1. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

- α. Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης της άρρωστης και βοήθεια να απαλλαγεί από το αισθήματα φόβου με:
 - § Ακρόαση των ανησυχιών και προβλημάτων της.
 - § Έμφαση στο σχεδιασμό επιτυχούς προγράμματος αποκατάστασης και στη χρήση τεχνητού μαστού.
 - § Εξασφάλιση επίσκεψης άρρωστης με ικανοποιητική μετεγχειρητική προσαρμογή στη μαστεκτομή.
 - § Αναζήτηση υποστήριξης από το σύζυγο.
- β. Βοήθεια στην αποδοχή της απώλειας μαστού. Κάθε γυναίκα αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στη μαστεκτομή, γι' αυτό ο Νοσηλευτής προσεγγίζει κάθε γυναίκα ως άτομο και τη βοηθά να εκφράσει τα συναισθήματά της. Η γυναίκα μπορεί να φοβάται απόρριψη από τον άνδρα της ή να νοιώθει απογοήτευση, γιατί δεν θα μπορεί να εκπληρώσει το ρόλο της ως μητέρα (να θηλάσει το παιδί της). Η υποστήριξη της άρρωστης από τον άνδρα της και την οικογένειά της, επομένως, θα βοηθήσει πολύ σε μια τέτοια περίπτωση.
- γ. Ενημέρωση της άρρωστης για τις πρόσφατες έρευνες και τις νέες θεραπευτικές μεθόδους για τον καρκίνο του μαστού.
- δ. Μείωση χρόνου αναμονής πριν από την εγχείρηση.

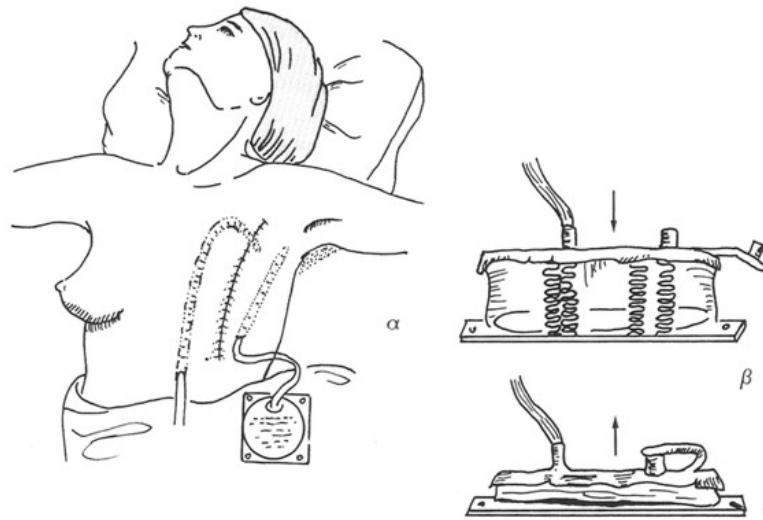
- § Διαπίστωση φυσικών και θρεπτικών αναγκών και αντιμετώπισή τους.
 - § Εξασφάλιση αίματος, αν σχεδιάζεται να γίνει ριζική μαστεκτομή.
 - § Χορήγηση υπνωτικών για μείωσης των ανησυχιών της άρρωστης.
- ε. Προετοιμασία δέρματος με ξύρισμα και καλό καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής και της σύστοιχης μασχालιαίας κοιλότητας. Η ίδια ετοιμασία γίνεται και στην πρόσθια επιφάνεια του μικρού, για πιθανή λήψη δέρματος για πλαστική επανορθωτική επέμβαση.
2. Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα αισθήματα μετά τη μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού.
 3. Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της¹⁰.

4.3.2. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού, γιατί οι παράμετροι αυτές είναι πολύτιμοι δείκτες για διαπίστωση shock και αιμορραγίας.
2. Επισκόπηση του επιδερμικού υλικού για διαπίστωση αιμορραγίας, ιδιαίτερα στην περιοχή της μασχάλης και στη ράχη.
3. Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο
4. Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών, για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών.
5. Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος· αποφεύγεται η πολύ πιεστική επίδεση, για να μην εμποδίζεται η έκπτυξη των πνευμόνων.
6. Παρακολούθηση της παροχέτευσης του τραύματος. Συνήθως, ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με αναρροφητική συσκευή Hemovac. Η αναρρόφηση γίνεται με δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα στη συσκευή, γι' αυτό και η συσκευή θα πρέπει να αδειάζεται προτού γεμίσει τελείως. Η λειτουργία της συσκευής ελέγχεται συχνά, ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αναρρόφηση. Η ποσότητα και το χρώμα των παροχετευόμενων υγρών της συσκευής ελέγχονται και αναγράφονται.
7. Πρόληψης λοίμωξης: Σε μια ριζική μαστεκτομή, η άμυνα έναντι των λοιμώξεων μειώνεται εξαιτίας αφαίρεσης των λεμφαδένων. Το προσβλημένο χέρι πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό και δεν θα

πρέπει να γίνονται υποδόριες ή ενδομυϊκές ενέσεις, ούτε φλεβοκεντήσεις σε αυτό, για αποφυγή εισόδου μικροβίων.

8. Τοποθέτηση της άρρωστης σε θέση ημι-Fowler. Αν το χέρι είναι ελεύθερο, τοποθετείται πάνω σε μαξιλάρι η βαρύτητα βοηθά την επιστροφή του φλεβικού αίματος και της λέμφου και αποφεύγεται έτσι ο σχηματισμός λεμφοιδήματος.
9. Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι. Κατά την έγερση συχνά ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς υποβαστάζεται με αυτοτελή επίδεσμο για να παρεμποδίζεται η πίεση στο τραύμα. Όταν για πρώτη φορά σηκώνεται η άρρωστη από το κρεβάτι, ο Νοσηλευτής τη συνοδεύει, γιατί ενδέχεται να διαταραχθεί ελαφρά η ισορροπία της εξαιτίας της αφαίρεσης του μαστού.
10. Χορήγηση δίαιτας ανάλογα με την ανοχή και την προτίμηση της άρρωστης. Κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες ίσως η άρρωστη χρειαστεί βοήθεια την ώρα του φαγητού, γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το ένα της χέρι¹⁰.



Παροχέτευση τραύματος μαστεκτομής. α. Κλειστό σύστημα αναρρόφησης με Hemovac. β. Η συμπίεση της Hemovac προκαλεί αναρρόφηση.

4.3.3. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

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

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

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

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

§ Θα πρέπει να ενθαρρύνεται αμφοτερόπλευρη δραστηριότητα.

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

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

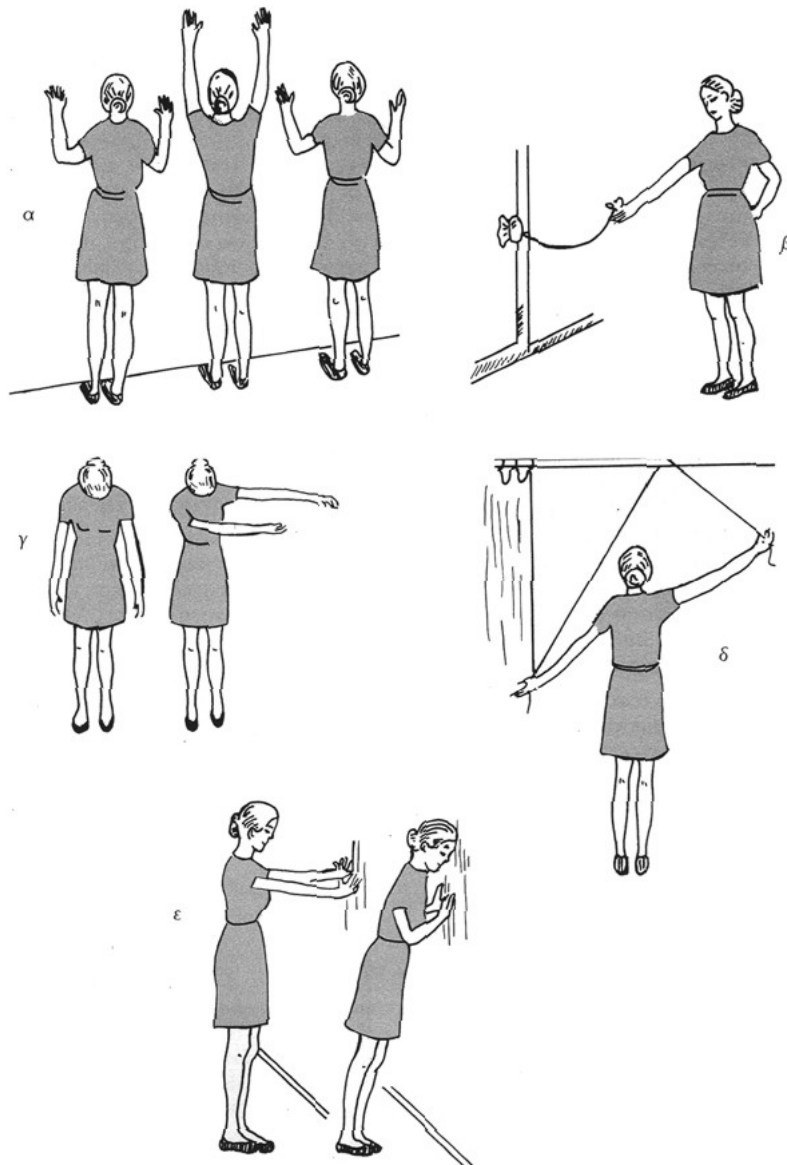
Q Σφίξιμο μπάλας: Είναι μία απλή άσκηση, που βοηθά στην ισχυροποίηση των μυών του χεριού και στη βελτίωση της κυκλοφορίας. Μία ελαστική μπάλα ή μια τσαλακωμένη εφημερίδα σφίγγεται με το χέρι της προσβλημένης πλευράς.

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

Q Αναρρίχηση στον τοίχο: Προάγει την έκταση του προσβλημένου άκρου. Η γυναίκα βλέπει προς τον τοίχο με τα δάχτυλα των ποδιών της κολλημένα στον τοίχο, όσο είναι δυνατό. Λυγίζει τους αγκώνες και

τοποθετεί τις παλάμες στον τοίχο ισιώνοντας τους ώμους. Σηκώνει τα χέρια πάνω στον τοίχο παράλληλα και όταν αισθανθεί πόνο, τα επαναφέρει στην αρχική τους θέση. σημειώνεται στον τοίχο το σημείο όπου έφτασαν τα χέρια της και όταν επαναληφθεί η άσκηση, προσπαθεί να ξεπεράσει το σημείο αυτό.

- Q Γύρισμα σχοινιού:** Είναι μία άσκηση για την ευλυγισία του ώμου. Δένεται σφιχτά με διπλό κόμπο στο χερούλι της πόρτας ένα σχοινί 3 περίπου μέτρων. Η άρρωστη στέκεται σε απόσταση 2 περίπου μέτρων μακριά από την πόρτα. Πιάνει χαλαρά την άκρη του σχοινιού με το προσβλημένο χέρι κάνει έναν κόμπο και τον τοποθετεί στην παλάμη της. Το άλλο της χέρι το τοποθετεί στη μέση της. Με τεντωμένο το προσβλημένο χέρι γυρίζει το σχοινί με μικρούς κύκλους αρχικά. Οι κύκλοι αυτοί σιγά-σιγά μεγαλώνουν, ώστε οι κινήσεις του χεριού να γίνονται από τον ώμο.
- Q Αιώρηση χεριών:** Χαλαρώνει τον ώμο και βοηθά στην ανάπτυξη των επικουρικών μυών. Η άρρωστη σκύβει προς τα εμπρός από τη μέση και αιωρεί τα χέρια της από το ένα πλάγιο στο άλλο με τεντωμένους τους αγκώνες. Ο Νοσηλευτής στέκεται δίπλα της, όταν η άσκηση γίνεται για πρώτη φορά, γιατί η άρρωστη ενδέχεται να αισθανθεί ζάλη.
- Q Τροχαλία:** Ενθαρρύνει τις κινήσεις του ώμου. Ένα κομμάτι σχοινί, μήκους 3 μέτρων περίπου, περνιέται στο σίδερο του μπάνιου. Τα άκρα του σχοινιού δένονται σε κόμπους. Με τεντωμένους βραχίονες, η άρρωστη τραβά το σχοινί προς τα κάτω με το γερό χέρι, ενώ το προσβλημένο χέρι ανυψώνεται. Η διαδικασία αυτή κατόπιν αντιστρέφεται και κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, το ύψος αυξάνει. Τονίζεται στην άρρωστη, κατά τη διάρκεια αυτής της άσκησης να μην κάμπτει τους βραχίονες και τα πόδια της να εφάπτονται στο πάτωμα.
- Q Κούμπωμα πίσω κουμπιών:** Απαιτεί δυνατούς επικουρικούς μυς και γίνεται όταν έχουν αποκτηθεί άλλες δεξιότητες. Η άρρωστη ανεβοκατεβάζει και τα δυο της χέρια πίσω στη ράχη, σαν να κουμπώνει τα πίσω κουμπιά της μπλούζα της. Κάθε φορά που η άσκηση επαναλαμβάνεται, τα χέρια φτάνουν ψηλότερα στην πλάτη.
- Q Άγγιγμα μετώπου:** Δυναμώνει τους επικουρικούς μυς του ώμου. Η άρρωστη βλέπει προς τον τοίχο σε απόσταση άνω άκρων. Οι παλάμες της τοποθετούνται στον τοίχο στο ύψος του ώμου. Η άρρωστη σιγά-σιγά γέρνει προς τον τοίχο κάμπτοντας τους αγκώνες της και επανέρχεται στην αρχική θέση τεντώνοντας τους αγκώνες.



Ασκήσεις μετά από μαστεκτομή. α. Αναρρίχηση στον τοίχο. β. Γύρισμα σχοινού. γ. Αιώρηση χεριών. δ. Τροχαλία. ε. Άγγιγμα μετώπου.

4. Φροντίδα τραύματος

- § Επεξήγηση για τη βαθμιαία αλλαγή της τραυματικής επιφάνειας.
- § Σημείωση ότι το πρόσφατα επουλωμένο τραύμα ενδέχεται να έχει μειωμένη αίσθηση εξαιτίας κάκωσης των νεύρων.
- § Ήπιο πλύσιμο και προσεκτικό στέγνωμα.
- § Αναγνώριση σημείων φλεγμονής: πόνος, ευαισθησία, ερυθρότητα, οίδημα. Ενημέρωση γιατρού, αν παρουσιαστούν.
- § Ήπιο μασάζ της επουλωμένης τομής με βούτυρο κακάου, για διέγερση της κυκλοφορίας και αύξηση της ελαστικότητας του δέρματος. Γίνεται με έγκριση του γιατρού.

5. Πρόληψη και αντιμετώπιση λεμφοιδήματος. Επειδή στη ριζική μαστεκτομή αφαιρούνται οι λεμφαδένες και τα λεμφαγγεία, το χέρι ενδέχεται να παρουσιάσει λεμφοίδημα, λόγω κακής παροχέτευσης της λέμφου, η δε καταπολέμηση τυχόν λοίμωξης σε αυτό το άκρο να καταστεί προβληματική λόγω μειωμένης αντίστασης.

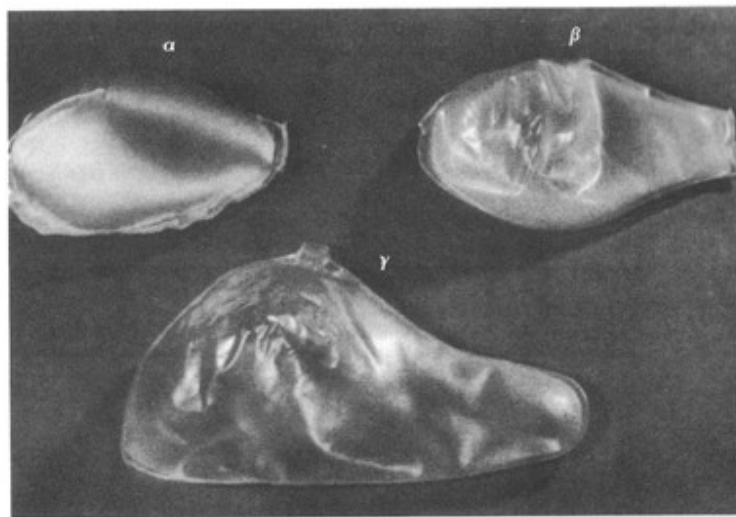
Για πρόληψη λεμφοιδήματος θα πρέπει:

- § Να αποφεύγονται στο χέρι αυτό κοψίματα, αμυχές, τσιμπήματα, δήγματα εντόμων, εγκαύματα και η χρήση ισχυρών απορρυπαντικών, γιατί όλα αυτά οδηγούν σε λοίμωξη, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του οιδήματος.
 - § Οι ασκήσεις να γίνονται όπως υποδείχθηκαν.
 - § Στο βραχίονα της προσβλημένης πλευράς να γίνεται μασάζ 3 ή 4 μήνες μετεγχειρητικά, για βελτίωση της κυκλοφορίας και μείωσης του οιδήματος.
 - § Ο βραχίονας της προσβλημένης πλευράς να ανυψώνεται συχνά για πρόληψη εξαρτημένου οιδήματος.
 - § Το χέρι και η εγχειρητική περιοχή να διατηρούνται σχολαστικά καθαρά για πρόληψη λοίμωξης.
 - § Να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση σφιχτών ενδυμάτων (σφιχτά μανίκια), για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.
 - § Για αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος μπορεί να παραγγελθούν διουρητικά και η χρήση διαλείπουσας μονάδας συμπίεσης (μέσα σε μανίκι που εφαρμόζεται στο άνω άκρο εισάγεται περιοδικά αέρας υπό πίεση για την προώθηση του υγρού).
6. Βελτίωση σεξουαλικής λειτουργίας. Η μεταβολή του σωματικού ειδώλου της άρρωστης και της αυτοεκτίμησής της, η αντίδραση του συντρόφου και ο βαθμός ανησυχίας του ζευγαριού, είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στις σεξουαλικές πρακτικές. Μερικοί σύντροφοι δυσκολεύονται να κοιτάξουν τη μαστεκτομηθείσα περιοχή, ενώ άλλοι φαίνεται να μην επηρεάζονται και νοιώθουν άνετα, μεταβιβάζοντας, έτσι, στη σύντροφό τους το αίσθημα ότι εξακολουθεί να είναι αγαπητή και ποθητή. Και οι δύο αποκρίσεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της άρρωστης, τη σεξουαλικότητά της και την αποδοχή της.
- § Συζήτηση με την άρρωστη για το πώς αισθάνεται η ίδια και για την πιθανή μείωση του libido που σχετίζεται με κόπωση, ναυτία ή ανησυχία, μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση θεμάτων γι' αυτή και το σύντροφό της. Η διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψε-

ων (π.χ. ότι ο καρκίνος μεταδίδεται σεξουαλικά) είναι πολύ σημαντική.

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

7. Χρήση πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Η άρρωστη που έχει υποβληθεί σε απλή ή ριζική μαστεκτομή χρειάζεται βοήθεια στην επιλογή της πρόσθεσης (τεχνητού στήθους). Αρχικά, η άρρωστη συμβουλεύεται να φοράει κανονικό στηθόδεσμο, που θα τον γεμίζει με ένα μαλακό υλικό (μαλλί), το οποίο δεν θα κολλά πάνω στο τραύμα. Μετά την επούλωση του τραύματος, η άρρωστη ενημερώνεται για τους διάφορους τύπους πρόσθεσης που υπάρχουν στο εμπόριο και από πού μπορεί να τους προμηθευτεί. Η πρόσθεση που θα επιλεγεί πρέπει να είναι άνετη, να έχει κανονική φόρμα και το ίδιο μέγεθος, σχήμα και βάρος με τον άλλο μαστό. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί για να επανακτήσει η άρρωστη την ισορροπία της. Ο σύζυγος ενθαρρύνεται να συνοδεύσει τη γυναίκα του στην αγορά της πρόσθεσης, για ενθάρρυνση και αποδοχή. Η πρόσθεση δεν θα πρέπει να φορεθεί, αν δεν το επιτρέψει ο γιατρός.



Διάφοροι τύποι προσθέσεων. α. Με αφρώδες πλαστικό. β. Με υγρό. γ. Με αέρα.

8. Τονισμός σπουδαιότητας μετανοσοκομειακού επανελέγχου (check-up).

§ Αξιολόγηση της επούλωσης του τραύματος.

§ Εκτίμηση της προσπάθειας για αποκατάσταση· έλεγχος προόδου ασκήσεων.

§ Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόσθεσης.

§ Αξιολόγηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής της άρρωστης.

- § Διαπίστωση πιθανής υποτροπής.
- 9. Αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας
 - α. Αναμενόμενα αποτελέσματα
 - § Επιδεικνύει προθυμία να διαπραγματευτεί με το άγχος της διάγνωσης και την επίπτωση της εγχείρησης στο σωματικό είδωλο και τη σεξουαλική της λειτουργία.
 - § Βιώνει λίγη ή καθόλου δυσχέρεια.
 - § Συμμετέχει ενεργητικά σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας.
 - β. Επιπλοκές
 - § τοπική υποτροπή.
 - § Μετάσταση σε άλλα όργανα (οστά, πνεύμονες, ήπαρ, εγκέφαλος)¹⁰.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟΥ ΧΕΡΙΟΥ

ΝΑ

- ▶ Να φοράτε ελαστικό γάντι όταν ασχολείστε με τη μαγειρική, την καθαριότητα, ή το πλύσιμο των πιάτων.
- ▶ Να φοράτε δακτυλήθρα όταν ράβετε ή κεντάτε.
- ▶ Να βάζετε κρέμα λανουίνης στο χέρι, πολλές φορές την ημέρα.
- ▶ Να φοράτε την ιατρική ταυτότητα με την εγχάραξη: «Προσοχή - λεμφοιδηματικό χέρι – όχι υποδόριες».
- ▶ Να αναφέρετε στο γιατρό σας αν τραυματίσατε το χέρι σας, αν είναι ερυθρό, θερμό ή ασυνήθιστα σκληρό ή οιδηματώδες.
- ▶ Να επιστρέψετε για επανεξέταση σε διάστημα 2 μηνών.

ΝΑ ΜΗΝ

- ✘ Να μην κρατάτε τσιγάρο στο χέρι αυτό.
- ✘ Να μην κρατάτε με αυτό το χέρι την τσάντα ή άλλο βαρύ αντικείμενο.
- ✘ Να μην κόβετε ή τραβάτε τις παρανυχίδες σε αυτό το χέρι.
- ✘ Να μη σκάβετε τον κήπο σας με αυτό το χέρι και να μην κόβετε αγκαθωτά φυτά.
- ✘ Να μην πλησιάζετε ζεστό φούρνο με αυτό το χέρι.
- ✘ Να μην αφήνετε να σας κάνουν ένεση σε αυτό το χέρι.
- ✘ Να μην αφήνετε να σας πάρουν αίμα από αυτό το χέρι.
- ✘ Να μην επιτρέπετε να παίρνεται η αρτηριακή πίεση από αυτό το χέρι¹⁰.

4.3.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΛΛΑΓΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η αφαίρεση του μαστού προκαλεί ψυχικά προβλήματα, στη γυναίκα με όλες τις συνέπειες, όπως κατάθλιψη, αίσθημα μειονεκτικότητας, έλλειψη αυτοεκτίμησης, αϋπνίες και άγχος. Η έκβαση εξαρτάται από την προσωπικότητα της γυναίκας, τη συναισθηματική επένδυση που έχει κάνει στο μαστό της, καθώς και τα μηνύματα που δέχεται από το περιβάλλον της.

Οι Νοσηλευτές:

- 1) Παρέχουν την ευκαιρία στη γυναίκα να εκφράσει τα συναισθήματά της με το να αναφέρει η ίδια τις παρατηρήσεις της και τα αισθήματά της. γίνονται καλοί ακροατές και δέχονται αυτά που λέγονται. Δε λαμβάνουν υπ' όψη τους τον θυμό, την ευερεθιστότητα ή την επιθετικότητα της ασθενούς.
- 2) Επικεντρώνονται στα συναισθήματά τους και αντιμετωπίζουν τη συμπεριφορά της ασθενούς.
- 3) Καθορίζουν τη σημασία που έχει η αλλαγή της εικόνας σώματος και το πώς πιστεύει ότι θα επηρεάσει τη ζωή της.
- 4) Συμπεριλαμβάνουν για το σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας τις απόψεις της ασθενούς για τη σημασία της αλλαγής της εικόνας του σώματος.
- 5) Ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση της ασθενούς, βοηθώντας την να αποφεύγει τα αρνητικά συναισθήματα.
- 6) Παρέχουν χρόνο για συζήτηση.
- 7) Βοηθούν την ασθενή να ξεπεράσει σιγά-σιγά το στάδιο της κατάθλιψης.
- 8) Παραμένουν δίπλα στην ασθενή αν το επιθυμήσει, ακόμα και αν εκείνη δεν θέλει να μιλήσει.
- 9) Συζητούν και ενθαρρύνουν την οικογένεια για να μπορέσει κατόπιν να βοηθήσει την ασθενή.
- 10) Συζητούν με τον χειρουργό πληροφορίες που έχει από την ασθενή σχετικά με την ανασύσταση του μαστού.
- 11) Εξαίρουν τα θετικά στοιχεία του χαρακτήρα της ασθενούς: ψυχική δύναμη, χαρίσματα, αξίες.

- 12) Υποστηρίζουν και στηρίζουν την επιθυμία της να εξακολουθήσει το ρυθμό της ζωής της, όπως πρώτα.
- 13) Διδάσκουν κατάλληλες τεχνικές αυτοεξέτασης μαστού για έλεγχο του υγιούς μαστού.
- 14) Μεριμνούν για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος, δίνοντας κατάλληλες οδηγίες.
- 15) Διδάσκουν κατάλληλες ασκήσεις για την πρόληψη παραμορφώσεων, ασυμμετρίας και μειωμένης λειτουργικότητας.

Η αποδοχή από την ασθενή των αλλαγών της σωματικής εικόνας χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή⁶.

4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

- 1) Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σα μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.
- 2) Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
- 3) Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
- 4) Προσφέρεται στον άρρωστο ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
- 5) γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, το βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.λ.π. Λαμβάνεται, επίσης, ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφικών ή χημειοθεραπείας⁷.

4.5. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

1) Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται:

α) Λευκοπενία

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

∅ Η θερμοκρασία του σώματος· η μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία.

∅ Το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

∅ Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως:

- Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται).
- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλλει την έκκριση του σιέλου και αλλάζει το pH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δε συνίσταται.
- Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.
- Εφαρμόζεται τεχνική απομόνωσης στην περίπτωση που τα λευκά αιμοσφαίρια φτάσουν τα 1.500-2.000mm³.
- Όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

β) Θρομβοπενία

∅ Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια (φυσιολογικές τιμές 200.000-300.000mm³). Αν ο άρρωστος έχει αιμοπετάλια κάτω από 50.000mm³. Θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.

∅ Τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινοουλορραγίες.

Ø Η αρτηριακή πίεση του αίματος. Σε περίπτωση που αυτή βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

Ø Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα όπως:

- Περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις. Αν πρέπει να γίνουν, ασκείται πίεση στο σημείο της ένεσης για 3 λεπτά περίπου, για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδου αίματος. Α-συνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό.
- Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πίεσης σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.λ.π., πρέπει να είναι μικρής διάρκειας.
- Δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική), τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.λ.π.

Ø Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως, να υπάρχει πάντα έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος. Κατά τη μετάγγιση αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντίδρασης από το αίμα.

γ) Αναιμία

Ø Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη η αιμοσφαιρίνη (φυσιολογικές τιμές 14-16gr/100ml αίματος), ο αιματοκρίτης (φυσιολογικές τιμές 40-54% στους άνδρες και 37-47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

Ø Βοηθείται ο άρρωστος με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα. Ακολουθούν αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού και περιορισμός της απώλειας αίματος.

2) Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:

α) Ναυτία, εμέτους.

Ø Παρακολουθείται η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, η ανορεξία ή αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και η θρέψη του αρρώστου.

Ø Λαμβάνονται μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμέτων όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού).
 - Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί.
 - Εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πώς να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.
 - Δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία.
 - Ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά.
 - Σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση της ναυτίας.
 - Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα.
 - Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες.
 - Αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή (μυρωδιά).
 - Ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή.
 - Μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- Ø Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων με χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. Εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορήγησης αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμέτους του αρρώστου. Πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειαστεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών.
- Ø Προσφέρεται ανακουφιστική φροντίδα, όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων κ.λ.π.
- Ø Ενημερώνεται ο άρρωστος, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα και
- Ø Διορθώνεται, αν χρειάζεται, η διαταραχή του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφαλίζεται καλή θρέψη.
- β) Διάρροια / Σύσπαση κοιλιακών μυών
- Ø Παρακολουθείται το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητά της διααρροϊκής κένωσης, ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτω-

σης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων κοιλιακών μυών.

- Ø Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της σύσπασης των κοιλιακών μυών. Περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
 - Ø Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τη διάρροια, με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.
 - Ø Χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυται.
 - Ø Βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και
 - Ø Φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περίνεου, για την πρόληψη ερεθισμού.
- γ) Στοματίτιδα-Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.
- Ø Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
 - Ø Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές, την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και επάλειψη των χειλιών με γλυκερίνη τρεις φορές τη μέρα.
 - Ø Προσφέρεται βοήθεια για τη θεραπεία της στοματίτιδας με τη συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής, χλιαρής τροφής (λευκή είναι η τροφή που δεν περιέχει καρικεύματα και σάλτσες).

3) Νευροτοξικότητα

- Ø Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας, όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια

των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων και σοβαρότερης νευροπάθειας, όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός.

- Ø Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητα του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά την θεραπεία).
- Ø Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για τη χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.λ.π. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

4) Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

- Ø Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει την θεραπεία.
- Ø Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

5) Ηπατοτοξικότητα

- Ø Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.
- Ø Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.
- Ø Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

6) Νεφροτοξικότητα

- Ø Παρακολουθείται η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας, ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση

του ποσού των ούρων κ.λ.π. και το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

- Ø Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέως στο αίμα για τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

7) Ανοσοκατασταλτική επίδραση

- Ø Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Ø Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία, και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματιστεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

8) Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

- Ø Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα, όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.λ.π., εκτιμάται ο βαθμός της ενημέρωσής του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.
- Ø Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά την θεραπεία, δε θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογένεσης.

9) Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

- Ø Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου βδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- Ø Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά την θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή, εφαρμοστεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- Ø Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

10) Αλλαγές στο δέρμα

- Ø Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνεχείας του (ρωγμές), διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.
- Ø Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.ά. αν υπάρχουν⁷.

4.6. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Αυτά είναι:

- ¶ Να μην παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα τοξικής δράσης των κυτταροτοξικών φαρμάκων.
- ¶ Να ελέγχει τις παρενέργειες των κυτταροτοξικών φαρμάκων.
- ¶ Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης κατά τις περιόδους της μειωμένης ανοσίας.
- ¶ Να δείξει την ικανότητα σωστής θερμομέτρησης από το στόμα και τη μασχάλη.
- ¶ Να δείξει τις κατάλληλες τεχνικές στοματικής υγιεινής.
- ¶ Να επισημάνει τεχνικές αντιμετώπισης της ναυτίας και του εμέτου.
- ¶ Να αναφέρει τρόπους για την βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.
- ¶ Να αναφέρει τρόπους για την αντιμετώπιση της επίμονης κόπωσης.
- ¶ Να αναφέρει τρόπους για την πρόληψη των αιμορραγιών, όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μειωμένος.
- ¶ Να αναφέρει τρόπους για την προσαρμογή στις μεταβολές της αναπαραγωγικής και της σεξουαλικής λειτουργίας.
- ¶ Να δείξει ότι είναι ικανός να φροντίσει τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα, τον περιτοναϊκό καθετήρα ή την εμφυτευμένη συσκευή έγχυσης, αν υπάρχουν.

- ¶ Να εκφράσει την κατανόησή του για τη φροντίδα και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες όταν υπάρχει αντλία Ommaya.
- ¶ Να εκφράσει την κατανόησή του σχετικά με την εμφυτευμένη αντλία έγχυσης και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες.
- ¶ Να απαριθμήσει τα σημεία και τα συμπτώματα των επιπλοκών που θα αναφέρει στο λειτουργό υγείας.
- ¶ Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της χημειοθεραπείας.
- ¶ Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν, με την αγωγή κατ' οίκον και την προσαρμογή του στη διάγνωση του καρκίνου, στη χημειοθεραπεία και τις συνέπειές της.
- ¶ Να εκφράσει την κατανόηση του σχεδίου της συνιστώμενης μετανοδοκομειακής φροντίδας συμπεριλαμβανομένων της φαρμακευτικής αγωγής και του προγράμματος χημειοθεραπείας, των εργαστηριακών εξετάσεων και των μελλοντικών συναντήσεων με το γιατρό⁶.

4.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που ο Νοσηλευτής. Θα έρθει σε επαφή με τον άρρωστο. Από τη στιγμή αυτή, ο νοσηλευτής, με τη ευσυνείδητη αγάπη του, το ενδιαφέρον του, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις του. θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες των Νοσηλευτών που νοσηλεύουν άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία, στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για την θεραπεία, στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό τους και στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X – Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Ο Νοσηλευτής:

- ‡ Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, την θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζει να κάνει.
- ‡ Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- ‡ Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- ‡ Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- ‡ Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του, που συνήθως είναι τα εξής;

- ‡ Πονάει η ακτινοβολία;
- ‡ Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- ‡ Θα είναι μόνος του κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- ‡ Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- ‡ Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά την θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1) Η περιοχή της ακτινοβολίας.

- Ø Διατηρείται στεγνή.
- Ø Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.
- Ø Δε βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή.
- Ø Τόσο κατά την θεραπεία, όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ).
- Ø Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.λ.π.).
- Ø Αποτριχώνεται (ξυρίζεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.
- Ø Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2) Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει την θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.

3) Το διαιτολόγιό του πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

4) Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει, δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στον θάλαμό του.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυστευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντα, όμως, ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσότοπου ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος «απομονώνεται», επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό θα μηδενιστεί η ραδιενεργός δράση του) ή να αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τον Νοσηλευτή στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό του και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- ❑ Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), τον τρόπο χορήγησης (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά, την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- ❑ Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και, επομένως, δε μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δε λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους.
- ❑ Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
- ❑ Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσότοπου που χρησιμοποιείται.
- ❑ Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έρθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσης χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.
- ❑ Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των Νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου, ραδιόφωνο

και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση. Θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.

- ❑ Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από τον θάλαμο.
- ❑ Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παραθύρου παρακολούθησης του αρρώστου), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του, ώστε να περιοριστεί το αίσθημα της μοναξιάς.
- ❑ Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο Kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- ❑ Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο ο Νοσηλευτής γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό του χωρίς, όμως, να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- ❑ Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής, δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί, πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.
- ❑ Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσότοπων) για να ενεργήσει ανάλογα.
- ❑ Αν η θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσότοπου έφυγε από την θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στην θήκη τους.
- ❑ Ποτέ μην πιάνεται ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- ❑ Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.

- ¶ Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως⁷.

4.8. ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1) Σε ακτινοθεραπεία

- Ø Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται.
- Ø Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Ø Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Ø Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές μετά από ιατρική εντολή.
- Ø Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα.
- Ø Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Ø Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

2) Σε καταστολή του μυελού των οστών, ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγηση του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

3) Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντίδρασης δηλαδή: Γενικής καταβολής δυνάμεων, ναυτίας, εμέτων, ανορεξίας, απώλειας βάρους ο Νοσηλευτής μετά από εντολή ιατρική.

- Ø Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιισταμινικά φάρμακα.
- Ø Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό είναι δυνατόν – γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μι-

κρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας.

Ø Επίσης φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες κάλυψης των φυσικών του αναγκών.

Ø Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

4) Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία).

Ø Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.

Ø Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.

Ø Χορηγείται ειδική δίαιτα (τροφές χωρίς υπολείμματα)⁷.

4.9. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτά είναι:

Ø Να είναι ελεύθερος από επιπλοκές από την ακτινοθεραπεία.

Ø Να δείξει ότι είναι ικανός για την κατάλληλη φροντίδα του δέρματος στα σημεία της ακτινοθεραπείας.

Ø Να επισημάνει τεχνικές για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου.

Ø Να αναφέρει τρόπους για τη βελτίωση της όρεξης και της θρέψης.

Ø Να επισημάνει τρόπους για τη μείωση του κινδύνου τερηδόνας και περιοδοντικής νόσου για τη βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.

Ø Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της αιμορραγίας αν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι χαμηλός.

Ø Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης αν ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων είναι χαμηλός.

Ø Να αναφέρει τρόπους αντιμετώπισης της επίμονης κόπωσης.

- Ø Να απαριθμήσει τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών που θα αναφέρει στο λειτουργό υγείας.
- Ø Να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της ακτινοθεραπείας.
- Ø Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν, με την αγωγή κατ' οίκον και την προσαρμογή του στη διάγνωση του καρκίνου, στην ακτινοθεραπεία και τις συνέπειές της.
- Ø Να εκφράσει την κατανόηση του προγράμματος παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων και των μελλοντικών συναντήσεων με το γιατρό⁶.

4.10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ.

Ο ρόλος των Νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός γιατί βοηθάει τον ασθενή και τον προστατεύει από πολλούς κινδύνους ενώ, συγχρόνως, βοηθάει την θεραπευτική ομάδα στην καλύτερη και ασφαλέστερη θεραπευτική άσκηση γιατί συμβάλλουν:

- 1) Στην παρακολούθηση για πιθανές επιπτώσεις της μυελοτοξικότητας από τη χημειοθεραπεία αλλά και την ακτινοθεραπεία:
 - Ø Η συστηματική παρακολούθηση της θερμοκρασίας μπορεί να αποκαλύψει πυρετό που να οφείλεται σε αρχόμενη λοίμωξη ως αποτέλεσμα λευκοπενίας από τη χημειοθεραπεία.
 - Ø Η συστηματική εξέταση του δέρματος, π.χ. κατά τη διάρκεια της καθαριότητας ή της αλλαγής ρούχων, για εκχυμώσεις μπορεί να αποκαλύψει εγκαίρως θρομβοπενία από την θεραπεία. Το ίδιο μπορεί να αποκαλυφθεί, αν παρατηρήσει κατά την εφαρμογή ενδομυϊκών ενέσεων εκχυμώσεις στους γλουτούς. Επίσης, μπορεί να επισημάνει εγκαίρως την παρουσία αίματος στα ούρα, κ.λ.π.
- 2) Στην πρόληψη της βλεννογονίτιδας ή και της μυκητιασικής στοματίτιδας από χημειοθεραπεία, παροτρύνοντας και διευκολύνοντας προληπτικές πλύσεις του στόματος, γαργαρισμούς κ.λ.π. Επίσης μπορεί να επισημάνει μια τέτοια επιπλοκή, ώστε να εφαρμοστεί εγκαίρως η κατάλληλη θεραπεία.

- 3) Έλεγχος για άλλες εκδηλώσεις τοξικότητας όπως μείωση της ποσότητας των ούρων, μεταβολές της καρδιακής λειτουργίας (πτώση αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδίας, κ.λ.π.) αλλεργικές εκδηλώσεις, βήχας, δύσπνοια, κ.λ.π.
- 4) Σημαντική για την καλύτερη ρύθμιση των προβλημάτων του ασθενούς είναι η αναφορά του νοσηλευτικού προσωπικού για εκδηλώσεις από το γαστρεντερικό σύστημα των ασθενών από χημειοθεραπεία. Η διάρροια και η δυσκοιλιότητα μπορούν να είναι αντιμετωπιστούν. Η μη πρόσληψη υγρών, όπως και η απώλεια υγρών εξαιτίας πολλών εμέτων, πρέπει, επίσης να αναφερθεί για να αντιμετωπιστεί.
- 5) Ειδικότερα για τους εμετούς, οι παρατηρήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού (αριθμός εμέτων, είδος, ποσότητα, διάρκεια, χρονική απόσταση από την θεραπεία, κ.λ.π.), όχι μόνο συμβάλλουν καθοριστικά στην οξεία αντιμετώπιση, αλλά και ρυθμίζουν την (πιθανώς αυξημένη) αντιέμεση που πρέπει να χορηγηθεί σε επόμενους κύκλους.
- 6) Οι Νοσηλευτές παρατηρούν την ομαλή ροή των ενδοφλέβιων διαλυμάτων, ώστε να επισημανθεί νωρίς τυχόν κακή λειτουργία του αγγείου ή των συσκευών και να προληφθούν τόσο η εξαγγείωση όσο και η πιθανή αλλοίωση του διαλύματος από παρατεταμένη παραμονή του.
- 7) Έλεγχος για άλλες επιπτώσεις της νοσηλείας, όπως κατακλίσεις, αποστήματα από ενέσεις, εξέλιξη καρκινικών ελιών, επιμολύνσεις εξελκωμένων βλαβών, φλεβοθρομβώσεις, κ.λ.π.

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αναπτύξει, επίσης, ρόλους προς την κατεύθυνση των υγιών συγγενών και να δημιουργούν θετική σχέση που μπορεί να προβαίνει σε:

- ☐ Παρότρυνση των ασθενών για καλή συνεργασία στην εφαρμογή των δύσκολα αποδεκτών καρκινικών θεραπειών.
- ☐ Ενθάρρυνση των ασθενών που αναστέλλονται στην θεραπεία λόγω φόβου ή υπερτονισμού των ανεπιθύμητων ενεργειών. Ιδιαίτερος εποικοδομητικός είναι ο ρόλος των Νοσηλευτών σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού και σε όσους αρρώστους η αλωπεκία αποτελεί παράγοντα αποτρεπτικό της θεραπείας.
- ☐ Υποστήριξη των ασθενών με συνομιλία για απλά, καθημερινά ζητήματα.
- ☐ Υποστήριξη των συγγενών.

- Ø Παρότρυνση των συγγενών για συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης ή για προσυμπτωματικό έλεγχο σε ατομική βάση.
- Ø Συμβολή στην εξασφάλιση ανθρώπινων συνθηκών και αξιοπρεπούς νοσηλείας για τους ανίατους ασθενείς και τους ασθενείς τελικού σταδίου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει σε όλες τις διαδικασίες αποκατάστασης και η ευαισθητοποίηση και η κατάλληλη εκπαίδευσή του είναι αυτονόητες⁶.

4.11. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ – Ο ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο με καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Έτσι, η Κοινοτική Νοσηλευτική έρχεται να δώσει λύσεις και να προσφέρει τη βοήθειά της και στα άτομα με καρκίνο μαστού, πέρα από το νοσοκομειακό πλαίσιο.

Ο ρόλος του Νοσηλευτή είναι πολυδύναμος και καθοριστικός μέσα στο τροποποιημένο αυτό σύστημα νοσηλείας (κατ’ οίκον νοσηλεία). Η κατ’ οίκον νοσηλεία στηρίζεται στην ολιστική θεώρηση των βιολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών, τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειάς του.

Γι’ αυτό προϋποθέτει υψηλό επίπεδο κατάρτισης και απαιτεί κλινική και επιστημονική δεξιότητα, οργανωτικές, ηγετικές και διδακτικές ικανότητες που θα ανατροφοδοτούνται συνεχώς, ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στον πολυδιάστατο ρόλο τους που είναι:

- 1) Να ελέγχει κατά πόσο τηρούνται τα απαραίτητα κριτήρια για την νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι και να παρεμβαίνει στην ελαχιστοποίηση και γεφύρωση αρνητικών παραγόντων που τυχόν μπορεί να προκύψουν.
- 2) Να παράγει νοσηλεία με εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, όπως ενεσοθεραπεία, χορήγηση φαρμάκων, χορήγηση οξυγόνου.
- 3) Να συνεργάζεται με τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας και να συντονίζει ενέργειες απευθυνόμενες σε κοινωνικές – υγειονομι-

κές και άλλες υπηρεσίες που σχετίζονται με τα προβλήματα του αρρώστου.

- 4) Να διδάσκει νοσηλεύοντας τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένει-
ας που επωμίζονται τις ευθύνες νοσηλείας του.
- 5) Οι Νοσηλευτές είναι πολύτιμοι σύμβουλοι της οικογένειας στα
προβλήματα που τυχόν προκύπτουν, ενθαρρύνοντας και βοηθώντας
τους να ολοκληρώσουν το έργο.
- 6) Εκπαιδεύει και ευαισθητοποιεί εθελοντές για την πλαισίωση και
στελέχωση της ομάδας «Νοσηλεία στο σπίτι».
- 7) Ενδιαφέρεται για τη συνεχή επιμόρφωση της ομάδας και τον προ-
σανατολισμό του νέου προσωπικού.
- 8) Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες
των χρονίως πασχόντων, με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και λύ-
σεων προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση.
- 9) Υποστηρίζει τις πνευματικές ανάγκες του αρρώστου διευκολύνο-
ντας την εκπλήρωση των θρησκευτικών του καθηκόντων.

Οι Νοσηλευτές στην κατ' οίκον νοσηλεία, κινούνται μέσα σε ένα
ευρύ φάσμα προσφοράς στον άνθρωπο, μπορούν να δώσουν από τις πιο
απλές φροντίδες μέχρι και τις πιο εξειδικευμένες⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Έχει αναγνωρισθεί προ πολλού ότι ο καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από μια ισχυρή γενετική συνιστώσα. Επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς έδειξαν ότι ποσοστό μέχρι και 10% των γυναικών της Βόρειας Αμερικής θα αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους καρκίνο τέτοιας μορφής. Επιπλέον ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε μια γυναίκα αυξάνεται έως και τρεις φορές εάν έχει ήδη προσβληθεί κάποια συγγενής πρώτου βαθμού, ενώ εάν πάνω από ένας πρώτου βαθμού συγγενής έχει προσβληθεί από τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου ο κίνδυνος ενδέχεται να αυξηθεί έως και δέκα φορές. Οι οικογενείς κίνδυνοι αυξάνονται ακόμη περισσότερο εάν η ασθένεια εμφανισθεί σε άτομα κάτω των 40 ετών. **Παρ' όλο που ακόμη και στο 20% όλων των περιστατικών καρκίνου του μαστού μπορεί να υπάρχει μια σημαντική γενετική συνιστώσα, ως τμήμα ενός μηχανισμού πολυπαραγοντικής ή πολυγονιδιακής κληρονομιάς, ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων φαίνεται να οφείλεται σε μια κληρονομική, μεντελικά μεταβιβαζόμενη επικρατή προδιάθεση για καρκίνο του μαστού.** Οι οικογένειες αυτές εμφανίζουν κοινά χαρακτηριστικά οικογενούς καρκίνου (σε αντίθεση με τον σποραδικό): μεγάλο αριθμό προσβεβλημένων γυναικών, μικρότερη ηλικία εμφάνισης, συχνή αμφοτερόπλευρη εμφάνιση του όγκου και αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού στους άνδρες.

Πληθυσμιακές μελέτες υποδηλώνουν ότι 2% έως 5% των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού οφείλονται σε κληρονομική ενός μείζονος προδιαθεσικού γονιδίου. Σε μελέτες ανάλυσης γενετικής σύνδεσης, σε οικογένειες με πρώιμα εμφανιζόμενους οικογενείς καρκίνους του μαστού, έχει χαρτογραφηθεί ένα επικρατές γονίδιο στον μεγάλο βραχίονα του χρωμοσώματος 17, που σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στην εμφάνιση αυτής της μορφής της νόσου. Αυτό το προδιαθεσικό αλληλόμορφο υπολογίζεται ότι έχει συχνότητα 0,003. Επομένως, η συχνότητα των γυναικών-φορέων εκτιμάται ότι προσεγγίζει το 1%. Αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν επίσης ότι η ευαισθησία στον καρκίνο του μαστού είναι γενετικά ετερογενής. Στις περιπτώσεις που ο οικογενής καρκίνος εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται ότι ευθύνονται ένα ή περισσότερα άλλα γονίδια, δεδομένου ότι στις συγκεκριμένες οικογένειες δεν διαπιστώνεται γενετική σύνδεση με τον γενετικό τόπο του χρωμοσώματος 17q⁸.

Η αυξημένη λήψη αντιβιοτικών συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής μορφής καρκίνου του μαστού. Ο συσχετισμός αυτός ισχύει για διάφορες κατηγορίες αντιβιοτικών.

Γυναίκες που πήραν αντιβιοτικά για περισσότερες από 500 ημέρες για περίοδο 17 ετών, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με γυναίκες που δεν πήραν καθόλου αντιβιοτικά. Ο κίνδυνος είναι μικρότερος για γυναίκες που πήραν λιγότερες ποσότητες αντιβιοτικών.

Η σχέση μεταξύ λήψης αντιβιοτικών και καρκίνου του μαστού βρέθηκε σε μεγάλη έρευνα που έγινε από ερευνητές του Εθνικού Ινστιτούτου Καρκίνου και του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον των Ηνωμένων Πολιτειών.

Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν 10.219 γυναίκες για τις οποίες υπήρχαν μηχανογραφημένα στοιχεία αναφορικά με το ιατρικό τους ιστορικό και τα αντιβιοτικά που είχαν λάβει κατόπιν ιατρικής συνταγής. Από το σύνολο των γυναικών οι 2.266 είχαν καρκίνο μαστού ενώ οι υπόλοιπες 7.953 δεν είχαν την ασθένεια.

Όσο περισσότερες, δηλαδή, μέρες στη ζωή τους οι γυναίκες λάμβαναν αντιβιοτικά τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες είχαν για να υποστούν καρκίνο του μαστού, ο οποίος, μάλιστα, στις περιπτώσεις αυτές ήταν σοβαρός με συχνά θανατηφόρα εξέλιξη¹⁸.

Επιπρόσθετα, μια παλιότερη έρευνα από τη Φιλανδία, στην οποία έλαβαν μέρος 10.000 γυναίκες, είχε και πάλι δείξει συσχετισμό μεταξύ λήψης αντιβιοτικών και αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του μαστού¹⁸.

Κατά τα τελευταία χρόνια, διεξήχθησαν κι άλλες έρευνες από το Ηνωμένο Βασίλειο από επιστήμονες του Πανεπιστημίου του Reading, σχετικά με τις ουσίες parabens, οι οποίες χρησιμοποιούνται ως αντιμικροβιακά συντηρητικά σε χιλιάδες προϊόντα όπως αποσμητικά, αντιιδρωτικά, τρόφιμα, φαρμακευτικά σκευάσματα και άλλα προϊόντα με ευρεία κατανάλωση. Οι ουσίες αυτές έχουν ιδιότητες που μιμούνται εκείνες των γυναικείων ορμονών. Έχουν δράσεις ανάλογες με εκείνες των οιστρογόνων και προκαλούν αυξημένη έκφραση των γονιδίων για τους υποδοχείς της προγεστερόνης.

Οι προκαταρκτικές έρευνες των επιστημόνων του Πανεπιστημίου του Reading, δημιούργησαν υποψίες ότι **τα parabens και άλλες χημικές ουσίες που τοποθετούνται κάτω από τη μασχάλη, πιθανόν να συμβάλουν στην αυξανόμενη συχνότητα νέων περιστατικών καρκίνου του μαστού.**

Εξέτασαν 20 καρκίνους του μαστού και μέτρησαν τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών.

Τα ευρήματά τους έδειξαν ότι όλα τα δείγματα καρκίνου του μαστού που εξέτασαν, περιείχαν αναλλοίωτα τα parabens. Αυτό δείχνει ότι

τα συντηρητικά αυτά απορροφώνται από το δέρμα και συσσωρεύονται στο μαστό¹⁸.

Πρόσφατα, έρευνες που έγιναν από διαφορετικές ομάδες γιατρών έδειξαν ότι **οι ορμονικές θεραπείες αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού**. Αρχικά, τα πρώτα ανησυχητικά αποτελέσματα βρέθηκαν για τις ορμονικές θεραπείες αντικατάστασης που περιέχουν μόνο οιστρογόνα.

Τώρα, έρευνα γιατρών από το Ηνωμένο Βασίλειο που συμπεριέλαβε 1.000.000 γυναίκες ηλικίας από 50-64 ετών, έφερε στην επιφάνεια στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν συνδυασμένη ορμονική θεραπεία αντικατάστασης με οιστρογόνα και προγεστερόνη, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πάθουν καρκίνο μαστού.

Επιπρόσθετα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι **ο κίνδυνος για τις γυναίκες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού γίνεται πιο μεγάλος με την αύξηση του χρόνου που παίρνουν την ορμονική θεραπεία**. Ο κίνδυνος προσβολής τους από τον καρκίνο γίνεται αισθητός ήδη από τον πρώτο ή δεύτερο χρόνο που λαμβάνουν την ορμονική θεραπεία. Όταν σταματήσουν την θεραπεία αυτή, ο κίνδυνος εξαφανίζεται γρήγορα.

Οι γιατροί που έκαναν την έρευνα υπολόγισαν ότι οι θεραπείες ορμονικής αντικατάστασης που χορηγήθηκαν κατά τα τελευταία 10 χρόνια στο Ηνωμένο Βασίλειο προκάλεσαν 20.000 επιπρόσθετα περιστατικά καρκίνου του μαστού σε γυναίκες ηλικίας μεταξύ 50 και 64 ετών. Τα 15.000 περιστατικά υποστηρίζουν ότι οφείλονταν στη συνδυασμένη θεραπεία οιστρογόνων και προγεστερόνης¹⁸.

Αντίθετη άποψη εξέφρασαν ερευνητές από την Αυστραλία, οι οποίοι, πρόσφατα, ανακάλυψαν ότι περίπου **42% των καρκίνων του μαστού περιέχουν τον ιό ΗΗΜΤV**. Επίσης, ο ίδιος ιός ανακαλύφθηκε ότι υπάρχει σε 50% των καρκίνων μαστού των ανδρών.

Ο ΗΗΜΤV θεωρείται από τους ερευνητές ο αντίστοιχος ιός στον άνθρωπο αυτού που υπάρχει στους ποντικούς, που ονομάζεται ΜΜΤV και ο οποίος προκαλεί το 95% των καρκίνων μαστού στους ποντικούς.

Μετά από τις έρευνες των Αυστραλών γιατρών, άλλοι ερευνητές μελέτησαν δείγματα καρκίνων μαστού από άλλες χώρες. Διαπιστώθηκε ότι **υπάρχουν γεωγραφικές διακυμάνσεις στη σχέση καρκίνου μαστού και ιού ΗΗΜΤV**.

Συγκεκριμένα, ενώ στην Αυστραλία το ποσοστό των καρκίνων του μαστού που ήταν θετικοί για τον εν λόγω ιό είναι 42%, στην Τυνησία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 74%. Στην Ιταλία 38%, στις ΗΠΑ 36% στην Αργεντινή 31%. Αντίθετα, στο Βιετνάμ δεν ξεπερνά το 1%.

Το γεγονός ότι σε σημαντικό ποσοστό καρκίνων του μαστού στις γυναίκες και τους άνδρες, βρέθηκε ότι υπάρχει ο ιός HHMTV, οδήγησε μερικούς ερευνητές να εκφράσουν την υπόθεση ότι ο ιός αυτός είναι μία από τις αιτίες στην οποία οφείλεται ένας μεγάλος αριθμός καρκίνων του μαστού¹⁸.

Έρευνες που ακολούθησαν, ασχολήθηκαν με την πρόληψη καρκίνου του μαστού καθώς και με την θεραπεία του.

Όσον αφορά την πρόληψη διατυπώθηκε ότι **η σωματική άσκηση μέτριας έντασης μπορεί να αποτελεί ένα σημαντικό τρόπο πρόληψης καρκίνου του μαστού**. Η σωματική άσκηση συμβάλλει στην πρόληψη κατά του καρκίνου του μαστού ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν είναι έντονη ή μέτριας μορφής αλλά ελαφριά. Περισσότερος χρόνος άσκησης προσφέρει περισσότερη προστασία.

Ποτέ δεν είναι αργά για μια γυναίκα να αρχίσει να ασκεί το σώμα της είτε με το περπάτημα είτε με κάποιο άλλο τρόπο. Η σωματική άσκηση ακόμη και όταν αρχίζει αργά στη ζωή, μπορεί να βοηθά εναντίον του καρκίνου του μαστού. Δραστηριότητες μέτριας έντασης μπορεί να είναι το περπάτημα, η ποδηλασία και το απλό κολύμπι.

Τα σημαντικά αυτά δεδομένα έχουν προκύψει από έρευνα που έγινε σε 74.171 γυναίκες ηλικίας 50-79 ετών και που διήρκεσε 6 χρόνια από το 1993-1998.

Πρόκειται για την ίδια μεγάλη έρευνα που το καλοκαίρι του 2002 είχε δείξει ότι η ορμονική θεραπεία αντικατάστασης που δίνεται στις γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση έχει περισσότερους κινδύνους παρά ευεργετικά αποτελέσματα. Είχε, μάλιστα, δείξει ότι η εν λόγω θεραπεία αύξανε στις γυναίκες αυτές τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού¹⁸.

Τέλος, όσον αφορά την θεραπεία καρκίνου του μαστού, έχει αποδειχτεί ότι **η ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για επανεμφάνιση της νόσου στο μαστό και στις γειτνιάζουσες περιοχές**.

Η ακτινοθεραπεία μετά από μαστεκτομή μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των ασθενών.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι **η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης και για τις ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού**. Η πιο πιθανή εξήγηση για το γεγονός ότι υπάρχει βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών λόγω ακτινοθεραπείας μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση στα αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, είναι ότι επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της ασθένειας τοπικά.

Η ακτινοθεραπεία μετά από αφαίρεση του όγκου, μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισής του, στην περιοχή που αρχικά εμφανίστηκε. Πετυχαίνοντας αυτό, μειώνει τον κίνδυνο για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού.

Η χρησιμότητα της ακτινοθεραπείας στα αρχικά στάδια του καρκίνου στάδια του καρκίνου του μαστού εξετάστηκε από ερευνητές από το Βέλγιο και τις Ηνωμένες Πολιτείες οι οποίοι αξιολόγησαν 15 διεθνείς θεραπευτικές δοκιμές στις οποίες έλαβαν μέρος περισσότερες από 9.000 γυναίκες.

Όλες οι γυναίκες στις εν λόγω μελέτες, είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση όγκου (συντηρητική προσέγγιση) για αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού. Από αυτές περίπου οι μισές, έλαβαν ακτινοθεραπεία.

Στην ανάλυσή τους οι γιατροί διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, οι οποίες δεν λάμβαναν ακτινοθεραπεία μετά από τη συντηρητική χειρουργική επέμβαση είχαν 8,6% μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων σε σύγκριση με αυτές οι οποίες λάμβαναν ακτινοθεραπεία. Οι γυναίκες που δεν έπαιρναν ακτινοθεραπεία, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τοπική υποτροπή της ασθένειάς τους.

Σύμφωνα με τις συστάσεις των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, η ακτινοθεραπεία είναι αναγκαία για όλες τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται με συντηρητική επέμβαση (ογκεκτομή) για καρκίνο του μαστού.

Επίσης, για τις πλείστες περιπτώσεις συστήνεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί να σκοτώσει όλα τα υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να παραμένουν είτε τοπικά στο μαστό είτε αλλού στο σώμα¹⁸.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1:

Η κυρία Α.Χ. που νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική του Γ.Ν. Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου» ηλικίας 46 ετών, εισήλθε την 16/8/2005 με τα εξής συμπτώματα:

- Ø Ψηλαφητό μώρφωμα στο δεξιό μαστό
- Ø Εισολκή της θηλής
- Ø Οίδημα
- Ø Πόνος και δυσφορία.

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική έγιναν οι απαραίτητες εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις, ακτινογραφία θώρακα και πνεύμονα καθώς επίσης καρδιολογική και αναισθησιολογική εκτίμηση. Η ασθενής έφερε μαζί της μαστογραφία και υπερηχογράφημα μαστών. Έγινε βιοψία και κατόπιν απαντήσεως της συνεστήθη μαστεκτομή.

Οι ιατρικές οδηγίες που δόθηκαν, ανέφεραν τα παρακάτω:

- Ø Να τεθούν: ορός Ringer's 1000cc x 1 και Sodium chloride 1000cc x 1
- Ø Να χορηγηθούν: Lexotanil 1.5mg 1x1 επί έντονης ανησυχίας.
- Ø Δίαιτα: Ελαφριά κατά την εισαγωγή της ασθενούς. Το τελευταίο γεύμα να περιλαμβάνει φιδέ και την ημέρα της επέμβασης να μη ληφθεί τίποτα per os.
- Ø Να γίνει η κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
* Η ασθενής παρουσιάζει έντονη ανησυχία και άγχος για την επέμβαση.	* Ψυχολογική και σωματική προετοιμασία της ασθενούς για την επέμβαση	* Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. * Έλεγχος ζωτικών σημείων. * Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων επί ανησυχίας. * Παρότρυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της. * Παρότρυνση των συγγενών για την υποστήριξη της ασθενούς. * Προεγχειρητική ετοιμασία ασθενούς.	* Εξασφαλίστηκε ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον. * Παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. * Χορηγήθηκε 1tb Lexotanil επί έντονης ανησυχίας στις 10μ.μ. * Εξέφρασε τους φόβους και τις ανησυχίες της, το αίσθημα ανασφάλειας, αβεβαιότητας και τις απορίες που την απασχολούσαν. * Πραγματοποιήθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς.	* Η ασθενής κατάφερε να κοιμηθεί τις πρώτες πρωινές ώρες μετά τη χορήγηση του ηρεμιστικού. * Ένιωθε ήρεμη και ανακουφισμένη μετά τη συζήτηση με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς της. * Εισήλθε στο χειρουργείο κατάλληλα προετοιμασμένη.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>* Η ασθενής παρουσιάζει σημάδια κατάθλιψης, καταβολή δυνάμεων, τάση για εμετό και πόνο.</p>	<p>* Μείωση και εξάλειψη σε κάποιο βαθμό των αρνητικών συναισθημάτων που την καταβάλουν.</p> <p>* Ελάττωση των συμπτωμάτων που εμφανίστηκαν μετεγχειρητικά.</p>	<p>* Ενεργός συμπαράσταση της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό με σκοπό να την παροτρύνει να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματα που δημιουργήθηκαν μετά την επέμβαση.</p> <p>* Ενημέρωση της ασθενούς για τις ώρες επισκεπτηρίου στη ψυχολόγο.</p> <p>* Χορήγηση ενημερωτικών φυλλαδίων για ότι αφορά τη νόσο και τη θεραπεία.</p> <p>* Εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών ως προς τη φαρμακευτική αγωγή:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιεμετικών (Primperan). - Χορήγηση παυσίπονων (Aprotel). - Χορήγηση αντιβιοτικών (Flagyl, Zinacef). <p>* Λήψη ζωτικών σημείων.</p> <p>* Αλλαγή τραύματος σε συνεργασία με τους γιατρούς.</p> <p>* Κινητοποίηση της ασθενούς.</p>	<p>* Η ασθενής ήρθε σε επαφή με τη ψυχολόγο.</p> <p>* Εφαρμόστηκαν οι ιατρικές οδηγίες.</p> <p>* Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο.</p> <p>* Έγινε αλλαγή τραύματος σε συνεργασία με τους γιατρούς.</p> <p>* Πραγματοποιήθηκε η κινητοποίηση της ασθενούς.</p>	<p>* Η ασθενής ενημερώθηκε για τη νόσο και τη θεραπεία.</p> <p>* Άρχισε να ανακτά τις δυνάμεις της, αλλά δεν έχει αποβάλλει όλα τα αρνητικά συναισθήματα μετά την τραυματική εμπειρία της επέμβασης.</p> <p>* Εξακολουθεί να νιώθει κατάθλιψη.</p> <p>* Συνεχίζει τις συναντήσεις με τη ψυχολόγο.</p> <p>* Παρότρυνση να επιστρέψει σε προηγούμενες δραστηριότητές της.</p> <p>* Συζητούνται και προτείνονται λύσεις για τη βελτίωση της αισθητικής της εικόνας (προσθήκη τεχνητού στήθους ή ειδικών στηθόδεσμων).</p>

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2:

Η κυρία Κ.Γ. που νοσηλεύτηκε στη χειρουργική κλινική του Γ.Ν. Πύργου «Ανδρέας Παπανδρέου» ηλικίας 44 ετών, εισήλθε την 12/9/2005 με τα εξής συμπτώματα:

- Ø Πάχυνση δέρματος του μαστού.
- Ø Ερυθρότητα δέρματος.
- Ø Δέρμα με όψη φλούδας πορτοκαλιού.
- Ø Αιμορραγικό έκκριμα από τη θηλή και κνησμός.

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική έγιναν αιματολογικές εξετάσεις για ανίχνευση καρκινικών δεικτών, ακτινογραφία θώρακα και πνεύμονα καθώς η επίσης η ασθενής έφερε μαστογραφία και υπερηχογράφημα μαστών. Συνεστήθη ακτινοθεραπεία και δόθηκαν ιατρικές οδηγίες που ανέφεραν τα παρακάτω:

- Ø Να τεθούν: ορός Dextrose water 1000cc x 1 και Sodium chloride 1000cc x1.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> * Παρουσιάζει στοχεία απαισιοδοξίας, εναλλαγές διάθεσης, κατάθλιψη και φοβίες για το αποτέλεσμα της θεραπείας. * Κνησμός, πόνος, δυσφορία. 	<ul style="list-style-type: none"> * Καταστροφή της νόσου και ανακούφιση της ασθενούς από τα συμπτώματά της. * Ψυχολογική υποστήριξη και σωματική προετοιμασία. * Εφαρμογή και προαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας της ασθενούς κατά την ακτινοθεραπεία. 	<ul style="list-style-type: none"> * Εξασφάλιση ιδανικού περιβάλλοντος για την ασθενή. * Συζήτηση με την ασθενή και φιλική προσέγγιση από μέρους του νοσηλευτή. * Μείωση έως και εξαφάνιση της αρνητικής συμπεριφοράς και των φοβιών της. * Εξασφάλιση απαραίτητης και κατάλληλης ενημέρωσης. * Εφαρμογή ιατρικών οδηγιών: <ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αναλγητικών (Apotel). - Χορήγηση αντιβιοτικών (Flagyl, Dalacin) - Δίαιτα ελαφριά πλούσια σε λευκώματα και βιταμίνες. 	<ul style="list-style-type: none"> * Εξασφαλίστηκε ιδανικό περιβάλλον. * Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι συγγενείς συμπαραστήκονται τονίζοντας ότι πρέπει να κάνει υπομονή για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. * Απαντήθηκαν ερωτήσεις και απορίες της ασθενούς και δόθηκαν προφορικές και γραπτές πληροφορίες. * Εφαρμόστηκαν οι ιατρικές οδηγίες. * Η ασθενής προετοιμάστηκε κατάλληλα για την ακτινοθεραπεία. 	<ul style="list-style-type: none"> * Διεκπεραιώθηκε η ακτινοθεραπεία και η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς. * Η ασθενής αποδέχτηκε την παρούσα κατάσταση και συνεργάστηκε με το παρόν θεραπευτικό σχήμα. * Συνεχίζει να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>* Η ασθενής παρουσιάζει λεμφοίδημα, υπέρχρωση και ερύθημα του μαστού, ανορεξία, κόπωση και απώλεια βάρους.</p>	<p>* Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.</p> <p>* Υποστήριξη ψυχολογική και σωματική.</p>	<p>* Εφαρμογή συμπτωματικής θεραπείας σύμφωνα με ιατρικές εντολές.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Καθαρισμός της ακτινοβολούσας περιοχής με χλιαρό νερό. - Αποφυγή χρήσης ερεθιστικών ουσιών. - Τοποθέτηση στην περιοχή ουδέτερων αμυλούχων αλοιφών. - Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών φαρμάκων. <p>* Μεσολάβηση του νοσηλευτικού προσωπικού με διαιτολόγο και εφαρμογή των οδηγιών της.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Καλή σίτιση και ενίσχυση με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες. - Ενυδάτωση ασθενούς. 	<p>* Εφαρμόστηκαν οι ιατρικές εντολές.</p> <p>* Εφαρμόστηκαν οι εντολές της διαιτολόγου ώστε να κατασταθεί η καλύτερη φυσική κατάσταση της ασθενούς.</p>	<p>* Αντιμετωπίστηκαν το λεμφοίδημα, η υπέρχρωση και το ερύθημα.</p> <p>* Συνεστήθη ιδιαίτερη προσοχή για την περίπτωση του λεμφοιδήματος και δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες.</p> <p>* Επανήλθε στη κανονική φυσική της κατάσταση.</p> <p>* Συνεχίζει την επαφή της με την διαιτολόγο.</p> <p>* Έρχεται σε επαφή με ψυχολόγο για την αντιμετώπιση υπολειπόμενων ψυχολογικών προβλημάτων.</p> <p>* Συνεχίζει την ιατρική παρακολούθηση και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.</p>

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Διεκπεραιώνοντας την εργασία αυτή, διαπίστωσα πως ο καρκίνος του μαστού αποτελεί ένα αρκετά πολυδιάστατο νόσημα.

Η προσπάθεια αποκατάστασης γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του μαστού είναι σίγουρα μία επίπονη και ιδιαίτερα απαιτητική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και για την ανίχνευση των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων.

Ωστόσο, δεν πρέπει ποτέ να μας διαφεύγει ότι οι ανάγκες των ασθενών που πάσχουν, δεν ταυτίζονται πάντα με τις επιστημονικές ανάγκες και επιδιώξεις όσων έχουν το «προνόμιο» να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύσουν το νόσημα αυτό.

Οι ασθενείς με καρκίνο μαστού είναι άτομα με αρκετές ιδιαιτερότητες και εκδηλώνουν συχνά νευρικότητα, επιθετικότητα, αρνητισμό και άλλα.

Πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον και το γιατρό, σημαντικό ρόλο καλείται να επιτελέσει και ο Νοσηλευτής, τόσο κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και θεραπείας της νόσου και παροχής φροντίδας εντός του νοσοκομείου όσο και εκτός του νοσοκομείου, στην κοινότητα.

Ο Νοσηλευτής, εκτός από τις νοσηλευτικές αρμοδιότητες που θα προσφέρει με ιδιαίτερη προσοχή, καλείται να στηρίξει ηθικά τον ασθενή αλλά και την οικογένειά του. πρέπει να είναι οπλισμένος με υπομονή και επιμονή και να αναπτύξει μία σωστή επικοινωνία μαζί του, έτσι ώστε να εξωτερικεύει τις αδυναμίες, τα συναισθήματα και τους φόβους του, σε ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας που έχει δημιουργηθεί.

Η σημασία του νοσηλευτικού έργου σε αυτήν την κατηγορία ασθενών είναι μεγάλη και για το λόγο αυτό πρέπει να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία και κατανόηση.

Τέλος, για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι προτάσεις που θέτει η Νοσηλευτική για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και τη στήριξη των ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να υπάρξει μεγάλη κοινωνική ευαισθητοποίηση και πολιτική θέσπιση θεσμών.

Επομένως, για να επιτευχθεί η βέλτιστη ποιότητα σε ολόκληρη την αλυσίδα περίθαλψης καρκίνου του μαστού απαιτούνται επειγόντως:

- Ø Περισσότερη ενημέρωση του κοινού για την νόσο.
- Ø Επισήμανση της σπουδαιότητας προληπτικού ελέγχου.
- Ø Εντατικοποίηση έρευνας για πρόληψη της νόσου.
- Ø Περαιτέρω εξέλιξη των κατευθυντήριων γραμμών για το μαστογραφικό έλεγχο.
- Ø Ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών για διεπιστημονικά κέντρα μαστού.
- Ø Κατάρτιση περαιτέρω εθνικών μητρώων καρκίνου.
- Ø Συντονισμός των εθνικών πολιτικών και ανάδειξη της βέλτιστης πρακτικής κατά την καταπολέμηση του καρκίνου του μαστού¹⁹.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Nea Kriti news - <http://216.121.128.49/news> - Ελλάδα

Καρκίνος μαστού -Ελπίδες..! - 07 Νοεμβρίου 2003 -12:20

Εμπειρογνώμονες για τον καρκίνο του μαστού απέδειξαν τη δυνατότητα να εμποδίσουν, ακόμη και να ανατρέψουν, την εξέλιξη αυτού του καρκίνου στα ποντίκια, επεμβαίνοντας σε ένα γονίδιο που μοιάζει με αναστολέα της νόσου, σύμφωνα με εργασίες τους που παρουσίασαν στο 24ο συνέδριο της Διεθνούς Ένωσης για την Έρευνα Κατά του Καρκίνου του Μαστού, στις αρχές της εβδομάδας, στο Σακραμέντο της Καλιφόρνιας. Η ανακάλυψη αυτή προσδιορίζει την ταυτότητα νέων μοριακών στόχων για φάρμακα που να προλαμβάνουν ή και να εξαλείφουν τον καρκίνο του μαστού στη γυναίκα, σύμφωνα με την ομάδα Αμερικανών, Καναδών και Ελβετών ερευνητών που διεξήγαγαν τη μελέτη. «Είναι πολύ ενθαρρυντικό. Τα αποτελέσματά μας συνιστούν ένα μέσο τροποποίησης της βιολογικής εξέλιξης του καρκίνου του μαστού, για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικότερα ή ακόμη καινά προληφθεί», δήλωσε ο Ρόμπερτ Κάρντιφ, καθηγητής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, επικεφαλής της μελέτης. Οι επιστήμονες κατάφεραν να αποδείξουν ότι η απενεργοποίηση ενός μόνο γονιδίου που ονομάζεται beta-1 integrine ήταν αρκετή για την πρόληψη ή τη διακοπή της ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού σε ποντίκια. Το γονίδιο αυτό ρυθμίζει τη φυσιολογική ανάπτυξη των κυτταρικών ιστών του μαστού και την επιβίωση τους. Αν η λειτουργία του διαταραχτεί, μπορεί να προκαλέσει το σχηματισμό όγκων. Οι ερευνητές μπόρεσαν να απενεργοποιήσουν το γονίδιο αυτό, παρεμποδίζοντας την ανάπτυξη του καρκίνου του μαστού στα ποντίκια με ευαισθησία στη νόσο ή σε άλλα ήδη προσβεβλημένα από την ασθένεια. «Η μελέτη αυτή δείχνει ότι η παρουσία του γονιδίου είναι απολύτως καθοριστική στην ανάπτυξη των όγκων του μαστικού αδένου. Τώρα έχουμε ένα καλό στόχο και η πρόκληση είναι να ορίσουμε ένα φάρμακο που μπορεί να αναστέλλει τη δραστηριότητα του», εξήγησε ο Ουίλιαμ Μίλερ, καθηγητής Βιοχημείας στο Πανεπιστήμιο Μακ Γκιλ του Μόντρεαλ, και συνεπικεφαλής της μελέτης. Παράλληλα, στη Βασιλεία της Ελβετίας, όπου εδρεύει, ο φαρμακευτικός όμιλος Roche ανακοίνωσε την έγκριση στην Ευρωπαϊκή Ένωση του φαρμάκου του, Bondronat, για τις ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του μαστού με μεταστάσεις στα οστά. «Η έγκριση αυτή», διευκρινίζει ο Roche, «αυξάνει σημαντικά τον αριθμό των καρκινοπαθών που μπορούν να ωφεληθούν από το Bondronat». Σύμφωνα με τον Στέφαν Μαντ, διευθυντή του ογκολογικού προγράμματος του ομίλου, το φάρμακο αυτό είναι «το μόνο διφωσφονικό που απέδειξε αισθητή ανακούφιση στους πόνους που οφείλονται στις οστικές μεταστάσεις σε μια περίοδο δύο ετών, στοιχείο που συνιστά σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών». Το φάρμακο χορηγείται ήδη σε τουλάχιστον 50 χώρες για τη θεραπεία της υπερασβεστιαμίας που οφείλεται στον καρκίνο²⁰.

Εμβόλιο για καρκίνο

Σε 5 χρόνια θα είναι έτοιμο το εμβόλιο για τον καρκίνο του μαστού. Θεαματικά αποτελέσματα στον περιορισμό της νόσου και από 3 νέα φάρμακα

Σε πέντε χρόνια θα είναι έτοιμο το εμβόλιο για τον καρκίνο του μαστού, ενώ θεαματικά αποτελέσματα στον περιορισμό της ανάπτυξης της νόσου δίνουν νέα φάρμακα, όπως τα «Χερσέπτιν», «Ερμπιτούξ» και «Αβάσπιν». Η θεραπεία όμως με τα νέα αυτά φάρμακα είναι πολυέξοδη και ο ασθενής χρειάζεται περίπου 10.000 ευρώ τον μήνα για μια ολοκληρωμένη σειρά.

Ημερίδα

Οι νεότερες εξελίξεις στο θέμα του καρκίνου του μαστού, όπως ανακοινώθηκαν τον τελευταίο καιρό σε διεθνή συνέδρια, θα συζητηθούν σε ημερίδα που θα γίνει το Σάββατο στη Δημοτική Βιβλιοθήκη της Θεσσαλονίκης από την Α' Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου «Γεώργιος Παπανικολάου» και το Ογκολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου «Παναγία».



Οι επιστήμονες Δ. Τσαβδαρίδης (αριστερά) και Ν. Μακραντωνάκης τόνισαν ότι ο καρκίνος του μαστού χτυπά κυρίως τις ηλικίες μετά τα 40.

Όπως εξήγησε χθες στη διάρκεια συνέντευξης Τύπου ο διευθυντής του Ογκολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου «Παναγία», Δημήτρης Τσαβδαρίδης, η παχυσαρκία είναι παράγοντας που αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού, ο οποίος «χτυπά» κυρίως τις ηλικίες μετά τα 40, βρίσκεται σε έξαρση στις ηλικίες 40-49 χρόνων, ενώ το 50% των νέων καρκίνων που ανακαλύπτονται είναι σε γυναίκες πάνω από 65 χρόνων.

Περίπου 230.000 γυναίκες στις ΗΠΑ κάθε χρόνο εμφανίζουν καρκίνο του μαστού και 40.000 πεθαίνουν από αυτή τη νόσο, ενώ για την Ελλάδα τα πιο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι 4.500 γυναίκες είχαν εμφανίσει τη νόσο και 1.139 είχαν καταλήξει.

Διάγνωση

«Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για τις γυναίκες σε όλο τον κόσμο, ενώ η έγκαιρη διάγνωση έχει αποβεί σωτήρια σε πολλές περιπτώσεις», είπε ο διευθυντής της Α' Χειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Γεώργιος Παπανικολάου», Νίκος Μακραντωνάκης, και εξήγησε: «Σε ποσοστό 75% η έγκαιρη διάγνωση γίνεται από την ίδια τη γυναίκα με μια απλή ψηλάφηση, το 85% με μαστογραφία και κλινική εξέταση, ενώ ο συνδυασμός και των τριών μεθόδων οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση μέχρι και 97%».



**ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ**
'ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ'
της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας



ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ

Τα προγράμματα του Κέντρου 'ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ', με γνώση και ευαισθησία, βοηθά τις γυναίκες και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν πραγματικά, κοινωνικά, αλλά και εργασιακά προβλήματα, καθώς και να διεκπεραιώσουν καθημερινές δραστηριότητες που επηρεάζονται από την εμφάνιση και τις συνέπειες της συγκεκριμένης νόσου.

Συγκεκριμένα απευθύνεται:

- Σε όλες τις γυναίκες με πρόσφατη διάγνωση της νόσου
- Σε όλες τις γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο του μαστού και ακολουθούν θεραπευτική αγωγή
- Σε όλες τις γυναίκες που βρίσκονται στα στάδια της αποθεραπείας
- Σε όλες τις γυναίκες που θέλουν να ενημερωθούν για την πρόληψη του καρκίνου του μαστού
- Στο άτομο του στενού οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντός τους



ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ 'ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ'

Το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού 'ΕΛΛΗ ΛΑΜΠΕΤΗ' ιδρύθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας το Μάρτιο του 2002 με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού, καθώς και των οικογενειών τους. Είναι ένα ανεξάρτητο ελληνικό εθελοντιστικό Κέντρο που επικορρογείται από δημόσιους και ιδιωτικούς χορηγούς.

Από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα, το Κέντρο έχει προσφέρει τις υπηρεσίες του σε περισσότερα από 1800 άτομα, παρέχοντας ενημέρωση και υποστήριξη σχετικά με ζητήματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού.

Στο ιδιαίτερα φιλικό και ευχάριστο περιβάλλον του Κέντρου, καταρτισμένοι ψυχολόγοι παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης με ραντεβού, πέραντας τις αρχές του ιατρικού σπορρήθου. Παράλληλα, τα στελέχη του Κέντρου παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη τηλεφωνικά, αγκαλιάζοντας ασθενείς που βρίσκονται στην επαρχία ή δεν μπορούν να μετακινηθούν.



ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΜΑΣ

Το Κέντρο προσφέρει, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση:

- Ενημέρωση σε σχέση με τη νόσο
- Ατομική ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη σε γυναίκες με πρόβλημα καρκίνου του μαστού
- Ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη στις οικογένειές τους, τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά
- Υποστήριξη στη διαδικασία της επανένταξης στο οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον
- Δυνατότητα γνωριμίας και επαφής με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα
- Πολιτισμικές εκδηλώσεις και άλλες δραστηριότητες (ημερίδες, εορταστικές εκδηλώσεις, bazaars, συναυλίες, εκδόσεις ζωγραφικής κτλ).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. <http://www.womansworld.gr>
2. <http://www.stress.gr>
3. <http://www.psychoMedNet HELLAS.gr>
4. Παπανικολάου Νίκου Α., - Παπανικολάου Αλέξη Ν., Γυναικολογία, Έκδοση 3η, Επιστημονικές εκδόσεις «ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», Αθήνα 1994.
5. Desporoulos Agamemnon – Silbernagl Stefan, Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
6. Μόσχου–Κάκκου Αθήνα, MSc., Ογκολογική Νοσηλευτική, Πάτρα Σεπτέμβριος 1999.
7. Μαλγαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ. Νοσηλευτική: Παθολογική –Χειρουργική. Τόμος Β΄, Μέρος 2^ο, Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1997.
8. Thompson M.W. – McInnes R.R. – Willard H.F., Ιατρική Γενετική, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο 2001.
9. Πετρίδης Α., Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Έκδοση 4^η, Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ», Αθήνα 2002.
10. Σαχίνη-Καρδάση Άννα – Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 2000.
11. <http://www.europarl.eu.int>
12. <http://www.biodiag.gr>
13. Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Τόμος Β΄, Οκτώβριος 1998 – Ιανουάριος 1999, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1999.
14. <http://www.ΧΟΓΚ.gr>

15. Goldmann David R., American college of physicians. Ιατρική στον 21ο αιώνα. Διαταραχές του γυναικείου μαστού. Εκδόσεις: «ΔΟΜΙΚΗ» Γκούμας-Κωτσιόπουλος Ο.Ε., Ελλάδα 2000.
16. Μπαρμπούνη-Κωνσταντάκου Ευαγγελία, Ακτινοθεραπεία, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1996.
17. Παπαδόπουλος Ι.Σ.Τ. – Παπαδόπουλος Γ., Φαρμακολογία, Έκδοση 2η, Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος», Αθήνα 1998.
18. <http://www.medlook.net>
19. Smith Tony. The Macmillan Guide. Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός, Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις ΓΙΑΛΛΕΛΗ, Αθήνα 1987.
20. <http://www.neakritinews.gr>
21. Εφημερίδα Έθνος, Εμβόλιο για καρκίνο, Αριθμ. φύλλου 7102, Πέμπτη 14 Απριλίου 2005.